



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

# Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des  
Berichts Entwicklung einer Patientenbefragung für das  
Qualitätssicherungsverfahren Hysterektomie zur  
Veröffentlichung

Vom 16. Januar 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. Januar 2025 beschlossen, den Bericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) *Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Hysterektomie. Stand 15. Mai 2024* gemäß **Anlage** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG ([www.iqtig.org](http://www.iqtig.org)) freizugeben.

Berlin, den 16. Januar 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



# Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Hysterektomie*

## **Abschlussbericht**

# Informationen zum Bericht

## BERICHTSDATEN

---

### Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Hysterektomie. Abschlussbericht

Ansprechperson Dr. André Dingelstedt

Datum der Abgabe 15. Mai 2024

## AUFTRAGSDATEN

---

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht

Datum des Auftrags 18. März 2022

## Kurzfassung

### Hintergrund

Die Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie) gehört mit 84.975 Eingriffen im Jahr 2022 nach wie vor zu den häufigsten gynäkologischen Operationen in Deutschland. Der Großteil davon wird aufgrund von gutartigen (benigen) Erkrankungen durchgeführt. Hinsichtlich der operativen Vorgehensweise kann zwischen der vaginalen Hysterektomie, der laparoskopischen Hysterektomie, der laparoskopisch (ggf. robotisch)-assistierten vaginalen Hysterektomie und der abdominalen Hysterektomie unterschieden werden. Bezüglich des operativen Umfangs kann bei einer benignen Erkrankung die gesamte Gebärmutter (totale Hysterektomie) oder nur der Gebärmutterkörper (subtotale oder suprazervikale Hysterektomie) entfernt werden. Bei Letzterer bleibt der Gebärmutterhals (Zervix) erhalten. Eine Hysterektomie aufgrund einer benignen Erkrankung stellt in der Regel einen elektiven (planbaren) Eingriff dar, d. h., es besteht immer auch die Möglichkeit der Nichtbehandlung bzw. des Abwartens, da eine benigne Erkrankung der Gebärmutter primär nicht lebensbedrohlich ist. Die Entscheidung zur Durchführung einer Hysterektomie hängt von der Symptomatik und dem individuellen Leidensdruck der Patientin ab.

### Auftrag und Auftragsverständnis

Am 18. März 2022 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG mit der Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht. Zentrale **Ziele der Beauftragung** sind:

- die Entwicklung und Validierung eines qualitätsfokussierten Instruments zur Patientenbefragung, entsprechend den geltenden wissenschaftlichen Standards, für ein stationäres, datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren)
- die Erstellung eines Umsetzungskonzepts, einschließlich Datenfluss und Fragebogenlogistik
- die Erstellung eines Auswertungs- und Rückmeldekonzpts (inkl. Musterbericht)

Die Beauftragung konkretisiert die Ziele dahingehend, dass

- vermutete oder vorhandene Qualitätsdefizite bei der Prozessqualität der Indikationsstellung – aus Sicht der Patientinnen – fokussiert werden sollen,
- Qualitätsindikatoren entwickelt werden sollen, welche die Patientenperspektive zu Themen der Vollständigkeit und Rechtzeitigkeit von erhaltenen Informationen im Vorfeld und zur partizipativen Entscheidungsfindung einbeziehen,
- eine bestmögliche Datenqualität bei einer fokussierten und aufwandsarmen Befragung erreicht werden soll,
- die Möglichkeit zum Einrichtungsvergleich bezüglich der Indikatorergebnisse gegeben sein soll und
- das Befragungsinstrument für einen barrierefreien Einsatz im Regelbetrieb geeignet sein soll.

Der vorliegende Abschlussbericht präsentiert die finalen Entwicklungsergebnisse der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* und beinhaltet

- die **Entwicklung der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale** der Patientenbefragung als zentralen inhaltlichen Schritt zur Entwicklung des Befragungsinstruments und der Definition der Qualitätsindikatoren,
- die **Entwicklung des Fragebogens**, d. h. die Operationalisierung der Items und die Durchführung einer dreistufigen Pretestung,
- die **Definition der Qualitätsindikatoren** sowie
- die **Empfehlungen zur Konzeption und Umsetzung der Patientenbefragung** im Regelbetrieb.

Aus der Beauftragung des G-BA ergeben sich **auftragsspezifische Anforderungen und methodische Herausforderungen**, die insbesondere den Umfang und die Heterogenität der Zielpopulation des QS-Verfahrens betreffen und damit die Entwicklung prägten. Die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* soll gesetzlich versicherte, volljährige Patientinnen adressieren, bei denen aufgrund einer benignen Erkrankung eine Hysterektomie durchgeführt wurde. In der Beauftragung sind keine Einschränkungen hinsichtlich der Diagnose/Erkrankung der versicherten Person sowie der spezifischen operativen Vorgehensweise festgelegt. Um einen Vergleich von Leistungserbringern unabhängig von deren Versorgungs- bzw. Behandlungsschwerpunkten zu gewährleisten, ist sicherzustellen, dass die entwickelten Qualitätsindikatoren **unabhängig von der benignen Diagnose und der operativen Vorgehensweise** gleichermaßen eingesetzt werden können. Das bedeutet, dass die Fragebogeninhalte einerseits so allgemein sein müssen, dass sie für alle Patientinnen beantwortbar sind, und andererseits so konkret sein müssen, dass sie sich auf solche Merkmale der Versorgung beziehen, die Rückschlüsse auf deren Qualität erlauben. Darüber hinaus wird im QS-Verfahren *Hysterektomie* ausschließlich die Indikationsstellung adressiert, was die partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) in den Fokus der Patientenbefragung rückt.

### Methodisches Vorgehen

Zu Beginn der Entwicklung wurden die Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells identifiziert, welche die inhaltlichen Schwerpunkte des Indikatorensets bestimmen. Die Qualitätsaspekte wurden in Form von patientenrelevanten Qualitätsmerkmalen ausdifferenziert. Die Qualitätsmerkmale stellen damit konkrete Eigenschaften der Gesundheitsversorgung dar, anhand derer die Versorgungsqualität bewertet werden kann. Auf Basis der Qualitätsmerkmale wurden dann die Fragebogenitems operationalisiert, welche als Grundlage für die konzipierten Qualitätsindikatoren fungieren.

Die Identifikation der Qualitätsaspekte sowie die Ableitung der Qualitätsmerkmale erfolgte auf Basis verschiedener Wissensbestände. Zum einen wurde eine umfassende Literaturrecherche nach nationalen und internationalen Leitlinien, Studien zur Patientenperspektive und Studien zur Versorgungssituation durchgeführt. Zum anderen wurden Fokusgruppen und Einzelinterviews mit

Patientinnen sowie Fokusgruppen mit gynäkologischen Fachärztinnen und Fachärzten durchgeführt.

In Zusammenschau der Erkenntnisse aus den Wissensbeständen wurden Qualitätsmerkmale definiert und einem externen Expertengremium bestehend aus Patientenvertreterinnen, stationär und ambulant tätigen gynäkologischen Fachärztinnen und Fachärzten sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus übergeordneten Forschungsbereichen zur fachlich-inhaltlichen Beratung vorgelegt.

Gemäß § 137a Abs. 7 SGB V ist das IQTIG verpflichtet bestimmte Organisationen bei seinen Entwicklungen zu beteiligen. Hierzu wurden die Zwischenergebnisse der Entwicklungen einschließlich des ersten Entwurfs der Qualitätsmerkmale einem schriftlichen Stellungnahmeverfahren unterzogen. Die Rückmeldungen daraus wurden gemeinsam mit den Erkenntnissen aus dem Expertengremium geprüft und die Qualitätsmerkmale daraufhin ggf. überarbeitet.

Auf Grundlage der überarbeiteten Qualitätsmerkmale wurden Fragebogenitems in Form von Patient-Reported Experience Measures (PREMs) und Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) operationalisiert. Die Items wurden anschließend vom Expertengremium, welches hierfür um Experten zum Thema Shared Decision Making ergänzt wurde, ebenfalls beratend diskutiert.

Der papierbasierte Fragebogen wurde einem dreistufigen Pretestverfahren unterzogen. In einem kognitiven Pretest wurden durch Einzelinterviews u. a. die Verständlichkeit der Fragen sowie die Beurteilbarkeit und Erinnerbarkeit der erfragten Ereignisse und Situationen überprüft und, wenn notwendig, Verbesserungen erarbeitet. Im Anschluss daran wurde ein Standard-Pretest durchgeführt, um anhand einer größeren Stichprobe eventuelle systematische Probleme, wie etwa Item-Non-Response, zu erfassen und die messtheoretischen Eigenschaften des Fragebogens zu prüfen. Dazu wurde der Fragebogen unter ähnlichen Bedingungen, wie sie im Regelbetrieb des QS-Verfahrens *Hysterektomie* erwartet werden, von einer Patientenstichprobe ausgefüllt. Auf dieser Basis wurden anschließend weitere Items zur Sicherstellung der Verständlichkeit im Rahmen eines kognitiven Retest geprüft und ggf. modifiziert.

Abschließend erfolgte, auf Basis inhaltlicher Überlegungen und der Ergebnisse des Standard-Pretests, die finale Definition der Qualitätsindikatoren.

## **Ergebnisse und Empfehlungen**

### *Entwicklung und Validierung eines Befragungsinstruments (Qualitätsindikatoren)*

Der entwickelte Fragebogen adressiert 3 Qualitätsaspekte bzw. 13 Qualitätsmerkmale zur Indikationsstellung von Hysterektomien, welche aufgrund benigner Erkrankungen durchgeführt werden. Die Ergebnisse der drei Pretestungen verweisen auf einen gut verständlichen Fragebogen, der inhaltliche Themen adressiert, die von den Patientinnen gut erinnerbar und beantwortbar sind. Auf Basis der Fragebogenitems wurden insgesamt 4 Qualitätsindikatoren entwickelt, welche verschiedene Facetten des Shared Decision Making adressieren:

- Besprechen der patientenrelevanten Informationen
- Befähigung der Patientinnen zur Entscheidungsfindung
- Patientenzentrierte Kommunikation
- Berücksichtigen von Präferenzen der Patientinnen

Die empfohlenen Qualitätsindikatoren erfüllen alle Eignungskriterien, die gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG vorgesehen sind.

#### *Auswertungskonzept*

Zur Berechnung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren wird eine Bayesianische Auswertungsmethodik empfohlen, die Indikatorwerte, Unsicherheitsintervalle und eine quantitative Einstufung der Indikatorergebnisse für einzelne Krankenhäuser bzw. Krankenhausstandorte liefert. Sie basiert auf einem etablierten Vorgehen und ist in das Rahmenkonzept für die statistische Auswertungsmethodik des IQTIG eingebettet.

#### *Umsetzungskonzept*

Zur Umsetzung der Patientenbefragung wurden zum einen die zentralen Datenflüsse für den stationären Sektor und die daran beteiligten Akteure aufgezeigt. Zum anderen wurden die (datenschutz-)rechtlichen Rahmenbedingungen der Patientenbefragung berücksichtigt. Im Kern wird empfohlen, dass die **Befragung** möglichst **zeitnah innerhalb von 2 bis 12 Wochen nach der Entlassung** der Patientinnen aus dem Krankenhaus erfolgen soll:

- Die Leistungserbringer dokumentieren die für den Fragebogenversand relevanten Adressdaten und notwendigen behandlungsspezifischen Informationen der über den QS-Filter ausgelösten Patientinnen. Spätestens am 7. Tag des Folgemonats der Entlassung sollen die Daten an die Datenannahmestelle übermittelt werden.
- Die Datenannahmestelle leitet die Daten unmittelbar an die Versendestelle Patientenbefragung für die Stichprobenziehung und den Fragebogenversand weiter. Um mögliche Erinnerungseffekte gering zu halten, sollen die Fragebögen in der darauffolgenden Woche an die Adresse der versicherten Person verschickt werden.
- Die ausgefüllten Fragebögen werden von den Patientinnen an die Fragebogenannahmestelle zur Datenerfassung geschickt. Das IQTIG nimmt in seiner Funktion als Bundesauswertungsstelle die Auswertungen vor und erstellt die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer.

Zudem wird zur Umsetzung einer barrierefreien Befragung grundsätzlich die Einführung einer (ergänzenden) **Onlineversion des Fragebogens empfohlen**, wobei hierfür die Aufgabengebiete der Versendestelle und der Fragebogenannahmestelle erweitert werden müssten. Konkret erscheint eine simultane Mixed-Mode-Befragung für das QS-Verfahren *Hysterektomie* zielführend.

#### **Fazit und Ausblick**

Gemäß der Beauftragung des G-BA wurde eine Patientenbefragung entwickelt, die unabhängig von der benignen Diagnose und der durchgeführten operativen Vorgehensweise eingesetzt werden kann. Die entwickelten 4 Qualitätsindikatoren auf Basis der Patientenbefragung können dazu

beitragen, die Qualität der Indikationsstellung zu Hysterektomien (insbesondere des Indikationsgesprächs bzw. der -gespräche von Patientinnen) zu erfassen und damit auch Maßnahmen zur Steigerung der Qualität anzustoßen.

Beauftragungsgemäß wird in der Patientenbefragung der stationäre Sektor (inkl. der Belegärztinnen und Belegärzte) fokussiert. Im Abschlussbericht wird an verschiedenen Stellen darauf hingewiesen, dass dadurch das QS-Verfahren nur einen Ausschnitt des Versorgungsgeschehens abbilden kann. Es wird daher empfohlen, das QS-Verfahren auch auf den ambulanten Sektor zu erweitern, um so die Qualität der Indikationsstellung umfänglich sichern zu können. Hierfür erscheint auch die Entwicklung von sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zielführend. Insgesamt sollte der gesamte Versorgungsprozess, bspw. auch die operative Nachsorge, betrachtet werden. Darüber hinaus wird empfohlen, gesundheitsbezogene Patient-Reported Outcomes (z. B. Symptome einschließlich Komplikationen, Nebenwirkungen sowie Folgen der Operation, Aspekte von Lebensqualität) in das QS-Verfahren zu integrieren.



# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	13
Abbildungsverzeichnis .....	14
Abkürzungsverzeichnis .....	15
<b>Teil I: Einleitung.....</b>	<b>16</b>
1 Auftrag und Auftragsverständnis .....	17
1.1 Auftrag zur Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht.....	17
1.2 Auftragsverständnis und auftragsspezifische Anforderungen .....	18
2 Versorgungspraxis und versorgungspolitischer Rahmen.....	20
2.1 Prävalenz.....	20
2.2 Versorgung benigner Erkrankungen im Rahmen einer Hysterektomie .....	22
2.2.1 Indikationen.....	22
2.2.2 Operatives Vorgehen .....	24
2.2.3 Behandlungsoptionen.....	25
2.3 Beteiligte Akteure in der Versorgung .....	26
2.4 Versorgungspfad.....	29
<b>Teil II: Methodisches Vorgehen .....</b>	<b>33</b>
3 Auftragspezifische Rahmenbedingungen .....	34
3.1 Zielgruppe .....	34
3.2 Barrierefreiheit von Befragungen .....	34
3.3 Shared Decision Making.....	37
4 Entwicklung des Qualitätsmodells und Ableitung der Qualitätsmerkmale .....	40
4.1 Literaturrecherche .....	41
4.2 Fokusgruppen/Einzelinterviews mit Patientinnen sowie stationär oder ambulant tätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen.....	41
4.3 Beteiligung externer Expertise .....	43
4.3.1 Beratung der Qualitätsmerkmale durch ein Expertengremium.....	43
4.3.2 Beratung durch medizinische und wissenschaftliche Sachverständige .....	45

4.4	Beteiligungsverfahren .....	46
5	Fragebogenentwicklung.....	47
5.1	Itementwicklung.....	47
5.2	Kognitiver Pretest.....	48
5.2.1	Ziele des kognitiven Pretests.....	48
5.2.2	Stichprobe und Rekrutierung der Testpersonen .....	48
5.2.3	Durchführung des kognitiven Pretests.....	50
5.2.4	Auswertung des kognitiven Pretests.....	51
5.3	Standard-Pretest .....	52
5.3.1	Ziele und Überblick zum Ablauf des Standard-Pretests .....	52
5.3.2	Geplante Stichprobe der Patientinnen im Standard-Pretest.....	52
5.3.3	Rekrutierung und Auswahl der teilnehmenden Leistungserbringer .....	53
5.3.4	Rekrutierung der Patientinnen bei den teilnehmenden Leistungserbringern .....	53
5.3.5	Durchführung des Standard-Pretests.....	54
5.3.6	Auswertung des Standard-Pretests.....	54
5.4	Kognitiver Retest.....	57
5.4.1	Ziele des kognitiven Retests.....	57
5.4.2	Stichprobe und Rekrutierung der Testpersonen .....	57
5.4.3	Durchführung und Auswertung des kognitiven Retests.....	57
6	Entwicklung der Qualitätsindikatoren.....	58
6.1	Konzeptionell-inhaltliche Entwicklung .....	58
6.2	Gütekriterien der Qualitätsindikatoren .....	58
6.3	Referenzbereiche .....	59
6.3.1	Kriteriumsbezogene Referenzbereiche.....	59
6.3.2	Verteilungsbezogene Referenzbereiche .....	60
6.4	Risikoadjustierung.....	60
	<b>Teil III: Ergebnisse und Empfehlungen .....</b>	<b>62</b>
7	Beschreibung der Patientinnen und Leistungserbringer der Patientenbefragung des QS- Verfahrens <i>Hysterektomie</i> .....	63
7.1	Datengrundlage zur Beschreibung der Patientinnen und stationären Leistungserbringer .....	63

7.2	Beschreibung der Patientinnen und stationären Leistungserbringer .....	64
7.2.1	Zielgruppe der Patientinnen.....	64
7.2.2	Definition der stationären Leistungserbringer.....	67
8	Das Qualitätsmodell und die abgeleiteten Qualitätsmerkmale .....	68
8.1	Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“ .....	68
8.1.1	Qualitätsmerkmal „Aufklärung zur Wirkung“ .....	69
8.1.2	Qualitätsmerkmal „Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen“ .....	69
8.1.3	Qualitätsmerkmal „Aufklärung zu Behandlungsmöglichkeiten“ .....	69
8.1.4	Qualitätsmerkmal „Aufklärung zum operativen Vorgehen“ .....	70
8.1.5	Qualitätsmerkmal „Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation“ .....	70
8.1.6	Qualitätsmerkmal „Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie“ .....	70
8.1.7	Qualitätsmerkmal „Umfang der Informationen für die Entscheidungen zur Hysterektomie“ .....	70
8.2	Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation“ .....	71
8.2.1	Qualitätsmerkmal „Respektvolle und wertschätzende Kommunikation“ .....	71
8.2.2	Qualitätsmerkmal „Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre“ .....	71
8.2.3	Qualitätsmerkmal „Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen“ .....	71
8.2.4	Qualitätsmerkmal „Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt“ .....	72
8.3	Qualitätsaspekt „Beteiligung von Patientinnen im Entscheidungsprozess“ .....	72
8.3.1	Qualitätsmerkmal „Berücksichtigen von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie“ .....	72
8.3.2	Qualitätsmerkmal „Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation“ .....	72
8.4	Übersicht der Qualitätsaspekte sowie der abgeleiteten Qualitätsmerkmale und die Zuordnung zu den Qualitätsdimensionen .....	73
9	Fragebogenentwicklung.....	75
9.1	Gängige Fragebögen aus der Literatur.....	75
9.2	Ergebnisse der Itementwicklung .....	76

9.2.1	Erste Fragebogenversion.....	76
9.2.2	Variablen für die Stichprobenbeschreibung .....	77
9.2.3	Variablen zur Risikoadjustierung .....	77
9.2.4	Variablen zur Berechnung einer Kennzahl.....	78
9.3	Ergebnisse des kognitiven Pretests .....	78
9.3.1	Allgemeine Erkenntnisse .....	78
9.3.2	Itemübergreifende Überarbeitungen .....	81
9.3.3	Überarbeitungen der Fragebogenstruktur .....	82
9.3.4	Spezifische Überarbeitungen von Fragebogenitems .....	84
9.3.5	Entfallene Items .....	92
9.3.6	Zusammenfassung.....	95
9.4	Ergebnisse des Standard-Pretests .....	95
9.4.1	Stichprobenbeschreibung.....	95
9.4.2	Analysen zum Fragebogenrücklauf .....	98
9.4.3	Analyse zu Unit-Non-Response.....	98
9.4.4	Analyse zu Item-Non-Response .....	99
9.4.5	Analyse substanzieller Antwortkategorien .....	100
9.4.6	Analyse nicht substanzieller Antworten .....	100
9.4.7	Analyse zur Erinnerbarkeit.....	101
9.4.8	Zusammenfassung.....	102
9.5	Ergebnisse des kognitiven Retests .....	103
9.5.1	Allgemeine Erkenntnisse .....	103
9.5.2	Getestete Items ohne Überarbeitung .....	104
9.5.3	Itemübergreifende Überarbeitungen .....	105
9.5.4	Spezifische Überarbeitungen von Fragebogenitems .....	106
9.5.5	Entfallenes Item .....	111
9.5.6	Zusammenfassung.....	112
9.6	Abschließende Betrachtung der Fragebogenentwicklung .....	112
10	Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung .....	114
10.1	Biometrische Methodik zur Auswertung der Qualitätsindikatoren.....	114
10.2	Vorstellung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung .....	115

10.2.1	462400: Besprechen der patientenrelevanten Informationen .....	115
10.2.2	462401: Befähigung der Patientinnen zur Entscheidungsfindung .....	117
10.2.3	462402: Patientenzentrierte Kommunikation.....	118
10.2.4	462403: Berücksichtigen der Präferenzen der Patientinnen .....	119
10.2.5	Kennzahlen .....	120
10.3	Berechnung der Maße zur Konsistenz innerhalb der jeweiligen Qualitätsindikatoren .....	121
10.4	Einordnung der Qualitätsindikatoren in das IQTIG-Rahmenkonzept für Qualität .....	122
10.5	Die Qualitätsindikatoren und Shared Decision Making .....	123
11	Empfehlungen für den Regelbetrieb .....	125
11.1	Befragungszeitpunkt .....	125
11.2	Stichprobenziehung und Fallzahlberechnung im Regelbetrieb .....	126
11.2.1	Rahmenbedingungen für die Stichprobenplanung der Patientenbefragung im QS-Verfahren <i>Hysterektomie</i> .....	126
11.2.2	Stichprobenziehung .....	129
11.2.3	Stichprobengröße .....	130
11.3	Durchführung einer ergänzenden Onlinebefragung .....	131
11.4	Datenfluss und Fragebogenlogistik im Regelbetrieb .....	132
11.4.1	Am Datenfluss beteiligte Akteure und deren Aufgaben .....	132
11.4.2	Das Zusammenspiel der einzelnen Akteure für die Durchführung einer Onlinebefragung.....	135
11.4.3	Versand der Befragungsunterlagen .....	136
11.4.4	Versandunterlagen .....	138
11.5	Empfehlungen zur Datenauswertung und Rückmeldung im Regelbetrieb .....	138
11.5.1	Empfehlungen zum Berichtszeitraum und Rückmeldezeitpunkt .....	138
11.5.2	Empfehlungen zum Inhalt der Datenauswertung .....	138
11.5.3	Empfehlungen zur Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 17 DeQS-RL .....	141
<b>Teil IV: Fazit und Ausblick .....</b>		<b>142</b>
Literatur .....		144
Impressum.....		162

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zentrale Indikationen für Hysterektomien, inkl. Beschreibung des Krankheitsbildes und Nennung der jeweils relevanten Leitlinien .....	23
Tabelle 2: Die häufigsten Indikationen (benigne Erkrankungen) für eine Hysterektomie im Jahr 2012 .....	64
Tabelle 3: Verteilung der Fallzahlen von stationären Leistungserbringern, gestaffelt nach Perzentilen.....	67
Tabelle 4: Übersicht der Qualitätsaspekte mit den eingeschlossenen Qualitätsmerkmalen sowie die Zuordnung zu den Qualitätsdimensionen .....	74
Tabelle 5: Übersicht der soziodemografischen Angaben der Testpersonen im kognitiven Pretest.....	79
Tabelle 6: Erinnerungszeiträume zwischen Hysterektomie und kognitivem Interview .....	80
Tabelle 7: Soziodemografische Charakteristika der Patientinnen in der Stichprobe des Standard-Pretests.....	97
Tabelle 8: Ergebnisse der binär-logistischen Regression zu Unit-Non-Response .....	99
Tabelle 9: Anteil Item-Non-Response auf Itemebene im Standard-Pretest .....	99
Tabelle 10: Anteil „Weiß nicht mehr“ auf Itemebene im Standard-Pretest.....	101
Tabelle 11: Ergebnisse der Binomial-Regression zur Erinnerbarkeit.....	102
Tabelle 12: Erinnerungszeiträume zwischen Hysterektomie und dem kognitiven Interview.....	104
Tabelle 13: Ergebnisse für die Kennzahl „Information zum Einholen einer zweiten Meinung“ .....	121
Tabelle 14: Zuordnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung zu den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität.....	122
Tabelle 15: Übersicht über die verschiedenen Erinnerungszeiträume im Standard-Pretest .....	125
Tabelle 16: Übersicht über die Inhalte der jeweiligen Versandunterlagen .....	138
Tabelle 17: Merkmale und empfohlene Maßzahlen zur Stichprobenbeschreibung .....	140

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl stationär durchgeführter Hysterektomien im zeitlichen Verlauf (2005 bis 2022) .....	21
Abbildung 2: Beispielhafter Versorgungspfad bei der Versorgung durch stationär angestellte Ärztinnen und Ärzte .....	31
Abbildung 3: Beispielhafter Versorgungspfad bei der Versorgung durch Belegärztinnen und Belegärzte.....	32
Abbildung 4: Altersverteilung der Patientinnen, bei denen im Jahr 2012 eine Hysterektomie aufgrund einer benignen Erkrankung durchgeführt wurde .....	65
Abbildung 5: Altersverteilung von Patientinnen, bei denen im Jahr 2019 eine Hysterektomie durchgeführt wurde .....	66
Abbildung 6: Die adressierten und nicht adressierten Qualitätsdimensionen des IQTIG Rahmenkonzepts für Qualität .....	73
Abbildung 7: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Besprechen der patientenrelevanten Informationen“ (ID 462400).....	116
Abbildung 8: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Befähigung der Patientinnen zur Entscheidungsfindung“ (ID 462401).....	117
Abbildung 9: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Patientenzentrierte Kommunikation“ (ID 462402) .....	118
Abbildung 10: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Berücksichtigen der Präferenzen der Patientinnen“ (ID 462403) .....	119
Abbildung 11: Ergebnisse für die Kennzahl „Shared Decision Making“ .....	120
Abbildung 12: Akteure im Datenfluss der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Hysterektomie (postalische Befragung) .....	132
Abbildung 13: Akteure im Datenfluss der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Hysterektomie (onlinebasierte Befragung) .....	136
Abbildung 14: Mögliches Schema zum Versand des Fragebogens und der Erinnerungsschreiben .....	137

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – Welle 1
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-IQI	German Inpatient Quality Indicators
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ( <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> ) – 10. Revision – German Modifikation
IMDEC	International Medical & Dental Ethics Commission
Max.	Maximum
Min.	Minimum
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
QS	Qualitätssicherung
SD	Standardabweichung ( <i>standard deviation</i> )
SDM	Shared Decision Making
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
UI	Unsicherheitsintervall
Zm-RL	Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren



# Teil I: Einleitung

# 1 Auftrag und Auftragsverständnis

## 1.1 Auftrag zur Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht

Am 18. März 2022 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG mit der Entwicklung einer Patientenbefragung für ein stationäres, datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) zur Erfassung der Prozessqualität der Indikationsstellung von Hysterektomien bei benignen Erkrankungen (G-BA 2022). Ziel des QS-Verfahrens *Hysterektomie* ist die Verbesserung der Patienteninformation und der Entscheidungskompetenz von Patientinnen sowie der gemeinsamen Entscheidungsfindung im Rahmen der Indikationsstellung bei Hysterektomien.

Zur Erreichung des Ziels wurden folgende Beauftragungsbestandteile aufgeführt:

- die Entwicklung und Validierung eines verfahrensspezifischen, qualitätsfokussierten Instruments zur Patientenbefragung entsprechend den geltenden wissenschaftlichen Standards
- die Erstellung eines Umsetzungskonzepts, einschließlich Datenfluss und Fragebogenlogistik
- die Erstellung eines Auswertungs- und Rückmeldekonzpts (inkl. Musterbericht)

Die Beauftragungsbestandteile wurden insofern weitergehend konkretisiert, als

- vermutete oder vorhandene Qualitätsdefizite bei der Prozessqualität der Indikationsstellung – aus Sicht der Patientinnen – fokussiert werden sollen,
- Qualitätsindikatoren entwickelt werden sollen, welche die Patientenperspektive zu Themen der Vollständigkeit und Rechtzeitigkeit von erhaltener Information im Vorfeld und zur partizipativen Entscheidungsfindung einbeziehen,
- eine bestmögliche Datenqualität bei einer fokussierten und aufwandsarmen Befragung erreicht werden soll,
- die Möglichkeit zum Einrichtungsvergleich bezüglich der Indikatorergebnisse gegeben sein soll und
- das Befragungsinstrument für einen barrierefreien Einsatz im Regelbetrieb geeignet sein soll.

Der vorliegende Abschlussbericht fokussiert die konkreten Entwicklungen des Befragungsinstruments, einschließlich dessen Validierung, die Konzeption und Definition der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung, ein Konzept zum Datenfluss und zur Fragebogenlogistik, ein Auswertungskonzept für den Regelbetrieb sowie abschließende Empfehlungen für die Umsetzung (inkl. Stichprobenkonzept).

Beauftragungsgemäß wurde am 17. März 2023 ein Zwischenbericht an den G-BA übermittelt, welcher vor allem die Entwicklung der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale fokussierte. Die ursprünglich festgelegte Abgabefrist für den Abschlussbericht wurde, mit Kenntnis des G-BA, bis zum 15. Mai 2024 verlängert.

## 1.2 Auftragsverständnis und auftragsspezifische Anforderungen

Die Patientenbefragung des QS-Verfahrens bezieht sich auf stationäre Einrichtungen, die Hysterektomien aufgrund benigner Erkrankungen bei Patientinnen durchführen. Belegärztlich durchgeführte Hysterektomien werden hierbei den stationären Leistungserbringern zugeordnet. Die zu entwickelnde Patientenbefragung wird gemäß Beauftragung ausschließlich die Prozessqualität zur Indikationsstellung, d. h. das Vorgehen zur Information und Aufklärung der Patientinnen, die Einbindung von Patientinnen in den Entscheidungsprozess und die Gestaltung der Kommunikation adressieren. Aufgrund dieser Fokussierung bleiben zum einen Prozesse, welche sich an die Indikationsstellung anschließen – z. B. Prozesse der Durchführung, der operativen Nachsorge oder der postoperativen Aufklärung – von der Patientenbefragung unberücksichtigt. Zum anderen ist auch die Erfassung von Ergebnisqualität zum Behandlungserfolg ausgeschlossen. Damit entfallen Messungen von Patient-Reported Outcomes (z. B. Symptome einschließlich Komplikationen, Nebenwirkungen sowie Folgen der Operation, Aspekte von Lebensqualität). Zudem sind im Rahmen der gynäkologischen Versorgung von gesetzlichen versicherten Patientinnen in Deutschland bei gesundheitlichen Problemen meist die ambulant tätigen Fachärztinnen und Fachärzte erste Anlaufstelle und übernehmen die medizinische Begleitung im Versorgungssystem. Der sich aus der Beauftragung ergebende Fokus auf den stationären Sektor bzw. auf die stationären Prozesse zur Indikationsstellung führt dazu, dass zum einen ambulante Akteure, welche ebenfalls in die medizinische Vorbereitung, Begleitung und Nachsorge einer Hysterektomie eingebunden sind, unberücksichtigt bleiben und dass zum anderen auch die Prozesse, welche im ambulanten Sektor erfolgen, nicht erfasst werden können (z. B. Aufklärungsgespräche). Umgekehrt kann die Einweisung zur Hysterektomie in eine stationäre Einrichtung die Patientin im Sinne einer „Vorabfestlegung“ auf die anstehende Operation beeinflussen und somit die Entscheidungsfindung gemäß dem Shared-Decision-Making-Konzept zumindest erschweren. Diese Limitationen führen zur auftragsspezifischen Einschränkung, dass nur bestimmte Dimensionen des Rahmenkonzepts für Qualität adressiert werden können (IQTIG 2022). Vor allem die Dimensionen der Angemessenheit und der Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an Patientinnen und Patienten werden demnach Berücksichtigung finden. Folglich wird z. B. die Dimension der Koordination und Kontinuität nicht berücksichtigt, da die Sektorenübergänge nicht adressiert werden können. Zusammenfassend kann mit der vorliegenden Entwicklung zur Patientenbefragung daher nur ein Ausschnitt der Versorgungsqualität von Patientinnen mit Hysterektomie dargestellt werden. Für eine umfangreichere Erfassung der Versorgungsqualität bei Hysterektomien erscheint es zielführend, neben den zuvor dargestellten Erweiterungsmöglichkeiten für die Patientenbefragung auch die Entwicklung von sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zu prüfen. Auf diese Weise können

die Stärken verschiedener Datenquellen (d. h. Perspektiven) genutzt werden, um einen breiteren Blick auf die Versorgungsqualität zu ermöglichen.

Die Zielgruppe der Patientenbefragung sind volljährige, gesetzlich versicherte Patientinnen, bei denen eine Hysterektomie aufgrund einer benignen Erkrankung (z. B. Leiomyom des Uterus, Menstruationsbeschwerden/Blutungsbeschwerden) durchgeführt wurde. Es sind keine Einschränkungen bezüglich der Vorgehensweise bei der Operation (z. B. vaginal, laparoskopisch, robotisch-assistiert minimal-invasiv, abdominal) und der Art des Umfangs der Organentnahme (z. B. totale Hysterektomie, subtotale Hysterektomie) vorgesehen. Menschen, bei denen Hysterektomien aufgrund von Geschlechtsangleichungen oder akuten Notfällen (z. B. bei postpartalen Komplikationen) vorgenommen wurden, sind nicht Teil der Zielgruppe. Daher werden – unter Berücksichtigung der Zielgruppe – folgende auftragspezifische Anforderungen berücksichtigt:

- **Unabhängigkeit von spezifischen Diagnosen:** Es werden Qualitätsindikatoren entwickelt, die unabhängig von der/den benignen Diagnose(n) bzw. Krankheitsbild(ern) der Patientinnen eingesetzt werden können.
- **Unabhängigkeit von der Vorgehensweise bei der Operation:** Es werden Qualitätsindikatoren entwickelt, die unabhängig von der operativen Vorgehensweise eingesetzt werden können.

Der Beauftragung folgend soll zur Erfassung der Patientenperspektive ein aufwandsarmes und fokussiertes Befragungsinstrument entwickelt werden. Der Fragebogen ist zu validieren und für eine barrierefreie Anwendung vorzusehen. Basierend auf den Fragebogenitems sollen Qualitätsindikatoren konzipiert bzw. definiert werden. Damit ein Vergleich von Leistungserbringern unabhängig von deren Versorgungs- bzw. Behandlungsschwerpunkten möglich ist, werden keine subgruppenspezifischen Qualitätsindikatoren entwickelt. Unter Berücksichtigung der heterogenen Zielgruppe sind die Qualitätsmerkmale und damit auch die Qualitätsindikatoren so allgemein anzulegen, dass sie grundsätzlich für alle Patientinnen der Zielgruppe des QS-Verfahrens gleichermaßen relevant sind. Sie sollen jedoch gleichsam konkret genug sein, um Rückschlüsse auf die Qualität der Indikationsstellung zu Hysterektomien bei benignen Erkrankungen zu erlauben.

## 2 Versorgungspraxis und versorgungspolitischer Rahmen

Das QS-Verfahren *Hysterektomie* soll, wie in Kapitel 1 dargestellt, eine hohe Qualität der Versorgungssituation der Patientinnen ermöglichen und sicherstellen. Im Folgenden werden kurz die zentralen Elemente der Versorgungspraxis und des versorgungspolitischen Rahmens beschrieben und ein beispielhafter Versorgungspfad mitsamt den beteiligten Akteuren dargestellt. Die detaillierte Darstellung der im QS-Verfahren *Hysterektomie* berücksichtigten Zielgruppe ist in Kapitel 7 nachzuvollziehen.

### 2.1 Prävalenz

Die Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie) gehört mit 84.975 Eingriffen im Jahr 2022 (Summe der totalen (n = 62.227) und subtotalen (n = 22.748) Hysterektomien, exkl. radikaler Hysterektomien) nach wie vor zu den häufigsten stationär durchgeführten gynäkologischen Operationen bei Frauen in Deutschland (Destatis 2024).<sup>1</sup> 2022 wurden pro 100.000 Frauen 208,1 Hysterektomien durchgeführt. Damit liegt die Rate an Hysterektomien in Deutschland deutlich über dem Durchschnitt der Länder der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD 2024) (M = 171,39, SD = 40,04). Grundsätzlich ist die Anzahl durchgeführter Hysterektomien pro Jahr in Deutschland seit 2006 (144.707 Eingriffe) allerdings deutlich zurückgegangen (Destatis 2024).<sup>2</sup> Durch die begrenzte Datenlage ist die Beschreibung der Prävalenz von Hysterektomien aufgrund gutartiger (benigner) Erkrankungen in Deutschland nur anhand der zwischen 2008 und 2011 durchgeführten Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – Welle 1 (DEGS1; RKI 2024) möglich. Die DEGS1-Daten zeigen, dass bei etwa 17,5 % (n = 689) der Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahre eine Hysterektomie durchgeführt wurde. Davon gaben 93,9 % an, die Hysterektomie aufgrund einer benignen Erkrankung durchgeführt haben zu lassen. Bei 17,7 % aller Frauen mit einer Hysterektomie aufgrund einer benignen Erkrankung wurden auch einseitig die Eierstöcke mit entfernt. In 30,2 % aller Fälle wurde die Hysterektomie nach Einsetzen der Menopause durchgeführt. 87,7 % dieser Eingriffe erfolgten aufgrund einer benignen Erkrankung (Prütz et al. 2013, Prütz und von der Lippe 2014). Bei Betrachtung der durchgeführten Hysterektomie wird deutlich, dass die Anzahl totaler Hysterektomien im Zeitraum von 2005 (ca. 141.000 Eingriffe) bis 2013 (ca. 95.000 Eingriffe) deutlich abgenommen hat (Abbildung 1). Bei subtotalen Hysterektomien hingegen kann in diesem Zeitraum ein tendenzieller Anstieg beobachtet werden, der allerdings von 2013 bis 2022 bei ca. 22.000 Hysterektomien pro Jahr stagniert. Die Anzahl der totalen Hysterektomien sank

---

<sup>1</sup> Die Daten schließen auch Hysterektomien ein, welche aufgrund einer malignen Erkrankung durchgeführt wurden.

<sup>2</sup> Die Daten schließen auch Hysterektomien ein, welche aufgrund einer malignen Erkrankung durchgeführt wurden.

von 2014 bis 2020 weiter bis auf ca. 61.000 jährlichen Eingriffe. Im Jahr 2022 nahm die Anzahl wieder leicht zu und lag bei ca. 62.000 Eingriffen (Destatis 2024).<sup>3</sup>

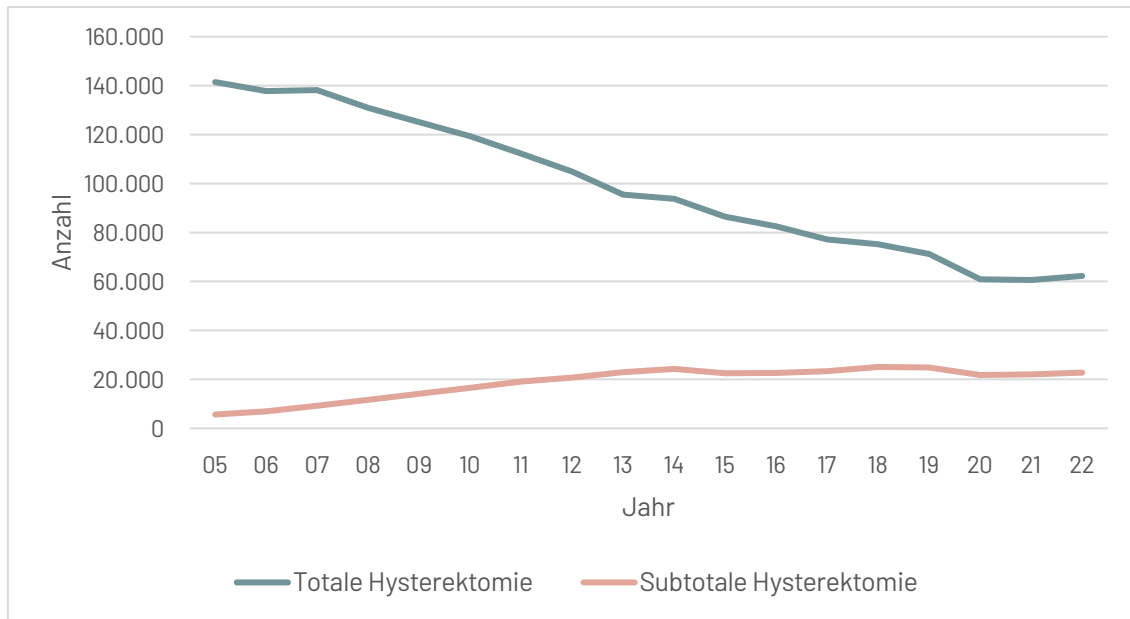


Abbildung 1: Anzahl stationär durchgeführter Hysterektomien im zeitlichen Verlauf (2005 bis 2022)

Im deutschlandweiten Vergleich zeigten sich für das Jahr 2012 außerdem deutliche Hinweise auf regionale Unterschiede in der Operationshäufigkeit. Frauen, die in Ballungsgebieten lebten, wurden eher durchschnittlich oder unterdurchschnittlich häufig operiert, während bei Frauen in ländlichen Gebieten die Indikation zur Hysterektomie eher überdurchschnittlich häufig gestellt wurde (Grote-Westrick et al. 2015). In Regionen mit überdurchschnittlich häufiger Indikationsstellung wurde bis zu dreimal häufiger operiert als in Regionen mit unterdurchschnittlich häufiger Indikationsstellung. Bezüglich des Bildungsstatus der Frauen zeigte sich, dass bei Frauen mit einem niedrigeren Bildungsgrad die Indikation zur Hysterektomie signifikant häufiger gestellt wurde als bei Frauen mit einem mittleren oder hohen Bildungsniveau (Prütz und von der Lippe 2014).

<sup>3</sup> Die Daten schließen auch Hysterektomien ein, welche aufgrund einer malignen Erkrankung durchgeführt wurden.

## **2.2 Versorgung benigner Erkrankungen im Rahmen einer Hysterektomie**

### **2.2.1 Indikationen**

Auf Basis einer systematischen Literaturrecherche zu Versorgungsstandards (Recherchebericht im Anhang A.1) kann aufgezeigt werden, dass – gemäß aktuellen Leitlinienempfehlungen – vor allem bei den benignen Erkrankungen Leiomyom des Uterus, Menstruationsbeschwerden/Blutungsstörungen (abnormale Blutungen), Adenomyose und Endometriose, Descensusproblematiken sowie atypische Endometriumhyperplasie und/oder benigne Veränderungen der Zervix eine Hysterektomie erfolgen kann. In Tabelle 1 sind diese Indikationen kurz beschrieben und ergänzend die jeweils zugehörigen aktuellen Leitlinien aufgeführt.

Tabelle 1: Zentrale Indikationen für Hysterektomien, inkl. Beschreibung des Krankheitsbildes und Nennung der jeweils relevanten Leitlinien

Indikation	Beschreibung	Referenz der Leitlinie
Leiomyom des Uterus	Gutartige Neubildungen, die eine Vergrößerung der Gebärmutter bedingen und Symptome wie verstärkte Blutungen oder Druckschmerz/Druckempfindungen auf angrenzende Organe hervorrufen können	ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2021)
Menstruationsbeschwerden/ Blutungsbeschwerden (abnormale Blutungen)	Übermäßige Blutungen, welche zu regelmäßigen anämischen Zuständen führen können und mit starken Schmerzen einhergehen können (Hypermenorrhoe, Dysmenorrhoe, Dyspareunie)	ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2013 [Reaffirmed 2019]), Demers et al. (2018), ESHRE Endometriosis Guideline Development Group (2022), NICE (2021a)
Adenomyose <sup>1</sup>	Einlagerung von gebärmutter Schleimhautähnlichem Gewebe in die Muskelschicht der Gebärmutter, die mit einer Vergrößerung des Gebärmutterkörpers einhergeht	RANZCOG (2021)
Endometriose <sup>2</sup>	Gutartige Wucherungen aus gebärmutter Schleimhautartigen Gewebe, die außerhalb der Gebärmutter meist in benachbarten Organen und Geweben wachsen und Schmerzen verursachen können	ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2010 [Reaffirmed 2020]), ESHRE Endometriosis Guideline Development Group (2022), RANZCOG (2021)
Descensusproblematiken <sup>3</sup>	Senkung der Beckenorgane – meist verursacht durch geschwächtes Bindegewebe; kann Inkontinenz verursachen	ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology/AUGS (2019 [Reaffirmed 2021]), NICE (2019)
Atypische Endometriumhyperplasie und/oder benigne Veränderungen der Zervix	Atypische Volumenzunahme der Gebärmutter Schleimhaut (Endometrium) und/oder Zellveränderungen am Gebärmutterhals (Zervix)	Auclair et al. (2019)

<sup>1</sup> Es liegen – gemäß der aufgeführten Leitlinie – keine ausreichenden Belege vor, dass eine Hysterektomie die Beschwerden der Adenomyose lindert.

<sup>2</sup> Es liegen – gemäß Leitlinien – keine ausreichenden Belege vor, dass eine Hysterektomie die Beschwerden der Endometriose lindert. Daher wird in den Leitlinien empfohlen, dass erst nach dem Ausschöpfen aller konservativen und weniger invasiven Behandlungsoptionen die Hysterektomie eine Behandlungsoption darstellt.

<sup>3</sup> Die Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Harninkontinenz der Frau aus dem Jahr 2021 empfiehlt seltener Hysterektomien als Therapie von Descensusproblematiken (Aigmüller et al. 2021).



### 2.2.2 Operatives Vorgehen

Für eine Hysterektomie stehen die vaginale Hysterektomie, die laparoskopische Hysterektomie, die laparoskopisch-assistierte vaginale Hysterektomie und die abdominale Hysterektomie als operative Vorgehensweisen zur Verfügung.

Die Wahl des Operationszugangs hängt hierbei von unterschiedlichen Faktoren ab, vor allem von der Größe und Form des Uterus und der Vagina, der Mobilität des Uterus, vorausgegangenen Operationen, Komorbiditäten der Patientin, der Notwendigkeit der Durchführung eines zusätzlichen extrauterinen Eingriffs, lokalen Operationsbedingungen (Ausstattung des Krankenhauses), der Erfahrung der Operateurin / des Operateurs sowie den Präferenzen der Patientin (Aarts et al. 2015, ACOG Committee on Gynecologic Practice 2017, Thill et al. 2008, Thurston et al. 2019).

Die einzelnen Vorgehensweisen werden im Folgenden kurz beschrieben.

#### **Vaginale Hysterektomie**

Im Rahmen der vaginalen Hysterektomie operiert und entfernt die Operateurin / der Operateur die Gebärmutter ausschließlich über die Vagina. Für benigne Erkrankungen wird empfohlen, diese Art des Operationszugangs zu präferieren, insbesondere zur Behandlung von Descensusproblematiken (Aarts et al. 2015, Thurston et al. 2019).

Die vaginale Hysterektomie setzt eine ausreichende Mobilität des Uterus und Elastizität der Vagina voraus. Nulliparität sowie schwierige anatomische Verhältnisse wie eine lange, schmale Vagina oder ein massiv vergrößerter Uterus können die Möglichkeit einer rein vaginalen Entfernung der Gebärmutter einschränken. Außerdem kann diese Operationsmethode durch vorangegangene Sectiones oder andere Eingriffe im Becken sowie bei ausgeprägten Adhäsionen im Beckenbereich limitiert sein (Thurston et al. 2019).

#### **Laparoskopische Hysterektomie**

Bei der laparoskopischen Hysterektomie wird die Operation per sogenannter Bauchspiegelung durchgeführt, d. h., die Instrumente werden über kleine Bauchschnitte und nach Einsetzen von Hülsen bzw. von Trokaren in die Abdominalhöhle eingebracht. Eine laparoskopisch durchgeführte Hysterektomie setzt i. d. R. eine sogenannte Uterusmorcellation voraus. Dabei wird die Gebärmutter im Bauchraum zerkleinert und in Fragmenten entfernt (Thurston et al. 2019).<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Im seltenen Falle präoperativ unentdeckter maligner Gewebezellen kann die intraoperative Zerkleinerung der Gebärmutter zur Streuung bösartig veränderter Zellen beitragen und den Gesundheitszustand der Patientin negativ beeinflussen (Oduyebo et al. 2014, Einstein et al. 2008, Seidman et al. 2012). Das Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) verweist daher auf die dringende Empfehlung der U.S. Food and Drug Administration (FDA), Patientinnen vor dem Eingriff umfassend über alle Risiken der subtotalen Hysterektomie mittels Laparoskopie und (alternative) Möglichkeiten aufzuklären sowie sorgfältig alle Optionen abzuwägen. Dies gilt insbesondere für Eingriffe aufgrund von Leiomyomen sowie bei Frauen über 50 Jahre, da bei diesen beiden Gruppen gegenüber anderen Krankheitsbildern und jüngeren Frauen das Risiko eines präoperativ unentdeckten Sarkoms anteilig höher ist (FDA 2023, BfArM 2014).

Seit einigen Jahren können laparoskopische gynäkologische Eingriffe auch roboterassistiert durchgeführt werden. Dabei werden die laparoskopischen Instrumente durch ein robotergestütztes System gesteuert (ACOG Committee on Gynecologic Practice 2020).

### **Laparoskopisch-assistierte vaginale Hysterektomie**

Bei der laparoskopisch-assistierten vaginalen Hysterektomie ergänzen sich die vaginalen und laparoskopischen Vorgehensweisen. In Situationen, in denen eine alleinige vaginale Hysterektomie nicht möglich ist, soll durch den Einsatz laparoskopischer Instrumente eine vollständige Öffnung des Bauchraums (abdominale Hysterektomie) vermieden werden (Thurston et al. 2019). Dies kann beispielsweise bei extrauterinen Pathologien wie Adhäsionen oder Endometriose notwendig sein (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG, DKH 2018).

### **Abdominale Hysterektomie**

Die Entfernung der Gebärmutter durch einen abdominalen Schnitzzugang ist die invasivste Methode und kommt daher i. d. R. erst zur Anwendung, wenn die weniger invasiven Operationszugänge aufgrund von Kontraindikationen ausgeschlossen wurden. Neben den hier nicht betrachteten onkologischen Erkrankungen gehören stark vergrößerte Uteri (in Kombination mit Ausschluss der Fragmentierung des Uterus) und Begleiterkrankungen im kleinen Becken wie beispielsweise die Endometriose oder Adhäsionen zu den Indikationen für eine Hysterektomie mittels Bauchschnitt (Aarts et al. 2015, Thurston et al. 2019).

## **2.2.3 Behandlungsoptionen**

### **Totale Hysterektomie vs. subtotale Hysterektomie**

Bei einer Hysterektomie, welche aufgrund einer benignen Erkrankung erfolgt, kann die gesamte Gebärmutter (totale Hysterektomie) oder nur der Gebärmutterkörper (subtotale oder suprazervikale Hysterektomie) entfernt werden. Bei einer subtotalen oder suprazervikalen Hysterektomie bleibt der Gebärmutterhals (Zervix) erhalten und nur der Gebärmutterkörper wird entnommen. Die Wahl des operativen Umfangs der Entfernung ist abhängig von der Indikation bzw. ggf. Kontraindikation, dem gewählten operativen Zugang sowie den Präferenzen der Frauen (Kives und Lefebvre 2018, Thurston et al. 2019).

### **Alternative Behandlungsoptionen**

Für benigne Erkrankungen der Gebärmutter stehen je nach zugrunde liegendem Erkrankungsbild verschiedene gebärmuttererhaltende Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Bei Myomen sind z. B. die operative Myomentfernung (Myomektomie), die Verkleinerung der Myome durch Reduzierung der Blutzufuhr zur Gebärmutter (Uterusarterienembolisation) oder hormonelle Verfahren möglich (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2021, Maduke-Laveaux et al. 2021). Im Falle einer diagnostizierten Endometriose wird neben medikamentösen Hormonbe-

handlungen die operative Abtragung der Gebärmutterschleimhaut (eine sog. Endometriumablation) als Behandlungsoption empfohlen (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2010 [Reaffirmed 2020], ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022). Auch bei Descensusproblematiken sind, in Abhängigkeit vom Befund, eine nicht operative Behandlung und/oder organerhaltende Operationsverfahren wie z. B. Physio- und Lasertherapien oder eine operative Anhebung der Beckenorgane in Betracht zu ziehen (Aigmüller et al. 2021).

Bei allen hier betrachteten Diagnosen besteht immer auch die Möglichkeit der Nichtbehandlung bzw. des Abwartens, da eine benigne Erkrankung primär nicht lebensbedrohlich ist. Eine Hysterektomie stellt eine optionale Behandlungsmöglichkeit dar, welche von der Symptomatik und dem individuellen Leidensdruck der Patientin abhängt. Leitlinien geben Hinweise, dass – wenn möglich – konservative Behandlungsansätze wie z. B. eine medikamentöse Therapie ausgeschöpft werden sollten, bevor ein invasiver Eingriff zur Ektomie des Uterus in Betracht gezogen wird (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2010 [Reaffirmed 2020], ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2021, NICE 2021a). Vor diesem Hintergrund kommt der sorgfältigen Indikationsstellung eine besondere Bedeutung in der Versorgung von Frauen mit benignen Erkrankungen der Gebärmutter zu.

## 2.3 Beteiligte Akteure in der Versorgung

### Ambulanter Sektor

Die ambulante gynäkologische Versorgung in Deutschland übernehmen entsprechend der Kassenerztlichen Bundesvereinigung Fachärztinnen und Fachärzte mit der Fachgruppenzuordnung „Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ (Fachgruppencode: 15)<sup>5</sup> (KBV 2021a).

In gynäkologischen Praxen spielen u. a. Untersuchungen auf Neubildungen und Maßnahmen der Schwangerschaftsverhütung, einschließlich der Beratung zu Verhütungsmethoden, eine wichtige Rolle. Häufige Diagnosen im Abrechnungsjahr 2018 waren nicht entzündliche Krankheiten der Vagina, sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen sowie Beschwerden in den Wechseljahren (Zi 2018). Es wird geschätzt, dass 20 bis 50 % aller Frauen über 30 Jahre von Myomen (gutartigen Neubildungen) betroffen sind (RKI 2020). Mit steigendem Alter der Frauen nimmt die Häufigkeit von gynäkologischen Operationen wie z. B. die Hysterektomie oder die Ovariectomie (Entfernung der Eierstöcke) zu (Krause et al. 2020). Rund ein Drittel der Frauen (32,7 % von n = 4.198 befragten Frauen im Rahmen der DEGS1-Studie), welche sich in eine ambulante gynäkologische Behandlung begaben, suchte in den Jahren 2008 bis 2011 eine niedergelassene Gynäkologin / einen niedergelassenen Gynäkologen zur Nachbetreuung einer Gebärmutterentfernung auf (Prütz et al. 2013). Allerdings zeigte sich in den Jahren von 2011 bis 2016, dass der Anteil an

---

<sup>5</sup> Facharztbezeichnungen wie „Facharzt Frauenheilkunde“ (Fachgruppencode: 15) und „Facharzt Gynäkologie und Geburtshilfe“ (Fachgruppencode: 15) sind obsolet.

Frauen, die eine gynäkologische Praxis infolge einer Organentnahme aufsuchten, von 32,7 % auf 9,7 % zurückging (Krause et al. 2020).<sup>6</sup>

Hysterektomien können auch ambulant, ohne stationären Aufenthalt, von Gynäkologinnen und Gynäkologen durchgeführt werden. In den Vereinigten Staaten wurden bereits 2014 über die Hälfte der geplanten Hysterektomien ambulant operiert (Moawad et al. 2017). In Deutschland hingegen werden Gebärmutterentfernungen aktuell nur selten ambulant durchgeführt (Salfelder et al. 2007). Da diese außerdem nicht Bestandteil des QS-Verfahrens sind, werden ambulante Prozeduren im vorliegenden Bericht nicht weiter thematisiert.

### **Stationäre Versorgung**

Die Hysterektomie ist ein gynäkologischer Eingriff und daher im Fachbereich Gynäkologie im Krankenhaus verortet. In Vorbereitung einer geplanten Gebärmutterentfernung besprechen die betroffenen Frauen den Zugangsweg und Umfang der Operation mit einer Ärztin / einem Arzt in der stationären Einrichtung, welche die Patientin für die Durchführung des Eingriffs gewählt hat. Die Planung des operativen Vorgehens ist dabei abhängig von der Indikation, dem gesundheitlichen Zustand (z. B. von Begleiterkrankungen oder Voroperationen) sowie den Präferenzen der Patientin und den Erfahrungen der Operateurin / des Operateurs (Prütz und von der Lippe 2014).

Untersuchungen zeigten, dass sich die vaginale Hysterektomie gegenüber der laparoskopischen Hysterektomie durch eine kürzere Operationszeit auszeichnet. Verglichen mit der abdominalen Gebärmutterentfernung weist die vaginale Hysterektomie sogar weitere Vorteile wie einen kürzeren Krankenhausaufenthalt, weniger postoperative Infektionen sowie eine schnellere Rückkehr der Frauen in den Alltag auf (Aarts et al. 2015, Pickett et al. 2023). Ebenso zeichnet sich die laparoskopische Hysterektomie gegenüber dem abdominalen Zugangsweg durch einen kürzeren Krankenhausaufenthalt der Frauen, einer schnelleren Rückkehr zu Alltagsaktivitäten und weniger Komplikationen in Form von Wundinfektionen aus. Allerdings gibt es Hinweise, dass die Gefahr von Verletzungen im Urogenitaltrakt bei der laparoskopischen Gebärmutterentfernung gegenüber der abdominalen Hysterektomie und der vaginalen Hysterektomie erhöht ist (Pickett et al. 2023). Keine Unterschiede hingegen konnten in der operativen Durchführung einer laparoskopischen Hysterektomie im Vergleich zu einer roboterassistierten laparoskopischen Hysterektomie gefunden werden (Aarts et al. 2015, Thurston et al. 2019).

2012 betrug der Anteil vaginaler Hysterektomien bei gutartigen Gebärmuttererkrankungen 55,6 % (einschließlich laparoskopisch-assistierten vaginalen Hysterektomien, bei N = 130.421 durchgeführten Operationen). Nur 15,7 % der Eingriffe wurden abdominal durchgeführt (AQUA 2013). Seither nahm die Anzahl der laparoskopisch durchgeführten Hysterektomien in den deutschen Krankenhäusern stetig zu. Im Jahr 2021 wurden bereits 56,1 % der Hysterektomien aufgrund einer benignen Indikation laparoskopisch durchgeführt, davon war in 37,5 % der Fälle eine Morcellation

---

<sup>6</sup> Die Abrechnungsdaten schließen auch Operationen ein, welche aufgrund einer malignen Erkrankung oder notfallmäßig durchgeführt wurden.

des Uterus notwendig. Die Anzahl vaginal durchgeführter Operationen ging hingegen auf 31,6 % im Jahr 2021 zurück (Nimptsch und Mansky 2023).

### **Belegärztinnen und Belegärzte**

Eine Fusion der ambulanten und stationären Versorgung bieten Belegärztinnen und Belegärzte. Diese sind nach § 121 Abs. 2 SGB V nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patientinnen und Patienten im Krankenhaus voll- oder teilstationär zu behandeln. Dieses Versorgungsmodell ermöglicht es, dass sowohl die ambulante Beratung, die Vorbereitung der Operation, der Eingriff selbst sowie die Nachbetreuung von derselben Ärztin / demselben Arzt übernommen werden können (Korzilius 2019, Walendzik et al. 2019). Allerdings ging die Anzahl der tätigen Belegärztinnen und Belegärzte in den vergangenen Jahren stark zurück. Der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zufolge sank der Anteil zwischen 2013 und 2022 um 31,1 % auf 3.799 Belegärztinnen und Belegärzte, wovon 402 im Jahr 2022 Frauenärztinnen und Frauenärzte bzw. Geburtshelferinnen und Geburtshelfer waren (KBV [2024]). Ebenso ging die Zahl belegärztlicher Behandlungen in den Krankenhäusern stark zurück, nach Angaben des Bundesverbands der Belegärzte im Zeitraum von 2009 bis 2018 sogar um etwa 50 % (Korzilius 2019). Korzilius (2019) vertritt hierbei die Sichtweise, dass die versorgungspolitischen Strukturen zunehmend unattraktiver für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte erscheinen, um zusätzlich belegärztlichen Tätigkeiten nachzugehen. Neben den eingangs genannten Vorteilen des belegärztlichen Versorgungsmodells der kontinuierlichen Betreuung durch eine Ärztin / einen Arzt weisen Kritikerinnen und Kritiker auf den erheblichen Nachteil des fehlenden „Vier-Augen-Prinzips“ bei der Indikationsstellung, z. B. zu einer Hysterektomie, hin (Walendzik et al. 2019).

### **Sonderregelung: Zweitmeinungsverfahren**

2015 wurde das Recht für Patientinnen und Patienten auf eine Zweitmeinung im § 27b des SGB V verankert. Diese gesetzliche Verankerung wurde vom G-BA mit der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL)<sup>7</sup> umgesetzt. Seit 2019 können sich Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen nun im Falle bestimmter Indikationen mit planbaren Eingriffen eine unabhängige Zweitmeinung einholen. Auch die Indikationsstellung der Hysterektomie bei allen nicht malignen Erkrankungen der Gebärmutter ist für das Zweimeinungsverfahren vorgesehen. Demnach ergibt sich für die Patientinnen mit der Diagnosestellung einer nicht malignen Erkrankung und der Therapieempfehlung für eine Hysterektomie der sogenannte Sachleistungsanspruch gemäß § 5 Abs. 1 Zm-RL. Die initiale indikationsstellende Ärztin / der initiale indikationsstellende Arzt muss die Patientin über ihr Recht aufklären, eine Zweitmeinung einholen zu können. Diese Aufklärung muss nach § 6 Abs. 1 Zm-RL mindestens 10 Tage vor dem geplanten Eingriff stattfinden. Durch

---

<sup>7</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 des Fünftens Buches Sozialgesetzbuch. In der Fassung vom 21. September 2017, zuletzt geändert am 20. Oktober 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023.  
URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/107/> (abgerufen am: 05.02.2024).

diese zwingende Zeitvorgabe soll die Patientin ausreichend Zeit erhalten, die Zweitmeinung einzuholen bzw. darüber zu entscheiden, ob sie diese einholen möchte (Nölling 2018).

Fachärztinnen und Fachärzte, die bestimmte Qualifikationen erfüllen, können bei den Kassenärztlichen Vereinigungen einen Antrag stellen und so die Zweitmeinung abrechnen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen veröffentlichen die Adressen der Zweitmeinerinnen und Zweitmeiner auf ihren Webseiten.

Im Jahr 2020 waren insgesamt 420 gynäkologische Zweitmeinerinnen und Zweitmeiner für die Indikationsstellung zur Hysterektomie registriert (KBV 2021b). Prediger et al. (2022) untersuchten die regionale Verteilung der registrierten Zweitmeinerinnen und Zweitmeiner in Deutschland. Gemessen an der Einwohnerzahl der einzelnen Bundesländer gibt es mit 11 Zweitmeinerinnen und Zweitmeinern pro Million Einwohnerinnen und Einwohner die meisten im Saarland und mit einer Zweitmeinerin / einem Zweitmeiner pro Million Einwohnerinnen und Einwohner die wenigsten in Bremen. Ebenfalls unterschiedlich im bundesweiten Vergleich gestaltet sich die Fahrtzeit, die eine Patientin zu einer Zweitmeinerin / einem Zweitmeiner für Gebärmutterentfernungen aufwenden muss. Die längsten Anfahrtszeiten zur nächstgelegenen Zweitmeinung haben Frauen in Rheinland-Pfalz mit durchschnittlich 1,4 Stunden (Prediger et al. 2022). Im Jahr 2020 konnten deutschlandweit 85 Neuanträge von Ärztinnen und Ärzten als Zweitmeinerinnen und Zweimeiner für die Hysterektomie verzeichnet werden. Von diesen wurden 63 Anträge genehmigt und 22, hauptsächlich aufgrund von Nichterfüllung der Fortbildungspflicht der Ärztinnen und Ärzte, abgelehnt (KBV 2021b).

## 2.4 Versorgungspfad

In Abbildung 2 ist ein Versorgungspfad dargestellt, wie ihn gesetzlich versicherte Patientinnen im Prozess der Indikationsstellung zu einer Hysterektomie durchlaufen können. Die schematische Darstellung macht deutlich, dass die betroffenen Frauen unterschiedliche Wege bis zur Operation zurücklegen können und der Prozess jederzeit die Rückkopplung in den ambulanten Sektor zulässt. Somit soll eine individuell angepasste Versorgung für die Patientinnen erreicht werden. Abbildung 3 zeigt einen Versorgungspfad, den Patientinnen durchlaufen können, die von einer Belegärztin / einem Belegarzt betreut und operiert werden. Die nachfolgende Beschreibung des Versorgungspfads für Patientinnen ist als idealer Verlauf zu betrachten und spiegelt nicht in allen Fällen die tatsächliche Versorgungsrealität wider. Für beide Abbildungen gilt, dass etwaige allgemeingültige Voruntersuchungen und Gespräche (wie z. B. das Anästhesievorgespräch) im Krankenhaus vor der Operation nicht berücksichtigt werden.

Die gynäkologische Versorgung der gesetzlich versicherten Patientinnen im ambulanten-ärztlichen Sektor wird in Deutschland regelhaft durch niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erbracht. Dort werden Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt sowie bei Bedarf weitere Maßnahmen bei anderen Leistungserbringern eingeleitet. Entsprechend übt der ambulante

Sektor eine steuernde Funktion in Bezug auf die Inanspruchnahme weiterer Versorgungsleistungen aus (RKI 2014). Eine Untersuchung der Frauen erfolgt hier entweder im Rahmen von Vorsorge- bzw. Kontrolluntersuchungen oder auf Eigeninitiative der Frauen z. B aufgrund von Beschwerden. Die niedergelassene Ärztin / der niedergelassene Arzt stellt nach der Untersuchung in der Regel eine Diagnose und bespricht mit der Patientin Möglichkeiten der Therapie. Für die Patientin besteht die Möglichkeit, Bedenkzeit in Anspruch zu nehmen. Wird die Indikation zu einer Hysterektomie gestellt, kann die niedergelassene Gynäkologin / der niedergelassene Gynäkologe eine Überweisung in eine stationäre Einrichtung ausstellen.

Außerdem ergibt sich nach der Diagnosestellung und Therapieempfehlung für eine Hysterektomie der sogenannte Sachleistungsanspruch gemäß § 5 Abs. 1 Zm-RL (siehe Darstellung des Zweitmeinungsverfahrens in Abschnitt 2.3). Entscheiden sich die Frauen nach Einholung der Zweitmeinung für eine Hysterektomie, so können sie eine Überweisung bzw. einen Termin in der stationären Einrichtung erhalten, in der die Operation durchgeführt werden soll.

Eine weitere Anlaufstelle für Frauen bieten Fach- und Hochschulambulanzen. In diesen Ambulanzen werden indikationsspezifische ambulante Sprechstunden für Patientinnen angeboten. Meist sind diese an eine stationäre Einrichtung geknüpft, werden von stationär angestellten Ärztinnen und Ärzten betreut (AWMF 2011, Elsner et al. 2018) und bedürfen daher zumeist einer Überweisung von einer niedergelassenen Gynäkologin / einem niedergelassenen Gynäkologen. Schwerpunkte der Frauenheilkunde liegen beispielsweise in der Behandlung von Myomen (Myomsprechstunden), Endometriose (teilweise auch in speziellen Endometriosezentren) oder Dysplasien (Dysplasiesprechstunden). Betroffene Frauen haben in diesen speziellen Sprechstunden die Möglichkeit, sich von spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten untersuchen und in Bezug auf Behandlungsmöglichkeiten beraten zu lassen (Elsner et al. 2018).

Unabhängig davon, ob die Patientin direkt von ihrer niedergelassenen Gynäkologin / ihrem niedergelassenen Gynäkologen oder einer Zweitmeinerin / einem Zweitmeiner zu einem Gespräch in die jeweilige stationäre Einrichtung überwiesen wurde, ist die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus nach dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten von 2013 verpflichtet, die Patientin umfassend über „Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie“ (§ 630 e Abs. 1 BGB) zu informieren und aufzuklären. Weiterhin ist die Ärztin / der Arzt verpflichtet, auf Alternativen hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können. Die Aufklärung muss umfassend durch eine Ärztin / einen Arzt im Krankenhaus erfolgen, unabhängig davon, ob bereits im Vorfeld eine Aufklärung z. B. im ambulanten Sektor erfolgt ist. Außerdem ist die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus im Zuge der Aufklärung verpflichtet, die Patientin auch noch einmal über ihr Recht zum Einholen einer Zweitmeinung zu informieren. Erst nach umfassender Aufklärung und schriftlicher Einwilligung der Patientin in die besprochene Vorgehensweise bei der Operation kann eine Terminvereinbarung zur Durchführung des Eingriffs erfolgen (§ 630c Abs. 2 Satz 1 BGB). Dabei kann

es notwendig sein, dass der Patientin noch einmal Bedenkzeit eingeräumt wird und diese sich zu einem späteren Zeitpunkt erneut zur Terminvereinbarung an das Krankenhaus wendet. Alternativ kann sich die Patientin im Anschluss an die Bedenkzeit auch dafür entscheiden, dass keine Hysterektomie durchgeführt werden soll, und sich – zur Versorgung der weiterhin bestehenden benignen Erkrankung – in weiterführende ambulante Behandlung begeben.

Grundsätzlich besteht für die Patientinnen jederzeit die Möglichkeit, die Gebärmutterentfernung abzulehnen und den schematisch dargestellten Versorgungspfad zu verlassen. Weil die benignen Erkrankungen, die eine Hysterektomie begründen, nicht lebensbedrohlich sind und der Eingriff daher elektiv erfolgt, ist die Versorgung mit konservativen Behandlungsmethoden oder die Nichtbehandlung aus medizinischer Sicht in Betracht zu ziehen und alle Optionen patientenindividuell abzuwägen (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2021).

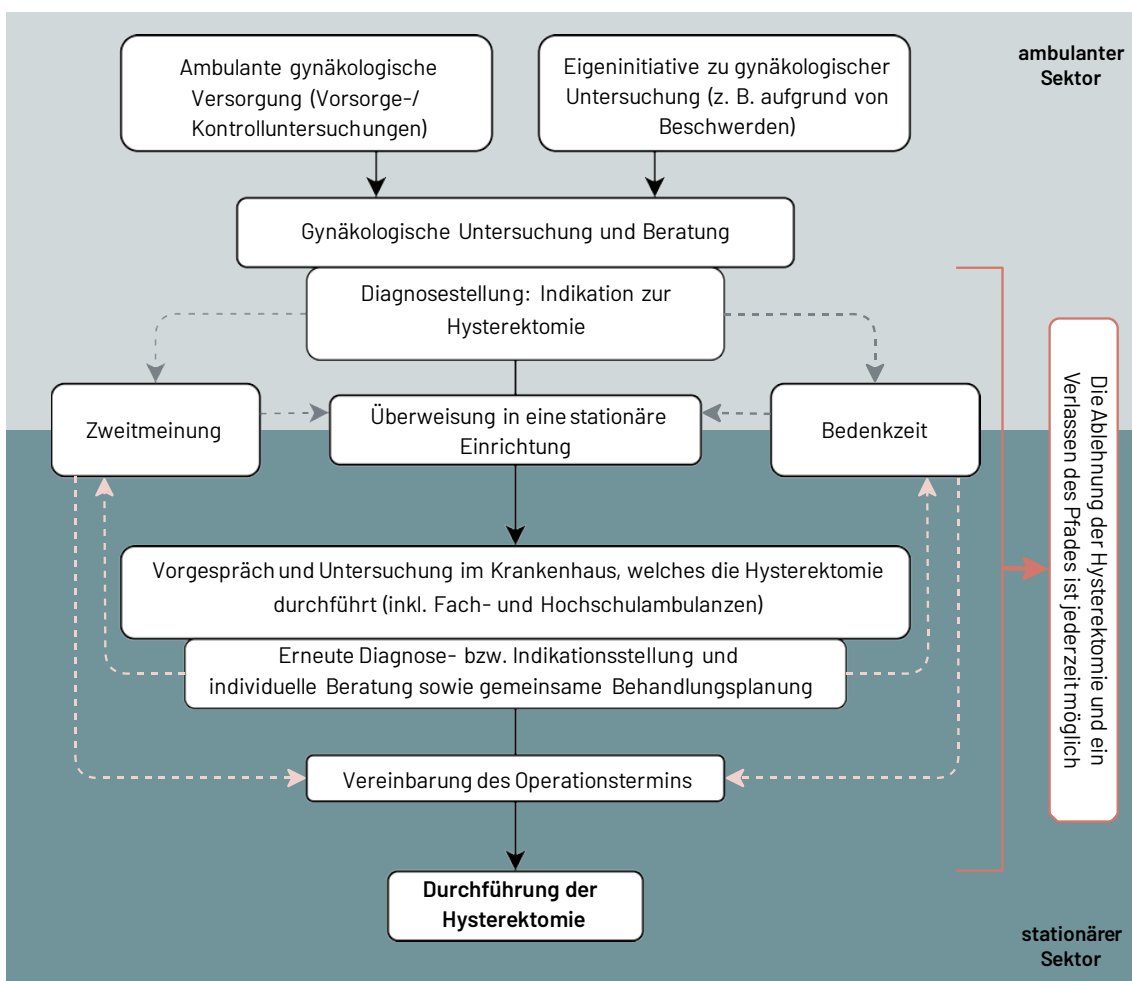


Abbildung 2: Beispielhafter Versorgungspfad bei der Versorgung durch stationär angestellte Ärztinnen und Ärzte



Wird die Hysterektomie von einer Belegärztin / einem Belegarzt durchgeführt, entfällt das stationäre Vorgespräch, da dieses i. d. R. ambulant mit der operierenden Belegärztin / dem operierenden Belegarzt erfolgt. Die Patientinnen werden im Vorfeld in der jeweiligen Praxis aufgeklärt und kommen erst zum Operationstermin in das gewählte Krankenhaus. Unabhängig von der Operateurin / dem Operateur besteht für die Patientinnen immer die Möglichkeit, eine Zweitmeinung einzuholen, Bedenkzeit in Anspruch zu nehmen oder die Operation abzulehnen (siehe Abbildung 3).

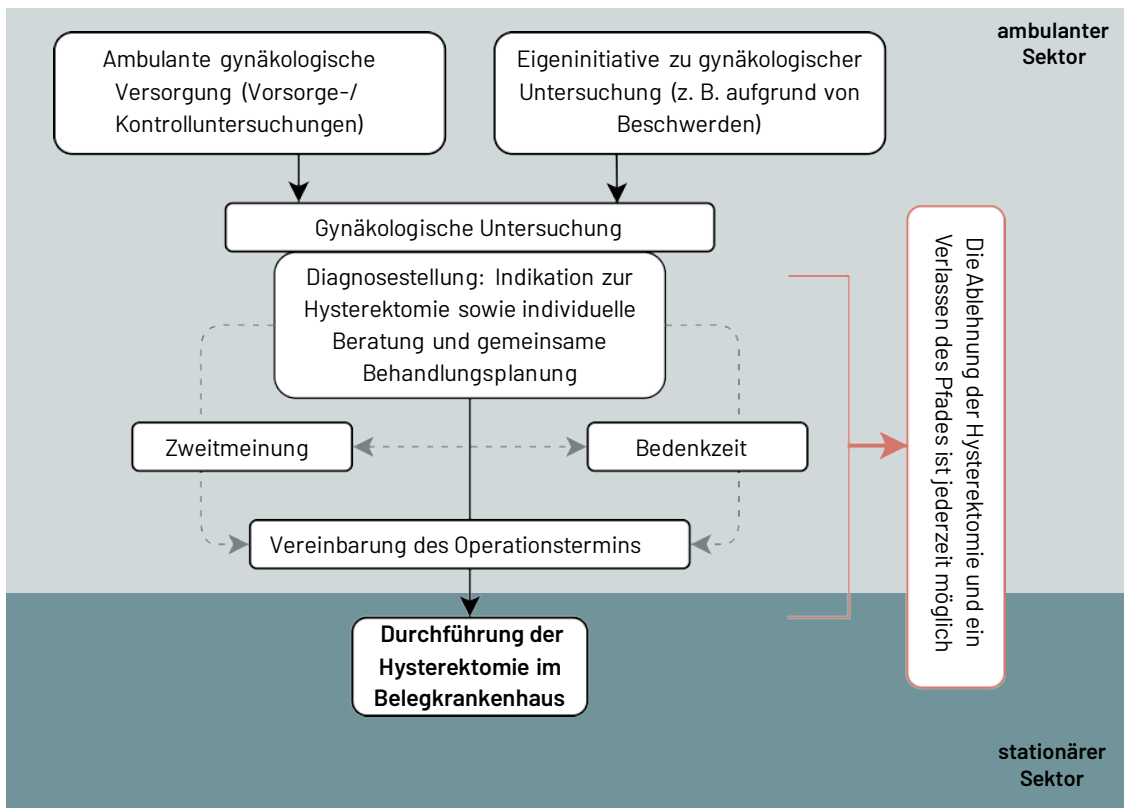


Abbildung 3: Beispielhafter Versorgungspfad bei der Versorgung durch Belegärztinnen und Belegärzte

## Teil II: Methodisches Vorgehen

## 3 Auftragspezifische Rahmenbedingungen

### 3.1 Zielgruppe

Wie zuvor dargestellt, besteht für die Patientenbefragung im QS-Verfahren *Hysterektomie* eine Heterogenität bezüglich der Indikationen, die zu einer Hysterektomie führen können (z. B. Myome, Descensus genitalis, Endometriose). Zudem besteht auch Heterogenität bezüglich der verschiedenen operativen Vorgehensweisen zur Entfernung der Gebärmutter (z. B. laparoskopisch-assistierte vaginale Hysterektomie, abdominale Hysterektomie). Für die Entwicklung der Patientenbefragung bedeutet dies, dass die zu adressierenden Themen so allgemein anzulegen sind, dass sie grundsätzlich für alle Patientinnen der Zielgruppe des QS-Verfahrens gleichermaßen relevant sind. Zugleich sollten sie jedoch konkret genug sein, um Rückschlüsse auf die Qualität der Indikationsstellung zu Hysterektomien bei benignen Erkrankungen zu erlauben.

Ferner sind bezüglich der Auslösung der relevanten Fälle für das QS-Verfahren Besonderheiten zu berücksichtigen. So ist die Identifikation der benignen Erkrankungen nicht über die ausschließliche Definition von Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kodes) in der Version 2024 möglich, da diese auch Operationen aufgrund von malignen Erkrankungen, notfallmäßigen Hysterektomien (z. B. wegen postpartaler Blutungen) und Geschlechtsangleichungen einschließen. Ergänzend zu den OPS-Kodes müssen daher auch Kodierungen für die Identifikation der benignen Erkrankungen berücksichtigt werden, um eine zielgerichtete Auswahl der Patientinnen vornehmen zu können. Für diese Kodierungen wird vom IQTIG die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) – 10. Revision – German Modifikation (ICD-10-GM) in der Version 2024 herangezogen. Zur Kombination von OPS- und ICD-Kodes können verschiedene Herangehensweisen genutzt werden. Um sicherzustellen, dass die Vorgehensweise adäquat und damit inhaltlich zielführend ist, werden vom IQTIG in diesem Entwicklungsschritt auch externe fachliche Expertinnen und Experten eingebunden. Die empfohlenen Codes zur Identifikation der Zielgruppe finden sich in Anhang K.

### 3.2 Barrierefreiheit von Befragungen

Gemäß der Beauftragung und der zugrunde liegenden Normvorgabe aus § 137b Abs. 1 SGB V ist ein Fragebogen zu entwickeln, welcher „barrierefrei“ eingesetzt werden kann. Im Rahmen der Entwicklung ist damit zu prüfen, welche Definition von „Barrierefreiheit“ für die Durchführung von Patientenbefragungen des IQTIG herangezogen werden soll und wie Barrierefreiheit erreicht bzw.

umgesetzt werden kann. Bezüglich der Umsetzung gibt es verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen (Berger et al. 2010, Farmer und Macleod 2011, Infas 2022), die unterschiedliche Möglichkeiten und Limitationen für barrierefreie Befragungen aufzeigen.<sup>8</sup>

Grundsätzlich ist in § 4 des Gesetzes zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz, BGG) definiert, dass Barrierefreiheit gegeben ist – in diesem Fall mit Blick auf informations- und kommunikationsbezogene Lebensbereiche –, wenn diese „für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Hierbei ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig.“ Die Berücksichtigung der Barrierefreiheit bei der Entwicklung einer Patientenbefragung umfasst gemäß § 4 BGG damit konkret drei Ziele: die Auffindbarkeit, die Zugänglichkeit und die Nutzbarkeit. Im Folgenden wird die jeweilige inhaltliche Ausgestaltung der drei Ziele aus der Sichtweise des IQTIG kurz erläutert.

### **Auffindbarkeit**

Dadurch, dass die Patientinnen im QS-Verfahren grundsätzlich zu einer Teilnahme an einer Befragung des IQTIG eingeladen werden, d. h. im Regelfall nach Erfüllung eines Auslösekriteriums, ist die Auffindbarkeit des Fragebogens direkt gegeben. Es ist aber ergänzend zu beachten, dass die Rahmenbedingungen gegeben sein sollten, um vertiefende bzw. erläuternde Informationen zur Patientenbefragung ohne besondere Erschwernisse und ohne fremde Hilfe auffinden zu können. Dies kann beispielsweise über eine geeignete Webpräsenz und ausführliche Begleitmaterialien als Anlage zur Patientenbefragung erreicht werden.

### **Zugänglichkeit**

Bei der Zugänglichkeit sind zwei Facetten relevant. Zum einen muss eine physische bzw. technische Zugänglichkeit gewährleistet sein, die eine Teilnahme grundsätzlich erst ermöglicht (z. B. Erhalt eines postalischen Fragebogens oder eines Links zu einer Onlinebefragung). Hierbei gilt beispielhaft zu berücksichtigen, dass die Faktoren Alter oder Bildung einen Einfluss auf die Internetnutzung haben können und damit auch die Teilnahme an einer Onlinebefragung beschränken können (Destatis 2021). Zum anderen ist aber auch die kognitive Zugänglichkeit des Fragebogens bzw. der Fragebogeninhalte zu beachten. Relevant sind in diesem Zusammenhang u. a. die Art der verwendeten Sprache (z. B. einfache oder leichte Sprache), die Länge des Fragebogens, die Darstellung von Skalen oder der benötigte mentale Aufwand zur Beantwortung von Items. Je nach Erhebungsmodus können in Bezug auf diese Themen auch erleichternde Maßnahmen eingesetzt werden (z. B. automatische Filterführung in einem Onlinefragebogen). Zur Prüfung der kognitiven

---

<sup>8</sup> Hervorzuheben ist hierbei auch das aktuell von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderte Projekt „Kommunikative Mittel für eine barrierefreie Umfrageforschung“, welches sich mit zentralen Fragen der Umfrageforschung befasst (z. B. inwiefern barrierefrei gestaltete Skalen messäquivalent zu standardisierten Skalen sind; GEPRIS [2023], WWU Münster IfK [2022]).

Zugänglichkeit können grundsätzlich z. B. kognitive Interviews bzw. ein kognitiver Pretest durchgeführt werden, welche regelhaft in den Entwicklungsprojekten für Patientenbefragungen des IQTIG vorgesehen sind.

### **Nutzbarkeit**

Damit eine Befragung für alle befragten Menschen gleichsam nutzbar ist, d. h. unabhängig von körperlichen oder kognitiven Einschränkungen, ist u. a. der kommunikative Kanal, welcher zur Durchführung der Befragung herangezogen wird, zu berücksichtigen. So können mit selbstadministrierten Befragungen (z. B. postalisch oder online durchgeführte Befragungen) verschiedene fördernde und einschränkende Faktoren bezüglich der Barrierefreiheit verknüpft sein. Vorteile bezüglich der Barrierefreiheit liegen z. B. in der Möglichkeit, dass die Befragung im eigenen Lese- und Bearbeitungstempo erfolgen werden kann. Hierbei können sich die Befragten bei Bedarf auch Unterstützung holen oder Hilfsmittel einsetzen (Kaczmarek und Wolff 2007). Einschränkungen der Barrierefreiheit sind jedoch beispielhaft bei postalischen Befragungen gegeben, wenn Menschen mit einem beeinträchtigten Sehvermögen – selbst unter Verwendung von Hilfsmitteln (wie z. B. Lesehilfen) – nicht an der Befragung teilnehmen können. Diese Einschränkung gilt allerdings nicht für alle selbstadministrierten Befragungen: Im Rahmen einer Onlinebefragung von Berger et al. (2010) wurden alle Items in Audiodateien umgewandelt, sodass sich die befragten Personen die gesamten Texte elektronisch vorlesen lassen konnten. Es ist beim Einbetten von Audio- und/oder Videodateien zu beachten, dass die Darstellung der Befragungswebsite nicht überladen sein sollte und Irritationen in der Nutzung der Website zu vermeiden sind. Darüber hinaus sind technische Anforderungen zu beachten, die ggf. mit einer barrierefreien Onlinebefragung verbunden sind und eventuell nicht bei allen Befragten erfüllt werden (z. B. Plug-ins). Infas (2022) weist im Abschlussbericht zum Thema „Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ darauf hin, dass ein persönliches Interview in der Regel die beste Methode sei, um Menschen mit Beeinträchtigungen zu befragen. Grundsätzlich kann ein persönliches Interview in direkter Präsenz (Face-to-Face) oder über Distanz (z. B. per Telefon) erfolgen. Infas (2022) zeigt auf, dass es bei persönlichen Interviews wichtig sei, Pausen und Unterbrechungen anzubieten, sodass zum einen eine stetige Kooperationsbereitschaft gegeben ist und zum anderen ein zuverlässiges Antwortverhalten sichergestellt werden kann. Außerdem können auf diese Weise individuelle Erschöpfungsphasen der befragten Personen berücksichtigt werden. Interviewbasierte Befragungen haben jedoch auch Limitationen bezüglich der Nutzbarkeit des Befragungsinstrumentes: Für Menschen mit einer Hörbeeinträchtigung kann es, abhängig vom Grad der Beeinträchtigung, ggf. schwierig sein, an einer interviewbasierten Befragung teilzunehmen. Um in solchen Fällen eine Teilnahme an einer Befragung zu ermöglichen, könnten Gebärdensprachdolmetscherinnen/Gebärdensprachdolmetscher zielführend eingebunden werden. Alternativ könnte zur Erreichung der Barrierefreiheit der Fragebogen auch ergänzend postalisch oder online zur Selbstaussfüllung zur Verfügung gestellt werden, was beispielhaft verdeutlicht, dass für eine umfängliche Barrierefreiheit alle Kanäle zur Befragung von Patientinnen herangezogen werden sollten. Jedoch stehen

einem solch umfänglichen Vorgehen rechtliche, finanzielle, methodische und logistische Hürden entgegen.

Grundsätzlich erscheint eine Erweiterung der Fragebogenentwicklung um eine zusätzlich online-fähige Befragungsversion als zentrale Grundlage, um eine weitgehendere Barrierefreiheit ermöglichen zu können.

Am 1. November 2023 wurde das IQTIG vom G-BA beauftragt, ein Konzept zur barrierefreien Durchführung von Patientenbefragungen zu entwickeln (G-BA 2023). In diesem Konzept sollen Maßnahmen zur barrierefreien Gestaltung aufgezeigt und Empfehlungen zur Umsetzung benannt werden. Das zu entwickelnde Konzept wird auch als Grundlage für die Patientenbefragung *Hysterektomie* dienen, weshalb im vorliegenden Entwicklungskontext keine individuellen Umsetzungen erarbeitet wurden. Grundsätzlich wurde jedoch bei der Entwicklung darauf geachtet, dass die Patientenbefragung für verschiedene Optionen der barrierefreien Befragung anschlussfähig ist (z. B. durch verstärkte Verwendung von einfacher Sprache, eine übersichtliche grafische Aufbereitung oder eine grundsätzliche Einsetzbarkeit für Onlinebefragungen). Die konkrete Umsetzung der Barrierefreiheit für die Patientenbefragung im QS-Verfahren *Hysterektomie* wird sich am Konzept zur barrierefreien Durchführung von Patientenbefragungen ausrichten, was dem G-BA zum 30. Juni 2024 vorgelegt wird.

### 3.3 Shared Decision Making

Im Rahmen der Beauftragung wird außerdem deutlich, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making, SDM) eine besondere Bedeutung für dieses QS-Verfahren hat. SDM kann grundsätzlich als Interaktionsprozess verstanden werden, der das Ziel verfolgt, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patientin/Patient und Ärztin/Arzt sowie auf Grundlage geteilter Informationen zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft bezüglich der präferierten Behandlung zu kommen (Loh und Simon 2007). Die Grundannahme von SDM ist, dass durch systematisches Abwägen aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten die Behandlungsqualität erhöht wird, die Compliance der Patientinnen und Patienten steigt und SDM sich folglich positiv auf die Zufriedenheit und den Gesundheitszustand der Behandelten auswirkt (Scheibler und Pfaff 2003, Joosten et al. 2008, Stiggelbout et al. 2012, Vilkins et al. 2019).

Für die Umsetzung von SDM in der klinischen Versorgung existieren verschiedene Prozessmodelle, welche im Wesentlichen aus drei Phasen bestehen: der Einführung, dem gegenseitigen Informationsaustausch sowie dem Abwägungsprozess inklusive der Entscheidung (Charles et al. 1999, Elwyn et al. 2012, Elwyn et al. 2017, Härter 2020). Benigne Erkrankungen z. B. der Gebärmutter können eine Vielzahl von Beschwerden verursachen, und es existieren dafür ebenso viele Behandlungsmöglichkeiten, welche mit individuellen Vor- und Nachteilen einhergehen können (Maduke-Laveaux et al. 2021). Dabei besteht immer auch die Möglichkeit der Nichtbehandlung bzw. des Abwartens, da eine benigne Erkrankung primär keinen akuten Handlungsbedarf erfor-

dert. Die Notwendigkeit einer Intervention hängt von der Symptomatik und dem individuellen Leidensdruck der Erkrankten ab (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2021). Bei einer Hysterektomie als elektiven Eingriff ist eine sorgfältige Abwägung von Nutzen und Nebenwirkungen erforderlich, daher kann sie zielführend von SDM begleitet werden. Gleichwohl ist die Anwendung von SDM im klinischen Alltag noch keine Selbstverständlichkeit und spiegelt nicht unbedingt die Versorgungsrealität wider (Hahlweg et al. 2022).

Der ideale gemeinsame Entscheidungsprozess, wie er in Bezug auf die Behandlung einer benignen Erkrankung der Gebärmutter anzustreben ist, umfasst verschiedene Phasen, in denen sich Ärztin/Arzt und Patientin besprechen. Zu Beginn kündigt die Ärztin / der Arzt der Patientin an, dass am Ende des Prozesses eine Entscheidung ansteht. Weiter werden von ärztlicher Seite grundlegend alle relevanten Informationen zur vorliegenden medizinischen Diagnose, deren Behandlungsmöglichkeiten sowie Vor- und Nachteile bzw. Nutzen und Risiken einzelner Behandlungsansätze vermittelt. Diese Informationen sollten die physischen, psychischen und sozialen Lebensumstände der Patientin berücksichtigen. Zur Informationsvermittlung können verschiedene Materialien (z. B. Bildmaterial, Informationsbroschüren oder Modelle) verwendet werden (Hoffmann et al. 2014, Murray et al. 2006). Auch können sogenannte Decision Aids (Entscheidungshilfen) Anwendung finden (Stacey et al. 2017, Stiggelbout et al. 2012). Die Ärztin / der Arzt ist angehalten zu überprüfen, ob die Patientin alle Informationen richtig verstanden hat. Gleichzeitig teilt die Patientin der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt entscheidungsrelevante Informationen zu ihrer Person wie die Krankengeschichte und eventuelle Vorerfahrungen, ihre Lebenssituation, Werte sowie Präferenzen, Bedenken und Ängste mit (Charles et al. 1999, Elwyn et al. 2012, Makoul und Clayman 2006, Stiggelbout et al. 2012). In der Abwägungsphase gewichtet die Patientin gemeinsam mit der Ärztin / dem Arzt alle zuvor geteilten Informationen. Dazu erfragt die Ärztin / der Arzt auch Bedürfnisse, Erwartungen, Ideen und Sorgen der Patientin und versucht, in der Entwicklung und Gewichtung von Präferenzen zu unterstützen. Die Ärztin / der Arzt kann dabei ebenfalls eigene Sichtweisen zu den verschiedenen Optionen darlegen und Empfehlungen geben. Wichtig ist es, während des gesamten Gesprächs eine Atmosphäre zu schaffen, in der sich die Patientin sicher fühlen und frei äußern kann (Charles et al. 1999, Elwyn et al. 2012, Makoul und Clayman 2006, Scheibler und Pfaff 2003). Im letzten Schritt treffen die Patientin und die Ärztin / der Arzt gemeinsam eine Entscheidung. Dabei kann es auch vorkommen, dass sich die beiden Akteure uneinig bleiben. Wenn die Ärztin / der Arzt eine von der Patientin präferierte Therapie nicht umsetzen will oder kann, besteht die Möglichkeit, an eine andere Ärztin / einen anderen Arzt zu verweisen. Umgekehrt haben Patientinnen jederzeit das Recht, Behandlungen abzulehnen (Charles et al. 1999, Elwyn et al. 2012, Makoul und Clayman 2006, NICE 2021b). Neben der grundsätzlichen Entscheidung für oder gegen eine Hysterektomie als Therapie stehen die Frauen mit einer benignen Erkrankung der Gebärmutter im Fall der Zustimmung zur Operation zudem vor der Entscheidung über den operativen Zugang (z. B. die vaginale Hysterektomie oder die laparoskopische Hysterektomie) sowie den Umfang der Operation (z. B. subtotale oder totale Hysterektomie).

Die Entscheidungsfindung ist in der klinischen Realität ein dynamischer Prozess, in dem die einzelnen Phasen fließend ineinander übergehen und nur schwer voneinander abzugrenzen sind. Auch kann sich das Entscheidungsmodell im Verlauf ändern, z. B. indem die Patientin die Entscheidung abgibt und klar signalisiert, dass die Ärztin / der Arzt diese für sie treffen soll. Der Prozess der Entscheidungsfindung wird entsprechend immer auch von der klinischen Situation und den individuellen Bedürfnissen der Patientin beeinflusst und erfordert deshalb ein hohes Maß an Flexibilität (Charles et al. 1999).

Zandstra et al. (2017) zeigen, dass eine sorgfältige Abwägung der verschiedenen Möglichkeiten unter Einbezug individueller Präferenzen und Lebensumstände für die Patientinnen mit einer benignen Erkrankung einen besonderen Stellenwert einnimmt. Andere Untersuchungen weisen darauf hin, dass mithilfe von SDM die Entscheidungssicherheit der betroffenen Frauen steigen sowie die postoperative Zufriedenheit und Lebensqualität positiv beeinflusst werden kann (Radosa et al. 2016, Riggan et al. 2021). Zudem gibt es Hinweise auf die Reduktion vermeidbarer operativer Eingriffe unter Anwendung von SDM (Boss et al. 2016). Interviews mit Operateurinnen und Operateuren zeigten, dass auch Leistungserbringer überwiegend vom positiven Einfluss von SDM auf die Entscheidungsqualität und die Behandlungszufriedenheit überzeugt sind (Kannan et al. 2020). Zudem zeigten die Ergebnisse eines vom Innovationsfond geförderten Programms zur Implementierung von SDM in 22 Kliniken eine verbesserte Gesundheitskompetenz und Sicherheit bei den Patientinnen und Patienten sowie die Reduktion von Versorgungskosten (Geiger 2023).

Vor dem Hintergrund des positiven Einflusses von SDM auf die Behandlungsqualität, die Zufriedenheit der Patientinnen sowie die mögliche Eindämmung vermeidbarer operativer Eingriffe wie einer Hysterektomie (z. B. mit der Entscheidung zu einer alternativen Behandlungsmethode), spielt SDM in der Entwicklung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* eine tragende Rolle. Ein gemeinsamer und informierter Entscheidungsprozess bei der Indikationsstellung zu einer Gebärmutterentfernung aufgrund einer benignen Erkrankung ist Bestandteil einer guten Versorgungsqualität aus Patientensicht und daher unverzichtbar für eine patientenzentrierte Qualitätssicherung. Dazu soll in der Entwicklung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Hysterektomie* nicht nur der Prozess der Patientenbeteiligung berücksichtigt werden, sondern auch konkret die Ergebnisqualität mithilfe von Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) abgebildet werden.

In Abschnitt 10.5 wird die Umsetzung von SDM in Bezug auf die entwickelten Qualitätsindikatoren diskutiert und auch damit verbundene Limitationen aufgezeigt.



## 4 Entwicklung des Qualitätsmodells und Ableitung der Qualitätsmerkmale

Die Entwicklung einer Patientenbefragung orientiert sich an den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (2022) und ist in mehrere Entwicklungsschritte untergliedert. Im ersten Schritt werden die Themenbereiche der zu entwickelnden Patientenbefragung explorativ ermittelt. Diese Themenbereiche werden als Qualitätsaspekte in einem sogenannten Qualitätsmodell zusammengefasst. Das Qualitätsmodell bestimmt somit die inhaltlichen Schwerpunkte und die Strukturierung der Befragung. Diese Inhalte werden über Qualitätsmerkmale weiter ausdifferenziert und damit konkretisiert. Die Qualitätsmerkmale beschreiben folglich wichtige Facetten des jeweiligen Qualitätsaspekts und sind zudem mit konkreten Anforderungen an die Versorgungspraxis verbunden. Damit können die Qualitätsmerkmale in einem späteren Entwicklungsschritt zur Operationalisierung der Items für die Patientenbefragung herangezogen werden.

Entsprechend der Beauftragung des G-BA soll die zu entwickelnde Patientenbefragung ausschließlich die Prozessqualität der Indikationsstellung einer Hysterektomie mit Fokus auf den stationären Sektor abbilden. Daraus ergibt sich, dass von vorneherein bestimmte Dimensionen des Rahmenkonzepts für Qualität des IQTIG ausgeschlossen sind und damit nur ein Ausschnitt der Versorgungsqualität betrachtet wird (siehe Abschnitt 1.2). Entsprechend thematisch fokussiert ist die Entwicklung des Qualitätsmodells und der Qualitätsmerkmale. Vor diesem Hintergrund wird auf Basis der systematischen Literaturrecherche (Anhang C.1) und der Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews (Anhang C.2) das Qualitätsmodell entwickelt und daran anschließend Qualitätsmerkmale abgeleitet. Bei der Ableitung der Qualitätsmerkmale müssen diese, gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG, folgende Eignungskriterien erfüllen, um im weiteren Entwicklungsprozess berücksichtigt werden zu können (IQTIG 2022):

- Bedeutung für die Patientinnen und Patienten
- Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal
- Potenzial zur Verbesserung
- Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer
- Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss

Zusammengefasst wird mittels dieser Kriterien sichergestellt, dass die in einem weiteren Entwicklungsschritt konzipierten Qualitätsindikatoren Aspekte der Versorgung beschreiben, für die patientenrelevante Verbesserungen durch Anstrengungen der Leistungserbringer möglich sind und die zu mindestens einem Handlungsanschluss der gesetzlichen Qualitätssicherung passen.

Weiterhin muss für die Entwicklung einer Patientenbefragung sichergestellt sein, dass die abgeleiteten Qualitätsmerkmale potenziell von Patientinnen und Patienten beurteilbar sind, d. h. erlebt wurden und im Rahmen einer Befragung beantwortet werden können. Darüber hinaus sind zusätzlich die nachfolgend dargestellten auftragspezifischen Anforderungen zu berücksichtigen:

- Unabhängigkeit von spezifischen Diagnosen: Es werden Qualitätsindikatoren entwickelt, die unabhängig von der/den benignen Diagnose(n) bzw. Krankheitsbild(ern) der Patientinnen eingesetzt werden können.
- Unabhängigkeit von der Vorgehensweise bei der Operation: Es werden Qualitätsindikatoren entwickelt, die unabhängig von der operativen Vorgehensweise bei der durchgeführten Operation eingesetzt werden können.

Neben der initialen Fragestellung zur Identifizierung patientenrelevanter Inhalte leiten die Eingangskriterien sowie die auftragsspezifischen Anforderungen den Analyseprozess und die Ableitung der jeweiligen Qualitätsmerkmale.

#### 4.1 Literaturrecherche

Das übergeordnete Ziel der systematischen Literaturrecherche für die Entwicklung der Patientenbefragung besteht in der Identifizierung und Beschreibung von Qualitätsaspekten und den daraus abgeleiteten Qualitätsmerkmalen sowie der Prüfung und Darlegung von Potenzialen zur Verbesserung. Außerdem dienen die Ergebnisse der Generierung von Themen für die Diskussionsleitfäden der Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews. Hierfür wurden systematisch Leitlinien, Studien zur Patientenperspektive und Studien zur Versorgungssituation in Deutschland recherchiert. Eine detaillierte Ausgestaltung der entwickelten Recherchefragen kann dem Recherchebericht entnommen werden (Anhang A.1). Im Anschluss an die Entwicklung einzelner Fragestellungen wurde für jede Quelle der Informationsbeschaffung eine eigene Suchstrategie entwickelt. Eine genauere Beschreibung (z. B. der Suchstrategie oder der Einschlusskriterien) ist ebenfalls dem Recherchebericht zu entnehmen (Anhang A.1). Im Anschluss an die systematische Literaturrecherche erfolgte die Auswertung der recherchierten Literatur (Anhang A.2 und C.1).<sup>9</sup>

#### 4.2 Fokusgruppen/Einzelinterviews mit Patientinnen sowie stationär oder ambulant tätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen

Den Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten, aber auch Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsprofession wird im Rahmen der Entwicklung von Patientenbefragungen des IQTIG ein besonders hoher Stellenwert eingeräumt. So können vertiefte Einblicke in die Bedürfnisse und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Versorgung gewonnen werden und im Sinne einer patientenzentrierten Ausrichtung in die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen einfließen (IQTIG 2022).

---

<sup>9</sup> Entsprechend der Beauftragung ist in die Entwicklung der Patientenbefragung die neu entwickelte S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie von benignen Erkrankungen der Gebärmutter“ einzubeziehen. Im Rahmen der Vorbereitung der Recherche nach nationalen und internationalen Leitlinien zeigte sich jedoch bereits, dass sich diese Leitlinie länger als geplant in der Entwicklung befindet und der aktuelle Veröffentlichungstermin auf den 30. Juni 2024 festgelegt wurde, sodass aus methodischen Gründen diese Leitlinie nicht in der Entwicklung der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* berücksichtigt werden kann (AWMF [kein Datum]). Dennoch konnte ein Austausch bzw. Fachgespräch mit den Mitgliedern der Leitliniengruppe realisiert (Abschnitt 4.3.1) und Einblicke in die inhaltliche Ausgestaltung der Leitlinie gewonnen werden.

Vor Beginn der Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews erteilte die International Medical & Dental Ethics Commission (IMDEC) im April 2022 ein positives Ethikvotum zum Studienvorhaben des IQTIG.

In der Rekrutierung der Patientinnen sowie der Gynäkologinnen und Gynäkologen wurde das IQTIG von einem externen Dienstleister unterstützt, der Erfahrung in der Ansprache von Patientinnen und Leistungserbringern im Gesundheitswesen vorweisen konnte.

Bezüglich der Gruppengröße der Fokusgruppen wurde in Anlehnung an die „Methodischen Grundlagen“ eine Teilnehmerzahl von 6 bis 8 Teilnehmerinnen und Teilnehmern angestrebt (Dreher und Dreher 1982, Krueger und Casey 2015, Lamnek und Krell 2016, IQTIG 2022).

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Fokusgruppen mit Patientinnen wurde angestrebt, charakteristische Repräsentanten der Zielgruppe des QS-Verfahrens *Hysterektomie* zu rekrutieren, um einen umfassenden Einblick in die behandlungsbezogenen Erfahrungen von Patientinnen mit einer Hysterektomie aufgrund einer benignen Erkrankung zu gewinnen (Krueger und Casey 2015, Lamnek und Krell 2016, Nyumba et al. 2018, Scheuren 2004). Zunächst wurden 3 Fokusgruppen mit volljährigen, gesetzlich krankenversicherten Patientinnen geplant, bei denen die Hysterektomie bis zu 12 Monate zurücklag. Die weiteren inhaltlichen Kriterien, die bei der Zusammensetzung der Fokusgruppen mit Patientinnen berücksichtigt wurden, können Anhang B.2 entnommen werden. Zur besseren Erreichbarkeit der Zielgruppe hat sich das IQTIG im Laufe der Entwicklung gemeinsam mit dem externen Dienstleister dazu entschieden, anstelle der 3 geplanten Fokusgruppen mit Patientinnen nur 2 Fokusgruppen durchzuführen und die restliche Anzahl an Teilnehmerinnen über digitale Einzelinterviews zu realisieren. Auch für die Einzelinterviews galten unverändert die zuvor für die Fokusgruppen mit Patientinnen formulierten Rekrutierungskriterien.

Neben den Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews mit Patientinnen sollten zudem 2 Fokusgruppen mit stationär tätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie gynäkologisch tätigen Belegärztinnen und Belegärzten durchgeführt werden, die in Bezug auf Hysterektomien (aufgrund benigner Erkrankungen) mindestens drei Jahre Erfahrung in der Beratung, Indikationsstellung und Durchführung hatten. Die weiteren inhaltlichen Kriterien, die bei der Zusammensetzung der Fokusgruppen berücksichtigt wurden, können Anhang B.2 entnommen werden.

Die Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews mit Patientinnen, aber auch mit Gynäkologinnen und Gynäkologen fanden von Juni bis August 2022 statt. Zur Durchführung der Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews wurden thematisch aufeinander abgestimmte Moderationsleitfäden erstellt, die im Anhang B.1 eingesehen werden können. Zeitlich wurde für die Durchführung der Fokusgruppen jeweils eine Dauer von 1,5 bis 2 Stunden angestrebt, bei den Einzelinterviews von ca. 60 Minuten. Die Moderation erfolgte jeweils durch eine Mitarbeiterin des IQTIG. Die Teilnahme an den Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews war freiwillig. Sowohl von den Fokusgruppen als auch von den Einzelinterviews wurden digitale Ton- bzw. Videoaufnahmen angefertigt. Alle Teilnehmerinnen

und Teilnehmer der Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews wurden darüber vorab mittels einer Datenschutz- und Einwilligungserklärung schriftlich und mündlich informiert und mussten vor Beginn ihre Einwilligung zur Teilnahme geben. Zum Abschluss der Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gebeten, einen anonymen Kurzfragebogen auf freiwilliger Basis auszufüllen, um auf diese Weise soziodemografische Merkmale der rekrutierten Personen deskriptiv erfassen zu können. Eine detaillierte Darstellung der mittels des Kurzfragebogens erhobenen zentralen Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer kann Anhang B.3 entnommen werden. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhielten für ihre Teilnahme an den Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews eine finanzielle Aufwandsentschädigung.

Die digital angefertigten Tonaufnahmen wurden im Anschluss an die Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews anonymisiert und vollständig transkribiert. Die Auswertung des Datenmaterials aus den Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews erfolgte in Anlehnung an die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) und somit nach den Vorgaben der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2022: Abschnitt 7.2.2). Die Darstellung der Ergebnisse aus den Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews kann Anhang C.2 entnommen werden.

## 4.3 Beteiligung externer Expertise

### 4.3.1 Beratung der Qualitätsmerkmale durch ein Expertengremium

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG wird zur Entwicklung einer Patientenbefragung ein Expertengremium beratend eingebunden. Das 8-köpfige Expertengremium beim QS-Verfahren *Hysterektomie* bestand aus stationär und ambulant tätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen, Patientenvertreterinnen sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern übergeordneter Fachdisziplinen (Anhang D.4, IQTIG 2022). Ziel der Expertenkonsultation ist das Einholen einer Einschätzung zu den bisherigen Entwicklungsarbeiten des IQTIG bezüglich der Qualitätsmerkmale (Anhang D.1). Die Experteneinbindung zielt damit auf die Erhöhung der Inhaltsvalidität der Qualitätsmerkmale ab, bevor auf diesen die weitere Entwicklung des Fragebogens und der Qualitätsindikatoren aufgebaut wird. Auch stellen die Einschätzungen der Expertinnen und Experten eine weitere Grundlage für die Entscheidungen des IQTIG über den Umgang mit den vorliegenden Qualitätsmerkmalen dar, d. h., ob die Qualitätsmerkmale in ihrer bestehenden Form über Fragebogenteile operationalisiert werden können oder ob Modifikationen notwendig sind.

Für die Besetzung des Expertengremiums wurden Interessierte über einen öffentlichen Aufruf auf der Website des IQTIG sowie über die direkte Ansprache von 25 wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Organisationen (einschließlich Patientenorganisationen) aufgefordert, sich zur Teilnahme am Expertengremium zu registrieren bzw. den Aufruf weiterzuleiten. Aufgerufen wurden medizinische und wissenschaftliche Expertinnen und Experten sowie Patientinnen bzw. Patientenvertreterinnen und -vertreter, mit dem Ziel, aus multiprofessioneller Perspektive eine Einschätzung hinsichtlich der Qualitätsmerkmale zu erreichen. Die Registrierung konnte zwischen

dem 11. Mai und dem 30. Juni 2022 vorgenommen werden. Aufgrund einer geringen Anzahl an Registrierungen wurde die Möglichkeit der Registrierung zweimal mit jeweils einem erneuten, inhaltlich identischen Aufruf bis zum 15. Juli 2022 bzw. 29. Juli 2022 verlängert.

Für die Teilnahme am Expertengremium wurden folgende Kriterien definiert:

- **Patientinnen bzw. Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter** sollten einen thematischen Bezug zu bzw. Erfahrungen mit der stationär erfolgten Indikationsstellung und anschließender Hysterektomie aufgrund einer benignen Erkrankung haben. Zudem sollte zum Zeitpunkt der Indikationsstellung bei den betroffenen Patientinnen (max. 4 Jahre zurückliegend) die Volljährigkeit gegeben gewesen sein.
- **Medizinische Expertinnen und Experten** sollten hinsichtlich Hysterektomien bei benignen Erkrankungen (bei volljährigen Patientinnen) über umfangreiche praktische Erfahrungen mit der Indikationsstellung, Beratung und Durchführung verfügen. Weiterhin sollten sie über eine fachärztliche Ausbildung im Fachgebiet der Gynäkologie (Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde, Fachärztin/Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe) verfügen. Zudem sollten sie stationär als angestellte Fachärztin bzw. Facharzt, als Belegärztin bzw. Belegarzt in einer stationären Einrichtung oder ausschließlich ambulant tätig sein. Schließlich sollten sie ggf. besondere Expertise hinsichtlich Patientenbefragungen im Bereich der Indikationsstellung und der Durchführung von Hysterektomien oder im Bereich Qualitätsentwicklung (z. B. über Fachgesellschaften, Mitwirkung an der Leitlinienerstellung) vorweisen.
- **Wissenschaftliche Expertinnen und Experten** als Fachexpertinnen und Fachexperten aus dem übergeordneten Versorgungskontext, z. B. Epidemiologie, Versorgungsforschung oder Public Health, sollten ggf. besondere Expertise in Patientenbefragungen und in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Qualitätsentwicklung im Bereich der Beratung von Patientinnen, der Indikationsstellung und der Durchführung von Hysterektomien bei benignen Erkrankungen vorweisen.

Die Auswahlkriterien für die Expertinnen und Experten zielten einerseits auf die oben genannten persönlichen Qualifikationen und Erfahrungen der Bewerberinnen und Bewerber sowie andererseits auf eine ausgewogen heterogene Zusammenstellung der Expertisen im Expertengremium ab. In diesem Zusammenhang wurde auf eine möglichst gleichverteilte Expertise hinsichtlich der oben genannten Gruppen geachtet. Expertinnen und Experten, deren Unterlagen unvollständig waren oder bei denen relevante Interessenkonflikte vorlagen, wurden im Rahmen des Bewerbungsverfahrens ausgeschlossen.<sup>10</sup> Die Bewertung der Interessenkonflikte der Expertinnen und Experten erfolgte vom IQTIG als fachlich unabhängiges, wissenschaftliches Institut durch eine eigens dafür eingesetzte institutsinterne Kommission (IQTIG 2022). Eine Übersicht über die eingeschlossenen Expertinnen und Experten ist Anhang D.4 zu entnehmen.

---

<sup>10</sup> Zu den Ausschlussgründen aufgrund von Interessenkonflikten siehe die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (IQTIG 2022).

Die Expertenkonsultation zur beratenden Diskussion der Qualitätsmerkmale erfolgte in einem zweistufigen Verfahren, welches in den „Methodischen Grundlagen“ beschrieben ist (IQTIG 2022: Abschnitt 7.2.4). Die Expertinnen und Experten konnten vom 17. bis zum 29. August 2022 ihre Einschätzung der Qualitätsmerkmale vornehmen. Alle ausgewählten Expertinnen und Experten nahmen dazu an der Onlinebefragung teil. Die Ergebnisse der Vorabbefragung dienten als Moderationinstrument für die Diskussion der aufbereiteten Antworten im Plenum. Das Treffen des Expertengremiums fand am 8. September 2022 in hybrider Form, sprich sowohl vor Ort im IQTIG als auch digital über Zoom statt. Nach der ausführlichen Diskussion der einzelnen Qualitätsmerkmale anhand der oben genannten Eignungskriterien wurde für jedes Qualitätsmerkmal mittels eines Gruppenvotums eine Gesamteinschätzung für die weitere Eignung festgehalten. Die protokollierten Ergebnisse der Diskussion wurden durch das IQTIG zusammenfassend aufbereitet, damit sie in den anschließenden Entwicklungsprozess der Qualitätsmerkmale einbezogen werden konnten. Eine detaillierte Dokumentation der Beratung zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen durch das Expertengremium ist Anhang D.2 zu entnehmen.

Auf Basis der Beratungen im Expertengremium und den Erkenntnissen aus den verschiedenen Wissensbeständen (Literaturrecherche sowie vom IQTIG durchgeführte Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews) wurde seitens des IQTIG geprüft, welche der entwickelten Qualitätsmerkmale in den weiteren Entwicklungsprozess (in ggf. modifizierter Form) eingebunden und als Grundlage für Fragebogenitems in die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* aufgenommen werden. Sowohl die zentralen Einschätzungen der Expertinnen und Experten zu den Qualitätsmerkmalen als auch der begründete Umgang mit den Einschätzungen sind in Anhang E.1 dokumentiert.

#### 4.3.2 Beratung durch medizinische und wissenschaftliche Sachverständige

Im Entwicklungsprozess der Patientenbefragung wurden zu verschiedenen Projektschritten auch externe Expertinnen und Experten eingebunden.<sup>11</sup> So wurden fünf Gespräche mit Belegärztinnen und Belegärzten geführt, um zu reflektieren, ob die entwickelten Qualitätsmerkmale inhaltlich aus ihrer Sicht auch für die belegärztliche Versorgung zutreffen. Ferner wurde ein Gespräch mit zwei Experten des SDM geführt, um zu reflektieren, ob und inwieweit die Inhalte des SDM in den entwickelten Qualitätsmerkmalen abgebildet sind. Zur Steigerung der inhaltlichen Güte der Identifikation der Zielgruppe bezog das IQTIG zwei externe Experten in die Entwicklung ein, um u. a. bezüglich der Bestimmung der relevanten Indikationen für das QS-Verfahren und deren Übersetzung in ICD-Kodes beraten zu werden. Diese ICD- sowie die für die Auslösung von Patientinnen relevanten OPS-Kodes wurden ergänzend zu einem späteren Zeitpunkt auch im Rahmen eines Treffens des Expertengremiums beraten. Darüber hinaus wurde auch der Kontakt zur Leitliniengruppe der S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie von benignen Erkrankungen der Gebärmutter“ gesucht, da

---

<sup>11</sup> Alle externen Sachverständigen wurden vor der Beratung um die Offenlegung möglicher Interessenkonflikte und um die Unterzeichnung einer Vertraulichkeitserklärung gebeten. Die Interessenkonflikte der Sachverständigen wurden gegenüber dem IQTIG offengelegt und als unbedenklich eingestuft.

diese Leitlinie aufgrund des aktualisierten Veröffentlichungstermins in der Entwicklung der Patientenbefragung nicht berücksichtigt werden konnte, aber gemäß der Beauftragung des G-BA in die Entwicklung der Patientenbefragung eingebunden werden sollte.

#### 4.4 Beteiligungsverfahren

Im Anschluss an die Übermittlung des Zwischenberichts des IQTIG an den G-BA wurde vom 30. Januar 2023 bis 12. März 2023 ein Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V durchgeführt. Dazu hat das IQTIG den zu beteiligenden Organisationen den Zwischenbericht zukommen lassen, in dem insbesondere die Qualitätsmerkmale, die mittels Fragebogen abgebildet werden sollen, hergeleitet und beschrieben wurden. Die Beteiligung erfolgte über ein schriftliches Stimmverfahren. Der Zeitpunkt für das Beteiligungsverfahren ist durch das IQTIG gemäß seiner „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2022: Abschnitt 7.2) so gewählt, dass fachliche Hinweise zur inhaltlichen Ausrichtung der Befragung im Entwicklungsprozess berücksichtigt werden können. Der Zwischenbericht beschreibt die Herleitung und Entwicklung der Qualitätsmerkmale, die die zentrale Grundlage für die daran anschließende Itementwicklung und die Konzeption der Qualitätsindikatoren bilden. Sie stellen somit die inhaltliche Ausrichtung der Patientenbefragung dar. Fachliche Hinweise aus dem Beteiligungsverfahren, die sich auf die Auswahl und Definition der Qualitätsmerkmale beziehen, konnten so Einfluss auf die Ausrichtung des Fragebogens nehmen. Insgesamt wurden von sechs Organisationen Stellungnahmen eingereicht:

- Bundesärztekammer (BÄK)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V. (DGPF)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)
- GKV-Spitzenverband (GKV-SV)
- Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg
- Patientenvertretung: Maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V (PatV)

Die eingegangenen Stellungnahmen und deren Würdigung durch das IQTIG sind in den entsprechenden Anlagen (Stellungnahmen zum Zwischenbericht, Würdigung der Stellungnahmen zum Zwischenbericht) zu diesem Abschlussbericht enthalten.

## 5 Fragebogenentwicklung

### 5.1 Itementwicklung

Grundlage der Entwicklung von Fragebogenitems bilden die Qualitätsmerkmale. Die Qualitätsmerkmale können in der Regel nicht direkt erfasst werden, da sie als latente Konstrukte betrachtet werden. Deshalb müssen deren Ausprägungen durch manifeste Variablen gemessen werden, d. h. anhand von Fragen und Antwortmöglichkeiten operationalisiert werden (IQTIG 2022). Im Rahmen der externen Qualitätssicherung ist es von besonderer Bedeutung, dass konkrete und möglichst objektive Hinweise auf Handlungs- und Verbesserungsansätze gegeben werden können. Daraus abgeleitet orientiert sich das IQTIG gemäß den „Methodischen Grundlagen“ bei der Entwicklung von Patientenbefragungen am sogenannten Reporting-Ansatz (faktenorientierten Befragungsansatz), dem Patient-Reported Experience Measures (PREMs) und Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) zugeordnet werden (IQTIG 2022). Dabei werden PREMs als Instrumente (zumeist Fragebögen) zur Erfassung von patientenseitig wahrgenommenen Ereignissen bzw. Erfahrungen definiert, die während des Krankenhausaufenthalts bis zum Zeitpunkt der Entlassung gemacht wurden bzw. regelmäßig gemacht werden (Cleary 1999, Kingsley und Patel 2017, Lützner et al. 2017). Damit werden sie zur Erfassung der patientenberichteten Prozessqualität verwendet. PROMs werden als Oberbegriff für Instrumente zur Erfassung verschiedener Aspekte des patientenberichteten Gesundheitszustandes verstanden, bei denen keine Interpretation der berichteten Inhalte durch eine andere Person (z. B. Behandlerinnen bzw. Behandler) erfolgt (HHS.gov et al. 2006).

#### **Ablauf der Itementwicklung**

Zunächst wurden die Beschreibungen der Qualitätsmerkmale hinsichtlich möglicher Itemformulierungen gesichtet und erste Entwürfe unter Einhaltung grundsätzlicher Prinzipien der Itemformulierung generiert (IQTIG 2022: Abschnitt 7.2.5). In Abhängigkeit von der inhaltlichen Breite eines Qualitätsmerkmals wurden zu dessen Operationalisierung ein oder mehrere Itementwürfe entwickelt. Für eine erste inhaltliche Überprüfung, ob die Itementwürfe die betreffenden Qualitätsmerkmale in hinreichender Form wiedergeben (Inhaltsvalidität), wurden sie anschließend kritisch diskutiert und ggf. angepasst. Gemäß der Beauftragung wurden ergänzend zur Operationalisierung der einzelnen Qualitätsmerkmale auch Erkenntnisse aus bereits bestehenden Befragungsinstrumenten hinzugezogen. Die entsprechenden Fragebögen dienten hier zur theoretischen und inhaltlichen Orientierung (Abschnitt 9.1). Neben Items zur Abbildung der für die Patientenbefragung relevanten Qualitätsmerkmale wurden Items zur Stichprobenbeschreibung sowie zur Kennzahlberechnung aufgenommen.

Im Zuge der Fragebogenentwicklung wurde wiederholt das Expertengremium beratend hinzugezogen. Zu diesem Treffen des Expertengremiums wurden, neben den bestehenden Mitgliedern,



auch Experten zum SDM eingeladen. Ziel dieser zweiten Expertenkonsultation war es, die inhaltliche Passung der Qualitätsmerkmale zu den jeweiligen entwickelten Items des Fragebogens zu reflektieren und die Items bzw. den Fragebogen ggf. anzupassen.

Der nach mehrfacher interner und externer Evaluierung optimierte Fragebogen wurde anschließend in einem dreistufigen Pretest-Verfahren (kognitiver Pretest, Standard-Pretest, kognitiver Retest) hinsichtlich seiner Verständlichkeit bzw. möglicher Befragungsprobleme (z. B. Erinnerungsschwierigkeiten) überprüft und die Items daraufhin angepasst (IQTIG 2022: Abschnitt 7.2.6).

## 5.2 Kognitiver Pretest

### 5.2.1 Ziele des kognitiven Pretests

Im Rahmen einer kognitiven Pretestung werden durch Einzelinterviews mit Testpersonen aus der angestrebten Zielgruppe mögliche Probleme bei der Interpretation und Beantwortung von Items ermittelt, deren Ursachen aufgedeckt und daraufhin Anpassungen vorgenommen (IQTIG 2022: Abschnitt 7.2.6, Lenzner et al. 2015, Porst 2014, Willis 2015). Der zur Entwicklung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* durchgeführte kognitive Pretest mit Patientinnen fokussierte im Einzelnen die Überprüfung (IQTIG 2022: Abschnitt 7.2.6, Lenzner et al. 2015, Porst 2014, Prüfer und Rexroth 2005, Willis 2015)

- der Verständlichkeit der Fragebogenitems,
- der vorgegebenen Antwortkategorien auf Vollständigkeit und Relevanz für die Zielgruppe,
- der Beurteilbarkeit und Erinnerbarkeit der erfragten Ereignisse und Situationen und
- der Dauer der Beantwortung der Fragebögen.

### 5.2.2 Stichprobe und Rekrutierung der Testpersonen

Bezüglich der Anzahl der kognitiven Interviews wird empfohlen, zwischen 5 und 30 Interviews pro Pretestung einer Fragebogenversion durchzuführen (Lenzner et al. 2015, Porst 2014). Die schwerwiegendsten Probleme können bereits bei einer relativ kleinen Anzahl von Interviews identifiziert werden (Willis 2005), allerdings steigt mit zunehmender Zahl an Interviews die Wahrscheinlichkeit, dass zusätzliche Schwierigkeiten aufgedeckt werden können (Blair und Conrad 2011). Vor diesem Hintergrund wurde angestrebt, von Mai bis August 2023 ca. 30 kognitive Interviews durchzuführen. Die Interviews sollten teilweise in Präsenz und teilweise digital durchgeführt werden.

Die Rekrutierung der Testpersonen wurde mit Unterstützung eines externen Dienstleisters durchgeführt. Dieser verfügt über entsprechende Erfahrung in der Ansprache und Betreuung von Testpersonen im medizinisch-gesundheitlichen Setting. Die Rekrutierung erfolgte über Gatekeeper (Krankenhäuser, Belegarztpraxen, Kostenträger, Selbsthilfegruppen), soziale Medien (z. B. Facebook), Printmedien (z. B. Berliner Tagesspiegel) sowie Jobbörsen (z. B. Indeed) und Internetplattformen (z. B. eBay Kleinanzeigen). Die Auswahl aller Testpersonen erfolgte mithilfe von

Screening-Bögen, welche die nachfolgenden spezifischen Filter- und Quotierungsmerkmale enthielten. Vor Beginn der Rekrutierung erteilte die IMDEC ein positives Votum für den Antrag des IQTIG zur Durchführung der kognitiven Interviews.

### **Übergreifende Rekrutierungsmerkmale**

Hinsichtlich der Zusammensetzung der Testpersonen wurde angestrebt, Repräsentanten der Zielgruppe des QS-Verfahrens *Hysterektomie* zu rekrutieren. Das bedeutet, dass die Gruppe der Testpersonen so zusammengesetzt sein sollte, dass möglichst viele Personeneigenschaften ähnlich der späteren Zielgruppe, die einen Einfluss auf das Fragenverständnis haben könnten, abgebildet werden (Lenzner et al. 2015, Porst 2014, Willis 2005, Prüfer und Rexroth 2005).

Vor Beginn der Rekrutierung wurden für die Patientinnen (ca. 30 Personen) übergreifende Rekrutierungsmerkmale definiert:

- Volljährigkeit der Testpersonen
- Gesetzliche Krankenversicherung der Testpersonen
- Die Hysterektomie wurde aufgrund einer gutartigen Erkrankung durchgeführt
- Die Hysterektomie wurde vor maximal 20 Wochen durchgeführt
- Die Hysterektomie wurde stationär durchgeführt, wobei belegärztlich durchgeführte Hysterektomien dem stationären Kontext zugeordnet werden
- Die Testpersonen fühlen sich subjektiv körperlich und psychisch dazu in der Lage, an einem Einzelinterview teilzunehmen

### **Vorgaben zur Quotierung der Testpersonen**

Neben den übergreifenden Rekrutierungsmerkmalen für die Testpersonen wurden weitere, konkretisierende Vorgaben zur Quotierung festgelegt<sup>12</sup>:

- eine Verteilung des Bildungsniveaus leicht zugunsten von Testpersonen mit mittlerer und niedriger Bildung
- eine Verteilung des Alters leicht zugunsten von eher älteren Testpersonen
- eine möglichst ausgewogene Verteilung bezüglich des Interviewzeitpunkts nach der Hysterektomie
- eine ausgewogene Verteilung zwischen stationär und belegärztlich behandelten Testpersonen
- eine möglichst ausgewogene Verteilung der Testpersonen nach Diagnosen und operativem Zugang

---

<sup>12</sup> Testpersonen unter 35 Jahren sowie Testpersonen mit hoher Bildung waren bei den Rekrutierungsvorgaben leicht unterproportioniert, da davon ausgegangen wurde, dass diese Testpersonen weniger Probleme bei der Bearbeitung des Fragebogens haben. Es wurde erwartet, dass auf diese Weise bessere Informationen gewonnen werden können (Porst 2014). Zudem entsprechen eher ältere Testpersonen sowie Testpersonen mit mittlerer und niedriger Bildung der angestrebten Zielgruppe (Prütz und von der Lippe 2014).

### 5.2.3 Durchführung des kognitiven Pretests

Die Interviews wurden in Präsenz und digital durchgeführt. Die Interviews in Präsenz fanden als 1:1-Interviews mit jeweils einer Interviewerin / einem Interviewer und einer Testperson in einem ruhigen, geschlossenen Raum statt. Die digitalen Interviews wurden ebenfalls als 1:1-Interviews über ein datenschutzkonformes Kommunikationsportal durchgeführt. Von den kognitiven Interviews wurden Ton- und Videoaufnahmen angefertigt, die im Anschluss anonymisiert und transkribiert wurden. Alle Testpersonen wurden mit einer Datenschutz- und Einwilligungserklärung vorab über die Aufzeichnung informiert und gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme. Die Testpersonen erhielten für die Teilnahme an den Interviews eine Aufwandsentschädigung. Die Interviewdauer war auf 60 bis 90 Minuten angelegt.

#### Testleitfäden und Kurzfragebogen

Die Durchführung der kognitiven Interviews erfolgte durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQTIG. Die Interviews wurden anhand halbstandardisierter Testleitfäden (Lenzner et al. 2015, Porst 2014, D'Ardenne 2015) unter Einbezug gängiger Techniken der kognitiven Pretestung (z. B. Probing oder Think Aloud; IQTIG 2022: Abschnitt 7.2.6) geführt.

Für die Testung des Fragebogens wurden zwei verschiedene Testansätze und damit einhergehend auch zwei verschiedene Testleitfäden eingesetzt. Im ersten Testansatz wurden die Testpersonen darum gebeten, den Fragebogen vollständig und ungestört auszufüllen. Nach Beantwortung des gesamten Fragebogens wurde zunächst um eine Gesamteinschätzung des Fragebogens gebeten. Anschließend wurden vertiefende Nachfragen zu spezifischen, vorher festgelegten Items gestellt (z. B. zur Interpretation, Verständnis, Beantwortbarkeit). Darüber hinaus konnten sich die Nachfragen auch auf Items beziehen, die von den Testpersonen angesprochen wurden oder bei deren Bearbeitung Probleme beobachtet wurden (IQTIG 2022: Abschnitt 7.2.6). Ziel dieses Testansatzes war es, die allgemeine Usability des Fragebogens zu testen (u. a. Aufbau und Struktur des Fragebogens, Filterführung, Umfang/Ausfüllzeiten). Diese Interviews wurden in Präsenz durchgeführt.

Beim zweiten Testansatz wurden den Testpersonen einzelne Items unabhängig voneinander zur Beantwortung vorgelegt. Im Anschluss an jedes Item wurden vertiefende Nachfragen gestellt (z. B. zur Interpretation, Verständnis, Beantwortbarkeit; IQTIG 2022: Abschnitt 7.2.6). Der Vorteil dieses Vorgehens besteht in der gezielten und detaillierten Prüfung konkreter Items (Lenzner et al. 2015). Diese Interviews wurden digital durchgeführt.

Während der Feldphase wurden beide Testleitfäden iterativ angepasst, sodass geänderte Formulierungen und angepasste Items direkt in die kognitive Pretestung aufgenommen wurden. Die Testpersonen wurden im Vorfeld unter Berücksichtigung ihrer Personenmerkmale einem Testansatz zugeordnet (11 Interviews für Testansatz 1 und 19 Interviews für Testansatz 2). Jeweils ein Auszug aus den Testleitfäden befindet sich im Anhang G.2.

Im Anschluss an die kognitiven Interviews erhielten die Testpersonen einen Kurzfragebogen. Dieser diente dazu, den soziodemographischen Hintergrund der Testpersonen sowie Angaben zu deren Erkrankung und Behandlung anonymisiert zu erfassen.

#### 5.2.4 Auswertung des kognitiven Pretests

Die Auswertung des qualitativen Datenmaterials wurde in Anlehnung an die Empfehlungen von Porst (2014) durch ein Zwei-Personen-Team vorgenommen. Zunächst wurde jedes anonymisierte Transkript fallspezifisch für sich in einer formellen Analyse mithilfe eines Kodierschemas analysiert (Lenzner et al. 2015). Die Kodierung der Einzeltranskripte erfolgte durch jeweils eine Person. Darauf folgend wurde eine Analyse des Materials pro Item vorgenommen, bei der entschieden wurde, ob es empirische Anhaltspunkte gibt, ein Item zu modifizieren oder zu streichen. Die Analyse wurde von beiden Teammitgliedern unabhängig voneinander und parallel durchgeführt. Im Anschluss wurden die Ergebnisse von einer weiteren Person nachvollzogen, und es wurde gemeinsam diskutiert und entschieden, ob ein Änderungsbedarf besteht. Die Auswertung des qualitativen Datenmaterials erfolgte parallel zur Durchführung der Interviews über den gesamten Zeitraum der Feldphase des kognitiven Pretests hinweg. Die Kodierung, die Analyse und die itembezogenen Anpassungen erfolgten iterativ auf Basis des jeweils bis dahin vorliegenden Datenmaterials.

Mithilfe des Kodierschemas wurden sowohl Aussagen zum Verständnis des Items (Interpretation des Fragegegenstandes allgemein, des zeitlichen Kontexts, des lokalen Kontexts, Doppeldeutigkeiten oder Unklarheiten einzelner Begriffe) als auch Aussagen zum Antwortverhalten (Umsetzung von Filterführung, Usability des Antwortformats bzw. der Antwortoptionen, Erinnerbarkeit, Sicherheit beim Beantworten) kodiert. Vertiefende Nachfragen aus den Testleitfäden wurden im Vorfeld als eigenständige Codes formuliert. Das Kodierschema wurde demzufolge hauptsächlich deduktiv erstellt. Es wurden jedoch auch induktiv die Aufnahmen von Codes zugelassen. Das Material wurde ganzheitlich und nicht „fehlerfokussiert“ kodiert, sodass in der Gesamtbetrachtung eingeschätzt werden konnte, inwieweit Items als problematisch wahrgenommen wurden.

Alle Auswertungen wurden mithilfe der Software MAXQDA 2020 durchgeführt. Basierend auf den gewonnenen Erkenntnissen des kognitiven Pretests wurde eine Überarbeitung des Fragebogens vorgenommen.

## 5.3 Standard-Pretest

### 5.3.1 Ziele und Überblick zum Ablauf des Standard-Pretests

Im Rahmen der Validierung von Fragebögen wird vom IQTIG im Anschluss an den kognitiven Pretest regelhaft ein Standard-Pretest durchgeführt. Hierdurch kann die Fragebogenversion, die auf Grundlage der Ergebnisse aus dem kognitiven Pretest überarbeitet wurde, bei einer Patientstichprobe unter möglichst realistischen Rahmenbedingungen erprobt werden (IQTIG 2022: Abschnitt 7.2.6). Dadurch lassen sich potenzielle systematische Probleme aufseiten der Befragten und im generellen Ablauf der Befragung identifizieren (Campanelli 2008, Dillman et al. 2014).

Die Auswahl der teilnehmenden Leistungserbringer (Abschnitt 5.3.3) wie auch die Kriterien für die Rekrutierung von Patientinnen in den Krankenhäusern (Abschnitt 5.3.4) soll hierbei ein möglichst heterogenes Patientenkollektiv für den Standard-Pretest ermöglichen. Damit sollen Ergebnisse hinsichtlich folgender Ziele dargestellt werden können:

- Non-Responder-Analyse
- Analyse der Antwortverteilungen auf Itemebene
- Analyse der internen Konsistenz und Homogenität von Items, die zu einem Qualitätsindikator zusammengefasst werden

Für die Unterstützung bei der Durchführung der Datenerhebung erfolgte eine Ausschreibung für einen externen Dienstleister. Dieser sollte vor allem aus Gründen des Datenschutzes die Annahme der Patientendaten, den Versand und die Annahme der Fragebögen sowie die Dateneingabe übernehmen (Abschnitt 5.3.5). Zudem wurde ein positives Ethikvotum einer Ethikkommission eingeholt. Für die abschließende Auswertung (Abschnitt 5.3.6) erhielt das IQTIG vom externen Dienstleister einen Datensatz, der hinsichtlich der Angaben der Patientinnen anonymisiert und hinsichtlich der Angaben der teilnehmenden Krankenhäuser pseudonymisiert wurde.

### 5.3.2 Geplante Stichprobe der Patientinnen im Standard-Pretest

Für den Standard-Pretest sollten volljährige, gesetzlich krankenversicherte Patientinnen rekrutiert werden, bei denen im Rekrutierungszeitraum eine Hysterektomie aufgrund einer (indikationsrelevanten) benignen Erkrankung durchgeführt wurde. Die Wahl der Nettostichprobengröße (n) ergab sich hierbei aus verschiedenen Vorüberlegungen. Es ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass die Empfehlungen einer minimalen Stichprobengröße bei der Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften von Befragungsinstrumenten stark variieren und neben der Auswahl des Analyseverfahrens von vielen Faktoren abhängig sind, wie z. B. von der Verteilung und der Anzahl der Items sowie von der Güte der Daten bzw. dem Messfehler der zu überprüfenden Instrumente (Anthoine et al. 2014, Bühner 2011). Im Allgemeinen kann davon ausgegangen werden, dass die Stichprobengröße umso kleiner ausfallen kann, je niedriger der Messfehler und je niedriger die Itemanzahl ist (Anthoine et al. 2014). Von verschiedenen Autorinnen und Autoren wird eine minimale Stichprobengröße von  $n = 100$  genannt, was sich aber zumeist auf faktorenanalytische Ansätze bezieht (Anthoine et al. 2014, Bühner 2011). Unter Berücksichtigung dieser Überlegungen

wurde die Nettostichprobe – also die Anzahl der Fragebögen, die ausgefüllt zurückgesendet werden sollten – auf  $n \geq 250$  festgelegt.

### 5.3.3 Rekrutierung und Auswahl der teilnehmenden Leistungserbringer

Die Leistungserbringer, welche die Patientinnen für die Teilnahme am Standard-Pretest rekrutieren sollten, wurden im Vorfeld durch einen Aufruf auf der Website des IQTIG sowie durch die Nutzung von fachspezifischen E-Mail-Verteilern dazu eingeladen, freiwillig am Standard-Pretest teilzunehmen. Die Leistungserbringer wurden dabei auch über den Hintergrund und den geplanten Ablauf der Studie, über entsprechende Teilnahmevoraussetzungen sowie über den Umgang mit Daten und die Gewährleistung des Datenschutzes aufgeklärt.

Als Anreiz wurde den Leistungserbringern in Aussicht gestellt, dass sie nach Abgabe und Veröffentlichung des Abschlussberichts ihre Ergebnisse aufbereitet, d. h. in Form eines individuellen Ergebnisberichts erhalten, der für das interne Qualitätsmanagement genutzt werden kann. Ferner wurde vorgesehen, dass die teilnehmenden Leistungserbringer nach Projektende zu einer Informationsveranstaltung des IQTIG eingeladen werden, in der über die Fragebogenentwicklung und die Befragungsergebnisse informiert wird.

Aufgrund der geringen Anzahl an eingegangenen Bewerbungen wurden von den 12 Leistungserbringern, die sich beworben hatten, alle ausgewählt, um die angestrebte Nettostichprobengröße zu erreichen. In der Vorbereitung der Feldphase zog ein Leistungserbringer die Teilnahme zurück. Während der Feldphase konnte ein zusätzlicher Leistungserbringer für die Teilnahme am Standard-Pretest gewonnen werden. Da sich im Rahmen der Übermittlung der Adressdaten der rekrutierten Patientinnen zeigte, dass die Nettostichprobengröße deutlich geringer als vorgesehen war, wurde eine Verlängerung des Standard-Pretests angestrebt (Abschnitt 5.3.5). Aus diesem Grund wurden zum einen die bisher teilnehmenden Leistungserbringer um ihre weitere Unterstützung im verlängerten Rekrutierungszeitraum gebeten und zum anderen auch neue Leistungserbringer angesprochen. Von den bereits bestehenden Leistungserbringern haben 9 einer Verlängerung zugestimmt und ein neuer Leistungserbringer konnte für die Unterstützung am Standard-Pretest gewonnen werden.

### 5.3.4 Rekrutierung der Patientinnen bei den teilnehmenden Leistungserbringern

Das Vorgehen bei der Rekrutierung der Patientinnen wurde vom IQTIG vorgegeben. Die Leistungserbringer informierten zuerst ihre Patientinnen über den Standard-Pretest und fragten anschließend nach der Teilnahmebereitschaft. Hierfür stellte das IQTIG den Leistungserbringern zusätzlich zu den Teilnehmerinformationen/Einwilligungserklärungen weitere Studienunterlagen in Form von Flyern zur Verfügung. In den Flyern wurde die Studie vorgestellt und Kontaktpersonen aus dem IQTIG benannt.

Gaben die Patientinnen nach einer vollständigen Information über das Vorhaben und einer Aufklärung über die Datenverwendung und den Datenschutz ihre schriftliche Einwilligung zur Teil-

nahme an der Studie, erfassten die Leistungserbringer anhand einer vom IQTIG zur Verfügung gestellten Excel-Vorlage die Adressdaten und ergänzende Informationen. Die ergänzenden Daten wurden u. a. für die Non-Responder-Analyse benötigt.

### 5.3.5 Durchführung des Standard-Pretests

Die Rekrutierung der Patientinnen fand in den teilnehmenden Krankenhäusern erstmalig vom 1. Juli bis zum 2. Oktober 2023 statt. Die Übermittlung der Daten der Studienteilnehmerinnen erfolgte am 2. Oktober 2023 über eine vom externen Dienstleister bereitgestellte, sichere Online-Plattform. Im Rahmen der Übermittlung der Daten der Studienteilnehmerinnen wurde ersichtlich, dass die gewünschte Nettostichprobenfallzahl deutlich unterschritten wird. Aus diesem Grund wurde eine Verlängerung der Feldphase bis zum 12. Dezember 2023 angestrebt. Die zweite (neue) Datenlieferung erfolgte damit am 12. Dezember 2023.

Der Versand der Fragebögen wurde in enger Absprache mit dem IQTIG durch den externen Dienstleister im Anschluss an den jeweiligen Zeitpunkt der Datenübermittlung durchgeführt. Den Fragebögen lagen ein Anschreiben mit der Nennung des spezifischen Leistungserbringers, ein Informationsblatt zum Datenschutz sowie ein vorfrankierter Rückumschlag bei.

Um die Rücklaufquote zu erhöhen, wurde ein kombiniertes Erinnerungs- und Dankschreiben an die Studienteilnehmerinnen verschickt, die den Fragebogen zwei Wochen nach Versand noch nicht zurückgeschickt hatten. Nach weiteren zwei Wochen wurde über ein kontrolliertes Rücklaufverfahren ein zweites Erinnerungsschreiben nur an die Studienteilnehmerinnen versandt, von denen noch kein Fragebogen eingegangen war. Dem zweiten Erinnerungsschreiben wurde ein Ersatzfragebogen mit adressiertem und vorfrankiertem Rückumschlag beigelegt. Auf den Anschreiben wie auch auf den Erinnerungsschreiben war jeweils ein Rücksendedatum angegeben, bis wann der ausgefüllte Fragebogen spätestens zurückgeschickt werden sollte.

### 5.3.6 Auswertung des Standard-Pretests

Die Auswertung des Standard-Pretests erfolgte anhand univariater und multivariater statistischer Analysen unter Berücksichtigung der in Abschnitt 5.3.1 genannten Ziele. Auf das methodische Vorgehen aller wesentlichen Analysen wird im folgenden Absatz eingegangen.

#### **Analyse zu Unit- und Item-Non-Response**

Eine potenzielle Quelle einer Stichprobenverzerrung bzw. einer Verzerrung von Ergebnissen sind strukturelle Ausfälle bzw. Non-Response (Unit-Non-Response sowie Item-Non-Response). Dabei kann zwischen zufälligen (*missing [completely] at random*, M(C)AR) und systematischen (*missing not at random*, MNAR) Ausfällen unterschieden werden (Schafer und Graham 2002, Little und Rubin 2002, Schnell et al. 2018). Abhängig davon, welcher Mechanismus vorliegt, kann dies Konsequenzen für die Zulässigkeit der statistischen Inferenz, basierend auf den vorliegenden Antworten, haben. Hängt das Nichtzurücksenden eines Fragebogens oder das Nichtbeantworten eines Items von den fehlenden Antworten selbst ab, so handelt es sich um MNAR. Beispielsweise

liegt MNAR vor, wenn Fragebögen aufgrund der Schwere der Items von gewissen Subgruppen nicht beantwortet werden können und somit nicht zurückgeschickt werden. MNAR bei Item-Non-Response läge z. B. vor, wenn das Fehlen einer Antwort bezüglich des Gesundheitszustands durch die Art der Erkrankung begründet ist. Im Rahmen der verwendeten Bayesianischen Auswertungsmethodik zur Berechnung der Qualitätsindikatoren (Kapitel 6) kann MNAR insbesondere zu einer Verzerrung der Schätzer führen. Die Auswertungsmethodik lässt dagegen statistische Inferenz zu, wenn Unit-Non-Response oder Item-Non-Response lediglich von den vorliegenden Merkmalen der befragten Person abhängt (MAR) bzw. auch davon unabhängig ist (MCAR) (Molenberghs et al. 2008). In den Analysen wurde untersucht, inwiefern Unit-Non-Response bzw. Item-Non-Response durch vorliegende Personenmerkmale erklärbar sind.

### **Analyse zur Wahl substanzieller und nicht substanzieller Antwortkategorien**

Substanzielle Antwortkategorien sind die Antwortkategorien, die Hinweise über die Qualität der Versorgung geben und später in die Berechnung der Qualitätsindikatoren einfließen. Nicht substanzielle Antwortkategorien wie „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“, „Nein, ich wollte das nicht“ oder „Nein, das war für mich nicht notwendig“ sind im Gegensatz dazu (qualitäts-)neutrale Kategorien. Diese nicht substanziellen Antwortkategorien fließen nicht in die Berechnung der Qualitätsindikatoren ein. Nicht substanzielle Antworten geben zwar keine Hinweise auf die Qualität der erlebten Versorgung, sind jedoch für die Validität der über den Fragebogen erhobenen Daten relevant. Durch nicht substanzielle Antwortkategorien werden sowohl Item-Non-Response als auch falsche Antworten vermieden, da diese den Befragten die Möglichkeit bieten, ihre Einschätzung korrekt zum Ausdruck zu bringen. Das Ankreuzen nicht substanzieller Antworten wird als Intention verstanden, eine korrekte Antwort geben zu wollen, dies aber durch die zur Auswahl stehenden substanziellen Antwortkategorien nicht umsetzen zu können. Nicht substanzielle Antworten erhöhen zwar die Datenvalidität, können aber für die Berechnung der Qualitätsindikatoren letztendlich nicht herangezogen werden. Vor diesem Hintergrund gilt es, die Anteile der nicht substanziellen Antworten gering zu halten, um möglichst vollständig (substanziell) beantwortete Fragebögen auswerten zu können. Im Rahmen der Auswertung des Standard-Pretests wurden die Antwortkategorien „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“, „Nein, ich wollte das nicht“ und „Nein, das war für mich nicht notwendig“ gemeinsam deskriptiv betrachtet. Einen Cut-off-Wert für einen zu hohen Anteil an nicht substanziellen Antworten zu bestimmen, welcher Grundlage zur Überarbeitung oder Entfernung von Items ist, erscheint anhand der Datenbasis aus dem Standard-Pretest nicht zielführend. Es muss allerdings ausgeschlossen werden, dass hohe Anteile an nicht substanziellen Antworten aufgrund von Verständnis- oder Interpretationsfehlern durch die Formulierung des Items entstehen. Folglich wurden Items mit einem Anteil von > 50 % an nicht substanziellen Antworten auf mögliche Hinweise für eine problematische Itemformulierung analysiert und ggf. im Rahmen eines kognitiven Retests vertiefend geprüft.



### **Analyse zur Erinnerbarkeit**

Weiterhin wurden Analysen über die Erinnerbarkeit spezifischer Informationen durchgeführt. Dafür wurde pro Fragebogen und pro Item jeweils die Anzahl der Antwortkategorie „Weiß nicht mehr“ aufsummiert, um zu überprüfen, inwiefern die Erinnerbarkeit bezüglich der adressierten Themen der Patientenbefragung gegeben war. Hierfür wurden Anteile in folgenden Abstufungen berichtet: 0-5 %, 6-10 % und > 10 % „Weiß nicht mehr“-Antworten pro Item. Items mit auffällig hohem Anteil an „Weiß nicht mehr“-Antworten (> 10 %) wurden separat analysiert.

### **Analyse zur internen Konsistenz**

Um Aussagen über die Güte der entwickelten Qualitätsindikatoren treffen zu können, wird untersucht, inwieweit die zugrunde liegenden Items miteinander in Beziehung stehen und mit dem Gesamtwert des jeweiligen Qualitätsindikators zusammenhängen. Positive Interkorrelationen der Items untereinander sowie positive Korrelationen der Items mit dem Gesamtwert ermöglichen die Interpretation eines Qualitätsindikators. Je stärker die einzelnen Items untereinander und mit dem Gesamtwert assoziiert sind, desto eindeutiger ist das Indikatorergebnis zu interpretieren. Insbesondere systematische (also über die Daten aller Leistungserbringer hinweg feststellbare) negative Interkorrelationen zwischen einzelnen Items eines Qualitätsindikators würden eine sinnvolle Interpretation der Messwerte erschweren. Denn eine negative Interkorrelation impliziert, dass eine hohe Ausprägung in einem Item (die auf hohe Versorgungsqualität hinsichtlich des zu erfassenden Qualitätsindikators schließen lässt) systematisch mit einer niedrigeren Ausprägung eines oder mehrerer anderer Items einhergeht (was auf eine niedrige Versorgungsqualität hinsichtlich desselben Qualitätsindikators hindeutet). Im ungünstigsten Fall – insbesondere bei der Verwendung verteilungsbezogener Referenzbereiche (Abschnitt 6.3) – könnte dies dazu führen, dass Leistungserbringer stets nur einen beliebigen Teil der Inhalte eines Qualitätsindikators erfüllen müssen, ohne auffällig zu werden.

Vertiefend werden auch globale Maße zur internen Konsistenz berechnet. Die interne Konsistenz beschreibt den inneren Zusammenhang der Items und ist dann sinnvoll einsetzbar, wenn von einem hinreichend hohen Ausmaß an Homogenität der Facetten eines Konstrukts, die anhand der Items erfasst werden sollen, ausgegangen wird (Bühner 2011). Um entsprechende Hinweise hinsichtlich Richtung und Höhe des Zusammenhangs zwischen den Items eines Qualitätsindikators zu generieren, können Kennzahlen der Homogenität und der internen Konsistenz der Items berechnet werden (Goeman und De Jong 2018). Homogenität meint den Grad, in dem sich die Items auf ein gemeinsames Konstrukt beziehen. Die zu erfassenden Konstrukte sind auf Ebene der Qualitätsindikatoren formativ operationalisiert (Kapitel 6). Daher können Homogenität und interne Konsistenz der jeweiligen Items niedriger ausfallen, als dies bei reflektiv operationalisierten Konstrukten zur Prüfung der Reliabilität üblicherweise vorausgesetzt wird. Dennoch sollen die Variablen, die zur Erfassung eines gemeinsamen Konstrukts herangezogen werden und eine konzeptuelle Einheit bilden (Kapitel 6), positiv interkorreliert sein. Maße für die Homogenität können z. B.

McDonalds Omega (Trizano-Hermosilla und Alvarado 2016) oder Loewingers H sein (Molenaar und Sijtsma 1984).

## 5.4 Kognitiver Retest

### 5.4.1 Ziele des kognitiven Retests

Im kognitiven Retest wurden ebenfalls kognitive Interviews durchgeführt, um Items zu prüfen, die basierend auf den Ergebnissen des Standard-Pretests Probleme bei der Beantwortung aufwiesen (IQTIG 2022: Abschnitt 7.2). Die betreffenden Items wurden anhand der Erkenntnisse aus dem kognitiven Retest angepasst.

### 5.4.2 Stichprobe und Rekrutierung der Testpersonen

Die kognitiven Interviews wurden im März 2024 durchgeführt. Die Rekrutierung der Testpersonen erfolgte wiederholt mithilfe des externen Dienstleisters des kognitiven Pretests. Dieser orientierte sich bei der Auswahl der Testpersonen an den bereits festgelegten Filter- und Quotierungsmerkmalen (Abschnitt 5.2.2). Es wurde angestrebt, sich hinsichtlich der Anzahl der Interviews an der Erfüllung der Quotierungsmerkmale zu orientieren, ohne die Anzahl der Interviews vorzudefinieren. Zudem wurde eine Überrekrutierung zugelassen, um mögliche Ausfälle zu kompensieren. Auch für die Durchführung des kognitiven Retests lag ein positives Ethikvotum vor (Abschnitt 5.2.2).

### 5.4.3 Durchführung und Auswertung des kognitiven Retests

Die kognitiven Interviews wurden als 1:1-Interviews ausschließlich digital von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des IQTIG durchgeführt. Der Vorgehensweise des kognitiven Pretests folgend, wurde ein halbstandardisierter Testleitfaden verwendet sowie gängige Techniken der kognitiven Pretestung genutzt. Das heißt, es wurden erneut einzelne Items unabhängig voneinander zur Beantwortung vorgelegt und vertiefende Nachfragen dazu gestellt (z. B. zur Interpretation, Verständnis, Beantwortbarkeit). Die Umsetzung der Rahmenbedingungen (z. B. Ton- und Videoaufnahmen, Datenschutz- und Einwilligungserklärung, Aufwandsentschädigung, Kurzfragebogen) sowie die qualitative Auswertung des gewonnenen Datenmaterials folgte ebenfalls der Vorgehensweise sowie der Methodik im zuvor durchgeführten kognitiven Pretest (Abschnitte 5.2.3 und 5.2.4). Auf Basis der vorliegenden Ergebnisse wurde die finale Überarbeitung des Fragebogens vorgenommen.

## 6 Entwicklung der Qualitätsindikatoren

### 6.1 Konzeptionell-inhaltliche Entwicklung

Patientenbefragungen haben grundsätzlich zum Ziel, Aussagen über die Qualität der Versorgung von Leistungserbringern im Gesundheitswesen, bspw. Krankenhäusern oder Praxen, aus Sicht von Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Fokus der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung ist es, die Versorgungsqualität leistungserbringerbezogen zu messen und so Qualitätsvergleiche zwischen Leistungserbringern zu ermöglichen (§ 137a SGB V). Damit liegt das Erkenntnisinteresse in der Schätzung der Kompetenz eines Leistungserbringers in einem bestimmten Versorgungsbereich. In der Publikation „Konstruktion und Auswertungsmethodik für Qualitätsindikatoren“ werden für diese Schätzung die zentralen Annahmen sowie das konkrete Vorgehen in einem Konzept dargestellt (IQTIG 2023).

Dieses Konzept gilt auch im Vorgehen zur Entwicklung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Hysterektomie*. Gemäß der Beauftragung des G-BA wird zwar nur – in Abgrenzung zur umfänglichen Versorgungsqualität – die Prozessqualität der stationären bzw. belegärztlichen Indikationsstellung fokussiert, dennoch sind auch hier dieselben Entwicklungsmaßstäbe anzulegen. Hierbei wird, gemäß den „Methodischen Grundlagen“, ein formativer Messansatz zugrunde gelegt, d. h., dass die Qualitätsmerkmale die Indikatoren definieren und somit das jeweilige Konstrukt formen (IQTIG 2023). Die Qualitätsmerkmale werden wiederum reflektiv über die Items operationalisiert, sodass sich hierbei eine hierarchische Struktur ergibt. Für die adäquate inhaltliche Zusammensetzung der Qualitätsindikatoren ist stets die Inhaltsvalidität leitend. Die Komposition der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* ist in Abschnitt 10.2 dargestellt.

### 6.2 Gütekriterien der Qualitätsindikatoren

Das IQTIG entwickelt Qualitätsindikatoren entlang der Eignungskriterien (IQTIG 2022: Kapitel 13). Diese stellen Anforderungen dar, die Messinstrumente in der Gesundheitsversorgung erfüllen müssen, damit sie sich als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen eignen. Neben den bereits in Kapitel 4 aufgeführten Eignungskriterien (**Eignung des Qualitätsziels**) gelten auch weitere Kriterien (IQTIG 2022: Kapitel 13):

- **Eignung des Messverfahrens:**

- Objektivität
- Datenqualität
- Reliabilität
- Validität
- Praktikabilität

**▪ Eignung des Bewertungskonzepts:**

- Angemessenheit des Referenzbereiches
- Klassifikationsgüte
- Angemessenheit der Risikoadjustierung

## 6.3 Referenzbereiche

Qualitätsindikatoren erlauben einen Rückschluss auf die Versorgungsqualität eines Leistungserbringers über den Soll-Ist-Abgleich des Indikatorwerts mit dem Referenzbereich des Indikators. Im Rahmen von QS-Verfahren, die Qualitätsverbesserungen durch externen Vergleich und Maßnahmen zur Steigerung der Versorgungsqualität anstreben, dienen Referenzbereiche als Maßstab für qualitätsbezogene Entscheidungen, bei deren Abweichung gemäß der DeQS-RL<sup>13</sup> die entsprechenden Maßnahmen eingeleitet werden sollen (IQTIG 2022: Abschnitt 16.1). Das IQTIG unterscheidet zwischen kriteriumsbezogenen (auch als feste Referenzbereiche bezeichnet) und leistungsbezogenen Referenzbereichen (IQTIG 2022: Abschnitt 16.2).

### 6.3.1 Kriteriumsbezogene Referenzbereiche

Kriteriumsbezogene Referenzbereiche erlauben eine von der Versorgungsqualität der anderen Leistungserbringer unabhängige Bewertung der Versorgungsqualität. Qualitätsbezogene Entscheidungen sind demnach daran geknüpft, ob bestimmte, zuvor anhand externer Kriterien festgelegte Anforderungen erreicht wurden oder nicht. Die Festlegung von Referenzbereichen beruht gemäß den „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2022) einerseits auf einer fachlichen Beurteilung des Erreichbaren - unter Berücksichtigung von Leitlinien, wissenschaftlichen Studien sowie medizinisch-ethischen oder rechtlichen Grundlagen - und andererseits auf einer normativen Setzung des Geforderten, d. h. wie viel vom Erreichbaren gefordert wird bzw. in welchem Maß Qualitätsdefizite toleriert werden. Beispielsweise geht das IQTIG davon aus, dass vor allem für Prozesse, deren Durchführung regelhaft indiziert ist, der erreichbare Indikatorwert bei 100 Punkten liegt. Zugleich ist es aus Aufwandsgründen (z. B. der mit einer Maßnahme verbundene Aufwand oder die Folgen für die beteiligten Gesundheitsprofessionen) in der Regel nicht sinnvoll, geringen Abweichungen vom erreichbaren Indikatorwert nachzugehen. Um dem gerecht zu werden, werden die Referenzbereiche regelhaft auf  $\geq 95$  Punkte abgesenkt. Dieser Abschlag berücksichtigt u. a. die Varianz in der Umsetzbarkeit der Versorgungsqualität (IQTIG 2022: Abschnitt 16.3). Die Auffälligkeitseinstufung für die Qualitätsindikatoren auf Basis von Patientenbefragungen erfolgt unter Berücksichtigung statistischer Unsicherheit, d. h. anhand entsprechender Vertrauensintervalle der Leistungserbringerergebnisse. Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG werden, wann immer möglich, kriteriumsbezogene Referenzbereiche definiert (IQTIG 2022: Abschnitt 16.3).

---

<sup>13</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 20. Juli 2023, in Kraft getreten am 1. Januar 2024. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am: 22.03.2024).

### 6.3.2 Verteilungsbezogene Referenzbereiche

Verteilungsbezogene Referenzbereiche beziehen demgegenüber das Ergebnis eines Leistungserbringers auf die Ergebnisse aller Leistungserbringer. Sie erlauben keine Aussage über die Einhaltung von Standards, sondern lediglich den relativen Vergleich mit anderen Leistungserbringern (Goldhammer und Hartig 2012). Sie werden immer dann definiert, wenn die Setzung eines kriteriumsbezogenen Referenzbereichs auf Basis der vorliegenden Informationen (noch) nicht ausreichend ist oder relative Qualitätsaussagen getroffen werden sollen (IQTIG 2022: Abschnitt 16.2). Beispielsweise kann es für Ergebnisindikatoren, deren Qualitätsziel eine möglichst niedrige Symptombelastung fordert, sinnvoll sein, verteilungsbezogene Referenzbereiche zu definieren, da sich a priori keine erwartbaren Standards aus Leitlinien oder wissenschaftlichen Studien ableiten lassen. Zur Auffälligkeitseinstufung bei Patientenbefragungen wird der verteilungsbezogene Referenzwert regelhaft über eine Verteilung, z. B. anhand des Mittelwerts über alle Leistungserbringerergebnisse, festgelegt. Liegt das Ergebnis einer Einrichtung (auch nach ggf. durchgeführter Risikoadjustierung) deutlich über bzw. unter diesem Referenzwert, kann dies zur Interpretation für überdurchschnittliche bzw. unterdurchschnittliche Versorgungsqualität herangezogen werden. Analog zum Vorgehen bei kriteriumsbezogenen Referenzbereichen erfolgt die Auffälligkeitseinstufung bei verteilungsbezogenen Referenzbereichen ebenfalls zusätzlich unter Berücksichtigung statistischer Unsicherheit anhand entsprechender Vertrauensintervalle der Leistungserbringerergebnisse.

## 6.4 Risikoadjustierung

Neben der Auslösung von Qualitätsfördermaßnahmen für die Leistungserbringer werden Qualitätsindikatoren auch zur einrichtungsvergleichenden Darstellung der Versorgungsqualität herangezogen. Allerdings können Unterschiede in den Indikatorergebnissen zwischen Leistungserbringern auch auf Unterschiede in den patientenindividuellen Risiken (Risikofaktoren wie z. B. Gesundheitszustand und Vorerkrankungen) zwischen den Leistungserbringern (z. B. Patientemix) zurückgehen (Iezzoni 2013). Um Verzerrungen durch solche Unterschiede in den Patientenspopulationen zwischen den Leistungserbringern zu minimieren, sollten bestimmte patientenseitige Einflussfaktoren, die in den Patientengruppen der verschiedenen Leistungserbringer unterschiedlich verteilt sind und direkte Auswirkungen auf die Ergebnisse von Qualitätsmessungen haben, bei der Berechnung der Indikatorergebnisse berücksichtigt werden. Dabei sollen nur solche Unterschiede einbezogen werden, die direkt oder indirekt die Wahrscheinlichkeit eines indikatorspezifischen Ereignisses beeinflussen und nicht vom Leistungserbringer selbst im Rahmen der zu bewertenden Leistung beeinflussbar sind (IQTIG 2022: Abschnitt 20.2). Dies betrifft insbesondere Ergebnisindikatoren (Joling et al. 2018, Mant 2001, Rubin et al. 2001). Prozessindikatoren der Patientenbefragung beinhalten in der Regel Anforderungen, die für alle Patientinnen und Patienten gleichermaßen gelten und daher keiner Risikoadjustierung bedürfen. So kann es Einflussfaktoren geben, die zwar nicht direkt vom Leistungserbringer zu beeinflussen sind (z. B. kognitive Beeinträchtigung oder sprachliche Verständnisschwierigkeiten von Patientinnen und Patienten),

die aber nicht in eine Risikoadjustierung eingehen, weil es in der Verantwortung des Leistungserbringers liegt, die Auswirkung dieser Faktoren zu kompensieren (z. B. bei der Aufklärung über Behandlungsalternativen; IQTIG 2022: Abschnitt 13.1). Daher ist neben patientenseitigen Einflüssen auch die inhaltliche Ausrichtung des Indikators ausschlaggebend für eine Risikoadjustierung. Die Auswahl der verwendeten Methode zur Risikoadjustierung ist abhängig von der Anzahl und dem Zusammenspiel der einzelnen Risikofaktoren (bzw. deren Datenstruktur) sowie dem Skalenniveau der Risikofaktoren und dem des Indikators (IQTIG 2022: Abschnitt 20.2). Für eine Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung kann aktuell keine Verknüpfung auf Fallebene zwischen den Befragungsdaten und den anderen Daten eines QS-Verfahrens (z. B. aus QS-Dokumentation, Sozialdaten bei den Krankenkassen) hergestellt werden. Daher können bisher nur über den Fragebogen erfassbare Risikovariablen für die Adjustierung von Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung herangezogen werden (IQTIG 2022: Abschnitt 7.2.10).

## Teil III: Ergebnisse und Empfehlungen

## 7 Beschreibung der Patientinnen und Leistungserbringer der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Hysterektomie*

### 7.1 Datengrundlage zur Beschreibung der Patientinnen und stationären Leistungserbringer

Zur Beschreibung der Charakteristika der Patientinnen und Leistungserbringer werden im Folgenden primär wissenschaftliche Studien und offizielle Statistiken herangezogen. Vor allem die Auswertungen der German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) ermöglichen einen detaillierten Blick auf die Versorgung von Patientinnen mit Hysterektomien bei benignen Erkrankungen (Nimptsch und Mansky 2021, Nimptsch und Mansky 2022, Nimptsch und Mansky 2023). Bei diesen Auswertungen ist jedoch zu beachten, dass der Einschlussfilter alle Patientinnen einbezieht, bei denen keine Indikation aufgrund einer malignen Erkrankung vorlag. Dies hat zur Folge, dass auch Patientinnen mit eher seltenen bzw. ungewöhnlichen Diagnosen bzw. Dokumentationen berücksichtigt werden. Zudem werden Patientinnen bereits ab einem Alter von 14 Jahren in den Auswertungen berücksichtigt, was nicht der Altersdefinition der Zielgruppe des QS-Verfahrens (mindestens 18 Jahre) entspricht.

Für die Jahre 2020 und 2021<sup>14</sup> werden aufgrund der Coronapandemie im Folgenden nur eingeschränkt Versorgungsdaten zur Beschreibung der Patientinnen und Leistungserbringer des QS-Verfahrens herangezogen, da es sich bei den hier fokussierten Hysterektomien um elektive Eingriffe handelt und sich aufgrund der Eindämmungsmaßnahmen u. a. Versorgungsabläufe und -häufigkeiten deutlich geändert haben. Günster et al. (2020) weisen hierfür beispielhaft anhand von Hochrechnungen der Krankenhausfälle der AOK-Versicherten darauf hin, dass sich im März und April des Jahres 2020 die Gesamtzahl der vollständigen Gebärmutterentfernungen in Deutschland fast halbiert hat. Der Rückgang an Hysterektomien um 48 % soll hierbei ausschließlich auf die Reduktion von Hysterektomien bei gutartigen Neubildungen zurückzuführen sein (Günster et al. 2020). Ähnlich weisen auch Mostert et al. (2021) darauf hin, dass deutliche Rückgänge vor allem in den Monaten März bis Mai 2020 erfolgten. Es wird für diese drei Monate – im Vergleich zum Vorjahr – ein Rückgang von 40,4 % der Hysterektomien bei gutartigen Neubildungen aufgezeigt. Für die Folgemonate Juni bis Oktober wird ebenfalls eine Abnahme beschrieben, allerdings in deutlich geringerem Umfang. Ergänzend kann für das Jahr 2020 auch auf Basis der Auswertungen der G-IQI eine deutlich reduzierte Anzahl an durchgeführten Hysterektomien aufgrund benigner Erkrankungen aufgezeigt werden (Nimptsch und Mansky 2022).

---

<sup>14</sup> Zum Zeitpunkt der Abgabe des Abschlussberichts lagen für die Erfassungsjahre 2022 und 2023 keine Auswertungsergebnisse der G-IQI vor.



## 7.2 Beschreibung der Patientinnen und stationären Leistungserbringer

### 7.2.1 Zielgruppe der Patientinnen

Für das Jahr 2019 werden von Nimptsch und Mansky (2021) insgesamt 75.305 Patientinnen berichtet, bei denen eine Hysterektomie aufgrund einer benignen Erkrankung durchgeführt wurde (ohne Plastik). Davon wurde bei 38.276 Patientinnen eine laparoskopische Operation (inkl. Umsteiger) und bei 28.073 Patientinnen eine vaginale Operation (inkl. Umsteiger und inkl. laparoskopisch-assistierten vaginalen Hysterektomien) durchgeführt. Zudem wurde im Jahr 2019 bei 1.720 Patientinnen, die jünger als 50 Jahre waren, neben der Hysterektomie auch eine Ovarektomie durchgeführt (Betrachtung ohne Endometriose). Bei Patientinnen, die 50 Jahre oder älter waren, erfolgte 7.948-mal eine Hysterektomie mit Ovarektomie (Betrachtung ohne Endometriose) (Nimptsch und Mansky 2021). Zu den Häufigkeiten der zugrunde liegenden Indikationen finden sich in den Publikationen zu den G-IQI keine Informationen. Das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA-Institut) hat jedoch für das Jahr 2012 anhand der Auswertungen der Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Gynäkologische Operationen* (AQUA 2013) die häufigsten Indikationen für eine Hysterektomie aufgrund einer benignen Erkrankung berichtet. Diese sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: Die häufigsten Indikationen (benigne Erkrankungen) für eine Hysterektomie im Jahr 2012

Indikation	Anteil in Prozent
Uterus myomatosus	60,7 %
Descensus genitalis	27,9 %
Menstruationsprobleme/Blutungsstörungen	25,2 %
Adenomyosis uteri und Endometriose	15,1 %
Hyperplasie und/oder Atypien von Endometrium oder Zervix	2,9 %

Aus Tabelle 2 wird ersichtlich, dass Uterus myomatosus mit 60,7 % die häufigste Indikation war, welche bei einer Hysterektomie aufgrund einer benignen Erkrankung vorlag. Die Indikationen Descensus genitalis (27,9 %) und Menstruationsprobleme/Blutungsstörungen (25,2 %) waren zwar seltener, aber lagen jeweils bei ca. einem Viertel aller Patientinnen mit einer Hysterektomie vor.<sup>15</sup> Tanaka et al. (2023) berichten Ergebnisse aus einer Teilanalyse der MARZY-Kohortenstudie (Lehrstuhl für Epidemiologie, TUM [kein Datum]), welche zwischen 2005 und 2012 durchgeführt wurde. Demnach wurden 86,7 % (n = 576) der vermerkten Hysterektomien aufgrund einer benignen Erkrankung durchgeführt. Auch hier zeigte sich der Befund Uterus myomatosus mit 46,1 % über alle Altersgruppen hinweg als häufigste Ursache für eine Hysterektomie. Bei Frauen ab 50

<sup>15</sup> Eine Auflistung der für die Auslösung des QS-Verfahrens definierten Diagnosegruppen (ICD-Kodes) sowie Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kodes) sind in Anhang K einzusehen.

Jahren waren Senkungsbeschwerden (Descensus genitalis) die zweithäufigste Ursache für eine Gebärmutterentfernung, bei jüngeren Frauen waren es Blutungsbeschwerden (Tanaka et al. 2023).

Ergänzend zu den Häufigkeiten der Indikationen wird im Bericht des AQUA-Instituts zum Erfassungsjahr 2012 berichtet, dass die meisten Patientinnen zwischen 40 und 49 Jahren alt waren (47,98 %) und Hysterektomien mit steigendem Alter tendenziell seltener durchgeführt wurden. Junge Patientinnen, d. h. unter 30 Jahren, waren insgesamt nur sehr selten vertreten (0,47 %). Die vollständige Altersverteilung wird in Abbildung 4 dargestellt (AQUA 2013).

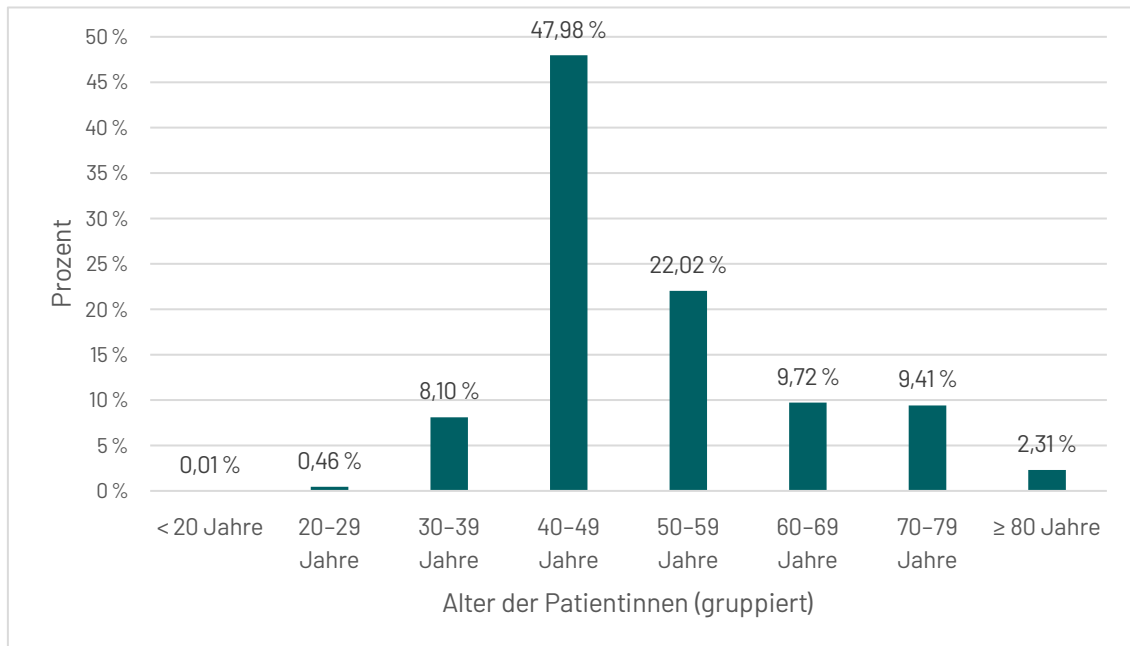


Abbildung 4: Altersverteilung der Patientinnen, bei denen im Jahr 2012 eine Hysterektomie aufgrund einer benignen Erkrankung durchgeführt wurde

Für das Jahr 2019<sup>16</sup> kann auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes ebenfalls eine Altersverteilung von Patientinnen berichtet werden (Abbildung 5) (Destatis 2024), wobei für die Interpretation zu beachten ist, dass hier zusätzlich Patientinnen berücksichtigt wurden, bei denen

<sup>16</sup> Im Rahmen einer Recherche konnte festgestellt werden, dass die Altersverteilung im Erfassungsjahr 2022 nur um wenige Prozentpunkte von der aus dem Jahr 2019 abweicht und insgesamt strukturell vergleichbar erscheint (Destatis 2024).

der Hysterektomie eine maligne Erkrankung zugrunde lag. Aufgrund des wahrscheinlich eher geringeren Anteils an Hysterektomien bei malignen Erkrankungen kann zumindest die Tendenz der Altersverteilung für die Beschreibung der Zielgruppe interpretiert werden.<sup>17</sup>

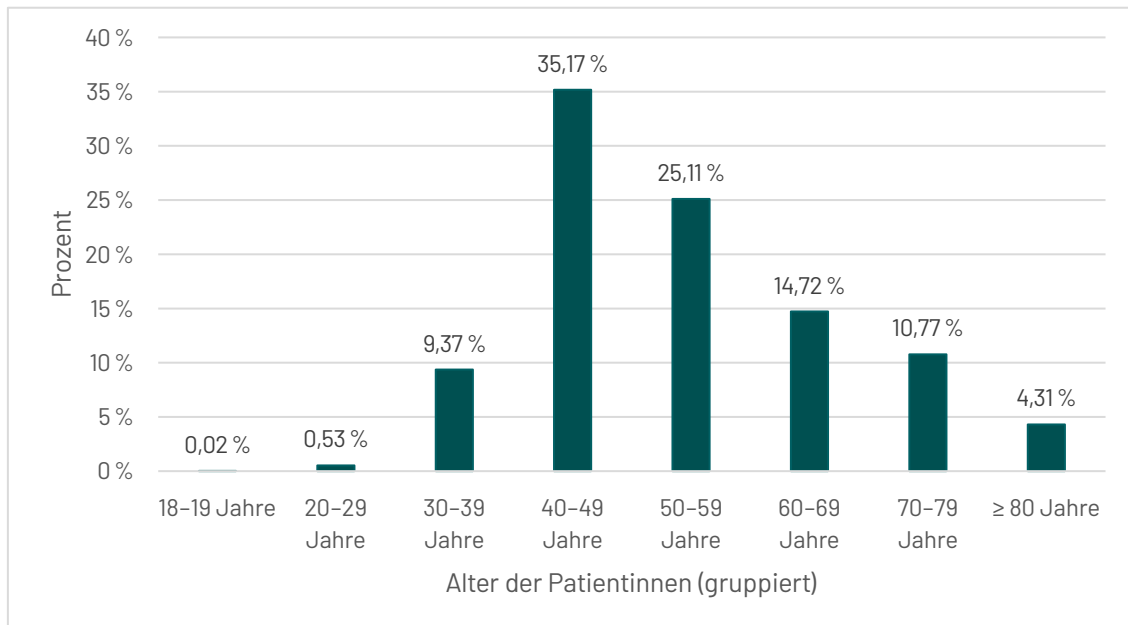


Abbildung 5: Altersverteilung von Patientinnen, bei denen im Jahr 2019 eine Hysterektomie durchgeführt wurde

Vergleicht man Abbildung 4 mit Abbildung 5 wird deutlich, dass sich die Verteilungen tendenziell recht ähnlich sind. Der Großteil der Patientinnen war auch im Jahr 2019 zwischen 40 und 49 Jahre alt (35,17 %), und es zeigt sich eine abnehmende Tendenz bei steigendem Alter. Hysterektomien bei Patientinnen, die jünger als 30 Jahre sind, erfolgten sehr selten (0,55 %). Der relativ höhere Anteil an älteren Frauen – im Vergleich zu Abbildung 4 – könnte z. B. durch die Berücksichtigung von Hysterektomien aufgrund maligner Erkrankungen erklärt werden: Im Rahmen der Publikation von RKI/GEKID (2021) wird für die Jahre 2017 und 2018 deutlich, dass Neuerkrankungen an Gebärmutterkörper- und Eierstockkrebs eher mit einem steigenden bzw. höheren Alter verbunden sind. Bei Gebärmutterhalskrebs ist für Patientinnen über 40 Jahren tendenziell eine eher gleichsame Verteilung der Häufigkeiten festzustellen.

<sup>17</sup> Die Studie von Thill et al. (2008) nennt einen Anteil von 9,4 % bezüglich der Durchführung von Hysterektomien aufgrund maligner Erkrankungen. Prütz et al. (2013) verweisen anhand von Auswertungen der DEGS1 auf einen Anteil von 6,1 % bezüglich der Durchführung von Hysterektomien aufgrund maligner Erkrankungen und weisen zusätzlich auf einen Anteil von 9 % in einer Bremer Studie hin. Es werden allerdings auch höhere Anteile berichtet, so wird in der Studie von Stang et al. (2011) auf einen Anteil von ca. 18,6 % hingewiesen. Eine Publikation aus Österreich weist hierbei jedoch darauf hin, dass der Anteil an Hysterektomien aufgrund benigner Erkrankungen auch rückläufig sein kann (Tamussino et al. 2016).

### 7.2.2 Definition der stationären Leistungserbringer

Für das Jahr 2019 werden 755 stationäre Leistungserbringer berichtet, die eine Hysterektomie (ohne Plastik) aufgrund einer benignen Erkrankung durchgeführt haben (Nimptsch und Mansky 2022). Für das Vorjahr werden diesbezüglich 770 stationäre Leistungserbringer berichtet, sodass hier eine geringe Abnahme beobachtet werden kann (Nimptsch und Mansky 2020). Für das Erfassungsjahr 2021 berichten Nimptsch und Mansky (2023) von nur noch 716 stationären Leistungserbringern, wobei eventuelle Auswirkungen der Coronapandemie zu berücksichtigen sind. Gemäß Beauftragung werden belegärztliche Leistungen den stationären Leistungserbringern zugerechnet. Die Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zeigen allerdings auf, dass im Jahr 2023 insgesamt 337 Ärztinnen und Ärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe belegärztlich tätig waren und dass von 2014 (n = 869) bis 2023 die Anzahl an belegärztlich tätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen deutlich abgenommen hat (KBV [2024]). Dabei ist zu beachten, dass deren belegärztliche Tätigkeiten nicht auf Hysterektomien beschränkt sind. Folglich ist die Anzahl an Belegärztinnen und Belegärzten, die für dieses QS-Verfahren relevant sind, wahrscheinlich geringer anzusetzen.

Bezüglich der Anzahl der Patientinnen, bei denen stationär wegen einer benignen Erkrankung eine Hysterektomie durchgeführt wurde, wird von Nimptsch und Mansky (2021) pro stationärem Leistungserbringer eine mittlere Fallzahl von 100,6 Patientinnen für das Jahr 2019 berichtet. In Tabelle 3 wird zudem die Verteilung der Fallzahlen gestaffelt nach Perzentilen dargestellt (Nimptsch und Mansky 2021):

Tabelle 3: Verteilung der Fallzahlen von stationären Leistungserbringern, gestaffelt nach Perzentilen

Perzentil	10. Perzentil	25. Perzentil	50. Perzentil	75. Perzentil	90. Perzentil
Fallzahlen	25	50	83	128	196

Es wird ersichtlich, dass 10 % aller Krankenhäuser, die eine Hysterektomie aufgrund einer benignen Erkrankung durchgeführt haben, 25 oder weniger Patientinnen im Jahr 2019 diesbezüglich behandelt haben. Bei 90 % wurde bei bis zu 196 Patientinnen aufgrund einer benignen Erkrankung eine Hysterektomie durchgeführt, d. h. im Umkehrschluss, dass ca. 10 % der hier aufgeführten Leistungserbringer bei 197 oder mehr Patientinnen eine Hysterektomie aufgrund einer benignen Erkrankung durchgeführt haben.

Abschließend wird für das Jahr 2019 für die Patientinnen eine durchschnittliche stationäre Verweildauer von 4,6 Tagen berichtet (Nimptsch und Mansky 2021). Diese ist etwas kürzer als die für das Jahr 2018 berichtete durchschnittliche Verweildauer von 4,8 Tagen (Nimptsch und Mansky 2020). Im Bericht von Nimptsch und Mansky (2022) wird deutlich, dass auch im Jahr 2020 die Verweildauer noch einmal leicht gesunken ist – auf durchschnittlich 4,4 Tage. Im Erfassungsjahr 2021 verringerte sich diese sogar auf durchschnittlich 4,2 Tage, wobei für 2020 und 2021 Einflüsse aufgrund der Coronapandemie nicht auszuschließen sind (Nimptsch und Mansky 2023).

## 8 Das Qualitätsmodell und die abgeleiteten Qualitätsmerkmale

Für die Entwicklung der Qualitätsaspekte sowie die Ableitung der Qualitätsmerkmale wurden in der ersten Phase der Entwicklung eine systematische Literaturrecherche (Anhänge A und C.1) sowie Fokusgruppen und Einzelinterviews durchgeführt (Anhänge B und C.2). Die abgeleiteten Qualitätsmerkmale wurden durch ein Expertengremium beratend diskutiert (Anhänge D.1, D.2 und D.4) und die bis dahin entwickelten 3 Qualitätsaspekte und 14 Qualitätsmerkmale einem schriftlichen Stellungnahmeverfahren unterzogen (Stellungnahmen zum Zwischenbericht, Würdigung der Stellungnahmen zum Zwischenbericht). In der zweiten Phase der Entwicklung wurde das Expertengremium im Rahmen der Itementwicklung erneut beratend eingebunden (Anhang D.3).

Auf Grundlage der Beratungen durch das Expertengremium, der Erkenntnisse aus den schriftlichen Stellungnahmen sowie der Itementwicklung wurden Anpassungen an den Qualitätsmerkmalen vorgenommen (z. B. inhaltliche Erweiterungen oder Streichungen von Qualitätsmerkmalen). Eine Übersicht dieser Anpassungen kann dem Anhang E.1 entnommen werden.

Bei der Entwicklung von Instrumenten zur Qualitätsmessung und -bewertung spielen Eignungskriterien eine wichtige Rolle. Qualitätsmessungen sollen diese Kriterien in möglichst hohem Maße erfüllen, um die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen rechtfertigen zu können (IQTIG 2022: Kapitel 13). Diese Eignungskriterien sowie die projektspezifischen Anforderungen wurden bei allen entwickelten Qualitätsmerkmalen geprüft und als erfüllt eingestuft (Anhang E.2).

Im Folgenden werden die 3 Qualitätsaspekte und 13 Qualitätsmerkmale dargestellt, die nach allen Anpassungen in die weiteren Entwicklungsschritte der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* eingeflossen sind. Sie bildeten die inhaltliche Grundlage für die weitere Erarbeitung der Fragebogenitems und die Komposition der Qualitätsindikatoren. Nach der Erläuterung jedes Qualitätsaspekts finden sich die Beschreibungen der zugehörigen Qualitätsmerkmale.

### 8.1 Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung<sup>18</sup>“

Die Auswertung der Wissensbestände zeigte, dass umfassende Informationen und Aufklärungsinhalte zur Hysterektomie den Patientinnen im Rahmen der Beteiligung als Grundlage für informierte Entscheidungen dienen und zudem dazu beitragen können, Ängste, Sorgen und Unsicherheiten abzubauen. Entsprechend dem 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz soll generell eine Aufklärung zu Behandlungsbeginn durch die Behandelnde bzw. den Behandelnden erfolgen (§ 630c Abs. 2 Satz 1 BGB – Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten). Aus den Wissensbeständen wurde deutlich, dass Patientinnen vor der Operation über die Wirkung sowie die Risiken und Nebenwirkungen einer Hysterektomie aufgeklärt werden sollten.

---

<sup>18</sup> Der Begriff „Aufklärung“ ist hier und im Folgenden umgangssprachlich und nicht im juristischen Sinne zu verstehen.

Ergänzend ist für die Patientinnen u. a. auch die Information über die Behandlungsmöglichkeiten, das operative Vorgehen sowie den anschließenden Heilungsverlauf wichtig. Die Informationsweitergabe seitens der aufklärenden Ärztin / des aufklärenden Arztes bildet - im Sinne des SDM - eine entscheidende Grundlage für das Gelingen der Beteiligung von Patientinnen im Entscheidungsprozess für oder gegen eine Behandlungsmöglichkeit. Hierfür muss der Patientin auch bewusst sein, dass ihre Perspektive für die Entscheidung notwendig ist (Elwyn et al. 2012, Stiggelbout et al. 2012, NICE 2021b).

### **8.1.1 Qualitätsmerkmal „Aufklärung zur Wirkung“**

Leitlinien sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt die Patientinnen vor der Operation über die angestrebte Wirkung der Hysterektomie aufzuklären hat. Dies umfasst insbesondere die zu erwartende Auswirkung auf die Symptome und die damit verbundene Verbesserung der Lebensqualität (ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, Kives und Lefebvre 2018, NICE 2019, RANZCOG 2021).

### **8.1.2 Qualitätsmerkmal „Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen“**

Recherchierte Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive und die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews machen deutlich, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt die Patientinnen vor der Operation über die Risiken und Nebenwirkungen der Hysterektomie aufzuklären hat (Bossick et al. 2018, Jacobs et al. 2021). Die Aufklärung schließt zum einen unmittelbare Risiken der Operation (z. B. mögliche Komplikationen während der Operation (NICE 2019, NICE 2021a) sowie deren Ereignishäufigkeiten) und zum anderen (mittelbare) Folgen einer Hysterektomie (z. B. den Verlust der Fruchtbarkeit, ein ggf. verfrühtes Einsetzen der Menopause, die möglichen Auswirkungen auf die Sexualität) (ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology 2021, Bossick et al. 2018, ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, Kives und Lefebvre 2018, NICE 2021a, Pakbaz et al. 2017, RANZCOG 2021, Thurston et al. 2019) ein. Daran anschließend sollte auch darüber aufgeklärt werden, dass psychische Belastungen Folgen einer Hysterektomie sein können.

### **8.1.3 Qualitätsmerkmal „Aufklärung zu Behandlungsmöglichkeiten“**

Recherchierte Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive und die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass sich die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt bei den Patientinnen vor der Operation zu vergewissern hat, dass diese darüber aufgeklärt wurden, welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt (ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology/AUGS 2019 [Reaffirmed 2021], Auclair et al. 2019, Bossick et al. 2018, Jacobs et al. 2021, McCarus et al. 2019, NICE 2019, NICE 2021a, Zandstra et al. 2017). Sollten die Patientinnen nicht bereits darüber aufgeklärt worden sein, so sind diese entweder durch die Ärztin / den Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / den Belegarzt selbst aufzuklären oder an entsprechende Fachärztinnen und Fachärzte zu verweisen.

#### **8.1.4 Qualitätsmerkmal „Aufklärung zum operativen Vorgehen“**

Aus den recherchierten Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Publikationen zur Versorgungssituation und den selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews wird deutlich, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt die Patientinnen vor der Operation darüber aufzuklären hat, wie die Operation ablaufen kann (Bossick et al. 2018, Collins et al. 2020, Radosa et al. 2016). Dies umfasst die Art des vorgesehenen Zugangs (z. B. vaginal, abdominal) (Kives und Lefebvre 2018, NICE 2019) und den Umfang der Gebärmutterentfernung (z. B. inkl. Gebärmutterhals und/oder Eileiter) (Bossick et al. 2018, Collins et al. 2020, NICE 2021a). Zudem sollten im Rahmen dessen die Vor- und Nachteile des jeweiligen Zugangs bzw. Umfangs erläutert werden (NICE 2019, NICE 2021a). Zum besseren Verständnis können die Aufklärungsinhalte den Patientinnen visuell erläutert werden (z. B. anhand von Abbildungen oder Modellen) (Collins et al. 2020, McCarus et al. 2019).

#### **8.1.5 Qualitätsmerkmal „Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation“**

Die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass das Personal im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt die Patientinnen vor der Operation darüber zu informieren hat, wie lange die Operation voraussichtlich dauern wird und welche organisatorischen Abläufe zu beachten sind (z. B. die Aufnahme im Krankenhaus, der voraussichtliche Operationsbeginn, die voraussichtliche Länge des Krankenhausaufenthalts, die Möglichkeiten für Besuche nach der Operation).

#### **8.1.6 Qualitätsmerkmal „Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie“**

Eine recherchierte Publikation zur Patientenperspektive sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt die Patientinnen vor der Operation darüber zu informieren hat, zum einen wie der Heilungsprozess nach der Hysterektomie voraussichtlich verlaufen wird (z. B. zu erwartende Schmerzen) (Bossick et al. 2018) und zum anderen was zu beachten ist (z. B. Verhaltensregeln). Letzteres sollte den Patientinnen auch in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt werden.

#### **8.1.7 Qualitätsmerkmal „Umfang der Informationen für die Entscheidungen zur Hysterektomie“**

Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive und die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass Patientinnen umfänglich über die Operation (ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, Kives und Lefebvre 2018, NICE 2019, RANZCOG 2021) und die damit verbundenen (möglichen) Folgen (Bossick et al. 2018, Jacobs et al. 2021, NICE 2019, NICE 2021a, ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2021, ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, Kives und Lefebvre 2018, Pakbaz et al. 2017, RANZCOG 2021,

Thurston et al. 2019) informiert und aufgeklärt werden sollen. Daraus leitet sich ab, dass die Patientinnen befähigt sein sollen, bewusste und informierte Entscheidungen bezüglich einer Hysterektomie treffen zu können.

## **8.2 Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation“**

Interaktion und Kommunikation zwischen der Ärztin / dem Arzt und den Patientinnen ist ein zentraler Bestandteil in Gesprächen zur Aufklärung und Entscheidungsfindung. Die Wissensbestände zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt eine kommunikationsfördernde Gesprächssituation gestalten sollte, in welcher in respektvoller, wertschätzender und verständnisvoller Art mit den Patientinnen umzugehen ist. Zudem sollten Informationen im Sinne des SDM in einer für Patientinnen verständlichen Sprache vermittelt und Fachausdrücke erläutert werden. Die Ausgestaltung der Gesprächsatmosphäre spielt auch für den gegenseitigen Informationsaustausch sowie den Abwägungsprozess im Sinne der Beteiligung von Patientinnen im Entscheidungsprozess eine maßgebliche Rolle (Elwyn et al. 2012, Makoul und Clayman 2006, Scheibler und Pfaff 2003, NICE 2021b).

### **8.2.1 Qualitätsmerkmal „Respektvolle und wertschätzende Kommunikation“**

Publikationen zur Patientenperspektive sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews machen deutlich, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt bei Gesprächen mit den Patientinnen in respektvoller und wertschätzender Art vorgehen soll, sodass sich diese beispielsweise ernstgenommen und verstanden fühlen und auf deren Ängste und Sorgen eingegangen wird (Collins et al. 2020, Jacobs et al. 2021).

### **8.2.2 Qualitätsmerkmal „Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre“**

Eine Publikation zur Patientenperspektive sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass die Gesprächsatmosphäre von der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus bzw. von der Belegärztin / dem Belegarzt so zu gestalten ist, dass die Patientinnen vor der Operation die Zeit und das Vertrauen zur jeweiligen Ärztin / zum jeweiligen Arzt im Krankenhaus bzw. zur Belegärztin / zum Belegarzt haben, ihre Fragen zu stellen und zu klären sowie ggf. individuelle Probleme und Sichtweisen darlegen und besprechen zu können (Collins et al. 2020).

### **8.2.3 Qualitätsmerkmal „Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen“**

Aus einer recherchierten Publikation zur Patientenperspektive sowie den selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews wird deutlich, dass die von der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus bzw. von der Belegärztin / dem Belegarzt vor der Operation vermittelten Informationen sprachlich und inhaltlich verständlich sein sollen (Jacobs et al. 2021).



#### **8.2.4 Qualitätsmerkmal „Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt“**

Publikationen zur Patientenperspektive sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass das Personal des Krankenhauses bzw. die Belegärztin / der Belegarzt die Patientinnen vor der Operation auf die Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt hinzuweisen hat (Collins et al. 2020, Jacobs et al. 2021).

### **8.3 Qualitätsaspekt „Beteiligung von Patientinnen im Entscheidungsprozess“**

Die Wissensbestände zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt gemeinsam mit den Patientinnen die stationär durchzuführende Hysterektomie planen soll, um einer patientenzentrierten Versorgung Rechnung zu tragen. Die Beteiligung von Patientinnen im Entscheidungsprozess hinsichtlich einer Behandlung sowie deren gemeinsame Planung im Sinne des SDM stehen für eine gute Behandlungsqualität und wirken sich positiv auf die Entscheidungssicherheit und die Zufriedenheit der Patientinnen aus (Boss et al. 2016, Stacey et al. 2017). Die Planung soll hierbei patientenindividuell erfolgen, wobei den Patientinnen ermöglicht werden soll, sich im selbstgewählten Umfang zu beteiligen (NICE 2021b). Zudem soll bei Bedarf den Patientinnen auch Bedenkzeit ermöglicht werden.

#### **8.3.1 Qualitätsmerkmal „Berücksichtigen von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie“**

Aus Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive sowie den selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews wird deutlich, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt die Präferenzen der Patientinnen zu erfassen und bei der Entscheidung zu einer Hysterektomie und der Planung des operativen Vorgehens zu berücksichtigen hat (Bossick et al. 2018, NICE 2021a, RANZCOG 2021, Zandstra et al. 2017). Letzteres umfasst die Berücksichtigung der Präferenzen zur Art des vorgesehenen Zugangs (z. B. vaginal, abdominal) (NICE 2021a) oder des Umfangs der Gebärmutterentfernung (z. B. inkl. Gebärmutterhals und/oder Eileiter) (NICE 2021a).

#### **8.3.2 Qualitätsmerkmal „Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation“**

Eine Publikation zur Patientenperspektive, Publikationen zur Versorgungssituation und die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt vor der Operation bei den Patientinnen nachzufragen hat, inwiefern Bedenkzeit benötigt wird. Diese soll dann patientenindividuell ermöglicht werden (Bossick et al. 2018, Hempowicz et al. 2013, Radosa et al. 2016).

## 8.4 Übersicht der Qualitätsaspekte sowie der abgeleiteten Qualitätsmerkmale und die Zuordnung zu den Qualitätsdimensionen

In die weiteren Entwicklungsschritte der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* wurden 3 Qualitätsaspekte mit insgesamt 13 Qualitätsmerkmalen eingeschlossen (Tabelle 4). Zudem bietet Tabelle 4 eine Übersicht über die Zuordnung der Qualitätsdimensionen – gemäß dem Rahmenkonzept für Qualität (IQTIG 2022: Abschnitt 1.1) – zu den abgeleiteten Qualitätsaspekten. Hier zeigt sich, dass mit der Patientenbefragung lediglich die zwei Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ und „Angemessenheit“ adressiert werden. Zur vollständigen Einordnung sind alle Qualitätsdimensionen in Abbildung 6 dargestellt.<sup>19</sup>

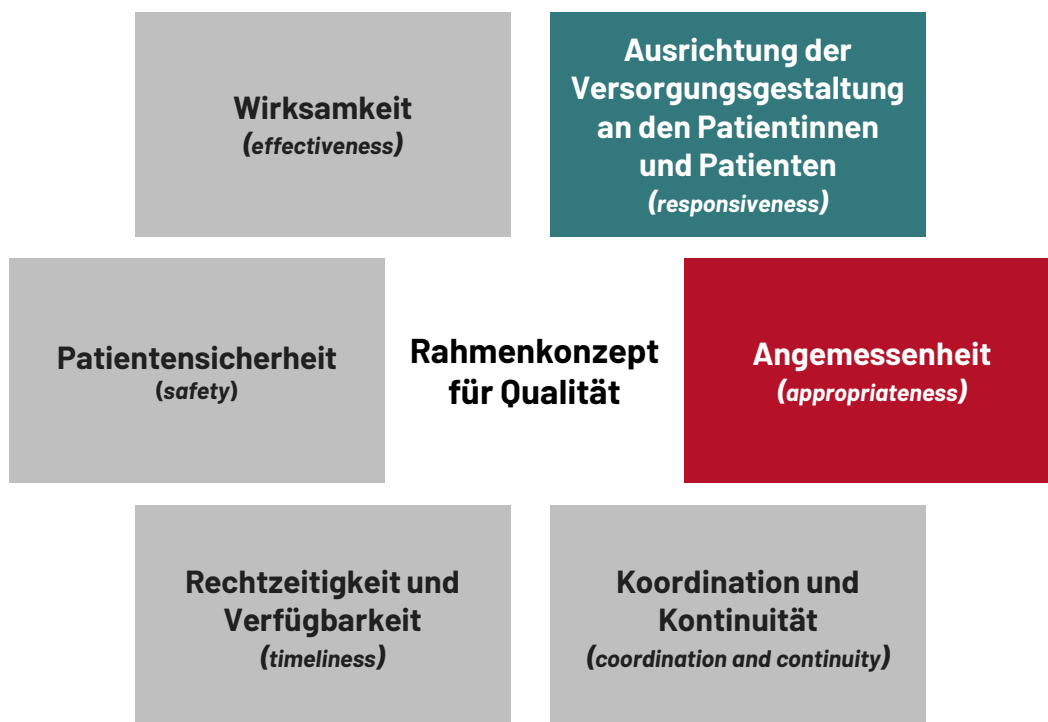


Abbildung 6: Die adressierten und nicht adressierten Qualitätsdimensionen des IQTIG Rahmenkonzepts für Qualität

<sup>19</sup> Die ausgegrauten Dimensionen des Rahmenkonzepts werden in der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* nicht adressiert. Wie bereits in Kapitel 1 dargestellt, erscheint eine sektorenübergreifende Erweiterung und eine umfängliche Betrachtung aller relevanten Versorgungsprozesse und -ergebnisse zielführend, um einen vollständigen Blick auf die Versorgung im Rahmen einer Hysterektomie zu ermöglichen.

Tabelle 4: Übersicht der Qualitätsaspekte mit den eingeschlossenen Qualitätsmerkmalen sowie die Zuordnung zu den Qualitätsdimensionen

Qualitätsaspekte	Qualitätsmerkmale	Qualitätsdimension
1. Information und Aufklärung	1.1 Aufklärung zur Wirkung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Angemessenheit</li> </ul>
	1.2 Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen	
	1.3 Aufklärung zu Behandlungsmöglichkeiten	
	1.4 Aufklärung zum operativen Vorgehen	
	1.5 Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation	
	1.6 Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie	
	1.7 Umfang der Informationen für die Entscheidungen zur Hysterektomie	
2. Interaktion und Kommunikation	2.1 Respektvolle und wertschätzende Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten</li> </ul>
	2.2 Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre	
	2.3 Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen	
	2.4 Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt	
3. Beteiligung von Patientinnen im Entscheidungsprozess	3.1 Berücksichtigen von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Angemessenheit</li> </ul>
	3.2 Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation	

## 9 Fragebogenentwicklung

### 9.1 Gängige Fragebögen aus der Literatur

In Vorbereitung auf die Fragebogenentwicklung wurde in einem ersten Schritt ein Überblick über die bereits bestehenden Befragungsinstrumente zur Versorgung im Bereich der Indikationsstellung zu Hysterektomien angestrebt. Hierzu wurde mittels einer orientierenden Literaturrecherche in gängigen Literaturdatenbanken nach validierten Fragebögen gesucht, die speziell zur Erfassung der Behandlungsprozesse für erwachsene Patientinnen mit gynäkologisch benignen Erkrankungen entwickelt wurden oder die generisch die Themen zu Prozessen der Entscheidungsfindung adressieren. Konkret wurde in der Recherche nach Themen zu Prozessen der Entscheidungsfindung nach den Domänen *Information und Aufklärung*, *Beteiligung von Patientinnen und Patienten* und *Interaktion und Kommunikation* gesucht. Es wurden zum einen die quantitativen Studien (inkl. Mixed Methods), welche bereits im Rahmen der systematischen Recherche zur Ableitung der Qualitätsmerkmale eingeschlossen wurden, erneut gesichtet; zum anderen wurde über eine Handrecherche nach zusätzlichen inhaltlich relevanten Fragebögen gesucht.

Insgesamt konnten 13 Instrumente identifiziert werden. Die Mehrzahl ( $n = 8$ ) der identifizierten Instrumente sind generische Fragebögen, welche die Patientenbeteiligung im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung adressieren (Christalle et al. 2022, Resnicow et al. 2014, Elwyn et al. 2013, Kriston et al. 2010, Légaré et al. 2010, Elwyn et al. 2005, Brehaut et al. 2003, Lerman et al. 1990). Diese Messinstrumente liefern mögliche Beispiele für Operationalisierungen der Items hinsichtlich verschiedener inhaltlicher Dimensionen insbesondere in Bezug auf eine informierte und gemeinsame Entscheidungsfindung im Sinne der Patientenzentrierung. Sie geben zudem einen Einblick in den wissenschaftlichen Stand der Befragung in diesem Themenbereich. Eine Studie konnte identifiziert werden, welche konkret den Entscheidungsprozess von Patientinnen mit operativ behandeltem, symptomatischem Uterus myomatosus thematisiert (Hempowicz et al. 2013). Weiterhin konnte eine Studie ermittelt werden, welche mittels Fragebogen Themen zur Information und Aufklärung zu gynäkologischen Operationen adressiert (Pakbaz et al. 2017). Zwei weitere Befragungsinstrumente konnten zum Thema Interaktion und Kommunikation identifiziert werden (Pfaff und Freise 2001, Steine et al. 2001). Ein Fragebogen thematisiert die Versorgung von Patientinnen nach einer Hysterektomie (Janda et al. 2020). Instrumente welche konkret die Indikationsstellung zu Hysterektomien bei benignen Erkrankungen adressieren, konnten in der vorliegenden Recherche nicht ermittelt werden.

Im Anhang F.1 findet sich eine detaillierte Übersicht der berücksichtigten Messinstrumente, aufgeteilt nach den Themen *Versorgung von Frauen mit einer Hysterektomie*, *Information und Aufklärung zu gynäkologischen Operationen*, *Patientenbeteiligung* und *Interaktion und Kommunikation*.

Die Ausgestaltung der recherchierten Befragungsinstrumente ist jedoch nicht deckungsgleich mit den inhaltlichen Anforderungen, die durch die abgeleiteten Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* an die Konstrukte des zu entwickelnden Fragebogens gestellt werden. Dies bezieht sich sowohl auf den Abstraktionsgrad bzw. die Detailtiefe der adressierten Konstrukte (insbesondere in Bezug auf SDM) als auch auf den zeitlichen oder kontextuellen Rahmen, den das QS-Verfahren *Hysterektomie* vorsieht. Eine direkte Übertragbarkeit der recherchierten Fragebögen auf den Kontext der externen Qualitätssicherung ist aus Sicht des IQTIG daher nicht möglich. Dennoch dienen insbesondere die identifizierten Fragebögen zum Thema Patientenbeteiligung als theoretische und inhaltliche Orientierung bei der Operationalisierung der Items im Fragebogen.

## 9.2 Ergebnisse der Itementwicklung

### 9.2.1 Erste Fragebogenversion

Im Rahmen der Fragebogenentwicklung wurden insgesamt 38 Items entwickelt, wobei 27 davon auf Basis der 3 identifizierten Qualitätsaspekte bzw. der 13 Qualitätsmerkmale operationalisiert wurden. Die Operationalisierung der Items erfolgte unter Berücksichtigung grundsätzlicher Prinzipien der Itemformulierung (Abschnitt 5.1) und unter Einbezug der Erkenntnisse aus der Fragebogenrecherche (Abschnitt 9.1). Es wurden sowohl Items zur Prozessqualität (25 Items) als auch zur Ergebnisqualität operationalisiert. Die Ergebnisqualität wird durch 2 Items erfasst, die verschiedene Endpunkte zum Prozess des SDM adressieren. Diese beiden Items erfassen - im Sinne des SDM -, inwieweit die Patientinnen alle Informationen erhalten haben, die sie für ihre Entscheidungen im Rahmen der Gebärmutterentfernung benötigten und inwieweit sie diese Informationen verstanden haben. Zusammen mit den übrigen 11 Items (d. h. Items zur Stichprobenbeschreibung (8), zur Erfassung der Beteiligungspräferenz (1) sowie zur Kennzahlberechnung (2)) wurden insgesamt 38 Items in einem ersten Fragebogenentwurf zusammengeführt. Dieser wurde in 4 Themenblöcke aufgeteilt:

- Informationen zur Gebärmutterentfernung
- Informationen und Entscheidungen zur Operation
- Gestaltung des Gesprächs bzw. der Gespräche
- Angaben zur Person

Die operationalisierten Items wurden im Rahmen eines zweiten Treffens des Expertengremiums hinsichtlich ihrer inhaltlichen Passung mit den Qualitätsmerkmalen reflektiert und angepasst (Anhang D.3). Eine Übersicht der initial entwickelten Fragebogenitems, der zugrunde liegenden Qualitätsmerkmale und zugehörigen Qualitätsaspekte findet sich im Anhang F.2.

### 9.2.2 Variablen für die Stichprobenbeschreibung

Zur Stichprobenbeschreibung sind verschiedene Variablen vorgesehen. Manche der zugehörigen Items, wie z. B. der höchste schulische Bildungsabschluss oder die Erwerbssituation, wurden in Anlehnung an die demografischen Standards des Statistischen Bundesamts (Beckmann et al. 2016) entwickelt und entsprechend der Projektziele angepasst bzw. aus getesteten Fragebögen von vorherigen Befragungsprojekten des IQTIG übernommen. Darüber hinaus enthält der Fragebogen auch eine diagnosespezifische Variable (aufgrund welcher gutartigen Erkrankung die Gebärmutter entfernt wurde). Es wurde zudem auch eine Variable zur Erfassung des Erinnerungszeitraums entwickelt, d. h. wie lange die Operation zur Gebärmutterentfernung zurückliegt, um die Validität von Zeitmessungen erproben zu können. Schließlich ist auch eine Variable vorgesehen, die angibt, ob der Fragebogen eigenständig oder mit Unterstützung ausgefüllt wurde.<sup>20</sup> Anhang F.2 enthält eine Übersicht der insgesamt 8 Variablen mit den entsprechenden Itemformulierungen.

### 9.2.3 Variablen zur Risikoadjustierung

Für die zwei Items zur Messung der Ergebnisqualität des SDM (Abschnitt 9.2.1) wurde geprüft, ob eine Risikoadjustierung angezeigt ist. Als Grundlage dafür wurde eine orientierende Recherche in gängigen Literaturdatenbanken wie PubMed durchgeführt. Im Rahmen dieser Recherche wurde nach Publikationen gesucht, die es ermöglichen, patientenseitige Risikofaktoren zu identifizieren, welche einen Einfluss auf die in den Items adressierten Themen haben können. Die Recherche bezog sich zunächst auf Publikationen zum Thema SDM bei Hysterektomien aufgrund benigner Erkrankungen. Da hier keine relevanten Publikationen gesichtet werden konnten, wurde die Recherche auf benigne gynäkologische Erkrankungen im Allgemeinen und die damit verbundenen Interventionen erweitert. Nachdem hier ebenfalls keine relevanten Publikationen identifiziert werden konnten, wurde die Recherche dahingehend erweitert, dass auch andere nicht gynäkologische Erkrankungen und die damit verbundenen Interventionen einbezogen wurden.

Im Ergebnis konnten lediglich 4 Publikationen aus themenverwandten Kontexten identifiziert werden (Kim et al. 2013, Falagas et al. 2009, Mulsow et al. 2012, Whyte et al. 2023). Zielgruppe dieser Publikationen waren chirurgische Patientinnen und Patienten in den Themengebieten *Informierte Einwilligung* und/oder *Verständnis von Informationen*. Als Grundlage für eine Risikoadjustierung sind diese Publikationen jedoch nicht ausreichend, da sie die gewünschten Inhalte nicht hinreichend adressieren.

Das IQTIG sieht bezüglich der Prozesse des SDM keine Notwendigkeit zur Risikoadjustierung. Dies ergibt sich daraus, dass die adressierten Prozesse (z. B. die Informationsvermittlung) unabhängig

---

<sup>20</sup> Die Variablen zur Stichprobenbeschreibung können für verschiedene Zwecke verwendet werden (siehe Abschnitt 11.5.2).

von patientenseitigen Einflussfaktoren (z. B. Bildungsgrad, sprachliche Verständnisschwierigkeiten) gewährleistet werden sollten. Die im Verlauf der Entwicklungsarbeiten eingebundenen SDM-Experten (Abschnitt 5.1) teilen diese Einschätzung.

In der Konsequenz wurden keine Items in den Fragebogen aufgenommen, die eigens einer Risikoadjustierung dienen. Die Entwicklung eines Risikoadjustierungsmodells wird demnach nicht empfohlen.

#### 9.2.4 Variablen zur Berechnung einer Kennzahl

Neben den Qualitätsindikatoren können auch Kennzahlen zur Beschreibung von Versorgungsaspekten verwendet werden. Diese werden jedoch nicht zur Bewertung der Versorgungsqualität herangezogen, da für sie regelhaft kein Referenzbereich festgelegt ist (IQTIG 2022: Abschnitt 15). Der Fragebogen enthält 2 Variablen, die zur Berechnung einer Kennzahl herangezogen werden: Eine Variable, die erfasst, ob ein Hinweis zum Einholen einer Zweitmeinung gegeben wurde, sowie eine Variable, die erfragt, ob eine schriftliche „Entscheidungshilfe“ zur Verfügung gestellt wurde. Diese Variablen sind mit den entsprechenden Itemformulierungen dem Anhang F.2 zu entnehmen.

### 9.3 Ergebnisse des kognitiven Pretests

Der Fragebogen wurde im Rahmen des kognitiven Pretests u. a. auf Verständlichkeit, Beurteilbarkeit, Erinnerbarkeit sowie Beantwortungsdauer geprüft (Abschnitt 5.2). Hierfür wurden kognitive Interviews mit Testpersonen durchgeführt. Die Rekrutierung erfolgte deutschlandweit. Die Interviews wurden sowohl digital als auch in Präsenz durchgeführt. Insgesamt wurden 30 Einzelinterviews (19 digital, 11 in Präsenz) mit Patientinnen realisiert. Wie bereits in Abschnitt 5.2.3 dargelegt, gab es zwei Testansätze, wobei entweder der gesamte Fragebogen ohne Hilfestellungen beantwortet und im Nachgang auf spezifische Hinweise der Testpersonen eingegangen wurde (n = 11) oder ausgewählte Items sowie der Einleitungstext unabhängig voneinander intensiv getestet wurden (n = 19).

Die Fragebogenversion für den kognitiven Pretest findet sich im Anhang G.1.

#### 9.3.1 Allgemeine Erkenntnisse

##### Charakteristika der Testpersonen

Das Durchschnittsalter der Testpersonen betrug zum Zeitpunkt des Interviews 42,1 (SD = 6,5) Jahre. Die jüngste Patientin war 29 Jahre, die älteste Patientin 56 Jahre alt. Von den 30 teilnehmenden Patientinnen wurden 22 von einer stationär angestellten Ärztin / einem stationär angestellten Arzt und 8 von einer Belegärztin / einem Belegarzt operiert. 13,3 % der Testpersonen hatten einen niedrigen, 46,7 % einen mittleren und 40 % einen hohen schulischen Bildungsabschluss. 80 % der Testpersonen waren in Voll- oder Teilzeit berufstätig. Insgesamt konnte ein breites Spektrum bezüglich Alter, Bildung sowie der beruflichen Situation abgedeckt werden.

Eine detaillierte Übersicht der Charakteristika der befragten Patientinnen, die aus den Kurzfragebögen entnommen werden konnten (z. B. Indikationen, Operationsmethoden und regionale Verteilung) ist im Anhang G.3 einzusehen.

Tabelle 5: Übersicht der soziodemografischen Angaben der Testpersonen im kognitiven Pretest

Charakteristika	Gesamt	Stationär behandelt	Belegärztlich behandelt
Anzahl Testpersonen; n	30	22	8
<b>Alter (in Jahren)</b>			
Mittelwert (Standardabweichung)	42,1 (6,5)	43,3 (5,6)	38,8 (3,2)
Median (Min. / Max.)	42 (29 / 56)	42 (30 / 55)	37,5 (29 / 56)
<b>Bildungsgrad</b>			
Hoher Bildungsgrad; n	12	9	3
Mittlerer Bildungsgrad; n	14	10	4
Niedriger Bildungsgrad; n	4	3	1
<b>Berufliche Situation</b>			
Vollzeit berufstätig; n	12	8	4
Teilzeit berufstätig; n	12	9	3
Arbeitssuchend; n	1	1	0
Wiedereingliederung; n	1	1	0
Berufs- / erwerbsunfähig; n	2	1	1
Hausfrau; n	2	2	0

### Beantwortungsdauer und subjektive Belastung durch die Beantwortung des Fragebogens

Die Bereitschaft, einen Fragebogen vollständig auszufüllen, hängt neben dem Inhalt des Fragebogens und den Itemformulierungen auch von dessen Länge und der damit einhergehenden Beantwortungsdauer ab. Generell sollte die Beantwortung eines Fragebogens nicht länger als 30 Minuten dauern (Brace 2018, Schnell 2019), was auch bei dem für das QS-Verfahren *Hysterektomie* entwickelten und getesteten Fragebogen angestrebt wurde.

Insgesamt wurde die benötigte Dauer zur Beantwortung des Fragebogens bei 11 Testpersonen gemessen, die den Fragebogen vollständig und ohne Unterbrechungen ausgefüllt haben. Die durchschnittliche Ausfüllzeit lag bei 8,8 (SD = 1,9) Minuten.

Zudem wurden die Testpersonen im Rahmen der Interviews jeweils nach der Beantwortung des Fragebogens gefragt, wie anstrengend bzw. belastend das Ausfüllen empfunden wurde. Dabei



zeigte sich, dass sowohl die Beantwortungsdauer als auch die inhaltliche Ausgestaltung des Fragebogens als angemessen wahrgenommen wurde. Die Beantwortung an sich wurde von den Testpersonen weder als schwierig noch als belastend beurteilt.

### Beurteilbarkeit und Erinnerbarkeit der erfragten Themen

Für die Validität der Messungen im Fragebogen ist die Beurteilbarkeit der operationalisierten Inhalte durch die befragten Personen wichtig. Es müssen also solche Ereignisse und Situationen adressiert werden, die von den befragten Personen selbst erlebt werden können. Auch die Erinnerbarkeit von Situationen und Ereignissen wirkt sich auf die Validität der Messung aus.

Die Entscheidung zu einer Gebärmutterentfernung und die Vorbereitung auf die Operation stellte für die meisten Patientinnen eine sehr prägende Zeit dar, nicht zuletzt, weil der Entscheidung zu dieser irreversiblen Operation meist viele verschiedene medizinische Konsultationen, eventuell andere operative Eingriffe und medikamentöse Verfahren vorausgehen.

Bezüglich der Erinnerungszeiträume konnten über alle Testpersonen hinweg keine Auswirkungen auf das Antwortverhalten identifiziert werden. Die Zeiträume zwischen Hysterektomie und Interview (Erinnerungszeitraum) lagen zwischen 2 und 20 Wochen (Tabelle 6).

Tabelle 6: Erinnerungszeiträume zwischen Hysterektomie und kognitivem Interview

Zeitraum zwischen Hysterektomie und kognitivem Interview (in Wochen); Anzahl Testpersonen	Gesamt	Stationär behandelt	Belegärztlich behandelt
2-6 Wochen; n	9	7	2
7-12 Wochen; n	9	6	3
13-20 Wochen; n	12	9	3

Die Antwortmöglichkeit „Weiß nicht mehr“ wurde nur sehr vereinzelt von den Testpersonen ausgewählt. Die Testung lässt somit keinen Rückschluss auf generelle Erinnerungsschwierigkeiten zu. Eine Ausnahme bildete das Item zur Entscheidungshilfe (Abschnitt 9.3.5). Hier gaben die Testpersonen häufiger an, sich nicht erinnern zu können, ob sie eine solche erhalten haben, bzw. nicht zu wissen, ob die erfragte Situation stattgefunden hat. Die angegebenen Schwierigkeiten bei der Beantwortbarkeit und Erinnerungsfähigkeit zeigten sich unabhängig des Alters, des Bildungsgrades und der Länge des Erinnerungszeitraums.

### 9.3.2 Itemübergreifende Überarbeitungen

Im Folgenden werden itemübergreifende Überarbeitungen wie z. B. die Ausrichtung der Itemstruktur dargestellt. Durch Streichungen und Fettungen<sup>21</sup> im Fragetext werden die Anpassungen, welche auf Grundlage der Ergebnisse des kognitiven Pretests vorgenommen wurden, kenntlich gemacht.

#### Ausrichtung der Itemstruktur

6  5 <sup>22</sup>	Hat die <del>Ärztin oder der Arzt</del> <b>Wurde</b> mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können (z. B. Verletzung angrenzender Organe)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
--------------------------	---	---

Die kognitiven Interviews zeigten, dass Patientinnen unterschiedlich viele Gespräche in Vorbereitung auf die Operation führen können, die ggf. auch von unterschiedlichen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden. Häufig unterschieden die Testpersonen zwischen einem „Vorgespräch“ und einem „Aufklärungsgespräch“. Manchmal berichteten die Testpersonen auch von zwei oder drei „Aufklärungsgesprächen“. Entsprechend war die ursprüngliche Formulierung der Items, welche eine bestimmte Ärztin bzw. einen bestimmten Arzt im Gespräch adressierte, für die interviewten Testpersonen nicht eindeutig. Alle betreffenden Items wurden entsprechend durch eine Formulierung ersetzt, welche kein spezifisches ärztliches Personal und kein spezifisches Gespräch adressiert. Der Anker, dass alle Items nur Gespräche vor der Operation im behandelnden Krankenhaus bzw. bei der behandelnden Belegärztin / dem behandelnden Belegarzt adressieren, bleibt durch einen Einleitungstext und wiederkehrende Erinnerungen in Textform erhalten. Diese Anpassung wurde nach den ersten Interviews vorgenommen. Entsprechend ist gewährleistet, dass die überarbeitete Formulierung ausreichend getestet wurde.

24  22	Hatten Sie die Zeit <del>mit der Ärztin oder dem Arzt</del> <b>in dem Gespräch / den Gesprächen</b> über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war?	<input checked="" type="checkbox"/> <del>Ja</del> <input checked="" type="checkbox"/> <del>Nein</del> <input checked="" type="checkbox"/> <del>Weiß nicht mehr</del> <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Eher ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Eher nein</b> <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> <b><i>Weiß nicht mehr</i></b>
--------------	---	--

Um die Beantwortbarkeit der Items bei mehreren adressierten Gesprächen (z. B. Indikationsgespräch, Vorbereitungsgespräch, Aufklärungsgespräch) entsprechend der oben dargestellten Anpassungen zu gewährleisten, wurde bei einigen Items die Antwortskala angepasst. Dies betraf die

<sup>21</sup> Textliche Anpassungen bzw. Neuerungen werden in fetter Schrift darstellt.

<sup>22</sup> Die Änderungen der Nummerierungen der Fragekästchen im Fragebogen ergeben sich aus der Streichung der in Abschnitt 9.3.5 beschriebenen Items.

Items in den Fragekästchen 21, 22 sowie 23. Aus der dichotomen Antwortskala (Ja; Nein) wurde eine ordinale Skala (Ja; Eher ja; Eher nein; Nein).

### Erinnerungskasten

#### Gestaltung des Gesprächs bzw. der Gespräche

Bitte denken Sie weiterhin nur an das Gespräch oder die Gespräche, die Sie in Vorbereitung auf die Gebärmutterentfernung ~~mit der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus oder mit der Belegärztin / dem Belegarzt in der Praxis~~ geführt haben. **Diese können mit einer Ärztin / einem Arzt in dem Krankenhaus, in dem Sie operiert wurden, oder mit der Belegärztin / dem Belegarzt in der Praxis stattgefunden haben.**

Ein geringer Anteil an Testpersonen zeigte Unsicherheiten beim Verstehen des oben aufgeführten Erinnerungskastens. Irritationen entstanden durch die Formulierung „[...] mit der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus [...]“. Die betreffenden Testpersonen konnten anhand dieser Formulierung nicht eindeutig erkennen, dass hiermit nur die Ärztin / der Arzt aus dem Krankenhaus gemeint ist, in dem die Operation zur Gebärmutterentfernung durchgeführt wurde. Zur Konkretisierung und Sicherstellung der Eindeutigkeit wurde die Formulierung entsprechend angepasst und durch den Zusatz „[...], in dem Sie operiert wurden, [...]“ ergänzt.

### 9.3.3 Überarbeitungen der Fragebogenstruktur

Nachfolgend werden die Überarbeitungen der Fragebogenstruktur dargestellt. Anpassungen auf Grundlage der Ergebnisse der kognitiven Interviews sind analog des Abschnitts 9.3.2 durch Streichungen und Faltungen<sup>23</sup> im Fragetext dargestellt.

#### Änderung der Itemreihenfolge

<p><del>25</del> <b>21</b></p>	<p>Hatten Sie das Vertrauen zu der Ärztin oder dem Arzt, um über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war (z. B. auch intime und schwierige Themen)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i></p>
------------------------------------	---	--

<p><del>24</del> <b>22</b></p>	<p>Hatten Sie die Zeit in dem Gespräch / den Gesprächen über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i></p>
------------------------------------	---	--

<sup>23</sup> Textliche Anpassungen bzw. Neuerungen werden in fester Schrift darstellt.

**Zielstellung:** Die beiden Items in den Fragekästchen 21 und 22 erfragen hinsichtlich der Gesprächsgestaltung, ob die Patientinnen zum einen das nötige Vertrauen zu der Ärztin / dem Arzt und zum anderen die nötige Zeit im Gespräch / in den Gesprächen hatten, um alle für sie wichtigen Themen zu besprechen. Intention beider Items ist es, dass die Testpersonen initial an alle für sie wichtigen Themen bzw. Fragen denken und beide Items übergreifend (inkl. eventueller intimer und schwieriger Themen) beantwortet werden.

**Testergebnis:** Die kognitiven Interviews zeigten, dass die Testpersonen bei der Beantwortung des Items im Fragekästchen 22 überwiegend nur an Themen wie den Zugangsweg bzw. die Operationsmethode und die Nachsorge dachten. An intime und schwierige Themen (z. B. zur Sexualität oder (In-)Kontinenz) wurde weniger gedacht. Beim Item im Fragekästchen 21, welches das Vertrauen zur Ärztin / zum Arzt thematisiert, zeigte sich hingegen ein gegenteiliger Effekt. Die Testpersonen gaben bei der Beantwortung des Items an, überwiegend an intime und schwierige Themen zu denken. Es ist anzunehmen, dass dieser intendierte Effekt durch das zusätzliche Beispiel, welches der Frage in der Klammer angehängt ist, begünstigt wird.

**Änderungen:** Es wurde die Reihenfolge der Items zur Zeit und zum Vertrauen getauscht, sodass die Patientinnen bei der Beantwortung des Items zur Zeit (Fragekästchen 22) auch an die intimen und schwierigen Themen denken (Fragekästchen 21).

**Änderung des Filtereinschlusses**

<p>⚡ 9</p>	<p>Es gibt grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten, die Gebärmutter zu entfernen (z. B. über die Scheide, Bauchspiegelung/Schlüssellochoperation, Bauschnitt).</p> <p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche Operationsmethoden für Sie in infrage kommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja → Bitte weiter mit Frage <del>12</del> 10</p> <p><input type="checkbox"/> Nein → Bitte weiter mit Frage <del>14</del> 11</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr → Bitte weiter mit Frage <del>14</del> 11</p>
----------------	---	---

**Zielstellung:** Ziel der Items in den Fragekästchen 9 und 10 ist es zu ermitteln, ob die Patientinnen umfassend über die verschiedenen infrage kommenden Operationsmethoden aufgeklärt und Vor- und Nachteile besprochen wurden. Das nachfolgende Item erfasst, ob die Patientinnen in die Entscheidung für oder gegen bestimmte Vorgehensweisen einbezogen wurden. Die Items sind nicht für alle Patientinnen gleichsam zutreffend und erfordern daher eine Filterfunktion. Ursprünglich war diese so angelegt, dass Patientinnen, welche angeben, über alle infrage kommenden Operationsmethoden aufgeklärt worden zu sein, direkt zu den Items zur Aufklärung über die Vor- und Nachteile sowie die Entscheidungsbeteiligung verwiesen werden. Patientinnen, welche nicht über die infrage kommenden Operationstechniken aufgeklärt wurden, waren angeleitet, die beiden folgenden Fragen (zu Vor- und Nachteilen sowie zur Entscheidungsbeteiligung) zu überspringen und mit dem Item im Fragekästchen 12 fortzufahren. Der Hintergrund zu diesem Vorgehen war die Annahme, dass ohne die Besprechung der infrage kommenden Operationsmethoden

auch keine Vor- und Nachteile der einzelnen Methoden abgewogen werden können und eine Entscheidungsbeteiligung nicht möglich ist.

Die beschriebene Filterführung findet ein zweites Mal bei den Items in den Fragekästchen 12, 13, 14 und 15 Anwendung. Hier wird die Besprechung des infrage kommenden Umfangs der Gebärmutterentfernung (z. B. vollständige vs. teilweise Hysterektomie) sowie die Abwägung der jeweiligen Vor- und Nachteile und die Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen thematisiert.

**Testergebnis:** Im kognitiven Pretest antworteten fast alle Testpersonen mit „Ja“, sodass auch Angaben zu den Folgeitems gemacht wurden. Nur vereinzelte Testpersonen gaben an, nicht über die infrage kommenden Operationsmethoden aufgeklärt worden zu sein. Allerdings ging aus den Interviews hervor, dass eine nicht erfolgte Besprechung der infrage kommenden Operationsmethoden nicht unbedingt die Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen ausschließen muss. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die Patientinnen bereits mit einer präferierten Operationsmethode in das Gespräch mit der Ärztin / dem Arzt hineingehen. In diesem Fall ist keine weitere Besprechung anderer Optionen gewünscht, die Beteiligung der Patientinnen wird dennoch gewährleistet. Die Ergebnisse zum zweiten Filterblock (Items in den Fragekästchen 12 bis 15) weisen eine vergleichbare Struktur auf. Auch hier hielten die Testpersonen eine Entscheidungsbeteiligung zum Umfang der Gebärmutterentfernung für möglich, ohne dass die Ärztin / der Arzt im Vorfeld noch einmal alle Optionen mit ihnen besprochen hat. Die Testpersonen erklärten dies mit der meist sehr langen Erkrankungsvorgeschichte, vielen vorangegangenen medizinischen Konsultationen und eigenen Recherchen zum Krankheitsbild.

**Änderungen:** Entsprechend der Testergebnisse wurde die Filterführung in beiden Itemzusammenschlüssen (zur Operationsmethode und zum Umfang der Gebärmutterentfernung) angepasst. Der Filter der jeweiligen Ausgangsfrage, ob eine Besprechung der infrage kommenden Optionen stattgefunden hat, schließt in der abgeänderten Version nur noch das bzw. die jeweils folgende(n) Item(s) zur Besprechung der Vor- und Nachteile der einzelnen Optionen ein. Das Item, welches nach der jeweiligen Entscheidungsbeteiligung fragt, wurde aus der Filterführung ausgeschlossen, sodass dieses unabhängig von der Antwort zur Besprechung der infrage kommenden Optionen ausgefüllt werden kann.

#### 9.3.4 Spezifische Überarbeitungen von Fragebogenitems

Im Folgenden werden nun die einzelnen modifizierten Items, in chronologischer Reihenfolge, dargestellt und Anpassungen begründet. Dargestellt werden die Items nach der itemübergreifenden Anpassung an der Ausrichtung der Itemstruktur (siehe Abschnitt 9.3.2). Alle Änderungen sind erneut durch Streichungen und Faltungen<sup>24</sup> im Itemtext gekennzeichnet. Insgesamt wurden – ungeachtet der in Abschnitt 9.3.2 beschriebenen Änderungen – an 9 Items Anpassungen vorgenommen.

---

<sup>24</sup> Textliche Anpassungen bzw. Neuerungen werden in fester Schrift darstellt.

**Informationen zur Gebärmutterentfernung**

<p>2 1<sup>25</sup></p>	<p><b>Zur Behandlung gutartiger Erkrankungen der Gebärmutter kann eine Operation zur Entfernung der Gebärmutter durchgeführt werden. Da diese Operation nicht notfallmäßig durchgeführt wird, besteht die Möglichkeit, die Patientinnen in die Entscheidung zur Durchführung der Operation mit einzubeziehen.</b></p> <p>Wurde Ihnen in dem Gespräch / in den Gesprächen vor der Operation mitgeteilt <b>deutlich</b>, dass Ihre Sichtweise für die Entscheidung zur Durchführung der Operation ausschlaggebend ist?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
-----------------------------	--	---

**Zielstellung:** Ziel dieses Items war es abzubilden, inwiefern die Patientinnen in die Entscheidung zur Durchführung der Operation einbezogen wurden. Es wird indirekt erfragt, ob es in der Entscheidungsfindung einen gemeinsamen Entscheidungsprozess zwischen Ärztin/Arzt und Patientin gab, welche Rolle die Sichtweise der Patientin für die Entscheidung gespielt hat und inwiefern diese ausschlaggebend war.

Der Einleitungstext, welcher den Patientinnen noch einmal verdeutlichen soll, dass es sich bei der Hysterektomie aufgrund einer gutartigen Erkrankung um einen elektiven Eingriff handelt, war ursprünglich zu Beginn des kognitiven Pretests vor dem entfallenen Item im Fragekästchen 1 positioniert (Abschnitt 9.3.5) und bildet nun weiterhin den Fragebogeneinstieg.

**Testergebnis:** Aus den kognitiven Interviews ging hervor, dass die Testpersonen überwiegend das Gefühl hatten, dass ihre Sichtweise für die Entscheidung ausschlaggebend gewesen sei. Dabei grenzten die Patientinnen allerdings nicht ab, ob Ihnen dies so explizit von der Ärztin / dem Arzt mitgeteilt wurde oder ob sie das Gefühl aus dem Gespräch heraus vermittelt bekamen.

**Änderungen:** Entsprechend der unklaren Abgrenzung der Patientinnen, ob ihnen explizit mitgeteilt wurde, dass ihre Meinung für die Entscheidung ausschlaggebend ist, oder das Gefühl aus dem Gespräch heraus entstand, wurde die Formulierung von „vor der Operation mitgeteilt“ zu „vor der Operation deutlich“ abgeändert.

---

<sup>25</sup> Die Änderungen der Nummerierungen der Fragekästchen im Fragebogen ergeben sich aus der Streichung der in Abschnitt 9.3.5 beschriebenen Items.

<p>3 2</p>	<p><b>Bitte denken Sie bei den nachfolgenden Fragen auch weiterhin an das Gespräch oder die Gespräche, die Sie in dem Krankenhaus, in dem Sie operiert wurden, oder mit der Belegärztin / dem Belegarzt in der Praxis geführt haben.</b></p> <p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche anderen Behandlungsmöglichkeiten außer der Entfernung der Gebärmutter für Sie infrage kommen (d. h. gebärmuttererhaltende Verfahren wie z. B. die Einnahme von Medikamenten)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, ich wollte das nicht</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i></p>
----------------	--	---

**Zielstellung:** Das Item im Fragekästchen 2 erfasst die Aufklärung über alternative Behandlungsmethoden zur Hysterektomie. Dabei beschränkt sich das Item auf Behandlungsmethoden, die für das jeweilige Erkrankungsbild der Patientin infrage kommen. Zur besseren Verständlichkeit wird in der Klammer erläutert, dass gebärmuttererhaltende Verfahren gemeint sind. Zusätzlich wird ein Beispiel („die Einnahme von Medikamenten“) genannt. In den kognitiven Interviews wurde geprüft, ob die Patientinnen die Frage wie intendiert verstehen, ob die Formulierung „gebärmuttererhaltende Verfahren“ eindeutig verständlich ist und ob die Testpersonen bei der Beantwortung der Frage an das intendierte Setting (d. h. das stationäre Indikationsgespräch) denken.

**Testergebnis:** Die Interviews zeigten, dass die Testpersonen das Item überwiegend wie intendiert verstanden. Auch die Formulierung „gebärmuttererhaltende Verfahren“ stellte sich als eindeutig verständlich heraus. Allerdings wurde deutlich, dass einige der Testpersonen bei der Beantwortung des Items Probleme hatten, im intendierten Setting zu bleiben. Durch meist zahlreiche Arztkontakte im ambulanten Setting, welche einer Hysterektomie in der Regel vorgeschaltet sind und in denen häufig ebenfalls alternative Behandlungsmöglichkeiten besprochen werden, konnte das Item von den Patientinnen nicht immer eindeutig beantwortet werden.

**Änderungen:** Zur Erinnerung für die Patientinnen, an welches Setting sie bei der Beantwortung der Frage denken sollen, wurde zur Einleitung des Items noch einmal eine Erinnerung platziert.

**Informationen und Entscheidungen zur Operation**

<p>14 12</p>	<p>Je nachdem, warum die Gebärmutter entfernt werden soll, besteht die Möglichkeit, sie vollständig (<b>d. h. mit Entfernung des Gebärmutterhalses</b>) oder teilweise (z. B. mit Erhalt des Gebärmutterhalses) (<b>d. h. ohne Entfernung des Gebärmutterhalses</b>) zu entfernen. Manchmal werden auch die Eierstöcke und die Eileiter mitentfernt.</p> <p>Wurde mit Ihnen besprochen, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden kann (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja → Bitte weiter mit Frage <del>14</del> <b>13</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein → Bitte weiter mit Frage <del>14</del> <b>15</b></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i> → Bitte weiter mit Frage <del>14</del> <b>15</b></p>
------------------	---	---

**Zielstellung:** Das Item im Fragekästchen 12 soll erfassen, ob mit den Patientinnen vor der Operation besprochen wurde, dass es – je nach Operationsmethode – unterschiedliche Möglichkeiten hinsichtlich des Umfangs gibt, in dem die Gebärmutter entfernt werden soll. So kann die Gebärmutter teilweise oder vollständig entfernt werden bzw. können ggf. angrenzende Organe wie Eileiter und Eierstöcke ebenfalls mitentfernt werden. Dabei zielt das Item nur auf die Informationsgabe und die Besprechung der Möglichkeiten ab, nicht auf eine Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen. Das Item im Fragekästchen 12 fungiert als Filter für die folgenden beiden Items in den Fragekästchen 13 und 14. Nur wenn das Item im Fragekästchen 12 mit „Ja“ beantwortet wird, sollen die folgenden beiden Items in den Fragekästchen 13 und 14 beantwortet werden. Bei Beantwortung der Frage mit „Nein“ oder „Weiß nicht mehr“ werden die Patientinnen direkt zum Item in Fragekästchen 15 weitergeleitet (Abschnitt 9.3.3 „Änderung des Filtereinschlusses“).

**Testergebnis:** Der kognitive Pretest ergab, dass die Testpersonen nicht einheitlich zwischen „vollständiger“ und „teilweiser“ Gebärmutterentfernung unterschieden. Einige Testpersonen konnten beide Begriffe nicht eindeutig definieren, andere assoziierten mit der „vollständigen“ Gebärmutterentfernung die zusätzliche Entnahme der Eileiter und Eierstöcke.

**Änderungen:** Zur Erläuterung der Begriffe „vollständig“ und „teilweise“ wurden diese um eine kurze Erklärung mittels „d. h.“ in der anschließenden Klammer ergänzt. Weiterhin wurde der Begriff „Eierstöcke“ aus dem Einleitungstext entfernt, da die Entfernung der Eierstöcke stark von den individuellen Voraussetzungen der Patientin abhängig ist und daher nicht zwangsläufig in Vorbereitung auf eine Hysterektomie thematisiert werden muss. Folglich ist die Entfernung der Eierstöcke (Ovarektomie) nicht zwingend an eine Hysterektomie gekoppelt und soll entsprechend im Fragebogen nicht weiter thematisiert werden.

15 13	Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine <u>vollständige</u> Entfernung der Gebärmutter hat ( <b>d. h. mit Entfernung des Gebärmutterhalses</b> )?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
----------	--	---

**Zielstellung:** Wird das Item im Fragekästchen 12 mit „Ja“ beantwortet, werden die Patientinnen zum Item im Fragekästchen 13 geleitet. Ziel des Items ist es zu ermitteln, ob eine Aufklärung über die vollständige Entfernung der Gebärmutter in Vorbereitung auf die Operation erfolgte und dabei deren Vor- und Nachteile besprochen wurden. Im kognitiven Pretest wurde ermittelt, ob die Testpersonen die Frage wie intendiert verstehen und was der Begriff „vollständig“ für sie bedeutet.

**Testergebnis:** Die Testung ergab – analog zum vorgeschalteten Item im Fragekästchen 12 –, dass die Testpersonen sehr heterogene Vorstellungen von einer „vollständigen Entfernung der Gebärmutter“ hatten. Einige Testpersonen waren nicht in der Lage, die Begriffe „vollständig“ und „teilweise“ zu definieren oder zu unterscheiden. Zum Teil beschrieben die Testpersonen die „vollständige Entfernung der Gebärmutter“ als eine radikale Hysterektomie inklusive der Entnahme der Eileiter und Eierstöcke.



**Änderungen:** Analog zur Beschreibung des Items im Fragekästchen 12 wurde der Begriff „vollständige Entfernung der Gebärmutter“ um eine kurze Erklärung mittels „d. h.“ in der anschließenden Klammer ergänzt.

16 <b>14</b>	Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine <u>teilweise</u> Entfernung der Gebärmutter hat ( <b>d. h. ohne Entfernung des Gebärmutterhalses</b> )?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
-----------------	--	--

**Zielstellung:** Wird das Item im Fragekästchen 12 mit „Ja“ beantwortet, werden die Patientinnen zu Item 13 und 14 geleitet. Ziel des Items ist es zu ermitteln, ob eine Aufklärung über die teilweise Entfernung der Gebärmutter in Vorbereitung auf die Operation erfolgte und dabei deren Vor- und Nachteile besprochen wurden. Im kognitiven Pretest wurde ermittelt, ob die Testpersonen die Frage wie intendiert verstehen und was der Begriff „teilweise“ für sie bedeutet.

**Testergebnis:** Die Testung ergab – analog zu den vorgeschalteten Items in den Fragekästchen 12 und 13–, dass die Testpersonen sehr heterogene Vorstellungen von einer „teilweisen Entfernung der Gebärmutter“ berichteten. Einigen Testpersonen war die Unterscheidung zwischen einer „vollständigen“ und „teilweisen“ Entfernung der Gebärmutter nicht bekannt.

**Änderungen:** Analog zur Beschreibung des Items im Fragekästchen 12 wurde der Begriff „teilweise Entfernung der Gebärmutter“ um eine kurze Erklärung mittels „d. h.“ in der anschließenden Klammer ergänzt.

17 <b>15</b>	Wurden Sie in die Entscheidung über den Umfang der Gebärmutterentfernung, <b>in welchem Umfang die Gebärmutter</b> entfernt werden soll, einbezogen ( <b>z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter</b> )?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
-----------------	---	--

**Zielstellung:** Ziel des Items im Fragekästchen 15 ist es zu erfragen, ob eine gemeinsame Entscheidungsfindung in Bezug auf den Umfang, in dem die Gebärmutter entfernt werden soll, stattgefunden hat. Das Item fokussiert die Entscheidungen über Erhalt oder Entfernung des Gebärmutterhalses sowie Erhalt oder Entfernung der Eileiter. Im Rahmen des kognitiven Pretests wurde neben dem allgemeinen Verständnis der Frage geprüft, was die Patientinnen unter der Formulierung „Umfang der Gebärmutterentfernung“ verstehen und was genau der Begriff „Umfang“ für die Testpersonen beinhaltet.

**Testergebnis:** Die kognitive Testung ergab, dass nicht alle Testpersonen die Formulierung „Umfang der Gebärmutterentfernung“ wie intendiert verstanden. Einige Testpersonen assoziierten mit dem Begriff „Umfang“ eher alle Entscheidungen die Hysterektomie betreffend – im Sinne des

gesamten Ausmaßes aller die Operation betreffenden Entscheidungen. Ein Großteil der Testpersonen verstand hingegen zwar die Formulierung „Umfang der Gebärmutterentfernung“ wie intendiert, dachte aber jeweils nur an die Entscheidung über Erhalt bzw. Entfernung des Gebärmutterhalses oder an die Entscheidung über Erhalt bzw. Entfernung der Eileiter, wobei Ersteres deutlich häufiger beobachtet werden konnte.

**Änderungen:** Zur Konkretisierung der Formulierung „Umfang der Gebärmutterentfernung“ wurde das Item im Fragekästchen 15 angepasst und zu „in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden soll“ umformuliert. Des Weiteren wurden die Beispiele ebenfalls gemäß dem Item im Fragekästchen 12 hinzugefügt. Durch die Angleichungen der Formulierungen in den beiden Items der Fragekästchen 12 und 15 kann nun gewährleistet werden, dass die Patientinnen bei beiden Items an dieselben Inhalte denken (Item im Fragekästchen 12: Aufklärung; Item im Fragekästchen 15: Beteiligung der Patientinnen in Bezug auf den Umfang, in dem die Gebärmutter entfernt werden soll).

<p>20 <b>18</b></p>	<p>Wenn Sie nun an die Entscheidungen zur Entfernung der Gebärmutter <del>insgesamt</del> denken (<b>z. B. Entscheidung zur Operation, Operationsmethode und Umfang, in dem die Gebärmutter entfernt werden soll</b>):</p> <p>Hatten Sie nach dem Gespräch / den Gesprächen alle Informationen, die Sie für Ihre Entscheidungen benötigen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Ja</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Eher ja</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Eher nein</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Nein</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Weiß nicht mehr</b></p>
-------------------------	--	--

**Zielstellung:** Ziel des Items im Fragekästchen 18 ist es, ein Ergebnis der Gespräche in Vorbereitung auf die Hysterektomie abzubilden. Die Patientinnen sollen einschätzen, inwiefern sie die für sie notwendigen Informationen erhalten haben, um ihre Entscheidung zur Operation treffen zu können. Im Rahmen der kognitiven Interviews wurde getestet, ob die Testpersonen das Item wie intendiert verstehen.

**Testergebnis:** Direkt zu Beginn der Interviews wurde deutlich, dass die Testpersonen bei der Formulierung „Entscheidung zur Entfernung der Gebärmutter“ nicht wie intendiert nur an die Entscheidung für oder gegen die Gebärmutterentfernung dachten, sondern an verschiedene die Operation betreffende Entscheidungen (z. B. zur Durchführung, zur Operationsmethode und zum Umfang, in dem die Gebärmutter entfernt werden soll) dachten. Um die Messung des Items valider zu gestalten, wurde im weiteren Verlauf der Testung nach „Entscheidungen zur Entfernung der Gebärmutter“ gefragt. Entsprechend zielte die nachfolgende kognitive Testung darauf ab zu ermitteln, an welche Entscheidungen die Testpersonen konkret denken, um die Frage zu beantworten. Dabei stellte sich heraus, dass die zur Beantwortung herangezogenen Gedanken sehr heterogen ausfielen. Etwa ein Drittel der Testpersonen fokussierte nur die Entscheidung darüber, ob die Operation durchgeführt werden soll oder nicht. Ein weiteres Drittel der Testpersonen dachte

wiederum nur an die Entscheidungen zur Operationsmethode oder den Umfang, in dem die Gebärmutter entfernt werden sollte. Wenige Testpersonen dachten auch an andere für sie relevante Entscheidungen, z. B. Entscheidungen die Operateurin / den Operateur oder die Nachsorge betreffend. Nur vereinzelte Testpersonen gaben an, wie intendiert an alle Entscheidungen die Operation betreffend (inkl. Durchführung der Operation, Operationsmethode, Operationsumfang sowie weitere Entscheidungen) zu denken.

**Änderungen:** Nachdem zu Beginn der Testung deutlich wurde, dass die Intention des Items, nämlich die Abbildung der Entscheidung zur Operation, von den Testpersonen nicht wie intendiert verstanden wurde, erfolgte eine iterative Anpassung des Items („Entscheidungen“ statt „Entscheidung“). Demzufolge wurde die dichotome Antwortskala durch eine mehrstufige Antwortskala ersetzt. Diese Anpassungen erfolgten nach nur wenigen Interviews und wurden entsprechend mit der angepassten Formulierung hinreichend getestet.

Zudem wurde der kurze Einführungstext des Items um Beispiele ergänzt. Somit soll sichergestellt werden, dass die Patientinnen bei der Beantwortung der Frage eher an alle wichtigen Entscheidungen die Operation betreffend denken.

<p>21 <b>19</b></p>	<p>Zur Unterstützung bei der Entscheidung zur Gebärmutterentfernung kann es hilfreich sein, sich eine „Zweitmeinung“ <b>zweite Meinung</b> einzuholen. Das bedeutet, dass ein zusätzliches Gespräch mit einer unabhängigen Ärztin oder einem unabhängigen Arzt geführt werden kann. <del>Bitte beachten Sie, dass nicht jede Ärztin oder jeder Arzt eine offizielle Zweitmeinung anbieten darf. Hierfür ist eine besondere Zulassung erforderlich.</del></p> <p>Wurden Sie in dem Gespräch / in den Gesprächen darauf hingewiesen, dass Sie die Möglichkeit haben, eine „Zweitmeinung“ <b>zweite Meinung</b> einzuholen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i></p>
-------------------------	--	--

**Zielstellung:** Ziel des Items im Fragekästchen 19 ist es zu erfassen, ob die Patientinnen auf ihr Recht zum Einholen einer Zweitmeinung im Sinne der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren hingewiesen wurden. Um sicherzustellen, dass die Patientinnen beim Beantworten der Frage ausschließlich an eine offizielle Zweitmeinung im Sinne der Richtlinie denken, wurde für das Item ein Einleitungstext formuliert. Innerhalb der Testung wurden die Testpersonen explizit nach ihren Erfahrungen mit einer Zweitmeinung und zu ihren Kenntnissen über die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren befragt.

**Testergebnis:** Die kognitiven Interviews zeigten, dass den Testpersonen die Richtlinie nicht bekannt war. Zwar konnten alle zu Beginn befragten Testpersonen den Begriff „Zweitmeinung“ einordnen, allerdings nicht vor dem Hintergrund der Richtlinie. Die Testpersonen gaben an, eine Zweitmeinung einzuholen, indem sie eine zweite unabhängige Ärztin / einen zweiten unabhängigen Arzt aufsuchen. Kenntnisse über die Existenz oder die Inhalte der Richtlinie zum Zweitmei-

nungsverfahren hatte keine der Testpersonen. Die Testung zeigte, dass das Item nicht wie intendiert verstanden wurde und keine valide Aussage zur Anwendung der Zweitmeinungsrichtlinie in der Praxis treffen kann.

**Änderungen:** Um ein valides und verlässliches Item zu schaffen, wurde die Verknüpfung an die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren aufgelöst und der Begriff „Zweitmeinung“ durch eine offenere Formulierung „zweite Meinung“ ersetzt. Der Zusatz im Einleitungstext, welcher das Kernelement der Richtlinie beschreibt, dass eine gesonderte Zulassung für die betreffenden Ärztinnen und Ärzte notwendig ist, wurde gestrichen. Somit wurde die Ausrichtung des Items angepasst. Es adressiert nur noch die Information zum Einholen einer zweiten Meinung, was unabhängig von der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren erfolgen kann.

**Gestaltung des Gesprächs bzw. der Gespräche**

27  24	Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch <del>bzw.</del> / die Gespräche <b>mit der Ärztin / dem Arzt</b> einzubeziehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
--------------	---	---

**Zielstellung:** Ziel des Items im Fragekästchen 24 ist es abzubilden, ob für die Patientinnen die Möglichkeit bestand, Vertrauenspersonen zu den Gesprächen, welche in Vorbereitung auf die Hysterektomie mit der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus oder der Belegärztin / dem Belegarzt geführt wurden, mitzubringen. Explizit nicht gemeint sind Gespräche, welche im Vorfeld im ambulanten Sektor geführt wurden. Im kognitiven Pretest wurde neben dem allgemeinen Verständnis das Item auch gezielt auf den Gesprächskontext, welchen die Testpersonen nach dem Lesen der Frage annehmen, getestet.

**Testergebnis:** Die Interviews zeigten, dass das Item für die Mehrheit der Testpersonen gut verständlich war. Einige Testpersonen gaben allerdings an, unsicher zu sein, welche Gespräche in der Frage gemeint sind, die Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt oder die Gespräche mit Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen zu Hause. Der erfragte Gesprächskontext war demnach nicht für alle Testpersonen klar identifizierbar.

**Änderungen:** Im Sinne der Eindeutigkeit und der Steigerung des intendierten Verständnisses wurde in der Frage der Zusatz „mit der Ärztin / dem Arzt“ ergänzt.

### 9.3.5 Entfallene Items

Aufgrund der Ergebnisse des kognitiven Pretests sind insgesamt 3<sup>26</sup> Items entfallen. Im Folgenden wird dargestellt, warum diese in der weiteren Fragebogenentwicklung nicht mehr berücksichtigt wurden.

#### Informationen zur Gebärmutterentfernung

1	<p>Zur Behandlung gutartiger Erkrankungen der Gebärmutter kann eine Operation zur Entfernung der Gebärmutter durchgeführt werden. Da diese Operation nicht notfallmäßig durchgeführt wird, besteht die Möglichkeit, die Patientinnen in die Entscheidung zur Durchführung der Operation mit einzubeziehen.</p> <p>Wurde Ihnen in dem Gespräch / in den Gesprächen vor der Operation ausdrücklich mitgeteilt, dass <b>Sie</b> eine grundsätzliche Entscheidung zur Durchführung der Operation <del>getroffen werden muss</del> <b>treffen müssen</b>?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i></p>
---	--	--

**Zielstellung:** Ziel dieses Items ist es anzugeben, ob den Patientinnen im Sinne der Umsetzung von SDM in dem Gespräch / den Gesprächen vor der Operation von einer Ärztin / einem Arzt aktiv mitgeteilt wurde, dass sie eine grundsätzliche Entscheidung zur Durchführung der Operation treffen müssen. Dies soll geschehen, um bei den Patientinnen ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass verschiedene Handlungsoptionen bestehen. Diese Ankündigung einer Entscheidung soll dabei unabhängig davon erfolgen, ob die Patientin meint, bereits eine Entscheidung getroffen zu haben (z. B. in Gesprächen mit ambulanten Leistungserbringern). Im kognitiven Pretest wurde überprüft, ob das Item wie intendiert verstanden wird. Zusätzlich sollte getestet werden, was die Testpersonen unter der Formulierung „Entscheidung zur Durchführung der Operation“ und „grundsätzliche Entscheidung“ verstehen und wie gut sie sich an die abgefragte Situation erinnern können.

**Testergebnis:** Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass die Testpersonen unterschiedliche Probleme mit diesem Item hatten. Da zunächst Unklarheiten dahingehend bestanden, wer die Entscheidung zur Durchführung der Operation treffen muss, wurde das Item zunächst konkretisiert: Aus „[...] dass eine grundsätzliche Entscheidung zur Durchführung der Operation getroffen werden muss“ wurde „[...] dass Sie eine grundsätzliche Entscheidung zur Durchführung der Operation treffen müssen“. Einige Testpersonen gaben an, dass sie die Entscheidung zur Gebärmutterentfernung bereits vor dem Aufklärungsgespräch / den Aufklärungsgesprächen getroffen hatten, sodass unklar war, warum erneut eine Entscheidung getroffen werden muss. Zudem dachten einige Testpersonen bei der Beantwortung des Items an ihr generelles Einverständnis zur Operation und ihre Unterschrift auf der Einverständniserklärung. Wieder andere

<sup>26</sup> Im weiteren Entwicklungsprozess entfiel außerdem (unabhängig von den Ergebnissen des kognitiven Pretests) ein Item zur Beschreibung der Soziodemografie, in dem erfragt wurde, wie lange die Gebärmutterentfernung zurückliegt (Erinnerungszeitraum). Diese Variable wird im Regelbetrieb keine Anwendung finden, da eine monatliche Datenlieferung empfohlen wird (Abschnitt 9.2.1).

Testpersonen verstanden das Item so, dass die Ärztin / der Arzt die Empfehlung zur Operation ausspricht und den Testpersonen daraufhin vermittelt, dass sie selbst entscheiden können, ob sie die Operation durchführen lassen möchten oder nicht. Dass die Ärztinnen und Ärzte den Testpersonen ganz grundsätzlich und aktiv mitteilen, dass eine Entscheidung getroffen werden muss, erwies sich als künstlich und wurde daher von den meisten Testpersonen nicht verstanden. Die Formulierung „Entscheidung zur Durchführung der Operation“ bereitete den Testpersonen keine Probleme. Vereinzelte Schwierigkeiten bestanden hingegen mit der Formulierung „grundsätzliche Entscheidung“. Die Schwere der Symptome und die berichteten Einschränkungen in der Lebensqualität ließen den Testpersonen subjektiv keine Möglichkeit, sich gegen die Operation zu entscheiden, sodass die Formulierung „grundsätzliche Entscheidung“ als nicht treffend empfunden wurde. Die Erinnerbarkeit stellte nur vereinzelt ein Problem dar. Die betreffenden Testpersonen gaben an, sich nicht mehr im Detail an die (vermeintlich) abgefragte Situation erinnern zu können, aber ausreichend, um das Item zu beantworten.

**Änderungen:** Da auch nach Optimierung des Items kein Verständnis wie intendiert bei den Testpersonen erzielt werden konnte, wurde entschieden, das Item zu streichen.

9	<p>Zur Unterstützung bei der Entscheidung zur Entfernung der Gebärmutter können auch schriftliche „Entscheidungshilfen“ genutzt werden. Diese können bei der Abwägung der Vor- und Nachteile einer Gebärmutterentfernung helfen und damit die Entscheidung erleichtern.</p> <p><del>Hat Ihnen die Ärztin oder der Arzt</del> <b>Wurde Ihnen</b> eine schriftliche „Entscheidungshilfe“ zur Verfügung gestellt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i></p>
---	--	--

**Zielstellung:** Die Patientinnen sollten bei dem Item in Fragekästchen 9 angeben, ob ihnen eine schriftliche Entscheidungshilfe zur Verfügung gestellt wurde. Ziel der Testung war es zu prüfen, was die Testpersonen unter dem Begriff „Entscheidungshilfe“ verstehen. Intendiert sind Entscheidungshilfen (*patient decision aids*), wie sie z. B. vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bereitgestellt werden.

**Testergebnis:** Die Auswertung der kognitiven Interviews zeigte, dass die Mehrheit der Testpersonen das Item nicht wie intendiert verstanden hat. Einige Testpersonen gaben an, generell kein schriftliches Informationsmaterial zur Operation erhalten zu haben. Die Vorstellungen der Testpersonen darüber, was eine schriftliche „Entscheidungshilfe“ ist, waren sehr unterschiedlich. Für die meisten war es eine Art Broschüre, Flyer oder Ratgeber. Die darin vermuteten Themen waren z. B. die Aufklärung über die Operation, Vor- und Nachteile der Operation, Komplikationen der Operation oder Alternativen zur Operation. Manche Testpersonen machten auch deutlich, dass sie keine Vorstellung davon haben, was eine schriftliche „Entscheidungshilfe“ ist. Stark von der Intention abweichend gaben Testpersonen vereinzelt an, dass sie die Schwere ihrer Symptome oder das generelle Aufklären über die Operationsmethoden, über den Umfang der Gebärmutterentfernung und über die Nachsorge als Entscheidungshilfe verstehen. Ein kleiner Teil der Testpersonen

hat schriftliche Informationsmaterialien zur Operation erhalten und diese fälschlicherweise als schriftliche „Entscheidungshilfen“ wahrgenommen oder war sich aufgrund der Fülle des erhaltenen Materials nicht sicher bzw. konnte sich nicht mehr daran erinnern, ob eine schriftliche „Entscheidungshilfe“ ausgehändigt wurde.

**Änderungen:** Weil die Testpersonen das Item sehr unterschiedlich und nicht wie intendiert verstanden, wurde entschieden, das Item zu streichen.

**Informationen und Entscheidungen zur Operation**

22	Wie wichtig war es Ihnen, sich an den Entscheidungen zur Operation zu beteiligen (z. B. <b>Entscheidung zur Operation</b> , Operationsmethode, Umfang der Gebärmutterentfernung)?	<input type="checkbox"/> Sehr wichtig <input type="checkbox"/> Eher wichtig <input type="checkbox"/> Eher unwichtig <input type="checkbox"/> Sehr unwichtig
----	---	--

**Zielstellung:** Bei diesen Items sollten die Patientinnen angeben, wie wichtig es ihnen war, sich an den Entscheidungen zur Operation zu beteiligen. Ziel des kognitiven Pretests war es herauszufinden, an welche Entscheidungen die Testpersonen denken, wenn sie das Item beantworten und ob sie aufgrund des vorgegebenen Antwortformats ggf. Schwierigkeiten bei der Beantwortung des Items haben.

**Testergebnis:** Einige Testpersonen gaben an, dass sie bei der Beantwortung zwar an die Operationsmethode und den Umfang der Gebärmutterentfernung dachten, aber die grundsätzliche Entscheidung zur Operation nicht einbezogen. Um anzuregen, dass die Testpersonen im Sinne eines breiten Entscheidungsspektrums auch an die grundsätzliche Entscheidung zur Operation denken, wurde das Item iterativ angepasst und die Formulierung „Entscheidung zur Operation“ als weiteres Beispiel in die Klammer aufgenommen. Im weiteren Verlauf zeigte sich, dass die Testpersonen ihren Fokus zur Beantwortung des Items unterschiedlich setzten. So fokussierten sich manche Testpersonen nur auf die Operationsmethode und/oder den Umfang der Gebärmutterentfernung und andere nur auf die Entscheidung zur Operation. Zudem gab es einige Testpersonen, denen die Beantwortung des Items mit dem vorgegebenen Antwortformat schwerfiel. So konnte es sein, dass es den Testpersonen wichtig war, sich an der Entscheidung zu beteiligen, ob die Operation überhaupt durchgeführt wird, die Beteiligung an der Entscheidung, mit welcher Methode und in welchem Umfang die Gebärmutterentfernung durchgeführt wird, jedoch als weniger wichtig empfunden wurde. Den Testpersonen fiel es in diesen Fällen schwer, ihre Einschätzung mit dem vorgegebenen Antwortformat abzubilden. Manche Testpersonen bildeten zur Beantwortung des Items eine Art Mittelwert über alle Entscheidungen, die getroffen werden mussten, wohingegen andere nur an eine bestimmte Entscheidung dachten. Eine präzise Messung dessen, wie wichtig es den Testpersonen war, sich an den Entscheidungen zur Operation zu beteiligen, ist somit nicht möglich.

**Änderungen:** Da die Testpersonen auch nach der Optimierung des Items weiterhin Schwierigkeiten bei der Beantwortung hatten und somit eine valide Messung nicht möglich war, wurde entschieden, das Item zu streichen.

### 9.3.6 Zusammenfassung

Im Zuge der Auswertung des kognitiven Pretests wurde deutlich, dass die Testpersonen die Inhalte der Items generell gut verstanden haben und sich gut an die erfragten Situationen erinnern. Der Aufbau des Fragebogens sowie die Filterführung haben den Testpersonen keine Probleme bereitet. Der Umfang des Fragebogens wurde von den Testpersonen als angemessen bewertet. Die durchschnittliche Ausfüllzeit von ca. 9 Minuten liegt deutlich im angestrebten Bereich (< 30 Minuten), was auf eine gute Praktikabilität des Fragebogens hinweist. Bereits nach den ersten Interviews des kognitiven Pretests wurde deutlich, dass die ursprüngliche Itemstruktur, welche auf ein Gespräch mit einer Ärztin / einem Arzt abzielte, nicht der Versorgungsrealität entsprach. Demnach wurde die Itemstruktur so angepasst, dass der Fokus nicht mehr auf einem Gespräch liegt, sondern auf möglichen mehreren Gesprächen mit unter Umständen verschiedenen Ärztinnen und Ärzten. Diese Anpassung erforderte ebenso die Angleichung einiger Antwortskalen von dichotomen zu mehrkategorialen Skalen. Außerdem wurde eine Änderung der Reihenfolge zweier Items vorgenommen sowie der Filtereinschluss an zwei Stellen im Fragebogen angepasst. Insgesamt sind auf Grundlage der Ergebnisse des kognitiven Pretests 3 Items gänzlich entfallen. Der Umfang des Fragebogens verändert sich durch die Überarbeitung demnach nur geringfügig. 9 Items konnten mithilfe der Erkenntnisse aus den kognitiven Interviews hinsichtlich ihrer Formulierung geschärft werden.

## 9.4 Ergebnisse des Standard-Pretests

Im Anschluss an den kognitiven Pretest wurde der überarbeitete Fragebogen (Anhang H.1) im Rahmen des Standard-Pretests bei einer Patientenstichprobe erprobt (Abschnitt 5.3). Dabei sollten zum einen potenzielle systematische Beantwortungsprobleme aufseiten der befragten Patientinnen identifiziert werden und zum anderen die Komposition der Qualitätsindikatoren empirisch getestet werden.

### 9.4.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt konnten  $n = 107$  Patientinnen rekrutiert werden. Nach Bereinigung der Bruttostichprobe, d. h. nach Abzug der Patientinnen, denen der Fragebogen nicht zugestellt werden konnte ( $n = 1$ ) oder bei denen die Gebärmutter aufgrund einer malignen Erkrankung oder einer Geschlechtsanpassung entfernt wurde ( $n = 3$ ), belief sich der Umfang der Stichprobe auf  $n = 103$ . Die Anzahl der Non-Responder, also der Personen, die einen Fragebogen erhalten haben, diesen aber aus unbekanntem Gründen nicht zurückgesendet haben, belief sich auf  $n = 25$ . Insgesamt konnten 78 gültige Fragebögen für die weiteren Analysen berücksichtigt werden. Mit dieser Fallzahl kann das Ziel der Validierung des Fragebogens erreicht werden.



### **Beschreibung der teilnehmenden Patientinnen**

Die deskriptiven Angaben zur Beschreibung der Nettostichprobe sind in Tabelle 7 aufgeführt, wobei nur Kategorien dargestellt wurden, die von mindestens einer Patientin angekreuzt wurden.

Tabelle 7: Soziodemografische Charakteristika der Patientinnen in der Stichprobe des Standard-Pretests

Charakteristika <sup>27</sup>	Responder	Non-Responder
<b>Anzahl: n</b>	78	25
<b>Alter: Mittelwert (Standardabweichung)</b>	53,6 (11,8)	44,6 (8,2)
<b>Alter: Median (Min. / Max.)</b>	51 (31 / 85)	44 (34 / 75)
<b>Bildung: n (%)</b>	niedrig: 11 (14,1) mittel: 35 (44,9) hoch: 27 (34,6) sonstiges: 1 (1,3)	-
<b>Berufstätig: n (%)</b>	Ja: 56 (71,8) Nein: 19 (24,4) Sonstiges: 2 (2,6)	-
<b>Hauptdiagnose / ICD: n (%)</b>	Gutartige Neubildungen: 34 (45,9) Endometriose: 7 (9,5) Genitalprolaps: 20 (27,0) Menstruationsbeschwerden: 10 (13,5) Dysplasie: 2 (2,7) Sonstige nicht entzündliche Krankheiten: 5 (6,8)	Gutartige Neubildungen: 12 (50,0) Endometriose: 3 (12,5) Genitalprolaps: 1 (4,2) Menstruationsbeschwerden: 8 (33,3)
<b>OPS: n (%)</b>	Subtotale Uterusexstirpation: 19 (24,4) Uterusexstirpation: 59 (75,6)	Subtotale Uterusexstirpation: 4 (16,7) Uterusexstirpation: 20 (83,3)

<sup>27</sup> Die abgebildeten Informationen zur Bildung und zur Berufstätigkeit wurden auf Basis der Fragebogendaten berechnet. Folglich sind diesbezüglich keine Aussagen über die Non-Responder möglich.

### 9.4.2 Analysen zum Fragebogenrücklauf

Die Gesamtrücklaufquote nach American Association for Public Opinion Research Response rates 6 (AAPOR RR6; AAPOR 2023) beläuft sich auf 75,7 % (n = 78). Somit liegt der Rücklauf über den in postalischen Befragungen erwarteten, gängigen Rücklaufquoten von 30 % bis 50 % (Klein und Porst 2000, Schnell 2019). Diese vergleichsweise hohe Rücklaufquote lässt sich vermutlich dadurch erklären, dass der erste versendete Brief nicht auch gleichzeitig der Erstkontakt zu den Patientinnen war, sondern diese bereits im Vorfeld durch ihre Leistungserbringer schriftlich und mündlich über die Studie aufgeklärt wurden. Ferner gaben die angeschriebenen Patientinnen ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie und zur Weitergabe ihrer Adresse. Da im Regelbetrieb keine regelhafte Aufklärung durch die Leistungserbringer zu erwarten ist und auch keine explizite Einwilligung zur Teilnahme an der Befragung seitens der Patientinnen eingeholt wird, lässt diese Rücklaufquote keine Schlüsse auf die Rücklaufquote im Regelbetrieb zu.

### 9.4.3 Analyse zu Unit-Non-Response

Im Rahmen der Unit-Non-Response-Analyse wurde untersucht, inwiefern bestimmte Faktoren einen Einfluss auf das Beantworten bzw. das Rücksenden des Fragebogens hatten (Schnell 1997). Um dies zu testen, wurde eine binär-logistische Regressionen berechnet. Die abhängige Variable stellt die Patientinnen, die einen Fragebogen zurückgesendet haben, denen gegenüber, die zwar ihr Einverständnis gegeben haben, aber aus unbekanntem Gründen keinen Fragebogen zurückgeschickt haben (sogenannte Unit-Non-Responder). Die Variable wurde mit „0“ und „1“ kodiert, wobei „0“ bedeutet, dass kein Fragebogen eingegangen ist, und „1“ bedeutet, dass ein Fragebogen eingegangen ist.

Als mögliche erklärende Faktoren wurden in das Modell das Alter der Patientinnen in Jahren sowie der Zeitraum zwischen Entlassung und Versand des Fragebogens (Erinnerungszeitraum) in Tagen<sup>28</sup> aufgenommen. Zudem wurde die Art der Operation, gemessen über eine binäre Variable mit den Ausprägungen „Subtotale Uterusexstirpation“ (5-682) und „Uterusexstirpation“ (5-683) erfasst. Die Hauptdiagnose, gemessen über ICD-10-GM, konnte - aufgrund der geringen Fallzahlen - nicht in die Regression eingehen. Diese Einschränkung konnte auch nicht mithilfe der Aggregation von verschiedenen ICD-Gruppen in wenige Ausprägungen aufgehoben werden, zumal auch die inhaltliche Interpretierbarkeit der aggregierten Gruppen gewährleistet sein muss. Die Ergebnisse der binär-logistischen Regression ist in Tabelle 8 dargestellt.

---

<sup>28</sup> Es wurden insgesamt drei mögliche Differenzen berechnet: erstens die Differenz zwischen dem (letzten) Aufklärungsgespräch und dem Versand, zweitens die Differenz zwischen der Operation und dem Versand und drittens die Differenz zwischen dem Entlassdatum und dem Versand. In den nachfolgenden Analysen wurde regelmäßig die letztgenannte Differenz genutzt, da diese auch der Empfehlung für die Umsetzung im Regelbetrieb entspricht (siehe Abschnitt 11.1).

Tabelle 8: Ergebnisse der binär-logistischen Regression zu Unit-Non-Response

Erklärende Variablen	Odds Ratio (mit 95%-Konfidenzintervall)
Alter (in Jahren)	1,11** (1,04 ; 1,20)
Differenz von Entlassdatum und Fragebogenversand (in Tagen)	0,993 (0,972 ; 1,02)
Operationsmethode (OPS)	0,877 (0,218 ; 3,00)
Pseudo-R <sup>2</sup>	Cox & Snell = 0,13 Nagelkerke = 0,20
n	101

Signifikanzniveau: \*\*\* p < 0,001; \*\* p < 0,01; \* p < 0,05

Wie in Tabelle 8 zu sehen, ist das Alter als einzige der erklärenden Variablen statistisch signifikant. Mit steigendem Alter der Patientinnen steigt demnach die Wahrscheinlichkeit an, den Fragebogen zurückzuschicken. Dieser Effekt ist vermutlich dadurch zu begründen, dass ältere Patientinnen eher Zeit haben, an Befragungen teilzunehmen (z. B. aufgrund nachlassender beruflicher Einbindung). Die beiden anderen Variablen zeigen keine statistisch signifikanten Effekte auf die Wahrscheinlichkeit, einen Fragebogen zurückzuschicken. Es ist somit auf Grundlage des Modells nicht davon auszugehen, dass systematische Verzerrungen hinsichtlich des generellen Zurücksendens der Fragebögen unter den Patientinnen vorliegen.

#### 9.4.4 Analyse zu Item-Non-Response

Bei der Item-Non-Response-Analyse wird untersucht, ob es Items gibt, die vermehrt nicht beantwortet wurden. Items, die aufgrund von Sprunganweisungen bei Filterfragen nicht beantwortet werden mussten, wurden im Vorfeld bereinigt. Wie in Tabelle 9 zu sehen ist, gibt es nur ein Item<sup>29</sup>, das in manchen Fällen nicht beantwortet wurde (> 5 % bis 10 %).

Tabelle 9: Anteil Item-Non-Response auf Itemebene im Standard-Pretest

Anteil Item-Non-Response pro Item	n (%)
0 % bis 5 %	26 (96,3)
> 5 % bis 10 %	1 (3,7)
> 10 %	0 (0,0)
<b>Gesamt</b>	<b>27 (100,0)</b>

<sup>29</sup> Das Item lautet: „Wurden Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen?“

Der etwas höhere Anteil an Item-Non-Response wurde zum Anlass genommen, das Item zum einen inhaltlich zu prüfen und es zum anderen im Kontext des Fragebogendesigns zu betrachten (z. B. Prüfung vorhergehender Filter). Hierfür wurde das Item auch in den kognitiven Retest eingebunden (siehe Abschnitt 9.5).

#### 9.4.5 Analyse substantieller Antwortkategorien

Im Folgenden wurden Items betrachtet, bei denen eine einzelne substantielle Antwortkategorie, im Vergleich zu allen anderen substantiellen Antworten des Items, von den Patientinnen besonders häufig gewählt wurde (> 90 %). Dies kann auf inhaltliche Schwächen eines Items hindeuten, sofern die gehäufte Wahl derselben Antwortkategorie auf die Formulierung des Items und weniger auf die empirischen Häufigkeiten zurückzuführen ist. Im Rahmen der Auswertung konnte bei 13 Items ein Anteil von  $\geq 90\%$  beobachtet werden. Nach inhaltlicher Prüfung konnte jedoch bei keinem der 13 Items ein problematischer Zusammenhang bezüglich der Antwortwahl und der Itemformulierung festgestellt werden (z. B. aufgrund von fehlenden (differenzierenden) Antwortoptionen bzw. Ausweichkategorien). Es ist daher davon auszugehen, dass die Leistungserbringer des Standard-Pretests die in den Items adressierten Anforderungen erfüllten und die Patientinnen dies attestierten.

#### 9.4.6 Analyse nicht substantieller Antworten

Der Fragebogen enthält insgesamt 6 Items mit der Antwortoption „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“ (bzw. Abwandlungen davon). Es wurde untersucht, inwiefern diese Items einen erhöhten Anteil an „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“-Antworten (50 % bis 70 %) haben, da sich daraus ggf. Interpretations- oder Verständnisschwierigkeiten ableiten lassen.

Lediglich bei dem Item zur Möglichkeit zum Einbezug von Angehörigen/Vertrauenspersonen zeigt sich ein Anteil von  $\geq 50\%$ .<sup>30</sup> Erklärungen für diesen höheren Anteil können u. a. darin liegen, dass bei Vertrauenspersonen primär an den Lebenspartner bzw. die -partnerin gedacht wird. Dies hätte zur Folge, dass Patientinnen, die nicht in einer Partnerschaft leben, eher ankreuzen, dass der Einbezug von Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen für sie nicht notwendig war. Davon unbenommen, wurde das Item auch im Rahmen der kognitiven Retestung erneut geprüft (siehe Abschnitt 9.5). Insgesamt deutet auch die Analyse der nicht substantiellen Antworten auf ein solides Befragungsinstrument hin.

---

<sup>30</sup> Das Item lautet: „Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch / die Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt einzubeziehen?“

### 9.4.7 Analyse zur Erinnerbarkeit

Bei der Analyse zur Erinnerbarkeit wurde untersucht, ob es Items gibt, bei denen vermehrt die Antwortkategorie „Weiß nicht mehr“ gewählt wurde. Wie in Tabelle 10 dargestellt, gibt es 4 Items<sup>31</sup>, bei denen in manchen Fällen (> 5 % bis 10 %), und vier Items<sup>32</sup>, bei denen öfter „Weiß nicht mehr“ angekreuzt wurde (> 10 %).

Tabelle 10: Anteil „Weiß nicht mehr“ auf Itemebene im Standard-Pretest

Anteil Item-Non-Response pro Item	n (%)
0 % bis 5 %	20 (71,4)
> 5 % bis 10 %	4 (14,3)
> 10 %	4 (14,3)
<b>Gesamt</b>	<b>28 (100,0)</b>

Die 4 Items mit dem etwas höheren Anteil an „Weiß nicht mehr“ (> 10 %) wurden im Rahmen des kognitiven Retests noch einmal geprüft. Hierbei sollte zum einen herausgefunden werden, inwiefern die Erinnerbarkeit verbessert werden kann (z. B. mithilfe von Ankerbeispielen), und zum anderen geprüft werden, ob der Wahl dieser Antwortkategorie tatsächlich Erinnerungsschwierigkeiten zugrunde liegen oder ggf. andere Einflussfaktoren stellvertretend wirken (z. B. unklare Itemformulierungen; siehe Abschnitt 9.5). Zudem wurden auch 3 der 4 Items mit geringem Anteil der „Weiß nicht mehr“-Antwortkategorie (> 5 % bis 10 %) im kognitiven Retest betrachtet. Lediglich bei dem Item zur „zweiten Meinung“ wurde auf eine Testung verzichtet, da dieses Item bereits im kognitiven Pretest ausführlich getestet wurde und sich damit bewährt hat. Es ist hierbei abschließend darauf hinzuweisen, dass aufgrund der geringen Gesamtfallzahl bereits eine kleinere Anzahl an „Weiß nicht mehr“-Antworten (n = 4) zu einem Anteil von > 5 % bis 10 % führen kann. Aus diesem Grund ist darauf zu achten, dass diese Anteile nicht überinterpretiert werden.

Neben der Berechnung der deskriptiven Statistiken zu den Anteilen wurde auch geprüft, inwiefern bestimmte Faktoren einen Einfluss auf die Wahl der „Weiß nicht mehr“-Antworten haben. Hierfür wurde eine Binomial-Regression gerechnet. Betrachtet wurde für jede Patientin die Anzahl an

<sup>31</sup> Die Items lauten: „Wurde mit Ihnen besprochen, dass die Entfernung der Gebärmutter Auswirkungen auf Ihre Sexualität haben kann?“, „Wurden Sie in die Entscheidung, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?“, „Wurden Sie in dem Gespräch / den Gesprächen darauf hingewiesen, dass Sie die Möglichkeit haben, eine zweite Meinung einzuholen?“ und „Wurde in dem Gespräch / den Gesprächen vor der Operation deutlich, dass Ihre Sichtweise für die Entscheidung zur Operation ausschlaggebend ist?“

<sup>32</sup> Die Items lauten: „Wurde mit Ihnen besprochen, dass infolge der Entfernung der Gebärmutter psychische Belastungen auftreten können (z. B. Veränderung des Selbstbildes als Frau oder des Körpergefühls)?“, „Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine vollständige Entfernung der Gebärmutter hat (d. h. mit Entfernung des Gebärmutterhalses)?“, „Wurde mit Ihnen besprochen, dass durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verwachsungen)?“ und „Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine teilweise Entfernung der Gebärmutter hat (d. h. ohne Entfernung des Gebärmutterhalses)?“

„Weiß nicht mehr“-Antworten im Fragebogen in Relation zur maximal möglichen Anzahl an „Weiß nicht mehr“-Antworten. Neben dem Alter wurden Einflussfaktoren wie die Muttersprache, der Bildungsstand und die zeitliche Differenz zwischen dem Operationstag und dem Versand des Fragebogens in das Modell aufgenommen. Die Ergebnisse der Binomial-Regression sind in Tabelle 11 dargestellt:

Tabelle 11: Ergebnisse der Binomial-Regression zur Erinnerbarkeit

Erklärende Variablen	Odds Ratio (mit 95%-Konfidenzintervall)
Alter (in Jahren)	1,02* (1,00 ; 1,04)
Differenz von Entlassdatum und Fragebogenversand (in Tagen)	1,01* (1,00 ; 1,02)
n	78

Signifikanzniveau: \*\*\* p < 0,001; \*\* p < 0,01; \* p < 0,05

Auf Basis der Berechnungen können zwei signifikante Effekte festgestellt werden. Zum einen wird deutlich, dass mit zunehmendem Alter auch die Wahrscheinlichkeit zur Wahl der „Weiß nicht mehr“-Kategorie steigt. Dies erscheint insofern plausibel, da Studien darauf hinweisen, dass die Erinnerungsfähigkeit mit steigendem Alter generell abnimmt (Fraundorf et al. 2019, Rhodes et al. 2019). Zum anderen ist ersichtlich, dass die Differenz zwischen der stationären Entlassung nach der Operation und dem Versand des Fragebogens einen Effekt auf die Erinnerbarkeit hat: Je größer der Zeitraum zwischen Entlassung und Versand des Fragebogens, desto häufiger wird die „Weiß nicht mehr“-Kategorie gewählt. Auch dies erscheint plausibel, da die in der Regression betrachtete zeitliche Differenz auch als Erinnerungszeitraum verstanden werden kann und folglich mit steigendem Erinnerungszeitraum die Wahrscheinlichkeit der Erinnerbarkeit abnimmt. Dieser Zusammenhang kann ebenfalls in Studien zu anderen Themen aufgezeigt werden (Grotzpetter 2008, Tourangeau 2000).

#### 9.4.8 Zusammenfassung

Der Standard-Pretest hatte zum Hauptziel, die Praktikabilität und Validität des entwickelten Fragebogens unter möglichst realen Bedingungen zu testen. Die Rücklaufquote von über 75 % kann hierbei als sehr hoch interpretiert werden.

Die Analyse zur Unit-Non-Response ergab einen positiven, signifikanten Effekt des Alters: Ältere Patientinnen haben häufiger an der Befragung teilgenommen. Darüber hinaus konnten keine signifikanten Effekte aufgezeigt werden. Bezüglich der Item-Non-Response konnten keine Auffälligkeiten festgestellt werden. Neben der Non-Response wurde auch die Wahl von nicht substanziellen Antwortkategorien untersucht (z. B. „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“). Hier konnten ebenfalls keine Besonderheiten im Antwortverhalten aufgedeckt werden. Grundsätzlich ist zu beachten, dass aufgrund der geringen Gesamtfallzahl die dargestellten Anteile nicht überinterpretiert werden. Bei der Analyse der substanziellen Antworten wurde deutlich, dass 14 Items eine sehr

hohe Zustimmung erfahren (> 90 %). Dies wird jedoch nicht als inhaltliches Problem betrachtet, sondern vielmehr als umgesetzte Erfüllung der in den Items adressierten Anforderungen. Abschließend wurde eine Analyse zur Erinnerbarkeit durchgeführt, wobei im Rahmen einer Binomial-Regression signifikante Effekte festgestellt werden konnten: Je älter die Patientinnen und je länger der Erinnerungszeitraum, desto eher sinkt die Erinnerbarkeit.

Insgesamt zeigt sich, trotz der kleineren Fallzahlen, dass der entwickelte Fragebogen ein solides Befragungsinstrument darstellt. Zur vertieften Absicherung wurden im Anschluss an den Standard-Pretest dennoch mehrere Items im Rahmen eines kognitiven Retests geprüft (Abschnitt 9.5).

## 9.5 Ergebnisse des kognitiven Retests

Im Anschluss an den Standard-Pretest erfolgte die erneute kognitive Testung einzelner Items. In diesen kognitiven Retest wurden Items aufgenommen, bei denen ausgehend von den Ergebnissen des Standard-Pretests Prüfungsbedarf z. B. hinsichtlich einzelner Formulierungen oder der Erinnerbarkeit bestand (Abschnitt 9.4). Zudem wurden Items erneut kognitiv getestet, die im Rahmen vorangegangener Entwicklungsschritte, z. B. nach dem kognitiven Pretest, verändert wurden.

Durch das digitale Format des Retests konnten die Testpersonen deutschlandweit rekrutiert werden. Insgesamt wurden 11 Interviews mit Patientinnen geführt. Diese dauerten zwischen 60 und 90 Minuten.

Die Fragebogenversion für die Testphase des kognitiven Retests findet sich in dem Anhang H.1 (die Fragebogenversion für den Standard-Pretest wurde unverändert auch für den kognitiven Retest verwendet).

### 9.5.1 Allgemeine Erkenntnisse

#### Charakteristika der Testpersonen

Gemäß den Angaben aus den Kurzfragebögen betrug das Durchschnittsalter der 11 Testpersonen 44,1 (SD = 6,6) Jahre. Die jüngste Testperson war 36 und die älteste 55 Jahre alt. Es wurden Testpersonen mit mittlerem (27,3 %) und hohem (72,7 %) Bildungsniveau interviewt. Detaillierte Angaben zu den soziodemographischen sowie erkrankungs- und behandlungsbezogenen Charakteristika der Testpersonen können Anhang I.2 entnommen werden.

#### Beurteilbarkeit und Erinnerbarkeit der erfragten Themen

Im kognitiven Retest wurden erneut die Erinnerbarkeit der erfragten Situationen sowie die Beurteilbarkeit der Items seitens der Testpersonen geprüft. Für die Überprüfung der Erinnerbarkeit wurde ein Erinnerungszeitraum von 3 bis 30 Wochen zugelassen (Zeitraum zwischen der Hysterektomie und dem kognitiven Interview). Im Ergebnis zeigte sich für alle Testpersonen eine gute Erinnerbarkeit der erfragten Situationen. Keine der Testpersonen hatte bei der Beantwortung der Fragen erhebliche Schwierigkeiten sich zu erinnern. In wenigen Fällen gaben die Befragten an,



sich an die erfragte Situation „eher gut“ zu erinnern, da nicht mehr alle Details lückenlos abrufbar seien, wobei kein Zusammenhang mit dem Erinnerungszeitraum festgestellt werden konnte. Mit Blick auf die Beurteilbarkeit konnte ebenfalls festgestellt werden, dass sich die Testpersonen in den erfragten Informationen bzw. Situationen wiederfanden und somit ein kontextueller Konsens zum Fragebogen bestand. In Tabelle 12 kann die Verteilung der Erinnerungszeiträume zwischen den Testpersonen (n = 11) eingesehen werden.

Tabelle 12: Erinnerungszeiträume zwischen Hysterektomie und dem kognitiven Interview

<b>Zeitraum zwischen Hysterektomie und kognitivem Interview (in Wochen); Anzahl Testpersonen</b>	<b>Gesamt</b>	<b>Stationär behandelt</b>	<b>Belegärztlich behandelt</b>
3 – 11 Wochen; n	5	4	1
12 – 20 Wochen; n	1	1	0
21 – 30 Wochen; n	5	5	0

### 9.5.2 Getestete Items ohne Überarbeitung

Die ersten beiden Items des Fragebogens in den Fragekästchen 1<sup>33</sup> und 2<sup>34</sup> wurden sowohl aufgrund der Ergebnisse des Standard-Pretests (Abschnitt 9.4.7 „Analyse zur Erinnerbarkeit“) als auch aufgrund sprachlicher Anpassungen nach dem kognitiven Pretest in die Retestung aufgenommen. Die Interviews zeigten, dass diese Items von den Testpersonen gut verstanden wurden. Es konnten keine Probleme im Verständnis, in der Beantwortbarkeit oder der Erinnerbarkeit festgestellt werden. Entsprechend wurde keine Überarbeitungen vorgenommen.

Die drei Items im Fragekästchen 6<sup>35</sup> wurden aufgrund des leicht erhöhten „Weiß nicht mehr“-Anteils im Standard-Pretest (Abschnitt 9.4.7 „Analyse zur Erinnerbarkeit“) in die Retestung aufgenommen, um zu prüfen, ob in Bezug auf dieses Item Erinnerungsproblematiken bei den Testpersonen vorliegen. Beim zweiten und dritten Item im Fragekästchen 6 konnten in den kognitiven Interviews keine Verständnis-, Erinnerungs- oder Beantwortungsschwierigkeiten festgestellt werden (Änderungen zum ersten Item im Fragekästchen 6: siehe Abschnitt 9.5.4).

<sup>33</sup> Das Item lautet: „Wurde in dem Gespräch / den Gesprächen vor der Operation deutlich, dass Ihre Sichtweise für die Entscheidung zur Operation ausschlaggebend ist?“

<sup>34</sup> Das Item lautet: „Wurde mit Ihnen besprochen, welche anderen Behandlungsmöglichkeiten außer der Entfernung der Gebärmutter für Sie infrage kommen (d. h. gebärmuttererhaltende Verfahren wie z. B. die Einnahme von Medikamenten)?“

<sup>35</sup> Die Items lauten: „Wurde mit Ihnen besprochen, dass durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verwachsungen)?“, „Wurde mit Ihnen besprochen, dass die Entfernung der Gebärmutter Auswirkungen auf Ihre Sexualität haben kann?“ und „Wurde mit Ihnen besprochen, dass infolge der Entfernung der Gebärmutter psychische Belastungen auftreten können (z. B. Veränderung des Selbstbildes als Frau oder des Körpergefühls)?“

Weiterhin wurde das Item im Fragekästchen 11<sup>36</sup> aufgrund der vergleichsweise hohen Item-Non-Response (Abschnitt 9.4.4 „Analyse zu Item-Non-Response“) im Standard-Pretest in die Retestung aufgenommen. Ziel war es, das Item auf Verständnisschwierigkeiten zu testen bzw. zu ermitteln, warum das Item häufiger als andere Items nicht ausgefüllt wurde. Die kognitiven Interviews zeigten, dass das Item grundsätzlich wie intendiert verstanden wurde. Die Testpersonen gaben außerdem keine Schwierigkeiten bei der Beantwortung an, weshalb keine Änderungen am Item selbst vorgenommen wurden. Dennoch wurde eine Änderung der Sprunganweisung bei Filterfragen vorgenommen, welche indirekt Einfluss auf das Item im Fragekästchen 11 nimmt (Abschnitt 9.5.3).

Das Item im Fragekästchen 17<sup>37</sup> wurde nach einer Anpassung der Formulierung aufgrund der Ergebnisse des kognitiven Pretests in den Retest aufgenommen. Die Interviews zeigten, dass die angepasste Formulierung von den Testpersonen wie intendiert verstanden wurde und keine Probleme bei der Beantwortung bestanden.

### 9.5.3 Itemübergreifende Überarbeitungen

#### Sprunganweisungen bei Filterfragen

9	<p>Es gibt grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten, die Gebärmutter zu entfernen (z. B. über die Scheide, Bauchspiegelung/Schlüssellochoperation, Bauchschnitt).</p> <p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche Operationsmethoden für Sie infrage kommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja → Bitte weiter mit Frage 10</p> <p><input type="checkbox"/> Nein → <del>Bitte weiter mit Frage 11</del> <b>Frage 10 überspringen</b></p> <p><input type="checkbox"/> <del>Weiß nicht mehr</del> → <del>Bitte weiter mit Frage 11</del> <b>Frage 10 überspringen</b></p>
---	--	--

**Zielstellung:** Die Auswertung des Standard-Pretests zeigte, dass die Sprunganweisungen bei Filterfragen von Patientinnen wie intendiert befolgt wurden. Dennoch zeigte sich, dass das Folgeitem, welches direkt auf die im Filter eingeschlossenen Items folgt, in einigen Fällen nicht beantwortet wurde. Ziel der kognitiven Interviews war es herauszufinden, weshalb besonders das Item im Fragekästchen 11, aber auch das Item im Fragekästchen 15 häufiger als andere Items nicht ausgefüllt wurden (Abschnitt 9.4.4 „Analyse zu Item-Non-Response“). Da eine Hypothese zur Erklärung im Zusammenhang mit der Sprunganweisung der Filterfrage stand, wurden deren Items (Fragekästchen 9 und 11) in die kognitive Retestung einbezogen.

**Testergebnis:** Im Rahmen der kognitiven Interviews zeigte sich, dass die Testpersonen die Sprunganweisungen hinter den Antwortkategorien unterschiedlich interpretierten. Alle Testpersonen, die das Item im Fragekästchen 9 mit „Ja“ beantworteten, gingen – wie intendiert – weiter

<sup>36</sup> Das Item lautet: „Wurden Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen?“

<sup>37</sup> Das Item lautet: „Wenn Sie nun an die Entscheidungen zur Entfernung der Gebärmutter denken (z. B. Entscheidung zur Operation, Operationsmethode und Umfang, in dem die Gebärmutter entfernt werden soll): Hatten Sie nach dem Gespräch / den Gesprächen alle Informationen, die Sie für Ihre Entscheidungen benötigen haben?“

zum folgenden Item im Fragekästchen 10. Auf die Rückfrage, wie die Testpersonen im Anschluss vorgehen würden, gaben einige Testpersonen an, weiter zum Item im Fragekästchen 12 zu gehen und somit das Item im Fragekästchen 11 zu überspringen. Diese Testpersonen erklärten, dass sie das Item im Fragekästchen 11 nur beantworten müssten, wenn sie das obenstehende Item im Fragekästchen 9 mit „Nein“ beantwortet hätten.

**Änderungen:** Um die Sprunganweisungen eindeutiger zu gestalten und somit die Gefahr zu minimieren, dass Items aufgrund missverständlicher Anweisungen nicht beantwortet werden, wurden die Sprunganweisungen bei Filterfragen im gesamten Fragebogen angepasst. Diese Anpassung erfolgte iterativ während der Testphase. Dies ermöglichte die erneute Testung der angepassten Form, welche von den Testpersonen als eindeutig und unmissverständlich eingeschätzt wurde.

#### 9.5.4 Spezifische Überarbeitungen von Fragebogenitems

Im Folgenden werden alle Items, die anhand der Ergebnisse aus der kognitiven Retestung überarbeitet wurden, detailliert dargestellt. Ein Auszug des Testleitfadens findet sich in Anhang I.1. Fast alle Änderungen wurden iterativ während der Testphase der Retestung vorgenommen und im weiteren Verlauf getestet. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Anpassungen das Ziel der eindeutigen Verständlichkeit erfüllen und zur Beantwortbarkeit der Items beitragen.

#### Informationen zur Gebärmutterentfernung

5	Wurde mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen <b>während</b> der Operation auftreten können (z. B. Verletzung <del>angrenzender Organe</del> <b>der Blase, hoher Blutverlust</b> )?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
---	---	---

**Zielstellung:** Das Item im Fragekästchen 5 wurde in den kognitiven Retest aufgenommen, da es im Standard-Pretest nicht die erwartete Zusammenhangsstärke aufwies und damit Verständlichkeitsprobleme nicht ausgeschlossen werden konnten (Abschnitt 10.3 „Berechnung der Maße zur Konsistenz innerhalb der jeweiligen Qualitätsindikatoren“). Ziel der Testung war daher, das Item auf eindeutige Verständlichkeit und Beantwortbarkeit zu testen. Insbesondere sollte geprüft werden, ob der Begriff „Komplikationen“ für die Testpersonen verständlich ist und ob die Beispiele die Beantwortung erleichtern. Zusätzlich sollte getestet werden, ob die Testpersonen Komplikationen „während der Operation“ von der Besprechung möglicher mittel- und langfristiger Folgen bei der Beantwortung abgrenzen.

**Testergebnis:** Die kognitiven Interviews zeigten, dass die Testpersonen den Begriff „Komplikationen“ gut und eindeutig verstanden. Die Beispiele wurden zwar überwiegend als hilfreich wahrgenommen, wenige Testpersonen wiesen dennoch darauf hin, dass die Formulierung „angrenzender Organe“ wenig eindeutig sei. Die Abgrenzung zwischen den hier erfragten unmittelbaren Komplikationen und möglichen mittel- oder langfristigen Folgen wurde von den Testpersonen problemlos umgesetzt.

**Änderungen:** Um den Fokus des Items, nämlich die Besprechung möglicher unmittelbarer Komplikationen der Operation, weiter zu stärken und visuell hervorzuheben, wurde das Wort „während“ im Item unterstrichen. Zudem wurden die Beispiele konkretisiert, um eine eindeutige Interpretation zu gewährleisten.

6	Wurde mit Ihnen besprochen, dass durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, <del>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</del> , Verwachsungen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
---	---	---

**Zielstellung:** Die drei Items im Fragekästchen 6 wurden aufgrund der Ergebnisse des Standard-Pretests (Abschnitt 9.4.7 „Analyse zur Erinnerbarkeit“) in die kognitive Retestung aufgenommen. Ziel war es, die Items auf Verständlichkeit und mögliche Erinnerungsproblematiken zu prüfen.

**Testergebnis:** Die Interviews zeigten, dass die Items von den Testpersonen wie intendiert verstanden wurden. Außerdem konnten keine Erinnerungsproblematiken festgestellt werden. Die Mehrheit der Testpersonen gab allerdings an, die Beispiele im obenstehenden ersten Item des Fragekästchens 6 nur teilweise nachvollziehen zu können. Besonders die Frage nach der Besprechung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen führte bei einigen Testpersonen zu Irritationen und verunsicherte diese bei der Beantwortung.

**Änderungen:** Um die eindeutige Beantwortbarkeit zu gewährleisten und „Weiß nicht mehr“-Antworten zu minimieren, wurden das Beispiel „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ gestrichen.

### Informationen und Entscheidungen zur Operation

12	<p>Je nachdem, warum die Gebärmutter entfernt werden soll, besteht die Möglichkeit, sie <b>mit Gebärmutterhals</b> vollständig (d. h. mit Entfernung des Gebärmutterhalses) oder <b>ohne Gebärmutterhals</b> teilweise (d. h. ohne Entfernung des Gebärmutterhalses) zu entfernen. Manchmal werden auch die Eileiter mit-entfernt.</p> <p>Wurde mit Ihnen besprochen, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden kann (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?</p>	<input type="checkbox"/> Ja → Bitte weiter mit Frage 13 <input type="checkbox"/> Nein → <del>Bitte weiter mit Frage 15</del> <b>Frage 13 überspringen</b> <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i> → <del>Bitte weiter mit Frage 15</del> <b>Frage 13 überspringen</b>
----	---	---

**Zielstellung:** Das Item im Fragekästchen 12 wurde aufgrund der sprachlichen Anpassung nach dem kognitiven Pretest und des etwas erhöhten Anteils an „Weiß nicht mehr“-Antworten im Standard-Pretest (Abschnitt 9.4.7 „Analyse zur Erinnerbarkeit“) in die Retestung aufgenommen. Ziel war es zu prüfen, ob die Konkretisierung der Begriffe „vollständig“ und „teilweise“ durch die kurzen Erklärungen in den darauffolgenden Klammern „(d. h. mit Entfernung des Gebärmutterhalses)“ sowie „(d. h. ohne Entfernung des Gebärmutterhalses)“ zu einem besseren und eindeutigen Verständnis bei den Testpersonen führt.

**Testergebnis:** Die Interviews zeigten, dass die Konkretisierung der Begrifflichkeiten nicht den gewünschten Effekt erzielte. Die Testpersonen wiesen trotz der Erläuterungen ein sehr heterogenes Verständnis von einer „vollständigen“ bzw. „teilweisen“ Gebärmutterentfernung auf.

**Änderungen:** Um ein eindeutiges Verständnis des Items zu schaffen, wurden die Begriffe „vollständig“ und „teilweise“ aus dem Item entfernt. Stattdessen enthält das Item nun die Formulierung „mit Gebärmutterhals oder ohne Gebärmutterhals“.

<p>14 13<sup>38</sup></p>	<p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile <b>der Erhalt des Gebärmutterhalses</b> eine teilweise Entfernung der Gebärmutter hat (d. h. ohne Entfernung des Gebärmutterhalses)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr  <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Eher ja  <input type="checkbox"/> Eher nein  <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
-------------------------------	---	---

**Zielstellung:** Gemäß dem Item im Fragekästchen 12 wurde auch das Item im Fragekästchen 13 aufgrund der Anpassung nach dem kognitiven Pretest und zusätzlich aufgrund der Ergebnisse des Standard-Pretests (Abschnitt 9.4.7 „Analyse zur Erinnerbarkeit“) in die Retestung aufgenommen. Ziel war es zu prüfen, ob die Konkretisierung der Formulierung „teilweise Entfernung der Gebärmutter“ durch die kurze Erklärung in der darauffolgenden Klammer „(d. h. ohne Entfernung des Gebärmutterhalses)“ zu einem besseren und eindeutigen Verständnis bei den Testpersonen führt.

**Testergebnis:** Wie auch beim Item im Fragekästchen 12 zeigten die Interviews, dass die Konkretisierung nicht den gewünschten Effekt erzielte. Die Testpersonen wiesen trotz der Erläuterung auch bei diesem Item ein sehr heterogenes Verständnis von einer „teilweisen“ Gebärmutterentfernung auf. Erinnerungsproblematiken konnten jedoch nicht festgestellt werden. Dennoch wurde während der Interviews deutlich, dass das Item mit der Frage nach Vor- und Nachteilen keine Dichotomie aufweist und somit die korrekte Beantwortung auf einer zweidimensionalen Skala ggf. nicht möglich ist bzw. erschwert sein kann.

**Änderung:** Um ein eindeutiges Verständnis des Items zu schaffen, wurde der Begriff „teilweise“ aus dem Item entfernt. Dieser wurde durch die Formulierung „der Erhalt des Gebärmutterhalses“ ersetzt. Weiterhin wurde die Antwortskala aufgrund der fehlenden Dichotomie der erfragten Inhalte angepasst und eine mehrkategoriale Skala eingeführt.

<sup>38</sup> Die Änderungen der Nummerierungen der Fragekästchen im Fragebogen ergeben sich aus der Streichung des in Abschnitt 9.5.5 beschriebenen Items.

Da bei dem Item in Fragekästchen 10<sup>39</sup> ebenfalls keine Dichotomie aufgrund des Erfragens nach Vor- und Nachteilen vorliegt, wurde hier ebenfalls eine Anpassung der Antwortskala in eine mehrkategoriale Skala vorgenommen.

<p><del>15</del> <b>14</b></p>	<p>Wurden Sie in die Entscheidung, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</p> <p><input type="checkbox"/> <del>Nein, ich wollte/brauchte das nicht</del></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Das war für mich nicht notwendig</b></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i></p>
------------------------------------	--	---

**Zielstellung:** Das Item im Fragekästchen 14 wurde sowohl aufgrund der Ergebnisse aus dem Standard-Pretest (Abschnitt 9.4.7 „Analyse zur Erinnerbarkeit“) als auch aufgrund der textlichen Anpassungen nach der kognitiven Pretestung in den Retest aufgenommen. Ziel war es, das Verständnis der Formulierung „in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden soll“ zu testen und zu prüfen, ob die nach dem Pretest aufgenommenen Beispiele zum Verständnis, zur Erinnerbarkeit und zur Beantwortbarkeit des Items beitragen.

**Testergebnis:** Die Interviews zeigten, dass die Testpersonen die angepasste Formulierung wie intendiert verstanden und keine Erinnerungsproblematiken bestanden. Auch die Beispiele erwiesen sich als hilfreiche Unterstützung beim Verständnis des Items.

Die Interviews zeigten allerdings, dass die Testpersonen teilweise Schwierigkeiten bei der Beantwortung des Items hatten. Sie gaben an, keine passende Antwortkategorie zu finden oder sich nur schwer entscheiden zu können. Die Schwierigkeit bestand darin, dass den Testpersonen, die Probleme bei der Beantwortung angaben, im Gespräch mit der Ärztin / dem Arzt nur eine Variante des Umfangs der Gebärmutterentfernung genannt wurde und sie somit nicht sagen konnten, einbezogen worden zu sein. Die Antwortkategorie „Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre“ passe nach Argumentation dieser Testpersonen nicht, da sie mit der ihnen genannten Option zufrieden waren und in diese einwilligten, ohne dass sie die Nennung weiterer Optionen bzw. den Einbezug vermisst hätten. Die dritte Antwortkategorie „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“ bildete für diese Testpersonen ebenfalls keine zutreffende Antwort ab, da diese so klinge, als wäre ihnen der Umfang der Gebärmutterentfernung nicht wichtig.

**Änderungen:** Um die Beantwortbarkeit des Items zu gewährleisten, wurde die Antwortskala angepasst. Die Kategorie „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“ wurde durch „Das war für mich nicht notwendig“ ersetzt. Die angepasste Formulierung soll eine nicht substanziale Antwortkategorie schaffen, die von den Patientinnen wie intendiert ausgewählt werden kann, ohne das Gefühl zu

<sup>39</sup> Das Item lautet: „Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile die möglichen Operationsmethoden haben?“

erzeugen, sie würden damit zum Ausdruck bringen, dass ihnen der Umfang der Gebärmutterentfernung nicht wichtig war.

Das Item im Fragekästchen 11<sup>40</sup> weist die gleiche Struktur auf wie das oben dargestellte Item im Fragekästchen 14. Im Sinne der einheitlichen Darstellung im Fragebogen und damit einer möglichst barrierefreien Struktur wurde die Änderung der Antwortskala auch für das Item im Fragekästchen 11 übernommen.

**Gestaltung des Gesprächs bzw. der Gespräche**

<p>24 <b>23</b></p>	<p>Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch / die Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt einzubeziehen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre  <input type="checkbox"/> <del>Nein</del>, <b>Das war für mich nicht notwendig</b>  <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr</p>
-------------------------	---	--

**Zielstellung:** Das Item im Fragekästchen 23 wurde infolge der sprachlichen Anpassung nach dem kognitiven Pretest sowie aufgrund der Ergebnisse aus dem Standard-Pretest (Abschnitt 9.4.7 „Analyse zur Erinnerbarkeit“) in die Retestung aufgenommen. Ziel war es zu prüfen, ob die Anpassung zur Steigerung des intendierten Verständnisses beiträgt und die Testpersonen bei der Beantwortung an die intendierte Situation denken.

**Testergebnis:** Die Interviews zeigten, dass die Anpassungen zur Verständlichkeit beitrugen. Die Testpersonen verstanden das Item wie intendiert und ordneten dieses der intendierten Situation zu. Die Testung zeigte allerdings auf, dass die Antwortkategorie „Nein, das war für mich nicht notwendig“ nicht für alle Testpersonen eindeutig verständlich war. Einige Testpersonen gaben an, dass das „Nein“ in der Antwortkategorie nicht zwangsläufig für sie zutreffe, da der Einbezug von Angehörigen oder Vertrauenspersonen für sie nicht notwendig war und sie dies daher gar nicht erst erfragt hätten. Entsprechend könnten sie auch nicht angeben, ob sie die Möglichkeit gehabt hätten oder nicht.

**Änderungen:** Um die Antwortkategorie eindeutiger zu gestalten und die Beantwortbarkeit zu erleichtern, wurde das „Nein“ in der Antwortkategorie „Nein, das war für mich nicht notwendig“ gestrichen.

Im Sinne der einheitlichen Darstellung im Fragebogen und damit einer möglichst barrierefreien Struktur wurde die Änderung der Antwortskala auch für das Item im Fragekästchen 7<sup>41</sup> übernommen.

<sup>40</sup> Das Item lautet: „Wurden Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen?“

<sup>41</sup> Das Item lautet: „Wurde mit Ihnen besprochen, dass es nach der Entfernung der Gebärmutter nicht mehr möglich ist, Kinder zu bekommen?“

### 9.5.5 Entfallenes Item

13	<p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile <b>die Entfernung des Gebärmutterhalses</b> eine <del>vollständige Entfernung der Gebärmutter</del> hat (d. h. mit Entfernung des Gebärmutterhalses)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> <del>Weiß nicht mehr</del>  <input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Eher ja  <input type="checkbox"/> Eher nein  <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> <b>Weiß nicht mehr</b></p>
----	--	---

**Zielstellung:** Das Item im Fragekästchen 13 wurde aufgrund der sprachlichen Anpassung nach dem kognitiven Pretest und aufgrund der Ergebnisse des Standard-Pretests (Abschnitt 9.4.7 „Analyse zur Erinnerbarkeit“) erneut in die Retestung aufgenommen. Ziel war es zu prüfen, ob die Konkretisierung der Formulierung „vollständige Entfernung der Gebärmutter“ durch die kurze Erklärung in der darauffolgenden Klammer „(d. h. mit Entfernung des Gebärmutterhalses)“ zu einem besseren und eindeutigen Verständnis bei den Testpersonen führt.

**Testergebnis:** Die Interviews zeigten, dass die Konkretisierung nicht den gewünschten Effekt erzielte. Die Testpersonen wiesen trotz der Erläuterungen ein sehr heterogenes Verständnis von einer „vollständigen“ Gebärmutterentfernung auf. Einige Testpersonen gaben z. B. an, dass eine vollständige Gebärmutterentfernung sich nicht nur darauf beziehe, ob der Gebärmutterhals erhalten bleibe oder nicht, sondern dass sie auch die Entfernung angrenzender Organe wie die Eileiter, die Eierstöcke oder sogar Teile des Darms darunter verstünden. Weiterhin wurde während der Interviews deutlich, dass das Item mit der Frage nach Vor- und Nachteilen keine Dichotomie aufweist und somit die korrekte Beantwortung auf einer zweidimensionalen Skala ggf. nicht möglich ist bzw. erschwert sein kann. Die größten Schwierigkeiten gaben die Testpersonen bei der Abgrenzung zum nachgestellten Item (im Fragekästchen 14) an, welches die Vor- und Nachteile einer „teilweisen“ Gebärmutterentfernung erfragt (Abschnitt 9.5.4).

**Änderung:** Um ein eindeutiges Verständnis des Items zu schaffen, wurde der Begriff „vollständig“ aus dem Item entfernt. Dieser wurde durch die Formulierung „die Entfernung des Gebärmutterhalses“ ersetzt. Weiterhin wurde die Antwortskala aufgrund der fehlenden Dichotomie der erfragten Inhalte angepasst und eine mehrkategoriale Skala eingeführt.

Diese Anpassung wurde iterativ während der Testphase vorgenommen und im weiteren Verlauf der kognitiven Interviews getestet. Es zeigte sich, dass die Testpersonen die angepasste Formulierung deutlich besser verstanden. Weiterhin bestand jedoch die Problematik der Abgrenzung zum nachfolgenden Item<sup>42</sup>, welches laut Testpersonen identische Inhalte abfragte. Die Testpersonen machten deutlich, dass für sie die Vorteile der Entfernung des Gebärmutterhalses gleichzeitig

<sup>42</sup> Das Item lautet: „Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile der Erhalt des Gebärmutterhalses hat?“



die Nachteile des Erhalts des Gebärmutterhalses seien und entsprechend umgekehrt. Somit sei die Beantwortung der Items schwierig.

Die Interviews zeigten, dass die Weiterführung beider Items im Fragebogen nicht zielführend ist und die Item-Non-Response erhöhen kann. In der Konsequenz wurde das obenstehende Item im Fragekästchen 13 gestrichen, da den Testpersonen die Beantwortung des Items im Fragekästchen 14 insgesamt leichter fiel.

### 9.5.6 Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass alle Testpersonen die getesteten Items gut verstanden haben. Als positiv hervorgehoben wurden die einfache und klare Formulierung der Fragetexte. Alle Testpersonen konnten sich an die erfragten Situationen sehr gut bis eher gut erinnern, wobei kein Zusammenhang mit dem Erinnerungszeitraum festgestellt werden konnte. Zudem konnten sich die Testpersonen übergreifend in den erfragten Situationen inhaltlich wiederfinden. Im Ergebnis wurde ein Item gestrichen und die Nummerierungen der Fragekästchen im Fragebogen an den entsprechenden Stellen angepasst. Bei weiteren 9 Items wurden gezielt Veränderungen durch z. B. die Konkretisierung von Ankerbeispielen, das Ersetzen von Begriffen oder die Anpassung der Antwortskala bzw. der Antwortkategorien vorgenommen. Ziel war dabei die inhaltliche Konkretisierung der Frageformulierungen und damit die bessere Verständlichkeit und Beantwortbarkeit der Items.

## 9.6 Abschließende Betrachtung der Fragebogenentwicklung

Auf Basis der in Kapitel 8 dargestellten Qualitätsmerkmale wurden die Items für den Fragebogen operationalisiert. Über das dreistufige Pretest-Verfahren mit dem kognitiven Pretest, dem Standard-Pretest und einem anschließenden kognitiven Retest wurde die Verständlichkeit und Interpretation der Fragen, deren messtheoretische Eigenschaften sowie die Beantwortbarkeit des Fragebogens überprüft. Sowohl im kognitiven Pretest, dem Standard-Pretest als auch dem kognitiven Retest zeigte sich, dass die entwickelten Fragen verständlich und die im Fragebogen adressierten Themen gut erinnerbar sind.<sup>43</sup> Die hohe Rücklaufquote im Standard-Pretest spricht hierbei auch für die Relevanz der erfragten Themen. Die in der kognitiven Pretestung ermittelte durchschnittliche Beantwortungsdauer von ca. 9 Minuten lässt auf einen angemessenen und zumutbaren Umfang des Fragebogens schließen.

Der entwickelte Fragebogen erfüllt als standardisiertes Befragungsinstrument die vom IQTIG in den „Methodischen Grundlagen“ dargelegten Eignungskriterien des Messverfahrens (IQTIG 2022: Abschnitt 13.3) – also Objektivität, Reliabilität, Validität und Praktikabilität (siehe Anhang J.2). Es

---

<sup>43</sup> Hervorzuheben ist, dass es durch die Formulierung der Fragen gelungen ist, dass die Patientinnen bei der Beantwortung im intendierten Setting bleiben. Das heißt, sie denken an das Gespräch bzw. die Gespräche, die sie vor der Operation im behandelnden Krankenhaus (inkl. z. B. in Spezialsprechstunden in den behandelnden Krankenhäusern) bzw. mit der behandelnden Belegärztin / dem behandelnden Belegarzt geführt haben.

liegt somit ein validierter Fragebogen vor (Anlage zum Abschlussbericht), welcher in seiner bestehenden Form für den Regelbetrieb empfohlen wird und den Ausgangspunkt für die Definition der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung darstellt.

## 10 Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

### 10.1 Biometrische Methodik zur Auswertung der Qualitätsindikatoren

Im Konzept des IQTIG zur Konstruktion und Auswertungsmethodik für Qualitätsindikatoren wird auch das Vorgehen zur Berechnung der Qualitätsindikatoren dargestellt. Hierbei wird ein hierarchischer bayesianischer Ansatz verfolgt, welcher dem hierarchischen Aufbau der Qualitätsindikatoren Rechnung trägt. Qualitätsindikatoren fassen dabei ein oder mehrere Qualitätsmerkmale zusammen, die jeweils über verschiedene Fragebogenitems operationalisiert sind. Hierbei werden zur Berechnung für jedes Fragebogenitem Punktwerte von 0 bis 100 Punkten für die substantiellen Antwortmöglichkeiten der Patientinnen festgelegt. Die erhaltenen Punkte in den ausgefüllten Fragebögen werden entsprechend der Hierarchie von Fragebogenitems und Qualitätsmerkmalen des betrachteten Qualitätsindikators über alle Antworten der entsprechenden Auswertungsebene (z. B. Leistungserbringerebene) inferenztechnisch verrechnet, sodass Schlüsse über den kombinierten Kompetenzparameter auf der Auswertungsebene gezogen werden können (IQTIG 2023: 9). Ein Kompetenzparameter bemisst die Behandlungsqualität eines Leistungserbringers und wird aus den jeweiligen Items eines zugrunde liegenden Qualitätsmerkmals bestimmt. Der kombinierte Kompetenzparameter umfasst verschiedene Kompetenzparameter eines Leistungserbringers, welche in einem Qualitätsindikator zusammengefasst werden.

Ein Qualitätsindikator wird über den gemittelten Kompetenzparameter auf der Skala von 0 bis 100 Punkten operationalisiert. Anhand der A-posteriori-Verteilung für diesen gemittelten Kompetenzparameter wird der Indikatorwert als A-posteriori-Erwartungswert definiert. Ein zweiseitiges Unsicherheitsintervall wird basierend auf den Quantilen der Verteilung bestimmt. Dieser Indikatorwert und die zweiseitigen Unsicherheitsintervalle können dann – in Kombination mit einem Referenzbereich – zur Bestimmung von Auffälligkeiten herangezogen werden (vgl. IQTIG 2023).

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass mit steigender Anzahl an tatsächlich ausgewerteten Fragebögen auch die Sicherheit bei der Bestimmung des Qualitätsindikators steigt. Diese Auswertungsmethodik ist hierbei jedoch auch so konzipiert, dass selbst bei kleinen Fallzahlen (z. B.  $n = 10$ ) – je nach Lage des Indikatorwerts des Leistungserbringers – die Teststärke ausreichend hoch sein kann.

## 10.2 Vorstellung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Im Folgenden werden die 4 Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (IDs 462400 bis 462403) vorgestellt. Die Eignungskriterien der Qualitätsmerkmale, die den Qualitätsindikatoren zugrunde liegen, sind in Anhang E.2 dargelegt. Das vollständige Indikatorenset (Version 1.0) ist als Anlage zu diesem Abschlussbericht verfügbar. Die entwickelten Qualitätsindikatoren decken die relevanten Qualitätsmerkmale ab und erfassen darüber hinaus keine irrelevanten Merkmale (siehe Anhang J.1). Das entwickelte Indikatorenset ist damit geeignet, die Güte der Indikationsstellung bei einer Hysterektomie (gemäß Qualitätsmodell) inhaltsvalide abzubilden.

Anhand der Daten aus dem Standard-Pretest wird im Folgenden der Vergleich von Leistungserbringern grafisch für jeden Qualitätsindikator veranschaulicht, wobei Ergebnisse der jeweiligen Leistungserbringer nur dann dargestellt werden, wenn Daten von mindestens 4 Fällen vorliegen. In den jeweiligen Abbildungen wird der Punktschätzer mit den berechneten Vertrauensintervallen bzw. Unsicherheitsintervallen (UI) dargestellt. Alle Qualitätsindikatoren sind so zu interpretieren, dass hohe Indikatorwerte einer hohen Versorgungsqualität entsprechen. Leistungserbringer gelten bei kriteriumsbezogenen Referenzbereichen nur dann als auffällig, wenn die obere Grenze des Vertrauensintervalls unterhalb der jeweils definierten Grenze liegt (95 Punkte). Bei mittelwertbasierten Referenzbereichen sind Leistungserbringer nur dann auffällig, wenn die obere Grenze des Vertrauensintervalls unterhalb der jeweils berechneten Mittelwertgrenze liegt.

In Anhang J.1 ist das empfohlene Set der Qualitätsindikatoren mit den zugehörigen Qualitätsaspekten, Qualitätsmerkmalen und Items zusammengefasst. In Anhang J.2 wird gezeigt, dass die Qualitätsindikatoren die Eignungskriterien für Qualitätsmessungen des IQTIG erfüllen. Eine mögliche Darstellung der Indikatorergebnisse für die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer findet sich in Anhang J.3.

### 10.2.1 462400: Besprechen der patientenrelevanten Informationen

Qualitätsindikator 462400 misst, inwieweit mit den Patientinnen im Aufklärungsgespräch bzw. in den Aufklärungsgesprächen die patientenrelevanten Informationen besprochen wurden. Dies schließt u. a. das Besprechen der Risiken und Nebenwirkungen einer Hysterektomie sowie des operativen Vorgehens ein.

Der Qualitätsindikator setzt sich aus sechs Qualitätsmerkmalen zusammen:

- Aufklärung zur Wirkung
- Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen
- Aufklärung zu Behandlungsmöglichkeiten
- Aufklärung zum operativen Vorgehen
- Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation
- Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie

Laut Leitlinien sollen Patientinnen umfassend über die Hysterektomie und über weitere Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden (siehe Abschnitt 8.1). Zudem hat, gestützt vom 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz, generell eine umfassende Aufklärung zu Behandlungsbeginn durch die Behandelnde bzw. den Behandelnden zu erfolgen (§ 630c Abs. 2 Satz 1 BGB – Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten). Es wird davon ausgegangen, dass Leistungserbringer die Qualitätsanforderung des Indikators grundsätzlich erfüllen können, sodass ein kriteriumsbezogener (fester) Referenzbereich von  $\geq 95$  Punkten empfohlen wird.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 84 und 95 Punkten (Abbildung 7).

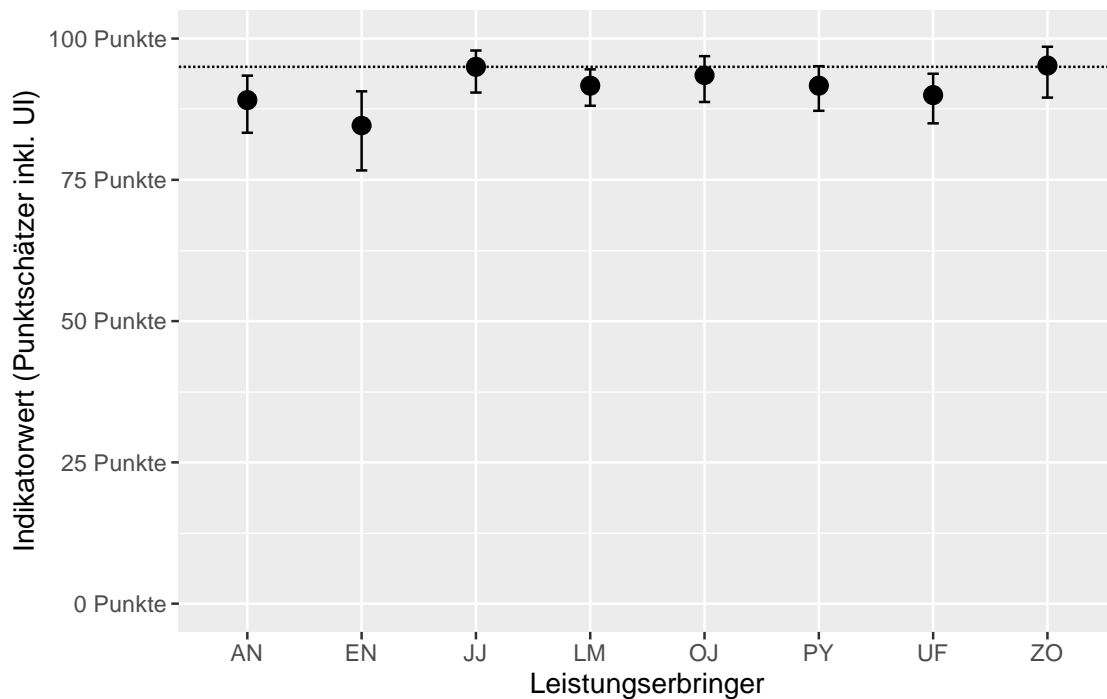


Abbildung 7: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Besprechen der patientenrelevanten Informationen“ (ID 462400)

### 10.2.2 462401: Befähigung der Patientinnen zur Entscheidungsfindung

Qualitätsindikator 462401 misst, inwieweit die Patientinnen umfassend und verständlich über die Hysterektomie informiert wurden, sodass eine fundierte Entscheidungsfindung ermöglicht wird. Dieser Qualitätsindikator adressiert damit die Ergebnisqualität zu den vermittelten Informationen.

Der Qualitätsindikator setzt sich aus zwei Qualitätsmerkmalen zusammen:

- Umfang der Informationen für die Entscheidungen zur Hysterektomie
- Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen

Aus Leitlinien können für diesen Qualitätsindikator keine festen Standards abgeleitet werden. Aus diesem Grund wird für diesen Indikator ein mittelwertbasierter Referenzbereich empfohlen.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 88 und 97 Punkten (Abbildung 8).

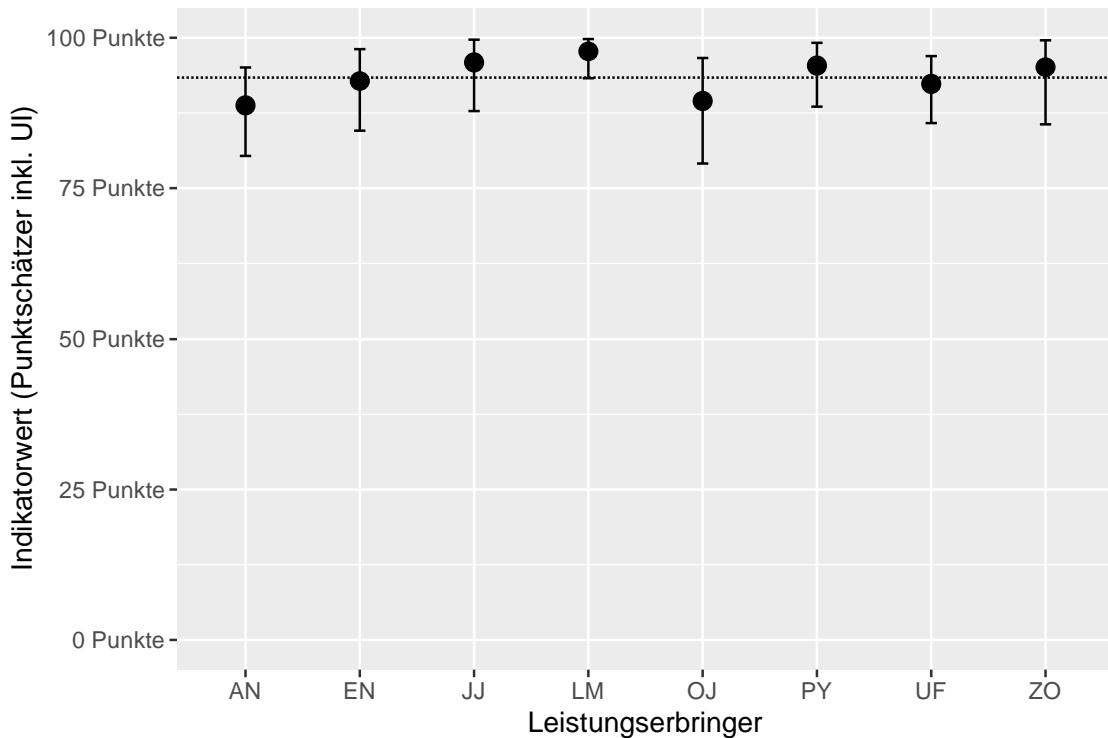


Abbildung 8: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Befähigung der Patientinnen zur Entscheidungsfindung“ (ID 462401)

### 10.2.3 462402: Patientenzentrierte Kommunikation

Qualitätsindikator 462402 misst, inwieweit mit den Patientinnen wertschätzend und respektvoll umgegangen wurde. Darüber hinaus wird erfasst, inwieweit die Gesprächsatmosphäre so gestaltet wurde, dass die Patientinnen z. B. die Möglichkeit hatten, ihre Fragen und (intimen) Themen in das Gespräch bzw. die Gespräche einzubringen. Diese Eigenschaften sind wesentlich für eine patientenzentrierte Kommunikation.

Der Qualitätsindikator setzt sich aus zwei Qualitätsmerkmalen zusammen:

- Respektvolle und wertschätzende Kommunikation
- Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre

Aus Leitlinien können für diesen Qualitätsindikator keine festen Standards abgeleitet werden. Aus diesem Grund wird für diesen Indikator ein mittelwertbasierter Referenzbereich empfohlen.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 77 und 97 Punkten (Abbildung 9).

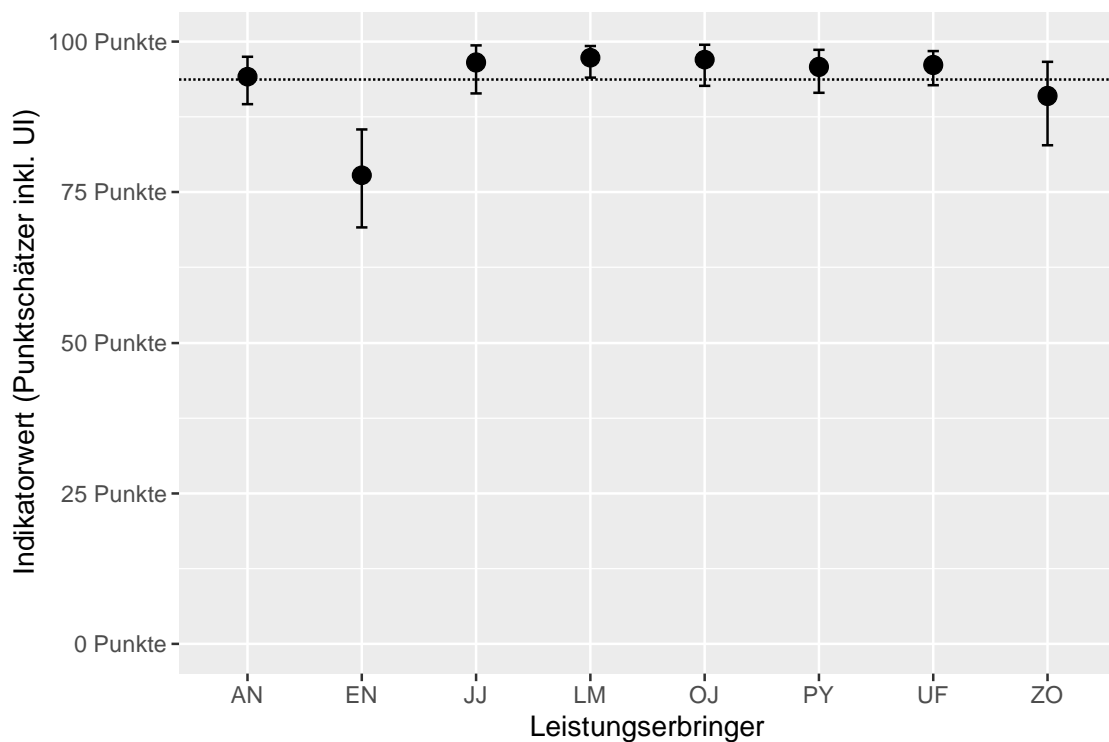


Abbildung 9: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Patientenzentrierte Kommunikation“ (ID 462402)

### 10.2.4 462403: Berücksichtigen der Präferenzen der Patientinnen

Qualitätsindikator 462403 misst, inwieweit bei der Entscheidung zur Hysterektomie patientenseitige Präferenzen von den Leistungserbringern berücksichtigt wurden. Dies schließt Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie, die Möglichkeit zum Einbezug von Angehörigen und/oder Vertrauenspersonen sowie die Berücksichtigung einer ggf. gewünschten Bedenkzeit ein.

Der Qualitätsindikator setzt sich aus drei Qualitätsmerkmalen zusammen:

- Berücksichtigen von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie
- Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt
- Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation

Laut Leitlinien sollen patientenseitige Präferenzen erfasst und bei Entscheidungen zur Hysterektomie berücksichtigt werden (siehe Abschnitt 8.3). Es wird davon ausgegangen, dass Leistungserbringer die Qualitätsanforderung des Indikators grundsätzlich erfüllen können, sodass ein kriteriumsbezogener (fester) Referenzbereich von  $\geq 95$  Punkten empfohlen wird.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 69 und 93 Punkten (Abbildung 10).

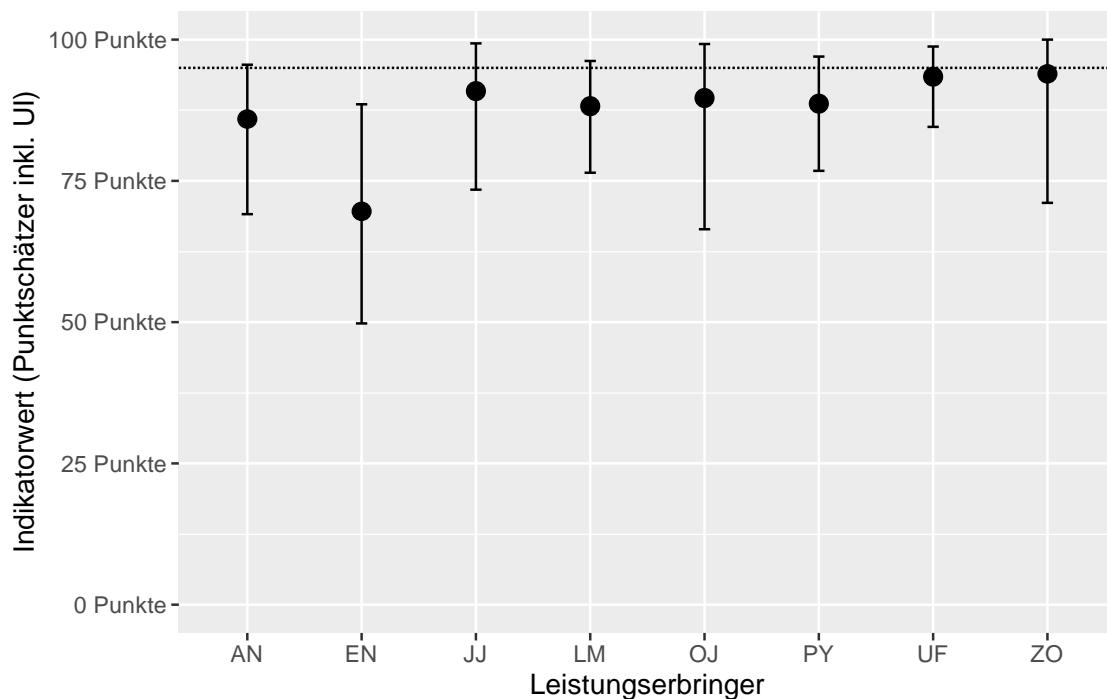


Abbildung 10: Ergebnisse für den Qualitätsindikator „Berücksichtigen der Präferenzen der Patientinnen“ (ID 462403)



### 10.2.5 Kennzahlen

Kennzahlen enthalten zusätzliche Information für die Leistungserbringer. Anders als bei Qualitätsindikatoren kann für Kennzahlen kein Referenzbereich definiert werden, und sie werden damit nicht zur Bewertung der Versorgungsqualität herangezogen. Allerdings können Kennzahlen im Zusammenhang mit Indikatorergebnissen deren Interpretation unterstützen oder eine relevante Zusatzinformation zur Versorgungsqualität einer Einrichtung geben (IQTIG 2022: Kapitel 15).

#### Kennzahl: Shared Decision Making

Diese Kennzahl (Index) ermöglicht einen ergänzenden Überblick über die Gesamtheit der Qualitätsindikatoren und damit eine Einschätzung zum Ausmaß des SDM aus Sicht der Patientinnen. Die Kennzahl stellt – je Leistungserbringer – den Mittelwert über die vier Indikatorergebnisse dar und enthält damit eine relevante Zusatzinformation für die Ergebnismessung.

In der Stichprobe des Standard-Pretests liegen die Punktschätzer der Leistungserbringer zwischen 81 und 94 Punkten (Abbildung 11).

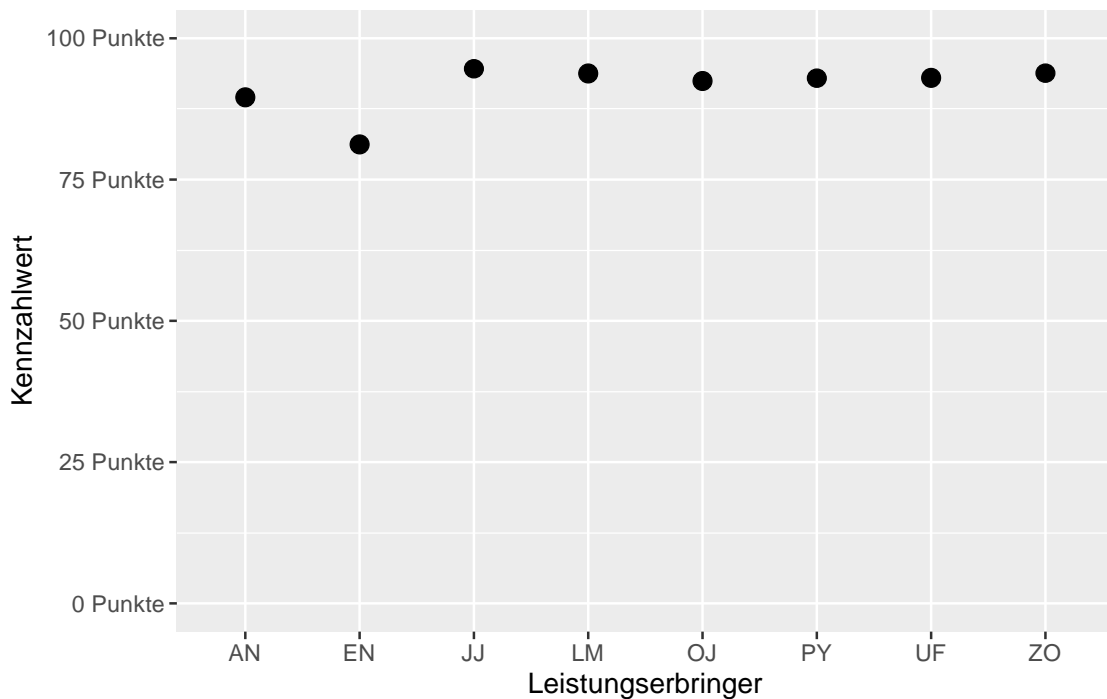


Abbildung 11: Ergebnisse für die Kennzahl „Shared Decision Making“

**Kennzahl: Information zum Einholen einer zweiten Meinung**

Im Zuge der Indikationsstellung ist vorgesehen, dass die Leistungserbringer über die Möglichkeit zum Einholen einer Zweitmeinung aufzuklären haben (siehe Abschnitt 2.3). In dem Fragebogen ist ein Item aufgenommen, welches erfasst, ob generell besprochen wurde, dass das Einholen einer zweiten Meinung möglich ist. Es ist hierbei unerheblich, ob es sich um eine Zweitmeinung im Sinne der Zm-RL handelt. Dieses Item ist keinem Qualitätsmerkmal zugeordnet, aber kann eine relevante Zusatzinformation zur Versorgungsqualität einer Einrichtung geben.

In der Stichprobe des Standard-Pretests zeigt sich, dass die Häufigkeiten zur Zustimmung zwischen 30,0 % und 83,3 % liegen (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Ergebnisse für die Kennzahl „Information zum Einholen einer zweiten Meinung“

	AN	EN	JJ	LM	OJ	PY	UF	ZO
Zustimmung (%)	30,0	62,5	83,3	36,4	83,3	37,5	53,9	60,0
n	10	8	6	11	6	8	13	5

### 10.3 Berechnung der Maße zur Konsistenz innerhalb der jeweiligen Qualitätsindikatoren

Auf Basis der Daten des Standard-Pretests wurden Analysen zur internen Konsistenz und Homogenität jener Items durchgeführt, die später zu den jeweiligen Qualitätsindikatoren zusammengeführt werden. Für die Indikatoren 462400, 462402, 462403, die sich aus mindestens drei Items zusammensetzen, wurden dafür die korrigierten Item-Skala-Korrelationen sowie McDonalds Omega und Loewingers H berechnet. Für den Indikator 462401, welcher nur aus zwei Items besteht, wurde das Zusammenhangsmaß Cramers V bzw.  $\chi^2$  berechnet. Es ist an dieser Stelle festzuhalten, dass die im Rahmen des Standard-Pretests berechneten o. g. Kennzahlen zur internen Konsistenz und Homogenität nicht im Sinne der klassischen Testtheorie zur Prüfung des Vorliegens eines unidimensionalen latenten Konstrukts interpretiert werden, sondern als Maß für die inhaltliche Verbundenheit der durch eine formative Entwicklung entstandenen Items (siehe Abschnitt 6.1). Zudem muss auch darauf hingewiesen werden, dass – aufgrund der geringen Fallzahlen – die Ergebnisse der Zusammenhangsmaße vorsichtig zu interpretieren sind.

Insgesamt ergaben sich für alle zusammengestellten Indikatoren messtheoretische Werte, die auf einen inhaltlichen Zusammenhang der Items innerhalb der Qualitätsindikatoren deuten. Alle Indi-

katoren mit mindestens drei Items weisen bei McDonalds Omega Werte  $\geq 0,6$  bzw. bei Loevin-gers  $H \geq 0,3$  auf.<sup>44</sup> Der Qualitätsindikator 462401 besteht nur aus zwei Items, wobei ein signifikan-ter, positiver Zusammenhang  $\geq 0,5$  (Cramers V) beobachtet werden konnte.

### 10.4 Einordnung der Qualitätsindikatoren in das IQTIG-Rahmenkonzept für Qualität

Die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* wurden den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität zugeordnet (IQTIG 2022: Abschnitt 1.1). Die Qualitätsindikatoren konnten – wie auch die Qualitätsmerkmale (Abschnitt 8.4) – den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ sowie „Angemes-senheit“ zugeordnet werden (Tabelle 14).

Tabelle 14: Zuordnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung zu den Dimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität

ID	Bezeichnung des Qualitätsindika-tors	Indikatortyp	Qualitätsdimensionen
462400	Besprechen der patientenrelevanten Informationen	Prozess-indikator	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausrichtung der Versorgungs-gestaltung an den Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Angemessenheit</li> </ul>
462401	Befähigung der Patientinnen zur Entscheidungsfindung	Ergebnis-indikator	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausrichtung der Versorgungs-gestaltung an den Patientinnen und Patienten</li> </ul>
462402	Patientenzentrierte Kommunikation	Prozess-indikator	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausrichtung der Versorgungs-gestaltung an den Patientinnen und Patienten</li> </ul>
462403	Berücksichtigen der Präferenzen der Patientinnen	Prozess-indikator	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausrichtung der Versorgungs-gestaltung an den Patientinnen und Patienten</li> <li>▪ Angemessenheit</li> </ul>

<sup>44</sup> Beim Indikator 462400 konnte beim Item „Wurde mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können (z. B. Verletzung angrenzender Organe)?“ nicht die gewünschte Zusammenhanga-stärke festgestellt werden. Das Item wurde daher – zur inhaltlichen Absicherung – im Rahmen des kognitiven Retests geprüft (Abschnitt 9.5).

## 10.5 Die Qualitätsindikatoren und Shared Decision Making

Vor dem Hintergrund des in Abschnitt 3.3 aufgezeigten positiven Einflusses von SDM spielte die Einbindung des Konzepts in der Entwicklung des QS-Verfahrens eine tragende Rolle. Mithilfe einer umfassenden Recherche zu bereits etablierten Instrumenten zur Messung von SDM (Abschnitt 9.1) konnten abbildbare Themen der gemeinsamen Entscheidungsfindung identifiziert werden, welche anschließend in der Itementwicklung berücksichtigt wurden. Begleitet wurde die Itementwicklung in Hinblick auf die Messung von Inhalten des SDM von externen Experten (Abschnitte 4.3.1 und 4.3.2).

Grundlage für das Gelingen eines gemeinsamen Entscheidungsprozesses bildet zum einen die Information über das Ziel des Prozesses, nämlich die sorgfältig abgewogene Entscheidung (erste Phase) und zum anderen die Vermittlung der für diese Entscheidung benötigten Informationen (zweite Phase). Während im QS-Verfahren *Hysterektomie* grundsätzlich verschiedene Entscheidungen innerhalb des Versorgungsprozesses betrachtet werden (z. B. Entscheidungen zum operativen Vorgehen oder zum Operationsumfang), adressiert der Qualitätsindikator „Besprechung der patientenrelevanten Informationen“ überwiegend die Entscheidung für oder gegen eine Hysterektomie. Der Indikator fasst einen Teil der eingangs beschriebenen ersten beiden Phasen des SDM (Einführung und die Informationsweitergabe von der Ärztin / dem Arzt an die Patientin) zusammen. Es wird zum einen die Rahmung des Entscheidungsgesprächs durch die Verdeutlichung, dass die patientenseitige Perspektive für die Entscheidung wichtig ist, und zum anderen die Vermittlung aller patientenrelevanten Informationen zur Operation (z. B. zur Wirkung, zu Risiken und Nebenwirkungen, zu Behandlungsmöglichkeiten, zum operativen Vorgehen, zum Heilungsverlauf) adressiert.

Der Qualitätsindikator „Patientenzentrierte Kommunikation“ bildet ab, in welcher Form der gegenseitige Informationsaustausch im Gespräch zur Entscheidungsfindung stattfinden kann. Ein gegenseitiger Informationsaustausch erfordert u. a. die Schaffung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre, mit genügend Zeit im Gespräch, sodass Bedürfnisse, Präferenzen und die individuellen Lebenssituationen der Patientinnen bedarfsgerecht besprochen werden können. Folglich adressieren die Qualitätsindikatoren „Besprechung der patientenrelevanten Informationen“ und „Patientenzentrierte Kommunikation“ die Voraussetzungen für den Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung, welche in den ersten beiden Phasen des SDM (Einführung und Informationsaustausch) beschrieben werden. Darüber hinaus können die Inhalte des Qualitätsindikators „Patientenzentrierte Kommunikation“ über alle Phasen des SDM hinweg als Voraussetzung für das Gelingen eines gemeinsamen Entscheidungsprozesses betrachtet werden.

Der Qualitätsindikator „Befähigung der Patientinnen zur Entscheidungsfindung“ spiegelt das Ergebnis der ersten beiden Phasen des SDM (Einführung und Informationsaustausch) und somit die Voraussetzung für die abschließende Phase des SDM, den Abwägungsprozess inklusive der finalen Entscheidung, wider. Dazu messen die im Indikator eingeschlossenen Items, inwiefern den

Patientinnen die für die Entscheidung notwendigen Informationen vorlagen und inwieweit diese verstanden wurden.

Der Qualitätsindikator „Berücksichtigen der Präferenzen der Patientinnen“ zielt auf die bedürfnisorientierte und patientenzentrierte Versorgung ab. Hier werden sowohl Aspekte aus der Phase des Informationsaustauschs als auch Aspekte des Abwägungsprozesses adressiert. Die Berücksichtigung von Präferenzen der Patientinnen sowie die Möglichkeit zum Einbezug von Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen sind dabei Teil des gegenseitigen Informationsaustauschs und damit auch Voraussetzung für einen informierten Abwägungsprozess. Der Qualitätsindikator schließt dabei auch Entscheidungen ein, welche in Vorbereitung auf eine Hysterektomie getroffen werden müssen, z. B. über den operativen Zugang oder den Umfang, in dem die Gebärmutter entfernt werden soll. Das Angebot zu einer patientenindividuellen Bedenkzeit kann daran anschließend als Unterstützung im informierten Abwägungsprozess betrachtet werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die vier Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* alle drei Phasen des SDM (Einführung, Informationsaustausch, Abwägungsprozess inkl. der Entscheidung) adressieren. Dabei messen die Indikatoren nicht nur isoliert einzelne Phasen des SDM, sondern bilden eher einen fließenden Übergang der Phasen ab. Die separat berechnete Kennzahl (Abschnitt 10.2.5) soll zusätzlich zu den einzelnen Indikatorergebnissen einen Überblick zur Qualität der Umsetzung von SDM bei der Indikationsstellung zu einer Hysterektomie ermöglichen.

# 11 Empfehlungen für den Regelbetrieb

## 11.1 Befragungszeitpunkt

Für valide Befragungsergebnisse ist u. a. die Erinnerbarkeit von Ereignissen oder Sachverhalten ausschlaggebend. Diesbezüglich kann grundsätzlich festgestellt werden, dass ein länger zurückliegendes Ereignis schlechter zu erinnern ist (Tourangeau 2000). Ebenfalls ist beim Erinnern von bestimmten Ereignissen zu beachten, dass mit einem längeren Erinnerungszeitraum die Wahrscheinlichkeit steigt, dass Befragte Details von mehreren Ereignissen vermischen und Erfahrungen falsch zuordnen (Grotper 2008). Zur Erinnerungsfähigkeit von Patientinnen zu den fragebogenspezifischen Themen einer Indikationsstellung zur Hysterektomie liegen keine (diagnose- und operationsübergreifenden) relevanten Studien vor. Ab welchem Zeitintervall zwischen Aufklärungsgespräch bzw. Operation und Befragung die Erinnerung nicht mehr ausreichend ist, lässt sich daher unter der Zuhilfenahme von bereits existierenden Studien nicht beantworten. Insgesamt wurde in den Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews sowie dem kognitiven Pretest und dem kognitiven Retest deutlich, dass die abgefragten Themen des Fragebogens für die Patientinnen relevant und einprägsam waren. Dies weist auf eine grundsätzlich gute kognitive Verankerung hin (Grotper 2008). Die systematische Überprüfung zur Erinnerbarkeit der im Fragebogen enthaltenen Themen erfolgte im Standard-Pretest. Hierfür wurden heterogene Erinnerungszeiträume der Patientinnen bei der Planung des Studiendesigns umgesetzt (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Übersicht über die verschiedenen Erinnerungszeiträume im Standard-Pretest

Zeiträume	Mittelwert (Standardabweichung); Min./Max. (in Tagen)
(letztes) Aufklärungsgespräch – Fragebogenversand	63,8 (23,8); 21/181
Operationsdatum – Fragebogenversand	53,1 (24,0); 17/180
Entlassdatum – Fragebogenversand	49,5 (23,6); 14/177

Da die Auslösung der Befragung nach dem Aufklärungsgespräch nicht möglich erscheint (u. a. aufgrund unzureichender Auslösekriterien), wird eine Befragung nach der Operation bzw. nach der Entlassung als zielführend betrachtet. Um den Leistungserbringern eine abschließende und vollständige Dokumentation des jeweiligen Behandlungsfalls zu ermöglichen, wird empfohlen, die Datenübermittlung der Leistungserbringer – zur Vorbereitung des Fragebogenversands – erst nach der stationären Entlassung durchzuführen. Zudem zeigten die Auswertungen des Datenmaterials des Standard-Pretests, dass die drei verschiedenen Erinnerungszeiträume systematische, d. h. signifikante Auswirkungen auf die Erinnerbarkeit der Themen des Fragebogens hatten: Je größer der Zeitraum, desto wahrscheinlicher werden Inhalte der Befragung nicht mehr erinnert. Auf dieser Basis und der allgemeinen Erkenntnisse aus der Literatur werden im Zuge der Befragung von Patientinnen mit einer Hysterektomie Erinnerungszeiträume empfohlen, wie sie in der

Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)* umgesetzt werden. Dies bedeutet, dass monatliche Lieferungen der Daten an die Datenannahmestelle zur Erreichung eines zeitnahen Versands zielführend erscheinen. Unter Berücksichtigung der technischen Umsetzbarkeit des Datenflusses heißt dies, dass die Erinnerungszeiträume zwischen 2 und 12 Wochen schwanken können. Um die Rücklaufgeschwindigkeit – sowie den Rücklauf – zu erhöhen, wird ein zweistufiges Reminderverfahren empfohlen (Abschnitt 11.4.3).

## 11.2 Stichprobenziehung und Fallzahlberechnung im Regelbetrieb

Gemäß der Beauftragung durch den G-BA sind für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* auch Empfehlungen zur Umsetzung im Regelbetrieb zu geben, was auch Empfehlungen zur Stichprobenziehung und Fallzahlberechnung einschließt. Gemäß § 299 Abs. 4 SGB V ist festgelegt, dass die Stichprobenziehung, d. h. die Auswahl der zu befragenden gesetzlich versicherten Patientinnen, durch eine zentrale Versendestelle erfolgen soll. Im Folgenden wird eine Möglichkeit zur Ziehung einer Zufallsstichprobe vorgestellt. Von einer willkürlichen Stichprobe wird grundsätzlich abgesehen, da diese keine inferenzstatistischen Schlüsse über die Population, unter Abschätzung der Präzision, ermöglicht (Lohr 2010, Schnell et al. 2018). Die Population im QS-Verfahren *Hysterektomie* umfasst alle volljährigen, gesetzlich versicherten Patientinnen, bei denen aufgrund einer benignen Erkrankung eine Hysterektomie stationär durchgeführt wurde (inkl. belegärztlich durchgeführter Operationen). Die Definition der Zielpopulation dieser Patientenbefragung ist im Anhang K anhand der entsprechenden ICD-10-GM- und OPS-Kodes detailliert dargestellt.

### 11.2.1 Rahmenbedingungen für die Stichprobenplanung der Patientenbefragung im QS-Verfahren *Hysterektomie*

Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG kann anhand von fünf Kriterien geprüft werden, ob aus gewichtigen medizinisch-fachlichen oder gewichtigen methodischen Gründen von der in § 299 Abs. 4 SGB V regelhaft vorgeschriebenen Vorgehensweise (= Stichprobenziehung) zugunsten einer Vollerhebung abgewichen werden sollte (IQTIG 2022). Diese fünf Kriterien werden nachfolgend dargestellt und inhaltlich diskutiert.

#### **Ressourcenbedarf**

Bei einer Stichprobenziehung ist grundsätzlich davon auszugehen, dass sich die Anzahl an zu befragenden Patientinnen und Patienten aufgrund des Auswahlprozesses reduziert. Damit kann eine Stichprobenziehung hinsichtlich des Drucks und des Versands von papierbasierten Fragebögen prinzipiell als kostenschonendere Alternative zur Vollerhebung angesehen werden. Die Höhe der eingesparten Ressourcen ist jedoch auch von der Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die Leistungserbringer abhängig. Angenommen ein QS-Verfahren umfasst 1.000 Patientinnen und Patienten, welche sich auf 2 Leistungserbringer gleich verteilen. Zur Erfassung der Qualität der Leistungserbringer könnten beispielhaft zwei Zufallsstichproben gezogen werden.

Sind jedoch nicht 2, sondern 500 Leistungserbringer zu berücksichtigen, so wird ersichtlich, dass die Anzahl an zu befragenden Patientinnen und Patienten deutlich ansteigt, da die externe Qualitätssicherung auf die Ergebnisse der einzelnen Leistungserbringer mit ihren Patientinnen und Patienten fokussiert und z. B. regionale Versorgungsforschungsfragen nicht von Interesse sind. Im QS-Verfahren *Hysterektomie* werden voraussichtlich ca. 750 stationäre Leistungserbringer fokussiert, welche im Jahr 2020 durchschnittlich jeweils ca. 100 Patientinnen behandelten (Nimptsch und Mansky 2021). Dies lässt darauf schließen, dass in diesem QS-Verfahren mehrere Leistungserbringer mit einer eher moderaten bzw. kleineren Fallzahlen pro Einrichtung adressiert werden. Es erscheint hierbei nicht zweckdienlich, dass bei Leistungserbringern mit einer kleineren bzw. moderaten Fallzahl durch eine Stichprobenziehung die Fallzahl für die Patientenbefragung noch weiter reduziert wird. Deshalb wird empfohlen, nur bei Leistungserbringern mit einer ausreichend großen Anzahl an Patientinnen eine Zufallsstichprobe zu ziehen, um so auch eine effektive Ressourcenersparnis ermöglichen zu können.

### **Praktische Durchführbarkeit**

Damit eine Zufallsstichprobe gezogen werden kann, werden Informationen über die Patientenauswahlgesamtheit pro Leistungserbringer benötigt (Lohr 2010, Kish 1995, Kalton 1983). Die Patientenauswahlgesamtheit stellt eine Übersicht dar, wie viele Patientinnen und Patienten der Zielpopulation im Erfassungsjahr von einem Leistungserbringer behandelt werden. Hierbei ist für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* zu berücksichtigen, dass sich erst über die eingehenden monatlichen Datenlieferungen die Patientenauswahlgesamtheit bei jedem Leistungserbringer für das Erfassungsjahr definiert. Somit liegt erst am Ende des Jahres eine vollständige Information zur Patientenauswahlgesamtheit vor. Um den Patientinnen dennoch zeitnah nach der Entlassung einen Fragebogen zuschicken zu können, müssen die Patientinnen bereits im laufenden Jahr ausgewählt werden, ohne dass die Information zur Patientenauswahlgesamtheit vorliegt. Ein möglicher Ansatz, dies leisten zu können, sieht vor, dass pro Leistungserbringer vorab eine Abschätzung der Anzahl an behandelten Patientinnen erfolgen muss, damit eine Grundlage für die Patientenauswahlgesamtheit gegeben ist – z. B. aus Vorjahresdaten. Hierbei besteht jedoch die Schwierigkeit, dass die Fallzahlen in den verschiedenen Jahren stark schwanken können und damit Vorjahresdaten ggf. nur eingeschränkt als Prädiktor herangezogen werden können. Zur Lösung dieser Problematik wären aufwendige Adjustierungen und stetige Fallzahlbetrachtungen pro Leistungserbringer notwendig. Darüber hinaus ist auch zu beachten, dass manche Leistungserbringer der Versendestelle erst mit der ersten Datenlieferung bekannt werden, da sie sich erstmalig an der Versorgung beteiligen. Für diese Leistungserbringer kann demnach keine Patientenauswahlgesamtheit abgeschätzt werden. Die praktische Durchführbarkeit einer Zufallsstichprobe kann damit als eingeschränkt betrachtet werden. In einem solchen Fall kann eine zeitweise Vollerhebung, sprich eine einmalige Vollerhebung für das erste Auswertungsjahr, zielführend sein, um darauf aufbauend die Fallzahlen für den nachfolgenden Auswertungszeitraum zu schätzen. Auf Basis der monatsweisen Datenlieferungen können dementsprechend alle behandelten Patientinnen der Zielgruppe ausgewählt werden. Dadurch können auch



erstmalig an der Versorgung teilnehmende Leistungserbringer von der Patientenbefragung berücksichtigt werden.

### **Dokumentationsgüte**

Die Wahl zugunsten eines Stichprobenverfahrens oder einer Vollerhebung sollte im Rahmen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* keinen Einfluss auf die Güte der Dokumentation aufweisen.

### **Stichprobenverzerrungen**

Neben den in Abschnitt 5.3.6 bereits dargestellten potenziellen Quellen einer Stichprobenverzerrung können auch Verzerrungen aufgrund der zugrunde liegenden Ziehungsmechanismen erfolgen. Da Informationen zur Patientenauswahlgesamtheit nur abgeschätzt werden können, soll an dieser Stelle auf mögliche Konsequenzen bei einer Abweichung zwischen der Vorhersage und der tatsächlichen Patientenauswahlgesamtheit aufmerksam gemacht werden. Wird die Anzahl an Patientinnen und Patienten einer bestimmten Subpopulation beispielsweise aufgrund von starken jährlichen Schwankungen in den Fallzahlen der Leistungserbringer unterschätzt, so können ggf. nicht alle vom Leistungserbringer behandelten Patientinnen und Patienten, die zur Subpopulation gehören, in die Stichprobe aufgenommen werden. Dies wird auch als Undercoverage bezeichnet (Lohr 2010). Undercoverage kann problematisch werden, wenn bei Nichtberücksichtigung von Patientinnen und Patienten der Zielgruppe die zur Analyse verwendeten Individuen nicht mehr die zu analysierende Population angemessen repräsentieren (Kalton 1983). Um die Wahrscheinlichkeit von Undercoverage zu senken, könnte auf Basis der Datenlieferungen der Leistungserbringer eine wiederholte Optimierung der Schätzung zur Patientenauswahlgesamtheit bei den Leistungserbringern vorgenommen werden. Weiterhin kann es auch durch die monatlichen Datenlieferungen der Leistungserbringer zu Stichprobenverzerrungen kommen. So haben die Leistungserbringer die Möglichkeit, Korrekturen zur monatlichen Datenlieferung nachzusenden. Diese Korrekturen der Datenlieferung können bei der Stichprobenziehung berücksichtigt werden, wenn sie innerhalb einer bestimmten Frist des Folgemonats versendet werden. Werden die Korrekturen später geliefert, so können sie noch zur Stichprobenbereinigung am Ende des Auswertungszeitraums bzw. für die Berechnung einer bereinigten Rücklaufquote genutzt werden, aber nicht mehr für die Stichprobenziehung. Sollte von den Leistungserbringern die korrigierte Datenlieferung strukturell immer erst verspätet geliefert werden, so kann es zu systematischen Stichprobenverzerrungen kommen.

### **Seltene Ereignisse**

Die Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* adressieren generell keine Themen, die nur sehr wenige Patientinnen einer bestimmten Teilpopulation betreffen.

## Zusammenfassung

Unter Abwägung der fünf Kriterien kann mit Blick auf die Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Hysterektomie* zusammengefasst werden, dass bei geringen bzw. moderaten Fallzahlen bei Leistungserbringern aus methodischen Gründen von einer Stichprobenziehung abgesehen werden sollte. Die vorliegenden Fallzahlen legen – mit Blick auf die erwarteten Rücklaufquoten – folglich zunächst eine Vollerhebung nahe, um die Fallzahlen bei den Leistungserbringern erstmalig abschätzen zu können.

### 11.2.2 Stichprobenziehung

Aufbauend auf der bisherigen Vorgehensweise des IQTIG wird eine Stichprobenziehung bei einer Fallzahl von  $n > 200$  Patientinnen empfohlen.<sup>45</sup> Dies bedeutet für das QS-Verfahren *Hysterektomie*, dass für rund 10 % der Krankenhäuser eine Stichprobenziehung infrage kommt (Nimptsch und Mansky 2021). Es wird daher – wie in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beschrieben – für die Patientenbefragung im QS-Verfahren *Hysterektomie* ein kombiniertes Vorgehen aus Stichprobenziehung und Vollerhebung empfohlen (IQTIG 2022). Konkret wird vorgeschlagen, dass bei einer Fallzahl von  $n > 200$  von der Versendestelle eine Zufallsstichprobe gezogen werden soll. Wird diese Mindestfallzahl unterschritten, soll eine Vollerhebung durchgeführt werden.

Im Falle einer Stichprobenziehung wäre des Weiteren abzuwägen, ob eine einfache Zufallsstichprobe oder eine geschichtete Zufallsstichprobe gezogen werden soll (Lohr 2010, Kish 1995, Schnell et al. 2018). Bei einer geschichteten Zufallsstichprobe wird die Grundgesamtheit auf Basis schichtungsrelevanter Variablen (z. B. Alter) in Schichten aufgeteilt (z. B. „18–35 Jahre“, „36–60 Jahre“, „61 Jahre und älter“). Aus jeder dieser Schichten können nun Patientinnen per Zufallsauswahl gezogen werden. Dafür werden allerdings vor der Stichprobenziehung Verteilungsinformationen zur Patientenauswahlgesamtheit bei jedem Leistungserbringer benötigt. Darüber hinaus muss es auch möglich sein, die einzelnen Patientinnen gemäß ihrer Schicht auswählen zu können. Damit eine geschichtete Zufallsstichprobe zielführend ist, sollten starke Argumente bezüglich der Auswahl der schichtungsrelevanten Merkmale bei den Patientinnen gegeben sein. Auch die biometrische Auswertungsmethodik muss anschließend in der Lage sein, solche Schichtungen zu berücksichtigen. Für die Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* sind keine starken methodischen Gründe für eine geschichtete Stichprobe gegeben, sodass eine einfache Zufallsstichprobe angemessen erscheint. Bei einer einfachen Zufallsstichprobe ist grundsätzlich im

---

<sup>45</sup> Die Fallzahl von  $n > 200$  ergibt sich aus Berechnungen zur Teststärke (Poweranalyse). In vorhergehenden Berichten des IQTIG konnte gezeigt werden, dass zur Erreichung einer Teststärke von 80 % bei einem zugrunde liegenden Indikatorwert ( $\theta$ ) von 85 Punkten sowie unter den weiteren Annahmen eines Referenzwerts von 95 Punkten und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 2,5 % 67 (gültige) Rückläufe benötigt werden (IQTIG 2018b, IQTIG 2018a). Unter Berücksichtigung einer Rücklaufquote von 30 % müssten hierfür ca.  $n = 200$  Patientinnen angeschrieben werden. Der Umfang der Zufallsstichprobe kann so bestimmt werden, dass bei Leistungserbringern mit einer Anzahl von mehr als 200 Patientinnen der Zielgruppe immer 200 Patientinnen ausgewählt und befragt werden, da dies zu einer hohen Teststärke führt. Der Stichprobenanteil ist damit variabel, aber die Stichprobengröße bleibt gleich und weist damit – unter Annahme einer Rücklaufquote von 30 % – eine zufriedenstellende Teststärke auf.

weiteren Vorgehen festzulegen, ob die Auswahl der Patientinnen für die Stichprobe mit oder ohne „Zurücklegen“ erfolgen soll. Diesbezüglich ist eine deutliche Empfehlung für eine Auswahl ohne „Zurücklegen“ auszusprechen, da sonst Patientinnen mehrfach in einer Stichprobe berücksichtigt werden könnten und dadurch zwei oder mehr Fragebögen zur ihrer Hysterektomie zugesendet bekommen würden.

Eine Stichprobenziehung kann beispielhaft folgendermaßen erfolgen. Da die Versendestelle im ersten Erfassungsjahr keine Abschätzung zu den Fallzahlen auf Basis von Vorjahresdaten abgeben kann, wird für das erste Erfassungsjahr eine Vollerhebung bei allen Leistungserbringern empfohlen. Nach Ende des ersten Erfassungsjahres ist der Versendestelle die Anzahl aller Patientinnen pro Leistungserbringer aus den Adresslieferungen des Vorjahres bekannt, sodass sie für das Folgejahr die Patientenzahlen spezifisch für jeden Leistungserbringer abschätzen kann. Anhand der monatlichen Datenlieferungen der Leistungserbringer kann die Schätzung zur Patientenauswahlgesamtheit bei den Leistungserbringern optimiert werden. Angenommen für einen Leistungserbringer ergibt die Vorhersage eine Anzahl von 300 Patientinnen für das kommende Erfassungsjahr: Die Versendestelle erstellt aus dieser Information eine Liste, auf welcher die Zahlen von 1 bis 300 eingetragen sind. Die Zahlen repräsentieren die IDs der Patientinnen, welche im Verlauf des Erfassungsjahres von der Versendestelle den monatlich eingehenden Datensätzen der Patientinnen eines Leistungserbringers zugeordnet werden. Die Liste stellt die Grundlage für die Ziehung der Zufallsstichprobe dar, da aus dieser die IDs der zu befragenden Patientinnen gezogen werden. So werden beispielhaft 200 IDs per Zufall<sup>46</sup> aus der Zahlenfolge von 1 bis 300 gezogen (z. B. 1, 8, 13, ..., 293). Die Leistungserbringer übermitteln monatlich die Adressdaten der behandelten Patientinnen an die Versendestelle. Diese prüft die Eingänge und vergibt an jeden eingehenden Adressdatensatz ebenfalls eine fortlaufende ID (in dem Beispiel: zwischen 1 und 300). Entspricht eine vergebene ID einer aus der zuvor per Zufall ausgewählten ID, so initiiert die Versendestelle den Fragebogenversand an die Patientin.<sup>47</sup>

### 11.2.3 Stichprobengröße

Die Population wird, anhand der G-IQI, auf ca. 75.000 Patientinnen pro Jahr geschätzt, wobei diese Schätzung mit der Anzahl an Hysterektomien vor der Coronapandemie übereinstimmt (Nimptsch und Mansky 2021). Diese geschätzte Fallzahl entspricht – gemäß der Empfehlung in Abschnitt 11.2.2 – einer Vollerhebung im ersten Jahr des Regelbetriebs. Bei einer Kombination von Vollerhebung und Stichprobe ist prinzipiell von einer niedrigeren Anzahl an zu befragenden Patientinnen auszugehen. Es ist jedoch unklar, wie viele Patientinnen von den ca. 10 % (n = 76 Kliniken) aller Leistungserbringer (n = 757) – die ausreichend hohe Fallzahlen für ein Stichprobenverfahren

---

<sup>46</sup> Der Mechanismus zur Zufallsziehung kann beispielsweise eine Urnenziehung (Lotterie), Würfeln oder ein computerisierter Zufallsgenerator sein (Kauermann und Küchenhoff 2011).

<sup>47</sup> Wird von einem Leistungserbringer derselbe Adressdatensatz im Laufe des Erfassungszeitraums fälschlicherweise mehrfach geliefert, so wird für diesen keine neue ID vergeben, da dieser Datensatz bereits eine ID erhalten hat. Eine erneute Vergabe einer ID würde dazu führen, dass die Patientinnen mehrfach zur Behandlung beim selben Leistungserbringer befragt werden könnten.

aufweisen – versorgt werden. Wird theoretisch angenommen, dass regelhaft jeweils 250 Patientinnen von diesen versorgt werden, so würden bei einer Stichprobenziehung von  $n = 200$  insgesamt  $n = 50$  Patientinnen pro Leistungserbringer nicht befragt werden, was eine Gesamtreduktion der Fallzahl um  $n = (50 \times 76) = 3.800$  Patientinnen bedeuten würde. Alternativ kann es auch sein, dass die oberen 10 % der Leistungserbringer regelhaft jeweils 205 Patientinnen versorgen, was eine sehr geringe Reduktion um  $n = 380$  Patientinnen bedeuten würde. In Folge dieser Unsicherheiten ist bei den oben genannten 75.000 zu befragenden Patientinnen von einer Obergrenze auszugehen.

### 11.3 Durchführung einer ergänzenden Onlinebefragung

Für die Erstellung einer barrierefreien Befragung erscheint auch die Umsetzung eines (ergänzenden) onlinebasierten Fragebogens zielführend. Im Folgenden wird von einer ausschließlichen Onlinebefragung abgesehen, da negative Effekte auf die Rücklaufquote befürchtet werden (de Leeuw und Hox 2010, Couper 2011, Weigold et al. 2018, Shin et al. 2012, Börkan 2010, Daikeler et al. 2020, Messer und Dillman 2011) und sich die teilnehmenden Patientinnen so selbst für den bevorzugten Befragungsmodus entscheiden können, was die Teilnahmemotivation erhöhen kann. Im Konzept des IQTIG für eine onlinebasierte Patientenbefragung (IQTIG 2021) werden die Vor- und Nachteile verschiedener Varianten für Onlinebefragungen dargestellt (d. h. der simultane Mixed-Mode und Push-to-Web). Bei einem simultanen Mixed-Mode-Ansatz werden die Patientinnen postalisch angeschrieben und erhalten neben einem gedruckten Fragebogen (inkl. Rücksendekuvert) im Anschreiben auch einen Link bzw. QR-Code. Über diesen Link bzw. QR-Code kann die Befragung dann auch alternativ online durchgeführt werden. Bei Push-to-Web werden die Patientinnen auch postalisch angeschrieben, erhalten aber lediglich mit dem Anschreiben einen Link bzw. QR-Code zu einer Onlinebefragung. Sollten die Patientinnen den Fragebogen nach einem bestimmten Zeitpunkt noch nicht online ausgefüllt haben, so erhalten sie mit einem Erinnerungsschreiben eine Papierversion des Fragebogens (inkl. Rücksendekuvert) und somit die Möglichkeit, sich dann auch den bevorzugten Beantwortungsmodus selbst auswählen zu können. Durch diese Vorgehensweise kann prinzipiell auch ein Kostenvorteil erreicht werden. Das IQTIG empfiehlt, grundsätzlich einen simultanen Mixed-Mode-Ansatz zu verfolgen, sofern die Voraussetzungen für Push-to-Web nicht erfüllt sind. Diese Voraussetzungen für Push-to-Web scheinen vor allem bei verhältnismäßig jungen und wenig komorbiden Patientinnen erfüllt (IQTIG 2021). Für das QS-Verfahren *Hysterektomie* wird der simultane Mixed-Mode-Ansatz empfohlen, da zum einen ältere Patientinnen, die in Bezug auf spezifische benigne Erkrankungen (z. B. Organsenkung, vgl. Wang et al. 2022) einen bedeutsamen Anteil haben, durch eine papierbasierte Befragung besser erreicht werden können. Zum anderen können sich jüngere Patientinnen durch das Angebot einer digitalen Teilnahmemöglichkeit eher bereit erklären, an der Befragung teilzunehmen (Abschnitt 9.4.3). Durch die Umsetzung eines simultanen Mixed-Mode-Ansatzes soll folglich auch die Gesamtrücklaufquote erhöht werden. Die Ausgestaltung der Onlinebefragung sollte sich an den Erkenntnissen aus dem zu entwickelnden Konzept zur Barrierefreiheit orientieren (Abschnitt 3.2).

## 11.4 Datenfluss und Fragebogenlogistik im Regelbetrieb

### 11.4.1 Am Datenfluss beteiligte Akteure und deren Aufgaben

Die Durchführung der Patientenbefragung bedingt die Einbeziehung aller Institutionen, die gemäß der DeQS-RL am Datenfluss beteiligt sind. Hierzu zählen:

- Leistungserbringer
  - Krankenhäuser (inkl. Belegärztinnen und -ärzte)
- Datenannahmestellen
  - auf Landesebene für Krankenhäuser: Landeskrankenhausgesellschaften (LKG)
  - die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) können die Aufgaben als Datenannahmestelle übernehmen
- Versendestelle Patientenbefragung
- Patientinnen
- IQTIG in der Funktion als
  - Fragebogenannahmestelle
  - Bundesauswertungsstelle

In Abbildung 12 ist schematisch das Zusammenspiel der einzelnen Akteure des QS-Verfahrens dargestellt.

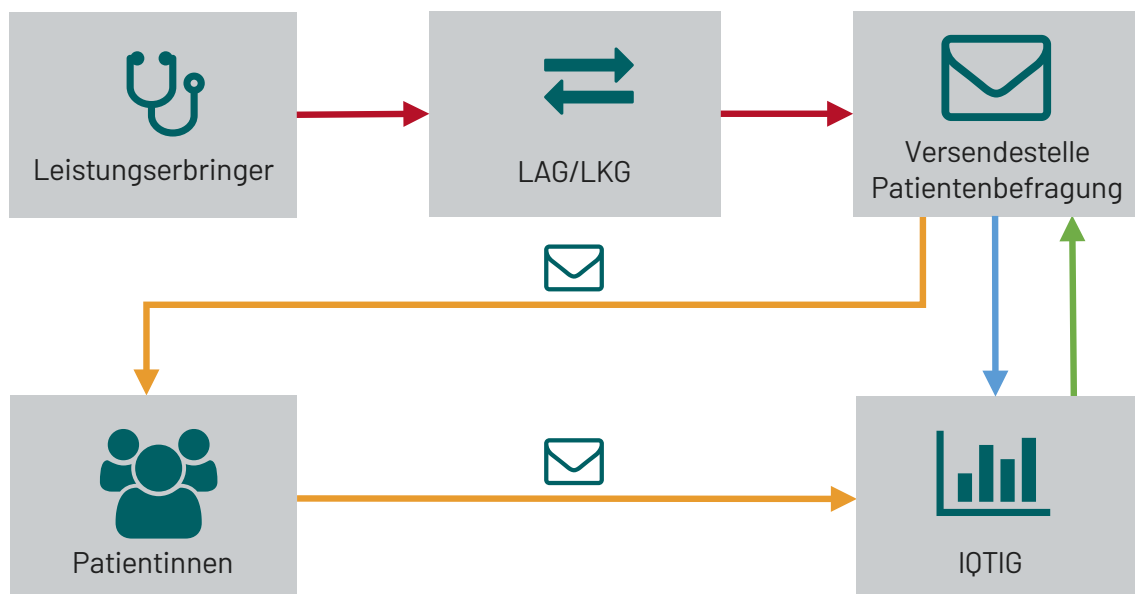


Abbildung 12: Akteure im Datenfluss der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Hysterektomie (postalische Befragung)

### **Leistungserbringer**

Der Leistungserbringer erbringt die medizinische Leistung, also die Indikationsstellung zu einer stationär durchzuführenden Hysterektomie bei einer benignen Erkrankung. Bei Leistungen, die einer Dokumentationspflicht der verpflichtenden Qualitätssicherung nach § 136 ff. SGB V unterliegen (in diesem Fall speziell der Beteiligung an einer Patientenbefragung), ist der Leistungserbringer verpflichtet, alle für den Versand notwendigen Informationen zusammenzustellen und über die Datenannahmestelle an die Versendestelle Patientenbefragung zu übermitteln. Diese beinhalten im Kern die Adressdaten der Patientinnen.

### **Datenannahmestelle**

Die Datenannahmestelle nimmt die Datensätze der Patientenbefragung von den Leistungserbringern entgegen. Sie ist für die Pseudonymisierung der leistungserbringeridentifizierenden Daten verantwortlich. Mithilfe des vom IQTIG bereitgestellten Pseudonymisierungsprogramms erzeugt die Datenannahmestelle aus der Institutionskennzeichennummer (IKNR) und dem Standort des Krankenhauses ein Pseudonym. Anschließend schickt die Datenannahmestelle die Daten der Patientenbefragung (Leistungserbringerpseudonym, patientenspezifische Daten) an die Versendestelle Patientenbefragung weiter (Abbildung 12, rote Pfeile). Die Datenannahmestelle hat keine Einsicht in die patientenspezifischen Daten, diese werden beim Leistungserbringer derart verschlüsselt, dass ausschließlich die Versendestelle Patientenbefragung diese Daten entschlüsseln und einsehen kann.

### **Versendestelle Patientenbefragung**

Die Versendestelle Patientenbefragung nimmt die Daten der einzelnen Datenannahmestellen entgegen. Die Informationen über die Patientin werden der Versendestelle Patientenbefragung gemäß Teil 1 § 14 Abs. 2a Satz 1 DeQS-RL in einem verschlüsselten Container übermittelt. In diesem Container befinden sich der Name und die Adresse der Patientin. Der Container kann durch die Versendestelle entschlüsselt werden. Der Befragung liegt ein Stichprobenkonzept zugrunde, was ausführlich in Abschnitt 11.2 dargestellt wurde. Demnach übermitteln die Leistungserbringer die entsprechenden Daten aller Patientinnen, die per Definition in das QS-Verfahren eingeschlossen werden sollen. Übersteigt die Anzahl an jährlich versorgten Patientinnen pro Leistungserbringer einen bestimmten Schwellenwert (z. B. mehr als 200 Behandlungsfälle pro Jahr), wird für den betreffenden Leistungserbringer eine Stichprobe gezogen, an die der Fragebogen verschickt wird. Aus datenschutzrechtlichen Gründen werden die verschlüsselten Container nur dann entschlüsselt, wenn die Patientin in die Stichprobe einbezogen wurde (Abschnitt 11.2.2). Nach Dateneingang wählt die Versendestelle die Patientendatensätze aus, die gemäß der Stichprobenziehung zur Teilnahme an der Befragung bestimmt wurden. Zur Erhöhung der Rücklaufquote erscheint es prinzipiell zielführend, – unter Wahrung der Anonymität – gezielt Erinnerungsschreiben an diejenigen Patientinnen zu verschicken, die innerhalb eines vorgegebenen Zeitraums den Fragebogen

nicht zurückgeschickt haben. Hierfür muss die Versendestelle den Patientinnen, die für die Stichprobe gezogen wurden, eine zufällige, eindeutige Identifikationsnummer zuordnen (Fragebogen-ID).

Die nachfolgenden Darstellungen fokussieren zunächst nur papierbasierte Befragungen. Auf dem Fragebogen wird die Fragebogen-ID als QR-Code/Datamatrix-Code aufgedruckt. Bis zur Löschfrist bewahrt die Versendestelle das Mapping zwischen der anonymen Fragebogen-ID, den Adressdaten der Patientin sowie dem Leistungserbringerpseudonym auf.

Im Rahmen eines Begleitanschreibens soll die Patientin zur Teilnahme an der Befragung eingeladen werden. Der Fragebogen, das Anschreiben sowie eine Anlage mit Informationen zum Datenschutz werden zusammen mit einem vorfrankierten Rücksendeumschlag kuvertiert und die Adresse der Patientin auf das Kuvert aufgedruckt. Der Fragebogen wird dann an die Patientin versendet (Abbildung 12, gelbe Pfeile).

Die Versendestelle erhält regelmäßig die Fragebogen-IDs der im IQTIG bzw. der Fragebogenannahmestelle eingegangenen Fragebögen. Basierend auf dieser Information können von der Versendestelle kontrolliert Erinnerungsschreiben an die Patientinnen versendet werden, deren Fragebogen noch nicht im IQTIG eingetroffen ist. In den Erinnerungsschreiben kann den Patientinnen ggf. eine verlängerte Frist zur Rücksendung des Fragebogens gewährt werden.

Sollte es beim Leistungserbringer zur Stornierung eines Falls kommen, erhält die Versendestelle diese Information anhand eines Storno-Datensatzes, der die Vorgangsnummer und das Leistungserbringerpseudonym enthält. Die Versendestelle kann nun ggf. den Versand des entsprechenden Fragebogens verhindern oder, falls dieser bereits versendet wurde, dem IQTIG die entsprechende Fragebogen-ID übermitteln, um diesen Fragebogen bei der Berechnung des Rücklaufs und aus der Auswertung auszuschließen.

Die Versendestelle übermittelt regelmäßig eine sogenannte Mapping-Tabelle an das IQTIG, in der die Fragebogen-ID und das Pseudonym des Leistungserbringers enthalten sind (Abbildung 12, blauer Pfeil). In dieser Mapping-Tabelle werden u. a. auch die Informationen über die Datenqualität und stornierte Fälle an das IQTIG übertragen.

### **Patientinnen**

Die durch die Stichprobenziehung ausgewählte Patientin erhält von der Versendestelle per Post einen Fragebogen und ggf. ein bis zwei Erinnerungsschreiben. Sie füllt den Fragebogen aus und sendet diesen mit dem beiliegenden Rückumschlag an die Fragebogenannahmestelle des IQTIG zurück (Abbildung 12, gelbe Pfeile).

### **IQTIG**

Das IQTIG ist u. a. verantwortlich für die Annahme und Eingabe der Fragebögen und hat hierzu eine sogenannte Fragebogenannahmestelle eingerichtet. Die Fragebogenannahmestelle des

IQTIG nimmt die Fragebögen entgegen, liest diese ein und übermittelt die Datensätze in abgestimmter Regelmäßigkeit an die Bundesauswertungsstelle. Ihr obliegt außerdem die datenschutzkonforme Lagerung und Vernichtung der Fragebögen. Die Fragebogenannahmestelle übermittelt die Fragebogen-IDs der eingegangenen Fragebögen zur Steuerung der kontrollierten Erinnerungsschreiben an die Versendestelle (Abbildung 12, grüner Pfeil).

Die Bundesauswertungsstelle verknüpft die Fragebogen-IDs mit den entsprechenden Leistungserbringerpseudonymen, wertet die Daten aus und berichtet die Ergebnisse an die Leistungserbringer, den G-BA und die Öffentlichkeit. Eine Auswertung der Befragungsdaten findet ausschließlich auf Leistungserbringerebene statt.

#### **11.4.2 Das Zusammenspiel der einzelnen Akteure für die Durchführung einer Onlinebefragung**

Wie in Abschnitt 1.1 dargestellt, ist – gemäß Beauftragung – die Entwicklung einer barrierefreien Patientenbefragung vorgesehen. In den Abschnitten 3.2 und 11.3 wurde darauf hingewiesen, dass die Erweiterung des Instrumentariums um eine onlinefähige Version des Fragebogens potenziell positive Effekte auf die Verbesserung der Barrierefreiheit haben kann, da dadurch bestehende Hürden bei postalischen Befragungen überwunden werden können (z. B. die Einbindung von verschiedenen Sprachversionen, die Ermöglichung der Nutzung von Screenreadern).

Zur Durchführung einer (ergänzenden) onlinebasierten Patientenbefragung sind die Aufgaben der Versendestelle geringfügig zu erweitern: Die Versendestelle druckt auf das Anschreiben nun auch ergänzend die Zugangsdaten zur Onlinebefragung. Die Zugangsdaten können hierbei als normaler Text (d. h. als Link) und/oder als QR-Code im Anschreiben dargestellt werden. Es wäre zielführend, wenn der Link bzw. der QR-Code so gestaltet ist, dass die Patientinnen zum Start der Onlinebefragung keine zusätzlichen Nutzernamen und Zugangspasswörter eingeben müssten. Außerdem ändern sich die Aufgaben der Fragebogenannahmestelle erheblich, da sich deren Aufgabenspektrum von einem Dienstleistungsanbieter zur Digitalisierung von Papierfragebögen hin zu einem IT-Serviceprovider für die Durchführung webbasierter Befragungen erweitert. Die hierfür notwendigen Anforderungen sind im Konzept des IQTIG für eine onlinebasierte Patientenbefragung dargelegt (IQTIG 2021: Abschnitt 7.3.5). Diese neuen Aufgabenbereiche können ggf. auch über die Einrichtung einer separaten Fragebogenannahmestelle für onlinebasierte Patientenbefragungen erfüllt werden.

Wenn die Onlinebefragungen von den Patientinnen erfolgreich abgeschlossen wurden, so sollen die jeweils dazugehörigen Fragebogen-IDs, analog zum Vorgehen bei der papierbasierten Befragung, täglich an die Versendestelle Patientenbefragung übermittelt werden. Dadurch können zum einen Erinnerungsschreiben und zum anderen der ggf. vorgesehene Versand von weiteren Papierfragebögen unterdrückt werden (Abbildung 13, grüner Pfeil). Die Mapping-Tabellen, in denen die Fragebogen-IDs und das Leistungserbringerpseudonym enthalten sind, sollen – wie beim Vorgehen zur papierbasierten Befragung – von der Versendestelle Patientenbefragung an das IQTIG geschickt werden (Abbildung 13, blauer Pfeil).



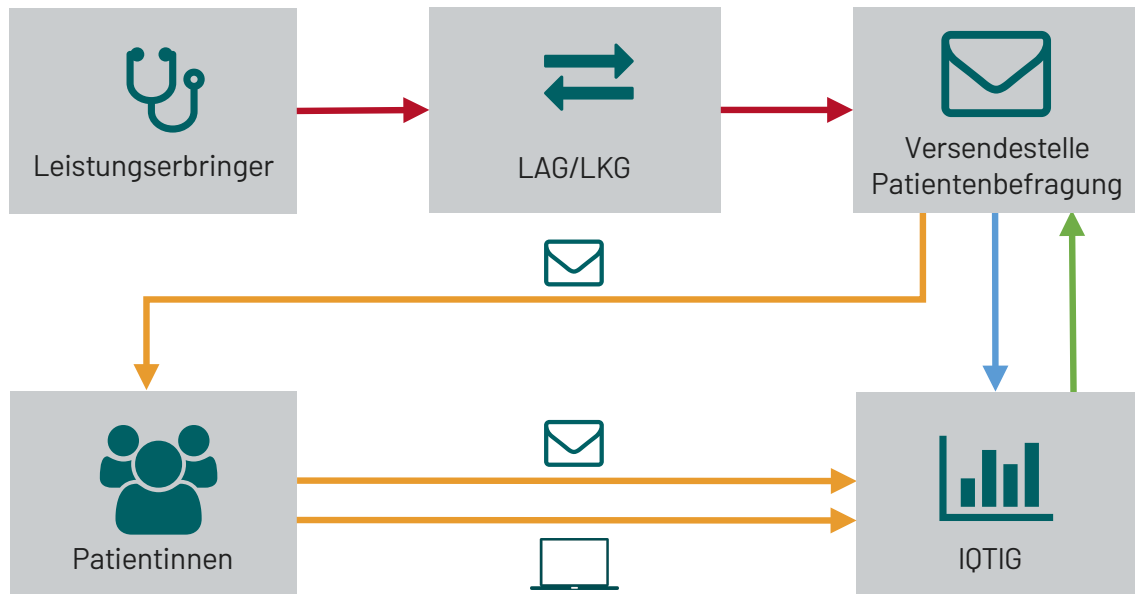


Abbildung 13: Akteure im Datenfluss der Patientenbefragung des QS-Verfahrens Hysterektomie (online-basierte Befragung)

Im IQTIG werden abschließend die Daten der papierbasierten und der onlinebasierten Befragung zusammengeführt und für die Auswertungen herangezogen. Sollte eine Patientin sowohl online als auch papierbasiert an der Befragung teilgenommen haben, so gilt anhand von Kriterien zu entscheiden, welcher Fragebogen in die Auswertung einzubeziehen ist (z. B. der zuerst eingegangene Fragebogen). Es kann diesbezüglich auch eine Kommunikation zwischen der Fragebogenannahmestelle für Papierfragebögen und der Fragebogenannahmestelle für Onlinebefragungen etabliert werden – d. h. sofern zwei verschiedene Fragebogenannahmestellen eingerichtet werden sollen –, sodass bspw. nach Eingang eines Papierfragebogens der Zugang zum Onlinefragebogen deaktiviert wird.

#### 11.4.3 Versand der Befragungsunterlagen

Der Versand der Befragungsunterlagen soll, wie in Abschnitt 11.1 dargestellt, analog zum Vorgehen der Patientenbefragung im Verfahren *QS PCI* erfolgen: Die Leistungserbringer sollen bis spätestens zum 7. Tag jeden Monats die Versendedatensätze der im Vormonat entlassenen Patientinnen an ihre zuständige Datenannahmestelle übermitteln. Diese prüft die Daten, in die sie Einsicht hat, erstellt das Leistungserbringerpseudonym und leitet die Daten unmittelbar an die Versendestelle Patientenbefragung weiter. Die Leistungserbringer haben hierbei die Möglichkeit, fehlerhafte Datenerlieferungen bis zu 7 Tage nach dem Eingang bei der Versendestelle zu korrigieren. Am 15. Tag des Monats soll die Stichprobenziehung in der Versendestelle erfolgen. Die versandfertigen Briefe sollen spätestens am Tag 17 des Monats dem Postdienstleister übergeben und damit an die Patientinnen versendet werden. Die Befragung wird mit einem sogenannten *kontrollierten Erinnerungsverfahren* durchgeführt. Das bedeutet, dass nur die Befragten ein Erinnerungsschreiben

erhalten, die innerhalb des im Anschreiben genannten Zeitfensters keinen Fragebogen zurückgesendet haben. Um das kontrollierte Erinnerungsverfahren durchzuführen, ist es erforderlich, dass die Versendestelle erfährt, welcher Fragebogen zurückgesendet bzw. online beantwortet wurde und welcher nicht. Befragte, die bereits einen Fragebogen ausgefüllt und übermittelt haben, sollen kein weiteres Schreiben erhalten. 12 Tage nach dem Versand des Fragebogens (Tag 29) versendet die Versendestelle ein Erinnerungsschreiben an die Patientinnen, die bisher noch keinen ausgefüllten Fragebogen an die Fragebogenannahmestelle zurückgesendet bzw. auch online nicht an der Befragung teilgenommen haben. Wenn 12 weitere Tage nach dem Versand des ersten Erinnerungsschreibens (Tag 41) immer noch kein Fragebogen in der Fragebogenannahmestelle des IQTIG eingegangen ist, wird ein zweites Erinnerungsschreiben inklusive eines weiteren Fragebogens sowie eines vorfrankierten Antwortkuverts versendet. In diesem Schreiben soll der Patientin die finale Frist (d. h. 14 Tagen nach Versand des zweiten Erinnerungsschreibens) zur Übermittlung des Fragebogens an die Fragebogenannahmestelle mitgeteilt werden. Fragebögen, die nach Ablauf der Ausschlussfrist eintreffen bzw. beantwortet werden, sollen nicht in die Auswertung einbezogen werden. Der empfohlene zeitliche Ablauf ist in Abbildung 14 auch noch einmal grafisch dargestellt.

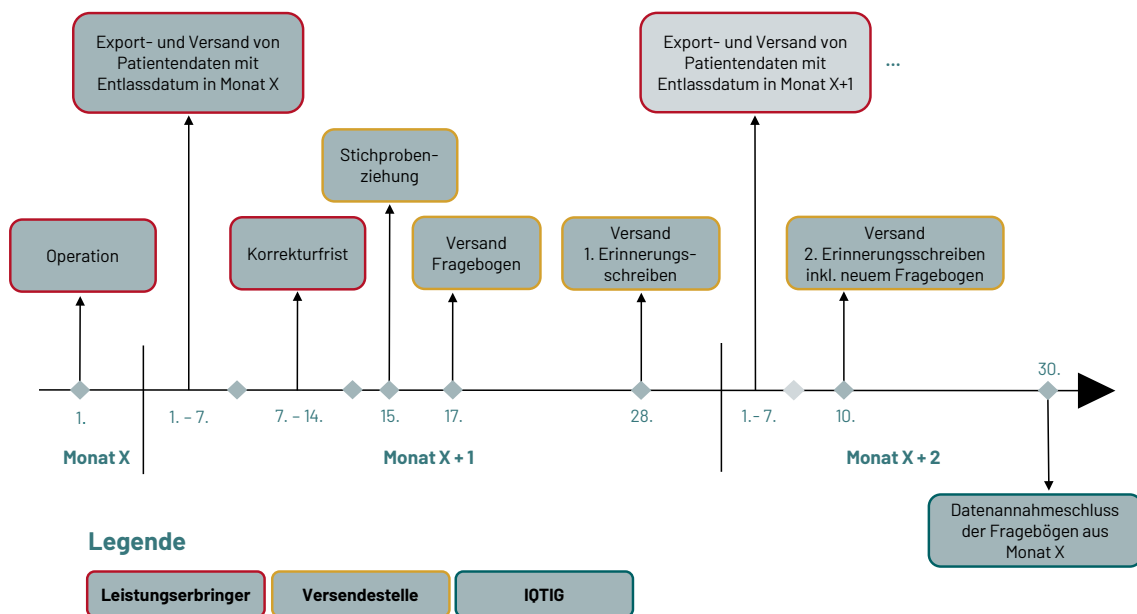


Abbildung 14: Mögliches Schema zum Versand des Fragebogens und der Erinnerungsschreiben

### 11.4.4 Versandunterlagen

Der Versand des papierbasierten Fragebogens bzw. des Zugangs zur Onlinebefragung erfolgt mit weiteren Versandunterlagen, wie zum Beispiel dem Informationsschreiben. Tabelle 16 stellt die Inhalte der jeweiligen empfohlenen Versandunterlagen dar.

Tabelle 16: Übersicht über die Inhalte der jeweiligen Versandunterlagen

Art des Schreibens	Anschreiben	Ausgedruckter Fragebogen	Rückumschlag	Informationsschreiben
<b>Erstanschreiben</b>	X (inklusive QR-Code/Link)	X	X	X
<b>Erstes Erinnerungsschreiben</b>	X (inklusive QR-Code/Link)			
<b>Zweites Erinnerungsschreiben</b>	X (inklusive QR-Code/Link)	X	X	X

Die vollständigen Versandunterlagen zur Durchführung der Patientenbefragung werden der Versandestelle rechtzeitig vor dem Start des Erfassungsjahres durch das IQTIG zur Verfügung gestellt.

## 11.5 Empfehlungen zur Datenauswertung und Rückmeldung im Regelbetrieb

### 11.5.1 Empfehlungen zum Berichtszeitraum und Rückmeldezeitpunkt

Die Ergebnisse der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* werden in den jährlichen Rückmeldeberichten an die Leistungserbringer nach § 18 Teil 1 DeQS-RL ausführlich dargestellt. Die Auswertungsmethodik (Abschnitt 10.1) ermöglicht hierbei auch bei kleineren Leistungserbringern (Abschnitt 11.2) eine Bewertung der Versorgungsqualität. Alternativ kann auch ein zweijähriger Erfassungszeitraum erwogen werden, wobei dann allerdings auch die damit verknüpften Nachteile berücksichtigt werden müssen (z. B. die fehlende unmittelbare Rückmeldung zu den Qualitätsanforderungen).

### 11.5.2 Empfehlungen zum Inhalt der Datenauswertung

Über die Rückmeldung zu den Ergebnissen der Patientenbefragung sollen die Leistungserbringer Informationen erhalten, mit denen sie vor Ort gezielte Qualitätsverbesserungen vornehmen können. Die Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer sollen daher so detailliert wie nötig sein, dabei jedoch die Anonymität der Patientinnen wahren. Die Berechnung der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung wird auf Basis der empfohlenen Auswertungsmethodik vorgenommen

(Abschnitt 10.1). Die Auswertung erfolgt demnach auf Ebene der Leistungserbringer. Trotz der anonymisierten und aggregierten Rückmeldungen aus der Patientenbefragung sollte aus Sicht des IQTIG bei Auffälligkeiten eine gezielte Ursachenanalyse möglich sein (Abschnitt 11.5.3).

### **Mindestfallzahlen und Datenschutz**

Die Patientenbefragung soll unter Wahrung der Anonymität der Patientinnen durchgeführt werden. Das heißt, dass es den einzelnen Leistungserbringern nicht möglich sein darf, die Identität der Patientinnen zu erfahren, die einen Fragebogen zurückgeschickt oder auch nicht zurückgeschickt haben. Zum einen ist die Wahrung der Anonymität der Patientinnen im Rahmen der Patientenbefragung essenziell, um einen geschützten Rahmen für die Bearbeitung des Fragebogens zu ermöglichen. Daher muss sichergestellt sein, dass die Antworten der Patientinnen nicht zurückverfolgt werden können. Zum anderen müssen, um die Anonymität zu gewährleisten, für die Berechnung und Darstellung des Ergebnisses eines Indikators, einer Kennzahl oder eines Items mindestens vier Fragebögen vorliegen, bei denen mindestens ein Item des Qualitätsindikators oder der Kennzahl bzw. das Item selbst ausgefüllt sind.

### **Soll-Ist-Abgleich und Berechnung von Rücklaufquoten**

Die Bundesauswertungsstelle (Abschnitt 11.4.1) benötigt für die Vollzähligkeitsprüfung mindestens einmal pro Quartal Informationen von der Versendestelle Patientenbefragung. Die folgenden Informationen werden in einer Mapping-Tabelle von der Versendestelle an das IQTIG übermittelt:

- die Anzahl der Datensätze pro Leistungserbringer, die von den Leistungserbringern fristgerecht an die Versendestelle exportiert wurden
- die Anzahl der Datensätze pro Leistungserbringer, die fristgerecht storniert wurden
- die Anzahl der Datensätze pro Leistungserbringer, die in der Stichprobe gezogen wurden, um die Rücklaufquote zu berechnen
- die Anzahl der je Leistungserbringerpseudonym versendeten Fragebögen
- die Zuordnung von Fragebogen-IDs zum Leistungserbringerpseudonym, um die eingegangenen Fragebögen einem Leistungserbringer zuzuordnen
- die zu der jeweiligen Fragebogen-ID gehörenden medizinischen Daten, die an die Bundesauswertungsstelle weitergeleitet werden sollen
- das von der Versendestelle als spätestes Rücksendedatum berechnete Datum pro Fragebogen, um zu spät eingegangene Fragebögen von der Auswertung auszuschließen

Auf Basis dieser Daten lassen sich zwei Zahlen berichten, die die Stichprobe und die Teilnahme der Patientinnen pro Leistungserbringer beschreiben:

- Als erste Zahl prüft der Soll-Ist-Abgleich die Vollzähligkeit der Datenlieferung. Dabei wird abgeglichen, wie viele Fälle die Leistungserbringer für die Patientenbefragung hätten schicken sollen und wie viele sie tatsächlich geschickt haben (siehe § 15 Teil 6 DeQS-RL). Mit dieser Prüfung soll ein Überblick darüber möglich sein, in welchem Umfang ggf. fehlerhafte Lieferungen oder systematische Fehler erfolgten.

- Als zweite Zahl wird empfohlen, die Rücklaufquote nach der American Association for Public Opinion Research (AAPOR) zu berichten (AAPOR 2023). Rücklaufquoten stellen das Verhältnis der Bruttostichprobe zur Nettostichprobe dar, d. h. wie viele der versendeten Fragebögen ausgefüllt zurückgesendet wurden. Das IQTIG empfiehlt das Berichten der AAPOR RR6 (AAPOR 2023). Diese Rücklaufquote berücksichtigt Ausfälle, die bei Stichprobenziehungen entstehen können, sowie vollständig und nur teilweise ausgefüllte zurückgesendete Fragebögen:

$$RR6 = \frac{(I+P)}{(I+P)+(R+NC+O)}$$

*I* steht für einen vollständig ausgefüllten Fragebogen und *P* für einen teilweise ausgefüllten Fragebogen. Da für die Berechnung der Qualitätsindikatoren ein gültiger Fall pro Leistungserbringer reicht, wird keine Unterscheidung zwischen vollständig und teilweise ausgefüllten Fragebögen gemacht. Das *P* kann in diesem Fall wegfallen oder standardmäßig mit 0 in die Formel eingehen. *R* steht für eingereichte Stornierungen. Diese sind nach den aktuellen Vorgaben im Rahmen des Verfahrens nicht vorgesehen und können zunächst mit 0 in die Berechnung eingehen oder ausgeschlossen werden. Sollte die Möglichkeit zukünftig eingeräumt werden, bietet die Formel eine entsprechende Berücksichtigung. *NC* steht für die Fälle, in denen Fragebögen unzustellbar zurück an die Versendestelle geschickt wurden. *O* steht schließlich für alle anderen Ausfallgründe.

### Stichprobenbeschreibung

Es wird empfohlen, die Stichprobe anhand der Variable *Alter* darzustellen (Tabelle 17). Die übrigen Variablen (Abschnitt 9.2.2) sollen im Falle einer wissenschaftlichen Begleitung in der Erprobung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* der Evaluation dienen.<sup>48</sup>

Tabelle 17: Merkmale und empfohlene Maßzahlen zur Stichprobenbeschreibung

Variable	Merkmale und empfohlene Maßzahlen
Alter	▪ Mittelwert, Standardabweichung, Median, Minimum, Maximum

<sup>48</sup> Es wurden redaktionelle Anpassungen an einzelnen Variablen zur Stichprobenbeschreibung vorgenommen. Dabei waren zwei Ziele leitend: Zum einen möchte das IQTIG – sofern nicht verfahrensspezifisch – einheitliche Frageformulierungen für die Erfassung der Soziodemografie in allen Fragebögen zur Patientenbefragung verwenden und zum anderen die entsprechenden Variablen an die standardmäßigen Fragen angleichen, die in vielen Befragungen erhoben werden und die intensiv validiert sind, z. B. ausgiebig getestete Fragen der demografischen Standards des Statistischen Bundesamtes (Beckmann et al. 2016). Aufgrund der etablierten und getesteten Fragen ist eine erneute Testung im vorliegenden Kontext nicht erforderlich.

### **Darstellung der Qualitätsindikatoren**

Die Ergebnisse der einzelnen Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung (Abschnitt 10.2) sollten folgendermaßen dargestellt werden:

- Das Ergebnis des Qualitätsindikators soll als Punktschätzer mit zugehörigem Vertrauensintervall dargestellt werden. Die Art der Berechnung der Qualitätsindikatoren sowie die Berechnung der Vertrauensintervalle sind in Kapitel 6 und Abschnitt 10.1 beschrieben. Bei den Ergebnissen handelt es sich stets um Indizes, die sich aus der Beantwortung eines oder mehrerer Items zusammensetzen.
- Um den Leistungserbringern eine möglichst gute Grundlage für gezielte Qualitätsverbesserungen zu geben, wird zudem empfohlen, für die Qualitätsindikatoren einen Anhang mitzuliefern. Dieser sollte die Verteilungen der Ergebnisse der einzelnen in die Qualitätsindikatoren einfließenden Items sowohl grafisch als auch tabellarisch darstellen. Eine exemplarische Darstellung von möglichen Grafiken (Auswahl) für die Rückmeldeberichte der Leistungserbringer ist in Anhang J.3 zu finden.

### **Darstellung von Kennzahlen**

Die Ergebnisse der zwei Kennzahlen der Patientenbefragung sollten folgendermaßen dargestellt werden:

- Die Kennzahl (Index) zum SDM soll als Punktschätzer (ohne Angabe eines Referenzbereiches) dargestellt werden. Sie zeigt den Mittelwert über alle vier Indikatorergebnisse auf.
- Die Kennzahl zur Information zum Einholen einer zweiten Meinung soll durch die Angabe von Häufigkeiten bezüglich der Zustimmung zur Information tabellarisch dargestellt werden.

#### **11.5.3 Empfehlungen zur Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 17 DeQS-RL**

Die DeQS-RL sieht vor, dass bei eventuellen Auffälligkeiten bei einem Leistungserbringer, Gelegenheit zur Stellungnahme besteht („Stellungnahmeverfahren“), was entweder schriftlich erfolgen oder auch anhand von Gesprächen und Begehungen durchgeführt werden kann. Das Ergebnis der Indikatoren der Patientenbefragung ist als Aggregat mehrerer anonym erfasster Erfahrungen von Patientinnen eines Leistungserbringers zu verstehen. Im Stellungnahmeverfahren kann damit aus Gründen der Auswertungsmethodik und der Anonymität nicht auf konkrete Patientinnen und deren Akten zurückgegriffen werden. Vielmehr sind die Ergebnisse der Patientenbefragung mit Blick auf die dahinterliegenden Prozesse zu reflektieren und somit anhand konkreter Hinweise eine Qualitätsförderung im Sinne der Patientenzentrierung anzuregen. Dabei können die Ergebnisse der einzelnen Items, die in die Berechnung des jeweiligen Qualitätsindikators eingehen, konkrete Hinweise geben.

## Teil IV: Fazit und Ausblick

Mit diesem Abschlussbericht wird ein validiertes Befragungsinstrument für die Indikationsstellung der Hysterektomie bei Patientinnen mit benignen Erkrankungen vorgelegt. Die Ergebnisse der Pretestungen verweisen auf einen gut verständlichen Fragebogen, der inhaltliche Themen adressiert, die von den Patientinnen gut erinnerbar und beantwortbar sind. Auf Basis der Fragebogenitems wurden insgesamt 4 Qualitätsindikatoren entwickelt, welche verschiedene Facetten des SDM adressieren:

- Besprechen der patientenrelevanten Informationen
- Befähigung der Patientinnen zur Entscheidungsfindung
- Patientenzentrierte Kommunikation
- Berücksichtigen von Präferenzen der Patientinnen

Außerdem werden zwei Kennzahlen zum SDM und zur Information zum Einholen einer zweiten Meinung empfohlen. Daneben wurden Empfehlungen u. a. zur Auswertungsmethodik und zur Durchführung der Befragung im Regelbetrieb (z. B. Befragungszeitpunkt, Stichprobenziehung) erarbeitet.

Mit Blick auf die Umsetzbarkeit und Weiterentwicklung im Regelbetrieb werden folgende Empfehlungen gegeben:

1. Beauftragungsgemäß wird in der Patientenbefragung der stationäre Sektor (inkl. der Belegärztinnen und Belegärzte) fokussiert. Im Abschlussbericht wurde an verschiedenen Stellen darauf hingewiesen, dass das QS-Verfahren dadurch nur einen Ausschnitt des Versorgungsgeschehens abbilden kann. Es wird daher empfohlen, das QS-Verfahren auch auf den ambulanten Sektor zu erweitern, um so die Qualität der Indikationsstellung umfänglich sichern zu können.
2. Durch die Beauftragung wird zudem im QS-Verfahren der Fokus auf die Indikationsstellung gelegt. Es erscheint jedoch zielführend den gesamten Versorgungsprozess zu betrachten, bspw. auch die operative Nachsorge. Zudem wird empfohlen, gesundheitsbezogene Patient-Reported Outcomes (z. B. Symptome, einschließlich Komplikationen, Nebenwirkungen sowie Folgen der Operation, Aspekte von Lebensqualität) in den Befragungsteil des QS-Verfahrens zu integrieren. Damit würden auch die bislang nicht adressierten Dimensionen des Rahmenkonzepts für Qualität adressiert und eine ausgewogene Qualitätsbetrachtung ermöglicht werden. Hierfür erscheint auch die Entwicklung von sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren zielführend.
3. Zur Steigerung der Rücklaufquote wird die Umsetzung einer ergänzenden Onlinebefragung, im Sinne eines simultanen Mixed-Mode-Ansatzes, empfohlen. Für die Umsetzung müssen die Aufgabengebiete der Versendestelle und (vor allem) der Fragebogenannahmestelle erweitert werden.

4. Mit der Befragung für das QS-Verfahren *Hysterektomie* sollen volljährige Patientinnen adressiert werden, bei denen aufgrund einer benignen Erkrankung eine Hysterektomie durchgeführt wurde. Grundlage der Diagnosegruppenbestimmung war die derzeit gültige 10. Revision der ICD, die ICD-10-GM. Im Juni 2018 wurde von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) die 11. Revision, die ICD-11-GM, vorgestellt. Diese wurde 2019 durch die Weltgesundheitsversammlung (World Health Assembly, WHA) verabschiedet. Zum Zeitpunkt einer möglichen Einführung der ICD-11-GM in Deutschland kann noch keine Aussage getroffen werden. In jedem Falle muss bei einer Einführung in Deutschland das QS-Verfahren *Hysterektomie* mit Blick auf die adressierten Diagnosegruppen geprüft werden.
5. Zusätzlich sollten die Leistungserbringer, die vom QS-Verfahren berührt sein werden, umfassend informiert werden. Dabei sollte der Schwerpunkt auf die Themen der Patientenbefragung sowie auf die Aufgaben und damit zusammenhängenden Prozesse, die seitens der Leistungserbringer bestehen (z. B. Informationsgabe, Lieferfristen), gelegt werden. Für die Etablierung und Akzeptanz der Patientenbefragung bei den Leistungserbringern ist es hilfreich, wenn die Leistungserbringer sowohl den Hintergrund des QS-Verfahrens und die Themen der Patientenbefragung kennen und wissen, welche Bereiche zukünftig zusätzlich beleuchtet werden und welchen Nutzen sie aus der Patientenbefragung ziehen können. Im Regelbetrieb, anders als im Standard-Pretest, ist keine Einwilligung der Patientinnen für die Adressweitergabe durch die Leistungserbringer für den Fragebogenversand erforderlich. Deshalb ist zunächst anders als im Standard-Pretest im Regelbetrieb vorab keine Informationen zur Durchführung einer Patientenbefragung erforderlich. Folglich kann den Patientinnen ein unangekündigter Fragebogen nach Hause gesendet werden. Dies könnte von der Zielgruppe jedoch als überraschend wahrgenommen werden und sich negativ auf die Teilnahmebereitschaft auswirken. Daher wird empfohlen, dass die Leistungserbringer die Patientinnen – auch wenn keine Notwendigkeit zum Einholen eines Einverständnisses besteht – über die Möglichkeit informieren, dass sie einen Fragebogen zugeschickt bekommen können, damit diese auf die Zusendung eines Fragebogens vorbereitet sind. Hierfür kann das IQTIG den stationären Leistungserbringern und gelegentlich tätigen Praxen Informationsmaterialien zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus schafft diese Art der Informationsweitergabe Transparenz, die wiederum zu einer höheren Rücklaufquote führen kann.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass gemäß der Beauftragung zur Abbildung der Patientenperspektive eine einrichtungsübergreifende Patientenbefragung mit einem Fragebogen, der in seiner bestehenden Form für den Regelbetrieb empfohlen wird, entwickelt wurde. Die auf Basis der Patientenbefragung entwickelten Qualitätsindikatoren werden – beauftragungsgemäß – dazu beitragen können, die Qualität der Indikationsstellung zu Hysterektomien – bei benignen Erkrankungen – zu sichern und ggf. zu verbessern.



## Literatur

- AAPOR [American Association for Public Opinion Research] (2023): Standard Definitions. Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 10th Edition. [Oakbrook Terrace, US-IL]: AAPOR. URL: <https://aapor.org/wp-content/uploads/2023/05/Standards-Definitions-10th-edition.pdf> (abgerufen am: 11.04.2024).
- Aarts, JW; Nieboer, TE; Johnson, N; Tavender, E; Garry, R; Mol, BWJ; et al. (2015): Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015(8). Art. No. CD003677. DOI: 10.1002/14651858.CD003677.pub5.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Gynecologic Practice (2017): Committee Opinion No 701: Choosing the Route of Hysterectomy for Benign Disease. *Obstetrics & Gynecology* 129(6): e155-e159. DOI: 10.1097/aog.0000000000002112.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Gynecologic Practice (2020): Committee Opinion No 810: Robot-Assisted Surgery for Noncancerous Gynecologic Conditions. *Obstetrics & Gynecology* 136(3): e22-e30. DOI: 10.1097/aog.0000000000004048.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2010 [Reaffirmed 2020]): ACOG Practice Bulletin No. 114. Management of Endometriosis. *Obstetrics & Gynecology* 116(1): 223-236. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181e8b073.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2013 [Reaffirmed 2019]): ACOG Practice Bulletin No. 136. Management of Abnormal Uterine Bleeding Associated with Ovulatory Dysfunction. *Obstetrics & Gynecology* 122(1): 176-185. DOI: 10.1097/01.AOG.0000431815.52679.bb.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins-Gynecology; AUGS [American Urogynecologic Society] (2019 [Reaffirmed 2021]): ACOG Practice Bulletin No. 214. Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics & Gynecology* 134(5): e126-e142. DOI: 10.1097/aog.0000000000003519.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2021): ACOG Practice Bulletin No. 228. Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas. *Obstetrics & Gynecology* 137(6): e100-e115. DOI: 10.1097/aog.0000000000004401.

- Aigmüller, T; Bader, W; Bauer, R; Beilecke, K; Betschart, C; Bruer, G; et al. (2021): AWMF-Registernummer 015-091. S2k-Leitlinie: Harninkontinenz der Frau [Langfassung]. Version 1.0. Stand: Dezember 2021. Berlin [u. a.]: Leitlinienprogramm der DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe], OEGGG [Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] und SGGG [Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/015-091l\\_S2k\\_Harninkontinenz-der-Frau\\_2022-03.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-091l_S2k_Harninkontinenz-der-Frau_2022-03.pdf) (abgerufen am: 14.09.2022).
- Anthoine, E; Moret, L; Regnault, A; Sébille, V; Hardouin, J-B (2014): Sample size used to validate a scale: a review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health and Quality of Life Outcomes* 12:2. DOI: 10.1186/s12955-014-0176-2.
- AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2013): Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2012. 15/1 – Gynäkologische Operationen. Qualitätsindikatoren. [Stand:] 30.05.2013. Göttingen: AQUA. 24/2013020004. URL: [http://www.sgg.de/downloads/Bundesauswertungen/2012/bu\\_Gesamt\\_15N1-GYN-OP\\_2012.pdf](http://www.sgg.de/downloads/Bundesauswertungen/2012/bu_Gesamt_15N1-GYN-OP_2012.pdf) (abgerufen am: 21.11.2022).
- Auclair, MH; Yong, PJ; Salvador, S; Thurston, J; Colgan, TTJ; Sebastianelli, A (2019): SOGC Clinical Practice Guideline No. 390. Classification and Management of Endometrial Hyperplasia. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 41(12): 1789-1800. DOI: 10.1016/j.jogc.2019.03.025.
- AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften] (2011): Hochschulambulanzen: heutiger Stand und zukünftige Perspektiven. Eine Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). [Stand:] 29.09.2011. [Frankfurt am Main]: AWMF. URL: [https://www.awmf.org/fileadmin/user\\_upload/Stellungnahmen/Aus-\\_und\\_Weiterbildung/AWMF-Stellungnahme\\_Hochschulambulanzen\\_2011-10.pdf](https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Aus-_und_Weiterbildung/AWMF-Stellungnahme_Hochschulambulanzen_2011-10.pdf) (abgerufen am: 18.11.2022).
- AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften] ([kein Datum]): Leitlinien-Details: AWMF-Registernummer 015-093. S3-Leitlinie: Diagnostik und Therapie von benignen Erkrankungen der Gebärmutter. Angemeldet: 15.05.2020, geplante Fertigstellung: 30.06.2024. Berlin: AWMF. URL: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-093> (abgerufen am: 10.01.2024).
- Beckmann, K; Glemser, A; Heckel, C; von der Heyde, C; Hoffmeyer-Zlotnik, JHP; Schneider, S; et al. (2016): Statistik und Wissenschaft. Demographische Standards. Ausgabe 2016. 6. überarbeitete Auflage. (Band 17). Wiesbaden: Destatis [Statistisches Bundesamt]. URL: [https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie\\_derivate\\_00001549/Band17\\_DemographischeStandards1030817169004.pdf](https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie_derivate_00001549/Band17_DemographischeStandards1030817169004.pdf) (abgerufen am: 23.10.2023).

- Berger, A; Caspers, T; Croll, J; Hofmann, J; Kubicek, H; Peter, U; et al. (2010): Web 2.0/barrierefrei. Eine Studie zur Nutzung von Web 2.0 Anwendungen durch Menschen mit Behinderung. [Stand:] Dezember 2010. Bonn: Aktion Mensch. URL: [https://medien.aktion-mensch.de/publikationen/barrierefrei/Studie\\_Web\\_2.0.pdf](https://medien.aktion-mensch.de/publikationen/barrierefrei/Studie_Web_2.0.pdf) (abgerufen am: 23.11.2022).
- BfArM [Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte] (2014): Laparoskopische Uterusmorcellation (Gewebezerkleinerung). [Stand:] 08.12.2014. Berlin: BfArM. URL: [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/laparoskopische\\_Morcellatoren.html](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/laparoskopische_Morcellatoren.html) (abgerufen am: 12.12.2023).
- Blair, J; Conrad, F (2011): Sample Size for Cognitive Interview Pretesting. *Public Opinion Quarterly* 75(4): 636-658. DOI: 10.1093/poq/nfr035.
- Börkan, B (2010): The Mode Effect in Mixed-Mode Surveys. Mail and Web Surveys. *Social Science Computer Review* 28(3): 371-380. DOI: 10.1177/0894439309350698.
- Boss, EF; Mehta, N; Nagarajan, N; Links, A; Benke, JR; Berger, Z; et al. (2016): Shared Decision Making and Choice for Elective Surgical Care: A Systematic Review. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery* 154(3): 405-420. DOI: 10.1177/0194599815620558.
- Bossick, AS; Sangha, R; Olden, H; Alexander, GL; Wegienka, G (2018): Identifying What Matters to Hysterectomy Patients: Postsurgery Perceptions, Beliefs, and Experiences. *JPCRR - Journal of Patient-Centered Research and Reviews* 5(2): 167-175. DOI: 10.17294/2330-0698.1581.
- Brace, I (2018): Questionnaire Design. How to plan, structure, and write survey material for effective market research (Market Research in Practice). Fourth Edition. London, GB [u.a]: Kogan Page. ISBN: 978-0-7494-8197-1.
- Brehaut, JC; O'Connor, AM; Wood, TJ; Hack, TF; Siminoff, L; Gordon, E; et al. (2003): Validation of a Decision Regret Scale. *Medical Decision Making* 23(4): 281-292. DOI: 10.1177/0272989X03256005.
- Bühner, M (2011): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. München [u. a.]: Pearson Studium. ISBN: 978-3-86894-033-6.
- Campanelli, P (2008): Testing survey questions Chapter 10. In: de Leeuw, E; Jox, JJ; Dillman, DA: *International Handbook of Survey Methodology*. New York, US-NY: Taylor & Francis, 176-200. ISBN: 978-0-8058-5753-5.
- Charles, C; Gafni, A; Whelan, T (1999): Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine* 49(5): 651-661. DOI: 10.1016/S0277-9536(99)00145-8.
- Christalle, E; Zeh, S; Hahlweg, P; Kriston, L; Härter, M; Zill, J; et al. (2022): Development and content validity of the Experienced Patient-Centeredness Questionnaire (EPAT)—A best practice example for generating patient-reported measures from qualitative data. *Health Expect* 25(4): 1529-1538. DOI: 10.1111/hex.13494.

- Cleary, PD (1999): The increasing importance of patient surveys. Now that sound methods exist, patient surveys can facilitate improvement. *BMJ* 319(7212): 720-721. DOI: 10.1136/bmj.319.7212.720.
- Collins, E; Lindqvist, M; Mogren, I; Idahl, A (2020): Bridging different realities - a qualitative study on patients' experiences of preoperative care for benign hysterectomy and opportunistic salpingectomy in Sweden. *BMC: Women's Health* 20:198. DOI: 10.1186/s12905-020-01065-8.
- Couper, MP (2011): The Future of Modes of Data Collection. *Public Opinion Quarterly* 75(5): 889-908. DOI: 10.1093/poq/nfr046.
- D'Ardenne, J (2015): Developing Interview Protocols. Chapter 5. In: Collins, D; Hrsg.: *Cognitive Interviewing Practice*. Los Angeles, US-CA [u. a.]: Sage, 101-125. ISBN: 978-1-4462-5600-8.
- Daikeler, J; Bošnjak, M; Lozar Manfreda, K (2020): Web Versus Other Survey Modes: An Updated and Extended Meta-Analysis Comparing Response Rates. *Journal of Survey Statistics and Methodology* 8(3): 513-539. DOI: 10.1093/jssam/smz008.
- de Leeuw, ED; Hox, JJ (2010): Internet Surveys as Part of a Mixed-Mode Design. Chapter 3. In: Das, M; Ester, P; Kaczmirek, L; Hrsg.: *Social and Behavioral Research and the Internet. Advances in Applied Methods and Research Strategies*. New York, US-NY: Routledge, 45-76. ISBN: 978-1-84872-817-2.
- Demers, C; Derzko, C; David, M; Douglas, J (2018): SOGC Clinical Practice Guideline No. 163. Gynaecological and Obstetric Management of Women With Inherited Bleeding Disorders. *JOGC - Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 40(2): e91-e103. DOI: 10.1016/j.jogc.2017.11.036.
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2021): Wirtschaftsrechnungen. Private Haushalte in der Informationsgesellschaft - Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien. 2020. [Stand:] 20.01.2021. (Fachserie 15 Reihe 4). [Wiesbaden]: Destatis. Artikelnummer: 2150400207004. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/IT-Nutzung/Publikationen/Downloads-IT-Nutzung/private-haushalte-ikt-2150400207004.pdf> [Download: PDF > Herunterladen] (abgerufen am: 23.11.2022).
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2024): Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (Wohnort/Behandlungsort). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht. [Stand:] 27.09.2023. Bonn: Destatis. URL: <https://www.gbe-bund.de/gbe> [Startseite > Gesundheitsversorgung > Medizinische Verfahren, Medizinische Untersuchungen und Behandlungen > Operationen und Prozeduren in Krankenhäusern > Tabelle (gestaltbar): Operationen und Prozeduren in Krankenhäusern] (abgerufen am: 05.02.2024).
- Dillman, DA; Smyth, JD; Christian, LM (2014): Internet, Phone, Mail, and Mixed-Mode Surveys. The Tailored Design Method. Hoboken, US-NJ: Wiley. ISBN: 978-1-118-45614-9.

- Dreher, M; Dreher, E (1982): Gruppendiskussion. Kapitel 7. In: Huber, GL; Mandl, H; Hrsg.: *Verbale Daten*. Weinheim [u. a.]: Beltz, 141-164. ISBN: 978-3-40754-632-6.
- Einstein, MH; Barakat, RR; Chi, DS; Sonoda, Y; Alektiar, KM; Hensley, ML; et al. (2008): Management of uterine malignancy found incidentally after supracervical hysterectomy or uterine morcellation for presumed benign disease. *International Journal of Gynecologic Cancer* 18(5): 1065-1070. DOI: 10.1111/j.1525-1438.2007.01126.x.
- Elsner, C; Wriedt, C; Ketz, V; Breuer, N; Pansegrau, P (2018): Strategien für Ambulanzen – ambulante Versorgung im Krankenhaus als Erlöselement. In: Hartweg, H-R; Proff, M; Elsner, C; Kaestner, R; Agor, K; Beivers, A; Hrsg.: *Aktuelle Managementstrategien zur Erweiterung der Erlösbasis von Krankenhäusern: Mit innovativen Versorgungsansätzen zur Erlösoptimierung*. Wiesbaden: Springer, 55-68. ISBN: 978-3-658-17350-0.
- Elwyn, G; Hutchings, H; Edwards, A; Rapport, F; Wensing, M; Cheung, W-Y; et al. (2005): The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expectations* 8(1): 34-42. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2004.00311.x.
- Elwyn, G; Frosch, D; Thomson, R; Joseph-Williams, N; Lloyd, A; Kinnersley, P; et al. (2012): Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine* 27(10): 1361-1367. DOI: 10.1007/s11606-012-2077-6
- Elwyn, G; Barr, PJ; Grande, SW; Thompson, R; Walsh, T; Ozanne, EM (2013): Developing CollaboRATE: A fast and frugal patient-reported measure of shared decision making in clinical encounters. *Patient Education and Counseling* 93(1): 102-107. DOI: 10.1016/j.pec.2013.05.009.
- Elwyn, G; Durand, MA; Song, J; Aarts, J; Barr, PJ; Berger, ZD; et al. (2017): A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ* 359: j4891. DOI: 10.1136/bmj.j4891.
- ESHRE [European Society of Human Reproduction and Embryology], Endometriosis Guideline Development Group (2022): Endometriosis. Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology [*Full Guideline*]. [Strombeek-Bever, BE]: ESHRE. URL: [https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETRIOSIS-2022\\_2.pdf](https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETRIOSIS-2022_2.pdf) (abgerufen am: 04.04.2022).
- Falagas, ME; Korbila, IP; Giannopoulou, KP; Kondilis, BK; Peppas, G (2009): Informed consent: how much and what do patients understand? *The American Journal of Surgery* 198(3): 420-435. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2009.02.010.
- Farmer, M; Macleod, F (2011): Involving Disabled People in Social Research. Guidance by the Office for Disability Issues. [London, UK]: HM Government, Office for Disability Issues. ISBN: 978-1-84947-711-6. URL: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/321254/involving-disabled-people-in-social-research.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/321254/involving-disabled-people-in-social-research.pdf) (abgerufen am: 23.11.2022).

- FDA [U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration] (2023): Non-Clinical Performance Assessment of Tissue Containment Systems Used During Power Morcellation Procedures. Guidance for Industry and Food and Drug Administration Staff. Document issued: 26.05.2023; draft of document issued: 21.06.2022. Rockville, US-MD: CDRH [Center for Devices and Radiological Health]. URL: <https://www.fda.gov/media/159294/download> (abgerufen am: 12.12.2023).
- Fraudorf, SH; Hourihan, KL; Peters, RA; Benjamin, AS (2019): Aging and Recognition Memory: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin* 145(4): 339-371. DOI: 10.1037/bul0000185.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht. Stand: 18.03.2022. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5357/2022-03-18\\_IQTIG-Beauftragung\\_Patientenbefragung-Hysterektomien.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5357/2022-03-18_IQTIG-Beauftragung_Patientenbefragung-Hysterektomien.pdf) (abgerufen am: 18.11.2022).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit einem Konzept zur barrierefreien Durchführung von Patientenbefragungen. [Stand:] 01.11.2023. Berlin: G-BA. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6257/2023-11-01\\_IQTIG-Beauftrag\\_Konzept-barrierefreie-Patientenbefragung.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6257/2023-11-01_IQTIG-Beauftrag_Konzept-barrierefreie-Patientenbefragung.pdf) (abgerufen am: 27.02.2024).
- Geiger, F (2023): Vollimplementierung von Shared Decision Making im Krankenhaus. Ergebnisbericht. Stand: 31.03.2023. [Berlin]: G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss]. URL: [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/374/2023-02-23\\_MAKING-SDM-A-REALITY\\_Ergebnisbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/374/2023-02-23_MAKING-SDM-A-REALITY_Ergebnisbericht.pdf) (abgerufen am: 11.04.2024).
- GEPRIS [Geförderte Projekte der Deutschen Forschungsgemeinschaft] ([2023]): Kommunikative Mittel für eine barrierefreie Umfrageforschung [Bonn]: DFG [Deutsche Forschungsgemeinschaft]. URL: <https://gepris.dfg.de/gepris/projekt/458311967> (abgerufen am: 19.01.2023).
- Goeman, JJ; De Jong, NH (2018): How Well Does the Sum Score Summarize the Test? Summability as a Measure of Internal Consistency. *Educational Measurement: Issues and Practice* 37(2): 54-63. DOI: 10.1111/emip.12181.
- Goldhammer, F; Hartig, J (2012): Interpretation von Testresultaten und Testeichung. Kapitel 8. In: Moosbrugger, H; Kelava, A; Hrsg.: *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. 2.*, aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin [u. a.]: Springer, 173-201. ISBN: 978-3-642-20071-7.

- Grote-Westrick, M; Zich, K; Klemperer, D; Schwenk, U; Nolting, H-D; Deckenbach, B; et al. (2015): Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. URL: [https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie\\_VV\\_FCG\\_Regionale\\_Unterschiede\\_2015.pdf](https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Regionale_Unterschiede_2015.pdf) (abgerufen am: 29.03.2022).
- Grotzinger, JK (2008): Respondent Recall. Chapter 7. In: Menard, S; Hrsg.: *Handbook of Longitudinal Research: Design, Measurement, and Analysis*. Amsterdam, NL [u. a.]: Elsevier, 109-121. ISBN: 978-0-12-370481-8.
- Günster, C; Drohan, D; Hentschker, C; Klauber, J; Malzahn, J; Schillinger, G; et al. (2020): WIdO-Report: Entwicklung der Krankenhausfallzahlen während des Coronavirus-Lockdowns. Nach ICD-10-Diagnosekapiteln und ausgewählten Behandlungsanlässen. [Stand:] 26.06.2020. Berlin: WIdO [Wissenschaftliches Institut der AOK]. DOI: 10.4126/FRL01-006421684.
- Hahlweg, P; Bieber, C; Levke Brütt, A; Dierks, M-L; Dirmaier, J; Donner-Banzhoff, N; et al. (2022): Moving towards patient-centered care and shared decision-making in Germany. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 171: 49-57. DOI: 10.1016/j.zefq.2022.04.001.
- Härter, M (2020): Patientenzentrierte Kommunikation und partizipative Entscheidungsfindung in der Onkologie. In: Schmoll, H-J: *Kompendium Internistische Onkologie. Standards in Diagnostik und Therapie*. Berlin [u. a.]: Springer, 1-9. DOI: 10.1007/978-3-662-46764-0.
- Hempowicz, C; Matthes, A; Radosa, M; Camara, O; Winzer, H; Reichelt, C; et al. (2013): Der Einfluss des ärztlichen Aufklärungsgespräches auf die postoperative Zufriedenheit und Lebensqualität von Patientinnen mit Uterus myomatosus nach Myomenukleation oder Hysterektomie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 63(9-10): 381-386. DOI: 10.1055/s-0033-1334951.
- HHS.gov [U.S. Department of Health and Human Services], FDA [U.S. Food and Drug Administration], CDER [Center for Drug Evaluation and Research]; HHS.gov [U.S. Department of Health and Human Services], FDA [U.S. Food and Drug Administration], CBER [Center for Biologics Evaluation and Research]; HHS.gov [U.S. Department of Health and Human Services], FDA [U.S. Food and Drug Administration], CDRH [Center for Devices and Radiological Health] (2006): Guidance for industry: patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims: draft guidance. *Health and Quality of Life Outcomes* 4:79. DOI: 10.1186/1477-7525-4-79.
- Hoffmann, TC; Légaré, F; Simmons, MB; McNamara, K; McCaffery, K; Trevena, LJ; et al. (2014): Shared decision making: what do clinicians need to know and why should they bother? *MJA – The Medical Journal of Australia* 201(1): 35-39. DOI: 10.5694/mja14.00002.

lezzoni, LI (2013): Range of Risk Factors. Chapter 3. In: lezzoni, LI; Hrsg.: *Risk Adjustment for Measuring Healthcare Outcomes*. 4th edition. Chicago, US-IL: Health Administration Press, 29-76. ISBN: 978-1-56793-437-3.

Infas [Institut für angewandte Sozialwissenschaft]; Hrsg. (2022): Abschlussbericht. Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. [Stand:] Mai 2022. (Forschungsbericht 598). Bonn: Infas. URL: [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-598-abschlussbericht-repraesentativumfrage-teilhabe.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=5](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-598-abschlussbericht-repraesentativumfrage-teilhabe.pdf?__blob=publicationFile&v=5) (abgerufen am: 12.04.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018a): Entwicklung einer Befragung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Entwicklung einer Patientenbefragung im Rahmen der Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens *Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen* Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG\\_Patientenbefragung\\_QS-Verfahren-Schizophrenie\\_Abschlussbericht\\_2018-12-15\\_barrierefrei.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-Verfahren-Schizophrenie_Abschlussbericht_2018-12-15_barrierefrei.pdf) (abgerufen am: 20.02.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018b): Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie*. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG\\_Patientenbefragung\\_QS-PCI\\_Abschlussbericht-mit-AT\\_2018-12-15.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_QS-PCI_Abschlussbericht-mit-AT_2018-12-15.pdf) (abgerufen am: 20.02.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021): Konzept für eine onlinebasierte Patientenbefragung im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 SGB V. Abschlussbericht. Stand: 19.11.2021. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG\\_Konzept-onlinebasierte-Patientenbefragung\\_Abschlussbericht\\_2021-11-19.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Konzept-onlinebasierte-Patientenbefragung_Abschlussbericht_2021-11-19.pdf) (abgerufen am: 22.11.2022).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): 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](https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf) (abgerufen am: 11.08.2022).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Konstruktion und Auswertungsmethodik für Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung. [Stand:] 15.12.2023. Berlin: IQTIG. URL: [https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG\\_Auswertungsmethodik-OIs-Patientenbefragung\\_2023-12-15.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Auswertungsmethodik-OIs-Patientenbefragung_2023-12-15.pdf) (abgerufen am: 20.02.2024).



- Jacobs, K; Minakawa, A; Rao, SR; Kushalnagar, P (2021): A Mixed Methods Study of Hysterectomy in a U.S. Sample of Deaf Women Who Use American Sign Language. *Womens Health Reports* 2(1): 566-575. DOI: 10.1089/whr.2021.0081.
- Janda, M; Armfield, NR; Kerr, G; Kurz, S; Jackson, G; Currie, J; et al. (2020): Patient-Reported Experiences After Hysterectomy: A Cross-Sectional Study of the Views of Over 2300 Women. *Journal of Patient Experience* 7(3): 372-379. DOI: 10.1177/2374373519840076.
- Joling, KJ; van Eenoo, L; Vetrano, DL; Smaardijk, VR; Declercq, A; Onder, G; et al. (2018): Quality indicators for community care for older people: A systematic review. *PLoS One* 13(1): e0190298. DOI: 10.1371/journal.pone.0190298.
- Joosten, EA; DeFuentes-Merillas, L; de Weert, GH; Sensky, T; van der Staak, CP; de Jong, CA (2008): Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychotherapy and Psychosomatics* 77(4): 219-226. DOI: 10.1159/000126073.
- Kaczmirek, L; Wolff, KG (2007): Survey Design for Visually Impaired and Blind People. Part II, Chapter 4. In: Stephanidis, C: *Universal Access in Human Computer Interaction. Coping with Diversity. Part I*. Berlin [u. a.]: Springer, 374-381. ISBN: 978-3-540-73279-2. URL: [https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-540-73279-2\\_41.pdf](https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-540-73279-2_41.pdf) (abgerufen am: 20.01.2023).
- Kalton, G (1983): Introduction to Survey Sampling. (Quantitative Applications in the Social Sciences, 07-035). Newbury Park, US-CA [u. a.]: Sage. ISBN: 987-0-8039-2126-9.
- Kannan, S; Seo, J; Riggs, KR; Geller, G; Boss, EF; Berger, ZD (2020): Surgeons' Views on Shared Decision-Making. *JPCRR - Journal of Patient-Centered Research and Reviews* 7(1): 8-18. DOI: 10.17294/2330-0698.1718.
- Kauermann, G; Küchenhoff, H (2011): Stichproben. Methoden und praktische Umsetzung mit R. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-12317-7.
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] (2021a): Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern. [Stand:] 01.09.2021. [Berlin]: KBV. URL: [https://www.kbv.de/media/sp/Arztnummern\\_Richtlinie.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Arztnummern_Richtlinie.pdf) (abgerufen am: 18.11.2022).
- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung] ([2024]): Gesundheitsdaten: Meist weniger als 10 Betten pro Belegärztin/Belegarzt. Berlin: KBV. URL: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16401.php> (abgerufen am: 05.02.2024).

- KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung], Dezernat Versorgungsqualität, Abteilung Amb. Qualitätssicherung –Therapieverfahren (2021b): Bericht der KBV gemäß § 10 Zweitmeinungs-Richtlinie (ZM-RL). Genehmigungen der Zweitemeiner zum 31.12.2020. [Stand:] 27.09.2021. [Berlin]: KBV. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5277/2022-04-21\\_ZM-RL\\_KBV-Bericht-2020.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5277/2022-04-21_ZM-RL_KBV-Bericht-2020.pdf) (abgerufen am: 05.02.2024).
- Kim, S; Jabori, S; O'Connell, J; Freeman, S; Fung, CC; Ekram, S; et al. (2013): Research methodologies in informed consent studies involving surgical and invasive procedures: Time to re-examine? *Patient Education and Counseling* 93(3): 559-566. DOI: 10.1016/j.pec.2013.08.018.
- Kingsley, C; Patel, S (2017): Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA: Education* 17(4): 137-144. DOI: 10.1093/bjaed/mkw060.
- Kish, L (1995): Survey Sampling. Wiley Classics Library Edition. New York, US-NY [u. a.]: Wiley. ISBN: 0-471-10949-5.
- Kives, S; Lefebvre, G (2018): SOGC Clinical Practice Guideline No. 238. Supracervical Hysterectomy. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 40(7): e597-e604. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.04.033.
- Klein, S; Porst, R (2000): Mail Surveys. Ein Literaturbericht. [Stand:] September 2000. (ZUMA-Technischer Bericht, 10/2000). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: [http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis\\_reihen/gesis\\_methodenberichte/2000/00\\_10.pdf](http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_methodenberichte/2000/00_10.pdf) (abgerufen am: 27.03.2024).
- Korzilius, H (2019): Belegärzte. Die Letzten ihrer Art. *Deutsches Ärzteblatt* 116(33-34): A1459-A1461. URL: <https://cfcdn.aerzteblatt.de/pdf/116/33/a1459.pdf> (abgerufen am: 18.11.2022).
- Krause, L; Dini, L; Prütz, F (2020): Beratungs- und Behandlungsanlässe in gynäkologischen Praxen bei Frauen ab 50 Jahren. *Journal of Health Monitoring* 5(2): 3-14. DOI: 10.25646/6061.
- Kriston, L; Scholl, I; Hölzel, L; Simon, D; Loh, A; Härter, M (2010): The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Education and Counseling* 80: 94-99. DOI: 10.1016/j.pec.2009.09.034.
- Krueger, RA; Casey, MA (2015): Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research. 5. Edition. Thousand Oaks, US-CA: Sage. ISBN: 978-1-4833-6524-4.
- Kuckartz, U; Rädiker, S (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Grundlagentexte Methoden. 5. Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz Juventa. ISBN: 978-3-7799-6231-1.
- Lamnek, S; Krell, C (2016): Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Material. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim [u. a.]: Beltz. ISBN: 978-3-621-28269-7.

- Légaré, F; Kearing, S; Clay, K; Gagnon, S; D'Amours, D; Rousseau, M; et al. (2010): Are you SURE?. *Assessing patient decisional conflict with a 4-item screening test. Canadian Family Physician* 56(8): e308–e314. URL: <https://www.cfp.ca/content/cfp/56/8/e308.full.pdf> (abgerufen am: 26.10.2023).
- Lehrstuhl für Epidemiologie, TUM [Technische Universität München] ([kein Datum]): Die MARZY-Studie. München: TUM. URL: <https://www.hs.mh.tum.de/epidemiologie/forschung/marzy/> (abgerufen am: 08.05.2024).
- Leitlinienprogramm Onkologie (AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft], DKH [Deutschen Krebshilfe]) (2018): AWMF-Registernummer 032-0340L. S3-Leitlinie: Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientinnen mit Endometriumkarzinom [Langversion]. Version 1.0. [Stand:] April 2018. Berlin: Leitlinienprogramm Onkologie. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/032-0340LI\\_S3\\_Endometriumkarzinom-Diagnostik-Therapie-Nachsorge\\_2018-04.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-0340LI_S3_Endometriumkarzinom-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2018-04.pdf) (abgerufen am: 14.09.2022).
- Lenzner, T; Neuert, C; Otto, W (2015): Kognitives Pretesting. Version 1.1. [Stand:] Januar 2015. Mannheim: GESIS [Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften]. DOI: 10.15465/gesis-sg\_010.
- Lerman, CE; Brody, DS; Caputo, GC; Smith, DG; Lazaro, CG; Wolfson, HG (1990): Patients' Perceived Involvement in Care Scale: Relationship to Attitudes about Illness and Medical Care. *Journal of General Internal Medicine* 5(1): 29–33. DOI: 10.1007/bf02602306.
- Little, RJA; Rubin, DB (2002): *Statistical Analysis with Missing Data*. Second Edition. Hoboken, US-NJ: Wiley. ISBN: 978-0-471-18386-0.
- Loh, A; Simon, D (2007): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln? . *Managed Care* (2): 6–8.
- Lohr, SL (2010): *Sampling: Design and Analysis*. Second Edition. Boston, US-MA: Brooks/Cole. ISBN: 978-0-495-11084-2.
- Lützner, C; Lange, T; Lützner, J (2017): Grundlagen patientenberichteter Ergebnisse (Patient-reported Outcome – PRO). *Orthopädie und Unfallchirurgie up2date* 12(6): 661–676. DOI: 10.1055/s-0043-110864.
- Madueke-Laveaux, OS; Elsharoud, A; Al-Hendy, A (2021): What We Know about the Long-Term Risks of Hysterectomy for Benign Indication—A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine* 10, 5335. DOI: 10.3390/jcm10225335.
- Makoul, G; Clayman, ML (2006): An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Education and Counseling* 60(3): 301–312. DOI: 10.1016/j.pec.2005.06.010
- Mant, J (2001): Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *International Journal for Quality in Health Care* 13(6): 475–480. DOI: 10.1093/intqhc/13.6.475.

- McCarus, SD; Wiercinski, K; Heidrich, N (2019): Shared Decision-Making to Improve Patient Engagement in Minimally Invasive Hysterectomy. *Surgical Technology International* 34: 265-268.
- Messer, BL; Dillman, DA (2011): Surveying the General Public over the Internet Using Address-Based Sampling and Mail Contact Procedures. *Public Opinion Quarterly* 75(3): 429-457. DOI: 10.1093/poq/nfr021.
- Moawad, G; Liu, E; Song, C; Fu, AZ (2017): Movement to outpatient hysterectomy for benign indications in the United States, 2008-2014. *PLoS One* 12(11): e0188812. DOI: 10.1371/journal.pone.0188812.
- Molenaar, IW; Sijtsma, K (1984): Internal Consistency and Reliability in Mokken's Nonparametric Item Response Model. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch* 9(5): 257-269.  
URL: <http://objects.library.uu.nl/reader/index.php?obj=1874-208777&lan=en> (abgerufen am: 07.09.2020).
- Molenberghs, G; Beunckens, C; Sotto, C; Kenward, MG (2008): Every missingness not at random model has a missingness at random counterpart with equal fit. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Statistical Methodology)* 70(2): 371-388. DOI: 10.1111/j.1467-9868.2007.00640.x.
- Mostert, C; Hentschker, C; Scheller-Kreinsen, D; Günster, C; Malzahn, J; Klauber, J (2021): Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Krankenhausleistungen im Jahr 2020. Kapitel 16. In: Klauber, J; Wasem, J; Beivers, A; Mostert, C; Hrsg.: *Krankenhaus-Report 2021. Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt*. Berlin: Springer, 277-306. DOI: 10.1007/978-3-662-62708-2.
- Mulsow, JJ; Feeley, TM; Tierney, S (2012): Beyond consent—improving understanding in surgical patients. *The American Journal of Surgery* 203(1): 112-120. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2010.12.010.
- Murray, E; Charles, C; Gafni, A (2006): Shared decision-making in primary care: Tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice. *Patient Education and Counseling* 62(2): 205-211. DOI: 10.1016/j.pec.2005.07.003.
- NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence] (2019): NICE National Guideline NG123. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management [Guidance]. Published: 02.04.2019, last updated: 24.06.2019, © 2021. [Manchester, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3319-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/resources/urinary-incontinence-and-pelvic-organ-prolapse-in-women-management-pdf-66141657205189> (abgerufen am: 01.04.2022).

- NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence] (2021a): NICE National Guideline NG88. Heavy menstrual bleeding: assessment and management [Guidance]. Published: 14.03.2018, last updated: 24.05.2021, © 2021. [Manchester, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2777-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88/resources/heavy-menstrual-bleeding-assessment-and-management-pdf-1837701412549> (abgerufen am: 01.04.2022).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2021b): NICE National Guideline NG197. Shared decision making [Guidance]. Published: June 2021, last updated: October 2021, © 2022. [Manchester, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-4145-2. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng197/resources/shared-decision-making-pdf-66142087186885> (abgerufen am: 14.11.2022).
- Nimptsch, U; Mansky, T (2020): G-IQI | German Inpatient Quality Indicators Version 5.2. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2018. (Working Papers in Health Services Research, Vol. 3). Berlin: Universitätsverlag der TU Berlin. DOI: 10.14279/depositonce-10644.
- Nimptsch, U; Mansky, T (2021): G-IQI | German Inpatient Quality Indicators Version 5.3. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2019. (Working Papers in Health Services Research, Vol. 4). Berlin: Universitätsverlag der TU Berlin. DOI: 10.14279/depositonce-12342.
- Nimptsch, U; Mansky, T (2022): G-IQI | German Inpatient Quality Indicators Version 5.4. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2020. (Working Papers in Health Services Research, Vol. 6). Berlin: Universitätsverlag der TU Berlin. DOI: 10.14279/depositonce-15869.
- Nimptsch, U; Mansky, T (2023): G-IQI | German Inpatient Quality Indicators Version 5.4. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2021. (Working Papers in Health Services Research, Vol. 7). Berlin: Technische Universität Berlin. DOI: 10.14279/depositonce-18627.
- Nölling, T (2018): Die neue Zweitmeinungsrichtlinie des G-BA führt zu neuen Haftungsrisiken und einer längeren Operationsvorlaufzeit bei Hysterektomien. *Der Gynäkologe* 51(8): 679-682. DOI: 10.1007/s00129-018-4237-1.
- Nyumba, TO; Wilson, K; Derrick, CJ; Mukherjee, N (2018): The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conservation. *Methods in Ecology and Evolution* 9(1): 20-32. DOI: 10.1111/2041-210X.12860.
- Oduyebo, T; Rauh-Hain, AJ; Meserve, EE; Seidman, MA; Hinchcliff, E; George, S; et al. (2014): The value of re-exploration in patients with inadvertently morcellated uterine sarcoma. *Gynecologic Oncology* 132(2): 360-365. DOI: 10.1016/j.ygyno.2013.11.024.
- OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2024): Healthcare Utilisation: Surgical procedures [[gestaltbare Tabelle]]. Last updated: 25.03.2024. [Paris, FR]: OECD. URL: <https://data-explorer.oecd.org/> [Topic: Health > Healthcare utilisation > Filters: Measure: Surgical procedures; Medical procedure: Hysterectomy > Laparoscopic hysterectomy] (abgerufen am: 12.04.2024).

- Pakbaz, M; Rolfsman, E; Lofgren, M (2017): Are women adequately informed before gynaecological surgery? *BMC: Women's Health* 17:68. DOI: 10.1186/s12905-017-0426-7.
- Pfaff, H; Freise, DC (2001): Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Skalen und Indizes. Kapitel 7. In: Pfaff, H; Freise, DC; Mager, G; Schrappe, M; Hrsg.: *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*. [Stand:] Oktober 2001. (Forschungsbericht 1-2001). Köln: Universität zu Köln, Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene, 101-135.
- Pickett, CM; Seeratan, DD; Mol, BWJ; Nieboer, TE; Johnson, N; Bonestroo, T; et al. (2023): Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8: CD003677. DOI: 10.1002/14651858.CD003677.pub6.
- Porst, R (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage. (Studienskripten zur Soziologie). Wiesbaden: Springer. ISBN: 978-3-658-02117-7.
- Prediger, B; Koller, D; Heß, S; Könsgen, N; Pieper, D (2022): Verortung von Zweitmeinungsanbietern in Deutschland – Gibt es regionale Unterschiede? *Das Gesundheitswesen*, Epub 28.01.2022. DOI: 10.1055/a-1690-6728.
- Prüfer, P; Rexroth, M; Hrsg. (2005): Kognitive Interviews. (ZUMA How-to-Reihe, 15). Mannheim: ZUMA [Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen]. URL: [http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/20147/ssoar-2005-prufer\\_et\\_al-kognitive\\_interviews.pdf](http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/20147/ssoar-2005-prufer_et_al-kognitive_interviews.pdf) (abgerufen am: 23.11.2022).
- Prütz, F; Knopf, H; von der Lippe, E; Scheidt-Nave, C; Starker, A; Fuchs, J (2013): Prävalenz von Hysterektomien bei Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahren. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 56(5): 716-722. DOI: 10.1007/s00103-012-1660-7.
- Prütz, F; von der Lippe, E (2014): Hysterektomie. *GBE kompakt* 5(1): 1-11. URL: [https://www.rki.de/EN/Content/Health\\_Monitoring/Health\\_Reporting/GBEDownloadsK/2014\\_1\\_hysterectomy.pdf](https://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/Health_Reporting/GBEDownloadsK/2014_1_hysterectomy.pdf) [Download: PDF (450 KB, File does not meet accessibility standards.)] (abgerufen am: 29.03.2022).
- Radosa, JC; Radosa, CG; Kastl, C; Mavrova, R; Gabriel, L; Graber, S; et al. (2016): Der Einfluss des präoperativen Entscheidungsfindungsprozesses auf das postoperative Outcome nach Hysterektomie aufgrund benigner uteriner Pathologien. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 76(4): 383-389. DOI: 10.1055/s-0041-110396.
- RANZCOG [Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists] (2021): Australien clinical practice guideline for the diagnosis and management of endometriosis. Melbourne, AU: RANZCOG. ISBN: 978-0-6450141-0-5. URL: <https://rancog.edu.au/statements-guidelines> [Gynaecology > Reproductive Endocrinology > Endometriosis Clinical Practice Guideline] (abgerufen am: 04.04.2022).

- Resnicow, K; Abrahamse, P; Tocco, RS; Hawley, S; Griggs, J; Janz, N; et al. (2014): Development and psychometric properties of a brief measure of subjective decision quality for breast cancer treatment. *BMC: Medical Informatics and Decision Making* 14:110. DOI: 10.1186/s12911-014-0110-x.
- Rhodes, S; Greene, NR; Naveh-Benjamin, M (2019): Age-related differences in recall and recognition: a meta-analysis. *Psychonomic Bulletin and Review* 26(5): 1529-1547. DOI: 10.3758/s13423-019-01649-y.
- Riggan, KA; Stewart, EA; Balls-Berry, JE; Venable, S; Allyse, MA (2021): Patient Recommendations for Shared Decision-Making in Uterine Fibroid Treatment Decisions. *Journal of Patient Experience* 8: 1-8. DOI: 10.1177/23743735211049655.
- RKI [Robert Koch-Institut]; Hrsg. (2014): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie » Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI. ISBN: 978-3-89606-222-2. URL: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA12.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA12.pdf?__blob=publicationFile) (abgerufen am: 14.09.2022).
- RKI [Robert Koch-Institut]; GEKID [Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland]; Hrsg. (2021): Krebs in Deutschland für 2017/2018. 13. Ausgabe. Berlin: RKI. DOI: 10.25646/8353.
- RKI [Robert Koch-Institut] (2024): DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Stand: 07.02.2024. Berlin: RKI. URL: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_node.html) (abgerufen am: 08.05.2024).
- RKI [Robert Koch Institut]; Hrsg. (2020): Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI. DOI: 10.25646/6585.
- Rubin, HR; Pronovost, P; Diette, GB (2001): The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *International Journal for Quality in Health Care* 13(6): 469-474. DOI: 10.1093/intqhc/13.6.469.
- Salfelder, A; Lueken, RP; Gallinat, A; Bormann, C; Moeller, CP; Busche, D; et al. (2007): Hysterektomie als Standardeingriff in der Tagesklinik – ein Wagnis? Erfahrungen mit ambulanten Hysterektomien. *Frauenarzt* 48(10): 954-958.
- Schafer, JL; Graham, JW (2002): Missing Data: Our View of the State of the Art. *Psychological Methods* 7(2): 147-177. DOI: 10.1037/1082-989X.7.2.147.
- Scheibler, F; Pfaff, H (2003): Shared decision-making. Ein neues Konzept für Professionellen-Patienten-Interaktion. In; Hrsg.: *Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*. Weinheim [u. a.]: Juventa, 11-22. ISBN: 978-3-7799-1665-9.

- Scheuren, F (2004): What is a Survey? Alexandria, US-VA: ASA [American Statistical Association]. URL: [https://www.whatisasurvey.info/downloads/pamphlet\\_current.pdf](https://www.whatisasurvey.info/downloads/pamphlet_current.pdf) (abgerufen am: 08.11.2022).
- Schnell, R (1997): Nonresponse in Bevölkerungsumfragen. Ausmaß, Entwicklung und Ursachen. Wiesbaden: VS-Verlag. ISBN: 978-3-8100-1817-5.
- Schnell, R; Hill, PB; Esser, E (2018): Methoden der empirischen Sozialforschung. 11., überarbeitete Auflage. Berlin [u. a.]: De Gruyter Oldenbourg. ISBN: 978-3-11-057732-7.
- Schnell, R (2019): Survey-Interviews. Methoden standardisierter Befragungen. 2. Auflage. (Studienskripten zur Soziologie). Wiesbaden: Springer VS. ISBN: 978-3-531-19900-9.
- Seidman, MA; Oduyebo, T; Muto, MG; Crum, CP; Nucci, MR; Quade, BJ (2012): Peritoneal Dissemination Complicating Morcellation of Uterine Mesenchymal Neoplasms. *PLoS One* 7(11): e50058. DOI: 10.1371/journal.pone.0050058.
- Shin, E; Johnson, TP; Rao, K (2012): Survey Mode Effects on Data Quality: Comparison of Web and Mail Modes in a U.S. National Panel Survey. *Social Science Computer Review* 30(2): 212-228. DOI: 10.1177/0894439311404508.
- Stacey, D; Légaré, F; Lewis, K; Barry, MJ; Bennett, CL; Eden, KB; et al. (2017): Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4. Art. No. CD001431. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub5.
- Stang, A; Merrill, RM; Kuss, O (2011): Hysterektomien in Deutschland. Eine DRG-basierte nationenweite Analyse der Jahre 2005-2006. *Deutsches Ärzteblatt* 108(30): 508-514. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0508.
- Steine, S; Finset, A; Laerum, E (2001): A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. *Family Practice* 18(4): 410-418. DOI: 10.1093/fampra/18.4.410.
- Stiggebout, AM; Van der Weijden, T; De Wit, MP; Frosch, D; Légaré, F; Montori, VM; et al. (2012): Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ* 344: e256. DOI: 10.1136/bmj.e256.
- Tamussino, K; Kölbl, H; Geiss, I; Neunteufel, W (2016): Hysterektomie. *OAZ - Österreichische Ärztezeitung* 11: 20-23. URL: [http://aerztezeitung.at/wp-content/uploads/2016/06/State\\_Hysterektomie.pdf](http://aerztezeitung.at/wp-content/uploads/2016/06/State_Hysterektomie.pdf) (abgerufen am: 21.11.2022).
- Tanaka, LF; Schoffer, O; König, J; Weyer-Elberich, V; Blettner, M; Klug, SJ (2023): Changes in the probability of hysterectomy in the city of Mainz and Mainz-Bingen region, Germany. *BMC: Public Health* 23:84. DOI: 10.1186/s12889-022-14916-w.
- Thill, M; Hornemann, A; Fischer, D; Diedrich, K; Altgassen, C (2008): Vaginale und abdominale Hysterektomie. *Der Gynäkologe* 41(5): 328-336. DOI: 10.1007/s00129-008-2130-z.



- Thurston, J; Murji, A; Scattolon, S; Wolfman, W; Kives, S; Sanders, A; et al. (2019): SOGC Clinical Practice Guideline No. 377. Hysterectomy for Benign Gynaecologic Indications. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 41(4): 543–557. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.12.006.
- Tourangeau, R (2000): Remembering What Happened: Memory Errors and Survey Reports. Section 3. In: Stone, AA; Trukkan, JS; Bachrach, CA; Jobe, JB; Kurzman, HS; Cain, VS; Hrsg.: *The Science of Self-Report. Implications for Research and Practice*. New York, US-NY: Psychology Press, 29–47. ISBN: 978-0-8058-2991-4.
- Trizano-Hermosilla, I; Alvarado, JM (2016): Best Alternatives to Cronbach's Alpha Reliability in Realistic Conditions: Congeneric and Asymmetrical Measurements. *Frontiers in Psychology* 7: 769. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00769.
- Vilkins, AL; Sahara, M; Till, SR; Ceci, C; Howard, R; Griffith, KC; et al. (2019): Effects of Shared Decision Making on Opioid Prescribing After Hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology* 134(4): 823–833. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003468.
- Walendzik, A; Noweski, M; Pomorin, N; Wasem, J (2019): Belegärztliche Versorgung: Historie, Entwicklungsdeterminanten und Weiterentwicklungsoptionen. IBES Diskussionsbeitrag, No. 227. [Stand:] Mai 2019. Essen: Universität Duisburg-Essen, IBES [Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft]. URL: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/197997/1/1667279076.pdf> (abgerufen am: 18.11.2022).
- Wang, B; Chen, Y; Zhu, X; Wang, T; Li, M; Huang, Y; et al. (2022): Global burden and trends of pelvic organ prolapse associated with aging women: An observational trend study from 1990 to 2019. *Frontiers in Public Health* 10: 975829. DOI: 10.3389/fpubh.2022.975829.
- Weigold, A; Weigold, IK; Natera, SN (2018): Response Rates for Surveys Completed With Paper-and-Pencil and Computers: Using Meta-Analysis to Assess Equivalence. *Social Science Computer Review* 37(5): 649–668. DOI: 10.1177/0894439318783435.
- Whyte, S; Bray, L; Brumpton, M; Chan, HF; Peltz, TS; Tamar, M; et al. (2023): Factors impacting informed consent in cosmetic breast augmentation. *The Breast* 68: 225–232. DOI: 10.1016/j.breast.2023.02.007.
- Willis, GB (2005): *Cognitive Interviewing. A Tool to improve Questionnaire Design*. Thousand Oaks, US-CA: Sage. ISBN: 0-7619-2803-0.
- Willis, GB (2015): *Analysis of the Cognitive Interview in Questionnaire Design. (Understanding Qualitativ Research)*. Oxford, GB [u. a.]: Oxford University Press. ISBN: 978-0-19-995775-0.
- WWU Münster [Westfälische Wilhelms-Universität Münster], IfK [Institut für Kommunikationswissenschaft] ([2022]): DFG-Projekt „Kommunikative Mittel für eine barrierefreie Umfrageforschung“. Münster: WWU Münster. URL: <https://www.uni-muenster.de/Bfo-dfg/> (abgerufen am: 19.01.2023).

Zandstra, D; Busser, JAS; Aarts, JWM; Nieboer, TE (2017): Interventions to support shared decision-making for women with heavy menstrual bleeding: A systematic review. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 211: 156-163. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2017.02.026.

Zi [Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung] (2018): Top 20 Diagnosen bei Frauen in Hausarzt- bzw. gynäkologischen Praxen. Berlin: Zi. [unveröffentlicht, auf Nachfrage vom Zi zugesandt].

# 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](mailto:info@iqtig.org)

[iqtig.org](http://iqtig.org)



# Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Hysterektomie*

## Anhang zum Abschlussbericht

# Informationen zum Bericht

## BERICHTSDATEN

---

### **Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Hysterektomie. Anhang zum Abschlussbericht**

Ansprechperson Dr. André Dingelstedt

Datum der Abgabe 15. Mai 2024

## AUFTRAGSDATEN

---

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht

Datum des Auftrags 18. März 2022

# Inhaltsverzeichnis

## **Anhang A: Literaturrecherche**

Anhang A.1: Recherchebericht

Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen

Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

Anhang A.2.2: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien

Anhang A.2.3: Evidenz- und Empfehlungsgrade der eingeschlossenen Leitlinien

Anhang A.2.4: Charakteristika und identifizierte Themen der Publikationen zu patientenrelevanten Themen

Anhang A.2.5: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur Versorgungssituation in Deutschland

Literatur

## **Anhang B: Fokusgruppen und Einzelinterviews**

Anhang B.1: Moderationsleitfäden

Anhang B.1.1: Fokusgruppen und digitale Einzelinterviews mit Patientinnen

Anhang B.1.2: Fokusgruppen mit Fachärztinnen und Fachärzten der Gynäkologie

Anhang B.2: Einschlusskriterien der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Anhang B.3: Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

## **Anhang C: Entwicklung des Qualitätsmodells und der Qualitätsmerkmale**

Anhang C.1: Synthese zu den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche

Anhang C.2: Synthese zu den Ergebnissen der Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews mit Patientinnen und Fachärztinnen und Fachärzten der Gynäkologie

Literatur

## **Anhang D: Expertengremium**

Anhang D.1: Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale zur Vorlage bei den Expertinnen und Experten

Anhang D.2: Dokumentation der Beratung zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen durch das Expertengremium

Anhang D.3: Dokumentation der Beratung zu den operationalisierten Items durch das Expertengremium

Anhang D.4: Übersicht über die teilnehmenden Expertinnen und Experten des  
Expertengremiums

**Anhang E: Anpassung der Qualitätsmerkmale und Beschreibung der Qualitätsmerkmale  
anhand der Eignungskriterien**

Anhang E.1: Übersicht der Anpassungen der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung

Anhang E.2: Beschreibung der final empfohlenen Qualitätsmerkmale der  
Patientenbefragung anhand der Eignungskriterien

Literatur

**Anhang F: Itementwicklung**

Anhang F.1: Übersicht über die recherchierten Fragebögen zur Hysterektomie  
(aus Patientensicht)

Anhang F.2: Übersicht über die operationalisierten Items

Literatur

**Anhang G: Kognitiver Pretest**

Anhang G.1: Fragebogen zur Durchführung des kognitiven Pretests

Anhang G.2: Auszug aus den Testleitfäden

Anhang G.2.1: Testleitfaden für die Pretest-Interviews in Präsenz (Testansatz 1)

Anhang G.2.2: Testleitfaden für die digital durchgeführten Pretest-Interviews  
(Testansatz 2)

Anhang G.3: Ausführliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen

Anhang G.4: Übersicht über die operationalisierten Items nach dem kognitiven Pretest

**Anhang H: Standard-Pretest**

Anhang H.1: Fragebogen zur Durchführung des Standard-Pretests

Anhang H.2: Darstellung der Häufigkeiten zu den inhaltlichen Items des Standard-  
Pretests

**Anhang I: Kognitiver Retest**

Anhang I.1: Auszug aus dem Testleitfaden

Anhang I.2: Ausführliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen

Anhang I.3: Übersicht über die angepassten Items nach dem kognitiven Retest

**Anhang J: Berechnung und Auswertung der Qualitätsindikatoren**

Anhang J.1: Darstellung des empfohlenen Qualitätsindikatorensets

Anhang J.2: Darstellung der Qualitätsindikatoren anhand der Eignungskriterien

Anhang J.3: Beispielhafte Darstellung von Ergebnismeldungen der  
Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Literatur

**Anhang K: Zielgruppendefinition über ICD- und OPS-Kodes**

Impressum



# Anhang A: Literaturrecherche

## Inhaltsverzeichnis

<b>Anhang A.1: Recherchebericht .....</b>	<b>3</b>
1 Ziel der Literaturrecherche.....	3
1.1 Zielsetzung der Beauftragung .....	3
1.2 Präzisierung der Fragestellungen.....	3
2 Informationsbeschaffung – Leitlinien.....	5
2.1 Recherche .....	5
2.2 Eingeschlossene Leitlinien.....	8
2.2.1 Leitlinienbewertung .....	9
2.2.2 Datenextraktion .....	11
2.3 Ausgeschlossene Leitlinien.....	11
3 Informationsbeschaffung – patientenrelevante Themen .....	16
3.1 Recherche .....	16
3.2 Eingeschlossene Publikationen zu patientenrelevanten Themen .....	24
3.2.1 Datenextraktion .....	25
3.3 Ausgeschlossene Publikationen zu patientenrelevanten Themen.....	25
4 Informationsbeschaffung – Versorgungssituation in Deutschland .....	31
4.1 Recherche .....	31
4.2 Eingeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation .....	40
4.2.1 Datenextraktion .....	40
4.3 Ausgeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation .....	41
<b>Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen .....</b>	<b>42</b>
Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien.....	42
Anhang A.2.2: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien .....	51
Anhang A.2.3: Evidenz- und Empfehlungsgrade der eingeschlossenen Leitlinien.....	61
Anhang A.2.4: Charakteristika und identifizierte Themen der Publikationen zu patientenrelevanten Themen .....	69

Anhang A.2.5: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur Versorgungssituation in Deutschland .....	75
Literatur .....	77

# Anhang A.1: Recherchebericht

## 1 Ziel der Literaturrecherche

### 1.1 Zielsetzung der Beauftragung

Die Literaturrecherche und -analyse unterstützt bei der Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen bei der Identifizierung und Beschreibung spezifischer Qualitätsmerkmale sowie der Prüfung und Darlegung von Potenzialen zur Verbesserung. Sie bildet gemeinsam mit den Erkenntnissen aus den Fokusgruppen die Grundlage für die Ableitung der Qualitätsaspekte sowie die Ableitung der Qualitätsmerkmale als Grundlage zur späteren Operationalisierung der Fragebogenitems und zur anschließenden Entwicklung der Qualitätsindikatoren. Außerdem dienen die Ergebnisse der Generierung von Themen für die Diskussionsleitfäden der Fokusgruppen.

### 1.2 Präzisierung der Fragestellungen

Ausgehend vom Ziel der Literaturrecherche erfolgte zunächst die Operationalisierung in strukturierte, recherchierbare Fragen für die systematische Recherche sowie eine Unterteilung der Informationsbeschaffungen:

#### 1. Informationsbeschaffung – Leitlinien

- Was sind die derzeit gültigen Standards für die Indikationsstellung einer stationär durchgeführten Hysterektomie bei benignen Erkrankungen?

#### 2. Informationsbeschaffung – patientenrelevante Themen

- Was berichten volljährige Patientinnen bezüglich patientenrelevanter Themen im Zuge einer Indikationsstellung einer stationär durchgeführten Hysterektomie bei benignen Erkrankungen?
- Was berichten Ärztinnen und Ärzte bezüglich patientenrelevanter Themen im Zuge einer Indikationsstellung einer stationär durchgeführten Hysterektomie bei benignen Erkrankungen?

#### 3. Informationsbeschaffung – Versorgungssituation in Deutschland

- Gibt es Anhaltspunkte auf mögliche Über-, Unter- und Fehlversorgung bzw. Qualitätsdefizite oder Qualitätspotenziale in Deutschland bezüglich einer Indikationsstellung einer stationär durchgeführten Hysterektomie bei benignen Erkrankungen?

Die recherchierbaren Fragestellungen für die systematischen Recherchen wurden dabei mithilfe des PICO-Schemas (Population, Intervention, Comparison, Outcome) definiert (Tabelle 1)

Tabelle 1: PICO-Schema

<b>P</b>	Volljährige Patientinnen (ab 18 Jahren) mit einer benignen Erkrankung
<b>I/C</b>	alle Arten einer durchgeführten/geplanten Hysterektomie, wie z. B. totale Hysterektomie oder subtotale Hysterektomie, vaginale Hysterektomie, abdominale Hysterektomie, laparoskopisch assistierte Hysterektomie, laparoskopisch assistierte suprazervikale Hysterektomie (LASH), roboterassistierte laparoskopische Hysterektomie u. ä.
<b>O</b>	Patientenrelevante und -beurteilbare Themen, die Aufschluss über den Prozess der Indikation einer Hysterektomie geben können

Passend zur Art der geplanten Evidenzaufbereitung wurden vorab für alle Fragestellungen

- die inhaltlichen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Population, Indikation, Intervention, Endpunkte),
- die methodisch-formalen Ein- und Ausschlusskriterien (z. B. Studien- bzw. Leitlinientyp) sowie
- die Datenquellen (z. B. bibliographische Datenbanken wie MEDLINE/Embase, Leitliniendatenbanken)

definiert.

## 2 Informationsbeschaffung – Leitlinien

Um die aktuell empfohlenen Standards für die Indikationsstellung einer stationär durchgeführten Hysterektomie bei benignen Erkrankungen zu identifizieren, sollte eine Recherche nach deutschen und internationalen Leitlinien durchgeführt werden.

### 2.1 Recherche

Es erfolgte eine systematische Recherche nach themenspezifischen Leitlinien in den gängigen Leitliniendatenbanken sowie bei fachübergreifenden bzw. fachspezifischen Leitlinienanbietern. In Tabelle 2 sind die a priori definierten Einschlusskriterien, die dem Screening der Leitlinien zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Leitlinien

	<b>Einschluss</b>
E1	Die Publikation ist eine Leitlinie und als Vollpublikation verfügbar.
E2	Die Publikationssprache der gesamten Leitlinie ist Deutsch oder Englisch.
E3	Die Leitlinie ist aktuell und gültig (Publikationsdatum bzw. letzte Überprüfung ab 1. März 2018).
E4	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E5	Die Leitlinie gibt eindeutig identifizierbare Empfehlungen und ist evidenzbasiert (mindestens S2e oder äquivalent).
E6	Die Leitlinie ist aus Deutschland oder aus Ländern der OECD*.
E7	Die Leitlinie enthält Empfehlungen zum Prozess der Indikationsstellung für eine Hysterektomie.
E8	<p>Die Leitlinie enthält krankheitsspezifische Empfehlungen, aus denen bezogen auf eine Hysterektomie Empfehlungen ableitbar sind.</p> <p>Die Leitlinie enthält Empfehlungen zum Prozess der Indikationsstellung für eine Hysterektomie, zur Durchführung einer Hysterektomie und zur Nachsorge, deren Umsetzung potentiell durch Patientinnen beurteilbar ist.</p> <p>Spezifische Themen z. B:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienteninformationen, Art der Kommunikation, Aufklärung bezüglich: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Behandlungsergebnisse: Risiken und Nebenwirkungen, Symptombelastung</li> <li>▫ gesundheitsbezogene Lebensqualität, psychisches Wohlbefinden, Nachsorge</li> <li>▫ Behandlungsalternativen, Folgen bei Verzicht auf Behandlung</li> <li>▫ Verständlichkeit und individueller Zuschnitt der erhaltenen Information</li> <li>▫ Umgang mit den Patientinnen</li> </ul> </li> </ul>

	<b>Einschluss</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entscheidungskompetenz von Patientinnen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ partizipative Entscheidungsfindung</li> <li>▫ Hinweis auf die Möglichkeit zum Einholen einer Zweitmeinung</li> </ul> </li> </ul> <p>Allgemeine Empfehlungen zu Pharmazeutika sind nicht zu berücksichtigen.</p>

\* Als Grundlage für die Entscheidung, welche internationalen Leitlinien eingeschlossen werden sollen, wurden die Mitgliedsstaaten der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) herangezogen (OECD 2021: 23). Nur Leitlinien aus Industrienationen, die wie Deutschland zu den Mitgliedstaaten der OECD gehören, wurden berücksichtigt.

Die Recherche wurde national und international bei folgenden Leitliniendatenbanken bzw. fachübergreifenden und fachspezifischen Leitlinienanbietern durchgeführt:

### **Deutschland**

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF): <http://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html>
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): <https://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/TE/index.html>
- Bundesärztekammer (BÄK): <https://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/leitlinien/>
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM): <https://www.degam.de/degam-leitlinien-379>
- Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL): <https://www.leitlinien.de>

### **International**

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline>
- Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE): <https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports>
- British Columbia Guidelines (BC): <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines>
- Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK): <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards.html>
- Canadian Medical Association (CMA): <https://www.cma.ca/En/Pages/clinical-practice-guidelines.aspx>
- European Society of Gynaecological Oncology (ESGO): <https://www.esgo.org/explore/guidelines/>
- Finnish Medical Society Duodecim: <https://www.kaypahoito.fi/en/guidelines>
- Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH): <https://www.guidelines.fmh.ch/index.cfm>

- Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG): <https://www.sggg.ch/fachthemen/guidelines/> und <https://www.sggg.ch/fachthemen/leitlinien-sggg-dggg-oeggg/>
- Haute Autorité de Santé (HAS): [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2036961/en/best-practice-guidelines](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2036961/en/best-practice-guidelines)
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI): <https://www.icsi.org/guideline/>
- Ministry of Health New Zealand (NZ): <https://www.health.govt.nz/publications>
- National Health and Medical Research Council (NHMRC), Australian Government: <https://www.nhmrc.gov.au/guidelines#>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): <https://www.nice.org.uk/Guidance>
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG): <https://ranzcog.edu.au/statements-guidelines>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/>
- Toward Optimized Practice (TOP): <https://actt.albertadoctors.org/CPGs>
- Trip database: <https://www.tripdatabase.com/>
- Turning Research Into Practice (Trip) Medical Database: <https://www.tripdatabase.com/>
- World Health Organisation (WHO): <https://www.who.int/publications/who-guidelines>

Die einzelnen Suchstrategien wurden dem Aufbau der jeweiligen Website angepasst. So bieten sowohl Leitliniendatenbanken als auch einige fachübergreifende und fachspezifische Leitlinienanbieter die Möglichkeit der Suche nach Schlagwörtern bzw. eine Freitextsuche an. Bei Anbietern, bei denen keine Schlagwort- bzw. Freitextsuche möglich war, erfolgte die Identifizierung von Leitlinien über die Navigation, die Sitemap oder durch eine Suche nach „Leitlinie“ bzw. „guideline“ über die Suchfunktion der Website. Somit wurde in der Regel die gesamte Liste der veröffentlichten Leitlinien durchgesehen.

Folgende Suchstrategien wurden für die Leitliniendatenbanken verwendet:

- AWMF: alle aktuellen S2-, S2e- und S3-Leitlinien
- Trip database: hysterectom\*
- CMA: hysterectom\*

Die Recherchen erfolgten vom 15.–17.03.2022.

Die Titel der Leitlinien wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegte Frage überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen einer Leitlinie wurden diskutiert und für den Fall einer fehlenden Einigung wurde die Leitlinie für das Volltext-Screening eingeschlossen.

Die Volltexte der ausgewählten Leitlinien wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (siehe Tabelle 2) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine

Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Leitlinien (Abschnitt 2.3).

Eine Übersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Leitlinien bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 1).

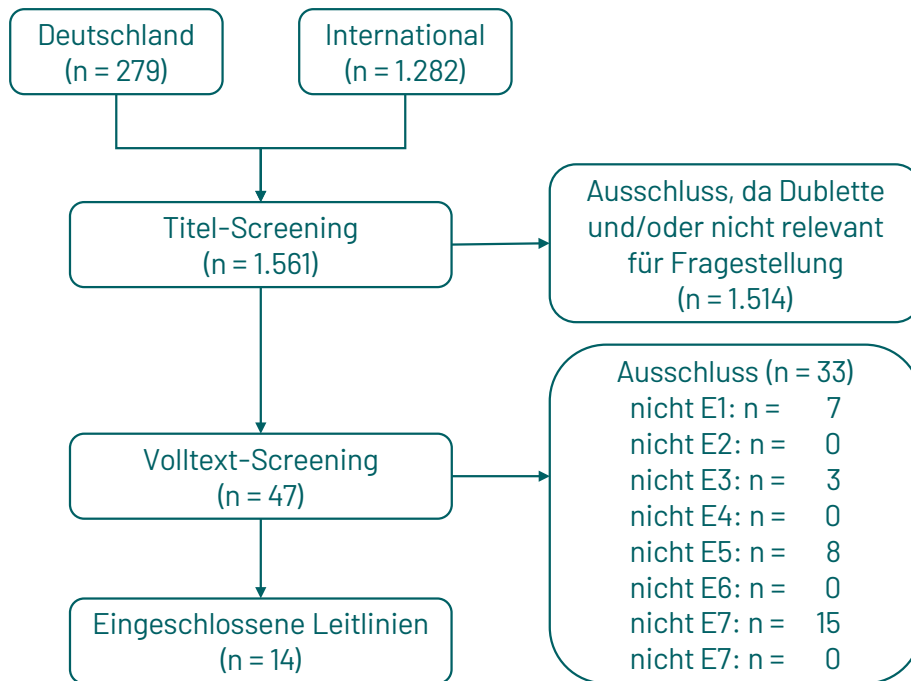


Abbildung 1: Flussdiagramm der Recherche nach Leitlinien

## 2.2 Eingeschlossene Leitlinien

Nach dem Volltext-Screening wurden 14 Leitlinien eingeschlossen (Tabelle 3).

Tabelle 3: Eingeschlossene Leitlinien

	Leitlinie	Referenz
1	ACOG Practice Bulletin No. 114. Management of Endometriosis	ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2010 [Reaffirmed 2020])
2	ACOG Practice Bulletin No. 136. Management of Abnormal Uterine Bleeding Associated with Ovulatory Dysfunction	ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2013 [Reaffirmed 2019])
3	ACOG Practice Bulletin No. 228. Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas	ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2021)



	<b>Leitlinie</b>	<b>Referenz</b>
4	ACOG Practice Bulletin No. 183. Postpartum Hemorrhage	ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics/AUGS (2017 [Reaffirmed 2019])
5	ACOG Practice Bulletin No. 214. Pelvic Organ Prolapse	ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology/AUGS (2019 [Reaffirmed 2021])
6	SOGC Clinical Practice Guideline No. 390. Classification and Management of Endometrial Hyperplasia	Auclair et al. (2019)
7	SOGC Clinical Practice Guideline No. 163. Gynaecological and Obstetric Management of Women With Inherited Bleeding Disorders	Demers et al. (2018)
8	Endometriosis. Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology	ESHRE Endometriosis Guideline Development Group (2022)
9	SOGC Clinical Practice Guideline No. 238. Supracervical Hysterectomy	Kives und Lefebvre (2018)
10	SOGC Clinical Practice Guideline No. 109. Hysterectomy	Lefebvre et al. (2018)
11	NICE National Guideline NG123. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management	NICE (2019)
12	NICE National Guideline NG88. Heavy menstrual bleeding: assessment and management	NICE (2021)
13	Australien clinical practice guideline for the diagnosis and management of endometriosis	RANZCOG (2021)
14	SOGC Clinical Practice Guideline No. 377. Hysterectomy for Benign Gynaecologic Indications	Thurston et al. (2019)

### 2.2.1 Leitlinienbewertung

Für eine kritische Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien wurde das AGREE-II-Instrument herangezogen (AGREE Next Steps Consortium 2017). Es besteht aus 23 Items, die sechs Domänen zugeordnet sind; welche die Qualität einer Leitlinie bestimmen:

- Domäne 1: Scope and Purpose
- Domäne 2: Stakeholder Involvement
- Domäne 3: Rigour of Development
- Domäne 4: Clarity of Presentation
- Domäne 5: Applicability
- Domäne 6: Editorial Independence

Daran angelehnt wurden die Leitlinien von zwei Personen unabhängig voneinander bewertet und basierend auf den Methodischen Grundlagen des IQTIG auf die Domänen 2, 3 und 6 begrenzt (IQTIG

2022). Die entsprechenden Items wurden auf einer Punkteskala von 1 (Strongly Disagree) bis 7 (Strongly Agree) bewertet. Bei Unstimmigkeiten von mehr als zwei Punkten wurde das Item von den bewertenden Personen diskutiert und ein finaler Konsens herbeigeführt. Daraus wurde ein standardisierter Wert je Domäne errechnet, der dem prozentualen Anteil an der maximal erreichbaren Punktzahl je Domäne darstellt.

Damit deuten hohe standardisierte Domänenwerte auf eine hohe Qualität der Leitlinie hin und niedrige standardisierte Domänenwerte weisen auf eine geringe Qualität der Leitlinie hin. Die standardisierten Domänenwerte ermöglichen es, die verschiedenen Leitlinien hinsichtlich ihrer methodischen Qualität untereinander zu vergleichen.

Tabelle 4 stellt die AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien für die drei ausgewählten Domänen in Form der standardisierten Domänenwerte dar.

Tabelle 4: AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien

Leitlinie	Domäne 2	Domäne 3	Domäne 6
ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2010 [Reaffirmed 2020])	19 %	27 %	0 %
ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2013 [Reaffirmed 2019])	17 %	26 %	0 %
ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2021)	14 %	27 %	13 %
ACOG Committee on Practice Bulletins–Obstetrics/AUGS (2017 [Reaffirmed 2019])	22 %	25 %	0 %
ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology/AUGS (2019 [Reaffirmed 2021])	14 %	27 %	13 %
Auclair et al. (2019)	33 %	31 %	8 %
Demers et al. (2018)	14 %	21 %	0 %
ESHRE Endometriosis Guideline Development Group (2022)	64 %	74 %	67 %
Kives und Lefebvre (2018)	19 %	21 %	4 %
Lefebvre et al. (2018)	14 %	23 %	4 %
NICE (2019)	75 %	77 %	75 %
NICE (2021)	81 %	80 %	88 %
RANZCOG (2021)	64 %	76 %	88 %
Thurston et al. (2019)	33 %	28 %	33 %

### 2.2.2 Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien wurde von einer Person durchgeführt und von einer weiteren stichprobenartig überprüft. Die Datenextraktion umfasste zum einen die Leitliniencharakteristika (Anhang A.2.1) und zum anderen die relevanten Empfehlungen mit ihren Evidenz- und Empfehlungsstärken je abgeleitetem Qualitätsmerkmal (Anhang A.2.2).

### 2.3 Ausgeschlossene Leitlinien

Folgende im Volltext überprüfte Leitlinien wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe siehe Tabelle 2):

#### Nicht E1

1. ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologist], Committee on Adolescent Health Care (2018): ACOG Committee Opinion No. 760. Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. *Obstetrics & Gynecology* 132(6): e249–e258. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002978.
2. ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologist], Committee on Adolescent Health Care (2019): ACOG Committee Opinion No. 779. Management of Acute Obstructive Uterovaginal Anomalies. *Obstetrics & Gynecology* 133(6): e363–e371. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003281.
3. ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologist], Committee on Adolescent Health Care (2019): ACOG Committee Opinion No. 785. Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding. *Obstetrics & Gynecology* 134(3): e71–e83. DOI: 10.1097/aog.0000000000003411.
4. ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologist], Committee on Gynecologic Practice; SGS [Society of Gynecologic Surgeons] (2020): ACOG Committee Opinion No. 810. Robot-Assisted Surgery for Noncancerous Gynecologic Conditions. *Obstetrics & Gynecology* 136(3): e22–e30. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004048.
5. ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologist], Committee on Gynecologic Practice (2021): ACOG Committee Opinion No. 822. Uterine Morcellation for Presumed Leiomyomas. *Obstetrics & Gynecology* 137(3): e63–e74. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004291.
6. RCOG [Royal College of Obstetricians and Gynaecologists] (2019): RCOG Consent Advice No. 13. Morcellation for Myomectomy or Hysterectomy. [Stand:] October 2019. [London, GB]: RCOG [u. a.]. URL: <https://www.rcog.org.uk/media/2j3cjksd/consent-advice-no-13-morcellation-myomectomy-hysterectomy-1.pdf> (abgerufen am: 05.04.2022).

7. SOGC [Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada] (2017): Don't offer hysterectomy to women with asymptomatic fibroids on the basis of risk malignancy. Number 9. In: Canada, CW: *Obstetrics and Gynaecology. Ten Things Physicians and Patients Should Question*. Last updated: June 2017. [Toronto, CA-ON]: Choosing Wisely Canada. URL: <https://choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/2017/08/obstetrics-gynaecology.pdf> (abgerufen am: 31.03.2022).

### Nicht E3

1. AHMAC [Australian Health Ministers' Advisory Council] (2015): National Elective Surgery Urgency Categorisation. Guideline–April 2015. Endorsed: April 2015. Melbourne, AU [u. a.]: RANZCOG [Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists] [u. a.]. URL: <https://ranzcof.edu.au/statements-guidelines/gynaecology/national-elective-surgery-urgency-categorisation-g> (abgerufen am: 01.04.2022).
2. Baeßler, K; Aigmüller, T; Albrich, S; Anthuber, C; Finas, D; Fink, T; et al. (2016): AWMF-Registernummer 015-006. S2e-Leitlinie: Diagnostik und Therapie des weiblichen Descensus genitalis [Langfassung]. Version 1.1. Stand: 16.04.2016. Berlin [u. a.]: DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] [u. a.]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/015-006l\\_S2e\\_Descensus\\_genitalis-Diagnostik-Therapie\\_2016-11-abgelaufen.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-006l_S2e_Descensus_genitalis-Diagnostik-Therapie_2016-11-abgelaufen.pdf) (abgerufen am: 30.03.2022).
3. RANZCOG [Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists], Woman's Health Committee (2017): Managing the adnexae at the time of hysterectomy for benign gynaecological disease. First endorsed: July 2009, reviewed: July 2017. (C-Gyn 25). [Melbourne, AU]: RANZCOG. URL: <https://ranzcof.edu.au/statements-guidelines> [Gynaecology > Gynaecological Surgery / Procedures > Gynaecological examinations and procedures (Guidelines) (C-Gyn 30)] (abgerufen am: 04.04.2022).

### Nicht E5

1. Burghaus, S; Schäfer, S; Ullrich, UA; Beckmann, M; Brandes, I; Brünahl, C; et al. (2020): AWMF-Registernummer 015-045. S2k-Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Endometriose [Langfassung]. Version 1.0. Stand: August 2020, © 2018. Berlin [u. a.]: DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] [u. a.]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/015-045l\\_S2k\\_Diagnostik\\_Therapie\\_Endometriose\\_2020-09.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-045l_S2k_Diagnostik_Therapie_Endometriose_2020-09.pdf) (abgerufen am: 04.04.2022).
2. New Zealand Government, Ministry of Health (2020): Diagnosis and Management of Endometriosis in New Zealand. Published online: 02.03.2020. Wellington, NZ: Ministry of Health. ISBN: 978-1-98-859772-0 URL: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/diagnosis-and-management-of-endometriosis-in-new-zealand-mar2020-apr21-update.docx> (abgerufen am: 01.04.2022).

3. Oppelt, P; Binder, H; Birraux, J; Brucker, S; Draths, R; Eckoldt, F; et al. (2020): AWMF-Registernummer 015-052. S2k-Leitlinie: Weibliche genitale Fehlbildungen [*Langfassung*]. Version 1.0. Stand: März 2020, © 2018. Berlin [u. a.]: DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] [u. a.]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/015-052l\\_S1\\_Weibliche\\_genitale\\_Fehlbildungen\\_2020-06.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-052l_S1_Weibliche_genitale_Fehlbildungen_2020-06.pdf) (abgerufen am: 04.04.2022).
4. RANZCOG [Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists], Woman's Health Committee (2018): Fibroids in infertility. First endorsed: March 2011, reviewed: March 2018. (C-Gyn 27). [Melbourne, AU]: RANZCOG. URL: <https://ranzcoq.edu.au/statements-guidelines> [Gynaecology > Reproductive Endocrinology > Fibroids in Infertility (C-GYN 27)] (abgerufen am: 04.04.2022).
5. RANZCOG [Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists], Women's Health Committee (2019): Tamoxifen and the endometrium. First endorsed: May 1996, reviewed: July 2019. (C-Gyn 12). [Melbourne, AU]: RANZCOG. URL: <https://ranzcoq.edu.au/statements-guidelines> [Gynaecology > Menopause > Tamoxifen and the Endometrium (C-Gyn 12)] (abgerufen am: 04.04.2022).
6. RANZCOG [Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists], Woman's Health Committee (2020): Gynaecological examinations and procedures. First endorsed: November 2004, reviewed: July 2020. (C-Gyn 30). [Melbourne, AU]: RANZCOG. URL: <https://ranzcoq.edu.au/statements-guidelines> [Gynaecology > Gynaecological Surgery / Procedures > Gynaecological examinations and procedures (Guidelines) (C-Gyn 30)] (abgerufen am: 04.04.2022).
7. RANZCOG [Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists], Woman's Health Committee (2021): Investigation of intermenstrual and postcoital bleeding. First endorsed: September 1995, reviewed: July 2021. (C-Gyn 06). [Melbourne, AU]: RANZCOG. URL: <https://ranzcoq.edu.au/statements-guidelines> [Gynaecology > Menstrual Disorder > Investigation of Intermenstrual and Postcoital Bleeding (C-Gyn 06)] (abgerufen am: 04.04.2022).
8. Working group of ESGE, ESHRE and WES; Keckstein, J; Becker, CM; Canis, M; Feki, A; Grimbizis, GF; et al. (2019): Recommendations for the surgical treatment of endometriosis. Part 2: deep endometriosis. *Facts, Views & Vision in Obgyn* 11(2): 269-297. URL: <https://fvvo.eu/assets/807/FVVinObGyn-11-269.pdf> (abgerufen am: 05.04.2022).

**Nicht E7**

1. ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2007 [Reaffirmed 2019]): ACOG Practice Bulletin No. 81. Endometrial Ablation. *Obstetrics & Gynecology* 109(5): 1233–1248. DOI: 10.1097/01.AOG.0000263898.22544.cd.
2. ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2010 [Reaffirmed 2020]): ACOG Practice Bulletin No. 110. Noncontraceptive Uses of Hormonal Contraceptives. *Obstetrics & Gynecology* 115(1): 206–218. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181cb50b5.
3. ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2012 [Reaffirmed 2021]): ACOG Practice Bulletin No. 128. Diagnosis of Abnormal Uterine Bleeding in Reproductive–Aged Women. *Obstetrics & Gynecology* 120(1): 197–206. DOI: 10.1097/AOG.0b013e318262e320.
4. ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology; AUGS [American Urogynecologic Society] (2015 [Reaffirmed 2019]): ACOG Practice Bulletin No. 155. Urinary Incontinence in Women. *Obstetrics & Gynecology* 126(5): e66–e81. DOI: 10.1097/aog.0000000000001148.
5. ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2020): ACOG Practice Bulletin No. 218. Chronic Pelvic Pain. *Obstetrics & Gynecology* 135(3): e98–e109. DOI: 10.1097/aog.00000000000003716.
6. Altman, AD; Robert, M; Armbrust, R; Fawcett, WJ; Nihira, M; Jones, CN; et al. (2020): Guidelines for vulvar and vaginal surgery: Enhanced Recovery After Surgery Society recommendations. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 223(4): 475–485. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.07.039.
7. Burkhard, FC; Bosch, JLHR; Cruz, F; Lemack, GE; Nambiar, AK; Thiruchelvam, N; et al. (2020): EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults [Full Guideline]. Arnhem, NL: EAU [European Association of Urology]. URL: <https://d56bochluxecloudfront.net/media/EAU-Guidelines-on-Urinary-Incontinence-2020.pdf> (abgerufen am: 04.04.2020).
8. Engeler, D; Baranowski, AP; Berghmans, B; Birch, J; Borovicka, J; Cottrell, AM; et al. (2022): EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain [Full Guideline]. [Stand:] March 2022. Arnhem, NL: EAU [European Association of Urology]. URL: [https://d56bochluxecloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Chronic-Pelvic-Pain-2022\\_2022-03-29-084111\\_kpbq.pdf](https://d56bochluxecloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Chronic-Pelvic-Pain-2022_2022-03-29-084111_kpbq.pdf) (abgerufen am: 05.04.2020).
9. Kitrey, ND; Campos–Juanatey, F; Hallscheidt, P; Serafetinidis, E; Sharma, DM; Waterloos, M (2022): EAU Guidelines on Urological Trauma [Full Guideline]. [Stand:] March 2022. Arnhem, NL: EAU [European Association of Urology]. URL: [https://d56bochluxecloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Urological-Trauma-2022\\_2022-03-24-104100\\_fwda.pdf](https://d56bochluxecloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Urological-Trauma-2022_2022-03-24-104100_fwda.pdf) (abgerufen am: 05.04.2020).

10. Laberge, PY; Murji, A; Vilos, GA; Allaire, C; Leyland, N; Singh, SS (2019): SOGC Clinical Practice Guideline No. 389. Medical Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas - An Addendum. *JOGC - Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 41(10): 1521-1524. DOI: 10.1016/j.jogc.2019.01.010.
11. NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence] (2021): NICE National Guideline NG210. Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management [*Guidance*]. Published: 09.12.2021, © 2022. [Manchester, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-4364-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng210/resources/pelvic-floor-dysfunction-prevention-and-nonsurgical-management-pdf-66143768482501> (abgerufen am: 05.04.2022).
12. Ortmann, O; Albring, C; Baum, E; Beckermann, M; Bühling, K; Emons, G; et al. (2020): AWMF-Registernummer 015-062. S3-Leitlinie: Peri- und Postmenopause - Diagnostik und Interventionen [*Langfassung*]. Version 1.1. Stand: Januar 2020 inkl. Addendum (September 2020), © 2018. Berlin [u. a.]: DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] [u. a.]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/015-062I\\_S3-HT-Peri-Postmenopause-Diagnostik-Interventionen\\_2021-01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-062I_S3-HT-Peri-Postmenopause-Diagnostik-Interventionen_2021-01.pdf) (abgerufen am: 30.03.2022).
13. Singh, S; Best, C; Dunn, S; Leyland, N; Wolfman, WL (2018): SOGC Clinical Practice Guideline No. 292. Abnormal Uterine Bleeding in Pre-Menopausal Women. *JOGC - Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 40(5): e391-e415. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.03.007.
14. Stute, P; Kiesel, L; Bauersachs, R; Beyer-Westendorf, J; Buchholz, T; Bühling, K; et al. (2020): AWMF-Registernummer 015-015. S3-Leitlinie: Hormonelle Empfängnisverhütung [*Langfassung*]. Version 1.2. Stand: September 2020, © 2018. Berlin [u. a.]: DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] [u. a.]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/015-015I\\_S3-Hormonelle\\_Empfaengnisverhuetung\\_2020-09.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-015I_S3-Hormonelle_Empfaengnisverhuetung_2020-09.pdf) (abgerufen am: 30.03.2022).
15. Wolfman, W; Thurston, J; Yeung, G; Glanc, P (2020): SOGC Clinical Practice Guideline No. 404. Initial Investigation and Management of Benign Ovarian Masses. *JOGC - Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 42(8): 1040-1050.e1. DOI: 10.1016/j.jogc.2020.01.014.

**Nicht E2, E4, E6, E8**

Keine

## 3 Informationsbeschaffung – patientenrelevante Themen

Um für die Generierung der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale ein möglichst umfassendes Bild zur Patientenperspektive bzw. zu patientenrelevanten und -beurteilbaren Themen zu erhalten, sollten sowohl systematische Übersichtsarbeiten als auch Primärliteratur systematisch recherchiert werden.

### 3.1 Recherche

In Tabelle 5 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening der Publikationen zu patientenrelevanten Themen zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 5: Einschlusskriterien für Publikationen zu patientenrelevanten Themen

	<b>Einschluss</b>
E1	Der Volltext der Publikation ist erhältlich.
E2	Die Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch.
E3	Die Publikation wurde ab dem 1. März 2013 publiziert.
E4	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E5	Die Referenz ist ein Review, dessen Erkenntnisse auf einer systematischen Recherche/Screening beruhen oder eine Primärliteratur (qualitative oder quantitative Primärstudie oder Sekundärdatenanalyse)  Somit werden andere Publikationstypen, wie z. B. Narrative Reviews, Editorials, Konferenzabstracts, Fallberichte, Fallserien ausgeschlossen.
E6	Der Artikel adressiert die Versorgung von Patientinnen aus Deutschland oder aus Ländern der OECD*.  Dabei ist die Mehrheit der eingeschlossenen Studien bzw. eingeschlossenen Patientinnen aus den o. g. Ländern, wenn Ergebnisse nicht länderspezifisch aufgeführt sind.
E7	Volljährige Patientinnen (ab 18 Jahren), bei denen infolge einer benignen Erkrankung eine Hysterektomie stationär durchgeführt werden soll bzw. bereits eine Hysterektomie durchgeführt wurde.  Dabei werden alle Arten einer Hysterektomie berücksichtigt, wie z. B. totale Hysterektomie oder subtotale Hysterektomie, vaginale Hysterektomie, abdominale Hysterektomie, laparoskopisch assistierte Hysterektomie, laparoskopisch assistierte suprazervikale Hysterektomie (LASH), roboterassistierte laparoskopische Hysterektomie u. ä.  Dabei soll die Mehrheit der eingeschlossenen Patientinnen eine Hysterektomie erhalten (haben), wenn die Ergebnisse nicht separat für die Hysterektomie dargestellt sind.  Publikationen, bei denen an der Versorgung beteiligte Akteure, z. B. Ärztinnen und Ärzte ihre Erfahrungen zum Prozess der Indikationsstellung berichten, werden ebenfalls eingeschlossen.



	<b>Einschluss</b>
E8	<p>Fokus der Publikation liegt auf patientenrelevanten und potentiell patientenbeurteilbaren Themen, die im Zusammenhang mit dem Prozess einer Indikationsstellung bei einer stationär durchgeführten Hysterektomie stehen.</p> <p>Mögliche spezifische Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienteninformationen</li> <li>▪ Art der Kommunikation</li> <li>▪ Aufklärung</li> <li>▪ Entscheidungskompetenz von Patientinnen</li> <li>▪ Effektivitätsstudien werden dann eingeschlossen, wenn Ergebnisse über eine spezifische Intervention hinaus generalisierbar sind und/oder konkrete Empfehlungen für die Versorgung ableitbar sind.</li> </ul>

\* Als Grundlage für die Entscheidung, welche internationalen Publikationen eingeschlossen werden sollen, wurden die Mitgliedsstaaten der Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) herangezogen (OECD 2021: 23). Nur Publikationen aus Industrienationen, die wie Deutschland zu den Mitgliedstaaten der OECD gehören, wurden berücksichtigt.

Die Literaturrecherche nach Publikationen zu patientenrelevanten Themen wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- MEDLINE via Ovid
- APA PsycInfo via Ovid
- Embase via Elsevier
- CINAHL via EBSCO
- Cochrane via Wiley

Ausgehend vom PICO-Schema und des vorab vorliegenden Testsets aus relevanten Publikationen (n = 5) wurden die geeigneten Suchbegriffe abgeleitet. Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank MEDLINE entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Die Suchstrategie bestand aus zwei Blöcken: ein Rechercheblock für die Population/Intervention (Patientinnen mit Hysterektomie) und ein Rechercheblock für patientenrelevante und -beurteilbare Themen.

Bei der systematischen Suche konnten keine Publikationen aus dem Testset identifiziert werden, was daran lag, dass die Publikationen aus dem Testset älter waren (Primärliteratur vor 2013 publiziert).

Folgende Limitationen wurden, falls in der jeweiligen Datenbank möglich, bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationen ab 2013
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 6 bis Tabelle 10).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 31. März 2022.

**Suchstrategie für MEDLINE via Ovid**

Tabelle 6: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (patientenrelevante Themen); Datum der Recherche: 31.03.2022

#	Searches
1	exp Hysterectomy/
2	hysterectom*.ti,ab.
3	((remov* or extirp*) adj3 uter*).ti,ab.
4	1 or 2 or 3
5	Health Knowledge, Attitudes, Practice/ or Patient Acceptance of Health Care/ or Attitude to Health/ or Attitude of Health Personnel/
6	Patient Participation/ or Patient Education as Topic/
7	exp Patient Satisfaction/
8	Patient Reported Outcome Measures/
9	Physician-Patient Relations/ or Professional-Patient Relations/ or Needs Assessment/
10	Decision making/ or Decision Making, Shared/ or Choice Behavior/
11	Focus Groups/ or narration/ or exp Qualitative Research/ or Interviews as Topic/
12	exp "Surveys and Questionnaires"/
13	((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or indepth or "face-to-face" or structured or guide) adj3 (interview* or discussion* or questionnaire*)) or (focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant")).ti,ab.
14	((patient? or wom?n* or female?) adj3 (experienc* or view? or opinion? or percept* or perceive? or perspect* or attitude? or belief? or believ* or choice* or prefere* or oriented or particip* or satisf* or desire* or wish* or involv* or report* or respon* or decision*)).ti,ab.
15	5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14
16	4 and 15
17	limit 16 to (congress or case reports or comment or editorial or letter)
18	16 not 17
19	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)

#	Searches
20	18 not 19
21	limit 20 to (english or german)
22	limit 21 to yr = "2013 -Current"

**Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid**

Tabelle 7: Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid (patientenrelevante Themen); Datum der Recherche: 31.03.2022

#	Searches
1	exp Hysterectomy/
2	hysterectom*.ti,ab.
3	((remov* or extirp*) adj3 uter*).ti,ab.
4	1 or 2 or 3
5	Attitudes/ or Health Knowledge/ or exp client attitudes/ or Health Personnel Attitudes/ or Health Attitudes/
6	client education/ or client participation/ or client satisfaction/
7	patient reported outcome measures/ or Self-Report/
8	exp therapeutic processes/ or needs assessment/
9	exp decision making/ or exp choice behavior/
10	((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or indepth or "face-to-face" or structured or guide or guides) adj3 (interview* or discussion* or questionnaire*)).ti,ab,id.
11	(focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant").ti,ab,id.
12	(exp qualitative methods/ or exp interviews/ or exp group discussion/ or qualitative study.md.) not "Literature Review".md.
13	exp surveys/ or exp questionnaires/
14	((patient? or wom?n* or female?) adj3 (experienc* or view? or opinion? or percept* or perceive? or perspect* or attitude? or belief? or believ* or choice* or prefere* or oriented or particip* or satisf* or desire* or wish* or involv* or report* or respon* or decision*)).ti,ab.
15	5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14
16	4 and 15
17	limit 16 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial or letter)
18	case report/
19	17 or 18

#	Searches
20	16 not 19
21	limit 20 to (english or german)
22	limit 21 to yr = "2013 -Current"

**Suchstrategie für Embase via Elsevier**

Tabelle 8: Suchstrategie für Embase via Elsevier (patientenrelevante Themen); Datum der Recherche: 31.03.2022

No.	Searches
#1	'hysterectomy'/exp
#2	hysterectom*:ti,ab
#3	((remov* OR extirp*) NEAR/3 uter*):ti,ab
#4	#1 OR #2 OR #3
#5	'attitude to health'/de OR 'patient attitude'/de OR 'health personnel attitude'/de OR 'physician attitude'/de
#6	'patient participation'/de OR 'patient preference'/de OR 'patient satisfaction'/de
#7	'patient education'/de OR 'preoperative education'/de
#8	'patient-reported outcome'/de OR 'self report'/de
#9	'doctor patient relationship'/de OR 'professional-patient relationship'/de OR 'needs assessment'/de
#10	'decision making'/de OR 'patient decision making'/de OR 'shared decision making'/de
#11	'interview'/exp OR 'narrative'/de OR 'qualitative research'/exp
#12	((('semi-structured' OR semistructured OR unstructured OR informal OR 'in-depth' OR indepth OR 'face-to-face' OR structured OR guide) NEAR/3 (interview* OR discussion* OR questionnaire*)):ab,ti) OR 'focus group*':ab,ti OR qualitative:ab,ti OR ethnograph*':ab,ti OR fieldwork:ab,ti OR 'field work':ab,ti OR 'key informant':ab,ti
#13	'questionnaire'/exp OR 'health survey'/de
#14	((patient\$ OR wom?n* OR female\$) NEAR/3 (experienc* OR view\$ OR opinion\$ OR percept* OR perceive\$ OR perspect* OR attitude\$ OR belief\$ OR believ* OR choice* OR prefere* OR oriented OR particip* OR satisf* OR desire* OR wish* OR involv* OR report* OR respon* OR decision*)):ti,ab
#15	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14
#16	#4 AND #15
#17	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR [preprint]/lim OR comment:ti
#18	#16 NOT #17

No.	Searches
#19	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#20	#18 NOT #19
#21	#20 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#22	#21 AND [2013-2022]/py

**Suchstrategie für Cochrane via Wiley**

Tabelle 9: Suchstrategie für Cochrane via Wiley (patientenrelevante Themen); Datum der Recherche: 31.03.2022

#	Query
#1	MeSH descriptor: [Hysterectomy] explode all trees
#2	hysterectom*:ti,ab
#3	((remov* or extirp*) NEAR/3 uter*):ti,ab
#4	#1 or #2 or #3
#5	MeSH descriptor: [Health Knowledge, Attitudes, Practice] this term only
#6	MeSH descriptor: [Attitude to Health] this term only
#7	MeSH descriptor: [Attitude of Health Personnel] this term only
#8	MeSH descriptor: [Patient Acceptance of Health Care] this term only
#9	MeSH descriptor: [Patient Participation] this term only
#10	MeSH descriptor: [Patient Education as Topic] this term only
#11	MeSH descriptor: [Patient Satisfaction] explode all trees
#12	MeSH descriptor: [Patient Reported Outcome Measures] this term only
#13	MeSH descriptor: [Physician-Patient Relations] this term only
#14	MeSH descriptor: [Professional-Patient Relations] this term only
#15	MeSH descriptor: [Needs Assessment] this term only
#16	MeSH descriptor: [Decision Making] this term only
#17	MeSH descriptor: [Decision Making, Shared] this term only
#18	MeSH descriptor: [Choice Behavior] this term only
#19	MeSH descriptor: [Focus Groups] this term only
#20	MeSH descriptor: [Narration] this term only
#21	MeSH descriptor: [Qualitative Research] explode all trees
#22	MeSH descriptor: [Interviews as Topic] this term only

#	Query
#23	MeSH descriptor: [Surveys and Questionnaires] explode all trees
#24	((("semi-structured" or semistructured or unstructured or informal or "in-depth" or indepth or "face-to-face" or structured or guide) NEAR/3 (interview* or discussion* or questionnaire*)) or (focus group* or qualitative or ethnograph* or fieldwork or "field work" or "key informant")):ti,ab
#25	((patient* or wom*n* or female*) NEAR/3 (experienc* or view* or opinion* or percept* or perceive* or perspect* or attitude* or belief* or believ* or choice* or prefere* or oriented or particip* or satisf* or desire* or wish* or involv* or report* or respon* or decision*)):ti,ab
#26	#5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25
#27	#4 and #26
#28	#27 with Cochrane Library publication date Between Mar 2013 and Mar 2022, in Cochrane Reviews
#29	#27 with Publication Year from 2013 to 2022, in Trials
#30	#28 or #29

### Suchstrategie für CINAHL via EBSCO

Tabelle 10: Suchstrategie für CINAHL via EBSCO (patientenrelevante Themen); Datum der Recherche: 31.03.2022

#	Query
S1	(MH "Hysterectomy+")
S2	TI hysterectom* OR AB hysterectom*
S3	TI ((remov* or extirp*) N3 uter*) OR AB ((remov* or extirp*) N3 uter*)
S4	S1 OR S2 OR S3
S5	(MH "Attitude to Health") OR (MH "Physician Attitudes") OR (MH "Attitude of Health Personnel") OR (MH "Health Knowledge")
S6	(MH "Consumer Participation") OR (MH "Patient Education") OR (MH "Preoperative Education")
S7	(MH "Patient Satisfaction+")
S8	(MH "Patient-Reported Outcomes") OR (MH "Self Report")
S9	(MH "Professional-Patient Relations") OR (MH "Physician-Patient Relations") OR (MH "Needs Assessment")
S10	(MH "Decision Making") OR (MH "Decision Making, Patient") OR (MH "Decision Making, Shared")
S11	(MH "Focus Groups") OR (MH "Interviews+") OR (MH "Narratives") OR (MH "Qualitative Studies+")
S12	(MH "Questionnaires+") OR (MM "Surveys")

#	Query
S13	((AB semi-structured OR TI semi-structured) OR (AB semistructured OR TI semistructured) OR (AB unstructured OR TI unstructured) OR (AB informal OR TI informal) OR (AB in-depth OR TI in-depth) OR (AB indepth OR TI indepth) OR (AB face-to-face OR TI face-to-face) OR (AB structured OR TI structured) OR (AB guide OR TI guide)) N3 ((AB interview* OR TI interview*) OR (AB discussion* OR TI discussion*) OR (AB questionnaire* OR TI questionnaire*))
S14	((AB "focus group*" OR TI "focus group*") OR (AB qualitative OR TI qualitative) OR (AB ethnograph* OR TI ethnograph*) OR (AB fieldwork OR TI fieldwork) OR (AB "field work" OR TI "field work") OR (AB "key informant" OR TI "key informant"))
S15	TI ( ((patient# or wom?n* or female#) N3 (experient* or view# or opinion# or percept* or perceive# or perspect* or attitude# or belief# or believ* or choice* or prefere* or oriented or particip* or satisf* or desire* or wish* or involv* or report* or respon* or decision*)) ) OR AB ( ((patient# or wom?n* or female#) N3 (experient* or view# or opinion# or percept* or perceive# or perspect* or attitude# or belief# or believ* or choice* or prefere* or oriented or particip* or satisf* or desire* or wish* or involv* or report* or respon* or decision*)) )
S16	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15
S17	S4 AND S16
S18	S4 AND S16 Limiters - Publication Type: Abstract, Case Study, Commentary, Editorial, Letter, Proceedings
S19	S17 NOT S18
S20	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human"))
S21	S19 NOT S20
S22	S21 Limiters - Published Date: 20130301-20220331; Language: English, German

Die Titel und Abstracts der recherchierten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegte Frage überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein Volltext-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (Tabelle 5) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (Abschnitt 3.3).

Eine Gesamtübersicht über die Recherche nach Publikationen zu patientenrelevanten Themen in bibliographischen Datenbanken bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 2).

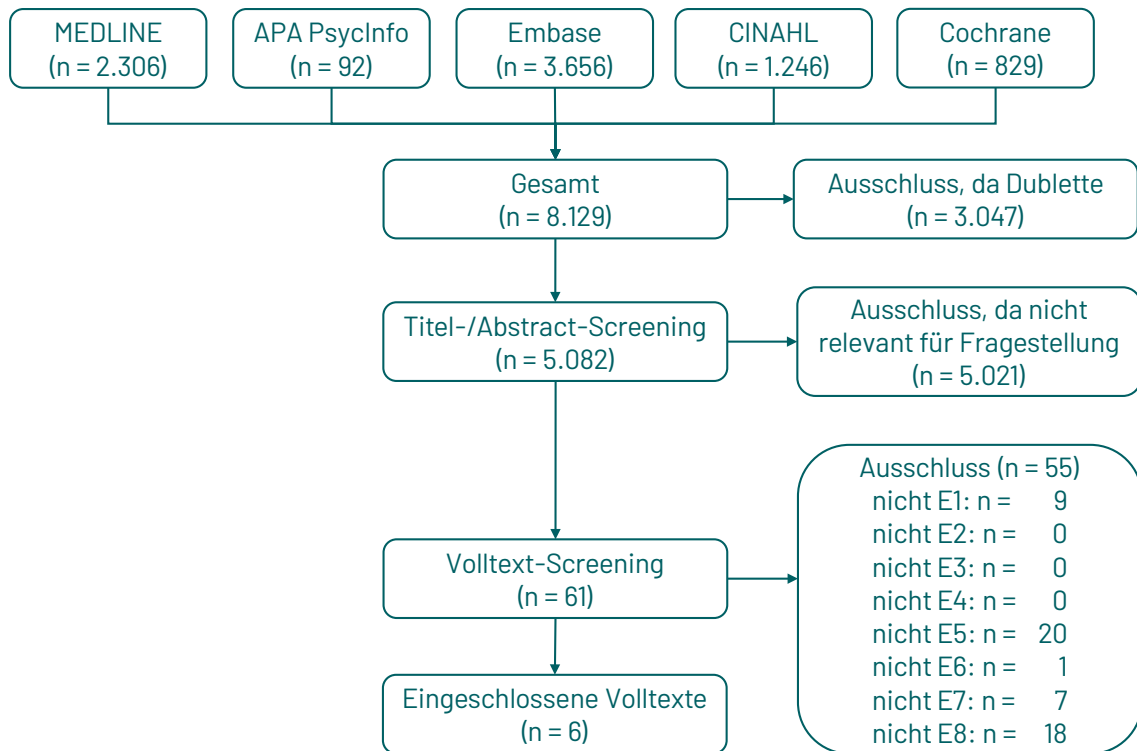


Abbildung 2: Flussdiagramm der Recherche nach Publikationen zu patientenrelevanten Themen

### 3.2 Eingeschlossene Publikationen zu patientenrelevanten Themen

Nach dem Volltext-Screening wurden 6 Artikel eingeschlossen (Tabelle 11).

Tabelle 11: Eingeschlossene Publikationen zu patientenrelevanten Themen

	Titel	Referenz
1	Identifying What Matters to Hysterectomy Patients: Postsurgery Perceptions, Beliefs, and Experiences	Bossick et al. (2018)
2	Bridging different realities - a qualitative study on patients' experiences of preoperative care for benign hysterectomy and opportunistic salpingectomy in Sweden	Collins et al. (2020)
3	A Mixed Methods Study of Hysterectomy in a U.S. Sample of Deaf Women Who Use American Sign Language	Jacobs et al. (2021)
4	Shared Decision-Making to Improve Patient Engagement in Minimally Invasive Hysterectomy	McCarus et al. (2019)
5	Are women adequately informed before gynaecological surgery?	Pakbaz et al. (2017)
6	Interventions to support shared decision-making for women with heavy menstrual bleeding: A systematic review	Zandstra et al. (2017)



### 3.2.1 Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Publikationen zu patientenrelevanten Themen wurde von einer Person durchgeführt und von einer weiteren stichprobenartig überprüft. Die extrahierten Daten sind in Anhang A.2.4 dokumentiert.

### 3.3 Ausgeschlossene Publikationen zu patientenrelevanten Themen

Folgende im Volltext überprüfte Publikationen zur Informationsbeschaffung patientenrelevante Themen wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 5):

#### Nicht E1

1. ACTRN (2021): A randomised controlled trial evaluating the effect of a multimedia video on informed consent in patients undergoing total laparoscopic hysterectomy. *Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)* (12). CN-02349067. URL: <https://www.cochrane-library.com/central/doi/10.1002/central/CN-02349067/full> (abgerufen am: 14.04.2022).
2. Agochiya, J; Mikhail, M; Jean-Michel, M (2016): Robotic Hysterectomy: Assessing Patient Attitudes and Knowledge. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 23: S76-S77. DOI: 10.1016/j.jmig.2016.08.181.
3. Chen, JSC; McIntire, DJ; Kho, KA (2021): 6017: Achievement of Self-Reported Goals from a Randomized Trial of Laparoscopic Versus Abdominal Hysterectomy for Benign Indications. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 28(11): S86-S87. DOI: 10.1016/j.jmig.2021.09.679.
4. Pallett, A; Phippen, N; Miller, C; Barnett, J (2016): Informed Consent for Hysterectomy: Does a Video Presentation Improve Patient Comprehension? [17F] [Poster]. *Obstetrics & Gynecology* 127(5 Suppl.): 55S-. DOI: 10.1097/01.AOG.0000483872.57979.b8.
5. Pandya, PR; Docken, RB; Matthew, DP; Sonn, NO; Sung, J; Tsambarlis, A; et al. (2019): 20: Randomized trial of a patient education tool about leiomyoma. Conference: 45th annual meeting of the society for gynecologic surgeons. United states. *AJOG - American Journal of Obstetrics & Gynecology* 220: S719. DOI: 10.1016/j.ajog.2019.01.050.
6. Sangha, R; Bossick, A; Wegienka, G (2016): 765: Use of Focus Groups to Identify Pre- and Post-Hysterectomy Patient Centered Preferences. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 23: S241. DOI: 10.1016/j.jmig.2016.08.785.
7. Sangha, R; Bossick, A; Wegienka, G (2017): P160: Identification of pre and post hysterectomy patient centered preferences in the United States: Results of a focus group methodology. *Maturitas* 100: 198. DOI: 10.1016/j.maturitas.2017.03.260.
8. Vilkins, AL; Sahara, M; Till, SR; Ceci, C; Howard, R; Griffith, KC; et al. (2020): Effects of Shared Decision Making on Opioid Prescribing After Hysterectomy. *Obstetrical and Gynecological Survey* 75(1): 21-22. DOI: 10.1097/01.ogx.0000617220.49982.c6.

9. Webb-Tafoya, ME (2021): Exploring postsurgical decision attitudes among young women electing hysterectomy [Dissertation]. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 8: 12-B.

#### Nicht E2, E3, E4

keine

#### Nicht E5

1. Aiken, C (2016): Self-assessment questions. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 26(10): 313-316. DOI: 10.1016/j.ogrm.2016.08.006.
2. Aiken, C (2017): Self-assessment questions. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 27(7): 231-233. DOI: 10.1016/j.ogrm.2017.05.003.
3. Aiken, C (2018): Self assessment questions. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 28(4): 125-127. DOI: 10.1016/j.ogrm.2018.03.001.
4. Alkatout, I (2014): Surgical Treatment of Fibroids. *Current Obstetrics and Gynecology Reports* 3(3): 207-215. DOI: 10.1007/s13669-014-0090-y.
5. Alkatout, I; Mettler, L; Günther, V; Maass, N; Eckmann-Scholz, C; Elessawy, M; et al. (2016): Safety and economical innovations regarding surgical treatment of fibroids. *Minimally Invasive Therapy & Allied Technologies* 25(6): 301-313. DOI: 10.1080/13645706.2016.1190380
6. Alkatout, I (2022): Laparoscopic hysterectomy: total or subtotal? - Functional and didactic aspects. *Minimally Invasive Therapy & Allied Technologies* 31(1): 13-23. DOI: 10.1080/13645706.2020.1769675.
7. Allam, M; Ewies, AA (2016): Centres that do not offer total laparoscopic hysterectomy as their primary method of hysterectomy should be considered outdated and not fit for purpose. *BJOG - An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 123(7): 1192. DOI: 10.1111/1471-0528.13948.
8. Anglim, B; O'Sullivan, O; O'Reilly, B (2018): How do patients and surgeons decide on uterine preservation or hysterectomy in apical prolapse? *International Urogynecology Journal* 29(8): 1075-1079. DOI: 10.1007/s00192-018-3685-4.
9. Bretschneider, CE; Jallad, K; Paraiso, MFR (2017): Minimally invasive hysterectomy for benign indications: an update. *Minerva Ginecologica* 69(3): 295-303. DOI: 10.23736/S0026-4784.17.04017-5.
10. Coody, LC; Stutzman, H; Abraham, S (2017): A case for evidence based patient education: Differences in short term and long term patient outcomes for total vs. subtotal hysterectomy using a systematic review of literature. *Cogent Psychology* 4(1304017). DOI: 10.1080/23311908.2017.1304017.

11. Edmonds, BT (2014): Shared decision-making and decision support: their role in obstetrics and gynecology. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 26(6): 523-530. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000120.
12. Fantasia, HC; Harris, AL (2020): Overview of the diagnosis and management of uterine fibroids. *Women's Healthcare* 8(5): 38-44. URL: [https://www.npwomenshealthcare.com/wp-content/uploads/2020/10/WHC\\_Oct2020\\_FibroidsFeature-1.pdf](https://www.npwomenshealthcare.com/wp-content/uploads/2020/10/WHC_Oct2020_FibroidsFeature-1.pdf) (abgerufen am: 14.04.2022).
13. Fleischer, K; Thiagamoorthy, G (2020): Pelvic organ prolapse management. *Post Reproductive Health* 26(2): 79-85. DOI: 10.1177/2053369120937594.
14. Jefferis, H; Jackson, SR; Price, N (2016): Management of uterine prolapse: is hysterectomy necessary? *The Obstetrician & Gynaecologist* 18: 17-23. DOI: 10.1111/tog.12220.
15. Kow, N; Goldman, HB; Ridgeway, B (2013): Management Options for Women with Uterine Prolapse Interested in Uterine Preservation. *Current Urology Reports* 14(5): 395-402. DOI: 10.1007/s11934-013-0336-7.
16. Matteson, KA; Butts, SF (2017): Choosing the Route of Hysterectomy for Benign Disease. *Obstetrics and Gynecology* 129(6): E155-E159. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002112.
17. Ogburn, T (2014): Shared Decision Making and Informed Consent for Hysterectomy. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 57(1): 3-13. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000003.
18. Scott, JR (2019): What Truly Matters. *Obstetrics & Gynecology* 134(2): 363-364. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003359.
19. Solnik, MJ; Munro, MG (2014): Indications and Alternatives to Hysterectomy. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 57(1): 14-42. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000010.
20. Woods, KD (2013): Words Unspoken. Physician Communication and the Perceptions of Our Patients. *Obstetrics & Gynecology* 121(1): 183-185. DOI: 10.1097/AOG.0b013e318278cd4e.

#### **Nicht E6**

1. Amorim, AC; Santos, LGTd; Poli-Neto, OB; Brito, LGO (2018): How Does the Patient React After Reading the Informed Consent Form of a Gynecological Surgery? A Qualitative Study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia* 40(2): 72-78. DOI: 10.1055/s-0037-1621740.

#### **Nicht E7**

1. Borah, BJ; Nicholson, WK; Bradley, L; Stewart, EA (2013): The impact of uterine leiomyomas: a national survey of affected women. *AJOG - American Journal of Obstetrics & Gynecology* 209(4): 319.e1-319.e20. DOI: 10.1016/j.ajog.2013.07.017.
2. Ebner, F; Schulz, SVW; de Gregorio, A; Volz, S; Steinacker, JM; Janni, W; et al. (2018): Prehabilitation in gynecological surgery? What do gynecologists know and need to know. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 297: 27-31. DOI: 10.1007/s00404-017-4565-8.

3. Frick, AC; Barber, MD; Paraiso, MF; Ridgeway, B; Jelovsek, JE; Walters, MD (2013): Attitudes Toward Hysterectomy in Women Undergoing Evaluation for Uterovaginal Prolapse. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery* 19(2): 103-109. DOI: 10.1097/SPV.0b013e31827d8667.
4. Gerjevic, KA; Ereksan, E; Strohhahn, K; Jacobs, KA; Hanissian, PD; Aarts, JW (2019): Information Priorities for Deciding on Treatment of Pelvic Organ Prolapse. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery* 25(5): 372-377. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000572.
5. Marsh, EE; Al-Hendy, A; Kappus, D; Galitsky, A; Stewart, EA; Kerolous, M (2018): Burden, Prevalence, and Treatment of Uterine Fibroids: A Survey of U.S. Women. *Journal of Women's Health* 27(11): 1359-1367. DOI: 10.1089/jwh.2018.7076.
6. Riggan, KA; Stewart, EA; Balls-Berry, JE; Venable, S; Allyse, MA (2021): Patient Recommendations for Shared Decision-Making in Uterine Fibroid Treatment Decisions. *Journal of Patient Experience* 8: 1-8. DOI: 10.1177/23743735211049655.
7. Yeung, PP, Jr.; Bolden, CR; Westreich, D; Sobolewski, C (2013): Patient preferences of cosmetic for abdominal incisions in gynecologic surgery. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 20(1): 79-84. DOI: 10.1016/j.jmig.2012.09.008.

### Nicht E8

1. Alas, AN; Bresee, C; Eilber, K; Toubi, K; Rashid, R; Roth, C; et al. (2015): Measuring the quality of care provided to women with pelvic organ prolapse. *AJOG – American Journal of Obstetrics & Gynecology* 212(4): 471.e1-471.e9. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.10.1105.
2. Borendal Wodlin, N (2020): Risk Factors for Impaired Patient-Reported Satisfaction and Increased Length of Hospital Stay Following Hysterectomy on Benign Indications in Premenopausal Women: a Study From the Swedish National Register for Gynecological Surgery. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 80(3): 288-299. DOI: 10.1055/a-1005-0039.
3. Bougie, O; Suen, MW; Pudwell, J; MacGregor, B; Plante, S; Nitsch, R; et al. (2020): Evaluating the Prevalence of Regret With the Decision to Proceed With a Hysterectomy in Women Younger than Age 35. *JOGC – Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada* 42(3): 262-268.e3. DOI: 10.1016/j.jogc.2019.08.006.
4. Bouwsma, EV; Vonk Noordegraaf, A; Szlavik, Z; Brolmann, HA; Emanuel, MH; Lips, JP; et al. (2014): Process evaluation of a multidisciplinary care program for patients undergoing gynaecological surgery. *Journal of Occupational Rehabilitation* 24(3): 425-438. DOI: 10.1007/s10926-013-9475-4.
5. Bouwsma, EVA; Huirne, JAF; van de Ven, PM; Vonk Noordegraaf, A; Schaafsma, FG; Schraafordt Koops, SE; et al. (2018): Effectiveness of an internet-based perioperative care programme to enhance postoperative recovery in gynaecological patients: cluster controlled trial with randomised stepped-wedge implementation. *BMJ: Open* 8(1): e017781. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017781.

6. Costantini, E; Porena, M; Lazzeri, M; Mearini, L; Bini, V; Zucchi, A (2013): Changes in female sexual function after pelvic organ prolapse repair: role of hysterectomy. *International Urogynecology Journal* 24(9): 1481-1487. DOI: 10.1007/s00192-012-2041-3.
7. Eising, HP; Sanders, YV; de Meris, J; Leebeek, FWG; Meijer, K (2018): Women prefer proactive support from providers for treatment of heavy menstrual bleeding: A qualitative study in adult women with moderate or severe Von Willebrand disease. *Haemophilia* 24(6): 950-956. DOI: 10.1111/hae.13552.
8. Gercek, E; Dal, NA; Dag, H; Senveli, S (2016): The information requirements and self-perceptions of Turkish women undergoing hysterectomy. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 32(1): 165-170. DOI: 10.12669/pjms.321.7962.
9. Hempowicz, C; Matthes, A; Radosa, M; Camara, O; Winzer, H; Reichelt, C; et al. (2013): Der Einfluss des ärztlichen Aufklärungsgespräches auf die postoperative Zufriedenheit und Lebensqualität von Patientinnen mit Uterus myomatosus nach Myomenukleation oder Hysterektomie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 63(9-10): 381-386. DOI: 10.1055/s-0033-1334951.
10. Hodges-Wills, T; Ma, S; Stockwell, E; Pedroso, J; Brotherton, J; Medina, W; et al. (2021): Developing a visual aid to improve women's knowledge of hysterectomy. *Patient Education and Counseling* 104(4): 715-719. DOI: 10.1016/j.pec.2021.01.008.
11. Hur, HC; King, LP; Klebanoff, MJ; Hur, C; Ricciotti, HA (2015): Fibroid morcellation: a shared clinical decision tool for mode of hysterectomy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 195: 122-127. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2015.09.044.
12. Janda, M; Armfield, NR; Page, K; Kerr, G; Kurz, S; Jackson, G; et al. (2018): Factors influencing women's decision making in hysterectomy. *Patient Education and Counseling* 101(3): 504-510. DOI: 10.1016/j.pec.2017.09.006.
13. Janda, M; Armfield, NR; Kerr, G; Kurz, S; Jackson, G; Currie, J; et al. (2020): Patient-Reported Experiences After Hysterectomy: A Cross-Sectional Study of the Views of Over 2300 Women. *Journal of Patient Experience* 7(3): 372-379. DOI: 10.1177/2374373519840076.
14. Pallett, AC; Nguyen, BT; Klein, NM; Phippen, N; Miller, CR; Barnett, JC (2018): A randomized controlled trial to determine whether a video presentation improves informed consent for hysterectomy. *AJOG - American Journal of Obstetrics & Gynecology* 219(3): 277.e1-277.e7. DOI: 10.1016/j.ajog.2018.06.016.
15. Park, S; Lee, YE; Cho, SS; Park, SH; Park, ST (2018): Patient-reported satisfaction after robot-assisted hysterectomy among Korean patients with benign uterine disease. *Obstetrics & Gynecology Science* 61(6): 675-683. DOI: 10.5468/ogs.2018.61.6.675.

16. Pouwels, NS; Brito, LG; Einarsson, JI; Goggins, ER; Wang, KC; Cohen, SL (2015): Cervix removal at the time of hysterectomy: factors affecting patients' choice and effect on subsequent sexual function. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 195: 67-71. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2015.09.040.
17. Vilkins, AL; Sahara, M; Till, SR; Ceci, C; Howard, R; Griffith, KC; et al. (2019): Effects of Shared Decision Making on Opioid Prescribing After Hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology* 134(4): 823-833. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003468.
18. Wong, K; Jakus-Waldman, S; Yazdany, T (2014): Patient Beliefs Regarding Hysterectomy in Women Seeking Surgery for Pelvic Organ Prolapse: Findings in a Predominantly Hispanic Population. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery* 20(5): 267-271. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000105.

## 4 Informationsbeschaffung – Versorgungssituation in Deutschland

Um für die Generierung der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale ein möglichst umfassendes Bild über eine mögliche Über-, Unter- und Fehlversorgung bzw. über Qualitätsdefizite bzw. Qualitätspotenziale in Deutschland bezüglich einer Indikationsstellung einer stationär durchgeführten Hysterektomie bei benignen Erkrankungen zu erhalten, sollten sowohl systematische Übersichtsarbeiten als auch Primärliteratur systematisch recherchiert werden.

### 4.1 Recherche

In Tabelle 12 sind die definierten Einschlusskriterien, die der Recherche und dem Screening der Publikationen zur Versorgungssituation zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 12: Einschlusskriterien für Publikationen zur Versorgungssituation

	<b>Einschluss</b>
E1	Der Volltext der Publikation ist erhältlich.
E2	Die Publikationssprache ist Deutsch oder Englisch.
E3	Die Publikation wurde ab dem 1. März 2013 publiziert.
E4	Die Referenz ist keine Mehrfachpublikation.
E5	Die Referenz ist ein Review, dessen Erkenntnisse auf einer systematischen Recherche/Screening beruhen oder eine Primärliteratur (qualitative oder quantitative Primärstudie oder Sekundärdatenanalyse)  Somit werden andere Publikationstypen, wie z. B. Narrative Reviews, Editorials, Konferenzabstracts, Fallberichte, Fallserien ausgeschlossen.
E6	Der Artikel adressiert die Versorgung von Patientinnen aus Deutschland.  Dabei ist die Mehrheit der eingeschlossenen Studien bzw. eingeschlossenen Patientinnen aus Deutschland, wenn Ergebnisse nicht länderspezifisch aufgeführt sind.
E7	inhaltlich relevante Population:  Volljährige Patientinnen (ab 18 Jahren), bei denen infolge einer benignen Erkrankung eine Hysterektomie stationär durchgeführt werden soll bzw. bereits eine Hysterektomie durchgeführt wurde.  Dabei werden alle Arten einer Hysterektomie berücksichtigt, wie z. B. totale Hysterektomie oder subtotale Hysterektomie, vaginale Hysterektomie, abdominale Hysterektomie, laparoskopisch assistierte Hysterektomie, laparoskopisch assistierte suprazervikale Hysterektomie (LASH), roboterassistierte laparoskopische Hysterektomie u. ä.  Dabei soll die Mehrheit der eingeschlossenen Patientinnen eine Hysterektomie erhalten (haben), wenn die Ergebnisse nicht separat für die Hysterektomie dargestellt sind.  Publikationen, bei denen an der Versorgung beteiligte Akteure, z. B. Ärztinnen und Ärzte ihre Erfahrungen zum Prozess der Indikationsstellung berichten, werden ebenfalls eingeschlossen.

<b>Einschluss</b>	
E8	<p>Outcome:</p> <p>Die Publikation beschäftigt sich mit der Versorgungssituation, einer Über-, Unter- und Fehlversorgung bzw. mit Qualitätsdefiziten/Qualitätspotenzialen, die im Zusammenhang mit dem Prozess einer Indikationsstellung bei einer stationär durchgeführten Hysterektomie bei benignen Erkrankungen in Deutschland stehen.</p> <p>Mögliche spezifische Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienteninformationen</li> <li>▪ Art der Kommunikation, Aufklärung</li> <li>▪ Entscheidungskompetenz von Patientinnen</li> <li>▪ Effektivitätsstudien werden dann eingeschlossen, wenn Ergebnisse über eine spezifische Intervention hinaus generalisierbar sind und/oder konkrete Empfehlungen für die Versorgung ableitbar sind.</li> </ul>

Die Literaturrecherche nach Publikationen zur Versorgungssituation wurde in den folgenden bibliografischen Datenbanken durchgeführt:

- MEDLINE via Ovid
- APA PsycInfo 1806 via Ovid
- Embase via Elsevier
- CINAHL via EBSCO
- Cochrane via Wiley

Ausgehend vom PICO-Schema wurden die relevanten Suchbegriffe abgeleitet. Für die Recherche wurde zunächst eine Strategie für die Literaturdatenbank MEDLINE entwickelt und dann entsprechend an die anderen Datenbanken angepasst. Die Suchstrategie bestand aus zwei Blöcken: ein Rechercheblock für die Population / Intervention (Patientinnen mit Hysterektomie) und ein Rechercheblock, der die Recherche auf Publikationen aus Deutschland (bzw. auf eine deutsche Studienpopulation) einschränkt. Dieser Rechercheblock basiert auf dem Deutschland-Filter von (Pieper et al. 2015) und wurde für die jeweilige Suchoberfläche angepasst.

Folgende Limitationen wurden, falls in der jeweiligen Datenbank möglich, bei der Suchstrategie berücksichtigt:

- Publikationen ab 2013
- nur „human“
- nur englische und deutsche Publikationen
- keine Kongressabstracts, Fallberichte, Kommentare, Editorials oder Letter

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 13 bis Tabelle 17).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 25. April 2022.



**Suchstrategie für MEDLINE via Ovid**

Tabelle 13: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 25.04.2022

#	Searches
1	exp Hysterectomy/
2	hysterectom*.ti,ab.
3	((remov* or extirp*) adj3 uter*).ti,ab.
4	1 or 2 or 3
5	exp Germany/
6	(germany or deutschland).ot,ti,ab,in.
7	(german or deutsch*).ot,ti,ab.
8	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benedikt-beuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or eichstaett or eltville or ingolstadt or erfurt or erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or greifswald or gottingen or goettingen or hagen or halle or heidelberg or hildesheim or ilmenau or jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thuringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wuerttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in.
9	5 or 6 or 7 or 8
10	4 and 9
11	limit 10 to (congress or case reports or comment or editorial or letter)
12	10 not 11
13	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
14	12 not 13
15	limit 14 to (english or german)
16	limit 15 to yr = "2013 -Current"

**Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid**

Tabelle 14: Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 25.04.2022

#	Searches
1	exp hysterectomy/
2	hysterectom*.ti,ab.
3	((remov* or extirp*) adj3 uter*).ti,ab.
4	1 or 2 or 3
5	(germany or deutschland).ot,ti,ab,in.
6	(german or deutsch*).ot,ti,ab.
7	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benedikt-beuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or eichstaett or eltville or ingolstadt or erfurt or erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or greifswald or gottingen or goettingen or hagen or halle or heidelberg or hildesheim or ilmenau or jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thuringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wuerttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in.
8	5 or 6 or 7
9	4 and 8
10	limit 9 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial or letter)
11	case report/
12	10 or 11
13	9 not 12
14	limit 13 to (english or german)
15	limit 14 to yr = "2013 -Current"

**Suchstrategie für Embase via Elsevier**

Tabelle 15: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 25.04.2022

No.	Searches
#1	'hysterectomy'/exp
#2	hysterectom*:ti,ab
#3	((remov* OR extirp*) NEAR/3 uter*):ti,ab
#4	#1 OR #2 OR #3
#5	'germany'/exp
#6	germany:ca,ad,ab,ti OR deutschland:ca,ad,ab,ti
#7	german:ab,ti OR deutsch*:ab,ti
#8	berlin:ca,ad,ab,ti OR hamburg:ca,ad,ab,ti OR münchen:ca,ad,ab,ti OR muenchen:ca,ad,ab,ti OR munchen:ca,ad,ab,ti OR munich:ca,ad,ab,ti OR köln:ca,ad,ab,ti OR koeln:ca,ad,ab,ti OR koln:ca,ad,ab,ti OR cologne:ca,ad,ab,ti OR frankfurt:ca,ad,ab,ti OR stuttgart:ca,ad,ab,ti OR düsseldorf:ca,ad,ab,ti OR duesseldorf:ca,ad,ab,ti OR dusseldorf:ca,ad,ab,ti OR dortmund:ca,ad,ab,ti OR essen:ca,ad,ab,ti OR bremen:ca,ad,ab,ti OR dresden:ca,ad,ab,ti OR leipzig:ca,ad,ab,ti OR hannover:ca,ad,ab,ti OR nürnberg:ca,ad,ab,ti OR nuernberg:ca,ad,ab,ti OR nurnberg:ca,ad,ab,ti OR aachen:ca,ad,ab,ti OR augsburg:ca,ad,ab,ti OR bamberg:ca,ad,ab,ti OR bayreuth:ca,ad,ab,ti OR benediktbeuern:ca,ad,ab,ti OR bochum:ca,ad,ab,ti OR braunschweig:ca,ad,ab,ti OR chemnitz:ca,ad,ab,ti OR clausthal:ca,ad,ab,ti OR cottbus:ca,ad,ab,ti OR darmstadt:ca,ad,ab,ti OR detmold:ca,ad,ab,ti OR eichstätt:ca,ad,ab,ti OR eichstatt:ca,ad,ab,ti OR eichstaett:ca,ad,ab,ti OR eltville:ca,ad,ab,ti OR ingolstadt:ca,ad,ab,ti OR erfurt:ca,ad,ab,ti OR erlangen:ca,ad,ab,ti OR flensburg:ca,ad,ab,ti OR freiberg:ca,ad,ab,ti OR freiburg:ca,ad,ab,ti OR friedrichshafen:ca,ad,ab,ti OR fulda:ca,ad,ab,ti OR gießen:ca,ad,ab,ti OR giessen:ca,ad,ab,ti OR giesen:ca,ad,ab,ti OR greifswald:ca,ad,ab,ti OR göttingen:ca,ad,ab,ti OR goettingen:ca,ad,ab,ti OR gottingen:ca,ad,ab,ti OR hagen:ca,ad,ab,ti OR halle:ca,ad,ab,ti OR heidelberg:ca,ad,ab,ti OR hildesheim:ca,ad,ab,ti OR ilmenau:ca,ad,ab,ti OR jena:ca,ad,ab,ti OR kaiserslautern:ca,ad,ab,ti OR karlsruhe:ca,ad,ab,ti OR kassel:ca,ad,ab,ti OR kiel:ca,ad,ab,ti OR koblenz:ca,ad,ab,ti OR konstanz:ca,ad,ab,ti OR luebeck:ca,ad,ab,ti OR lübeck:ca,ad,ab,ti OR lubeck:ca,ad,ab,ti OR ludwigsburg:ca,ad,ab,ti OR lueneburg:ca,ad,ab,ti OR lüneburg:ca,ad,ab,ti OR luneburg:ca,ad,ab,ti OR leverkusen:ca,ad,ab,ti OR mainz:ca,ad,ab,ti OR marburg:ca,ad,ab,ti OR münster:ca,ad,ab,ti OR munster:ca,ad,ab,ti OR muenster:ca,ad,ab,ti OR neuendettelsau:ca,ad,ab,ti OR neubrandenburg:ca,ad,ab,ti OR 'oestrich winkel':ca,ad,ab,ti OR oldenburg:ca,ad,ab,ti OR osnabrueck:ca,ad,ab,ti OR osnabrück:ca,ad,ab,ti OR osnabruck:ca,ad,ab,ti OR paderborn:ca,ad,ab,ti OR passau:ca,ad,ab,ti OR potsdam:ca,ad,ab,ti OR regensburg:ca,ad,ab,ti OR rostock:ca,ad,ab,ti OR saar:ca,ad,ab,ti OR augustin:ca,ad,ab,ti OR schwäbisch:ca,ad,ab,ti OR gmünd:ca,ad,ab,ti OR schwabisch:ca,ad,ab,ti OR gmund:ca,ad,ab,ti OR schwaebisch:ca,ad,ab,ti OR gmuend:ca,ad,ab,ti OR siegen:ca,ad,ab,ti OR speyer:ca,ad,ab,ti OR trier:ca,ad,ab,ti OR trossingen:ca,ad,ab,ti OR tuebingen:ca,ad,ab,ti OR tübingen:ca,ad,ab,ti OR tubingen:ca,ad,ab,ti OR ulm:ca,ad,ab,ti OR valendar:ca,ad,ab,ti OR vechta:ca,ad,ab,ti OR weimar:ca,ad,ab,ti OR weingarten:ca,ad,ab,ti OR witten:ca,ad,ab,ti OR wuppertal:ca,ad,ab,ti OR wuerzburg:ca,ad,ab,ti OR würzburg:ca,ad,ab,ti OR wurzburg:ca,ad,ab,ti OR zittau:ca,ad,ab,ti OR duisburg:ca,ad,ab,ti OR bonn:ca,ad,ab,ti OR bielefeld:ca,ad,ab,ti OR mannheim:ca,ad,ab,ti OR 'north rhine-westphalia':ca,ad,ab,ti OR nrw:ca,ad,ab,ti OR 'nordrhein westfalen':ca,ad,ab,ti OR 'rhine ruhr':ca,ad,ab,ti OR

No.	Searches
	rhein:ca,ad,ab,ti OR ruhr:ca,ad,ab,ti OR 'schleswig holstein':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg vorpommern':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg-western pomerania':ca,ad,ab,ti OR brandenburg:ca,ad,ab,ti OR sachsen:ca,ad,ab,ti OR saxony:ca,ad,ab,ti OR 'saxony anhalt':ca,ad,ab,ti OR 'sachsen anhalt':ca,ad,ab,ti OR thuringia:ca,ad,ab,ti OR thüringen:ca,ad,ab,ti OR thuringen:ca,ad,ab,ti OR thuringen:ca,ad,ab,ti OR thuringen:ca,ad,ab,ti OR niedersachsen:ca,ad,ab,ti OR 'lower saxony':ca,ad,ab,ti OR hesse:ca,ad,ab,ti OR hessia:ca,ad,ab,ti OR hessen:ca,ad,ab,ti OR 'rhineland palatinate':ca,ad,ab,ti OR rheinland:ca,ad,ab,ti OR pfalz:ca,ad,ab,ti OR saarland:ca,ad,ab,ti OR baden:ca,ad,ab,ti OR württemberg:ca,ad,ab,ti OR wurttemberg:ca,ad,ab,ti OR wuerttemberg:ca,ad,ab,ti OR bavaria:ca,ad,ab,ti OR bayern:ca,ad,ab,ti
#9	#5 OR #6 OR #7 OR #8
#10	#4 AND #9
#11	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR [preprint]/lim OR comment:ti
#12	#10 NOT #11
#13	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#14	#12 NOT #13
#15	#14 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#16	#15 AND [2013-2022]/py

**Suchstrategie für Cochrane via Wiley**

Tabelle 16: Suchstrategie für Cochrane via Wiley (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 25.04.2022

No.	Searches
#1	MeSH descriptor: [Hysterectomy] explode all trees
#2	hysterectom*:ti,ab
#3	((remov* or extirp*) NEAR/3 uter*):ti,ab
#4	#1 or #2 or #3
#5	MeSH descriptor: [Germany] explode all trees
#6	german*:ti,ab
#7	deutsch*:ti,ab
#8	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benedikt-beuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or Eichstaett or eltville or Ingolstadt or Erfurt or Erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or Greifswald or gottingen or goettingen or Hagen or Halle or heidelberg or Hildesheim or Ilmenau or Jena or kaiserslautern or karlsruhe

No.	Searches
	or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thueringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wurtemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern):ti,ab
#9	#5 or #6 or #7 or #8
#10	#4 and #9
#11	#10 with Cochrane Library publication date Between Mar 2013 and Apr 2022, in Cochrane Reviews
#12	#10 with Publication Year from 2013 to 2022, in Trials
#13	#11 or #12

**Suchstrategie für CINAHL via EBSCO**

Tabelle 17: Suchstrategie für CINAHL via EBSCO (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 25.04.2022

No.	Searches
S1	(MH "Hysterectomy+")
S2	TI hysterectom* OR AB hysterectom*
S3	TI ((remov* or extirp*) N3 uter*) OR AB ((remov* or extirp*) N3 uter*)
S4	S1 OR S2 OR S3
S5	(MH "Germany+")
S6	((AB germany OR TI germany OR AF germany) OR (AB german OR TI german) OR (AB deutschland OR TI deutschland OR AF deutschland) OR (AB deutsch* OR TI deutsch*) OR (AB berlin OR TI berlin OR AF berlin) OR (AB hamburg OR TI hamburg OR AF hamburg) OR (AB münchen OR TI münchen OR AF münchen) OR (AB muenchen OR TI muenchen OR AF muenchen) OR (AB munchen OR TI munchen OR AF munchen) OR (AB munich OR TI munich OR AF munich) OR (AB köln OR TI köln OR AF köln) OR (TI koeln OR AB koeln OR AF koeln) OR (TI koln OR AB koln OR AF koln) OR (AB cologne OR TI cologne OR AF cologne) OR (AB frankfurt OR TI frankfurt or AF frankfurt) OR (AB stuttgart OR TI stuttgart OR AF stuttgart) OR (AB dusseldorf OR TI dusseldorf OR AF dusseldorf) OR (AB düsseldorf OR TI düsseldorf OR AF düsseldorf) OR (AB duesseldorf OR TI duesseldorf OR AF duesseldorf) OR (AB dortmund OR TI dortmund OR AF dortmund) OR (AB essen OR TI essen OR AF essen) OR (AB bremen OR TI bremen OR AF bremen) OR (AB dresden OR TI dresden OR AF dresden) OR (AB leipzig OR TI leipzig OR AF leipzig) OR (AB hannover OR TI hannover OR AF hannover) OR (AB nürnberg OR TI nürnberg OR AF nürnberg) OR (AB nurnberg OR TI nurnberg OR AF nurnberg)

No.	Searches
	<p>OR (AB nuernberg OR TI nuernberg OR AF nuernberg) OR (AB aachen OR TI aachen OR AF aachen) OR (AB augsburg OR TI augsburg OR AF augsburg) OR (AB bamberg OR TI bamberg OR AF bamberg) OR (AB bayreuth OR TI bayreuth OR AF bayreuth) OR (AB benediktbeuern OR TI benediktbeuern OR AF benediktbeuern) OR (AB bochum OR TI bochum OR AF bochum) OR (AB braunschweig OR TI braunschweig OR AF braunschweig) OR (AB chemnitz OR TI chemnitz OR AF chemnitz) OR (AB clausthal OR TI clausthal OR AF clausthal) OR (TI cottbus OR AB cottbus OR AF cottbus) OR (AB darmstadt OR TI darmstadt OR AF darmstadt) OR (AB detmold OR TI detmold OR AF detmold) OR (TI eichstädt OR AB eichstädt OR AF eichstädt) OR (TI eichstaett OR AB eichstaett OR AF eichstaett) OR (TI eichstatt OR AB eichstatt OR AF eichstatt) OR (TI eltville OR AB eltville OR AF eltville) OR (AB ingolstadt OR TI ingolstadt OR AF ingolstadt) OR (AB erfurt OR TI erfurt OR AF erfurt) OR (AB erlangen OR TI erlangen OR AF erlangen) OR (TI flensburg OR AB flensburg OR AF flensburg) OR (AB freiberg OR TI freiberg OR AF freiberg) OR (AB freiburg OR TI freiburg OR AF freiburg) OR (AB friedrichshafen OR TI friedrichshafen OR AF friedrichshafen) OR (AB fulda OR TI fulda OR AF fulda) OR (TI gießen OR AB gießen OR AF gießen) OR (AB giessen OR TI giessen OR AF giessen) OR (TI giesen OR AB giesen OR AF giesen) OR (AB greifswald OR TI greifswald OR AF greifswald) OR (AB göttingen OR TI göttingen OR AF göttingen) OR (AB gottingen OR TI gottingen OR AF gottingen) OR (AB goettingen OR TI goettingen OR AF goettingen) OR (AB hagen OR TI hagen OR AF hagen) OR (AB halle OR TI halle OR AF halle) OR (AB heidelberg OR TI heidelberg OR AF heidelberg) OR (AB hildesheim OR TI hildesheim OR AF hildesheim) OR (AB ilmenau OR TI ilmenau OR AF ilmenau) OR (TI jena OR AB jena OR AF jena) OR (AB kaiserslautern OR TI kaiserslautern OR AF kaiserslautern) OR (AB karlsruhe OR TI karlsruhe OR AF karlsruhe) OR (AB kassel OR TI kassel OR AF kassel) OR (AB kiel OR TI kiel OR AF kiel) OR (AB koblenz OR TI koblenz OR AF koblenz) OR (AB konstanz OR TI konstanz OR AF konstanz) OR (AB lübeck OR TI lübeck OR AF lübeck) OR (AB lubeck OR TI lubeck OR AF lubeck) OR (AB luebeck OR TI luebeck OR AF luebeck) OR (TI ludwigsburg OR AB ludwigsburg OR AF ludwigsburg) OR (AB lueneburg OR TI lueneburg OR AF lueneburg) OR (AB lüneburg OR TI lüneburg OR AB luneburg OR TI luneburg OR AF luneburg) OR (TI leverkusen OR AB leverkusen OR AF leverkusen) OR (TI mainz OR AB mainz OR AF mainz) OR (TI marburg OR AB marburg OR AF marburg) OR (TI münster OR AB münster OR AF münster) OR (TI muenster OR AB muenster OR AF muenster) OR (TI munster OR AB munster OR AF munster) OR (TI neubrandenburg OR AB neubrandenburg OR AF neubrandenburg) OR (TI neuendettelsau OR AB neuendettelsau OR AF neuendettelsau) OR (TI oestrich-winkel OR AB oestrich-winkel OR AF oestrich-winkel) OR (TI oldenburg OR AB oldenburg OR AF oldenburg) OR (AB osnabrueck OR TI osnabrueck OR AF osnabrueck) OR (TI osnabrück OR AB osnabrück OR AF osnabrück) OR (TI osnabruck OR AB osnabruck OR AF osnabruck) OR (AB paderborn OR TI paderborn OR AF paderborn) OR (TI passau OR AB passau OR AF passau) OR (AB potsdam OR TI potsdam OR AF potsdam) OR (AB regensburg OR TI regensburg OR AF regensburg) OR (AB rostock OR TI rostock OR AF rostock) OR (AB saar OR TI saar OR AF saar) OR (TI augustin OR AB augustin OR AF augustin) OR (TI schwäbisch gmünd OR AB schwäbisch gmünd OR AF schwäbisch gmünd) OR (TI schwaebisch gmuend OR AB schwaebisch gmuend OR AF schwaebisch gmuend) OR (TI schwabisch gmund OR AB schwabisch gmund OR AF schwabisch gmund) OR (AB siegen OR TI siegen OR AF siegen) OR (AB speyer OR TI speyer OR AF speyer) OR (AB trier OR TI trier OR AF trier) OR (TI trossingen OR AB trossingen OR AF trossingen) OR (TI tubingen OR AB tubingen OR AF tubingen) OR (TI tuebingen OR AB tuebingen OR AF tuebingen) OR (TI tübingen OR AB tübingen OR AF tübingen) OR (TI ulm OR AB ulm OR AF ulm) OR (TI vallendar OR AB vallendar OR AF vallendar) OR (AB vechta OR TI vechta OR AF vechta) OR (AB weimar OR TI weimar OR AF weimar) OR (AB weingarten OR TI weingarten OR AF weingarten) OR (TI witten OR AB witten OR AF witten) OR (TI wuppertal OR AB wuppertal OR AF wuppertal) OR (AB wurzburg OR TI wurzburg OR AF wurzburg) OR (AB wuerzburg OR TI wuerzburg OR AF wuerzburg) OR (TI würzburg OR AB würzburg OR AF würzburg) OR (TI zittau OR AB zittau OR AF zittau) OR (AB duisburg OR TI duisburg OR AF duisburg) OR (AB bonn OR TI bonn OR AF bonn) OR (TI bielefeld OR AB bielefeld OR AF bielefeld) OR (AB mannheim OR TI mannheim OR AF mannheim) OR (TI north rhine-westphalia OR AB north rhine-westphalia OR AF north rhine-</p>

No.	Searches
	westphalia) OR (AB nrw OR TI nrw OR AF nrw) OR (AB nordrhein westfalen OR TI nordrhein westfalen OR AF nordrhein westfalen) OR (AB rhine ruhr OR TI rhine ruhr OR AF rhine ruhr) OR (TI rhein OR AB rhein OR AF rhein) OR (TI ruhr OR AB ruhr OR AF ruhr) OR (AB schleswig holstein OR TI schleswig holstein OR AF schleswig holstein) OR (AB mecklenburg vorpommern OR TI mecklenburg vorpommern OR AF mecklenburg vorpommern) OR (TI mecklenburg-western pomerania OR AB mecklenburg-western pomerania OR AF mecklenburg-western pomerania) OR (AB brandenburg OR TI brandenburg OR AF brandenburg) OR (AB sachsen OR TI sachsen OR AF sachsen) OR (AB saxony OR TI saxony OR AF saxony) OR (TI saxony anhalt OR AB saxony anhalt OR AF saxony anhalt) OR (AB sachsen anhalt OR TI sachsen anhalt OR AF sachsen anhalt) OR (AB thuringia OR TI thuringia OR AF thuringia) OR (AB thüringen OR TI thüringen OR AF thüringen) OR (AB thuringen OR TI thuringen OR AF thuringen) OR (AB thueringen OR TI thueringen OR AF thueringen) OR (TI niedersachsen OR AB niedersachsen OR AF niedersachsen) OR (AB lower saxony OR TI lower saxony OR AF lower saxony) OR (AB hesse OR TI hesse OR AF hesse) OR (AB hessia OR TI hessia OR AF hessia) OR (TI hessen OR AB hessen OR AF hessen) OR (AB rhineland palatinate OR TI rhineland palatinate OR AF rhineland palatinate) OR (AB rheinland OR TI rheinland OR AF rheinland) OR (AB pfalz OR TI pfalz OR AF pfalz) OR (AB saarland OR TI saarland OR AF saarland) OR (AB baden OR TI baden OR AF baden) OR (AB wurttemberg OR TI wurttemberg OR AF wurttemberg) OR (AB württemberg OR TI württemberg OR AF württemberg) OR (AB wuerttemberg OR TI wuerttemberg OR AF wuerttemberg) OR (AB bavaria OR TI bavaria OR AF bavaria) OR (AB bayern OR TI bayern OR AF bayern))
S7	S5 OR S6
S8	S4 AND S7
S9	S4 AND S7 Limiters - Publication Type: Abstract, Case Study, Commentary, Editorial, Letter, Proceedings
S10	S8 NOT S9
S11	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human"))
S12	S10 NOT S11
S13	S12 Limiters - Published Date: 20130301-20220431; Language: English, German

Die Titel und Abstracts der recherchierten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz bezogen auf die a priori festgelegte Frage überprüft und ausgewählt. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und im Fall einer fehlenden Einigung wurden die Publikationen für ein Volltext-Screening einbezogen.

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (Tabelle 12) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (Abschnitt 4.3).

Eine Gesamtübersicht über die Recherche nach Publikationen zur Versorgungssituation in bibliographischen Datenbanken bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 3).

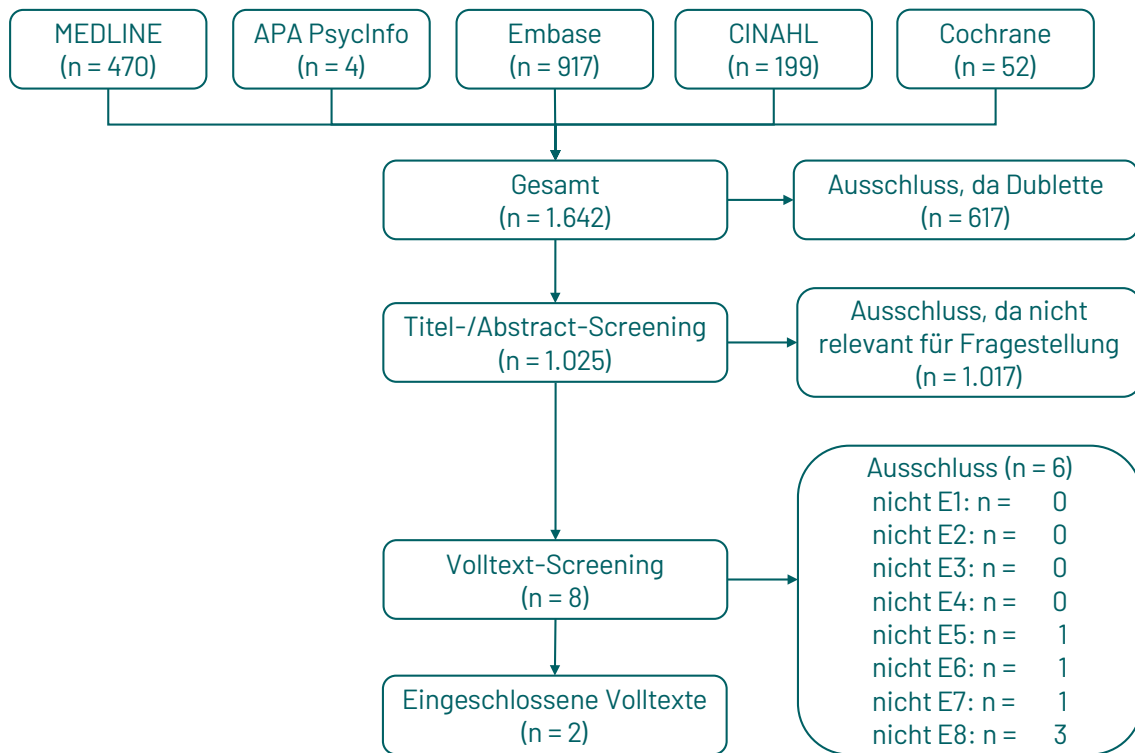


Abbildung 3: Flussdiagramm der Recherche nach Publikationen zur Versorgungssituation

## 4.2 Eingeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation

Nach dem Volltext-Screening wurden 2 Artikel eingeschlossen werden (Tabelle 18).

Tabelle 18: Eingeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation

	<b>Titel</b>	<b>Referenz</b>
1	Der Einfluss des ärztlichen Aufklärungsgespräches auf die postoperative Zufriedenheit und Lebensqualität von Patientinnen mit Uterus myomatosus nach Myomenukleation oder Hysterektomie	Hempowicz et al. (2013)
2	Der Einfluss des präoperativen Entscheidungsfindungsprozesses auf das postoperative Outcome nach Hysterektomie aufgrund benigner uteriner Pathologien	Radosa et al. (2016)

### 4.2.1 Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Studien zur Versorgungssituation wurde von einer Person durchgeführt und von einer weiteren stichprobenartig überprüft. Die extrahierten Daten sind in Anhang A.2.5 dokumentiert.



### 4.3 Ausgeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation

Folgende im Volltext überprüfte Publikationen zur Informationsbeschaffung Versorgungssituation wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 12):

#### Nicht E1, E2, E3, E4

keine

#### Nicht E5

1. Freifrau von Welser, S; Ortmann, O; Seitz, S (2015): Risikokommunikation bei operativen Eingriffen am Beispiel der Hysterektomie. *Der Gynäkologe* 48(8): 586-592. DOI: 10.1007/s00129-015-3730-z.

#### Nicht E6

1. Ali, J; Pieper, D (2017): Kaum aktuelle Daten zu Zweitmeinungsverfahren vorhanden – eine systematische Übersichtsarbeit. *Das Gesundheitswesen* 79(10): 871-874. DOI: 10.1055/s-0042-108586.

#### Nicht E7

1. Knudsen, NI; Wernecke, KD; Siedentopf, F; David, M (2017): Fears and Concerns of Patients with Uterine Fibroids – a Survey of 807 Women. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 77(9): 976-983. DOI: 10.1055/s-0043-118132.

#### Nicht E8

1. Prediger, B; Koller, D; Hes, S; Konsgen, N; Pieper, D (2022): Verortung von Zweitmeinungsanbietern in Deutschland – Gibt es regionale Unterschiede? *Das Gesundheitswesen* 28: 28. DOI: 10.1055/a-1690-6728.
2. Prütz, F; Knopf, H; von der Lippe, E; Scheidt-Nave, C; Starker, A; Fuchs, J (2013): Prävalenz von Hysterektomien bei Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahren. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 56(5): 716-722. DOI: 10.1007/s00103-012-1660-7.
3. Stang, A; Kluttig, A; Moebus, S; Volzke, H; Berger, K; Greiser, KH; et al. (2014): Educational level, prevalence of hysterectomy, and age at amenorrhoea: a cross-sectional analysis of 9536 women from six population-based cohort studies in Germany. *BMC: Women's Health* 14(1): 10. DOI: 10.1186/1472-6874-14-10.

## Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen

### Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2010 [Reaffirmed 2020])	ACOG Practice Bulletin No. 114. Management of Endometriosis	The American College of Obstetricians and Gynecologists, USA	Darstellung der Evidenz, einschließlich Risiken und Nutzen, für die Wirksamkeit der medizinischen und chirurgischen Therapie für erwachsene Frauen, die an Symptomen wie Beckenschmerzen oder Unfruchtbarkeit oder beidem leiden	Frauen, die an Symptomen wie Beckenschmerzen oder Unfruchtbarkeit oder beidem leiden	Ärztinnen/Ärzte
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2013 [Reaffirmed 2019])	ACOG Practice Bulletin No. 136. Management of Abnormal Uterine Bleeding Associated with Ovarian Dysfunction	The American College of Obstetricians and Gynecologists, USA	Erstellung von Richtlinien für die Behandlung von Patientinnen mit einer abnormalen Uterusblutung im Zusammenhang mit einer ovulatorischen Dysfunktion (AUB-0)	Frauen mit anormalen Uterusblutungen im Zusammenhang mit einer ovulatorischen Dysfunktion (AUB-0)	o. A.

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics/AUGS (2017 [Reaffirmed 2019])	ACOG Practice Bulletin No. 183. Postpartum Hemorrhage	The American College of Obstetricians and Gynecologists, USA	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erörterung von Risikofaktoren für postpartale Blutungen sowie deren Bewertung, Vorbeugung und Behandlung</li> <li>▪ Hilfestellung bei der Implementierung standardisierter Behandlungspakete für das Management postpartaler Blutungen</li> </ul>	Frauen mit postpartalen Blutungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geburtshelferinnen/Geburtshelfer</li> <li>▪ Gynäkologinnen/Gynäkologen</li> <li>▪ Anbieterinnen/Anbieter von Geburtshilfe</li> </ul>
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology/AUGS (2019 [Reaffirmed 2021])	ACOG Practice Bulletin No. 214. Pelvic Organ Prolapse	The American College of Obstetricians and Gynecologists, USA	Überprüfung von Informationen zum aktuellen Verständnis von Beckenorganprolaps ( <i>pelvic organ prolapse</i> , POP) bei Frauen	Frauen mit einem Beckenorganprolaps	o. A.
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2021)	ACOG Practice Bulletin No. 228. Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas	The American College of Obstetricians and Gynecologists, USA	Bereitstellung aktualisierter evidenzbasierter Empfehlungen für das medizinische, verfahrenstechnische und chirurgische Management von symptomatischen Leiomyomen	Frauen mit Uterusleiomyomen	o. A.

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
Auclair et al. (2019)	SOGC Clinical Practice Guideline No. 390. Classification and Management of Endometrial Hyperplasia	The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Kanada	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hilfestellung für Hausärztinnen/Hausärzte und Gynäkologinnen/Gynäkologen bei der Erstbeurteilung von Frauen mit Verdacht auf Endometriumhyperplasie</li> <li>▪ Empfehlung der Verwendung der Klassifikation der WHO von 2014 für Endometriumhyperplasie durch alle Gesundheitsdienstleistende</li> <li>▪ Anleitung für die Behandlung von Frauen mit einer diagnostizierten Endometriumhyperplasie</li> </ul>	erwachsene Frauen (18 Jahre und älter) mit Verdacht auf oder bestätigte Endometriumhyperplasie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ärztinnen/Ärzte, einschließlich Gynäkologinnen/Gynäkologen</li> <li>▪ Geburtshelferinnen/Geburtshelfer</li> <li>▪ Hausärztinnen/Hausärzte</li> <li>▪ Allgemeinchirurginnen/Allgemeinchirurgen</li> <li>▪ Spezialistinnen/Spezialisten für Notfallmedizin</li> <li>▪ Krankenschwestern/Krankenpfleger, einschließlich examinierter Krankenschwestern und Krankenpfleger</li> <li>▪ Medizinische Auszubildende, einschließlich Medizinstudentinnen/Medizinstudenten</li> <li>▪ Verwandte und Freundinnen/Freunde</li> <li>▪ alle anderen Gesundheitsdienstleistende</li> </ul>
Demers et al. (2018)	No. 163 - Gynaecological and Obstetric Management of Women with inherited bleeding disorders	The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Kanada	Zusammenfassung der verfügbaren Evidenz in Bezug sowohl auf die Diagnose als auch auf das geburtshilfliche und gynäkologische Management von Frauen mit erheblichen Blutgerinnungsstörungen	Frauen mit erheblichen Blutgerinnungsstörungen	o. A.

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
ESHRE Endometriosis Guideline Development Group (2022)	Endometriosis. Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology	ESHRE Endometriosis Guideline Development Group, London, England	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Empfehlungen zur Diagnose und Behandlung sowie zur Linderung schmerzhafter Symptome</li> <li>▪ Empfehlungen zur Unfruchtbarkeit aufgrund von Endometriose</li> <li>▪ spezifische Empfehlungen zur Behandlung von Patientinnen, bei denen Endometriose zufällig festgestellt wird (ohne Schmerzen oder Unfruchtbarkeit), bei Jugendlichen und Frauen in der Menopause mit Endometriose</li> <li>▪ Bereitstellung von Informationen zu Risikofaktoren für Endometriose und Assoziationen mit anderen Erkrankungen sowie Empfehlungen zur Vorbeugung und Überwachung</li> </ul>	Frauen mit Endometriose (entweder diagnostiziert oder mit dringendem Verdacht)	europäische Gesundheitsdienstleister

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
Kives und Lefebvre (2018)	SOGC Clinical Practice Guideline No. 238. Supracervical Hysterectomy	The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Kanada	Überprüfung der Evidenz bezüglich des potenziellen Nutzens der vaginalen Hysterektomie und der suprazervikalen Hysterektomie vs. der totalen abdominalen Hysterektomie in Bezug auf postoperative Sexualfunktion, Harnfunktion und peri- und postoperative Komplikationen	Frauen, die eine Hysterektomie aufgrund einer gutartigen Erkrankungen in Betracht ziehen	o. A.
Lefebvre et al. (2018)	SOGC Clinical Practice Guideline No. 109. Hysterectomy	The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Kanada	Identifizierung der Indikationen für eine Hysterektomie, der präoperativen Beurteilung und der verfügbaren Alternativen, die vor einer Hysterektomie erforderlich sind	Frauen, die sich im Entscheidungsprozess zur Durchführung einer Hysterektomie befinden	o. A.
NICE (2019)	NICE National Guideline NG123. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management	National Institute for Health and Clinical Excellence, Vereinigtes Königreich	Beurteilung und Behandlung von Harninkontinenz und Beckenorganprolaps bei Frauen ab 18 Jahren	Frauen ab 18 Jahren mit einer Harninkontinenz oder einem Beckenorganprolaps	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ medizinische Fachkräfte</li> <li>▪ die für die Beauftragung und Planung von Gesundheitsdiensten verantwortlichen Personen (einschließlich Primärversorgung)</li> <li>▪ Frauen mit Harninkontinenz, Beckenorganprolaps oder Komplikationen im Zusammenhang mit Operationen wegen Harninkontinenz oder Beckenorganprolaps</li> <li>▪ Familie und Betreuerinnen/Betreuer</li> </ul>

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
NICE (2021)	NICE National Guideline NG88. Heavy menstrual bleeding: assessment and management	National Institute for Health and Care Excellence, Vereinigtes Königreich	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interventionen zur Patientenaufklärung</li> <li>▪ Bereitstellung von Informationen zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit</li> <li>▪ Diagnose von Frauen, die sich mit starken Menstruationsblutungen (<i>heavy menstrual bleeding</i>, HMB) vorstellen, einschließlich Anleitung zu geeigneten Untersuchungen und Überweisungen sowie zur Kostenwirksamkeit der Durchführung solcher Untersuchungen</li> <li>▪ medizinisches Management von starken Menstruationsblutungen, einschließlich kurz- und langfristiger Ergebnisse, unerwünschter Ereignisse, Kostenwirksamkeit und anschließender Behandlung</li> <li>▪ Indikationen für die Überweisung an das Sekundärversorgungsmanagement</li> </ul>	Frauen mit starken Menstruationsblutungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner, Gynäkologinnen/Gynäkologen, gynäkologische Fachkrankenschwestern und -pfleger, interventionelle Radiologinnen/Radiologen, Krankenpflegerinnen/Krankenpfleger und Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner mit besonderem Interesse an Gynäkologie</li> <li>▪ die für die Beauftragung und Planung von Gesundheitsdiensten verantwortlichen Personen (einschließlich Primärversorgung)</li> <li>▪ Frauen mit starken Menstruationsblutungen</li> </ul>

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bestimmung, ob und wann chirurgische Eingriffe am besten geeignet sind</li> <li>▪ operative Verfahren zur Endometriumablation/-resektion bei starken Menstruationsblutungen, einschließlich kurz- und langfristiger Ergebnisse, Kosteneffizienz, Nebenwirkungen und anschließender Behandlung</li> <li>▪ Uterusarterienembolisation (UAE) bei starken Menstruationsblutungen, einschließlich kurz- und langfristiger Ergebnisse, Kostenwirksamkeit, Nebenwirkungen und anschließender Behandlung</li> <li>▪ operative Verfahren und andere Techniken, die für Hysterektomie und Myomektomie bei starken Menstruationsblutungen verwendet werden, einschließlich kurz- und langfristiger Ergebnisse, unerwünschter Ereignisse und anschließender Behandlung sowie Anleitung zu minimalen Zugangstechniken</li> </ul>		



Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
			<p>(Hysteroskopie oder Laparoskopie)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Probleme im Zusammenhang mit der Entfernung gesunder Eierstöcke, wenn die Hysterektomie die geeignetste Option ist</li> </ul>		
RANZCOG (2021)	Australien clinical practice guideline for the diagnosis and management of endometriosis	The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG); Melbourne, Australien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Förderung der Einheitlichkeit in der Versorgung</li> <li>▪ Verbesserung der Erfahrungen und Ergebnisse von Menschen mit bestätigter oder vermuteter Endometriose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frauen, nicht binäre und geschlechtsspezifische Personen mit vermuteter oder bestätigter Endometriose, einschließlich: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Frauen mit zufällig entdeckter asymptomatischer Endometriose</li> <li>▫ Jugendlicher (bis 17 Jahre) mit Endometriose</li> <li>▫ unfruchtbarer Frauen mit Endometriose</li> <li>▫ Frauen mit chronischen oder anhaltenden Beckenschmerzen, bei denen der Verdacht auf Endometriose besteht</li> <li>▫ Frauen nach der Menopause mit Endometriose</li> <li>▫ Schwangerer mit Endometriose</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ medizinisches Fachpersonal, das mit Menschen mit Verdacht auf oder bestätigter Endometriose oder Adenomyose (oder beiden) in Australien arbeitet</li> <li>▪ Menschen mit Endometriose (einschließlich ihrer Familien)</li> <li>▪ Betreuerinnen/Betreuer</li> <li>▪ Öffentlichkeit</li> </ul>

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
Thurston et al. (2019)	SOGC Clinical Practice Guideline No. 377. Hysterectomy for Benign Gynaecologic Indications	The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Kanada	Unterstützung von Ärztinnen/Ärzten, die gynäkologische Operationen durchführen, bei der Entscheidungsfindung im Zusammenhang mit einer Hysterektomie für gutartige Indikationen	Erwachsene Frauen (18 Jahre und älter), die sich bei gutartigen gynäkologischen Indikationen einer Hysterektomie unterziehen wollen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ärztinnen/Ärzte, einschließlich Gynäkologinnen/Gynäkologen</li> <li>▪ Geburtshelferinnen/Geburtshelfer</li> <li>▪ Hausärztinnen/Hausärzte</li> <li>▪ Allgemeinchirurginnen/Allgemeinchirurgen</li> <li>▪ Spezialistinnen/Spezialisten für Notfallmedizin</li> <li>▪ Krankenschwestern/Krankenpfleger, einschließlich registrierter Krankenschwestern/Krankenpfleger und Krankenschwestern/Krankenpfleger im Praktikum</li> <li>▪ Medizinische Auszubildende, einschließlich Medizinstudentinnen/Medizinstudenten</li> <li>▪ Bewohnerinnen/Bewohner und Kolleginnen/Kollegen</li> <li>▪ alle anderen Gesundheitsdienstleistende</li> </ul>

Abkürzungen: o. A. = ohne Angabe

## Anhang A.2.2: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien

Referenz	Seite	extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2010 [Reaffirmed 2020])	231	„Hormone therapy with estrogen is not contraindicated after hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy for endometriosis.“	Level B	o. A.	Frauen mit Endometriose
	231	„In patients with normal ovaries, a hysterectomy with ovarian conservation and removal of the endometriotic lesions should be considered.“	Level B	o. A.	
	231	„When medical management has failed, undergoing definitive surgical management is appropriate in those who do not desire future fertility.“	Level C	-	
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2013 [Reaffirmed 2019])	182	„Women who have completed childbearing, in whom medical therapy has failed, or who have contraindications to medical therapy are candidates for hysterectomy without cervical preservation.“	Level B	o. A.	Frauen mit anormalen Uterusblutungen im Zusammenhang mit einer ovulatorischen Dysfunktion (AUB-0)
ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics/AUGS (2017 [Reaffirmed 2019])	e180	„Generally, in the treatment of postpartum hemorrhage, less invasive methods should be used initially if possible, but if unsuccessful, preservation of life may require more aggressive interventions including hysterectomy.“	Level C	-	Frauen mit postpartalen Blutungen
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology/AUGS (2019 [Reaffirmed 2021])	e136	„Women considering treatment of POP should be offered a vaginal pessary as an alternative to surgery.“	Level B	o. A.	Frauen mit einem Beckenorganprolaps
	e136	„Vaginal apex suspension should be performed at the time of hysterectomy for uterine prolapse to reduce the risk of recurrent POP.“	Level B	o. A.	

Referenz	Seite	extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	e136	„Hysteropexy is a viable alternative to hysterectomy in women with uterine prolapse, although there is less available evidence on safety and efficacy compared with hysterectomy.“	Level B	o. A.	
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2021)	e108	„When hysterectomy is selected for the surgical management of symptomatic uterine leiomyomas, the most minimally invasive route is recommended whenever possible, and the vaginal approach is preferred among the minimally invasive approaches when it is feasible.“	Level A	o. A.	Frauen mit Uterusleiomyomen
	e109	„Hysterectomy is recommended as a definitive surgical management option for the treatment of AUBL and bulk symptoms associated with uterine leiomyomas in patients who do not desire future childbearing or do not wish to retain their uterus and are counseled about the long-term health risks.“	Level B	o. A.	
Auclair et al. (2019)	1791	„If surgery is indicated for endometrial hyperplasia without atypia, the procedure should include total hysterectomy with opportunistic salpingectomy, with or without bilateral oophorectomy depending on menopausal status.“	Strong	Moderate	Erwachsene Frauen (18 Jahre und älter) mit Verdacht auf oder bestätigter Endometriumhyperplasie
	1791	„Total hysterectomy with bilateral salpingoophorectomy is recommended for treatment of atypical hyperplasia in premenopausal and postmenopausal women (strong, moderate). In premenopausal women, ovarian preservation should be discussed.“	Strong	Moderate	
	1791	„We recommend that subtotal (supracervical) hysterectomy and morcellation be avoided in all cases of endometrial hyperplasia.“	Strong	Low	

Referenz	Seite	extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
Demers et al. (2018)	e98	„In women who no longer want to preserve their fertility, conservative surgical therapy (ablation) and hysterectomy may be options.“	B	III	Frauen mit erheblichen Blutgerinnungsstörungen
ESHRE Endometriosis Guideline Development Group (2022)	11	„Women should be informed that hysterectomy will not necessarily cure the symptoms or the disease.“	Weak recommendation	o. A.	Frauen mit Endometriose (entweder diagnostiziert oder mit dringendem Verdacht)
	11	„When a decision is made whether to remove the ovaries, the long-term consequences of early menopause and possible need for hormone replacement therapy should be considered.“	GPP	-	
	11	„The GDG recommends that when hysterectomy is performed, a total hysterectomy is preferred.“	GPP	-	
Kives und Lefebvre (2018)	e597	„Vaginal hysterectomy is generally considered the first choice of surgical approach for most benign indications for hysterectomy, as it is associated with lower rates of morbidity, fewer postoperative complications, and a faster recovery time than abdominal hysterectomy.“	A	I	Frauen, die eine Hysterektomie bei einer gutartigen Erkrankung in Betracht ziehen
	e597/ e598	„Women contemplating a vaginal, laparoscopic, or abdominal hysterectomy for the management of benign uterine disease should be reassured that hysterectomy is usually associated with improved quality of life, including improved sexual function, whether or not the cervix is removed.“	B	I	
	e598	„Supracervical hysterectomy should not be recommended as a superior technique to total abdominal hysterectomy for the prevention of postoperative lower urinary tract symptoms.“	B	I	

Referenz	Seite	extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	e598	„Although supracervical hysterectomy may be associated with less blood loss and a shorter surgical time, these parameters have not been found to be clinically significant, and supracervical hysterectomy should not be recommended as a superior technique to total abdominal hysterectomy for the prevention of peri- and postoperative complications.“	B	I	
	e598	„Women considering a supracervical hysterectomy should be counselled that they may continue experiencing cyclic vaginal bleeding following the surgery.“	B	I	
	e598	„Women must be advised that they require routine cytological screening following a supracervical hysterectomy.“	B	II	
	e598	„Women who require a hysterectomy and who have a current or significant history of abnormal cervical cytological results should be counselled on the advantages of vaginal hysterectomy or total abdominal hysterectomy over supracervical hysterectomy.“	B	I	
Lefebvre et al. (2018)	e567	„Leiomyomas: For symptomatic fibroids, hysterectomy provides a permanent solution to menorrhagia and the pressure symptoms related to an enlarged uterus.“	A	I	Frauen, die sich im Entscheidungsprozess zur Durchführung einer Hysterektomie befinden
	e568	„Endometriosis: Hysterectomy is often indicated in the presence of severe symptoms with failure of other treatments and when fertility is no longer desired.“	B	I	
	e568	„Pelvic relaxation: A surgical solution usually includes vaginal hysterectomy, but must include pelvic supporting procedures.“	B	II	

Referenz	Seite	extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	e568	„Pelvic pain: A multidisciplinary approach is recommended, as there is little evidence that hysterectomy will cure chronic pelvic pain. When the pain is confined to dysmenorrhea or associated with significant pelvic disease, hysterectomy may offer relief.“	C	II	
	e568	„Hysterectomy is usually indicated for endometrial hyperplasia with atypia.“	A	I	
	e568	„Cervical intraepithelial neoplasia in itself is not an indication for hysterectomy.“	B	I	
	e568	„Simple hysterectomy is an option for treatment of adenocarcinoma in situ of the cervix when invasive disease has been excluded.“	B	I	
	e568	„Hysterectomy is indicated for intractable postpartum hemorrhage when conservative therapy has failed to control bleeding.“	B	II	
	e568	„The vaginal route should be considered as a first choice for all benign indications. The laparoscopic approach should be considered when it reduces the need for a laparotomy.“	B	III	
NICE (2019)	33	„Discuss the options for treatment (see recommendation 1.8.2 on using a decision aid), including non-surgical options, hysterectomy and surgery that will preserve the uterus, with women who have uterine prolapse.“	Strong	o. A.	Frauen ab 18 Jahren mit einer Harninkontinenz oder einem Beckenorganprolaps
	33	„For women considering surgery for uterine prolapse: <ul style="list-style-type: none"> <li>discuss the possible complications and the lack of long-term evidence on the effectiveness of the procedures.“</li> </ul>	Strong	o. A.	

Referenz	Seite	extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	33	<p>„For women with uterine prolapse who have no preference about preserving their uterus, offer a choice of:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vaginal hysterectomy, with or without vaginal sacrospinous fixation with sutures or</li> <li>▪ vaginal sacrospinous hysteropexy with sutures or</li> <li>▪ Manchester repair.“</li> </ul>	Strong	o. A.	
NICE (2021)	9	<p>„Provide information about all possible treatment options for HMB and discuss these with the woman (see section 1.5). Discussions should cover:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ the benefits and risks of the various options</li> <li>▪ suitable treatments if she is trying to conceive</li> <li>▪ whether she wants to retain her fertility and/or her uterus.“</li> </ul>	Strong	o. A.	Frauen mit starken Menstruationsblutungen
	10	<p>„Explain to women about the impact on fertility that any planned surgery or uterine artery embolisation may have, and if a potential treatment (hysterectomy or ablation) involves loss of fertility then opportunities for discussion should be made available.“</p>	Strong	o. A.	
	10/11	<p>„Have a full discussion with all women who are considering hysterectomy about the implications of surgery before a decision is made. The discussion should include:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sexual feelings</li> <li>▪ impact on fertility</li> <li>▪ bladder function</li> <li>▪ need for further treatment</li> </ul>	Strong	o. A.	



Referenz	Seite	extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ treatment complications</li> <li>▪ her expectations</li> <li>▪ alternative surgery</li> <li>▪ psychological impact.“</li> </ul>			
	11	„Inform women about the increased risk of serious complications (such as intraoperative haemorrhage or damage to other abdominal organs) associated with hysterectomy when uterine fibroids are present.“	Strong	o. A.	
	11	„Inform women about the risk of possible loss of ovarian function and its consequences, even if their ovaries are retained during hysterectomy.“	Strong	o. A.	
	11	„When agreeing treatment options for HMB with women, take into account: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ the woman's preferences“</li> </ul>	Strong	o. A.	
	15	„When discussing the route of hysterectomy (laparoscopy, laparotomy or vaginal) with the woman, carry out an individual assessment and take her preferences into account.“	Strong	o. A.	
	15	„Discuss the options of total hysterectomy (removal of the uterus and the cervix) and subtotal hysterectomy (removal of the uterus and retention of the cervix) with the woman.“	Strong	o. A.	
	15	„Only remove ovaries with hysterectomy with the express wish and informed consent of the woman, after discussion of all associated risks and benefits.“	Strong	o. A.	

Referenz	Seite	extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
RANZCOG (2021)	16	„Offer treatment according to the person’s symptoms, preferences and priorities, rather than the stage of the endometriosis. Treatment should be patient focused, considering the person’s physical, psychological, sexual, social, spiritual and cultural needs and preferences.“	Consensus-based recommendation	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Frauen, nicht binäre und geschlechtsunspezifische Personen mit vermuteter oder bestätigter Endometriose, einschließlich: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Personen mit zufällig entdeckter asymptomatischer Endometriose</li> <li>▫ Jugendlicher (bis 17 Jahre) mit Endometriose</li> <li>▫ unfruchtbarer Menschen mit Endometriose</li> <li>▫ Menschen mit chronischen oder anhaltenden Beckenschmerzen, bei denen der Verdacht auf Endometriose besteht</li> <li>▫ Menschen nach der Menopause mit Endometriose</li> <li>▫ Schwangerer mit Endometriose</li> </ul> </li> </ul>
	19	„Advise people contemplating a hysterectomy for the treatment of endometriosis that there is no evidence for or against the effectiveness of hysterectomy for endometriosis. If hysterectomy is indicated (for example, if the person has adenomyosis or heavy menstrual bleeding that has not responded to other treatments), all visible endometriotic lesions should be excised at the time of the hysterectomy.“	Consensus-based recommendation	-	
	19	<p>„For people with endometriosis who are thinking about having a hysterectomy, discuss:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ what a hysterectomy involves and when it may be needed</li> <li>■ the possible benefits and risks of hysterectomy</li> <li>■ the possible benefits and risks of having oophorectomy at the same time as hysterectomy</li> <li>■ how a hysterectomy (with or without oophorectomy) could affect endometriosis symptoms</li> <li>■ that hysterectomy should be combined with excision of all visible endometriotic lesions</li> <li>■ that endometriosis may recur, with the possible need for further surgery</li> <li>■ the possible benefits and risks of menopausal hormone therapy after hysterectomy with oophorectomy.“</li> </ul>	Consensus-based recommendation	-	

Referenz	Seite	extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	19	„When hysterectomy is combined with surgical treatment of endometriosis, perform the hysterectomy (with or without oophorectomy) laparoscopically unless there are contraindications.“	Consensus-based recommendation	-	
	19	„Advise people contemplating a hysterectomy for the treatment of adenomyosis that there is no evidence for or against the effectiveness of hysterectomy for pain associated with adenomyosis. Women who have heavy menstrual bleeding will have resolution of their heavy menstrual bleeding.“	Consensus-based recommendation	-	
	19	<p>„For people with adenomyosis who are thinking about having a hysterectomy, discuss:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ what a hysterectomy involves and when it may be needed</li> <li>▪ the possible benefits and risks of hysterectomy</li> <li>▪ the possible benefits and risks of having oophorectomy at the same time as the hysterectomy</li> <li>▪ how a hysterectomy (with or without oophorectomy) could affect adenomyosis symptoms</li> <li>▪ that hysterectomy should be combined with excision of all visible adenomyotic and endometriosis lesions</li> <li>▪ the possible benefits and risks of menopausal hormone therapy after hysterectomy with oophorectomy.“</li> </ul>	Consensus-based recommendation	-	

Referenz	Seite	extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
Thurston et al. (2019)	545	„Hysterectomy for benign indications should preferably be approached by either vaginal or laparoscopic routes.“	Strong	High	erwachsene Frauen (18 Jahre und älter), die sich bei gutartigen gynäkologischen Indikationen einer Hysterektomie unterziehen wollen
	545	„Vaginal hysterectomy is still considered the preferred route of hysterectomy, but laparoscopic hysterectomy is an appropriate alternative minimally invasive approach.“	Strong	Moderate	
	545	„Women should be counselled about the benefits and risks of removing the ovaries at the time of the hysterectomy. This should include discussion about the risk of ovarian cancer as well as the long-term health implications of earlier menopause linked to bilateral oophorectomy.“	Strong	Moderate	
	545	„If patients with endometriosis are planning to undergo hysterectomy, full excision of local endometriosis should be performed concurrently.“	Strong	Moderate	

Abkürzungen: o. A. = ohne Angabe

## Anhang A.2.3: Evidenz- und Empfehlungsgrade der eingeschlossenen Leitlinien

### Leitlinien vom American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2010 [Reaffirmed 2020])	236	236
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2013 [Reaffirmed 2019])	185	185
ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics/AUGS (2017 [Reaffirmed 2019])	e186	e186
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology/AUGS (2019 [Reaffirmed 2021])	e141	e141
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2021)	e114	e114

### Evidenzgraduierung

I	Evidence obtained from at least one properly designed randomized controlled trial
II-1	Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization
II-2	Evidence obtained from well-designed cohort or case-control analytic studies, preferably from more than one center or research group
II-3	Evidence obtained from multiple time series with or without the intervention. Dramatic results in uncontrolled experiments also could be regarded as this type of evidence
III	Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees

### Empfehlungsgraduierung

Level A	Recommendations are based on good and consistent scientific evidence
Level B	Recommendations are based on limited or inconsistent scientific evidence
Level C	Recommendations are based primarily on consensus and expert opinion

**Leitlinie von der Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)**

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie
Auclair et al. (2019)	1792	1792
Thurston et al. (2019)	544	544

**Evidenzgraduierung**

High ++++	We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect
Moderate +++0	We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different
Low ++00	Our confidence in the effect estimate is limited. The true effect may be substantially different from the estimate of the effect
Very low +000	We have very little confidence in the effect estimate; The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect

**Empfehlungsgraduierung**

Strong	Highly confident of the balance between desirable and undesirable consequences (i.e., desirable consequences outweigh the undesirable consequences; or undesirable consequences outweigh the desirable consequences).
Conditional (weak)	Less confident of the balance between desirable and undesirable consequences.

**Leitlinie von der Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)**

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie
Demers et al. (2018)	e93	e93

**Evidenzgraduierung**

I	Evidence obtained from at least one properly designed randomized controlled trial.
II-1	Evidence from well-designed controlled trials without randomization.
II-2	Evidence from well-designed cohort (prospective or retrospective) or case-control studies, preferably from more than one centre or research group.
II-3	Evidence from comparisons between times or places with or without the intervention. Dramatic results from uncontrolled experiments (such as the results of treatment with penicillin in the 1940s) could also be included in this category.
III	Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees.

**Empfehlungsgraduierung**

A	There is good evidence to support the recommendation for use of a diagnostic test, treatment, or intervention.
B	There is fair evidence to support the recommendation for use of a diagnostic test, treatment, or intervention.
C	There is insufficient evidence to support the recommendation for use of a diagnostic test, treatment, or intervention.
D	There is fair evidence not to support the recommendation for a diagnostic test, treatment, or intervention.
E	There is good evidence not to support the recommendation for use of a diagnostic test, treatment, or intervention.

**Leitlinie von der European Society of Human Reproduction and Embryology**

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl im Manual	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl im Manual
ESHRE Endometriosis Guideline Development Group (2022)	21	27

**Evidenzgraduierung**

High ++++	We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.
Moderate +++-	We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.
Low +--	Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect.
Very low +---	We have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.

**Empfehlungsgraduierung**

Target Group	Strong Recommendation <sup>1</sup>	Weak Recommendation	Good Practice Point (GPP) <sup>2</sup>
<b>Patients</b>	Most people in your situation would want the recommended course of action and only a small proportion would not	Most patients should receive the recommended course of action	The recommendation can be adopted as a policy in most situations
<b>Clinicians</b>	The majority of people in your situation would want the recommended course of action but many would not.	Different choices will be appropriate for different patients and clinicians must make greater effort in helping patients to arrive at a decision consistent with their values and preferences (shared decision-making)	Policy making will require substantial debate and involvement of many stakeholders
<b>Policy makers</b>	Information of advice of the GDG regarding a certain recommendation		

<sup>1</sup> Strong recommendations based on high quality evidence will apply to most patients for whom these recommendations are made, but they may not apply to all patients in all conditions; no recommendation can take into account all of the often compelling unique features of individual patients and clinical circumstances.

<sup>2</sup> A good practice point or GPP is written by the GDG to support the recommendations. Advice can for instance be provided on how to establish shared decision making, and on factors to be taken into account for a specific test or intervention.



**Leitlinien von der Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)**

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie
Kives und Lefebvre (2018)	e599	e599
Lefebvre et al. (2018)	e569	e569

**Evidenzgraduierung<sup>3</sup>**

I	Evidence obtained from at least one properly randomized controlled trial
II-1	Evidence from well-designed controlled trials without randomization
II-2	Evidence from well-designed cohort (prospective or retrospective) or case-control studies, preferably from more than one centre or research group
II-3	Evidence obtained from comparisons between times or places with or without the intervention. Dramatic results in uncontrolled experiments (such as the results of treatment with penicillin in the 1940s) could also be included in this category
III	Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees

**Empfehlungsgraduierung**

A	There is good evidence to recommend the clinical preventive action
B	There is fair evidence to recommend the clinical preventive action
C	The existing evidence is conflicting and does not allow to make a recommendation for or against use of the clinical preventive action; however, other factors may influence decision-making
D	There is fair evidence to recommend against the clinical preventive action
E	There is good evidence to recommend against the clinical preventive action
L	There is insufficient evidence (in quantity and quality) to make a recommendation; however, other factors may influence decision-making

<sup>3</sup> Abweichend zum methodischen Vorgehen der Leitlinien wurde bei der Bewertung einzelner Empfehlungen eine größere Evidenzgraduierung entsprechend I, II oder III vorgenommen.

**Leitlinien vom National Institute for Health and Care Excellence (NICE)**

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl im Manual
NICE (2019)	39 f.	171 ff.
NICE (2021)	5	171 ff.

**Evidenzgraduierung**

1++ <sup>4</sup>	High-quality meta-analyses, systematic reviews of randomised controlled trials (RCTs) or RCTs with a very low risk of bias
1+	Well-conducted meta-analyses, systematic reviews of RCTs or RCTs with a low risk of bias
1-	Meta-analyses, systematic reviews of RCTs or RCTs with a high risk of bias
2++	High-quality systematic reviews of casecontrol or cohort studies; high-quality case-control or cohort studies with a very low risk of confounding, bias or chance and a high probability that the relationship is causal
2+	Well-conducted case-control or cohort studies with a low risk of confounding, bias or chance and a moderate probability that the relationship is causal
2-	Case-control or cohort studies with a high risk of confounding, bias or chance and a significant risk that the relationship is not causal
3	Non-analytical studies (for example, case reports, case series)
4	Expert opinion, formal consensus
Ia	Systematic reviews (with homogeneity) of level-1 studies
Ib	Level-1 studies
II	Level-2 studies; systematic reviews of level-2 studies
III	Level-3 studies; systematic reviews of level-3 studies
IV	Consensus, expert committee reports or opinions and/or clinical experience without explicit critical appraisal; or based on physiology, bench research or 'first principles'

<sup>4</sup> Abweichend zum methodischen Vorgehen der Leitlinien war eine direkte Zuordnung pro Empfehlung nicht gegeben.

**Empfehlungsgraduierung**

**S.171:** NICE uses „offer“ (or similar wording such as „measure“, „advise“, „commission“ or „refer“) to reflect a strong recommendation, usually where there is clear evidence of benefit. NICE uses „consider“ to reflect a recommendation for which the evidence of benefit is less certain.

**S.173:** Recommendations should use direct instructions wherever possible because they are clearer and easier to follow. They should usually start with a verb describing what the reader should do, for example, „offer“, „consider“, „measure“, „advise“, „discuss“, „ask about“, „commission“

**S.175:** Recommendations for which there is a closer balance between benefits and harms (activities or interventions that could be used) should use „consider“. „Consider“ indicates that the recommendation is made with less certainty. To minimise confusion, „consider“ should only be used to indicate the strength of a recommendation. Other wording rather than „consider“ should be used for „be aware of“, „explore“ or similar.

**Leitlinie von dem Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG)**

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie
RANZCOG (2021)	12	12

**Evidenzgraduierung**

High	Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect
Moderate	Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate
Low	Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate
Very low	Any estimate of effect is very uncertain

**Empfehlungsgraduierung**

Evidence-based recommendation	Recommendation formulated with evidence from source guideline and/or new literature searches
Consensus-based recommendation	Recommendation formulated by consensus, where evidence was sought but none was identified, or the identified evidence was limited by indirectness
EEWG opinion	Guidance that is outside the scope of the evidence search and is based on consensus of the Endometriosis Expert Working Group (EEWG)

## Anhang A.2.4: Charakteristika und identifizierte Themen der Publikationen zu patientenrelevanten Themen

### Systematische Reviews

Referenz	Ziel/Fragestellung der Publikation	Art der Übersichtsarbeit/ Anzahl Studien	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
Zandstra et al. (2017)	Überblicksartige Darstellung der aktuellen Literatur zur gemeinsamen Entscheidungsfindung und Betreuung von Frauen mit starken Menstruationsblutungen	Systematisches Review N = 15	Frauen mit starken Menstruationsblutungen	Stichprobengröße <sup>5</sup> : o. A. Alter: o. A.
<b>Hauptergebnisse</b>				
Die Patientinnen gaben an, dass sie zu wenig Informationen über die Vor- und Nachteile der Hysterektomie und anderer Behandlungsmöglichkeiten erhalten haben. Darüber hinaus zog es ein Großteil der Patientinnen vor, Entscheidungen gemeinsam mit ihrer Ärztin / ihrem Arzt zu treffen. Des Weiteren wirkte sich die Hinzunahme eines strukturierten Interviews oder einer (computergestützten) Entscheidungshilfe positiv auf die Behandlungswahl, die Patientenzufriedenheit und die Verringerung von Entscheidungskonflikten aus. Daran anknüpfend berichteten Frauen mit geringerer formaler Bildung über einen größeren Nutzen der Intervention.				

Abkürzungen: N = Gesamtzahl Studien / Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen; o. A. = ohne Angabe

<sup>5</sup> In der Publikation wurden nur zu einzelnen Studien Angaben zur Stichprobengröße gemacht, weshalb eine Aussage über die Gesamtstichprobengröße nicht möglich ist.

## Qualitative Studien

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
Bossick et al. (2018)	Identifizierung und Vergleich patientenbezogener Outcomes aufgrund von verschiedenen Operationsmethoden bei Patientinnen, die sich einer Hysterektomie unterzogen haben	Qualitative Primärstudie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ US-amerikanische Frauen, bei denen stationär eine Hysterektomie durchgeführt wurde</li> <li>▪ 3 postoperative Gruppen mit 0–6 Monaten, 6–24 Monaten, 24–60 Monaten nach Hysterektomie</li> <li>▪ Ausschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Frauen, die jünger als 18 Jahre oder älter als 65 Jahre waren</li> <li>▫ Frauen mit Eintrag im Tumorregister des Henry Ford Health Systems für eine Krebsdiagnose</li> <li>▫ unzureichende Kenntnisse der englischen Sprache</li> </ul> </li> </ul>	N = 24 durchschnittliches Alter: 49,6 Jahre
<b>Hauptergebnisse</b>				
Es zeigte sich, dass sich die Frauen zum einen auf die Empfehlungen ihrer Ärztinnen/Ärzte verließen. In diesem Zusammenhang berichteten einige Frauen, dass sie das Gefühl hatten, keine Wahl bezüglich der Operation oder der Operationsart zu haben. Zum anderen gaben die Frauen beim Operationsverfahren an, dass ihnen Optionen angeboten wurden und dass sie fast alle wussten, dass sich der Plan während der Operation ändern könnte. Einige Frauen waren sich nicht sicher, welche Organe entfernt werden sollten. Auch fühlten sich einige Frauen mit dem Entscheidungsfindungsprozess bezüglich des Operationsverfahrens nicht wohl. Bezüglich des Genesungsprozesses erinnerten sich einige Frauen daran, mit ihren Ärztinnen/Ärzten darüber gesprochen zu haben. Sie fühlten sich aber dennoch nicht ausreichend informiert.				

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
Collins et al. (2020)	Untersuchung von Erfahrungen und der Wahrnehmung von sich selbst und der Gesundheitsversorgung in Bezug auf die bevorzugte Operationsmethode sowie der Wahrnehmung von Risiken und Vorteilen einer Hysterektomie	Qualitative Primärstudie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schwedische Frauen, die auf eine Hysterektomie aufgrund einer benignen Erkrankung der Gebärmutter warten</li> <li>▪ Ausschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ elektive Operationen an den Eierstöcken</li> <li>▫ bekannte erbliche Veranlagung für gynäkologische Malignität</li> <li>▫ unzureichende Kenntnisse der schwedischen Sprache</li> </ul> </li> </ul>	N = 21 durchschnittliches Alter: 47,9 Jahre
<b>Hauptergebnisse</b>				
In allen Gruppen wurden unzureichende Kenntnisse über die Anatomie und Funktion der weiblichen Genitalien sowie ein unzureichendes Verständnis der eigenen Diagnose festgestellt. Zudem wurde ein Gefühl der Machtlosigkeit gegenüber dem Gesundheitssystem beschrieben. Die Patientinnen schlugen vor, dass Informationen vermehrt in elektronischer Form zur Verfügung gestellt werden könnten. Darüber hinaus war es den Frauen in vielen Fällen unklar, wann die Operation stattfinden wird, was die Operationsmethode sein wird und was während der Genesung zu erwarten wird.				

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen

## Quantitative Primärstudien

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
McCarus et al. (2019)	Bewertung der Durchführbarkeit der Einführung eines neuen Shared-Decision-Making-Tools (SDM-Tools) in einer gynäkologisch-chirurgischen Praxis sowie die Messung der Auswirkungen des Tools auf die Patientenerfahrung	Survey-Daten	US-amerikanische Frauen, die sich für eine Hysterektomie aufgrund einer gutartigen Erkrankung entschieden haben	N = 100 Frauen über 20 Jahre
<b>Hauptergebnisse</b>				
Eine große Mehrheit der Patientinnen gab an, dass die SDM-Materialien ihnen ein besseres Verständnis bezüglich der Behandlungsoptionen vermittelten und dass die bei den Arztgesprächen verwendeten Materialien bei der Entscheidungsfindung geholfen hätten.				
Pakbaz et al. (2017)	Untersuchung der Qualität und des Umfangs von erhaltenden Informationen (zur Auswirkung auf die Harn-, Darm- und Sexualfunktion) vor einer gynäkologischen Operation bei gutartigen Indikationen	Medizinische Daten aus dem schwedische Nationalen Register für gynäkologische Chirurgie und Daten aus einem ergänzenden Fragebogen	Schwedische Frauen mit geplanter Hysterektomie aufgrund eines Beckenorganprolaps ( <i>pelvic organ prolapse</i> , POP) oder einer Harninkontinenz ( <i>urinary incontinence</i> , UI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ N = 972 <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ n = 307 bei Beckenorganprolaps</li> <li>▫ n = 280 bei Harninkontinenz</li> <li>▫ n = 385 bei einer durchgeführten Hysterektomie</li> </ul> </li> <li>■ durchschnittliches Alter: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 59 Jahre bei Beckenorganprolaps</li> <li>▫ 50 Jahre bei Harninkontinenz</li> <li>▫ 46 Jahre bei einer durchgeführten Hysterektomie</li> </ul> </li> </ul>



Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
	<b>Hauptergebnisse</b>			
	Fast die Hälfte der Patientinnen in der Gruppe mit Beckenorganprolaps berichtete von Harninkontinenz, Schwierigkeiten bei der Darmentleerung und/oder Intimitätsproblemen. Ein sehr geringer Anteil berichtete von Problemen im Sexualleben. Die Mehrheit der Patientinnen in der Gruppe mit Harninkontinenz gab an, dass sie Informationen über die Auswirkungen einer Inkontinenzoperation (Inkontinenz sowie Intimitätsprobleme) erhalten hatten. Auch in dieser Gruppe berichtete ein sehr geringer Anteil von Problemen im Sexualleben. In der Gruppe der Patientinnen, bei denen eine Hysterektomie durchgeführt wurde, gab ein relativ geringer Anteil an, von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt über die Auswirkungen der Operation auf die Harn-, Darm- und Sexualfunktion informiert worden zu sein.			

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen; n = Anzahl Studienteilnehmerinnen in Teilstichprobe

### Mixed-Methods-Studie

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
Jacobs et al. (2021)	Ermittlung der Prävalenz einer Hysterektomie bei gehörlosen Frauen in den Vereinigten Staaten sowie die Darstellung von Erfahrungen dieser Frauen, die sich einer Hysterektomie unterzogen haben	Survey-Daten (1) und Einzelinterviews (2)	US-amerikanische gehörlose Frauen, die sich einer Hysterektomie unterzogen haben	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ (1) N = 195 <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ n = 36 mit totaler Hysterektomie</li> <li>▫ n = 31 mit subtotaler Hysterektomie</li> </ul> </li> <li>■ (2) N = 8</li> <li>■ durchschnittliches Alter der Frauen mit totaler Hysterektomie (1): <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 48 Jahre bei US-amerikanischen Frauen mit der Ethnie „White“</li> <li>▫ 36 Jahre bei US-amerikanischen Frauen mit der Ethnie „Black“</li> <li>▫ 56 Jahre bei US-amerikanischen Frauen mit der Ethnie „Asian“</li> </ul> </li> </ul>

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
				<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 42 Jahre bei US-amerikanischen Frauen mit der Ethnie „Latinx“</li> <li>▪ durchschnittliches Alter der Frauen mit subtotaler Hysterektomie (1): <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 44 Jahre bei US-amerikanischen Frauen mit der Ethnie „White“</li> <li>▫ 49 Jahre bei US-amerikanischen Frauen mit der Ethnie „Black“</li> <li>▫ 35 Jahre bei US-amerikanischen Frauen mit der Ethnie „Asian“</li> <li>▫ 43 Jahre bei US-amerikanischen Frauen mit der Ethnie „Latinx“</li> </ul> </li> <li>▪ Alter der Frauen (2): 37–56 Jahre</li> </ul>
<b>Hauptergebnisse</b>				
<p>Frauen, die Zugang zu der von ihnen bevorzugten oder am besten zugänglichen Kommunikationsmethode hatten, gaben an, die Hysterektomie und ihren Ablauf besser verstehen zu können. Zudem verbesserte der uneingeschränkte Zugang zur Kommunikation die Qualität der Entscheidungsfähigkeit. Des Weiteren trug die Anwesenheit von Familienmitgliedern oder Freundinnen/Freunden während der Besuche bei der Ärztin / dem Arzt, der Operation und der Genesung ebenfalls dazu bei, dass sich die Patientinnen wohler fühlten und die Kommunikation effizienter verlief.</p>				

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen

## Anhang A.2.5: Charakteristika und identifizierte Themen der Studien zur Versorgungssituation in Deutschland

### Quantitative Studien

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N, n), Alter in Jahren)
Hempowicz et al. (2013)	Bestimmung präoperativer Faktoren, die den Behandlungserfolg einer minimalinvasiven Therapie beeinflussen	Fragebogen	Patientinnen mit operativ behandeltem, symptomatischem Uterus myomatosus	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N = 228               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ n = 138 bei laparoskopisch-assistierter vaginaler Hysterektomie (LAVH)</li> <li>▫ n = 31 bei laparoskopisch suprazervikaler Hysterektomie (LASH)</li> <li>▫ n = 59 bei Myomenukleation</li> </ul> </li> <li>▪ durchschnittliches Alter:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 48,1 Jahre bei LAVH</li> <li>▫ 48,2 Jahre bei LASH</li> <li>▫ 42,3 Jahre bei Myomenukleation</li> </ul> </li> </ul>
<b>Hauptergebnisse</b>				
<p>Die Frauen gaben an, dass sie am häufigsten durch die Frauenärztin / den Frauenarzt auf die Operationsmethode aufmerksam gemacht wurden. Bezüglich der Entscheidungszeit für eine Operationsmethode entschieden sich Patientinnen mit Myomenukleation eher schnell (41 % innerhalb einer Woche), Patientinnen mit einer LASH fielen durch eine längere Bedenkzeit (52 % innerhalb eines halben Jahres oder länger) auf. Bezüglich der Entscheidungssicherheit waren sich Patientinnen mit einer LAVH sowie Myomenukleation (mit je über 80 %) überwiegend sehr sicher, bei Patientinnen mit einer LASH war die Sicherheit bezüglich der Operationsmethode etwas geringer (64,5 %). Alle Patientinnen waren mit ihrer Behandlung zufrieden. Die Zufriedenheit der Patientinnen bezüglich der erfolgten Behandlung war sehr hoch. Es konnten keine Gruppenunterschiede festgestellt werden.</p> <p>In der LASH-Gruppe war die Güte der ärztlichen Aufklärung wichtigster Prädiktor für die postoperative Zufriedenheit. In der Gruppe der Myomenukleation war es dafür relevant, ob die Patientinnen noch einmal wegen derselben Problematik operiert werden mussten.</p>				

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N, n), Alter in Jahren)
Radosa et al. (2016)	Untersuchung des Einflusses von Faktoren des präoperativen Entscheidungsfindungsprozesses vor elektiver Hysterektomie aufgrund benigner uteriner Pathologien auf den postoperativen Behandlungserfolg	Fragebogen	Prämenopausale Frauen, die sich aufgrund benigner uteriner Pathologien einer elektiven Hysterektomie unterzogen haben	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N = 237 <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ n = 72 bei laparoskopisch suprazervikaler Hysterektomie (LASH)</li> <li>▫ n = 98 bei totaler laparoskopischer Hysterektomie (TLH)</li> <li>▫ n = 67 bei vaginaler Hysterektomie (VH)</li> </ul> </li> <li>▪ durchschnittliches Alter: <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 46,8 Jahre bei LASH</li> <li>▫ 45,3 Jahre bei TLH</li> <li>▫ 47,6 Jahre bei VH</li> </ul> </li> </ul>
<b>Hauptergebnisse</b>				
83 % der Frauen äußerten, die Entscheidung „subjektiv selbstbestimmt“ getroffen zu haben. Hingegen gaben 17 % der Frauen an, dass die Entscheidung eher „subjektiv fremdbestimmt“ durch Dritte getroffen wurde. Hinsichtlich der Sicherheit des Entschlusses gaben 81 % der Frauen an, dass sie sich bei ihrem Entschluss „sicher“ waren, 19 % der Frauen waren sich „unsicher“. 42 % der Frauen gaben an, dass sie viel mit anderen Personen über die Entscheidung zu der Operation gesprochen hatten, 58 % der Patientinnen sprachen wenig über die Operation. 84 % der Frauen berichteten, dass sie sich „subjektiv suffizient aufgeklärt“ fühlten, 16 % der Frauen fühlten sich „subjektiv insuffizient aufgeklärt“. Für den Entschluss zur Operation nahmen sich 53 % der Frauen weniger als einen Monat, 26 % der Frauen ein bis 6 Monate und 21 % der Frauen mehr als 6 Monate Zeit.				

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen; n = Anzahl Studienteilnehmerinnen in Teilstichprobe

## Literatur

- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2010 [Reaffirmed 2020]): ACOG Practice Bulletin No. 114. Management of Endometriosis. *Obstetrics & Gynecology* 116(1): 223–236. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181e8b073.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2013 [Reaffirmed 2019]): ACOG Practice Bulletin No. 136. Management of Abnormal Uterine Bleeding Associated with Ovulatory Dysfunction. *Obstetrics & Gynecology* 122(1): 176–185. DOI: 10.1097/01.AOG.0000431815.52679.bb.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology; AUGS [American Urogynecologic Society] (2019 [Reaffirmed 2021]): ACOG Practice Bulletin No. 214. Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics & Gynecology* 134(5): e126–e142. DOI: 10.1097/aog.0000000000003519.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2021): ACOG Practice Bulletin No. 228. Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas. *Obstetrics & Gynecology* 137(6): e100–e115. DOI: 10.1097/aog.0000000000004401.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Obstetrics; AUGS [American Urogynecologic Society] (2017 [Reaffirmed 2019]): ACOG Practice Bulletin No. 183. Postpartum Hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology* 130(4): e168–e186. DOI: 10.1097/aog.0000000000002351.
- AGREE Next Steps Consortium (2017): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II Instrument. Update: December 2017. AGREE Research Trust.  
URL: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf> (abgerufen am: 11.08.2022).
- Auclair, MH; Yong, PJ; Salvador, S; Thurston, J; Colgan, TTJ; Sebastianelli, A (2019): SOGC Clinical Practice Guideline No. 390. Classification and Management of Endometrial Hyperplasia. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 41(12): 1789–1800. DOI: 10.1016/j.jogc.2019.03.025.
- Bossick, AS; Sangha, R; Olden, H; Alexander, GL; Wegienka, G (2018): Identifying What Matters to Hysterectomy Patients: Postsurgery Perceptions, Beliefs, and Experiences. *JPCRR – Journal of Patient-Centered Research and Reviews* 5(2): 167–175. DOI: 10.17294/2330–0698.1581.
- Collins, E; Lindqvist, M; Mogren, I; Idahl, A (2020): Bridging different realities – a qualitative study on patients' experiences of preoperative care for benign hysterectomy and opportunistic salpingectomy in Sweden. *BMC: Women's Health* 20:198. DOI: 10.1186/s12905–020–01065–8.

- Demers, C; Derzko, C; David, M; Douglas, J (2018): SOGC Clinical Practice Guideline No. 163. Gynaecological and Obstetric Management of Women With Inherited Bleeding Disorders. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 40(2): e91-e103. DOI: 10.1016/j.jogc.2017.11.036.
- ESHRE [European Society of Human Reproduction and Embryology], Endometriosis Guideline Development Group (2022): Endometriosis. Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology [*Full Guideline*]. [Strombeek-Bever, BE]: ESHRE. URL: [https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETRIOSIS-2022\\_2.pdf](https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETRIOSIS-2022_2.pdf) (abgerufen am: 04.04.2022).
- Hempowicz, C; Matthes, A; Radosa, M; Camara, O; Winzer, H; Reichelt, C; et al. (2013): Der Einfluss des ärztlichen Aufklärungsgespräches auf die postoperative Zufriedenheit und Lebensqualität von Patientinnen mit Uterus myomatosus nach Myomenukleation oder Hysterektomie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 63(9-10): 381-386. DOI: 10.1055/s-0033-1334951.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): 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](https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf) (abgerufen am: 11.08.2022).
- Jacobs, K; Minakawa, A; Rao, SR; Kushalnagar, P (2021): A Mixed Methods Study of Hysterectomy in a U.S. Sample of Deaf Women Who Use American Sign Language. *Womens Health Reports* 2(1): 566-575. DOI: 10.1089/whr.2021.0081.
- Kives, S; Lefebvre, G (2018): SOGC Clinical Practice Guideline No. 238. Supracervical Hysterectomy. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 40(7): e597-e604. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.04.033.
- Lefebvre, G; Allaire, C; Jeffrey, J; Vilos, G (2018): SOGC Clinical Practice Guideline No. 109. Hysterectomy. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 40(7): e567-e579. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.04.031.
- McCarus, SD; Wiercinski, K; Heidrich, N (2019): Shared Decision-Making to Improve Patient Engagement in Minimally Invasive Hysterectomy. *Surgical Technology International* 34: 265-268.
- NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence] (2019): NICE National Guideline NG123. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management [*Guidance*]. Published: 02.04.2019, last updated: 24.06.2019, © 2021. [Manchester, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3319-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/resources/urinary-incontinence-and-pelvic-organ-prolapse-in-women-management-pdf-66141657205189> (abgerufen am: 01.04.2022).

NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence] (2021): NICE National Guideline NG88. Heavy menstrual bleeding: assessment and management [*Guidance*]. Published: 14.03.2018, last updated: 24.05.2021, © 2021. [Manchester, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2777-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88/resources/heavy-menstrual-bleeding-assessment-and-management-pdf-1837701412549> (abgerufen am: 01.04.2022).

OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2021): OECD Secretary-General's Report to Ministers 2021. Paris, FR: OECD. DOI: 10.1787/8cd95b77-en.

Pakbaz, M; Rolfsman, E; Lofgren, M (2017): Are women adequately informed before gynaecological surgery? *BMC: Women's Health* 17:68. DOI: 10.1186/s12905-017-0426-7.

Pieper, D; Jülich, F; Antoine, S-L; Bächle, C; Chernyak, N; Genz, J; et al. (2015): Studies analysing the need for health-related information in Germany – a systematic review. *BMC: Health Services Research* 15:407. DOI: 10.1186/s12913-015-1076-9.

Radosa, JC; Radosa, CG; Kastl, C; Mavrova, R; Gabriel, L; Graber, S; et al. (2016): Der Einfluss des präoperativen Entscheidungsfindungsprozesses auf das postoperative Outcome nach Hysterektomie aufgrund benigner uteriner Pathologien. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 76(4): 383-389. DOI: 10.1055/s-0041-110396.

RANZCOG [Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists] (2021): Australien clinical practice guideline for the diagnosis and management of endometriosis. Melbourne, AU: RANZCOG. ISBN: 978-0-6450141-0-5. URL: <https://ranzcof.edu.au/statements-guidelines> [Gynaecology > Reproductive Endocrinology > Endometriosis Clinical Practice Guideline] (abgerufen am: 04.04.2022).

Thurston, J; Murji, A; Scattolon, S; Wolfman, W; Kives, S; Sanders, A; et al. (2019): SOGC Clinical Practice Guideline No. 377. Hysterectomy for Benign Gynaecologic Indications. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 41(4): 543-557. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.12.006.

Zandstra, D; Busser, JAS; Aarts, JWM; Nieboer, TE (2017): Interventions to support shared decision-making for women with heavy menstrual bleeding: A systematic review. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 211: 156-163. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2017.02.026.

# Anhang B: Fokusgruppen und Einzelinterviews

## Anhang B.1: Moderationsleitfäden

Für die Durchführung der Fokusgruppen mit Patientinnen und mit Fachärztinnen und Fachärzten der Gynäkologie sowie der digitalen Einzelinterviews mit Patientinnen wurden im Rahmen der Entwicklung des Qualitätsmodells sowie der Qualitätsmerkmale gruppenspezifische, aber thematisch aufeinander abgestimmte Moderationsleitfäden erstellt. Nachfolgend sind die verwendeten Moderationsleitfäden dargestellt.

Alle durchgeführten Fokusgruppen und Einzelinterviews begannen zunächst mit einer Einführung durch die Moderatorin. In den Fokusgruppen sowie in den Einzelinterviews wurde über eine kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bzw. der teilnehmenden Patientinnen der Einstieg in die Fokusgruppe / das Einzelinterview vorbereitet. Zum Abschluss der Gruppendiskussion bzw. des Einzelinterviews wurden durch die Moderatorin die wichtigsten Themen vor der Gruppe bzw. der interviewten Patientin noch einmal zusammengefasst.

### Anhang B.1.1: Fokusgruppen und digitale Einzelinterviews mit Patientinnen

#### Thema 1: Information und Aufklärung

- Wie wurden Sie darüber informiert, dass eine Gebärmutterentfernung durchgeführt werden soll? Wie ist das abgelaufen?
- Welche Informationen haben Sie im Krankenhaus erhalten?
- Welche Informationen waren Ihnen besonders wichtig? Welche Informationen haben Ihnen gefehlt?

#### Thema 2: Gemeinsame Entscheidungsfindung

- Wie wurde die Entscheidung für eine Gebärmutterentfernung getroffen?
- Welche Rolle hat Ihre Meinung bei der Entscheidung zur Gebärmutterentfernung gespielt?
- Welche Rolle hat die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bei der Entscheidungsfindung gespielt?
  - Was war Ihnen dabei besonders wichtig?
  - Was hat Ihnen bei der Entscheidungsfindung gefehlt?
  - Inwiefern ist die Ärztin / der Arzt dabei auf Ihre Bedürfnisse und Bedenken eingegangen?
  - Welche Rolle haben Angehörige gespielt?



**Thema 3: Kommunikation und Interaktion**

- Wenn Sie an das Gespräch mit der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus denken: Wie hat diese / dieser mit Ihnen gesprochen bzw. ist diese / dieser mit Ihnen umgegangen?
  - Was hat Ihnen gefehlt bzw. was ist nicht gut gelaufen?
  - Was macht Ihrer Meinung nach einen guten Umgang der Ärztin / des Arztes mit Patientinnen aus? Wie merken Sie das?

**Thema 4: Outcome**

- Wie ging es Ihnen nach der Gebärmutterentfernung?
- Wenn Sie an die Zeit nach der Operation denken: Worüber hätten Sie gerne vor der Operation informiert werden wollen? Gab es etwas, das Sie vorher gern noch gewusst hätten?
- Wie betrachten Sie die Entscheidung zur Gebärmutterentfernung im Nachhinein?
  - Würden Sie aus heutiger Sicht etwas anders machen?

**Anhang B.1.2: Fokusgruppen mit Fachärztinnen und Fachärzten der Gynäkologie****Thematischer Einstieg**

- Wenn bei Ihren Patientinnen eine Hysterektomie indiziert ist, welche Schritte erfolgen bis zur Operation?

**Thema 1: Information und Aufklärung**

- Was sind Ihrer Meinung nach wichtige Informationen für die Patientinnen bei der Entscheidung zu einer Hysterektomie?
- Was sollten die Patientinnen generell über den Eingriff wissen?
  - Welche Informationen dürfen Ihrer Meinung nach nicht fehlen?
  - Wonach werden Sie häufig in den Gesprächen gefragt?
  - Wie informieren Sie?
  - Welche Rolle spielen Behandlungsalternativen und Informationen über verschiedene Eingriffsarten bzw. Durchführungsmethoden der Hysterektomie?
  - Welche Herausforderungen bestehen aus Ihrer Sicht?

## **Thema 2: Gemeinsame Entscheidungsfindung**

- Wie wird die Entscheidung zu einer Hysterektomie getroffen? Können Sie den Prozess erläutern?
- Welche Rolle spielen die Patientinnen dabei?
  - Welche Möglichkeiten nutzen Sie, die Patientinnen aktiv in diesen Prozess einzubeziehen?
  - Sollten noch andere Personen, z. B. Angehörige, mit einbezogen werden?
- Was ist Patientinnen im Rahmen der Entscheidungsfindung wichtig?
- Welche Herausforderungen bestehen?

## **Thema 3: Kommunikation und Interaktion**

- Wenn Sie daran denken, wie Sie im Rahmen der Indikationsstellung mit den Patientinnen sprechen und umgehen, wie würden Sie das beschreiben?
- Worauf sollte besonders geachtet werden?
- Was sollte vermieden werden?
- Welchen Sorgen äußern Patientinnen?
  - Wie gehen Sie auf Sorgen und Ängste der Patientinnen ein?
- Was sind Herausforderungen in der Kommunikation und im Umgang mit Patientinnen, die eine Hysterektomie erhalten?

## **Thema 4: Verbesserungsmöglichkeiten**

- Gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungsmöglichkeiten bei der Indikationsstellung und welche wären das gegebenenfalls?
- Gibt es Verbesserungsmöglichkeiten für Patientinnen bei der Entscheidungsfindung?
- Gibt es Verbesserungsmöglichkeiten bei der Koordination / Kooperation mit dem ambulanten Sektor?

## Anhang B.2: Einschlusskriterien der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Für die Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews mit Patientinnen sollten volljährige, gesetzlich versicherte Frauen rekrutiert werden. Es wurde angestrebt, die Auswahl auf Basis von Kriterien (Diagnose, Alter, Bildungshintergrund, Operationsverfahren sowie dem Durchführungsort (z. B. ländlich oder großstädtisch)) möglichst heterogen zu gestalten. Die Teilnehmerinnen der Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews mussten zudem psychisch und physisch in der Lage sein, an einer 1,5- bis 2-stündigen Gruppendiskussion bzw. einem 60-minütigen Einzelinterview teilzunehmen.

Eingeschlossen wurden Patientinnen,

- bei denen innerhalb der letzten zwölf Monate stationär eine Hysterektomie durchgeführt wurde und
- bei denen mindestens eine der folgenden Hauptdiagnosen aus einer der Diagnosegruppen nach ICD-10-GM vorlag: Leiomyom des Uterus, Descensus genitalis, Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus, Endometriose, entzündliche Krankheit des Uterus (ausgenommen der Zervix), sonstige nicht entzündliche Krankheiten des Uterus (ausgenommen der Zervix), Hypermenorrhö, Dysmenorrhö und Dyspareunie.

Ausgeschlossen wurden Patientinnen, bei denen eine Hysterektomie

- im Zuge einer Geschlechtsangleichung oder
- notfallmäßig (z. B. postpartum) oder
- aufgrund einer malignen Erkrankung durchgeführt wurde.

Für die Fokusgruppen mit Fachärztinnen und Fachärzten der Gynäkologie sollten ausschließlich Teilnehmerinnen und Teilnehmer rekrutiert werden, die mindestens drei Jahre Erfahrung in der Indikationsstellung und Durchführung von Hysterektomien bei benignen Erkrankungen der Gebärmutter im stationären Bereich haben. Eine ausgeglichene Verteilung in den Fokusgruppen nach Berufserfahrung, Alter, Geschlecht, Tätigkeitsbereich sowie dem Ort der Tätigkeitsausübung (z. B. ländlich oder großstädtisch) wurde angestrebt. Eingeschlossen wurden stationär wie auch belegärztlich tätige Gynäkologinnen und Gynäkologen.

Von der Teilnahme wurden generell Personen ausgeschlossen, die innerhalb der letzten drei Monate an einer Fokusgruppe oder einem Einzelinterview teilgenommen hatten.

## Anhang B.3: Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Tabelle 1: Charakteristika der Patientinnen aus den Fokusgruppen und digitalen Einzelinterviews für die Erstellung des Qualitätsmodells und die Ableitung der Qualitätsmerkmale zur Entwicklung einer Patientenbefragung (Juli bis August 2022)

Charakteristika	Patientinnen (N = 19)
Anzahl Teilnehmende je Fokusgruppe (Fokusgruppe 1/Fokusgruppe 2/Einzelinterviews)	5/6/8
Alter (Mittelwert/Standardabweichung/Min.-Max.)	42,9/6,6/32–51
<b>Soziodemografische Angaben der Testpersonen<sup>1, 2</sup></b>	
Höchster schulischer Bildungsabschluss n (%)	
▪ Realschulabschluss (mittlere Reife)	5 (26,3)
▪ Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse	1 (5,3)
▪ Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.)	4 (21,1)
▪ Abitur oder erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse (Hochschulreife)	9 (47,4)
Aktuelle berufliche Situation n (%)	
▪ Schülerin, Studentin	1 (5,3)
▪ in Vollzeit tätig (ohne Erwerbsminderung)	5 (26,3)
▪ in Teilzeit tätig (ohne Erwerbsminderung)	11 (57,9)
▪ berentet/pensioniert/in Vorruhestand	1 (5,3)
▪ anderes*	1 (5,3)
<b>Angaben zur Operation<sup>3, 4</sup></b>	
Zeit zwischen Hysterektomie und Fokusgruppe/Interview n (%)	
▪ 0 bis 3 Monate	2 (10,5)
▪ 4 bis 6 Monate	7 (36,8)
▪ 7 bis 12 Monate	10 (52,6)

<sup>1</sup> Aufgeführt sind nur Kategorien, welche von den Patientinnen im Kurzfragebogen als zutreffend angegeben wurden (n > 0).

<sup>2</sup> Rundungsbedingt kann die Summe der Prozentangaben von 100 % abweichen.

<sup>3</sup> Aufgeführt sind nur Kategorien, welche von den Patientinnen im Kurzfragebogen als zutreffend angegeben wurden (n > 0).

<sup>4</sup> Rundungsbedingt kann die Summe der Prozentangaben von 100 % abweichen.

Charakteristika	Patientinnen (N = 19)
Angewandte Operationsmethode n (%)	
▪ laparoskopisch	7 (36,8)
▪ laparoskopisch assistiert vaginal	9 (47,4)
▪ vaginal	3 (15,8)
Gründe für die Gebärmutterentfernung, Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich) n	
▪ gutartige Neubildung(en) (Myome)	7
▪ Endometriose	13
▪ Menstruationsbeschwerden	12
▪ entzündliche Erkrankung(en) der Gebärmutter	2
▪ andere gutartige Erkrankungen(en)	1
▪ andere**	9
Durchführungsort n (%)	
▪ ländlicher Raum	1 (5,3)
▪ kleinstädtischer Raum (mindestens 5.000 Einwohnerinnen und Einwohner)	3 (15,8)
▪ großstädtischer Raum (mindestens 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner)	15 (78,9)
Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe <sup>5</sup> n (%)	
▪ Ja	2 (10,5)
▪ Nein	17 (89,5)

\* Krankenstand

\*\* Verwachsungen (1), HPV-Virus (1), Adenomyosis uteri (6), Dranginkontinenz (1)

<sup>5</sup> Innerhalb der letzten sechs Monate in einer Selbsthilfegruppe, welche sich mit der Thematik der Gebärmutterentfernung befasst

Tabelle 2: Charakteristika der Gynäkologinnen und Gynäkologen der Fokusgruppen für die Erstellung des Qualitätsmodells und die Ableitung der Qualitätsmerkmale zur Entwicklung einer Patientenbefragung (Juli 2022)

<b>Charakteristika<sup>6,7</sup></b>	<b>Fachärztinnen und Fachärzte (N = 12)</b>
Anzahl Teilnehmende je Fokusgruppe (Fokusgruppe 1/Fokusgruppe 2)	7/5
Alter (Mittelwert/Standardabweichung/Min.-Max.)	50,2/7,1/40-61
Geschlecht (männlich/weiblich)	5/7
<b>Facharztabschluss n (%)</b>	
▪ vor 2000	4 (33,3)
▪ zwischen 2000 und 2010	4 (33,3)
▪ nach 2010	4 (33,3)
<b>Berufserfahrung in der Indikationsstellung und Durchführung von Hysterektomien sowie der diesbezüglichen Beratung von Patientinnen n (%)</b>	
▪ 3 bis 9 Jahre	1 (8,3)
▪ 10 bis 20 Jahre	6 (50)
▪ mehr als 20 Jahre	5 (41,7)
<b>Tätigkeitsbereich n (%)</b>	
▪ stationär angestellt	9 (75)
▪ als Belegärztin/Belegarzt	1 (8,3)
▪ nur ambulant	2 (16,7)
<b>Ort der Berufsausübung n (%)</b>	
▪ ländlicher Raum	1 (8,3)
▪ großstädtischer Raum (mindestens 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner)	11 (91,7)

<sup>6</sup> Aufgeführt sind nur Kategorien, welche von den Patientinnen im Kurzfragebogen als zutreffend angegeben wurden (n > 0)

<sup>7</sup> Rundungsbedingt kann die Summe der Prozentangaben von 100 % abweichen.

# Anhang C: Entwicklung des Qualitätsmodells und der Qualitätsmerkmale

## Anhang C.1: Synthese zu den Ergebnissen der systematischen Literaturrecherche

Für die Identifizierung von patientenrelevanten Themen zur stationären oder belegärztlichen Indikationsstellung einer Hysterektomie aufgrund einer benignen Erkrankung, aus denen Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung abgeleitet werden können, wurden drei umfassende Literaturrecherchen durchgeführt. Die Anzahl der jeweils berücksichtigten Leitlinien bzw. Publikationen sind nachfolgend zusammengefasst:

- Im Rahmen der Recherche zu **normativen Versorgungsstandards** in **Leitlinien** konnten nach Abschluss des Titel-Abstract- bzw. Volltext-Screenings insgesamt 14 gültige und als relevant angesehene Leitlinien identifiziert werden: 3 Leitlinien stammen dabei aus Großbritannien (ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, NICE 2021, NICE 2019), 5 Leitlinien aus Kanada (Auclair et al. 2019, Demers et al. 2018, Kives und Lefebvre 2018, Lefebvre et al. 2018, Thurston et al. 2019), eine Leitlinie aus Australien (RANZCOG 2021) und 5 Leitlinien aus den USA (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2010 [Reaffirmed 2020], ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2013 [Reaffirmed 2019], ACOG Committee on Practice Bulletins–Obstetrics/AUGS 2017 [Reaffirmed 2019], ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology/AUGS 2019 [Reaffirmed 2021], ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2021). Die eingeschlossenen Leitlinien adressieren die Versorgung von Patientinnen mit einer Erkrankung der Gebärmutter (z. B. Endometriose oder Beckenorganprolaps). Eine Bewertung der 14 recherchierten Leitlinien nach AGREE-II kann Anhang A.1 entnommen werden.
- Im Rahmen der Literaturrecherche nach Publikationen, welche **patientenrelevante Themen** fokussieren, konnten nach Abschluss des Titel-Abstract- bzw. Volltext-Screenings insgesamt 6 Publikationen eingeschlossen werden. Davon waren eine Publikation ein systematischer Review (Zandstra et al. 2017), 2 Publikationen qualitative Primärstudien (Bossick et al. 2018, Collins et al. 2020), 2 Publikationen quantitative Primärstudien (McCarus et al. 2019, Pakbaz et al. 2017) und eine Publikation eine Mixed-Methods-Studie (Jacobs et al. 2021). Detaillierte Angaben zu den Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind Anhang A.2.4 zu entnehmen.

- Im Rahmen der Recherche zur **Versorgungssituation in Deutschland**, aus der Hinweise auf eine mögliche Unter-, Über- oder Fehlversorgung bei einer stationär durchgeführten Entfernung der Gebärmutter generiert werden sollen, konnten nach dem Titel-Abstract- und dem Volltext-Screening insgesamt 2 Publikationen (Hempowicz et al. 2013, Radosa et al. 2016) eingeschlossen werden. Bei den identifizierten Publikationen handelt es sich um quantitative Studien. Eine Studie untersucht präoperative Faktoren, die den Behandlungserfolg beeinflussen (Hempowicz et al. 2013), die andere Studie Faktoren des präoperativen Entscheidungsfindungsprozesses (Radosa et al. 2016). Detaillierte Angaben zu den Charakteristika der eingeschlossenen Publikationen sind Anhang A.2.5 zu entnehmen.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Literaturanalyse im Sinne einer inhaltlichen Aufbereitung separat für die einzelnen Quellen der Informationsbeschaffung vorgestellt. Am Ende des jeweiligen Abschnitts werden zudem stichpunktartig Themen aufgeführt, die im Rahmen der weiteren Entwicklung der Patientenbefragung nicht verwendet werden. Diese „weiteren Themen“ sind zwar relevant für die Versorgungsqualität, können jedoch nicht berücksichtigt werden, da es sich z. T. um Themen handelt, die nur spezifische Patientengruppen betreffen und somit keine allgemeine Relevanz für alle zu adressierenden Patientinnen des QS-Verfahrens haben. Außerdem kann es sich um Themen handeln, die zwar patientenrelevant sind, jedoch nicht durch Patientinnen im Rahmen einer Befragung adäquat beurteilt und eingeschätzt werden können. Abschließend erfolgt eine tabellarische Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche.

### Ergebnisse der Recherche nach Leitlinien

Für die Analyse und inhaltliche Aufbereitung der Leitlinien<sup>1</sup> wurden insgesamt 55 Empfehlungen extrahiert (Anhang A.2.2).<sup>2</sup> In den nachfolgenden Beschreibungen zu den abgeleiteten Themen aus der Analyse der Leitlinien werden Begrifflichkeiten wie „soll“, „sollte“, „kann“ o. ä. nicht im Sinne einer Graduierung einzelner Leitlinienempfehlungen verwendet, sie geben daher nicht deren Empfehlungsgrade (z. B. „starke Empfehlung“, „moderate Empfehlung“) wieder.

#### *Aufklärung zur Wirkung*

Aus mehreren diagnosespezifischen Leitlinien wird ersichtlich, dass ein wesentlicher Bestandteil bei einem Aufklärungsgespräch zur Hysterektomie die Aufklärung über die Wirkung darstellt. Entsprechend einer schwachen Empfehlung in einer hochwertigen Leitlinie sind

---

<sup>1</sup> Die Bewertung der Leitlinien nach AGREE-II ist im Recherchebericht im Anhang A.1 dargestellt. Dabei ist zwischen hochwertigen Leitlinien (in allen Domänen ein Wert über 50 %) und minderwertigen Leitlinien (in allen Domänen ein Wert unter 50 %) zu unterscheiden.

<sup>2</sup> Die Evidenz- und Empfehlungsgraduierung ist, soweit angegeben, im Anhang A.2.3 dokumentiert.



Patientinnen darüber aufzuklären, wie sich eine Hysterektomie auf die Symptome spezifischer Erkrankungen auswirken kann (RANZCOG 2021). Zusätzlich wird in schwachen Empfehlungen von hochwertigen diagnosespezifischen Leitlinien deutlich, dass die Patientinnen ebenfalls darüber zu informieren sind, dass eine Hysterektomie nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung der Symptome führen wird (ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, RANZCOG 2021). Dies wird durch eine starke Empfehlung in einer hochwertigen Leitlinie unterstützt (NICE 2019). Schließlich sind entsprechend einer minderwertig bewerteten Leitlinie die Patientinnen darüber aufzuklären, dass je nach Operationsverfahren eine Hysterektomie in der Regel mit einer verbesserten Lebensqualität, einschließlich einer verbesserten Sexualfunktion, verbunden ist (Kives und Lefebvre 2018).

#### *Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen*

Hochwertige diagnosespezifische Leitlinien zeigen durch starke sowie schwache Empfehlungen auf, dass Patientinnen, die sich einer Hysterektomie unterziehen möchten, zum einen über unmittelbare Risiken der Operation (z. B. intraoperative Blutungen oder Schäden an anderen Bauchorganen) (NICE 2021, NICE 2019) und zum anderen über mittelbare Folgen einer Hysterektomie (z. B. verfrühtes Einsetzen der Menopause oder Verlust der Fruchtbarkeit) (ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, NICE 2021, RANZCOG 2021) aufzuklären sind. Die Aufklärung über mittelbare Folgen einer Hysterektomie wird durch moderate bzw. starke Empfehlungen in allerdings minderwertig bewerteten Leitlinien unterstützt (Kives und Lefebvre 2018, Thurston et al. 2019). Des Weiteren ist gemäß einer starken Empfehlung in einer hochwertigen Leitlinie mit Patientinnen über mögliche Langzeitfolgen der Behandlung zu sprechen (NICE 2021). Die Besprechung der Langzeitfolgen wird auch in einer sehr schwach bewerteten Leitlinie in einer moderaten Empfehlung thematisiert (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2021).

#### *Aufklärung über alternative Behandlungsoptionen*

Im Rahmen eines Aufklärungsgesprächs für eine Hysterektomie sollte gemäß starker Empfehlungen in mehreren hochwertigen diagnosespezifischen Leitlinien mit den Patientinnen über alternative Behandlungsmöglichkeiten gesprochen werden (NICE 2019, NICE 2021). Moderate bzw. starke Empfehlungen zeigen in geringer bewerteten Leitlinien ebenfalls auf, dass über alternative Behandlungsmöglichkeiten zu sprechen ist bzw. diese anzubieten sind (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology/AUGS 2019 [Reaffirmed 2021], Auclair et al. 2019).

#### *Aufklärung zum operativen Vorgehen*

Eine hochwertige Leitlinie macht in einer starken Empfehlung deutlich, dass Patientinnen über den Umfang der Hysterektomie (z. B. totale oder subtotale Hysterektomie) zu informieren sind (NICE 2021). Darüber hinaus sind Patientinnen gemäß einer anderen hochwertigen Leitlinie mit einer starken Empfehlung über die Art des vorgesehenen Zugangs aufzuklären

(NICE 2019). Dieser Aufklärungsinhalt wird durch eine moderate Empfehlung in einer minderwertigen Leitlinie unterstützt (Kives und Lefebvre 2018).

#### *Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie*

Vereinzelte zeigen hochwertige diagnosespezifische Leitlinien auf, dass nach einer Hysterektomie weitere Anschlussbehandlungen (z. B. Hormonersatztherapie oder ein routinemäßiges zytologisches Screening) (ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, RANZCOG 2021), aber auch erneute Operationen (RANZCOG 2021) nötig bzw. möglich sind. Hierüber sind gemäß schwacher Empfehlungen in diesen Leitlinien Patientinnen im Aufklärungsgespräch von ihrer Ärztin / ihrem Arzt zu informieren.

#### *Berücksichtigung von Präferenzen zum operativen Vorgehen*

Im Rahmen der Entscheidungsfindung für eine Hysterektomie sind gemäß hochwertiger diagnosespezifischer Leitlinien die Präferenzen der Patientinnen zu berücksichtigen. Hierbei sind laut starker Empfehlungen insbesondere patientenindividuelle Präferenzen zum operativen Vorgehen (NICE 2021), aber auch entsprechend starker bzw. schwacher Empfehlungen patientenindividuelle Präferenzen zu anderen Behandlungsmöglichkeiten (NICE 2021, RANZCOG 2021) einzubeziehen.

#### *Weitere Themen*

- Medizinische Empfehlungen:
  - Indikationsstellung für eine Hysterektomie (Lefebvre et al. 2018)
  - (alternative) Behandlungsmöglichkeiten (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2010 [Reaffirmed 2020], ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2013 [Reaffirmed 2019], ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology/AUGS 2019 [Reaffirmed 2021], ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2021, Auclair et al. 2019, Demers et al. 2018, Kives und Lefebvre 2018, Lefebvre et al. 2018, Thurston et al. 2019)
  - Vor- und Nachteile einzelner Behandlungsmöglichkeiten (Kives und Lefebvre 2018, Lefebvre et al. 2018)
  - Operatives Vorgehen (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2010 [Reaffirmed 2020], ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2013 [Reaffirmed 2019], ACOG Committee on Practice Bulletins–Obstetrics/AUGS 2017 [Reaffirmed 2019], ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology/AUGS 2019 [Reaffirmed 2021], ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2021, Auclair et al. 2019, ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, Kives und Lefebvre 2018, Lefebvre et al. 2018, RANZCOG 2021, Thurston et al. 2019)
  - Folgebehandlung einer Hysterektomie (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2010 [Reaffirmed 2020])

## Ergebnisse der Literaturrecherche nach Publikationen zur Patientenperspektive

Nachfolgend werden die patientenrelevanten Themen dargestellt, die im Rahmen der systematischen Recherche zur Patientenperspektive identifiziert wurden.

### *Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen*

In einer Mixed-Methods-Studie konnte festgestellt werden, dass die befragten Patientinnen von ihrer Ärztin/ ihrem Arzt zwar über die Behandlungsmöglichkeiten und ihre Risiken und Vorteile aufgeklärt wurden, dies aber nicht ausführlich genug erfolgte. So gaben die befragten Patientinnen an, dass sie für ein besseres Verständnis ihre Ärztin / ihren Arzt häufig um ausführlichere Erklärungen und Erläuterungen baten. Zudem informierten sie sich zusätzlich durch das Lesen weiterer, selbst recherchierter Materialien zum Eingriff (Jacobs et al. 2021). Bezüglich der Aufklärung zu möglichen Komplikationen während der Operation zeigte eine qualitative Studie auf, dass die befragten Patientinnen, bei denen Komplikationen auftraten, sich in der Rückschau gewünscht hätten, mehr von ihrer Ärztin / ihrem Arzt über mögliche Komplikationen aufgeklärt worden zu sein (Bossick et al. 2018).

Als mögliche Risiken und Nebenwirkungen werden in einzelnen quantitativ oder qualitativ durchgeführten Studien Auswirkungen auf die Sexualfunktion (Pakbaz et al. 2017) und auf die Harn- und Darmfunktion (Pakbaz et al. 2017) und das Einsetzen einer verfrühten Menopause (Bossick et al. 2018) genannt.

### *Aufklärung über alternative Behandlungsoptionen*

Eine qualitative, eine quantitative und eine Mixed-Methods-Studie zeigen auf, dass eine Aufklärung über andere Behandlungsmöglichkeiten relevant ist, erfolgen sollte und teilweise auch erfolgt (Bossick et al. 2018, Jacobs et al. 2021, McCarus et al. 2019). Dementgegen berichten befragte Patientinnen im systematischen Review von Zandstra et al. (2017), dass ihnen zu wenig Informationen zu den Vor- und Nachteilen einer Hysterektomie, aber auch zu anderen Behandlungsmöglichkeiten gegeben wurden.

### *Aufklärung zum operativen Vorgehen*

Eine qualitative Studie zur Patientenperspektive legt dar, dass den befragten Patientinnen nicht immer klar war, wann die Operation stattfinden wird (Collins et al. 2020) und wie sie durch das Krankenhaus kontaktiert werden, wenn es Zeit für die Operation ist (Collins et al. 2020).

Bezüglich der Art des vorgesehenen Zugangs wird in einer qualitativen Studie deutlich, dass die befragten Patientinnen zuvor darüber informiert wurden (Bossick et al. 2018), wobei eine andere qualitative Studie diesbezüglich Informationsdefizite aufzeigt (Collins et al. 2020).

In der qualitativen Studie von Bossick et al. (2018) zeigen die befragten Patientinnen auf, dass sie sich gut über den Operationsplan informiert gefühlt haben und darüber Kenntnis besaßen, dass sich der vorgesehene Operationsplan während der Operation auch ändern könne.

Des Weiteren legen qualitative Studien Informationsdefizite bezüglich des Umfangs der Organentnahme (Bossick et al. 2018) inklusive der Frage nach der zusätzlichen Entfernung der Eileiter (Collins et al. 2020) offen.

Studien zeigen ebenfalls auf, dass die Aufklärungsinhalte den Patientinnen zum einen in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt und zum anderen im Aufklärungsgespräch auch visuell (z. B. anhand von Bildmaterial) erläutert werden sollten. Die visuelle Darstellung führt bei den Patientinnen gemäß der qualitativen Studie von Collins et al. (2020) zu einer verbesserten Informationsverarbeitung. Im Rahmen der quantitativen Studie von McCarus et al. (2019) wurde ergänzend deutlich, dass das Bereitstellen von Unterlagen z. B. zu den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten den befragten Patientinnen bei der Entscheidungsfindung half. Nach McCarus et al. (2019) ist ein Handout, das die Patientinnen mit nach Hause nehmen können, eine Unterstützung im Entscheidungsprozess und ein Dokument, das zur Vertrauensbildung beiträgt.

#### *Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie*

In einer qualitativen Studie zur Patientenperspektive wird aufgezeigt, dass einige der befragten Frauen mit ihrer Ärztin / ihrem Arzt zwar über den Genesungsprozess gesprochen haben, sich aber nicht ausreichend darüber informiert gefühlt haben (Bossick et al. 2018).

#### *Respektvolle und wertschätzende Kommunikation*

Während einige befragte Patientinnen in der Mixed-Methods-Studie von Jacobs et al. (2021) die Kommunikation zwischen der Patientin und der Ärztin / dem Arzt als gut bis ausgezeichnet beschreiben, charakterisieren andere befragte Patientinnen diese als mittelmäßig bis schlecht.

Bezüglich einer respektvollen und wertschätzenden Kommunikation wird in einer qualitativen Studie deutlich, dass sich die befragten Patientinnen nicht immer ernst genommen fühlten (Collins et al. 2020).

Auch zeigt die Studie von Collins et al. (2020) patientenindividuelle Ängste und Sorgen auf, die sich zum einen auf die Durchführung der Hysterektomie und zum anderen auf die Zeit nach der Operation beziehen.

#### *Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre*

Eine kommunikationsfördernde Gesprächsatmosphäre ist dadurch charakterisiert, dass den Patientinnen Zeit und Gelegenheit gegeben wird, Fragen zu stellen sowie individuelle Probleme und Sichtweisen darzulegen. Eine qualitative Studie zur Patientenperspektive zeigt allerdings auf, dass patientenübergreifend die Erfahrung gemacht wurde, dass die Konsultation der Ärztin / des Arztes durch einen gewissen Zeitdruck charakterisiert war (Collins et al. 2020).

*Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen*

Ein adäquater Zugang zu Kommunikation hilft dabei, umfassend informiert zu sein und offen mit seiner Ärztin / seinem Arzt über die Erkrankung zu sprechen (Jacobs et al. 2021). In ihrer Mixed-Methods-Studie zu den Erfahrungen im Rahmen einer Hysterektomie von gehörlosen Frauen zeigen Jacobs et al. (2021) auf, dass die befragten Frauen Informationen zur Hysterektomie sowie das operative Vorgehen besser verstehen konnten, wenn die Ärztin / der Arzt die von den Patientinnen bevorzugte Kommunikationsmethode (z. B. Gebärdendolmetscherin/Gebärdendolmetscher, Verwendung von Stift und Papier zur schriftlichen Kommunikation oder Verwendung einer entsprechenden App für Sprach- und Texttranskription) anbot. Dies führte dazu, dass sich die befragten Frauen bei der Operation sicherer und wohler fühlten (Jacobs et al. 2021).

*Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gesprächen mit der Ärztin / dem Arzt*

Die qualitative Studie von Collins et al. (2020) hebt hervor, dass einige der befragten Patientinnen zum Aufklärungsgespräch ihre Partnerin / ihren Partner mitbrachten, um die gegebenen Informationen besser verstehen, verarbeiten und erinnern zu können. Grund dafür war auch, dass bei den befragten Patientinnen ein Bewusstsein für die individuellen Grenzen der Wahrnehmbarkeit vorherrschte. Die Mixed-Methods-Studie von Jacobs et al. (2021) zeigt zudem auf, dass die Anwesenheit von Familienmitgliedern oder Freundinnen/Freunden während der Besuche bei der Ärztin / dem Arzt ebenfalls dazu beitrugen, dass sich die befragten Patientinnen wohler fühlten und die Kommunikation effizienter verlief.

*Berücksichtigung von Präferenzen zum operativen Vorgehen*

Die Wichtigkeit der Berücksichtigung von Präferenzen für eine Hysterektomie wird im systematischen Review von Zandstra et al. (2017) deutlich. Es wird aufgezeigt, dass eine zusätzliche Klärung von Präferenzen einen signifikanten Einfluss auf die Behandlungswahl der befragten Frauen hatte.

In der qualitativen Studie von Bossick et al. (2018) waren die meisten der befragten Patientinnen zufrieden mit den Gesprächen im Rahmen der Entscheidungsfindung, die sie mit ihren Ärztinnen und Ärzten geführt hatten. Allerdings erwähnten einige der befragten Frauen auch, dass sie sich mit dem Entscheidungsprozess nicht wohlfühlten. Einige äußerten sogar, dass ihre Ärztin / ihr Arzt eigene chirurgische Präferenzen hatte.

*Berücksichtigung des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation*

In der qualitativen Studie von Bossick et al. (2018) berichteten Frauen, denen Bedenkzeit eingeräumt wurde, um ihre Optionen vor der Operation zu prüfen, dass sie diese gerne genutzt haben, um erneut mit ihren Ärztinnen und Ärzten, ihrer Familie, ihrer Partnerin / ihrem Partner und anderen Frauen, die sich bereits einer Hysterektomie unterzogen haben, zu sprechen.

### *Einbezug bei der Terminvereinbarung*

In der qualitativen Studie von Collins et al. (2020) zeigt sich, dass die befragten Patientinnen zum einen wiederholt in Kontakt mit der Klinik treten mussten, um einen Termin für eine Operation zu bekommen. Die befragten Patientinnen beschrieben dieses Gefühl als eine Art Ohnmacht gegenüber dem Gesundheitssystem. Zum anderen wurde von Ängsten berichtet, weil die Zeit bis zur Operation nicht bekannt war und die Patientinnen nicht wussten, wie sie kontaktiert werden würden, wenn es Zeit für die Operation war.

### *Weitere Themen*

- Entscheidungssicherheit zur Durchführung der Hysterektomie (Bossick et al. 2018)

## **Ergebnisse der Literaturrecherche nach Publikationen zur Versorgungssituation in Deutschland**

Nachfolgend werden die Ergebnisse zur Versorgungssituation und Versorgungspraxis von Patientinnen in Deutschland, die sich stationär aufgrund einer benignen Erkrankung einer Hysterektomie unterzogen haben, beschrieben.

### *Aufklärung zum operativen Vorgehen*

Aus einer Studie zur Versorgungssituation in Deutschland geht hervor, dass sich 84 % (n = 200) der befragten Patientinnen subjektiv suffizient über die Operation aufgeklärt fühlten. 16 % (n = 37) der befragten Patientinnen gaben entsprechend an, sich subjektiv insuffizient aufgeklärt gefühlt zu haben (Radosa et al. 2016).

### *Berücksichtigung des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation*

Eine Studie zur Versorgungssituation in Deutschland zeigt auf, dass es bezüglich der Entscheidungszeit für eine Operationsmethode signifikante Unterschiede zwischen untersuchten Gruppen gab. So entschieden sich 41 % (von n = 59) der befragten Patientinnen mit Myomenukleation innerhalb von einer Woche für die Operation. Hingegen betrug bei rund 52 % (von n = 31) der befragten Patientinnen mit einer laparoskopischen suprazervikalen Hysterektomie (LASH) die Bedenkzeit für die Operation ein Jahr oder länger (Hempowicz et al. 2013). Radosa et al. (2016) zeigen in ihrer Studie, dass 53 % (n = 126) der Patientinnen sich weniger als einen Monat, 26 % (n = 61) der Patientinnen bis zu 6 Monate und 21 % (n = 50) mehr als 6 Monate Zeit für die Entscheidung genommen haben.

### *Weitere Themen*

- Informationsgabe durch den ambulanten Sektor (Hempowicz et al. 2013)
- Entscheidungssicherheit zur Durchführung einer Hysterektomie (Hempowicz et al. 2013, Radosa et al. 2016)

## Zusammenfassung

Anhand der dargelegten Erkenntnisse aus der Literaturrecherche wird deutlich, welche Themen für die Patientinnen im Rahmen einer Hysterektomie von besonderer Bedeutung sind. Dabei ergänzen sich die Themen aus den unterschiedlichen Quellen der Informationsbeschaffung. Die synthetisierten patientenrelevanten Themen können insgesamt zu drei Oberkategorien zusammengefasst werden, welche die Grundlage für die Entwicklung eines Qualitätsmodells bilden. Zusammenfassend zeigt sich, dass im Zuge einer Hysterektomie aufgrund einer benignen Erkrankung insbesondere Themen relevant sind, die die Information und Aufklärung, die Kommunikation und Interaktion zwischen Patientinnen und behandelnden Ärztinnen und Ärzten insbesondere in den stattfindenden Informations- und Aufklärungsgesprächen, aber auch die Partizipation der Patientinnen an Entscheidungen im Zusammenhang mit der Hysterektomie betreffen.

Die Auswertung der Literatur zeigte zum einen, dass umfassende Informations- und Aufklärungsinhalte zur Hysterektomie den Patientinnen im Rahmen der Beteiligung als Grundlage für informierte Entscheidungen dienen. Dabei sind für das Treffen einer informierten Entscheidung für oder gegen den Eingriff der Gebärmutterentfernung die vor der Operation erhaltenen Informations- und Aufklärungsinhalte besonders wichtig.

Zum anderen wurde deutlich, dass die Interaktion und Kommunikation zwischen der Patientin und der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt ein wichtiger und zentraler Bestandteil in den Informations- und Aufklärungsgesprächen darstellt. So dient das Gespräch mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt als Grundlage für ein vertrauensvolles Verhältnis und folglich als Basis für eine gemeinsame und patientenzentrierte Entscheidungsfindung.

Schließlich konnten verschiedene Themen aus der Literatur unter der Kategorie der gemeinsamen Entscheidungsfindung zusammengefasst werden. Es wurde deutlich, dass die Planung der Hysterektomie so zu erfolgen hat, dass sich die Patientinnen im selbstgewählten Umfang beteiligen können.

## Anhang C.2: Synthese zu den Ergebnissen der Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews mit Patientinnen und Fachärztinnen und Fachärzten der Gynäkologie

Im Folgenden werden die Themen vorgestellt, die in den Fokusgruppen und Einzelinterviews zur Entwicklung der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale im Juli und August 2022 diskutiert und von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als bedeutsam für Patientinnen erachtet wurden. Relevant waren vor allem solche Themen, die von den befragten Patientinnen sowie von den Gynäkologinnen und Gynäkologen ähnlich beschrieben bzw. beobachtet wurden und damit keine Einzelmeinungen darstellten. Die Ergebnisse werden nicht getrennt für die Fokusgruppen und Einzelinterviews, sondern übergreifend für jeden Qualitätsaspekt der Patientenbefragung dargestellt.<sup>3</sup> Abschließend werden weitere Themen, die entweder nicht mit der beauftragten Patientenbefragung adressiert werden können oder keinen diagnoseübergreifenden Charakter haben und somit nicht weiterverfolgt wurden, zusammengefasst.

### Aufklärung zur Wirkung

Aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews wurde deutlich, dass Patientinnen vor der Operation umfänglich über die angestrebte Wirkung einer Hysterektomie aufgeklärt werden möchten. Dabei wünschen sich die Patientinnen, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus besonders auf die zu erwartende Auswirkung auf die Symptome und die damit verbundene mögliche Verbesserung der Lebensqualität eingeht. Die Auswertung der Fokusgruppen zeigt, dass die Aufklärung über die Wirkung der Operation abhängig von der zugrunde liegenden benignen Erkrankung unterschiedlich wichtig für die Patientinnen war. Frauen mit der Diagnose Endometriose berichteten häufiger, sich nicht ausführlich genug über die Wirkung der Hysterektomie auf die bestehende Symptomatik aufgeklärt gefühlt zu haben. Besonders wurde hier die fehlende Aufklärung darüber, dass eine positive Wirkung bei diesem spezifischen Krankheitsbild nicht vorausgesagt werden kann, kritisiert.

---

<sup>3</sup> Prägnante Aussagen aus den Fokusgruppen (FG) und Einzelinterviews (EI) werden in Form von direkten Zitaten dargestellt. Dabei werden die Zitate der unterschiedlichen Teilnehmergruppen folgendermaßen unterschieden: Patientinnen („Pat“), Fachärztinnen und -ärzte für Gynäkologie („Gyn“). Zudem wird kenntlich gemacht, ob das Zitat aus den Fokusgruppen („FG 2022 Hyst“) oder Einzelinterviews („EI 2022 Hyst“) zur Entwicklung der Patientenbefragung stammt. Die Zitate werden ohne Angabe der Teilnehmerin / des Teilnehmers dargestellt, außer es handelt sich um einen Dialog zwischen Interviewerin („I“) und befragter Person („B“) im Einzelinterviews oder (mehreren) Teilnehmerinnen/Teilnehmern der Fokusgruppen („TN1“, „TN2“ etc.). Gesprächspausen sind in den Zitaten mit (...) gekennzeichnet. Auslassungen von Satzteilen sind in den Zitaten mit [...] dargestellt. Schlüsselsequenzen, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer besonders betonten, werden durch Unterstreichung gekennzeichnet. Ein Satzabbruch wird über einen Schrägstrich („/“) dargestellt.



*Nein, weil er war schon ehrlich und hat mir gesagt, bei dem einen hilft es, bei dem anderen nicht. Also, er war da auch schon eher vorsichtig mit Informationen. Er hat mir jetzt nicht wirklich was versprochen, was er nicht halten konnte. (EI 2022 Pat Hyst)*

*Also, die wissen halt nicht, was danach wirklich in meinem Körper noch vorhanden ist und was nicht, also an möglichen Indikationen oder doch noch Herden oder keine Ahnung was, aber die geben (...), also haben mir wirklich den Ausblick gegeben, schmerzfrei zu sein und dass es auch okay ist, operiert zu werden, und das war für mich halt so wichtig. (FG 2022 Pat Hyst)*

### **Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen**

Die Fokusgruppen und Einzelinterviews machten deutlich, dass die Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der Operation eine zentrale Rolle für die Patientinnen spielt. Die Aufklärung schließt zum einen unmittelbare Risiken der Operation (z. B. mögliche Komplikationen während der Operation) und zum anderen mittelbare Folgen einer Hysterektomie (z. B. ein ggf. verfrühtes Einsetzen der Menopause, den Verlust der Fruchtbarkeit) ein. Weiterhin ergaben die Fokusgruppen und Einzelinterviews, dass psychische Belastungen infolge einer Hysterektomie auftreten können und daher Bestandteil der Aufklärungsinhalte vor der Operation sein sollten. Deutlich wurde auch, dass die Patientinnen sich wünschen, dass die Ärztin / der Arzt die Inhalte von sich aus bespricht und sie nicht vonseiten der Patientinnen erfragt werden müssen.

*Ja, die schon hier mehrfach erwähnten Ängste, die Patientinnen haben, was für Folgen es für sie haben kann, hormonell, sexuell, sportlich, wesensverändernd, was so alles für Erwartungen da sind und über die muss man eben sprechen und aufklären, was womöglich wahr ist und vor allen Dingen habe ich das Gefühl, dass man immer ganz viel erklären muss, was eben nicht wahr ist, was so an auch Gerüchten kursiert, (...) dank unserer Foren im Internet verstärkt. (FG 2022 Gyn Hyst)*

### **Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten**

Sowohl Patientinnen als auch die Gynäkologinnen und Gynäkologen benannten in den Fokusgruppen und Einzelinterviews die Bedeutung der Aufklärung über andere Behandlungsoptionen. Dabei sollte die Ärztin / der Arzt prüfen bzw. abfragen, ob bereits konservative oder weniger invasive Verfahren zur Behandlung der Symptome ausgeschöpft wurden. Sollten der Patientin vor der Hysterektomie keine konservativen bzw. weniger invasiven Optionen (z. B. Hormontherapien, Ausschabung der Gebärmutter, Drosselung der Blutversorgung bei Myomen, keine Therapie) zur Behandlung ihrer Symptome vorgeschlagen worden sein, sollte die

Ärztin / der Arzt im Krankenhaus dies nachholen und die betreffende Patientin umfassend über andere Behandlungsmöglichkeiten informieren. Ist die Ärztin oder der Arzt nicht in der Lage, umfassend aufzuklären, oder zeichnet sich ab, dass eine weniger invasive Therapie für die Patientin infrage kommt, ist diese zurück an den ambulanten Sektor oder an eine Ärztin / einen Arzt zu verweisen, der die entsprechende Therapie als Alternative zur Hysterektomie zunächst durchführt. Für einige Patientinnen aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews war dieser Aufklärungspunkt weitgehend überflüssig, da sie bereits alle alternativen Therapieoptionen ausgeschöpft hatten und sich ihrer Entscheidung zur Hysterektomie sehr sicher waren. Andere Patientinnen gaben an, dass eine Aufklärung über andere Behandlungsmöglichkeiten elementar für oder gegen eine Entscheidung zur Gebärmutterentfernung gewesen wäre, und erklärten, dass diese nicht in ausreichender Form erfolgte.

*I: Gab es im Vorfeld, wurde mit Ihnen zum Beispiel über Behandlungsalternativen gesprochen zur Hysterektomie?*

*B: Gar nicht, das ist ja das, was ich mir so auch gewünscht hätte. Gar nichts, überhaupt nichts, dass man gesagt hätte, man kann erst das und das versuchen, weil ich habe wirklich ganz, ganz schlimm geblutet. Ich habe auch keine Pille vertragen, nichts. Ich habe das ja versucht, und es wurde gar nichts gesagt. (EI 2022 Pat Hyst)*

*Genau, deswegen finde ich es auch noch mal ganz wichtig zu sagen der Patientin, man muss das nicht operieren. Wir haben jetzt keinen Verdacht da drauf, dass es Krebs ist, es ist ja dann meistens auch so und wir müssen das nicht operieren, man muss das nicht machen, die sind nicht lebensbedrohlich krank, das ist keine lebensbedrohliche Erkrankung, wir haben keinen Hinweis darauf, dass das in irgendeiner Art und Weise bösartig ist. Also, das ist eine Operation, die man macht, weil es Ihnen dann besser geht vermutlich, aber es ist keine lebensbedrohliche Erkrankung, die Sie hier haben. Man muss das nicht operieren, man kann das auch jeden Monat so weitermachen. (FG 2022 Gyn Hyst)*

### **Aufklärung zum operativen Vorgehen**

Die Fokusgruppen und Einzelinterviews zeigten auf, dass den Patientinnen die Aufklärung über den geplanten Ablauf der Operation bzw. das operative Vorgehen im Vorfeld des Eingriffs besonders wichtig ist. Dies umfasst die Art des vorgesehenen Zugangs (z. B. vaginal, abdominal) oder den Umfang der Gebärmutterentfernung (z. B. inkl. Gebärmutterhals und/oder Eileiter). Befragte Gynäkologinnen und Gynäkologen machten deutlich, dass es teilweise schwierig für die Frauen ist, anatomische Strukturen und das Vorgehen der Operation nachzuvollziehen, weshalb es wichtig sein kann, visuell vorzugehen und Inhalte z. B. anhand

von Abbildungen oder Modellen zu erklären. Weiterhin zeigte die Auswertung auf, dass es den betroffenen Frauen vor der Operation wichtig war zu wissen, wie lange der Eingriff voraussichtlich dauern wird und welche organisatorischen Abläufe zu beachten sind. Wichtige Informationen für die Patientinnen waren außerdem, wann sie im Krankenhaus erwartet werden, was unmittelbar vor der Operation zu beachten ist, aber auch ab wann Besuch kommen darf und wie lang die Genesungszeit im Krankenhaus geplant ist.

*Also, die junge Ärztin hatte natürlich diesen Standardaufklärungsbogen, wo ja Bildmaterial drauf ist, wo sie auch Sachen eingezeichnet hat und wie gesagt, das sehr bildhaft auch erklärt hat, wie das funktioniert. Der Operateur hat, während er den Ultraschall gemacht hat, mir ein paar Sachen auf dem Ultraschallbild gezeigt und hat es eher mit Worten erklärt. Er also hat jetzt kein Gebärmuttermodell oder so was gehabt, aber ich konnte es mir auch dann relativ gut vorstellen. (EI 2022 Pat Hyst)*

*[...] und wir haben auch so ein Modell von der Gebärmutter, wo man dann zeigen kann, da sind so Myome drin, so plastisch, so Myome. Dann sagt man, so, da so liegt Ihr Myom jetzt in der Wand drin oder am Gebärmutterhals kann man so zeigen, dann kann man es schön erklären, das sind die Eileiter, die hängen an der Gebärmutter dran, damit die so eine Vorstellung davon haben, was man da jetzt genau vorhat. (FG 2022 Gyn Hyst)*

*Die Patienten wollen ja immer erst mal wissen, wie lange bin ich da. Die wollen ja eigentlich erst mal viel drum herum wissen, also das interessiert die immer, wann muss ich kommen, wie lange bin ich da, darf Besuch kommen. Also, komischerweise kommen dann diese ganzen Fragen, das interessiert ja die Patienten noch mal ganz doll. (FG 2022 Gyn Hyst)*

### **Informationen zur Operateurin / zum Operateur**

Die Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen zeigten, dass den betroffenen Frauen wichtig war, im Vorfeld zu wissen, wer sie operiert. Dazu zählten Informationen wie der Name der Operateurin oder des Operateurs und auch Informationen zu deren/dessen beruflicher Stellung (Chefärztin/Chefarzt, Oberärztin/Oberarzt, Assistenzärztin/Assistenzarzt etc.) bzw. Erfahrung. Gleichzeitig berichteten die Patientinnen häufig, dass ihnen diese Informationen nicht mitgeteilt wurden.

*Mir war wichtig, wer mich operiert. (EI 2022 Pat Hyst)*

*Das wäre mir wichtig gewesen. Ich bin auch eine, ich gebe mich her und sage, hier Student oder hier Praktikant, ich habe sie auch angelernt alle, nimm mal*

*Blut ab und miss mal den Blutdruck oder sonst irgendwas, macht alles, aber ich möchte es wissen. (FG 2022 Pat Hyst)*

### **Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie**

Die Auswertung des Befragungsmaterials aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews ergab, dass für Patientinnen Informationen zum erwarteten Heilungsverlauf ein wichtiger Bestandteil der Aufklärung vor der Operation ist. Den betroffenen Frauen war es wichtig, im Vorfeld der Operation abschätzen zu können, was sie nach der Operation erwartet (z. B. zu erwartende Schmerzen) und welche Besonderheiten zu beachten sind (z. B. Verhaltensregeln). Indikationsübergreifend äußerten die Patientinnen den Wunsch, zusammengefasste Verhaltensregeln für die Zeit nach der Gebärmutterentfernung bereits vor dem Eingriff in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt zu bekommen. Ein Grund dafür war, dass die Menge an Informationen im Vorfeld oft dazu führt, dass sich die Frauen nicht an alle Inhalte erinnern können. Daher wünschen sich die Patientinnen, die Informationen auch in schriftlicher Form zu erhalten, um diese zu Hause in Ruhe noch einmal nachlesen zu können.

*Ja, also, (lacht leicht) ich bin ja sportlich, also, ich wollte eigentlich direkt wissen, wann kann ich wieder Sport machen oder wann kann ich dies wieder machen, wann bin ich wieder beweglich, wie lange muss ich liegen. Also, ich bin ja nicht so die Person, die sagt, oh ich freue mich jetzt drei Wochen krankgeschrieben zu werden, das würde ich nicht schaffen. Also, diese Informationen waren mir sehr wichtig zu wissen, auch wie die Schmerzen anschließend sind und ja, worauf man halt auch achten muss natürlich nach so einer OP [...]. (EI 2022 Pat Hyst)*

*Also es war jetzt nicht direkt so. Also, da hätte ich mir vielleicht schon ein bisschen gewünscht, dass sie ein bisschen (...) Also dass man vielleicht so einen Zettel mit nach Hause bekommt, so ein bisschen, wo da noch mal draufsteht, nach sechs Wochen können Sie wieder Sport machen, was müssen Sie beachten. (EI 2022 Pat Hyst)*

### **Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie**

Die Auswertung der Fokusgruppen und Einzelinterviews machte deutlich, dass es für einige Patientinnen wichtig war, vor der Operation darüber informiert zu werden, welche Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie möglich sind. Dies umfasste beispielsweise Informationen über mögliche krankheitsspezifische Folgebehandlungen oder Möglichkeiten zu Anschlussheilbehandlungen wie Rehabilitationsleistungen und Physiotherapie.

*[...] es gibt noch die Möglichkeit, eben eine Reha oder dass auch vielleicht vorher schon anspricht, was man noch tun kann, damit es einem schneller*

wieder besser geht, damit man halt stabiler wird oder eine Physiotherapie, ebenso Beckenbodenkram, also dass da einfach so ein bisschen Aufklärung zur Nachsorge einfach so ein Abschluss so ein gemeinsamer und nicht einfach, Sie gehen jetzt nach Hause und ja. (FG 2022 Pat Hyst)

Also, Beckenbodenphysiotherapie oder irgendwas, im Entlassungsgespräch oder irgendwie, das wird gar nicht angesprochen, sondern als Patientin muss man sich darum auch wieder selber kümmern und informieren und ich halte das schon für wichtig, dass man dann für den Beckenboden was macht, aber das hat mir (...), weder ein Arzt in der Aufklärung noch im Entlassungsgespräch wurde mir das gesagt. (EI 2022 Pat Hyst)

### **Respektvolle und wertschätzende Kommunikation**

Die Fokusgruppen und Einzelinterviews zeigten auf, dass den Patientinnen in den Gesprächen mit der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus ein respektvoller und wertschätzender Umgang sehr wichtig ist. Dabei sprachen die betroffenen Frauen davon, ernstgenommen zu werden und sich verstanden zu fühlen sowie Vertrauen zu der Ärztin / dem Arzt aufzubauen. Eine wertschätzende, ehrliche und empathische Kommunikation auf Augenhöhe war den Patientinnen dabei besonders wichtig. Des Weiteren spielte für die Frauen eine große Rolle, inwiefern die Ärztin / der Arzt auf ihre Sorgen und Ängste einging. Gleichzeitig berichteten die Patientinnen, dass diese Bedürfnisse nicht immer zufriedenstellend erfüllt wurden.

*[...] er war jetzt nicht so ein wahnsinnig Zugewandter, sondern es war halt so ein typischer älterer Chirurg, aber (...) also der hatte jetzt keine Lust, mit mir da/ Also wenn ich jetzt jemand wäre, der da viel ängstlicher gewesen wäre, weiß ich nicht, ob man sich dann da so wohlgefühlt hätte. Also, der war jetzt nicht so, dass er mit mir auch so in die Frauenthemen so reinwollte. (EI 2022 Pat Hyst)*

*Das war auf Wellenlänge, wir waren auf Augenhöhe und wir sind da gut miteinander im Kontakt gewesen, und er hat mir in die Augen geguckt und war da ganz entspannt und nicht genervt von mir. (EI 2022 Pat Hyst)*

*Ja, also ich habe mich als Patientin nicht gesehen und nicht ernst genommen gefühlt, (...) und ich hatte danach, ich hatte kein gutes Gefühl. (EI 2022 Pat Hyst)*

### **Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre**

Eine respektvolle Kommunikation setzt für die Patientinnen voraus, dass die Ärztin / der Arzt eine angemessene Gesprächsatmosphäre gestaltet. Diese beinhaltet, dass dem Gespräch

ausreichend Zeit eingeräumt wird, in der die betroffenen Frauen Gelegenheit haben, ihre Fragen zu stellen, zu klären sowie ggf. individuelle Probleme und Sichtweisen darlegen und besprechen zu können. Des Weiteren war einigen Patientinnen in den Einzelinterviews das räumliche Setting des Aufklärungsgesprächs besonders wichtig. Dies bezieht sich auf anwesende Personen im Raum (z. B. sollte kein zusätzliches Krankenpflegepersonal anwesend sein), die Räumlichkeit an sich (z. B. Aufklärung in einem dafür vorhergesehenen Raum), aber auch die Positionen der Akteure im Dialog (z. B. zogen es die betroffenen Frauen vor, an einem Tisch sitzend nach der Untersuchung aufgeklärt zu werden). Deutlich wurde auch, dass die betroffenen Frauen häufig das Gefühl hatten, dass das Gespräch mit der Ärztin / dem Arzt von einem gewissen Zeitdruck charakterisiert war.

*Dann hatte ich auch das Gefühl, dass er das schnell abhaken will, also es soll schnell gehen. (EI 2022 Pat Hyst)*

*[...] bin rein und hatte die Gelegenheit, meine Gedanken zu äußern, also wo mein Informations- und Gedankenstand ist und Fragen zu stellen. Dann hat die Ärztin meine Fragen beantwortet und ihre Perspektive darauf gegeben. Dann war das ein Hin und Her, also so Fragen/Antworten [...] (FG 2022 Pat Hyst)*

*Und meistens frage ich am Ende noch, haben Sie noch irgendwelche Fragen, Sie können die gerne alle stellen. Häufig fällt ihnen keine mehr ein, glücklicherweise, und dann gebe ich immer noch mit und wenn Sie wieder zu Hause sind, legen Sie sich einfach einen weißen Zettel irgendwo hin und schreiben alles, was Ihnen an Fragen einfällt drauf, bringen Sie mit und wir klären das dann hier. (...) Das machen die Gott sei Dank ganz selten, aber sie haben zumindest das Gefühl, sie könnten es tun. (FG 2022 Gyn Hyst)*

*Natürlich, auch wenn man jemanden zum ersten Mal kennenlernt, wenn man vielleicht noch sich überlegt, will ich mich von dem operieren lassen und dann ist es natürlich schon besser, man macht erst mal ein richtiges Gespräch und dann die Untersuchung und dann und macht dann die Termine und er hat halt alles sozusagen parallel gemacht und es war noch eine dritte Person dabei, aus rein technischen Gründen, eine Krankenschwester oder vielleicht machen die das, weiß ich nicht, dass nicht ein Mann/ Weiß ich nicht, warum die da die ganze Zeit dabei war, aber irgendwie hat die das Sono-Gerät bedient und dokumentiert, und das ist natürlich für ein ganz vertrauensvolles Gespräch vielleicht auch nicht die allerbeste Voraussetzung. (EI 2022 Pat Hyst)*

### **Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen**

Sowohl die interviewten Patientinnen als auch behandelnde Gynäkologinnen und Gynäkologen hoben die Bedeutung und gleichzeitige Herausforderung hervor, Inhalte verständlich zu vermitteln. Dies schließt die Verwendung patientenverständlicher Sprache bzw. Begrifflichkeiten und damit die Vermeidung medizinischer Fachbegriffe ein. Zusätzlich sollte die Ärztin / der Arzt im Gespräch sichergehen, dass die Patientin alle Informations- und Aufklärungsinhalte wirklich verstanden hat und keine Fragen offengeblieben sind.

*Er [der Arzt] hat auch immer gefragt, ob ich so weit alles verstehe oder ob ich irgendwie Fragen habe. (EI 2022 Pat Hyst)*

*I: Wenn Sie noch mal an das Gespräch denken, was Sie mit den Patientinnen führen im Rahmen der Indikationsstellung, wie gehen Sie mit den Patientinnen um? [...]*

*B4: Versuchen, (räuspert sich) möglichst wenig Fachausdrücke zu benutzen, das eben auch verständlich zu erklären. (FG 2022 Gyn Hyst)*

### **Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt**

Patientinnen wie auch Gynäkologinnen und Gynäkologen machten deutlich, dass der Einbezug von Vertrauenspersonen in die Gespräche im Krankenhaus eine Entlastung für die betroffenen Frauen bedeuten kann. Einige Patientinnen gaben an, sich gewünscht zu haben, den Partner oder eine andere eng vertraute Person zu den Gesprächen mitnehmen zu können. Aufgrund der pandemischen Lage war dies allerdings für die meisten Frauen, welche in der jüngeren Vergangenheit operiert wurden, nicht möglich.

*I: Hätten Sie sich so was gewünscht, dass da ein Angehöriger mit dabei ist, zum Beispiel Ihr Mann?*

*B: Ja, weil vier Ohren hören ja mehr als zwei und schon, weil ich gerne gehabt hätte, dass er auch einen Eindruck gehabt hätte, also was er denn davon hält, aber war nicht und von daher war es dann auch okay, weil ich dann wusste wegen Corona. (EI 2022 Pat Hyst)*

### **Berücksichtigung von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie**

Die qualitative Auswertung machte deutlich, dass Patientinnen gern in den Entscheidungsprozess sowie die Operationsplanung einbezogen werden möchten. Dies beinhaltet zum einen die Entscheidung für oder gegen eine Hysterektomie und zum anderen den Einbezug von Präferenzen bezüglich des operativen Vorgehens. Letzteres umfasst die Berücksichtigung der Präferenzen zur Art des vorgesehenen Zugangs (z. B. vaginal, abdominal) oder des Umfangs der Gebärmutterentfernung (z. B. inkl. Gebärmutterhals und/oder Eileiter).

*Die eine Frau sagt, die eine Variante finde ich besser und tat mir nicht weh, und die andere leidet dann fünf Wochen. Ja, also, das war schon, sie hat das wirklich nicht/, die hat mir das jetzt nicht aufgezwungen, sondern sie hat es schon mit mir besprochen. (EI 2022 Pat Hyst)*

*Also, mein Operateur beispielsweise hat halt die schonendste für mich, auch altersbezogen, die schonendste Methode ausgewählt, hat auch ganz klar gesagt, warum er das macht. Er hätte mir auch freigestellt, dass ich mir die Eierstöcke hätte entfernen lassen oder dass die Eileiter bestehen bleiben, aber warum soll ich ein Krebsrisiko eingehen, wenn ich eh schon den Eingriff machen lasse. Dann kann ich das halt mitentfernen. Bei mir ist der Gebärmutterhals erhalten geblieben. (FG 2022 Pat Hyst)*

### **Berücksichtigung des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation**

Die Fokusgruppen und Einzelinterviews haben gezeigt, dass die Entscheidung zu einer Hysterektomie meist ein Prozess ist, der sich nicht selten über Jahre, vorrangig im ambulanten Sektor gestaltet. Dennoch kann es für die Patientinnen wichtig sein, nach dem Gespräch mit der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus die besprochenen Inhalte in Ruhe zu überdenken und eventuell die Entscheidung noch einmal zu evaluieren. Dazu ist es notwendig, dass den Patientinnen nach dem Gespräch die Möglichkeit einer Bedenkzeit angeboten wird. Aus den Fokusgruppen mit den Gynäkologinnen und Gynäkologen ging hervor, dass dies besonders notwendig ist, wenn die Ärztin / der Arzt im Gespräch das Gefühl hat, dass die Patientin noch unsicher ist oder sich aus medizinischer Sicht gleichwertige Alternativen zur Behandlung der Symptome bieten bzw. die Wirkung der Hysterektomie nicht abzuschätzen ist (z. B. bei Endometriose oder Descensusproblematiken). Zwei Patientinnen berichteten, nicht ausreichend Bedenkzeit vor der Operation erhalten zu haben und sich unter Druck gesetzt gefühlt zu haben. Überwiegend gaben die Frauen an, keine Bedenkzeit benötigt zu haben, dennoch wurde in den Aussagen deutlich, dass die Patientinnen zwar überwiegend das Gefühl hatten, eine Bedenkzeit einfordern zu können, diese ihnen aber selten ungefragt von ärztlicher Seite angeboten wurde.



*I: Was hätten Sie sich denn konkret gewünscht?*

*B5: Ich glaube, vielleicht eine Pause dazwischen und erst mal dieses, okay, geh mal nach Hause, nimm das mal mit und dann reden wir nächste Woche noch mal, dass ich so ein bisschen mehr Zeit habe, das mal sacken zu lassen, [...] (FG 2022 Pat Hyst)*

### **Einbezug bei der Terminvereinbarung**

Die Fokusgruppen und Einzelinterviews zeigten auf, dass es den Patientinnen wichtig ist, in die Wahl des Termins für die Operation einbezogen zu werden. Hierbei spielten unterschiedliche Präferenzen der Frauen eine Rolle (z. B. aufgrund beruflicher oder privater Planung oder den Eingriff zu einer bestimmten Jahreszeit durchführen zu wollen). Sie schätzten das Angebot, den Operationstermin erst im Anschluss des Gesprächs festzulegen (z. B. nach einer Bedenkzeit) oder den bereits vereinbarten Termin im Nachhinein jederzeit noch verschieben zu können. Dazu wurden den Frauen in der Regel eine E-Mail-Adresse und/oder Telefonnummer zur Kontaktaufnahme mit dem Krankenhaus oder der Ärztin / dem Arzt zur Verfügung gestellt.

*Die Terminfindung, ich bin ins Krankenhaus, und dort hat man mir/, also man hat mich gefragt, wann es mir lieb wäre, wann ich könnte und habe mir dann so den Monat ausgesucht und dann hat man mir ein paar Termine genannt und ja, dann habe ich mir halt einen ausgesucht. (EI 2022 Pat Hyst)*

*[...] er eigentlich sofort in die OP-Planung gegangen und hat schon Termine rausgeschrieben und hat dann hinterher mal gefragt, ja, ist das eigentlich in Ordnung und für mich ist es ja alles so ein bisschen darüber gerollt. (FG 2022 Pat Hyst)*

### **Weitere Themen**

Zusätzlich zu den oben dargestellten Themen wurden fokusgruppen- bzw. interviewübergreifend sowohl von den Patientinnen als auch von den Gynäkologinnen und Gynäkologen weitere wichtige Themen beim Prozess der Indikationsstellung zu einer Hysterektomie aufgezeigt. Diese weiteren Themen können jedoch für die Entwicklung der Patientenbefragung nicht berücksichtigt werden, da sie entweder nicht umfassend durch Patientinnen beurteilt werden können oder keinen diagnoseübergreifenden Charakter haben und somit nicht für alle Adressatinnen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* relevant sind.

- **Aufklärung über diagnose- und indikationsspezifische Weiterbehandlungsmöglichkeiten bzw. Anschlussbehandlungen und Hilfsmöglichkeiten**
  - z. B. anschließende Hormonbehandlungen oder mögliche Folgeoperationen
  - versicherungsrechtlicher Anspruch auf Anschlussheilbehandlungen wie eine Rehabilitation und/oder Physiotherapie
- **Herstellung eines persönlichen Kontakts zwischen Patientin und Operateurin/Operateur vor der Operation**
- **Nachsorge**
  - Durchführung eines Nachsorgegesprächs mit der Operateurin / dem Operateur sowie eines Entlassungsgesprächs
  - Koordination der Schnittstelle stationäre Einrichtung – ambulante Weiterversorgung nach der Operation
- **Krankenhausspezifische organisations- und prozessbezogene Strukturen**
  - Zeitmanagement im Krankenhaus für die Ärztinnen und Ärzte
  - Ablauf und Koordination der Termine für Patientinnen bezüglich Voruntersuchungen und Vorbesprechungen sowie der Anästhesieaufklärung (und aktuell der Durchführung eines Corona-Tests) vor Aufnahme zur Operation
- **Sektorenübergreifende Versorgung**
  - Versorgung der Patientinnen im ambulanten gynäkologischen Sektor

### **Zusammenfassung**

Die dargelegten Erkenntnisse aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen sowie den Fokusgruppen mit Gynäkologinnen und Gynäkologen gaben Einblicke in die Erfahrungen von und mit Patientinnen im Prozess der Indikationsstellung zu einer Hysterektomie bei einer benignen Erkrankung. Zugleich wurde deutlich, welche Themen für die Patientinnen von besonderer Bedeutung sind.

Aus diesen ermittelten patientenrelevanten Themen ergaben sich drei Kategorien, welche als Grundlage in die Entwicklung des Qualitätsmodells eingingen und als Leitmotive für die Entwicklung der Aspekte dienten.

Die Auswertung zeigte zum einen, dass umfassende Informationen und Aufklärungsinhalte zur Hysterektomie den Patientinnen im Rahmen der Beteiligung als Grundlage für informierte Entscheidungen dienen und zudem dazu beitragen können, Ängste, Sorgen und Unsicherheiten abzubauen. Die Informationen und Aufklärungsinhalte, welche Patientinnen vor der Operation erhalten, sind elementar für das Treffen einer informierten Entscheidung für oder gegen den Eingriff der Gebärmutterentfernung. Die Gesprächsverläufe der Fokusgruppen und

Einzelinterviews zeigten auch, dass Patientinnen von Ärztinnen und Ärzten unterschiedlich umfassend aufgeklärt wurden und teilweise differente Informationen erhielten.

Zum anderen wurde deutlich, dass die Interaktion und Kommunikation zwischen der Ärztin / dem Arzt und den Patientinnen ein zentraler Bestandteil in Gesprächen zur Aufklärung und Entscheidungsfindung darstellt. Das Gespräch zur Aufklärung schafft die Grundlage für ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Ärztin/Arzt und Patientin.

Andere Themen konnten unter der Kategorie der gemeinsamen Entscheidungsfindung zusammengefasst werden. Die Fokusgruppen und Interviews zeigten auf, dass Patientinnen die gemeinsame Planung der stationär durchzuführenden Hysterektomie mit den Ärztinnen und Ärzten im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung als wichtig erachten. Dabei soll die Planung so erfolgen, dass den Patientinnen ermöglicht wird, sich in selbstgewähltem Umfang zu beteiligen.

## Literatur

- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2010 [Reaffirmed 2020]): ACOG Practice Bulletin No. 114. Management of Endometriosis. *Obstetrics & Gynecology* 116(1): 223–236. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181e8b073.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2013 [Reaffirmed 2019]): ACOG Practice Bulletin No. 136. Management of Abnormal Uterine Bleeding Associated with Ovulatory Dysfunction. *Obstetrics & Gynecology* 122(1): 176–185. DOI: 10.1097/01.AOG.0000431815.52679.bb.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology; AUGS [American Urogynecologic Society] (2019 [Reaffirmed 2021]): ACOG Practice Bulletin No. 214. Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics & Gynecology* 134(5): e126–e142. DOI: 10.1097/aog.0000000000003519.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2021): ACOG Practice Bulletin No. 228. Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas. *Obstetrics & Gynecology* 137(6): e100–e115. DOI: 10.1097/aog.0000000000004401.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Obstetrics; AUGS [American Urogynecologic Society] (2017 [Reaffirmed 2019]): ACOG Practice Bulletin No. 183. Postpartum Hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology* 130(4): e168–e186. DOI: 10.1097/aog.0000000000002351.
- Auclair, MH; Yong, PJ; Salvador, S; Thurston, J; Colgan, TTJ; Sebastianelli, A (2019): SOGC Clinical Practice Guideline No. 390. Classification and Management of Endometrial Hyperplasia. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 41(12): 1789–1800. DOI: 10.1016/j.jogc.2019.03.025.
- Bossick, AS; Sangha, R; Olden, H; Alexander, GL; Wegienka, G (2018): Identifying What Matters to Hysterectomy Patients: Postsurgery Perceptions, Beliefs, and Experiences. *JPCRR – Journal of Patient-Centered Research and Reviews* 5(2): 167–175. DOI: 10.17294/2330-0698.1581.
- Collins, E; Lindqvist, M; Mogren, I; Idahl, A (2020): Bridging different realities – a qualitative study on patients' experiences of preoperative care for benign hysterectomy and opportunistic salpingectomy in Sweden. *BMC: Women's Health* 20:198. DOI: 10.1186/s12905-020-01065-8.

- Demers, C; Derzko, C; David, M; Douglas, J (2018): SOGC Clinical Practice Guideline No. 163. Gynaecological and Obstetric Management of Women With Inherited Bleeding Disorders. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 40(2): e91–e103. DOI: 10.1016/j.jogc.2017.11.036.
- ESHRE [European Society of Human Reproduction and Embryology], Endometriosis Guideline Development Group (2022): Endometriosis. Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology [Full Guideline]. [Strombeek-Bever, BE]: ESHRE. URL: [https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETRIOSIS-2022\\_2.pdf](https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETRIOSIS-2022_2.pdf) (abgerufen am: 04.04.2022).
- Hempowicz, C; Matthes, A; Radosa, M; Camara, O; Winzer, H; Reichelt, C; et al. (2013): Der Einfluss des ärztlichen Aufklärungsgespräches auf die postoperative Zufriedenheit und Lebensqualität von Patientinnen mit Uterus myomatosus nach Myomenuklation oder Hysterektomie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 63(9-10): 381-386. DOI: 10.1055/s-0033-1334951.
- Jacobs, K; Minakawa, A; Rao, SR; Kushalnagar, P (2021): A Mixed Methods Study of Hysterectomy in a U.S. Sample of Deaf Women Who Use American Sign Language. *Womens Health Reports* 2(1): 566–575. DOI: 10.1089/whr.2021.0081.
- Kives, S; Lefebvre, G (2018): SOGC Clinical Practice Guideline No. 238. Supracervical Hysterectomy. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 40(7): e597–e604. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.04.033.
- Lefebvre, G; Allaire, C; Jeffrey, J; Vilos, G (2018): SOGC Clinical Practice Guideline No. 109. Hysterectomy. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 40(7): e567–e579. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.04.031.
- McCarus, SD; Wiercinski, K; Heidrich, N (2019): Shared Decision-Making to Improve Patient Engagement in Minimally Invasive Hysterectomy. *Surgical Technology International* 34: 265–268.
- NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence] (2019): NICE National Guideline NG123. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management [Guidance]. Published: 02.04.2019, last updated: 24.06.2019, © 2021. [Manchester, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3319-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/resources/urinary-incontinence-and-pelvic-organ-prolapse-in-women-management-pdf-66141657205189> (abgerufen am: 01.04.2022).

NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence] (2021): NICE National Guideline NG88. Heavy menstrual bleeding: assessment and management [Guidance]. Published: 14.03.2018, last updated: 24.05.2021, © 2021. [Manchester, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2777-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88/resources/heavy-menstrual-bleeding-assessment-and-management-pdf-1837701412549> (abgerufen am: 01.04.2022).

Pakbaz, M; Rolfsman, E; Lofgren, M (2017): Are women adequately informed before gynaecological surgery? *BMC: Women's Health* 17:68. DOI: 10.1186/s12905-017-0426-7.

Radosa, JC; Radosa, CG; Kastl, C; Mavrova, R; Gabriel, L; Graber, S; et al. (2016): Der Einfluss des präoperativen Entscheidungsfindungsprozesses auf das postoperative Outcome nach Hysterektomie aufgrund benigner uteriner Pathologien. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 76(4): 383-389. DOI: 10.1055/s-0041-110396.

RANZCOG [Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists] (2021): Australien clinical practice guideline for the diagnosis and management of endometriosis. Melbourne, AU: RANZCOG. ISBN: 978-0-6450141-0-5. URL: <https://ranzcof.edu.au/statements-guidelines> [Gynaecology > Reproductive Endocrinology > Endometriosis Clinical Practice Guideline] (abgerufen am: 04.04.2022).

Thurston, J; Murji, A; Scattolon, S; Wolfman, W; Kives, S; Sanders, A; et al. (2019): SOGC Clinical Practice Guideline No. 377. Hysterectomy for Benign Gynaecologic Indications. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 41(4): 543-557. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.12.006.

Zandstra, D; Busser, JAS; Aarts, JWM; Nieboer, TE (2017): Interventions to support shared decision-making for women with heavy menstrual bleeding: A systematic review. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 211: 156-163. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2017.02.026.

# Anhang D: Expertengremium

## Anhang D.1: Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale zur Vorlage bei den Expertinnen und Experten

Im Folgenden sind die Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale dargestellt, wie sie den Expertinnen und Experten zur Einschätzung vorgelegt wurden.<sup>1</sup> Am Ende der Beschreibung jedes Qualitätsaspekts finden sich die zugehörigen Qualitätsmerkmale mit einer knappen Definition sowie den Wissensquellen (Leitlinien mit Empfehlungen, Publikationen zur Patientenperspektive, Publikationen zur Versorgungssituation, Fokusgruppen und Einzelinterviews), aus denen die entsprechenden Qualitätsmerkmale abgeleitet wurden. Insgesamt wurden für die Patientenbefragung 14 Qualitätsmerkmale abgeleitet. Alle Qualitätsmerkmale beziehen sich auf volljährige Patientinnen, denen im Krankenhaus aufgrund einer benignen Erkrankung die Gebärmutter entfernt wurde.

### Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung

Die Auswertung der oben genannten Wissensquellen zeigte, dass umfassende Informationen und Aufklärungsinhalte zur Hysterektomie den Patientinnen im Rahmen der Beteiligung als Grundlage für informierte Entscheidungen im Rahmen der Versorgung dienen und zudem dazu beitragen können, Ängste, Sorgen und Unsicherheiten abzubauen. Entsprechend dem 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz soll generell eine Aufklärung zu Behandlungsbeginn durch die Behandelnde bzw. den Behandelnden erfolgen (§ 630c Abs. 2 Satz 1 BGB – Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten). Aus den Wissensquellen wurde deutlich, dass Patientinnen vor der Operation über die Wirkung sowie die Risiken und Nebenwirkungen einer Hysterektomie aufgeklärt werden sollten. Ergänzend sind u. a. auch Informationen zum operativen Vorgehen und dem anschließenden Heilungsverlauf sowie zu alternativen Behandlungsoptionen für die Patientinnen wichtig.

---

<sup>1</sup> Vereinzelt wurden redaktionelle Anpassungen für die Darstellung im Anhang vorgenommen.

Qualitätsmerkmale	Quellen
<b>1.1 Aufklärung zur Wirkung</b>	Leitlinien, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation über die angestrebte Wirkung der Hysterektomie aufgeklärt hat. Dies umfasst insbesondere die positive Auswirkung auf die Symptome und die damit verbundene Verbesserung der Lebensqualität.	
<b>1.2 Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen</b>	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation über die Risiken und Nebenwirkungen der Hysterektomie aufgeklärt hat. Die Aufklärung schließt z. B. mögliche Komplikationen während der Operation, ein ggf. verfrühtes Einsetzen der Menopause, psychische Belastungen und den Verlust der Fruchtbarkeit ein.	
<b>1.3 Aufklärung über alternative Behandlungsoptionen</b>	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation darüber aufgeklärt hat, welche alternativen Behandlungsoptionen zur Hysterektomie möglich sind, und ob eine Erläuterung der jeweiligen Vor- und Nachteile erfolgt ist.	
<b>1.4 Aufklärung zum operativen Vorgehen</b>	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Publikationen zur Versorgungssituation, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation darüber aufgeklärt hat, wie die Operation ablaufen wird. Dies umfasst u. a. die Art des vorgesehenen Zugangs (z. B. vaginal, abdominal), den Umfang der Gebärmutterentfernung (z. B. inkl. Gebärmutterhals) bzw. die Entfernung angrenzender Geschlechtsorgane (z. B. Eierstöcke) oder die Dauer der Operation. Zudem sollten die Aufklärungsinhalte den Patientinnen visuell erläutert werden (z. B. anhand von Abbildungen oder Modellen).	
<b>1.5 Informationen zum Operateur</b>	Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation darüber informiert hat, wer die Operation durchführt. Dies umfasst neben dem Namen auch Informationen zur beruflichen Stellung der / des Operierenden.	
<b>1.6 Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie</b>	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation darüber informiert hat, zum einen wie der Heilungsprozess nach der Hysterektomie voraussichtlich verlaufen wird (z. B. zu erwartende Schmerzen, Nachblutungen) und zum anderen was zu beachten ist (z. B. Verhaltensregeln). Letzteres sollte den Patientinnen auch in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt werden.	
<b>1.7 Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie</b>	Leitlinien, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation darüber informiert hat, welche Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie bestehen. Dies umfasst z. B. Informationen über mögliche krankheitsspezifische Folgebehandlungen oder Möglichkeiten von Rehabilitationsleistungen und Physiotherapie.	



## Qualitätsaspekt 2: Interaktion und Kommunikation

Interaktion und Kommunikation zwischen der Ärztin / dem Arzt und den Patientinnen ist ein zentraler Bestandteil in Gesprächen zur Aufklärung und Entscheidungsfindung. Die Wissensquellen zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt eine kommunikationsfördernde Gesprächssituation gestalten sollte, in welcher in respektvoller, wertschätzender und verständnisvoller Art mit den Patientinnen umzugehen ist. Zudem sollten Informationen in einer für Patientinnen verständlichen Sprache vermittelt und Fachausdrücke erläutert werden.

Qualitätsmerkmale	Quellen
<b>2.1 Respektvolle und wertschätzende Kommunikation</b>	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bei Gesprächen in respektvoller und wertschätzender Art mit den Patientinnen umgegangen ist, sodass sich diese beispielsweise ernstgenommen und verstanden gefühlt haben und auf deren Ängste und Sorgen eingegangen wurde.	
<b>2.2 Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre</b>	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Gesprächsatmosphäre von der Ärztin / dem Arzt so gestaltet wurde, dass die Patientinnen Zeit und Gelegenheit hatten, ihre Fragen zu stellen und zu klären sowie ggf. individuelle Probleme und Sichtweisen darlegen und besprechen zu können.	
<b>2.3 Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen</b>	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus sich vor der Operation bei den Patientinnen rückversichert hat, dass die vermittelten Informationen sprachlich und inhaltlich verständlich waren.	
<b>2.4 Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt</b>	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob das Personal des Krankenhauses die Patientinnen vor der Operation auf die Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt hingewiesen hat.	
Dieses Qualitätsmerkmal adressiert die Versorgungsqualität außerhalb pandemischer Situationen, die den Einbezug von Vertrauenspersonen ggf. einschränken.	

### Qualitätsaspekt 3: Gemeinsame Entscheidungsfindung

Die Wissensbestände zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt gemeinsam mit den Patientinnen die stationär durchzuführende Hysterektomie planen soll, da dies ein Bestandteil für eine patientenzentrierte Versorgung ist. Die Planung soll hierbei patientenindividuell erfolgen, wobei den Patientinnen ermöglicht werden soll, sich im selbstgewählten Umfang zu beteiligen. Zudem sollte bei Bedarf auch Bedenkzeit für die Patientinnen ermöglicht werden.

Qualitätsmerkmale	Quellen
<b>3.1 Berücksichtigung von Präferenzen zum operativen Vorgehen</b>	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Präferenzen der Patientinnen für die Entscheidungsfindung bezüglich des operativen Vorgehens berücksichtigt hat. Dies umfasst u. a. die Berücksichtigung der Präferenzen zur Art des vorgesehenen Zugangs (z. B. vaginal, abdominal) oder des Umfangs der Gebärmutterentfernung (z. B. inkl. Gebärmutterhals) bzw. der Entfernung angrenzender Geschlechtsorgane (z. B. Eierstöcke).	
<b>3.2 Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation</b>	Publikationen zur Patientenperspektive, Publikationen zur Versorgungssituation, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus vor der Operation bei den Patientinnen nachgefragt hat, inwiefern Bedenkzeit benötigt wird, und diese patientenindividuell ermöglicht wurde.	
<b>3.3 Einbezug bei der Terminvereinbarung</b>	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen bei der Terminfindung für den Operationstermin eingebunden hat. Dies umfasst u. a. die Berücksichtigung terminlicher Präferenzen der Patientinnen und ggf. das Benennen einer Ansprechperson (inkl. Kontaktdaten) für eine spätere Terminvereinbarung (z. B. nach Inanspruchnahme einer Bedenkzeit).	

## Anhang D.2: Dokumentation der Beratung zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen durch das Expertengremium

Im folgenden Abschnitt wird die protokollierte, stichpunktartige Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der Beratung durch das Expertengremium aufgeführt. Hierbei werden für jedes Qualitätsmerkmal die zentralen Diskussionsinhalte, d. h. Meinungen und Hinweise der Expertinnen und Experten wiedergegeben. Zum Abschluss jeder Diskussion zu einem Qualitätsmerkmal wurde das Expertengremium darum gebeten, unter Berücksichtigung der im Kapitel 4 im Abschlussbericht aufgeführten Eignungskriterien sowie beauftragungsspezifischen Anforderungen eine Gesamteinschätzung abzugeben.

### Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung

#### Qualitätsmerkmal 1.1: Aufklärung zur Wirkung

- Die Expertinnen und Experten hoben die Wichtigkeit dieses Qualitätsmerkmals hervor, merkten aber an, dass im Sinne einer ergebnisoffenen Formulierung nicht über die positiven, sondern über die zu erwartenden Auswirkungen auf die Symptome aufzuklären sei.

#### Qualitätsmerkmal 1.2: Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen

- Die Expertinnen und Experten stufte das Qualitätsmerkmal als äußerst relevant ein, zeigten jedoch auf, dass patientenindividuelle Parameter den Umfang der Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen beeinflussen können.
- Das Expertengremium plädierte für die Aufteilung der Risiken und Nebenwirkungen in unmittelbare Risiken der Operation und mittelbare Folgen einer Hysterektomie.
- Zudem zeigten Expertinnen und Experten die Relevanz der Aufklärung über Risiken in Form von psychischen Belastungen auf.

#### Qualitätsmerkmal 1.3: Aufklärung über alternative Behandlungsoptionen

- Einige Expertinnen und Experten zeigten auf, dass die Aufklärung über alternative Behandlungsoptionen zumeist im ambulanten Sektor erfolge.
- Die Expertinnen und Experten machten allerdings deutlich, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus im Aufklärungsgespräch mögliche Behandlungsoptionen erneut thematisieren solle. Dabei könne die Ärztin / der Arzt sich vergewissern, ob eine Aufklärung der Patientin über andere Behandlungsmöglichkeiten erfolgt sei. Bei einer nicht erfolgten Aufklärung, sei diese durch die Ärztin / den Arzt entweder selber durchzuführen oder die Patientin sei an entsprechende Fachärztinnen / Fachärzte zu verweisen.

- Die Expertinnen und Experten merkten zudem an, dass das Aufzeigen der Vor- und Nachteile einzelner Behandlungsoptionen für die Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus nicht umsetzbar sei (z. B. aufgrund von fehlenden Erfahrungen zu den einzelnen Behandlungsoptionen).
- Einem Experten war der Begriff der alternativen Behandlungsoptionen inhaltlich nicht klar, er sprach sich für die Streichung des Begriffs „alternativ“ aus.

#### **Qualitätsmerkmal 1.4: Aufklärung zum operativen Vorgehen**

- Die Expertinnen und Experten machten deutlich, dass beim „Umfang der Gebärmutterentfernung“ das Beispiel „Eileiter“ ergänzt und der Zusatz „Entfernung angrenzender Geschlechtsorgane (z. B. Eierstöcke)“ gestrichen werden sollte.
- Auch wiesen Expertinnen und Experten darauf hin, dass sich das Vorgehen während einer Operation ändern könne, sodass die Patientinnen darüber zu informieren seien, wie die Operation ablaufen „kann“ und nicht „wird“.
- Einige Expertinnen und Experten merkten zudem an, dass die Dauer einer Operation nicht immer explizit beziffert werden könne und die Benennung dieser nicht qualitätsrelevant sei. Dem widersprachen andere Expertinnen und Experten und zeigten auf, dass es für Patientinnen wichtig sei einschätzen zu können, was bei der Operation zu erwarten sei. Dies schließe auch die Dauer der Operation mit ein.

#### **Qualitätsmerkmal 1.5: Informationen zum Operateur**

- Das Qualitätsmerkmal wird durch das gesamte Expertengremium als sehr wichtig erachtet.
- Im Rahmen der Diskussion merkten einige Expertinnen und Experten an, dass die Umsetzung des Qualitätsmerkmals eher schwierig sei. So könne z. B. nicht sichergestellt werden, dass die vorgesehene Operateurin / der vorgesehene Operateur am Ende auch tatsächlich operiere (z. B. aufgrund von Krankheitsausfall). Somit sollte das Qualitätsmerkmal dahingehend abgeschwächt werden, dass die Operateurin / der Operateur genannt werden sollte, die/der die Operation „voraussichtlich“ durchführen werde.
- Einige Expertinnen und Experten wiesen hingegen darauf hin, dass es für Patientinnen wichtig sei zu wissen, von wem sie operiert werden, und plädierten für eine Schärfung des Qualitätsmerkmals dahingehend, dass sich die Operateurin / der Operateur im Vorfeld vorstellen sollte.

#### **Qualitätsmerkmal 1.6: Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie**

- Einige Expertinnen und Experten zeigten auf, dass die als Beispiel aufgezählten Nachblutungen eine Komplikation und kein Symptom des Heilungsprozesses seien und plädierten für die Streichung.
- Stattdessen wurde angemerkt, dass die Beispiele zum Heilungsprozess um eine verminderte Leistungsfähigkeit bzw. Belastbarkeit und die Verhaltensregeln um beispielsweise Sport, Sexualität, Benutzung von Tampons oder Duschen erweitert werden können.

- Die Expertinnen und Experten waren sich aber einig, dass vor der Operation im Aufklärungsgespräch schon auf den Heilungsverlauf und die Verhaltensregeln hingewiesen werden sollte, detailliertere Ausführungen dazu sollten aber eher im Entlassgespräch erfolgen.

#### **Qualitätsmerkmal 1.7: Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie**

- Die Expertinnen und Experten waren sich einig, dass Behandlungsmöglichkeiten (insbesondere Rehabilitationsleistungen und Physiotherapie) nach einer Hysterektomie stark von der spezifischen Erkrankung/Diagnose abhängen und daher nicht generell darüber informiert werden sollte.

### **Qualitätsaspekt 2: Interaktion und Kommunikation**

#### **Qualitätsmerkmal 2.1: Respektvolle und wertschätzende Kommunikation**

- Die Expertinnen und Experten waren mit dem Qualitätsmerkmal in seiner Ausführung einverstanden und hatten keine Anmerkungen.

#### **Qualitätsmerkmal 2.2: Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre**

- Die Expertinnen und Experten waren mit dem Qualitätsmerkmal in seiner Ausführung weitestgehend einverstanden.
- Einige Expertinnen und Experten wiesen jedoch darauf hin, dass sich das Qualitätsmerkmal auf die Zeit vor der Operation beziehen sollte.
- Auch wurde diskutiert, ob es notwendig sei, das Qualitätsmerkmal dahingehend zu schärfen, dass explizit angeregt wird, dass die Patientinnen Zeit haben, Fragen zu stellen.
- Eine Expertin merkte an, dass das Qualitätsmerkmal auf die aufklärende Ärztin / den aufklärenden Arzt fokussieren sollte.

#### **Qualitätsmerkmal 2.3: Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen**

- Expertinnen und Experten merkten wie beim Qualitätsmerkmal 2.2 „Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre“ an, dass das Qualitätsmerkmal auf die aufklärende Ärztin / den aufklärenden Arzt fokussieren sollte.
- Einige Expertinnen und Experten wiesen auf die Problematik von Sprachbarrieren hin, zeigten aber zugleich die Schwierigkeit des Umgangs damit auf (z. B. Einbezug von Dolmetscherinnen und Dolmetschern). Ein Vorschlag des Expertengremiums war es, angemessenes, schriftliches Aufklärungsmaterial in entsprechenden Sprachen zur Verfügung zu stellen.

**Qualitätsmerkmal 2.4: Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt**

- Der Großteil der Expertinnen und Experten stimmte dem Qualitätsmerkmal in seiner Ausführung zu und hob noch mal die Wichtigkeit hervor, dass Patientinnen explizit auf die Möglichkeit der Mitnahme einer Vertrauensperson hingewiesen werden sollen.

**Qualitätsaspekt 3: Gemeinsame Entscheidungsfindung****Qualitätsmerkmal 3.1: Berücksichtigung von Präferenzen zum operativen Vorgehen**

- Die Expertinnen und Experten stimmten der inhaltlichen Ausrichtung des Qualitätsmerkmals weitestgehend zu, merkten allerdings an, dass in Anlehnung an die Überarbeitungsvorschläge für das Qualitätsmerkmal 1.4 „Aufklärung zum operativen Vorgehen“ auch bei diesem Qualitätsmerkmal eine Ausweitung des „Umfangs der Gebärmutterentfernung“ um „Eileiter“ erfolgen und demnach der Zusatz „Entfernung angrenzender Geschlechtsorgane (z. B. Eierstöcke)“ gestrichen werden sollte.

**Qualitätsmerkmal 3.2: Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation**

- Die Expertinnen und Experten hoben die Wichtigkeit des Qualitätsmerkmals hervor und stimmten der inhaltlichen Ausrichtung weitestgehend zu.
- Von den Expertinnen und Experten wurde zudem darauf hingewiesen, dass die Bedenkzeit patientenindividuell einzuräumen ist. Dabei sei keine genaue Zeitspanne an Bedenkzeit vorzugeben.

**Qualitätsmerkmal 3.3: Einbezug bei der Terminvereinbarung**

- Die Expertinnen und Experten stimmten der inhaltlichen Ausrichtung des Qualitätsmerkmals zu.
- Einige Expertinnen und Experten merkten allerdings an, dass dieses Qualitätsmerkmal nicht nur die Ärztinnen und Ärzte adressieren sollte, sondern Beschäftigte des gesamten Krankenhauses.

## Anhang D.3: Dokumentation der Beratung zu den operationalisierten Items durch das Expertengremium

Im folgenden Abschnitt wird die protokollierte, stichpunktartige Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der Beratung durch das zweite Expertengremium aufgeführt. Hierbei werden für jedes zuvor operationalisierte Item die zentralen Diskussionsinhalte, d. h. Meinungen und Hinweise der Expertinnen und Experten wiedergegeben.

### Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung

#### Item zum Qualitätsmerkmal 1.1: Aufklärung zur Wirkung

**Hat die Ärztin oder der Arzt vor der Operation mit Ihnen besprochen, was die Entfernung der Gebärmutter bewirken soll (z. B. Verbesserung der Symptome wie Schmerzen oder starke Blutungen)?**

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Das Gremium stufte die Bewertung der Entscheidungszufriedenheit in diesem Item als nicht ausreichend abgebildet ein und schlug ergänzend vor, das „z. B.“ in der Klammer zu streichen. Die Expertinnen und Experten merkten zudem an, dass die Antwortkategorien keine Hinweise auf Qualität lieferten (fehlende Varianz). Des Weiteren rieten Expertinnen und Experten dazu, die kursive Schreibweise der Antwortkategorie „Weiß nicht mehr“ zu prüfen.

#### Items zum Qualitätsmerkmal 1.2: Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen

**Hat die Ärztin oder der Arzt vor der Operation mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können (z. B. Verletzung angrenzender Organe)?**

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Das Expertengremium hatte keine Anmerkungen oder Hinweise.

**Hat die Ärztin oder der Arzt vor der Operation mit Ihnen besprochen, dass durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, Probleme beim Wasserlassen, Verwachsungen)?**

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Einige Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass es wichtig sei, bei der Fragestellung die jeweilige Indikation zu beachten. So sei es notwendig zu beachten, dass gewisse mögliche Folgen (z. B. die Kontinenz oder die Sexualität betreffend) abhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung seien (insbesondere die Abgrenzung der Indikation zur Hysterektomie aufgrund von Organenkungen). Zudem wurde die Aufnahme eines weiteren Beispiels (Herz-Kreislauf-Erkrankungen) angeregt. Daraufhin brachte das Gremium den Vorschlag ein, eine neutralere Formulierung zu wählen (z. B. „Hat die Ärztin / der Arzt mit Ihnen über Sexualität gesprochen?“), und schlug gleichzeitig vor, ähnliche neutralere Formulierungen auf die übrigen Items anzuwenden. Einige Expertinnen und Experten verwiesen darauf, dass es notwendig sei, Beeinträchtigungen der Sexualität separat abzufragen, da diese eine Sonderstellung zwischen körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen einnehmen würden. Es wurde hierfür die Aufnahme eines neuen Items zur Sexualität angeregt und folgende Formulierung vorgeschlagen: „Hat die Ärztin / der Arzt mit Ihnen besprochen, dass die Operation Auswirkungen auf Ihre Sexualität haben kann?“.

**Hat die Ärztin oder der Arzt vor der Operation mit Ihnen besprochen, dass durch die Entfernung der Gebärmutter psychische Beschwerden auftreten können (z. B. durch Veränderung des Selbstbildes oder des Körpergefühls)?**

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Das Expertengremium plädierte für kleinere Änderungen die Formulierung betreffend: So wurde angeregt, das Wort „durch“ im Ankerbeispiel „z. B. durch Veränderung des Selbstbildes“ zu streichen. Weiterhin rieten die Expertinnen und Experten, das Wort „Beschwerden“ durch „Belastungen“ zu ersetzen und die Formulierung „durch die Entfernung der Gebärmutter“ zu „infolge der Entfernung der Gebärmutter“ abzuwandeln. Einige Expertinnen und Experten sprachen sich weiterhin dafür aus, das Beispiel „Veränderung des Selbstbildes“ etwas zu schärfen, und plädierten dafür, dieses um den Zusatz „als Frau“ zu ergänzen.



**Hat die Ärztin oder der Arzt vor der Operation mit Ihnen besprochen, dass es nach der Entfernung der Gebärmutter nicht mehr möglich ist, Kinder zu bekommen?**

- Ja
- Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre
- Nein, ich brauchte das nicht
- *Weiß nicht mehr*

Die Expertinnen und Experten regten an, die Antwortwortoption „Nein, ich brauchte das nicht“ zu streichen und durch z. B. „meine Familienplanung ist abgeschlossen“, „Ich möchte keine Kinder mehr“ oder „Nein, dies war für mich nicht notwendig“ zu ersetzen.

### Items zum Qualitätsmerkmal 1.3: Aufklärung zu Behandlungsmöglichkeiten

**Hat die Ärztin oder der Arzt vor der Operation mit Ihnen besprochen, welche anderen Behandlungsmöglichkeiten es neben der Entfernung der Gebärmutter gibt (z. B. Einnahme von Medikamenten)?**

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Das Gremium schlug vor, das Item um den Zusatz „und ggf. andere Behandlungsmöglichkeiten bestehen“ zu erweitern und/oder die Ankerbeispiele um die Formulierung „gebärmuttererhaltende Verfahren“ zu ergänzen. Einige Expertinnen und Experten plädierten außerdem dafür, die Formulierung „mit Ihnen besprechen“ durch „angesprochen“ zu ersetzen. Weiterhin verwies das Gremium an dieser Stelle auf den Bezug zur Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren.

**Hat die Ärztin oder der Arzt vor der Operation mit Ihnen besprochen, was passiert, wenn die Operation nicht durchgeführt wird?**

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Einige Expertinnen und Experten rieten, die Formulierung des Items etwas umzustellen, und schlugen die Wortlaute „wie es weitergeht, wenn die Operation nicht durchgeführt wird“ oder „wie der weitere Verlauf sein kann, wenn die Operation nicht durchgeführt wird“ vor. Der Bezug auf die klinische Symptomatik sei nicht zu vernachlässigen.

**Items zu Qualitätsmerkmal 1.4: Aufklärung zum operativen Vorgehen**

**Es gibt grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten, um die Gebärmutter zu entfernen (z. B. über die Scheide, Bauchspiegelung (Schlüssellochoperation), Bauchschnitt).**

**Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, welche Operationsmethoden für Sie in Frage kommen?**

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Das Expertengremium hatte keine Anmerkungen oder Hinweise.

**Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile die möglichen Operationsmethoden haben?**

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Das Expertengremium hatte keine Anmerkungen oder Hinweise.

**Je nachdem, warum die Gebärmutter entfernt werden soll, kann es zu einer vollständigen oder teilweisen Entfernung der Gebärmutter (mit Erhalt des Gebärmutterhalses) kommen. Manchmal werden auch die Eierstöcke und die Eileiter mitentfernt.**

**Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden kann (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?**

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Einige Expertinnen und Experten merkten an, dass die suprazervikale Hysterektomie (teilweise Hysterektomie) zwar nach wie vor durchgeführt werde, aber keine gleichwertige Behandlungsmethode mehr darstelle. Daher plädierten die Expertinnen und Experten für die explizite Thematisierung der Aufklärung über die Risiken der suprazervikalen Hysterektomie. Bei dem Item entstünde der Eindruck, dass beide Verfahren (suprazervikale und totale Hysterektomie) gleichwertig wären. Das Gremium sprach sich daher für die zusätzliche Aufnahme von Items aus, welche die Aufklärung der Vor- und Nachteile einer vollständigen Hysterektomie sowie die umfangreiche Aufklärung über die Risiken einer suprazervikalen Hysterektomie (speziell bei Zerkleinerung der Gebärmutter) adressieren. Für die spezifische Umsetzung berieten die Expertinnen und Experten zum einen die Lösung über eine Filterführung in den Items und zum anderen textliche Anpassungen entsprechend medizinischer Empfehlungen im Einleitungstext des Items.

**Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine teilweise bzw. vollständige Entfernung der Gebärmutter hat?**

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Das Expertengremium hatte keine Anmerkungen oder Hinweise.

**Item zum Qualitätsmerkmal 1.5: Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation****Wurden Sie vor der Operation von der Ärztin oder dem Arzt darüber informiert, wie lange die Operation ungefähr dauern wird?**

- Ja
- Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre
- Nein, ich wollte/brauchte das nicht
- *Weiß nicht mehr*

Die Expertinnen und Experten des Gremiums sprachen sich auch bei diesem Item wieder für die Anpassung der Antwortkategorie „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“ zu „Nein, das war für mich nicht notwendig“ aus und schlugen vor, auch alle weiteren Items zu prüfen, für welche diese Antwortkategorie vorgesehen war. Einige Expertinnen und Experten begründeten dies damit, dass die ursprüngliche Formulierung („Nein, ich wollte/brauchte das nicht“) für Patientinnen möglicherweise nicht eindeutig verständlich sein könnte.

**Item zum Qualitätsmerkmal 1.6: Informationen zur Operateurin / zum Operateur****Wurden Sie vor der Operation von der Ärztin oder dem Arzt darüber informiert, wer Sie voraussichtlich operieren wird?**

- Ja
- Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre
- Nein, ich wollte/brauchte das nicht
- *Weiß nicht mehr*

Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums gaben zu bedenken, dass die Informationsweitergabe, wer die Operation voraussichtlich durchführen wird, nicht unbedingt mit der Organisation in den Krankenhäusern vereinbar sei (besonders in größeren Kliniken). Andere Expertinnen und Experten verwiesen dennoch auf die große Relevanz dieser Information für die Patientinnen. Die Information könne auch bei einer Kontaktaufnahme unmittelbar vor der Operation erfolgen (z. B. mit der Übermittlung von Aufnahmeunterlagen). Alternative Formulierungen wurden diskutiert und könnten lauten: „Hatten Sie die Möglichkeit, die Information zu erhalten?“

oder „Wussten Sie, von wem Sie operiert wurden?“. Die Begründung der Expertinnen und Experten stützt sich auf den Konsens darüber, dass diese Information nicht zwingend von den Ärztinnen und Ärzten weitergegeben werden müsse, sondern auch z. B. vom Klinikpersonal („vom Krankenhaus“) übermittelt werden könne.

#### Item zum Qualitätsmerkmal 1.7: Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie

**Hat die Ärztin oder der Arzt vor der Operation mit Ihnen besprochen, wie lange Sie sich nach der Operation voraussichtlich schonen müssen (z. B. Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit)?**

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Das Expertengremium hatte keine Anmerkungen oder Hinweise.

#### Item zum Qualitätsmerkmal 1.8: Umfang der Informationen für die Entscheidung zur Hysterektomie

**Wenn Sie nun an die Entscheidung zur Entfernung der Gebärmutter insgesamt denken: Haben Sie von der Ärztin oder dem Arzt die Informationen erhalten, die Sie für Ihre Entscheidung gebraucht haben?**

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Das Expertengremium hatte keine Anmerkungen oder Hinweise.

### Qualitätsaspekt 2: Interaktion und Kommunikation

#### Items zum Qualitätsmerkmal 2.1: Respektvolle und wertschätzende Kommunikation

**Hat die Ärztin oder der Arzt Sie ernst genommen?**

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Einige Expertinnen und Experten regten an, den Bezug zu Ängsten und Sorgen der Patientinnen in das Item aufzunehmen und direkt abzufragen (z. B. „Fühlten Sie sich ernst genommen, auch in Ihren Ängsten und Sorgen?“). Weiterhin sprachen sich die Expertinnen und Experten des Gremiums dafür aus, bereits bestehende Skalen und Konstrukte zum Thema Interaktion und Kommunikation auf deren Eignung für den zu entwickelnden Fragebogen zu prüfen. Bestehende Instrumente, wie z. B. die CollaboRATE-Skalen oder der EPAT-Fragebogen wurden dabei explizit hervorgehoben.

Einige Expertinnen und Experten plädierten außerdem für die Prüfung der Antwortskala (dichotom vs. mehrkategorial).

**Hat die Ärztin oder der Arzt Ihnen aufmerksam zugehört?**

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Das Expertengremium sprach sich dafür aus, dieses Item mit dem vorausgegangenen Item („Hat die Ärztin oder der Arzt Sie ernst genommen?“) abzufragen und die Positionen der beiden Items zu tauschen. Der Aufbau erscheine so fließender und schlüssiger.

**Item zum Qualitätsmerkmal 2.2: Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsumosphäre**

**Konnten Sie mit der Ärztin oder dem Arzt die Themen oder Fragen besprechen, die für Sie in Bezug auf die Operation wichtig waren?**

- Ja
- Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre
- Nein, ich hatte keine Themen oder Fragen
- *Weiß nicht mehr*

Die Expertinnen und Experten diskutierten verschiedene Formulierungsansätze, um das Item zu präzisieren, und einigten sich auf folgenden Vorschlag: „Konnten Sie mit der Ärztin oder dem Arzt alles besprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation und deren Folgen wichtig war?“.

**Item zum Qualitätsmerkmal 2.3: Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen**

**Wurden Ihnen die Informationen, die Sie vor der Operation von der Ärztin oder dem Arzt erhalten haben, verständlich erklärt?**

- Ja
- Eher ja
- Eher nein
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Die Expertinnen und Experten besprachen auch bei diesem Item verschiedene Optimierungsoptionen in der Formulierung. Einigen konnten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf eine eher ergebnisorientierte Formulierung, welche die Patientinnen direkt adressiert: „Haben Sie die Informationen verstanden?“.

**Item zum Qualitätsmerkmal 2.4: Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt**

**Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch bzw. die Gespräche mit einzubeziehen?**

- Ja
- Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre
- Nein, ich wollte/brauchte das nicht
- *Weiß nicht mehr*

Die Expertinnen und Experten stimmten dafür, die Formulierung der Antwortkategorie „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“ durch „Nein, das war für mich nicht notwendig“ zu ersetzen.

**Qualitätsaspekt 3: Gemeinsame Entscheidungsfindung****Items zum Qualitätsmerkmal 3.1: Berücksichtigung von Präferenzen zum operativen Vorgehen**

**Hat die Ärztin oder der Arzt Sie bei der Entscheidung eingebunden, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll?**

- Ja
- Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre
- Nein, ich wollte/brauchte das nicht
- *Weiß nicht mehr*

**Hat die Ärztin oder der Arzt Sie bei der Entscheidung eingebunden, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden soll?**

- Ja
- Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre
- Nein, ich wollte/brauchte das nicht
- *Weiß nicht mehr*

Die Expertinnen und Experten machten deutlich, dass Ihnen das Konstrukt des Shared Decision Making (SDM) in beiden Items noch nicht deutlich genug erkennbar sei. Die Items spiegelten eher einen *informed consent* wider als den Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Die entsprechende Prüfung der Formulierungen wurde angeregt. Zusätzlich sprachen sich die Gremiumsteilnehmerinnen und -teilnehmer dafür aus, bereits bestehende Skalen zu SDM auf ihre Eignung für den zu entwickelnden Fragebogen zu prüfen (z. B. PICS-Skalen).

**Item zum Qualitätsmerkmal 3.2: Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation****Hat Ihnen die Ärztin oder der Arzt vor der Operation Bedenkzeit angeboten?**

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Die Expertinnen und Experten diskutierten, ob die Formulierung des Items die Intention ausreichend verdeutlicht. Einigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern war es wichtig, die Patientenperspektive klarer herauszustellen und die Formulierung zu schärfen. Das Gremium unterstützte geschlossen den Vorschlag des IQTIG, das Item vorerst kognitiv zu testen.

**Item zum Qualitätsmerkmal 3.3: Einbezug bei der Terminvereinbarung****Wurden Ihre Wünsche und Bedürfnisse beim Festlegen des Operationstages berücksichtigt?**

- Ja
- Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre
- Nein, ich wollte/brauchte das nicht
- *Weiß nicht mehr*

Das Expertengremium plädierte dafür dieses Item aus dem Fragebogen zu streichen, da laut der Expertinnen und Experten eine Terminvereinbarung ohne den Einbezug der Patientinnen in der Praxis ohnehin nicht möglich sei.

**Item zur Stichprobenbeschreibung (Beteiligungspräferenz)****Wie wichtig war es Ihnen, sich an den entscheidenden Fragen zur Operation zu beteiligen (z. B. Operationsmethode, Umfang der Gebärmutterentfernung)?**

- Sehr wichtig
- Eher wichtig
- Eher unwichtig
- Sehr unwichtig

Das Gremium gab zu bedenken, dass mit diesem Item zwei Ebenen thematisiert werden, nämlich a) der Leistungserbringer informiert sich über die Entscheidungspräferenz der Patientin im Vorfeld der Operation und b) der Fragebogen erfragt die Entscheidungspräferenz der Patientin im Nachgang. Das Item sei daher nicht eindeutig. Weiterhin merkten einige Expertinnen und Experten an, dass die Formulierung „sich an den entscheidenden Fragen zur Operation zu beteiligen“ schwierig zu verstehen/beantworten sei und daher zu „sich an der Entscheidungsfindung zu beteiligen“ geändert werden solle. Die Expertinnen und Experten stimmten dem Vorschlag des IQTIG

zu, das Item zur Beteiligungspräferenz zu streichen (bzw. ggf. im SDM-Block noch einmal zu prüfen) und dafür ein neues Item zur Ankündigung einer Entscheidung im Fragebogen aufzunehmen.

### **Weitere Themen zur Diskussion**

#### *Ankündigung einer Entscheidung*

Die Expertinnen und Experten plädierten dafür, ein Item in den Fragebogen aufzunehmen, welches die Ankündigung einer Entscheidung thematisiert. Unterstützend wurde geraten, einen Hinweis zur Planbarkeit des Eingriffs (elektiver Charakter) und die Möglichkeit der Patientenbeteiligung zu Beginn des Fragebogens (z. B. in einem grauen Kasten) aufzunehmen.

#### *Zweitmeinung*

Einige Expertinnen und Experten sprachen sich dafür aus, ein Item in den Fragebogen aufzunehmen, welches abfragt, ob die Patientinnen darauf hingewiesen wurden, dass sie das Recht haben, eine zweite Meinung einzuholen (gemäß der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren). Das IQTIG gab zu bedenken, dass bei der Formulierung eines solchen Items die Abgrenzung einer Zweitmeinung im Sinne der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (inkl. deren Anforderungen) und einer von den Patientinnen empfundenen Zweitmeinung besonders wichtig sei. Zur Prüfung einer eindeutigen Formulierung soll dazu eine umfassende kognitive Testung mit Patientinnen durchgeführt werden. Weiterhin kündigte das IQTIG an zu prüfen, welche Aufklärungspflichten den stationären Leistungsbringern in der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren zugeschrieben wird.

#### *Entscheidungshilfen*

Einige Expertinnen und Experten regten weiterhin dazu an, ein Item zur Prüfung erhaltener Informationen bezüglich der Verwendung von Entscheidungshilfen in den Fragebogen aufzunehmen. Dies solle insbesondere im Sinne der Qualitätsförderung geschehen. Das IQTIG nahm diesen Vorschlag an und kündigte an, ein solches Item ebenfalls konkret im Sinne einer kognitiven Testung mit Patientinnen auf die eindeutige Verständlichkeit zu prüfen.



## Anhang D.4: Übersicht über die teilnehmenden Expertinnen und Experten des Expertengremiums

Expertinnen und Experten	Funktion im Expertengremium
Frau Petra Bentz	Patientenvertreterin
Herr Prof. Dr. Gerhard Gebauer	medizinische Expertise
Frau Dr. Iris Hahn	medizinische Expertise
Herr Prof. Dr. Hermann Hertel	medizinische Expertise
Frau Dr. Julia Kreuzhof	medizinische Expertise
Frau Natascha Lowitzki	Patientenvertreterin
Frau Cordula Mühr	Patientenvertreterin
Frau Dr. Franziska Prütz	wissenschaftliche Expertise
Frau Dr. Heike Staudt-Grauer	medizinische Expertise
<b>Zusätzliche Experten der zweiten Sitzung des Gremiums</b>	
Herr Prof. Dr. Martin Härter	wissenschaftliche Expertise
Herr Prof. Dr. David Klemperer	wissenschaftliche Expertise
Herr Dr. Fülöp Scheibler	wissenschaftliche Expertise

# **Anhang E: Anpassung der Qualitätsmerkmale und Beschreibung der Qualitätsmerkmale anhand der Eignungskriterien**

## **Anhang E.1: Übersicht der Anpassungen der Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung**

Auf Grundlage der Beratungen durch das Expertengremium, der Erkenntnisse aus den schriftlichen Stellungnahmen sowie der Itementwicklung wurden die Qualitätsmerkmale durch das IQTIG geprüft. Dabei wurden 3 der ursprünglich 14 Qualitätsmerkmale ausgeschlossen. Bei 11 Qualitätsmerkmalen wurden Änderungen im Titel bzw. der Beschreibung vorgenommen. 2 Qualitätsmerkmale wurden neu aufgenommen. Für die modifizierten und neu aufgenommenen Qualitätsmerkmale sind die Eignungskriterien und die projektspezifischen Anforderungen (weiterhin) erfüllt. Tabelle 1 führt alle Qualitätsmerkmale sowie die zentralen Veränderungen auf, die sich aus den oben genannten Entwicklungsschritten ergaben. Eine Übersicht der verbleibenden, eingeschlossenen 13 Qualitätsmerkmale gibt Tabelle 4 in Abschnitt 8.4 des Abschlussberichts.

Tabelle 1: Übersicht zentraler Veränderungen der Qualitätsmerkmale

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) <sup>1</sup>	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung <sup>2</sup>
<b>Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung</b>			
Qualitätsmerkmal 1.1: Aufklärung zur Wirkung	✓	<p><b>EG:</b> Die Expertinnen und Experten hoben die Bedeutung dieses Qualitätsmerkmals hervor. Es wurde aber darauf hingewiesen, dass die Bezeichnung „positive Auswirkungen auf die Symptome“ nicht neutral sei. Es wurde daher vorgeschlagen, dass über die zu erwartenden Auswirkungen auf die Symptome aufzuklären sei. Das Qualitätsmerkmal wurde dahingehend angepasst.</p> <p><b>WE:</b> Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.</p>	<p><b>MB:</b> Leitlinien sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt <del>Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus</del> die Patientinnen vor der Operation über die angestrebte Wirkung der Hysterektomie <del>aufzuklären</del> <del>aufgeklärt</del> hat. Dies umfasst insbesondere die <del>positive</del> zu erwartende Auswirkung auf die Symptome und die damit verbundene Verbesserung der Lebensqualität (ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, Kives und Lefebvre 2018, NICE 2019, RANZCOG 2021).</p>
Qualitätsmerkmal 1.2: Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen	✓	<p><b>EG:</b> Das Expertengremium stufte dieses Qualitätsmerkmal als äußerst relevant ein. Die Expertinnen und Experten zeigten aber auf, dass sowohl über die unmittelbaren Risiken einer Operation als auch über die mittelbaren Folgen einer Hysterektomie aufgeklärt werden sollte. Zudem wies das Expertengremium da-</p>	<p><b>MB:</b> Recherchierte Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive und die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews machen deutlich, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt <del>Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus</del> die Patientinnen</p>

<sup>1</sup> Die Itementwicklung umfasst den Prozess der Operationalisierung der Items, das zweite Treffen des Expertengremiums und die dreistufige Pretestung.

<sup>2</sup> Textstellen, die modifiziert bzw. neu hinzugefügt wurden, werden in kursiver Schrift dargestellt.

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) <sup>1</sup>	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung <sup>2</sup>
		<p>rauf hin, dass die Aufklärung über psychische Belastungen als mögliche Folge einer Hysterektomie deutlicher hervorgehoben werden solle. Die Anmerkungen wurden für das Qualitätsmerkmal entsprechend umgesetzt.</p> <p><b>WE:</b> Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.</p> <p><b>SN:</b> Aus den Stellungnahmen ging hervor, dass auch die Nennung der Ereignishäufigkeiten der Risiken der Operation entscheidend sei, um eine adäquate Risikoabwägung vornehmen zu können. Dieser Hinweis wurde daher in die Merkmalsbeschreibung eingearbeitet.</p> <p><b>IE:</b> Im zweiten Treffen des Expertengremiums wurde deutlich, dass die Thematik möglicher Auswirkungen der Hysterektomie auf die Sexualität gezielt aufgegriffen werden sollte. Mögliche Beeinträchtigungen der Sexualität würden eine Sonderstellung zwischen körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen einnehmen und müssten gesondert abgefragt werden. Dieser Hinweis wurde entsprechend in die Merkmalsbeschreibung aufgenommen. Ergänzend wurde die Formulierung der Merkmalsbeschreibung dahingehend präzisiert, dass der Begriff „mittelbare“ in Klammern</p>	<p>vor der Operation über die Risiken und Nebenwirkungen der Hysterektomie <del>aufzuklären</del> <del>aufgeklärt</del> hat (Bossick et al. 2018, Jacobs et al. 2021). Die Aufklärung schließt <del>zum einen unmittelbare Risiken der Operation</del> (z. B. mögliche Komplikationen während der Operation (NICE 2019, NICE 2021) sowie deren Ereignishäufigkeiten) und zum anderen (mittelbare) Folgen einer Hysterektomie (z. B. den Verlust der Fruchtbarkeit, ein ggf. verfrühtes Einsetzen der Menopause, <del>psychische Belastungen</del> <del>und den Verlust der Fruchtbarkeit</del>, die möglichen Auswirkungen auf die Sexualität) (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2021, Bossick et al. 2018, ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, Kives und Lefebvre 2018, NICE 2021, Pakbaz et al. 2017, RANZCOG 2021, Thurston et al. 2019) ein. <del>Daran anschließend sollte auch darüber aufgeklärt werden, dass psychische Belastungen Folgen einer Hysterektomie sein können.</del></p>

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) <sup>1</sup>	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung <sup>2</sup>
		<p>gesetzt wurde, um dem Zusammenhang mit dem in der Klammer stehenden Beispiel „den Verlust der Fruchtbarkeit“, das eher als unmittelbare Folge einer Hysterektomie verstanden werden kann, inhaltlich besser gerecht zu werden. Das Beispiel „den Verlust der Fruchtbarkeit“ wurde zudem in der Klammer nach vorne verschoben.</p>	
<p>Qualitätsmerkmal 1.3: Aufklärung über alternative Behandlungsoptionen</p>	<p>✓</p>	<p><b>EG:</b> Die Expertinnen und Experten hoben hervor, dass eine Aufklärung über alternative Behandlungsoptionen meist im ambulanten Sektor erfolge. Dennoch müssen alternative Behandlungsoptionen im Rahmen des Aufklärungsgesprächs thematisiert werden. Die Expertinnen und Experten schlugen vor, dass sich die Ärztin / der Arzt zunächst nur vergewissern müsse, ob eine entsprechende Aufklärung im ambulanten Sektor erfolgte. Ist dies nicht der Fall, so müsse die Ärztin / der Arzt selbst über Behandlungsoptionen aufklären oder die Patientinnen an eine entsprechende Fachärztin / einen entsprechenden Facharzt verweisen. Zudem merkten die Expertinnen und Experten an, dass die Aufklärung über die Vor- und Nachteile aufgrund von z. B. fehlender Erfahrung (mit z. B. konservativen/nicht invasiven Behandlungsmethoden) zu den einzelnen Behandlungsoptionen nicht immer möglich sei, und plädierten für die Streichung des Zusatzes. Zudem waren die Expertinnen und Experten der Ansicht, der Begriff</p>	<p><b>MT:</b> Aufklärung zu über alternative Behandlungsoptionen Behandlungsmöglichkeiten</p> <p><b>MB:</b> Recherchierte Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive und die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass sich die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob sich die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bei den Patientinnen die Patientinnen vor der Operation darüber aufgeklärt zu vergewissern vergewissert hat, dass diese darüber aufgeklärt wurden, welche alternativen Behandlungsmöglichkeiten Behandlungsoptionen zur Hysterektomie möglich sind, und es gibt (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology/AUGS 2019 [Reaffirmed 2021], Auclair et al. 2019, Bossick et al. 2018, Jacobs et al. 2021, McCarus et al. 2019, NICE 2019, NICE 2021, Zandstra et al. 2017). Sollten die Patientinnen nicht bereits darüber aufgeklärt worden sein, so sind diese entweder durch die Ärztin / den Arzt im Krankenhaus</p>

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) <sup>1</sup>	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung <sup>2</sup>
		<p>„alternativen“ sei inhaltlich nicht deutlich. Die Anmerkungen des Expertengremiums wurden für das Qualitätsmerkmal entsprechend umgesetzt.</p> <p><b>WE:</b> Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.</p>	<p>bzw. die Belegärztin / der Belegarzt selbst aufzuklären oder an entsprechende Fachärztinnen und Fachärzte zu verweisen. <del>ob eine Erläuterung der jeweiligen Vor- und Nachteile erfolgt ist.</del></p>
Qualitätsmerkmal 1.4: Aufklärung zum operativen Vorgehen	✓	<p><b>EG:</b> Das Expertengremium wies darauf hin, dass sich während der Operation der geplante Ablauf ändern könne. Daher schlugen die Expertinnen und Experten vor, dass Patientinnen darüber aufgeklärt werden sollten, wie die Operation ablaufen kann. Zudem wurde angeregt, das Beispiel beim Umfang der Gebärmutterentfernung durch die Eileiter zu ergänzen und „die Entfernung angrenzender Geschlechtsorgane“ als weiteren Aufklärungsinhalt zum Verlauf der Operation zu streichen. Die Anmerkungen aus dem Expertengremium wurden für das Qualitätsmerkmal entsprechend umgesetzt.</p> <p>Weiterhin wurde vom Expertengremium darauf hingewiesen, dass die Dauer der Operation in Abgrenzung zu den anderen Themen nicht Inhalt des operativen Vorgehens sei. Schließlich wurde die Dauer der Operation aus dem vorliegenden Qualitätsmerkmal herausgenommen und in ein neues Qualitätsmerkmal überführt.</p>	<p><b>MB:</b> Aus den recherchierten Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Publikationen zur Versorgungssituation und den selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews wird deutlich, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt <del>Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus</del> die Patientinnen vor der Operation darüber <del>aufzuklären aufgeklärt</del> hat, wie die Operation ablaufen <del>wird kann</del> (Bossick et al. 2018, Collins et al. 2020, Radosa et al. 2016). Dies umfasst <del>u-a-</del> die Art des vorgesehenen Zugangs (z. B. vaginal, abdominal) (Kives und Lefebvre 2018, NICE 2019) und, den Umfang der Gebärmutterentfernung (z. B. inkl. Gebärmutterhals und/oder Eileiter) (Bossick et al. 2018, Collins et al. 2020, NICE 2021). <del>bzw. die Entfernung angrenzender Geschlechtsorgane (z. B. Eierstöcke) oder die Dauer der Operation. Zudem sollten im Rahmen dessen die Vor- und Nachteile des jeweiligen Zugangs bzw. Umfangs er-</del></p>

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) <sup>1</sup>	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung <sup>2</sup>
		<p><b>WE:</b> Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.</p> <p><b>IE:</b> Im zweiten Treffen des Expertengremiums wurde deutlich, dass die Aufklärung über die Vor- und Nachteile des jeweiligen Zugangs bzw. Umfangs der Hysterektomie bei der Operationalisierung von Items adressiert werden sollte. Bezüglich des Umfangs der Hysterektomie (teilweise oder total) wurde angemerkt, dass die Aufnahme von Items anzuraten sei, die die Aufklärung zu den Vor- und Nachteilen einer totalen Hysterektomie sowie die umfängliche Aufklärung über die Risiken einer teilweisen Hysterektomie adressieren. Beide Methoden seien aufgrund der entstehenden Risiken bei einer teilweisen Hysterektomie (speziell bei der Zerkleinerung der Gebärmutter) nicht mehr als gleichwertig anzusehen. Diese Hinweise wurden entsprechend in der Merkmalsbeschreibung berücksichtigt. Ergänzend wurde die Formulierung „Zudem sollten die Aufklärungsinhalte“ hin zu „Zum besseren Verständnis können die Aufklärungsinhalte“ angepasst, um besser abzubilden, dass die Möglichkeit, aber nicht die Notwendigkeit der Verwendung von z. B. Abbildungen oder Modellen besteht.</p>	<p>läutert werden (NICE 2019, NICE 2021). Zum besseren Verständnis können <del>Zudem sollten</del> die Aufklärungsinhalte den Patientinnen visuell erläutert werden (z. B. anhand von Abbildungen oder Modellen) (Collins et al. 2020, McCarus et al. 2019).</p>

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) <sup>1</sup>	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung <sup>2</sup>
-	✓	<p><b>EG:</b> Wie zuvor bei den Beratungs- und Entwicklungsarbeiten zum Qualitätsmerkmal 1.4 „Aufklärung zum operativen Vorgehen“ dargestellt, wurde dort die Dauer der Operation als Aspekt ausgegliedert und in ein neues Qualitätsmerkmal 1.5 „Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation“ überführt. Zudem wurde das Qualitätsmerkmal 1.5 nach eingehender Beratung mit dem Expertengremium durch „Informationen zum organisatorischen Ablauf der Operation“ aus dem Qualitätsmerkmal 3.3 „Einbezug bei der Terminvereinbarung“ erweitert, der entsprechende Inhalt wurde dort gestrichen.</p> <p><b>WE:</b> Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.</p> <p><b>SN:</b> Angeregt durch die Stellungnahmen wurden sprachliche Anpassungen und inhaltliche Konkretisierungen in der Merkmalsbeschreibung vorgenommen.</p>	<p><b>MT:</b> 1.5 Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation</p> <p><b>MB:</b> <del>Eine Publikation zur Patientenperspektive und d</del> Die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass das Personal im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt die Patientinnen vor der Operation darüber zu informieren hat, wie lange die Operation voraussichtlich dauern wird und welche organisatorischen Abläufe zu beachten sind (z. B. die Aufnahme im Krankenhaus <del>das Benennen einer Ansprechperson (inkl. Kontaktdaten) (Collins et al. 2020) für eine spätere Terminvereinbarung (z. B. nach Inanspruchnahme einer Bedenkzeit), der voraussichtliche Operationsbeginn, die voraussichtliche Länge des Krankenhausaufenthalts, die Möglichkeiten für Besuche von Vertrauenspersonen nach der Operation).</del></p>



Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) <sup>1</sup>	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung <sup>2</sup>
Qualitätsmerkmal 1.5: Informationen zum Operateur	X	<p><b>EG:</b> Dieses Qualitätsmerkmal wurde durch das gesamte Expertengremium als äußerst bedeutsam eingestuft. Es wurde aber angemerkt, dass sich die / der für die Operation vorgesehene Operateurin / vorgesehene Operateur aufgrund von z. B. Krankheitsausfall kurzfristig ändern könne, sodass eine weichere Formulierung für dieses Qualitätsmerkmal sinnvoll erscheint. Das Qualitätsmerkmal wurde entsprechend angepasst.</p> <p><b>WE:</b> Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert. Zudem erfolgte eine redaktionelle Anpassung des Titels (geschlechtergerechte Sprache).</p> <p><b>SN:</b> In den Stellungnahmen wurde angemerkt, dass die Information, wer die Operation durchführt, durch Notfalloperationen und Verschiebungen im Operationsplan nicht immer eingehalten werden könne.</p> <p><b>IE:</b> Im zweiten Treffen des Expertengremiums wurde deutlich, dass sich die Expertinnen und Experten hinsichtlich des zum Qualitätsmerkmal gehörenden Items nicht einig waren. Einige betonten die hohe Relevanz der Information, wer die Operation voraussichtlich durchführen wird, andere gaben zu bedenken, dass dies nicht mit der Organisation in den Krankenhäusern</p>	<p><b>MT:</b> Informationen zur Operateurin / zum Operateur</p> <p><b>MB:</b> Die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation darüber informieren soll informiert hat, wer die Operation durchführt voraussichtlich durchführen wird, sodass Vertrauen geschaffen und etwaige Ängste abgebaut werden können. Dies umfasst neben dem Namen auch Informationen zur beruflichen Stellung der / des Operierenden.</p>

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) <sup>1</sup>	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung <sup>2</sup>
		vereinbar sei. Nach eingehender interner Prüfung und der erneuten Prüfung der Evidenz für die Information über die Operateurin / den Operateur wurde entschieden, das Qualitätsmerkmal bzw. das dazugehörige Item zu streichen.	
Qualitätsmerkmal 1.6: Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie	✓	<p><b>EG:</b> Das Expertengremium hob hervor, dass Nachblutungen eine Komplikation und damit nicht regelhaft mit dem Heilungsprozess verknüpft seien. Die Nachblutungen wurden entsprechend gestrichen.</p> <p><b>WE:</b> Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.</p>	<p><b>MB:</b> Eine recherchierte Publikation zur Patientenperspektive sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation darüber zu informieren informiert hat, zum einen wie der Heilungsprozess nach der Hysterektomie voraussichtlich verlaufen wird (z. B. zu erwartende Schmerzen, Nachblutungen) (Bossick et al. 2018) und zum anderen was zu beachten ist (z. B. Verhaltensregeln). Letzteres sollte den Patientinnen auch in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt werden.</p>

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) <sup>1</sup>	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung <sup>2</sup>
Qualitätsmerkmal 1.7: Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie	X	<b>EG:</b> Übereinstimmend wies das Expertengremium darauf hin, dass unterstützende Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie nicht diagnoseunabhängig seien. Daher wurde entschieden, das Qualitätsmerkmal nicht weiterzuführen.	<b>MT:</b> Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie <b>MB:</b> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation darüber informiert hat, welche Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie bestehen. Dies umfasst z. B. Informationen über mögliche krankheitsspezifische Folgebehandlungen oder Möglichkeiten von Rehabilitationsleistungen und Physiotherapie.
-	✓	<b>SN:</b> In den Stellungnahmen wurde darauf hingewiesen, dass auch Themen der Vollständigkeit und Rechtzeitigkeit erhaltener Information im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung einbezogen werden sollten. <b>IE:</b> Im Verlauf der Itementwicklung wurde die Formulierung von „Entscheidung“ auf „Entscheidungen“ präzisiert, um alle möglichen Entscheidungen im Rahmen einer Hysterektomie zu adressieren.	<b>MT:</b> 1.7 Umfang der Informationen für die Entscheidungen zur Hysterektomie <b>MB:</b> Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive und die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass Patientinnen umfänglich über die Operation (ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, Kives und Lefebvre 2018, NICE 2019, RANZCOG 2021) und die damit verbundenen (möglichen) Folgen (Bossick et al. 2018, Jacobs et al. 2021, NICE 2019, NICE 2021, ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology 2021, ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, Kives und Lefebvre 2018, Pakbaz et al. 2017, RANZCOG 2021, Thurston et al. 2019) informiert und aufgeklärt werden sollen. Daraus leitet

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) <sup>1</sup>	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung <sup>2</sup>
			sich ab, dass die Patientinnen befähigt sein sollen, bewusste und informierte Entscheidungen bezüglich einer Hysterektomie treffen zu können.
<b>Qualitätsaspekt 2: Interaktion und Kommunikation</b>			
Qualitätsmerkmal 2.1: Respektvolle und wertschätzende Kommunikation	✓	<b>WE:</b> Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Erläuterungen und Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt. Zudem wurden die Adressaten konkretisiert.	<b>MB:</b> Publikationen zur Patientenperspektive sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews machen deutlich, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt <del>Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bei Gesprächen mit den Patientinnen in respektvoller und wertschätzender Art vorgehen soll umgegangen ist, sodass sich diese beispielsweise ernstgenommen und verstanden fühlen gefühlt haben und auf deren Ängste und Sorgen eingegangen wird wurde</del> (Collins et al. 2020, Jacobs et al. 2021).
Qualitätsmerkmal 2.2: Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre	✓	<b>EG:</b> Das Expertengremium zeigte auf, dass die Zeit und Gelegenheit für das Stellen und Klären von Fragen sowie die Darlegung individueller Probleme und Sichtweisen vor der Operation gegeben sein soll. Das Qualitätsmerkmal wurde entsprechend angepasst. <b>WE:</b> Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.	<b>MB:</b> Eine Publikation zur Patientenperspektive sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass die Gesprächsatmosphäre von der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus bzw. von der Belegärztin / dem Belegarzt <del>Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Gesprächsatmosphäre von der Ärztin / dem Arzt so zu gestalten ist gestaltet wurde, dass die Patientinnen vor der Operation die Zeit und das Vertrauen zur jeweiligen Ärztin / zum jeweiligen Arzt im Krankenhaus bzw. zur</del>

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) <sup>1</sup>	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung <sup>2</sup>
		<p><b>IE:</b> Im Rahmen der Itementwicklung wurde deutlich, dass die ursprüngliche Formulierung („Gelegenheit“) zwei Ebenen aufweist: Darunter kann verstanden werden, zum einen ob die Patientinnen überhaupt die Zeit und zum anderen ob sie das nötige Vertrauen hatten, um in den Gesprächen alles anzusprechen, was ihnen wichtig ist. Dies wurde bei der Merkmalsbeschreibung entsprechend berücksichtigt.</p>	<p><i>Belegärztin / zum Belegarzt Gelegenheit haben, ihre Fragen zu stellen und zu klären sowie ggf. individuelle Probleme und Sichtweisen darlegen und besprechen zu können (Collins et al. 2020).</i></p>
Qualitätsmerkmal 2.3: Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen	✓	<p><b>WE:</b> Im Rahmen der weiteren Entwicklungsarbeiten wurde deutlich, dass die Wissensbestände nur eingeschränkt Rückschlüsse darauf zulassen, dass sich die Ärztin / der Arzt über das Verständnis der vermittelten Informationen rückversichern sollte. Zudem wurden im Rahmen der weiteren Entwicklungen der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert. Das Qualitätsmerkmal wurde entsprechend angepasst.</p>	<p><b>MB:</b> <i>Aus einer recherchierten Publikation zur Patientensperspektive sowie den selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews wird deutlich, dass die von der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus bzw. von der Belegärztin / dem Belegarzt Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus sich vor der Operation bei den Patientinnen rückversichert hat, dass die vermittelten Informationen sprachlich und inhaltlich verständlich sein sollen waren (Jacobs et al. 2021).</i></p>

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) <sup>1</sup>	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung <sup>2</sup>
Qualitätsmerkmal 2.4: Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt	✓	<b>WE:</b> Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.	<b>MB:</b> Publikationen zur Patientenperspektive sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass das Personal des Krankenhauses bzw. die Belegärztin / der Belegarzt das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob das Personal des Krankenhauses die Patientinnen vor der Operation auf die Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt hinzuweisen hingewiesen hat (Collins et al. 2020, Jacobs et al. 2021).
<b>Qualitätsaspekt 3: Gemeinsame Entscheidungsfindung Beteiligung von Patientinnen im Entscheidungsprozess</b>			
Qualitätsmerkmal 3.1: Berücksichtigung von Präferenzen zum operativen Vorgehen	✓	<b>EG:</b> Das Expertengremium merkte an, dass neben den Präferenzen zum operativen Vorgehen auch die Präferenzen der Patientinnen für die Entscheidung einer Hysterektomie an sich berücksichtigt werden sollten. Das Qualitätsmerkmal wurde entsprechend der Anmerkung angepasst. <b>WE:</b> Die Anpassung des Qualitätsmerkmals 1.4 „Aufklärung zum operativen Vorgehen“ wurde für dieses Qualitätsmerkmal entsprechend übernommen. Zudem wurden im Rahmen der weiteren Entwicklungen der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.	<b>MT:</b> Berücksichtigung von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie zum operativen Vorgehen <b>MB:</b> Aus Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive sowie den selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews wird deutlich, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Präferenzen der Patientinnen zu erfassen und bei der für die Entscheidungsfindung zu einer Hysterektomie und der Planung des operativen Vorgehens bezüglich des operativen Vorgehens zu berücksichtigen berücksichtigt hat (Bossick et al. 2018, NICE 2021, RANZCOG 2021, Zandstra et al. 2017). Letzteres umfasst dies umfasst u. a. die Berücksichtigung der

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) <sup>1</sup>	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung <sup>2</sup>
		<p><b>SN:</b> In den Stellungnahmen wurde angemerkt, dass die Berücksichtigung von Präferenzen der Patientinnen das Erfragen von Präferenzen voraussetze. Dies wurde entsprechend in der Merkmalsbeschreibung berücksichtigt.</p>	<p>Präferenzen zur Art des vorgesehenen Zugangs (z. B. vaginal, abdominal) (NICE 2021) oder des Umfangs der Gebärmutterentfernung (z. B. inkl. Gebärmutterhals und/oder Eileiter) (NICE 2021) bzw. der Entfernung angrenzender Geschlechtsorgane (z. B. Eierstöcke).</p>
Qualitätsmerkmal 3.2: Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation	✓	<p><b>WE:</b> Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.</p> <p><b>IE:</b> Im Rahmen der Itementwicklung erfolgte eine reaktionelle Anpassung der Formulierung „[...] und diese patientenindividuell ermöglicht wurde“ hin zu „Diese soll dann patientenindividuell ermöglicht werden“.</p>	<p><b>MB:</b> Eine Publikation zur Patientenperspektive, Publikationen zur Versorgungssituation und die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt <del>Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus vor der Operation bei den Patientinnen nachzufragen nachgefragt hat, inwiefern Bedenkzeit benötigt wird. Diese soll dann patientenindividuell ermöglicht werden. und diese patientenindividuell ermöglicht wurde</del> (Bossick et al. 2018, Hempowicz et al. 2013, Radosa et al. 2016).</p>
Qualitätsmerkmal 3.3: Einbezug bei der Terminvereinbarung	X	<p><b>EG:</b> Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass die Terminfindung nicht immer mit der Ärztin / dem Arzt erfolge. Aus diesem Grund wurde die Erweiterung dieses Qualitätsmerkmals auf das gesamte Krankenhauspersonal angeregt. Das Qualitätsmerkmal wurde entsprechend der Anmerkung angepasst.</p> <p><b>WE:</b> Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen</p>	<p><b>MB:</b> <del>Aus einer Publikation zur Patientenperspektive und den selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews wird deutlich, dass das Personal im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt</del> Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen bei der Terminfindung für den Operationstermin einzubinden eingebunden hat (Collins et al. 2020). Dies umfasst u. a. die Berücksichtigung terminlicher Präferenzen der Patientinnen und</p>

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) <sup>1</sup>	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung <sup>2</sup>
		<p>zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.</p> <p>Zudem wurde im Rahmen der Beratungs- und Entwicklungsarbeiten deutlich, dass bei diesem Qualitätsmerkmal eine inhaltliche Überschneidung mit dem Qualitätsmerkmal 1.5 „Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation“ vorliegt. Aus diesem Grund wurden Themen zum organisatorischen Ablauf (wie z. B. das Benennen einer Ansprechperson) aus diesem Qualitätsmerkmal ausgegliedert und in das Qualitätsmerkmal 1.5 überführt.</p> <p><b>SN:</b> In den Stellungnahmen wurde darauf hingewiesen, dieses Qualitätsmerkmal ggf. entfallen zu lassen, da der Prozess der Behandlungsentscheidung und nicht die Organisation der Behandlung Gegenstand der Befragung sei.</p> <p><b>IE:</b> Im Rahmen des zweiten Treffen des Expertengremiums wurde dafür plädiert, das Qualitätsmerkmal bzw. das dazugehörige Item aus dem Fragebogen zu streichen, da die inhaltliche Relevanz bzw. das Potenzial zur Verbesserung im Nachhinein als gering eingeschätzt wurde.</p>	<p><del>ggf. das Benennen einer Ansprechperson (inkl. Kontaktdaten) für eine spätere Terminvereinbarung (z. B. nach Inanspruchnahme einer Bedenkzeit).</del></p>



## Anhang E.2: Beschreibung der final empfohlenen Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung anhand der Eignungskriterien

### Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung

#### Qualitätsmerkmal 1.1: Aufklärung zur Wirkung

Leitlinien sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt die Patientinnen vor der Operation über die angestrebte Wirkung der Hysterektomie aufzuklären hat. Dies umfasst insbesondere die zu erwartende Auswirkung auf die Symptome und die damit verbundene Verbesserung der Lebensqualität.<sup>3</sup>

Das Qualitätsmerkmal wird den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ und „Angemessenheit“ zugeordnet. Möglichst viele Patientinnen sollten über die zu erwartende Wirkung einer Hysterektomie aufgeklärt werden.

#### Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Gemäß Leitlinien sollte im Rahmen eines Informations- und Aufklärungsgesprächs über die Wirkung einer Hysterektomie aufgeklärt werden. Die Ergebnisse der Fokusgruppen/Einzelinterviews verdeutlichen zudem, dass es für Patientinnen wichtig war, über die angestrebte Wirkung einer Hysterektomie aufgeklärt zu werden.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. Die Auswertung der Fokusgruppen/Einzelinterviews zeigt, dass sich Patientinnen mit der Diagnose Endometriose häufiger nicht ausführlich genug über die Wirkung der Hysterektomie auf die bestehende Symptomatik aufgeklärt fühlten. Besonders wurde hier die fehlende Aufklärung darüber, dass eine positive Wirkung bei diesem spezifischen Krankheitsbild nicht vorausgesagt werden kann, kritisiert. Darüber hinaus wies das Expertengremium darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.

---

<sup>3</sup> Die Merkmalsbeschreibung der einzelnen Qualitätsmerkmale erfolgt hier nicht in ausführlicher Form, d. h. ohne Angabe von Quellen. Die vollständige Merkmalsbeschreibung für jedes Qualitätsmerkmal kann Kapitel 8 des Abschlussberichts entnommen werden.

- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Die Aufklärung zur Wirkung einer Hysterektomie kann verbal durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte direkt im Krankenhaus bzw. durch die Belegärztinnen und Belegärzte beim Informations- und Aufklärungsgespräch erfolgen und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

### **Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals**

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

### **Qualitätsmerkmal 1.2: Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen**

Recherchierte Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive und die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews machen deutlich, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt die Patientinnen vor der Operation über die Risiken und Nebenwirkungen der Hysterektomie aufzuklären hat. Die Aufklärung schließt zum einen unmittelbare Risiken der Operation (z. B. mögliche Komplikationen während der Operation sowie deren Ereignishäufigkeiten) und zum anderen (mittelbare) Folgen einer Hysterektomie (z. B. den Verlust der Fruchtbarkeit, ein ggf. verfrühtes Einsetzen der Menopause, die möglichen Auswirkungen auf die Sexualität) ein. Daran anschließend sollte auch darüber aufgeklärt werden, dass psychische Belastungen Folgen einer Hysterektomie sein können.

Das Qualitätsmerkmal wird den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ und „Angemessenheit“ zugeordnet. Möglichst viele Patientinnen sollten über die Risiken und Nebenwirkungen der Hysterektomie aufgeklärt werden.

### **Eignung des Qualitätsmerkmals**

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Gemäß Leitlinien sollte über unmittelbare Risiken der Operation, aber auch über mittelbare Folgen einer Hysterektomie aufgeklärt werden. Auch die Analyse der Publikationen zur Patientenperspektive zeigt die Bedeutsamkeit der Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen für Patientinnen. Zudem wurde die Relevanz der Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen auch in den Fokusgruppen/Einzelinterviews deutlich.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. Die Analyse der Publikationen zur Patientenperspektive zeigt, dass eine Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen zwar meist erfolgt, diese aber aus Sicht der Patientinnen nicht ausführlich genug ist. Auch aus den Fokusgruppen/Einzelinterviews geht hervor, dass die Patientinnen die Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen nicht immer als vollständig erachten. Besonders im Hinblick auf mittelfristige Nebenwirkungen sowie psychische Faktoren der Hysterektomie werden die Patientinnen nicht immer ausführlich genug aufgeklärt. Zudem wies das Expertengremium darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Die Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen einer Hysterektomie kann verbal durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte direkt im Krankenhaus bzw. durch die Belegärztinnen und Belegärzte beim Informations- und Aufklärungsgespräch erfolgen und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

### **Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals**

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

### Qualitätsmerkmal 1.3: Aufklärung zu Behandlungsmöglichkeiten

Recherchierte Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive und die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass sich die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt bei den Patientinnen vor der Operation zu vergewissern hat, dass diese darüber aufgeklärt wurden, welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt. Sollten die Patientinnen nicht bereits darüber aufgeklärt worden sein, so sind diese entweder durch die Ärztin / den Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / den Belegarzt selbst aufzuklären oder an entsprechende Fachärztinnen und Fachärzte zu verweisen.

Das Qualitätsmerkmal wird den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ und „Angemessenheit“ zugeordnet. Möglichst viele Patientinnen sollten über die Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden.

#### Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Gemäß Leitlinien sollte über Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Auch die Analyse der Publikationen zur Patientenperspektive zeigt, dass eine Aufklärung über andere Behandlungsmöglichkeiten für Patientinnen relevant ist. Die Bedeutung für Patientinnen wurde zudem in den Fokusgruppen/Einzelinterviews unterstrichen.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. Publikationen zur Patientenperspektive zeigen auf, dass eine Aufklärung über zu Behandlungsmöglichkeiten nicht immer erfolgte. Zudem zeigen auch die Fokusgruppen/Einzelinterviews auf, dass eine Aufklärung über die Behandlungsmöglichkeiten nicht immer (im gewünschten Ausmaß) erfolgte. Schließlich wies das Expertengremium darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Die Aufklärung über die Behandlungsmöglichkeiten kann verbal durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte direkt im Krankenhaus bzw. durch die Belegärztinnen und Belegärzte beim Informations- und Aufklärungsgespräch erfolgen und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Ein-

führung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

### **Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals**

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

### **Qualitätsmerkmal 1.4: Aufklärung zum operativen Vorgehen**

Aus den recherchierten Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Publikationen zur Versorgungssituation und den selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews wird deutlich, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt die Patientinnen vor der Operation darüber aufzuklären hat, wie die Operation ablaufen kann. Dies umfasst die Art des vorgesehenen Zugangs (z. B. vaginal, abdominal) und den Umfang der Gebärmutterentfernung (z. B. inkl. Gebärmutterhals und/oder Eileiter). Zudem sollten im Rahmen dessen die Vor- und Nachteile des jeweiligen Zugangs bzw. Umfangs erläutert werden. Zum besseren Verständnis können die Aufklärungsinhalte den Patientinnen visuell erläutert werden (z. B. anhand von Abbildungen oder Modellen).

Das Qualitätsmerkmal wird den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ und „Angemessenheit“ zugeordnet. Möglichst viele Patientinnen sollten über das operative Vorgehen aufgeklärt werden.

### **Eignung des Qualitätsmerkmals**

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Gemäß Leitlinien sollte über das operative Vorgehen aufgeklärt werden. Publikationen zur Patientenperspektive sowie Publikationen zur Versorgungssituation weisen auf die Relevanz und Bedeutsamkeit der Aufklärung zum operativen Vorgehen hin. Unterstützt wird die Wichtigkeit dieses Themas auch durch Ausführungen in den Fokusgruppen/Einzelinterviews.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.

- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. Publikationen zur Versorgungssituation zeigen auf, dass sich die Patientinnen nicht immer ausreichend zum operativen Vorgehen aufgeklärt gefühlt haben. Publikationen zur Patientensperspektive zeigen ebenfalls, dass die Patientinnen nicht immer über das operative Vorgehen aufgeklärt werden. Zudem wies das Expertengremium darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Die Aufklärung zum operativen Vorgehen kann verbal durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte direkt im Krankenhaus bzw. durch die Belegärztinnen und Belegärzte beim Informations- und Aufklärungsgespräch erfolgen und ggf. mit (schriftlichen oder visuellen) Informationsmaterialien ergänzt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

### Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

### Qualitätsmerkmal 1.5: Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation

Die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass das Personal im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt die Patientinnen vor der Operation darüber zu informieren hat, wie lange die Operation voraussichtlich dauern wird und welche organisatorischen Abläufe zu beachten sind (z. B. die Aufnahme im Krankenhaus, der voraussichtliche Operationsbeginn, die voraussichtliche Länge des Krankenhausaufenthalts, die Möglichkeiten für Besuche nach der Operation).

Das Qualitätsmerkmal wird den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ und „Angemessenheit“ zugeordnet. Möglichst viele Patientinnen sollten über die Operationsdauer und den organisatorischen Ablauf informiert werden.

### Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Fokusgruppen/Einzelinterviews zeigen die Bedeutsamkeit von Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation auf.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. Aus Fokusgruppen/Einzelinterviews wird deutlich, dass den Patientinnen nicht immer Informationen zur Operationsdauer oder zum organisatorischen Ablauf mitgeteilt wurden. Zudem wurden im Expertengremium keine Einwände bezüglich eines vorliegenden Verbesserungspotenzials vorgebracht.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Die Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation können verbal durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte direkt im Krankenhaus bzw. durch die Belegärztinnen und Belegärzte beim Informations- und Aufklärungsgespräch mitgeteilt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

### Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

#### Qualitätsmerkmal 1.6: Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie

Eine recherchierte Publikation zur Patientenperspektive sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt die Patientinnen vor der Operation darüber zu informieren hat, zum einen

wie der Heilungsprozess nach der Hysterektomie voraussichtlich verlaufen wird (z. B. zu erwartende Schmerzen) und zum anderen was zu beachten ist (z. B. Verhaltensregeln). Letzteres sollte den Patientinnen auch in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt werden.

Das Qualitätsmerkmal wird den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ und „Angemessenheit“ zugeordnet. Möglichst viele Patientinnen sollten über den Heilungsverlauf nach der Hysterektomie informiert werden.

### **Eignung des Qualitätsmerkmals**

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Informationen zum Heilungsverlauf wurden von Patientinnen in einer Publikation zur Patientenperspektive, aber auch in den Fokusgruppen/Einzelinterviews als bedeutsam identifiziert.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. Eine Publikation zur Patientenperspektive zeigt ein Informationsdefizit hinsichtlich des Heilungsverlaufs auf. Zudem wird in den Fokusgruppen/Einzelinterviews deutlich, dass ergänzende Materialien zum Heilungsverlauf von den Patientinnen zwar gewünscht, ihnen aber nicht gegeben wurden. Schließlich wies das Expertengremium darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Die Informationen zum Heilungsverlauf nach einer Hysterektomie können verbal durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte direkt im Krankenhaus bzw. durch die Belegärztinnen und Belegärzte beim Informations- und Aufklärungsgespräch mitgeteilt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.



## Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

### Qualitätsmerkmal 1.7: Umfang der Informationen für die Entscheidungen zur Hysterektomie

Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive und die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass Patientinnen umfänglich über die Operation und die damit verbundenen (möglichen) Folgen informiert und aufgeklärt werden sollen. Daraus leitet sich ab, dass die Patientinnen befähigt sein sollen, bewusste und informierte Entscheidungen bezüglich einer Hysterektomie treffen zu können.

Das Qualitätsmerkmal wird den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ und „Angemessenheit“ zugeordnet. Möglichst viele Patientinnen sollten umfänglich über die Operation und die damit verbundenen (möglichen) Folgen informiert und aufgeklärt werden.

### Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Die umfängliche Information und Aufklärung zur Operation und die damit verbundenen (möglichen) Folgen wurden gemäß Leitlinien, in Publikationen zur Patientenperspektive, aber auch in den Fokusgruppen/Einzelinterviews als bedeutsam identifiziert.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive und die selbst durchgeführten Fokusgruppen/Einzelinterviews machen deutlich, dass Informations- und Aufklärungsdefizite bestehen (z. B. hinsichtlich der Wirkung der Hysterektomie, der Behandlungsmöglichkeiten, des Heilungsverlaufs oder des operativen Vorgehens). Zudem wurde im Expertengremium deutlich, dass ein Verbesserungspotenzial vorliegt bzw. keine Einwände hinsichtlich eines vorliegenden Verbesserungspotenzials bestehen.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Die umfängliche Information und Aufklärung zur Operation, welche die Patientinnen für die Entscheidung zur Hysterektomie benötigen, können verbal durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte direkt im Krankenhaus bzw. durch die Belegärztinnen und Belegärzte beim Informations- und Aufklärungsgespräch mitgeteilt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

### **Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals**

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

## **Qualitätsaspekt 2: Interaktion und Kommunikation**

### **Qualitätsmerkmal 2.1: Respektvolle und wertschätzende Kommunikation**

Publikationen zur Patientenperspektive sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews machen deutlich, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt bei Gesprächen mit den Patientinnen in respektvoller und wertschätzender Art vorgehen soll, sodass sich diese beispielsweise ernstgenommen und verstanden fühlen und auf deren Ängste und Sorgen eingegangen wird.

Das Qualitätsmerkmal wird der Dimension „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ zugeordnet. Mit möglichst vielen Patientinnen sollte in respektvoller und wertschätzender Art kommuniziert werden.

### **Eignung des Qualitätsmerkmals**

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Die Analyse der Fokusgruppen/Einzelinterviews zeigt, dass den Patientinnen in den Gesprächen mit der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus ein respektvoller und wertschätzender Umgang sehr wichtig ist. Dabei sprachen die betroffenen Frauen davon, ernstgenommen zu werden und sich verstanden zu fühlen. Eine wertschätzende, ehrliche und empathische Kommunikation auf Augenhöhe war den Patientinnen dabei besonders wichtig.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.

- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. In Publikationen zur Patientenperspektive wird deutlich, dass die Kommunikation zwischen Patientin und Ärztin/Arzt nicht immer als gut charakterisiert wird. Auch zeigt sich, dass sich Patientinnen nicht immer ernstgenommen fühlen. Die Auswertung der Fokusgruppen/Einzelinterviews bestätigt dies und zeigt ergänzend auf, dass sich die Patientinnen nicht immer verstanden fühlen und sich häufig einen empathischeren Umgang wünschen. Schließlich wies das Expertengremium darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Gesprächssituation zwischen den Patientinnen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus bzw. den Belegärztinnen und Belegärzten und ist daher direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

### **Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals**

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

### **Qualitätsmerkmal 2.2: Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre**

Eine Publikation zur Patientenperspektive sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass die Gesprächsatmosphäre von der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus bzw. von der Belegärztin / dem Belegarzt so zu gestalten ist, dass die Patientinnen vor der Operation die Zeit und das Vertrauen zur jeweiligen Ärztin / zum jeweiligen Arzt im Krankenhaus bzw. zur Belegärztin / zum Belegarzt haben, ihre Fragen zu stellen und zu klären sowie ggf. individuelle Probleme und Sichtweisen darlegen und besprechen zu können.

Das Qualitätsmerkmal wird der Dimension „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ zugeordnet. Für möglichst viele Patientinnen sollte eine kommunikationsfördernde Gesprächsatmosphäre geschaffen werden.

### Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Die Analyse der Fokusgruppen/Einzelinterviews zeigt, dass den Patientinnen insbesondere das räumliche Setting des Aufklärungsgesprächs wichtig war. Zudem betonten die Patientinnen, dass dem Gespräch ausreichend Zeit eingeräumt werden sollte und dass es sehr wichtig ist, Vertrauen zu der Ärztin / dem Arzt aufbauen zu können, um Fragen zu stellen, zu klären sowie ggf. individuelle Probleme und Sichtweisen darlegen und besprechen zu können.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. In einer Publikation zur Patientenperspektive zeigt sich, dass die Konsultation der Ärztin / des Arztes durch einen gewissen Zeitdruck charakterisiert ist. Dieser Eindruck wird durch die Ergebnisse der Fokusgruppen/Einzelinterviews gestützt. Zudem wies das Expertengremium darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Gesprächssituation zwischen den Patientinnen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus bzw. den Belegärztinnen und Belegärzten und ist daher direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

### Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

### Qualitätsmerkmal 2.3: Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen

Aus einer recherchierten Publikation zur Patientenperspektive sowie den selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews wird deutlich, dass die von der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus bzw. von der Belegärztin / dem Belegarzt vor der Operation vermittelten Informationen sprachlich und inhaltlich verständlich sein sollen.

Das Qualitätsmerkmal wird der Dimension „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ zugeordnet. Für möglichst viele Patientinnen sollten die Informationen sprachlich und inhaltlich nachvollziehbar sein.

#### Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Eine Publikation zur Patientenperspektive zeigt die Wichtigkeit der sprachlichen Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen aus Sicht der Patientinnen auf. Die Ergebnisse der Fokusgruppen/Einzelinterviews zeigen zudem, dass es sowohl für die Patientinnen als auch für die Ärztinnen/Ärzte wichtig ist, dass die vermittelten Informationen inhaltlich verstanden wurden.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. Das Expertengremium wies darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Gesprächssituation zwischen den Patientinnen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus bzw. den Belegärztinnen und Belegärzten und ist daher direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

## Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

### Qualitätsmerkmal 2.4: Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt

Publikationen zur Patientenperspektive sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass das Personal des Krankenhauses bzw. die Belegärztin / der Belegarzt die Patientinnen vor der Operation auf die Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt hinzuweisen hat.

Das Qualitätsmerkmal wird der Dimension „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ zugeordnet. Möglichst viele Patientinnen sollten die Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt haben.

### Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Publikationen zur Patientenperspektive betonen die Bedeutung der Mitnahme von Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit der Ärztin / dem Arzt. Auch die Analyse der Fokusgruppen/Einzelinterviews zeigt, dass sowohl Patientinnen als auch Ärztinnen und Ärzte es als wichtig ansehen, dass Patientinnen die Möglichkeit haben, Vertrauenspersonen mitzubringen.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. Den Befragten war wegen der Coronapandemie das Mitbringen von Angehörigen nicht erlaubt, sodass eine Einschätzung des Verbesserungspotenzial bei diesem Qualitätsmerkmal über die Fokusgruppen/Einzelinterviews nicht erfolgen konnte. Eine generelle Einschätzung über ein mögliches Verbesserungspotenzial – auch unabhängig von der Coronapandemie und entsprechenden Schutzmaßnahmen – erfolgte daher über das Expertengremium. Dieses Expertengremium wies darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Gesprächssituation zwischen den Patientinnen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus bzw. den Belegärztinnen und Belegärzten und ist daher direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP). Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

### **Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals**

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

## **Qualitätsaspekt 3: Beteiligung von Patientinnen im Entscheidungsprozess**

### **Qualitätsmerkmal 3.1: Berücksichtigung von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie**

Aus Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive sowie den selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews wird deutlich, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt die Präferenzen der Patientinnen zu erfassen und bei der Entscheidung zu einer Hysterektomie und der Planung des operativen Vorgehens zu berücksichtigen hat. Letzteres umfasst die Berücksichtigung der Präferenzen zur Art des vorgesehenen Zugangs (z. B. vaginal, abdominal) oder des Umfangs der Gebärmutterentfernung (z. B. inkl. Gebärmutterhals und/oder Eileiter).

Das Qualitätsmerkmal wird den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ und „Angemessenheit“ zugeordnet. Die Präferenzen möglichst vieler Patientinnen sollten erfasst und berücksichtigt werden.

### **Eignung des Qualitätsmerkmals**

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Gemäß Leitlinien sollten die Präferenzen der Patientinnen berücksichtigt werden. Publikationen zur Patientenperspektive heben zudem die Wichtigkeit der Berücksichtigung der Präferenzen hervor. Auch die Ergebnisse der Fokusgruppen/Einzelinterviews zeigen bezüglich der Berücksichtigung von Präferenzen zum operativen Vorgehen die Bedeutsamkeit für die Patientinnen auf.

- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. In Publikationen zur Patientenperspektive wird deutlich, dass die Berücksichtigung von Präferenzen zum operativen Vorgehen nicht immer in ausreichendem Maß erfolgt. Zudem wies das Expertengremium darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Einbindung der Patientinnen durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus bzw. durch die Belegärztinnen und Belegärzte. Somit ist das Qualitätsmerkmal direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

### **Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals**

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

### **Qualitätsmerkmal 3.2: Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation**

Eine Publikation zur Patientenperspektive, Publikationen zur Versorgungssituation und die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt vor der Operation bei den Patientinnen nachzufragen hat, inwiefern Bedenkzeit benötigt wird. Diese soll dann patientenindividuell ermöglicht werden.

Das Qualitätsmerkmal wird den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ und „Angemessenheit“ zugeordnet. Möglichst vielen Patientinnen sollte Bedenkzeit angeboten bzw. ermöglicht werden.



### Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. In Publikationen zur Patientenperspektive zeigt sich, dass den Patientinnen die Berücksichtigung des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation sehr wichtig ist. Auch die Ergebnisse der Fokusgruppen/Einzelinterviews zeigen diesbezüglich die Bedeutsamkeit auf.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. Die Analyse der Fokusgruppen/Einzelinterviews zeigt, dass wenige Patientinnen nicht ausreichend Bedenkzeit vor der Operation erhalten und sich unter Druck gesetzt gefühlt haben. Überwiegend gaben die betroffenen Patientinnen an, keine Bedenkzeit benötigt zu haben. Dennoch wurde in den Aussagen deutlich, dass die Patientinnen zwar überwiegend das Gefühl hatten, eine Bedenkzeit einfordern zu können, diese ihnen aber selten ungefragt von ärztlicher Seite angeboten wurde. Zudem wies das Expertengremium darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Einbindung der Patientinnen durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus bzw. durch die Belegärztinnen und Belegärzte. Somit ist das Qualitätsmerkmal direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP). Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

### Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

## Literatur

- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology; AUGS [American Urogynecologic Society] (2019 [Reaffirmed 2021]): ACOG Practice Bulletin No. 214. Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics & Gynecology* 134(5): e126–e142. DOI: 10.1097/aog.0000000000003519.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2021): ACOG Practice Bulletin No. 228. Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas. *Obstetrics & Gynecology* 137(6): e100–e115. DOI: 10.1097/aog.0000000000004401.
- Auclair, MH; Yong, PJ; Salvador, S; Thurston, J; Colgan, TTJ; Sebastianelli, A (2019): SOGC Clinical Practice Guideline No. 390. Classification and Management of Endometrial Hyperplasia. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 41(12): 1789–1800. DOI: 10.1016/j.jogc.2019.03.025.
- Bossick, AS; Sangha, R; Olden, H; Alexander, GL; Wegienka, G (2018): Identifying What Matters to Hysterectomy Patients: Postsurgery Perceptions, Beliefs, and Experiences. *JPCRR – Journal of Patient-Centered Research and Reviews* 5(2): 167–175. DOI: 10.17294/2330–0698.1581.
- Collins, E; Lindqvist, M; Mogren, I; Idahl, A (2020): Bridging different realities – a qualitative study on patients' experiences of preoperative care for benign hysterectomy and opportunistic salpingectomy in Sweden. *BMC: Women's Health* 20:198. DOI: 10.1186/s12905–020–01065–8.
- ESHRE [European Society of Human Reproduction and Embryology], Endometriosis Guideline Development Group (2022): Endometriosis. Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology [Full Guideline]. [Strombeek-Bever, BE]: ESHRE. URL: [https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETRIOSIS-2022\\_2.pdf](https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETRIOSIS-2022_2.pdf) (abgerufen am: 04.04.2022).
- Hempowicz, C; Matthes, A; Radosa, M; Camara, O; Winzer, H; Reichelt, C; et al. (2013): Der Einfluss des ärztlichen Aufklärungsgespräches auf die postoperative Zufriedenheit und Lebensqualität von Patientinnen mit Uterus myomatosus nach Myomenukleation oder Hysterektomie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 63(9–10): 381–386. DOI: 10.1055/s-0033-1334951.
- Jacobs, K; Minakawa, A; Rao, SR; Kushalnagar, P (2021): A Mixed Methods Study of Hysterectomy in a U.S. Sample of Deaf Women Who Use American Sign Language. *Womens Health Reports* 2(1): 566–575. DOI: 10.1089/whr.2021.0081.
- Kives, S; Lefebvre, G (2018): SOGC Clinical Practice Guideline No. 238. Supracervical Hysterectomy. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 40(7): e597–e604. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.04.033.

- McCarus, SD; Wiercinski, K; Heidrich, N (2019): Shared Decision-Making to Improve Patient Engagement in Minimally Invasive Hysterectomy. *Surgical Technology International* 34: 265-268.
- NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence] (2019): NICE National Guideline NG123. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management [Guidance]. Published: 02.04.2019, last updated: 24.06.2019, © 2021. [Manchester, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3319-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/resources/urinary-incontinence-and-pelvic-organ-prolapse-in-women-management-pdf-66141657205189> (abgerufen am: 01.04.2022).
- NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence] (2021): NICE National Guideline NG88. Heavy menstrual bleeding: assessment and management [Guidance]. Published: 14.03.2018, last updated: 24.05.2021, © 2021. [Manchester, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2777-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88/resources/heavy-menstrual-bleeding-assessment-and-management-pdf-1837701412549> (abgerufen am: 01.04.2022).
- Pakbaz, M; Rolfsman, E; Lofgren, M (2017): Are women adequately informed before gynaecological surgery? *BMC: Women's Health* 17:68. DOI: 10.1186/s12905-017-0426-7.
- Radosa, JC; Radosa, CG; Kastl, C; Mavrova, R; Gabriel, L; Graber, S; et al. (2016): Der Einfluss des präoperativen Entscheidungsfindungsprozesses auf das postoperative Outcome nach Hysterektomie aufgrund benigner uteriner Pathologien. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 76(4): 383-389. DOI: 10.1055/s-0041-110396.
- RANZCOG [Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists] (2021): Australien clinical practice guideline for the diagnosis and management of endometriosis. Melbourne, AU: RANZCOG. ISBN: 978-0-6450141-0-5. URL: <https://ranzcof.edu.au/statements-guidelines> [Gynaecology > Reproductive Endocrinology > Endometriosis Clinical Practice Guideline] (abgerufen am: 04.04.2022).
- Thurston, J; Murji, A; Scattolon, S; Wolfman, W; Kives, S; Sanders, A; et al. (2019): SOGC Clinical Practice Guideline No. 377. Hysterectomy for Benign Gynaecologic Indications. *JOGC - Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 41(4): 543-557. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.12.006.
- Zandstra, D; Busser, JAS; Aarts, JWM; Nieboer, TE (2017): Interventions to support shared decision-making for women with heavy menstrual bleeding: A systematic review. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 211: 156-163. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2017.02.026.

# Anhang F: Itementwicklung

## Anhang F.1: Übersicht über die recherchierten Fragebögen zur Hysterektomie (aus Patientensicht)

Instrument (Akronym)	Referenz	Zielpopulation	Eigenschaften
<b>Prozessorientierte Fragebögen zum Thema Versorgung von Frauen mit einer Hysterektomie</b>			
Patient-Reported Experience Measures Questionnaire	Janda et al. (2020)	Frauen nach Hysterektomie (in Queensland, Australien)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erfahrungen in der Krankenhausbehandlung</li> <li>▪ Erfahrungen während der Genesungsphase zu Hause (Nachsorge)</li> <li>▪ Erfahrungen die Operation betreffend</li> <li>▪ 101 Items</li> <li>▪ Originalversion in englischer Sprache; keine Übersetzungen verfügbar</li> </ul>
<b>Fragebögen zum Thema Information und Aufklärung zu gynäkologischen Operationen</b>			
Studienfragebogen (ohne Titel)	Pakbaz et al. (2017)	Frauen mit geplanter Hysterektomie aufgrund eines Beckenorganprolaps (POP) oder einer Harninkontinenz (UI) in Schweden	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Messung der Qualität und des Umfangs erhaltener Informationen (zur Auswirkung auf die Harn-, Darm- und Sexualfunktion) vor einer gynäkologischen Operation bei gutartigen Indikationen</li> <li>▪ Entwicklung und Validierung innerhalb eines Mixed-Methods-Designs</li> <li>▪ 19 Items</li> <li>▪ Originalversion in schwedischer und englischer Sprache</li> </ul>

Instrument (Akronym)	Referenz	Zielpopulation	Eigenschaften
<b>Fragebögen zum Thema Patientenbeteiligung</b>			
Studienfragebogen (ohne Titel)	Hempowicz et al. (2013)	Patientinnen mit operativ behandeltem, symptomatischem Uterus myomatosus	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ retrospektive Erhebung mit mittels eines für die Studie zusammengestellten Fragebogens</li> <li>▪ erfragt präoperative Faktoren, die den Entscheidungsprozess zu einer minimal-invasiven Therapie beeinflussen bzw. kennzeichnen</li> <li>▪ 8 Items sowie EQ-5D</li> <li>▪ Studienfragenbogen in deutscher Sprache</li> </ul>
SDM-Q-9	Kriston et al. (2010)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fragebogen zur partizipativen Entscheidungsfindung</li> <li>▪ Übersetzung des theoretischen Shared-Decision-Making-Konzepts in praktisch umsetzbare Schritte</li> <li>▪ 9 Items</li> <li>▪ Originalversion in englischer Sprache; deutsche Übersetzung verfügbar (Scholl et al. 2011)</li> </ul>
Encouragement Test (SURE Test)	Légaré et al. (2010)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Checkliste zum Treffen von gesundheitsbezogenen Entscheidungen</li> <li>▪ 4 Items</li> <li>▪ Originalversion in englischer und französischer Sprache; keine weiteren Übersetzungen verfügbar</li> </ul>
Brief Subjective Decision Quality (BSDQ)	Resnicow et al. (2014)	Erwachsene Patientinnen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fragebogen zur Messung der Entscheidungsqualität</li> <li>▪ entwickelt für Brustkrebspatientinnen, aber auch generisch einsetzbar</li> <li>▪ 6 Items</li> <li>▪ Originalversion in englischer Sprache; keine Übersetzungen verfügbar</li> </ul>

Instrument (Akronym)	Referenz	Zielpopulation	Eigenschaften
CollaboRATE Scale	Elwyn et al. (2013)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PROM-Frageinstrument zur Messung von Shared Decision Making</li> <li>▪ teilweise auch für Kinder (7-18 Jahre) und als Proxy-Instrument verfügbar</li> <li>▪ 3 Items</li> <li>▪ Originalversion in englischer Sprache; Übersetzungen in 11 Sprachen verfügbar (inkl. deutscher Version: Hahlweg et al. 2019)</li> </ul>
Decision Regret Scale	Brehaut et al. (2003)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instrument zur nachträglichen Messung der subjektiven Entscheidungsqualität</li> <li>▪ 5 Items</li> <li>▪ Originalversion in englischer Sprache; keine Übersetzungen verfügbar</li> </ul>
Experienced Patient-Centeredness Questionnaire (EPAT)	Christalle et al. (2022)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 16 Dimensionen zur Abbildung der Patientenorientierung (z. B. <i>Kommunikation, Information, gemeinsame Entscheidungsfindung</i>)</li> <li>▪ jede Dimension wird mit 4 Items operationalisiert (insgesamt 64 Items), Kurzversion mit 16 Items verfügbar</li> <li>▪ Originalversion in deutscher Sprache</li> </ul>
Perceived Involvement In Care Scales (PICS-Skalen)	Lerman et al. (1990)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Skalen messen die wahrgenommene Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in die Therapie</li> <li>▪ Originalversion in englischer Sprache</li> <li>▪ drei Subskalen in deutscher Version verfügbar: <i>Patientenaktivierung durch die Ärzte</i> (PAA: 5 Items), <i>das aktive Informationsverhalten des Patienten</i> (AIP: 4 Items) und <i>die Entscheidungsteilnahme des Patienten</i> (ETP: 4 Items) (Scheibler et al. 2004)</li> </ul>

Instrument (Akronym)	Referenz	Zielpopulation	Eigenschaften
Observing Patient Involvement In Decision Making: OPTION Scale	Elwyn et al. (2005)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ misst, in welchen Maße Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten in Entscheidungsprozesse einbeziehen</li> <li>▪ Beobachtungsskala; nicht patientenberichtet</li> <li>▪ 12 Items</li> <li>▪ Originalversion in englischer Sprache; deutsche Übersetzung verfügbar (Hirsch et al. 2012)</li> </ul>
<b>Fragebögen zum Thema Interaktion und Kommunikation</b>			
Patient's Experience Questionnaire (PEQ)	Steine et al. (2001)	Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ thematisiert Erfahrungen bei ärztlichen Besuchen</li> <li>▪ insgesamt 18 Items, davon 8 Items zu Interaktion und Kommunikation (Communication experience / Communication barriers)</li> <li>▪ Originalversion in englischer Sprache</li> </ul>
Kölner Patientenfragebogen (KPF)	Pfaff und Freise (2001)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bildet die verschiedenen Krankenhausdimensionen wie <i>Krankenhausorganisation und -leistungen, Information und Kommunikation, Interaktionsqualität der Ärzte sowie Interaktionsqualität der Pflegekräfte, die Einbeziehung in die Behandlung, den Krankenhausaufenthalt insgesamt</i> und den <i>Behandlungserfolg</i> sowie die <i>Zufriedenheit</i> ab</li> <li>▪ 69 Items, davon 5 Items zur Interaktionsqualität mit den Ärztinnen und Ärzten</li> <li>▪ Originalversion in deutscher Sprache</li> </ul>



## Anhang F.2: Übersicht über die operationalisierten Items

Tabelle 1: Übersicht über die operationalisierten Items mit Zuordnung zum jeweiligen Qualitätsmerkmal und Qualitätsaspekt (vor Durchführung der Pretestungen)

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
<b>1. Information und Aufklärung</b>	1.1 Aufklärung zur Wirkung	4) Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, was die Entfernung der Gebärmutter bewirken soll (Verbesserung der Symptome wie Schmerzen oder starke Blutungen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	1.2 Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen	6) Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können (z. B. Verletzung angrenzender Organe)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		7.1) Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, dass durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verwachsungen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		7.2) Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, dass die Entfernung der Gebärmutter Auswirkungen auf Ihre Sexualität haben kann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		7.3) Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, dass infolge der Entfernung der Gebärmutter psychische Belastungen auftreten können (z. B. Veränderung des Selbstbildes als Frau oder des Körpergefühls)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		8) Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, dass es nach der Entfernung der Gebärmutter nicht mehr möglich ist, Kinder zu bekommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
	1.3 Aufklärung zu Behandlungsmöglichkeiten	3) Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, welche anderen Behandlungsmöglichkeiten außer der Entfernung der Gebärmutter für Sie infrage kommen (d. h. gebärmuttererhaltende Verfahren wie z. B. die Einnahme von Medikamenten)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		5) Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, was es bedeutet, wenn die Operation nicht durchgeführt wird?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		1) Zur Behandlung gutartiger Erkrankungen der Gebärmutter kann eine Operation zur Entfernung der Gebärmutter durchgeführt werden. Da diese Operation nicht notfallmäßig durchgeführt wird, besteht die Möglichkeit, die Patientinnen in die Entscheidung zur Durchführung der Operation miteinzubeziehen. Hat Ihnen die Ärztin oder der Arzt vor der Operation mitgeteilt, dass eine grundsätzliche Entscheidung zur Durchführung der Operation getroffen werden muss?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		2) Hat Ihnen die Ärztin oder der Arzt mitgeteilt, dass Ihre Sichtweise für die Entscheidung zur Durchführung der Operation ausschlaggebend ist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	1.4 Aufklärung zum operativen Vorgehen	11) Es gibt grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten, die Gebärmutter zu entfernen (z. B. über die Scheide, Bauchspiegelung/Schlüssellochoperation, Bauchschnitt). Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, welche Operationsmethoden für Sie infrage kommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
12) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile die möglichen Operationsmethoden haben?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
		14) Je nachdem, warum die Gebärmutter entfernt werden soll, besteht die Möglichkeit, sie vollständig oder teilweise (z. B. mit Erhalt des Gebärmutterhalses) zu entfernen. Manchmal werden auch die Eierstöcke und die Eileiter mitentfernt.  Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden kann (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		15) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine vollständige Entfernung der Gebärmutter hat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		16) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine teilweise Entfernung der Gebärmutter hat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	1.5 Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation	18) Wurden Sie vor der Operation von der Ärztin oder dem Arzt darüber informiert, wie lange die Operation ungefähr dauern wird?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	1.6 Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie	9) Wurden Sie vor der Operation von der Ärztin oder dem Arzt darüber informiert, wie lange Sie sich nach der Operation voraussichtlich schonen müssen (z. B. Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	1.7 Umfang der Informationen für die Entscheidung zur Hysterektomie	20) Wenn Sie nun an die Entscheidung zur Entfernung der Gebärmutter insgesamt denken: Haben Sie von der Ärztin oder dem Arzt die Informationen erhalten, die Sie für Ihre Entscheidung benötigt haben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
<b>2. Interaktion und Kommunikation</b>	2.1 Respektvolle und wertschätzende Kommunikation	26.1) Hat die Ärztin oder der Arzt Sie ernst genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		26.2) Hat die Ärztin oder der Arzt Ihnen aufmerksam zugehört?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	2.2 Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre	24) Hatten Sie die Zeit mit der Ärztin oder dem Arzt über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		25) Hatten Sie das Vertrauen zu der Ärztin oder dem Arzt, um über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war (z. B. auch intime und schwierige Themen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	2.3 Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen	23) Haben Sie die Informationen, die Sie von der Ärztin oder dem Arzt erhalten haben, verstanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	2.4 Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt	27) Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch bzw. die Gespräche einzubeziehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
<b>3. Gemeinsame Entscheidungsfindung</b>	3.1 Berücksichtigen von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie	13) Hat die Ärztin oder der Arzt Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		17) Hat die Ärztin oder der Arzt Sie in die Entscheidung über den Umfang der Gebärmutterentfernung einbezogen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	3.2 Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation	19) Hat Ihnen die Ärztin oder der Arzt vor der Operation Bedenkzeit angeboten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Tabelle 2: Variablen zur Berechnung einer Kennzahl (vor Durchführung der Pretestungen)

Variablenbezeichnung	Item	Antwortmöglichkeit
<b>Zweitmeinung</b>	<p>21) Zur Unterstützung bei der Entscheidung zur Gebärmutterentfernung kann es hilfreich sein, sich eine „Zweitmeinung“ einzuholen. Das bedeutet, dass ein zusätzliches Gespräch mit einer unabhängigen Ärztin oder einem unabhängigen Arzt geführt werden kann. Bitte beachten Sie, dass nicht jede Ärztin oder jeder Arzt eine offizielle „Zweitmeinung“ anbieten darf. Hierfür ist eine besondere Zulassung erforderlich.</p> <p>Wurden Sie von der Ärztin oder dem Arzt darauf hingewiesen, dass Sie die Möglichkeit haben, eine „Zweitmeinung“ einzuholen?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
<b>Entscheidungshilfe</b>	<p>10) Zur Unterstützung bei der Entscheidung zur Entfernung der Gebärmutter können auch schriftliche „Entscheidungshilfen“ genutzt werden. Diese können bei der Abwägung der Vor- und Nachteile einer Gebärmutterentfernung helfen und damit die Entscheidung erleichtern.</p> <p>Hat Ihnen die Ärztin oder der Arzt eine schriftliche „Entscheidungshilfe“ zur Verfügung gestellt?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>

Tabelle 3: Variablen zur Stichprobenbeschreibung (vor Durchführung der Pretestungen)

Variablenbezeichnung	Item	Antwortmöglichkeit
<b>Alter</b>	30) In welchem Jahr sind Sie geboren?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angabe des Geburtsjahres</li> </ul>
<b>Bildungsgrad</b>	33) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schülerin, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule</li> <li>▪ Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss</li> <li>▪ Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder gleichwertiger Abschluss</li> <li>▪ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse</li> <li>▪ Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss</li> <li>▪ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse</li> <li>▪ Fachhochschulreife</li> <li>▪ Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)</li> <li>▪ Einen anderen Schulabschluss</li> </ul>
<b>Erwerbssituation</b>	34) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schülerin oder Studentin</li> <li>▪ Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden)</li> <li>▪ Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden)</li> <li>▪ Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)</li> <li>▪ Arbeitslos</li> <li>▪ Altersrente</li> <li>▪ Erwerbsunfähigkeitsrente</li> <li>▪ Hausfrau</li> <li>▪ Ausbildung, Umschulung</li> <li>▪ Wiedereingliederungsmaßnahme</li> <li>▪ Sonstiges</li> </ul>

Variablenbezeichnung	Item	Antwortmöglichkeit
<b>Deutschkenntnisse</b>	31) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> </ul>
	32) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein? Meine Deutschkenntnisse sind:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sehr gut</li> <li>▪ Eher gut</li> <li>▪ Eher schlecht</li> <li>▪ Sehr schlecht</li> </ul>
<b>Diagnose</b>	29) Warum wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gutartige Neubildung(en) / Myome</li> <li>▪ Organsenkung / Beckenbodenprolaps</li> <li>▪ Endometriose / Adenomyose</li> <li>▪ Menstruationsbeschwerden (z. B. übermäßige Blutungen oder Schmerzen)</li> <li>▪ Eine oder mehrere entzündliche Erkrankungen der Gebärmutter</li> <li>▪ Eine andere gutartige Erkrankung der Gebärmutter</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>
<b>Hilfe beim Ausfüllen</b>	35) Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt</li> <li>▪ Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt</li> <li>▪ Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt</li> </ul>
<b>Erinnerungszeitraum</b>	28) Wie lange liegt Ihre Operation zur Gebärmutterentfernung zurück?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weniger als zwei Wochen</li> <li>▪ Zwei Wochen bis weniger als vier Wochen</li> <li>▪ Vier Wochen bis weniger als acht Wochen</li> <li>▪ Acht Wochen bis weniger als zwölf Wochen</li> <li>▪ Zwölf Wochen oder länger</li> <li>▪ <i>Weiß nicht mehr</i></li> </ul>



Tabelle 4: Variable zur Erfassung der Beteiligungspräferenz (vor Durchführung der Pretestungen)

Variablenbezeichnung	Item	Antwortmöglichkeit
<b>Beteiligungspräferenz</b>	22) Wie wichtig war es Ihnen, sich an den Entscheidungen zur Operation zu beteiligen (z. B. Operationsmethode, Umfang der Gebärmutterentfernung)?	<input type="checkbox"/> Sehr wichtig <input type="checkbox"/> Eher wichtig <input type="checkbox"/> Eher unwichtig <input type="checkbox"/> Sehr unwichtig

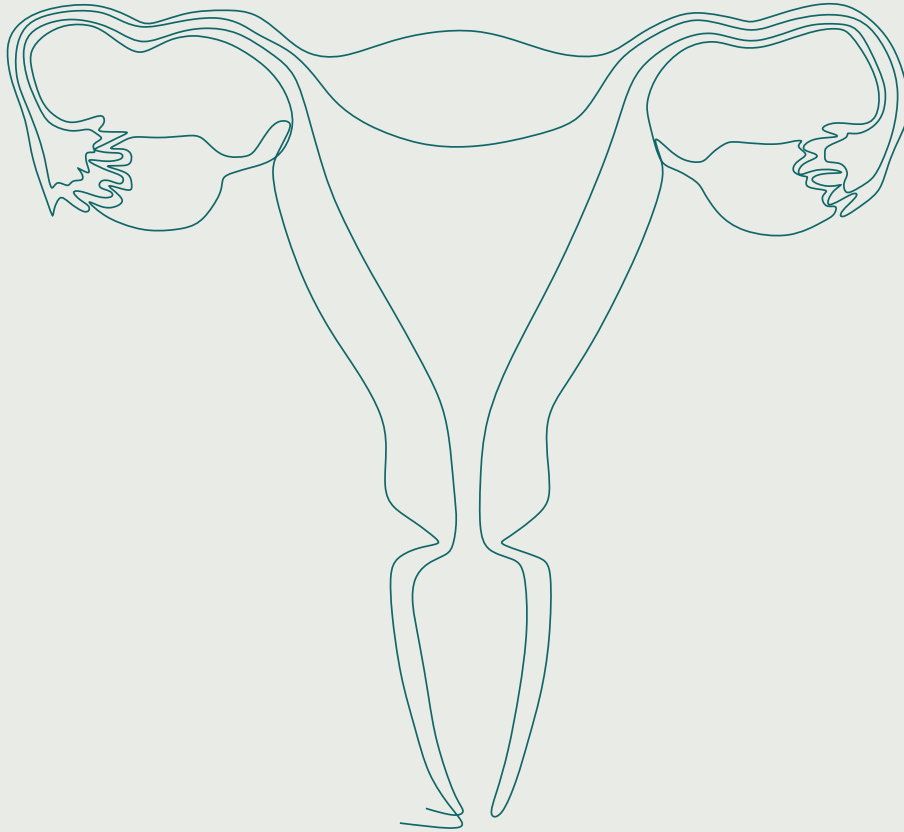
## Literatur

- Brehaut, JC; O'Connor, AM; Wood, TJ; Hack, TF; Siminoff, L; Gordon, E; et al. (2003): Validation of a Decision Regret Scale. *Medical Decision Making* 23(4): 281-292. DOI: 10.1177/0272989X03256005.
- Christalle, E; Zeh, S; Hahlweg, P; Kriston, L; Härter, M; Zill, J; et al. (2022): Development and content validity of the Experienced Patient-Centeredness Questionnaire (EPAT)—A best practice example for generating patient-reported measures from qualitative data. *Health Expect* 25(4): 1529-1538. DOI: 10.1111/hex.13494.
- Elwyn, G; Hutchings, H; Edwards, A; Rapport, F; Wensing, M; Cheung, W-Y; et al. (2005): The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expectations* 8(1): 34-42. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2004.00311.x.
- Elwyn, G; Barr, PJ; Grande, SW; Thompson, R; Walsh, T; Ozanne, EM (2013): Developing CollaboRATE: A fast and frugal patient-reported measure of shared decision making in clinical encounters. *Patient Education and Counseling* 93(1): 102-107. DOI: 10.1016/j.pec.2013.05.009.
- Hahlweg, P; Zeh, S; Tillenburger, N; Scholl, I; Zill, J; Dirmaier, J; et al. (2019): Translation and psychometric evaluation of collaboRATETM in Germany – a 3-item patient-reported measure of shared decision-making. 10th International Shared Decision-Making Conference. Quebec City, CA. URL: [http://www.glynelwyn.com/uploads/2/4/0/4/24040341/20180420\\_collaborate\\_german\\_version.pdf](http://www.glynelwyn.com/uploads/2/4/0/4/24040341/20180420_collaborate_german_version.pdf) (abgerufen am: 25.10.2023).
- Hempowicz, C; Matthes, A; Radosa, M; Camara, O; Winzer, H; Reichelt, C; et al. (2013): Der Einfluss des ärztlichen Aufklärungsgespräches auf die postoperative Zufriedenheit und Lebensqualität von Patientinnen mit Uterus myomatosus nach Myomenukleation oder Hysterektomie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 63(9-10): 381-386. DOI: 10.1055/s-0033-1334951.
- Hirsch, O; Keller, H; Müller-Engelmann, M; Gutenbrunner, MH; Krones, T; Donner-Banzhoff, N (2012): Reliability and validity of the German version of the OPTION scale. *Health Expectations* 15(4): 379-388. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2011.00689.x.
- Janda, M; Armfield, NR; Kerr, G; Kurz, S; Jackson, G; Currie, J; et al. (2020): Patient-Reported Experiences After Hysterectomy: A Cross-Sectional Study of the Views of Over 2300 Women. *Journal of Patient Experience* 7(3): 372-379. DOI: 10.1177/2374373519840076.
- Kriston, L; Scholl, I; Hölzel, L; Simon, D; Loh, A; Härter, M (2010): The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Education and Counseling* 80: 94-99. DOI: 10.1016/j.pec.2009.09.034.

- Légaré, F; Kearing, S; Clay, K; Gagnon, S; D'Amours, D; Rousseau, M; et al. (2010): Are you SURE?.  
*Assessing patient decisional conflict with a 4-item screening test. Canadian Family Physician* 56(8): e308-e314. URL: <https://www.cfp.ca/content/cfp/56/8/e308.full.pdf> (abgerufen am: 26.10.2023).
- Lerman, CE; Brody, DS; Caputo, GC; Smith, DG; Lazaro, CG; Wolfson, HG (1990): Patients' Perceived Involvement in Care Scale: Relationship to Attitudes about Illness and Medical Care. *Journal of General Internal Medicine* 5(1): 29-33. DOI: 10.1007/bf02602306.
- Pakbaz, M; Rolfsman, E; Lofgren, M (2017): Are women adequately informed before gynaecological surgery? *BMC: Women's Health* 17:68. DOI: 10.1186/s12905-017-0426-7.
- Pfaff, H; Freise, DC (2001): Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Skalen und Indizes. Kapitel 7. In: Pfaff, H; Freise, DC; Mager, G; Schrappe, M; Hrsg.: *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*. [Stand:] Oktober 2001. (Forschungsbericht 1-2001). Köln: Universität zu Köln, Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene, 101-135.
- Resnicow, K; Abrahamse, P; Tocco, RS; Hawley, S; Griggs, J; Janz, N; et al. (2014): Development and psychometric properties of a brief measure of subjective decision quality for breast cancer treatment. *BMC: Medical Informatics and Decision Making* 14:110. DOI: 10.1186/s12911-014-0110-x.
- Scheibler, F; Freise, D; Pfaff, H (2004): Die Einbeziehung von Patienten in die Behandlung. Validierung der deutschen PICS-Skalen. *Journal of Public Health* 12(3): 199-209. DOI: 10.1007/s10389-004-0034-5.
- Scholl, I; Kriston, L; Härter, M (2011): PEF-FB-9 – Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (revidierte 9-Item-Fassung). *Klinische Diagnostik und Evaluation* 4: 46-49. URL: [https://www.patient-als-partner.de/media/scholl\\_et\\_al\\_2011\\_manual\\_pef-fb-9.pdf](https://www.patient-als-partner.de/media/scholl_et_al_2011_manual_pef-fb-9.pdf) (abgerufen am: 27.10.2023).
- Steine, S; Finset, A; Laerum, E (2001): A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. *Family Practice* 18(4): 410-418. DOI: 10.1093/fampra/18.4.410.

# Anhang G: Kognitiver Pretest

## Anhang G.1: Fragebogen zur Durchführung des kognitiven Pretests



## **Befragung**

von Patientinnen nach einer  
Gebärmutterentfernung

## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 555

E-Mail: [patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org) (Stichwort „QS Hysterektomie“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Die folgenden Fragen beziehen sich auf **Ihre Erfahrungen, die Sie im Rahmen der Aufklärung und Entscheidung zur Gebärmutterentfernung** gemacht haben.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen **nur** an das Gespräch bzw. die Gespräche, die Sie **in Vorbereitung** auf die Gebärmutterentfernung **mit einer Ärztin oder einem Arzt in dem Krankenhaus** geführt haben, in dem Sie operiert wurden.

Es kann auch sein, dass dieses Gespräch bzw. die Gespräche in einer Praxis stattgefunden haben, wenn die Ärztin oder der Arzt nur zur Durchführung der Operation ins Krankenhaus gekommen ist (**Belegärztin/Belegarzt**).

**Nicht gemeint** sind die Gespräche, die Sie vielleicht vorher mit Ihrer niedergelassenen Frauenärztin oder Ihrem niedergelassenen Frauenarzt geführt haben, wenn diese oder dieser Sie nicht operiert hat.

### Informationen zur Gebärmutterentfernung

- 1) Zur Behandlung gutartiger Erkrankungen der Gebärmutter kann eine Operation zur Entfernung der Gebärmutter durchgeführt werden. Da diese Operation nicht notfallmäßig durchgeführt wird, besteht die Möglichkeit, die Patientinnen in die Entscheidung zur Durchführung der Operation miteinzubeziehen.

Hat Ihnen die Ärztin oder der Arzt vor der Operation mitgeteilt, dass eine grundsätzliche Entscheidung zur Durchführung der Operation getroffen werden muss?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

- 2) Hat Ihnen die Ärztin oder der Arzt mitgeteilt, dass Ihre Sichtweise für die Entscheidung zur Durchführung der Operation ausschlaggebend ist?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

3)	<p>Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, welche anderen Behandlungsmöglichkeiten außer der Entfernung der Gebärmutter für Sie infrage kommen (d. h. gebärmuttererhaltende Verfahren wie z. B. die Einnahme von Medikamenten)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
4)	<p>Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, was die Entfernung der Gebärmutter bewirken soll (Verbesserung der Symptome wie Schmerzen oder starke Blutungen)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
5)	<p>Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, was es bedeutet, wenn die Operation nicht durchgeführt wird?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
6)	<p>Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können (z. B. Verletzung angrenzender Organe)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>



7)	Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, dass ...		
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>		
	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
	... durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verwachsungen)?		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... die Entfernung der Gebärmutter Auswirkungen auf Ihre Sexualität haben kann?		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... infolge der Entfernung der Gebärmutter psychische Belastungen auftreten können (z. B. Veränderung des Selbstbildes als Frau oder des Körpergefühls)?		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8)	Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, dass es nach der Entfernung der Gebärmutter nicht mehr möglich ist, Kinder zu bekommen?	
	Ja .....	<input type="checkbox"/>
	Nein, das war für mich nicht notwendig .....	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

9)	Wurden Sie vor der Operation von der Ärztin oder dem Arzt darüber informiert, wie lange Sie sich nach der Operation voraussichtlich schonen müssen (z. B. Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit)?	
	Ja .....	<input type="checkbox"/>
	Nein .....	<input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> .....	<input type="checkbox"/>

10)	<p>Zur Unterstützung bei der Entscheidung zur Entfernung der Gebärmutter können auch schriftliche „Entscheidungshilfen“ genutzt werden. Diese können bei der Abwägung der Vor- und Nachteile einer Gebärmutterentfernung helfen und damit die Entscheidung erleichtern.</p> <p>Hat Ihnen die Ärztin oder der Arzt eine schriftliche „Entscheidungshilfe“ zur Verfügung gestellt?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	---

### Informationen und Entscheidungen zur Operation

11)	<p>Es gibt grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten, die Gebärmutter zu entfernen (z. B. über die Scheide, Bauchspiegelung/Schlüssellochoperation, Bauchschnitt).</p> <p>Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, welche Operationsmethoden für Sie infrage kommen?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 12</b></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 14</b></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 14</b></p>
-----	---

12)	<p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile die möglichen Operationsmethoden haben?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	---

13)	<p>Hat die Ärztin oder der Arzt Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte/brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	---

14)	<p>Je nachdem, warum die Gebärmutter entfernt werden soll, besteht die Möglichkeit, sie vollständig oder teilweise (z. B. mit Erhalt des Gebärmutterhalses) zu entfernen. Manchmal werden auch die Eierstöcke und die Eileiter mitentfernt.</p> <p>Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden kann (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 15</b></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 18</b></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 18</b></p>
-----	---

15)	<p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine <u>vollständige</u> Entfernung der Gebärmutter hat?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	--

16)	<p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine <u>teilweise</u> Entfernung der Gebärmutter hat?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	---

17)	<p>Hat die Ärztin oder der Arzt Sie in die Entscheidung über den Umfang der Gebärmutterentfernung einbezogen?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte/brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
18)	<p>Wurden Sie vor der Operation von der Ärztin oder dem Arzt darüber informiert, wie lange die Operation ungefähr dauern wird?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte/brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
19)	<p>Hat Ihnen die Ärztin oder der Arzt vor der Operation Bedenkzeit angeboten?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
20)	<p>Wenn Sie nun an die Entscheidung zur Entfernung der Gebärmutter <b>insgesamt</b> denken: Haben Sie von der Ärztin oder dem Arzt die Informationen erhalten, die Sie für Ihre Entscheidung benötigt haben?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>

21)	<p>Zur Unterstützung bei der Entscheidung zur Gebärmutterentfernung kann es hilfreich sein, sich eine „Zweitmeinung“ einzuholen. Das bedeutet, dass ein zusätzliches Gespräch mit einer unabhängigen Ärztin oder einem unabhängigen Arzt geführt werden kann. Bitte beachten Sie, dass nicht jede Ärztin oder jeder Arzt eine offizielle „Zweitmeinung“ anbieten darf. Hierfür ist eine besondere Zulassung erforderlich.</p> <p>Wurden Sie von der Ärztin oder dem Arzt darauf hingewiesen, dass Sie die Möglichkeit haben, eine „Zweitmeinung“ einzuholen?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	---

22)	<p>Wie wichtig war es Ihnen, sich an den Entscheidungen zur Operation zu beteiligen (z. B. Operationsmethode, Umfang der Gebärmutterentfernung)?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Sehr wichtig</td> <td>Eher wichtig</td> <td>Eher unwichtig</td> <td>Sehr unwichtig</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Sehr unwichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Sehr unwichtig						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

### Gestaltung des Gesprächs bzw. der Gespräche

Bitte denken Sie weiterhin **nur** an das Gespräch oder die Gespräche, die Sie **in Vorbereitung** auf die Gebärmutterentfernung mit der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus oder mit der Belegärztin / dem Belegarzt in der Praxis geführt haben.

23)	<p>Haben Sie die Informationen, die Sie von der Ärztin oder dem Arzt erhalten haben, verstanden?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Ja</td> <td>Eher ja</td> <td>Eher nein</td> <td>Nein</td> <td><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

24) Hatten Sie die Zeit mit der Ärztin oder dem Arzt über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

25) Hatten Sie das Vertrauen zu der Ärztin oder dem Arzt, um über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war (z. B. auch intime und schwierige Themen)?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

26) Hat die Ärztin oder der Arzt ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
... Sie ernst genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihnen aufmerksam zugehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27) Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch bzw. die Gespräche einzubeziehen?

Ja .....

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre .....

Nein, das war für mich nicht notwendig .....

*Weiß nicht mehr* .....

**Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.**

28) Wie lange liegt Ihre Operation zur Gebärmutterentfernung zurück?

Weniger als zwei Wochen .....

Zwei Wochen bis weniger als vier Wochen .....

Vier Wochen bis weniger als acht Wochen .....

Acht Wochen bis weniger als zwölf Wochen .....

Zwölf Wochen oder länger .....

*Weiß nicht mehr* .....

29) Warum wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt?

Gutartige Neubildung(en) / Myome .....

Organsenkung / Beckenbodenprolaps .....

Endometriose / Adenomyose .....

Menstruationsbeschwerden (z. B. übermäßige Blutungen oder Schmerzen) .....

Eine oder mehrere entzündliche Erkrankungen der Gebärmutter .....

Eine andere gutartige Erkrankung der Gebärmutter .....

*Weiß nicht mehr* .....

30) In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr

--	--	--	--

31)	<p>Ist Ihre Muttersprache Deutsch?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 33</b></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 32</b></p>								
32)	<p>Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?</p> <p>Meine Deutschkenntnisse sind:</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Sehr gut</td> <td>Eher gut</td> <td>Eher schlecht</td> <td>Sehr schlecht</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
33)	<p>Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?</p> <p><i>Bitte machen Sie nur ein Kreuz!</i></p> <p>Schülerin, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder gleichwertiger Abschluss ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Fachhochschulreife ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Einen anderen Schulabschluss ..... <input type="checkbox"/></p>								



34) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz!*

- Schülerin oder Studentin .....
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) ...
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden) .....
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) .....
- Arbeitslos .....
- Altersrente .....
- Erwerbsunfähigkeitsrente .....
- Hausfrau .....
- Ausbildung, Umschulung .....
- Wiedereingliederungsmaßnahme .....
- Sonstiges .....

35) Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?

- Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt .....
- Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt .....
- Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt .....

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**

## Anhang G.2: Auszug aus den Testleitfäden

### Anhang G.2.1: Testleitfaden für die Pretest-Interviews in Präsenz (Testansatz 1)

#### Informationen zur Gebärmutterentfernung

9)	Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange Sie sich nach der Operation voraussichtlich schonen müssen (z. B. Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit)?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	Weiß nicht mehr ..... <input type="checkbox"/>

**Hintergrund**

Intention:

- Befragte sollen bei Frage 9 angeben, ob sie darüber informiert wurden, wie lange sie sich nach der Operation voraussichtlich schonen müssen.

Ziel:

- Haben die Befragten, aufgrund der Formulierungen „vor der Operation“ und „nach der Operation“, Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Frage?

**Testfragen**

→ **Interviewerin/Interviewer:** Frage 9 aufgeblättert im zuvor ausgefüllten Fragebogen vorlegen.

**Interviewerin/Interviewer:** Jetzt würde ich gerne nochmal mit Ihnen über die Frage 9 sprechen:

1. Können Sie mir bitte kurz erläutern, an was Sie gedacht haben als Sie die Frage 9 beantwortet haben?
  - a. Woran haben Sie beim Beantworten gedacht, als Sie die Formulierung „vor der Operation“ gelesen haben?
  - b. Woran haben Sie beim Beantworten gedacht, als Sie die Formulierung „nach der Operation“ gelesen haben?

2. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [NEIN]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [WEIB NICHT MEHR]

→ **Weiter mit 2c**

- a. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (*Interviewerin/Interviewer:* Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!)

Sehr sicher

→ **Ende**

Eher sicher

→ **Weiter mit 2b**

Eher unsicher

→ **Weiter mit 2b**

Sehr unsicher

→ **Weiter mit 2b**

- b. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → **Ende**
- c. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIB NICHT MEHR] angekreuzt haben? → **Ende**

3. **Interviewerin/Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:**

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

**Informationen und Entscheidungen zur Operation**

13)	<p>Wurden Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte/brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Weiß nicht mehr ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	--

**Hintergrund**

Intention:

- Befragte sollen bei Frage 13 angeben, ob sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen wurden.

Ziel:

- Verbinden die Befragten den Begriff „Operationsmethoden“ mit den in Frage 11 benannten Beispielen in der Klammer des Einleitungstextes „(z. B. über die Scheide, Bauchspiegelung/Schlüssellochoperation, Bauchschnitt)“?
- Was verstehen die Befragten unter dem Begriff „einbezogen“?

**Testfragen**

→ **Interviewerin/Interviewer:** Frage 13 aufgeblättert im zuvor ausgefüllten Fragebogen vorlegen.

**Interviewerin/Interviewer:** Als nächstes würde ich Ihnen gerne noch ein paar Nachfragen zu Frage 13 stellen:

1. Können Sie mir bitte kurz erläutern, an was Sie gedacht haben, als sie die Frage 13 beantwortet haben?
  - a. Können Sie mir bitte kurz erläutern, an was Sie gedacht haben, als Sie den Begriff „Operationsmethoden“ gelesen haben?
  - b. Können Sie mir bitte kurz erläutern, an was Sie gedacht haben, als sie den Begriff „einbezogen“ gelesen haben?

2. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [NEIN, OBWOHL ES MIR WICHTIG GEWESEN WÄRE]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [NEIN, ICH WOLLTE/BRAUCHTE DAS NICHT]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [WEIB NICHT MEHR]

→ **Weiter mit 2c**

- a. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (Interviewerin/Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!)

Sehr sicher

→ **Ende**

Eher sicher

→ **Weiter mit 2b**

Eher unsicher

→ **Weiter mit 2b**

Sehr unsicher

→ **Weiter mit 2b**

- b. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → **Ende**
- c. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIB NICHT MEHR] angekreuzt haben? → **Ende**

**3. Interviewerin/Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:**

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

19)	Wurde Ihnen vor der Operation Bedenkzeit angeboten?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>

**Hintergrund**

Intention:

- Befragte sollen bei Frage 19 angeben, ob ihnen vor der Operation Bedenkzeit angeboten wurde.

Ziel:

- Was verstehen die Befragten unter dem Begriff „Bedenkzeit“?

**Testfragen**

→ **Interviewerin/Interviewer:** Frage 19 aufgeblättert im zuvor ausgefüllten Fragebogen vorlegen.

**Interviewerin/Interviewer:** Jetzt würde ich gerne nochmal mit Ihnen über die Frage 19 sprechen:

1. Können Sie mir bitte kurz erläutern, an was Sie gedacht haben als Sie die Frage 19 beantwortet haben?
  - a. Können Sie mir bitte kurz erklären, woran Sie gedacht haben, als Sie den Begriff „Bedenkzeit“ gelesen haben?

2. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [NEIN]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [WEIB NICHT MEHR]

→ **Weiter mit 2c**

- a. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (*Interviewerin/Interviewer:* Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!)

Sehr sicher

→ **Ende**

Eher sicher

→ **Weiter mit 2b**

Eher unsicher

→ **Weiter mit 2b**

Sehr unsicher

→ **Weiter mit 2b**

- b. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → **Ende**
- c. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIB NICHT MEHR] angekreuzt haben? → **Ende**

**3. Interviewerin/Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:**

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

## Anhang G.2.2: Testleitfaden für die digital durchgeführten Pretest-Interviews (Testansatz 2)

### Informationen zur Gebärmutterentfernung

5)	Wurde mit Ihnen besprochen, was es bedeutet, wenn die Operation nicht durchgeführt wird?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	Weiß nicht mehr ..... <input type="checkbox"/>

### Hintergrund

Intention:

- Befragte sollen bei Frage 5 angeben, ob mit ihnen besprochen wurde, was es bedeutet, wenn die Operation nicht durchgeführt wird.

Ziel:

- Was verstehen die Befragten unter der Formulierung „was es bedeutet“?



## Testfragen

→ **Interviewerin/Interviewer:** Frage 5 vorlegen.

**Interviewerin/Interviewer:** Nun folgt die nächste Frage. Bitte lesen Sie sich die Frage durch. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die auf Sie zutrifft. Sagen Sie mir bitte, wenn Sie fertig sind.

[Interviewerin/Interviewer: Die Befragte soll zuerst die Frage lesen und beantworten, dann weiter mit nachfolgender Anweisung]

**Interviewerin/Interviewer:**

1. Können Sie mir bitte kurz erläutern, an was Sie gedacht haben als Sie die Frage beantwortet haben?
  - a. Was haben Sie beim Beantworten unter der Formulierung „was es bedeutet“ verstanden?
  
2. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]  → **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [NEIN]  → **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [WEIB NICHT MEHR]  → **Weiter mit 2c**

- a. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (Interviewerin/Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!)

Sehr sicher  → **Ende**

Eher sicher  → **Weiter mit 2b**

Eher unsicher  → **Weiter mit 2b**

Sehr unsicher  → **Weiter mit 2b**

- b. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → **Ende**
- c. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIB NICHT MEHR] angekreuzt haben? → **Ende**

**3. Interviewerin/Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:**

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

**Informationen und Entscheidungen zur Operation**

20)	Wenn Sie nun an die Entscheidungen zur Entfernung der Gebärmutter denken: Hatten Sie nach dem Gespräch / den Gesprächen alle Informationen, die Sie für Ihre Entscheidungen benötigt haben?										
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding: 0 15px;">Ja</td> <td style="padding: 0 15px;">Eher ja</td> <td style="padding: 0 15px;">Eher nein</td> <td style="padding: 0 15px;">Nein</td> <td style="padding: 0 15px;"><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

**Hintergrund**

Intention:

- Befragte sollen bei Frage 20 angeben, ob sie alle benötigten Informationen für Ihre Entscheidungsfindung erhalten haben.

Ziel:

- An welche Informationen denken die Befragten, wenn sie die Frage beantworten?
- An welche Entscheidungen denken die Befragten, wenn sie die Frage beantworten?
- Haben die Befragten, aufgrund des vorgegebenen Antwortformats, Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Frage?

**Testfragen**

→ **Interviewerin/Interviewer:** Frage 20 vorlegen.

**Interviewerin/Interviewer:** Nun folgt die nächste Frage. Bitte lesen Sie sich die Frage durch. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die auf Sie zutrifft. Sagen Sie mir bitte, wenn Sie fertig sind.

[Interviewerin/Interviewer: Die Befragte soll zuerst die Frage lesen und beantworten, dann weiter mit nachfolgender Anweisung]

**Interviewerin/Interviewer:**

1. Können Sie mir bitte kurz erklären, woran Sie gedacht haben, als Sie die Frage beantwortet haben?
  - a. An welche „Informationen“ haben Sie beim Lesen der Frage gedacht?
  - b. Was haben Sie beim Beantworten unter dem Begriff „Entscheidungen“ verstanden?
  
2. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [EHER JA]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [EHER NEIN]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [NEIN]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [WEIB NICHT MEHR]

→ **Weiter mit 2d**

- a. Können Sie mir bitte kurz erklären, wie Sie zu Ihrer angekreuzten Antwort gekommen sind? → **Weiter mit 2b**
- b. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (Interviewerin/Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!)

Sehr sicher

→ **Ende**

Eher sicher

→ **Weiter mit 2c**

Eher unsicher

→ **Weiter mit 2c**

Sehr unsicher

→ **Weiter mit 2c**

- c. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → **Ende**
- d. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIB NICHT MEHR] angekreuzt haben? → **Ende**

**3. Interviewerin/Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie bei einer Frage geändert wurde, nachfragen:**

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

## Anhang G.3: Ausführliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen

Charakteristika	Gesamt	Von einer stationär angestellten Ärztin / einem stationär angestellten Arzt behandelt	Belegärztlich behandelt
Anzahl Testpersonen; n	30	22	8
<b>Soziodemografische Angaben der Testpersonen<sup>1, 2</sup></b>			
Alter der Testpersonen in Jahren			
Mittelwert (Standardabweichung)	42,1 (6,5)	43,3 (5,6)	38,8 (3,2)
Median (Min. / Max.)	42 (29 / 56)	42 (30 / 55)	37,5 (29 / 56)
Höchster schulischer Bildungsabschluss			
Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss; n (%)	4 (13,3)	3 (13,6)	1 (12,5)
Realschule / Mittlere Reife; n (%)	11 (36,7)	7 (31,8)	4 (50)
Abschluss Polytechnische Oberschule, 10. Klasse; n (%)	3 (10)	3 (13,6)	0 (0)
Fachhochschulreife, Fachoberschule; n (%)	4 (13,3)	3 (13,6)	1 (12,5)
Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur, EOS; n (%)	8 (26,7)	6 (27,3)	2 (25)
Berufliche Situation der Testpersonen			
Vollzeit berufstätig; n (%)	12 (40)	8 (36,4)	4 (50)
Teilzeit berufstätig; n (%)	12 (40)	9 (40,9)	3 (37,5)
Arbeitslos; n (%)	1 (3,3)	1 (4,5)	0 (0)
Erwerbsunfähigkeitsrente; n (%)	2 (6,7)	1 (4,5)	1 (12,5)
Hausfrau; n (%)	2 (6,7)	2 (9,1)	0 (0)
Wiedereingliederungsmaßnahme; n (%)	1 (3,3)	1 (4,5)	0 (0)

<sup>1</sup> Aufgeführt sind nur Kategorien, welche von den Patientinnen im Kurzfragebogen als zutreffend angegeben wurden (n > 0).

<sup>2</sup> Rundungsbedingt kann die Summe der Prozentangaben von 100 % abweichen.

Charakteristika	Gesamt	Von einer stationär angestellten Ärztin / einem stationär angestellten Arzt behandelt	Belegärztlich behandelt
<b>Angaben zur Operation<sup>3, 4</sup></b>			
Angegebene Indikationen zur Operation (Mehrfachantworten möglich)			
Gutartige Neubildung(en) (Myome); n	19	16	3
Organsenkung; n	6	4	2
Endometriose und/oder Adenomyose; n	13	8	5
Menstruationsbeschwerden (z. B. übermäßige Blutungen oder Schmerzen); n	24	18	6
Eine oder mehrere entzündliche Erkrankungen der Gebärmutter; n	4	4*	0
Eine andere gutartige Erkrankung; n	4	3**	1***
Angegebene Operationsmethode			
Vaginal; n (%)	6 (20)	3 (13,6)	3 (37,5)
Laparoskopisch assistiert vaginal; n (%)	8 (26,7)	7 (31,8)	1 (12,5)
Laparoskopisch; n (%)	13 (43,3)	9 (40,9)	4 (50)
Abdominal; n (%)	3 (10)	3 (13,6)	0 (0)
Angegebener Durchführungsort der Operation			
Im ländlichen Raum (weniger als 5.000 Einwohner); n (%)	2 (6,7)	1 (4,5)	1 (12,5)
Im kleinstädtischen Raum (mind. 5.000 Einwohner); n (%)	12 (40)	9 (40,9)	3 (37,5)
Im großstädtischen Raum (mind. 100.000 Einwohner); n (%)	16 (53,3)	12 (54,5)	4 (50)

\* HPV-Viren (1)

\*\* Zysten (1), Verwachsungen (1), Hyperplasie der Gebärmutter Schleimhaut (1), vergrößerte Gebärmutter (1)

\*\*\* abgeknickte Gebärmutter (1)

<sup>3</sup> Aufgeführt sind nur Kategorien, welche von den Patientinnen im Kurzfragebogen als zutreffend angegeben wurden (n > 0).

<sup>4</sup> Rundungsbedingt kann die Summe der Prozentangaben von 100 % abweichen.

## Anhang G.4: Übersicht über die operationalisierten Items nach dem kognitiven Pretest

Tabelle 1: Übersicht über die operationalisierten Items mit Zuordnung zum jeweiligen Qualitätsmerkmal und Qualitätsaspekt nach dem kognitiven Pretest

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
<b>1. Information und Aufklärung</b>	1.1 Aufklärung zur Wirkung	3) Wurde mit Ihnen besprochen, was die Entfernung der Gebärmutter bewirken soll (Verbesserung der Symptome wie Schmerzen oder starke Blutungen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	1.2 Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen	5) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können (z. B. Verletzung angrenzender Organe)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		6.1) Wurde mit Ihnen besprochen, dass durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verwachsungen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		6.2) Wurde mit Ihnen besprochen, dass die Entfernung der Gebärmutter Auswirkungen auf Ihre Sexualität haben kann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		6.3) Wurde mit Ihnen besprochen, dass infolge der Entfernung der Gebärmutter psychische Belastungen auftreten können (z. B. Veränderung des Selbstbildes als Frau oder des Körpergefühls)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		7) Wurde mit Ihnen besprochen, dass es nach der Entfernung der Gebärmutter nicht mehr möglich ist, Kinder zu bekommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
	1.3 Aufklärung zu Behandlungsmöglichkeiten	2) Bitte denken Sie bei den nachfolgenden Fragen auch weiterhin an das Gespräch oder die Gespräche, die Sie in dem Krankenhaus, in dem Sie operiert wurden, oder mit der Belegärztin / dem Belegarzt in der Praxis geführt haben.  Wurde mit Ihnen besprochen, welche anderen Behandlungsmöglichkeiten außer der Entfernung der Gebärmutter für Sie infrage kommen (d. h. gebärmuttererhaltende Verfahren wie z. B. die Einnahme von Medikamenten)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte das nicht <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		4) Wurde mit Ihnen besprochen, was es bedeutet, wenn die Operation nicht durchgeführt wird?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		1) Zur Behandlung gutartiger Erkrankungen der Gebärmutter kann eine Operation zur Entfernung der Gebärmutter durchgeführt werden. Da diese Operation nicht notfallmäßig durchgeführt wird, besteht die Möglichkeit, die Patientinnen in die Entscheidung zur Durchführung der Operation miteinzubeziehen.  Wurde in dem Gespräch / den Gesprächen vor der Operation deutlich, dass Ihre Sichtweise für die Entscheidung zur Operation ausschlaggebend ist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
	1.4 Aufklärung zum operativen Vorgehen	9) Es gibt grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten, die Gebärmutter zu entfernen (z. B. über die Scheide, Bauchspiegelung/Schlüssellochoperation, Bauchschnitt).  Wurde mit Ihnen besprochen, welche Operationsmethoden für Sie infrage kommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
		10) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile die möglichen Operationsmethoden haben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		12) Je nachdem, warum die Gebärmutter entfernt werden soll, besteht die Möglichkeit, sie vollständig (d. h. mit Entfernung des Gebärmutterhalses) oder teilweise (d. h. ohne Entfernung des Gebärmutterhalses) zu entfernen. Manchmal werden auch die Eileiter mitentfernt.  Wurde mit Ihnen besprochen, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden kann (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		13) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine vollständige Entfernung der Gebärmutter hat (d. h. mit Entfernung des Gebärmutterhalses)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		14) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine teilweise Entfernung der Gebärmutter hat (d. h. ohne Entfernung des Gebärmutterhalses)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
	1.5 Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation	16) Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange die Operation ungefähr dauern wird?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
	1.6 Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie	8) Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange Sie sich nach der Operation voraussichtlich schonen müssen (z. B. Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>



Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
	1.7 Umfang der Informationen für die Entscheidungen zur Hysterektomie	18) Wenn Sie nun an die Entscheidungen zur Entfernung der Gebärmutter denken (z. B. Entscheidung zur Operation, Operationsmethode und Umfang, in dem die Gebärmutter entfernt werden soll): Hatten Sie nach dem Gespräch / den Gesprächen alle Informationen, die Sie für Ihre Entscheidungen benötigt haben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
<b>2. Interaktion und Kommunikation</b>	2.1 Respektvolle und wertschätzende Kommunikation	23.1) Hat die Ärztin oder der Arzt Sie ernst genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		23.2) Hat die Ärztin oder der Arzt Ihnen aufmerksam zugehört?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	2.2 Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre	21) Hatten Sie das Vertrauen zu der Ärztin oder dem Arzt, um über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war (z. B. auch intime und schwierige Themen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		22) Hatten Sie die Zeit in dem Gespräch / den Gesprächen über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
	2.3 Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen	20) Haben Sie die Informationen, die Sie in dem Gespräch / den Gesprächen erhalten haben, verstanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	2.4 Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt	24) Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch / die Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt einzubeziehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
<b>3. Beteiligung von Patientinnen im Entscheidungsprozess</b>	3.1 Berücksichtigen von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie	11) Wurden Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		15) Wurden Sie in die Entscheidung, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	3.2 Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation	17) Wurde Ihnen vor der Operation Bedenkzeit angeboten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Tabelle 2: Variable zur Berechnung einer Kennzahl (nach dem kognitiven Pretest)

Variablenbezeichnung	Item	Antwortmöglichkeit
<b>Zweite Meinung</b>	<p>19) Zur Unterstützung bei der Entscheidung zur Gebärmutterentfernung kann es hilfreich sein, sich eine zweite Meinung einzuholen. Das bedeutet, dass ein zusätzliches Gespräch mit einer unabhängigen Ärztin oder einem unabhängigen Arzt geführt werden kann.</p> <p>Wurden Sie in dem Gespräch / in den Gesprächen darauf hingewiesen, dass Sie die Möglichkeit haben, eine zweite Meinung einzuholen?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Tabelle 3: Variablen zur Stichprobenbeschreibung (nach dem kognitiven Pretest)

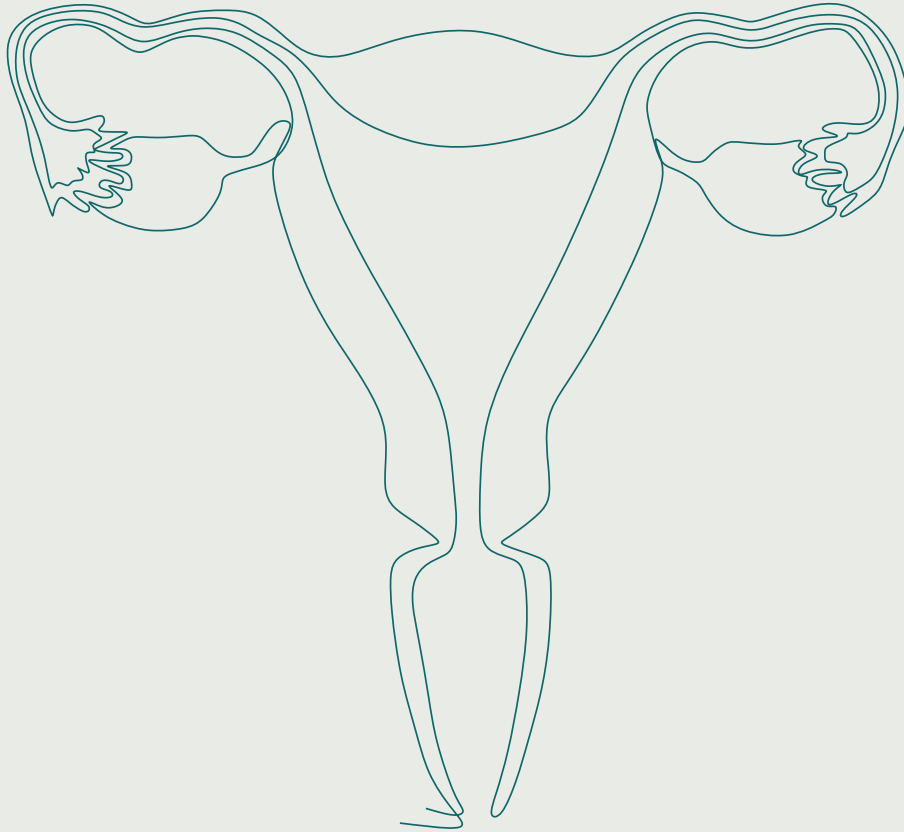
Variablenbezeichnung	Item	Antwortmöglichkeit
<b>Alter</b>	26) In welchem Jahr sind Sie geboren?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angabe des Geburtsjahres</li> </ul>
<b>Bildungsgrad</b>	29) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schülerin, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule</li> <li>▪ Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss</li> <li>▪ Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder gleichwertiger Abschluss</li> <li>▪ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse</li> <li>▪ Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss</li> <li>▪ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse</li> <li>▪ Fachhochschulreife</li> <li>▪ Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)</li> <li>▪ Einen anderen Schulabschluss</li> </ul>

Variablenbezeichnung	Item	Antwortmöglichkeit
<b>Erwerbssituation</b>	30) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schülerin oder Studentin</li> <li>▪ Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden)</li> <li>▪ Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden)</li> <li>▪ Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)</li> <li>▪ Arbeitslos</li> <li>▪ Altersrente</li> <li>▪ Erwerbsunfähigkeitsrente</li> <li>▪ Hausfrau</li> <li>▪ Ausbildung, Umschulung</li> <li>▪ Wiedereingliederungsmaßnahme</li> <li>▪ Sonstiges</li> </ul>
<b>Deutschkenntnisse</b>	27) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> </ul>
	28) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein? Meine Deutschkenntnisse sind:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sehr gut</li> <li>▪ Eher gut</li> <li>▪ Eher schlecht</li> <li>▪ Sehr schlecht</li> </ul>

Variablenbezeichnung	Item	Antwortmöglichkeit
<b>Diagnose</b>	25) Warum wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gutartige Neubildung(en) / Myome</li> <li>▪ Organsenkung / Beckenbodenprolaps</li> <li>▪ Endometriose / Adenomyose</li> <li>▪ Menstruationsbeschwerden (z. B. übermäßige Blutungen oder Schmerzen)</li> <li>▪ Eine oder mehrere andere entzündliche Erkrankungen der Gebärmutter</li> <li>▪ Eine andere gutartige Erkrankung der Gebärmutter</li> <li>▪ Weiß nicht mehr</li> </ul>
<b>Hilfe beim Ausfüllen</b>	31) Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt</li> <li>▪ Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt</li> <li>▪ Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt</li> </ul>

# Anhang H: Standard-Pretest

## Anhang H.1: Fragebogen zur Durchführung des Standard-Pretests



## **Befragung**

von Patientinnen nach einer  
Gebärmutterentfernung

## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Erfahrungen fragen, die Sie vielleicht gemacht haben, verwenden wir auch die folgende Skala:

Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	Weiß nicht mehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je nachdem, wie Sie diese Erfahrungen bewerten, kreuzen Sie bitte „Ja“, „Eher ja“, „Eher nein“ oder „Nein“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 555

E-Mail: [patientenbefragung@iqtig.org](mailto:patientenbefragung@iqtig.org) (Stichwort „QS Hysterektomie“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!



Die folgenden Fragen beziehen sich auf **Ihre Erfahrungen, die Sie im Rahmen der Aufklärung und Entscheidung zur Gebärmutterentfernung** gemacht haben.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen **nur** an das Gespräch bzw. die Gespräche, die Sie **in Vorbereitung** auf die Gebärmutterentfernung **mit einer Ärztin oder einem Arzt in dem Krankenhaus geführt haben, in dem Sie operiert wurden**.

Es kann auch sein, dass dieses Gespräch bzw. die Gespräche in einer Praxis stattgefunden haben, wenn die Ärztin oder der Arzt nur zur Durchführung der Operation ins Krankenhaus gekommen ist (**Belegärztin/Belegarzt**).

**Nicht gemeint** sind die Gespräche, die Sie vielleicht vorher mit Ihrer niedergelassenen Frauenärztin oder Ihrem niedergelassenen Frauenarzt geführt haben, wenn diese oder dieser Sie nicht operiert hat.

### Informationen zur Gebärmutterentfernung

1) Zur Behandlung gutartiger Erkrankungen der Gebärmutter kann eine Operation zur Entfernung der Gebärmutter durchgeführt werden. Da diese Operation nicht notfallmäßig durchgeführt wird, besteht die Möglichkeit, die Patientinnen in die Entscheidung zur Durchführung der Operation miteinzubeziehen.

Wurde in dem Gespräch / den Gesprächen vor der Operation deutlich, dass Ihre Sichtweise für die Entscheidung zur Operation ausschlaggebend ist?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

2)	<p>Bitte denken Sie bei den nachfolgenden Fragen auch weiterhin an das Gespräch oder die Gespräche, die Sie in dem Krankenhaus, in dem Sie operiert wurden, oder mit der Belegärztin / dem Belegarzt in der Praxis geführt haben.</p> <p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche anderen Behandlungsmöglichkeiten außer der Entfernung der Gebärmutter für Sie infrage kommen (d. h. gebärmuttererhaltende Verfahren wie z. B. die Einnahme von Medikamenten)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
3)	<p>Wurde mit Ihnen besprochen, was die Entfernung der Gebärmutter bewirken soll (Verbesserung der Symptome wie Schmerzen oder starke Blutungen)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
4)	<p>Wurde mit Ihnen besprochen, was es bedeutet, wenn die Operation nicht durchgeführt wird?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>

5) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können (z. B. Verletzung angrenzender Organe)?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

6) Wurde mit Ihnen besprochen, dass ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
... durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verwachsungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Entfernung der Gebärmutter Auswirkungen auf Ihre Sexualität haben kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... infolge der Entfernung der Gebärmutter psychische Belastungen auftreten können (z. B. Veränderung des Selbstbildes als Frau oder des Körpergefühls)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Wurde mit Ihnen besprochen, dass es nach der Entfernung der Gebärmutter nicht mehr möglich ist, Kinder zu bekommen?

Ja .....

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre .....

Nein, das war für mich nicht notwendig .....

*Weiß nicht mehr* .....

8)	<p>Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange Sie sich nach der Operation voraussichtlich schonen müssen (z. B. Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
----	---

### Informationen und Entscheidungen zur Operation

9)	<p>Es gibt grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten, die Gebärmutter zu entfernen (z. B. über die Scheide, Bauchspiegelung/Schlüssellochoperation, Bauchschnitt).</p> <p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche Operationsmethoden für Sie infrage kommen?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 10</b></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 11</b></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 11</b></p>
----	--

10)	<p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile die möglichen Operationsmethoden haben?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	---

11)	<p>Wurden Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte/brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	---

12)	<p>Je nachdem, warum die Gebärmutter entfernt werden soll, besteht die Möglichkeit, sie vollständig (d. h. mit Entfernung des Gebärmutterhalses) oder teilweise (d. h. ohne Entfernung des Gebärmutterhalses) zu entfernen. Manchmal werden auch die Eileiter mitentfernt.</p> <p>Wurde mit Ihnen besprochen, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden kann (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 13</b></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 15</b></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 15</b></p>
13)	<p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine <u>vollständige</u> Entfernung der Gebärmutter hat (d. h. mit Entfernung des Gebärmutterhalses)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
14)	<p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine <u>teilweise</u> Entfernung der Gebärmutter hat (d. h. ohne Entfernung des Gebärmutterhalses)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>

15)	<p>Wurden Sie in die Entscheidung, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte/brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
16)	<p>Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange die Operation ungefähr dauern wird?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte/brauchte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
17)	<p>Wurde Ihnen vor der Operation Bedenkzeit angeboten?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
18)	<p>Wenn Sie nun an die Entscheidungen zur Entfernung der Gebärmutter denken (z. B. Entscheidung zur Operation, Operationsmethode und Umfang, in dem die Gebärmutter entfernt werden soll):</p> <p>Hatten Sie nach dem Gespräch / den Gesprächen alle Informationen, die Sie für Ihre Entscheidungen benötigt haben?</p> <p>Ja                      Eher ja                      Eher nein                      Nein                      <i>Weiß nicht mehr</i></p> <p><input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/></p>

19)	<p>Zur Unterstützung bei der Entscheidung zur Gebärmutterentfernung kann es hilfreich sein, sich eine zweite Meinung einzuholen. Das bedeutet, dass ein zusätzliches Gespräch mit einer unabhängigen Ärztin oder einem unabhängigen Arzt geführt werden kann.</p> <p>Wurden Sie in dem Gespräch / den Gesprächen darauf hingewiesen, dass Sie die Möglichkeit haben, eine zweite Meinung einzuholen?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	---

### Gestaltung des Gesprächs bzw. der Gespräche

Bitte denken Sie weiterhin **nur** an das Gespräch oder die Gespräche, die Sie **in Vorbereitung** auf die Gebärmutterentfernung geführt haben. Diese können mit einer Ärztin / einem Arzt in dem Krankenhaus, in dem Sie operiert wurden, oder mit der Belegärztin / dem Belegarzt in der Praxis stattgefunden haben.

20)	<p>Haben Sie die Informationen, die Sie in dem Gespräch / den Gesprächen erhalten haben, verstanden?</p> <p style="text-align: center;">           Ja                      Eher ja                      Eher nein                      Nein                      <i>Weiß nicht mehr</i> </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/> </p>
-----	--

21)	<p>Hatten Sie das Vertrauen zu der Ärztin oder dem Arzt, um über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war (z. B. auch intime und schwierige Themen)?</p> <p style="text-align: center;">           Ja                      Eher ja                      Eher nein                      Nein                      <i>Weiß nicht mehr</i> </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/> </p>
-----	---

22)	Hatten Sie die Zeit in dem Gespräch / den Gesprächen über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war?										
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Eher ja</td> <td style="text-align: center;">Eher nein</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> <td style="text-align: center;"><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

23)	Hat die Ärztin oder der Arzt ... <i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>																		
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Eher ja</td> <td style="text-align: center;">Eher nein</td> <td style="text-align: center;">Nein</td> <td style="text-align: center;"><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td>... Sie ernst genommen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... Ihnen aufmerksam zugehört?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>	... Sie ernst genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Ihnen aufmerksam zugehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>														
... Sie ernst genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
... Ihnen aufmerksam zugehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

24)	Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch / die Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt einzubeziehen?
	Ja ..... <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ..... <input type="checkbox"/> Nein, das war für mich nicht notwendig ..... <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/>



**Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.**

25) Warum wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt?

*Mehrfachantworten sind möglich.*

- Gutartige Neubildung(en) / Myome .....
- Organsenkung / Beckenbodenprolaps .....
- Endometriose / Adenomyose .....
- Menstruationsbeschwerden (z. B. übermäßige Blutungen oder Schmerzen) .....
- Eine oder mehrere andere entzündliche Erkrankungen der Gebärmutter .....
- Eine andere gutartige Erkrankung der Gebärmutter .....
- Weiß nicht mehr* .....

26) In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr

--	--	--	--

27) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 29**

Nein .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 28**

28) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Meine Deutschkenntnisse sind:

Sehr gut

Eher gut

Eher schlecht

Sehr schlecht

29) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz!*

- Schülerin, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule .....
- Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss .....
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder gleichwertiger Abschluss .....
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse .....
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss .....
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse .....
- Fachhochschulreife .....
- Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) .....
- Einen anderen Schulabschluss .....

30) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz!*

- Schülerin oder Studentin .....
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) ...
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden) .....
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) .....
- Arbeitslos .....
- Altersrente .....
- Erwerbsunfähigkeitsrente .....
- Hausfrau .....
- Ausbildung, Umschulung .....
- Wiedereingliederungsmaßnahme .....
- Sonstiges .....

31)	Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?
	Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt ..... <input type="checkbox"/>
	Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt ..... <input type="checkbox"/>

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**

## Anhang H.2: Darstellung der Häufigkeiten zu den inhaltlichen Items des Standard-Pretests

### Items mit inhaltlichem Bezug

Tabelle 1: Wurde in dem Gespräch / den Gesprächen vor der Operation deutlich, dass Ihre Sichtweise für die Entscheidung zur Operation ausschlaggebend ist? (SICHTWEISEP)<sup>1</sup>

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
<b>Gültig</b>	Ja (100)	68	87,2	95,8	95,8
	Nein (0)	3	3,8	4,2	100,0
	Gesamt	71	91,0	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	6	7,7		
	Keine Angabe	1	1,3		
	Ungültige Antworten <sup>2</sup>	-			
	Gesamt	7	9,0		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

<sup>1</sup> In den hier vorgestellten Itemformulierungen wurden aus Zwecken der Prägnanz dazugehörige Klammerbeispiele ausgespart. Die vollständigen Itemformulierungen sind u. a. in Anhang J.1 dargestellt.

<sup>2</sup> „Ungültige Antworten“ sind Antworten, die nicht ausgewertet werden können (z. B. wenn zwei Antwortfelder angekreuzt werden, obwohl Mehrfachantworten nicht möglich sind).

Tabelle 2: Wurde mit Ihnen besprochen, welche anderen Behandlungsmöglichkeiten außer der Entfernung der Gebärmutter für Sie infrage kommen? (BEHANDOPTION)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	55	70,5	73,3	73,3
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	3	3,8	4,0	77,3
	Nein, ich wollte das nicht (/)	17	21,8	22,7	100,0
	Gesamt	75	96,2	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	3	3,8		
	Keine Angabe	-			
	Ungültige Antworten	-			
	Gesamt	3	3,8		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 3: Wurde mit Ihnen besprochen, was die Entfernung der Gebärmutter bewirken soll? (ZIELHYST)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	73	93,6	97,3	97,3
	Nein (0)	2	2,6	2,7	100,0
	Gesamt	75	96,2	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	2	2,6		
	Keine Angabe	1	1,3		
	Ungültige Antworten	-			
	Gesamt	3	3,8		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 4: Wurde mit Ihnen besprochen, was es bedeutet, wenn die Operation nicht durchgeführt wird? (KEINHYST)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	64	82,1	84,2	84,2
	Nein (0)	12	15,4	15,8	100,0
	Gesamt	76	97,4	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	2	2,6		
	Keine Angabe	-			
	Ungültige Antworten	-			
	Gesamt	2	2,6		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 5: Wurde mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können? (OPKOMPLIK)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	75	96,2	96,2	96,2
	Nein (0)	3	3,8	3,8	100,0
	Gesamt	78	100,0	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	-			
	Keine Angabe	-			
	Ungültige Antworten	-			
	Gesamt	-			
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 6: Wurde mit Ihnen besprochen, dass durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können? (PHYSFOLGE)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	47	60,3	72,3	72,3
	Nein (0)	18	23,1	27,7	100,0
	Gesamt	65	83,3	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	11	14,1		
	Keine Angabe	1	1,3		
	Ungültige Antworten	1	1,3		
	Gesamt	13	16,7		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 7: Wurde mit Ihnen besprochen, dass die Entfernung der Gebärmutter Auswirkungen auf Ihre Sexualität haben kann? (SEXFOLGE)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	37	47,4	51,4	51,4
	Nein (0)	35	44,9	48,6	100,0
	Gesamt	72	92,3	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	4	5,1		
	Keine Angabe	2	2,6		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	6	7,7		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 8: Wurde mit Ihnen besprochen, dass infolge der Entfernung der Gebärmutter psychische Belastungen auftreten können? (PSYCHFOLGE)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	36	46,2	53,7	53,7
	Nein (0)	31	39,7	46,3	100,0
	Gesamt	67	85,9	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	9	11,5		
	Keine Angabe	2	2,6		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	11	14,1		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 9: Wurde mit Ihnen besprochen, dass es nach der Entfernung der Gebärmutter nicht mehr möglich ist, Kinder zu bekommen? (KINDFOLGE)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	53	67,9	70,7	70,7
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	-	-	-	70,7
	Nein, das war für mich nicht notwendig (/)	22	28,2	29,3	100,0
	Gesamt	75	96,2	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	-	0,0		
	Keine Angabe	2	2,6		
	Ungültige Antworten	1	1,3		
	Gesamt	3	3,8		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		



Tabelle 10: Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange Sie sich nach der Operation voraussichtlich schonen müssen? (SCHONEN)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	75	96,2	96,2	96,2
	Nein (0)	3	3,8	3,8	100,0
	Gesamt	78	100,0	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	-	-		
	Keine Angabe	-	-		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	-	-		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 11: Wurde mit Ihnen besprochen, welche Operationsmethoden für Sie infrage kommen? (METHOPFILTER)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	76	97,4	97,4	97,4
	Nein (0)	2	2,6	2,6	100,0
	Gesamt	78	100,0	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	-	-		
	Keine Angabe	-	-		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	-	-		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 12: Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile die möglichen Operationsmethoden haben? (METHPC)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	68	87,2	88,3	88,3
	Nein (0)	9	11,5	11,7	100,0
	Gesamt	77	98,7	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	-	-		
	Keine Angabe	1	1,3		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	1	1,3		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 13: Wurden Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen? (METHEINBEZ)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	48	61,5	66,7	66,7
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	3	3,8	4,2	70,8
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht (/)	21	26,9	29,2	100,0
	Gesamt	72	92,3	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	1	1,3		
	Keine Angabe	4	5,1		
	Ungültige Antworten	1	1,3		
	Gesamt	6	7,7		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 14: Wurde mit Ihnen besprochen, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden kann? (UMFANGOPFILTER)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	72	92,3	94,7	94,7
	Nein (0)	4	5,1	5,3	100,0
	Gesamt	76	97,4	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	2	2,6		
	Keine Angabe	-	-		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	2	2,6		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 15: Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine vollständige Entfernung der Gebärmutter hat? (VOLLPC)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	51	65,4	81,0	81,0
	Nein (0)	12	15,4	19,0	100,0
	Gesamt	63	80,8	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	10	12,8		
	Keine Angabe	5	6,4		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	15	19,2		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 16: Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine teilweise Entfernung der Gebärmutter hat? (TEILPC)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	49	62,8	80,3	80,3
	Nein (0)	12	15,4	19,7	100,0
	Gesamt	61	78,2	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	11	14,1		
	Keine Angabe	6	7,7		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	17	21,8		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 17: Wurden Sie in die Entscheidung, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen? (UMFANGEINBEZ)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	52	66,7	73,2	73,2
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	4	5,1	5,6	78,9
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht (/)	15	19,2	21,1	100,0
	Gesamt	71	91,0	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	4	5,1		
	Keine Angabe	2	2,6		
	Ungültige Antworten	1	1,3		
	Gesamt	7	9,0		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 18: Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange die Operation ungefähr dauern wird? (DAUEROP)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	66	84,6	85,7	85,7
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	2	2,6	2,6	88,3
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht (/)	9	11,5	11,7	100,0
	Gesamt	77	98,7	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	1	1,3		
	Keine Angabe	-	-		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	1	1,3		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 19: Wurde Ihnen vor der Operation Bedenkzeit angeboten? (BEDENKZEIT)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	63	80,8	81,8	81,8
	Nein (0)	14	17,9	18,2	100,0
	Gesamt	77	98,7	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	1	1,3		
	Keine Angabe	-	-		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	1	1,3		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 20: Hatten Sie nach dem Gespräch / den Gesprächen alle Informationen, die Sie für Ihre Entscheidungen benötigt haben? (INFOENTSCHEID)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	59	75,6	75,6	75,6
	Eher ja (67)	18	23,1	23,1	98,7
	Eher nein (33)	1	1,3	1,3	100,0
	Nein (0)	-	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	78	100,0	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	-	-		
	Keine Angabe	-	-		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	-	-		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 21: Wurden Sie in dem Gespräch / den Gesprächen darauf hingewiesen, dass Sie die Möglichkeit haben, eine zweite Meinung einzuholen? (ZWEITMEINUNG)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	38	48,7	52,1	52,1
	Nein (0)	35	44,9	47,9	100,0
	Gesamt	73	93,6	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	4	5,1		
	Keine Angabe	1	1,3		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	5	6,4		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 22: Haben Sie die Informationen, die Sie in dem Gespräch / den Gesprächen erhalten haben, verstanden? (INFOVERSTAND)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	69	88,5	89,6	89,6
	Eher ja (67)	7	9,0	9,1	98,7
	Eher nein (33)	1	1,3	1,3	100,0
	Nein (0)	-	-	0,0	100,0
	Gesamt	77	98,7	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	-	-		
	Keine Angabe	1	1,3		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	1	1,3		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 23: Hatten Sie das Vertrauen zu der Ärztin oder dem Arzt, um über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war? (VERTRAUENG)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	62	79,5	80,5	80,5
	Eher ja (67)	10	12,8	13,0	93,5
	Eher nein (33)	3	3,8	3,9	97,4
	Nein (0)	2	2,6	2,6	100,0
	Gesamt	77	98,7	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	-	-		
	Keine Angabe	1	1,3		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	1	1,3		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 24: Hatten Sie die Zeit in dem Gespräch / den Gesprächen über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war? (ZEITG)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	62	79,5	81,6	81,6
	Eher ja (67)	9	11,5	11,8	93,4
	Eher nein (33)	5	6,4	6,6	100,0
	Nein (0)	-	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	76	97,4	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	-	-		
	Keine Angabe	1	1,3		
	Ungültige Antworten	1	1,3		
	Gesamt	2	2,6		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 25: Hat die Ärztin oder der Arzt Sie ernst genommen? (PERNST)

	<b>Antwortoptionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	71	91,0	93,4	93,4
	Eher ja (67)	5	6,4	6,6	100,0
	Eher nein (33)	-	0,0	0,0	100,0
	Nein (0)	-	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	76	97,4	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Weiß nicht mehr	1	1,3		
	Keine Angabe	1	1,3		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	2	2,6		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		



Tabelle 26: Hat die Ärztin oder der Arzt Ihnen aufmerksam zugehört? (PZUGEH)

	<b>Antwort- optionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	66	84,6	88,0	88,0
	Eher ja (67)	8	10,3	10,7	98,7
	Eher nein (33)	1	1,3	1,3	100,0
	Nein (0)	-	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	75		100,0	
<b>Fehlend/ ungültig</b>	Weiß nicht mehr	1	1,3		
	Keine Angabe	2	2,6		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	3	3,8		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 27: Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch / die Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt einzubeziehen? (EINBEZUGANG)

	<b>Antwort- optionen (Punkte)</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja (100)	29	37,2	38,2	38,2
	Nein, obwohl es mir wichtig ge- wesen wäre (0)	1	1,3	1,3	39,5
	Nein, das war für mich nicht notwendig (/)	46	59,0	60,5	100,0
	Gesamt	76	97,4	100,0	
<b>Fehlend/ ungültig</b>	Weiß nicht mehr	-	-		
	Keine Angabe	1	1,3		
	Ungültige Antworten	1	1,3		
	Gesamt	2	2,6		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

**Items zur Stichprobenbeschreibung<sup>3</sup>**

Tabelle 28: Warum wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt? (ENTFERNUNGSG)<sup>4</sup>

	<b>Antwort- optionen</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Gutartige Neu- bildung(en) / Myome	42	33,3	33,6	33,6
	Organsenkung / Beckenboden- prolaps	21	16,7	16,8	50,4
	Endometriose / Adenomyose	11	8,7	8,8	59,2
	Menstruations- beschwerden (z. B. übermä- ßige Blutungen oder Schmer- zen)	40	31,7	32,0	91,2
	Eine oder meh- rere andere ent- zündliche Er- krankungen der Gebärmutter	4	3,2	3,2	94,4
	Eine andere gutartige Er- krankung der Gebärmutter	7	5,6	5,6	100,0
	Gesamt	125	99,2	100,0	
<b>Fehlend/ ungültig</b>	Weiß nicht mehr	1	0,8		
	Keine Angabe	-	0,0		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	1	0,8		
<b>Gesamt</b>		126	100,0		

<sup>3</sup> Es werden im Folgenden nur Items aufgeführt, die noch nicht im Abschlussbericht dargestellt wurden.

<sup>4</sup> Es waren Mehrfachnennungen möglich, woraus sich eine Fallzahl von n > 78 ergibt.

Tabelle 29: Alter der Patientinnen<sup>5</sup>

Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
53,4 Jahre	11,8 Jahre	31	85

Tabelle 30: Ist Ihre Muttersprache Deutsch? (SPRACHEFILTER)

	Antwortoptionen	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
<b>Gültig</b>	Ja	65	83,3	87,8	87,8
	Nein	9	11,5	12,2	100,0
	Gesamt	74	94,9	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Keine Angabe	2	2,6		
	Ungültige Antworten	2	2,6		
	Gesamt	4	5,1		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

Tabelle 31: Wie schätzen Sie ihre Deutschkenntnisse ein? (DEUTSCHKENNT)

	Antwortoptionen	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
<b>Gültig</b>	Sehr gut	4	15,4	50,0	50,0
	Eher gut	3	11,5	37,5	87,5
	Eher schlecht	1	3,8	12,5	100,0
	Sehr schlecht	-	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	8	30,8	100,0	
<b>Fehlend/ungültig</b>	Keine Angabe	1	3,8		
	Ungültige Antworten	17	65,4		
	Gesamt	18	69,2		
<b>Gesamt</b>		26	100,0		

<sup>5</sup> Die dargestellten Ergebnisse wurden anhand der Variable PATGEBURTJAHR („In welchem Jahr sind Sie geboren?“) berechnet.

Tabelle 32: Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen? (AUSFUELLP)

	<b>Antwort- optionen</b>	<b>Häufigkeiten</b>	<b>Prozente</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
<b>Gültig</b>	Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt	2	2,6	2,6	2,6
	Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt	1	1,3	1,3	3,9
	Nein, ich habe den Fragebogen allein ausgefüllt	74	94,9	96,1	100,0
	Gesamt	77	98,7	100,0	
<b>Fehlend/ ungültig</b>	Keine Angabe	-	-		
	Ungültige Antworten	1	1,3		
	Gesamt	1	1,3		
<b>Gesamt</b>		78	100,0		

# Anhang I: Kognitiver Retest

## Anhang I.1: Auszug aus dem Testleitfaden

### Informationen zur Gebärmutterentfernung

5)	Wurde mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können (z. B. Verletzung angrenzender Organe)?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein ..... <input type="checkbox"/>
	Weiß nicht mehr ..... <input type="checkbox"/>

**Hintergrund**

Intention:

- Befragte sollen bei Frage 5 angeben, ob mit Ihnen besprochen wurde, dass während der Operation unmittelbare Komplikationen auftreten können.

Ziel:

- Was verstehen die Befragten unter dem Begriff „Komplikationen“?
- Verstehen die Befragten unter Komplikationen unmittelbare Ereignisse, die während der OP auftreten können?
- Besteht ein negativer Zusammenhang zu Frage 2 (Behandlungsoptionen)?

## Testfragen

→ **Interviewerin/Interviewer:** Frage 5 vorlegen.

**Interviewerin/Interviewer:** Kommen wir nun zu Frage 5. Bitte lesen Sie sich die Frage durch und kreuzen Sie die Antwort an, die auf Sie zutrifft. Sagen Sie mir bitte, wenn Sie fertig sind.

[Interviewerin/Interviewer: Die Befragte soll zuerst die Frage lesen und beantworten, dann weiter mit nachfolgender Anweisung]

**Interviewerin/Interviewer:**

1. Können Sie mir bitte kurz erklären, an was Sie gedacht haben als Sie die Frage beantwortet haben?
  - a. Was haben Sie beim Beantworten unter dem Begriff „Komplikationen“ verstanden? Was sind „Komplikationen“ für Sie?
2. Wer hat die Komplikationen mit Ihnen besprochen? An welche(s) Gespräch(e) haben Sie beim Beantworten gedacht?
3. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]

→ **Weiter mit 3a**

Wenn Antwort [NEIN]

→ **Weiter mit 3a**

Wenn Antwort [WEIß NICHT MEHR]

→ **Weiter mit 3c**

- a. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (Interviewerin/Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!)

Sehr sicher

→ **Ende**

Eher sicher

→ **Weiter mit 3b**

Eher unsicher

→ **Weiter mit 3b**

Sehr unsicher

→ **Weiter mit 3b**

- b. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → **Ende**
- c. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIß NICHT MEHR] angekreuzt haben? → **Ende**

4. Wie gut können Sie sich daran erinnern, dass Sie diese Information [bekommen bzw. nicht bekommen] haben?

Sehr gut

→ **Ende**

Eher gut

→ **Weiter mit 4a**

Eher schlecht

→ **Weiter mit 4a**

Sehr schlecht

→ **Weiter mit 4a**

- a. Können Sie mir kurz beschreiben, weshalb Sie sich [EHER GUT / EHER SCHLECHT / SEHR SCHLECHT] erinnern können? → **Ende**

**5. Interviewerin/Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:**

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

**Gestaltung des Gesprächs bzw. der Gespräche**

24)	Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch / die Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt einzubeziehen?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, das war für mich nicht notwendig ..... <input type="checkbox"/>
	Weiß nicht mehr ..... <input type="checkbox"/>

**Hintergrund**

Intention:

- Befragte sollen bei Frage 24 angeben, ob sie die Möglichkeit hatten Angehörige oder Vertrauenspersonen in das Gespräch / die Gespräche einzubeziehen.

Ziel:

- An welches Setting / welche Gespräche denken die Befragten?
- Woran machen die Befragten fest, dass sie (nicht) die Möglichkeit hatten?



**Testfragen**

→ **Interviewerin/Interviewer:** Frage 24 vorlegen.

**Interviewerin/Interviewer:** Nun folgt die nächste Frage. Bitte lesen Sie sich die Frage durch. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die auf Sie zutrifft. Sagen Sie mir bitte, wenn Sie fertig sind.

[Interviewerin/Interviewer: Die Befragte soll zuerst die Frage lesen und beantworten, dann weiter mit nachfolgender Anweisung]

**Interviewerin/Interviewer:**

1. Können Sie mir bitte kurz erläutern, an was Sie gedacht haben, als sie die Frage beantwortet haben?
  - a. An welches Gespräch / welche Gespräche denken Sie bei der Frage konkret?
  - b. Woran machen Sie fest, dass Sie (nicht) die Möglichkeit hatten, Angehörige oder Vertrauenspersonen einzubeziehen?

2. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]  → **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [NEIN, OBWOHL ES MIR WICHTIG GEWESEN WÄRE]  → **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [NEIN, DAS WAR FÜR MICH NICHT NOTWENDIG]  → **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [WEIB NICHT MEHR]  → **Weiter mit 2d**

- a. Können Sie mir bitte kurz erklären, wie Sie zu Ihrer angekreuzten Antwort gekommen sind? → **Weiter mit 2b**
- b. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (Interviewerin/Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!)

Sehr sicher  → **Ende**

Eher sicher  → **Weiter mit 2c**

Eher unsicher  → **Weiter mit 2c**

Sehr unsicher  → **Weiter mit 2c**

- c. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → **Ende**
- d. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIB NICHT MEHR] angekreuzt haben? → **Ende**

**3. Interviewerin/Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:**

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

## Anhang I.2: Ausführliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen

Charakteristika	Gesamt	Von einer stationär angestellten Ärztin / einem stationär angestellten Arzt behandelt	Belegärztlich behandelt
Anzahl Testpersonen; n	11	10	1
<b>Soziodemografische Angaben der Testpersonen<sup>1, 2</sup></b>			
Alter der Testpersonen in Jahren			
Mittelwert (Standardabweichung)	44,1 (6,6)	44,2 (6,6)	43
Median (Min. / Max.)	43 (36 / 55)	44 (36 / 55)	43
Höchster schulischer Bildungsabschluss			
Realschule / Mittlere Reife; n (%)	3 (27,3)	2 (20)	1 (100)
Fachhochschulreife, Fachoberschule; n (%)	3 (27,3)	3 (30)	0 (0)
Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur, EOS; n (%)	5 (45,4)	5 (50)	0 (0)
Berufliche Situation der Testpersonen			
Vollzeit berufstätig; n (%)	4 (36,4)	4 (40)	0 (0)
Teilzeit berufstätig; n (%)	5 (45,4)	4 (40)	1 (100)
Erwerbsunfähigkeitsrente; n (%)	1 (9,1)	1 (10)	0 (0)
Hausfrau; n (%)	1 (9,1)	1 (10)	0 (0)

<sup>1</sup> Aufgeführt sind nur Kategorien, welche von den Patientinnen im Kurzfragebogen als zutreffend angegeben wurden (d. h. n > 0)

<sup>2</sup> Rundungsbedingt kann die Summe der Prozentangaben von 100 % abweichen.

Charakteristika	Gesamt	Von einer stationär angestellten Ärztin / einem stationär angestellten Arzt behandelt	Belegärztlich behandelt
<b>Angaben zur Operation<sup>3, 4</sup></b>			
Angegebene Indikationen zur Operation (Mehrfachantworten möglich)			
Gutartige Neubildung(en) (Myome); n	8	7	1
Organsenkung; n	1	1	0
Endometriose und/oder Adenomyose; n	7	6	1
Menstruationsbeschwerden (z. B. übermäßige Blutungen oder Schmerzen); n	7	6	1
Angegebene Operationsmethode			
Vaginal; n (%)	1 (9,1)	1 (10)	0 (0)
Laparoskopisch assistiert vaginal; n (%)	1 (9,1)	1 (10)	0 (0)
Laparoskopisch; n (%)	7 (63,6)	7 (70)	0 (0)
Abdominal; n (%)	2 (18,2)	1 (10)	1 (100)
Angegebener Durchführungsort der Operation			
Im ländlichen Raum (weniger als 5.000 Einwohner); n (%)	1 (9,1)	1 (10)	0 (0)
Im kleinstädtischen Raum (mind. 5.000 Einwohner); n (%)	5 (45,45)	4 (40)	1 (100)
Im großstädtischen Raum (mind. 100.000 Einwohner); n (%)	5 (45,45)	5 (50)	0 (0)

<sup>3</sup> Aufgeführt sind nur Kategorien, welche von den Patientinnen im Kurzfragebogen als zutreffend angegeben wurden (n>0)

<sup>4</sup> Rundungsbedingt kann die Summe der Prozentangaben von 100 % abweichen.

## Anhang I.3: Übersicht über die angepassten Items nach dem kognitiven Retest

Tabelle 1: Übersicht über die angepassten Items mit Zuordnung zum jeweiligen Qualitätsmerkmal und Qualitätsaspekt nach dem kognitiven Retest<sup>5</sup>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
<b>1. Information und Aufklärung</b>	1.2 Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen	5) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können (z. B. Verletzung der Blase, hoher Blutverlust)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		6.1) Wurde mit Ihnen besprochen, dass durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, Verwachsungen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		7) Wurde mit Ihnen besprochen, dass es nach der Entfernung der Gebärmutter nicht mehr möglich ist, Kinder zu bekommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	1.4 Aufklärung zum operativen Vorgehen	10) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile die möglichen Operationsmethoden haben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

<sup>5</sup> Nicht angepasste Items sind in der Tabelle nicht aufgeführt.

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
		12) Je nachdem, warum die Gebärmutter entfernt werden soll, besteht die Möglichkeit, sie mit Gebärmutterhals oder ohne Gebärmutterhals zu entfernen. Manchmal werden auch die Eileiter mitentfernt.  Wurde mit Ihnen besprochen, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden kann (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		13) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile der Erhalt des Gebärmutterhalses hat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
<b>2. Interaktion und Kommunikation</b>	2.4 Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt	23) Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch / die Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt einzubeziehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
<b>3. Beteiligung von Patientinnen im Entscheidungsprozess</b>	3.1 Berücksichtigen von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie	11) Wurden Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		14) Wurden Sie in die Entscheidung, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

# Anhang J: Berechnung und Auswertung der Qualitätsindikatoren

## Anhang J.1: Darstellung des empfohlenen Qualitätsindikatorensets

Die 4 Qualitätsindikatoren wurden auf der Basis des Qualitätsmodells mit 3 Qualitätsaspekten und 13 Qualitätsmerkmalen entwickelt. Die folgende Tabelle 1 fasst die finalen Entwicklungsergebnisse der jeweiligen Qualitätsaspekte, Qualitätsmerkmale, der finalen Fragebogenitems sowie der dazugehörigen Qualitätsindikatoren zusammen. Die Vorstellung der Qualitätsindikatoren kann im Abschlussbericht Abschnitt 10.2 entnommen werden.

Tabelle 1: Darstellung des empfohlenen Qualitätsindikatorensets

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit	Qualitätsindikator
<b>1. Information und Aufklärung</b>	1.1 Aufklärung zur Wirkung	3) Wurde mit Ihnen besprochen, was die Entfernung der Gebärmutter bewirken soll (Verbesserung der Symptome wie Schmerzen oder starke Blutungen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	<b>462400: Besprechen der patientenrelevanten Informationen</b>
	1.2 Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen	5) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können (z. B. Verletzung der Blase, hoher Blutverlust)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
		6.1) Wurde mit Ihnen besprochen, dass durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, Verwachsungen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
		6.2) Wurde mit Ihnen besprochen, dass die Entfernung der Gebärmutter Auswirkungen auf Ihre Sexualität haben kann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit	Qualitätsindikator
		6.3) Wurde mit Ihnen besprochen, dass infolge der Entfernung der Gebärmutter psychische Belastungen auftreten können (z. B. Veränderung des Selbstbildes als Frau oder des Körpergefühls)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
		7) Wurde mit Ihnen besprochen, dass es nach der Entfernung der Gebärmutter nicht mehr möglich ist, Kinder zu bekommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
	1.3 Aufklärung zu Behandlungsmöglichkeiten	2) Bitte denken Sie bei den nachfolgenden Fragen auch weiterhin an das Gespräch oder die Gespräche, die Sie in dem Krankenhaus, in dem Sie operiert wurden, oder mit der Belegärztin / dem Belegarzt in der Praxis geführt haben.  Wurde mit Ihnen besprochen, welche anderen Behandlungsmöglichkeiten außer der Entfernung der Gebärmutter für Sie infrage kommen (d. h. gebärmuttererhaltende Verfahren wie z. B. die Einnahme von Medikamenten)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte das nicht <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
		4) Wurde mit Ihnen besprochen, was es bedeutet, wenn die Operation nicht durchgeführt wird?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	



Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit	Qualitätsindikator
		<p>1) Zur Behandlung gutartiger Erkrankungen der Gebärmutter kann eine Operation zur Entfernung der Gebärmutter durchgeführt werden. Da diese Operation nicht notfallmäßig durchgeführt wird, besteht die Möglichkeit, die Patientinnen in die Entscheidung zur Durchführung der Operation miteinzu beziehen.</p> <p>Wurde in dem Gespräch / den Gesprächen vor der Operation deutlich, dass Ihre Sichtweise für die Entscheidung zur Operation ausschlaggebend ist?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
	1.4 Aufklärung zum operativen Vorgehen	<p>9) Es gibt grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten, die Gebärmutter zu entfernen (z. B. über die Scheide, Bauchspiegelung/Schlüssellochoperation, Bauchschnitt).</p> <p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche Operationsmethoden für Sie infrage kommen?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
		<p>10) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile die möglichen Operationsmethoden haben?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit	Qualitätsindikator
		<p>12) Je nachdem, warum die Gebärmutter entfernt werden soll, besteht die Möglichkeit, sie mit Gebärmutterhals oder ohne Gebärmutterhals zu entfernen. Manchmal werden auch die Eileiter mitentfernt.</p> <p>Wurde mit Ihnen besprochen, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden kann (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
		13) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile der Erhalt des Gebärmutterhalses hat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
	1.5 Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation	15) Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange die Operation ungefähr dauern wird?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
	1.6 Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie	8) Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange Sie sich nach der Operation voraussichtlich schonen müssen (z. B. Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit	Qualitätsindikator
	1.7 Umfang der Informationen für die Entscheidungen zur Hysterektomie	17) Wenn Sie nun an die Entscheidungen zur Entfernung der Gebärmutter denken (z. B. Entscheidung zur Operation, Operationsmethode und Umfang, in dem die Gebärmutter entfernt werden soll):  Hatten Sie nach dem Gespräch / den Gesprächen alle Informationen, die Sie für Ihre Entscheidungen benötigt haben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	<b>462401: Befähigung der Patientinnen zur Entscheidungsfindung</b>
<b>2. Interaktion und Kommunikation</b>	2.1 Respektvolle und wertschätzende Kommunikation	22.1) Hat die Ärztin oder der Arzt Sie ernst genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	<b>462402: Patientenzentrierte Kommunikation</b>
		22.2) Hat die Ärztin oder der Arzt Ihnen aufmerksam zugehört?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
	2.2 Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre	20) Hatten Sie das Vertrauen zu der Ärztin oder dem Arzt, um über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war (z. B. auch intime und schwierige Themen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit	Qualitätsindikator
		21) Hatten Sie die Zeit in dem Gespräch / den Gesprächen über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
	2.3 Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen	19) Haben Sie die Informationen, die Sie in dem Gespräch / den Gesprächen erhalten haben, verstanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	<b>462401: Befähigung der Patientinnen zur Entscheidungsfindung</b>
	2.4 Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt	23) Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch / die Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt einzubeziehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	<b>462403: Berücksichtigen der Präferenzen der Patientinnen</b>
<b>3. Beteiligung von Patientinnen im Entscheidungsprozess</b>	3.1 Berücksichtigen von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie	11) Wurden Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
		14) Wurden Sie in die Entscheidung, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
	3.2 Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation	16) Wurde Ihnen vor der Operation Bedenkzeit angeboten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	

## Anhang J.2: Darstellung der Qualitätsindikatoren anhand der Eignungskriterien

Neben der Prüfung der Eignungskriterien auf Ebene der Qualitätsmerkmale (siehe Anhang E.2), prüfte das IQTIG auch die Messeigenschaften der Operationalisierungen. Das Ziel dieses Schrittes ist es, die Messeigenschaften so gut wie möglich zu gestalten und dadurch den Nutzen der Indikatoren zu steigern. Die Überprüfung der Eignungskriterien wurde gemäß der Methodik zur Entwicklung von Datenfeldern des IQTIG vorgenommen (IQTIG 2022: Abschnitt 13.2). Dabei erfolgten die Einschätzungen zur Objektivität, der Reliabilität und der Validität der Messung auf Basis der Erkenntnisse aus dem kognitiven Pretest, dem Standard-Pretest und dem kognitiven Retest. Die Einschätzungen können damit global, für die Gesamtheit an Messungen des Fragebogens interpretiert werden. Die Datenqualität wurde zum einen auf Grundlage der umfänglichen Pretestung eingeschätzt (patientenseitig) und zum anderen auf Grundlage der Qualität der von den Leistungserbringern zu dokumentierenden Daten. Hierbei konnte aufgezeigt werden, dass sich die Dokumentation auf nur wenige Informationen beschränkt (d. h. Name, Adressdaten, Hauptdiagnose (gemäß ICD-10-GM), OPS-Kodes) und der Aufwand für die Leistungserbringer somit generell als niedrig einzuschätzen ist.

In Tabelle 2 sind die Eignungskriterien pro Qualitätsindikator dargestellt, wobei auch die Informationen zu den Eignungskriterien der Qualitätsmerkmale aufgenommen sind, da diese die Qualitätsindikatoren inhaltlich konstituieren.

Tabelle 2: Darstellung der Eignungskriterien für Qualitätsindikatoren

ID	Qualitätsindikator	Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevantem Merkmal	Potenzial zur Verbesserung	Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer	Brauchbarkeit für den Handlungsabschluss	Objektivität	Reliabilität	Datenqualität	Validität	Risikoadjustierung	Aufwand der Messung
462400	Besprechen der patientenrelevanten Informationen	hoch	unmittelbar patientenrelevant	gegeben	ja	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	n. e.	gering
462401	Befähigung der Patientinnen zur Entscheidungsfindung	hoch	unmittelbar patientenrelevant	gegeben	ja	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	n. e.	gering
462402	Patientenzentrierte Kommunikation	hoch	unmittelbar patientenrelevant	gegeben	ja	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	n. e.	gering
462403	Berücksichtigen der Präferenzen der Patientinnen	hoch	unmittelbar patientenrelevant	gegeben	ja	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	n. e.	gering

n. e. = nicht empfohlen

### Gesamtschau der Eignungskriterien der Qualitätsindikatoren

In der Gesamtschau der Eignungskriterien der Qualitätsindikatoren werden diese als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

## Anhang J.3: Beispielhafte Darstellung von Ergebnismeldungen der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung

Die Darstellung der Ergebnismeldungen der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Hysterektomie* soll sich an den Rückmeldeberichten für die Leistungserbringer orientieren, welche im QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiografie* eingesetzt werden. Zur Veranschaulichung der späteren Darstellung sind nachfolgend beispielhaft zwei Abbildungen und eine Tabelle aufgeführt, anhand derer die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren einschließlich der dazugehörigen Items exemplarisch dargestellt werden.

### Beispielhafte Darstellung des Ergebnisses des Qualitätsindikators „Besprechen der patientenrelevanten Informationen“ (ID 462400)

Bei der Datengrundlage dieser Darstellung handelt es sich um beispielhafte Daten, welche lediglich der Veranschaulichung dienen. Im Folgenden wird beispielhaft das Ergebnis des Qualitätsindikators „Besprechen der patientenrelevanten Informationen“ (ID 462400) inkl. des Referenzbereichs von 95 Punkten dargestellt.

#### Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer

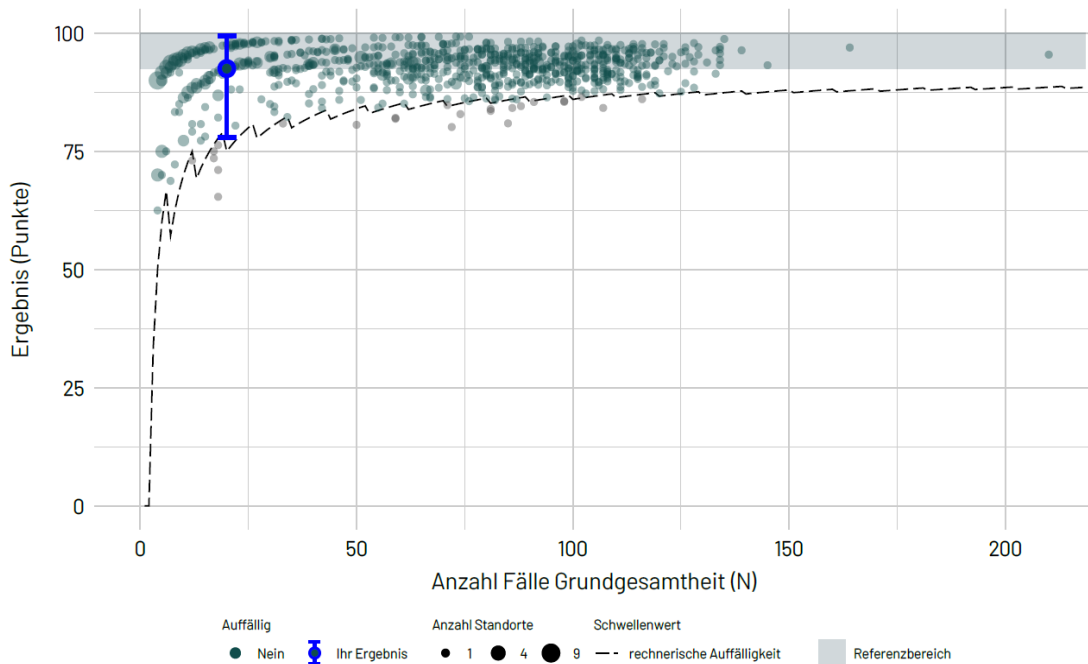


Abbildung 1: Beispielhafte Ergebnisdarstellung des Qualitätsindikators „Besprechen der patientenrelevanten Informationen“ (ID 462400)

**Beispielhafte Darstellung der belegärztlichen Leistungen**

Tabelle 3: Beispielhafte Ergebnisdarstellung der belegärztlichen Leistungen des Qualitätsindikators „Besprechen der patientenrelevanten Informationen“ (ID 462400)

ID 462400	Ihr Ergebnis für belegärztliche Leistungen	Vertrauensbereich	Ergebnis (Bund)	Vertrauensbereich (Bund)
2025	-	-	-	-
2026	95,94 Punkte (N = 4)	92,79-98,95	99,37 Punkte (N = 563)	98,77-100,00
2027	-	-	-	-

**Beispielhafte Darstellung des Ergebnisses eines Items des Qualitätsindikators „Besprechen der patientenrelevanten Informationen“ (ID 462400)**

Im Folgenden wird beispielhaft eines der Items innerhalb des Qualitätsindikators „Besprechen der patientenrelevanten Informationen“ (ID 462400) dargestellt.

OPKOMPLIK – „Wurde mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können (z. B. Verletzung der Blase, hoher Blutverlust)?“

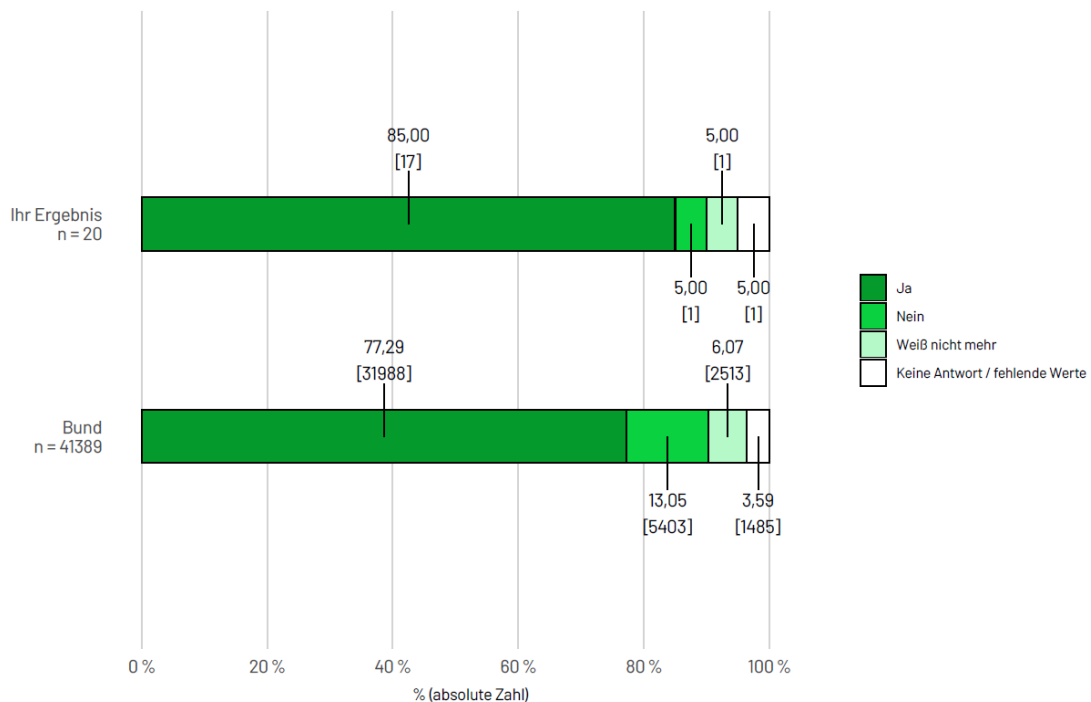


Abbildung 2: Beispielhafte Ergebnisdarstellung eines Items innerhalb des Qualitätsindikators „Besprechen der patientenrelevanten Informationen“ (ID 462400)



## Literatur

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022):

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](https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf) (abgerufen am: 11.08.2022).

## Anhang K: Zielgruppendefinition über ICD- und OPS-Kodes

Zur erfolgreichen Identifikation von Patientinnen für das QS-Verfahren muss mindestens einer der folgenden ICD-10-GM-Kodes (Tabelle 1) - als Hauptdiagnose - in **Kombination** mit einem der aufgeführten OPS-Kodes (Tabelle 2) vorliegen.

Das Ziel ist die Erfassung aller Patientinnen, bei denen aufgrund einer benignen Erkrankung (stationär) eine Hysterektomie durchgeführt wurde.

Patientinnen, bei denen eine Hysterektomie aufgrund a) einer malignen Erkrankung, b) einer Geschlechtsangleichung oder c) eines Notfalls durchgeführt wurden (Haupt- oder Nebendiagnose), sind nicht Teil der Zielgruppe (Tabelle 3).

Tabelle 1: ICD-Kodes für den Einschluss von Patientinnen (Hauptdiagnose)

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>D25.-</b>	<b>Leiomyom des Uterus</b> (inkl. Fibromyom des Uterus)
▪ D25.0	▪ Submuköses Leiomyom des Uterus
▪ D25.1	▪ Intramurales Leiomyom des Uterus
▪ D25.2	▪ Subseröses Leiomyom des Uterus
▪ D25.9	▪ Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet
<b>D26.-</b>	<b>Sonstige gutartige Neubildungen des Uterus</b>
▪ D26.0	▪ Cervix uteri
▪ D26.1	▪ Corpus uteri
▪ D26.7	▪ Sonstige Teile des Uterus
▪ D26.9	▪ Uterus, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>N80.-</b>	<b>Endometriose</b>
▪ N80.0	▪ Endometriose des Uterus (Adenomyosis uteri)
▪ N80.1	▪ Endometriose des Ovars
▪ N80.2	▪ Endometriose der Tuba uterina
▪ N80.3	▪ Endometriose des Beckenperitoneums
▪ N80.4	▪ Endometriose des Septum rectovaginale und der Vagina
▪ N80.5	▪ Endometriose des Darmes
▪ N80.6	▪ Endometriose in Hautnarbe
▪ N80.8	▪ Sonstige Endometriose
▪ N80.9	▪ Endometriose, nicht näher bezeichnet
<b>N81.-</b>	<b>Genitalprolaps bei der Frau</b>
▪ N81.2	▪ Partialprolaps des Uterus und der Vagina
▪ N81.3	▪ Totalprolaps des Uterus und der Vagina
▪ N81.4	▪ Uterovaginalprolaps, nicht näher bezeichnet
▪ N81.8	▪ Sonstiger Genitalprolaps bei der Frau
▪ N81.9	▪ Genitalprolaps bei der Frau, nicht näher bezeichnet
<b>N85.-</b>	<b>Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix</b>
▪ N85.0	▪ Glanduläre Hyperplasie des Endometriums
▪ N85.2	▪ Hypertrophie des Uterus
▪ N85.9	▪ Nichtentzündliche Krankheit des Uterus, nicht näher bezeichnet
<b>N86</b>	<b>Erosion und Ektropium der Cervix uteri</b>

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>N92.-</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N92.0</li> <li>▪ N92.1</li> <li>▪ N92.2</li> <li>▪ N92.3</li> <li>▪ N92.4</li> <li>▪ N92.5</li> <li>▪ N92.6</li> </ul>	<b>Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus</li> <li>▪ Zu starke oder zu häufige Menstruation bei unregelmäßigem Menstruationszyklus</li> <li>▪ Zu starke Menstruation im Pubertätsalter</li> <li>▪ Ovulationsblutung</li> <li>▪ Zu starke Blutung in der Prämenopause</li> <li>▪ Sonstige näher bezeichnete unregelmäßige Menstruation</li> <li>▪ Unregelmäßige Menstruation, nicht näher bezeichnet</li> </ul>
<b>N93.-</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N93.0</li> <li>▪ N93.8</li> <li>▪ N93.9</li> </ul>	<b>Sonstige abnorme Uterus- oder Vaginalblutung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Postkoitale Blutung und Kontaktblutung</li> <li>▪ Sonstige näher bezeichnete abnorme Uterus- oder Vaginalblutung</li> <li>▪ Abnorme Uterus- oder Vaginalblutung, nicht näher bezeichnet</li> </ul>
<b>N94.-</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ N94.0</li> <li>▪ N94.1</li> <li>▪ N94.2</li> <li>▪ N94.3</li> <li>▪ N94.4</li> <li>▪ N94.5</li> <li>▪ N94.6</li> <li>▪ N94.8</li> <li>▪ N94.9</li> </ul>	<b>Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mittelschmerz</li> <li>▪ Dyspareunie</li> <li>▪ Vaginismus</li> <li>▪ Prämenstruelle Beschwerden</li> <li>▪ Primäre Dysmenorrhoe</li> <li>▪ Sekundäre Dysmenorrhoe</li> <li>▪ Dysmenorrhoe, nicht näher bezeichnet</li> <li>▪ Sonstige näher bezeichnete Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus</li> <li>▪ Nicht näher bezeichneter Zustand im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus</li> </ul>

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>N95.-</b>	<b>Klimakterische Störungen</b>
▪ N95.0	▪ Postmenopausenblutung
<b>R10.-</b>	<b>Bauch- und Beckenschmerzen</b>
▪ R10.2	▪ Schmerzen im Becken und am Damm
▪ R10.3	▪ Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches
▪ R10.4	▪ Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen

Tabelle 2: OPS-Kodes für den Einschluss von Patientinnen

OPS-Kode	Kurze Beschreibung
<b>5-682</b>	<b>Subtotale Uterusexstirpation</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 5-682.0 <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 5-682.00</li> <li>▫ 5-682.01</li> <li>▫ 5-682.02</li> <li>▫ 5-682.03</li> <li>▫ 5-682.04</li> <li>▫ 5-682.05</li> <li>▫ 5-682.0x</li> </ul> </li> <li>▪ 5-682.1 <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 5-682.10</li> <li>▫ 5-682.11</li> <li>▫ 5-682.12</li> <li>▫ 5-682.13</li> <li>▫ 5-682.14</li> <li>▫ 5-682.15</li> <li>▫ 5-682.1x</li> </ul> </li> <li>▪ 5-682.2 <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 5-682.20</li> <li>▫ 5-682.21</li> <li>▫ 5-682.22</li> <li>▫ 5-682.2x</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suprazervikal <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Offen chirurgisch (abdominal)</li> <li>▫ Vaginal, laparoskopisch assistiert</li> <li>▫ Endoskopisch (laparoskopisch)</li> <li>▫ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch</li> <li>▫ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch</li> <li>▫ Vaginal</li> <li>▫ Sonstige</li> </ul> </li> <li>▪ Supravaginal <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Offen chirurgisch (abdominal)</li> <li>▫ Vaginal, laparoskopisch assistiert</li> <li>▫ Endoskopisch (laparoskopisch)</li> <li>▫ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch</li> <li>▫ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch</li> <li>▫ Vaginal</li> <li>▫ Sonstige</li> </ul> </li> <li>▪ Hemihysterektomie (bei Uterus bicornis) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Offen chirurgisch (abdominal)</li> <li>▫ Endoskopisch (laparoskopisch)</li> <li>▫ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch</li> <li>▫ Sonstige</li> </ul> </li> </ul>

OPS-Kode	Kurze Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 5-682.x <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 5-682.x0</li> <li>▫ 5-682.x1</li> <li>▫ 5-682.x2</li> <li>▫ 5-682.x3</li> <li>▫ 5-682.x4</li> <li>▫ 5-682.x5</li> <li>▫ 5-682.xx</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sonstige <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Offen chirurgisch (abdominal)</li> <li>▫ Vaginal, laparoskopisch assistiert</li> <li>▫ Endoskopisch (laparoskopisch)</li> <li>▫ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch</li> <li>▫ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch</li> <li>▫ Vaginal</li> <li>▫ Sonstige</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>5-683</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 5-683.0 <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 5-683.00</li> <li>▫ 5-683.01</li> <li>▫ 5-683.02</li> <li>▫ 5-683.03</li> <li>▫ 5-683.04</li> <li>▫ 5-683.05</li> <li>▫ 5-683.0x</li> </ul> </li> <li>▪ 5-683.1 <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 5-683.10</li> <li>▫ 5-683.11</li> <li>▫ 5-683.12</li> <li>▫ 5-683.13</li> <li>▫ 5-683.14</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Uterusexstirpation (Hysterektomie)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ohne Salpingoovariektomie <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Offen chirurgisch (abdominal)</li> <li>▫ Vaginal</li> <li>▫ Vaginal, laparoskopisch assistiert</li> <li>▫ Endoskopisch (laparoskopisch)</li> <li>▫ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch</li> <li>▫ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch</li> <li>▫ Sonstige</li> </ul> </li> <li>▪ mit Salpingoovariektomie, einseitig <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Offen chirurgisch (abdominal)</li> <li>▫ Vaginal</li> <li>▫ Vaginal, laparoskopisch assistiert</li> <li>▫ Endoskopisch (laparoskopisch)</li> <li>▫ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch</li> </ul> </li> </ul>

OPS-Kode	Kurze Beschreibung
▫ 5-683.15	▫ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
▫ 5-683.1x	▫ Sonstige
■ 5-683.2	■ mit Salpingoovariektomie, beidseitig
▫ 5-683.20	▫ Offen chirurgisch (abdominal)
▫ 5-683.21	▫ Vaginal
▫ 5-683.22	▫ Vaginal, laparoskopisch assistiert
▫ 5-683.23	▫ Endoskopisch (laparoskopisch)
▫ 5-683.24	▫ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
▫ 5-683.25	▫ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
▫ 5-683.2x	▫ Sonstige
■ 5-683.5	■ mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, ohne Salpingoovariektomie
■ 5-683.6	■ mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, mit Salpingoovariektomie, einseitig
■ 5-683.7	■ mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, mit Salpingoovariektomie, beidseitig
■ 5-683.x	■ Sonstige
▫ 5-683.x0	▫ Offen chirurgisch (abdominal)
▫ 5-683.x1	▫ Vaginal
▫ 5-683.x2	▫ Vaginal, laparoskopisch assistiert
▫ 5-683.x3	▫ Endoskopisch (laparoskopisch)
▫ 5-683.x4	▫ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
▫ 5-683.x5	▫ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
▫ 5-683.xx	▫ Sonstige



Tabelle 3: ICD-Kodes für den Ausschluss von Patientinnen (Haupt- und Nebendiagnose)

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>C51.-</b>	<b>Bösartige Neubildung der Vulva</b>
▪ C51.0	▪ Labium majus
▪ C51.1	▪ Labium minus
▪ C51.2	▪ Klitoris
▪ C51.8	▪ Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend
▪ C51.9	▪ Vulva, nicht näher bezeichnet
<b>C52</b>	<b>Bösartige Neubildung der Vagina</b>
<b>C53.-</b>	<b>Bösartige Neubildung der Cervix uteri</b>
▪ C53.0	▪ Endozervix
▪ C53.1	▪ Ektozervix
▪ C53.8	▪ Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
▪ C53.9	▪ Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
<b>C54.-</b>	<b>Bösartige Neubildung des Corpus uteri</b>
▪ C54.0	▪ Isthmus uteri
▪ C54.1	▪ Endometrium
▪ C54.2	▪ Myometrium
▪ C54.3	▪ Fundus uteri
▪ C54.8	▪ Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
▪ C54.9	▪ Corpus uteri, nicht näher bezeichnet
<b>C55</b>	<b>Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet</b>
<b>C56</b>	<b>Bösartige Neubildung des Ovars</b>

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>C57.-</b>	<b>Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter weiblicher Genitalorgane</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C57.0</li> <li>▪ C57.1</li> <li>▪ C57.2</li> <li>▪ C57.3</li> <li>▪ C57.4</li> <li>▪ C57.7</li> <li>▪ C57.8</li> <li>▪ C57.9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tuba uterina [Fallopio]</li> <li>▪ Lig. latum uteri</li> <li>▪ Lig. teres uteri</li> <li>▪ Parametrium</li> <li>▪ Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet</li> <li>▪ Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane</li> <li>▪ Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend</li> <li>▪ Weibliches Genitalorgan, nicht näher bezeichnet</li> </ul>
<b>C58</b>	<b>Bösartige Neubildung der Plazenta</b>
<b>C79.-</b>	<b>Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C79.6</li> <li>▪ C79.8- <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ C79.82</li> </ul> </li> <li>▪ C79.9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars</li> <li>▪ Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Sekundäre bösartige Neubildung der Genitalorgane</li> </ul> </li> <li>▪ Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation</li> </ul>
<b>C80.-</b>	<b>Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C80.0</li> <li>▪ C80.9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet</li> <li>▪ Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet</li> </ul>

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>D06.-</b>	<b>Carcinoma in situ der Cervix uteri</b>
▪ D06.0	▪ Endozervix
▪ D06.1	▪ Ektozervix
▪ D06.7	▪ Sonstige Teile der Cervix uteri
▪ D06.9	▪ Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
<b>D07.-</b>	<b>Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Genitalorgane</b>
▪ D07.0	▪ Endometrium
▪ D07.1	▪ Vulva
▪ D07.2	▪ Vagina
▪ D07.3	▪ Sonstige und nicht näher bezeichnete weibliche Genitalorgane
<b>D39.-</b>	<b>Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der weiblichen Genitalorgane</b>
▪ D39.0	▪ Uterus
▪ D39.1	▪ Ovar
▪ D39.2	▪ Plazenta
▪ D39.7	▪ Sonstige weibliche Genitalorgane
▪ D39.9	▪ Weibliches Genitalorgan, nicht näher bezeichnet
<b>D48.-</b>	<b>Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen</b>
▪ D48.9	▪ Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens, nicht näher bezeichnet
<b>F64.-</b>	<b>Störungen der Geschlechtsidentität</b>
▪ F64.0	▪ Transsexualismus

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>N71.-</b>	<b>Entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix</b>
▪ N71.1	▪ Chronische entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix
▪ N71.9	▪ Entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix, nicht näher bezeichnet
<b>N73.-</b>	<b>Sonstige entzündliche Krankheiten im weiblichen Becken</b>
▪ N73.1	▪ Chronische Parametritis und Entzündung des Beckenbindegewebes
▪ N73.2	▪ Nicht näher bezeichnete Parametritis und Entzündung des Beckenbindegewebes
▪ N73.4	▪ Chronische Pelveoperitonitis bei der Frau
▪ N73.5	▪ Pelveoperitonitis bei der Frau, nicht näher bezeichnet
▪ N73.6	▪ Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken
▪ N73.8	▪ Sonstige näher bezeichnete entzündliche Krankheiten im weiblichen Becken
▪ N73.9	▪ Entzündliche Krankheit im weiblichen Becken, nicht näher bezeichnet
<b>N87.-</b>	<b>Dysplasie der Cervix uteri</b>
▪ N87.0	▪ Niedriggradige Dysplasie der Cervix uteri
▪ N87.1	▪ Mittelgradige Dysplasie der Cervix uteri
▪ N87.2	▪ Hochgradige Dysplasie der Cervix uteri, anderenorts nicht klassifiziert
▪ N87.9	▪ Dysplasie der Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
<b>O00.-</b>	<b>Extrauterin gravidität</b>
▪ O00.0	▪ Abdominalgravidität
▪ O00.1	▪ Tubargravidität
▪ O00.2	▪ Ovarialgravidität
▪ O00.8	▪ Sonstige Extrauterin gravidität
▪ O00.9	▪ Extrauterin gravidität, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>001.-</b>	<b>Blasenmole</b>
▪ 001.0	▪ Klassische Blasenmole
▪ 001.1	▪ Partielle oder inkomplette Blasenmole
▪ 001.9	▪ Partielle oder inkomplette Blasenmole
<b>002.-</b>	<b>Sonstige abnorme Konzeptionsprodukte</b>
▪ 002.0	▪ Abortivei und sonstige Molen
▪ 002.1	▪ Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt]
▪ 002.8	▪ Sonstige näher bezeichnete abnorme Konzeptionsprodukte
▪ 002.9	▪ Anomales Konzeptionsprodukt, nicht näher bezeichnet
<b>003.-</b>	<b>Spontanabort</b>
▪ 003.0	▪ Inkomplett, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
▪ 003.1	▪ Inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
▪ 003.2	▪ Inkomplett, kompliziert durch Embolie
▪ 003.3	▪ Inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
▪ 003.4	▪ Inkomplett, ohne Komplikation
▪ 003.5	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
▪ 003.6	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
▪ 003.7	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Embolie
▪ 003.8	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
▪ 003.9	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>004.-</b>	<b>Ärztlich eingeleiteter Abort</b>
▪ 004.0	▪ Inkomplett, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
▪ 004.1	▪ Inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
▪ 004.2	▪ Inkomplett, kompliziert durch Embolie
▪ 004.3	▪ Inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
▪ 004.4	▪ Inkomplett, ohne Komplikation
▪ 004.5	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
▪ 004.6	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
▪ 004.7	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Embolie
▪ 004.8	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
▪ 004.9	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation
<b>005.-</b>	<b>Sonstiger Abort</b>
▪ 005.0	▪ Inkomplett, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
▪ 005.1	▪ Inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
▪ 005.2	▪ Inkomplett, kompliziert durch Embolie
▪ 005.3	▪ Inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
▪ 005.4	▪ Inkomplett, ohne Komplikation
▪ 005.5	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
▪ 005.6	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
▪ 005.7	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Embolie
▪ 005.8	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
▪ 005.9	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>006.-</b>	<b>Nicht näher bezeichneter Abort</b>
▪ 006.0	▪ Inkomplett, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
▪ 006.1	▪ Inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
▪ 006.2	▪ Inkomplett, kompliziert durch Embolie
▪ 006.3	▪ Inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
▪ 006.4	▪ Inkomplett, ohne Komplikation
▪ 006.5	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
▪ 006.6	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
▪ 006.7	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Embolie
▪ 006.8	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
▪ 006.9	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation
<b>007.-</b>	<b>Mislungene Aborteinleitung</b>
▪ 007.0	▪ Mislungene ärztliche Aborteinleitung, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
▪ 007.1	▪ Mislungene ärztliche Aborteinleitung, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
▪ 007.2	▪ Mislungene ärztliche Aborteinleitung, kompliziert durch Embolie
▪ 007.3	▪ Mislungene ärztliche Aborteinleitung mit sonstigen oder nicht näher bezeichneten Komplikationen
▪ 007.4	▪ Mislungene ärztliche Aborteinleitung ohne Komplikation
▪ 007.5	▪ Mislungene sonstige oder nicht näher bezeichnete Aborteinleitung, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
▪ 007.6	▪ Mislungene sonstige oder nicht näher bezeichnete Aborteinleitung, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
▪ 007.7	▪ Mislungene sonstige oder nicht näher bezeichnete Aborteinleitung, kompliziert durch Embolie
▪ 007.8	▪ Mislungene sonstige oder nicht näher bezeichnete Aborteinleitung mit sonstigen oder nicht näher bezeichneten Komplikationen
▪ 007.9	▪ Mislungene sonstige oder nicht näher bezeichnete Aborteinleitung ohne Komplikation

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>008.-</b>	<b>Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft</b>
▪ 008.0	▪ Infektion des Genitaltraktes und des Beckens nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
▪ 008.1	▪ Spätblutung oder verstärkte Blutung nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
▪ 008.2	▪ Embolie nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
▪ 008.3	▪ Schock nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
▪ 008.4	▪ Niereninsuffizienz nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
▪ 008.5	▪ Stoffwechselstörungen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
▪ 008.6	▪ Verletzung von Beckenorganen und -geweben nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
▪ 008.7	▪ Sonstige Venenkrankheiten als Komplikation nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
▪ 008.8	▪ Sonstige Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
▪ 008.9	▪ Komplikation nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft, nicht näher bezeichnet
<b>009.-!</b>	<b>Schwangerschaftsdauer</b>
▪ 009.0!	▪ Weniger als 5 vollendete Wochen
▪ 009.1!	▪ 5 bis 13 vollendete Wochen
▪ 009.2!	▪ 14. Woche bis 19 vollendete Wochen
▪ 009.3!	▪ 20. Woche bis 25 vollendete Wochen
▪ 009.4!	▪ 26. Woche bis 33 vollendete Wochen
▪ 009.5!	▪ 34. Woche bis 36 vollendete Wochen
▪ 009.6!	▪ 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
▪ 009.7!	▪ Mehr als 41 vollendete Wochen
▪ 009.9!	▪ Nicht näher bezeichnet



ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>010.-</b>	<b>Vorher bestehende Hypertonie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 010.0</li> <li>▪ 010.1</li> <li>▪ 010.2</li> <li>▪ 010.3</li> <li>▪ 010.4</li> <li>▪ 010.9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorher bestehende essentielle Hypertonie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert</li> <li>▪ Vorher bestehende hypertensive Herzkrankheit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert</li> <li>▪ Vorher bestehende hypertensive Nierenkrankheit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert</li> <li>▪ Vorher bestehende hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert</li> <li>▪ Vorher bestehende sekundäre Hypertonie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert</li> <li>▪ Nicht näher bezeichnete, vorher bestehende Hypertonie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert</li> </ul>
<b>011</b>	<b>Chronische Hypertonie mit aufgepropfter Präeklampsie</b>
<b>012.-</b>	<b>Gestationsödeme und Gestationsproteinurie [schwangerschaftsinduziert] ohne Hypertonie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 012.0</li> <li>▪ 012.1</li> <li>▪ 012.2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schwangerschaftsödem</li> <li>▪ Schwangerschaftsproteinurie</li> <li>▪ Schwangerschaftsödem mit Proteinurie</li> </ul>
<b>013</b>	<b>Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]</b>
<b>014.-</b>	<b>Präeklampsie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 014.0</li> <li>▪ 014.1</li> <li>▪ 014.2</li> <li>▪ 014.9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leichte bis mäßige Präeklampsie</li> <li>▪ Schwere Präeklampsie</li> <li>▪ HELLP-Syndrom</li> <li>▪ Präeklampsie, nicht näher bezeichnet</li> </ul>

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>015.-</b>	<b>Eklampsie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 015.0</li> <li>▪ 015.1</li> <li>▪ 015.2</li> <li>▪ 015.9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eklampsie während der Schwangerschaft</li> <li>▪ Eklampsie unter der Geburt</li> <li>▪ Eklampsie im Wochenbett</li> <li>▪ Eklampsie, bei der der zeitliche Bezug nicht angegeben ist</li> </ul>
<b>016</b>	<b>Nicht näher bezeichnete Hypertonie der Mutter</b>
<b>020.-</b>	<b>Blutung in der Frühschwangerschaft</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 020.0</li> <li>▪ 020.8</li> <li>▪ 020.9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Drohender Abort</li> <li>▪ Sonstige Blutung in der Frühschwangerschaft</li> <li>▪ Blutung in der Frühschwangerschaft, nicht näher bezeichnet</li> </ul>
<b>021.-</b>	<b>Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 021.0</li> <li>▪ 021.1</li> <li>▪ 021.2</li> <li>▪ 021.8</li> <li>▪ 021.9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leichte Hyperemesis gravidarum</li> <li>▪ Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung</li> <li>▪ Späterbrechen während der Schwangerschaft</li> <li>▪ Sonstiges Erbrechen, das die Schwangerschaft kompliziert</li> <li>▪ Erbrechen während der Schwangerschaft, nicht näher bezeichnet</li> </ul>
<b>022.-</b>	<b>Venenkrankheiten und Hämorrhoiden als Komplikationen in der Schwangerschaft</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 022.0</li> <li>▪ 022.1</li> <li>▪ 022.2</li> <li>▪ 022.3</li> <li>▪ 022.4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Varizen der unteren Extremitäten in der Schwangerschaft</li> <li>▪ Varizen der Genitalorgane in der Schwangerschaft</li> <li>▪ Oberflächliche Thrombophlebitis in der Schwangerschaft</li> <li>▪ Tiefe Venenthrombose in der Schwangerschaft</li> <li>▪ Hämorrhoiden in der Schwangerschaft</li> </ul>

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 022.5</li> <li>▪ 022.8</li> <li>▪ 022.9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hirnvenenthrombose in der Schwangerschaft</li> <li>▪ Sonstige Venenkrankheiten als Komplikation in der Schwangerschaft</li> <li>▪ Venenkrankheit als Komplikation in der Schwangerschaft, nicht näher bezeichnet</li> </ul>
<p><b>023.-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 023.0</li> <li>▪ 023.1</li> <li>▪ 023.2</li> <li>▪ 023.3</li> <li>▪ 023.4</li> <li>▪ 023.5</li> <li>▪ 023.9</li> </ul>	<p><b>Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infektionen der Niere in der Schwangerschaft</li> <li>▪ Infektionen der Harnblase in der Schwangerschaft</li> <li>▪ Infektionen der Urethra in der Schwangerschaft</li> <li>▪ Infektionen von sonstigen Teilen der Harnwege in der Schwangerschaft</li> <li>▪ Nicht näher bezeichnete Infektion der Harnwege in der Schwangerschaft</li> <li>▪ Infektionen des Genitaltraktes in der Schwangerschaft</li> <li>▪ Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektion des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft</li> </ul>
<p><b>024.-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 024.0</li> <li>▪ 024.1</li> <li>▪ 024.2</li> <li>▪ 024.3</li> <li>▪ 024.4</li> <li>▪ 024.9</li> </ul>	<p><b>Diabetes mellitus in der Schwangerschaft</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorher bestehender Diabetes mellitus, Typ 1</li> <li>▪ Vorher bestehender Diabetes mellitus, Typ 2</li> <li>▪ Vorher bestehender Diabetes mellitus durch Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]</li> <li>▪ Vorher bestehender Diabetes mellitus, nicht näher bezeichnet</li> <li>▪ Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend</li> <li>▪ Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, nicht näher bezeichnet</li> </ul>
<p><b>025</b></p>	<p><b>Fehl- und Mangelernährung in der Schwangerschaft</b></p>
<p><b>026.-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 026.0</li> <li>▪ 026.1</li> </ul>	<p><b>Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Übermäßige Gewichtszunahme in der Schwangerschaft</li> <li>▪ Geringe Gewichtszunahme in der Schwangerschaft</li> </ul>

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 026.2</li> <li>▪ 026.3</li> <li>▪ 026.4</li> <li>▪ 026.5</li> <li>▪ 026.6- <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 026.60</li> <li>▫ 026.68</li> </ul> </li> <li>▪ 026.7</li> <li>▪ 026.8- <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 026.81</li> <li>▫ 026.82</li> <li>▫ 026.83</li> <li>▫ 026.88</li> </ul> </li> <li>▪ 026.9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schwangerschaftsbetreuung bei Neigung zu habituellem Abort</li> <li>▪ Schwangerschaft bei liegendem Intrauterinpeppisar</li> <li>▪ Herpes gestationis</li> <li>▪ Hypotonie-Syndrom der Mutter</li> <li>▪ Leberkrankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Schwangerschaftscholestase</li> <li>▫ Sonstige Leberkrankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes</li> </ul> </li> <li>▪ Subluxation der Symphysis (pubica) während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes</li> <li>▪ Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Nierenkrankheit, mit der Schwangerschaft verbunden</li> <li>▫ Karpaltunnel-Syndrom während der Schwangerschaft</li> <li>▫ Periphere Neuritis während der Schwangerschaft</li> <li>▫ Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind</li> </ul> </li> <li>▪ Mit der Schwangerschaft verbundener Zustand, nicht näher bezeichnet</li> </ul>
<p><b>028.-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 028.0</li> <li>▪ 028.1</li> <li>▪ 028.2</li> <li>▪ 028.3</li> <li>▪ 028.4</li> <li>▪ 028.5</li> <li>▪ 028.8</li> <li>▪ 028.9</li> </ul>	<p><b>Abnorme Befunde bei der Screeninguntersuchung der Mutter zur pränatalen Diagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abnormer hämatologischer Befund bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter</li> <li>▪ Abnormer biochemischer Befund bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter</li> <li>▪ Abnormer zytologischer Befund bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter</li> <li>▪ Abnormer Ultraschallbefund bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter</li> <li>▪ Abnormer radiologischer Befund bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter</li> <li>▪ Abnormer Chromosomen- oder genetischer Befund bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter</li> <li>▪ Sonstige abnorme Befunde bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter</li> <li>▪ Anomaler Befund bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter, nicht näher bezeichnet</li> </ul>

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>029.-</b>	<b>Komplikationen bei Anästhesie in der Schwangerschaft</b>
▪ 029.0	▪ Pulmonale Komplikationen bei Anästhesie in der Schwangerschaft
▪ 029.1	▪ Kardiale Komplikationen bei Anästhesie in der Schwangerschaft
▪ 029.2	▪ Komplikationen des Zentralnervensystems bei Anästhesie in der Schwangerschaft
▪ 029.3	▪ Toxische Reaktion auf Lokalanästhesie in der Schwangerschaft
▪ 029.4	▪ Kopfschmerzen nach Spinal- oder Periduralanästhesie in der Schwangerschaft
▪ 029.5	▪ Sonstige Komplikationen nach Spinal- oder Periduralanästhesie in der Schwangerschaft
▪ 029.6	▪ Misslingen oder Schwierigkeiten bei der Intubation in der Schwangerschaft
▪ 029.8	▪ Sonstige Komplikationen bei Anästhesie in der Schwangerschaft
▪ 029.9	▪ Komplikation bei Anästhesie in der Schwangerschaft, nicht näher bezeichnet
<b>030.-</b>	<b>Mehrlingsschwangerschaft</b>
▪ 030.0	▪ Zwillingsschwangerschaft
▪ 030.1	▪ Drillingschwangerschaft
▪ 030.2	▪ Vierlingschwangerschaft
▪ 030.8	▪ Sonstige Mehrlingsschwangerschaft
▪ 030.9	▪ Mehrlingsschwangerschaft, nicht näher bezeichnet
<b>031.-</b>	<b>Komplikationen, die für eine Mehrlingsschwangerschaft spezifisch sind</b>
▪ 031.0	▪ Fetus papyraceus
▪ 031.1	▪ Fortbestehen der Schwangerschaft nach Fehlgeburt eines oder mehrerer Feten
▪ 031.2	▪ Fortbestehen der Schwangerschaft nach intrauterinem Absterben eines oder mehrerer Feten
▪ 031.8	▪ Sonstige Komplikationen, die für eine Mehrlingsschwangerschaft spezifisch sind

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>032.-</b>	<b>Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus</b>
▪ 032.0	▪ Betreuung der Mutter wegen wechselnder Kindslage
▪ 032.1	▪ Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage
▪ 032.2	▪ Betreuung der Mutter bei Quer- und Schräglage
▪ 032.3	▪ Betreuung der Mutter bei Gesichts-, Stirn- und Kinnlage
▪ 032.4	▪ Betreuung der Mutter bei Nichteintreten des Kopfes zum Termin
▪ 032.5	▪ Betreuung der Mutter bei Mehrlingsschwangerschaft mit Lage- und Einstellungsanomalie eines oder mehrerer Feten
▪ 032.6	▪ Betreuung der Mutter bei kombinierten Lage- und Einstellungsanomalien
▪ 032.8	▪ Betreuung der Mutter bei sonstigen Lage- und Einstellungsanomalien des Fetus
▪ 032.9	▪ Betreuung der Mutter bei Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus, nicht näher bezeichnet
<b>033.-</b>	<b>Betreuung der Mutter bei festgestelltem oder vermutetem Missverhältnis zwischen Fetus und Becken</b>
▪ 033.0	▪ Betreuung der Mutter bei Missverhältnis durch Deformität des mütterlichen knöchernen Beckens
▪ 033.1	▪ Betreuung der Mutter bei Missverhältnis durch allgemein verengtes Becken
▪ 033.2	▪ Betreuung der Mutter bei Missverhältnis durch Beckeneingangsverengung
▪ 033.3	▪ Betreuung der Mutter bei Missverhältnis durch Beckenausgangsverengung
▪ 033.4	▪ Betreuung der Mutter wegen Missverhältnis bei kombinierter mütterlicher und fetaler Ursache
▪ 033.5	▪ Betreuung der Mutter bei Missverhältnis durch ungewöhnlich großen Fetus
▪ 033.6	▪ Betreuung der Mutter bei Missverhältnis durch Hydrozephalus des Fetus
▪ 033.7	▪ Betreuung der Mutter bei Missverhältnis durch sonstige Deformitäten des Fetus
▪ 033.8	▪ Betreuung der Mutter bei Missverhältnis sonstigen Ursprungs
▪ 033.9	▪ Betreuung der Mutter bei Missverhältnis, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>034.-</b>	<b>Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane</b>
▪ 034.0	▪ Betreuung der Mutter bei angeborener Fehlbildung des Uterus
▪ 034.1	▪ Betreuung der Mutter bei Tumor des Corpus uteri
▪ 034.2	▪ Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff
▪ 034.3-	▪ Betreuung der Mutter bei Zervixinsuffizienz
▫ 034.30	▫ Betreuung der Mutter bei vaginalsonographisch dokumentierter Zervixlänge unter 10 mm oder Trichterbildung
▫ 034.31	▫ Betreuung der Mutter bei Fruchtblasenprolaps
▫ 034.38	▫ Betreuung der Mutter bei sonstiger Zervixinsuffizienz
▫ 034.39	▫ Betreuung der Mutter bei Zervixinsuffizienz, nicht näher bezeichnet
▪ 034.4	▪ Betreuung der Mutter bei sonstigen Anomalien der Cervix uteri
▪ 034.5	▪ Betreuung der Mutter bei sonstigen Anomalien des graviden Uterus
▪ 034.6	▪ Betreuung der Mutter bei Anomalie der Vagina
▪ 034.7	▪ Betreuung der Mutter bei Anomalie der Vulva und des Perineums
▪ 034.8	▪ Betreuung der Mutter bei sonstigen Anomalien der Beckenorgane
▪ 034.9	▪ Betreuung der Mutter bei Anomalie der Beckenorgane, nicht näher bezeichnet
<b>035.-</b>	<b>Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie oder Schädigung des Fetus</b>
▪ 035.0	▪ Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Fehlbildung des Zentralnervensystems beim Fetus
▪ 035.1	▪ Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Chromosomenanomalie beim Fetus
▪ 035.2	▪ Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) hereditäre Krankheit beim Fetus
▪ 035.3	▪ Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Fetus durch Viruskrankheit der Mutter
▪ 035.4	▪ Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Fetus durch Alkohol
▪ 035.5	▪ Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Fetus durch Arzneimittel oder Drogen
▪ 035.6	▪ Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Fetus durch Strahleneinwirkung

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 035.7</li> <li>▪ 035.8</li> <li>▪ 035.9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Fetus durch sonstige medizinische Maßnahmen</li> <li>▪ Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) sonstige Anomalie oder Schädigung des Fetus</li> <li>▪ Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Anomalie oder Schädigung des Fetus, nicht näher bezeichnet</li> </ul>
<b>036.-</b>	<b>Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 036.0</li> <li>▪ 036.1</li> <li>▪ 036.2</li> <li>▪ 036.3</li> <li>▪ 036.4</li> <li>▪ 036.5</li> <li>▪ 036.6</li> <li>▪ 036.7</li> <li>▪ 036.8</li> <li>▪ 036.9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Betreuung der Mutter wegen Rhesus-Isoimmunisierung</li> <li>▪ Betreuung der Mutter wegen sonstiger Isoimmunisierung</li> <li>▪ Betreuung der Mutter wegen Hydrops fetalis</li> <li>▪ Betreuung der Mutter wegen Anzeichen für fetale Hypoxie</li> <li>▪ Betreuung der Mutter wegen intrauterinen Fruchttodes</li> <li>▪ Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung</li> <li>▪ Betreuung der Mutter wegen fetaler Hypertrophie</li> <li>▪ Betreuung der Mutter wegen eines lebensfähigen Fetus bei Abdominalgravidität</li> <li>▪ Betreuung der Mutter wegen sonstiger näher bezeichneter Komplikationen beim Fetus</li> <li>▪ Betreuung der Mutter wegen Komplikation beim Fetus, nicht näher bezeichnet</li> </ul>
<b>040</b>	<b>Polyhydramnion</b>
<b>041.-</b>	<b>Sonstige Veränderungen des Fruchtwassers und der Eihäute</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 041.0</li> <li>▪ 041.1</li> <li>▪ 041.8</li> <li>▪ 041.9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oligohydramnion</li> <li>▪ Infektion der Fruchtblase und der Eihäute</li> <li>▪ Sonstige näher bezeichnete Veränderungen des Fruchtwassers und der Eihäute</li> <li>▪ Veränderung des Fruchtwassers und der Eihäute, nicht näher bezeichnet</li> </ul>



ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>042.-</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 042.0</li> <li>▪ 042.1- <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 042.11</li> <li>▫ 042.12</li> </ul> </li> <li>▪ 042.2- <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 042.20</li> <li>▫ 042.21</li> <li>▫ 042.22</li> <li>▫ 042.29</li> </ul> </li> <li>▪ 042.9</li> </ul>	<b>Vorzeitiger Blasensprung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden</li> <li>▪ Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn nach Ablauf von 24 Stunden <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn nach Ablauf von 1 bis 7 Tagen</li> <li>▫ Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn nach Ablauf von mehr als 7 Tagen</li> </ul> </li> <li>▪ Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden</li> <li>▫ Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie, Wehenbeginn nach Ablauf von 1 bis 7 Tagen</li> <li>▫ Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie, Wehenbeginn nach Ablauf von mehr als 7 Tagen</li> <li>▫ Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie, ohne Angabe des Wehenbeginns</li> </ul> </li> <li>▪ Vorzeitiger Blasensprung, nicht näher bezeichnet</li> </ul>
<b>043.-</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 043.0</li> <li>▪ 043.1</li> <li>▪ 043.2- <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 043.20</li> <li>▫ 043.21</li> </ul> </li> <li>▪ 043.8</li> <li>▪ 043.9</li> </ul>	<b>Pathologische Zustände der Plazenta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Transplazentare Transfusionssyndrome</li> <li>▪ Fehlbildung der Plazenta</li> <li>▪ Krankhaft anhaftende Plazenta <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Placenta accreta</li> <li>▫ Placenta increta oder percreta</li> </ul> </li> <li>▪ Sonstige pathologische Zustände der Plazenta</li> <li>▪ Pathologischer Zustand der Plazenta, nicht näher bezeichnet</li> </ul>
<b>044.-</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 044.0- <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 044.00</li> <li>▫ 044.01</li> </ul> </li> </ul>	<b>Placenta praevia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Placenta praevia und tiefer Sitz der Plazenta ohne (aktuelle) Blutung <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Tiefer Sitz der Plazenta ohne (aktuelle) Blutung</li> <li>▫ Placenta praevia ohne (aktuelle) Blutung</li> </ul> </li> </ul>

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 044.1- <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 044.10</li> <li>▫ 044.11</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Placenta praevia und tiefer Sitz der Plazenta mit aktueller Blutung <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Tiefer Sitz der Plazenta mit aktueller Blutung</li> <li>▫ Placenta praevia mit aktueller Blutung</li> </ul> </li> </ul>
<b>045.-</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 045.0</li> <li>▪ 045.8</li> <li>▪ 045.9</li> </ul>	<b>Vorzeitige Plazentalösung [Abruptio placentae]</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorzeitige Plazentalösung bei Gerinnungsstörung</li> <li>▪ Sonstige vorzeitige Plazentalösung</li> <li>▪ Vorzeitige Plazentalösung, nicht näher bezeichnet</li> </ul>
<b>046.-</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 046.0</li> <li>▪ 046.8</li> <li>▪ 046.9</li> </ul>	<b>Präpartale Blutung, anderenorts nicht klassifiziert</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Präpartale Blutung bei Gerinnungsstörung</li> <li>▪ Sonstige präpartale Blutung</li> <li>▪ Präpartale Blutung, nicht näher bezeichnet</li> </ul>
<b>047.-</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 047.0</li> <li>▪ 047.1</li> <li>▪ 047.9</li> </ul>	<b>Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frustrane Kontraktionen vor 37 vollendeten Schwangerschaftswochen</li> <li>▪ Frustrane Kontraktionen ab 37 oder mehr vollendeten Schwangerschaftswochen</li> <li>▪ Frustrane Kontraktionen, nicht näher bezeichnet</li> </ul>
<b>048</b>	<b>Übertragene Schwangerschaft</b>
<b>060.-</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 060.0</li> <li>▪ 060.1</li> <li>▪ 060.2</li> <li>▪ 060.3</li> </ul>	<b>Vorzeitige Wehen und Entbindung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorzeitige Wehen ohne Entbindung</li> <li>▪ Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung</li> <li>▪ Vorzeitige Wehen mit termingerechter Entbindung</li> <li>▪ Vorzeitige Entbindung ohne spontane Wehen</li> </ul>

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>061.-</b>	<b>Misslungene Geburtseinleitung</b>
▪ 061.0	▪ Misslungene medikamentöse Geburtseinleitung
▪ 061.1	▪ Misslungene instrumentelle Geburtseinleitung
▪ 061.8	▪ Sonstige misslungene Geburtseinleitung
▪ 061.9	▪ Misslungene Geburtseinleitung, nicht näher bezeichnet
<b>062.-</b>	<b>Abnorme Wehentätigkeit</b>
▪ 062.0	▪ Primäre Wehenschwäche
▪ 062.1	▪ Sekundäre Wehenschwäche
▪ 062.2	▪ Sonstige Wehenschwäche
▪ 062.3	▪ Überstürzte Geburt
▪ 062.4	▪ Hypertone, unkoordinierte und anhaltende Uteruskontraktionen
▪ 062.8	▪ Sonstige abnorme Wehentätigkeit
▪ 062.9	▪ Abnorme Wehentätigkeit, nicht näher bezeichnet
<b>063.-</b>	<b>Protrahierte Geburt</b>
▪ 063.0	▪ Protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode (bei der Geburt)
▪ 063.1	▪ Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode (bei der Geburt)
▪ 063.2	▪ Protrahierte Geburt des zweiten Zwillings, Drillings usw.
▪ 063.9	▪ Protrahierte Geburt, nicht näher bezeichnet
<b>064.-</b>	<b>Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus</b>
▪ 064.0	▪ Geburtshindernis durch unvollständige Drehung des kindlichen Kopfes
▪ 064.1	▪ Geburtshindernis durch Beckenendlage
▪ 064.2	▪ Geburtshindernis durch Gesichtslage

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 064.3</li> <li>▪ 064.4</li> <li>▪ 064.5</li> <li>▪ 064.8</li> <li>▪ 064.9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geburtshindernis durch Stirnlage</li> <li>▪ Geburtshindernis durch Querlage</li> <li>▪ Geburtshindernis durch kombinierte Einstellungsanomalien</li> <li>▪ Geburtshindernis durch sonstige Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien</li> <li>▪ Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien, nicht näher bezeichnet</li> </ul>
<p><b>065.-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 065.0</li> <li>▪ 065.1</li> <li>▪ 065.2</li> <li>▪ 065.3</li> <li>▪ 065.4</li> <li>▪ 065.5</li> <li>▪ 065.8</li> <li>▪ 065.9</li> </ul>	<p><b>Geburtshindernis durch Anomalie des mütterlichen Beckens</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geburtshindernis durch Beckendeformität</li> <li>▪ Geburtshindernis durch allgemein verengtes Becken</li> <li>▪ Geburtshindernis durch Beckeneingangsverengung</li> <li>▪ Geburtshindernis durch Beckenausgangsverengung und Verengung in Beckenmitte</li> <li>▪ Geburtshindernis durch Missverhältnis zwischen Fetus und Becken, nicht näher bezeichnet</li> <li>▪ Geburtshindernis durch Anomalie der mütterlichen Beckenorgane</li> <li>▪ Geburtshindernis durch sonstige Anomalien des mütterlichen Beckens</li> <li>▪ Geburtshindernis durch Anomalie des mütterlichen Beckens, nicht näher bezeichnet</li> </ul>
<p><b>066.-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 066.0</li> <li>▪ 066.1</li> <li>▪ 066.2</li> <li>▪ 066.3</li> <li>▪ 066.4</li> <li>▪ 066.5</li> <li>▪ 066.8</li> <li>▪ 066.9</li> </ul>	<p><b>Sonstiges Geburtshindernis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geburtshindernis durch Schulterdystokie</li> <li>▪ Geburtshindernis durch verhakte Zwillinge</li> <li>▪ Geburtshindernis durch ungewöhnlich großen Fetus</li> <li>▪ Geburtshindernis durch sonstige Anomalien des Fetus</li> <li>▪ Misslungener Versuch der Geburtsbeendigung, nicht näher bezeichnet</li> <li>▪ Misslungener Versuch einer Vakuum- oder Zangenextraktion, nicht näher bezeichnet</li> <li>▪ Sonstiges näher bezeichnetes Geburtshindernis</li> <li>▪ Geburtshindernis, nicht näher bezeichnet</li> </ul>

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>067.-</b>	<b>Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch intrapartale Blutung, anderenorts nicht klassifiziert</b>
▪ 067.0	▪ Intrapartale Blutung bei Gerinnungsstörung
▪ 067.8	▪ Sonstige intrapartale Blutung
▪ 067.9	▪ Intrapartale Blutung, nicht näher bezeichnet
<b>068.-</b>	<b>Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]</b>
▪ 068.0	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz
▪ 068.1	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser
▪ 068.2	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser
▪ 068.3	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress, biochemisch nachgewiesen
▪ 068.8	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress, mittels anderer Untersuchungsmethoden nachgewiesen
▪ 068.9	▪ Komplikation bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress, nicht näher bezeichnet
<b>069.-</b>	<b>Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen</b>
▪ 069.0	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurvorfall
▪ 069.1	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurumschlingung des Halses mit Kompression der Nabelschnur
▪ 069.2	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch sonstige Nabelschnurverschlingung, mit Kompression
▪ 069.3	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch zu kurze Nabelschnur
▪ 069.4	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Vasa praevia
▪ 069.5	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Gefäßverletzung der Nabelschnur
▪ 069.8	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch sonstige Nabelschnurkomplikationen
▪ 069.9	▪ Komplikation bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikation, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>070.-</b>	<b>Dammriss unter der Geburt</b>
▪ 070.0	▪ Dammriss 1. Grades unter der Geburt
▪ 070.1	▪ Dammriss 2. Grades unter der Geburt
▪ 070.2	▪ Dammriss 3. Grades unter der Geburt
▪ 070.3	▪ Dammriss 4. Grades unter der Geburt
▪ 070.9	▪ Dammriss unter der Geburt, nicht näher bezeichnet
<b>071.-</b>	<b>Sonstige Verletzungen unter der Geburt</b>
▪ 071.0	▪ Uterusruptur vor Wehenbeginn
▪ 071.1	▪ Uterusruptur während der Geburt
▪ 071.2	▪ Inversio uteri, postpartal
▪ 071.3	▪ Zervixriss unter der Geburt
▪ 071.4	▪ Hoher Scheidenriss unter der Geburt
▪ 071.5	▪ Sonstige Verletzung von Beckenorganen unter der Geburt
▪ 071.6	▪ Schädigung von Beckengelenken und -bändern unter der Geburt
▪ 071.7	▪ Beckenhämatom unter der Geburt
▪ 071.8	▪ Sonstige näher bezeichnete Verletzungen unter der Geburt
▪ 071.9	▪ Verletzung unter der Geburt, nicht näher bezeichnet
<b>072.-</b>	<b>Postpartale Blutung</b>
▪ 072.0	▪ Blutung in der Nachgeburtsperiode
▪ 072.1	▪ Sonstige unmittelbar postpartal auftretende Blutung
▪ 072.2	▪ Spätblutung und späte Nachgeburtsblutung
▪ 072.3	▪ Postpartale Gerinnungsstörungen

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>073.-</b>	<b>Retention der Plazenta und der Eihäute ohne Blutung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 073.0</li> <li>▪ 073.1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Retention der Plazenta ohne Blutung</li> <li>▪ Retention von Plazenta- oder Eihautresten ohne Blutung</li> </ul>
<b>074.-</b>	<b>Komplikationen bei Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 074.0</li> <li>▪ 074.1</li> <li>▪ 074.2</li> <li>▪ 074.3</li> <li>▪ 074.4</li> <li>▪ 074.5</li> <li>▪ 074.6</li> <li>▪ 074.7</li> <li>▪ 074.8</li> <li>▪ 074.9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aspirationspneumonie durch Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung</li> <li>▪ Sonstige pulmonale Komplikationen bei Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung</li> <li>▪ Kardiale Komplikationen bei Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung</li> <li>▪ Komplikationen des Zentralnervensystems bei Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung</li> <li>▪ Toxische Reaktion auf Lokalanästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung</li> <li>▪ Kopfschmerzen nach Spinal- oder Periduralanästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung</li> <li>▪ Sonstige Komplikationen bei Spinal- oder Periduralanästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung</li> <li>▪ Misslingen oder Schwierigkeiten bei der Intubation während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung</li> <li>▪ Sonstige Komplikationen bei Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung</li> <li>▪ Komplikation bei Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung, nicht näher bezeichnet</li> </ul>
<b>075.-</b>	<b>Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung, anderenorts nicht klassifiziert</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 075.0</li> <li>▪ 075.1</li> <li>▪ 075.2</li> <li>▪ 075.3</li> <li>▪ 075.4</li> <li>▪ 075.5</li> <li>▪ 075.6</li> <li>▪ 075.7</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mütterlicher Gefahrenzustand während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung</li> <li>▪ Schock während oder nach Wehentätigkeit und Entbindung</li> <li>▪ Fieber unter der Geburt, anderenorts nicht klassifiziert</li> <li>▪ Sonstige Infektion unter der Geburt</li> <li>▪ Sonstige Komplikationen bei geburtshilflichen Operationen und Maßnahmen</li> <li>▪ Protrahierte Geburt nach Blasensprengung</li> <li>▪ Protrahierte Geburt nach spontanem oder nicht näher bezeichnetem Blasensprung</li> <li>▪ Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittentbindung</li> </ul>

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 075.8</li> <li>▪ 075.9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung</li> <li>▪ Komplikation bei Wehentätigkeit und Entbindung, nicht näher bezeichnet</li> </ul>
<b>080</b>	<b>Spontangeburt eines Einlings</b>
<b>081</b>	<b>Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumentextraktion</b>
<b>082</b>	<b>Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]</b>
<b>085</b>	<b>Puerperalfieber</b>
<b>086.-</b>	<b>Sonstige Wochenbettinfektionen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 086.0</li> <li>▪ 086.1</li> <li>▪ 086.2</li> <li>▪ 086.3</li> <li>▪ 086.4</li> <li>▪ 086.8</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infektion der Wunde nach operativem geburtshilflichem Eingriff</li> <li>▪ Sonstige Infektion des Genitaltraktes nach Entbindung</li> <li>▪ Infektion des Harntraktes nach Entbindung</li> <li>▪ Sonstige Infektionen des Urogenitaltraktes nach Entbindung</li> <li>▪ Fieber unbekanntes Ursprungs nach Entbindung</li> <li>▪ Sonstige näher bezeichnete Wochenbettinfektionen</li> </ul>
<b>087.-</b>	<b>Venenkrankheiten und Hämorrhoiden als Komplikationen im Wochenbett</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 087.0</li> <li>▪ 087.1</li> <li>▪ 087.2</li> <li>▪ 087.3</li> <li>▪ 087.8</li> <li>▪ 087.9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oberflächliche Thrombophlebitis im Wochenbett</li> <li>▪ Tiefe Venenthrombose im Wochenbett</li> <li>▪ Hämorrhoiden im Wochenbett</li> <li>▪ Hirnvenenthrombose im Wochenbett</li> <li>▪ Sonstige Venenkrankheiten als Komplikation im Wochenbett</li> <li>▪ Venenkrankheit als Komplikation im Wochenbett, nicht näher bezeichnet</li> </ul>



ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>088.-</b>	<b>Embolie während der Gestationsperiode</b>
▪ 088.0	▪ Luftembolie während der Gestationsperiode
▪ 088.1	▪ Fruchtwasserembolie
▪ 088.2-	▪ Thromboembolie während der Gestationsperiode
▫ 088.20	▫ Lungenembolie während der Gestationsperiode
▫ 088.28	▫ Sonstige Thromboembolie während der Gestationsperiode
▪ 088.3	▪ Pyämische und septische Embolie während der Gestationsperiode
▪ 088.8	▪ Sonstige Embolie während der Gestationsperiode
<b>089.-</b>	<b>Komplikationen bei Anästhesie im Wochenbett</b>
▪ 089.0	▪ Pulmonale Komplikationen bei Anästhesie im Wochenbett
▪ 089.1	▪ Kardiale Komplikationen bei Anästhesie im Wochenbett
▪ 089.2	▪ Komplikationen des Zentralnervensystems bei Anästhesie im Wochenbett
▪ 089.3	▪ Toxische Reaktion auf Lokalanästhesie im Wochenbett
▪ 089.4	▪ Kopfschmerzen nach Spinal- oder Periduralanästhesie im Wochenbett
▪ 089.5	▪ Sonstige Komplikationen nach Spinal- oder Periduralanästhesie im Wochenbett
▪ 089.6	▪ Mislingen oder Schwierigkeiten bei der Intubation im Wochenbett
▪ 089.8	▪ Sonstige Komplikationen bei Anästhesie im Wochenbett
▪ 089.9	▪ Komplikation bei Anästhesie im Wochenbett, nicht näher bezeichnet
<b>090.-</b>	<b>Wochenbettkomplikationen, anderenorts nicht klassifiziert</b>
▪ 090.0	▪ Dehiszenz einer Schnittentbindungswunde
▪ 090.1	▪ Dehiszenz einer geburtshilflichen Dammwunde
▪ 090.2	▪ Hämatom einer geburtshilflichen Wunde
▪ 090.3	▪ Kardiomyopathie im Wochenbett

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 090.4</li> <li>▪ 090.5</li> <li>▪ 090.8</li> <li>▪ 090.9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Postpartales akutes Nierenversagen</li> <li>▪ Postpartale Thyreoiditis</li> <li>▪ Sonstige Wochenbettkomplikationen, anderenorts nicht klassifiziert</li> <li>▪ Wochenbettkomplikation, nicht näher bezeichnet</li> </ul>
<p><b>091.-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 091.0- <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 091.00</li> <li>▫ 091.01</li> </ul> </li> <li>▪ 091.1- <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 091.10</li> <li>▫ 091.11</li> </ul> </li> <li>▪ 091.2- <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 091.20</li> <li>▫ 091.21</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Infektionen der Mamma [Brustdrüse] im Zusammenhang mit der Gestation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infektion der Brustwarze im Zusammenhang mit der Gestation <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> <li>▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> </ul> </li> <li>▪ Abszess der Mamma im Zusammenhang mit der Gestation <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> <li>▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> </ul> </li> <li>▪ Nichteitrige Mastitis im Zusammenhang mit der Gestation <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> <li>▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>092.-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 092.0- <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 092.00</li> <li>▫ 092.01</li> </ul> </li> <li>▪ 092.1- <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 092.10</li> <li>▫ 092.11</li> </ul> </li> <li>▪ 092.2- <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 092.20</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Sonstige Krankheiten der Mamma [Brustdrüse] im Zusammenhang mit der Gestation und Laktationsstörungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hohlwarze im Zusammenhang mit der Gestation <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> <li>▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> </ul> </li> <li>▪ Rhagade der Brustwarze im Zusammenhang mit der Gestation <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> <li>▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> </ul> </li> <li>▪ Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten der Mamma im Zusammenhang mit der Gestation <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> </ul> </li> </ul>

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 092.21</li> <li>▪ 092.3- <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 092.30</li> <li>▫ 092.31</li> </ul> </li> <li>▪ 092.4- <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 092.40</li> <li>▫ 092.41</li> </ul> </li> <li>▪ 092.5- <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 092.50</li> <li>▫ 092.51</li> </ul> </li> <li>▪ 092.6- <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 092.60</li> <li>▫ 092.61</li> </ul> </li> <li>▪ 092.7- <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ 092.70</li> <li>▫ 092.71</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> <li>▪ Agalaktie <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> <li>▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> </ul> </li> <li>▪ Hypogalaktie <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> <li>▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> </ul> </li> <li>▪ Hemmung der Laktation <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> <li>▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> </ul> </li> <li>▪ Galaktorrhoe <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> <li>▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> </ul> </li> <li>▪ Sonstige und nicht näher bezeichnete Laktationsstörungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> <li>▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen</li> </ul> </li> </ul>
<b>094</b>	<b>Folgen von Komplikationen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett</b>
<b>095</b>	<b>Sterbefall während der Gestationsperiode nicht näher bezeichneter Ursache</b>
<b>096.-</b>	<b>Tod infolge jeder gestationsbedingten Ursache nach mehr als 42 Tagen bis unter einem Jahr nach der Entbindung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 096.0</li> <li>▪ 096.1</li> <li>▪ 096.9</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tod infolge direkt gestationsbedingter Ursachen nach mehr als 42 Tagen bis unter einem Jahr nach der Entbindung</li> <li>▪ Tod infolge indirekt gestationsbedingter Ursachen nach mehr als 42 Tagen bis unter einem Jahr nach der Entbindung</li> <li>▪ Tod infolge nicht näher bezeichneter gestationsbedingter Ursachen nach mehr als 42 Tagen bis unter einem Jahr nach der Entbindung</li> </ul>

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<b>097.-</b>	<b>Tod an den Folgen gestationsbedingter Ursachen</b>
▪ 097.0	▪ Tod an den Folgen direkt gestationsbedingter Ursachen
▪ 097.1	▪ Tod an den Folgen indirekt gestationsbedingter Ursachen
▪ 097.9	▪ Tod an den Folgen nicht näher bezeichneter gestationsbedingter Ursachen
<b>098.-</b>	<b>Infektiöse und parasitäre Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren</b>
▪ 098.0	▪ Tuberkulose, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
▪ 098.1	▪ Syphilis, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
▪ 098.2	▪ Gonorrhoe, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
▪ 098.3	▪ Sonstige Infektionen, hauptsächlich durch Geschlechtsverkehr übertragen, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
▪ 098.4	▪ Virushepatitis, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
▪ 098.5	▪ Sonstige Viruskrankheiten, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
▪ 098.6	▪ Protozoenkrankheiten, die Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett komplizieren
▪ 098.7	▪ HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit], die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
▪ 098.8	▪ Sonstige infektiöse und parasitäre Krankheiten der Mutter, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
▪ 098.9	▪ Nicht näher bezeichnete infektiöse oder parasitäre Krankheit der Mutter, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
<b>099.-</b>	<b>Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren</b>
▪ 099.0	▪ Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
099.1	▪ Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
▪ 099.2	▪ Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
▪ 099.3	▪ Psychische Krankheiten sowie Krankheiten des Nervensystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
▪ 099.4	▪ Krankheiten des Kreislaufsystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 099.5</li> <li>▪ 099.6</li> <li>▪ 099.7</li> <li>▪ 099.8</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Krankheiten des Atmungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren</li> <li>▪ Krankheiten des Verdauungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren</li> <li>▪ Krankheiten der Haut und des Unterhautgewebes, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren</li> <li>▪ Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren</li> </ul>
<b>Z85.-</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Z85.4</li> <li>▪ Z85.8</li> <li>▪ Z85.9</li> </ul>	<b>Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bösartige Neubildung der Genitalorgane in der Eigenanamnese</li> <li>▪ Bösartige Neubildungen sonstiger Organe oder Systeme in der Eigenanamnese</li> <li>▪ Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet</li> </ul>

# 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](mailto:info@iqtig.org)

[iqtig.org](http://iqtig.org)



# Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Hysterektomie*

## Indikatorenset 1.0

# Informationen zum Bericht

## BERICHTSDATEN

---

### **Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Hysterektomie. Indikatorenset 1.0**

Ansprechperson Dr. André Dingelstedt

Datum der Abgabe 15. Mai 2024

## AUFTRAGSDATEN

---

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht

Datum des Auftrags 18. März 2022



# 1 Qualitätsindikator 462400: Besprechen der patientenrelevanten Informationen

<b>Bezeichnung</b>	<b>Besprechen der patientenrelevanten Informationen</b>
<b>ID</b>	462400
<b>Beschreibung</b>	Qualitätsindikator 462400 misst, inwieweit mit den Patientinnen im Aufklärungsgespräch bzw. in den Aufklärungsgesprächen die patientenrelevanten Informationen besprochen wurden. Dies schließt u. a. das Besprechen der Risiken und Nebenwirkungen einer Hysterektomie sowie des operativen Vorgehens ein.
<b>Definition</b>	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufklärung zur Wirkung</li> <li>▪ Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen</li> <li>▪ Aufklärung zu Behandlungsmöglichkeiten</li> <li>▪ Aufklärung zum operativen Vorgehen</li> <li>▪ Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation</li> <li>▪ Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie</li> </ul>
<b>Grundgesamtheit</b>	Patientinnen, die den Fragebogen erhalten und zurückgesendet haben
<b>Rationale</b>	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul> <p>Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Hysterektomie</i>“, Kapitel 8.</p>
<b>Qualitätsziel</b>	Mit Patientinnen sollen die patientenrelevanten Themen umfänglich besprochen werden, sodass die Grundlage für eine gemeinsame Entscheidungsfindung zur Hysterektomie geschaffen wird. Dies umfasst auch das Besprechen der Vor- und Nachteile der möglichen Operationsmethoden und der verschiedenen Möglichkeiten des Umfangs der Hysterektomie.
<b>Datenquelle</b>	Patientenbefragung

Indikatorberechnung		
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 Punkte	
<b>Risikoadjustierung</b>	nicht vorgesehen	
<b>mögliche Risikovariablen</b>	-	
<b>Rechenregeln</b>	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist im Konzept des IQTIG zur Konstruktion und Auswertungsmethodik für Qualitätsindikatoren dargestellt. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung des Qualitätsindikators	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	ZIELHYST Wurde mit Ihnen besprochen, was die Entfernung der Gebärmutter bewirken soll (Verbesserung der Symptome wie Schmerzen oder starke Blutungen)?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a. <sup>1</sup>
	OPKOMPLIK Wurde mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können (z. B. Verletzung der Blase, hoher Blutverlust)?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	PHYSFOLGE Wurde mit Ihnen besprochen, dass ... ... durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, Verwachsungen)?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	SEXFOLGE Wurde mit Ihnen besprochen, dass ... ... die Entfernung der Gebärmutter Auswirkungen auf Ihre Sexualität haben kann?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	PSYCHFOLGE Wurde mit Ihnen besprochen, dass ... ... infolge der Entfernung der Gebärmutter psychische Belastungen auftreten können (z. B. Veränderung des Selbstbildes als Frau oder des Körpergefühls)?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.

<sup>1</sup> Antwortoptionen, die als fehlend definiert werden, werden mit „n. a.“ (not available) dargestellt.

	KINDFOLGE Wurde mit Ihnen besprochen, dass es nach der Entfernung der Gebärmutter nicht mehr möglich ist, Kinder zu bekommen?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Das war für mich nicht notwendig = neutral Weiß nicht mehr = n. a.
	BEHANDOPTION Wurde mit Ihnen besprochen, welche anderen Behandlungsmöglichkeiten außer der Entfernung der Gebärmutter für Sie infrage kommen (d. h. gebärmuttererhaltende Verfahren wie z. B. die Einnahme von Medikamenten)?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Nein, ich wollte das nicht = neutral Weiß nicht mehr = n. a.
	KEINHYST Wurde mit Ihnen besprochen, was es bedeutet, wenn die Operation nicht durchgeführt wird?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	SICHTWEISEP Wurde in dem Gespräch / den Gesprächen vor der Operation deutlich, dass Ihre Sichtweise für die Entscheidung zur Operation ausschlaggebend ist?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	DAUEROP Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange die Operation ungefähr dauern wird?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Nein, ich wollte/brauchte das nicht = neutral Weiß nicht mehr = n. a.
	SCHONEN Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange Sie sich nach der Operation voraussichtlich schonen müssen (z. B. Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit)?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
<b>Funktionen für berechnete Felder (siehe Kapitel 6 des Indikatorensets)</b>	fn_METHOP	Vollständige Besprechung = 100 Umfängliche Besprechung = 75 Teilweise Besprechung = 50 Sehr eingeschränkte Besprechung = 25 Überhaupt keine Besprechung = 0 Weiß nicht mehr = n. a.

	fn_UMFANGOP	Vollständige Besprechung = 100 Umfängliche Besprechung = 75 Teilweise Besprechung = 50 Sehr eingeschränkte Besprechung = 25 Überhaupt keine Besprechung = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
<b>Datenfelder zur Risikoadjustierung</b>	<b>Variablenname/Item</b>	<b>Antwortoptionen (Skalierung)</b>
	-	-

## 2 Qualitätsindikator 462401: Befähigung der Patientinnen zur Entscheidungsfindung

Bezeichnung	Befähigung der Patientinnen zur Entscheidungsfindung
ID	462401
Beschreibung	Qualitätsindikator 462401 misst, inwieweit die Patientinnen umfassend und verständlich über die Hysterektomie informiert wurden, sodass eine fundierte Entscheidungsfindung ermöglicht wird. Dieser Qualitätsindikator adressiert damit die Ergebnisqualität zu den vermittelten Informationen.
Definition	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Umfang der Informationen für die Entscheidungen zur Hysterektomie</li> <li>▪ Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen</li> </ul>
Grundgesamtheit	Patientinnen, die den Fragebogen erhalten und zurückgesendet haben
Rationale	Der Qualitätsindikator basiert auf den Qualitätsaspekten „Information und Aufklärung“ und „Interaktion und Kommunikation“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul> Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Hysterektomie</i> “, Kapitel 8.
Qualitätsziel	Zum einen sollen die Informationen so umfänglich vermittelt werden, dass die Patientinnen alle für sie entscheidenden Informationen erhalten. Zum anderen sollen die Informationen auch so verständlich vermittelt werden, dass sie von den Patientinnen für die Entscheidungsfindung genutzt werden können.
Datenquelle	Patientenbefragung
<b>Indikatorberechnung</b>	
Referenzbereich	mittelwertbasierter Referenzbereich
Risikoadjustierung	nicht vorgesehen
mögliche Risikovariablen	-
Rechenregeln	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist im Konzept des IQTIG zur Konstruktion und Auswertungsmethodik für Qualitätsindikatoren dargestellt. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.

<b>Datenfelder für die Indikatorberechnung</b>		
<b>Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren</b>	<b>Variablenname/Item</b>	<b>Antwortoptionen (Skalierung)</b>
	INFOENTSCHEID Hatten Sie nach dem Gespräch / den Gesprächen alle Informationen, die Sie für Ihre Entscheidungen benötigt haben?	Ja = 100 Eher ja = 67 Eher nein = 33 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	INFOVERSTAND Haben Sie die Informationen, die Sie in dem Gespräch / den Gesprächen erhalten haben, verstanden?	Ja = 100 Eher ja = 67 Eher nein = 33 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
<b>Datenfelder zur Risikoadjustierung</b>	<b>Variablenname/Item</b>	<b>Antwortoptionen (Skalierung)</b>
	-	-

### 3 Qualitätsindikator 462402: Patientenzentrierte Kommunikation

<b>Bezeichnung</b>	<b>Patientenzentrierte Kommunikation</b>
<b>ID</b>	462402
<b>Beschreibung</b>	Qualitätsindikator 462402 misst, inwieweit mit den Patientinnen wertschätzend und respektvoll umgegangen wurde. Darüber hinaus wird erfasst, inwieweit die Gesprächsatmosphäre so gestaltet wurde, dass die Patientinnen z. B. die Möglichkeit hatten, ihre Fragen und (intimen) Themen in das Gespräch bzw. die Gespräche einzubringen. Diese Eigenschaften sind wesentlich für eine patientenzentrierte Kommunikation.
<b>Definition</b>	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Respektvolle und wertschätzende Kommunikation</li> <li>▪ Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre</li> </ul>
<b>Grundgesamtheit</b>	Patientinnen, die den Fragebogen erhalten und zurückgesendet haben
<b>Rationale</b>	Der Qualitätsindikator basiert auf dem Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul> Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Hysterektomie“, Kapitel 8.
<b>Qualitätsziel</b>	Mit Patientinnen soll respektvoll und wertschätzend umgegangen werden. Dies bedeutet auch, dass im Aufklärungsgespräch Zeit für Fragen oder das Einbringen eigener Themen der Patientinnen ermöglicht wird. Diese Prozesse sollen in einem positiven Vertrauensverhältnis zu der Ärztin / dem Arzt münden.
<b>Datenquelle</b>	Patientenbefragung
<b>Indikatorberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	mittelwertbasierter Referenzbereich
<b>Risikoadjustierung</b>	nicht vorgesehen
<b>mögliche Risikovariablen</b>	-
<b>Rechenregeln</b>	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist im Konzept des IQTIG zur Konstruktion und Auswertungsmethodik für Qualitätsindikatoren dargestellt. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.

Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	PERNST Hat die Ärztin oder der Arzt ... ... Sie ernst genommen?	Ja = 100 Eher ja = 67 Eher nein = 33 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	PZUGEH Hat die Ärztin oder der Arzt ... ... Ihnen aufmerksam zugehört?	Ja = 100 Eher ja = 67 Eher nein = 33 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	VERTRAUENG Hatten Sie das Vertrauen zu der Ärztin oder dem Arzt, um über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war (z. B. auch intime und schwierige Themen)?	Ja = 100 Eher ja = 67 Eher nein = 33 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	ZEITG Hatten Sie die Zeit, in dem Gespräch / den Gesprächen über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war?	Ja = 100 Eher ja = 67 Eher nein = 33 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
Datenfelder zur Risikoadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-



## 4 Qualitätsindikator 462403: Berücksichtigen der Präferenzen der Patientinnen

<b>Bezeichnung</b>	<b>Berücksichtigen der Präferenzen der Patientinnen</b>
<b>ID</b>	462403
<b>Beschreibung</b>	Qualitätsindikator 462403 misst, inwieweit bei der Entscheidung zur Hysterektomie patientenseitige Präferenzen von den Leistungserbringern berücksichtigt wurden. Dies schließt Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie, die Möglichkeit zum Einbezug von Angehörigen und/oder Vertrauenspersonen sowie die Berücksichtigung einer ggf. gewünschten Bedenkzeit ein.
<b>Definition</b>	Mittelwert der Parameter der Qualitätsmerkmale: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt</li> <li>▪ Berücksichtigen von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie</li> <li>▪ Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation</li> </ul>
<b>Grundgesamtheit</b>	Patientinnen, die den Fragebogen erhalten und zurückgesendet haben
<b>Rationale</b>	Der Qualitätsindikator basiert auf den Qualitätsaspekten „Interaktion und Kommunikation“ und „Beteiligung von Patientinnen im Entscheidungsprozess“, wobei die zugehörigen Qualitätsmerkmale durch die folgenden Wissensbestände begründet sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leitlinien</li> <li>▪ Publikationen Patientenperspektive</li> <li>▪ Publikationen Versorgungssituation</li> <li>▪ Fokusgruppen/Einzelinterviews</li> </ul> Für nähere Hintergrundinformationen vgl. Abschlussbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren <i>Hysterektomie</i> “, Kapitel 8.
<b>Qualitätsziel</b>	Die Präferenzen der Patientinnen sollen in den Entscheidungsprozess miteinbezogen werden. Dies umfasst auch das Berücksichtigen von ggf. gewünschter Bedenkzeit, damit den Patientinnen eine längere Reflexionsphase ermöglicht wird. Zudem soll den Patientinnen auch der Einbezug von Angehörigen und/oder Vertrauenspersonen ermöglicht werden.
<b>Datenquelle</b>	Patientenbefragung

Indikatorberechnung		
<b>Referenzbereich</b>	≥ 95 Punkte	
<b>Risikoadjustierung</b>	nicht vorgesehen	
<b>mögliche Risikovariablen</b>	-	
<b>Rechenregeln</b>	Die empfohlene Auswertungsmethodik ist im Konzept des IQTIG zur Konstruktion und Auswertungsmethodik für Qualitätsindikatoren dargestellt. Die finalen Rechenregeln liegen erst mit Einreichung der Rechenregeln zum Regelbetrieb vor.	
Datenfelder für die Indikatorberechnung		
Datenfelder zur Berechnung der Qualitätsindikatoren	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	EINBEZUGANG Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch / die Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt einzu-beziehen?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Das war für mich nicht notwendig = neutral Weiß nicht mehr = n. a.
	METHEINBEZ Wurden Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Das war für mich nicht notwendig = neutral Weiß nicht mehr = n. a.
	UMFANGEINBEZ Wurden Sie in die Entscheidung, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen (z. B. Erhalt des Gebärmutterhal-ses, Entfernung der Eileiter)?	Ja = 100 Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre = 0 Das war für mich nicht notwendig = neutral Weiß nicht mehr = n. a.
	BEDENKZEIT Wurde Ihnen vor der Operation Bedenkzeit an-geboten?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
Datenfelder zur Risi-koadjustierung	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	-	-

## 5 Kennzahl (Index): Shared Decision Making

<b>Bezeichnung</b>	<b>Shared Decision Making</b>
<b>ID</b>	462404
<b>Beschreibung</b>	Index aus den Qualitätsindikatoren 462400, 462401, 462402 und 462403, um als zusammenfassende Information das Ausmaß des Shared Decision Making aus Sicht der Patientinnen darzustellen
<b>Definition</b>	Mittelwert der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren 462400, 462401, 462402 und 462403
<b>Grundgesamtheit</b>	Patientinnen, die den Fragebogen erhalten und zurückgesendet haben
<b>Kennzahlberechnung</b>	
<b>Referenzbereich</b>	nicht vorgesehen
<b>Risikoadjustierung</b>	nicht vorgesehen
<b>Rechenregeln</b>	Die Bezeichnung „Kennzahl (Index)“ dient derzeit als Platzhalter und wird nach Entwicklung der Methodik zur Berechnung des Index in den endgültigen Rechenregeln ersetzt.

## 6 Funktionen für berechnete Felder

Im Folgenden werden die berechneten Felder, welche zur Berechnung des Qualitätsindikators „Besprechen der patientenrelevanten Informationen“ (ID 462400) verwendet werden, mitsamt den zugehörigen Datenfeldern dargestellt.

Berechnetes Feld	R-Code
fn_METHOP	<pre> ifelse(is.na(METHOPFILTER), NA_real_,        ifelse(METHOPFILTER %==% 0, 0,               case_when(                 METHPC %==% 0 ~ 25,                 METHPC %==% 33 ~ 50,                 METHPC %==% 66 ~ 75,                 METHPC %==% 100 ~ 100),               is.na(METHPC) ~ NA_real_             )        ) </pre>
fn_UMFANGOP	<pre> ifelse(is.na(UMFANGOPFILTER), NA_real_,        ifelse(UMFANGOPFILTER %==% 0, 0,               case_when(                 TEILPC %==% 0 ~ 25,                 TEILPC %==% 33 ~ 50,                 TEILPC %==% 66 ~ 75,                 TEILPC %==% 100 ~ 100),               is.na(TEILPC) ~ NA_real_             )        ) </pre>

Datenfelder zur Berechnung der Funktionen	Variablenname/Item	Antwortoptionen (Skalierung)
	METHOPFILTER Wurde mit Ihnen besprochen, welche Operationsmethoden für Sie infrage kommen?	Ja = 100 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.
	METHPC Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile die möglichen Operationsmethoden haben?	Ja = 100 Eher ja = 67 Eher nein = 33 Nein = 0 Weiß nicht mehr = n. a.

	<p>UMFANGOPFILTER</p> <p>Wurde mit Ihnen besprochen, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden kann (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?</p>	<p>Ja = 100</p> <p>Nein = 0</p> <p>Weiß nicht mehr = n. a.</p>
	<p>TEILPC</p> <p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile der Erhalt des Gebärmutterhalses hat?</p>	<p>Ja = 100</p> <p>Eher ja = 67</p> <p>Eher nein = 33</p> <p>Nein = 0</p> <p>Weiß nicht mehr = n. a.</p>

# 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](mailto:info@iqtig.org)

[iqtig.org](http://iqtig.org)



# Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Hysterektomie*

**Validierter Fragebogen**

## Informationen zum Bericht

### BERICHTSDATEN

---

#### **Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Hysterektomie. Validierter Fragebogen**

Ansprechperson Dr. André Dingelstedt

Datum der Abgabe 15. Mai 2024

### AUFTRAGSDATEN

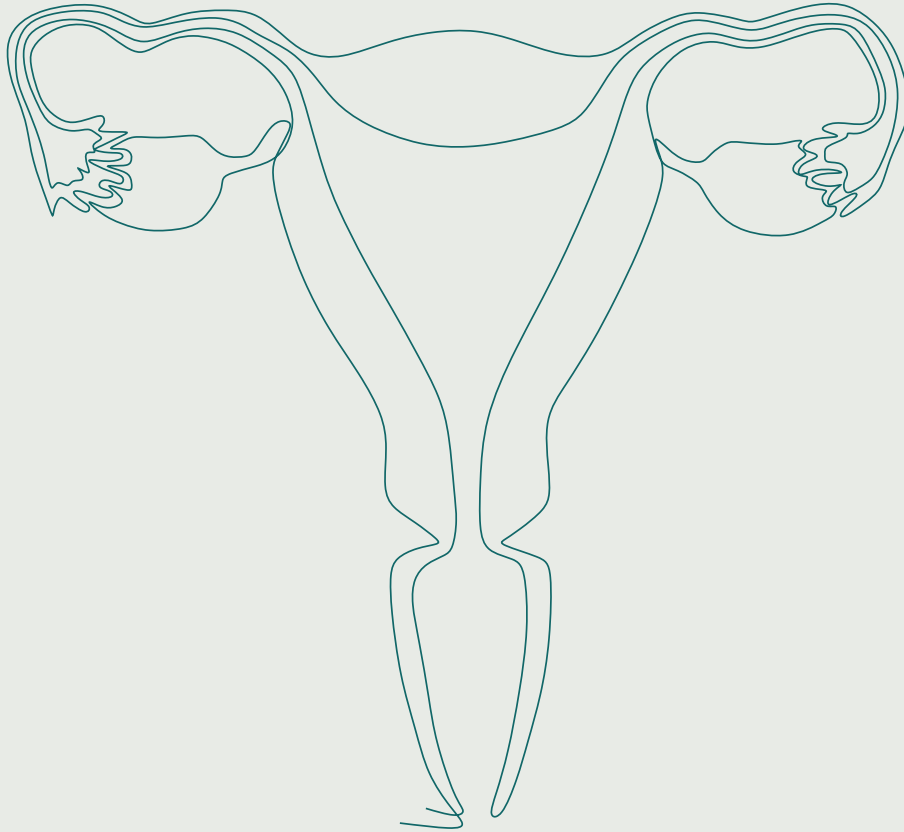
---

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht

Datum des Auftrags 18. März 2022





## **Befragung**

von Patientinnen nach einer  
Gebärmutterentfernung

## Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen mit der Antwort ankreuzen**, die Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Kästchen mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja .....

Nein .....

Bei einer Frage werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel: 

1	9	6	5
---	---	---	---

Wenn wir im Fragebogen nach Erfahrungen fragen, die Sie vielleicht gemacht haben, verwenden wir auch die folgende Skala:

Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je nachdem, wie Sie diese Erfahrungen bewerten, kreuzen Sie bitte „Ja“, „Eher ja“, „Eher nein“ oder „Nein“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B.:

⇒ **Bitte weiter mit Frage 5**    Machen Sie mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt.

⇒ **Frage 5 überspringen**    Bitte lassen Sie die angezeigte Frage aus.

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - XXX

E-Mail: XXX@iqtig.org

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Die folgenden Fragen beziehen sich auf **Ihre Erfahrungen, die Sie im Rahmen der Aufklärung und Entscheidung zur Gebärmutterentfernung** gemacht haben.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen **nur** an das Gespräch bzw. die Gespräche, die Sie **in Vorbereitung** auf die Gebärmutterentfernung **mit einer Ärztin oder einem Arzt in dem Krankenhaus geführt haben, in dem Sie operiert wurden**.

Es kann auch sein, dass dieses Gespräch bzw. die Gespräche in einer Praxis stattgefunden haben, wenn die Ärztin oder der Arzt nur zur Durchführung der Operation ins Krankenhaus gekommen ist (**Belegärztin/Belegarzt**).

**Nicht gemeint** sind die Gespräche, die Sie vielleicht vorher mit Ihrer niedergelassenen Frauenärztin oder Ihrem niedergelassenen Frauenarzt geführt haben, wenn diese oder dieser Sie nicht operiert hat.

### Informationen zur Gebärmutterentfernung

- 1) Zur Behandlung gutartiger Erkrankungen der Gebärmutter kann eine Operation zur Entfernung der Gebärmutter durchgeführt werden. Da diese Operation nicht notwendigerweise durchgeführt wird, besteht die Möglichkeit, die Patientinnen in die Entscheidung zur Durchführung der Operation miteinzubeziehen.

Wurde in dem Gespräch / den Gesprächen vor der Operation deutlich, dass Ihre Sichtweise für die Entscheidung zur Operation ausschlaggebend ist?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

2)	<p>Bitte denken Sie bei den nachfolgenden Fragen auch weiterhin an das Gespräch oder die Gespräche, die Sie in dem Krankenhaus, in dem Sie operiert wurden, oder mit der Belegärztin / dem Belegarzt in der Praxis geführt haben.</p> <p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche anderen Behandlungsmöglichkeiten außer der Entfernung der Gebärmutter für Sie infrage kommen (d. h. gebärmuttererhaltende Verfahren wie z. B. die Einnahme von Medikamenten)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte das nicht ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
3)	<p>Wurde mit Ihnen besprochen, was die Entfernung der Gebärmutter bewirken soll (Verbesserung der Symptome wie Schmerzen oder starke Blutungen)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
4)	<p>Wurde mit Ihnen besprochen, was es bedeutet, wenn die Operation nicht durchgeführt wird?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>

5) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können (z. B. Verletzung der Blase, hoher Blutverlust)?

Ja .....

Nein .....

*Weiß nicht mehr* .....

6) Wurde mit Ihnen besprochen, dass ...

*Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
... durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, Verwachsungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Entfernung der Gebärmutter Auswirkungen auf Ihre Sexualität haben kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... infolge der Entfernung der Gebärmutter psychische Belastungen auftreten können (z. B. Veränderung des Selbstbildes als Frau oder des Körpergefühls)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Wurde mit Ihnen besprochen, dass es nach der Entfernung der Gebärmutter nicht mehr möglich ist, Kinder zu bekommen?

Ja .....

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre .....

Das war für mich nicht notwendig .....

*Weiß nicht mehr* .....

8)	<p>Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange Sie sich nach der Operation voraussichtlich schonen müssen (z. B. Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit)?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
----	---

**Informationen und Entscheidungen zur Operation**

9)	<p>Es gibt grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten, die Gebärmutter zu entfernen (z. B. über die Scheide, Bauchspiegelung/Schlüssellochoperation, Bauchschnitt).</p> <p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche Operationsmethoden für Sie infrage kommen?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 10</b></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Frage 10 <u>überspringen</u></b></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Frage 10 <u>überspringen</u></b></p>
----	--

10)	<p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile die möglichen Operationsmethoden haben?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Ja</td> <td>Eher ja</td> <td>Eher nein</td> <td>Nein</td> <td><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

11)	<p>Wurden Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Das war für mich nicht notwendig ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
-----	--

12) Je nachdem, warum die Gebärmutter entfernt werden soll, besteht die Möglichkeit, sie mit Gebärmutterhals oder ohne Gebärmutterhals zu entfernen. Manchmal werden auch die Eileiter mitentfernt.

Wurde mit Ihnen besprochen, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden kann (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?

Ja .....  ⇒ **Bitte weiter mit Frage 13**

Nein .....  ⇒ **Frage 13 überspringen**

*Weiß nicht mehr* .....  ⇒ **Frage 13 überspringen**

13) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile der Erhalt des Gebärmutterhalses hat?

Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14) Wurden Sie in die Entscheidung, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?

Ja .....

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre .....

Das war für mich nicht notwendig .....

*Weiß nicht mehr* .....

15) Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange die Operation ungefähr dauern wird?

Ja .....

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre .....

Nein, ich wollte/brauchte das nicht .....

*Weiß nicht mehr* .....

16)	<p>Wurde Ihnen vor der Operation Bedenkzeit angeboten?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>
17)	<p>Wenn Sie nun an die Entscheidungen zur Entfernung der Gebärmutter denken (z. B. Entscheidung zur Operation, Operationsmethode und Umfang, in dem die Gebärmutter entfernt werden soll):</p> <p>Hatten Sie nach dem Gespräch / den Gesprächen alle Informationen, die Sie für Ihre Entscheidungen benötigt haben?</p> <p>Ja            Eher ja            Eher nein            Nein            <i>Weiß nicht mehr</i></p> <p><input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/>            <input type="checkbox"/></p>
18)	<p>Zur Unterstützung bei der Entscheidung zur Gebärmutterentfernung kann es hilfreich sein, sich eine zweite Meinung einzuholen. Das bedeutet, dass ein zusätzliches Gespräch mit einer unabhängigen Ärztin oder einem unabhängigen Arzt geführt werden kann.</p> <p>Wurden Sie in dem Gespräch / den Gesprächen darauf hingewiesen, dass Sie die Möglichkeit haben, eine zweite Meinung einzuholen?</p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> ..... <input type="checkbox"/></p>



### Gestaltung des Gesprächs bzw. der Gespräche

Bitte denken Sie weiterhin **nur** an das Gespräch oder die Gespräche, die Sie **in Vorbereitung** auf die Gebärmutterentfernung geführt haben. Diese können mit einer Ärztin / einem Arzt in dem Krankenhaus, in dem Sie operiert wurden, oder mit der Belegärztin / dem Belegarzt in der Praxis stattgefunden haben.

19)	<p>Haben Sie die Informationen, die Sie in dem Gespräch / den Gesprächen erhalten haben, verstanden?</p> <p>Ja                      Eher ja                      Eher nein                      Nein                      <i>Weiß nicht mehr</i></p> <p><input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/></p>																		
20)	<p>Hatten Sie das Vertrauen zu der Ärztin oder dem Arzt, um über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war (z. B. auch intime und schwierige Themen)?</p> <p>Ja                      Eher ja                      Eher nein                      Nein                      <i>Weiß nicht mehr</i></p> <p><input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/></p>																		
21)	<p>Hatten Sie die Zeit, in dem Gespräch / den Gesprächen über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war?</p> <p>Ja                      Eher ja                      Eher nein                      Nein                      <i>Weiß nicht mehr</i></p> <p><input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/>                      <input type="checkbox"/></p>																		
22)	<p>Hat die Ärztin oder der Arzt ...</p> <p><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Eher ja</th> <th>Eher nein</th> <th>Nein</th> <th><i>Weiß nicht mehr</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... Sie ernst genommen?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... Ihnen aufmerksam zugehört?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>	... Sie ernst genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... Ihnen aufmerksam zugehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>														
... Sie ernst genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
... Ihnen aufmerksam zugehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

23)	Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch / die Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt einzubeziehen?
	Ja ..... <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre ..... <input type="checkbox"/>
	Das war für mich nicht notwendig ..... <input type="checkbox"/>
	Weiß nicht mehr ..... <input type="checkbox"/>

**Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.**

24)	Warum wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt?
	<i>Mehrfachantworten sind möglich.</i>
	Gutartige Neubildung(en) / Myome ..... <input type="checkbox"/>
	Organsenkung / Beckenbodenprolaps ..... <input type="checkbox"/>
	Endometriose / Adenomyose ..... <input type="checkbox"/>
	Menstruationsbeschwerden (z. B. übermäßige Blutungen oder Schmerzen) ..... <input type="checkbox"/>
	Eine oder mehrere andere entzündliche Erkrankungen der Gebärmutter ..... <input type="checkbox"/>
	Eine andere gutartige Erkrankung der Gebärmutter ..... <input type="checkbox"/>
	Weiß nicht mehr ..... <input type="checkbox"/>

25)	In welchem Jahr sind Sie geboren?
	Geburtsjahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

26)	Ist Ihre Muttersprache Deutsch?
	Ja ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Frage 27 <u>überspringen</u></b>
	Nein ..... <input type="checkbox"/> ⇒ <b>Bitte weiter mit Frage 27</b>

27)	<p>Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein? Meine Deutschkenntnisse sind:</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Sehr gut</td> <td style="width: 25%;">Eher gut</td> <td style="width: 25%;">Eher schlecht</td> <td style="width: 25%;">Sehr schlecht</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
28)	<p>Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?</p> <p><i>Bitte machen Sie nur ein Kreuz!</i></p> <p>Schülerin, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder gleichwertiger Abschluss ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Fachhochschulreife ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Einen anderen Schulabschluss ..... <input type="checkbox"/></p>								

29) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

*Bitte machen Sie nur ein Kreuz!*

- Schülerin oder Studentin .....
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) ...
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden) .....
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) .....
- Arbeitslos .....
- Altersrente .....
- Erwerbsunfähigkeitsrente / Erwerbsminderungsrente .....
- Hausfrau .....
- Ausbildung, Umschulung .....
- Wiedereingliederungsmaßnahme .....
- Sonstiges .....

30) Wer hat den Fragebogen beantwortet?

- Person, die im Anschreiben genannt wurde (Patientin) .....
- Vertrauensperson (z. B. Familie, Freunde, gesetzliche Vertretung) .....
- Patientin und Vertrauenspersonen zusammen .....

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**

# 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](mailto:info@iqtig.org)

[iqtig.org](http://iqtig.org)



# Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Hysterektomie*

## Stellungnahmen zum Zwischenbericht

## Informationen zum Bericht

### BERICHTSDATEN

---

#### **Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Hysterektomie. Stellungnahmen zum Zwischenbericht**

Ansprechperson Dr. André Dingelstedt

Datum der Abgabe 15. Mai 2024

### AUFTRAGSDATEN

---

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht

Datum des Auftrags 18. März 2022

## Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen

### **Stellungnahmen der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligten Organisationen und Institutionen**

Bundesärztekammer (BÄK)

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V. (DGPFH)

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg

Patientenvertretung: Maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V (PatV)





## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Zwischenbericht des IQTIG  
„Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der  
Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht“

Berlin, 10.03.2023

Korrespondenzadresse:  
Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 30.01.2023 als zu beteiligende Organisation gemäß § 137a Absatz 7 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu einer Stellungnahme zum Zwischenbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht“ aufgefordert.

## Hintergrund

Im Rahmen der damaligen datengestützten externen, stationären Qualitätssicherung (QSKH-RL) waren Hysterektomien bis zum Erfassungsjahr 2012 innerhalb des Leistungsbereichs „Gynäkologische Operationen“ erfasst worden. Zum Jahre 2013 waren die Eingriffe aus der Dokumentationspflicht herausgenommen worden mit der Maßgabe, dass zu gegebener Zeit ein Auftrag an das IQTIG zur Entwicklung eines neuen QS-Verfahrens mit dem Fokus auf der Indikationsstellung ergehen würde.

Am 18. März 2022 beauftragte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG mit der Entwicklung einer Patientenbefragung für ein stationäres, datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren zur Erfassung der Prozessqualität der Indikationsstellung von Hysterektomien bei benignen Erkrankungen.

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem hierzu übermittelten Zwischenbericht des IQTIG wie folgt Stellung:

## Inhalt des Vorberichts

### 1 Einleitung

Stichpunktartig werden Bestandteile der Beauftragung durch den G-BA wiedergegeben. Es wird erläutert, dass der vorliegende Zwischenbericht den Fokus auf der Definition der Qualitätsaspekte und der Ableitung der Qualitätsmerkmale lege.

Das Auftragsverständnis wird wiedergegeben. Da sich der Auftrag auf stationäre Einrichtungen beziehe, die Hysterektomien aufgrund benigner Erkrankungen der Gebärmutter durchführen, würde in der Patientenbefragung ausschließlich die Prozessqualität zur Indikationsstellung, d. h. das „Vorgehen zur Information und Aufklärung der Patientinnen, die Einbindung von Patientinnen in den Entscheidungsprozess und die kommunikative Situationsgestaltung“ im Krankenhaus, adressiert. Prozesse während oder nach dem Eingriff oder Operationsergebnisse seien nicht inkludiert. Ebenso blieben die ambulant tätigen Fachärztinnen und Fachärzte, welche „ebenfalls in die medizinische Vorbereitung, Begleitung und Nachsorge der Patientinnen zu einer Hysterektomie eingebunden“ sind, unberücksichtigt. Aufklärungsgespräche im ambulanten Bereich würden nicht erfasst. Mit der „Dimensionen der Angemessenheit und der Ausrichtung der Versorgungsgestaltung“ werde nur ein Ausschnitt der Versorgungsqualität von Patientinnen mit Hysterektomie dargestellt. Erfasst werden sollen alle Patientinnen mit Hysterektomie unabhängig von der Diagnose und der Operationstechnik.

### 2 Versorgungspraxis und versorgungspolitischer Rahmen

Daten zur Prävalenz der Hysterektomie in Deutschland werden präsentiert. Während die Gesamtzahl der Eingriffe bei benignen Erkrankungen in den letzten Jahren abgenommen hätten, sei aus der Literatur zu entnehmen, dass die Indikation zur Operation eher in ländlichen Gebieten und bei niedrigerem sozialen Status der Patientinnen gestellt würde. Es wird

erläutert, bei welchen gutartigen Grunderkrankungen gemäß der internationalen Leitlinien die Indikation zur Hysterektomie gestellt werden könne.

Weiterhin werden die üblichen Operationstechniken bezüglich des Operationszugangs bzw. des Eingriffsumfangs (total vs. subtotal) umrissen. Auch alternative Behandlungsmethoden, wie z. B. die Myomentfernung oder die Uterusarterienablation, werden aufgeführt.

Hervorgehoben wird die Möglichkeit des Abwartens und Ausschöpfens konservativer Behandlungsmethoden. Die Entscheidung zur Durchführung einer Hysterektomie hänge von der Symptomatik und dem individuellen Leidensdruck der Patientin ab.

Die beteiligten Akteure in der Versorgung werden vorgestellt. Neben den betreuenden vertragsärztlichen Fachärztinnen und Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe seien dies die Operateurinnen und Operateure im stationären Sektor. Als „Fusion“ der ambulanten und des stationären Sektors werden die Belegärztinnen und Belegärzte genannt, deren Anteil aber in den letzten Jahren rückläufig sei. Es werden Walendzik et al. 2019 zitiert, dass in der belegärztlichen Versorgung das „Vier-Augen-Prinzip“ bei der Indikationsstellung fehle.

Es folgt der Hinweis auf das Zweitmeinungsverfahren gemäß der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) des G-BA. Im Jahre 2020 seien 253 gynäkologische Zweitmeinungen registriert gewesen.

Ein Versorgungspfad der Indikationsstellung zur Hysterektomie wird dargestellt. Der Beginn des Pfades könne der ambulanten gynäkologischen Regelversorgung (Vorsorge-/ Kontrolluntersuchungen) erfolgen oder aufgrund des Aufsuchens der gynäkologischen Versorgung (einschließlich Hochschulambulanzen) wegen Beschwerden. Ggf. nach Einholung einer Zweitmeinung erfolge nach Überweisung in das Krankenhaus das Vorgespräch im Krankenhaus. Nach einer Bedenkzeit erfolge die Operation.

#### *Anmerkung der Bundesärztekammer*

Die Darstellung der Symbole im Schaubild des Versorgungspfades ist etwas ungewöhnlich. Eine Entscheidungsraute hat üblicherweise mindestens zwei Ausgänge. Ob bei belegärztlicher Versorgung die Vereinbarung des Operationstermins zeitlich nach der Bedenkzeit, in der stationären Versorgung hingegen die Bedenkzeit nach der Vereinbarung des Operationstermins erfolgt, ist zu hinterfragen.

Es zeigt sich, dass die individuelle Vorgeschichte der Patientin in dem Prozess zur Entscheidung zu dem elektiven Eingriff der Hysterektomie sehr unterschiedlich sein kann. Da der Schwerpunkt des QS-Verfahrens ja die Indikationsstellung sein soll, müsste die Vorgeschichte bei der Befragung zumindest in groben Kategorien erfasst werden. In den Fokusgruppen wäre der Übergang von der ambulanten zur stationären Versorgung genau zu beleuchten. Es stellen sich die Fragen, wie weit die Entscheidung zum Eingriff schon vor dem Vorgespräch im Krankenhaus gefallen ist, und ob und wie oft sich Patientinnen nach dem Gespräch gegen einen Eingriff entscheiden. Dazu müsste man in den Fokusgruppen eigentlich auch Patientinnen befragen, die sich gegen eine Operation entschieden haben.

### **3 Auftragspezifische Rahmenbedingungen**

Es wird erläutert, dass die Grundgesamtheit der einzubeziehenden Patientinnen aus einer Kombination von ICD- und OPS-Kodes erfolgen sollte.

Allgemeinen Ausführungen zur Barrierefreiheit von Patientenbefragungen folgt die Empfehlung, neben der Papierversion zusätzlich eine online-fähige Befragungsversion zu erstellen.

Für konkretere Vorschläge der Gestaltung der Befragung wird auf den Abschlussbericht verwiesen.

Ebenfalls allgemein gehalten sind Ausführungen zum Befragungszeitpunkt. Aus den durchgeführten Fokusgruppen zieht man den Schluss, dass „stationäre Gespräche zur Indikationsstellung der Hysterektomie auch einprägsame Ereignisse darstellen. So konnten sich Patientinnen in den Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews auch mehrere Monate nach der Operation bzw. nach der Entlassung aus dem Krankenhaus noch an viele Inhalte der Gespräche erinnern und detailliert darüber berichten.“ Für konkretere Aussagen zum geeigneten Befragungszeitpunkt wird auf weitere Entwicklungsschritte, wie z. B. die Standard-Pretests, verwiesen.

Es folgen Ausführungen zum Shared Decision Making (SDM). Unter Zitation einiger einschlägiger Literatur wird aufgeführt, welche Elemente von einer gemeinsamen Entscheidungsfindung im Rahmen der Indikationsstellung für oder gegen eine Hysterektomie zu erwarten seien. Es wird betont, dass die klinische Entscheidungsfindung „in der Realität ein dynamischer Prozess“ sei, „in dem die einzelnen Phasen fließend ineinander übergehen und nur schwer voneinander abzugrenzen“ seien.

#### *Anmerkung der Bundesärztekammer*

Unbenommen dessen, dass die Ausführungen zum SDM sicher richtig sind, muss davon ausgegangen werden, dass viele Patientinnen in der Situation im Aufklärungsgespräch im Krankenhaus mit einer langen Vorgeschichte am Ende eines Entscheidungsprozesses stehen. Es dürfte einen starken Einfluss auf die Entscheidungsfindung haben, ob zuvor von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Bereich SDM in den Beratungsgesprächen angewandt wurde.

## **4 Methodisches Vorgehen zur Entwicklung von Patientenbefragungen**

### **4.2.1 Literaturrecherche**

Die Standardvorgehensweise des IQTIG bei der Entwicklung eines Fragebogens wird beschrieben. In einer „ersten explorativen Phase“ werden nach Angabe des Instituts zur Entwicklung des Qualitätsmodells und der darauf aufbauenden Qualitätsmerkmale verschiedene Wissensquellen herangezogen: eine systematische Literaturrecherche, Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen und Patienten sowie Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews mit Vertreterinnen und Vertretern der an der Versorgung beteiligten Gesundheitsprofessionen. Vor der Definition der Qualitätsmerkmale werde ein beratendes Expertengremium eingebunden.

Wegen der Einschränkung des G-BA-Auftrags ausschließlich auf die Indikationsstellung im stationären Versorgungsbereich sei auch die Entwicklung des Qualitätsmodells fokussiert verlaufen. Bei der Ableitung der Qualitätsmerkmale seien die in den methodischen Grundlagen festgelegten Eignungskriterien „Bedeutung für die Patientinnen und Patienten“, „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“, „Potenzial zur Verbesserung“, „Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer“ und „Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss“ angewandt worden.

Bezüglich der vorbereitenden Literaturrecherche wird auf den Anhang verwiesen. Es wird darauf hingewiesen, dass die S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie von benignen Erkrankungen der Gebärmutter“, welche gemäß Auftrag einzubeziehen war, voraussichtlich erst im Dezember 2023 veröffentlicht werde und daher in dieser Recherche nicht berücksichtigt werden könne.

#### *Anmerkung der Bundesärztekammer*

Es wäre zu ergänzen, dass die ältere S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) „Indikation und Methodik der Hysterektomie bei benignen Erkrankungen“ aus dem Jahre 2015 bei der Fachgesellschaft nicht mehr als aktuelle Leitlinie geführt wird und daher in der Recherche (wohl) nicht berücksichtigt wurde. Diese Leitlinie wird immerhin zweimal im Auftrag des G-BA erwähnt.

#### **4.2.2 Fokusgruppen/Einzelinterviews mit Patientinnen sowie stationär oder ambulant tätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen**

Es wird berichtet, dass zwei Fokusgruppen sowie zusätzlich Einzelinterviews mit Patientinnen bis zu 12 Monate nach Hysterektomie durchgeführt wurden. Zusätzlich seien zwei Fokusgruppen mit Gynäkologinnen und Gynäkologen durchgeführt worden.

Die Methodik bezüglich Moderationsleitfäden, Transkription der Tonaufnahmen etc. entsprechen der Standardvorgehensweise des Instituts.

#### **4.2.3 Beteiligung externer Expertise**

Neben der direkten Einbindung von zwei medizinischen und wissenschaftlichen Sachverständigen zum Thema Hysterektomie sei nach Angabe des Instituts gemäß den Methodischen Grundlagen ein Expertengremium berufen worden, welches die Entwicklung des Fragebogens begleitet habe. Auswahlkriterien und Auswahlverfahren der Expertinnen und Experten werden beschrieben. Die Qualitätsmerkmale seien zweistufig, d.h. in einem Online-Verfahren und danach in einem Plenum bewertet worden. Zur Dokumentation der Diskussion im Expertengremium und die sich daraus ergebenden Überarbeitungsschritte wird auf den Anhang zum Zwischenbericht verwiesen.

#### *Anmerkung der Bundesärztekammer*

Die inhaltliche Diskussion im Expertengremium ist den Anhängen E1 und E2 übersichtlich und anschaulich zu entnehmen. Wie eindeutig die Expertenvoten jeweils waren, ist allerdings lediglich eingestreuten Formulierungen wie „fast alle Experten“ oder „ein Großteil der Experten“ zu entnehmen. Im Sinne der vollständigen Transparenz über den Entwicklungsprozess wären quantitativ summarische Angaben der Voten (z. B. Mittelwerte) hilfreich.

#### **4.3 Faktenorientierte Befragungsansätze**

Es folgen kurze Ausführungen zum faktenorientierten Befragungsansatz der Patientenbefragung, wobei zwischen Patient-Reported Experience Measures (PREMs) und Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) unterschieden wird.

#### *Anmerkung der Bundesärztekammer*

Die Ausführungen über PROMs sind insoweit überflüssig, als sie (leider) nicht Bestandteil des Auftrags sind.

## 5 Beschreibung der Patientinnen und Leistungserbringer der Patientenbefragung des QS- Verfahrens Hysterektomie

Unter Bezug auf die Literatur, v. a. Auswertungen der German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) sowie Auswertungen der Daten der externen Qualitätssicherung im Jahre 2012 werden einige Eckdaten der Hysterektomieversorgung in Deutschland wiedergegeben. Es wird festgestellt, dass es sich überwiegend um Patientinnen zwischen in der Altersklasse zwischen 40 und 49 Jahre handele, die häufigste Indikation sei ein Uterus myomatosus. In der Corona-Pandemie sei die Häufigkeit dieses elektiven Eingriffs stark zurückgegangen. Im Jahre 2019 hätten 755 Krankenhäuser eine Hysterektomie durchgeführt. Im Jahre 2018 habe die Zahl belegärztlich tätigen Gynäkologinnen und Gynäkologen bei 622 gelegen. Die mittlere jährliche Fallzahl der Leistungserbringer habe 2019 bei ca. 100 gelegen.

## 6 Das Qualitätsmodell und die abgeleiteten Qualitätsmerkmale

Im Folgenden werden die Ableitung von 14 Qualitätsmerkmalen zu drei Qualitätsaspekten beschrieben. Dazu seien 14 nationale und internationale Leitlinien und acht Publikationen ausgewertet worden. Je zwei Fokusgruppen seien mit Patientinnen und mit Ärztinnen und Ärzten des Fachgebiets der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie acht Einzelinterviews mit Patientinnen durchgeführt worden. Anschließend sei eine Diskussion der Ergebnisse in der achtköpfigen Expertenkommission durchgeführt worden.

Aus recherchierten Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive und den selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews werden folgende Qualitätsmerkmale abgeleitet: Aufklärung

- zur Wirkung (des Eingriffs),
- zu Risiken und Nebenwirkungen,
- zu alternativen Behandlungsmöglichkeiten,
- zum operativen Vorgehen,

sowie Informationen

- zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation (Qualitätsmerkmal nach Expertendiskussion hinzugefügt),
- zur Operateurin/ zum Operateur,
- zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie.

Zum Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation“ wurden folgende Qualitätsmerkmale entwickelt:

- Respektvolle und wertschätzende Kommunikation,
- Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre,
- Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen,
- Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt.

Zum Qualitätsaspekt „Gemeinsame Entscheidungsfindung“ zählen die Qualitätsmerkmale

- Berücksichtigen von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie,
- Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation,
- Einbezug bei der Terminvereinbarung

Das Qualitätsmerkmal „Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie“ sei nach der Diskussion im Expertengremium gestrichen worden, da unterstützende Behandlungsmaßnahmen nicht diagnoseunabhängig seien.

Im Anhang zum Zwischenbericht wird zu jedem Qualitätsmerkmal knapp aus den Fokusgruppen berichtet, flankiert von zwei bis drei Originalzitationen aus den Transskripten.

Im Anhang wird ebenfalls tabellarisch dargestellt mit welchen Begründungen es nach Beratung durch das Expertengremium zum Ausschluss oder Modifikationen (an den Titeln oder Beschreibungen der Qualitätsmerkmale) kam. Zu jedem Qualitätsmerkmal werden – unter Bezug auf Leitlinien bzw. andere Literatur sowie die Fokusgruppensitzungen und Expertendiskussion - die Eignungskriterien gemäß den methodischen Grundlagen aufgeführt.

## **7 Erste Empfehlungen für den Regelbetrieb**

Es werden Empfehlungen zum Datenfluss und zur Fragebogenlogistik abgegeben. Diese entsprechen den Regelungen des bereits in Betrieb befindlichen Verfahrens der papiergestützten Patientenbefragung PCI und Koronarangiographie gemäß DeQS-RL. Zur Erfüllung des Auftrags einer barrierefreien Patientenbefragung wird angekündigt, dass der Abschlussbericht zusätzliche Ausführungen zu einer Erweiterung des Instruments um eine onlinefähige Version des Fragebogens enthalten wird.

Auch bezüglich der Empfehlungen zum Befragungszeitpunkt und zu Details der Datenerfassung und des Exports der für die Patientenbefragung benötigten Daten in den Krankenhäusern sowie der Stichprobenziehung und Vollzähligkeitsprüfung wird auf den Abschlussbericht verwiesen.

Seite 60

„Eine Auswertung der Befragungsdaten findet ausschließlich auf Leistungserbringerebene statt, eine Aggregation der Datensätze auf Patientenebene sowie eine Verknüpfung der Daten der Patientenbefragung mit der fallbezogenen QS-Dokumentation sind gemäß den Vorgaben in § 299 SGB V nicht vorgesehen.“

*Anmerkung der Bundesärztekammer*

Dieser Satz ist wörtlich aus anderen Zwischenberichte übernommen worden. Er passt hier aber nicht, da bei der Patientenbefragung Hysterektomie weder ein Patientenpseudonym noch eine fallbezogene Dokumentation vorgesehen ist.

## **Teil IV: Ausblick**

Es werden kurz die weiteren Schritte der Fragebogenentwicklung erläutert. Als nächstes sei die Auswertung des Stellungnahmeverfahrens geplant. Dabei sei es möglich, dass fachliche Hinweise „Einfluss auf die Ausrichtung des Fragebogens nehmen“ könne. Erst danach erfolge die Operationalisierung der Qualitätsmerkmale in Fragebogenitems. Der Fragebogen werde ergänzt durch auswertungsrelevante Zusatzfragen und abschließend vom Expertengremium diskutiert. Der fertige Bogen werde dann einem kognitiven Pretest unterzogen. Hierbei soll neben der Papierversion zusätzlich auch eine Online-Version geprüft werden.

Danach erfolge die konkrete Anwendung des Fragebogens in einem Standard-Pretest bei Patientinnen, der anschließend hinsichtlich seiner biometrischen Testgütekriterien analysiert werde. Ggf. erfolgen ergänzend weitere „kognitive Einzelinterviews“.

Der Fertigstellung des Fragebogens schließe sich die Definition der Qualitätsindikatoren einschließlich eines Referenzbereich sowie ein Auswertungskonzept an. Aspekte wie der Befragungszeitpunkt und die genaue QS-Auslösung seien in einem Umsetzungskonzept verortet.

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Zwischenbericht des IQTIG  
„Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung  
der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht“

---

*Anmerkung der Bundesärztekammer*

Dass die Entwicklungsschritte zur Auswertung erst nach Fertigstellung des endgültigen Fragebogens möglich sind, ist nachvollziehbar. Die Fragen des geeigneten QS-Auslösers und des Befragungszeitpunkts sind aber vom endgültigen Bogen unabhängig und hätten schon im Zwischenbericht beantwortet werden können. So findet ein Teil der Konkretisierung des QS-Instruments erst nach dem Zwischenbericht und damit nach der Möglichkeit zur Stellungnahme statt.



## Fazit

Der vorliegende Zwischenbericht ist ein Zwischenergebnis der Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Hysterektomie. Der Entwicklungsprozess der Literaturrecherche, der Ableitung der Qualitätsmerkmale und der Expertendiskussion ist in bewährter Weise strukturiert und gut nachvollziehbar dargestellt. Im Anhang werden zur Veranschaulichung der Diskussionen in den Fokusgruppen einige Originalzitate wiedergegeben.

Methodenimmanent stehen die Fragebogenitems zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht fest. Das endgültige Fragebogeninstrument kann also in der Stellungnahme noch nicht beurteilt werden. Allerdings wird auch bezüglich zahlreicher weiterer Entwicklungsaspekte, wie z. B. des Auswertungs- und Rückmeldekonzpts, des Erinnerungszeitraums und des geeigneten Befragungszeitpunkts oder der Anforderungen einer Online-Version, auf den Abschlussbericht verwiesen. Diese Aspekte dürften jedoch größtenteils von den endgültigen Fragebogenitems unabhängig sein und hätten durchaus schon im Zwischenbericht diskutiert werden können. Auch wenn es nachvollziehbar ist, dass gegenwärtig noch nicht die einzelnen Items des fertigen Fragebogens im Stellungnahmeverfahren zur Diskussion gestellt werden, so sollte das IQTIG grundsätzlich erwägen, zukünftig neben einem Zwischenbericht vor der Formulierung der Items einen weiteren Bericht nach abgeschlossener Entwicklung des Fragebogens (z. B. einen zweiten Zwischenbericht) zur Stellungnahme vorzusehen, bevor dann der endgültige Abschlussbericht erstellt wird.

Im Auftrag des G-BA vom 18.03.2022 wurde ein „kompaktes, fokussiertes Befragungsinstrument“ gefordert, das auf die Überprüfung der Prozesse der Indikationsstellung „solcher Hysterektomien fokussiert sein sollte, die im Krankenhaus erbracht werden“. Das IQTIG interpretiert diesen Auftrag so, dass ein stark eingeschränktes Qualitätsmodell entwickelt wurde, das sich auf das stationäre Vorgespräch als Teilprozess der Indikationsstellung zur Hysterektomie beschränkt. Die gestellte Indikation selbst lässt sich zweifelsohne im Einzelfall nicht durch eine Befragung der Patientinnen überprüfen und ist nicht Gegenstand der Betrachtung.

Bei der Beurteilung, ob ein so gestaltetes QS-Verfahren aussagekräftig sein kann, muss berücksichtigt werden, dass die Anamnese einer Patientin mit Hysterektomie je nach Grunderkrankung und Beschwerdebild sehr unterschiedlich sein kann. Dauer und Stärke der Beschwerden können differieren. Aber auch die persönliche Lebenssituation, in welcher die Patientin eine Hysterektomie in Erwägung zieht, kann höchst unterschiedlich sein, z. B. bezüglich eines noch bestehenden Kinderwunsches oder der beruflichen Situation. Mit ihrem Beschwerdebild sucht die Patientin Rat bei ihrer Frauenärztin oder ihrem Frauenarzt. Unter Umständen werden erfolglose konservative Therapieversuche oder Interventionen durchgeführt, bevor sie, ggf. nach Hinzuziehung einer zweiten Meinung, die Entscheidung fällt, sich einem operativen Eingriff zu unterziehen. Die ärztliche Indikationsstellung muss die individuellen Befundkonstellation, die Lebensplanung und die Präferenzen der Patientin berücksichtigen. In der Leitlinie „Indikation und Methodik der Hysterektomie bei benignen Erkrankungen“ heißt es: „Empfehlenswert ist eine stufenweise Information, welche in der Praxis des niedergelassenen Arztes beginnt und im Rahmen der vorstationären Diagnostik in der Klinik spezifiziert und vertieft wird.“

In der Praxis dürfte bei den Patientinnen in vielen Fällen die Entscheidung zum Eingriff schon vor dem stationären Vorgespräch gefallen sein und dieses Gespräch lediglich zur Festigung beigetragen haben. Leider ist den Berichten von den Fokusgruppen nur vereinzelt zu entnehmen, welche Prozessverläufe bis zum Eingriff von den Patientinnen berichtet wurden. So heißt es zusammenfassend im Anhang Seite 10 (Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten): „Für einige Patientinnen aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews war dieser Aufklärungspunkt weitgehend überflüssig, da sie bereits alle alternativen Therapieoptionen

ausgeschöpft hatten und sich ihrer Entscheidung zur Hysterektomie sehr sicher waren. Andere Patientinnen gaben an, dass eine Aufklärung über andere Behandlungsmöglichkeiten elementar für oder gegen eine Entscheidung zur Gebärmutterentfernung gewesen wäre, und erklärten, dass diese nicht in ausreichender Form erfolgte.“

Der vorgestellte QS-Verfahrensentwurf lässt – soweit erkennbar – die vorstationäre Vorgeschichte leider komplett außer Acht. Somit kann letztlich nicht von einem QS-Verfahren „Indikationsstellung der Hysterektomie“ gesprochen werden, sondern allenfalls von einem QS-Verfahren „Vorgespräch vor Hysterektomie“. Erneut (wie auch beim geplanten QS-Verfahren Entlassmanagement) soll bei einem eigentlich sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsthema eine Prozessbetrachtung lediglich im stationären Bereich stattfinden. Das IQTIG sollte diese Einschränkungen im Abschlussbericht klarer herausarbeiten.

Um mit dem Fragebogen überhaupt sachgerechte und faire Ergebnisse der Qualitätsindikatoren erzielen zu können, sollten zusätzliche Fragen zur Patientinnenhistorie enthalten sein. Diese sollten für adäquate Stratifizierungen der Indikatorergebnisse verwendet werden.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zudem zu beachten, dass es sich um Patientinnen mit unterschiedlichen Historien und Voraussetzungen handelt. Besondere Gesprächssituationen, wie z. B. bei sprachlichen Barrieren oder besonderem kulturellen Hintergrund, müssen berücksichtigt werden.

Neben der grundsätzlichen Problematik der Erinnerungsfähigkeit an das präoperative Vorgespräch ist fraglich, ob die kleinteilige Abfrage von Details dieses Gesprächs überhaupt so von den Patientinnen nachvollzogen werden können. Ob z. B. im Nachhinein zwischen ärztlichen Hinweisen auf eine mögliche Wirkung und mögliche Nebenwirkungen des Eingriffs unterschieden werden kann, ist zu hinterfragen. Hier sollte im kognitiven Pretest genau darauf geachtet werden, ob die unterschiedlichen abgefragten Aspekte differenziert werden können.

Es stellt sich nicht zuletzt die Frage, wie eine Einrichtung mit den ausgewerteten Ergebnissen der Befragung umgehen soll. Wird beispielsweise ein Mangel bei der „Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre“ festgestellt, kann es sich um eines von vielen Symptomen der Überlastung des ärztlichen Personals im Krankenhaus handeln. Ein aussagekräftiges Auswertungskonzept im Abschlussbericht, möglichst mit einer Musterauswertung, sollte einen Eindruck vermitteln, inwieweit die betroffenen Krankenhäuser von der Patientenbefragung konkrete Anhaltspunkte zur Verbesserung ihrer Prozesse erhalten.

**Von:** [REDACTED]  
**An:** [IOTIG. Patientenbefragung](#)  
**Betreff:** Kommentar zum Zwischenbericht QS-Verfahren Hysterektomie  
**Datum:** Donnerstag, 16. Februar 2023 07:12:28

---

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Übersendung der Unterlagen.

Die Erarbeitungen sind sehr interessant und fundiert, so dass sich inhaltlich kaum Verbesserungsvorschläge ergeben.

Ich habe lediglich drei Hinweise und eine Frage:

1. Im Moment werden ausschließlich Leitlinien zum Thema Hysterektomie aus den USA und Großbritannien zitiert. Dies sollte explizit erwähnt werden und auch, dass sich in beiden Ländern die Versorgung in einem deutlichen anders strukturierten und finanzierten Gesundheitssystem abspielt, was durchaus auch Leitlinieninhalte beeinflussen dürfte.
2. Die Angaben zur Anzahl der in Deutschland jährlich durchgeführten Hysterektomien sollte hinsichtlich der Datenquelle und inhaltlich präzisiert werden: Es handelt sich nur um die unter stationären Bedingungen erfolgenden Eingriffe.
3. Bei den Hysterektomiemodi würde ich statt abdominal "abdominal-offen" schreiben.

Abschließend die Fragen, die ich schon an mehrere Gremien und Adressaten gestellt habe, ohne bisher eine Antwort erhalten zu haben. Diese Zahl erscheint mir aber wichtig, da sie den Sinn des sog. Zweitmeinungsverfahrens bestätigen oder eine kritische Sicht darauf begründen könnte: Wie oft wird dieses Zweitmeinungsverfahren von Patientinnen pro Jahr in der Bundesrepublik in Anspruch genommen?

Mit freundlichen Grüßen

Prof. M. David

**Stellungnahme**

**der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

vom 13. März 2023

**zum Zwischenbericht des IQTIG**

**„Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der  
Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus  
Patientensicht“**

(Stand 30. Januar 2023)

## INHALT

Hintergrund .....	3
Zusammenfassende Stellungnahme.....	4
Zu Kapitel 1 Auftrag und Auftragsverständnis.....	6
Zu Kapitel 2 Versorgungspraxis und versorgungspolitischer Rahmen.....	8
Zu Kapitel 3 Auftragspezifische Rahmenbedingungen.....	10
Zu Kapitel 4 Methodisches Vorgehen .....	11
Zu Kapitel 6 Das Qualitätsmodell und die abgeleiteten Qualitätsmerkmale .....	12

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für alle Geschlechter.

## Hintergrund

---

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 18. März 2022<sup>1</sup> beauftragt, eine Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht zu entwickeln.

Ziel ist eine Verbesserung der Patienteninformation, der Entscheidungskompetenz von Patientinnen sowie der gemeinsamen Entscheidungsfindung im Rahmen der Indikationsstellung im Zusammenhang mit Gebärmutterentfernungen bei benignen Erkrankungen.

Bei der Entwicklung der Patientenbefragung sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Fokussierung auf vermutete bzw. vorhandene Qualitätsdefizite bei der Prozessqualität der Indikationsstellung aus Sicht von Patientinnen.
- Entwicklung von Qualitätsindikatoren welche die Patientenperspektive zur Vollständigkeit und Rechtzeitigkeit der erhaltenen Informationen im Vorfeld des geplanten Eingriffs und zur partizipativen Entscheidungsfindung einbeziehen.
- Bestmögliche Datenqualität, fokussierte und aufwandsarme Befragung.
- Möglichkeit einrichtungsvergleichender Ergebnisdarstellungen.
- Eignung für routinemäßigen Einsatz.

Im Einzelnen wurde Folgendes beauftragt:

- Entwicklung und Validierung eines im Rahmen der externen Qualitätssicherung einsetzbaren Befragungsinstrumentes zur Hysterektomie bei benignen Erkrankungen mit Schwerpunktsetzung auf die patientenbezogene Prozessqualität aus Sicht der Patientinnen.
- Erstellung eines Umsetzungskonzepts einschließlich Datenfluss und Fragebogenlogistik.
- Erstellung eines Auswertungs- und Rückmeldekonzepthes sowie die Erstellung eines Musterberichtes.

Diese Beauftragungsbestandteile werden im Beschluss noch weiter konkretisiert.

Das Verfahren soll ausschließlich Hysterektomien adressieren, die im Krankenhaus erbracht werden, einschließlich belegärztlich erbrachter Hysterektomien.

Vom 30. Januar 2023 bis zum 12. März 2023 wurde hierzu vom IQTIG ein Beteiligungsverfahren gemäß § 137a Abs. 7 SGB V durchgeführt.

---

<sup>1</sup> <https://www.g-ba.de/beschluesse/5357/>

## Zusammenfassende Stellungnahme

Der vom IQTIG vorgelegte Zwischenbericht fokussiert auf die Definition der Qualitätsaspekte und der Ableitung der Qualitätsmerkmale als Vorstufe der zu entwickelnden Qualitätsindikatoren.

Insofern wird das Beteiligungsverfahren vom IQTIG als Möglichkeit gesehen, zu diesem zentralen Entwicklungsschritt Impulse für die weitere Entwicklung zu geben. Darüber hinaus gibt der Zwischenbericht einen Überblick über das methodische Vorgehen. Die konkrete Entwicklung des Befragungsinstruments einschließlich dessen Validierung, die Konzeption und Definition der Qualitätsindikatoren sowie das beauftragte Umsetzungskonzept (einschl. Datenfluss und Fragebogenlogistik) und ein Auswertungs- und Rückmeldekonzept einschließlich eines Musterberichts werden laut IQTIG erst im Abschlussbericht dargestellt.

Der vorgelegte Zwischenbericht ist gut strukturiert und nachvollziehbar. Die Definition der 14 Qualitätsmerkmale als Grundlage für die Fragebogenentwicklung und die Beratungen des Expertengremiums stellen einen wesentlichen Bestandteil des Auftrags dar und sind ausführlich beschrieben. Es zeichnet sich ab, dass die übrigen Auftragsbestandteile methodische Herausforderungen darstellen. Daher sollten auch die noch ausstehenden Entwicklungsleistungen vor Einführung des Verfahrens gut mit dem G-BA abgestimmt werden.

Die vom IQTIG durchgeführten Fokusgruppen und Einzelinterviews zur Erfassung der Patientenperspektive messen zwei wesentlichen Einflussfaktoren auf die Hysterektomie-Rate - dem Bildungsstand und regionalen Unterschieden - zu wenig Bedeutung bei. Keine der vom IQTIG einbezogenen 19 Patientinnen weist einen niedrigen Bildungsstand auf und elf der zwölf befragten Fachärztinnen kommen aus dem großstädtischen Raum. Bereits bei der Beauftragung hat der G-BA diese Aspekte betont und das IQTIG verweist selbst auf diesbezügliche wissenschaftliche Untersuchungen, die diesen Zusammenhang belegen.

Für einige der entwickelten Qualitätsmerkmale sehen wir bezogen auf die vom IQTIG in seinen Methodischen Grundlagen Version 2.0<sup>2</sup> genannten Eignungskriterien Einschränkungen, die bei der Entwicklung des Befragungsinstruments und im Pretest berücksichtigt werden sollten (vgl. Anmerkungen zu Kapitel 6). Dies gilt für das Eignungskriterium „Beurteilbarkeit durch Patientinnen und Patienten“ beim Qualitätsmerkmal 1.5 (neu) hinsichtlich der OP-Dauer.

Darüber hinaus wurden Fragen zur Symptomatik und zum Leidensdruck nicht in die Befragung aufgenommen. Dadurch bleiben maßgebliche Entscheidungsfaktoren der Patientinnen für die Durchführung einer Hysterektomie bei der Befragung außen vor.

Zu den noch fehlenden Auftragsbestandteilen nachfolgend einige Hinweise:

---

<sup>2</sup> IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): 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](https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf) (abgerufen am: 05.03.2023).

Die QS-Filter-Konzeption wird bei diesem Verfahren eine besondere Herausforderung darstellen. Hier sollten nicht nur Ein- sondern auch Ausschlusskriterien (wie z.B. maligne Erkrankungen) kombiniert werden. Da einige Qualitätsmerkmale durchaus in Abhängigkeit von der Operationstechnik zu sehen sind und die Hysterektomien hier eine nicht unerhebliche Heterogenität aufweisen, wäre eine Differenzierung der Eingriffsart – auch wenn sie nicht explizit in der Beauftragung adressiert ist – bei der Fragebogenkonzeption zu überlegen.

Spätestens beim Pretest sollten die zentralen Einflussfaktoren „Bildungsgrad“ und „regionale Unterschiede“ berücksichtigt werden.

Zum Umsetzungskonzept sollte hinterfragt werden, inwieweit eine postalische Befragung bei diesem sensiblen Thema der Hysterektomie tatsächlich angezeigt ist. Teilweise gehen die Patientinnen im privaten Umfeld offen mit dem Thema um, teilweise nicht, sodass auch psychologische Aspekte bei der Befragungsdurchführung bedacht werden sollten.

Die in der Entwicklung befindliche S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie von benignen Erkrankungen der Gebärmutter“ (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-093>) deren Fertigstellung für den 31.12.2023 erwartet wird, sollte abgewartet und das Verfahren im Hinblick auf Aktualisierungsbedarf geprüft werden.



## Zu Kapitel 1 Auftrag und Auftragsverständnis

In diesem Kapitel werden Auftrag, Auftragsverständnis und auftragsspezifische Anforderungen beschrieben.

Unter Verweis auf die Beauftragung des G-BA vom 18. März 2022 grenzt das IQTIG den vorliegenden Zwischenbericht auf die Entwicklung der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung ein. Die konkrete Entwicklung des Befragungsinstruments einschließlich dessen Validierung, die Konzeption und Definition der Qualitätsindikatoren, ein Konzept zum Datenfluss und zur Fragebogenlogistik, ein Auswertungskonzept für den Regelbetrieb sowie abschließende Empfehlungen für die Umsetzung (inkl. Stichprobenkonzept) wird erst im Abschlussbericht dargelegt.

Aufgrund der Fokussierung auf die Prozessqualität zur Indikationsstellung sollen Prozesse, welche sich an die Indikationsqualität anschließen (Prozesse der Durchführung, der operativen Nachsorge oder der postoperativen Aufklärung) von der Patientenbefragung unberücksichtigt bleiben.

Es wird darauf verwiesen, dass bei der gynäkologischen Versorgung der gesetzlich versicherten Patientinnen in Deutschland bei gesundheitlichen Problemen meist die ambulant tätigen Fachärztinnen erste Anlaufstelle und die medizinische Begleitung im Versorgungssystem sind.

Es gibt ferner keine Einschränkungen bezüglich der Vorgehensweise bei der Operation (z.B. vaginal, laparoskopisch, robotisch) und der Art des Umfangs der Organentnahme (z.B. totale oder subtotale Hysterektomie). Hysterektomien aufgrund von Geschlechtsangleichungen oder akuten Notfällen (z.B. bei postpartaler Blutung) werden ausgeschlossen.

- Wenngleich die Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale richtungsweisend für die Entwicklung des Befragungsinstruments und der Qualitätsindikatoren sind, ist es bedauerlich, dass hinsichtlich aller übrigen Entwicklungsleistungen somit keine Möglichkeit besteht, im Rahmen eines Beteiligungsverfahrens, entsprechende Hinweise der Verfahrensbeteiligten (Leistungserbringer) aufzunehmen.
- Prozesse außerhalb der Indikationsstellung in der Befragung sauber abzugrenzen, erscheint problematisch, da die Befragung poststationär erfolgt. Die Patientinnen werden den gesamten Aufenthalt beurteilen, d.h. rückblickend nicht nur die Informationen, die sich auf die Indikationsstellung beziehen. Sie werden auch Informationen zur postoperativen Aufklärung und im Rahmen der Entlassung in die Beantwortung aufnehmen. Inwieweit die Abgrenzung der Prozesse zur Indikationsstellung tatsächlich gelingt, sollte im Pretest geprüft werden.
- Da die abgefragten Qualitätsmerkmale überwiegend in den ambulanten Versorgungsbereich fallen, wird die Beantwortung abhängig vom Versorgungspfad ausfallen. D.h. es muss unterschieden werden, ob die Operation durch den Belegarzt, per Direktüberweisung durch den Facharzt oder unter Beteiligung einer Spezialsprechstunde der Klinik organisiert wird. Der Fragebogen sollte hier entsprechend differenzieren.

- Durch den Anspruch, Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die unabhängig von spezifischen Diagnosen und von der Vorgehensweise bei der Operation eingesetzt werden können, muss der QS-Filter besonders genau differenzieren, welche Diagnosen und Operationen die Befragung auslösen sollen. Die im Anhang F definierten Einschluss-ICD und -OPS sind hierfür nicht ausreichend. Neben Notfällen sind weitere Ausschluss-Diagnosen zu identifizieren (z.B. alle C-Diagnosen, um bösartige Erkrankungen auszuschließen).
- Hinsichtlich des Kriteriums „Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer“ sollten in der weiteren Ausgestaltung die unterschiedlichen Versorgungspfade stärker berücksichtigt werden, d.h. wie die Patientinnen zur Operation ins Krankenhaus überwiesen werden (z.B. per Direktüberweisung zum OP-Termin oder über eine Spezialsprechstunde des Krankenhauses).



## Zu Kapitel 2 Versorgungspraxis und versorgungspolitischer Rahmen

In diesem Kapitel werden Prävalenz, Indikationen, operatives Vorgehen und Behandlungsoptionen, die beteiligten Akteure in der Versorgung sowie die möglichen Versorgungspfade beschrieben.

Es wird unter anderem darauf verwiesen, dass sich im deutschlandweiten Vergleich für das Jahr 2012 deutliche Hinweise auf regionale Unterschiede in der Operationshäufigkeit ergeben. In Ballungsgebieten wurde eher durchschnittlich bis unterdurchschnittlich und in ländlichen Gebieten die Indikation zur Hysterektomie eher überdurchschnittlich häufig gestellt (Grote-Westrick et al. 2015)<sup>3</sup>; sogar bis zu dreimal häufiger als in Regionen mit geringen Fallzahlen. Bei Frauen mit einem niedrigeren Bildungsgrad wurde die Indikation zur Hysterektomie signifikant häufiger gestellt, als bei Frauen mit einem mittleren oder hohen Bildungsniveau (Prütz und von der Lippe 2013)<sup>4</sup>.

- Wenngleich angestrebt wurde, die Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen hinsichtlich der Kriterien Diagnose, Alter, Bildungshintergrund, Operationsverfahren sowie Durchführungsort (ländlich oder städtisch) möglichst heterogen zu gestalten, ist dies zum Bildungsgrad und zur Region nicht gelungen (vgl. Anhang B). Es wurden in zwei Fokusgruppen von fünf und sechs Teilnehmerinnen sowie acht Einzelinterviews insgesamt somit 19 Patientinnen befragt, die alle einen Bildungsstand aufweisen, der mindestens über Hauptschulabschluss-Niveau liegt. Bei 15 Patientinnen wurde die Hysterektomie in einer Großstadt durchgeführt.
- Auch bei den ärztlichen Fokusgruppen wurde eine ausgeglichene Verteilung nach Berufserfahrung, Alter, Geschlecht, Tätigkeitsbereich und dem Ort der Tätigkeitsausübung (ländlich oder großstädtisch) angestrebt: Auch hier ist der ländliche Raum unterrepräsentiert, da 11 der 12 befragten Fachärztinnen und Fachärzte in einer Großstadt tätig sind. Spätestens im Pretest sollten daher die beiden relevanten Einflussfaktoren Bildungsgrad und Region besser abgebildet sein.

Es werden zwei Versorgungspfade dargestellt, wie ihn gesetzlich versicherte Patientinnen bei der Indikationsstellung zu einer Hysterektomie regelhaft durchlaufen können. Im ersten Versorgungspfad erfolgt die Indikationsstellung zur Hysterektomie im Krankenhaus per Überweisung aus dem ambulanten Sektor. Im zweiten Versorgungspfad erfolgt die Indikationsstellung zur Hysterektomie durch Belegärztinnen und die Patientinnen kommen erst zum Operationstermin in das gewählte Krankenhaus.

<sup>3</sup> Grote-Westrick, M; Zich, K; Klemperer, D; Schwenk, U; Nolting, H-D; Deckenbach, B; et al. (2015): Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung im Zeitvergleich. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. URL: [https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie\\_VV\\_FCG\\_Regionale\\_Unterschiede\\_2015.pdf](https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_FCG_Regionale_Unterschiede_2015.pdf)

<sup>4</sup> Prütz, F; Knopf, H; von der Lippe, E; Scheidt-Nave, C; Starker, A; Fuchs, J (2013) Prävalenz von Hysterektomien bei Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahren. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56 (5): 716-722. DOI: 10.1007/s00103-012-1660-7.

- Der Versorgungspfad bei Indikationsstellung im Krankenhaus (Abb. 2, S. 26 des Vorberichts) schließt im ambulanten Sektor auch Spezialsprechstunden an Fach- und Hochschulambulanzen ein, allerdings sind diese falsch abgebildet: Die Patientinnen suchen die Spezialsprechstunde auf Überweisung des Facharztes auf. In diesen Spezialsprechstunden findet nicht nur die Diagnosestellung, sondern auch eine umfassende Beratung über Behandlungsalternativen statt und es werden Ursachen, Risiken, Nebenwirkungen usw. besprochen. Nach diesen Sprechstunden, entsprechender Bedenkzeit und ggf. Einholung einer Zweitmeinung, folgt bei OP-Wunsch dann der Termin zur OP-Vorstellung.
- Daraus ergibt sich, dass die Beantwortung bezogen auf die Qualitätsmerkmale davon abhängig ist, ob die Überweisung zum OP-Termin oder in die Spezialsprechstunde erfolgt. Die Befragung sollte somit die verschiedenen Zugangswege in die Klinik differenziert abbilden.



### **Zu Kapitel 3 Auftragspezifische Rahmenbedingungen**

---

In diesem Kapitel werden die Zielgruppe sowie Ausführungen zur Barrierefreiheit von Befragungen, zum Befragungszeitpunkt und zum Shared Decision Making formuliert.

Zur Barrierefreiheit, zum Befragungszeitpunkt und zum Shared Decision Making sind zum jetzigen Entwicklungszeitpunkt nur wenig konkrete Aussagen im Zwischenbericht zu finden. Die Möglichkeiten für eine Steigerung der Barrierefreiheit werden laut IQTIG geprüft und im Abschlussbericht dargestellt und abschließende Aussagen zum konkreten Befragungszeitpunkt könnten erst im Zuge der weiteren Entwicklungen (v.a. kognitiver und Standard-Pretest) erfolgen.

- Der Aussage, dass ein gemeinsamer und informierter Entscheidungsprozess bei der Indikationsstellung zur Hysterektomie aufgrund einer benignen Erkrankung Bestandteil einer guten Versorgungsqualität ist, ist uneingeschränkt zuzustimmen.

Die Zielgruppe wird unter Verweis auf Anhang F über die dort aufgeführten OPS- und ICD-Kodes beschrieben.

- Die im Anhang F dargestellten Einschlussdiagnosen und OPS-Kodes sollten mit entsprechenden Ausschlussdiagnosen, vor allem bzgl. maligner Erkrankungen, kombiniert werden. Auch bei den Fokusgruppen und Einzelinterviews wurden bereits folgerichtig Patientinnen ausgeschlossen, bei denen eine Hysterektomie aufgrund einer malignen Erkrankung durchgeführt wurde. Ferner sollte auch das Operationsverfahren differenziert abgebildet werden (vgl. auch Anmerkungen zu Kapitel 1 und 2).
- Es sollten zusätzlich folgende Codes eingeschlossen sein:
  - ICD: N 82.3, N 80.01
  - OPS: 5-683.02, 5-683.22
- Auszuschließen sind sämtliche C-Diagnosen (C 00 bis C 97). Gegebenenfalls kämen auch psychische Erkrankungen als Ausschlusskriterium in Betracht, sofern bei diesen Codes (z.B. 9-401.01) erkennbar ist, dass das Krankheitsbild die Patientin belastet und eine Befragung daher eine zusätzliche Belastung darstellen würde.

## **Zu Kapitel 4 Methodisches Vorgehen**

---

Hinsichtlich der in Entwicklung befindlichen S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie von benignen Erkrankungen der Gebärmutter“, deren Veröffentlichung am 31. Dezember 2023 erwartet wird, verweist das IQTIG darauf, diese Leitlinie aus methodischen Gründen nicht in die Verfahrensentwicklung einzubeziehen (vgl. Kapitel 4, S. 39 des Zwischenberichts). Stattdessen wurde ein Austausch bzw. Fachgespräch mit den Mitgliedern der Leitliniengruppe realisiert.

- Eine Prüfung auf Anpassungsbedarf der Entwicklungsarbeiten sollte unverzüglich nach Veröffentlichung der S3-Leitlinie und noch vor dem Start des Verfahrens erfolgen.
- Es ist nicht erkennbar, inwieweit der inhaltliche Austausch bzw. das Fachgespräch mit den Mitgliedern der Leitliniengruppe in die Entwicklungsarbeiten eingeflossen sind. Wurden die Mitglieder in das Expertengremium einbezogen bzw. zu den Qualitätsmerkmalen befragt?
- Im Zusammenhang mit der S3-Leitlinie wird die Einbindung zweier externer Experten und der mündliche Austausch mit der Leitliniengruppe beschrieben (vgl. Kap. 4, Seite 41 ff.) Darüber hinaus wird das allgemeine Vorgehen zur Einbindung des Expertengremiums sowie die grundsätzliche Zusammensetzung eines Expertengremiums zur Beurteilung der Qualitätsmerkmale geschildert. Es ist nicht erkennbar, wie das 8-Personen umfassende Expertengremium im vorliegenden Verfahren tatsächlich zusammengesetzt war. Dies sollte zur besseren Nachvollziehbarkeit im Bericht dargestellt werden.



## **Zu Kapitel 6 Das Qualitätsmodell und die abgeleiteten Qualitätsmerkmale**

In diesem Kapitel werden die drei Qualitätsaspekte, die zugehörigen 14 Qualitätsmerkmale und unter Verweis auf Anhang D die diesbezüglichen Beratungen des Expertengremiums erläutert.

- Zusammen mit Anhang D stellt dieses Kapitel eine sehr gute und ausführliche Darstellung der Beratungen des Expertengremiums und der Umsetzung der Empfehlungen des Expertengremiums dar.
- Zu Qualitätsmerkmal 1.5 *Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation* stellt sich die Frage, inwieweit die Patientinnen die OP-Dauer realistisch beurteilen können. Im Rahmen der poststationären Befragung ist die OP-Dauer für die Patientinnen sicher nicht als Schnitt-Naht-Zeit wahrnehmbar, sondern wird vermutlich eher individuell beurteilt als Zeit zwischen Narkose und Aufwachen. Auch die Qualitätsrelevanz ist fraglich, da die OP-Dauer von individuellen Faktoren abhängen kann, die sich erst während der OP zeigen (z.B. Verwachsungen) und eine Änderung des operativen Vorgehens erfordern können (z.B. von der laparoskopischen zur abdominalen Hysterektomie). Das Expertengremium war zu diesem Qualitätsmerkmal daher geteilter Meinung.
- Zu Qualitätsmerkmal 1.6 *Informationen zur Operateurin / zum Operateur*. Dieses Qualitätsmerkmal liegt nicht immer zuverlässig vor. Bei Hysterektomien handelt es sich um einen planbaren und vergleichsweise kleinen Eingriff. Insbesondere bei großen Krankenhäusern kann es hier in Abhängigkeit von Notfallpatienten und verfügbaren OP-Slots zu Verschiebungen des am Vortag festgelegten OP-Plans kommen, weshalb eine namentliche Nennung der Operateurin / des Operateurs nicht immer eingehalten werden kann.



**Stellungnahme  
des GKV-Spitzenverbandes  
vom 10.03.2023**

**zum Zwischenbericht des IQTIG  
„Entwicklung einer Patientenbefragung zur  
Prozessqualität der Indikationsstellung der  
Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus  
Patientensicht“  
vom 30. Januar 2023**

**GKV-Spitzenverband**  
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin  
Telefon 030 206288-0  
Fax 030 206288-88  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)





Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.03.2023  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der  
Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht“  
Seite 2 von 14

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>I. Hintergrund .....</b>	<b>3</b>
<b>II. Allgemeine Stellungnahme.....</b>	<b>4</b>
<b>III. Detaillierte Bewertung und Anmerkungen zu einzelnen Kapiteln .....</b>	<b>7</b>
Kapitel 2 Versorgungspraxis und versorgungspolitischer Rahmen .....	7
Kapitel 3 Auftragspezifische Rahmenbedingungen .....	9
Kapitel 4 Methodisches Vorgehen (inkl. Anhänge D.1 – E.2) .....	10
Kapitel 6 Qualitätsmodell und abgeleitete Q-Merkmale.....	10
Anmerkungen zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen .....	11
<b>IV. Weitere Hinweise zur Formulierung .....</b>	<b>13</b>

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.03.2023  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht“  
Seite 3 von 14

## I. Hintergrund

Der G-BA hat das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach §137a SGB V (IQTIG) am 18. März 2022 beauftragt, eine Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen zu entwickeln. Die Patientenbefragung soll Qualitätsdefizite insbesondere zur Informationsvermittlung und Aufklärung über den Eingriff, Rechtzeitigkeit und Vollständigkeit der Informationen und zur partizipativen Entscheidungsfindung aus Patientensicht aufdecken und mithilfe ihrer Ergebnisse Ansatzpunkte für Qualitätsverbesserungsmaßnahmen identifizieren. Hierbei wurde das Instrument der Patientenbefragung als geeignetstes Instrument festgelegt. Mit über 80.000 stationären Eingriffen jährlich – durchgeführt überwiegend von Krankenhäusern als Leistungserbringer, aber auch von Belegärzten – und Hinweisen, dass zahlreiche Eingriffe aufgrund einer zu weiten Indikationsstellung durchgeführt werden (Übersorgung), erscheint der Versorgungsbereich für die Qualitätssicherung hochrelevant.

Hintergrund für die Beauftragung war die Aussetzung der Qualitätsindikatoren zur Hysterektomie, die noch bis 2012 Teil der Externen Stationären Qualitätssicherung nach QSKH-Richtlinie waren und zum Erfassungsjahr 2013 ausgesetzt wurden. Grund für die Aussetzung der vier Indikatoren – drei Indikatoren zur Qualität der Durchführung, ein Indikator zur Indikationsqualität – waren zum einen stabil gute Ergebnisse, aber auch die Feststellung, dass Probleme im Bereich der Indikationsstellung (Übersorgung bzw. zu weite Indikationsstellung bei benignen Uteruserkrankungen) mit dem vorhandenen Indikator nicht abzubilden waren. Daher sollten leitliniengestützt neue Indikatoren zum Thema Indikationsstellung entwickelt werden. Im Unterschied zu den meisten anderen Entwicklungsaufträgen wurde hier also bereits im Vorfeld durch den G-BA auf ein bestimmtes Qualitätsthema (Indikation) fokussiert und nicht ein umfassendes Qualitätsmodell und QS-Verfahren beauftragt.

Bei der Entwicklung sind der Beauftragung nach die Methodischen Grundlagen V2.0 des IQTIG zu beachten und erforderlichenfalls Abwägungen zwischen der Relevanz einzelner Qualitätsaspekte und der Aufwandsarmut der Befragung vorzunehmen, wobei das Bestreben nach und die Notwendigkeit einer effektiven und effizienten Qualitätssicherung medizinischer Leistungen durch die vom G-BA im Juli 2022 beschlossenen Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten QS erneut unterstrichen wurde.

Teil des Entwicklungsauftrags an das IQTIG sind neben der Entwicklung eines Qualitätsmodells vor allem die Indikatorentwicklung und Empfehlungen zur Umsetzung im Regelbetrieb einschließlich eines Auswertungs- und Berichtskonzepts. Gegenstand des vorliegenden

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.03.2023  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht“  
Seite 4 von 14

Zwischenberichts ist das entwickelte Qualitätsmodell, d.h. die Ableitung und Auswahl relevanter Qualitätsaspekte zum Thema Indikationsstellung bei Hysterektomie, deren Konkretisierung zu Qualitätsmerkmalen und erste Überlegungen zur Umsetzung unter dem Dach der DeQS-RL.

## II. Allgemeine Stellungnahme

Insgesamt hat das IQTIG einen fokussierten, gut nachvollziehbaren und in seinen Ergebnissen (entwickelte Qualitätsmerkmale) weitestgehend überzeugenden Zwischenbericht vorgelegt. Im Unterschied zu anderen Aufträgen zur Indikatorentwicklung war zum Versorgungsbereich Hysterektomie bereits vorab eine starke Eingrenzung hinsichtlich des Behandlungssektors, der zu berücksichtigenden Qualitätsaspekte (Indikationsstellung) und des Instruments (Patientenbefragung) erfolgt.

Wie im Bericht sehr gut herausgearbeitet wird, handelt es sich um eine heterogene Gruppe von Erkrankungen, für die grundsätzlich verschiedene Behandlungsoptionen vom Abwarten über konservative Behandlungsansätze bis zur Entfernung der Gebärmutter bestehen. Die jeweilige Indikation und speziell auch die Indikation für eine Hysterektomie sowie das operative Vorgehen hierbei hängen damit von der Art der Erkrankung, dem bisherigen Verlauf und zudem sehr stark von den individuellen Präferenzen der Patientin ab (s. Kap. 2). Shared Decision Making ist ein hilfreiches Prozessschema, um über Optionen zu informieren, Präferenzen zu erkunden, abzuwägen und eine gemeinsame Entscheidung zu treffen und somit insgesamt eine patientenzentrierte Indikationsstellung zu erreichen. Da die Patientensicht hierbei entscheidend ist, kann als Erfassungsinstrument nur die Befragung zum Einsatz kommen. QS Hysterektomie wird somit das erste datengestützte QS-Verfahren sein, das die Behandlungsqualität, eingegrenzt auf den Prozess der Indikationsstellung, allein aus Sicht der Patienten messen würde.

Im Ergebnis hat das IQTIG drei Qualitätsaspekte identifiziert und diese zu 14 Qualitätsmerkmalen konkretisiert. Wie in den anderen bereits entwickelten Befragungen des IQTIG handelt es sich hierbei um „Information und Aufklärung“ und „Kommunikation und Interaktion“, bei der Hysterektomie ergänzt um „Gemeinsame Entscheidungsfindung“ als Qualitätsaspekt, der wie oben dargelegt bei dieser Leistung eine besonders wichtige Rolle für die Versorgungsqualität spielt. Im Unterschied zu anderen Berichten nimmt das IQTIG explizit Bezug auf die rechtlichen Grundlagen für die Information über Behandlungsoptionen und Aufklärung in §§ 630c und 630e BGB, was positiv zu bewerten ist.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.03.2023

zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht“

Seite 5 von 14

Bei der Konkretisierung zu Qualitätsmerkmalen wurde geprüft, ob jedes infrage kommende Merkmal unabhängig von der Diagnose und dem Operationsverfahren, d.h. von allen Patientinnen, beurteilt werden kann. Diese Klarstellung, die das IQTIG für sich selbst vornimmt (S. 15f.), ist zu begrüßen, da hiermit Auswertungen und Ergebnisse, die sich nur auf Untergruppen beziehen – mit allen potenziellen Problemen (Reichweite der Aussage, Fallzahlen, Vergleichbarkeit von Krankenhäusern mit unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten usw.) – vermieden werden.

Die resultierenden Qualitätsmerkmale sind weitestgehend gut nachvollziehbar und beschreiben die Kernpunkte des Verfahrens – Patientenrecht auf Information, Shared Decision Making und Voraussetzungen hierfür (Informiertheit, faire und wertschätzende Interaktion, gemeinsame Abwägung) – gut. Eine detaillierte Bewertung der einzelnen Merkmale findet sich in Kapitel 3 dieser Stellungnahme.

Hinsichtlich der Methodik für die Entwicklung der Qualitätsmerkmale fällt auf, dass größere Teile der Zwischenergebnisse in den Anhang verschoben sind. So finden sich im eigentlichen Bericht keine Abschnitte mehr zur Auswertung der gefundenen Literatur, der Fokusgruppen und Interviews oder zu den Beratungen des Expertengremiums. Es werden in Kapitel 6 lediglich die resultierenden Qualitätsmerkmale dargestellt, einschließlich Nennung der jeweiligen Quellen (Fokusgruppen, Literatur). Dies macht zwar den Bericht wesentlich schlanker und übersichtlicher als es andere Entwicklungsberichte für Befragungen waren. Andererseits ist das Entwicklungsergebnis bzw. -zwischenenergebnis ohne Lektüre des Anhangs (Anhänge D und E) nicht mehr nachzuvollziehen, denn nur dort wird berichtet, welche Qualitätsmerkmale in die Expertenberatung gegeben wurden, wie dort darüber diskutiert wurde, wie die Eignungsbeurteilung durch Experten und IQTIG erfolgt ist und auch, welche Merkmale mit welchen Begründungen nicht weiterverfolgt wurden. Aus unserer Sicht sollte das IQTIG prüfen, ob nicht doch auch im Bericht selbst, z.B. im Rahmen der Beschreibung der finalen Qualitätsmerkmale, kurz über eventuelle Kontroversen in den Expertendiskussionen, über die Einschätzung der Eignungskriterien sowie auch über gestrichene Merkmale informiert werden sollte.

Zudem sind auch im Anhang die Begründungen zum Ausschluss einiger Merkmale so knapp bzw. gar nicht ausformuliert, dass sie durch Dritte nicht nachvollzogen werden können. Auch die Einschätzungen zu den Eignungskriterien, die von IQTIG und Experten vorgenommen werden (Anhang E.2), sind recht knapp. An dieser Stelle möchten wir erneut darauf hinweisen, dass aus unserer Sicht künftig eine Abstufung insbesondere von Relevanz und Verbesserungspotenzial wichtig ist, um Indikatorensets zu fokussieren und zu priorisieren und das IQTIG hierzu

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.03.2023

zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht“

Seite 6 von 14

entsprechende Methoden entwickeln sollte (z.B. Bildung von Rangfolgen bei Qualitätsmerkmalen bzgl. der Eignungskriterien).

Kritisch ist anzumerken, dass die Zusammensetzung der Patientenfokusgruppen unausgewogen erscheint. Obgleich in der Versorgungsanalyse (S.18) dargestellt wird, dass sich die Eingriffshäufigkeit nach Region (urban/ländlich) und Bildungsniveau der Patientin unterscheidet, scheinen die Teilnehmerinnen der Fokusgruppen vorwiegend aus großstädtischen Räumen zu stammen, zumindest vom Durchführungsort des Eingriffs ausgehend, und mehrheitlich über ein hohes Bildungsniveau zu verfügen (Tab. 1 Anhang B.3).

Bei der Zusammensetzung der Fokusgruppen hätte aus unserer Sicht auch erwogen werden können, Patienten, die sich nach Vorstellung im Krankenhaus doch noch gegen eine Hysterektomie entschieden haben, ebenfalls mit einzubeziehen. Fasst man ein Gespräch im Krankenhaus über einen möglichen operativen Eingriff bereits als eine Art Weichenstellung auf, wobei dennoch grundsätzlich die Entscheidung dagegen und für eine andere Behandlungsoption ermöglicht werden soll, dann haben Gespräche, die in eine Indikationsstellung gegen den Eingriff münden evtl. eine besondere Qualität – z.B. besonders neutral gegenüber Chancen und Risiken der Operation oder besonders umfassend zu ggf. noch ungenutzten ambulanten Behandlungspotenzialen. Auch wenn diese Patientengruppe nicht im QS-Verfahren einbezogen wird, wären sie aus diesem Grund ggf. eine gute Ergänzung bei der Entwicklung der Qualitätsmerkmale gewesen.

Entsprechend dem Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung sind fokussierte und effiziente Indikatorensets anzustreben. Bei der Entwicklung von Patientenbefragungen werden in der Regel Qualitätsmerkmale, die zu demselben Aspekt gehören, später, als Items operationalisiert, zu einem Indikator zusammengefasst (MP 2.0, S. 86). Die zu erwartende Anzahl von Indikatoren erscheint daher überschaubar und der Thematik angemessen. Zudem werden mit einer Patientenbefragung nur geringe Dokumentationsaufwände für die Krankenhäuser generiert.

Noch offen bleiben Punkte wie der Zeitpunkt der Befragung bzw. der mögliche maximale Erinnerungszeitraum, die Umsetzung einer barrierefreien oder -armen Befragung und die Auslösung der Zielgruppe mithilfe von ICD- und OPS-Kodes. Hierzu finden sich erste Überlegungen im Zwischenbericht (S. 29 und 32), die jedoch erst für den Abschlussbericht konkretisiert und in begründete Empfehlungen formuliert werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.03.2023

zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht“

Seite 7 von 14

Beim Thema Barrierefreiheit bzw. zu einer Online-Version der Befragung als Maßnahme der barrierearmen Umsetzung wären etwas konkretere Darlegungen wünschenswert gewesen. Unklar ist z.B., ob nicht dem Konzept des IQTIG zu Online-Befragungen<sup>1</sup> nach diese Entwicklung parallel zur paper-pencil-Fragebogenentwicklung durchgeführt werden sollte und welche Limitationen eine Online-Befragung für diese spezielle Zielgruppe haben könnte.

Ein für die weitere Entwicklung der Befragung samt Umsetzungsempfehlungen relevanter Punkt könnte zudem die Fallzahlverteilung sein. Die Tabelle auf Seite 50 zeigt, dass die ganz überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser weniger als 200 Operationen pro Jahr durchführen. Es erscheint also ggf. erforderlich, eine zweijährige Verfahrensdurchführung zu prüfen.

### **III. Detaillierte Bewertung und Anmerkungen zu einzelnen Kapiteln**

#### **Kapitel 2 Versorgungspraxis und versorgungspolitischer Rahmen**

Das IQTIG stellt in diesem Kapitel die derzeitige Versorgung, einschließlich der Versorgungspfade für die belegärztliche und die stationäre Behandlung, übersichtlich und strukturiert dar. Bei der Betrachtung der Varianz der Eingriffshäufigkeiten werden die empirischen Hinweise auf Probleme bei der Indikationsstellung erneut deutlich (S. 18). Dabei wird auch herausgearbeitet, dass angesichts der verschiedenen Behandlungsoptionen die Entscheidung für eine Hysterektomie, gefolgt von der Entscheidung für ein bestimmtes Operationsverfahren, von der individuellen Symptomatik, Leidensdruck und Präferenzen abhängt, und dass Abwarten und konservative Behandlungsoptionen ausgeschöpft sein sollten.

Die Darstellung alternativer Behandlungsoptionen erscheint allerdings sehr kurz. Es wird z.B. nicht angemerkt, dass für Myome auch ein medikamentöser Therapieversuch möglich ist und auf organerhaltende Therapien bei Blutungsstörungen (neben konservativen Therapien z.B. Endometriumablationen) wird nicht eingegangen. Das IQTIG sollte die Darstellung um wesentliche Parameter ergänzen.

#### ***Belegärztliche Versorgung***

Das IQTIG berichtet, wie viele Hysterektomien jährlich erfolgen (S. 17, S. 46 ff). Leider wird nicht dargestellt, wie hoch hierbei der Anteil an belegärztlich durchgeführten Hysterektomien ist. Wenn es hierzu verfügbare Daten gibt, sollte dies im Abschlussbericht ergänzt werden.

Ferner stellt das IQTIG in Kapitel 2.3 "Beteiligte Akteure in der Versorgung" dar, dass 2018 bei der KBV 4.599 Belegärztinnen und Belegärzte gemeldet waren (S. 23). Wünschenswert wäre bereits an dieser Stelle, die Anzahl an Belegärzt:innen, die gynäkologisch tätig sind, darzustellen. Dies

---

<sup>1</sup> [https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG\\_Konzept-onlinebasierte-Patientenbefragung\\_Abschlussbericht\\_2021-11-19.pdf](https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Konzept-onlinebasierte-Patientenbefragung_Abschlussbericht_2021-11-19.pdf)

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.03.2023

zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht“

Seite 8 von 14

erfolgt erst in Kapitel 5.2.2 "Definition der stationären Leistungserbringer". Hier wird von 622 belegärztlich tätigen Gynäkolog:innen im Jahr 2018 berichtet (S. 49). Diese Information wäre bereits in Kapitel 2.3 hilfreich.

### ***Versorgungspfade und Möglichkeit des Zweitmeinungsverfahrens***

Die Darstellung der Versorgungspfade unterstreicht zudem, wo die Grenzen des künftigen QS-Verfahrens liegen: große Teile der Versorgung von benignen Erkrankungen erfolgen bereits ambulant vor der Indikationsstellung zu einer stationären Hysterektomie (ambulant), ebenso wie die Nachbetreuung. Diese Teile der Versorgung können und sollen von dem Verfahren und somit der Befragung nicht adressiert werden.

Zu den dargestellten Versorgungspfaden wäre ein Hinweis, dass lediglich der gynäkologische Anteil angegeben ist, sachgerecht. Die Aussage, dass Patientinnen bei belegärztlich durchgeführten Hysterektomien erst zum Operationstermin in das gewählte Krankenhaus kommen (S. 27), ist vor dem Hintergrund, dass vor einer Narkose eine anästhesiologische Aufklärung erfolgen muss, die normalerweise in dem Krankenhaus erfolgt, nicht korrekt. Zudem erscheint in Abbildung 2 (S. 26) der Pfeil zu "Zweitmeinung" nicht korrekt. Die reine "Diagnosestellung" bedingt noch keine Zweitmeinung. Erst wenn aufgrund der Diagnose ein operativer Eingriff /Hysterektomie geplant ist, kann eine Zweitmeinung in Anspruch genommen werden. Dies wurde korrekt auf S. 24 "Sonderregelung Zweitmeinungsverfahren" beschrieben. Es sollte eine Anpassung der Darstellung in der Abbildung geprüft werden.

Zum Thema Zweitmeinung fällt weiterhin auf, dass auf diesen Punkt später, bei der Entwicklung der Qualitätsmerkmale, kaum noch eingegangen wird. Aus unserer Sicht hätte das Zweitmeinungsverfahren Teil des Moderationsleitfadens sein sollen, z.B. welche Bedeutung es für die Patienten hatte (wurde informiert, wurde es genutzt usw.). Es sollte bei der Weiterentwicklung der Qualitätsmerkmale – insbesondere wohl Merkmal 1.3 explizit berücksichtigt werden, da die Information und ggf. Nutzung einer Zweitmeinung wichtig für die Entscheidungsfindung der Patientin zu weiteren Schritten sein kann.

### ***Shared Decision Making und rechtliche Grundlage für Information und Aufklärung***

Da Information, Aufklärung und SDM Schwerpunkt der Befragung sein sollen, ist es zu begrüßen und erscheint dem Auftragsthema angemessen, dass das IQTIG in diesem Kapitel (S. 25) ausführlicher auf die gesetzlichen Grundlagen Bezug nimmt und die Pflichten des Krankenhauses diesbezüglich herausarbeitet, nämlich eine umfassende Information und Aufklärung über Eingriff, Risiken, Nutzen und Alternativen, unabhängig davon, was ein ambulanter Arzt im Vorfeld schon an Informationen vermittelt hat. Auf S. 25 wird angegeben, dass das Patientenrechtegesetz Vorgaben an die Aufklärung macht. Hier sollte auch auf § 630 e Abs. 1 BGB verwiesen werden. Das IQTIG hat den Wortlaut exakt aus dem Paragraphen übernommen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.03.2023  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht“  
Seite 9 von 14

### **Kapitel 3 Auftragspezifische Rahmenbedingungen**

#### ***Auslösung (S. 29f. und Anhang F)***

Das IQTIG stellt hier u.a. die bisherigen Überlegungen zur **Auslösung** der Patientengruppe mithilfe von ICD- und OPS-Kodes im Krankenhaus dar (S. 29f.). Es werden verschiedene Optionen diskutiert und in Anhang F die fraglichen Codes aufgeführt. Unklar bleibt, wie viele Patienten bzw. Eingriffe bei den verschiedenen Varianten nicht berücksichtigt werden könnten oder „zu viel“ ausgelöst werden, v.a. die Formulierung „Hysterektomien, die nicht aktuellen medizinischen Standards entsprechen“ (S. 29) ist erläuterungsbedürftig. Beides sollte im Abschlussbericht bei der Beschreibung der Auslösung ergänzt werden.

Bei der Betrachtung der vom IQTIG als relevant erachteten ICD-Kodes fällt auf, dass sämtliche ICD-Kodes der Gruppe Q51 "Angeborene Fehlbildungen des Uterus und der Cervix uteri" genannt werden. Diese Codes erscheinen relativ selten im klinischen Alltag für eine Hysterektomie und daher wenig relevant. Dagegen werden beispielsweise Codes zu Veränderungen an der Cervix (N86 und N87) und der Code "N95.0 Postmenopausenblutung" nicht genannt. Aus der Kodegruppe R10 wurde der Code "R10.0 Akutes Abdomen" ebenfalls nicht aufgenommen. Dies scheint nicht nachvollziehbar.

Bei den OPS-Kodes ist die Aufnahme bzw. der Ausschluss mancher Codes nicht konsistent. In der Gruppe "5.682 Subtotale Uterusexstirpation/suprazervikal" wird beispielsweise "5-682.0x Sonstige" bewusst ausgeschlossen (Nennung aller anderen Codes dieser Gruppe). Für die Gruppe "5-682.1 Subtotale Uterusexstirpation/supravaginal", die die gleichen Subkodes wie 5.682.0 hat, wurden jedoch alle Codes (inklusive des Codes "5-682.1x Sonstige") in die Liste aufgenommen. Ebenso erscheint es fraglich, weshalb bei einer Befragung zu Hysterektomien die OPS-Gruppe "5.684 Zervixstumpfexstirpation" aufgenommen wird. Diese Patientinnen hatten eine subtotale Hysterektomie zu einem früheren Zeitpunkt in einer anderen Operation und in der aktuellen Operation wird lediglich die Zervix entfernt. Eine Befragung zu Hysterektomie sollten diese Patientinnen daher nicht bei der "zweiten" Operation erhalten.

Das IQTIG sollte erläutern, welche Kriterien zur Aufnahme bzw. Nicht-Aufnahme der ICD-Kodes und OPS-Kodes geführt haben und die Codes überprüfen.

#### ***Barrierefreiheit***

Die Überlegungen zur Barrierefreiheit (S. 30), die der G-BA bei Befragungen gehalten ist zu beachten, finden sich erstmals in einem Zwischenbericht zu einer Befragungsentwicklung. Allerdings handelt es sich hier um sehr allgemeine, theoretische Überlegungen. Der Schluss, dass mit einer online-fähigen Fragebogenversion einige Barrieren beseitigt oder herabgesetzt werden können, erscheint naheliegend. Im Abschlussbericht sollten diese Überlegungen konkretisiert und z.B. mögliche Limitationen bezogen auf die Zielgruppe der Befragung (Erreichbarkeit,



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.03.2023  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht“  
Seite 10 von 14

Antwortverhalten, Aufwand-Nutzen-Verhältnis, ...) in Abhängigkeit vom Befragungsmodus abgeschätzt werden, so dass er G-BA in die Lage versetzt wird, eine entsprechende Beauftragung zu beschließen.

#### ***Shared-Decision-Making-Modell (SDM)***

Sehr gut erscheint auch die Beschreibung der Schritte eines SDM-Prozesses (S. 33f.). Allerdings findet sich bei der Entwicklung der Qualitätsmerkmale der wichtige Schritt der „Abwägung“ nicht mehr wieder, d.h. aus unserer Sicht fehlen Inhalte, die explizit das Erfassen der Patientenpräferenzen betreffen. (Merkmal 3.1 beinhaltet zwar das „Berücksichtigen der Präferenzen“, jedoch ist es aus unserer Sicht ein eigener Schritt, diese erst einmal zu benennen und in die Abwägung einzubeziehen.)

#### **Kapitel 4 Methodisches Vorgehen (inkl. Anhänge D.1 – E.2)**

Die Darstellungen zur allgemeinen Methodik bei der Entwicklung von Befragungen folgen den aktuellen Methodischen Grundlagen V2.0. Es könnte jedoch im Entwicklungsbericht spezifischer auf das Thema bezogen dargestellt werden, weshalb PROMs und PREMs hier von so hoher Relevanz sind.

Etwas anders als in den Methodischen Grundlagen wird auf Seite 38 neben den Eignungskriterien „Bedeutung für die Patientinnen“, „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“, „Verbesserungspotenzial“ und „Beeinflussbarkeit“ auch das Kriterium „Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss“ aufgezählt, welches in den Methodischen Grundlagen zwar Teil der Prüfung des Qualitätsziels ist (S. 122), jedoch nicht explizit bei der Entwicklung von Qualitätsmerkmalen im Rahmen von Befragungen genannt wird (S. 79). Im Anhang wird das Kriterium dann pauschal bestätigt (E.2, S. 13). Das IQTIG sollte die scheinbare Modifikation des methodischen Vorgehens erläutern.

In den Anhängen sind die Entwicklungsschritte und Inhalte der Expertendiskussionen nachvollziehbar dargestellt, vom Ausgangsset der Qualitätsmerkmale (D.1), über Diskussionsinhalte (D.2) und Änderungen nach den Expertendiskussionen (E.1) bis zu einer separaten Darstellung der Eignungsbeurteilung auf Basis der Expertenmeinungen hierzu (E.2). Die Anzahl der Experten (S. 51) und die Kriterien zur Zusammensetzung des Gremiums (S. 42f.) werden genannt, jedoch fehlt eine tabellarische Darstellung der Mitglieder des Expertengremiums, die in früheren Berichten immer zu finden war. Dies sollte nachgeholt werden.

#### **Kapitel 6 Qualitätsmodell und abgeleitete Q-Merkmale**

In Kapitel 6 wird das aus den Recherchen und Datenerhebungen resultierende Qualitätsmodell mit

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.03.2023  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht“  
Seite 11 von 14

den Qualitätsmerkmalen und den jeweiligen Grundlagen (Literatur, Fokusgruppen oder Interviews) dargestellt, das Ausgangspunkt für die weitere Fragebogenentwicklung werden soll. Die tabellarische Übersicht (Tab. 5, S. 56) informiert zudem über die Zuordnung der Aspekte zu den Qualitätsdimensionen. Schwerpunkt der Befragung ist „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“, während andere Dimensionen (Patientensicherheit, Wirksamkeit usw.) nicht abgedeckt werden. Diese Limitierung der Qualitätsbetrachtung ist jedoch dem Auftrag inhärent und somit vollkommen nachvollziehbar.

Am Ende des Kapitels stehen in einer tabellarischen Übersicht Qualitätsaspekte, -merkmale und zugehörige -dimensionen (4 Dimensionen abgedeckt, v.a. responsiveness; nicht dabei: Wirksamkeit, Patientensicherheit, Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit, Koordination und Kontinuität).

#### Anmerkungen zu den einzelnen Qualitätsmerkmalen

Qualitätsmerkmal	Kommentar
<b>Information und Aufklärung</b>	
1.1 Aufklärung zur Wirkung	-
1.2 Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen	-
1.3 Aufklärung zu Behandlungsmöglichkeiten	<p>Das Merkmal wurde verändert: von „Aufklärung über alternative Behandlungsoptionen“ hin zu Vergewisserung, dass die Patienten den Informationsstand bereits haben, oder bei Bedarf Verweis an einen kompetenten Arzt oder Aufklärung selbst vornehmen.</p> <p>Hier wird ein grundlegendes Problem in der stationären Versorgung deutlich: stationär tätige Gynäkologen haben wenig oder keine Erfahrung mit nicht-operativen Behandlungen, eine fundierte Information darüber und das Eruiere ggf. noch nicht ausgeschöpfter konservativer Behandlungsoptionen ist daher im Krankenhaus-Setting schwierig. An wen soll der gesprächsführende Arzt verweisen? Eine Beratung über und hin zu einer Operation ist also eher erwartbar, weil dies das Feld ist, in dem stationär tätige Gynäkologen gut ausgebildet sind. Dies ist zwar nicht optimal, kann jedoch von dem QS-Verfahren auch nicht gelöst werden. Positiv ist zu bewerten, dass explizit eine „Vergewisserung“ über den Informationsstand der Patienten vorgegeben wird. Die konkrete</p>

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.03.2023

zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht“

Seite 12 von 14

	<p>Operationalisierung bleibt abzuwarten.</p> <p>Kritisch ist, dass in der Merkmalsbeschreibung das Recht auf Zweitmeinung nicht erwähnt wird. Wir regen an zu prüfen, ob dies beim Arztgespräch im KH nicht ebenfalls thematisiert werden muss. Laut Bericht (S. 25) muss das zwar schon der initial indikationsstellende Arzt machen – ist der ambulante Behandler gemeint?), dennoch halten wir im Rahmen der „Vergewisserung“ eine Frage an die Patientin, ob sie darüber informiert ist, ob sie es in Anspruch genommen hat oder noch nehmen möchte (dann sind mind. 10 Tage Zeit vor OP-Termin vorgegeben), für angebracht.</p> <p>Gerade mit Blick auf dieses Merkmal wäre es interessant gewesen, Patientinnen in die Fokusgruppen aufzunehmen, die sich nach dem Gespräch im KH gegen die OP entschieden haben (wurden diese ggf. besonders gut über konservative Behandlungsoptionen informiert?).</p>
1.4 Aufklärung zum operativen Vorgehen	–
1.5 Information zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation	Ggf. könnte man das Merkmal modifizieren und die Terminvereinbarung (3.3) integrieren.
1.6 Information zum Operateur	<p>Das Merkmal erscheint für die Qualität der Behandlung selbst weniger wichtig und auch relativ schwierig für das Krankenhaus umzusetzen (kurzfristige Dienstplanung oder Dienstplanänderungen).</p> <p>Die Flexibilisierung des Merkmals („wer <u>voraussichtlich</u>“) ist nachvollziehbar.</p>
Gestrichenes Merkmal: 1.7 Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten nach Hyst. (D.2, S. 6; E.2, S. 18)	<p>Das Merkmal wurde vom Expertengremium als nicht diagnoseunabhängig verworfen, es solle nicht generell darüber informiert werden (S. E.1, S. 8).</p> <p>Diese Einschätzung teilen wir nicht. Es wäre gut, generell über das Vorhandensein von nachfolgenden Behandlungsmöglichkeiten zu informieren, und auf den ambulanten Behandler oder die Krankenkasse zu verweisen für individuell passende Informationen.</p> <p>Der Darstellung in E.2 nach sind alle anderen Eignungskriterien gegeben. Daher sollte eine Umformulierung (generischer und somit</p>

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.03.2023  
zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht“  
Seite 13 von 14

	diagnoseunabhängig) nochmals geprüft werden. Ansonsten sollte in E.2 zumindest dargestellt werden, warum das Merkmal ausgeschlossen wurde, um den Sinnzusammenhang zu wahren.
<b>Kommunikation und Interaktion</b>	
2.1 und 2.2	–
2.3 Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der Informationen	–
2.4 Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen ins Gespräch	–
<b>Gemeinsame Entscheidungsfindung</b>	
3.1 Berücksichtigen von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie	Dies setzt das Erfragen von Präferenzen voraus (s. Beschreibung der Schritte im SDM S. 34), ggf. wäre zu prüfen, ob dies gut genug abgebildet wird, auch bei der Formulierung von Items.
3.2 Berücksichtigen des Bedarfs an Bedenkzeit	–
3.3 Einbezug bei Terminvereinbarung	Das gehört u.E. nicht in den Prozess des SDM, der das Ziel hat, die Behandlungsentscheidung der Patienten zu optimieren, nicht die Organisation der Behandlung, d.h. es geht am Thema vorbei. Ggf. entfallen lassen, da es für die Behandlungsqualität im engeren Sinne nicht bedeutsam ist.

#### IV. Weitere Hinweise zur Formulierung

- 1) Auf S. 16 wird angegeben, dass die zu berücksichtigenden Hysterektomien als auftragsspezifische Anforderungen eine "Unabhängigkeit von der Vorgehensweise bei der Operation" haben sollen. Zur Klarstellung sollte dies ergänzt werden in "Unabhängigkeit von der Vorgehensweise (Zugangsweg und Umfang) bei der Operation".
- 2) In Tabelle 2 (S. 19) sollten die Formulierungen in Zeile 2 geprüft werden:
  - a. Es wird angegeben "Menstruationsbeschwerden/Blutungsbeschwerden (abnormale Blutungen)". Abnormale Blutungen können auch zu wenige Blutungen sein. Daher

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 10.03.2023

zum Zwischenbericht des IQTIG „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht“

Seite 14 von 14

erscheint es sachgerecht, diesen Zusatz zu streichen (im übrigen Dokument findet sich dieser Zusatz nicht).

- b. Es wird angegeben "Übermäßige Blutungen, welche zu regelmäßigen anämischen Zuständen führen können und mit starken Schmerzen einhergehen können (Hypermenorrhoe, Dysmenorrhoe, Dyspareunie)". Verständlicher erscheint: "Übermäßige Blutungen (Hypermenorrhoe und Menorhagien), welche zu regelmäßigen anämischen Zuständen führen können und mit starken Schmerzen (Dysmenorrhoe) einhergehen können". Dyspareunie sind Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, die keinen direkten Bezug zu Menstruationsbeschwerden haben.
- 3) In Kapitel 2.2.2 "Operatives Vorgehen" sollte bei jedem Zugangsweg ergänzt werden, welcher Umfang möglich ist (bsp. lediglich eine totale Hysterektomie bei vaginalem Zugang; eine totale und subtotale Hysterektomie je nach Indikation bei laparoskopischer Hysterektomie).



# Baden-Württemberg


MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration  
Baden-Württemberg · Postfach 103443 · 70029 Stuttgart

Datum 09.03.2023

Per E-Mail  
IQTIG  
patientenbefragung@iqtig.org

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
(Bitte bei Antwort angeben)

 Stellungnahme zum Zwischenbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht“ des IQTIG

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Gelegenheit der Stellungnahme zum Zwischenbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht“ des IQTIG.

Hinsichtlich der Methodik fällt auf, dass bei der Rekrutierung von Patientinnen für die Fokusgruppen nicht berücksichtigt wurde, ob Komplikationen / unerwünschte Folgen im Anschluss an eine Hysterektomie aufgetreten sind, obwohl „Outcome“ eines der Themen der Fokusgruppen war. Da in einem Aufklärungsgespräch insbesondere der Aufklärung über Risiken ein hoher Stellenwert zukommt und die Aufklärung hierüber — bzw. der Prozess der informierten Entscheidungsfindung nur von denjenigen beurteilt werden kann, bei denen ein Risiko eingetreten ist, verwundert die fehlende Berücksichtigung. Es ist davon auszugehen, dass sich die Ergebnisse von Fokusgruppen bestehend aus Patienten ohne Komplikationen und solchen mit Komplikationen unterscheiden.

Auch fällt auf, dass alle Teilnehmerinnen der Fokusgruppen und Einzelinterviews „Patientinnen“ mindestens einen Realschulabschluss vorweisen konnten, obwohl bei — Frauen mit einem niedrigeren Bildungsgrad die Indikation zur Hysterektomie signifikant häufiger gestellt wurde als bei Frauen mit einem mittleren oder hohen Bildungsniveau (Prütz und von der Lippe 2014).

Die Fokusgruppenteilnehmerinnen und die abgeleiteten Ergebnisse repräsentieren damit nur eingeschränkt die Zielpopulation.

Bezüglich des Qualitätsmerkmals 1.2 „Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen“ sollte präzisiert werden, dass die Nennung von Ereignishäufigkeiten der Risiken entscheidend ist, um eine adäquate Risikoabwägung vornehmen zu können. Dabei sollten zum einen die Häufigkeiten der einzelnen Risiken bei der Operation im Allgemeinen sowie zum anderen die Häufigkeiten vor Ort (in der entsprechenden Klinik) benannt werden. Dass dieses Ergebnis nicht aus den durchgeführten Fokusgruppen und Einzelinterviews hervorging, könnte damit zusammenhängen, dass Patientinnen mit Komplikationen angesichts der Einschlusskriterien möglicherweise nicht vertreten waren.

Für den Qualitätsaspekt 2 „Interaktion und Kommunikation“ wird die Aufnahme eines Qualitätsmerkmals „Sicherstellung, dass die erhaltene Information aufgenommen und verstanden wurde“ empfohlen.

Dieses erfüllt alle in Kapitel 4.2 gelisteten Eignungskriterien und auftragspezifischen Anforderungen.

Ziel ist u.a. „Qualitätsindikatoren (zu) entwickel(n)..., welche die Patientenperspektive zu Themen der Vollständigkeit und Rechtzeitigkeit von erhaltener Information im Vorfeld und zur partizipativen Entscheidungsfindung einbeziehen“. Eine partizipative Entscheidungsfindung ist nur möglich, wenn die erhaltene Information auch aufgenommen und verstanden wurde. Je nach Sprach- und Bildungsniveau können hier sich hier die Möglichkeiten der Patienten deutlich unterscheiden. Es sollte daher durch die Aufklärenden stets sichergestellt werden, dass gegebene Information aufgenommen und verstanden wurde und ggf. eine erneute, auf die Bedürfnisse der Patienten angepasste Aufklärung erfolgen. Die bereits entwickelten Qualitätsmerkmale decken zwar Aspekte ab, die der verständlichen Information dienen. Es fehlt jedoch bislang das bei jeder Aufklärung erforderliche Merkmal, dass sich die Aufklärenden vergewissern, dass die Information verstanden wurde.

Wir bitten um Berücksichtigung unserer Stellungnahme für die Weiterentwicklung der Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht.

Mit freundlichen Grüßen  
Dr. Sonja Hyrenbach



**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG:  
Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen  
nach § 140f SGB V zum Zwischenbericht des IQTiG im Auftrag des Ge-  
meinsamen Bundesausschusses (Stand 30.01.2023):**

## **Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

**11.03.2023**

**Ansprechpartnerin:**

Cordula Mühr, MD MPH, DBR / SoVD, [REDACTED]





**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG:  
Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

## Inhalt

Vorbemerkung .....	4
I. Hintergrund und Bedeutung des Auftrags .....	4
II. Zum methodischen Vorgehen des IQTiG .....	6
III. Zum dargestellten Auftragsverständnis und auftragsspezifischen Anforderungen.....	7
IV. Zum Kapitel 2 (Versorgungspraxis und versorgungspolitischer Rahmen).....	10
V. Zum Kapitel 3.4. (Shared Decision Making) .....	12
VI. Zu den identifizierten Qualitätsaspekten und Qualitätsmerkmalen (Kapitel 6) .....	17
VII. Gesamtfazit.....	19

**Hinweis:** Die im Text aufgeführten Seitenzahlen, Tabellenangaben und wörtlichen Zitate beziehen sich, soweit nicht anders gekennzeichnet, auf den Zwischenbericht des IQTiG zur „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht“, Stand 30. Januar 2023.



Deutscher  
Behindertenrat



BundesArbeitsGemein-  
schaft der PatientInnen-  
stellen und -initiativen



Deutsche  
Arbeitsgemeinschaft  
Selbsthilfegruppen e. V.

Anlage zum Beschluss

Verbraucherzentrale

Bundesverband

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG:  
Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG: Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

## Vorbemerkung

Die Überschrift des Zwischenberichts greift den Titel der Beauftragung auf und insofern die männliche Formulierung „aus Patientensicht“, obwohl es sich bei der Zielpopulation unter biologischer Betrachtungsweise explizit und ausschließlich um Frauen handelt und es deshalb – auch ohne übertriebene Berücksichtigung von Genderaspekten – richtigerweise „aus Patientinnensicht“ heißen sollte. Es wird angeregt, dies im Titel sowie auch im Text entsprechend anzupassen.

## I. Hintergrund und Bedeutung des Auftrags

Die Beauftragung zur Entwicklung des Befragungsinstruments<sup>1</sup> erfolgte am 18. März 2022 auf Anregung der Patientenvertretung im G-BA. Explizite Zielsetzung der Beauftragung war es,

*ein kompaktes, fokussiertes Befragungsinstrument zu entwickeln, welches die Verbesserung der Patienteninformation, der Entscheidungskompetenz von Patientinnen sowie der gemeinsamen Entscheidungsfindung und damit der Indikationsstellung im Zusammenhang mit Gebärmutterentfernungen bei benignen Erkrankungen zum Ziel hat.*

Bezüglich der Informationsqualität sollten gemäß Beauftragung Vollständigkeit und Rechtzeitigkeit der erhaltenen Information im Vorfeld des geplanten Eingriffs (Bezug Patientenrechtegesetz) in den Blick genommen werden, wobei im Auftrag insbesondere explizit genannt wurden: Risiken und Nebenwirkungen, Behandlungsalternativen und Folgen bei Verzicht auf Behandlung, Verständlichkeit und individueller Zuschnitt der erhaltenen Information sowie der Hinweis auf die Möglichkeit zum Einholen einer Zweitmeinung. Bezüglich der Entscheidungsqualität fordert die Beauftragung die Betrachtung der partizipativen Entscheidungsfindung als relevante Voraussetzung einer patientinnenzentrierten Indikationsstellung.<sup>2</sup> Dieser Fokus der Beauftragung wird durch das IQTiG bei

---

<sup>1</sup> [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5357/2022-03-18\\_IQTIG-Beauftragung\\_Patientenbefragung-Hysterektomien.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5357/2022-03-18_IQTIG-Beauftragung_Patientenbefragung-Hysterektomien.pdf)

<sup>2</sup> BMJ 2012; 345 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e6572> (Published 08 November 2012)

Cite this as: BMJ 2012;345:e6572: Stop the silent misdiagnosis: Patients' preferences matter



**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG: Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

der Beschreibung der Beauftragungsbestandteile leider nicht noch einmal hervorgehoben – und er findet sich insgesamt im Zwischenbericht nur unzureichend wieder.

Auf beide Qualitätsaspekte kommt es insbesondere bei der Indikationsstellung zur Entfernung der Gebärmutter bei benignen Erkrankungen an, weil es sich dabei um einen elektiven Eingriff handelt, der aber irreversibel und mit Komplikationsraten von über 5 % verbunden ist.<sup>3</sup> Er greift in die Fortpflanzungsfähigkeit der betroffenen Frau ein und kann gleichzeitig starken Einfluss auf ihr Selbst- und Körperbild haben – selbst wenn kein Kinderwunsch (mehr) besteht. Darüber hinaus sind auch medizinisch unerwünschte Langzeitfolgen wie z. B. ein deutlich erhöhtes Risiko für Harninkontinenz mit dem Eingriff verbunden. Zwar bleibt die Diagnose von Krankheiten auch weiterhin ein grundlegendes Element ärztlicher Tätigkeit. Die Diagnose der Präferenz ist dagegen ein Konzept, dass nur durch eine Ärztinnen-Patient-Kommunikation in Sinne des Shared Decision Making realisiert werden kann. Vor diesem Hintergrund wird gemeinsame Entscheidungsfindung auf Basis geteilter Informationen inzwischen als „Patientenrelevanter Endpunkt“ verstanden.<sup>4</sup> Auch in Anlehnung an das Sacket'schen Verständnis von evidenzbasierter Medizin erfordert eine für Patientinnen und Patienten angemessene Behandlung neben einer präzisen medizinischen Diagnose gleichzeitig eine Präferenzdiagnose. Unzureichende Information und fehlende Möglichkeit, die bevorzugte Behandlung zu wählen, sind nach diesem Verständnis als „Präferenzfehldiagnose“ zu verstehen und letztlich als „stumme Fehldiagnose“, weil sie zumeist nicht wahrgenommen werden, weder von der Ärztin oder Arzt noch von der Patientin oder dem Patienten.<sup>5</sup> Insbesondere diesem Versorgungsdefizit soll durch das beauftragte Verfahren begegnet werden. Bedauerlicherweise umfasst die Beauftragung lediglich die Berücksichtigung von Operationen im stationären Sektor als Auslöser der Befragung, obwohl bereits im Jahr 2015 darüber spekuliert wurde, ob der statistisch

---

<sup>3</sup> Gemäß Bundesauswertung des AQUA-Institutes 2012

<sup>4</sup> <https://www.aerzteblatt.de/archiv/175052/Patientenrechte-Informierte-Entscheidung-als-patientenrelevanter-Endpunkt>

<sup>5</sup> <https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/inhalte/details/news/detail/News/s3-leitlinie-hysterektomie-indikation-und-methodik.html>

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG:  
Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

in Deutschland zu verzeichnende Rückgang von Hysterektomien v. a. auf den vermehrten Einsatz alternativer, konservativer Verfahren zurückzuführen ist oder auf die Verlagerung der Operationen in den ambulanten Sektor. Dies macht deutlich, dass neben der Patientinnenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung weiterhin die Wiedereinführung einer – nunmehr jedoch sektorübergreifend angelegten – klassischen datengestützte Qualitätssicherung auch der operativen Eingriffe zur Gebärmutterentfernung selbst notwendig ist, wie sie auch seit Jahren vom fachspezifischen Expertengremium beim IQTiG immer wieder gefordert wird.

## II. Zum methodischen Vorgehen des IQTiG

Die Autorinnen und Autoren des Zwischenberichts verweisen für die Darlegung der methodischen Vorgehensweise auf die einschlägigen Festlegungen in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTiG. Konkret geben die Autorinnen und Autoren an,

1. eine systematische Literaturrecherche von nationalen und internationalen Leitlinien und zu patientenrelevanten Themen (systematische Reviews, qualitative und quantitative Primärstudien, Mixed-Methods-Studien) zur Versorgungssituation in Deutschland sowie
2. Fokusgruppen zur Erfassung der Patientinnenperspektive, davon jeweils 2 mit Patientinnen und 2 mit Ärztinnen und Ärzten des Fachgebiets der Gynäkologie und zusätzlich 8 Einzelinterviews mit Patientinnen

durchgeführt zu haben.

### Bewertung

- Es fehlt der Hinweis darauf, ob und in welcher Weise auch übergeordnete Expertise für die Bereiche Patientenzentrierung und „Shared decision making“ vom IQTiG einbezogen und vor allem auch berücksichtigt wurden. Dieses Versäumnis halten die maßgeblichen Patientenorganisationen für ein sehr schwerwiegendes Defizit, welches den im Zwischenbericht dargelegten Ergebnissen und Empfehlungen deutlich anzumerken ist und das behoben werden muss.

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG:  
Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

- Generell wären Angaben dazu, welche Expertinnen und Experten mit welcher spezifischen Expertise das IQTiG in seine bisherige Entwicklungsarbeit einbezogen hat, notwendig. Die Notwendigkeit der Transparenz ist insbesondere auch in Hinblick darauf erforderlich, dass das IQTiG im Rahmen der Entwicklung nach der Expertenrunde Qualitätsmerkmalen modifiziert, die auf Basis von Literatur, Fokusgruppen und Interviews vorgeschlagen wurden.
- Besonders erstaunt, dass die Autorinnen und Autoren erst im Ausblick auf kommende Entwicklungsschritte die Durchführung einer Fragebogenrecherche zur Identifikation thematisch relevanter Fragebögen gemäß § 137a Abs. 3 SGB V ankündigen. Dabei wäre es nach Auffassung der maßgeblichen Patientenorganisationen zielführend, bereits vorab eine solche Recherche durchzuführen, um Hinweise auf empirisch bewährte Qualitätsaspekte und -merkmale aus validierten Befragungsinstrumenten zu erhalten und diese bereits in die erste Entwicklungsphase einbeziehen zu können.

### **III. Zum dargestellten Auftragsverständnis und auftragspezifischen Anforderungen**

- Die Autorinnen und Autoren weisen zu Recht darauf hin, dass die sich aus der Beauftragung ergebende Fokussierung auf den stationären Sektor bzw. auf die stationären Prozesse zur Indikationsstellung zum einen dazu führen, dass ambulante Akteure, welche ebenfalls maßgeblich in die medizinische Vorbereitung, Begleitung und Nachsorge zu einer Hysterektomie eingebunden sind, unberücksichtigt bleiben und dass zum anderen auch die Prozesse, welche im ambulanten Sektor erfolgen, nicht erfasst werden können (z. B. dortige Aufklärungsgespräche).

#### **Bewertung**

Nicht nachvollziehbar ist jedoch aus Sicht der maßgeblichen Patientenorganisationen die Schlussfolgerung der Autorinnen und Autoren, dass deswegen und auf Grundlage des aktuellen Rahmenkonzepts für Qualität des IQTiG lediglich die Dimensionen zur Angemessenheit und der Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an Patientinnen adressiert werden können. Denn selbstverständlich können – im Gegensatz zu dieser Annahme – neben der Erhebung detaillierter Informationsinhalte sehr wohl auch die Dimension der Ergebnisqualität durch die Patientenbefragung adressiert werden,

## **Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG: Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

wenn unter Ergebnis eben das Maß der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen, mit der Entscheidungsbeteiligung und im Rückblick auch die Entscheidungszufriedenheit verstanden wird.

- Als sich aus der Beauftragung des G-BA ergebende „auftragsspezifische Anforderungen und methodische Herausforderungen“ nennen die Autorinnen und Autoren insbesondere, dass die zu entwickelnden Qualitätsindikatoren unabhängig von der / den Diagnose(n) bzw. Krankheitsbild(ern) der Patientinnen eingesetzt werden sollen und gleichzeitig auch unabhängig von der Vorgehensweise bei der durchgeführten Operation.

### **Bewertung**

Tatsächlich sind diese Aspekte aber vor allem wichtig, wenn die medizinische Qualität der Eingriffe selbst und deren Ergebnisse bewertet werden sollen, was mit diesem Verfahren ja nicht beabsichtigt ist. Deshalb sind aus Sicht der maßgeblichen Patientenorganisationen auch trotz der zutreffend im Zwischenbericht beschriebenen Heterogenität der Zielgruppe und der Eingriffsarten verallgemeinerbare Rückschlüsse auf die Qualität der Indikationsstellung zu Hysterektomien mit nachfolgendem Leistungserbringervergleich möglich – vorausgesetzt die Entwicklung der Befragungs-Items ist streng und sachgerecht auf die von Patientinnen berichtete Qualität der erhaltenen Informationen sowie auf die von ihnen erlebte Entscheidungsgestaltung fokussiert.

Dem IQTiG bietet sich mit dieser Beauftragung u. a. die Chance, allgemeine Qualitätsmerkmale zur Abbildung der Prozessqualität der Indikationsstellung aus Sicht von Patientinnen und Patienten zu identifizieren, um auf dieser Basis ein quasi generisches Befragungsinstrument entwickeln zu können, das als Prototyp ggf. zukünftig ohne umfängliche Aufwände auch im Zusammenhang mit anderen Behandlungsanlässen einsetzbar ist. Dies entspräche der Zielrichtung des Eckpunktepapier des G-BA zur Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung. Allerdings ergibt sich aus Sicht der maßgeblichen Patientenorganisationen immer die Notwendigkeit, neben generischen auch verfahrensspezifische Qualitätsmerkmale zu identifizieren, um darauf ausbauend spezifische Befragungs-Items entwickeln zu können. Dies ist auch bei der vorliegenden Beauftragung der Fall.

### **Vorschläge zur Berücksichtigung bei der weiteren Verfahrensentwicklung**

Verfahrensspezifisch könnten z. B.

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG:  
Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

- gezielt die erhaltenen Informationen zu möglichen Zugangswegen abgefragt werden, die zur individuellen Abwägung von Vor- und Nachteilen notwendig sind;
- gezielt die erhaltenen Informationen zum Umfang der Gebärmutterentfernung (z. B. inkl. Gebärmutterhals und / oder Eileiter) abgefragt werden, die zur individuellen Abwägung von Vor- und Nachteilen notwendig sind;
- Gemäß vorgelegter Literaturanalyse und Zitat aus einer Fokusgruppe kommt bei Hysterektomien den Auswirkungen auf die Sexualität umfassende Bedeutung zu. Diese Bedeutung findet aber in den vorgeschlagen Qualitätsmerkmalen nicht ausreichend Berücksichtigung. Es sollte spezifisch für dieses Verfahren von den Patientinnen die Ermutigung seitens des Arztes / der Ärztin erhoben werden, auch Fragen und Bedenken zu möglichen Auswirkungen des Eingriffs auf das Weiblichkeitsempfinden und auf die Sexualität zu stellen. Denn obwohl hinlänglich bekannt ist, dass Patientinnen diese Fragen häufig nicht von sich aus stellen, versäumen es Ärztinnen und Ärzte häufig, diese Bedenken und Fragen von sich aus auszusprechen und ihnen im Gespräch ausreichend Raum zu geben. Dabei ist es genau dieses kundige, einfühlsame und patientinnenzentrierte Vorgehen, welches aus Sicht von Patientinnen ein gutes Aufklärungsgespräch ausmacht. Es gibt bewährte Modelle, wie Ärztinnen und Ärzte in diesem sensiblen Bereich kommunikativ vorgehen können. Erwähnt sei insbesondere das sogenannte „PLISSIT-Modell“<sup>6</sup>, welches ein bewährtes Tool sowohl zur Bewertung als auch zum Umgang mit Fragen und Bedenken von Patientinnen und Patienten im sexuellen Bereich ist. PLISSIT ist ein Akronym und bezeichnet ein vierstufiges, aufeinander aufbauendes Beratungsmodell, bestehend aus:

P - Permission - Erlaubnis

L I - Limited Information - begrenzte Informationsgabe

S S - Specific Suggestions - gezielte Anregungen

---

<sup>6</sup> Annon, J. S. (1983). PLISSIT-Modell. In R. J. Corsini (Hrsg.), Handbuch der Psychotherapie. Weinheim: Beltz.



**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG:  
Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

**I T - Intensive Therapy - intensive Therapie**

Die erste Stufe, nämlich der Hinweis von Ärztinnen und Ärzten, dass Fragen und Bedenken zu Sexualität und Körperbild bei entsprechenden Eingriffen häufig sind, wirkt normalisierend und ermutigt Patientinnen dazu, ggf. vorhandene Bedenken und Sorgen in dieser Hinsicht zu äußern. Bei Bedarf können dann ggf. unangemessene Ängste und Vorstellungen genommen werden durch gezielte Informationen zu anatomischen, physiologischen und psychologischen Aspekten. Auch kann z. B. der Hinweis gegeben werden, wann sexueller Kontakt nach dem Eingriff wieder möglich ist. Im Rahmen der weiteren Befragungsentwicklung sollte das IQTiG deshalb gezielt auch die erlebte Ermutigung der Patientinnen zu Fragen hinsichtlich Körperbild und Sexualität erheben – mit dem Qualitätsziel, spezifisch die Kommunikationskompetenz von Ärztinnen und Ärzten in diesem Bereich zu fördern.

#### **IV. Zum Kapitel 2 (Versorgungspraxis und versorgungspolitischer Rahmen)**

**Sonderregelung: Zweitmeinungsverfahren**

Die Autorinnen und Autoren weisen zu recht auf die Regelungen zur Zweitmeinung nach § 27b SGB V in Verbindung mit der Zweitmeinungs-Richtlinie des G-BA (Zm-RL) hin und führen aus, dass Versicherte auch bei einer Indikationsstellung der Hysterektomie bei allen nicht malignen Erkrankungen der Gebärmutter eine Zweitmeinung einholen „können“.

**Bewertung**

Es handelt sich bei der Zweitmeinung nach § 27b SGB V in Verbindung mit der Zm-RL (hier bei der Indikationsstellung der Hysterektomie) um einen expliziten Sachleistungsanspruch von Patientinnen. Die indikationsstellende Ärztin oder der indikationsstellende Arzt ist verpflichtet, die Patientin über das Recht, „eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären. Die Aufklärung muss mündlich und verständlich erfolgen. Die Aufklärung über das Recht zur Einholung einer Zweitmeinung hat in der Regel mindestens 10 Tage vor dem geplanten Eingriff zu erfolgen, in jedem Fall aber so rechtzeitig, dass die Patientin oder der Patient die Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen kann.“ (§ 6 Absatz 1 Zm-RL). Ferner müssen

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG: Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

durch die indikationsstellende Ärztin oder den indikationsstellenden Arzt Hinweise erfolgen zu Informationsangebote über geeignete Zweitmeiner, zum Patientenmerkblatt des G-BA sowie auch auf die Entscheidungshilfe des IQWiG. Relevant ist ferner die Information, dass die Zweitmeinung nicht bei einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Einrichtung durchgeführt werden kann, durch die oder durch den der Eingriff selbst durchgeführt werden soll.

Die ärztliche Aufklärung über den Anspruch der Patientinnen auf eine Zweitmeinung ist insofern im Zusammenhang mit der Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomie von zentraler Relevanz. Leider ist diese spezifische ärztliche Aufklärungspflicht jedoch bislang bei den entwickelten Qualitätsmerkmalen überhaupt nicht abgebildet.

Zwar wird bei der Beschreibung des Versorgungspfades im Kapitel 2.4. noch einmal auf den Anspruch auf Zweitmeinung hingewiesen. Und das IQTiG führt auch aus, dass im Rahmen des Vorgesprächs im Krankenhaus eine Untersuchung und erneute diagnose- bzw. Indikationsstellung stattfindet.

In Hinblick auf die Sicherstellung des Anspruchs auf Einholung einer Zweitmeinung muss aber die Aufklärung über diesen Anspruch im Krankenhaus erfolgen, wenn sich nicht schon aus den Patientenunterlagen ergibt, dass diese Zweitmeinungsaufklärung bereits zuvor erfolgt ist. Diese spezifische Aufklärung erfordert ein eigenes Qualitätsmerkmal.

**Beschreibung der Aufklärung in Kapitel 2.4**

Die Autorinnen und Autoren beschreiben im Kapitel 2.4. richtigerweise, dass die Patientin unabhängig davon, ob sie direkt von ihrer niedergelassenen Gynäkologin / ihrem niedergelassenen Gynäkologen, einer Fachambulanz oder einer Zweitmeinerin / einem Zweitmeiner zu einem Vorgespräch in die jeweilige stationäre Einrichtung überwiesen wurde, verpflichtend und umfassend von der Ärztin oder dem Arzt im Krankenhaus aufzuklären ist, auch über Alternativen und unabhängig davon, ob bereits im Vorfeld eine Aufklärung z.B. im ambulanten Sektor erfolgt ist.

Aus Sicht der Patientenorganisationen ist es insofern vollkommen unverständlich, warum dann eines der relevantesten Qualitätsmerkmale für die diese Patientinnenbefragung, nämlich das Quali-

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG: Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

tätsmerkmal 1.3. (Aufklärung über alternative Behandlungsoptionen) nach Beratung im Expertengremium dahingehend reduziert werden soll, dass die Ärztin oder der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin oder der Belegarzt sich lediglich bei den Patientinnen vergewissern sollen, dass diese über Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt wurden und dass diese nur dann über Behandlungsoptionen aufgeklärt werden sollen, wenn dies nicht schon zuvor erfolgt ist.

## V. Zum Kapitel 3.4. (Shared Decision Making)

Die Autorinnen und Autoren widmen dem Shared Decision Making (SDM) ein ganzes Kapitel und weisen darauf hin, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung eine besondere Bedeutung für dieses QS-Verfahren hat. Gemäß ihrem dargestellten Verständnis kann Shared Decision Making grundsätzlich als Interaktionsprozess verstanden werden, der das Ziel verfolgt, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patientin bzw. Patienten und Ärztin bzw. Arzt sowie auf Grundlage geteilter Informationen zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft bezüglich der präferierten Behandlung zu kommen. Explizit stellen die Autorinnen und Autoren fest, dass dabei „immer auch die Möglichkeit der Nichtbehandlung bzw. des Abwartens besteht, da eine benigne Erkrankung primär keinen akuten Handlungsbedarf hat“ (S.33). Es wird konkretisiert, dass bei einer Hysterektomie als elektiver Eingriff eine sorgfältige Abwägung von Nutzen und Nebenwirkungen erforderlich sei und diese deshalb „zielführend durch die Anwendung von SDM begleitet werden kann“. Zutreffend schätzen sie schließlich den aktuellen Umsetzungsstand so ein, dass „SDM im klinischen Alltag noch keine Selbstverständlichkeit ist und nicht unbedingt die Versorgungsrealität widerspiegelt. Des Weiteren verleihen die Autorinnen und Autoren ihrer Auffassung Ausdruck, dass klinische Entscheidungsfindung in der Realität ein dynamischer Prozess sei, in dem die einzelnen Phasen fließend ineinander übergingen und daher nur schwer voneinander abzugrenzen seien.

### Bewertung

Die Auffassung, dass SDM ein derartig dynamischer Prozess mit fließend ineinander übergehenden Phasen sei, dass Prozessschritte nur schwer voneinander abzugrenzen wären, kann von den maßgeblichen Patientenorganisationen in dieser Allgemeinheit nicht geteilt werden. Es bleibt unverständlich, warum die Autorinnen und Autoren es vollständig versäumen, der wichtigen Frage

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG:  
Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

nachzugehen, ob und wie die Prozessschritte der Entscheidungsfindung mithilfe der Befragung abbildbar gemacht werden können. Dies ist umso ärgerlicher, als sie selbst konstatieren, dass „SDM in der Entwicklung des QS- Verfahrens Hysterektomie eine tragende Rolle spielt“ bzw. dass „ein gemeinsamer und informierter Entscheidungsprozess bei der Indikationsstellung zu einer Gebärmutterentfernung aufgrund einer benignen Erkrankung Bestandteil einer guten Versorgungsqualität aus Patientensicht ist und daher unverzichtbar für eine patientenzentrierte Qualitätssicherung“ (S. 35).

Unweigerlich stellt sich die Frage, ob den Autorinnen und Autoren des Zwischenberichts modellhafte Prozessschritte einer gemeinsamen Entscheidungsfindung nicht ausreichend bekannt sind bzw. weshalb sie diese nicht zur Ableitung von Qualitätsmerkmalen nutzen. Zumindest ein etabliertes und aus Sicht der maßgeblichen Patientenorganisationen sinnvolles Modell ist den Autorinnen gemäß angegebener Literatur auch bekannt<sup>7</sup>. Dieses sieht z. B. vor, den Prozess anhand folgender drei Phasen zu unterteilen<sup>8</sup>:

1. In der ersten Phase, dem „**team talk**“, geht es darum, der Patientin oder dem Patienten zu vermitteln, dass überhaupt eine Entscheidung ansteht, weil es mehr als eine Behandlungsoption gibt und die richtige Wahl davon abhängt, was ihr am wichtigsten ist. Dies herauszufinden erfordert „Teamarbeit“ von Ärztinnen bzw. Ärzten und Patientinnen bzw. Patienten, ggf. unter Einschluss von Angehörigen und Freunden.
2. Die zweite Phase, der „**option talk**“, umfasst die Darstellung und den Vergleich der Begleitumstände und der zu erwartenden erwünschten und unerwünschten Ergebnisse der

---

<sup>7</sup> Elwyn, G; Durand, MA; Song, J; Aarts, J; Barr, PJ; Berger, ZD; et al. (2017): A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ* 359: j4891. DOI: 10.1136/bmj.j4891.

Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ* 1999; 319: 766 – 771.

Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns* 2014; 94: 291 – 309.

Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. *Patient Educ Couns* 2006; 61: 319 – 341.

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG:  
Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

Behandlungsoptionen. Ziel ist es, auch emotional belasteten und zu irrationalen Präferenzen tendierenden Patientinnen und Patienten realistische Vorstellungen zu vermitteln. Entscheidungshilfen (decision aids) haben sich als unterstützende Maßnahme bewährt.

3. „**Decision talk**“ schließlich bezieht sich auf die Unterstützung bei der Entscheidung. Dafür bringt die Patientin oder der Patient die zu erwartenden Behandlungsergebnisse, nachdem sie oder er sie verglichen hat, in eine Rangfolge und wählt die dazu passende Behandlung.

Leider ignorieren die Autorinnen und Autoren des Zwischenberichts relevante Prozessschritte der gemeinsamen Entscheidungsfindung gemäß diesem Modell.

**Dies betrifft insbesondere die Anfangsphase („Team Talk“)**, in der von der operierenden Ärztin oder dem operierenden Arzt der Hinweis gegeben werden soll, dass überhaupt eine Entscheidung ansteht, - so auch eventuell die gegen eine Operation. Zwar wird auf S. 34 des Zwischenberichts ausgeführt, dass Frauen mit einer benignen Erkrankung der Gebärmutter grundsätzlich vor der Entscheidung für oder gegen eine Hysterektomie als Therapie stehen und erst im Zusammenhang damit auch über den operativen Zugang (z. B. die vaginale Hysterektomie, die laparoskopische Hysterektomie, die laparoskopisch-assistierte vaginale Hysterektomie oder die abdominale Hysterektomie) sowie den Umfang der Operation (z. B. subtotale oder totale Hysterektomie). Leider findet jedoch der Hinweis auf die Option zur grundsätzlichen Ablehnung der Hysterektomie als Bestandteil des Aufklärungsgesprächs in der Folge, z. B. als eines der abgeleiteten Qualitätsmerkmals zum übergeordneten Qualitätsaspekt „Gemeinsame Entscheidungsfindung“, im Zwischenbericht keine Berücksichtigung mehr. In der Folge soll es gemäß Vorschlag der Autorinnen und Autoren bei den im Folgenden zu erhebenden Präferenzen der Patientin im Zusammenhang mit der Entscheidungsfindung dann auch nur noch um diejenigen zur Durchführung der Hysterektomie, der Bedenkzeit vor der Operation und den Einbezug bei der Terminvereinbarung gehen. Ggf. möchten die Autorinnen und Autoren das identifizierte Qualitätsmerkmal des „respektvollen Umgangs“ ja als Hinweis bzw. gar als Beleg für eine Entscheidungsbeteiligung auf Augenhöhe verstanden wissen, was jedoch in dieser Allgemeinheit nicht operationalisierbar und deshalb auch wenig aussagekräftig wäre.

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG:  
Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

**Aber auch hinsichtlich der Informationsphase („Option Talk“)** werden aus Sicht der maßgeblichen Patientenorganisationen relevante Aspekte nur unzureichend berücksichtigt. Zwar weisen die Autorinnen und Autoren auf S. 25 des vorliegenden Zwischenbericht auf die Verpflichtung gemäß Patientenrechtegesetz hin, der zufolge ärztlicherseits „umfassend über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie zu informieren und aufzuklären“ ist sowie darauf, dass diese Aufklärung „umfassend durch eine Ärztin / einen Arzt im Krankenhaus erfolgen muss, unabhängig davon, ob bereits im Vorfeld eine Aufklärung z. B. im ambulanten Sektor erfolgt ist“.

Es bleibt insofern widersprüchlich, wie die Autorinnen und Autoren auf S. 52 des Zwischenberichts unter dem Spiegelstrich 6.1.3 (Qualitätsmerkmal „Aufklärung zu Behandlungsmöglichkeiten“) aus recherchierten Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive und den selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zu der Schlussfolgerung gelangen, dass die Pflicht der Ärztin oder des Arzt im Krankenhaus bzw. der Belegärztin oder der Belegarztes lediglich darin bestünde, sich bei den Patientinnen vor der Operation "zu vergewissern, dass diese darüber aufgeklärt wurden, welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt“ und dass eine eigene Informationsverpflichtung nur dann bestehe, wenn die Patientinnen „nicht bereits zuvor darüber aufgeklärt“ worden sind. Jenseits der Frage, wie eine solche umfassende vorherige Aufklärung tatsächlich im Krankenhaus regelhaft nochmal detailliert überprüft wird, ist äußerst fraglich, ob dieses Vorgehen Sinn und Zweck des Patientenrechtegesetzes entspricht.

Auf S. 117ff des Anhangs zum Zwischenbericht stellen die Autorinnen und Autoren dar, warum aus der ursprünglichen Formulierung („Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus vor der Operation darüber aufklärt, welche alternativen Behandlungsoption zur Hysterektomie möglich sind“) eine geänderte Formulierung geworden ist, die nur noch darauf abzielt, dass im Krankenhaus sichergestellt wird, dass in der Vergangenheit über alternative Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich aufgeklärt worden ist. Die Expertinnen und Experten haben gemäß Darstellung im Zwischenbericht diese Umformulierung damit begründet, dass „die Aufklärung über die Vor- und Nachteile aufgrund von z. B. fehlender Erfahrung – mit z. B. konservativen /



**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG: Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

nicht invasiven Behandlungsmethoden – zu den einzelnen Behandlungsoptionen nicht immer möglich sei“. Diese Einschätzung der Expertinnen und Experten wird von den maßgeblichen Patientenorganisationen weder geteilt noch akzeptiert. Gynäkologisch ausgebildete Operateurinnen und Operateure müssen entweder in der Lage sein, auch über relevante konservative Behandlungsmöglichkeiten zu informieren oder sie sind andernfalls verpflichtet, die Patientin im Vorfeld einer Operationsentscheidung an Expertinnen oder Experten mit entsprechender Expertise zu überweisen. In jedem Fall sind sie dann verpflichtet, Patientinnen auf ihr Recht und die Möglichkeit zum Einholen einer Zweitmeinung gemäß § 27b des SGB V hinzuweisen. Die maßgeblichen Patientenorganisationen können nicht nachvollziehen, warum von den Autorinnen und Autoren offenbar nicht vorgesehen ist, die Patientinnen danach zu fragen, ob sie einen solchen Hinweis erhalten haben. Weil jedoch die Autorinnen und Autoren des Zwischenberichts offenbar weder vorschlagen wollen, Patientinnen detailliert nach den von den operierenden Ärztinnen und Ärzten erhaltenen Informationen im Einzelnen zu fragen und gleichzeitig auch nicht vorschlagen, wie ansonsten die Überprüfung auf Vollständigkeit der zuvor erhaltenen Informationen operationalisiert werden soll, schränken sie in der Konsequenz die Möglichkeit zur Bewertung der tatsächlich von den Patientinnen erhaltenen Informationen und damit die Bewertung der Informationsqualität insgesamt unzulässig ein. Zumindest die explizite Frage danach, ob im Krankenhaus Patientinnen regelmäßig und explizit von den aufklärenden Ärztinnen und Ärzten auch auf die Option des Verzichts auf den Eingriff hingewiesen wurden, muss zwingend vorgesehen werden. Es kann und soll eben nicht davon ausgegangen werden, dass schon die Tatsache der Überweisung einer Patientin in das Krankenhaus ausreicht, um eine solche Operationsentscheidung seitens der Patientin vorauszusetzen und somit die zur Aufklärung verpflichteten Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus von dieser speziellen Informationspflicht zu entbinden. In der Konsequenz bedeutet dieses im Zwischenbericht zum Ausdruck gebrachte Verständnis des IQTiG, die zur Aufklärung verpflichteten Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus nicht mehr hinsichtlich der rechtlich geboteneren umfassenden Informationspflicht (s. o.) bewerten zu wollen. Die mithilfe dieses QS-Verfahrens angestrebte Erhöhung der Indikationsqualität würde im Gegensatz dazu deutlich dadurch verstärkt, wenn auch die Operateurinnen und Operateure dazu angeregt werden, regelmäßig mit den Patientinnen die Möglichkeit zum Operationsverzicht zu besprechen, - im Sinne eines „Vier-Augen-Prinzips“, so wie es prinzipiell auch das Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27b des SGB V vorsieht.

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG: Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

**Last but not least fehlen auch zu Entscheidungsfindung und Gesprächsabschluss („Decision Talk“)** relevante Qualitätsmerkmale wie z. B. die Zufriedenheit im Nachgang mit den erhaltenen Informationen und mit der getroffenen Behandlungsentscheidung. Für die Fokusgruppen mit den Patientinnen waren Fragen vorgesehen wie z. B. „Wenn Sie an die Zeit nach der Operation denken: Gab es etwas, das Sie vorher gern noch gewusst hätten?“ / „Wie betrachten Sie die Entscheidung zur Gebärmutterentfernung im Nachhinein?“ / „Würden Sie aus heutiger Sicht etwas anders machen?“ Die Autorinnen und Autoren führen aus, dass eine gemeinsame Entscheidungsfindung für eine Behandlung sowie deren gemeinsame Planung im Sinne des Shared Decision Making für eine gute Behandlungsqualität stehen und "sich positiv auf die Entscheidungssicherheit und Zufriedenheit der Patientinnen auswirken" (S. 54). Die maßgeblichen Patientenorganisationen können darum nicht nachvollziehen, warum im Zwischenbericht nicht vorgeschlagen wird, auch die Entscheidungssicherheit und -zufriedenheit abzufragen. Zur Einordnung der berichteten Entscheidungsqualität durch die Patientin wäre es außerdem sinnvoll, systematisch das jeweils präferierte Ausmaß der individuell gewünschten Beteiligung zu erfragen.

## VI. Zu den identifizierten Qualitätsaspekten und Qualitätsmerkmalen (Kapitel 6)

In der Zusammenschau der Beratungen durch das Expertengremium, aus den Fokusgruppen und der Erkenntnisse aus der Literatur haben die Autorinnen und Autoren zunächst 3 Qualitätsaspekte mit 14 zugeordneten Qualitätsmerkmalen herausgearbeitet, welche als Grundlage für die Fragebogenentwicklung dienen sollten.

Dem **1. Qualitätsaspekt „Information und Aufklärung“** wurden als Qualitätsmerkmale zugeordnet: Aufklärung zu Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen, Behandlungsmöglichkeiten, operatives Vorgehen, Operationsdauer und organisatorischer Ablauf der OP sowie Informationen zu Operateur/in und zum Heilungsverlauf nach der Operation.

### Bewertung

- Wie dargestellt, fehlt ein Qualitätsmerkmal zur spezifischen Aufklärung über das Recht auf Zweitmeinung bei der Indikationsstellung der Hysterektomie.



**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG:  
Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

- Das Qualitätsmerkmal „Aufklärung zu Behandlungsmöglichkeiten“ sollte eigentlich an erster Stelle stehen. Es wird noch einmal darauf hingewiesen, dass dieses Qualitätsmerkmal nicht dahingehend verkürzt werden kann, dass die eingriffsdurchführende Ärztin oder der eingriffsdurchführende Arzt lediglich dann noch einmal umfassend auch über Behandlungsalternativen aufklärt, wenn die Patientin nicht schon im ambulanten Bereich aufgeklärt wurde. Es bleibt unklar, auf welcher Grundlage eine entsprechende Einschätzung durch die Ärztin oder den Arzt vorgenommen werden soll, ob also z.B. hier eine Nachfrage bei der Patientin ausreichen soll oder sich eine bereits stattgefundene umfassende Aufklärung aus der Patientenakte ergeben muss. Die maßgeblichen Patientenorganisationen sprechen sich daher entschieden gegen die dargestellte Einschränkung aus.

Dem **2. Qualitätsaspekt „Interaktion und Kommunikation“** wurden als Qualitätsmerkmale zugeordnet: respektvolle und wertschätzende Kommunikation, Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre, sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen, Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin oder dem Arzt.

**Bewertung**

Hier fehlt z. B. die explizite Ermutigung, eigene Fragen zu stellen.

Zum **3. Qualitätsaspekt „Gemeinsame Entscheidungsfindung“** wurden als zugeordnete Qualitätsmerkmale lediglich aufgezählt: die Berücksichtigung von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie, die Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation und der Einbezug bei der Terminvereinbarung.

**Bewertung**

Die von den Autorinnen und Autoren des Zwischenberichts identifizierten Qualitätsmerkmale zur gemeinsamen Entscheidungsfindung sind unzulänglich und weisen auf ein offensichtliches Unverständnis sowohl der Beauftragung durch den G-BA als auch Unkenntnis hinsichtlich der Abbildungsmöglichkeiten von Prozessschritten zu gemeinsamer Entscheidungsfindung hin (vgl. auch oben).

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG: Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

**Vorschläge zur Berücksichtigung bei der weiteren Verfahrensentwicklung sind daher:**

1. Einbeziehung von Expertinnen und Experten mit spezifischer Expertise zum Shared Decision Making mit dem Ziel
  - der Identifikation relevanten Prozessschritte von SDM
  - der kompletten Neuentwicklung der abgeleiteten Qualitätsmerkmale zur „Gemeinsamen Entscheidungsfindung“
2. Literaturrecherche zu Modellen und Prozessschritten von SDM
3. Einbeziehung einschlägiger, validierter, ggf. auch international eingesetzter Befragungs- und Erhebungsinstrumente zu SDM

## VII. Gesamtfazit

Gemäß Beauftragung soll zur Erfassung der Perspektive der Patientinnen ein aufwandsarmes und fokussiertes Befragungsinstrument entwickelt werden. Aus Sicht der maßgeblichen Patientenorganisationen ist das aktuell im Zwischenbericht vorgeschlagene Vorgehen jedoch weder ausreichend fokussiert noch detailliert genug, um zu einem relevanten Erkenntnisgewinn über die und zur Verbesserung der Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen führen zu können.

Es wird eine grundsätzliche Neuausrichtung und Überarbeitung für notwendig gehalten.

### Begründung

Das im vorgelegten Zwischenbericht dargestellte Vorgehen ist nicht geeignet, die in der Beauftragung genannten Ziele des Verfahrens zu erreichen. Wird den Vorschlägen des Zwischenberichts gefolgt, gelingt es weder die Informationsqualität noch die Entscheidungsqualität konkret genug abzubilden. In der Folge wird es auch nicht gelingen, konkrete Ansatzpunkte zur Qualitätsverbesserung zu identifizieren.

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG: Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

1. Im Zusammenhang mit der auftragsgemäß geforderten Bewertung der **Informationsqualität** besteht die Herausforderung darin, Befragungs-Items zu identifizieren, die trotz der heterogenen Zielgruppe grundsätzlich für alle Patientinnen gleichermaßen relevant sind und gleichzeitig konkret genug, um Rückschlüsse auf die Qualität der Indikationsstellung zu erlauben. Deshalb muss identifiziert und nachfolgend entschieden werden, welche Fragestellungen für alle Patientinnen relevant sind, um die Befragung in der Folge fokussiert und dadurch sehr detailliert auf diese Fragestellungen auszurichten.
  - Zwingend und grundsätzlich für alle Patientinnen relevant stellt sich die Frage für und gegen einen Eingriff als solchen. Diese muss auch im Krankenhaus nochmal gestellt werden.
  - Ob vor dem Eingriff eine Zweitmeinung gemäß § 27b des SGB V in Anspruch genommen wurde bzw. ob spätestens im Aufklärungsgespräch der Hinweis auf die Möglichkeit zur Einhaltung einer Zweitmeinung gegeben wurde, sollte abgefragt werden.
  - Nach erfolgter Entscheidung für einen Eingriff schlagen die Patientenorganisationen vor, sich auf die erhaltenen Informationen zu Zugangsweg und Umfang des Eingriffs zu konzentrieren, die für einen individuellen Abwägungsprozess notwendig sind.
  - Zusätzlich sollte wegen der besonderen Bedeutung und zur gezielten Förderung der ärztlichen Kommunikationskompetenz gezielt die erlebte Ermutigung zu Fragen hinsichtlich Körperbild und Sexualität in den Blick genommen werden.
  - Darüber hinaus wird vorgeschlagen, sämtliche Qualitätsaspekte und -merkmale zur Informationsqualität erneut zu überprüfen unter Einbeziehung einschlägiger, validierter, ggf. auch international eingesetzter Befragungsinstrumente
2. Im Zusammenhang mit der auftragsgemäß geforderten Bewertung der **Entscheidungsqualität** halten die maßgeblichen Patientenorganisationen die vorgeschlagenen Qualitätsmerkmale für völlig unzureichend. Hier besteht die Herausforderung darin, Befragungs-Items zu identifizieren, welche die einzelnen Schritte des Entscheidungsprozesses auf einer Meta-Ebene analysieren und gleichzeitig konkret genug abbilden. **Folgende Überarbeitung wird von den maßgeblichen Patientenorganisationen in diesem Zusammenhang für erforderlich gehalten:**

**Stellungnahme der maßgeblichen Patientenorganisationen nach § 140f SGBV zum Zwischenbericht des IQTiG:  
Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht**

- I. neue Literaturrecherche zu Prozessschritten und Modellen zur Abbildung von Shared Decision Making (SDM)
  - II. Einbeziehung von Expertinnen und Experten mit spezifischer Expertise zum Shared Decision Making mit dem Ziel
    - der Identifikation relevanter Prozessschritte von SDM
    - der kompletten Neuentwicklung der abgeleiteten Qualitätsmerkmale zur „Gemeinsamen Entscheidungsfindung“
  - III. Überarbeitung sämtlicher Qualitätsaspekte- und Merkmale unter Einbeziehung einschlägiger, validierter, ggf. auch international eingesetzter Befragungsinstrumente
3. In **methodischer Hinsicht** schlagen die maßgeblichen Patientenorganisationen dem IQTiG vor, die vorliegende Beauftragung dazu zu nutzen, jenseits verfahrensspezifischer auch relevante generische Qualitätsmerkmale zu identifizieren, die – zusätzlich zu verfahrensspezifischen Modulen – künftig ggf. verfahrensunabhängig als generische Befragungsmodule eingesetzt werden können, um die Prozessqualität der Indikationsstellung in den Blick zu nehmen. In Betracht kommen hier z. B. Fragen nach der präferierten Beteiligungspräferenz und der Entscheidungssicherheit sowie rückblickend nach der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen und insgesamt mit der getroffenen Behandlungsentscheidung.

Das IQTiG wird gebeten, in seinem überarbeiteten Zwischenbericht diesbezüglichen Überlegungen und ggf. bereits daraus abgeleitete Vorschläge darzustellen.

# 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](mailto:info@iqtig.org)

[iqtig.org](http://iqtig.org)



# Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Hysterektomie*

## Würdigung der Stellungnahmen zum Zwischenbericht

## Informationen zum Bericht

### BERICHTSDATEN

---

#### **Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Hysterektomie. Würdigung der Stellungnahmen zum Zwischenbericht**

Ansprechperson Dr. André Dingelstedt

Datum der Abgabe 15. Mai 2024

### AUFTRAGSDATEN

---

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht

Datum des Auftrags 18. März 2022

## Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen .....	4
Einleitung .....	5
1   Ableitung der Qualitätsmerkmale .....	6
2   Erfassung der Zielgruppe des QS-Verfahrens .....	8
Impressum.....	9



## Verzeichnis der eingegangenen Stellungnahmen

### **Stellungnahmen der nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligten Organisationen und Institutionen**

Bundesärztekammer (BÄK)

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V. (DGPF)

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg  
(Sozialministerium BW)

Patientenvertretung: Maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V (PatV)

## Einleitung

Am 30. Januar 2023 wurde für den Zwischenbericht „Entwicklung einer Patientenbefragung zur Prozessqualität der Indikationsstellung der Hysterektomien bei benignen Erkrankungen aus Patientensicht“ (unveröffentlicht) des Qualitätssicherungsverfahrens *Hysterektomie* ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eröffnet. Dazu wurde der Zwischenbericht den nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen zur Verfügung gestellt.

Das Stellungnahmeverfahren wurde im Zeitraum vom 30. Januar bis zum 12. März 2023 durchgeführt; die Frist für die stellungnahmeberechtigten Organisationen betrug somit sechs Wochen. Insgesamt haben sechs Organisationen eine Stellungnahme eingereicht. Das IQTIG bedankt sich bei allen teilnehmenden Organisationen für die Rückmeldungen und die konstruktiven Hinweise.

Alle Stellungnahmen wurden dahingehend geprüft, ob sich daraus Änderungen für die weitere Entwicklung der Patientenbefragung ergeben. Nachfolgend werden die zentralen Aspekte der Stellungnahmen zusammenfassend dargestellt. Im Anschluss daran erfolgt jeweils eine kurze Diskussion, in der darauf eingegangen und begründet wird, inwiefern die Hinweise der stellungnahmeberechtigten Organisationen in der weiteren Entwicklung der Patientenbefragung berücksichtigt wurden. Auch die Inhalte der Stellungnahmen, die nicht in diesem Dokument aufgeführt sind, wurden geprüft und – bei Eignung – im weiteren Entwicklungsprozess berücksichtigt.

# 1 Ableitung der Qualitätsmerkmale

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde angemerkt, dass die Fokusgruppen, die zur Ableitung der Qualitätsmerkmale vom IQTIG durchgeführt wurden, unausgewogen erscheinen, da keine Patientinnen eingebunden waren, die eine Hysterektomie abgelehnt haben (BÄK, S. 3; GKV-SV, S. 6).

**IQTIG:** In den durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews wurden auch Patientinnen einbezogen, die zunächst eine Hysterektomie ablehnten. Hierbei ist zu beachten, dass sich diese Patientinnen allerdings – z. B. nach Ausschöpfung von Behandlungsalternativen – dann letztlich doch für eine Hysterektomie entschieden haben. Dies bedeutet, dass Patientinnen an den Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews teilnahmen, die über eine umfangreiche Behandlungserfahrung verfügten. Der Einbezug von Patientinnen, die eine Hysterektomie zum Zeitpunkt der Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews weiterhin abgelehnt hätten, wäre von deutlichen Schwierigkeiten in der Rekrutierung begleitet gewesen. Zudem wäre auch unklar, ob sich die Patientinnen in der Zukunft nicht doch noch für eine Hysterektomie entscheiden, was dann ggf. den Erfahrungen der bereits eingebundenen Patientinnen entspräche.

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation machte darauf aufmerksam, dass es zielführend erscheine, wenn zum Thema „Shared Decision Making“ auch externe Expertise einbezogen werde (PatV, S. 19).

**IQTIG:** Das IQTIG teilt diese Einschätzung und hatte auch regelhaft den Einbezug von fachlicher Expertise im Rahmen der Entwicklung vorgesehen. Diese Expertise umfasste neben dem umfangreicheren Einbezug des Expertengremiums (z. B. zur Diskussion der inhaltsvaliden Operationalisierung der Items und zur Prüfung der ICD- und OPS-Kodes) auch die gezielte Einbindung von Fachexpertinnen und Fachexperten zum Thema „Shared Decision Making“. Darüber hinaus wurden auch einzelne Expertinnen und Experten einbezogen, die Fragen zur Versorgungssituation klären konnten.

Die im Entwicklungsprozess einbezogene externe Expertise ist in Abschnitt 4.3 des Abschlussberichts dargestellt.

Von fünf stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde darauf hingewiesen, dass das Set an abgeleiteten Qualitätsmerkmalen inhaltlich noch angepasst werden könne. Dies betreffe u. a. die Ausrichtung und den Umfang der Qualitätsmerkmale (z. B. bezüglich Shared Decision Making) (BÄK, S. 6 f.; DKG, S. 12; GKV-SV, S. 10 ff.; Sozialministerium BW, S. 2, PatV, S. 17 f.).

**IQTIG:** Die in den Stellungnahmen dargestellten Vorschläge wurden inhaltlich geprüft und, wenn möglich, im Rahmen der weiteren Entwicklungen der Patientenbefragung berücksichtigt. Das gesamte Set an Qualitätsmerkmalen wurde im Anschluss an die Anpassungen noch einmal kritisch evaluiert (u. a. auf Ausgewogenheit). Eine Darstellung der vorgenommenen Anpassungen der Qualitätsmerkmale kann Anhang E.1 des Abschlussberichts entnommen werden.

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation fragte hierbei auch nach, warum in der Befragung keine patientenindividuellen Gesundheitsinformationen erfasst werden (z. B. Symptome, Leidensdruck) (GKV-SV, S. 7).

**IQTIG:** Das IQTIG teilt die Einschätzung, dass die Erfassung der Angemessenheit der Hysterektomie – gemessen z. B. über den individuellen Leidensdruck – grundsätzlich zur Bewertung der Behandlungsqualität herangezogen werden kann. Gemäß Beauftragung sollten jedoch primär Prozesse der Indikationsstellung im QS-Verfahren über die Patientenbefragung erfasst werden, sodass diese Erweiterung nicht berücksichtigt werden konnte. Im Rahmen der im Abschlussbericht dargelegten Empfehlungen zur Weiterentwicklung des QS-Verfahrens erscheint die zusätzliche Einbindung dieser Perspektive aber grundsätzlich zielführend.

## 2 Erfassung der Zielgruppe des QS-Verfahrens

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde angemerkt, dass die im Zwischenbericht dargestellten Kodierungen zur Identifikation der Zielgruppe (ICD-10-GM und OPS) ergänzt bzw. angepasst werden sollten (DKG, S. 7 und S. 10; GKV-SV, S. 9). Darüber hinaus wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation auch darauf hingewiesen, dass es neben den dargestellten Einschlusskriterien auch konkrete Ausschlusskriterien geben soll (DKG, S. 5 und S. 10).

**IQTIG:** Die im Zwischenbericht dargestellten Kodierungen zur Erfassung der Zielgruppe wurden u. a. im Rahmen eines Treffens des Expertengremiums diskutiert. Hierbei wurden auch die in den Stellungnahmen vorgeschlagenen Kodierungen berücksichtigt. Im Ergebnis wurden die Listen mit den ICD- und OPS-Kodes für den Abschlussbericht aktualisiert. Zudem wurden auch explizite Ausschlusskriterien definiert (z. B. eine maligne Nebendiagnose), um die korrekte Auswahl der Patientinnen für die Befragung sicherzustellen.

Die Darstellung der Ein- und Ausschlusskriterien findet sich im Anhang K des Abschlussberichts.

# 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](mailto:info@iqtig.org)

[iqtig.org](http://iqtig.org)