

Qualitätsverträge nach § 110a SGB V

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

Anhang zum Abschlussbericht

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

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

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

AUFTRAGSDATEN

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

Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Recherchebericht

Anhang B: Evidenzgraduierung der verwendeten Leitlinien

Anhang C: Benennung von Expertinnen und Experten

Anhang D: Dokumente Experteninterviews

Anhang D.1: Mangelernährung

Anhang D.2: Multimodale Schmerztherapie

Anhang D.3: Geburten

Anhang D.4: Behandlung Tabakabhängigkeit

Anhang E: Berücksichtigte Leitlinien und Leitlinienempfehlungen

Anhang E.1: Mangelernährung

Anhang E.2: Multimodale Schmerztherapie

Anhang E.3: Geburten

Anhang E.4: Behandlung Tabakabhängigkeit

Anhang A: Recherchebericht

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Ziel der Literaturrecherche | 3 |
| 1.1 | Zielsetzung der Beauftragung | 3 |
| 1.2 | Präzisierung der Fragestellungen | 3 |
| 2 | Methodischen Vorgehen | 4 |
| 2.1 | Leitlinienrecherche | 4 |
| 2.2 | Bewertung der methodischen Qualität | 4 |
| 2.3 | Datenextraktion..... | 5 |
| 3 | Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung..... | 6 |
| 3.1 | Nationale Leitlinien..... | 6 |
| 3.1.1 | Recherche..... | 6 |
| 3.1.2 | Ausgeschlossene Leitlinien | 7 |
| 3.2 | Internationale Leitlinien | 8 |
| 3.2.1 | Recherche..... | 8 |
| 3.2.2 | Eingeschlossene Leitlinien..... | 11 |
| 3.2.3 | Ausgeschlossene Leitlinien | 12 |
| 3.2.4 | Ausgeschlossene Leitlinien nach AGREE-II-Bewertung | 13 |
| 4 | Multimodale Schmerztherapie | 14 |
| 4.1 | Nationale Leitlinien..... | 14 |
| 4.1.1 | Recherche..... | 14 |
| 4.1.2 | Eingeschlossene Leitlinien..... | 16 |
| 4.1.3 | Ausgeschlossene Leitlinien | 16 |
| 4.2 | Internationale Leitlinien | 17 |
| 4.2.1 | Recherche..... | 17 |
| 4.2.2 | Eingeschlossene Leitlinien..... | 20 |
| 4.2.3 | Ausgeschlossene Leitlinien | 21 |
| 4.2.4 | Ausgeschlossene Leitlinien nach AGREE-II-Bewertung | 23 |
| 5 | Geburten/Entbindung..... | 25 |

| | | |
|-----|--|----|
| 5.1 | Recherche..... | 25 |
| 5.2 | Eingeschlossene Leitlinien..... | 26 |
| 5.3 | Ausgeschlossene Leitlinien | 27 |
| 6 | Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit..... | 28 |
| 6.1 | Recherche..... | 28 |
| 6.2 | Eingeschlossene Leitlinien..... | 29 |
| 6.3 | Ausgeschlossene Leitlinien | 30 |
| | Literatur | 31 |

1 Ziel der Literaturrecherche

1.1 Zielsetzung der Beauftragung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21.07.2022 vier weitere Leistungsbereiche beschlossen, „zu denen Qualitätsverträge nach §110a SGBV mit Anreizen für die Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen erprobt werden sollen“ (G-BA 2022):

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

1.2 Präzisierung der Fragestellungen

Ausgehend vom Ziel der Literaturrecherche erfolgte zunächst die Operationalisierung in strukturierte, recherchierbare Fragen für die systematische Recherche nach Leitlinien/Standards. Soweit möglich wurden die recherchierbaren Fragestellungen für die systematischen Recherchen in Anlehnung an das PICO-Schema (Population, Intervention, Comparison, Outcome) definiert.

Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung

Was sind die stationären Behandlungsempfehlungen von onkologischen, geriatrischen, intensivpflichtigen oder viszeralchirurgischen Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahren), die an einer Mangelernährung leiden bzw. therapiebedürftig sind?

Multimodale Schmerztherapie

Was sind die strukturellen Voraussetzungen und Maßnahmen für Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahren), die unter einem chronischen Schmerzsyndrom leiden und eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMST) in einem Krankenhaus erhalten?

Geburten/Entbindung

Was sind die strukturellen Voraussetzungen und Maßnahmen zur Förderung des natürlichen Geburtsprozesses im Zusammenhang einer interventionsarmen vaginalen Geburt von Reifgeborenen (Einlings- und Mehrlingsgeburten), die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen im Krankenhaus entbunden werden?

Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit

Was sind die strukturellen Voraussetzungen und Maßnahmen zur Tabakentwöhnung bei Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren?

2 Methodischen Vorgehen

2.1 Leitlinienrecherche

Um die aktuell empfohlenen Standards zu den vier Themenbereichen zu identifizieren, sollen Leitlinien systematisch recherchiert werden.

Zunächst erfolgt für den jeweiligen Themenbereich eine Recherche nach nationalen evidenzbasierten Leitlinien (S2e oder S3), die passenden Empfehlungen aufweisen. Wenn für eine Fragestellung keine aktuelle nationale evidenzbasierte Leitlinie identifiziert werden kann oder nicht für alle Aspekte der Fragestellung Erkenntnisse generiert werden können, erfolgt eine anschließende Ausweitung der Leitlinienrecherche auf internationale evidenzbasierte Leitlinien.

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

Die Volltexte der ausgewählten Leitlinien werden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen werden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgt eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Leitlinien.

2.2 Bewertung der methodischen Qualität

Für eine kritische Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien wird das AGREE-II-Instrument verwendet (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 werden die Leitlinien von zwei Personen unabhängig voneinander bewertet und auf die Domänen 2, 3 und 6 begrenzt. Die entsprechenden Items werden auf einer Punkteskala von 1 (Strongly Disagree) bis 7 (Strongly Agree) bewertet. Bei Unstimmigkeiten von mehr als zwei Punkten wird das Item von den bewertenden Personen diskutiert und ein finaler Konsens herbeigeführt. Daraus wird 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.

2.3 Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien wird von einer Person durchgeführt. Die Datenextraktion umfasst die relevanten Empfehlungen mit ihren Evidenz- und Empfehlungsstärken.

3 Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung

3.1 Nationale Leitlinien

3.1.1 Recherche

Bei der Suche nach nationalen Leitlinien wird online das „Portal der wissenschaftlichen Medizin“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF, www.awmf.org; Status: , aktuelle Leitlinien‘; Entwicklungsstufe: S2, S2e und S3) sowie das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP, www.dnqp.de) durchsucht.

In Tabelle 1 sind die a priori definierten Einschlusskriterien, die dem Screening der nationalen Leitlinien zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 1: Mangelernährung – Einschlusskriterien für nationale Leitlinien

| | Einschluss |
|----|--|
| 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 (Publikation bzw. letzte Überprüfung ab 15. Juni 2017). |
| 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. |
| E7 | Die Leitlinie enthält stationäre Empfehlungen zur Behandlung von erwachsenen <ul style="list-style-type: none"> ▪ onkologischen, ▪ geriatrischen, ▪ intensivpflichtigen oder ▪ viszeralchirurgischen Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre) die an einer Mangelernährung leiden bzw. therapiebedürftig sind. |

Die Recherche erfolgte vom 21. Juni und am 14. September 2022.

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

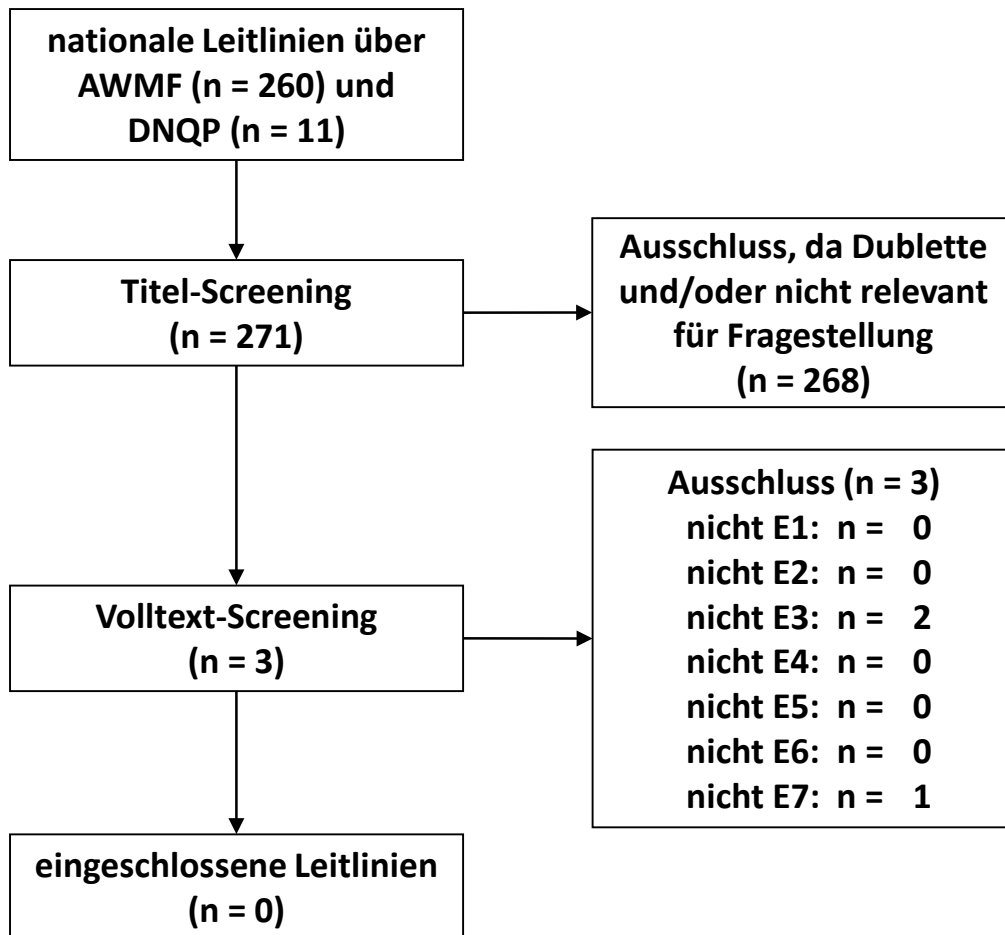


Abbildung 1: Mangelernährung - Flussdiagramm der Recherche nach nationalen Leitlinien

3.1.2 Ausgeschlossene Leitlinien

Folgende im Volltext überprüfte Leitlinien wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 1):

Nicht E3

1. Volkert, D; Bauer, J; Frühwald, T; Gehrke, I; Lechleitner, M; Lenzen-Großimlinghaus, R; et al. (2013): AWMF-Registernummer 073-019. S3-Leitlinie: Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG. Klinische Ernährung in der Geriatrie. Teil des laufenden S3-Leitlinienprojekts Klinische Ernährung *[[Langfassung]]*. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 38(03): e1-e48. DOI: 10.1055/s-0033-1343169.
2. Weimann, A; Breitenstein, S; Breuer, J; Gabor, S; Holland-Cunz, S; Kemen, M; et al. (2013): AWMF-Registernummer 073-005. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE, der DGCH, der DGA1 und der DGAV. Klinische Ernährung in der Chirurgie *[[Langfassung]]*. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 38(06): e155-e197. DOI: 10.1055/s-0033-1359887.

Nicht E7

1. Leitlinienprogramm Onkologie (DKG [Deutsche Krebsgesellschaft], DKH [Deutschen Krebs-hilfe], AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]) (2020): AWMF-Registernummer 032-0540L. S3-Leitlinie Supportive Therapie bei onko-logischen PatientInnen. Langversion 1.3. [Stand:] Februar 2020. Koblenz: DKG/ASORS [DKG vertreten durch die Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabili-tation und Sozialmedizin] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-0540LI_S3_Supportiv_2020-07-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 04.07.2022).

3.2 Internationale Leitlinien

3.2.1 Recherche

Da keine relevanten nationalen Leitlinien identifiziert werden konnten, wurde eine Recherche nach internationalen Leitlinien angeschlossen. In Tabelle 2 sind die a priori definierten Ein-schlusskriterien, die dem Screening der internationalen Leitlinien zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 2: Mangelernährung - Einschlusskriterien für internationale Leitlinien

| | Einschluss |
|----|--|
| 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 (Publikation bzw. letzte Überprüfung ab 15. Juni 2017). |
| 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 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Australien, ▪ Belgien, ▪ Dänemark, ▪ Frankreich, ▪ Kanada, ▪ den Niederlanden, ▪ Österreich, ▪ Schweden, ▪ der Schweiz, ▪ den USA oder ▪ dem Vereinigten Königreich. |

| | Einschluss |
|----|---|
| E7 | <p>Die Leitlinie enthält stationäre Empfehlungen zur Behandlung von erwachsenen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ onkologischen, ▪ geriatrischen, ▪ intensivpflichtigen, oder ▪ viszeralchirurgischen <p>Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre) die an einer Mangelernährung leiden bzw. therapiebedürftig sind.</p> |

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

International

- Guidelines International Network (G-I-N): <https://guidelines.ebmportal.com>
- TRIP Pro: <https://www.tripdatabase.com/>
- World Health Organization (WHO): <https://www.who.int/publications/i?publishingoffices=c09761c0-ab8e-4cfa-9744-99509c4d306b>

Belgien

- Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE): <https://kce.fgov.be/en/all-reports-0>

Kanada

- Canadian Medical Association (CMA): <https://joulecma.ca/cpg/homepage>

USA

- GuidelineCentral: <https://www.guidelinecentral.com/guidelines/>
- American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN): <https://www.nutritioncare.org/clinicalguidelines/>

Vereinigtes Königreich

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): <https://www.nice.org.uk/guidance/published?ngt=Clinical+guidelines&ngt=Diagnostics+guidance&ngt=NICE+guidelines>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): <https://www.sign.ac.uk/our-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. Folgende Schlagwörter wurden dabei verwendet:

- CMA: Suchbegriff: nutrition*; Publication Date: Last 5 Years; Language: English
- TRIP Pro: nutrition OR malnutrition OR nourishment or (feeding AND aging) from_date:2017; Guidelines
- WHO: Publication Type: Guideline; Health Topic: Malnutrition, Nutrition, Nutrition disorders; Year: 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 bzw. 2022
- G-I-N: Countries of Application: Australia, Belgium, Canada, EU, International, Netherlands, United Kingdom, United States; Guideline Publication Status: Published, living guidelines; Languages: English, German; Publication Year: 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022

Bei Anbietern, bei denen keine Schlagwort- bzw. Freitextsuche möglich war, erfolgte die Identifizierung von Leitlinien über die Navigation oder die Sitemap. Somit wurde in der Regel die gesamte Liste der veröffentlichten Leitlinien durchgesehen.

Die Recherche erfolgte am 01. Juli 2022.

Eine Übersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Leitlinien bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 2).

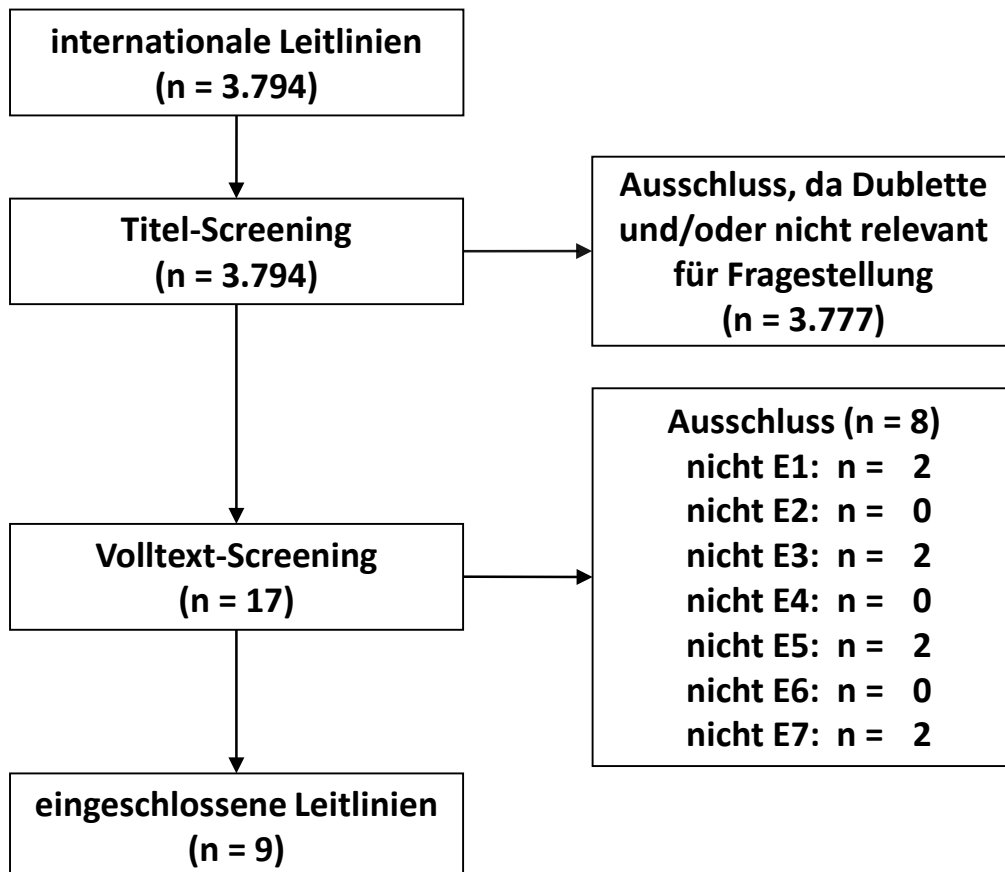


Abbildung 2: Mangelernährung - Flussdiagramm der Recherche nach internationalen Leitlinien

3.2.2 Eingeschlossene Leitlinien

Nach dem Volltext-Screening wurden 9 Leitlinien eingeschlossen (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Mangelernährung - Eingeschlossene Leitlinien

| | Leitlinie | Referenz |
|---|---|---|
| 1 | Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) expert opinion/guidance on the use of clinically assisted nutrition in patients with advanced cancer | Alderman et al. (2022) |
| 2 | Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines | Arends et al. (2021) |
| 3 | Evidence-based practice guidelines for the nutritional management of adult patients with head and neck cancer | Head and Neck Guideline Steering Committee (2021) |
| 4 | ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer | Muscaritoli et al. (2021) |
| 5 | NICE Clinical Guideline CG32. Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition | NICE (2017) |
| 6 | Management of Cancer Cachexia: ASCO Guideline | Roeland et al. (2020) |
| 7 | ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit | Singer et al. (2019) |
| 8 | ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics | Volkert et al. (2019) |
| 9 | ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery | Weimann et al. (2021) |

Leitlinienbewertung

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

Tabelle 4: Mangelernährung - AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien

| Leitlinie | Domäne 2 | Domäne 3 | Domäne 6 |
|---|----------|----------|----------|
| Alderman et al. (2022) | 22 % | 23 % | 33 % |
| Arends et al. (2021) | 28 % | 10 % | 50 % |
| Head and Neck Guideline Steering Committee (2021) | 61 % | 67 % | 71 % |
| Muscaritoli et al. (2021) | 69 % | 70 % | 71 % |
| NICE (2017) | 83 % | 79 % | 71 % |
| Roeland et al. (2020) | 61 % | 69 % | 54 % |
| Singer et al. (2019) | 19 % | 53 % | 46 % |
| Volkert et al. (2019) | 50 % | 50 % | 58 % |
| Weimann et al. (2021) | 42 % | 55 % | 75 % |

Datenextraktion

Anhang B listet die allgemeine Methodik der Evidenz- und Empfehlungsgraduierung auf. Die relevanten Empfehlungen sind im Anhang F.1 aufgeführt.

3.2.3 Ausgeschlossene Leitlinien

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

Nicht E1

1. BGS [British Geriatrics Society] (2020): End of Life Care in Frailty: Nutrition. [Stand:] 12.05.2022. (End of Life Care in Frailty). London, GB: BGS. URL: <https://www.bgs.org.uk/resources/end-of-life-care-in-frailty-nutrition> (abgerufen am: 03.08.2022).
2. COSA [Clinical Oncology Society of Australia] Cancer-Related Malnutrition and Sarcopenia Working Group (2020): Cancer-Related Malnutrition and Sarcopenia. Position Statement. [Stand:] August 2020. Sydney, AU-NSW: COSA. URL: <https://www.cosa.org.au/media/332689/cosa-position-statement-malnutrition-and-sarcopenia-140820-final.pdf> (abgerufen am: 02.08.2022).

Nicht E3

1. Arends, J; Bachmann, P; Baracos, V; Barthelemy, N; Bertz, H; Bozzetti, F; et al. (2017): ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition* 36(1): 11-48. DOI: 10.1016/j.clnu.2016.07.015.
2. Weimann, A; Braga, M; Carli, F; Higashiguchi, T; Hübner, M; Klek, S; et al. (2017): ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clinical Nutrition* 36(3): 623-650. DOI: 10.1016/j.clnu.2017.02.013.

Nicht E5

1. Arends, J; Baracos, V; Bertz, H; Bozzetti, F; Calder, PC; Deutz, NEP; et al. (2017): ESPEN expert group recommendations for action against cancer-related malnutrition. *Clinical Nutrition* 36(5): 1187-1196. DOI: 10.1016/j.clnu.2017.06.017.
2. Elke, G; Hartl, WH; Kreymann, KG; Adolph, M; Felbinger, TW; Graf, T; et al. (2019): Clinical Nutrition in Critical Care Medicine – Guideline of the German Society for Nutritional Medicine (DGEM). *Clinical Nutrition ESPEN* 33: 220-275. DOI: 10.1016/j.clnesp.2019.05.002.

Nicht E7

1. Compher, C; Bingham, AL; McCall, M; Patel, J; Rice, TW; Braunschweig, C; et al. (2022): Guidelines for the provision of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 46(1): 12-41. DOI: 10.1002/jpen.2267.

2. Ligibel, JA; Bohlke, K; May, AM; Clinton, SK; Demark-Wahnefried, W; Gilchrist, SC; et al. (2022): Exercise, Diet, and Weight Management During Cancer Treatment: ASCO Guideline. *Journal of Clinical Oncology* 40(22): 2491-2507. DOI: 10.1200/JCO.22.00687.

3.2.4 Ausgeschlossene Leitlinien nach AGREE-II-Bewertung

Folgende Leitlinien wurden aufgrund eines Wertes von unter 50% in Domäne 3 des AGREE-II-Instruments ausgeschlossen:

1. Alderman, B; Allan, L; Amano, K; Bouleuc, C; Davis, M; Lister-Flynn, S; et al. (2022): Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) expert opinion/guidance on the use of clinically assisted nutrition in patients with advanced cancer. *Supportive Care in Cancer* 30(4): 2983-2992. DOI: 10.1007/s00520-021-06613-y.
2. Arends, J; Strasser, F; Gonella, S; Solheim, TS; Madeddu, C; Ravasco, P; et al. (2021): Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open* 6(3): 100092. DOI: 10.1016/j.esmoop.2021.100092.

4 Multimodale Schmerztherapie

4.1 Nationale Leitlinien

4.1.1 Recherche

Bei der Suche nach nationalen Leitlinien wird online das „Portal der wissenschaftlichen Medizin“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF, www.awmf.org; Status: , aktuelle Leitlinien‘; Entwicklungsstufe: S2, S2e und S3) sowie das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP, www.dnqp.de) durchsucht.

In Tabelle 5 sind die a priori definierten Einschlusskriterien, die dem Screening der nationalen Leitlinien zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 5: Multimodale Schmerztherapie – Einschlusskriterien für nationale Leitlinien

| | Einschluss |
|----|---|
| 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 (Publikation bzw. letzte Überprüfung ab 15. September 2017). |
| 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. |
| E7 | Die Leitlinie adressiert erwachsene Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahren ¹), die unter Schmerzen leiden, die zu einem chronischen Schmerzsyndrom führen können. |
| E8 | Die Leitlinie enthält Empfehlungen zur/für <ul style="list-style-type: none"> ▪ übertragbare strukturelle Voraussetzungen zur Umsetzung von stationär interdisziplinären multimodalen Schmerztherapien (z.B. Qualifikation der Mitarbeiter) ▪ eine im Rahmen der Therapie kontinuierlichen Überprüfung und Anpassung der Schmerzmedikation (entsprechend der gegebenen Schmerzsymptomatik) ▪ stationär durchzuführende Maßnahmen zur Verbesserung von chronischen Schmerzsyndromen, die den Fachdisziplinen <ul style="list-style-type: none"> ▫ Psychotherapie (bspw. Entspannungsverfahren), ▫ Physiotherapie (bspw. sensomotorisches Training, medizinische Trainingstherapie) oder ▫ Ergotherapie (bspw. Alltagstraining), zuzuordnen sind |

¹ Empfehlungen der Leitlinie XY, die neben der in Abschnitt 3.2.2 beschriebenen Zielgruppe auch die Altersgruppe der 16- bis 18-Jährigen betrachtet, wurden aufgrund der weitgehenden Überschneidung der Zielgruppe der Erwachsenen dennoch berücksichtigt.

| Einschluss | |
|------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung des handlungsbezogenen Verständnisses und Erwerb von Wissen in Bezug auf die Schmerzsymptomatik ▪ ein Entlassmanagement (bspw. Abschlussgespräch, Entlassbrief) |

Die Recherche erfolgte am 20. September 2022.

Eine Übersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Leitlinien bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 3).

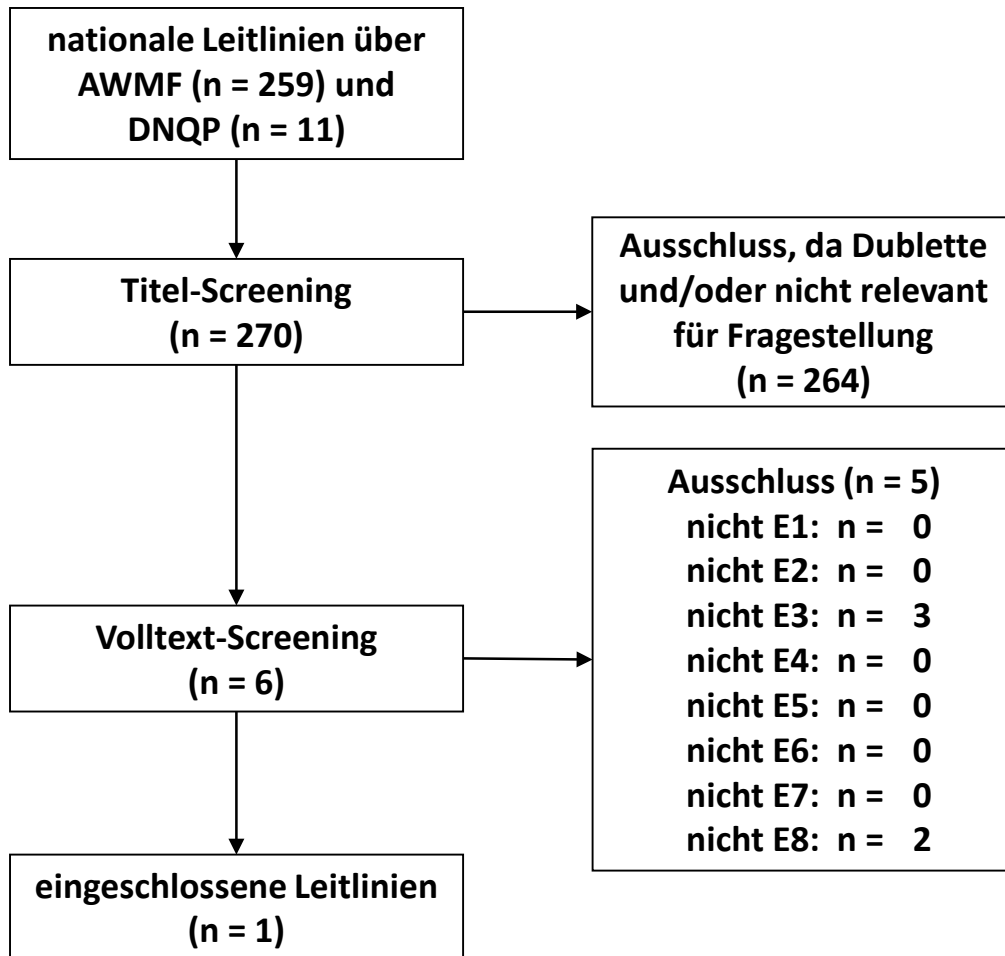


Abbildung 3: Multimodale Schmerztherapie – Flussdiagramm der Recherche nach nationalen Leitlinien/ deutschen Expertenstandards der Pflege

4.1.2 Eingeschlossene Leitlinien

Nach dem Volltext-Screening wurde 1 deutscher Expertenstandards der Pflege eingeschlossen (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Multimodale Schmerztherapie - Eingeschlossene Leitlinien/ deutschen Expertenstandards der Pflege

| | Leitlinie / deutscher Expertenstandard der Pflege | Referenz |
|---|---|-------------|
| 1 | Expertenstandard. Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie | DNQP (2019) |

Leitlinienbewertung

Tabelle 7 stellt die AGREE-II-Bewertung des eingeschlossenen deutschen Expertenstandards der Pflege für die drei ausgewählten Domänen in Form der standardisierten Domänenwerte dar.

Tabelle 7: Multimodale Schmerztherapie - AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien/ deutschen Expertenstandards der Pflege

| Leitlinie/ deutscher Expertenstandard der Pflege | Domäne 2 | Domäne 3 | Domäne 6 |
|--|----------|----------|----------|
| DNQP (2019) | 64 % | 56 % | 54 % |

Datenextraktion

Anhang B listet die allgemeine Methodik der Evidenz- und Empfehlungsgraduierung auf. Die relevanten Empfehlungen sind im Anhang F.2 aufgeführt.

4.1.3 Ausgeschlossene Leitlinien

Folgende im Volltext überprüfte Leitlinien wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 5):

Nicht E3

1. BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften] (2017): AWMF-Registernummer nvl-007. Nationale VersorgungsLeitlinie: Nicht-spezifischer Kreuzschmerz. Langfassung. 2. Auflage. Berlin [u. a.]: BÄK [u. a.]. DOI: 10.6101/AZQ/000353.
2. Birklein, F; Horstkotte, D; Hüppe, M; Vadokas, V; Zwettler, U; Baron, R; et al. (2013): AWMF-Registernummer 041-002. S3-Leitlinie. Epidurale Rückenmarkstimulation zur Therapie chronischer Schmerzen [Langfassung]. Überarbeitung von: 07/2013, Erstellungsdatum: 12/2001. Jena [u. a.]: DGNC. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/041-002I_S3_Epidurale_R%C3%BCckenmarkstimulation_2013-07_abgelaufen.pdf (abgerufen am: 27.09.2022).

3. Sirsch, E; Laekeman, M-A; Gnass, I; Leonhardt, C; Fischer, T; Drebenstedt, C; et al. (2017): AWMF-Registernummer 145-001. Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe. Langversion der multiprofessionellen S3-Leitlinie. Stand: 11.07.2017. Berlin: Deutsche Schmerzgesellschaft. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-001L_S3_Schmerzassessment-bei-aelteren-Menschen_in-der-vollstationaeren-Altenhilfe_2018-02_1-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 30.09.2022).

Nicht E8

1. DGAI [Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin] (2021): AWMF-Registernummer 001-025. S3-Leitlinie. Behandlung Akuter Perioperativer und Posttraumatische Schmerzen [Langfassung]. Version: 4.0_2021. Überarbeitung von: 09/2021, Erstveröffentlichung: 03/1999. Nürnberg [u. a.]: DGAI. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-025L_S3_Behandlung-akuter-perioperativer-posttraumatischer-Schmerzen_2022-03.pdf (abgerufen am: 27.09.2022).
2. Häuser, W; Ziegler, D; Viniol, A; Schäfer, M; Hupfer, K; Freys, S; et al. (2020): AWMF-Registernummer 145-003. S3-Leitlinie: Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS). 2. Aktualisierung, Versions-Nummer: 3.1. Überarbeitung von: 04/2020, Erstveröffentlichung: 06/2009. Berlin: Deutsche Schmerzgesellschaft. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/145-003L_S3_LONTS_2020-10.pdf (abgerufen am: 30.09.2022).

4.2 Internationale Leitlinien

4.2.1 Recherche

Da nicht alle Aspekte in dem relevanten deutschen Expertenstandard der Pflege identifiziert werden konnten, wurde eine Recherche nach internationalen Leitlinien angeschlossen. In Tabelle 8 sind die a priori definierten Einschlusskriterien, die dem Screening der internationalen Leitlinien zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 8: Multimodale Schmerztherapie – Einschlusskriterien für internationale Leitlinien

| | Einschluss |
|----|---|
| 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 (Publikation bzw. letzte Überprüfung ab 15. September 2017). |
| 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 |

| | Einschluss |
|----|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Australien, ▪ Belgien, ▪ Dänemark, ▪ Frankreich, ▪ Kanada, ▪ den Niederlanden, ▪ Österreich, ▪ Schweden, ▪ der Schweiz, ▪ den USA oder dem Vereinigten Königreich. |
| E7 | Die Leitlinie adressiert ein (multimodales) Schmerzmanagement für erwachsene Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahren). |
| E8 | <p>Die Leitlinie enthält Empfehlungen zur/für</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ übertragbare strukturelle Voraussetzungen zur Umsetzung von stationär interdisziplinären multimodalen Schmerztherapien (z. B. Qualifikation der Mitarbeiter) ▪ eine im Rahmen der Therapie kontinuierlichen Überprüfung und Anpassung der Schmerzmedikation (entsprechend der gegebenen Schmerzsymptomatik) ▪ stationär durchzuführende Maßnahmen zur Verbesserung von chronischen Schmerzsyndromen, die den Fachdisziplinen <ul style="list-style-type: none"> ▫ Psychotherapie (bspw. Entspannungsverfahren), ▫ Physiotherapie (bspw. sensomotorisches Training, medizinische Trainingstherapie) oder ▫ Ergotherapie (bspw. Alltagstraining), zuzuordnen sind ▪ Förderung des handlungsbezogenen Verständnisses und Erwerb von Wissen in Bezug auf die Schmerzsymptomatik ▪ ein Entlassmanagement (bspw. Abschlussgespräch, Entlassbrief) |

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

International

- Guidelines International Network (G-I-N): <https://guidelines.ebmportal.com>
- TRIP Pro: <https://www.tripdatabase.com/>
- World Health Organization (WHO): <https://www.who.int/publications/i?publishingof-fices=c09761c0-ab8e-4cfa-9744-99509c4d306b>

Belgien

- Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE): <https://kce.fgov.be/en/all-reports-0>

Kanada

- Canadian Medical Association (CMA): <https://joulecma.ca/cpg/homepage>

USA

- GuidelineCentral: <https://www.guidelinecentral.com/guidelines/>

Vereinigtes Königreich

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): <https://www.nice.org.uk/guidance/published?sp=on&ngt=Clinical%20guidelines&ngt=NICE%20guidelines&ngt=Public%20health%20guidelines&ngt=Social%20care%20guidelines>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/>
- The British Pain Society: <https://www.britishpainsociety.org/british-pain-society-publications/professional-publications/>

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. Folgende Schlagwörter wurden dabei verwendet:

- G-I-N: Countries of Application: Australia, Belgium, Canada, EU, International, Netherlands, United Kingdom, United States; Guideline Publication Status: Published, living guidelines; Languages: English, German; Publication Year: 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022
- TRIP Pro: pain management from_date:2017; Guidelines
- WHO: Publication Type: Guideline; Suchbegriff: pain; Year: 2017, 2018, 2019, 2020, 2021 bzw. 2022
- CMA: Suchbegriff: pain management; Publication Date: Last 5 Years; Language: English
- GuidelineCentral: Suchbegriff: pain management; within 5 years; Free Full Text

Bei Anbietern, bei denen keine Schlagwort- bzw. Freitextsuche möglich war, erfolgte die Identifizierung von Leitlinien über die Navigation oder die Sitemap. Somit wurde in der Regel die gesamte Liste der veröffentlichten Leitlinien durchgesehen.

Die Recherche erfolgte am 21. Oktober 2022.

Eine Übersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Leitlinien bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 4).

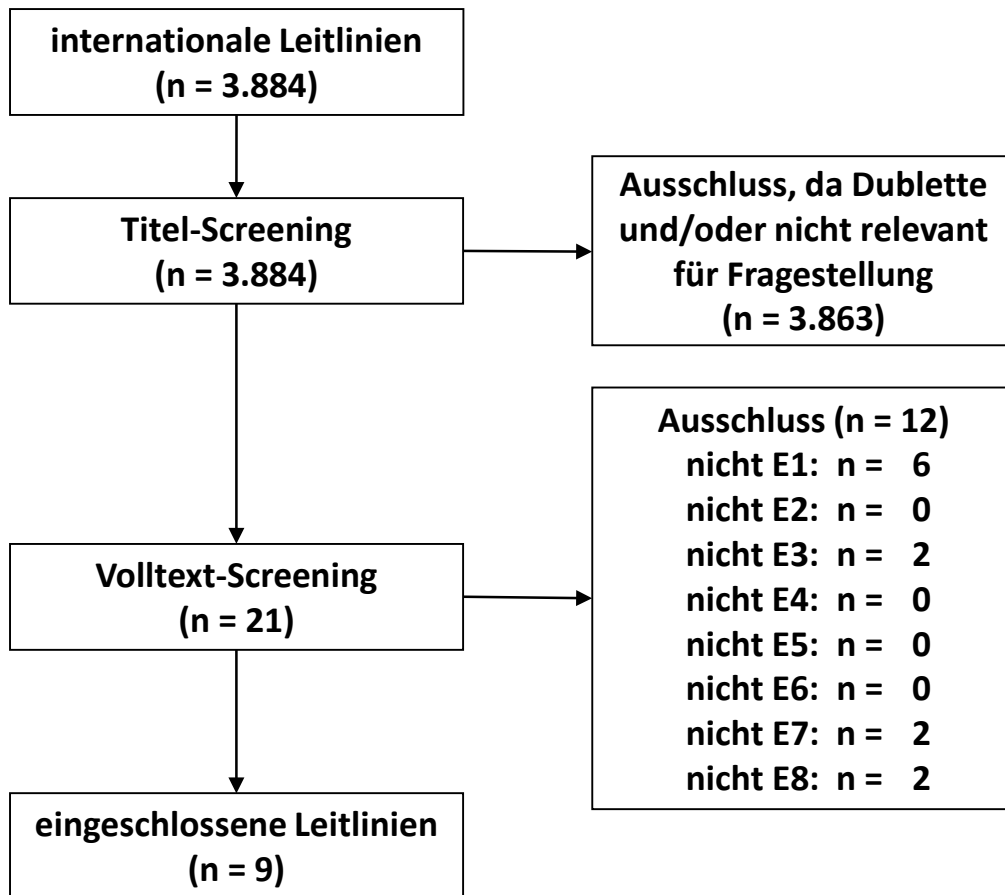


Abbildung 4: Multimodale Schmerztherapie – Flussdiagramm der Recherche nach internationalen Leitlinien

4.2.2 Eingeschlossene Leitlinien

Nach dem Volltext-Screening wurden 9 Leitlinien eingeschlossen (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Multimodale Schmerztherapie – Eingeschlossene internationale Leitlinien

| | Leitlinie | Referenz |
|---|---|----------------------|
| 1 | The 2017 Canadian Guideline for Opioids for Chronic Non-Cancer Pain | Busse et al. (2017) |
| 2 | Chronic Pain Disorder. Medical Treatment Guideline. Rule 17, Exhibit 9 | DWC (2017) |
| 3 | Core Standards for Pain Management Services in the UK | FPM (2021) |
| 4 | Health Care Guideline: Pain: Assessment, Non-Opioid Treatment Approaches and Opioid Management Care for Adults | ICSI (2019) |
| 5 | NICE Guideline NG193. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain | NICE (2022) |
| 6 | Guidelines for the Provision of Anaesthesia Services for Inpatient Pain Management | Rocket et al. (2022) |

| | Leitlinie | Referenz |
|---|---|---------------------|
| 7 | Acute Pain Management: Scientific Evidence | Schug et al. (2020) |
| 8 | SIGN National Clinical Guideline 136. Management of chronic pain | SIGN (2019) |
| 9 | VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Use of Opioids in the Management of Chronic Pain | VA/DoD (2022) |

Leitlinienbewertung

Tabelle 10 stellt die AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen internationalen Leitlinien für die drei ausgewählten Domänen in Form der standardisierten Domänenwerte dar.

Tabelle 10: Multimodale Schmerztherapie - AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien

| Leitlinie | Domäne 2 | Domäne 3 | Domäne 6 |
|----------------------|----------|----------|----------|
| Busse et al. (2017) | 56 % | 65 % | 63 % |
| DWC (2017) | 14 % | 25 % | 4 % |
| FPM (2021) | 28 % | 9 % | 0 % |
| ICSI (2019) | 25 % | 33 % | 58 % |
| NICE (2022) | 50 % | 83 % | 67 % |
| Rocket et al. (2022) | 53 % | 56 % | 71 % |
| Schug et al. (2020) | 36 % | 45 % | 29 % |
| SIGN (2019) | 58 % | 47 % | 29 % |
| VA/DoD (2022) | 75 % | 67 % | 50 % |

Datenextraktion

Anhang B listet die allgemeine Methodik der Evidenz- und Empfehlungsgraduierung auf. Die relevanten Empfehlungen sind im Anhang F.2 aufgeführt.

4.2.3 Ausgeschlossene Leitlinien

Folgende im Volltext überprüfte Leitlinien wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 8):

Nicht E1

1. Cohen, SP; Baber, ZB; Buvanendran, A; McLean, BC; Chen, Y; Hooten, WM; et al. (2020): Pain Management Best Practices from Multispecialty Organizations During the COVID-19 Pandemic and Public Health Crises. *Pain Medicine* 21(7): 1331-1346. DOI: 10.1093/pm/pnaa127.

2. CPhA [Canadian Pharmacists Association] (2020): Pharmacist. Six Things Pharmacists and Patients Should Question. Last updated: August 2020. (Choosing Wisely Canada Recommendations). Choosing Wisely Canada. URL: https://choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/2022/01/Pharmacist_EN.pdf (abgerufen am: 21.11.2022).
3. FPM [Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists] (2020): Improving the Lives of People with Complex Chronic Pain: How to Commission Effective Pain Management Services in England. [Stand:] June 2020. London, GB: FPM. URL: https://www.fpm.ac.uk/sites/fpm/files/documents/2020-06/Commissioning%20guidance%20draft%20design%20FINAL_0.pdf (abgerufen am: 21.11.2022).
4. FPM [Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists] (2022): Practical Pain Management in Specialist Care: How to help people with chronic pain when population based national guidance fails to help. Promoting individualised care for people with complex pain. [Stand:] February 2022. London, GB: FPM. URL: https://fpm.ac.uk/sites/fpm/files/documents/2022-02/Practical%20Pain%20Management%202022_0.pdf (abgerufen am: 21.11.2022).
5. Hauk, L (2017): Management of Chronic Pain and Opioid Misuse: A Position Paper from the AAFP. *American Family Physician* 95(7): 458-459. URL: <https://www.aafp.org/dam/brand/aafp/pubs/afp/issues/2017/0401/p458.pdf> (abgerufen am: 21.11.2022).
6. NHS Scotland [National Institute for Health Research Scotland] (2019): Pain Assessment – Cognitive Impairment. (Scottish Palliative Care Guidelines). NHS Scotland. URL: <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/media/89747/20-2019-pain-assessment-cog-impair.pdf> (abgerufen am: 21.11.2022).

Nicht E3

1. AIM [AIM Specialty Health] (2021): Clinical Appropriateness Guidelines. Musculoskeletal Program. Appropriate Use Criteria: Interventional Pain Management. Version Creation Date: 11.11.2021, Effective Date: 14.03.2021. Chicago, US-IL: AIM. MSK01-0321.2. URL: https://aimspecialtyhealth.com/wp-content/uploads/2021/01/AIM_Guidelines_MSK_Interventional-Pain-Management.pdf (abgerufen am: 28.10.2022).
2. VA [Department of Veterans Affairs]; DoD [Department of Defense] (2017): VA/DoD Clinical Practice Guideline for Opioid Therapy for Chronic Pain. Version 3.0. [Stand:] February 2017. Washington, US-DC: VA. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Pain/cot/VADoDOTCPG022717.pdf> (abgerufen am: 28.10.2022).

Nicht E7

1. [Anonym] (2022): Pain Management in Infants, Children, Adolescents, and Individuals with Special Health Care Needs [Official but Unformatted]. Revised 2022. [Chicago, US-IL]: AAPD [American Academy of Pediatric Dentistry]. URL: https://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_Pain.pdf (abgerufen am: 21.11.2022).
2. Jannetto, PJ; Bratanow, N; Clark, WA; Hamill-Ruth, RJ; Hammett-Stabler, CA; Huestis, MA; et al. (2017): Using Clinical Laboratory Tests to Monitor Drug Therapy in Pain Management Patients. [Stand:] November 2017. (Laboratory Medicine Practice Guidelines). Washington, US-DC: AACC Academy [American Association for Clinical Chemistry Academy]. PID 11774. URL: <https://www.aacc.org/-/media/Files/Science-and-Practice/Practice-Guidelines/Pain-Management/LMPGPain-Management20171220.pdf> (abgerufen am: 21.11.2022).

Nicht E8

1. Cohen, SP; Bhatia, A; Buvanendran, A; Schwenk, ES; Wasan, AD; Hurley, RW; et al. (2018): Consensus Guidelines on the Use of Intravenous Ketamine Infusions for Chronic Pain From the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, the American Academy of Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 43(5): 521-546. DOI: 10.1097/AAP.0000000000000808.
2. Schwenk, ES; Viscusi, ER; Buvanendran, A; Hurley, RW; Wasan, AD; Narouze, S; et al. (2018): Consensus Guidelines on the Use of Intravenous Ketamine Infusions for Acute Pain Management From the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, the American Academy of Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 43(5): 456-466. DOI: 10.1097/AAP.0000000000000806.

4.2.4 Ausgeschlossene Leitlinien nach AGREE-II-Bewertung

Folgende Leitlinien wurden aufgrund eines Wertes von unter 50% in Domäne 3 des AGREE-II-Instruments ausgeschlossen:

1. DWC [Division of Workers' Compensation] (2017): Chronic Pain Disorder. Medical Treatment Guideline. Rule 17, Exhibit 9. Adopted: 08.01.1998, Revised: 10.6.2017, Effective: 11.30.2017. [Denver, US-CO]: CDLE [Colorado Department of Labor and Employment]. URL: https://web.archive.org/web/20180609131001/https://www.colorado.gov/pacific/sites/default/files/Ex9_CPD_I-Text_Biblio.pdf (abgerufen am: 09.11.2022).
2. FPM [Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists] (2021): Core Standards for Pain Management Services in the UK. Second Edition. [Amended:] December 2021. London, GB: FPM. URL: https://fpm.ac.uk/sites/fpm/files/documents/2021-07/FPM-Core-Standards-2021_1.pdf.

3. ICSI [Institute for Clinical Systems Improvement] (2019): Health Care Guideline: Pain: Assessment, Non-Opioid Treatment Approaches and Opioid Management Care for Adults. Eighth Edition/August 2017:V2. [Stand:] September 2019. [Bloomington, US-IN]: ICSI. URL: <https://www.icsi.org/wp-content/uploads/2021/11/Pain-Interactive-7th-V2-Ed-8.17.pdf> (abgerufen am: 11.11.2022).
4. Schug, SA; Palmer, GM; Scott, DA; Alcock, M; Halliwell, R; Mott, JF; Hrsg. (2020): Acute Pain Management: Scientific Evidence. 5th edition. Melbourne, AU-VIC: ANZCA & FPM [Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine]. ISBN: 978-0-9945075-8-7. URL: <https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf> (abgerufen am: 31.10.2022).
5. SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2019): SIGN National Clinical Guideline 136. Management of chronic pain [Full Guideline]. First published December 2013, Revised edition published August 2019. Edinburgh, GB: SIGN. ISBN: 978-1-909103-16-0. URL: https://www.sign.ac.uk/media/1108/sign136_2019.pdf (abgerufen am: 04.11.2022).

5 Geburten/Entbindung

5.1 Recherche

Bei der Suche nach nationalen Leitlinien wird online das „Portal der wissenschaftlichen Medizin“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF, www.awmf.org; Status: , aktuelle Leitlinien‘; Entwicklungsstufe: S2, S2e und S3) sowie das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP, www.dnqp.de) durchsucht.

In Tabelle 11 sind die a priori definierten Einschlusskriterien, die dem Screening der nationalen Leitlinien zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 11: Geburten/Entbindung - Einschlusskriterien für nationale Leitlinien

| | Einschluss |
|----|--|
| 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 (Publikation bzw. letzte Überprüfung ab 01. September 2017). |
| 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. |
| E7 | Die Leitlinie enthält Empfehlungen bezüglich <ul style="list-style-type: none"> ▪ der Anforderung an Personalbereitstellung und Qualifikation des Personals in der geburtshilflichen Abteilung ▪ vorbereitender Maßnahmen der natürlichen Geburt ▪ Maßnahmen zur Förderung des natürlichen Geburtsprozesses ▪ der Entlassung im Zusammenhang einer interventionsarmen vaginalen Geburt von Reifgeborenen (Einlings- und Mehrlingsgeburten), die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen im Krankenhaus entbunden werden. |

Die Recherche erfolgte am 02. und 14. September 2022.

Eine Übersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Leitlinien bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 3).

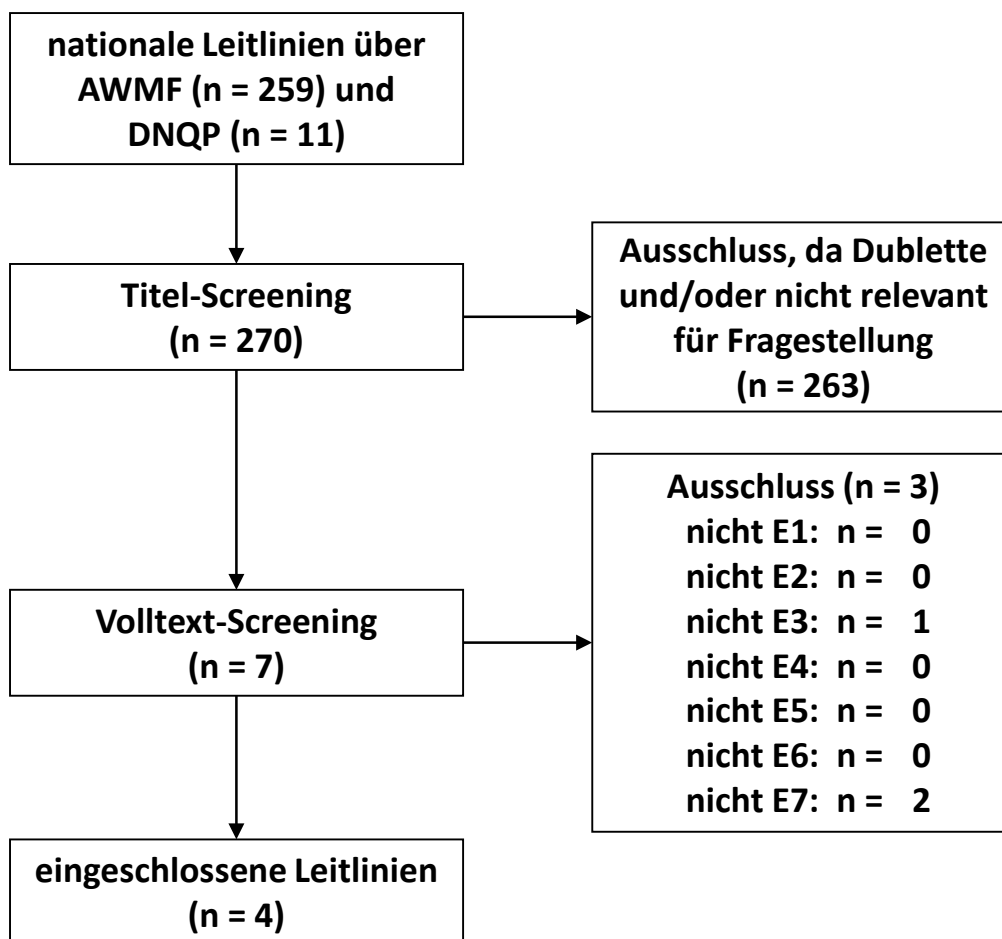


Abbildung 5: Geburten/Entbindung - Flussdiagramm der Recherche nach nationalen Leitlinien

5.2 Eingeschlossene Leitlinien

Nach dem Volltext-Screening wurden 4 Leitlinien eingeschlossen (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Geburten/Entbindung - Eingeschlossene Leitlinien

| | Leitlinie | Referenz |
|---|--|-------------------------|
| 1 | AWMF-Registernummer 057-023. S2e-Leitlinie. Diabetes in der Schwangerschaft | DDG (2021) |
| 2 | AWMF-Registernummer 057-008. S3-Leitlinie. Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge | DDG/DGGG-AGG (2018) |
| 3 | AWMF-Registernummer 015-083. S3-Leitlinie. Vaginale Geburt am Termin. Langfassung | DGGG/DGHWi (2020) |
| 4 | AWMF-Registernummer 015-081. S3-Leitlinie. Adipositas und Schwangerschaft | Ensenauer et al. (2019) |

Leitlinienbewertung

Tabelle 13 stellt die AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien für die drei ausgewählten Domänen in Form der standardisierten Domänenwerte dar.

Tabelle 13: Geburten/Entbindung - AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien

| Leitlinie | Domäne 2 | Domäne 3 | Domäne 6 |
|-------------------------|----------|----------|----------|
| DDG (2021) | 47 % | 56 % | 75 % |
| DDG/DGGG-AGG (2018) | 56 % | 58 % | 67 % |
| DGGG/DGHWi (2020) | 75 % | 84 % | 88 % |
| Ensenauer et al. (2019) | 47 % | 59 % | 83 % |

Datenextraktion

Anhang B listet die allgemeine Methodik der Evidenz- und Empfehlungsgraduierung auf. Die relevanten Empfehlungen sind im Anhang F.3 aufgeführt.

5.3 Ausgeschlossene Leitlinien

Folgende im Volltext überprüfte Leitlinien wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 11):

Nicht E3

1. DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Verbund Hebammenforschung; Hrsg. (2015): Expertinnenstandard. Förderung der physiologischen Geburt. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. [Stand:] Dezember 2014, © 2015. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP [u. a.]. ISBN: 978-3-00-042634-6.

Nicht E7

1. DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Entlassungsmanagement in der Pflege. 2. Aktualisierung 2019 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Mai 2019. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-010559-3.
2. Kaisenberg, CS; Klaritsch, P; Ochsenbein-Kölbl, N; Hodel, M; Nothacker, M; Hecher, K (2020): AWMF-Registernummer 015-087. S2e-Leitlinie. Überwachung und Betreuung von Zwillingsschwangerschaften [Langfassung]. Erstveröffentlichung: 05/2020. Berlin: DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-087l_S2e_Ueberwachung-Betreuung-Zwillingschwangerschaften_2020-05.pdf (abgerufen am: 13.09.2022).

6 Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit

6.1 Recherche

Bei der Suche nach nationalen Leitlinien wird online das „Portal der wissenschaftlichen Medizin“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF, www.awmf.org; Status: , aktuelle Leitlinien‘; Entwicklungsstufe: S2, S2e und S3) sowie das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP, www.dnqp.de) durchsucht.

In Tabelle 14 sind die a priori definierten Einschlusskriterien, die dem Screening der nationalen Leitlinien zugrunde lagen, aufgeführt.

Tabelle 14: Tabakabhängigkeit - Einschlusskriterien für nationale Leitlinien

| | Einschluss |
|----|---|
| 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 (Publikation bzw. letzte Überprüfung ab 1. August 2017). |
| 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. |
| E7 | Die Leitlinie adressiert erwachsene Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahre) mit Tabakabhängigkeit/Nikotinabhängigkeit. |
| E8 | Die Leitlinie enthält Empfehlungen zur/für <ul style="list-style-type: none"> ▪ den stationären Sektor bzw. auf den stationären Sektor übertragbare strukturelle Voraussetzungen zur Tabakentwöhnung (z.B. Qualifikation der Mitarbeiter) ▪ Anamnese der Tabakabhängigkeit (z. B. Screening) ▪ Diagnostik der Tabakabhängigkeit ▪ kurzzeitig und stationär durchführbare Maßnahmen der Tabakentwöhnung mit <ul style="list-style-type: none"> ▫ medikamentösem (wie bspw. Nikotinersatztherapie) oder ▫ psychosozialem Ansatz (wie bspw. Face-to-face-Beratung, psychotherapeutische Verfahren). |

Eine Übersicht über die Recherche und die eingeschlossenen Leitlinien bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 6).

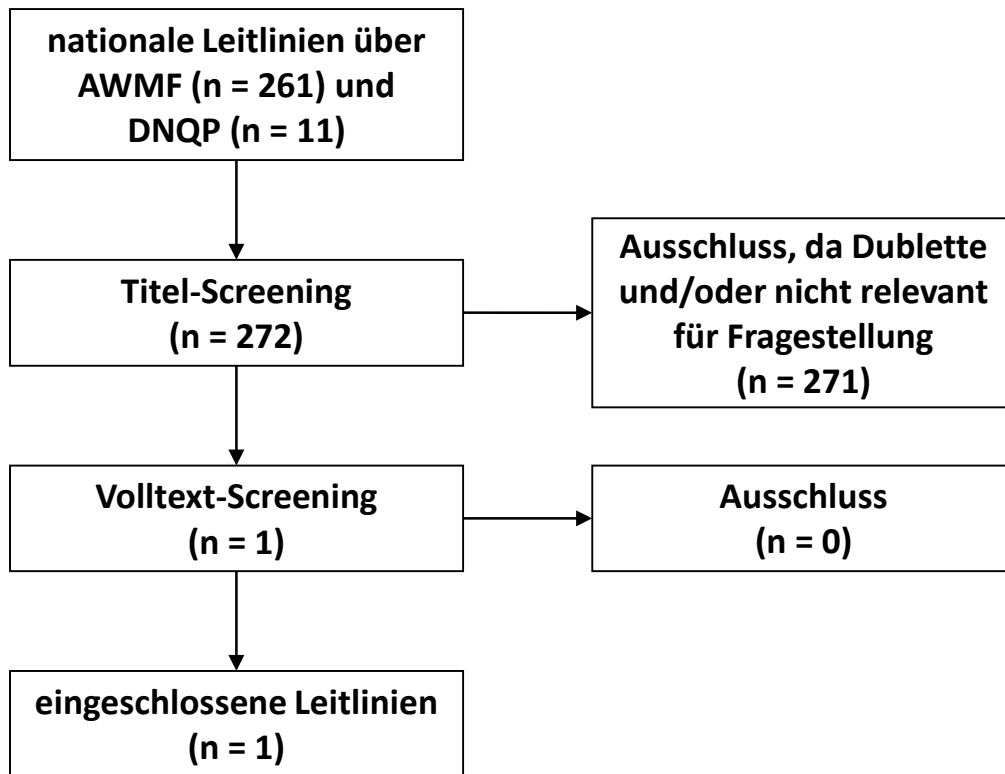


Abbildung 6: Tabakabhängigkeit - Flussdiagramm der Recherche nach nationalen Leitlinien

6.2 Eingeschlossene Leitlinien

Nach dem Volltext-Screening wurde 1 Leitlinie eingeschlossen (siehe Tabelle 15).

Tabelle 15: Tabakabhängigkeit - Eingeschlossene Leitlinie

| | Leitlinie | Referenz |
|---|---|-----------------|
| 1 | AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie. "Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung". Langversion | DG-Sucht (2021) |

Leitlinienbewertung

Tabelle 16 stellt die AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinie für die drei ausgewählten Domänen in Form der standardisierten Domänenwerte dar.

Tabelle 16: Tabakabhängigkeit - AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinie

| Leitlinie | Domäne 2 | Domäne 3 | Domäne 6 |
|-----------------|----------|----------|----------|
| DG-Sucht (2021) | 72 % | 59 % | 88 % |

Datenextraktion

Anhang B listet die allgemeine Methodik der Evidenz- und Empfehlungsgraduierung auf. Die relevanten Empfehlungen sind im Anhang F.4 aufgeführt.

6.3 Ausgeschlossene Leitlinien

Im Volltext-Screening wurde keine Leitlinie ausgeschlossen (vgl. Abbildung 6).

Literatur

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).

Alderman, B; Allan, L; Amano, K; Bouleuc, C; Davis, M; Lister-Flynn, S; et al. (2022): Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) expert opinion/guidance on the use of clinically assisted nutrition in patients with advanced cancer. *Supportive Care in Cancer* 30(4): 2983-2992. DOI: 10.1007/s00520-021-06613-y.

Arends, J; Strasser, F; Gonella, S; Solheim, TS; Madeddu, C; Ravasco, P; et al. (2021): Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open* 6(3): 100092. DOI: 10.1016/j.esmoop.2021.100092.

Busse, JW; Craigie, S; Juurlink, DN; Buckley, DN; Wang, L; Couban, RJ; et al. (2017): The 2017 Canadian Guideline for Opioids for Chronic Non-Cancer Pain [Appendix 1 zu Busse, JW; Craigie, S; Juurlink, DN; Buckley, DN; Wang, L; Couban, RJ; et al. (2017): Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *Canadian Medical Association Journal* 189(18): E659-E666. DOI: 10.1503/cmaj.170363]. Hamilton, CA-ON: NPC [National Pain Center]. URL: <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/suppl/2017/05/03/189.18.E659.DC1/170363-guide-1-at-updated.pdf> (abgerufen am: 31.10.2022).

DDG [Deutsche Diabetes Gesellschaft]; Geburtshilfe, D-AA; und Pränatalmedizin in der Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 057-008. S3-Leitlinie. Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge [Langfassung]. 2. Auflage. Überarbeitung von: 02/2018, Erstveröffentlichung: 06/2001. Berlin: DDG [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/057-008l_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2019-06.pdf (abgerufen am: 14.09.2022).

DDG [Deutsche Diabetes Gesellschaft] (2021): AWMF-Registernummer 057-023. S2e-Leitlinie. Diabetes in der Schwangerschaft [Langfassung]. 3. Auflage, Versionsnummer: 3.1. Überarbeitung von: 11/2021, Erstveröffentlichung: 04/2008. Berlin: DDG [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/057-023l_S2e_Diabetes_und_Schwangerschaft_2022-01.pdf (abgerufen am: 13.09.2022).

DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] (2021): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie. "Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung". Langversion [Langfassung]. Versions-Nummer: 3.1. Überarbeitung von: 01/2021, Erstveröffentlichung: 10/2004. Berlin [u. a.]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wis-

senschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006L_S3_Rauchen-_Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf (abgerufen am: 10.08.2022).

DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe]; DGHWi [Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft] (2020): AWMF-Registernummer 015-083. S3-Leitlinie. Vaginale Geburt am Termin. Langfassung. Erstveröffentlichung: 12/2020, Versions-Nummer: 1.1. Berlin [u. a.]: DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083L_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf (abgerufen am: 14.09.2022).

DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Juni 2020. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-065787-0.

DWC [Division of Workers' Compensation] (2017): Chronic Pain Disorder. Medical Treatment Guideline. Rule 17, Exhibit 9. Adopted: 08.01.1998, Revised: 10.6.2017, Effective: 11.30.2017. [Denver, US-CO]: CDLE [Colorado Department of Labor and Employment]. URL: https://web.archive.org/web/20180609131001/https://www.colorado.gov/pacific/sites/default/files/Ex9_CPD_InText_Biblio.pdf (abgerufen am: 09.11.2022).

Ensenauer, R; Flothkötter; Gembruch, U; Groten, T; Hennike, J; Köhrle, J; et al. (2019): AWMF-Registernummer 015-081. S3-Leitlinie. Adipositas und Schwangerschaft [Langfassung]. Version 1.2. Stand: Juni 2019. Berlin: DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-081L_S3_Adipositas-Schwangerschaft_2020_06.pdf (abgerufen am: 13.09.2022).

FPM [Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists] (2021): Core Standards for Pain Management Services in the UK. Second Edition. [Amended:] December 2021. London, GB: FPM. URL: https://fpm.ac.uk/sites/fpm/files/documents/2021-07/FPM-Core-Standards-2021_1.pdf.

G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 i. V. m. § 110a Absatz 2 Satz 1 SGB V. [Stand:] 21.07.2022. Berlin: G-BA. BAnz AT 10.08.2022 B2. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5554/2022-07-21_Qualitaetsvertraege_weitere-Leistungsbereiche_BAnz.pdf (abgerufen am: 11.10.2022).

Head and Neck Guideline Steering Committee (2021): Evidence-based practice guidelines for the nutritional management of adult patients with head and neck cancer. Latest revision: 20.05.2021. Sydney, AU-NSW: COSA [Clinical Oncological Society of Australia]. URL: <https://wiki.cancer.org.au/australiawiki/index.php?oldid=215353> (abgerufen am: 08.08.2022).

- ICSI [Institute for Clinical Systems Improvement] (2019): Health Care Guideline: Pain: Assessment, Non-Opioid Treatment Approaches and Opioid Management Care for Adults. Eighth Edition/August 2017:V2. [Stand:] September 2019. [Bloomington, US-IN]: ICSI. URL: <https://www.icsi.org/wp-content/uploads/2021/11/Pain-Interactive-7th-V2-Ed-8.17.pdf> (abgerufen am: 11.11.2022).
- Muscaritoli, M; Arends, J; Bachmann, P; Baracos, V; Barthelemy, N; Bertz, H; et al. (2021): ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clinical Nutrition* 40(5): 2898-2913. DOI: 10.1016/j.clnu.2021.02.005.
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2017): NICE Clinical Guideline CG32. Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition [Guidance]. Published: 22.02.2006, last updated: 04.08.2017, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-1910-9. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32/resources/nutrition-support-for-adults-oral-nutrition-support-enteral-tube-feeding-and-parenteral-nutrition-pdf-975383198917> (abgerufen am: 02.08.2022).
- NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2022): NICE Guideline NG193. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain [Guidance]. Published: 07.04.2021, [Minor Changes:] April 2022, © NICE 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-4066-0. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/resources/chronic-pain-primary-and-secondary-in-over-16s-assessment-of-all-chronic-pain-and-management-of-chronic-primary-pain-pdf-66142080468421> (abgerufen am: 28.10.2022).
- Rocket, M; Taylor, J; Weiss, A; Baird, E (2022): Guidelines for the Provision of Anaesthesia Services for Inpatient Pain Management. [Published: 31.01.2022]. (GPAS [Guidelines for the Provision of Anaesthesia Services], Chapter 11). London, GB: RCOA [Royal College of Anaesthetists]. URL: <https://www.rcoa.ac.uk/sites/default/files/documents/2022-02/GPAS-2022-11-PAIN.pdf> (abgerufen am: 02.11.2022).
- Roeland, EJ; Bohlke, K; Baracos, VE; Bruera, E; del Fabbro, E; Dixon, S; et al. (2020): Management of Cancer Cachexia: ASCO Guideline. *Journal of Clinical Oncology* 38(21): 2438-2453. DOI: 10.1200/JCO.20.00611.
- Schug, SA; Palmer, GM; Scott, DA; Alcock, M; Halliwell, R; Mott, JF; Hrsg. (2020): Acute Pain Management: Scientific Evidence. 5th edition. Melbourne, AU-VIC: ANZCA & FPM [Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine]. ISBN: 978-0-9945075-8-7. URL: <https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf> (abgerufen am: 31.10.2022).
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2019): SIGN National Clinical Guideline 136. Management of chronic pain [Full Guideline]. First published December 2013, Revised edition

published August 2019. Edinburgh, GB: SIGN. ISBN: 978-1-909103-16-0. URL:
https://www.sign.ac.uk/media/1108/sign136_2019.pdf (abgerufen am: 04.11.2022).

Singer, P; Blaser, AR; Berger, MM; Alhazzani, W; Calder, PC; Casaer, MP; et al. (2019): ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition* 38(1): 48-79. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.08.037.

VA [Department of Veterans Affairs]; DoD [Department of Defense] (2022): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Use of Opioids in the Management of Chronic Pain. Version 4.0. [Stand:] May 2022. Washington, US-DC: VA. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Pain/cot/VADoDOpioidsCPG.pdf> (abgerufen am: 28.10.2022).

Volkert, D; Beck, AM; Cederholm, T; Cruz-Jentoft, A; Goisser, S; Hooper, L; et al. (2019): ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition* 38(1): 10-47. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.05.024.

Weimann, A; Braga, M; Carli, F; Higashiguchi, T; Hübner, M; Klek, S; et al. (2021): ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clinical Nutrition* 40(7): 4745-4761. DOI: 10.1016/j.clnu.2021.03.031.

Anhang B: Evidenzgraduierung der verwendeten Leitlinien

Das vorliegende Dokument stellt die von den Leitlinien angewandte Bewertungssystematik bzw. die Evidenzgraduierung der aufgeführten Empfehlungen dar. Erläuterungen zur Vorgehensweise und Erstellung der Empfehlungen sind aus den Texten übernommen und an das Berichtsformat angepasst.

Das Dokument beinhaltet lediglich eine Zusammentragung der relevanten Informationen zur Graduierung, weshalb detaillierte Informationen zur Erstellung der Empfehlungen der jeweiligen Leitlinie zu entnehmen sind. Die entsprechende Leitlinie kann dem Literaturverzeichnis entnommen werden.

1 Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung

1.1 Management of Cancer Cachexia: ASCO Guideline (Roeland et al. 2020)

The quality and usability of ASCO's guidelines is enhanced by transparency about the quality and strength of evidence that informs guideline recommendations. ASCO adopted the GRADE Methodology as the recognized standard in guideline development methodology (ASCO 2022). The ASCO Evidence Based Medicine Committee voted to adopt the use of GRADE methodology for grading the certainty of evidence and strength of recommendations (<http://www.gradeworking-group.org/>). The GRADE Handbook details the approach for grading the quality of evidence and strength of recommendations, and its application to ASCO Guidelines is summarized below, additional details are available in Appendix XII (ASCO 2022).

Certainty of evidence:

The quality of evidence used to inform a given recommendation is assessed to evaluate its validity, reliability, and consistency. The quality of evidence is rated for each outcome across studies. Factors assessed when rating the quality of evidence include study design, consistency of results, directness of evidence, precision, publication bias, magnitude of effect, confounding, and dose-response gradient. This assessment considers the individual study quality ratings, the overall risk of bias, and the overall validity and reliability of the total body of evidence. The summary rating is an indication of the Expert Panel's confidence that an estimate of the effect is adequate to support a particular recommendation. The certainty of the evidence is defined as one of four grades: high, moderate, low, or very low. Definitions are available in Table 1 (ASCO 2022).

Table 1: Level of evidence

| Grade | Definition |
|----------|--|
| 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 |

Strength of recommendations:

The Expert Panel provides a rating of the strength of each recommendation. This assessment reflects the extent to which a guideline panel is confident that desirable effects of an intervention outweigh undesirable effects, or vice versa, across the range of patients for whom the recommendation is intended. Recommendations may fall into two categories; strong and weak. Factors determining the strength of a recommendation include balance between benefits and harms, certainty of evidence, confidence in values & preferences, and resource use. Recommendations may be made for or against the use of an intervention (ASCO 2022).

1.2 Evidence-based practice guidelines for the nutritional management of adult patients with head and neck cancer (Head and Neck Guideline Steering Committee 2021)

The strength of the evidence was assessed using the level of evidence rating system recommended by the National Health and Medical Research Council (NHMRC) publication, NHMRC Levels of Evidence and Grades for Recommendations for Developers of Guidelines. For intervention studies, Level I is recommended as the gold standard. Clinical nutrition studies are difficult to complete in a blinded fashion and often the group most likely to benefit from the intervention is excluded for ethical reasons. For these reasons, recommendations based on lower levels of evidence but with strong design quality, strength of effect and relevance are included. Prognosis studies were also quite significant in this literature review, when looking at prognostic features of malnutrition or factors predicting tube feeding or weight loss.

Table 2: NHMRC Levels of Evidence for Intervention and Prognosis Studies

| Level of evidence | Intervention Study | Prognosis |
|-------------------|--|--|
| Level I | Evidence obtained from a systematic review of all relevant randomised controlled trials | A systematic review of level II studies |
| Level II | Evidence obtained from at least one properly designed randomised controlled trial | A prospective cohort study |
| Level III-1 | Evidence obtained from well-designed pseudo-randomised controlled trials (alternate allocation or some other method) | All or none (All or none of the people with the risk factor(s) experience the outcome; and the data arises from an unselected or representative case series which provides an unbiased representation of the prognostic effect) |
| Level III-2 | Evidence obtained from comparative studies with concurrent control and allocation not randomised (cohort studies), case-control studies, or interrupted time series with a control group | Analysis of prognostic factors amongst persons in a single arm of a randomised controlled trial |
| Level III-3 | Evidence obtained from comparative studies with historical control, two or more single arm studies, or interrupted time series without a parallel group | A retrospective cohort study |
| Level IV | Evidence obtained from case studies, either post-test or pre- and post-test. | Case series, or cohort study of persons at different stages of disease |

Tabelle 3: NHMRC Grades of recommendation - Explanation

| Grade | Recommendation |
|-------|--|
| A | Body of evidence can be trusted to guide practice |
| B | Body of evidence can be trusted to guide practice in most situations |
| C | Body of evidence provides some support for recommendation(s) but care should be taken in its application |
| D | Body of evidence is weak and recommendation(s) must be applied with caution |

1.3 ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics (Volkert et al. 2019)

For the ESPEN guidelines we use the SIGN classification for „evidence level“ (EL) and „recommendation grade“ (RG). (Vgl. Bischoff et al. (2015) - Standard operating procedures for ESPEN guidelines and consensus papers)

Table 4: Levels of evidence

| | |
|-----|--|
| 1++ | High quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias |
| 1+ | Well-conducted meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a low risk of bias |
| 1- | Meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a high risk of bias |
| 2++ | High quality systematic reviews of case control or cohort or studies. High quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal |
| 2+ | Well-conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal |
| 2- | Case control or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a significant risk that the relationship is not causal |
| 3 | Non-analytic studies, e.g. case reports, case series |
| 4 | Expert Opinion |

Table 5: Grades and forms of recommendations

| Grades of Recommendation | |
|--------------------------|--|
| A | <ul style="list-style-type: none"> ▪ At least one meta-analysis, systematic review, or RCT rated as 1++, and directly applicable to the target population; or ▪ A body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results |
| B | <ul style="list-style-type: none"> ▪ A body of evidence including studies rated as 2++, directly applicable to the target population; or ▪ A body of evidence including studies rated as 2+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; or and demonstrating overall consistency of results; or ▪ Extrapolated evidence from studies rated as 1++ or 1+ |
| 0 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidence level 3 or 4; or ▪ Extrapolated evidence from studies rated as 2++ or 2+ |
| GGP | Good practice points/expert consensus: Recommended best practice based on the clinical experience of the guideline development group |

| Grades of Recommendation | |
|---|--|
| Forms of recommendation | |
| Judgement | Recommendation |
| Undesirable consequences clearly outweigh desirable consequences | Strong recommendation against |
| Undesirable consequences probably outweigh desirable consequences | Conditional recommendation against |
| Balance between desirable and undesirable consequences is closely balanced or uncertain | Recommendation for research and possibly conditional recommendation for use restricted to trials |
| Desirable consequences probably outweigh undesirable consequences | Conditional recommendation for |
| Desirable consequences clearly outweigh undesirable consequences | Strong recommendation for |

1.4 ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit (Singer et al. 2019)

For the ESPEN guidelines we use the SIGN classification for „evidence level“ (EL) and „recommendation grade“ (RG). (Vgl. Bischoff et al. (2015) – Standard operating procedures for ESPEN guidelines and consensus papers).

Table 6: Levels of evidence

| | |
|-----|--|
| 1++ | High quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias |
| 1+ | Well-conducted meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a low risk of bias |
| 1- | Meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a high risk of bias |
| 2++ | High quality systematic reviews of case control or cohort or studies. High quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal |
| 2+ | Well-conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal |
| 2- | Case control or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a significant risk that the relationship is not causal |
| 3 | Non-analytic studies, e.g. case reports, case series |
| 4 | Expert Opinion |

Table 7: Grades and forms of recommendations

| | |
|-----|--|
| A | <ul style="list-style-type: none"> ▪ At least one meta-analysis, systematic review, or RCT rated as 1++, and directly applicable to the target population; or ▪ A body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results |
| B | <ul style="list-style-type: none"> ▪ A body of evidence including studies rated as 2++, directly applicable to the target population; or ▪ A body of evidence including studies rated as 2+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; or and demonstrating overall consistency of results; or ▪ Extrapolated evidence from studies rated as 1++ or 1+ |
| 0 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidence level 3 or 4; or ▪ Extrapolated evidence from studies rated as 2++ or 2+ |
| GGP | Good practice points/expert consensus: Recommended best practice based on the clinical experience of the guideline development group |

1.5 ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery (Weimann et al. 2021)

For the ESPEN guidelines we use the SIGN classification for „evidence level“ (EL) and „recommendation grade“ (RG). (Vgl. Bischoff et al. (2015) - Standard operating procedures for ESPEN guidelines and consensus papers).

Table 8: Levels of evidence

| | |
|-----|--|
| 1++ | High quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias |
| 1+ | Well-conducted meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a low risk of bias |
| 1- | Meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a high risk of bias |
| 2++ | High quality systematic reviews of case control or cohort or studies. High quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal |
| 2+ | Well-conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal |
| 2- | Case control or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a significant risk that the relationship is not causal |
| 3 | Non-analytic studies, e.g. case reports, case series |
| 4 | Expert Opinion |

Table 9: Grades and forms of recommendations

| | |
|-----|--|
| A | <ul style="list-style-type: none"> ▪ At least one meta-analysis, systematic review, or RCT rated as 1++, and directly applicable to the target population; or ▪ A body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results |
| B | <ul style="list-style-type: none"> ▪ A body of evidence including studies rated as 2++, directly applicable to the target population; or ▪ A body of evidence including studies rated as 2+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; or and demonstrating overall consistency of results; or ▪ Extrapolated evidence from studies rated as 1++ or 1+ |
| 0 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidence level 3 or 4; or ▪ Extrapolated evidence from studies rated as 2++ or 2+ |
| GGP | Good practice points/expert consensus: Recommended best practice based on the clinical experience of the guideline development group |

1.6 ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer (Muscaritoli et al. 2021)

All recommendations were not only based on evidence but also underwent a consensus process, which resulted in a percentage of agreement (%). Whenever possible, representatives from different professions (physicians, dieticians, nurses, others) as well as patient representatives were involved. Members of the guideline group were selected by ESPEN to include a range of professions and fields of expertise. The guideline process was commissioned and financially supported by ESPEN and by the European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC), an EU level initiative. The guideline shortage and dissemination was funded in part by the United European Gastroenterology (UEG) society, and also by the ESPEN society. For further details on methodology, see the full version of the ESPEN guideline and the ESPEN framework for disease-specific guidelines.

Each guideline topic was assigned to several GL group members who evaluated the available evidence by applying the GRADE method and then formulated a recommendation that included a commentary linking the recommendation to the corresponding evidence and discussing its evaluation as well as the benefits, costs, and risks associated with the recommended action. The recommendations and commentaries were circulated within the GL group and changes suggested by the group were discussed with the primary authors of the topic. Disagreement was resolved at two consensus meetings. Final written voting on all 44 recommendations was obtained from the GL group members. Of the recommendations, 24 received 100% agreement (strong consensus), 20 received 75e95% agreement (consensus); no recommendation received less than 75% agree-

ment. All evidence from observational and randomized trials and from systematic reviews is presented in evidence tables. In general, each topic in the guideline sections B1–B5 and C1–C6 is associated with a separate evidence table (e.g. B2–3, C2–5, etc.). In some cases with little evidence available there is only one evidence table for the whole section (e.g. B4, C1, C6). Evidence tables contain information for all relevant studies mentioned in the respective topic or section. Only systematic reviews (SR), randomized controlled trials (RCT) and observational studies (OBS) are listed. Results generally are given without detailed statistical information; differences between groups are given only, if these were associated with statistical significance of at least $p < 0.05$ in the corresponding article. Major GL topics are grouped in sections and recommendations are presented in boxes with information on the evidence level and strength of the recommendation. In addition, important aspects are mentioned for future research (Arends et al. 2017).

1.7 Nutrition Support for Adults Oral Nutrition Support, Enteral Tube Feeding and Parenteral Nutrition (NICE 2017)

A number of initiatives are currently under way to find a international consensus on the subject, but until a decision is reached on the most appropriate system for the NICE guidelines, the Institute advises the National Collaborating Centres to use the system for evidence shown in Table 16

Tabelle 10: Levels of evidence for intervention studies (reproduced with permission of the Scottish Intercollegiate Guidelines Network)

| Level of evidence | Types of evidence |
|-------------------|--|
| 1++ | High-quality meta-analyses, systematic reviews of 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 case-control 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-analytic studies (for example, case reports, case series) |
| 4 | Expert opinion |

Forming and grading the recommendations:

NICE guideline recommendations are graded according to the strength of the supporting evidence, which is assessed from the design of each study (see Table 17). The grading system currently used is presented in Table 18.

Table 11: grading of recommendations

| Grade | Evidence |
|---------|--|
| A | <ul style="list-style-type: none"> ▪ At least one meta-analysis, systematic review, or RCT rated as 1++, and directly applicable to the target population, or ▪ A systematic review of RCTs or a body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results ▪ Evidence drawn from a NICE technology appraisal |
| B | <ul style="list-style-type: none"> ▪ A body of evidence including studies rated as 2++, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results, or ▪ Extrapolated evidence from studies rated as 1++ or 1+ |
| C | <ul style="list-style-type: none"> ▪ A body of evidence including studies rated as 2+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results, or ▪ Extrapolated evidence from studies rated mmas 2++ |
| D | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evidence level 3 or 4, or ▪ Extrapolated evidence from studies rated as 2+, or ▪ Formal consensus |
| D (GPP) | A good practice point (GPP) is a recommendation for best practice based on the experience of the Guideline Development Group |

The usefulness of a classification system based solely on the level of evidence has been questioned because it does not take into consideration the importance of the recommendation in changing practice and improving patient care. It is worth noting that NICE is currently assessing the best way of presenting recommendations for future guidelines.

2 Multimodale Schmerztherapie

2.1 The 2017 Canadian Guideline for Opioids for Chronic Non-Cancer Pain (Busse et al. 2017)

Statements about qualifying remarks and values and preferences are integral parts of the recommendations and are meant to facilitate accurate interpretation of the guideline. These should never be omitted when quoting or translating recommendations from this guideline. Recommendations in this guideline are categorized according to the Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) system as strong or weak recommendations.

Strong recommendations indicate that all or almost all fully informed patients would choose the recommended course of action, and indicate to clinicians that the recommendation is appropriate for all or almost all individuals. Strong recommendations represent candidates for quality of care criteria or performance indicators.

Weak recommendations indicate that the majority of informed patients would choose the suggested course of action, but an appreciable minority would not. With weak recommendations, clinicians should recognize that different choices will be appropriate for individual patients, and they should help patients arrive at a decision consistent with their values and preferences. Weak recommendations should not be used as a basis for standards of practice (other than to mandate shared decision-making).

The guideline also contains best practice statements and clinical expert guidance, which are distinct from recommendations that have been formally categorized using GRADE. Good practice statements represent common sense practice, are supported by indirect evidence, and are associated with assumed large net benefit. Clinical expert guidance provides direction in areas for which there is either no published evidence or insufficient evidence to justify a formal recommendation. These do not have the force of either recommendations that have been categorized using GRADE or good practice statements.

Using the GRADE approach, recommendations are labeled as either “strong” or “weak”; “recommend” is used for strong recommendations and “suggest” for weak recommendations.

2.2 NICE Guideline NG193. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain (NICE 2022a)

The recommendations in this guideline represent the view of NICE, arrived at after careful consideration of the evidence available. When exercising their judgement, professionals are expected to take this guideline fully into account, alongside the individual needs, preferences and values of

their patients or service users. The recommendations in this guideline are not mandatory and the guideline does not override the responsibility of healthcare professionals to make decisions appropriate to the circumstances of the individual patient, in consultation with the patient and, where appropriate, their carer or guardian (NICE 2022b).

Decisions on whether a recommendation could be made, and if so in which direction, were made on the basis of the committee's interpretation of the available evidence, taking into account the balance of benefits, harms and costs between different courses of action. This was either done formally in an economic model, or informally. The net clinical benefit over harm (clinical effectiveness) was considered, focusing on the critical outcomes alongside the magnitude of the effect (or clinical importance), quality of evidence (including the uncertainty) and amount of evidence available. When this was done informally, the committee took into account the clinical benefits and harms when one intervention was compared with another. The assessment of net clinical benefit was moderated by the importance placed on the outcomes (the committee's values and preferences), and the confidence the committee had in the evidence (evidence quality). Secondly, the committee assessed whether the net clinical benefit justified any differences in costs between the alternative interventions. When the clinical harms were judged by the committee to outweigh any clinical benefits, they considered making a recommendation not to offer an intervention. This was dependent on whether the intervention had any reasonable prospect of providing cost-effective benefits to people using services and whether stopping the intervention was likely to cause harm for people already receiving it (NICE 2022b).

When clinical and health economic evidence was of poor quality, conflicting or absent, the committee decided on whether a recommendation could be made based on its expert opinion. The considerations for making consensus-based recommendations include the balance between potential harms and benefits, the economic costs compared to the economic benefits, current practices, recommendations made in other relevant guidelines, patient preferences and equality issues. The consensus recommendations were agreed through discussions in the committee. The committee also considered whether the uncertainty was sufficient to justify delaying making a recommendation to await further research, taking into account the potential harm of failing to make a clear recommendation (see section 2.5.1 below) (NICE 2022b).

The committee considered the appropriate 'strength' of each recommendation. This takes into account the quality of the evidence but is conceptually different. Some recommendations are 'strong' in that the committee believes that the vast majority of healthcare and other professionals and patients would choose a particular intervention if they considered the evidence in the same way that the committee has. This is generally the case if the benefits clearly outweigh the harms for most people and the intervention is likely to be cost effective. However, there is often a closer balance between benefits and harms, and some patients would not choose an intervention whereas others would. This may happen, for example, if some patients are particularly averse to some side effect and others are not. In these circumstances the recommendation is generally

weaker, although it may be possible to make stronger recommendations about specific groups of patients (NICE 2022b).

The committee focused on the following factors in agreeing the wording of the recommendations:

- The actions health professionals need to take.
- The information readers need to know.
- The strength of the recommendation (for example the word 'offer' was used for strong recommendations and 'consider' for weaker recommendations).
- The involvement of patients (and their carers if needed) in decisions on treatment and care.
- Consistency with NICE's standard advice on recommendations about drugs, waiting times and ineffective interventions (see section 9.2 in the NICE guidelines manual).

The classification 'Chronic Primary Pain' has been added in ICD-11 to reflect the pain conditions that are not able to be classified under the previous system (ICD-10). This includes some conditions that may appear aetiologically dissimilar. In the committee's view, for the majority of topics reviewed response to treatment could be assumed to be sufficiently similar for the conditions falling under the diagnostic construct of Chronic Primary Pain to allow recommendations to be made across all Chronic Primary Pain conditions, even where evidence was only available for one or more of these conditions. Where the committee thought there was reason to distinguish between Chronic Primary Pain conditions, this is reflected in the recommendations. The main considerations specific to each recommendation are outlined in 'The committee's discussion of the evidence' section within each evidence report (NICE 2022b).

2.3 Guidelines for the Provision of Anaesthesia Services for Inpatient Pain Management (Rocket et al. 2022)

The evidence that is included in this chapter has been graded according to a grading system adapted from NICE and outlined below:

Table 12: Type and Grade of Evidence

| Level | Type of evidence | Grade | Evidence |
|-------|--|-------|--|
| 1a | Evidence obtained from a single- arm/multicentre randomised controlled trial, a meta-analysis of randomised con- trolled trials or a systematic review with a low risk of bias | A | At least one randomised controlled trial as part of a body of literature of overall good quality and consistency address- ing the specific recommendation (evi- dence level I) without extrapolation |
| 1b | Evidence obtained from metaa- nalyzes, systematic reviews of RCTs or RCTs with a high risk of bias | B | Well-conducted clinical studies but no high-quality randomised clinical trials |

| Level | Type of evidence | Grade | Evidence |
|-------|--|-------|--|
| IIa | Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomisation | | on the topic of recommendation (evidence levels Ib, II or III); or extrapolated from |
| IIb | Evidence obtained from at least one well-designed quasi-experimental study | | |
| IIc | Evidence obtained from case control or cohort studies with a high risk of confounding bias | | |
| III | Evidence obtained from well designed non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case studies | | |
| IV | Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities | C | Expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities (evidence level IV) or extrapolated from level I or II evidence. This grading indicates that directly applicable clinical studies of good quality are absent or not readily available. |
| UG | Legislative or statutory requirements | M | This grading indicates that implementation of this recommendation is a statutory requirement, or is required by a regulatory body (e.g. CQC, GMC) |
| | | GGP | Recommended good practice based on the clinical experience of the CDG. |

Methods used to arrive at recommendations:

Recommendations were initially drafted based on the evidence by the authors for the chapter. These were discussed with the CDG, and comments were received both on the content and the practicality of the recommendations. The level of evidence that was the basis for each recommendation was graded according to a grading system, and the recommendation was then graded taking into account the strength of the evidence and the clinical importance using a recommendations criteria form (see GPAS Chapter Development Process Document).

Recommendations were worded using the following system of categorisation:

Table 13: Strength of Recommendation

| Strength | Type of evidence | Wording |
|---------------------|--|---|
| Mandatory | The evidence supporting the recommendation includes at least one with an 'M' grading | Wording should reflect the mandatory nature of the recommendation, i.e. 'must' |
| Strong | Confidence that for the vast majority of people, the action will do more good than harm (or more harm than good) | Wording should be clearly directive 'should' or 'should not' |
| Weak | The action will do more good than harm for most patients, but may include caveats on the quality or size of evidence base or patient preferences | Wording should include 'should be considered' |
| Aspirational | While there is some evidence that implementation of the recommendation could improve patient care, either the evidence or the improvement is not proven or substantial | Wording should include 'could' |
| Equipose | There is no current evidence on this recommendation's effect on patient care | Wording should include 'there is no evidence of this recommendation's effect on patient care' |

2.4 VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Use of Opioids in the Management of Chronic Pain (VA/DoD 2022)

The Work Group used the GRADE approach to craft each recommendation and determine its strength. Per the GRADE approach, recommendations must be evidence-based and cannot be made based on expert opinion alone. The GRADE approach uses the following four domains to inform the strength of each recommendation (see Determining Recommendation Strength and Direction)

- Confidence in the quality of the evidence
- Balance of desirable and undesirable outcomes
- Patient values and preferences
- Other considerations, as appropriate, e.g.:
 - Resource use
 - Equity
 - Acceptability
 - Feasibility
 - Subgroup considerations

Using these four domains, the Work Group determined the relative strength of each recommendation (Strong or Weak). The strength of a recommendation is defined as the extent to which one can be confident that the desirable effects of an intervention outweigh its undesirable effects and is based on the framework above, which incorporates the four domains.⁽¹⁰³⁾ A Strong recommendation generally indicates High or Moderate confidence in the quality of the available evidence, a clear difference in magnitude between the benefits and harms of an intervention, similar patient values and preferences, and understood influence of other implications (e.g., resource use, feasibility).

In some instances, there is insufficient evidence on which to base a recommendation for or against a particular therapy, preventive measure, or other intervention. For example, the systematic evidence review may have found little or no relevant evidence, inconclusive evidence, or conflicting evidence for the intervention. The manner in which this is expressed in the CPG may vary. In such instances, the Work Group may include among its set of recommendations a statement of insufficient evidence for an intervention that may be in common practice even though it is not supported by clinical evidence, and particularly if there may be other risks of continuing its use (e.g., high opportunity cost, misallocation of resources). In other cases, the Work Group may decide to not include this type of statement about an intervention. For example, the Work Group may remain silent where there is an absence of evidence for a rarely used intervention. In other cases, an intervention may have a favorable balance of benefits and harms but may be a standard of care for which no recent evidence has been generated.

Using these elements, the Work Group determines the strength and direction of each recommendation and formulates the recommendation with the general corresponding text (see Table below).

Table 14: Strength and direction of recommendation

| Recommendation Strength and Direction | General Corresponding Text |
|---------------------------------------|--|
| Strong for | We recommend ... |
| Weak for | We suggest ... |
| Neither for nor against | There is insufficient evidence to recommend for or against ... |
| Weak against | We suggest against ... |
| Strong against | We recommend against ... |

It is important to note that a recommendation's strength (i.e., Strong versus Weak) is distinct from its clinical importance (e.g., a Weak recommendation is evidence-based and still important to clinical care).

This CPG’s use of GRADE reflects a more rigorous application of the methodology than previous iterations. For instance, the determination of the strength of the recommendation is more directly linked to the confidence in the quality of the evidence on outcomes that are critical to clinical decision-making. The confidence in the quality of the evidence is assessed using an objective, systematic approach that is independent of the clinical topic of interest. Therefore, recommendations on topics for which it may be inherently more difficult to design and conduct rigorous studies (e.g., randomized controlled trials [RCTs]) are typically supported by lower quality evidence and, in turn, Weak recommendations. Recommendations on topics for which rigorous studies can be designed and conducted may more often be Strong recommendations. Per GRADE, if the quality of evidence differs across the relevant critical outcomes, the lowest quality of evidence for any of the critical outcomes determines the overall quality of the evidence for a recommendation. This stricter standard provides a consistent approach to determining recommendation strengths. For additional information on GRADE or CPG methodology, see Appendix A.

Evidence-based CPGs should be current. Except for an original version of a new CPG, this typically requires revision of a CPG’s previous versions based on new evidence or as scheduled subject to time-based expirations.(106) For example, the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) has a process for monitoring the emergence of new evidence that could prompt an update of its recommendations, and it aims to review each topic at least every five years for either an update or reaffirmation.(107)

Recommendation categories were used to track how the previous CPG’s recommendations could be reconciled. These categories and their corresponding definitions are similar to those used by the National Institute for Health and Care Excellence (NICE, England).(108, 109) Table 3 lists these categories, which are based on whether the evidence supporting a recommendation was systematically reviewed, the degree to which the previous CPG’s recommendation was modified, and whether a previous CPG’s recommendation is relevant in the updated CPG.

Additional information regarding these categories and their definitions can be found in Recommendation Categorization. The 2022 CPG recommendation categories can be found in Recommendations. Appendix G outlines the 2017 VA/DoD Opioids CPG’s recommendation categories.

Table 15: Recommendation Categorization

| Evidence Reviewed | Recommendation Category | Definition |
|-------------------|-------------------------|--|
| Reviewed | New-added | New recommendation |
| | New-replaced | Recommendation from previous CPG was carried forward and revised |
| | Not changed | Recommendation from previous CPG was carried forward but not changed |

| Evidence Reviewed | Recommendation Category | Definition |
|-------------------|-------------------------|--|
| | Amended | Recommendation from previous CPG was carried forward with a nominal change |
| | Deleted | Recommendation from previous CPG was deleted |
| Not reviewed | Not changed | Recommendation from previous CPG was carried forward but not changed |
| | Amended | Recommendation from previous CPG was carried forward with a nominal change |
| | Deleted | Recommendation from previous CPG was deleted |

2.5 DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]: Expertenstandard. Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020 einschließlich Kommentierung und Literatur- studie (DNQP 2019)

Die Leitlinie „Expertenstandard – Schmerzmanagement in der Pflege“ der DNQP von 2020 wurde anhand einer Literaturrecherche und einem Expertenkonsens erstellt. Eine Evidenzgraduierung der Empfehlungen liegt im Expertenstandard nicht vor. Detaillierte Informationen bezüglich der Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung des Expertenstandards kann dem Methodenpapier des DNQP entnommen werden.

3 Geburten/Entbindung

3.1 AWMF-Registernummer 015-083. S3-Leitlinie. Vaginale Geburt am Termin. Langfassung (DGGG/DGHWi 2020)

Die deutschen Empfehlungen geben inhaltlich überwiegend die Empfehlungen der National-Institute-for-Health-and-Care-Excellence (NICE)-Leitlinie CG 190 Intrapartum care for healthy women and babies [1] wieder. Diese Leitlinie wurde 2007 erstmals veröffentlicht und 2014 sowie 2017 überarbeitet. 2019 stellte NICE fest, dass es keine neue Evidenz gibt, die eine Veränderung der Empfehlungen erforderte und publizierte einen entsprechenden Report [1-3] (siehe hierzu auch Kap. 4.1.2.3 Leitlinienreport). In Einzelfällen wurden für die Erstellung der vorliegenden Leitlinien auch andere internationale Leitlinien verwendet. Die entsprechenden Verweise finden sich in den jeweiligen Kapiteln. Darüber hinaus erfolgte, sofern für notwendig erachtet, eine systematische Literaturrecherche und -bewertung anhand von PICO-Fragen und die Berücksichtigung weiterer systematischer Reviews oder Einzelstudien. Zur Bewertung der Qualität zusätzlich berücksichtigter Studien wurden die Bewertungsinstrumente des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [4] zur leichteren Verständlichkeit der Nutzer*innen angewendet.

Wenn für ausgewählte Fragestellungen die zur Verfügung stehende Evidenz aus der NICE-Leitlinie CG 190 als nicht ausreichend erachtet wurde, erfolgte darüber hinaus eine systematische Literaturrecherche und -bewertung. Die entsprechenden Suchstrategien, aufgelistet nach Kapiteln, sind im Anhang in Abschnitt 9.2 dokumentiert. Die Bewertung der mithilfe einer systematischen Literaturrecherche identifizierten Studien erfolgte nach dem System des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) unter Verwendung der von SIGN entwickelten Checklisten (siehe <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf>). Die Evidenzklassen nach SIGN sind in Tabelle 16 dargelegt. Zudem wurden teilweise expert*innenbeigesteuerte Evidenz als Verweise angeführt, die als solche im Text gekennzeichnet sind. Die Bewertung und Zusammenfassung der auf diese Weise berücksichtigten Systematischen Übersichten, Metaanalysen oder Einzelstudien sind in Evidenztabellen dargestellt (siehe folgenden Abschnitt 0).

Tabelle 16: Evidenzgraduierung nach SIGN

| Grad | Beschreibung |
|------|--|
| 1++ | Qualitativ hochwertige Metaanalysen, Systematische Übersichten von RCTs, oder RCTs mit sehr geringem Risiko systematischer Fehler (Bias) |
| 1+ | Gut durchgeführte Metaanalysen, Systematische Übersichten von RCTs, oder RCTs mit geringem Risiko systematischer Fehler (Bias) |

| Grad | Beschreibung |
|------|--|
| 1- | Metaanalysen, Systematische Übersichten von RCTs, oder RCTs mit hohem Risiko systematischer Fehler (Bias) |
| 2++ | Qualitativ hochwertige systematische Übersichten von Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien oder Qualitativ hochwertige Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien mit sehr niedrigem Risiko systematischer Verzerrungen (Confounding, Bias, „Chance“) und hoher Wahrscheinlichkeit, dass die Beziehung ursächlich ist. |
| 2+ | Gut durchgeführte Fall-Kontroll-Studien oder Kohortenstudien mit niedrigem Risiko systematischer Verzerrungen (Confounding, Bias, „Chance“) und moderater Wahrscheinlichkeit, dass die Beziehung ursächlich ist. |
| 2- | Fall-Kontroll Studien oder Kohortenstudien mit einem hohen Risiko systematischer Verzerrungen (Confounding, Bias, „Chance“) und signifikantem Risiko, dass die Beziehung nicht ursächlich ist. |
| 3 | Nicht-analytische Studien, z.B. Fallberichte, Fallserien |
| 4 | Expert*innenmeinung |

Ansonsten wurden in der NICE-Leitlinie sowie den Evidenzberichten des IQWiG das GRADE-System zur Bewertung der Qualität der Evidenz verwendet. Sofern die Identifikation von systematischen Reviews beziehungsweise Studien nicht durch eine systematische Literaturrecherche basierend auf einem vorab definierten Rechercheprotokoll, sondern durch eine orientierende Recherche durch die Expert*innen der Leitliniengruppe erfolgte, werden diese als expert*innenbeigesteuerte Studien / Evidenzen bezeichnet. Die Formulierung von Empfehlungen / Statements erfolgte auf Basis identifizierter Evidenzen und / oder durch eine strukturierte Konsensfindung. Sofern eine Empfehlung aus der obengenannten NICE-Leitlinie CG 190 adaptiert wurde, wird in den Tabellen ausdrücklich darauf verwiesen und im anschließenden Text die Studien, die zu der entsprechenden Empfehlung / dem entsprechenden Statement geführt haben, aufgeführt. Fehlen diese Darstellungen, handelt es sich bei den Empfehlungen aus der NICE-Leitlinie um einen Expert*innenkonsens, der von der Leitliniengruppe auch für das deutsche, österreichische und schweizerische Gesundheitssystem als angemessen angesehen und als Expert*innenkonsens verabschiedet wurde.

3.2 AWMF-Registernummer 057-023. S2e-Leitlinie. Diabetes in der Schwangerschaft (DDG 2021)

Es fand eine systematische Literaturrecherche statt. Die Bewertung der publizierten Literatur erfolgte gemäß ihrer wissenschaftlichen Aussagekraft nach Evidenzklassen.

Tabelle 17: Bewertung der publizierten Literatur gemäß ihrer wissenschaftlichen Aussagekraft nach Evidenzklassen (nach [Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) 2009])

| Evidenzklassen (EK) | |
|---------------------|--|
| Ia | Evidenz aufgrund von Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien |
| Ib | Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie |
| IIa | Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisation |
| IIb | Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, nicht randomisierten und nicht kontrollierten klinischen Studie, z. B. Kohortenstudie |
| III | Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller, deskriptiver Studien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fall-Kontroll-Studien |
| IV | Evidenz aufgrund von Berichten der Experten-Ausschüsse oder Expertenmeinungen und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten |

Die methodische Güte einer Studie wird nicht nur von dem zugrundeliegenden Studiendesign bestimmt. Die aktuelle Evidenzklassifikation des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) erlaubt darüber hinaus eine weitergehende Beurteilung von Studien der Evidenzklasse 1 und 2 im Hinblick auf ihr Risiko, eine systematische Verzerrung zu beinhalten (Bias). Diese Klassifikation wurde deshalb parallel zu der oben genannten verwendet (siehe Tabelle 2).

Tabelle 18: Evidenzbewertung nach SIGN

| Grading system for recommendations in evidence based guidelines – Levels of evidence (LoE) | |
|--|--|
| 1++ | High quality metaanalyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias |
| 1+ | Well conducted metaanalyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a low risk of bias |
| 1- | Metaanalyses, systematic reviews or RCTs, or RCTs with a high risk of bias |
| 2++ | High quality systematic reviews of casecontrol or cohort studies or High quality casecontrol 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 casecontrol or cohort studies with a low risk of confounding, bias, or chance and a moderate probability that the relationship is causal |
| 2- | Casecontrol or cohort studies with a high risk of confounding, bias, or chance and a significant risk that the relationship is not causal |
| 3 | Nonanalytic studies, eg case reports, case series |
| 4 | Expert opinion |

Im laufenden Text wurden Zitate mit dem Evidenzbewertungssystem gemäß Evidenzklassen und/oder SIGN bewertet. In den Empfehlungsboxen werden jeweils die LoE benannt.

Empfehlungsgraduierung

Die Nomenklatur und Graduierung der Empfehlungen wurde entsprechend dem Vorgehen bei Nationalen VersorgungsLeitlinien [Bundesärztekammer (BÄK) 2017] angewandt.

Tabelle 19: Empfehlungsgraduierung

| Nomenklatur | Beschreibung | Empfehlungsgrad |
|-------------|-------------------|-----------------|
| Soll | Starke Empfehlung | A |
| Sollte | Empfehlung | B |
| Kann | Offen | 0 |

Empfehlungen sind thematisch bezogene handlungsleitende Kernsätze der Leitlinie. Die Empfehlungsgrade der Empfehlungen werden durch die Mitglieder der Leitliniengruppe im Rahmen des formalen Konsensverfahrens festgelegt (siehe hierzu den Methodenreport zu dieser Leitlinie). Die Empfehlungsgrade drücken den Grad der Sicherheit aus, dass der beobachtete Nutzen der Intervention den möglichen Schaden aufwiegt (Netto-Nutzen) und dass die beobachteten positiven Effekte ein für die Patienten relevantes Ausmaß erreichen.

Der Empfehlungsgrad einer Empfehlung wird unter Berücksichtigung des Evidenzgrads der für die Empfehlung berücksichtigten Studien festgelegt. Eine hohe Evidenzklasse (1a, 1b bzw. 1++, 1+ oder all-or-none) wird in der Regel zu einer starken Empfehlung führen. In die Vergabe der Empfehlungsgrade gehen neben der zugrundeliegenden Evidenz aber auch weitere Aspekte ein, wie die klinische Relevanz der Effektivitätsmaße der Studien, Effektstärken und Konsistenz der Studienergebnisse; Anwendbarkeit der Studienergebnisse auf die Patientenzielgruppe und die Umsetzbarkeit im ärztlichen Alltag oder ethische Verpflichtungen. Auch Patientenpräferenzen werden berücksichtigt. Die Gründe für die Stärke einer Empfehlung im Verhältnis zum Evidenzgrad werden in den Hintergrundtexten erläutert.

Als Statements werden Darlegungen oder Erläuterungen von spezifischen Sachverhalten oder Fragestellungen ohne unmittelbare Handlungsaufforderung bezeichnet. Sie werden entsprechend der Vorgehensweise bei den Empfehlungen im Rahmen eines formalen Konsensusverfahrens konsentiert und können entweder auf Studienergebnissen oder auf Expertenmeinungen beruhen.

3.3 AWMF-Registernummer 015-081. S3-Leitlinie. Adipositas und Schwangerschaft (Ensenauer et al. 2019)

Evidenzbeurteilung nach SIGN

Zur Beurteilung der Evidenz (Level 1-4) wurde in dieser Leitlinie das Klassifikations-system des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) in der letzten aktuellen Version aus dem Jahr 2011 benutzt.

Tabelle 20: Graduierung der Evidenz nach SIGN (November 2011)

| Level | Beschreibung |
|-------|---|
| 1++ | Qualitativ hochwertige Metaanalysen, Systematische Übersichten von RCTs oder RCTs mit sehr geringem Risiko systematischer Fehler (Bias) |
| 1+ | Gut durchgeführte Metaanalysen, Systematische Übersichten oder RCTs mit geringem Risiko systematischer Fehler (Bias) |
| 1- | Metaanalysen, Systematische Übersichten oder RCTs mit hohem Risiko systematischer Fehler (Bias) |
| 2++ | Qualitativ hochwertige systematische Übersichten von Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien oder Qualitativ hochwertige Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien mit sehr geringem Risiko systematischer Fehler (Bias) oder Verzerrung (Confounding) und hoher Wahrscheinlichkeit, dass die Beziehung ursächlich ist |
| 2+ | Gut durchgeführte Fall-Kontroll-Studien oder Kohortenstudien mit geringem Risiko systematischer Fehler (Bias) oder Verzerrung (Confounding) und moderater Wahrscheinlichkeit, dass die Beziehung ursächlich ist |
| 2- | Fall-Kontroll-Studien oder Kohortenstudien mit hohem Risiko systematischer Fehler (Bias) oder Verzerrung (Confounding) und signifikantem Risiko, dass die Beziehung nicht ursächlich ist |
| 3 | Nicht-analytische Studien, z.B. Fallberichte, Fallserien |
| 4 | Expertenmeinung |

Empfehlungsgraduierung

Während mit der Darlegung der Qualität der Evidenz (Evidenzstärke) die Belastbarkeit der publizierten Daten und damit das Ausmaß an Sicherheit / Unsicherheit des Wissens ausgedrückt wird, ist die Darlegung der Empfehlungsgrade Ausdruck des Ergebnisses der Abwägung erwünschter / und unerwünschter Konsequenzen alternativer Vorgehensweisen.

Die Verbindlichkeit definiert die medizinische Notwendigkeit einer Leitlinienempfehlung ihrem Inhalt zu folgen, wenn die Empfehlung dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht. In nicht zutreffenden Fällen darf bzw. soll von der Empfehlung dieser Leitlinie abgewichen werden. Eine juristische Verbindlichkeit ist durch den Herausgeber nicht definierbar, weil dieser keine Gesetze, Richtlinien oder Satzungen (im Sinne des Satzungsrechtes) beschließen darf. Dieses Vorgehen wird vom obersten deutschen Gericht bestätigt (Bundesgerichtsurteil VI ZR 382/12).

Die reine Evidenzgraduierung einer Leitlinie auf S2e/S3-Niveau nach SIGN und GRADE lässt einen leitlinientypischen Empfehlungsgrad zu. Dieser symbolische Empfehlungsgrad unterscheidet sich in drei Abstufungen mit jeweils unterschiedlichen Stärken der sprachlichen Ausdrucksweise.

Diese derzeit allgemein angewandte Graduierung wird außer von der AWMF auch von der Bundesärztekammer und ihren Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) benützt. Die gewählte Formulierung des Empfehlungsgrades sollte im Hintergrundtext erläutert werden.

Tabelle 21: Graduierung von Empfehlungen (deutschsprachig)

| Symbolik | Beschreibung der Verbindlichkeit | Ausdruck |
|----------|---|-----------------------|
| A | Starke Empfehlung mit hoher Verbindlichkeit | Soll / Soll nicht |
| B | Einfache Empfehlung mit mittlerer Verbindlichkeit | Sollte / Sollte nicht |
| 0 | Offene Empfehlung mit geringer Verbindlichkeit | Kann / Kann nicht |

Tabelle 22: Graduierung von Empfehlungen (englischsprachig)

| Symbols | Description of binding character | Expression |
|---------|--|---------------------|
| A | Strong recommendation with highly binding character | must / must not |
| B | Regular recommendation with moderately binding character | should / should not |
| 0 | Open recommendation with limited binding character | may / may not |

Die oben aufgeführte Einteilung von „Empfehlungen“ entspricht neben der Bewertung der Evidenz auch der klinischen Relevanz der zu Grunde liegenden Studien und ihren nicht in der Graduierung der Evidenz aufgeführten Maße/Faktoren, wie die Wahl des Patientenkollektivs, Intention-to-treat oder per-protocol Outcome-Analysen, ärztliches bzw. ethisches Handeln gegenüber dem Patienten, länderspezifische Anwendbarkeit usw. Demgegenüber kann eine starke, mäßige bzw. schwache Evidenzstärke entsprechend linear zu einer starken, einfachen bzw. offenen Empfehlungen führen. Nur bei einer mittleren Evidenzstärke ist eine Höher- und Runterstufung in eine Grad A oder Grad 0 Empfehlung möglich. In besonderen Ausnahmefällen muss eine Graduierung der höchsten Evidenz zu einer schwächeren/offenen Empfehlung oder umgekehrt im Hintergrundtext begründet werden. Sofern einer Empfehlung dem Härtegrad (A) zugeordnet wurde, entsprechende Studien der Evidenzklassen Ia oder Ib aber nicht identifiziert werden konnten, stand die erstrangige klinische Relevanz im Vordergrund.

- Starke Evidenzstärke -> Grad A oder Grad B Empfehlung
- Mäßige Evidenzstärke -> Grad A oder Grad B oder Grad 0 Empfehlung
- Schwache Evidenzstärke -> Grad B oder Grad 0 Empfehlung

Konsensbasierte Empfehlungen

Einige Empfehlungen wurden als Konsensbasierte Empfehlungen klassifiziert, da es keine Studien zu diesem Aspekt gab, der Inhalt aber „common good clinical practice“ entspricht. Diese Empfehlungen unterscheiden sich von Empfehlungen mit Lo4, wo systematisch gesucht und nichts mit höherer Evidenz gefunden wurde.

Statements

Sollten fachliche Aussagen nicht als Handlungsempfehlungen, sondern als einfache Darlegung Bestandteil dieser Leitlinie sein, werden diese als „Statements“ bezeichnet. Bei diesen Statements ist die Angabe von Evidenzgraden nicht möglich.

Konsensusfindung –und Konsensusstärke

Im Rahmen einer strukturellen Konsensusfindung (S2k/S3-Niveau) stimmen die berechtigten Teilnehmer der Sitzung die ausformulierten Statements und Empfehlungen ab. Hierbei kann es zu signifikanten Änderungen von Formulierungen etc. kommen. Abschließend wird abhängig von der Anzahl der Teilnehmer eine Stärke des Konsensus ermittelt.

Tabelle 23: Einleitung zur Zustimmung der Konsensusbildung

| Symbolik | Konsensusstärke | Prozentuale Übereinstimmung |
|----------|--------------------------|--|
| +++ | Starker Konsens | Zustimmung von > 95% der Teilnehmer |
| ++ | Konsens | Zustimmung von > 75-95% der Teilnehmer |
| + | Mehrheitliche Zustimmung | Zustimmung von > 50-75% der Teilnehmer |
| - | Kein Konsens | Zustimmung von < 51% der Teilnehmer |

Expertenkonsens

Wie der Name bereits ausdrückt, sind hier Konsensus-Entscheidungen speziell für Empfehlungen/Statements ohne vorige systemische Literaturrecherche (S2k) oder aufgrund von fehlender Evidenz (S2e/S3) gemeint. Der zu benutzende Expertenkonsens (EK) ist gleichbedeutend mit den Begrifflichkeiten aus anderen Leitlinien wie „Good Clinical Practice“ (GCP) oder „klinischer Konsensuspunkt“ (KKP). Die Empfehlungsstärke graduieren sich gleichermaßen wie bereits im Kapitel Graduierung von Empfehlungen beschrieben ohne die Benutzung der aufgezeigten Symbolik, sondern rein semantisch („soll“/„soll nicht“ bzw. „sollte“/„sollte nicht“ oder „kann“/„kann nicht“).

3.4 AWMF-Registernummer 057-008. S3-Leitlinie. Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge (DDG/DGGG-AGG 2018)

Im Text finden sich 2 unterschiedliche Definitionen von Evidenzklassen.

Tabelle 24: 1.1.1 Es wurden Texte und Literaturstellen aus den alten Leitlinie übernommen, die nach AHCP 1992 bewertet wurden:

| | |
|----|--|
| 1a | Evidenz aufgrund von Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien |
| 1b | Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie |

| | |
|-----|--|
| IIa | Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung |
| IIb | Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, nicht randomisierten und nicht kontrollierten klinischen Studie, z. B. Kohorten-Studie |
| III | Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller, deskriptiver Studien, wie z.B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fall-Kontroll-Studie |
| IV | Evidenz aufgrund von Berichten der Experten-Ausschüsse oder Expertenmeinungen und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten |

Tabelle 25: Gewichtung und Empfehlung mit Empfehlungsgrad:

| Empfehlungsgrade | Zugrundeliegende Evidenz |
|------------------|--|
| A | Evidenzklassen Ia, Ib oder aus klinischer Sicht erstrangig |
| B | Evidenzklassen IIa, IIb, III oder aus klinischer Sicht zweitrangig |
| C = 0 | Evidenzklasse IV oder aus klinischer Sicht drittrangig |

Tabelle 26: Die Literaturstellen der neuen Texte wurden nach SIGN 1996 bewertet:

| Evidenzgrad | Beschreibung |
|-------------|---|
| 1++ | Qualitativ hochwertige Metaanalysen, systematische Übersichten von RCTs, oder RCTs mit sehr geringem Risiko systematischer Fehler (Bias) |
| 1+ | Gut durchgeführte Metaanalysen, Systematische Übersichten von RCTs, oder RCTs mit geringem Risiko systematischer Fehler (Bias) |
| 1- | Metaanalysen, Systematische Übersichten von RCTs, oder RCTs mit hohem Risiko systematischer Fehler (Bias) |
| 2++ | Qualitativ hochwertige systematische Übersichten von Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien oder Qualitativ hochwertige Fall-Kontroll- oder Kohortenstudien mit sehr niedrigem Risiko systematischer Verzerrungen (Confounding, Bias, „Chance“) und hoher Wahrscheinlichkeit, dass die Beziehung ursächlich ist |
| 2+ | Gut durchgeführte Fall-Kontroll-Studien oder Kohortenstudien mit niedrigem Risiko systematischer Verzerrungen (Confounding, Bias, „Chance“) und moderater Wahrscheinlichkeit, dass die Beziehung ursächlich ist |
| 2- | Fall-Kontroll-Studien oder Kohortenstudien mit einem hohen Risiko systematischer Verzerrungen (Confounding, Bias, „Chance“) und signifikantem Risiko, dass die Beziehung nicht ursächlich ist |
| 3 | Nicht-analytische Studien, z. B. Fallberichte, Fallserien |
| 4 | Expertenmeinung |

4 Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit

4.1 AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie. "Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung". Langversion (DG-Sucht 2021)

Den Empfehlungen zugeordnete Evidenzgrade („Level of Evidence“ – LoE) informieren darüber hinaus, in welcher Qualität und damit wie zuverlässig die wissenschaftliche Information zu dieser Empfehlung vorliegt. Die Empfehlungsgrade (A: starke Empfehlung, formuliert mit „soll“, B: „sollte“, O: „kann“) ergeben sich aus einer komplexen Abwägung des LoE im Hinblick auf die klinische Relevanz, das Nutzen-Risiko-Verhältnis, Patientenpräferenzen, Umsetzbarkeit in der Versorgung und ggf. weitere Einflussgrößen. Wurde keine Systematische Literaturrecherche durchgeführt, konnten als notwendig erachtete Empfehlungen auch als „Klinische Konsenspunkte“ (KKP) formuliert werden.

Fortfolgend werden detaillierte Informationen bezüglich der Vergabe der Empfehlungsgrade unter Berücksichtigung der Evidenzgrade des zur Leitlinie gehörenden Leitlinienreports aufgeführt (Petersen et al. 2021).

Nicht nur für einzelne Studien, sondern auch für jede Empfehlung und jeden Outcome-Parameter, wurde in der Zusammenschau der Systematischen Reviews, Meta-Analysen und RCTs die zutreffende Evidenzebene bestimmt. Diese Evidenzebenen waren die Grundlage für die Ableitung der Empfehlungsgrade. Je höher die Evidenzebene, desto stärker der Empfehlungsgrad. Die Vergabe der Empfehlungsgrade unter Berücksichtigung der Evidenzgrade erfolgte nach den Nationalen Versorgungsleitlinien bzw. der S3-Leitlinie „Depression“. Für jede einzelne Empfehlung konnte zwischen drei Empfehlungsgraden unterschieden werden, deren unterschiedliche Qualität bzw. Härte durch die Formulierung „soll“, „sollte“ und „kann“ bzw. die Symbole „A“, „B“ und „O“ ausgedrückt wird. Zusätzlich wurden Behandlungsempfehlungen ausgesprochen, die der guten klinischen Praxis entsprechen und Expertenkonsens widerspiegeln (so genannter Klinischer Konsenspunkt KKP). Diesen klinischen Empfehlungen liegt keine systematische Literaturrecherche zugrunde.

Tabelle 27: Grade der Empfehlung (modifiziert nach NVL)

| | |
|------|---|
| A | „Soll“-Empfehlung: Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia, Ib, Ic). |
| B | „Sollte“-Empfehlung: Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen IIa, IIb, IIc) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt. |
| O | „Kann“-Empfehlung: Evidenzkategorie III, IV und V. Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder IIc. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren. |
| KKP* | „Klinischer Konsenspunkt“: Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist. |

Die Graduierung der Empfehlungen basierte auf der identifizierten Evidenz, der klinischen Expertise und den Patientenpräferenzen. Sie schloss damit auch explizit subjektiv wertende Elemente ein. Bei der Diskussion und Vergabe der Empfehlungsgrade konnten in Anlehnung an die GRADE („Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation“) (GRADE 2004) auch weitere Aspekte berücksichtigt werden (Abbildung 3):

- Konsistenz der Studienergebnisse: Die Evidenzebene konnte unter Berücksichtigung der Konsistenz der Studien graduiert werden.
- Klinische Relevanz der Endpunkte und Effektstärken: Wenn die Intervention nur wenig der relevanten Endpunkte und Effektstärken berührte, konnte die Evidenzebene für die Bestimmung des Empfehlungsgrades herabgestuft werden.
- Unsicherheit über Ausgewogenheit von Nutzen und Risiken einer Intervention:
 - Bei hohem Risiko, dass unerwünschte Effekte überwiegen oder zu deutlichen
 - Bedenken führen könnten, wurde der Empfehlungsgrad herabgestuft.
- Ethische Verpflichtungen, Anwendbarkeit der Studienergebnisse auf die Patientenzielgruppe, Präferenzen der Patienten: Bei hoher Wahrscheinlichkeit, dass trotz Wirksamkeit einer Intervention, diese für Patienten oder einen Teil der Patienten nicht akzeptabel, anwendbar oder ethisch bedenklich ist, konnte der Empfehlungsgrad herabgestuft werden.
- Umsetzbarkeit im Alltag, insbesondere in den diversen Versorgungsbereichen:
 - Wenn Studien in anderen Gesundheitssystemen durchgeführt wurden und die Umsetzbarkeit im deutschen Versorgungssystem nur sehr eingeschränkt gegeben war, konnte der Empfehlungsgrad herabgestuft werden.

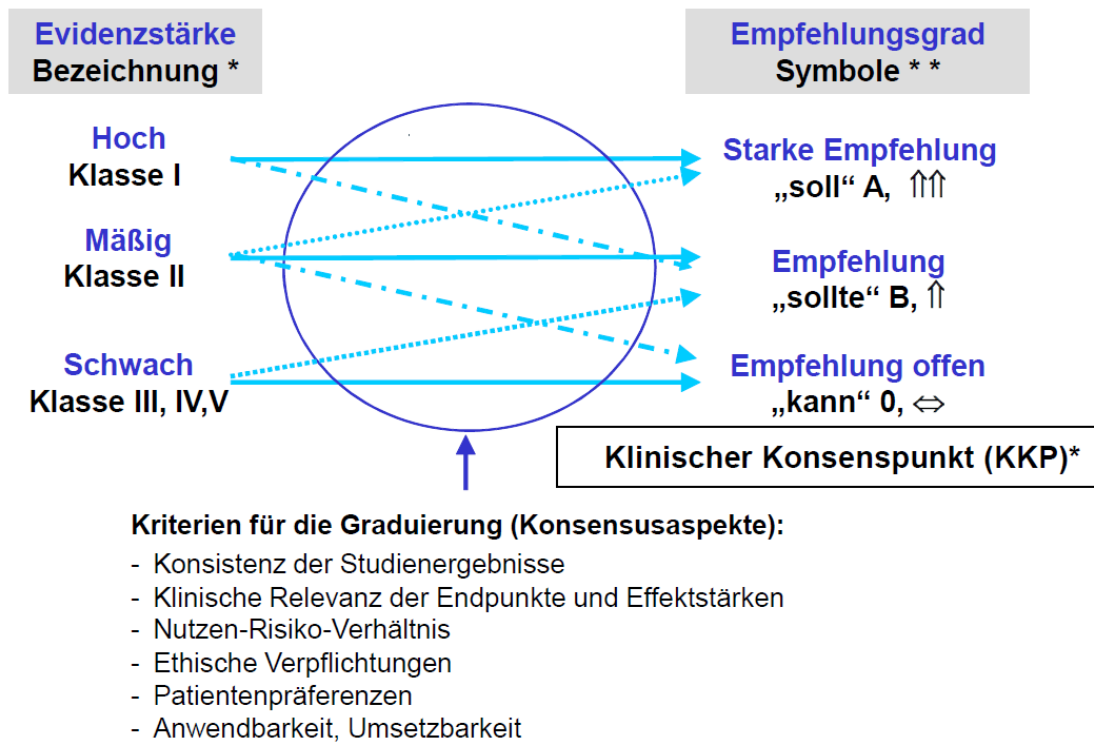


Abbildung 1: Graduierung von Empfehlungen (nach AWMF, 2012)

* Nach GRADE [BMJ 2004] und Oxford Centre of Evidence based Medicine

** Empfehlungsgraduierung im Programm für Nationale Versorgungsleitlinien

Die Empfehlungen werden nach Möglichkeit analog formuliert:

Starke Empfehlung: „soll“; Empfehlung: „sollte“; Empfehlung offen: „kann“ (Handlungsoption).

Negativ-Empfehlungen werden sprachlich ausgedrückt („nicht“) bei gleichen Symbolen.

Während mit der Darlegung der Qualität der Evidenz (Evidenzstärke) die Belastbarkeit der Studienergebnisse und damit das Ausmaß an Sicherheit bzw. Unsicherheit des Wissens ausgedrückt wird, ist die Darlegung der Empfehlungsgrade Ausdruck des Ergebnisses mit der Abwägung erwünschter oder unerwünschter Konsequenzen (AWMF & ÄZQ, 2012). Somit können Evidenz- und Empfehlungsstärken in begründeten Fällen voneinander abweichen. Diese Begründung wurde ggf. im Hintergrundtext der Empfehlungen dokumentiert.

Literatur

Arends, J; Bachmann, P; Baracos, V; Barthelemy, N; Bertz, H; Bozzetti, F; et al. (2017): ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition* 36(1): 11-48. DOI: 10.1016/j.clnu.2016.07.015.

ASCO [American Society of Clinical Oncology] (2022): ASCO Guidelines. Methodolgy Manual. [Stand:] 16.09.2022. ASCO. URL: <https://old-prod.asco.org/sites/new-www.asco.org/files/content-files/practice-and-guidelines/documents/2023-Guidelines-Methodology-Manual-4-5-23.pdf> (abgerufen am: 20.04.2023).

Bischoff, SC; Singer, P; Koller, M; Barazzoni, R; Cederholm, T; van Gossum, A (2015): Standard operating procedures for ESPEN guidelines and consensus papers. *Clinical Nutrition* 34(6): 1043-1051. DOI: 10.1016/j.clnu.2015.07.008.

Busse, JW; Craigie, S; Juurlink, DN; Buckley, DN; Wang, L; Couban, RJ; et al. (2017): The 2017 Canadian Guideline for Opioids for Chronic Non-Cancer Pain [Appendix 1 zu Busse, JW; Craigie, S; Juurlink, DN; Buckley, DN; Wang, L; Couban, RJ; et al. (2017): Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *Canadian Medical Association Journal* 189(18): E659-E666. DOI: 10.1503/cmaj.170363]. Hamilton, CA-ON: NPC [National Pain Center]. URL: <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/suppl/2017/05/03/189.18.E659.DC1/170363-guide-1-at-updated.pdf> (abgerufen am: 31.10.2022).

DDG [Deutsche Diabetes Gesellschaft]; DGGG-AGG [Arbeitsgemeinschaft Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 057-008. S3-Leitlinie. Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge [Langfassung]. 2. Auflage. Überarbeitung von: 02/2018, Erstveröffentlichung: 06/2001. Berlin: DDG [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/057-008L_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2019-06.pdf (abgerufen am: 14.09.2022).

DDG [Deutsche Diabetes Gesellschaft] (2021): AWMF-Registernummer 057-023. S2e-Leitlinie. Diabetes in der Schwangerschaft [Langfassung]. 3. Auflage, Versionsnummer: 3.1. Überarbeitung von: 11/2021, Erstveröffentlichung: 04/2008. Berlin: DDG [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/057-023L_S2e_Diabetes_und_Schwangerschaft_2022-01.pdf (abgerufen am: 13.09.2022).

- DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] (2021): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie. "Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung". Langversion [Langfassung]. Versions-Nummer: 3.1. Überarbeitung von: 01/2021, Erstveröffentlichung: 10/2004. Berlin [u. a.]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006I_S3_Rauchen-_Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf (abgerufen am: 10.08.2022).
- DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe]; DGHWi [Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft] (2020): AWMF-Registernummer 015-083. S3-Leitlinie. Vaginale Geburt am Termin. Langfassung. Erstveröffentlichung: 12/2020, Versions-Nummer: 1.1. Berlin [u. a.]: DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083I_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf (abgerufen am: 14.09.2022).
- DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Juni 2020. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-065787-0.
- Ensenauer, R; Flothkötter; Gembruch, U; Groten, T; Hennike, J; Köhrle, J; et al. (2019): AWMF-Registernummer 015-081. S3-Leitlinie. Adipositas und Schwangerschaft [Langfassung]. Version 1.2. Stand: Juni 2019. Berlin: DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-081I_S3_Adipositas-Schwangerschaft_2020_06.pdf (abgerufen am: 13.09.2022).
- Head and Neck Guideline Steering Committee (2021): Evidence-based practice guidelines for the nutritional management of adult patients with head and neck cancer. Latest revision: 20.05.2021. Sydney, AU-NSW: COSA [Clinical Oncological Society of Australia]. URL: <https://wiki.cancer.org.au/australiawiki/index.php?oldid=215353> (abgerufen am: 08.08.2022).
- Muscaritoli, M; Arends, J; Bachmann, P; Baracos, V; Barthelemy, N; Bertz, H; et al. (2021): ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clinical Nutrition* 40(5): 2898-2913. DOI: 10.1016/j.clnu.2021.02.005.

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2017): NICE Clinical Guideline CG32.

Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition [Guidance]. Published: 22.02.2006, last updated: 04.08.2017, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-1910-9. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32/resources/nutrition-support-for-adults-oral-nutrition-support-enteral-tube-feeding-and-parenteral-nutrition-pdf-975383198917> (abgerufen am: 02.08.2022).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2022a): NICE Guideline NG193. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain [Guidance]. Published: 07.04.2021, [Minor Changes:] April 2022, © NICE 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-4066-0. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/resources/chronic-pain-primary-and-secondary-in-over-16s-assessment-of-all-chronic-pain-and-management-of-chronic-primary-pain-pdf-66142080468421> (abgerufen am: 28.10.2022).

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2022b): NICE Guideline NG193. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. Methods. [Stand:] April 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-4066-0. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/evidence/methods-pdf-9075256813> (abgerufen am: 20.04.2023).

Petersen, KU; Deufel, A; Sanzenbacher, C; Batra, A (2021): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie. "Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung". Aktualisierung von 2020. Leitlinienreport. Versions-Nummer: 3.0. Überarbeitung von: 01/2021, Erstveröffentlichung: 10/2004. Berlin [u. a.]: DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006m_S3_Rauchen-_Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-01.pdf (abgerufen am: 19.04.2023).

Rocket, M; Taylor, J; Weiss, A; Baird, E (2022): Guidelines for the Provision of Anaesthesia Services for Inpatient Pain Management. [Published: 31.01.2022]. (GPAS [Guidelines for the Provision of Anaesthesia Services], Chapter 11). London, GB: RCOA [Royal College of Anaesthetists]. URL: <https://www.rcoa.ac.uk/sites/default/files/documents/2022-02/GPAS-2022-11-PAIN.pdf> (abgerufen am: 02.11.2022).

Roeland, EJ; Bohlke, K; Baracos, VE; Bruera, E; del Fabbro, E; Dixon, S; et al. (2020): Management of Cancer Cachexia: ASCO Guideline. *Journal of Clinical Oncology* 38(21): 2438-2453. DOI: 10.1200/JCO.20.00611.

Singer, P; Blaser, AR; Berger, MM; Alhazzani, W; Calder, PC; Casaer, MP; et al. (2019): ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition* 38(1): 48-79. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.08.037.

VA [Department of Veterans Affairs]; DoD [Department of Defense] (2022): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Use of Opioids in the Management of Chronic Pain. Version 4.0. [Stand:] May 2022. Washington, US-DC: VA. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Pain/cot/VADoDOpioidsCPG.pdf> (abgerufen am: 28.10.2022).

Volkert, D; Beck, AM; Cederholm, T; Cruz-Jentoft, A; Goisser, S; Hooper, L; et al. (2019): ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition* 38(1): 10-47. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.05.024.

Weimann, A; Braga, M; Carli, F; Higashiguchi, T; Hübner, M; Klek, S; et al. (2021): ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clinical Nutrition* 40(7): 4745-4761. DOI: 10.1016/j.clnu.2021.03.031.

Anhang C: Benennung von Expertinnen und Experten

Nachfolgend sind in Tabelle 1 die von der jeweiligen Gesellschaft benannten Expertinnen und Experten für die einzelnen Leistungsbereiche gelistet, mit denen jeweils ein leitfadengestütztes Einzelinterviews durchgeführt wurde.

Tabelle 1: Experteninterviews (angefragte Fachgesellschaften und benannte Expertinnen und Experten)

| Organisation | Expertin/Experte | Identifizierung | Anmerkungen |
|---|-----------------------------------|---|-------------|
| Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung | | | |
| BAG - Selbsthilfe | Susanna Saxl-Reisen | maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V | |
| Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM) | PD Dr. med. Michael Adolph | AWMF-Mitglied für Ernährungsmedizin | |
| Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. | Univ.-Prof. Dr. med. Rainer Wirth | AWMF-Mitglied für Geriatrie | |
| Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. | Dr. Jann Arends | AWMF-Mitglied für medizinische Onkologie | |
| Multimodale Schmerztherapie | | | |
| BAG - Selbsthilfe | Corinna Elling-Audersch | maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V | |
| Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) | Dr. Ulrike Kaiser | AWMF-Mitglied für psychologische Schmerztherapie beteiligt an einer für diesen Bereich einschlägigen Nationalen Versorgungsleitlinie | |

| Organisation | Expertin/Experte | Identifizierung | Anmerkungen |
|---|---------------------------------|---|-------------|
| Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. | Prof. Dr. med. Frank Petzke | AWMF-Mitglied für Schmerz beteiligt an einer für diesen Bereich einschlägigen Nationalen Versorgungsleitlinie | |
| Deutscher Verband Ergotherapie e. V. (DVE) | Birthe Hucke | beteiligt an einer für diesen Bereich einschlägigen Nationalen Versorgungsleitlinie | |
| Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V. | Andrea Rädlein | beteiligt an einer für diesen Bereich einschlägigen Nationalen Versorgungsleitlinie | |
| Geburten/Entbindung | | | |
| BAG - Selbsthilfe | Tina Krömer | maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V | |
| Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGG) | Prof. Dr. univ. Franz Kainer | AWMF-Mitglied für Geburtshilfe federführend beteiligt an einer für diesen Bereich einschlägigen S3-Leitlinie | |
| Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e. V. | Prof.in Dr.in Rainhild Schäfers | federführend beteiligt an einer für diesen Bereich einschlägigen S3-Leitlinie | |
| Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin e. V. (DGPM) | Prof. Dr. Mario Rüdiger | AWMF-Mitglied für perinatale Medizin beteiligt an einer für diesen Bereich einschlägigen S3-Leitlinie | |

| Organisation | Expertin/Experte | Identifizierung | Anmerkungen |
|---|-------------------------------|---|-------------------------|
| Stationäre Entwöhnung der Tabakabhängigkeit | | | |
| BAG - Selbsthilfe | | maßgebliche Patientenorganisationen nach § 140f SGB V | keine Benennung erfolgt |
| Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) | Prof. Dr. med. Stefan Andreas | AWMF-Mitglied für Pneumologie beteiligt an einer für diesen Bereich einschlägigen S3-Leitlinie | |
| Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) | Apl. Prof. Dr. Anil Batra | federführend beteiligt an einer für diesen Bereich einschlägigen S3-Leitlinie | |
| Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht) | | federführend beteiligt an einer für diesen Bereich einschlägigen S3-Leitlinie | keine Benennung erfolgt |

Anhang D: Dokumente Experteninterviews

Anhang D.1: Mangelernährung

Leitfaden (Expertinnen/Experten)

Stand: 10. Januar 2023

| | | |
|-------------------------------|---|------------|
| Leistungsbereich: | Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung | |
| Datum: | | |
| Dauer: | | |
| Interviewer: | | |
| Interviewter: | (Name, Institution, Dienststellung) | |
| benannt durch: | | |
| Teilnehmerinformation: | <input type="checkbox"/> | liegt vor |
| Vertraulichkeitserklärung: | <input type="checkbox"/> | liegt vor |
| Interessenskonflikterklärung: | <input type="checkbox"/> | abgenommen |

Versorgungspfad:

[Vorstellen und anschließende Diskussion des Versorgungspfads]

1. Gibt es Gesichtspunkte, die aus Ihrer Sicht im Versorgungspfad fehlen und ergänzt werden sollten?
2. Gibt es Gesichtspunkte im vorliegenden Versorgungspfad, die aus Ihrer Sicht angepasst/ verändert werden sollten?
3. Haben Sie weitere Anmerkungen zum Versorgungspfad?

Fachliche Aspekte:

| Patientengruppe |
|--|
| 1. Welche Patientengruppen sind Ihrer Erkenntnis nach besonders von Mangelernährung betroffen bzw. weisen ein Mangelernährungs-Risiko auf? |
| 2. Welchen Einfluss haben die unterschiedlichen Ausgangslagen der betroffenen Patientengruppen (Viszeralchirurgie, Onkologie, Geriatrie, Intensivmedizin) auf das Screening von Mangelernährung und die Auswahl von therapeutischen Maßnahmen? |

| Screening auf Mangelernährung und Ernährung-Assessment |
|---|
| 3. Anhand welcher Maßnahmen soll ein Screening auf Mangelernährung durchgeführt werden (z. B. Patient Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA), Nutritional Risk Screening (NRS))? |
| 4. Welche Aspekte inkl. Messgrößen/Zielgrößen (z. B. Energiebedarf, Eiweißversorgung) sollten fester Bestandteil des Ernährungs-Assessment sein in Bezug auf bestimmte Patientengruppen? |
| 5. Sollte eine spezialisierte Fachkraft als „Ernährungsberater“ Bestandteil der Behandlung sein? |
| 6. Wenn ja: Welche Tätigkeiten sollten durch den Ernährungsberater erbracht werden bzw. welche Funktion hat der Ernährungsberater im Rahmen der Behandlung (z. B. Koordination des Ernährungs-Assessment sowie der Ernährungstherapie)? |
| 7. Welche Maßnahmen sollten im Re-Assessment (im Vergleich zum Assessment) enthalten sein (z. B. Erfassung der Körperzusammensetzung: Gewicht, Muskelmasse, etc.)? |
| 8. Wie oft sollte ein Re-Assessment durchgeführt werden? |
| Ernährungstherapie |
| 9. Sollte im Rahmen der Behandlung von Mangelernährung der Einsatz einer medikamentösen Therapie erfolgen? |
| 10. Wenn ja: Bei welchen Indikationen sollte eine medikamentöse Therapie zur Behandlung von Mangelernährung zum Einsatz kommen? |
| 11. Sollte im Rahmen der Ernährungstherapie angereicherte Nahrung (z. B. mit Aminosäuren) Verwendung finden? |
| 12. Welche Oral Nutrition Supplements (ONS) sollten den Patientinnen/Patienten verabreicht werden (z. B. Vitamin D-, Omega 3-Supplementierung)? |
| 13. Bei welchen Patientinnen/Patienten und ab welchem Blutzuckerwert sollte eine Insulingabe erfolgen? |
| 14. Ist die Prävention eines Re-Feeding-Syndroms Bestandteil der Ernährungstherapie? |
| 15. Ab welchem Zeitpunkt und bei welchen Patientinnen/Patienten sollte eine prophylaktische enterale/parenterale Ernährung zum Einsatz kommen? |
| 16. Sollte eine generelle Überprüfung bei Patientinnen/Patienten mit enteral/parenteral Ernährung erfolgen, ob eine psychosoziale Unterstützung angezeigt ist? |
| 17. Wie oft bzw. in welchen zeitlichen Abständen sollte die Kontrolle der Ernährungstherapie erfolgen (Kontroll-Rhythmus)? |
| 18. Gibt es bestimmte Krankheitsbilder in den disponierten Zielgruppen, die keine Ernährungstherapie erhalten sollten? |

| Entlassung |
|--|
| 19. Wann kann von einer „erfolgreichen“ Behandlung der Mangelernährung gesprochen werden? |
| 20. Welche Maßnahmen sollten im Rahmen der Entlassung erfolgen bzw. gibt es spezifische Maßnahmen, die im Entlassmanagement durchgeführt werden sollten? |
| 21. Sollten bestimmte Maßnahmen bei „erfolgreich“ therapierten Patientinnen/Patienten erfolgen, die der Prävention von Mangelernährung dienen (z. B. Nachsorgeprogramm oder Follow-Up der körperlichen Verfassung nach einem bestimmten Zeitraum)? |

Liste der Qualitätsmerkmale:

| |
|--|
| [Erläutern und Diskussion der Liste der Qualitätsmerkmale] |
| 4. Gibt es aus Ihrer Sicht weitere Gesichtspunkte (Merkmale), die die Qualität in der Versorgung widerspiegeln, die in der Liste noch nicht enthalten sind und ergänzt werden sollten? |
| Verbesserungspotential: |
| 5. Gibt es Qualitätsmerkmale, zu denen es aus Ihrer Sicht keine Möglichkeit der Verbesserung mehr gibt, die also bereits weitestgehend und flächendeckend in der Versorgung berücksichtigt werden? |
| Zuschreibbarkeit: |
| 6. Gibt es Qualitätsmerkmale, die aus Ihrer Sicht durch den Leistungserbringer nicht beeinflusst werden können? |
| Messoptionen: |
| 7. Welche Messoptionen gibt es aus Ihrer Sicht zu den Qualitätsmerkmalen? |
| 8. Sind Ihnen empirische oder normative Setzungen (Referenzbereiche) zu diesen Messoptionen bekannt? |
| 9. Welche Risikofaktoren sollten aus Ihrer Sicht in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden? |
| 10. Welche von den vorliegenden Qualitätsmerkmalen würden Sie für die Messung/Abbildung der Versorgungsqualität als am relevantesten einschätzen |
| 11. Welche messbaren Endpunkte im Sinne der Ergebnisqualität sind in diesem Zusammenhang möglich (inhouse, poststationär)? |
| 12. Haben Sie weitere Anmerkungen zur Liste? |

Allgemeine abschließende Fragen:

| |
|--|
| [kurze Vorstellung der Zielgruppe aus Sicht des IQTIG in Anlehnung an die Tragenden Gründe des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses] |
| 13. Inwieweit sind die Patientinnen und Patienten, bei denen ein Verbesserungspotential durch Qualitätsverträge zu erwarten ist, in die Zielgruppe eingeschlossen? |

| |
|---|
| 14. Gibt es aus Ihrer Sicht medizinische Fachdisziplinen, die nicht oder besonders zu berücksichtigen sind? |
| 15. Welche qualitätssichernden Maßnahmen im vorliegenden Leistungsbereich gibt es aus Ihrer Sicht bereits? |
| 16. Falls ja: Sind Wechselwirkungen zwischen bestehenden und weiteren qualitätssichernden Maßnahmen im Rahmen von Qualitätsverträgen aus Ihrer Sicht zu erwarten? |
| 17. Welche für den Leistungsbereich spezifischen Digitalisierungsmöglichkeiten gibt es? |
| [Nennung bisher identifizierter, relevanter Quellen] |
| 18. Gibt es für den Leistungsbereich weitere relevanten Quellen wie Richtlinien oder Literatur? |
| 19. Gibt es weitere Anmerkungen oder Hinweise von Ihrer Seite? |

Leitfaden (Patientenvertretende)

Stand: 10. Januar 2023

| | | |
|-------------------------------|---|------------|
| Leistungsbereich: | Diagnostik, Therapie und Prävention von Mangelernährung | |
| Datum: | | |
| Dauer: | | |
| Interviewer: | | |
| Interviewter: | (Name, Institution, Dienststellung) | |
| benannt durch: | | |
| Teilnehmerinformation: | <input type="checkbox"/> | liegt vor |
| Vertraulichkeitserklärung: | <input type="checkbox"/> | liegt vor |
| Interessenskonflikterklärung: | <input type="checkbox"/> | abgenommen |

Versorgungspfad:

| |
|--|
| <p>[Vorstellen und anschließende Diskussion des Versorgungspfads]</p> <p>20. Gibt es Gesichtspunkte, die aus Ihrer Sicht im Versorgungspfad fehlen und ergänzt werden sollten?</p> <p>21. Gibt es Gesichtspunkte im vorliegenden Versorgungspfad, die aus Ihrer Sicht angepasst/ verändert werden sollten?</p> <p>22. Haben Sie weitere Anmerkungen zum Versorgungspfad?</p> |
|--|

Fachliche Aspekte:

| |
|---|
| <p>Patientengruppe</p> <p>22. Welche Patientengruppen sind Ihrer Erkenntnis nach besonders von Mangelernährung betroffen bzw. weisen ein Mangelernährungs-Risiko auf?</p> |
| <p>Screening auf Mangelernährung und Ernährung-Assessment</p> <p>23. Sollte eine spezialisierte Fachkraft als „Ernährungsberater“ Bestandteil der Behandlung sein?</p> <p>24. Wenn ja: Welche Tätigkeiten sollten durch den Ernährungsberater erbracht werden bzw. welche Funktion hat der Ernährungsberater im Rahmen der Behandlung (z. B. Koordination des Ernährungs-Assessment sowie der Ernährungstherapie)?</p> |

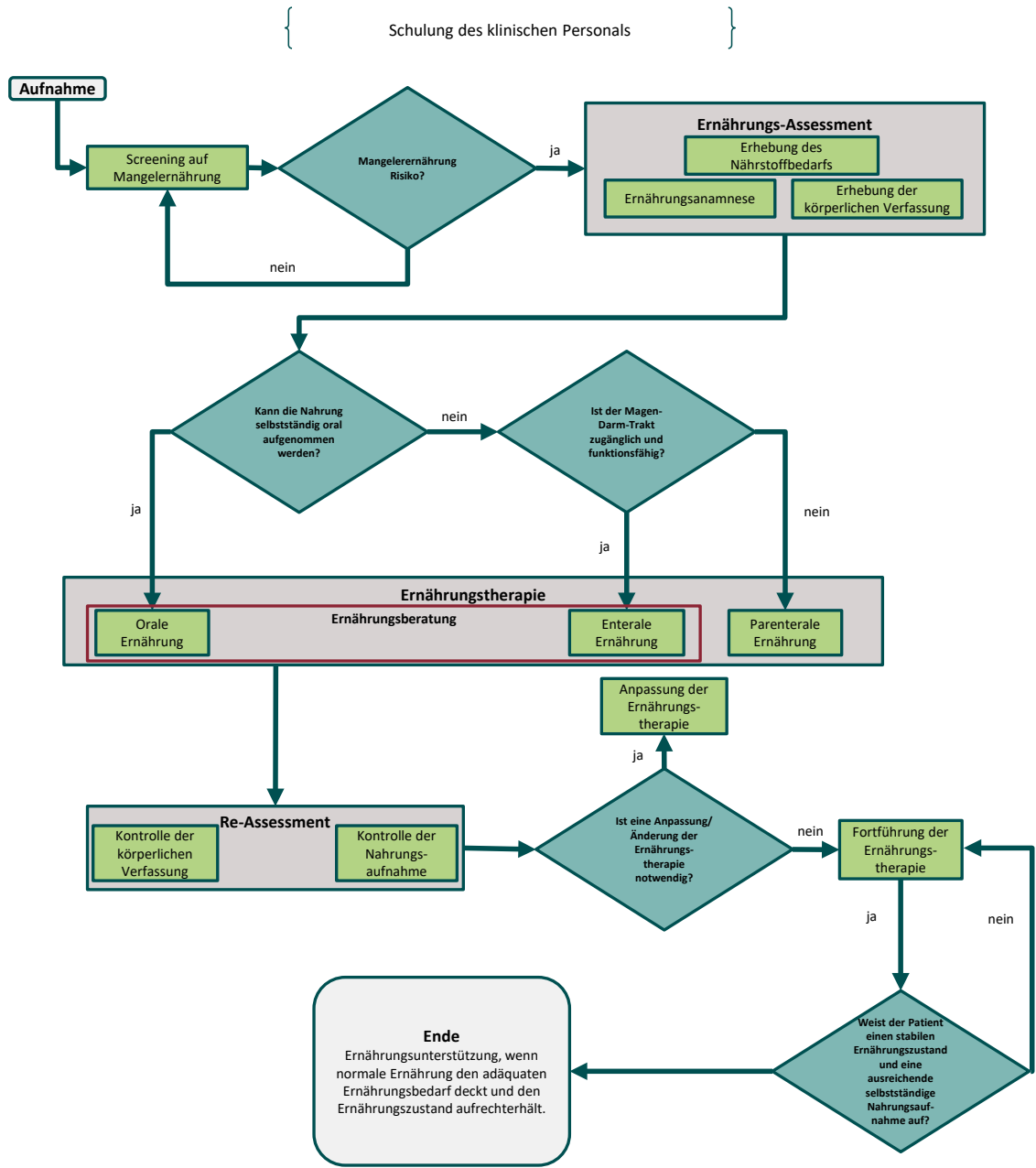
| Ernährungstherapie |
|--|
| 25. Sollte eine generelle Überprüfung bei Patientinnen/Patienten mit enteral/parenteral Ernährung erfolgen, ob eine psychosoziale Unterstützung angezeigt ist? |
| 26. Wie oft bzw. in welchen zeitlichen Abständen sollte die Kontrolle der Ernährungstherapie erfolgen (Kontroll-Rhythmus)? |
| Entlassung |
| 27. Welche Maßnahmen sollten im Rahmen der Entlassung erfolgen bzw. gibt es spezifische Maßnahmen, die im Entlassmanagement durchgeführt werden sollten? |
| 28. Sollten bestimmte Maßnahmen bei „erfolgreich“ therapierten Patientinnen/Patienten erfolgen, die der Prävention von Mangelernährung dienen (z. B. Nachsorgeprogramm oder Follow-Up der körperlichen Verfassung nach einem bestimmten Zeitraum)? |

Allgemeine abschließende Fragen:

| |
|--|
| 23. Gibt es weitere Anmerkungen oder Hinweise von Ihrer Seite? |
|--|

Anlagen

Versorgungspfad



| Qualitätsaspekt | Beschreibung | Qualitätsmerkmal |
|-------------------------------|--|--|
| Screening auf Mangelernährung | Zur Identifizierung einer Mangelernährung bedarf es im stationären Sektor einem Screening, welches unter der Anwendung unterschiedlicher Screening-Instrumente, wie zum Beispiel dem Subjective Global Assessment (SGA) oder Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) durchgeführt wird. Insbesondere Patientinnen/Patienten, die als Mangelernährungs-Risikopatienten gelten, sollten regelmäßig im Rahmen der Behandlung auf Mangelernährung untersucht werden. | Regelmäßiges Screening auf Mangelernährung (bei Risikopatientinnen/-patienten) |
| Ernährungs-Assessment | <p>Standardisiertes ernährungsmedizinisches Basis-Assessment durch ein Mitglied des Ernährungsteams (bei auffälligem Screeningbefund), z.B. mit Erhebung von:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Größe, Gewicht, BMI ▪ Ernährungsanamnese ▪ Energie- und Nährstoff-Bedarfsermittlung <p>Während des Assessments wird je nach Situation eine Vielzahl von Assessmentinstrumenten eingesetzt. Dazu zählen u. a. diverse Screeningtools, Ernährungsprotokolle, anthropometrische Messungen, Messungen der Körperzusammensetzung und ggf. der Handkraft sowie Messungen des Ruheenergiebedarfs.</p> | <p>Anamnese (Ernährung und körperliche Untersuchung)</p> <p>Bestimmung des Energie- und Nährstoffbedarfs</p> |

| Qualitätsaspekt | Beschreibung | Qualitätsmerkmal |
|---|--|---|
| | Nur durch das Zusammenspiel der Daten kann das Ernährungsproblem allseitig erfasst und daraus folgend die richtige Ernährungsdiagnose gestellt werden. | |
| Re-Assessment | Basierend auf dem Ernährungs-Assessment erfolgt nach jeder Intervention ein Re-Assessment, indem bestimmte therapeutische Verfahren kontrolliert, überprüft und ggf. angepasst werden | Regelmäßiges Re-Assessment |
| Ernährungstherapie (Orale, enterale, parenterale Ernährung/ medikamentöse Behandlung) | Basierend auf den Erkenntnissen des Ernährungs-Assessment erfolgt die Einleitung einer Ernährungstherapie. Diese wird je nach Verfassung der Patientinnen/Patienten individuell in unterschiedlichen Darreichungsformen angeboten. Neben der oralen Ernährung, wie zum Beispiel Trinknahrung oder einer Nahrungsanreicherung, kann je nach patientenindividueller Körperverfassung auch eine enterale oder parenterale Ernährung erfolgen. Insbesondere bei der Anwendung von enteraler und parenteraler Ernährung sind unterschiedliche interventionsbedingte Maßnahmen zu berücksichtigen. | Medikamentöse Behandlung von Mangelernährung |
| | | Abwägung einer medikamentösen Behandlung bei Kachexiepatientinnen/-patienten |
| | | Anpassung und Unterstützung der Ernährungstherapie |
| | | Schrittweise Erhöhung der Nahrungszufuhr bei der Umstellung von parenteraler oder enteraler Ernährung auf orale Ernährung |
| | | Erhöhung Fett-Anteil im Vergleich zum Kohlenhydratanteil bei Insulinresistenz |
| | | Enterale/parenterale Ernährung bei unzureichender oraler Nahrungsaufnahme |
| | | Vermeidung von Diäten mit Reduzierung der Energiezufuhr |
| | | Anwendung angereicherter Ernährung |
| | | Verabreichung von Oral Nutrition Supplements (ONS) |
| Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme | | |

| Qualitätsaspekt | Beschreibung | Qualitätsmerkmal |
|-----------------------------------|---|--|
| | | Insulingabe bei hohen Blutzuckerwerten |
| | | (Angebot einer) therapiebegleitenden Ernährungsberatung |
| | | Enterale Ernährung |
| | | Prophylaktische enterale Ernährung |
| | | Prüfung psychosozialer Unterstützung bei enteraler Ernährung |
| | | Gabe von Glutamin |
| | | Enterale Ernährung bei Risikopatientinnen/-patienten oder mangelnder oraler Nahrungsaufnahme |
| | | Parenterale Ernährung |
| | | Parenterale Ernährung bei unzureichender oraler oder enteraler Nahrungsaufnahme |
| Schulung des klinischen Personals | Das klinische Personal sollte speziell auf mangelernährte Patientinnen/Patienten geschult werden. | In Ernährungsfragen qualifiziertes Personal |

Anhang D.2: Multimodale Schmerztherapie

Leitfaden (Expertinnen/Experten)

Stand: 10. Januar 2023

| | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|------------|
| Leistungsbereich: | Multimodale Schmerztherapie | |
| Datum: | | |
| Dauer: | | |
| Interviewer: | | |
| Interviewter: | (Name, Institution, Dienststellung) | |
| benannt durch: | | |
| Teilnehmerinformation: | <input type="checkbox"/> | liegt vor |
| Vertraulichkeitserklärung: | <input type="checkbox"/> | liegt vor |
| Interessenskonflikterklärung: | <input type="checkbox"/> | abgenommen |

Versorgungspfad:

[Vorstellen und anschließende Diskussion des Versorgungspfads]

1. Gibt es Gesichtspunkte, die aus Ihrer Sicht im Versorgungspfad fehlen und ergänzt werden sollten?
2. Gibt es Gesichtspunkte im vorliegenden Versorgungspfad, die aus Ihrer Sicht angepasst/ verändert werden sollten?
3. Haben Sie weitere Anmerkungen zum Versorgungspfad?

Fachliche Aspekte:

| Schmerz-Assessment |
|---|
| 1. Gibt es im Rahmen des Schmerz-Assessment neben der Schmerzanamnese, Erstellung des Behandlungsplans und der therapiebezogenen Informationsvermittlung und Aufklärung des Patienten noch weitere zu ergänzende Maßnahmen? |
| 2. Anhand welcher Instrumente sollte im Rahmen der Schmerzanamnese die Schmerzbeurteilung erfolgen (z.B. Numerische rating-Skala (NRS), Schmerztagebuch, etc.)? |
| 3. Soll der Behandlungsplan in der Regel im Rahmen des Schmerz-Assessments erstellt werden? |

| |
|---|
| Re-Assessment |
| 4. Welche Interventionen/Maßnahmen sind fester Bestandteil der regelmäßigen Kontrolle, die ggf. zur Anpassung der Schmerztherapie führt? |
| Schmerztherapie |
| 5. Welche medikamentöse Therapie sollte zur Behandlung von chronischen Schmerzen im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie angewandt werden? |
| 6. Gibt es bestimmte Medikamente die in der Behandlung chronischer Schmerzen nicht angewandt werden sollten (z.B. Ketamin, Paracetamol, etc.)? |
| 7. Welche nicht-medikamentösen Therapien sollten fester Bestandteil der multimodalen Schmerztherapie sein? |
| 8. Macht die Vorgabe einer Mindestanzahl an nicht-medikamentösen Therapieeinheiten, wie sie in den OPS (OPS: 8-918) vorgesehen sind, aus medizinischer Perspektive Sinn? |
| 9. Wenn ja: Gibt es Orientierungswerte? |
| 10. Gibt es bestimmte nicht-medikamentöse Therapien, die aufgrund von Kontraindikationen in der Behandlung von chronischen Schmerzen nicht angewendet werden sollten bzw. für bestimmte Patientengruppen nicht in Frage kommen (z.B. transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS), Akupunktur, etc.)? |
| Einsatz von Opioiden |
| 11. Welche Maßnahmen umfasst das Opioid-Management? |
| 12. Welchen Stellenwert hat die Opioid-Entwöhnung im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie in Deutschland? |
| Voraussetzungen der multimodalen Schmerztherapie |
| 13. Aus welchen Qualifikationen/Fachdisziplinen sollte sich der Schmerzdienst (multimodales Schmerz-Team) zusammensetzen? |
| 14. Sollte für die Durchführung der multimodalen Schmerztherapie spezifisches Equipment vorgehalten werden? Und wenn ja, welches? |
| 15. Welche Inhalte sollten Schulungen zur Qualifizierung/Fortbildung des klinischen Personals haben? |
| Entlassung |
| 16. Wie sollte das Entlassmanagement von Schmerzpatientinnen/ Schmerzpatienten gestaltet sein? |
| 17. Welche körperlichen und psychischen Voraussetzungen müssen Patientinnen/Patienten aufweisen, damit ein Entlassmanagement eingeleitet wird (z.B. bestimmter Schmerzskala-Wert oder Schmerzfreiheit über einen bestimmten Zeitraum)? |

Liste der Qualitätsmerkmale:

| |
|--|
| <p>[Erläutern und Diskussion der Liste der Qualitätsmerkmale]</p> <p>4. Gibt es aus Ihrer Sicht weitere Gesichtspunkte (Merkmale), die die Qualität in der Versorgung widerspiegeln, die in der Liste noch nicht enthalten sind und ergänzt werden sollten?</p> <p>Verbesserungspotential:</p> <p>5. Gibt es Qualitätsmerkmale, zu denen es aus Ihrer Sicht keine Möglichkeit der Verbesserung mehr gibt, die also bereits weitestgehend und flächendeckend in der Versorgung berücksichtigt werden?</p> <p>Zuschreibbarkeit:</p> <p>6. Gibt es Qualitätsmerkmale, die aus Ihrer Sicht durch den Leistungserbringer nicht beeinflusst werden können?</p> <p>Messoptionen:</p> <p>7. Welche Messoptionen gibt es aus Ihrer Sicht zu den Qualitätsmerkmalen?</p> <p>8. Sind Ihnen empirische oder normative Setzungen (Referenzbereiche) zu diesen Messoptionen bekannt?</p> <p>9. Welche Risikofaktoren sollten aus Ihrer Sicht in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden?</p> |
| <p>10. Welche von den vorliegenden Qualitätsmerkmalen würden Sie für die Messung/Abbildung der Versorgungsqualität als am relevantesten einschätzen</p> |
| <p>11. Welche messbaren Endpunkte im Sinne der Ergebnisqualität sind in diesem Zusammenhang möglich (inhouse, poststationär)?</p> |
| <p>12. Haben Sie weitere Anmerkungen zur Liste?</p> |

Allgemeine abschließende Fragen:

| |
|---|
| <p>[kurze Vorstellung der Zielgruppe aus Sicht des IQTIG in Anlehnung an die Tragenden Gründe des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses]</p> <p>13. Inwieweit sind die Patientinnen und Patienten, bei denen ein Verbesserungspotential durch Qualitätsverträge zu erwarten ist, in die Zielgruppe eingeschlossen?</p> <p>14. Gibt es aus Ihrer Sicht medizinische Fachdisziplinen, die nicht oder besonders zu berücksichtigen sind?</p> |
| <p>15. Welche qualitätssichernden Maßnahmen im vorliegenden Leistungsbereich gibt es aus Ihrer Sicht bereits?</p> <p>16. Falls ja: Sind Wechselwirkungen zwischen bestehenden und weiteren qualitätssichernden Maßnahmen im Rahmen von Qualitätsverträgen aus Ihrer Sicht zu erwarten?</p> |
| <p>17. Welche für den Leistungsbereich spezifischen Digitalisierungsmöglichkeiten gibt es?</p> |
| <p>[Nennung bisher identifizierter, relevanter Quellen]</p> <p>18. Gibt es für den Leistungsbereich weitere relevanten Quellen wie Richtlinien oder Literatur?</p> |
| <p>19. Gibt es weitere Anmerkungen oder Hinweise von Ihrer Seite?</p> |

Leitfaden (Patientenvertretende)

Stand: 10. Januar 2023

| | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|------------|
| Leistungsbereich: | Multimodale Schmerztherapie | |
| Datum: | | |
| Dauer: | | |
| Interviewer: | | |
| Interviewter: | (Name, Institution, Dienststellung) | |
| benannt durch: | | |
| Teilnehmerinformation: | <input type="checkbox"/> | liegt vor |
| Vertraulichkeitserklärung: | <input type="checkbox"/> | liegt vor |
| Interessenskonflikterklärung: | <input type="checkbox"/> | abgenommen |

Versorgungspfad:

[Vorstellen und anschließende Diskussion des Versorgungspfads]

20. Gibt es Gesichtspunkte, die aus Ihrer Sicht im Versorgungspfad fehlen und ergänzt werden sollten?
21. Gibt es Gesichtspunkte im vorliegenden Versorgungspfad, die aus Ihrer Sicht angepasst/ verändert werden sollten?
22. Haben Sie weitere Anmerkungen zum Versorgungspfad?

Fachliche Aspekte:

Schmerz-Assessment

18. Gibt es im Rahmen des Schmerz-Assessment neben der Schmerzanamnese, Erstellung des Behandlungsplans und der therapiebezogenen Informationsvermittlung und Aufklärung des Patienten noch weitere zu ergänzende Maßnahmen?

Anhand welcher Instrumente sollte im Rahmen der Schmerzanamnese die Schmerzbeurteilung erfolgen (z.B. Numerische rating-Skala (NRS), Schmerztagebuch, etc.)?

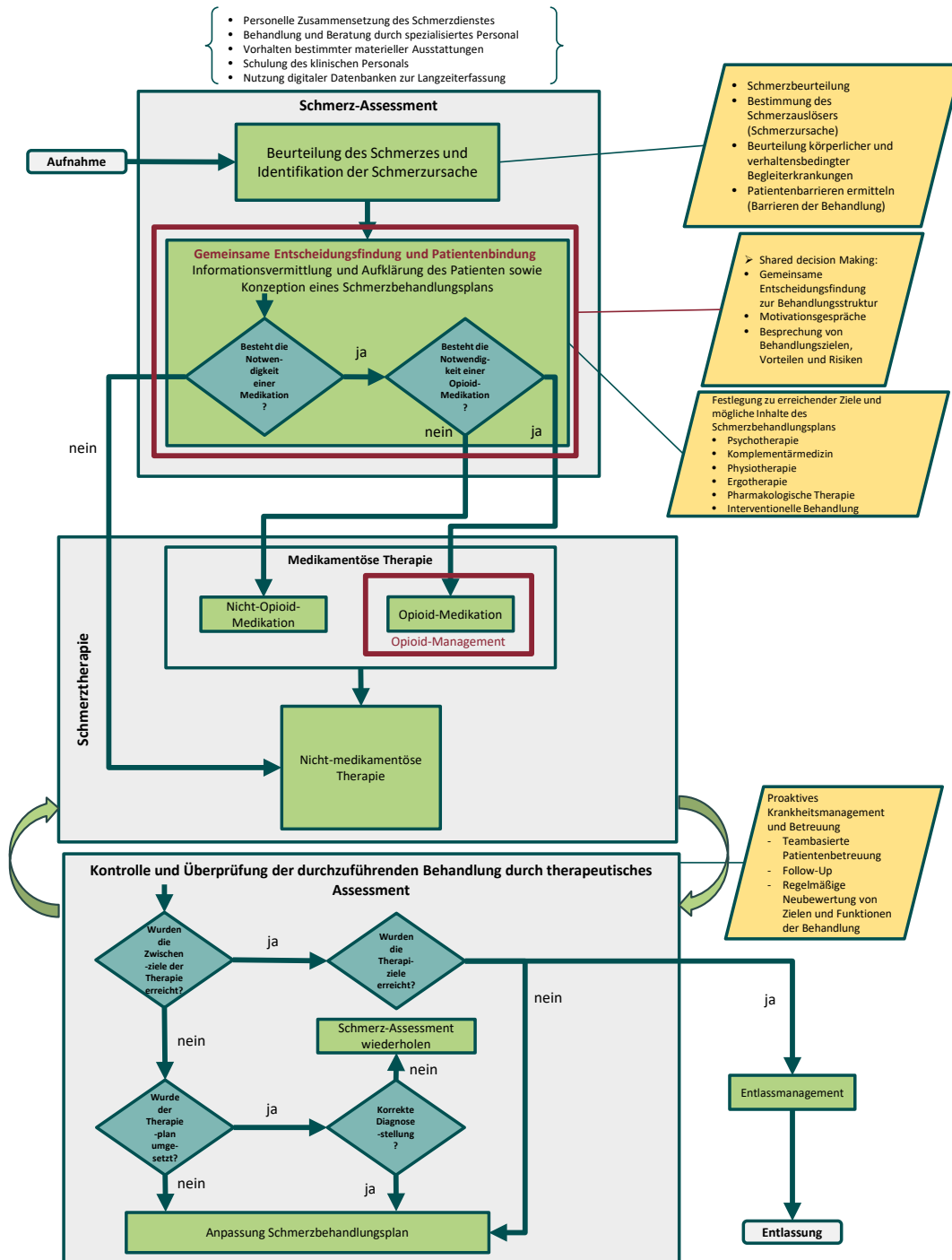
| |
|--|
| Schmerztherapie |
| 19. Welche nicht-medikamentösen Therapien sollten fester Bestandteil der multimodalen Schmerztherapie sein? |
| Einsatz von Opioiden |
| 20. Welche Maßnahmen umfasst das Opioid-Management? |
| 21. Welchen Stellenwert hat die Opioid-Entwöhnung im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie in Deutschland? |
| Entlassung |
| 22. Wie sollte das Entlassmanagement von Schmerzpatientinnen/ Schmerzpatienten gestaltet sein? |
| 23. Welche körperlichen und psychischen Voraussetzungen müssen Patientinnen/Patienten aufweisen, damit ein Entlassmanagement eingeleitet wird (z.B. bestimmter Schmerzskala-Wert oder Schmerzfreiheit über einen bestimmten Zeitraum)? |

Allgemeine abschließende Fragen:

| |
|--|
| 23. Gibt es weitere Anmerkungen oder Hinweise von Ihrer Seite? |
|--|

Anlagen

Versorgungspfad



| Qualitätsaspekt | Beschreibung | Qualitätsmerkmal |
|--|---|---|
| Schmerz-Assessment (Biopsychosozial Assessment) | Im Rahmen des Schmerz-Assessments soll eine Einschätzung sowie eine Beurteilung der Schmerzen nach einem festgelegten Verfahrensschema unter der Anwendung von Messinstrumenten und Befragungstechniken erfolgen. Neben der Erfassung des Schmerzes durch die Anamnese, soll ein patientenindividueller Behandlungsplan anhand der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit den Patientinnen/Patienten erstellt werden. Ebenso sollen den Patientinnen/Patienten durch das Schmerz-Assessment therapiebezogene Informationen vermittelt und eine krankheitsspezifische Aufklärung angeboten werden. Während der Anamnese soll die Patientenbindung ein fester Bestandteil sein. | Durchführung einer patientenzentrierten Schmerzanamnese |
| | | Gemeinsame Entscheidungsfindung und Patientenbindung |
| | | Konzeption eines patientenindividuellen Behandlungsplans |
| | | Therapiebezogene Informationsvermittlung und Aufklärung des Patienten |
| Re-Evaluierung der Schmerztherapie | Die Re-Evaluation der Schmerztherapie umfasst eine Kontrolle und bei Bedarf eine Anpassung der schmerztherapeutischen Maßnahmen. Es handelt sich hierbei um ein therapeutisches Assessment, welches die durchgeführten Behandlungen kontrolliert, überprüft und ggf. bei Bedarf therapiebezogen anpasst | Regelmäßige Kontrolle und ggf. Anpassung der Schmerztherapie |
| Medikamentöse Therapie | Besteht die Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie von chronischen Schmerzen, so ist diese durch weitere Verfahren wie beispielsweise Physio- und Psychotherapie zu ergänzen. Im Vordergrund steht die Schmerzlinderung beim Patienten, wobei die Dosierung gemäß dem Schmerzprofil angepasst werden sollte. Der Einsatz von Opiaten sollte nur unter | Umsetzung der medikamentösen Schmerztherapie |
| | | Anwendung und Durchführung einer nicht-opioiden Medikation |
| | | Anwendung und Durchführung einer Opioid-Therapie |
| | | Risikoprävention und Kontrolle der Opioid-Therapie |

| Qualitätsaspekt | Beschreibung | Qualitätsmerkmal |
|---------------------------------------|--|--|
| | bestimmten Voraussetzungen zum Einsatz kommen. Ziel der medikamentösen Therapie ist es, den Patienten von Opioiden zu entwöhnen. Diesbezüglich sollte eine Risikoprävention von potentiellen Substanzstörungen angewandt und eine stetige Kontrolle der Medikation erfolgen. Personen mit psychischen Erkrankungen oder Substanzstörungen sollten krankheitsspezifisch behandelt werden. Der Einsatz von Opiaten wird in diesen Patientengruppen nicht empfohlen und soll möglichst vermieden werden. | Umsetzung unter psychischen Erkrankungen oder Substanzstörungen Absetzen von Opioiden |
| Nicht-medikamentöse Therapie | Ergänzend zur medikamentösen Behandlung von Schmerzen bzw. bei Personen, die keine medikamentöse Behandlung benötigen, sollen nicht-medikamentöse schmerztherapeutische Verfahren angewandt werden. Diese umfassen entweder physikalische, psychologische oder elektrotherapeutische Maßnahmen, wobei bestimmte Therapieansätze vermieden werden sollten. Eine nicht-medikamentöse Behandlung sollte grundsätzlich dem Einsatz einer medikamentösen Behandlung vorgezogen werden. Sollte der Bedarf einer Medikation bestehen, ist diese nur in Kombination mit nicht-medikamentösen Therapie durchzuführen. | Umsetzung physikalischer Therapiekonzepte Vermeidung bestimmter Therapieansätze Anwendung nicht-medikamentöser Therapien |
| Schmerztherapeutische Voraussetzungen | Zur strukturellen Umsetzung von stationären Schmerztherapien sollten schmerztherapeutische Voraussetzungen erfüllt sein. Demnach wird in erster Linie ein dementsprechend geschultes Personal benötigt. Ebenso bedarf es einer Grundausstattung bestimmter vorzuhaltender Materialien sowie | Personelle Zusammensetzung des Schmerzdienstes Behandlung und Beratung durch spezialisiertes Personal Vorhalten bestimmter materieller Ausstattungen Schmerztherapeutisch geschultes Personal |

| Qualitätsaspekt | Beschreibung | Qualitätsmerkmal |
|-------------------|---|--|
| | schmerztherapeutisch geschultes Personal. Die therapeutisch begleitende Nutzung von digitalen Datenbanken zur Leistungserfassung wird ebenfalls empfohlen. | Nutzung digitaler Datenbanken zur Leistungserfassung |
| Entlassmanagement | Wird im Rahmen der Re-Evaluierung erfasst, dass die Therapieziele erreicht wurden und die Patientinnen/Patienten (im Optimalfall) eine schmerzfreie Verfassung aufweisen, so erfolgt ein Entlassmanagement. Dabei sollen den Patientinnen/Patienten Informationen zum post-stationären Schmerzmanagement sowie Empfehlungen zur Anwendung von Schmerzmitteln bereitgestellt werden. | Umsetzung eines Schmerztherapie-Entlassmanagements |

Anhang D.3: Geburten

Leitfaden (Expertinnen/Experten)

Stand: 11. Januar 2023

| | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|------------|
| Leistungsbereich: | Geburten/Entbindung | |
| Datum: | | |
| Dauer: | | |
| Interviewer: | | |
| Interviewter: | (Name, Institution, Dienststellung) | |
| benannt durch: | | |
| Teilnehmerinformation: | <input type="checkbox"/> | liegt vor |
| Vertraulichkeitserklärung: | <input type="checkbox"/> | liegt vor |
| Interessenskonflikterklärung: | <input type="checkbox"/> | abgenommen |

Versorgungspfad:

[Vorstellen und anschließende Diskussion des Versorgungspfads]

1. Gibt es Gesichtspunkte, die aus Ihrer Sicht im Versorgungspfad fehlen und ergänzt werden sollten?
2. Gibt es Gesichtspunkte im vorliegenden Versorgungspfad, die aus Ihrer Sicht angepasst/verändert werden sollten?
3. Haben Sie weitere Anmerkungen zum Versorgungspfad?

Fachliche Aspekte:

| Definitionen und Begrifflichkeiten |
|---|
| 1. Sind die Begriffe „Geburt“ und „Entbindung“ synonym zu verwenden? |
| 2. Welche der Begriffe „Erst-/Aufnahmeuntersuchung“, „Erstbeurteilung“ und „Erstkontakt“ können synonym verwendet werden? |
| 3. Können die Begriffe „natürliche“, „interventionsarme“ und „physiologische Geburt“ synonym verwendet werden? |
| 4. Was verstehen Sie unter einem „kompromittierten Kind“ (Leitlinie)? |

| |
|---|
| 5. Was verstehen Sie unter „Anstreben einer Geburtsbeendigung“ (Leitlinie)? |
| 6. Was wird unter einer interventionsarmen Geburt verstanden? |
| 7. Welche Maßnahmen im Rahmen einer Geburt sind als Intervention im Sinne des Eingreifens in den physiologischen Geburtsprozess zu verstehen? |
| 8. Wenn eine physiologische Geburt als vaginale Geburt definiert wird, schließt dies vaginal-operative Verfahren mit ein? |
| 9. Wann endet eine Geburt bzw. zählt die Nachsorge für Mutter und Kind (Versorgung der Geburtsverletzungen, APGAR-Messung) noch zur Geburt? |
| Messoptionen |
| 10. Was sind Messoptionen, die eine interventionsarme Geburt abbilden? |
| Shared-decision-making (Partizipative Entscheidungsfindung) |
| 11. Wie sieht ein zielführendes Shared-decision-making-Konzept im Rahmen der Geburt aus? |
| Beratung/Information |
| 12. Zu welchen Zeitpunkten sollten Erst-/Aufnahmeuntersuchung, Erstbeurteilung und Erstkontakt erfolgen? |
| 13. Inwieweit unterscheidet sich das Bündel an durchzuführenden Maßnahmen zwischen der Anmeldung (Erstkontakt) und der Aufnahme der Schwangeren? |
| 14. Wie kann eine an der Schwangeren orientierte, individuelle Beratung (bspw. sprach- oder religionssensibel) aussehen? |
| Betreuung |
| 15. Wie soll aus Ihrer Sicht, die in der Leitlinie geforderte Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme ausgestaltet sein (Beginn, Umfang)? |
| Standards/SOPs |
| 16. Sind Ihnen aus der Praxis Standardisierungen von Prozessen bekannt, welche bspw. in einer SOP das Vorgehen bei der Erstuntersuchung regeln? |
| Allgemein |
| 17. Gibt es Gründe warum im Rahmen von Qualitätsverträgen die spezifischen Anforderungen an die Versorgungsqualität für Schwangere mit Diabetes mellitus, Gestationsdiabetes mellitus und Adipositas berücksichtigt werden sollten? |

Liste der Qualitätsmerkmale:

| |
|--|
| [Erläutern und Diskussion der Liste der Qualitätsmerkmale] |
| 4. Gibt es aus Ihrer Sicht weitere Gesichtspunkte (Merkmale), die die Qualität in der Versorgung widerspiegeln, die in der Liste noch nicht enthalten sind und ergänzt werden sollten? |
| Verbesserungspotential: |
| 5. Gibt es Qualitätsmerkmale, zu denen es aus Ihrer Sicht keine Möglichkeit der Verbesserung mehr gibt, die also bereits weitestgehend und flächendeckend in der Versorgung berücksichtigt werden? |
| Zuschreibbarkeit: |
| 6. Gibt es Qualitätsmerkmale, die aus Ihrer Sicht durch den Leistungserbringer nicht beeinflusst werden können? |
| Messoptionen: |
| 7. Welche Messoptionen gibt es aus Ihrer Sicht zu den Qualitätsmerkmalen? |
| 8. Sind Ihnen empirische oder normative Setzungen (Referenzbereiche) zu diesen Messoptionen bekannt? |
| 9. Welche Risikofaktoren sollten aus Ihrer Sicht in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden? |
| 10. Welche von den vorliegenden Qualitätsmerkmalen würden Sie für die Messung/Abbildung der Versorgungsqualität als am relevantesten einschätzen? |
| 11. Welche messbaren Endpunkte im Sinne der Ergebnisqualität sind in diesem Zusammenhang möglich (inhouse, poststationär)? |
| 12. Haben Sie weitere Anmerkungen zur Liste? |

Allgemeine abschließende Fragen:

| |
|--|
| [kurze Vorstellung der Zielgruppe aus Sicht des IQTIG in Anlehnung an die Tragenden Gründe des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses] |
| 13. Inwieweit sind die Patientinnen und Patienten, bei denen ein Verbesserungspotential durch Qualitätsverträge zu erwarten ist, in die Zielgruppe eingeschlossen? |
| 14. Gibt es aus Ihrer Sicht medizinische Fachdisziplinen, die nicht oder besonders zu berücksichtigen sind? |
| 15. Welche qualitätssichernden Maßnahmen im vorliegenden Leistungsbereich gibt es aus Ihrer Sicht bereits? |
| 16. Falls ja: Sind Wechselwirkungen zwischen bestehenden und weiteren qualitätssichernden Maßnahmen im Rahmen von Qualitätsverträgen aus Ihrer Sicht zu erwarten? |
| 17. Welche für den Leistungsbereich spezifischen Digitalisierungsmöglichkeiten gibt es? |
| [Nennung bisher identifizierter, relevanter Quellen] |
| 18. Gibt es für den Leistungsbereich weitere relevanten Quellen wie Richtlinien oder Literatur? |
| 19. Gibt es weitere Anmerkungen oder Hinweise von Ihrer Seite? |

Leitfaden (Patientenvertretende)

Stand: 17. Januar 2023

| | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|------------|
| Leistungsbereich: | Geburten/Entbindung | |
| Datum: | | |
| Dauer: | | |
| Interviewer: | | |
| Interviewter: | (Name, Institution, Dienststellung) | |
| benannt durch: | | |
| Teilnehmerinformation: | <input type="checkbox"/> | liegt vor |
| Vertraulichkeitserklärung: | <input type="checkbox"/> | liegt vor |
| Interessenskonflikterklärung: | <input type="checkbox"/> | abgenommen |

Versorgungspfad:

[Vorstellen und anschließende Diskussion des Versorgungspfads]

20. Gibt es Gesichtspunkte, die aus Ihrer Sicht im Versorgungspfad fehlen und ergänzt werden sollten?

21. Gibt es Gesichtspunkte im vorliegenden Versorgungspfad, die aus Ihrer Sicht angepasst/verändert werden sollten?

22. Haben Sie weitere Anmerkungen zum Versorgungspfad?

Fachliche Aspekte:

| |
|---|
| Beratung/Information |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Was sind Ihrer Meinung nach wichtige Aspekte im Rahmen einer Geburt über die im Krankenhaus informiert oder eine Beratung durchgeführt werden sollte? 2. Zu welchen Zeitpunkten sollte diese Information/Beratung erfolgen? |
| Partizipative (gleichberechtigte, gemeinsame) Entscheidungsfindung |
| <ol style="list-style-type: none"> 3. Wie sieht Ihrer Meinung nach ein zielführendes partizipatives Entscheidungsfindungskonzept im Rahmen der Geburt aus? |

| |
|------------------|
| Betreuung |
|------------------|

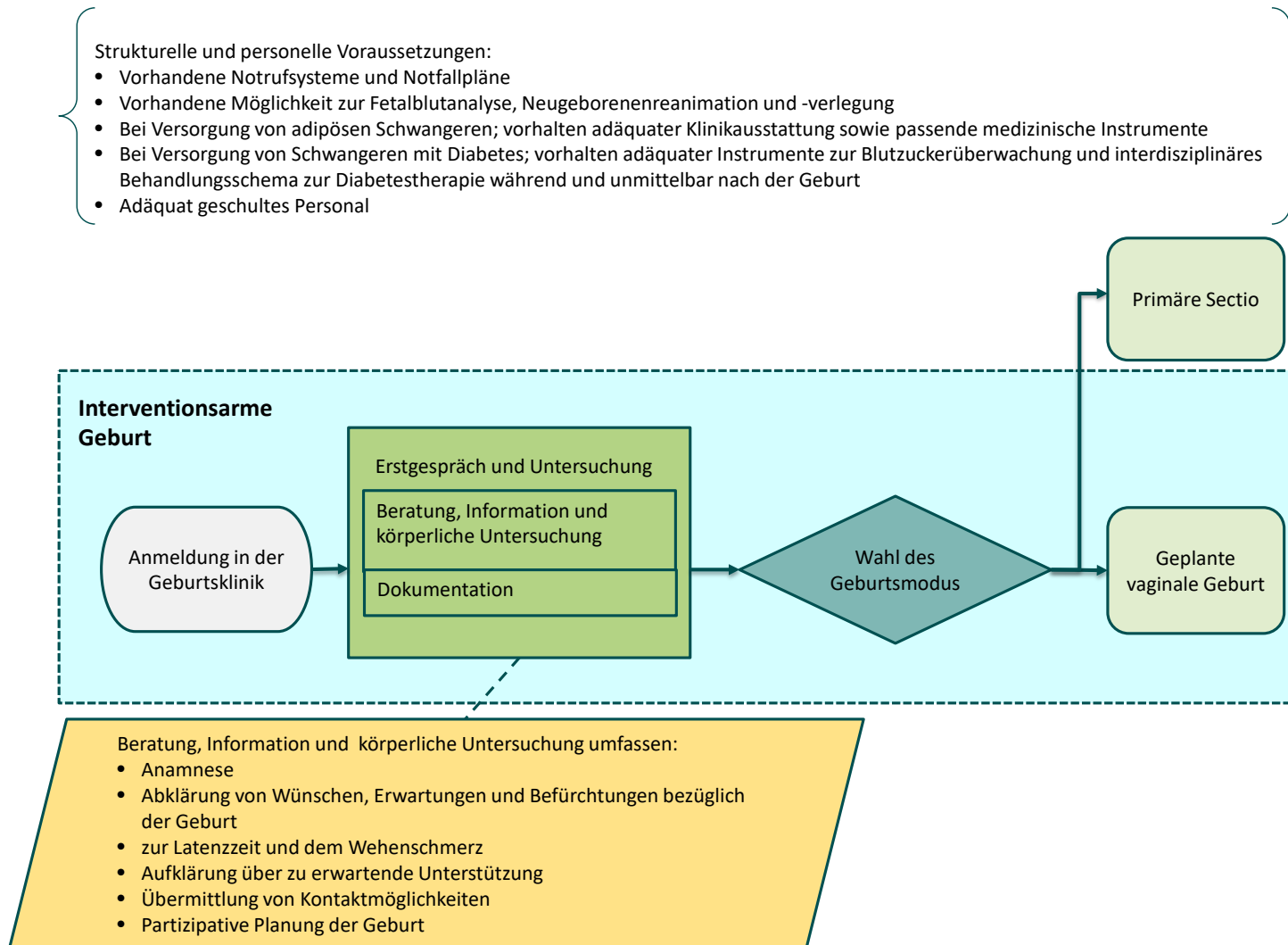
- | |
|--|
| 4. Wie soll aus Ihrer Sicht, die in der Leitlinie geforderte Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme ausgestaltet sein (Beginn, Umfang)? |
|--|

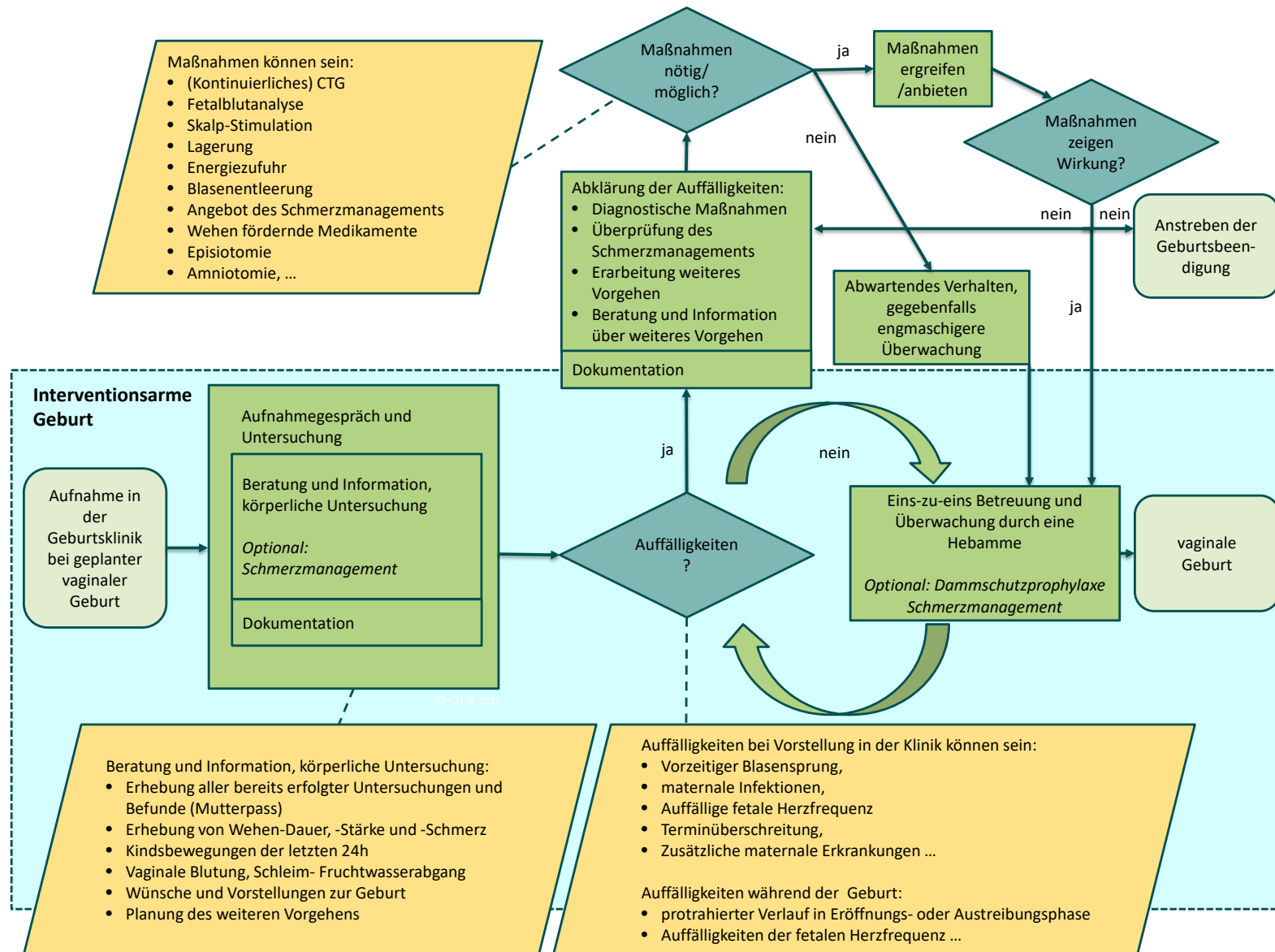
Allgemeine abschließende Frage:

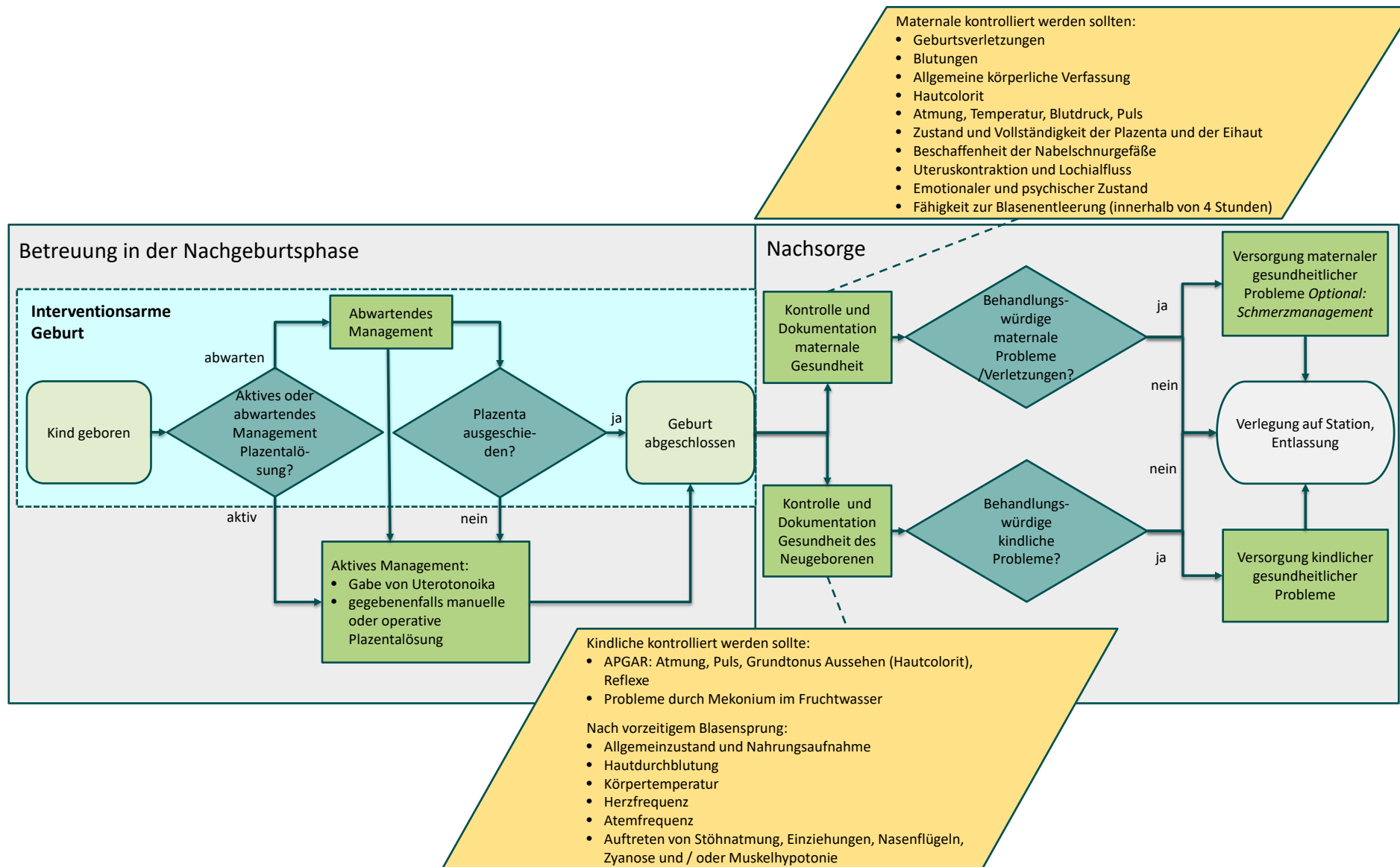
- | |
|--|
| 23. Gibt es weitere Anmerkungen oder Hinweise von Ihrer Seite? |
|--|

Anlagen

Versorgungspfad







| Qualitätsaspekt | Beschreibung | Qualitätsmerkmal |
|----------------------------|---|--|
| Beratung und Informationen | Frauen sollen über unterschiedliche Geburtsorte und Möglichkeiten des Geburtsvorganges durch eine evidenzbasierte, objektive, kultursensible, an den Bedürfnissen der Frau orientierte beraten und informiert werden. | Allgemeinen Beratung und Information der Schwangeren vor der Geburt über: <ul style="list-style-type: none"> ▪ mögliche Geburtsorte/-settings ▪ Betreuungsmöglichkeiten in den verschiedenen Geburtsphasen ▪ (optionales) Schmerzmanagement ▪ verschiedene Geburtsmodi |
| | Erst-/Aufnahmeuntersuchung der Schwangeren mit Beratung und Information zur Geburt und den Geburtsphasen. | Bei der Erst-/Aufnahmeuntersuchung sind zu erfassen, durchzuführen und zu dokumentieren: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfragen der fetalen Bewegungen ▪ Erfassen des Befindens, der Wünsche und Erwartungen der Schwangeren ▪ Informieren über die Latenzzeit und den Umgang mit Wehenschmerz ▪ Informieren über Unterstützungsmöglichkeiten, Zuständigkeiten und Kontaktmöglichkeiten ▪ partizipative Planung des weiteren Vorgehens |
| | Beratung von Schwangeren mit BMI > 40 kg/m ² oder Schwangeren mit Adipositas und Komorbiditäten durch einen Anästhesiologen. | Pränatale Konsultation eines Anästhesiologen bei Schwangeren mit BMI > 40 kg/m ² oder Schwangeren mit Adipositas und Komorbiditäten. |
| | Spezifische Beratung bei vorzeitigem Blasensprung, bei einem protrahierte Verlauf in der Eröffnungsphase, bei Verzögerungen der Geburt und Oxytocin Gabe und Geburts- und Dammverletzungen. | Beratung und Information der Schwangeren bei Auftreten von Komplikationen/Geburtsfolgen (Indikation Fetalblutanalyse, vorzeitigem Blasensprung, protrahierter Eröffnungsphase, Mekonium im Fruchtwasser) |

| Qualitätsaspekt | Beschreibung | Qualitätsmerkmal |
|--|--|--|
| Anamnese und klinische Beurteilung | Erstbeurteilung der Schwangeren mit Überprüfung der kindlichen Vitalität und der maternalen Vitalzeichen und geburtsrelevanten Parameter. Dokumentation der aktuellen und antenatal erhobenen Befunde sowie Eintragungen im Mutterpass (Dauer, Stärke und Frequenz der Wehen, die empfundene Schmerzstärke, vaginale Blutung, Schleim- oder Fruchtwasserabgang). | Die Erstbeurteilung umfasst eine Anamnese und eine klinische Beurteilung, dabei ist zu berücksichtigen und zu dokumentieren: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfassung der Wünsche und Erwartungen der Schwangeren ▪ Erfassung aller antenatal erhobenen Befunde und Eintragungen im Mutterpass ▪ Erfassung der Wehentätigkeit (Frequenz, Dauer und Stärke) ▪ Erfassung der empfundenen Schmerzstärke ▪ Erfassung von vaginaler Blutung, Schleim- und Fruchtwasserabgang ▪ Erfassung der kindlichen Vitalität und Lage im Mutterleib ▪ Erfassung der maternalen Vitalzeichen und Urin-Stix |
| Betreuungsdichte, Personelle Betreuung | Frauen sollten ab der aktiven Eröffnungsphase unter der Geburt eine Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme erhalten. | Gewährleistung einer kontinuierlichen Eins-zu-eins-Betreuung (80-100%) ab der Eröffnungsphase durch eine Hebamme |
| Kontrolle der fetalen Herzfrequenz | In der aktiven Eröffnungsphase Kontrolle der fetalen Gesundheit durch Messung der fetalen Herzfrequenz mittels Pinard-Stethoskop oder Dopplersonographie. | Auskultation der fetalen Herzfrequenz mit Pinard-Stethoskop oder Dopplersonographie alle 15-30 Minuten in der aktiven Eröffnungsphase, wenn die Voraussetzungen gegeben sind (Eins-zu-Eins-Betreuung, kompetentes Personal, lückenlose Dokumentation). Ansonsten CTG bei Aufnahme und jeder weiteren Beurteilung von Mutter und Kind. |
| | Bei Verwendung des CTG ist die Interpretation und Dokumentation des CTG-Musters standardisiert nicht computergestützt durchzuführen. | Bei Verwendung des CTG ist die Interpretation und Dokumentation des CTG-Musters standardisiert nicht computergestützt durchzuführen. |

| Qualitätsaspekt | Beschreibung | Qualitätsmerkmal |
|--|---|---|
| Kontrolle der fetalen Herzfrequenz bei Auffälligkeiten (maternal und/oder fetal) | CTG bei fetalen Auffälligkeiten oder Verdacht auf Infektion, untypischen Schmerzen, grünem Fruchtwasser, Blutungen, verlängerten Kontraktionen oder intrapartaler Wehenmittel Gabe. | Durchführung eines (kontinuierlichen) CTG nur bei maternalen Auffälligkeiten oder Auffälligkeiten der fetalen Herzfrequenz. |
| Sicherung der fetalen Gesundheit | <i>Durch die Überwachung und Beurteilung der fetalen Herzfrequenz ist es möglich adäquate Maßnahmen zur Regulation zu ergreifen und eine vaginale Geburt fortzusetzen.</i> | <i>Bei auffälliger fetaler Herzfrequenz und fehlenden weiteren Auffälligkeiten im CTG:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Überprüfung möglicher Ursachen für die auffällige fetale Herzfrequenz ▪ Fortsetzung der Überwachung bei normaler weiterer Betreuung ▪ Ergreifung von konservativen Maßnahmen |
| | <i>Bei Auffälligkeiten im CTG sollen mögliche Ursachen überprüft werden und Interventionen zur Normalisierung des CTG's erfolgen.</i> | <i>Bei auffälliger fetaler Herzfrequenz und maximal einem weiteren suspekten Merkmal im CTG:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Überprüfung möglicher Ursachen der auffälligen fetalen Herzfrequenz ▪ abwartenden Managements oder Ergreifen von konservativen Maßnahmen • Angebot einer Fetalblutanalyse bei ausbleibender Verbesserung der Herzfrequenz nach Durchführung von konservativen Maßnahmen. |
| | Eine weitere Kontrollmöglichkeit bezüglich der fetalen Gesundheit stellt die Fetalblutanalyse und Reaktion auf eine Skalp-Stimulation dar. | Durchführung von Fetalblutanalysen als zusätzliches Verfahren zur Messung der fetalen Gesundheit bei Indikation. Einhalten von standardisierten Intervallen (1 Stunde bei Normalbefund, 30 Minuten bei Auffälligkeiten) und Interpretation (siehe E.5.50) bezüglich der Beurteilung der Fetalblutanalysen. |

| Qualitätsaspekt | Beschreibung | Qualitätsmerkmal |
|--|--|---|
| Vermeidung von nicht notwendigen routinemäßigen Untersuchungen | Nicht routinemäßig eingesetzt werden sollen medizinisch nicht notwendige Interventionen oder Untersuchungen. | Nicht routinemäßig durchzuführen sind: <ul style="list-style-type: none"> ▪ fetale Elektrokardiogramme (EKG) mittels Kopfschwarzenelektrode oder abdominaler EKG-Ableitung ▪ eine intrapartale fetale Sauerstoffsättigungsmessung ▪ eine intrapartale Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von SGA-Kindern oder bei Verdacht auf Makrosomie |
| Schmerzmanagement | Die Angehörigen der Gesundheitsberuf sollen ihre Betreuung bezüglich Schmerz Patientinnen zentriert durchführen und dies unterstützen. Als Konservative Schmerzlinderung gelten unter anderem Atem- und Entspannungstechniken, Massage, das Abspielen von Musik und das Verweilen in Wasser. | Unterstützung der Schwangeren bei konservativen Maßnahmen zur Schmerzlinderung. |
| | Bei Bedarf oder Wunsch soll eine Epiduralanalgesie angeboten werden. Der Zeitpunkt der Analgesie ist frei zu wählen. | Angebot einer Analgesie auf Wunsch der Schwangeren oder bei medizinischer Indikation. |
| Fachärztliche Leitung der Geburt | Verlegung in eine ärztlich geleitete Geburtshilfe soll erfolgen bei fetalen oder maternalen Auffälligkeiten während der Geburt oder in der Nachgeburtsphase. | Verlegung in ärztlich geleitete Geburtshilfe bei bestimmten maternalen oder fetalen Indikationen. |
| Fachärztliche Betreuung der Geburt | Hinzuziehen eines Arztes / einer Ärztin bei fetalen oder maternalen Auffälligkeiten ab der frühen Eröffnungsphase. | Hinzuziehen von ärztlichem Fachpersonal bei bestimmten Indikationen. |
| Personalschulung | Schulung in der Betreuung und dem Umgang mit adipösen Schwangeren, sowie in der Handhabung von speziellen technischen Geräten für medizinisches Personal. | Schulung des medizinischen Personals zur Betreuung adipöser Schwangerer. |

| Qualitätsaspekt | Beschreibung | Qualitätsmerkmal |
|--|--|--|
| Strukturelle und prozessuale Voraussetzungen | Zur Betreuung von Schwangeren mit Diabetes Typ I, Typ II oder GDM muss die Möglichkeit von Glukose-/Blutglukosekontrollen vorhanden sein, ebenfalls sollt ein Insulinmanagement existieren. | Vorhalten der technischen Möglichkeiten zur Glukose-/Blutglukosekontrolle und Vorhandensein eines interdisziplinär erarbeiteten Behandlungsschemas für die Diabetestherapie während und unmittelbar nach der Geburt für Schwangere mit Diabetes. |
| | Einrichtungen, die adipöse Schwangere mit einem BMI ≥ 30 kg/m ² betreuen, sollten ausreichend Bewegungsräume; belastbare Einrichtung (bis 250 kg), passendes medizinisches Instrumentarium, einen angepassten Personalschlüssel zur intensiveren Überwachung und entsprechende Operationskleidung vorhalten. | Vorhalten von adäquater Klinikausstattung zur Behandlung von adipösen Schwangeren durch Kliniken die Schwangere mit einem BMI ≥ 30 kg/m ² aufnehmen. |
| Betreuung der Schwangeren während der Geburt | Den Frauen sollte es ermöglicht werden von einer Begleitperson ihrer Wahl unterstützt zu werden. | Ermöglichung der Begleitung der Schwangeren durch eine Person ihrer Wahl zur Geburtsunterstützung. |
| | Den Frauen sollte es ermöglicht werden während der Geburt Getränke und Nahrung zu sich zu nehmen. | Information über die Möglichkeit während der Geburt zu essen und zu trinken. |
| | Sicherstellung von Bewegungsmöglichkeiten und einer frei wählbaren Geburtsposition. | Motivation zu Bewegung und (freien) Wahl der Geburtsposition. |
| | Mindestens stündliche Beurteilung der Gesundheit von Mutter und Kind. | Mindestens stündliche, standardisierter Beurteilung der Gesundheit von Mutter und Kind und Dokumentation der intrapartalen Ereignisse. |

| Qualitätsaspekt | Beschreibung | Qualitätsmerkmal |
|---|--|---|
| Betreuung der Schwangeren bei Komplikationen während der Geburt | Bei einem protrahierten Verlauf in der Eröffnungs- oder Austrittsphase soll eine Amniotomie und vaginale Untersuchung angeboten / empfohlen werden. | Erwägung/Angebot einer Amniotomie und einer anschließenden vaginalen Untersuchung bei protrahiertem Verlauf in der aktiven Eröffnungsphase/Austreibungsphase. |
| | Bei vorzeitigem Blasensprung soll es keine Empfehlung zum Hinlegen geben und es sollen keine vaginalen Untersuchungen, vaginalen Abstriche oder CRP-Kontrollen im Blut durchgeführt werden. Es soll regelmäßig eine Fieberkontrolle durchgeführt und der Ausfluss und die Kindsbewegungen beobachtet werden. Wenn nach 24 Stunden keine Wehen eingesetzt haben soll eine Geburtseinleitung angeboten werden. | Abwartendes Management bei gesichertem vorzeitigem Blasensprung und fehlender Wehentätigkeit in den ersten 24 Stunden. |
| | Bei Abnahme der Wehen nach vollständiger Muttermundöffnung ist eine geburtsunterstützende, Wehen fördernde, medikamentöse Maßnahme die Gabe von Oxytocin. Die Gabe von Oxytocin sollte regelmäßig evaluiert werden. | Durchführung einer konservativen oder medikamentösen Wehenförderung bei bestimmten Indikationen. |
| | Bei ineffektivem Pressen oder auf Wunsch der Gebärenden soll Geburtsunterstützung angeboten werden. | Angebot einer nicht medikamentösen Gebärunderstützung auf Wunsch der Schwangeren oder bei ineffektivem Pressen. |
| | Eine Episiotomie (Dammschnitt) soll nur bei Indikation und unter adäquater Analgesie erfolgen. | Durchführung einer Episiotomie unter effektiver Analgesie zur Beschleunigung der Geburt bei kompromittiertem Kind. |
| Betreuung der Schwangeren in der Nachgeburtsphase | In der Nachgeburtsphase soll die Frau bei einem abwartenden Management unterstützt werden. Bei medizinische Notwendigkeit oder auf Wunsch der Frau kann von einem abwartenden zu einem aktiven Management übergegangen werden. | Unterstützung eines abwartenden Managements in der Nachgeburtsphase, sofern keine medizinischen Gründe oder der Wunsch der Frau dagegen sprechen. |

| Qualitätsaspekt | Beschreibung | Qualitätsmerkmal |
|--|--|---|
| Betreuung der Schwangeren mit Diabetes | Schwangere mit Diabetes Typ I, Typ II oder GDM benötigen im Rahmen der Geburt zusätzliche Betreuung. Glukose- und Blutglukosekontrollen müssen möglich sein. | Durchführung von stündlichen Blutzuckerkontrollen während der Geburt bei Frauen mit Diabetes mellitus oder Gestationsdiabetes mellitus. |
| | Bei Schwangeren mit Diabetes Typ I und Typ II soll bei Erreichen des erwarteten Entbindungstermins und ausbleibendem Geburtsbeginn die Geburtseinleitung erfolgen. | Geburtseinleitung bei Schwangeren mit Diabetes mellitus bei ausbleibendem Geburtsbeginn zum erwarteten Entbindungstermin. |
| | Für Schwangere mit GDM soll mit Erreichen des Geburtstermins eine Einleitung angeboten werden. Zu anderen Zeitpunkten soll eine Einleitung sorgfältig abgewogen werden. | Angebot einer Geburtseinleitung bei Schwangeren mit Gestationsdiabetes mellitus bei ausbleibendem Geburtsbeginn zum erwarteten Entbindungstermin. |
| Betreuung der Schwangeren mit Adipositas | Angebot einer Einleitung bei adipösen Schwangeren mit zusätzlichen Risikofaktoren nach sorgfältiger Risikoabwägung ab der 39+0 SSW | Angebot einer Einleitung für adipöse Schwangere mit zusätzlichen Risikofaktoren nach vorheriger Abwägung ab 39+0 SSW. |
| Prävention Geburtsverletzung | Es sollte eine Dammschutzprophylaxe durch warme Kompressen angeboten werden. | Angebot einer Dammschutzprophylaxe. |

Anhang D.4: Behandlung Tabakabhängigkeit

Leitfaden (Expertinnen/Experten)

Stand: 11. Januar 2023

| | | |
|-------------------------------|---|------------|
| Leistungsbereich: | Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit | |
| Datum: | | |
| Dauer: | | |
| Interviewer: | | |
| Interviewter: | (Name, Institution, Dienststellung) | |
| benannt durch: | | |
| Teilnehmerinformation: | <input type="checkbox"/> | liegt vor |
| Vertraulichkeitserklärung: | <input type="checkbox"/> | liegt vor |
| Interessenskonflikterklärung: | <input type="checkbox"/> | abgenommen |

Versorgungspfad:

[Vorstellen und anschließende Diskussion des Versorgungspfads]

1. Gibt es Gesichtspunkte, die aus Ihrer Sicht im Versorgungspfad fehlen und ergänzt werden sollten?
2. Gibt es Gesichtspunkte im vorliegenden Versorgungspfad, die aus Ihrer Sicht angepasst/verändert werden sollten?
3. Haben Sie weitere Anmerkungen zum Versorgungspfad?

Fachliche Aspekte:

| |
|--|
| Allgemein |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Stimmen Sie zu, dass die „stationäre Tabakentwöhnung“ die generelle Entwöhnung von Nikotin zum Ziel hat, unabhängig von der Art des Nikotinprodukts? 2. Falls nein: Welche Produkte sollten in die „stationäre Tabakentwöhnung“ einbezogen werden? |
| Patientengruppe |
| <ol style="list-style-type: none"> 3. Welche Krankheitsbilder bzw. Patientengruppen (bspw. Sucherkrankte, Menschen mit Depression) benötigen eine spezifische Entwöhnungsbehandlung? |

| |
|---|
| Erfassung und Bestimmung der Nikotinabhängigkeit |
| 4. Welche diagnostische Verfahren eignen sich für die Erfassung und Bestimmung der Nikotinabhängigkeit? |
| Patientenberatung |
| 5. Zu welchem/welchen Zeitpunkt/en sollte den Patientinnen und Patienten eine Tabakentwöhnung angeboten werden? |
| 6. Wer lenkt im Idealfall den Prozess der stationären Tabakentwöhnung? |
| 7. Welche Rolle spielt in diesem Zusammenhang die „Patientenberatung“? |
| 8. Welche Maßnahmen sollten im Rahmen der Rauchstoppberatung fester Bestandteil sein (z. B. Kurzberatung, Selbsthilfematerialien)? |
| 9. Welche Rolle spielt die Patientenberatung bei der Planung der Rauchstoppbehandlung? |
| Rauchstoppbehandlung |
| 10. Welche Maßnahmen sollten fester Bestandteil der Rauchstoppbehandlung sein? |
| 11. Welche Auswirkung hat der Schweregrad der Nikotinabhängigkeit auf die Ausgestaltung der Nikotinersatztherapie bzw. der medikamentösen Therapie? |
| 12. In welchen Fällen ist im Rahmen der Entwöhnung (zusätzlich) psychotherapeutische Unterstützung angezeigt? |
| 13. Welche Formen der Psychotherapie eignen sich im Rahmen des stationären Aufenthalts für die Tabakentwöhnung (z. B. Verhaltenstherapie, Gruppen- oder Einzelintervention)? |
| 14. <i>Im Rahmen der AWMF-Leitlinie soll eine Behandlung von Patientinnen/Patienten mit Depressionen anhand des „Staged-Care-Ansatzes“ erfolgen.</i> Eignet sich der „Staged-Care-Ansatz“ neben der Behandlung von Patientinnen/Patienten, die an einer depressiven Erkrankung leiden, auch für andere Patientengruppen? |
| 15. Nach welchen Kriterien erfolgt eine Anpassung der Nikotinersatztherapie (Einsatz eines stärkeren oder schwächeren Präparats)? |
| 16. Welche Kriterien müssen erfüllt sein, damit die Patientin/der Patient als „tabakentwöhnt“ gilt? |
| 17. Wie kann festgestellt werden, dass die Tabakentwöhnung erfolgreich ist? |
| Strukturelle Voraussetzungen der Tabakentwöhnung |
| 18. Welche für die stationäre Tabakentwöhnung spezifischen Qualifikationen/Schulungen sollte das Personal erhalten haben? |
| 19. Welche weiteren (strukturellen) Maßnahmen außer eines klinikweiten Rauchverbots zur Vermeidung von passiver Tabakrauchexposition gibt es ggf. noch? |

Liste der Qualitätsmerkmale:

| |
|--|
| <p>[Erläutern und Diskussion der Liste der Qualitätsmerkmale]</p> <p>4. Gibt es aus Ihrer Sicht weitere Gesichtspunkte (Merkmale), die die Qualität in der Versorgung widerspiegeln, die in der Liste noch nicht enthalten sind und ergänzt werden sollten?</p> <p>Verbesserungspotential:</p> <p>5. Gibt es Qualitätsmerkmale, zu denen es aus Ihrer Sicht keine Möglichkeit der Verbesserung mehr gibt, die also bereits weitestgehend und flächendeckend in der Versorgung berücksichtigt werden?</p> <p>Zuschreibbarkeit:</p> <p>6. Gibt es Qualitätsmerkmale, die aus Ihrer Sicht durch den Leistungserbringer nicht beeinflusst werden können?</p> <p>Messoptionen:</p> <p>7. Welche Messoptionen gibt es aus Ihrer Sicht zu den Qualitätsmerkmalen?</p> <p>8. Sind Ihnen empirische oder normative Setzungen (Referenzbereiche) zu diesen Messoptionen bekannt?</p> <p>9. Welche Risikofaktoren sollten aus Ihrer Sicht in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden?</p> |
| <p>10. Welche von den vorliegenden Qualitätsmerkmalen würden Sie für die Messung/Abbildung der Versorgungsqualität als am relevantesten einschätzen</p> |
| <p>11. Welche messbaren Endpunkte im Sinne der Ergebnisqualität sind in diesem Zusammenhang möglich (inhouse, poststationär)?</p> |
| <p>12. Haben Sie weitere Anmerkungen zur Liste?</p> |

Allgemeine abschließende Fragen:

| |
|---|
| <p>[kurze Vorstellung der Zielgruppe aus Sicht des IQTIG in Anlehnung an die Tragenden Gründe des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses]</p> <p>13. Inwieweit sind die Patientinnen und Patienten, bei denen ein Verbesserungspotential durch Qualitätsverträge zu erwarten ist, in die Zielgruppe eingeschlossen?</p> <p>14. Gibt es aus Ihrer Sicht medizinische Fachdisziplinen, die nicht oder besonders zu berücksichtigen sind?</p> |
| <p>15. Welche qualitätssichernden Maßnahmen im vorliegenden Leistungsbereich gibt es aus Ihrer Sicht bereits?</p> <p>16. Falls ja: Sind Wechselwirkungen zwischen bestehenden und weiteren qualitätssichernden Maßnahmen im Rahmen von Qualitätsverträgen aus Ihrer Sicht zu erwarten?</p> |
| <p>17. Welche für den Leistungsbereich spezifischen Digitalisierungsmöglichkeiten gibt es?</p> |
| <p>[Nennung bisher identifizierter, relevanter Quellen]</p> <p>18. Gibt es für den Leistungsbereich weitere relevanten Quellen wie Richtlinien oder Literatur?</p> |
| <p>19. Gibt es weitere Anmerkungen oder Hinweise von Ihrer Seite?</p> |

Leitfaden (Patientenvertretende)

Stand: 11. Januar 2023

| | | |
|-------------------------------|---|------------|
| Leistungsbereich: | Stationäre Behandlung der Tabakabhängigkeit | |
| Datum: | | |
| Dauer: | | |
| Interviewer: | | |
| Interviewter: | (Name, Institution, Dienststellung) | |
| benannt durch: | | |
| Teilnehmerinformation: | <input type="checkbox"/> | liegt vor |
| Vertraulichkeitserklärung: | <input type="checkbox"/> | liegt vor |
| Interessenskonflikterklärung: | <input type="checkbox"/> | abgenommen |

Versorgungspfad:

[Vorstellen und anschließende Diskussion des Versorgungspfads]

20. Gibt es Gesichtspunkte, die aus Ihrer Sicht im Versorgungspfad fehlen und ergänzt werden sollten?
21. Gibt es Gesichtspunkte im vorliegenden Versorgungspfad, die aus Ihrer Sicht angepasst/verändert werden sollten?
22. Haben Sie weitere Anmerkungen zum Versorgungspfad?

Fachliche Aspekte:

| |
|---|
| Erfassung und Bestimmung der Nikotinabhängigkeit |
| 20. Welche diagnostische Verfahren eignen sich für die Erfassung und Bestimmung der Nikotinabhängigkeit? |
| Patientenberatung |
| 21. Zu welchem/welchen Zeitpunkt/en sollte den Patientinnen und Patienten eine Tabakentwöhnung angeboten werden? |
| 22. Welche Maßnahmen sollten im Rahmen der Rauchstoppperatung fester Bestandteil sein (z. B. Kurzberatung, Selbsthilfematerialien)? |

23. Welche Rolle spielt die Patientenberatung bei der Planung der Rauchstoppbehandlung?

Rauchstoppbehandlung

24. Welche Maßnahmen sollten fester Bestandteil der Rauchstoppbehandlung sein?

25. Welche Formen der Psychotherapie eignen sich im Rahmen des stationären Aufenthalts für die Tabakentwöhnung (z. B. Verhaltenstherapie, Gruppen- oder Einzelintervention)?

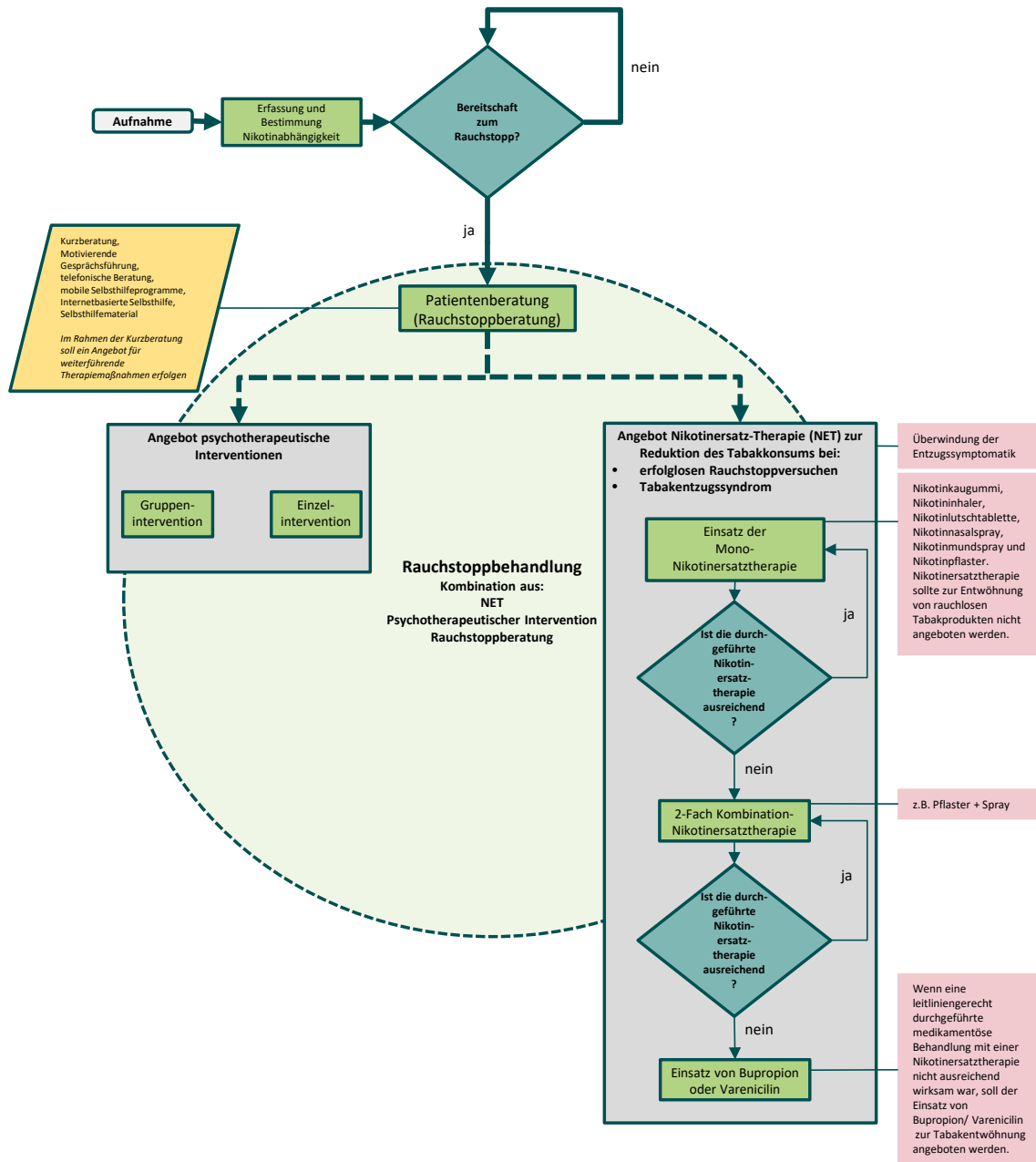
26. Wie kann festgestellt werden, dass die Tabakentwöhnung erfolgreich ist?

Allgemeine abschließende Fragen:

23. Gibt es weitere Anmerkungen oder Hinweise von Ihrer Seite?

Anlagen

Versorgungspfad



| Qualitätsaspekt | Beschreibung | Qualitätsmerkmal |
|-----------------------------|---|--|
| Screening | Die Bestimmung der Nikotinabhängigkeit kann anhand unterschiedlicher Tests erfolgen. Dazu werden neben Patientenbefragungen zum Tabakkonsum (Fagerströmtest) auch laboratorische Test zur Bestimmung angewandt. | Erfassung und Bestimmung der Nikotinabhängigkeit (Tabakkonsum-Anamnese und behandlungsbegleitende periodisierte Befragung zum Tabakkonsum, Fagerströmtest) |
| Patientenberatung | Grundsätzlich sollen Patientinnen/Patienten eine Beratung erhalten, die einen Rauchstopp in Erwägung ziehen. Übergeordnetes Ziel der Patientenberatung stellt die Erreichung eines Rauchstopps dar, der durch ein motivierendes Gespräch gestärkt werden und durch die Bereitstellung von Selbsthilfematerialien unterstützt werden soll. | Angebot einer Rauchstopp-Kurzberatung |
| | | Weiterführende Angebote im Rahmen der Rauchstopp-Kurzberatung |
| | | Bereitstellung von Selbsthilfematerialien im Rahmen der Rauchstopp-Kurzberatung |
| Nikotinersatztherapie (NET) | Basierend auf der Festlegung der Nikotin-/Tabakabhängigkeit wird nach der Einwilligung der Patientinnen/Patienten eine Nikotinersatztherapie angewandt, die in erster Linie als Monotherapie (z.B. Nikotinspray, -pflaster, etc.) erfolgt. Bei einer erfolglosen Monotherapie erfolgt eine Kombinationstherapie. Ist eine Kombinationstherapie ebenfalls unzureichend erfolgt der Einsatz von Bupropion oder Varenicilin. Eine NET sollte bei Patientinnen/Patienten, die unter Depressionen leiden, im Rahmen eines Staged-Care Ansatzes in Kombination mit weiteren therapeutischen Maßnahmen erfolgen. | Angebot einer Nikotinersatztherapie |
| | | Angebot einer Kombinations-Nikotinersatztherapie (bei erfolgloser Monoersatztherapie) |
| | | Vermeidung einer Nikotinersatztherapie bei einer Abhängigkeit von rauchlosen Tabakprodukten |
| | | Angebot von Bupropion oder Varenicilin bei erfolgloser Kombinationstherapie |
| | | Angebot eines Staged-Care Ansatzes bei Patientinnen/Patienten mit Depressionen |

| Qualitätsaspekt | Beschreibung | Qualitätsmerkmal |
|-------------------------------------|---|---|
| Psychotherapeutische Interventionen | Psychotherapeutische Verfahren sollten im Rahmen der Tabak- und Nikotinentwöhnung ein fester Bestandteil sein. Neben verhaltenstherapeutischen Einzelinterventionen, die die Patientinnen/Patienten in der Erreichung der Tabakabstinenz unterstützen sollen, besteht auch die Möglichkeit von verhaltenstherapeutischen Gruppeninterventionen. Dabei sollte der Einsatz von Aversionstherapien vermieden werden. Bei bestimmten psychischen Erkrankungen ist die psychotherapeutische Interventionen individuell anzupassen. | Angebot von psychotherapeutischen Intervention |
| Kombinationstherapie | Weisen Patientinnen/Patienten eine hohe Tabakabhängigkeit auf, so sollte eine Kombinationstherapie aus Psycho- und Pharmakotherapie erfolgen. Die Therapie sollte unter Berücksichtigung des Alters und bestimmten Erkrankungen, wie zum Beispiel COPD, Tumorerkrankungen, tabakassoziierten Erkrankungen oder Substanzstörungen patientenindividuell angepasst werden. | Indikation für eine Kombinationstherapie |
| Nachsorge | Die im Krankenhaus begonnene Tabak-/Nikotinentwöhnung soll im Rahmen eines Nachsorgeprogramms durch bestehenden Kontakt zum klinischen Personal über mindestens einen Monat unterstützt werden. | Patientinnen/Patienten mit einer tabakassoziierten Erkrankung sollten mindestens einen Monat lang nach Rauchstopp betreut werden. |
| Rauchverbot | Die Vermeidung von passiven Tabakrauchexpositionen soll im Rahmen des stationären Aufenthalts gegeben sein. | Vermeidung passive Tabakrauchexposition |

Anhang E: Berücksichtigte Leitlinien und Leitlinienempfehlungen

Anhang E.1: Mangelernährung

Charakteristika der berücksichtigten Leitlinien

| # | Autor | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|---|------|---|--|---|---|---|
| 1 | Roeland et al. (2020) | 2020 | Management of Cancer Cachexia: ASCO Guideline | American Society of Clinical Oncology (ASCO), USA | The aim of this review is to provide evidence-based recommendations for the treatment of cancer cachexia. | Adult patients with advanced cancer and loss of appetite, body weight, and/or lean body mass (ie, skeletal muscle). | Clinicians who provide care to adult patients with cancer, as well as patients and caregivers. |
| 2 | Head and Neck Guideline Steering Committee (2021) | 2021 | Evidence-based practice guidelines for the nutritional management of adult patients with head and neck cancer | Clinical oncological Society of Australia, Australia | The purpose of these guidelines is to provide the multidisciplinary team of health professionals with a summary of evidence-based clinical questions related to the nutrition management of adult patients with head and neck cancer. | Adult patients (>18 years old) with head and neck cancer. | Clinicians involved in the care for head and neck cancer patients. |
| 3 | Volkert et al. (2019) | 2019 | ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics | European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, kein Herkunftsland | The present guideline aims to provide evidence-based recommendations for clinical nutrition and hydration in older persons in order to prevent and/or treat malnutrition and dehydration as far as possible. | Patients (mean age 65 years) with malnutrition or at risk of malnutrition. | All health care providers involved in geriatric care, e.g. medical doctors, nursing staff, nutrition professionals and herapists but also welfare |

| # | Autor | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|---------------------------|------|--|--|--|--|---|
| | | | | | | | workers and informal caregivers. |
| 4 | Singer et al. (2019) | 2019 | ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit | European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, kein Herkunftsland | Guideline to provide best medical nutritional therapy to critically ill patients. | Adult intensive care unit (ICU) patients. | Clinical staff of intensive care units. |
| 5 | Weimann et al. (2021) | 2021 | ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery | European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, kein Herkunftsland | The focus of this guideline is to cover nutritional aspects of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) concept and the special nutritional needs of patients undergoing major surgery, e.g. for cancer, and of those developing severe complications despite best perioperative care. | Patients undergoing major surgery. The guideline focuses on the issue of nutritional support therapy in patients at risk being unable to cover appropriately by oral intake their energy requirements for a longer period of time. | Clinical personal being responsible für patintes undergoing major surgery. |
| 6 | Muscaritoli et al. (2021) | 2021 | ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer | European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, kein Herkunftsland | To translate current evidence and expert opinion into recommendations for multidisciplinary teams responsible for identification, prevention, and treatment of reversible elements of malnutrition in cancer patients. The specific objectives of this guideline, therefore, are to improve early detection and treatment of malnutrition and metabolic derangements in cancer patients and cancer survivors; to provide guidance to health care workers and patients on the most appropriate and effective | Adult cancer patients and all cancer survivors independent of severity of disease, stage of disease, or comorbidities. | This GL is intended to be used by clinical oncologists, health care providers involved in supportive care of cancer patients and cancer survivors, e.g. medical specialists involved in cancer treatment, family physicians, pharmacists, nurses, dieticians, nutritionists, and exercise physiologists, as |

| # | Autor | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|-------------|------|--|--|---|--|---|
| | | | | | management of nutritional and metabolic problems in cancer patients; and, by this, to lower the incidence and impact of malnutrition and metabolic derangements in cancer patients and survivors. | | well as by medical leaders and administrators of oncological institutes. |
| 7 | NICE (2017) | 2017 | Nutrition Support for Adults Oral Nutrition Support, Enteral Tube Feeding and Parenteral Nutrition | National Collaborating Centre or Acute Care, England | To improve the practice of nutrition support by providing evidence and information for all healthcare professionals, patients and their carers so that malnutrition whether in hospital or in the community, is recognized and treated by the best form of nutrition support at the appropriate time. | Adult patients (>18 years) who are either malnourished or are at 'risk' of malnutrition. | All healthcare professionals who come into contact with patients, as well as to the patients themselves and their carers. It is also expected that the guideline will also be of value to those involved in clinical governance in both primary and secondary care to help ensure that arrangements are in place to identify, treat and audit malnutrition and the use of nutrition support within their organisations. |

Synthese der möglichen Qualitätsanforderungen

| Qualitätsaspekt | Mögliche Qualitätsanforderung | Empfehlungen |
|-------------------------------|--|--|
| Schulung Personal | Behandlung der Mangelernährung durch geschultes Personal. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Health care professionals as well as informal caregivers should be offered nutritional education in order to ensure awareness of and basic knowledge on nutritional problems and thus promote adequate dietary intake of older persons with malnutrition or at risk of malnutrition. |
| Screening auf Mangelernährung | Die Patientinnen und Patienten werden mit einem standardisierten Instrument auf (ein) Mangelernährung(-srisiko) untersucht. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Malnutrition screening should be undertaken on all patients at diagnosis to identify those at nutritional risk and then repeated at intervals through each stage of treatment (e.g. surgery, radiotherapy/chemotherapy, and post treatment). If identified at high risk refer to the dietitian for early intervention. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> For all cancer patients undergoing either curative or palliative surgery, we recommend management within an enhanced recovery after surgery (ERAS) program; within this program, every patient should be screened for malnutrition and if deemed at risk, given additional nutritional support. Use a validated nutrition screening tool (e.g. Malnutrition Screening Tool) for identifying malnutrition risk in cancer patients. To detect nutritional disturbances at an early stage, we recommend to regularly evaluate nutritional intake, weight change, and body mass index (BMI), beginning with cancer diagnosis and repeated depending on the stability of the clinical situation. |
| Ernährungs-Assessment | <p>Ernährungs-Assessment bei Patientinnen und Patienten mit Mangelernährungs(-srisiko) durch ein Mitglied des Ernährungsteams:</p> <ul style="list-style-type: none"> Anamnese der Körperzusammensetzung Bestimmung des Energie- und Nährstoffbedarfs, | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> In patients with abnormal screening, we recommend objective and quantitative assessment of nutritional intake, nutrition impact symptoms, muscle mass, physical performance and the degree of systemic inflammation. Use a validated nutrition assessment tool (e.g. scored Patient Generated-Subjective Global Assessment or Subjective Global Assessment) to assess nutritional status. Guiding value for energy intake in older persons is 30 kcal per kg body weight and day; this value should be individually adjusted with regard to nutritional status, physical activity level, disease status and tolerance. |

| Qualitätsaspekt | Mögliche Qualitätsanforderung | Empfehlungen |
|--------------------|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnese der Nahrungsaufnahme ▪ Überprüfung der körperlichen Leistungsfähigkeit | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aim for energy and protein intakes of at least 125kJ/kg/day (30kcal/kg/day) and 1.2g protein/kg/day in patients receiving radiotherapy or chemoradiotherapy. Patients should have their weight and nutritional intake monitored regularly to determine whether their energy requirements are being met. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients who receive adjuvant radiotherapy are a high nutrition risk group and should be monitored closely for nutrition impact symptoms e.g. dysphagia, time and effort with meals, appetite, and long term side effects of treatment such as dysgeusia and xerostomia. ▪ In critically ill mechanically ventilated patients, EE (energy expenditure) should be determined by using indirect calorimetry. |
| | Regelmäßige Wiederholung des Ernährungs-Assessments zur Überprüfung der Ernährungstherapie und deren Anpassung bei Bedarf. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ We recommend to routinely screen all patients with advanced cancer for inadequate nutritional intake, weight loss, and low BMI, and if found at risk, to assess these patients further for both treatable nutrition impact symptoms and metabolic derangements. ▪ Guiding value for energy intake in older persons is 30 kcal per kg body weight and day; this value should be individually adjusted with regard to nutritional status, physical activity level, disease status and tolerance. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ During periods of exercise interventions, adequate amounts of energy and protein should be provided to older persons with malnutrition or at risk of malnutrition in order to maintain body weight and to maintain or improve muscle mass. ▪ Monitor weight, intake and nutritional status during and post (chemo) radiotherapy. |
| Ernährungstherapie | Ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mangelernährung (-srisiko) unter der Anwendung von: <ul style="list-style-type: none"> ▪ oraler und/oder ▪ enteraler und/oder | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Older persons with malnutrition or at risk of malnutrition should be offered fortified food in order to support adequate dietary intake. ▪ Hospitalized older persons with malnutrition or at risk of malnutrition shall be offered ONS, in order to improve dietary intake and body weight, and to lower the risk of complications and readmission. |

| Qualitätsaspekt | Mögliche Qualitätsanforderung | Empfehlungen |
|-----------------|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ parenteraler Ernährung. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ We recommend nutritional intervention to increase oral intake in cancer patients who are able to eat but are malnourished or at risk of malnutrition. This includes dietary advice, the treatment of symptoms and derangements impairing food intake (nutrition impact symptoms), and offering oral nutritional supplements (ONS). ▪ Peri- or at least postoperative administration of specific formula enriched with (arginine, omega-3-fatty acids, ribonucleotides) should be given in malnourished patients undergoing major cancer surgery. There is currently no clear evidence for the sole use of these formulas enriched with immunonutrients vs. standard oral nutritional supplements (ONS) in the preoperative period. ▪ Preoperatively, ONS shall be given to all malnourished cancer and high-risk patients undergoing major abdominal surgery. A special group of high-risk patients are the elderly people with sarcopenia. ▪ Older persons with malnutrition or at risk of malnutrition and with eating dependency in institutions as well as at home shall be offered mealtime assistance in order to support adequate dietary intake. ▪ In institutional settings, food intake of older persons with malnutrition or at risk of malnutrition shall be supported by a home-like, pleasant dining environment in order to support adequate dietary intake and maintain quality of life. ▪ Healthcare professionals should consider oral nutrition support to improve nutritional intake for people who can swallow safely and are malnourished or at risk of malnutrition. ▪ Peri-operative oral nutrition support should be considered for surgical patients who can swallow safely and are malnourished. ▪ Evidence remains insufficient to strongly endorse any pharmacologic agent to improve cancer cachexia outcomes; clinicians may choose not to offer medications for the treatment of cancer cachexia. There are currently no FDA-approved medications for the indication of cancer cachexia. ▪ Clinicians may offer a short-term trial of a progesterone analog or a corticosteroid to patients experiencing loss of appetite and/or body weight. The choice of agent and duration of treatment depends on treatment goals and assessment of risk versus benefit. ▪ We recommend not to use dietary provisions that restrict energy intake in patients with or at risk of malnutrition. ▪ In a patient undergoing curative anticancer drug treatment, if oral food intake is inadequate despite counseling and ONS, we recommend supplemental EN or, if this is not sufficient or possible, PN. |

| Qualitätsaspekt | Mögliche Qualitätsanforderung | Empfehlungen |
|-----------------|-------------------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ If a decision has been made to feed a patient, we recommend EN if oral nutrition remains inadequate despite nutritional interventions (counseling, ONS), and PN if EN is not sufficient or feasible. ▪ If oral intake is not possible, early EN (within 48 h) in critically ill adult patients should be performed/ initiated rather than delaying EN. ▪ If oral intake is not possible, early EN (within 48 h) shall be performed/initiated in critically ill adult patients rather than early PN. ▪ We do not recommend PN as a general treatment in radiotherapy but only if adequate oral/enteral nutrition is not possible, e.g. in severe radiation enteritis or severe malabsorption. ▪ To avoid overfeeding, early full EN and PN shall not be used in critically ill patients but shall be prescribed within three to seven days. ▪ If oral nutrition is inadequate we suggest preferring EN to PN, unless there is severe mucositis, intractable vomiting, ileus, severe malabsorption, protracted diarrhea or symptomatic GI graft versus host disease. ▪ Prophylactic tube feeding compared to reactive tube feeding demonstrates improves nutrition outcomes (weight loss), quality of life and clinical outcomes (reduced hospital admissions, LOS and treatment interruptions) during the treatment phase. ▪ Prophylactic enteral feeding should be considered to improve nutritional status, cost and patient outcomes for patients who have T4 or hypopharyngeal tumours undergoing concurrent chemoradiotherapy. Other patient groups should be considered by the multidisciplinary team on an individual basis dependent on other clinical factors such as tumour site, staging, effect of multi-modality treatments, radiotherapy treatment fields and dose, type of surgical procedure, nutritional status, dysphagia and social support. ▪ Prophylactic tube feeding compared to reactive tube feeding does not improve nutrition outcomes (weight loss/BMI) in long-term post-treatment phase (6 months post treatment and beyond). ▪ Enteral tube feeding should not be given to people unless they are malnourished or at risk of malnutrition and have; inadequate or unsafe oral intake and a functional, accessible gastrointestinal tract, or they are taking part in a clinical trial. |

| Qualitätsaspekt | Mögliche Qualitätsanforderung | Empfehlungen |
|-----------------|-------------------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ General surgical patients should not have enteral tube feeding within 48 hours post-surgery unless they are malnourished or at risk of malnutrition and have; inadequate or unsafe oral intake and a functional, accessible gastrointestinal tract. ▪ Patients who are unable to eat and are reliant on tube feeding should be screened for distress and provided with psychosocial supports to assist with quality of life. ▪ Continuous rather than bolus EN should be used. ▪ For patients not tolerating adequate intake orally, tube feeding should be used to improve nutritional intake and minimise weight loss. ▪ If oral food intake has been decreased severely for a prolonged period, we recommend to increase (oral, enteral or parenteral) nutrition only slowly over several days and to take additional precautions to prevent a refeeding syndrome. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ High doses of omega-3-enriched EN formula should not be given by bolus administration. ▪ High doses omega-3 enriched enteral formulas should not be given on a routine basis. ▪ Low dose EN should be administered <ul style="list-style-type: none"> ▫ in patients receiving therapeutic hypothermia and increasing the dose after rewarming; ▫ in patients with intra-abdominal hypertension without abdominal compartment syndrome, whereas temporary reduction or discontinuation of EN should be considered when intra-abdominal pressure values further increase under EN; and ▫ in patients with acute liver failure when acute, immediately life-threatening metabolic derangements are controlled with or without liver support strategies, independent on grade of encephalopathy. ▪ Trauma patients should preferentially receive early EN instead of early PN. ▪ People in general medical, surgical and intensive care wards who are malnourished or at risk of malnutrition and have; inadequate or unsafe oral intake and a functional, accessible gastrointestinal tract should be fed via a tube into the stomach unless there is upper gastrointestinal dysfunction. |

| Qualitätsaspekt | Mögliche Qualitätsanforderung | Empfehlungen |
|-----------------|-------------------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surgical patients who are: malnourished, and have; inadequate or unsafe oral intake and a functional, accessible gastrointestinal tract and are due to undergo major abdominal procedures, should be considered for pre-operative enteral tube feeding. ▪ Early EN should be performed <ul style="list-style-type: none"> ▫ in patients receiving ECMO ▫ in patients with traumatic brain injury ▫ in patients with stroke (ischemic or hemorrhagic) ▫ in patients with spinal cord injury ▫ in patients with severe acute pancreatitis ▫ in patients after GI surgery ▫ in patients after abdominal aortic surgery ▫ in patients with abdominal trauma when the continuity of the GI tract is confirmed/restored ▫ in patients receiving neuromuscular blocking agents ▫ in patients managed in prone position ▫ in patients with open abdomen regardless of the presence of bowel sounds unless bowel ischemia or obstruction is suspected in patients with diarrhea. ▪ Early EN (within 24 h) shall be initiated in patients in whom early oral nutrition cannot be started, and in whom oral intake will be inadequate (<50%) for more than seven days <ul style="list-style-type: none"> ▫ patients undergoing major head and neck or gastrointestinal surgery for cancer ▫ patients with severe trauma including brain injury ▫ patients with obvious malnutrition at the time of surgery. ▪ With special regard to malnourished patients, placement of a nasojejunal tube or NCJ should be considered for all candidates for EN undergoing major upper gastrointestinal and pancreatic surgery. ▪ In case of contraindications to oral and EN, PN should be implemented within three to seven days. |

| Qualitätsaspekt | Mögliche Qualitätsanforderung | Empfehlungen |
|--------------------|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Preoperative PN shall be administered only in patients with malnutrition or severe nutritional risk where energy requirement cannot be adequately met by EN. A period of 7e14 days is recommended. ▪ Peri-operative supplementary parenteral nutrition should not be given to surgical patients unless they are malnourished or at risk of malnutrition and have an inadequate or unsafe oral and/or enteral nutritional intake or a nonfunctional, inaccessible or perforated (leaking) gastrointestinal tract. ▪ In surgical cancer patients at risk of malnutrition or who are already malnourished, we recommend appropriate nutritional support both during hospital care and following discharge from the hospital (oral / enteral). ▪ If intestinal tolerance persistently limits enteral tube feeding in surgical or critical care patients, parenteral nutrition should be used to supplement or replace enteral tube feeding. ▪ Healthcare professionals should consider supplementary peri-operative parenteral nutrition in malnourished surgical patients who have an inadequate or unsafe oral and/or enteral nutritional intake or a non-functional, inaccessible or perforated (leaking) gastrointestinal tract. ▪ Continuous administration of parenteral nutrition should be offered as the preferred method of infusion in severely ill people who require parenteral nutrition. ▪ In patients with refeeding hypophosphatemia energy supply should be restricted for 48 h and then gradually increased. |
| Ernährungsberatung | Angebot einer therapiebegleitenden Ernährungsberatung zur Edukation der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ We recommend nutritional intervention to increase oral intake in cancer patients who are able to eat but are malnourished or at risk of malnutrition. This includes dietary advice, the treatment of symptoms and derangements impairing food intake (nutrition impact symptoms), and offering oral nutritional supplements (ONS). ▪ Patients who are not malnourished at baseline, but are identified as having future high nutritional risk, should be referred to the dietitian prior to the commencement of treatment for assessment and consideration of appropriate nutrition support. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Older persons with malnutrition or at risk of malnutrition and/or their caregivers should be offered individualized nutritional counseling in order to support adequate dietary intake and improve or maintain nutritional status. |

| Qualitätsaspekt | Mögliche Qualitätsanforderung | Empfehlungen |
|-----------------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Older persons with malnutrition or at risk of malnutrition should be offered nutritional information and education as part of a comprehensive intervention concept in order to improve awareness of and knowledge about nutritional problems and thus promote adequate dietary intake. ▪ Dietary counselling and/or supplements are effective methods of nutrition intervention, and weekly dietitian contact improves outcomes in patients receiving radiotherapy. ▪ Patient should be seen weekly by a dietitian during radiotherapy. |
| Entlassung | Planung der ernährungstherapeutischen Versorgung der Patientinnen und Patienten nach der Entlassung. | <u>Empfehlungen (Synthese):</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient should receive minimum fortnightly follow up by a dietitian for at least 6 weeks post treatment. ▪ Patients should be reviewed by a dietitian as required for up to 6 months post treatment, and then for as long they require management of chronic toxicities, weight loss or tube feeding. |

Nach den Einschlusskriterien (siehe Anhang A) extrahierte Empfehlungen

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| 1 | 2.1 | Evidence remains insufficient to strongly endorse any pharmacologic agent to improve cancer cachexia outcomes; clinicians may choose not to offer medications for the treatment of cancer cachexia. There are currently no FDA-approved medications for the indication of cancer cachexia. | moderate | low | 2444 |
| | 2.2 | Clinicians may offer a short-term trial of a progesterone analog or a corticosteroid to patients experiencing loss of appetite and/or body weight. The choice of agent and duration of treatment depends on treatment goals and assessment of risk versus benefit. | moderate | intermediate | 2444 |
| 2 | Q2 | Malnutrition screening should be undertaken on all patients at diagnosis to identify those at nutritional risk and then repeated at intervals through each stage of treatment (e.g. surgery, radiotherapy/chemotherapy, and post treatment). If identified at high risk refer to the dietitian for early intervention. | B | / | / |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | Q2 | Patients who are not malnourished at baseline, but are identified as having future high nutritional risk, should be referred to the dietitian prior to the commencement of treatment for assessment and consideration of appropriate nutrition support. | C | / | / |
| | Q3 | Use a validated nutrition screening tool (e.g. Malnutrition Screening Tool) for identifying malnutrition risk in cancer patients. | B | / | / |
| | Q4 | Use a validated nutrition assessment tool (e.g. scored Patient Generated-Subjective Global Assessment or Subjective Global Assessment) to assess nutritional status. | B | / | / |
| | Q6 | Pre operative nutrition intervention in malnourished patients may lead to improved outcomes such as quality of life and reduce adverse related consequences of malnutrition. | B | / | / |
| | Q9 | Aim to maintain/prevent a decline/improve nutritional status and associated outcomes in adults with malnutrition or at risk of malnutrition. | A | / | / |
| | Q10 | Aim to maintain/prevent a decline/improve nutritional status and associated outcomes in adults with malnutrition or at risk of malnutrition. | A | / | / |
| | Q11 | Aim to minimise a decline in nutritional status/weight and to maintain quality of life and symptom management in patients receiving radiotherapy/chemotherapy. | A | / | / |
| | Q13 | Aim for energy and protein intakes of at least 125kJ/kg/day (30kcal/kg/day) and 1.2g protein/kg/day in patients receiving radiotherapy or chemoradiotherapy. Patients should have their weight and nutritional intake monitored regularly to determine whether their energy requirements are being met. | C | / | / |
| | Q15 | Prophylactic enteral feeding should be considered to improve nutritional status, cost and patient outcomes for patients who have T4 or hypopharyngeal tumours undergoing concurrent chemoradiotherapy. Other patient groups should be considered by the multidisciplinary team on an individual basis dependent on other clinical factors such as tumour site, staging, effect of multi-modality treatments, radiotherapy treatment fields and dose, type of surgical procedure, nutritional status, dysphagia and social support. | C | / | / |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | Q19 | Dietary counselling and/or supplements are effective methods of nutrition intervention, and weekly dietitian contact improves outcomes in patients receiving radiotherapy. | A | / | / |
| | Q19 | For patients not tolerating adequate intake orally, tube feeding should be used to improve nutritional intake and minimise weight loss. | B | / | / |
| | Q19 | Prophylactic tube feeding compared to oral intake alone demonstrates improved nutrition outcomes with less weight loss. | B | / | / |
| | Q19 | Prophylactic tube feeding compared to reactive tube feeding demonstrates improved nutrition outcomes (weight loss), quality of life and clinical outcomes (reduced hospital admissions, LOS and treatment interruptions) during the treatment phase. | B | / | / |
| | Q19 | Prophylactic tube feeding compared to reactive tube feeding does not improve nutrition outcomes (weight loss/BMI) in long-term post-treatment phase (6 months post treatment and beyond). | B | / | / |
| | Q19 | Patients who are unable to eat and are reliant on tube feeding should be screened for distress and provided with psychosocial supports to assist with quality of life. | C | / | / |
| | Q20 | Targeted therapy treatments (e.g. Cetuximab) have high rates of weight loss, mucositis and need for tube feeding. Patient should be managed in the same way as for conventional chemoradiotherapy. | C | / | / |
| | Q20 | IMRT has not been found to reduce toxicity significantly, with still a high rate of weight loss, mucositis and need for tube feeding. Patients should be managed in the same way as for conventional radiotherapy. | C | / | / |
| | Q23 | Patient should be seen weekly by a dietitian during radiotherapy. | A | / | / |
| | Q23 | Patient should receive minimum fortnightly follow up by a dietitian for at least 6 weeks post treatment. | A | / | / |
| | Q23 | Patients should be reviewed by a dietitian as required for up to 6 months post treatment, and then for as long they require management of chronic toxicities, weight loss or tube feeding. | C | / | / |
| | Q24 | Monitor weight, intake and nutritional status during and post (chemo) radiotherapy. | A | / | / |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | Q25 | Patients who receive adjuvant radiotherapy are a high nutrition risk group and should be monitored closely for nutrition impact symptoms e.g. dysphagia, time and effort with meals, appetite, and long term side effects of treatment such as dysgeusia and xerostomia. | C | / | / |
| 3 | 1 | Guiding value for energy intake in older persons is 30 kcal per kg body weight and day; this value should be individually adjusted with regard to nutritional status, physical activity level, disease status and tolerance. | B | / | 14 |
| | 12 | Older persons with malnutrition or at risk of malnutrition and with eating dependency in institutions (A) as well as at home (GPP) shall be offered mealtime assistance in order to support adequate dietary intake. | A | / | 18 |
| | 13 | In institutional settings, food intake of older persons with malnutrition or at risk of malnutrition shall be supported by a home-like, pleasant dining environment in order to support adequate dietary intake and maintain quality of life. | A | / | 19 |
| | 16 | Older persons with malnutrition or at risk of malnutrition should be offered nutritional information and education as part of a comprehensive intervention concept in order to improve awareness of and knowledge about nutritional problems and thus promote adequate dietary intake. | B | / | 20 |
| | 17 | Health care professionals as well as informal caregivers should be offered nutritional education in order to ensure awareness of and basic knowledge on nutritional problems and thus promote adequate dietary intake of older persons with malnutrition or at risk of malnutrition. | B | / | 21 |
| | 18 | Older persons with malnutrition or at risk of malnutrition and/or their caregivers should be offered individualized nutritional counseling in order to support adequate dietary intake and improve or maintain nutritional status. | B | / | 21 |
| | 20 | Older persons with malnutrition or at risk of malnutrition should be offered fortified food in order to support adequate dietary intake. | B | / | 22 |
| | 24 | Hospitalized older persons with malnutrition or at risk of malnutrition shall be offered ONS, in order to improve dietary intake and body weight, and to lower the risk of complications and readmission. | A | / | 23 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|------------------|------------------------|
| | 26 | Oral nutritional supplements offered to an older person with malnutrition or at risk of malnutrition, shall provide at least 400 kcal/day including 30 g or more of protein/day. | A | / | 24 |
| | 42 | During periods of exercise interventions, adequate amounts of energy and protein should be provided to older persons with malnutrition or at risk of malnutrition in order to maintain body weight and to maintain or improve muscle mass. | B | / | 29 |
| | 53 | Nutritional interventions should be offered to malnourished older patients with pressure ulcers to improve healing. | B | / | 32 |
| | 82 | Older adults with mild/moderate/severe volume depletion should receive isotonic fluids orally, nasogastrically, subcutaneously or intravenously. | B | / | 40 |
| 4 | 4 | If oral intake is not possible, early EN (within 48 h) in critically ill adult patients should be performed/initiated rather than delaying EN. | B | strong consensus | 55 |
| | 5 | If oral intake is not possible, early EN (within 48 h) shall be performed/initiated in critically ill adult patients rather than early PN. | A | strong consensus | 55 |
| | 6 | In case of contraindications to oral and EN, PN should be implemented within three to seven days. | B | consensus | 55 |
| | 8 | To avoid overfeeding, early full EN and PN shall not be used in critically ill patients but shall be prescribed within three to seven days. | A | strong consensus | 55 |
| | 9 | Continuous rather than bolus EN should be used. | B | strong consensus | 56 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|------------------|------------------------|
| | 11 | In patients with gastric feeding intolerance not solved with prokinetic agents, postpyloric feeding should be used. | B | strong consensus | 57 |
| | 13 | In critically ill patients with gastric feeding intolerance, intravenous erythromycin should be used as a first line prokinetic therapy. | B | strong consensus | 57 |
| | 15 | In critically ill mechanically ventilated patients, EE (energy expenditure) should be determined by using indirect calorimetry. | B | strong consensus | 58 |
| | 17 | Hypocaloric nutrition (not exceeding 70% of EE) should be administered in the early phase of acute illness. | B | strong consensus | 58 |
| | 19 | If predictive equations are used to estimate the energy need, hypocaloric nutrition (below 70% estimated needs) should be preferred over isocaloric nutrition for the first week of ICU stay. | B | strong consensus | 60 |
| | 26 | In patients with burns > 20% body surface area, additional enteral doses of GLN (0.3-0.5 g/kg/d) should be administered for 10-15 days as soon as EN is commenced. | B | strong consensus | 63 |
| | 28 | In ICU patients except burn and trauma patients, additional enteral GLN should not be administered. | B | strong consensus | 63 |
| | 29 | In unstable and complex ICU patients, particularly in those suffering from liver and renal failure, parenteral GLN - dipeptide shall not be administered. | A | strong consensus | 63 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|------------------|------------------------|
| | 30 | High doses of omega-3-enriched EN formula should not be given by bolus administration. | B | strong consensus | 64 |
| | 32 | High doses omega-3 enriched enteral formulas should not be given on a routine basis. | B | consensus | 64 |
| | 34 | To enable substrate metabolism, micronutrients (i.e. trace elements and vitamins) should be provided daily with PN. | B | strong consensus | 65 |
| | 35 | Antioxidants as high dose monotherapy should not be administered without proven deficiency. | B | strong consensus | 65 |
| | 38 | <p>EN should be delayed</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ if shock is uncontrolled and hemodynamic and tissue perfusion goals are not reached, whereas low dose EN can be started as soon as shock is controlled with fluids and vasopressors/inotropes, while remaining vigilant for signs of bowel ischemia; ▪ in case of uncontrolled life-threatening hypoxemia, hypercapnia or acidosis, whereas EN can be started in patients with stable hypoxemia, and compensated or permissive hypercapnia and acidosis; ▪ in patients suffering from active upper GI bleeding, whereas EN can be started when the bleeding has stopped and no signs of re-bleeding are observed; ▪ in patients with overt bowel ischemia; ▪ in patients with high-output intestinal fistula if reliable feeding access distal to the fistula is not achievable; ▪ in patients with abdominal compartment syndrome; and ▪ if gastric aspirate volume is above 500 ml/6 h. | B | strong consensus | 66 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|------------------|------------------------|
| | 39 | <p>Low dose EN should be administered</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ in patients receiving therapeutic hypothermia and increasing the dose after rewarming; ▪ in patients with intra-abdominal hypertension without abdominal compartment syndrome, whereas temporary reduction or discontinuation of EN should be considered when intra-abdominal pressure values further increase under EN; and ▪ in patients with acute liver failure when acute, immediately life-threatening metabolic derangements are controlled with or without liver support strategies, independent on grade of encephalopathy. | B | strong consensus | 66 |
| | 40 | <p>Early EN should be performed</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ in patients receiving ECMO ▪ in patients with traumatic brain injury ▪ in patients with stroke (ischemic or hemorrhagic) ▪ in patients with spinal cord injury ▪ in patients with severe acute pancreatitis ▪ in patients after GI surgery ▪ in patients after abdominal aortic surgery ▪ in patients with abdominal trauma when the continuity of the GI tract is confirmed/restored ▪ in patients receiving neuromuscular blocking agents ▪ in patients managed in prone position ▪ in patients with open abdomen ▪ regardless of the presence of bowel sounds unless bowel ischemia or obstruction is suspected in patients with diarrhea. | B | strong consensus | 67 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|------------------|------------------------|
| | 50 | Trauma patients should preferentially receive early EN instead of early PN. | B | strong consensus | 69 |
| | 54 | Insulin shall be administered, when glucose levels exceed 10 mmol/L. | A | strong consensus | 71 |
| | 57 | In patients with refeeding hypophosphatemia energy supply should be restricted for 48 h and then gradually increased. | B | strong consensus | 71 |
| 5 | 12 | Postoperative PN including omega-3-fatty acids should be considered only in patients who cannot be adequately fed enterally and, therefore, require PN. | B | / | 4749 |
| | 13 | Peri- or at least postoperative administration of specific formula enriched with (arginine, omega-3-fatty acids, ribonucleotides) should be given in malnourished patients undergoing major cancer surgery. There is currently no clear evidence for the sole use of these formulas enriched with immunonutrients vs. standard oral nutritional supplements (ONS) in the preoperative period. | B | / | 4749 |
| | 14 | Patients with severe nutritional risk shall receive nutritional therapy prior to major surgery even if operations including those for cancer have to be delayed. A period of seven to 14 days may be appropriate. | A | / | 4750 |
| | 17 | Preoperatively, ONS shall be given to all malnourished cancer and high-risk patients undergoing major abdominal surgery. A special group of high-risk patients are the elderly people with sarcopenia. | A | / | 4751 |
| | 20 | Preoperative PN shall be administered only in patients with malnutrition or severe nutritional risk where energy requirement cannot be adequately met by EN. A period of 7e14 days is recommended. | A | / | 4751 |
| | 21 | Early EN (within 24 h) shall be initiated in patients in whom early oral nutrition cannot be started, and in whom oral intake will be inadequate (<50%) for more than seven days | A | / | 4752 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ patients undergoing major head and neck or gastrointestinal surgery for cancer ▪ patients with severe trauma including brain injury ▪ patients with obvious malnutrition at the time of surgery. | | | |
| | 23 | With special regard to malnourished patients, placement of a nasojejunal tube or NCJ should be considered for all candidates for EN undergoing major upper gastrointestinal and pancreatic surgery. | B | / | 4752 |
| 6 | 1 | To detect nutritional disturbances at an early stage, we recommend to regularly evaluate nutritional intake, weight change, and body mass index (BMI), beginning with cancer diagnosis and repeated depending on the stability of the clinical situation. | strong | very low | 2899 |
| | 2 | In patients with abnormal screening, we recommend objective and quantitative assessment of nutritional intake, nutrition impact symptoms, muscle mass, physical performance and the degree of systemic inflammation. | strong | very low | 2899 |
| | 3 | We recommend that the total energy expenditure (TEE) of cancer patients, if not measured individually, be assumed to be similar to healthy subjects and generally ranging between 25 and 30 kcal/kg/day. | strong | low | 2899 |
| | 4 | We recommend that protein intake should be above 1 g/kg/day and, if possible up to 1.5 g/kg/day. | strong | moderate | 2899 |
| | 5 | We recommend that vitamins and minerals be supplied in amounts approximately equal to the recommended daily allowance and discourage the use of high-dose micronutrients. | strong | low | 2901 |
| | 6 | In weight-losing cancer patients with insulin resistance, we recommend to increase the ratio of energy from fat to energy from carbohydrates. This is intended to increase the energy density of the diet and to reduce the glycaemic load. | strong | low | 2901 |
| | 7 | We recommend nutritional intervention to increase oral intake in cancer patients who are able to eat but are malnourished or at risk of malnutrition. This includes dietary advice, the treatment of symptoms and derangements impairing food intake (nutrition impact symptoms), and offering oral nutritional supplements (ONS). | strong | moderate | 2901 |
| | 8 | We recommend not to use dietary provisions that restrict energy intake in patients with or at risk of malnutrition. | strong | low | 2901 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | 9 | If a decision has been made to feed a patient, we recommend EN if oral nutrition remains inadequate despite nutritional interventions (counseling, ONS), and PN if EN is not sufficient or feasible. | strong | moderate | 2901 |
| | 10 | If oral food intake has been decreased severely for a prolonged period, we recommend to increase (oral, enteral or parenteral) nutrition only slowly over several days and to take additional precautions to prevent a refeeding syndrome. | strong | low | 2902 |
| | 11 | In patients with chronic insufficient dietary intake and/or uncontrollable malabsorption, we recommend home EN or PN in suitable patients. | strong | low | 2902 |
| | 14 | We suggest considering corticosteroids to increase the appetite of anorectic cancer patients with advanced disease for a restricted period (1e3 weeks) but to be aware of side effects (e.g. muscle wasting, insulin resistance, infections). | weak | high | 2903 |
| | 15 | We suggest considering progestins to increase the appetite of anorectic cancer patients with advanced disease but to be aware of potentially serious side effects (e.g. thromboembolism). | weak | high | 2903 |
| | 16 | In patients with advanced cancer undergoing chemotherapy and at risk of weight loss or malnourished, we suggest using supplementation with long-chain N-3 fatty acids or fish oil to stabilize or improve appetite, food intake, lean body mass, and body weight. | weak | low | 2903 |
| | 22 | For all cancer patients undergoing either curative or palliative surgery, we recommend management within an enhanced recovery after surgery (ERAS) program; within this program, every patient should be screened for malnutrition and if deemed at risk, given additional nutritional support. | strong | high | 2905 |
| | 24 | In surgical cancer patients at risk of malnutrition or who are already malnourished, we recommend appropriate nutritional support both during hospital care and following discharge from the hospital. | strong | moderate | 2905 |
| | 29 | We do not recommend PN as a general treatment in radiotherapy but only if adequate oral/enteral nutrition is not possible, e.g. in severe radiation enteritis or severe malabsorption. | strong | moderate | 2906 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | 33 | In a patient undergoing curative anticancer drug treatment, if oral food intake is inadequate despite counseling and ONS, we recommend supplemental EN or, if this is not sufficient or possible, PN. | strong | very low | 2907 |
| | 36 | If oral nutrition is inadequate we suggest preferring EN to PN, unless there is severe mucositis, intractable vomiting, ileus, severe malabsorption, protracted diarrhea or symptomatic GI graft versus host disease. | weak | low | 2907 |
| | 41 | We recommend to routinely screen all patients with advanced cancer for inadequate nutritional intake, weight loss, and low BMI, and if found at risk, to assess these patients further for both treatable nutrition impact symptoms and metabolic derangements. | strong | low | 2909 |
| 7 | 8.5.1 | Healthcare professionals should consider oral nutrition support to improve nutritional intake for people who can swallow safely and are malnourished or at risk of malnutrition. | A | / | 99 |
| | 8.7 | Peri-operative oral nutrition support should be considered for surgical patients who can swallow safely and are malnourished. | B | / | 104 |
| | 9.5.1 | Enteral tube feeding should not be given to people unless they are malnourished or at risk of malnutrition and have; inadequate or unsafe oral intake and a functional, accessible gastrointestinal tract, or they are taking part in a clinical trial. | A | / | 116 |
| | 9.5.1 | Surgical patients who are: malnourished, and have; inadequate or unsafe oral intake and a functional, accessible gastrointestinal tract and are due to undergo major abdominal procedures, should be considered for pre-operative enteral tube feeding. | B | / | 116 |
| | 9.5.1 | General surgical patients should not have enteral tube feeding within 48 hours post-surgery unless they are malnourished or at risk of malnutrition and have; inadequate or unsafe oral intake and a functional, accessible gastrointestinal tract. | A | / | 116 |
| | 9.7.0.1 | People in general medical, surgical and intensive care wards who are malnourished or at risk of malnutrition and have; inadequate or unsafe oral intake and a functional, accessible gastrointestinal tract should be fed via a tube into the stomach unless there is upper gastrointestinal dysfunction. | A | / | 117 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | 9.9.1 | In the acute setting, for example following stroke, people unable to swallow safely or take sufficient energy and nutrients orally should have an initial 2–4 week trial of nasogastric enteral tube feeding. Healthcare professionals with relevant skills and training in the diagnosis, assessment and management of swallowing disorders should assess the prognosis and options for future nutrition support. | A | / | 119 |
| | 10.3.2 | Healthcare professionals should consider supplementary peri-operative parenteral nutrition in malnourished surgical patients who have an inadequate or unsafe oral and/or enteral nutritional intake or a non-functional, inaccessible or perforated (leaking) gastrointestinal tract. | B | / | 129 |
| | 10.3.2 | Peri-operative supplementary parenteral nutrition should not be given to surgical patients unless they are malnourished or at risk of malnutrition and have an inadequate or unsafe oral and/or enteral nutritional intake or a nonfunctional, inaccessible or perforated (leaking) gastrointestinal tract. | B | / | 129 |
| | 10.5.1 | If intestinal tolerance persistently limits enteral tube feeding in surgical or critical care patients, parenteral nutrition should be used to supplement or replace enteral tube feeding. | B | / | 132 |
| | 10.8.6.1 | Administration of parenteral nutrition via a peripheral venous catheter should be considered for patients who are likely to need short-term parenteral nutrition (less than 14 days) who have no need for central access for other reasons. Care should be taken in catheter choice, and in attention to pH, tonicity and long-term compatibility of the parenteral nutrition formulations in order to avoid administration or stability problems. | B | / | 136 |
| | 10.13 | Continuous administration of parenteral nutrition should be offered as the preferred method of infusion in severely ill people who require parenteral nutrition. | B | / | 139 |
| | 10.13 | Cyclical delivery of parenteral nutrition should be considered when using peripheral venous cannulae with planned routine catheter change. | B | / | 139 |

Literatur

Head and Neck Guideline Steering Committee (2021): Evidence-based practice guidelines for the nutritional management of adult patients with head and neck cancer. Latest revision: 20.05.2021. Sydney, AU-NSW: COSA [Clinical Oncological Society of Australia]. URL: <https://wiki.cancer.org.au/australiawiki/index.php?oldid=215353> (abgerufen am: 08.08.2022).

Muscaritoli, M; Arends, J; Bachmann, P; Baracos, V; Barthelemy, N; Bertz, H; et al. (2021): ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clinical Nutrition* 40(5): 2898–2913. DOI: 10.1016/j.clnu.2021.02.005.

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2017): NICE Clinical Guideline CG32. Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition [Guidance]. Published: 22.02.2006, last updated: 04.08.2017, © 2021. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-1910-9. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg32/resources/nutrition-support-for-adults-oral-nutrition-support-enteral-tube-feeding-and-parenteral-nutrition-pdf-975383198917> (abgerufen am: 02.08.2022).

Roeland, EJ; Bohlke, K; Baracos, VE; Bruera, E; del Fabbro, E; Dixon, S; et al. (2020): Management of Cancer Cachexia: ASCO Guideline. *Journal of Clinical Oncology* 38(21): 2438–2453. DOI: 10.1200/JCO.20.00611.

Singer, P; Blaser, AR; Berger, MM; Alhazzani, W; Calder, PC; Casaer, MP; et al. (2019): ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition* 38(1): 48–79. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.08.037.

Volkert, D; Beck, AM; Cederholm, T; Cruz-Jentoft, A; Goisser, S; Hooper, L; et al. (2019): ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition* 38(1): 10–47. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.05.024.

Weimann, A; Braga, M; Carli, F; Higashiguchi, T; Hübner, M; Klek, S; et al. (2021): ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clinical Nutrition* 40(7): 4745–4761. DOI: 10.1016/j.clnu.2021.03.031.

Anhang E.2: Multimodale Schmerztherapie

Charakteristika der berücksichtigten Leitlinien

| # | Autor | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|---------------------|------|---|---|--|--|---|
| 1 | Busse et al. (2017) | 2017 | The 2017 Canadian Guideline for Opioids for Chronic Non-Cancer Pain | Canadian medical association journal (CMAJ), Canada | The purpose of this clinical practice guideline is to provide guidance on the use of opioids to manage chronic non-cancer pain for adults (18 years of age or older). Chronic non-cancer pain, for purposes of this guideline, includes any painful condition that persists for ≥ 3 months that is not associated with a diagnosis of cancer. | Chronic non-cancer pain for adults (18 years of age or older). | <p>The target audience of this guideline are those who prescribe opioids for the management of chronic non-cancer pain or create policy regarding this issue, including but not limited to:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primary care physicians ▪ Specialists who manage patients with chronic non-cancer pain ▪ Nurse practitioners ▪ Regulatory agencies and other policy makers ▪ Secondary audiences for this guideline include: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patients living with chronic non-cancer pain ▪ Pharmacists |

| # | Autor | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|----------------------|------|---|--|---|--|--|
| | | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> Other health care professionals who manage patients with chronic non-cancer pain |
| 2 | NICE (2022) | 2022 | NICE Guideline NG193. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain | National Institute for Health and Care Excellence (NICE), UK | This guideline covers assessing all chronic pain (chronic primary pain, chronic secondary pain, or both) and managing chronic primary pain in people aged 16 years and over. | People aged 16 years and over with chronic pain. | Healthcare professionals, Commissioners and providers of services, People with chronic primary pain and chronic secondary pain, their families and carers. |
| 3 | Rocket et al. (2022) | 2022 | Guidelines for the Provision of Anaesthesia Services for Inpatient Pain Management | Royal College of Anaesthetists (RCOA), UK | The objective of this chapter is to promote current best practice for the delivery of inpatient pain management by anaesthesia services. The guidance is intended for use by anaesthetists with responsibilities for service delivery and by healthcare managers. | All ages of patients requiring IPS. | All staff groups working in inpatient pain services (IPSs), including (but not restricted to) consultant anaesthetists, specialty doctor and associate specialist (SAS) anaesthetists, anaesthetists in training, nurses and allied health professionals contributing to a multidisciplinary approach to good pain management. |
| 4 | VA/DoD (2022) | 2022 | VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Use of Opioids in the Management of Chronic Pain | Department of Veterans Affairs Department of Defense, USA | This clinical practice guideline (CPG) is intended to aid practitioners in understanding the state of evidence on the use of opioids for chronic pain. The use of guidelines must always | The patient population of interest for this CPG is adults who are eligible for care in the VA or DoD healthcare delivery systems and those who receive care from community-based | This CPG is intended for use by VA and DoD PCPs and other clinicians, including physicians, nurse practitioners, physician assistants, physical |

| # | Autor | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|-------------|------|---|---|---|---|---|
| | | | | | be in the context of a health care provider's clinical judgment in the care of a particular patient. Guidelines may be viewed as a tool to aid a practitioner in making evidence-based clinical decisions. | clinicians with chronic pain or acute pain who are on or being considered for prescription opioid therapy. It includes Veterans and Service Members as well as their beneficiaries. Recommended interventions in this CPG are applicable regardless of care setting, unless otherwise indicated, for any patient in the VA and DoD healthcare system. | therapists, nurses, psychologists, dietitians, pharmacists, social workers, and others, involved in the healthcare team caring for patients prescribed opioids for chronic pain. Additionally, this CPG is intended for community-based clinicians involved in the care of Service Members, beneficiaries, or Veterans prescribed opioids for chronic pain. |
| 5 | DNQP (2019) | 2019 | Expertenstandard. Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie | Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Deutschland | Entwicklung eines Expertenstandards für Schmerzmanagement in der Pflege, wodurch Menschen mit akuten, chronischen oder zu erwartenden Schmerzen ein individuell angepasstes Schmerzmanagement erhalten. Das Schmerzmanagement soll die Entstehung sowie Chronifizierung von Schmerzen vorbeugen und Schmerzen beseitigen bzw. die Erreichung der bestmöglichen Lebens- und Funktionsqualität gewährleisten. | Erwachsene Personen. | Klinisches Personal und der pflegerische Bereiche. |

Synthese der möglichen Qualitätsanforderungen

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|-------------------------------|---|---|
| Anforderungen an das Personal | Durchführung der Behandlung im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie durch ein interdisziplinäres Schmerz-Team. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ The IPS should aim to provide multidisciplinary assessment and management of pain where needed. This should involve collaborative working with allied health professionals including pharmacists, physiotherapists, applied psychologists, liaison psychiatrists and addiction medicine specialists. ▪ Inpatient pain services (IPS) should be staffed by multidisciplinary teams led by appropriately trained consultant or SAS anaesthetists. The minimum training requirement for new appointments to IPS lead roles is Royal College of Anaesthetists higher pain training. Advanced pain training, or its equivalent, should be considered optimal. ▪ Die Einrichtung verfügt über eine interprofessionell gültige Verfahrensregelung zum Schmerzmanagement und stellt sicher, dass medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen im Rahmen eines interprofessionellen Behandlungsplans umgesetzt werden können. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adequate staff and systems should be in place to provide timely pain management to all inpatients. Out of usual working hours, this may be delivered by appropriately trained IPS nursing staff or anaesthetic staff (having received intermediate pain training as a minimum standard). A clear point of contact for expert advice should be available at all times. ▪ Adequate numbers of clinical nurse specialists in pain medicine should be available to fulfil the following roles within working hours: <ul style="list-style-type: none"> ▫ review of patients in pain with appropriate frequency to provide a safe and effective service ▫ provision of advice to ward staff and other healthcare teams regarding all aspects of pain management ▫ liaison with an appropriate pain medicine specialist to highlight clinical or systematic problems ▫ ensuring that systems are in place to support non specialist healthcare staff to safely and effectively manage acute pain overnight and at weekends if the IPS is not immediately available. ▪ Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Planung und Koordinierung des pflegerischen Schmerzmanagements bei akuten und/oder chronischen Schmerzen. |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|-----------------|---|--|
| | Behandlung und Beratung durch spezialisiertes Personal. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Pflegefachkraft koordiniert die Maßnahmen des interprofessionellen Teams. Sie stellt die Durchführung der medikamentösen Maßnahmen auf Basis der ärztlichen Verordnung sicher. Sie erfasst und dokumentiert schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen und führt in Abstimmung mit dem Menschen mit Schmerzen und ggf. seinen Angehörigen sowie der zuständigen Ärztin/dem zuständigen Arzt Maßnahmen zu ihrer Prophylaxe und Behandlung durch. <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inpatient pain services (IPS) should be staffed by multidisciplinary teams led by appropriately trained consultant or SAS anaesthetists. The minimum training requirement for new appointments to IPS lead roles is Royal College of Anaesthetists higher pain training. Advanced pain training, or its equivalent, should be considered optimal. ▪ Inpatient pain services should provide education delivered by appropriately trained individuals. Training should include the recognition, assessment and treatment of pain, this includes using a management plan. ▪ Training for anaesthetists to attain basic, intermediate and higher level competencies in pain medicine, as specified by the Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists, should be provided. Where higher or advanced pain training is not feasible within an individual hospital, it should be available within the region. ▪ Die Einrichtung stellt sicher, dass Information, Schulung und Beratung unter Wahrung personeller Kontinuität umgesetzt werden können und stellt die notwendigen Ressourcen zur Verfügung. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anaesthetists in an IPS post need to demonstrate an ongoing significant interest in acute pain management by involvement in continuing professional development (CPD), appraisal and job planning. ▪ Clinical areas caring for patients receiving analgesic techniques which may result in cardiovascular, respiratory or neurological impairment should have appropriate facilities and adequately trained staff to provide appropriate monitoring. ▪ Adequate staff and systems should be in place to provide timely pain management to all inpatients. Out of usual working hours, this may be delivered by appropriately trained IPS nursing staff or anaesthetic staff (having received intermediate pain training as a minimum standard). A clear point of contact for expert advice should be available at all times. ▪ Members of the IPS should have access to internal and external CPD appropriate to their roles. Funding and time should be available for staff to attend this training. ▪ Adequate numbers of clinical nurse specialists in pain medicine should be available to fulfil the following roles within working hours: |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|--------------------|-------------------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▫ review of patients in pain with appropriate frequency to provide a safe and effective service ▫ provision of advice to ward staff and other healthcare teams regarding all aspects of pain management ▫ liaison with an appropriate pain medicine specialist to highlight clinical or systematic problems ▫ ensuring that systems are in place to support non specialist healthcare staff to safely and effectively manage acute pain overnight and at weekends if the IPS is not immediately available. ▪ Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Planung und Koordinierung des pflegerischen Schmerzmanagements bei akuten und/oder chronischen Schmerzen. ▪ Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Umsetzung einer zielgruppenspezifischen medikamentösen Schmerzbehandlung sowie zum Umgang mit schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen, deren Prophylaxe und Behandlungsmöglichkeiten. ▪ Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Anwendung zielgruppenspezifischer nicht-medikamentöser Maßnahmen zur Schmerzvermeidung und zur Schmerzlinderung. ▪ Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, den Verlauf der Schmerzsituation, das Erreichen individueller Therapieziele und die Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen zu beurteilen. ▪ Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Information, Schulung und Beratung in Bezug auf Schmerzen und schmerzbedingte Probleme. |
| Schmerz-Assessment | Schmerzanamnese | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Offer a person-centred assessment to those presenting with chronic pain (chronic primary pain, chronic secondary pain, or both), to identify factors contributing to the pain and how the pain affects the person's life. ▪ Ask the person to describe how chronic pain affects their life, and that of their family, carers and significant others, and how aspects of their life may affect their chronic pain. This might include: <ul style="list-style-type: none"> ▫ lifestyle and day-to-day activities, including work and sleep disturbance ▫ physical and psychological wellbeing ▫ stressful life events, including previous or current physical or emotional trauma ▫ current or past history of substance misuse |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|-----------------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▫ social interaction and relationships ▫ difficulties with employment, housing, income and other social concerns. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Make decisions about the search for any injury or disease that may be causing the pain, and about whether the pain or its impact are out of proportion to any identified injury or disease, using clinical judgement in discussion with the person with chronic pain. ■ Think about a diagnosis of chronic primary pain if there is no clear underlying (secondary) cause or the pain or its impact is out of proportion to any observable injury or disease, particularly when the pain is causing significant distress and disability. ■ Die Pflegekraft verfügt über die Kompetenz zur systematischen Schmerzeinschätzung, einschließlich der Differenzierung zwischen akutem und chronischem Schmerz. ■ Die Einrichtung stellt sicher, dass aktuelle, zielgruppenspezifische Einschätzungsinstrumente und Dokumentationsmaterialien zur Verfügung stehen und sorgt für die Verfügbarkeit von pflegerischen Schmerzexpertinnen/Schmerzexperten. ■ Die Pflegefachkraft führt bei festgestellten Schmerzen, zu erwartenden Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen ein Assessment mittels geeigneter Instrumente durch, bei dem auch zu klären ist, ob es sich um akute und/oder chronische Schmerzen handelt. |
| | Erstellung eines patientenindividuellen Behandlungsplans durch das Schmerz-Team mit Therapiezielen und entsprechenden therapeutischen Maßnahmen. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Use these discussions to inform and agree the care and support plan with the person with chronic pain and their family or carers (as appropriate). ■ Discuss a care and support plan with the person with chronic pain. Explore in the discussions: <ul style="list-style-type: none"> ▫ their priorities, abilities and goals ▫ what they are already doing that is helpful ▫ their preferred approach to treatment and balance of treatments for multiple conditions ▫ [any support needed for young adults (aged 16 to 25) to continue with their education or training, if this is appropriate.] |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|-----------------|-------------------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ■ Offer management options: <ul style="list-style-type: none"> ▫ in line with section 1.2 of this guideline if the assessment suggests the person has chronic primary pain ▫ in line with the NICE guideline for the underlying chronic pain condition if the underlying condition adequately accounts for the pain and its impact (see the NICE guidelines on headaches, low back pain and sciatica, rheumatoid arthritis, osteoarthritis, spondyloarthritis, endometriosis, neuropathic pain and irritable bowel syndrome). ■ Ein individueller Behandlungsplan, der die Schmerzsituation, die individuellen Therapieziele und die Selbstmanagementkompetenzen des Menschen mit Schmerzen berücksichtigt sowie medikamentöse und/oder nicht-medikamentöse Maßnahmen enthält, liegt vor. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ We recommend optimization of non-opioid pharmacotherapy and non-pharmacological therapy, rather than a trial of opioids. ■ Do not offer any of the following to people aged 16 years and over to manage chronic primary pain because there is no evidence of benefit: <ul style="list-style-type: none"> ▫ TENS ▫ ultrasound ▫ interferential therapy. ■ Do not offer biofeedback to people aged 16 years and over to manage chronic primary pain. ■ Offer a supervised group exercise programme to people aged 16 years and over to manage chronic primary pain. Take people's specific needs, preferences and abilities into account. ■ Encourage people with chronic primary pain to remain physically active for longer-term general health benefits. ■ Die Pflegefachkraft wendet in Abstimmung mit dem Menschen mit Schmerzen und ggf. seinen Angehörigen die nicht-medikamentösen Maßnahmen an und vermeidet schmerzauslösende Situationen bei pflegerischen Interventionen. ■ Die nicht-medikamentösen Maßnahmen haben sich positiv auf die Schmerzsituation und das Selbstmanagement des Menschen mit Schmerzen ausgewirkt. |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|-----------------|---|--|
| | Berücksichtigung von therapeutischen Einschränkungen bei psychischen Erkrankungen und bei Substanzmittelabhängigkeiten. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ For patients with chronic pain, we recommend assessing for behavioral health conditions, history of traumatic brain injury, and psychological factors (e.g., negative affect, pain catastrophizing) when considering long-term opioid therapy, as these conditions are associated with a higher risk of harm. ■ We suggest interdisciplinary care that addresses pain and/or behavioral health problems, including substance use disorders, for patients presenting with high risk and/or aberrant behavior. ■ We recommend assessing risk of suicide and self-directed violence when initiating, continuing, changing, or discontinuing long-term opioid therapy (refer to the VA/DoD CPG for the Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide for guidance on intervention timing and strategiesq). <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ We suggest stabilizing the the psychiatric disorder before a trial of opioids is considered. ■ We suggest urine drug testing for patients on long-term opioids. ■ For patients with acute pain when opioids are being considered, we suggest screening for pain catastrophizing and co-occurring behavioral health conditions to identify those at higher risk for negative outcomes. ■ The service should have access to Chronic Pain Outpatient Clinics that specialise in opioid de-escalation. |
| | Information und Aufklärung der Patientinnen und Patienten zu den geplanten therapeutischen Maßnahmen. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Provide advice and information relevant to the person's individual preferences, at all stages of care, to help them make decisions about managing their condition, including self-management. ■ Discuss with the person with chronic pain and their family or carers (as appropriate): <ul style="list-style-type: none"> ▫ the likelihood that symptoms will fluctuate over time and that they may have flare-ups ▫ the possibility that a reason for the pain (or flare-up) may not be identified ▫ the possibility that the pain may not improve or may get worse and may need ongoing management ▫ there can be improvements in quality of life even if the pain remains unchanged. ■ Explain the evidence for possible benefits, risks and uncertainties of all management options when first developing the care and support plan and at all stages of care. |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|-----------------|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Pflegefachkraft informiert, schult und berät den Menschen mit Schmerz und ggf. seine Angehörigen in enger Abstimmung mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und auf Basis der vereinbarten Ziele zu seiner Schmerz situation und trägt zur Stärkung seiner Selbstmanagementkompetenzen bei. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient information leaflets should be made available to provide information on analgesia in general, and on specialised analgesic techniques such as epidural analgesia, nerve blocks, specialist drug infusions and patient controlled analgesia. ▪ If a person with chronic primary pain is already taking any of the medicines in recommendation 1.2.10, review the prescribing as part of shared decision making: <ul style="list-style-type: none"> ▫ explain the lack of evidence for these medicines for chronic primary pain and ▫ agree a shared plan for continuing safely if they report benefit at a safe dose and few harms or ▫ explain the risks of continuing if they report little benefit or significant harm, and encourage and support them to reduce and stop the medicine if possible. ▪ When making shared decisions about whether to stop antidepressants, opioids, gabapentinoids or benzodiazepines, discuss with the person any problems associated with withdrawal. ▪ When communicating normal or negative test results, be sensitive to the risk of invalidating the person's experience of chronic pain. ▪ Die Pflegefachkraft zieht bei speziellem Informations-, Schulungs- und Beratungsbedarf eine pflegerische Schmerzexpertin/einen pflegerischen Schmerzexperten hinzu. |
| | Berücksichtigung der Anforderungen an eine partizipative Entscheidungsfindung. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Foster a collaborative and supportive relationship with the person with chronic pain. ▪ Be sensitive to the person's socioeconomic, cultural and ethnic background, and faith group, and think about how these might influence their symptoms, understanding and choice of management. ▪ When assessing and managing any type of chronic pain (chronic primary pain, chronic secondary pain, or both) follow the recommendations in the NICE guidelines on patient experience in adult NHS services and shared decision making, particularly relating to: |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|------------------------|-------------------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▫ knowing the patient as an individual ▫ enabling patients to actively participate in their care, including: <ul style="list-style-type: none"> – communication – information – shared decision making. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Pflegefachkraft beteiligt sich aktiv und gemeinsam mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und dem Menschen mit Schmerzen und ggf. seinen Angehörigen unter Berücksichtigung seines individuellen Bedarfs und seiner Selbstmanagementkompetenzen an der Entwicklung oder Überprüfung eines individuellen Behandlungsplans, der medikamentöse und/oder nicht-medikamentöse Maßnahmen enthält. ▪ Explore a person's strengths as well as the impact of pain on their life. This might include talking about: <ul style="list-style-type: none"> ▫ their views on living well ▫ the skills they have for managing their pain ▫ what helps when their pain is difficult to control. |
| Medikamentöse Therapie | Medikamentenmanagement | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Efforts should be made to minimize drug administration errors, and these should be compliant with local medicines management policies, which incorporate relevant national policy and frameworks, including the avoidance of 'Never Events'. ▪ We recommend against the initiation of opioid therapy for the management of chronic non-cancer pain (for non-opioid treatments for chronic pain, see the VA/DoD CPGs for Low Back Pain, Headache, and Hip and Knee Osteoarthritis). ▪ If prescribing opioids, we recommend using the lowest dose of opioids as indicated by patient-specific risks and benefits. ▪ When prescribing opioids, we recommend the shortest duration as indicated. ▪ We suggest interdisciplinary care that addresses pain and/or behavioral health problems, including substance use disorders, for patients presenting with high risk and/or aberrant behavior. |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|-----------------|-------------------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ We suggest tapering opioids to the lowest effective dose, potentially including discontinuation, rather than making no change in opioid therapy. Some patients are likely to experience significant increase in pain or decrease in function that persists for more than one month after a small dose reduction; tapering may be paused and potentially abandoned in such patients. ▪ We suggest a collaborative, patient-centered approach to opioid tapering. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Do not initiate any of the following medicines to manage chronic primary pain in people aged 16 years and over: <ul style="list-style-type: none"> ▫ antiepileptic drugs including gabapentinoids, unless gabapentinoids are offered as part of a clinical trial for complex regional pain syndrome ▫ antipsychotic drugs ▫ benzodiazepines ▫ corticosteroid trigger point injections ▫ ketamine ▫ local anaesthetics (topical or intravenous), unless as part of a clinical trial for complex regional pain syndrome ▫ local anaesthetic/corticosteroid combination trigger point injections ▫ non-steroidal anti-inflammatory drugs ▫ opioids ▫ paracetamol ▪ We recommend against the concurrent use of benzodiazepines and opioids for chronic pain (refer to Recommendation 10 in the VA/DoD CPG for the Management of Substance Use Disorders for further guidance related to tapering one or both agents). ▪ If an antidepressant is offered to manage chronic primary pain, explain that this is because these medicines may help with quality of life, pain, sleep and psychological distress, even in the absence of a diagnosis of depression. |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|-----------------|-------------------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ We suggest adding a trial of opioids rather than continued therapy without opioids. By a trial of opioids, we mean initiation, titration, and monitoring of response, with discontinuation of opioids if important improvement in pain or function is not achieved. ▪ We recommend against long-term opioid therapy, particularly for younger age groups, as age is inversely associated with the risk of opioid use disorder and overdose. ▪ We recommend against prescribing long-acting opioids: <ul style="list-style-type: none"> ▫ For acute pain ▫ As an as-needed medication ▫ When initiating long-term opioid therapy ▪ We recommend restricting the prescribed dose to less 90mg morphine equivalents daily rather than no upper limit or a higher limit on dosing. Some patients may gain important benefit at a dose of more than 90mg morphine equivalents daily. Referral to a colleague for a second opinion regarding the possibility of increasing the dose to more than 90mg morphine equivalents daily may therefore be warranted in some individuals. ▪ For patients with chronic noncancer pain who are beginning opioid therapy, we suggest restricting the prescribed dose to less than 50mg morphine equivalents daily. The weak recommendation to restrict the prescribed dose to less than 50mg morphine equivalents daily acknowledges that there are likely to be some patients who would be ready to accept the increased risks associated with a dose higher than 50mg in order to potentially achieve improved pain control. ▪ We suggest rotation to other opioids rather than keeping the opioid the same. Rotation in such patients may be done in parallel with, and as a way of facilitating, dose reduction. ▪ We recommend assessing risk of suicide and self-directed violence when initiating, continuing, changing, or discontinuing long-term opioid therapy (refer to the VA/DoD CPG for the Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide for guidance on intervention timing and strategiesq). ▪ For patients with chronic pain, we recommend assessing for behavioral health conditions, history of traumatic brain injury, and psychological factors (e.g., negative affect, pain catastrophizing) when considering long-term opioid therapy, as these conditions are associated with a higher risk of harm. ▪ For patients with acute pain when opioids are being considered, we suggest screening for pain catastrophizing and co-occurring behavioral health conditions to identify those at higher risk for negative outcomes. |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|------------------------------------|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ We suggest urine drug testing for patients on long-term opioids. ▪ We recommend against the use of opioids. Clinicians should facilitate treatment of the underlying substance use disorders, if not yet addressed. The studies that identified substance use disorder as a risk factor for adverse outcomes characterized the conditions as alcohol abuse and dependence, and narcotic abuse and dependence, and sometimes referred to ICD-9 diagnoses. ▪ We recommend against long-term opioid therapy, particularly for patients with chronic pain who have a substance use disorder (refer to the VA/DoD CPG for the Management of Substance Use Disorders). ▪ We suggest stabilizing the the psychiatric disorder before a trial of opioids is considered. ▪ We suggest continuing nonopioid therapy rather than a trial of opioids. The studies that identified a history of substance use disorder as a risk factor for adverse outcomes characterized the conditions as alcohol abuse and dependence, and narcotic abuse and dependence, and sometimes referred to ICD-9 diagnoses. [For patients with chronic noncancer pain with a history of substance use disorder, whose nonopioid therapy has been optimized, and who have persistent problematic pain]. ▪ We recommend a formal multidisciplinary program. Recognizing the cost of formal multidisciplinary opioid reduction programs and their current limited availability/capacity, an alternative is a coordinated multidisciplinary collaboration that includes several health professionals whom physicians can access according to their availability (possibilities include, but are not limited to, a primary care physician, a nurse, a pharmacist, a physical therapist, a chiropractor, a kinesiologist, an occupational therapist, an addiction specialist, a psychiatrist, and a psychologist). ▪ Die Maßnahmen des interprofessionellen Teams sind koordiniert und die Durchführung der medikamentösen Maßnahmen ist sichergestellt und dokumentiert. Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen wurden verhindert bzw. erfolgreich behandelt. |
| Re-Evaluierung der Schmerztherapie | Therapiebegleitende regelmäßige Überprüfung der Schmerztherapie, deren Maßnahmen bei Bedarf durch das Schmerz-Team angepasst werden. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recognise that an initial diagnosis of chronic primary pain may change with time. Re-evaluate the diagnosis if the presentation changes. ▪ Offer a reassessment if a person presents with a change in symptoms such as a flare-up of chronic pain. Be aware that a cause for the flare-up may not be identified. |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|-----------------|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ If considering an increase in opioid dosage, we recommend reevaluation of patient-specific risks and benefits and monitoring for adverse events including opioid use disorder and risk of overdose with increasing dosage. ▪ For patients on opioids, we suggest ongoing reevaluation of the benefits and harms of continued opioid prescribing based on individual patient risk characteristics. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ If a person has a flare-up of chronic pain: <ul style="list-style-type: none"> ▫ review the care and support plan ▫ consider investigating and managing any new symptoms ▫ discuss what might have contributed to the flare-up ▪ After initiating opioid therapy, we recommend reevaluation at 30 days or fewer and frequent follow-up visits, if opioids are to be continued. ▪ Patients under the care of an IPS should be reviewed by the IPS regularly, with patients receiving epidural analgesia or other continuous local anaesthetic infusions being seen at least once daily. ▪ Die Pflegefachkraft beurteilt regelmäßig und anlassbezogen die Wirksamkeit pflegerischer Maßnahmen sowie den Behandlungserfolg anhand des Verlaufs der Schmerzsituation und dem Erreichen individueller Therapieziele. ▪ Eine Verlaufskontrolle und Wirksamkeitsüberprüfung aller pflegerischen Maßnahmen liegt vor. Die pflegerischen Maßnahmen haben zur Stabilisierung der Schmerzsituation und zum Erreichen der individuellen Therapieziele des Menschen mit Schmerzen beigetragen. Im Falle einer Destabilisierung wurde eine Anpassung des Behandlungsplans in Abstimmung mit dem Menschen mit Schmerzen und den beteiligten Berufsgruppen eingeleitet. |
| Entlassung | Planung von schmerztherapeutischen Maßnahmen für die nachgelagerte ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Outpatient (chronic) pain management teams should be available to provide advice to the IPS during working hours. This activity should be supported through job planning. If possible, the inpatient and outpatient (chronic) pain services should be integrated, with team members working in both environments, to ensure coordinated care for patients with complex pain while in hospital and also for those recently discharged to the community. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|-----------------|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leaflets should explain pain management after discharge, including a step down analgesic plan and how further supplies of medicine can be obtained. Patient information should emphasise the need to avoid harm from long term strong opioid use and give clear advice on the impact of analgesics on driving, acknowledging the current DVLA guidance. ▪ Discharge prescriptions for opioids should be for a maximum of 5 days. After this, a primary care physician must review the patient before re-prescribing these drugs. |
| | Erstellung und Aushändigung eines Patientenbriefs an die Patientinnen und Patienten, der die erfolgten Therapien sowie Therapieempfehlungen beinhaltet. | <u>Empfehlungen (Synthese):</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leaflets should explain pain management after discharge, including a step down analgesic plan and how further supplies of medicine can be obtained. Patient information should emphasise the need to avoid harm from long term strong opioid use and give clear advice on the impact of analgesics on driving, acknowledging the current DVLA guidance. |

Nach den Einschlusskriterien (siehe Anhang A) extrahierte Empfehlungen

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| 1 | 1 | We recommend optimization of non-opioid pharmacotherapy and non-pharmacological therapy, rather than a trial of opioids | strong | low | 15 |
| | 2 | We suggest adding a trial of opioids rather than continued therapy without opioids. By a trial of opioids, we mean initiation, titration, and monitoring of response, with discontinuation of opioids if important improvement in pain or function is not achieved. The studies that identified substance use disorder as a risk factor for adverse outcomes characterized the conditions as alcohol abuse and dependence, and narcotic abuse and dependence, and sometimes referred to ICD-9 diagnoses. The mental illnesses identified in studies as risk factors for adverse outcomes were generally anxiety and depression, including ICD-9 definitions, as well as "psychiatric diagnosis", "mood disorder", and post-traumatic stress disorder. | weak | moderate | 27 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | 3 | We recommend against the use of opioids. Clinicians should facilitate treatment of the underlying substance use disorders, if not yet addressed. The studies that identified substance use disorder as a risk factor for adverse outcomes characterized the conditions as alcohol abuse and dependence, and narcotic abuse and dependence, and sometimes referred to ICD-9 diagnoses. | strong against | low | 37 |
| | 4 | We suggest stabilizing the the psychiatric disorder before a trial of opioids is considered | weak | low | 45 |
| | 5 | We suggest continuing nonopioid therapy rather than a trial of opioids. The studies that identified a history of substance use disorder as a risk factor for adverse outcomes characterized the conditions as alcohol abuse and dependence, and narcotic abuse and dependence, and sometimes referred to ICD-9 diagnoses. | weak | low | 53 |
| | 6 | We recommend restricting the prescribed dose to less 90mg morphine equivalents daily rather than no upper limit or a higher limit on dosing. Some patients may gain important benefit at a dose of more than 90mg morphine equivalents daily. Referral to a colleague for a second opinion regarding the possibility of increasing the dose to more than 90mg morphine equivalents daily may therefore be warranted in some individuals. | strong | moderate | 60 |
| | 7 | For patients with chronic noncancer pain who are beginning opioid therapy, we suggest restricting the prescribed dose to less than 50mg morphine equivalents daily. The weak recommendation to restrict the prescribed dose to less than 50mg morphine equivalents daily acknowledges that there are likely to be some patients who would be ready to accept the increased risks associated with a dose higher than 50mg in order to potentially achieve improved pain control. | weak | moderate | 64 |
| | 8 | We suggest rotation to other opioids rather than keeping the opioid the same. Rotation in such patients may be done in parallel with, and as a way of facilitating, dose reduction | weak | low | 68 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | 9 | We suggest tapering opioids to the lowest effective dose, potentially including discontinuation, rather than making no change in opioid therapy. Some patients are likely to experience significant increase in pain or decrease in function that persists for more than one month after a small dose reduction; tapering may be paused and potentially abandoned in such patients. | weak | low | 71 |
| | 10 | We recommend a formal multidisciplinary program. Recognizing the cost of formal multidisciplinary opioid reduction programs and their current limited availability/capacity, an alternative is a coordinated multidisciplinary collaboration that includes several health professionals whom physicians can access according to their availability (possibilities include, but are not limited to, a primary care physician, a nurse, a pharmacist, a physical therapist, a chiropractor, a kinesiologist, an occupational therapist, an addiction specialist, a psychiatrist, and a psychologist). | strong | moderate | 74 |
| 2 | 1.1.1 | Offer a person-centred assessment to those presenting with chronic pain (chronic primary pain, chronic secondary pain, or both), to identify factors contributing to the pain and how the pain affects the person's life. | strong | / | 7 |
| | 1.1.2 | When assessing and managing any type of chronic pain (chronic primary pain, chronic secondary pain, or both) follow the recommendations in the NICE guidelines on patient experience in adult NHS services and shared decision making, particularly relating to: <ul style="list-style-type: none"> ▪ knowing the patient as an individual ▪ enabling patients to actively participate in their care, including: <ul style="list-style-type: none"> ▪ communication ▪ information ▪ shared decision making. | strong | / | 7 |
| | 1.1.3 | Foster a collaborative and supportive relationship with the person with chronic pain. | strong | / | 8 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | 1.1.4 | Think about a diagnosis of chronic primary pain if there is no clear underlying (secondary) cause or the pain or its impact is out of proportion to any observable injury or disease, particularly when the pain is causing significant distress and disability. | strong | / | 8 |
| | 1.1.5 | Make decisions about the search for any injury or disease that may be causing the pain, and about whether the pain or its impact are out of proportion to any identified injury or disease, using clinical judgement in discussion with the person with chronic pain. | strong | / | 8 |
| | 1.1.6 | Recognise that an initial diagnosis of chronic primary pain may change with time. Re-evaluate the diagnosis if the presentation changes. | strong | / | 8 |
| | 1.1.7 | Recognise that chronic primary pain can coexist with chronic secondary pain. | strong | / | 8 |
| | 1.1.8 | Ask the person to describe how chronic pain affects their life, and that of their family, carers and significant others, and how aspects of their life may affect their chronic pain. This might include: <ul style="list-style-type: none"> ▪ lifestyle and day-to-day activities, including work and sleep disturbance ▪ physical and psychological wellbeing ▪ stressful life events, including previous or current physical or emotional trauma ▪ current or past history of substance misuse ▪ social interaction and relationships ▪ difficulties with employment, housing, income and other social concerns. | strong | / | 9 |
| | 1.1.9 | Be sensitive to the person's socioeconomic, cultural and ethnic background, and faith group, and think about how these might influence their symptoms, understanding and choice of management. | strong | / | 9 |
| | 1.1.10 | Explore a person's strengths as well as the impact of pain on their life. This might include talking about: | strong | / | 9 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ their views on living well ▪ the skills they have for managing their pain ▪ what helps when their pain is difficult to control. | | | |
| | 1.1.14 | Provide advice and information relevant to the person's individual preferences, at all stages of care, to help them make decisions about managing their condition, including self-management. | strong | / | 10 |
| | 1.1.15 | Discuss with the person with chronic pain and their family or carers (as appropriate): <ul style="list-style-type: none"> ▪ the likelihood that symptoms will fluctuate over time and that they may have flare-ups ▪ the possibility that a reason for the pain (or flare-up) may not be identified ▪ the possibility that the pain may not improve or may get worse and may need ongoing management ▪ there can be improvements in quality of life even if the pain remains unchanged. | atrong | / | 10 |
| | 1.1.16 | When communicating normal or negative test results, be sensitive to the risk of invalidating the person's experience of chronic pain. | strong | / | 10 |
| | 1.1.17 | Discuss a care and support plan with the person with chronic pain. Explore in the discussions: <ul style="list-style-type: none"> ▪ their priorities, abilities and goals ▪ what they are already doing that is helpful ▪ their preferred approach to treatment and balance of treatments for multiple conditions ▪ [any support needed for young adults (aged 16 to 25) to continue with their education or training, if this is appropriate.] | strong | / | 10 |
| | 1.1.18 | Explain the evidence for possible benefits, risks and uncertainties of all management options when first developing the care and support plan and at all stages of care. | strong | / | 11 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | 1.1.19 | Use these discussions to inform and agree the care and support plan with the person with chronic pain and their family or carers (as appropriate). | strong | / | 11 |
| | 1.1.20 | Offer management options: <ul style="list-style-type: none"> ▪ in line with section 1.2 of this guideline if the assessment suggests the person has chronic primary pain ▪ in line with the NICE guideline for the underlying chronic pain condition if the underlying condition adequately accounts for the pain and its impact (see the NICE guidelines on headaches, low back pain and sciatica, rheumatoid arthritis, osteoarthritis, spondyloarthritis, endometriosis, neuropathic pain and irritable bowel syndrome). | strong | / | 11 |
| | 1.1.21 | When chronic primary pain and chronic secondary pain coexist, use clinical judgement to inform shared decision making about management options in section 1.2 of this guideline and in the NICE guideline for the chronic pain condition. | strong | / | 11 |
| | 1.1.22 | Offer a reassessment if a person presents with a change in symptoms such as a flare-up of chronic pain. Be aware that a cause for the flare-up may not be identified. | strong | / | 11 |
| | 1.1.23 | If a person has a flare-up of chronic pain: <ul style="list-style-type: none"> ▪ review the care and support plan ▪ consider investigating and managing any new symptoms ▪ discuss what might have contributed to the flare-up | strong | / | 12 |
| | 1.2.1 | Offer a supervised group exercise programme to people aged 16 years and over to manage chronic primary pain. Take people's specific needs, preferences and abilities into account. | strong | / | 12 |
| | 1.2.2 | Encourage people with chronic primary pain to remain physically active for longer-term general health benefits | strong | / | 13 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | 1.2.3 | Consider acceptance and commitment therapy (ACT) or cognitive behavioural therapy (CBT) for pain for people aged 16 years and over with chronic primary pain, delivered by healthcare professionals with appropriate training. | weak | / | 13 |
| | 1.2.4 | Do not offer biofeedback to people aged 16 years and over to manage chronic primary pain. | strong | / | 13 |
| | 1.2.5 | Consider a single course of acupuncture or dry needling, within a traditional Chinese or Western acupuncture system, for people aged 16 years and over to manage chronic primary pain, but only if the course: <ul style="list-style-type: none"> ▪ is delivered in a community setting and ▪ is delivered by a band 7 (equivalent or lower) healthcare professional with appropriate training and ▪ is made up of no more than 5 hours of healthcare professional time (the number and length of sessions can be adapted within these boundaries) or ▪ is delivered by another healthcare professional with appropriate training and/or in another setting for equivalent or lower cost. | weak | / | 14 |
| | 1.2.6 | Do not offer any of the following to people aged 16 years and over to manage chronic primary pain because there is no evidence of benefit: <ul style="list-style-type: none"> ▪ TENS ▪ ultrasound ▪ interferential therapy. | strong | / | 14 |
| | 1.2.7 | Consider an antidepressant, either amitriptyline, citalopram, duloxetine, fluoxetine, paroxetine or sertraline, for people aged 18 years and over to manage chronic primary pain, after a full discussion of the benefits and harms. | weak | / | 15 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | 1.2.9 | If an antidepressant is offered to manage chronic primary pain, explain that this is because these medicines may help with quality of life, pain, sleep and psychological distress, even in the absence of a diagnosis of depression. | strong | / | 15 |
| | 1.2.10 | Do not initiate any of the following medicines to manage chronic primary pain in people aged 16 years and over: <ul style="list-style-type: none"> ▪ antiepileptic drugs including gabapentinoids, unless gabapentinoids are offered as part of a clinical trial for complex regional pain syndrome ▪ antipsychotic drugs ▪ benzodiazepines ▪ corticosteroid trigger point injections ▪ ketamine ▪ local anaesthetics (topical or intravenous), unless as part of a clinical trial for complex regional pain syndrome ▪ local anaesthetic/corticosteroid combination trigger point injections ▪ non-steroidal anti-inflammatory drugs ▪ opioids ▪ paracetamol. | strong | / | 15 |
| | 1.2.11 | If a person with chronic primary pain is already taking any of the medicines in recommendation 1.2.10, review the prescribing as part of shared decision making: <ul style="list-style-type: none"> ▪ explain the lack of evidence for these medicines for chronic primary pain and ▪ agree a shared plan for continuing safely if they report benefit at a safe dose and few harms or ▪ explain the risks of continuing if they report little benefit or significant harm, and encourage and support them to reduce and stop the medicine if possible. | strong | / | 16 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | 1.2.12 | When making shared decisions about whether to stop antidepressants, opioids, gabapentinoids or benzodiazepines, discuss with the person any problems associated with withdrawal. | strong | / | 16 |
| 3 | 1.1 | Inpatient pain services (IPS) should be staffed by multidisciplinary teams led by appropriately trained consultant or SAS anaesthetists. The minimum training requirement for new appointments to IPS lead roles is Royal College of Anaesthetists higher pain training. Advanced pain training, or its equivalent, should be considered optimal. | strong | c | 6 |
| | 1.2 | Anaesthetists in an IPS post need to demonstrate an ongoing significant interest in acute pain management by involvement in continuing professional development (CPD), appraisal and job planning. | strong | c | 6 |
| | 1.3 | Adequate time should be made available for IPS provision in job plans. Two clinical sessions for the lead(s) and one session for all other anaesthetists involved in the IPS is recommended per week. | strong | c | 6 |
| | 1.4 | Adequate staff and systems should be in place to provide timely pain management to all inpatients. Out of usual working hours, this may be delivered by appropriately trained IPS nursing staff or anaesthetic staff (having received intermediate pain training as a minimum standard). A clear point of contact for expert advice should be available at all times. | strong | c | 7 |
| | 1.5 | Patients under the care of an IPS should be reviewed by the IPS regularly, with patients receiving epidural analgesia or other continuous local anaesthetic infusions being seen at least once daily. | strong | c | 7 |
| | 1.6 | Adequate numbers of clinical nurse specialists in pain medicine should be available to fulfil the following roles within working hours: <ul style="list-style-type: none"> ▪ review of patients in pain with appropriate frequency to provide a safe and effective service | strong | c | 7 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ provision of advice to ward staff and other healthcare teams regarding all aspects of pain management ▪ liaise with an appropriate pain medicine specialist to highlight clinical or systematic problems ▪ ensuring that systems are in place to support non specialist healthcare staff to safely and effectively manage acute pain overnight and at weekends if the IPS is not immediately available. | | | |
| | 1.7 | The IPS should aim to provide multidisciplinary assessment and management of pain where needed. This should involve collaborative working with allied health professionals including pharmacists, physiotherapists, applied psychologists, liaison psychiatrists and addiction medicine specialists. | weak | c | 7 |
| | 1.8 | Outpatient (chronic) pain management teams should be available to provide advice to the IPS during working hours. This activity should be supported through job planning. If possible, the inpatient and outpatient (chronic) pain services should be integrated, with team members working in both environments, to ensure coordinated care for patients with complex pain while in hospital and also for those recently discharged to the community. | weak | c | 7 |
| | 2.1 | <p>All equipment and disposables must be compliant with local and national safety policies. There should be an adequate supply of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ infusion pumps for neuraxial analgesia (epidural infusion/patient controlled epidural analgesia (PCEA) and potentially intrathecal infusions) ▪ infusion pumps for use with continuous regional analgesia catheters ▪ patient controlled analgesia infusion pumps ▪ infusion pumps for other analgesic drugs ▪ disposables for the above, including neuraxial and regional block devices e.g. NRFit. | strong | c | 7 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | 2.2 | Ultrasound scanning, nerve stimulators and all equipment and drugs necessary to perform local and regional analgesic techniques should be available. | strong | c | 7 |
| | 2.3 | Pumps and infusion lines should be single purpose and appropriately coloured or labelled. | strong | c | 7 |
| | 2.6 | Efforts should be made to minimize drug administration errors, and these should be compliant with local medicines management policies, which incorporate relevant national policy and frameworks, including the avoidance of 'Never Events'. | strong | c | 8 |
| | 2.7 | Clinical areas caring for patients receiving analgesic techniques which may result in cardiovascular, respiratory or neurological impairment should have appropriate facilities and adequately trained staff to provide appropriate monitoring. | strong | c | 8 |
| | 3.6 | Specific arrangements and guidelines should be available, where applicable, for the management of subgroups of vulnerable adult patients, including: <ul style="list-style-type: none"> ▪ critically ill patients ▪ elderly and/or frail patients ▪ non-native English speakers ▪ patients with chronic pain ▪ patients with coexisting mental health problems ▪ patients with dementia ▪ patients with multiple trauma or significant blunt chest wall trauma ▪ patients with opioid tolerance⁵² ▪ patients with physical or learning disability ▪ patients with problem drug and alcohol use⁵³ ▪ patients with significant organ dysfunction | strong | c | 8 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ pregnant and breastfeeding patients. | | | |
| | 3.8 | Patients receiving high dose opioids should be identified in the pre-operative period and referred to specialist services to reduce their opioid use and manage their pre-existing pain issues. | strong | b | 9 |
| | 3.9 | Discharge prescriptions for opioids should be for a maximum of 5 days. After this, a primary care physician must review the patient before re-prescribing these drugs. | strong | b | 9 |
| | 3.12 | The service should have access to Chronic Pain Outpatient Clinics that specialise in opioid de-escalation. | strong | c | 9 |
| | 4.1 | Inpatient pain services should provide education delivered by appropriately trained individuals. Training should include the recognition, assessment and treatment of pain, this includes using a management plan. | strong | c | 9 |
| | 4.4 | Members of the IPS should have access to internal and external CPD appropriate to their roles. Funding and time should be available for staff to attend this training. | strong | c | 10 |
| | 4.5 | Training for anaesthetists to attain basic, intermediate and higher level competencies in pain medicine, as specified by the Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists, should be provided. Where higher or advanced pain training is not feasible within an individual hospital, it should be available within the region. | strong | c | 10 |
| | 5.3 | Inpatient pain services should engage with critical incident reporting, root cause analysis and mortality and morbidity meetings as part of the local hospital reporting structure. | strong | c | 10 |
| | 7.1 | Inpatient pain services should maintain a prospective database of activity and outcome data and this should be used for quality improvement and early recognition of potential harm. | strong | c | 11 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | 9.1 | Patient information leaflets should be made available to provide information on analgesia in general, and on specialised analgesic techniques such as epidural analgesia, nerve blocks, specialist drug infusions and patient controlled analgesia. | strong | b | 12 |
| | 9.3 | Leaflets should explain pain management after discharge, including a step down analgesic plan and how further supplies of medicine can be obtained. Patient information should emphasise the need to avoid harm from long term strong opioid use and give clear advice on the impact of analgesics on driving, acknowledging the current DVLA guidance. | strong | c | 12 |
| 4 | A | We recommend against the initiation of opioid therapy for the management of chronic non-cancer pain (for non-opioid treatments for chronic pain, see the VA/DoD CPGs for Low Back Pain, Headache, and Hip and Knee Osteoarthritis). | strong against | / | 35 |
| | A | We recommend against long-term opioid therapy, particularly for younger age groups, as age is inversely associated with the risk of opioid use disorder and overdose. | strong against | / | 38 |
| | A | We recommend against long-term opioid therapy, particularly for patients with chronic pain who have a substance use disorder (refer to the VA/DoD CPG for the Management of Substance Use Disordersj). | strong against | / | 39 |
| | A | For patients receiving daily opioids for the treatment of chronic pain, we suggest the use of buprenorphine instead of full agonist opioids due to lower risk of overdose and misuse. | weak for | / | 43 |
| | A | We recommend against the concurrent use of benzodiazepines and opioids for chronic pain (refer to Recommendation 10 in the VA/DoD CPG for the Management of Substance Use Disorders for further guidance related to tapering one or both agentsn). | strong against | / | 46 |
| | B | If prescribing opioids, we recommend using the lowest dose of opioids as indicated by patient-specific risks and benefits. | strong for | / | 47 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | B | If considering an increase in opioid dosage, we recommend reevaluation of patient-specific risks and benefits and monitoring for adverse events including opioid use disorder and risk of overdose with increasing dosage. | strong for | / | 47 |
| | B | When prescribing opioids, we recommend the shortest duration as indicated. | strong for | / | 49 |
| | B | After initiating opioid therapy, we recommend reevaluation at 30 days or fewer and frequent follow-up visits, if opioids are to be continued. | strong for | / | 49 |
| | B | We recommend against prescribing long-acting opioids: <ul style="list-style-type: none"> ▪ For acute pain ▪ As an as-needed medication ▪ When initiating long-term opioid therapy. | strong against | / | 51 |
| | B | We suggest a collaborative, patient-centered approach to opioid tapering. | weak for | / | 52 |
| | C | We recommend assessing risk of suicide and self-directed violence when initiating, continuing, changing, or discontinuing long-term opioid therapy (refer to the VA/DoD CPG for the Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide for guidance on intervention timing and strategiesq). | strong for | / | 54 |
| | C | For patients with chronic pain, we recommend assessing for behavioral health conditions, history of traumatic brain injury, and psychological factors (e.g., negative affect, pain catastrophizing) when considering long-term opioid therapy, as these conditions are associated with a higher risk of harm | strong for | / | 56 |
| | C | For patients with acute pain when opioids are being considered, we suggest screening for pain catastrophizing and co-occurring behavioral health conditions to identify those at higher risk for negative outcomes. | weak for | / | 60 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | C | For patients on opioids, we suggest ongoing reevaluation of the benefits and harms of continued opioid prescribing based on individual patient risk characteristics. | weak for | / | 61 |
| | D | We suggest urine drug testing for patients on long-term opioids. | weak for | / | 63 |
| | D | We suggest interdisciplinary care that addresses pain and/or behavioral health problems, including substance use disorders, for patients presenting with high risk and/or aberrant behavior. | weak for | / | 65 |
| | D | We suggest providing patients with pre-operative opioid and pain management education to decrease the risk of prolonged opioid use for post-surgical pain. | weak for | / | 66 |
| 5 | S1a | Die Pflegekraft verfügt über die Kompetenz zur systematischen Schmerzeinschätzung, einschließlich der Differenzierung zwischen akutem und chronischem Schmerz | / | / | 28 |
| | S1b | Die Einrichtung stellt sicher, dass aktuelle, zielgruppenspezifische Einschätzungsinstrumente und Dokumentationsmaterialien zur Verfügung stehen und sorgt für die Verfügbarkeit von pflegerischen Schmerzexpertinnen/Schmerzexperten. | / | / | 31 |
| | S2a | Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Planung und Koordination des pflegerischen Schmerzmanagements bei akuten und/oder chronischen Schmerzen. | / | / | 37 |
| | S2b | Die Einrichtung verfügt über eine interprofessionell gültige Verfahrensregelung zum Schmerzmanagement und stellt sicher, dass medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen im Rahmen eines interprofessionellen Behandlungsplans umgesetzt werden können. | / | / | 38 |
| | S3a | Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Information, Schulung und Beratung in Bezug auf Schmerzen und schmerzbedingte Probleme. | / | / | 42 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | S3b | Die Einrichtung stellt sicher, dass Information, Schulung und Beratung unter Wahrung personeller Kontinuität umgesetzt werden können und stellt die notwendigen Ressourcen zur Verfügung. | / | / | 43 |
| | S4a | Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Umsetzung einer zielgruppenspezifischen medikamentösen Schmerzbehandlung sowie zum Umgang mit schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen, deren Prophylaxe und Behandlungsmöglichkeiten. | / | / | 52 |
| | S4b | Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz zur Anwendung zielgruppen spezifischer nicht-medikamentöser Maßnahmen zur Schmerzvermeidung und zur Schmerzlinderung. | / | / | 52 |
| | S5 | Die Pflegefachkraft verfügt über die Kompetenz, den Verlauf der Schmerzsituation, das Erreichen individueller Therapieziele und die Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen zu beurteilen. | / | / | 57 |
| | P1b | Die Pflegefachkraft führt bei festgestellten Schmerzen, zu erwartenden Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen ein Assessment mittels geeigneter Instrumente durch, bei dem auch zu klären ist, ob es sich um akute und/oder chronische Schmerzen handelt. | / | / | 34 |
| | P2 | Die Pflegefachkraft beteiligt sich aktiv und gemeinsam mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und dem Menschen mit Schmerzen und ggf. seinen Angehörigen unter Berücksichtigung seines individuellen Bedarfs und seiner Selbstmanagementkompetenzen an der Entwicklung oder Überprüfung eines individuellen Behandlungsplans, der medikamentöse und/oder nicht-medikamentöse Maßnahmen enthält. | / | / | 39 |
| | P3a | Die Pflegefachkraft informiert, schult und berät den Menschen mit Schmerzen und ggf. seine Angehörigen in enger Abstimmung mit den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und auf Basis der vereinbarten Ziele zu seiner Schmerzsituation und trägt zur Stärkung seiner Selbstmanagementkompetenzen bei. | / | / | 45 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | P3b | Die Pflegefachkraft zieht bei speziellem Informations-, Schulungs- und Beratungsbedarf eine pflegerische Schmerzexpertin/einen pflegerischen Schmerzexperten hinzu. | / | / | 51 |
| | P4a | Die Pflegefachkraft koordiniert die Maßnahmen des interprofessionellen Teams. Sie stellt die Durchführung der medikamentösen Maßnahmen auf Basis der ärztlichen Verordnung sicher. Sie erfasst und dokumentiert schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen und führt in Abstimmung mit dem Menschen mit Schmerzen und ggf. seinen Angehörigen sowie der zuständigen Ärztin/dem zuständigen Arzt Maßnahmen zu ihrer Prophylaxe und Behandlung durch. | / | / | 53 |
| | P4b | Die Pflegefachkraft wendet in Abstimmung mit dem Menschen mit Schmerzen und ggf. seinen Angehörigen die nicht-medikamentösen Maßnahmen an und vermeidet schmerzauflösende Situationen bei pflegerischen Interventionen. | / | / | 55 |
| | P5 | Die Pflegefachkraft beurteilt regelmäßig und anlassbezogen die Wirksamkeit pflegerischer Maßnahmen sowie den Behandlungserfolg anhand des Verlaufs der Schmerzsituation und dem Erreichen individueller Therapieziele. | / | / | 58 |
| | E2 | Ein individueller Behandlungsplan, der die Schmerzsituation, die individuellen Therapieziele und die Selbstmanagementkompetenzen des Menschen mit Schmerzen berücksichtigt sowie medikamentöse und/oder nicht-medikamentöse Maßnahmen enthält, liegt vor | / | / | 42 |
| | E4a | Die Maßnahmen des interprofessionellen Teams sind koordiniert und die Durchführung der medikamentösen Maßnahmen ist sichergestellt und dokumentiert. Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen wurden verhindert bzw. erfolgreich behandelt. | / | / | 56 |
| | E4b | Die nicht-medikamentösen Maßnahmen haben sich positiv auf die Schmerzsituation und das Selbstmanagement des Menschen mit Schmerzen ausgewirkt | / | / | 56 |
| | E5 | Eine Verlaufskontrolle und Wirksamkeitsüberprüfung aller pflegerischen Maßnahmen liegt vor. Die pflegerischen Maßnahmen haben zur Stabilisierung der Schmerzsituation und zum Erreichen der individuellen Therapieziele des Menschen mit Schmerzen beigetragen. Im | / | / | 62 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | | Falle einer Destabilisierung wurde eine Anpassung des Behandlungsplans in Abstimmung mit dem Menschen mit Schmerzen und den beteiligten Berufsgruppen eingeleitet. | | | |

Literatur

Busse, JW; Craigie, S; Juurlink, DN; Buckley, DN; Wang, L; Couban, RJ; et al. (2017): The 2017 Canadian Guideline for Opioids for Chronic Non-Cancer Pain [Appendix 1 zu Busse, JW; Craigie, S; Juurlink, DN; Buckley, DN; Wang, L; Couban, RJ; et al. (2017): Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *Canadian Medical Association Journal* 189(18): E659-E666. DOI: 10.1503/cmaj.170363]. Hamilton, CA-ON: NPC [National Pain Center]. URL: <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/suppl/2017/05/03/189.18.E659.DC1/170363-guide-1-at-updated.pdf> (abgerufen am: 31.10.2022).

DNQP [Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege]; Hrsg. (2019): Expertenstandard. Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. [Stand:] Juni 2020. (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege). Osnabrück: DNQP. ISBN: 978-3-00-065787-0.

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2022): NICE Guideline NG193. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain [Guidance]. Published: 07.04.2021, [Minor Changes:] April 2022, © NICE 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-4066-0. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/resources/chronic-pain-primary-and-secondary-in-over-16s-assessment-of-all-chronic-pain-and-management-of-chronic-primary-pain-pdf-66142080468421> (abgerufen am: 28.10.2022).

Rocket, M; Taylor, J; Weiss, A; Baird, E (2022): Guidelines for the Provision of Anaesthesia Services for Inpatient Pain Management. [Published: 31.01.2022]. (GPAS [Guidelines for the Provision of Anaesthesia Services], Chapter 11). London, GB: RCOA [Royal College of Anaesthetists]. URL: <https://www.rcoa.ac.uk/sites/default/files/documents/2022-02/GPAS-2022-11-PAIN.pdf> (abgerufen am: 02.11.2022).

VA [Department of Veterans Affairs]; DoD [Department of Defense] (2022): VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Use of Opioids in the Management of Chronic Pain. Version 4.0. [Stand:] May 2022. Washington, US-DC: VA. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Pain/cot/VADoDOpioidsCPG.pdf> (abgerufen am: 28.10.2022).

Anhang E.3: Geburten

Charakteristika der berücksichtigten Leitlinien

| # | Autor | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|------------|------|---|--|---|--|---|
| 1 | DDG (2021) | 2021 | AWMF-Registernummer 057-023. S2e-Leitlinie. Diabetes in der Schwangerschaft | <p>Federführende Fachgesellschaft Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG)</p> <p>Beteiligung weiterer AWMF-Gesellschaften</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin e.V. (DGPM)</p> <p>Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI)</p> <p>Beteiligung weiterer Fachgesellschaften/Organisationen</p> | Die Leitlinie hat zum Ziel, alle relevanten Bereiche der Schwangerschaftsbetreuung zu bearbeiten. | Schwangere mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes bei Planung einer Schwangerschaft oder bereits diagnostizierter Schwangerschaft. | Die Leitlinie richtet sich an Ärzte mit dem Schwerpunkt Diabetes, Gynäkologen und Geburtshelfer, Kinder- und Jugendmediziner, Perinatalmediziner, Neonatologen und pädiatrische Intensivmediziner. Die Leitlinie dient zur Information für DiabetesberaterInnen sowie Patientinnen. |

| # | Autor | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|-------------------------|------|---|---|---|---|--|
| | | | | Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG) Herkunftsland: Deutschland | | | |
| 2 | Ensenauer et al. (2019) | 2019 | AWMF-Registernummer 015-081. S3-Leitlinie. Adipositas und Schwangerschaft | Federführende Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) Beteiligung weiterer AWMF-Gesellschaften Deutsche Adipositas-Gesellschaft e.V. (DAG) Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE) Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V. (DGHWi) Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin e.V. (DGPM) Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) Beteiligung weiterer Fachgesellschaften/Organisationen | Die Leitlinie hat zum Ziel, alle relevanten Bereiche zur Schwangerschaftsbetreuung zu bearbeiten, angefangen bei präkonzeptioneller Beratung. Die Bereiche sind: Epidemiologie, Präkonzeptionelle Betreuung (Teilaspekte: Lebensstil, Folsäure-Supplementierung, Diabetesabklärung, Umstellung der Medikation), besondere Aspekte der Vorsorge (Teilaspekte: Präeklampsie, Folsäure- und Vitamin D-Supplementierung, Thromboseprophylaxe, Gestationsdiabetes, Probleme pränataler Diagnostik, Fötale Überwachung, Frühgeburt-Prävention, Gewichtszunahme während der Schwangerschaft, Bariatri- | Die Leitlinie richtet sich an Schwangere mit Übergewicht und Adipositas sowie an adipöse Frauen mit Kinderwunsch. | Diese Leitlinie richtet sich an folgende Personenkreise: Gynäkologinnen/Gynäkologe in der Niederlassung, Gynäkologinnen/Gynäkologe mit Klinikanzustellung, Hebammen und dient zur Information für: Internisten und Allgemeinmediziner speziell mit Zusatzbezeichnung Diabetologie, Neonatologinnen und Neonatologen, weitere Adressaten sind (zur Information): Pflegekräfte |

| # | Autor | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|---------------------|------|--|--|---|--|--|
| | | | | <p>Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin e.V. (AGG)</p> <p>Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Adipositas therapie und metabolische Chirurgie (CA-ADIP) der DGAV</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin e.V. (DGPGM)</p> <p>Deutscher Hebammenverband (DHV)</p> <p>Vereinigung der Hebammenlehrer e. V. AG</p> <p>Netzwerk Gesund ins Leben, Bundeszentrum für Ernährung (BZfE)</p> <p>Herkunftsland: Deutschland</p> | <p>sche Chirurgie), Risikobewertung, Effekt von Lebensstil-Interventionen, Geburtsplanung (Teilaspekte: Geburtsort, Geburtsmodus, Risiken, Geburtseinleitung, Anästhesie, Antepartale Stillberatung), Geburt (Teilaspekte: Geburtsleitung, Intrapartale Überwachung, Sektio, Atonieprophylaxe), Betreuung der Neugeborenen, postpartale Folgen für Mutter und Kind.</p> | | |
| 3 | DDG/DGGG-AGG (2018) | 2018 | AWMF-Registernummer 057-008. S3-Leitlinie. Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge | <p>Federführende Fachgesellschaft</p> <p>Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG)</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)</p> | <p>Verbesserung und Vereinheitlichung der Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei Gestationsdiabetes</p> | <p>Schwangere mit Gestationsdiabetes oder erhöhtem Risiko für Diabetes</p> | <p>Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe, Internisten und Allgemeinmediziner mit Zusatzbezeichnung Diabetologie, Hebammen, Neonatologen</p> |

| # | Autor | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|-------|------|-------|--|--------------------|----------------|------------------------------|
| | | | | <p>Beteiligung weiterer AWMF-Gesellschaften</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin e.V. (DGPM)</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.</p> <p>Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI)</p> <p>Beteiligung weiterer Fachgesellschaften/Organisationen</p> <p>Arbeitsgemeinschaft für materne-fetale Medizin e.V. (AGMFM)</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin e.V. (DGPGM)</p> <p>Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (OEGGG)</p> <p>Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)</p> <p>diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe</p> | | | |

| # | Autor | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|-------------------|------|---|---|---|--|---|
| | | | | <p>Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG)</p> <p>Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED)</p> <p>Herkunftsland: Deutschland</p> | | | |
| 4 | DGGG/DGHWi (2020) | 2020 | AWMF-Registernummer 015-083. S3-Leitlinie. Vaginale Geburt am Termin. Langfassung | <p>Federführende Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft e.V.</p> <p>Beteiligung weiterer AWMF-Gesellschaften</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin e.V. (DEGUM)</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin e.V. (DGPM)</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)</p> | Das Ziel der vorliegenden Leitlinie ist die Zusammenfassung des aktuellen Wissens über die vaginale Geburt am Termin mit dem Fokus auf Definition der physiologischen und Abgrenzung der pathologischen Geburtsphasen sowie einer Einschätzung der Notwendigkeit oder auch Vermeidung einer Intervention. Dieses Wissen bietet den in die Betreuung einer Gebärenden involvierten Akteur*innen eine angemessene Orientierung für ihr berufliches Handeln und ermöglicht zugleich Frauen | Zielgruppe sind Schwangere und deren Kinder, die in der 37+0-41+6 Schwangerschafts-woche als Einling aus Schädellage geboren werden. | Die Leitlinie richtet sich vor allem an Hebammen, Gynäkolog*innen / Geburtshelfer*innen, Kinder- und Jugendärzt*innen / Neonatolog*innen und Anästhesist*innen. |

| # | Autor | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|-------|------|-------|--|--|----------------|------------------------------|
| | | | | <p>Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V. (DGPFH)</p> <p>Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI)</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)</p> <p>Beteiligung weiterer Fachgesellschaften/Organisationen</p> <p>Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG)</p> <p>Arbeitskreis Frauengesundheit e.V.</p> <p>Deutscher Hebammenverband (DHV)</p> <p>Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)</p> <p>Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (OEGGG)</p> <p>Mother Hood e.V.</p> | eine der Situation angepasste, selbstbestimmte Geburt. | | |

| # | Autor | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|-------|------|-------|--|--------------------|----------------|------------------------------|
| | | | | Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswe- sen (IQTIG) Österreichisches Hebammengre- mium Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) Schweizerischer Hebammenver- band Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF) Herkunftsland: Deutschland | | | |

Synthese der möglichen Qualitätsanforderungen

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|------------------------|---|---|
| Schulung Perso- nal | (Mindestens) jährliche Neugeborenen- Reanimationsschulung auf Grundlage der Empfehlungen des European Re- suscitation Council für die Angehörigen der Gesundheitsberufe, die nicht regel- mäßig kritisch deprimierte Neugebo- rene versorgen. | <u>Empfehlungen (Synthese):</u> <ul style="list-style-type: none"> Alle relevanten Akteure (Hebammen, Geburtshelfer*innen, Kinderärzt*innen, Anästhesist*innen), die sich um Frauen und Kinder während der Geburt kümmern, aber nicht regelmäßig auch kritische deprimierte Neugeborene versorgen (Neonatolog*innen), sollen jährlich einen qualitativ hochwertigen Kurs in Neugeborenen-Reanimation besuchen. |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|--------------------------|---|--|
| | Schulung zur kultursensiblen und frau-enzentrierten Kommunikation mit Schwangeren. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunikation und Information sollen in einer Form zur Verfügung gestellt werden, die für medizinische Laien verständlich ist und unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Frauen, welche ethnischen Minderheiten (Unterscheidungsmerkmale: Sprache, Kultur und Religion) angehören, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, oder die nicht lesen können, sowie unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Frauen mit Behinderungen oder Lernschwierigkeiten. |
| Information und Beratung | <p>Allgemeine Beratung und Information der Schwangeren vor der Geburt über:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die möglichen Geburtsorte/-settings ▪ Betreuungsmöglichkeiten in den verschiedenen Geburtsphasen ▪ verschiedene Geburtsmodi ▪ Möglichkeit, Nutzen und Risiken einer konservativen oder medikamentösen Schmerzbewältigung | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frauen sollen über die Möglichkeit unterschiedlicher Geburtsorte informiert sein. ▪ Frauen sollen grundsätzlich über die unterschiedlichen Möglichkeiten der erreichbaren geburtshilflichen Settings informiert werden, z. B. Zugang zu einer Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme, Zugang zu ärztlicher Betreuung, Zugang zu unterschiedlichen schmerzlindernden Maßnahmen und pharmakologischen Schmerzmitteln, Möglichkeiten der vaginalen Geburt bei Zustand nach Sectio caesarea, BEL und Zwillingen und weitere Aspekte. ▪ Alle Erstgebärenden sollen in der Schwangerschaft darüber informiert werden, was sie in der Latenzphase erwartet, wie sie mit dem Schmerz umgehen können, wie sie ihr geburtshilfliches Team kontaktieren können und was im Notfall zu tun ist. ▪ Alle Erstgebärenden sollen im Vorfeld darüber informiert werden, <ul style="list-style-type: none"> ▫ was die Zeichen eines Geburtsbeginns sind, ▫ wie sie Vorwehen von Geburtswehen unterscheiden, ▫ in welcher Frequenz und Dauer Geburtswehen erfolgen, ▫ wie sich ein Blasensprung äußert und ▫ was ein natürlicher vaginaler Ausfluss in der Schwangerschaft und unter der Geburt ist. ▪ Die Gebärende sollte darüber informiert werden, dass sie sich von ihrem eigenen Pressdrang leiten lassen soll. Dies umfasst sowohl den Zeitpunkt als auch die Art und Dauer des Pressens. Es gibt keine Evidenz guter Qualität dafür, dass 'angeleitetes Pressen' einen positiven Effekt auf das Geburts-Outcome hat. |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|-----------------|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Frau soll vor der Geburt über das aktive Management und das abwartende Vorgehen in der Nachgeburtperiode und über den damit verbundenen Nutzen und die Risiken informiert werden. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn mit einer Frau der Geburtsort besprochen wird, sollen persönliche Sichtweisen und Urteile bzgl. ihrer Wahl vermieden werden zugunsten objektiver Beratung. ▪ Schwangeren sollen frühzeitig evidenzbasierte Information und Unterstützung angeboten werden, die sie befähigen, eine informierte Wahl hinsichtlich der Geburt zu treffen. Die Sichtweisen und Bedenken von Frauen sollen als integraler Bestandteil des Beratungs- und Entscheidungsprozesses anerkannt werden. ▪ Kommunikation und Information sollen in einer Form zur Verfügung gestellt werden, die für medizinische Laien verständlich ist und unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Frauen, welche ethnischen Minderheiten (Unterscheidungsmerkmale: Sprache, Kultur und Religion) angehören, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, oder die nicht lesen können, sowie unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Frauen mit Behinderungen oder Lernschwierigkeiten. ▪ Gebärende sollten darüber informiert werden, dass es derzeit keine ausreichend klare Evidenz gibt, um eine Wassergeburt entweder anzuraten oder davon abzuraten. |
| | <p>Bei der Erst-/Aufnahmeuntersuchung sind zu erfassen, durchzuführen und zu dokumentieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfragen der fetalen Bewegungen ▪ Erfassen des Befindens der Schwangeren ▪ Erfassen der Wünsche und Erwartungen der Schwangeren ▪ Informieren über die Latenzzeit und den Umgang mit Wehenschmerz | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei der Erst-/Aufnahmeuntersuchung sollte <ul style="list-style-type: none"> ▫ die Schwangere nach ihrem Befinden, ihren Wünschen, ihren Erwartungen und ihren Befürchtungen befragt werden. ▫ die Schwangere nach den fetalen Bewegungen und möglichen Veränderungen befragt werden. ▫ die Schwangere darüber informiert werden, was sie in der Latenzphase erwartet und wie sie mit dem Wehenschmerz umgehen kann. ▫ die Schwangere darüber informiert werden, welche Unterstützung sie erwarten kann. ▫ mit der Schwangeren das weitere Vorgehen geplant werden, inklusive des Hinweises, wer wann für sie zuständig und zu kontaktieren ist. ▫ die Begleitperson Hilfestellung erhalten. |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|-----------------|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informieren über Unterstützungsmöglichkeiten, Zuständigkeiten und Kontaktmöglichkeiten ▪ partizipative Planung des weiteren Vorgehens ▪ Abklärung und Beratung über eine mögliche Risikoschwangerschaft | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Das weitere Vorgehen und die Empfehlungen sollten bei der Erst- / Aufnahmeuntersuchung dokumentiert werden. |
| | <p>Information und Beratung der Schwangeren bei Auftreten von Komplikationen (vorzeitiger Blasensprung, protrahierte Eröffnungsphase, Indikation Fetalblutanalyse, Mekonium im Fruchtwasser).</p> | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn nach einem vorzeitigen Blasensprung nach 24 Stunden keine Wehen auftreten, soll der Schwangeren geraten werden, in eine Klinik mit der Möglichkeit einer neonatalen Versorgung zu gehen und postpartal für mindestens 12 Stunden in der Klinik zu bleiben. ▪ Nach einem vorzeitigen Blasensprung sollte die Frau darüber informiert werden, dass nach 12 Stunden das Risiko für eine mütterliche Infektion steigt ▪ Wenn ein protrahierter Verlauf in der aktiven Eröffnungsphase vermutet wird, sollte bei intakter Fruchtblase eine Amniotomie in Erwägung gezogen werden. Die Gebärende sollte darüber aufgeklärt werden, wie diese durchgeführt wird und dass dies zu einer verstärkten Wehentätigkeit und einer schnelleren Geburtsbeendigung führen kann. ▪ Wenn ein protrahierter Verlauf in der aktiven Eröffnungsphase vorliegt, sollte die Gebärende darüber aufgeklärt werden, dass Oxytocin nach einem Blasensprung / Amniotomie den Geburtsablauf beschleunigen kann, ohne den Geburtsmodus zu beeinflussen. ▪ Die Gebärende sollte darüber informiert werden, dass Oxytocin die Frequenz und Stärke der Wehen steigert, und dass dies zu einer kontinuierlichen Überwachung führt. Eine Periduralanästhesie sollte vor der Oxytocin-Gabe angeboten werden. ▪ Wenn eine Fetalblutanalyse angeboten wird, soll der Frau erläutert werden, <ul style="list-style-type: none"> ▫ warum diese Untersuchung indiziert ist. ▫ dass die Blutprobe verwendet wird, um den pH-Wert des kindlichen Bluts zu bestimmen und dadurch einen Hinweis zu haben, ob das Kind gestresst ist. |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|------------------------------------|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▫ dass zur Durchführung eine vaginale Untersuchung mittels Instrumenten erforderlich ist. ▫ dass eine kleine Blutprobe vom kindlichen Kopf entnommen wird, die durch einen kleinen Schnitt am kindlichen Skalp gewonnen wird. Diese Wunde wird nach der Geburt schnell heilen, jedoch besteht ein geringes Risiko für eine Infektion. ▫ dass die Durchführung helfen kann, weitere und schwerwiegendere Eingriffe zu vermeiden. ▫ was die verschiedenen Ergebnisse (normal, grenzwertig, pathologisch) für Konsequenzen haben. ▫ dass es selten passiert, dass keine Blutprobe gewonnen werden kann (z. B. bei Muttermundöffnung < 4 cm). Wenn eine Fetalblutanalyse nicht durchgeführt werden kann, kann ein Kaiserschnitt oder eine vaginal-operative Geburt erforderlich sein, da sonst nicht herausgefunden werden kann, wie der kindliche Zustand ist. ▪ Die Befunde [Anmerkung der Autoren: bei Mekonium im Fruchtwasser] sollen der Mutter und ihrer Begleitung erklärt werden. Sie sollen informiert werden, auf was sie achten sollen, und wen sie ansprechen sollen, wenn sie in irgendeiner Form besorgt sind. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Frau soll darüber informiert werden, dass das Risiko für schwere neonatale Infektionen nach einem vorzeitigen Blasensprung circa 1 % beträgt, im Vergleich zu circa 0,5 %, wenn die Fruchtblase intakt ist. |
| Anamnese und klinische Beurteilung | <p>Die Erstbeurteilung umfasst eine Anamnese und eine klinische Beurteilung (inkl. der Einschätzung über das Vorliegen einer Risikoschwangerschaft); dabei sind zu berücksichtigen und zu dokumentieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wünsche und Erwartungen der Schwangeren ▪ pränatal erhobene Befunde und Eintragungen im Mutterpass ▪ Wehentätigkeit (Frequenz, Dauer und Stärke) | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei der Erstbeurteilung einer Gebärenden soll eine ausreichende Anamnese inklusive ihrer Erwartungen und Wünsche erhoben werden. ▪ Bei der Erstbeurteilung einer Gebärenden sollen folgende Informationen und Befunde erhoben werden: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Eintragungen im Mutterpass einschließlich aller antenatal erhobenen Befunde ▫ Dauer, Stärke und Frequenz der Wehen ▫ empfundene Schmerzstärke (die Optionen zur Schmerzlinderung sollten dargelegt werden) ▫ vaginale Blutung, Schleim- oder Fruchtwasserabgang ▫ Kindsbewegungen in den letzten 24 Stunden ▪ Bei der Erstbeurteilung einer Gebärenden sollen folgende klinische Befunde erhoben werden: |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|--|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ empfundene Schmerzstärke ▪ vaginale Blutung, Schleim- und Fruchtwasserabgang ▪ kindliche Vitalität und Lage im Mutterleib ▪ maternale Vitalzeichen ▪ Ergebnisse der Urinuntersuchung (Urinteststreifen) | <ul style="list-style-type: none"> ▫ maternale Herzfrequenz, Blutdruck, Temperatur ▫ Urin-Stix ▫ Fundushöhe, fetale Lage, Poleinstellung, Höhenstand, Frequenz und Dauer der Wehen <p>Überprüfung der kindlichen Vitalität"</p> <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei der Durchführung einer vaginalen Untersuchung sollen folgende Punkte beachtet werden: <ul style="list-style-type: none"> ▫ die Fachperson soll sicher sein, dass diese Untersuchung erforderlich ist, um hilfreiche Informationen für den weiteren Ablauf zu bekommen. ▫ die Gründe für die vaginale Untersuchung sollen der Gebärenden erläutert werden. ▫ die vaginale Untersuchung kann für die Gebärenden sehr unangenehm sein, weshalb die Besonderheiten dieser Maßnahme berücksichtigt werden sollen. ▫ die Ergebnisse und ihre Bewertung im Geburtsablauf sollen der Gebärenden anschließend erläutert werden. |
| Betreuungsdichte, personelle Betreuung | Gewährleistung einer kontinuierlichen Eins-zu-eins-Betreuung ab der aktiven Eröffnungsphase durch eine Hebamme entsprechend den Bedürfnissen der Schwangeren. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frauen sollten ab der aktiven Eröffnungsphase unter der Geburt eine Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme erhalten. |
| | Verlegung in ärztlich geleitete Geburtshilfe bei bestimmten maternalen oder fetalen Indikationen. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe soll erfolgen, wenn einer der folgenden Punkte bei der Schwangeren während der Erstuntersuchung auffallen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Herzfrequenz über 120 Schlägen pro Minute (SpM) nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Min ▫ Blutdruck von systolisch ≥ 160 mmHg oder diastolisch ≥ 110 mmHg einmalig gemessen ▫ Blutdruck von systolisch ≥ 140 mmHg oder diastolisch ≥ 90 mmHg nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Min |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|-----------------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▫ Proteinurie im Urin-Stix (++) und ein einmalig erhöhter Blutdruck (systolisch ≥ 140 mmHg und / oder diastolisch ≥ 90 mmHg) ▫ Temperatur von > 38 °C ▫ vaginale Blutung, die keine Zeichnungsblutung ist ▫ vorzeitiger Blasensprung mehr als 24 Stunden vor Wehenbeginn ▫ signifikant grünes Fruchtwasser ▫ Schmerzen, die nicht mit einer normalen Wehentätigkeit vereinbar sind ▫ Vorliegen einer Risikoschwangerschaft, die eine ärztlich geleitete Geburt erfordern ■ Eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe soll erfolgen, wenn einer der folgenden Punkte bei der Erstuntersuchung des Feten auffallen: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Angabe von nachlassenden Kindsbewegungen in den letzten 24 Stunden ▫ Dezeleration der fetalen Herzfrequenz ▫ Herzfrequenz < 110 SpM oder > 160 SpM ▫ Verdacht auf SGA, IUGR oder fetale Makrosomie ▫ BEL, Quer- oder Schräglage ▫ Nabelschnurvorliegen ▫ Hochstehender oder frei ballotierender Kopf bei einer Erstgebärenden ▫ Verdacht auf An-, Oligo- oder Polyhydramnion |
| | Hinzuziehen von ärztlichem Fachpersonal bei bestimmten Indikationen. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Wenn ein protrazierter Verlauf in der aktiven Eröffnungsphase vermutet wird, sollen alle Aspekte eines Geburtsfortschritts beurteilt werden; diese wären: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Muttermundöffnung von < 2 cm in 4 Stunden bei Erstgebärenden ▫ Muttermundöffnung von < 2 cm in 4 Stunden oder eine Abnahme des Fortschritts bei Mehrgebärenden ▫ Tiefertreten und Drehung des kindlichen Kopfes |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|---|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▫ Änderung in der Stärke, Dauer und Frequenz uteriner Kontraktionen. <p>Wenn ein protrahiertes Verhalten diagnostiziert wurde, soll eine Ärztin / ein Arzt hinzugezogen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn eine prolongierte Dezeleration mit einer fetalen Herzfrequenz unter 100 SpM für mindestens 3 Minuten vorliegt, soll(en) <ul style="list-style-type: none"> ▫ konservative Maßnahmen erfolgen. ▫ umgehend ärztliche Hilfe angefordert werden. ▫ Vorbereitungen für eine notfallmäßige Geburtsbeendigung getroffen werden. ▫ die Geburtsbeendigung angestrebt werden, wenn die prolongierte Dezeleration länger anhält. ▪ Wenn eine postpartale Blutung, eine Plazentaretention, ein mütterlicher Kreislaufkollaps oder eine andere Verschlechterung des Gesundheitszustands der Frau auftritt, soll fachärztlicher Standard hergestellt werden. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn die Diagnose 'protrahierte AP' gestellt wurde, sollte (falls nicht zeitnah zuvor erfolgt) der Frau eine vaginale Untersuchung und bei noch stehender Fruchtblase eine Amniotomie angeboten werden. <p>In dieser Situation soll ein*e erfahrene*r Geburtshelfer*in in die Betreuung involviert werden.</p> |
| Beachtung der Bedürfnisse der Schwangeren | Ermöglichung der Begleitung der Schwangeren durch eine oder mehrere Personen ihrer Wahl zur Geburtsunterstützung. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frauen sollte es ermöglicht werden, von einer Begleitperson / Begleitpersonen ihrer Wahl während der Geburt unterstützt zu werden. |
| | Information über die Möglichkeit, während der Geburt zu essen und zu trinken. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frauen dürfen unter der Geburt trinken. Isotonische Getränke sind gegenüber Wasser zu bevorzugen. Den Gebärenden sollte mitgeteilt werden, dass das Trinken isotonischer Getränke unter der Geburt eine Übersäuerung des Blutes verhindert und keine zusätzliche Magenfüllung verursacht. ▪ Frauen dürfen unter der Geburt leichte Kost zu sich nehmen. Sie sollten keine Opiode erhalten haben und keine Risikofaktoren für eine Vollnarkose entwickeln. Den Gebärenden sollte mitgeteilt werden, dass durch eine faserarme Kost, z. B. Weißbrot, Knäckebrot oder fettarmen Käse, die Magenfüllung stärker zunimmt. Jedoch ist un- |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|--|---|--|
| | | klar, ob dadurch ein Risiko für Aspiration (Einatmen von Nahrungsbestandteilen in die Lunge) bei einer im Geburtsverlauf notwendigen Vollnarkose besteht. Leichte Kost unter der Geburt hat keinen positiven oder negativen Einfluss auf die Ergebnisse der Geburt bezüglich Mutter und Kind. |
| | Motivation zu Bewegung und (freien) Wahl der Geburtsposition. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Gebärende sollte dazu ermutigt werden, sich zu bewegen und die Position einzunehmen, die für sie am angenehmsten ist. ▪ Sie soll aktiv bei der Einnahme der von ihr gewählten Positionen unterstützt werden. ▪ Die Gebärende soll dazu angehalten werden, die Rückenlage in der AP zu vermeiden. Sie soll motiviert werden die Position einzunehmen, die sie als angenehm empfindet. |
| | Angebot einer nicht medikamentösen Gebärunterstützung auf Wunsch der Schwangeren oder bei ineffektivem Pressen. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sollte das Pressen ineffektiv sein bzw. die Gebärende es wünschen, sollten Strategien zur Geburtsunterstützung angeboten werden, z. B. Unterstützung, Zuspruch, ein Positionswechsel und Entleerung der Blase. Außerdem sollte die Notwendigkeit adäquater Analgesie regelmäßig evaluiert und adressiert werden. ▪ Dies ist insbesondere wichtig bei protrahierter AP und / oder bei übermäßigem Distress der Mutter. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Gebärende sollte darüber informiert werden, dass sie sich von ihrem eigenen Pressdrang leiten lassen soll. Dies umfasst sowohl den Zeitpunkt als auch die Art und Dauer des Pressens. Es gibt keine Evidenz guter Qualität dafür, dass 'angeleitetes Pressen' einen positiven Effekt auf das Geburts-Outcome hat. |
| Betreuung der Schwangeren während der Geburt | Mindestens stündliche, standardisierte Beurteilung der Gesundheit von Mutter und Kind und Dokumentation der intrapartalen Ereignisse. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Beurteilung des mütterlichen und kindlichen Zustands (inklusive der Dokumentation des CTG-Musters) soll stündlich erfolgen, bei Auffälligkeiten noch häufiger. ▪ Während der Eröffnungsphase sollte dokumentiert werden: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Mütterliches Wohlbefinden ▫ Frequenz der Kontraktionen alle 30 Minuten ▫ Mütterliche Herzfrequenz alle 60 Minuten |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|------------------------------------|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▫ Temperatur und Blutdruck alle 4 Stunden ▫ Frequenz der Miktionen ▫ Befunde der vaginalen Untersuchungen, die alle 4 Stunden auf Wunsch der Gebärenden oder bei fraglichem Geburtsfortschritt erfolgen <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es soll eine standardisierte Dokumentation für relevante intrapartale Ereignisse (z. B. vaginale Untersuchungen oder Fetalblutanalyse) erfolgen. ▪ Folgende Befunde sollten im Partogramm dokumentiert werden: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Kontraktionshäufigkeit ▫ vaginale Untersuchung zur Beurteilung des Geburtsfortschritts unter Berücksichtigung des Verhaltens der Gebärenden, der Qualität der Wehentätigkeit und Effektivität des Pressens sowie des kindlichen Befindens unter Berücksichtigung des geburtshilflichen Befundes zu Beginn der AP (hier v.a. Höhenstand und Einstellung) ▫ Puls / Blutdruck, Temperatur ▫ Häufigkeit der Blasenentleerung ▫ Berücksichtigung der emotionalen und psychologischen Bedürfnisse der Gebärenden |
| Kontrolle der fetalen Herzfrequenz | Überwachung der fetalen Herzfrequenz bei Aufnahme und jeder weiteren Beurteilung. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die fetale Herzfrequenz soll bei Aufnahme zur Geburt und bei jeder weiteren Beurteilung des Zustands von Mutter und Kind auskultiert werden. ▪ Die intermittierende Auskultation der fetalen Herzfrequenz soll Niedrig-Risiko-Schwangeren in der aktiven Eröffnungsphase angeboten werden. Hierzu sollte ein Pinard-Stethoskop oder eine Dopplersonographie verwendet werden. Die intermittierende Auskultation sollte alle 15 bis 30 Minuten erfolgen. ▪ Bei unklarer Ableitung der fetalen Herzfrequenz sollen additive Maßnahmen wie z. B. eine sonographische Kontrolle erfolgen. |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|-----------------|---|--|
| | <p data-bbox="394 555 792 651">Empfehlung einer CTG-Aufzeichnung bei maternalen oder fetalen Auffälligkeiten.</p> | <p data-bbox="848 296 1151 320"><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul data-bbox="848 339 2047 523" style="list-style-type: none"> ▪ Die fetale Herzfrequenz soll auskultatorisch über mindestens 1 Minute nach einer Kontraktion beurteilt und als ein Wert dokumentiert werden. ▪ Der mütterliche Puls soll bei der Auskultation der fetalen Herzfrequenz palpiert werden, um sicher zwischen kindlicher und mütterlicher Herzfrequenz unterscheiden zu können. ▪ Werden Akzelerationen und Dezelerationen gehört, sollen diese dokumentiert werden. <p data-bbox="848 555 1133 579"><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul data-bbox="848 598 2065 831" style="list-style-type: none"> ▪ Eine CTG-Aufzeichnung soll empfohlen werden, wenn bei der intermittierenden Auskultation der fetalen Herzfrequenz Auffälligkeiten festgestellt werden. ▪ Bei ansteigender Baseline der fetalen Herzfrequenz oder bei Verdacht auf Dezelerationen soll unter anderem <ul data-bbox="882 727 2065 831" style="list-style-type: none"> ▫ häufiger auskultiert werden, z. B. bei 3 aufeinanderfolgenden Wehen, ▫ die klinische Gesamtsituation berücksichtigt werden, z. B. Position der Gebärenden, Hydratation, Wehenqualität und mütterliche Vitalparameter. <p data-bbox="882 852 1644 876">Wenn der Baseline-Anstieg oder die Dezelerationen sich bestätigen, soll</p> <ul data-bbox="882 896 1749 1011" style="list-style-type: none"> ▫ eine kontinuierliche CTG-Überwachung begonnen werden, ▫ eine hebammengeleitete Geburt in ärztliche Verantwortung übergeben werden, ▫ Hilfe hinzugezogen werden. <ul data-bbox="848 1032 2047 1319" style="list-style-type: none"> ▪ Eine kontinuierliche CTG-Ableitung soll im Niedrig-Risiko-Kollektiv erfolgen, wenn einer der folgenden Risikofaktoren während der Geburt auftritt / vorliegt: <ul data-bbox="882 1114 1868 1319" style="list-style-type: none"> ▫ mütterlicher Puls > 120 SpM, zweimalig im Abstand von 30 Minuten ▫ mütterliche Temperatur > 38 °C (einmalig) oder 37,5 °C, zweimalig im Abstand von 1 Stunde ▫ Verdacht auf Amnioninfektionssyndrom / Sepsis ▫ untypische Schmerzen ▫ (signifikant) grünes Fruchtwasser |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|-----------------|-------------------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▫ frische vaginale Blutung ▫ Blutdruck systolisch ≥ 160 mmHg oder diastolisch ≥ 110 mmHg (außerhalb der Wehe) ▫ Blutdruck systolisch ≥ 140 mmHg oder diastolisch ≥ 90 mmHg, zweimal im Abstand von 30 Minuten außerhalb der Wehe ▫ Proteinurie (Urin-Stix ++) mit einmaligem Blutdruck ≥ 140 mmHg oder diastolisch ≥ 90 mmHg außerhalb der Wehe ▫ protrahierte Geburt ▫ Kontraktionen länger als 60 Sekunden (Dauerkontraktion) oder mehr als 5 Kontraktionen innerhalb 10 Minuten (Polysystolie) ▫ intrapartale Wehenmittelgabe (Oxytocin). <ul style="list-style-type: none"> ■ Es sollte eine kontinuierliche CTG-Überwachung solange erfolgen, bis keine weiteren Störungen der Hämodynamik der Frau zu erwarten sind (in der Regel für mindestens 30 Minuten). Eine routinemäßige CTG-Überwachung bei etablierter PDA ist nicht zwingend erforderlich. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Die Beurteilung des mütterlichen und kindlichen Zustands (inklusive der Dokumentation des CTG-Musters) soll stündlich erfolgen, bei Auffälligkeiten noch häufiger. ■ Die Interpretation der CTG-Muster soll standardgemäß erfolgen und dokumentiert werden. ■ Bei einer kontinuierlichen CTG-Überwachung soll die mütterliche und kindliche Herzfrequenz unterscheidbar sein und mindestens stündlich dokumentiert werden. ■ Die CTG-Ableitung mittels Telemetrie soll allen Frauen mit kontinuierlicher Ableitung angeboten werden. ■ Eine genaue Dokumentation der CTG-Aufzeichnung setzt voraus, dass das Datum und die Uhrzeit am CTG-Gerät korrekt eingestellt sind. Zudem soll der CTG-Streifen mit den Daten der Schwangeren (Name und Geburtsdatum) und der mütterlichen Herzfrequenz zu Beginn der Aufzeichnung versehen werden. ■ Die Interpretation von CTG-Aufzeichnungen mit Hilfe von computergestützten Systemen sollte aktuell nicht routinemäßig eingesetzt werden. |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es sollen keine Entscheidungen während der Geburt allein auf Grundlage des CTGs getroffen werden. Konsequenzen aus der Interpretation eines CTGs sollen unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren erfolgen. Zu diesen Faktoren gehören unter anderem <ul style="list-style-type: none"> ▫ maternale Vitalparameter (Blutdruck, Herzfrequenz, Temperatur) ▫ maternales (subjektives) Befinden ▫ blutiges oder grünes Fruchtwasser ▫ vaginale Blutung ▫ Medikamenteneinnahme ▫ Häufigkeit der Kontraktionen ▫ Geburtsphase und -fortschritt ▫ Parität ▫ gegebenenfalls Ergebnis einer Fetalblutanalyse oder die Reaktion auf eine Stimulation des fetalen Skalps. |
| Vermeidung von nicht indizierten, routinemäßigen Untersuchungen und Interventionen | <p>Untersuchungen, die bei medizinischer Indikation aber nicht routinemäßig durchzuführen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ bei Schwangeren mit einem niedrigen Risiko: Aufnahme-CTG und CTG in der aktiven Eröffnungsphase und bei etablierter PDA ▪ routinemäßige Beurteilung der Schmerzen nach einer Schmerzskala ▪ fetales Elektrokardiogramm (EKG) mittels Kopfschwartenelektrode oder abdominaler EKG-Ableitung ▪ intrapartale fetale Sauerstoffsättigungsmessung | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei Aufnahme einer Niedrig-Risiko-Schwangeren sollte die CTG-Aufzeichnung nicht bei Verdacht auf Geburtsbeginn durchgeführt werden. ▪ Auf eine CTG-Aufzeichnung sollte bei einer Niedrig-Risiko-Schwangeren in der aktiven Eröffnungsphase verzichtet werden. ▪ Es sollte eine kontinuierliche CTG-Überwachung solange erfolgen, bis keine weiteren Störungen der Hämodynamik der Frau zu erwarten sind (in der Regel für mindestens 30 Minuten). Eine routinemäßige CTG-Überwachung bei etablierter PDA ist nicht zwingend erforderlich. ▪ Eine Beurteilung der Schmerzen nach einer Schmerzskala sollte nicht routinemäßig erfolgen. ▪ Die Analyse des fetalen Elektrokardiogramms (EKG) mittels Kopfschwartenelektrode oder abdominaler EKG-Ableitung sollte aktuell nicht routinemäßig eingesetzt werden. ▪ Die intrapartale fetale Sauerstoffsättigung sollte aktuell nicht routinemäßig eingesetzt werden. |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|--------------------|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ intrapartale Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von SGA-Kindern oder bei Verdacht auf Makrosomie | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine intrapartale Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von SGA-Kindern sollte nicht durchgeführt werden. ▪ Eine intrapartale Ultraschalluntersuchung bei Verdacht auf Makrosomie sollte nicht durchgeführt werden. |
| | <p>Bei unauffälligem Geburtsverlauf sind ohne medizinische Indikation keine der nachfolgenden Interventionen anzubieten bzw. zu empfehlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ein aktives Management der Geburt ▪ eine Amniotomie ▪ eine Episiotomie | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn der Geburtsverlauf regelrecht ist und es der Mutter und dem Kind gut geht, sollen keine Interventionen angeboten und empfohlen werden. ▪ Es soll nicht routinemäßig ein aktives Management angeboten werden. ▪ Bei normalem Geburtsfortschritt soll eine Amniotomie nicht routinemäßig erfolgen. ▪ Die Kombination von frühzeitiger Amniotomie und Applikation von Oxytocin soll nicht routinemäßig angewendet werden. ▪ Eine routinemäßige Episiotomie während einer spontanen vaginalen Geburt soll nicht durchgeführt werden. |
| Schmerzbewältigung | Unterstützung der Schwangeren bei konservativen Maßnahmen zur Schmerzlinderung. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine Frau, die Atem- und Entspannungstechniken zur Bewältigung der Wehen einsetzen möchte, soll in ihrer Entscheidung unterstützt werden. ▪ Eine Frau, die sich nach erlernten Massagetechniken von ihrer Geburtsbegleitung massieren lassen möchte, soll in ihrer Entscheidung unterstützt werden. ▪ Gebärende sollen darin unterstützt werden, die Musik ihrer Wahl abzuspielen. ▪ Der Frau soll die Möglichkeit angeboten werden, die Wehen zur Schmerzerleichterung im Wasser zu verarbeiten. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angehörige der Gesundheitsberufe sollten sich ihrer eigenen Haltung gegenüber dem Geburtsschmerz bewusst sein und ihre Betreuung darauf ausrichten, die Frau in ihren Entscheidungen zu unterstützen. |
| | Angebot einer PDA auf Wunsch der Schwangeren oder bei medizinischer Indikation. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|------------------------------|-------------------------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gebärenden unter der Geburt, die einer Analgesie bedürfen oder eine Analgesie wünschen, sollte eine Epiduralanalgesie angeboten werden. ▪ Der Zeitpunkt der Anlage der Regionalanästhesie sollte von der Gebärenden bestimmt werden und kann zu jeder Zeit erfolgen. Es wird nicht empfohlen, einen definierten Geburtsfortschritt abzuwarten, da nach aktuellem Kenntnisstand der Zeitpunkt der PDK-Anlage weder einen objektiven Vor- noch einen Nachteil bezüglich des Geburtsverlaufs impliziert. ▪ Wenn ein protrahierter Verlauf in der aktiven Eröffnungsphase vermutet wird, sollen folgende Punkte berücksichtigt werden: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Parität ▫ Muttermundöffnung und deren Dynamik ▫ Wehentätigkeit ▫ Höhenstand und Einstellung ▫ der psychische Zustand der Gebärenden Der Gebärenden soll Unterstützung, Flüssigkeitszufuhr und effektive Schmerztherapie angeboten werden. ▪ Allen Gebärenden mit einem protrahierten Verlauf in der aktiven Eröffnungsphase sollte Unterstützung und eine effektive Schmerztherapie angeboten werden. ▪ Die Gebärende sollte darüber informiert werden, dass Oxytocin die Frequenz und Stärke der Wehen steigert, und dass dies zu einer kontinuierlichen Überwachung führt. Eine Periduralanästhesie sollte vor der Oxytocin-Gabe angeboten werden. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Da die analgetische Wirkung langwirksamer systemischer Opioide insgesamt als unbefriedigend bezeichnet werden muss, insbesondere vor dem Hintergrund, dass mit Blick auf die atemdepressive Wirkung bei Mutter und Kind Dosislimitationen gegeben sind, sollen nicht-neuraxiale Verfahren allenfalls überbrückend bzw. in Kenntnis der limitierten Effektivität durch die betroffene Gebärende zum Einsatz kommen. |
| Prävention Geburtsverletzung | Angebot einer Dammschutzprophylaxe. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gebärenden sollten warme Kompressen auf den Damm angeboten werden. |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|--|---|---|
| Betreuung der Schwangeren in der Nachgeburtssphase | Unterstützung eines abwartenden Managements in der Nachgeburtssphase. Abweichungen sind aus medizinischen Gründen oder auf Wunsch der Gebärenden möglich. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entscheidet sich eine Frau mit geringem postpartalen Blutungsrisiko für ein abwartendes Management der Nachgeburtssperiode, so sollte dieser Wunsch respektiert werden. Die Frau sollte dann entsprechend ihrer Entscheidung unterstützt werden. ▪ Ein Wechsel vom abwartenden zum aktiven Management soll angeraten werden, wenn eines der folgenden Ereignisse eintritt: <ul style="list-style-type: none"> ▫ eine verstärkte vaginale Blutung (PPH) ▫ die Plazenta nicht innerhalb einer Stunde nach der Geburt des Neugeborenen entwickelt ist. ▪ Ein Wechsel vom abwartenden zum aktiven Management soll der Frau angeboten werden, wenn diese die Nachgeburtssphase verkürzen möchte. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Folgende Beobachtungen an der Mutter in der Nachgeburtssphase sollen dokumentiert werden: <ul style="list-style-type: none"> ▫ ihre allgemeine körperliche Verfassung, gekennzeichnet durch Hautkolorit, Atmung und Eigeneinschätzung ▫ der vaginale Blutverlust. ▪ Bei ausbleibender Plazentalösung soll ein intravenöser Zugang gelegt und der Frau die Notwendigkeit hierfür erklärt werden. ▪ Oxytocin soll intravenös verabreicht werden, wenn die Plazentalösung verzögert ist und die Frau stark blutet. ▪ Es soll keine Plazentalösung ohne Analgesie bzw. Anästhesie durchgeführt werden. ▪ Die Diagnose "Verlängerte Nachgeburtssphase" soll gestellt werden, wenn: <ul style="list-style-type: none"> ▫ die Nachgeburtssphase bei aktivem Management nach 30 Minuten post partum oder ▫ bei abwartendem Management nach 60 Minuten post partum nicht abgeschlossen ist. |
| Bonding | Unterstützung des Bonding, eines ersten Haut-zu-Haut Kontaktes, Vermeidung einer nicht notwendigen Trennung von Mutter und Kind. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|-----------------|-------------------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Zeit unmittelbar nach der Geburt ist für das gegenseitige Kennenlernen der Mutter (mit ihrer Begleitung) und des Neugeborenen wichtig (Bonding). Es sollen alle pflegerischen und diagnostischen Maßnahmen oder medizinischen Eingriffe auf ein Mindestmaß reduziert werden, um die Trennung oder Unterbrechung des Bondings zwischen Mutter und Kind zu verhindern. ▪ Mütter sollen ermutigt werden, so bald wie möglich nach der Geburt Haut-zu-Haut-Kontakt zu ihrem Neugeborenen zu haben. ▪ Es ist sicherzustellen, dass durch die systematische Begutachtung der Geburtsverletzung das Mutter-Kind-Bonding nicht gestört wird. Eine Ausnahme stellt eine mütterliche Blutung, die eine rasche Versorgung benötigt, dar. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Um das Neugeborene warm zu halten, soll es mit einer warmen, trockenen Decke oder einem ebensolchen Handtuch abgetrocknet und bedeckt werden, während der Haut-zu-Haut-Kontakt zur Mutter aufrechterhalten wird. |

Risikogruppe: Schwangere mit Adipositas

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderungen | Leitlinienempfehlungen |
|------------------------------|---|--|
| Strukturelle Voraussetzungen | <p>Vorhalten adäquater Klinikausstattung bei Behandlung von adipösen Schwangeren (BMI ≥ 30 kg/m²):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ausreichend Bewegungsräume ▪ belastbare Einrichtung (bis 250 kg): Transport- und Untersuchungsliegen, Entbindungsbetten, Operationstische, Rollstühle etc. ▪ passendes medizinisches Instrumentarium, z. B. breite Blutdruckmanschetten, extra lange Epidural- und Spinalnadeln, breite Spekula etc. ▪ angepassten Personalschlüssel zur intensiveren Überwachung ▪ entsprechende Operationskleidung. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einrichtungen, die adipöse Schwangere mit einem BMI ≥ 30 kg/m² betreuen, sollten Folgendes vorhalten: <ul style="list-style-type: none"> ▫ ausreichend Bewegungsräume; ▫ belastbare Einrichtung (bis 250 kg): Transport- und Untersuchungsliegen, Entbindungsbetten, Operationstische, Rollstühle etc.; ▫ passendes medizinisches Instrumentarium, z. B. breite Blutdruckmanschetten, extra lange Epidural- und Spinalnadeln, breite Spekula etc.; ▫ angepassten Personalschlüssel zur intensiveren Überwachung; ▫ entsprechende Operationskleidung. |
| Personalschulung | <p>Schulung der Angehörigen der Gesundheitsberufe zur Versorgung adipöser Schwangerer.</p> | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medizinisches Personal sollte in der Betreuung und dem Umgang mit geburtshilflichen Komplikationen von adipösen Frauen, sowie in der Handhabung von speziellen technischen Geräten und Einrichtungen regelmäßig geschult werden. |
| Information und Beratung | <p>Zielgruppenspezifische Beratung von adipösen (mit BMI > 40 kg/m²) Schwangeren bzgl.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ des Geburtsorts ▪ des Geburtsmodus ▪ möglichen Komplikationen | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwangere mit BMI > 35 kg/m² sollten in Perinatalzentren entbinden. ▪ Bei Schwangeren mit einem präkonzeptionellen BMI zwischen 30-35 kg/m² sollte eine individuelle Risikoabwägung zur Geburtsortempfehlung stattfinden. ▪ Bei adipösen Schwangeren mit vorangegangener Sectio caesarea soll die Entbindung in einem Perinatalzentrum erfolgen. |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderungen | Leitlinienempfehlungen |
|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> einer möglichen anästhesiologischer Behandlung | <ul style="list-style-type: none"> Bei Z.n. Sectio soll die adipöse Schwangere sowohl über die Erfolgchancen und Risiken der vaginalen Geburt als auch über die Risiken der primären als auch der sekundären Re-Sectio aufgeklärt werden und eine individuelle Entscheidung getroffen werden. Bei Schwangeren mit einem BMI ≥ 30 kg/m² sollte eine Aufklärung erfolgen, dass bei Adipositas ein erhöhtes IUFT-Risiko bei Terminüberschreitung besteht. Bei Schwangeren mit einem BMI > 40 kg/m² soll eine pränatale Konsultation durch einen Anästhesiologen mit geburtshilflicher Expertise erfolgen, um spezielle anästhesiologische Problemkonstellationen zu identifizieren. Ein anästhesiologischer Behandlungsplan soll dabei erarbeitet und im Rahmen der geburtshilflichen Weiterbehandlung umgesetzt werden. Adipöse schwangere Frauen mit Komorbiditäten wie insbesondere einer obstruktiven Schlafapnoe sollen von einem Anästhesiologen konsultiert werden, weil sie ein erhöhtes Risiko für Hypoxämie, Hyperkapnie und plötzlichen Tod haben. |
| Versorgung von Schwangeren mit Adipositas | <p>Berücksichtigung von zielgruppenspezifischen Bedarfen adipöser Schwangerer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Größe Blutdruckmanschette venöser Zugang Ableitung fetale Herzfrequenz | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Für die Blutdruckmessung bei adipösen Patientinnen soll eine Manschette passender Größe verwendet werden. Bei Frauen mit Adipositas soll bei Geburt frühzeitig ein venöser Zugang gelegt werden. Bei Frauen mit moderater bis schwerer Adipositas soll frühzeitig während des Geburtsprozesses ein intravenöser Zugang gelegt werden. Bei unzureichender externer Ableitung soll die interne Ableitung durch eine Skalpelektrode eingesetzt werden. |
| | Adipositas für sich stellt keine Indikation für eine primäre Sectio dar. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Eine Indikation für eine primäre Sectio besteht allein aufgrund der Adipositas nicht und soll wegen der erhöhten Komplikationsrate vermieden werden. |
| | Angebot und Abwägung einer Einleitung mit der 39+0 SSW. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Bei zusätzlichen Risikofaktoren sollte bei adipösen Schwangeren eine Einleitung mit 39+0 SSW angeboten und sorgfältig abgewogen werden. |

Risikogruppe: Schwangere mit Gestationsdiabetes mellitus (GDM) und Diabetes mellitus

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderungen | Leitlinienempfehlungen |
|------------------------------|--|---|
| Strukturelle Voraussetzungen | Vorhalten der technischen Möglichkeiten zur Glukose-/Blutglukosekontrolle und Vorhandensein eines interdisziplinär erarbeiteten Behandlungsschemas für die Diabetestherapie während und unmittelbar nach der Geburt für Schwangere mit Diabetes. | <u>Empfehlungen (Synthese):</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jedes Entbindungszentrum soll ein interdisziplinär erarbeitetes Behandlungsschema für die Diabetestherapie während und unmittelbar nach der Geburt haben. ▪ Zur Stoffwechselüberwachung während der Geburt sollen einstündliche Glukose-/Blutglukosekontrollen erfolgen. |
| Information und Beratung | Zielgruppenspezifische Beratung von Schwangeren mit Diabetes bzgl.: <ul style="list-style-type: none"> ▪ des Geburtsorts ▪ des Geburtsmodus ▪ möglichen Komplikationen | <u>Empfehlungen (Synthese):</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwangere mit präexistentem Diabetes sollen zur Entbindung in ein Perinatalzentrum Level I oder II überwiesen werden. ▪ Schwangeren mit diätetisch eingestelltem GDM sollte die Entbindung in einer Klinik mit besonderer diabetologischer Erfahrung und angeschlossener Neonatologie angeraten werden. ▪ Schwangere mit insulintherapiertem GDM sollen richtlinienkonform in einem Perinatalzentrum LEVEL 1 oder 2 entbunden werden. ▪ Die Schwangere mit Diabetes soll im Rahmen der Beratung zur Geburt über das abrupte Absinken des Insulinbedarfes bei Wehenbeginn und die entsprechenden Maßnahmen informiert sein. ▪ Die diabetische Retinopathie soll nicht Indikation zur primären Sektio sein. ▪ GDM allein soll nicht als Kontraindikation für eine vaginale Geburt bei vorausgegangener Sectio gelten. <u>Ergänzende Empfehlungen:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Im letzten Schwangerschaftsdrittel (30-32 SSW) sollte die Vorstellung der Schwangeren mit präexistentem Diabetes in der Entbindungsklinik erfolgen. |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderungen | Leitlinienempfehlungen |
|---|--|--|
| Versorgung von Schwangeren mit Diabetes | Stündliche Kontrolle des Blutzuckers und ggf. Behandlung von Schwangeren mit insulinpflichtigen Diabetes mellitus oder GDM. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Zur Stoffwechselüberwachung während der Geburt sollen einstündliche Glukose-/Blutglukosekontrollen erfolgen. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Mit der Geburt sinkt der Insulin-Bedarf drastisch, es sollen engmaschige Dosisanpassungen vorgenommen werden, die sich am präkonzeptionellen Bedarf orientieren. Während der Entbindung sollten Zielwerte zwischen 90-126 mg/dl (5,0-7,0 mmol/l) erreicht werden. Größere Stoffwechselschwankungen, plötzliche Blutglukosespitzen oder hypoglykämische Episoden sollten vermieden werden. Nach der Entbindung sollte wegen des erhöhten Hypoglykämierisikos in den ersten postpartalen Stunden die Insulintherapie individuell kurzfristig angepasst werden. |
| | Geburtseinleitung bei Schwangeren mit Diabetes mellitus bei ausbleibendem Geburtsbeginn zum erwarteten Entbindungstermin. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Für Schwangere mit präexistentem Diabetes gelten dieselben Einleitungsindikationen, wie für nicht-diabetische Schwangere. Bei Schwangeren mit Diabetes soll darüber hinaus bei Erreichen des erwarteten Entbindungstermins und ausbleibendem Geburtsbeginn die Geburtseinleitung erfolgen. |
| | Berücksichtigung von zielgruppenspezifischen maternalen und kindlichen Risiken und Bedarfen bei Schwangeren mit Gestations Diabetes melitus. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Es besteht ein erhöhtes Risiko für hypertensive Erkrankungen, Infektionen, Frühgeburt, Sectio, Geburtsverletzungen, postpartale Blutungen und Depressionen bei Schwangeren mit GDM, dies soll bei der Betreuung in der Schwangerschaft und postpartal mitberücksichtigt werden. Bei adipösen Schwangeren mit GDM soll das erhöhte Risiko für maternale Komplikationen berücksichtigt werden. Eine Einleitung < 39+0 SSW erhöht die neonatale Morbidität und Verlegungsrate und soll vermieden werden. Es gibt Hinweise, dass sich die fetale Morbidität bei insulinpflichtigem GDM durch Einleitung mit 40+0 SSW verringern lässt und soll angeboten werden. Es wird ein individualisiertes Vorgehen in Bezug auf eine Einleitung zwischen 38 und 40+0 SSW empfohlen. Dabei sollen der Insulinbedarf, die Ultraschallbefunde (Kindsgewicht, |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderungen | Leitlinienempfehlungen |
|-----------------|---------------------------------|---|
| | | <p>Doppler, Fruchtwasser), maternale Erkrankungen wie Präeklampsie und die vorausgegangenen Schwangerschaftsverläufe berücksichtigt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wegen der mit Frühgeburtlichkeit assoziierten Morbidität soll eine vorzeitige (vor 38+0) Einleitung aufgrund schlechter BZ-Einstellung nicht angestrebt werden, sondern eine pränatale Optimierung der BZ-Werte. ▪ Bei GDM und ultrasonografischem fetalem Schätzwert > 95. Perzentile sollten möglichen Vorteile der Einleitung ab 37+0 mit den Auswirkungen eines früheren Gestationsalters bei Geburt sorgfältig abgewogen werden. |

Nach den Einschlusskriterien (siehe Anhang A) extrahierte Empfehlungen

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| 1 | 5-9 | Mit der Geburt sinkt der Insulin-Bedarf drastisch, es sollen engmaschige Dosisanpassungen vorgenommen werden, die sich am präkonzeptionellen Bedarf orientieren. | A | LoE 2+ | 30 |
| | 7-2 | Vor der Entbindung soll ein aktuelles ultrasonografisches Schätzwert (nicht älter als 2 Wochen) vorliegen. | A | LoE 2+ | 46 |
| | 9-3 | Schwangere mit präexistentem Diabetes sollen zur Entbindung in ein Perinatalzentrum Level I oder II überwiesen werden. | A | LoE 4 | 58 |
| | 9-4 | Für Schwangere mit präexistentem Diabetes gelten dieselben Einleitungsindikationen, wie für nicht-diabetische Schwangere. Bei Schwangeren mit Diabetes soll darüber hinaus bei Erreichen des erwarteten Entbindungstermins und ausbleibendem Geburtsbeginn die Geburtseinleitung erfolgen. | A | LoE 3 | 60 |
| | 9-5 | Im letzten Schwangerschaftsdrittel (30-32 SSW) sollte die Vorstellung der Schwangeren mit präexistentem Diabetes in der Entbindungsklinik erfolgen. | B | LoE 4 | 60 |
| | 9-6 | Die diabetische Retinopathie soll nicht Indikation zur primären Sektio sein. | A | LoE 3 | 61 |
| | 9-7 | Die Schwangere mit Diabetes soll im Rahmen der Beratung zur Geburt über das abrupte Absinken des Insulinbedarfes bei Wehenbeginn und die entsprechenden Maßnahmen informiert sein. | A | LoE 4 | 62 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | 9-8 | Jedes Entbindungszentrum soll ein interdisziplinär erarbeitetes Behandlungsschema für die Diabetestherapie während und unmittelbar nach der Geburt haben. | A | LoE 4 | 63 |
| | 9-9 | Zur Stoffwechselüberwachung während der Geburt sollen einstündliche Glukose-/Blutglukosekontrollen erfolgen. | A | LoE 4 | 63 |
| | 9-10 | Während der Entbindung sollten Zielwerte zwischen 90-126 mg/dl (5,0-7,0 mmol/l) erreicht werden. Größere Stoffwechselschwankungen, plötzliche Blutglukosespitzen oder hypoglykämische Episoden sollten vermieden werden. | B | LoE 4 | 63 |
| | 9-11 | Nach der Entbindung sollte wegen des erhöhten Hypoglykämierisikos in den ersten postpartalen Stunden die Insulintherapie individuell kurzfristig angepasst werden. | B | LoE 4 | 63 |
| 2 | 5.E41 | Bei Schwangeren mit einem BMI ≥ 30 kg/m ² sollte eine Aufklärung erfolgen, dass bei Adipositas ein erhöhtes IUFT-Risiko bei Terminüberschreitung besteht. | B | 1+ | 94 |
| | 5.E42 | Bei zusätzlichen Risikofaktoren sollte bei adipösen Schwangeren eine Einleitung mit 39+0 SSW angeboten und sorgfältig abgewogen werden. | B | 1+ | 94 |
| | 5.E43 | Medizinisches Personal sollte in der Betreuung und dem Umgang mit geburtshilflichen Komplikationen von adipösen Frauen, sowie in der Handhabung von speziellen technischen Geräten und Einrichtungen geschult werden. | B | 4 | 95 |
| | 5.E44 | Adipöse Schwangere sollten bei geburtshilflichen vaginalen Operationen und Sectiones von gynäkologischen und anästhesiologischen Fachärzten betreut werden. | B | 4 | 95 |
| | 5.E45 | Schwangere mit BMI >35 kg/m ² sollten in Perinatalzentren entbinden. | B | 2++ | 95 |
| | 5.E46 | Bei Schwangeren mit einem präkonzeptionellen BMI zwischen 30-35 kg/m ² sollte eine individuelle Risikoabwägung zur Geburtsortempfehlung stattfinden. | B | 4 | 95 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | 5.E47 | Bei adipösen Schwangeren mit vorangegangener Sectio caesarea soll die Entbindung in einem Perinatalzentrum erfolgen. | A | 4 | 95 |
| | 5.E48 | Einrichtungen, die adipöse Schwangere mit einem BMI ≥ 30 kg/m ² betreuen, sollten Folgendes vorhalten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ausreichend Bewegungsräume; ▪ belastbare Einrichtung (bis 250 kg): Transport- und Untersuchungsliegen, Entbindungsbetten, Operationstische, Rollstühle etc.; ▪ passendes medizinisches Instrumentarium, z. B. breite Blutdruckmanschetten, extra lange Epidural- und Spinalnadeln, breite Spektula etc.; ▪ angepassten Personalschlüssel zur intensiveren Überwachung; ▪ entsprechende Operationskleidung. | B | 4 | 95/96 |
| | 5.E49 | Medizinisches Personal sollte in der Betreuung und dem Umgang mit geburtshilflichen Komplikationen von adipösen Frauen, sowie in der Handhabung von speziellen technischen Geräten und Einrichtungen regelmäßig geschult werden. | B | 4 | 96 |
| | 5.E50 | Bei Schwangeren mit einem BMI > 40 kg/m ² soll eine pränatale Konsultation durch einen Anästhesiologen mit geburtshilflicher Expertise erfolgen, um spezielle anästhesiologische Problemkonstellationen zu identifizieren. Ein anästhesiologischer Behandlungsplan soll dabei erarbeitet und im Rahmen der geburtshilflichen Weiterbehandlung umgesetzt werden. | A | 3 | 97 |
| | 5.E51 | Adipöse schwangere Frauen mit Komorbiditäten wie insbesondere einer obstruktiven Schlafapnoe sollen von einem Anästhesiologen konsultiert werden, weil sie ein erhöhtes Risiko für Hypoxämie, Hyperkapnie und plötzlichen Tod haben. | A | 4 | 97 |
| | 5.E52 | Bei Frauen mit Adipositas soll bei Geburt frühzeitig ein venöser Zugang gelegt werden. | A | 4 | 97 |
| | 5.E54 | Eine Indikation für eine primäre Sectio besteht allein aufgrund der Adipositas nicht und soll wegen der erhöhten Komplikationsrate vermieden werden. | A | 4 | 98 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | 5. E55 | Bei Z.n. Sectio soll die adipöse Schwangere sowohl über die Erfolgchancen und Risiken der vaginalen Geburt als auch über die Risiken der primären als auch der sekundären Re-Sectio aufgeklärt werden und eine individuelle Entscheidung getroffen werden. | A | 4 | 99 |
| | 5. E56 | Bei unzureichender externer Ableitung soll die interne Ableitung durch eine Skalpelektrode eingesetzt werden. | A | 4 | 100 |
| | 5. E57 | Es soll eine sichere Differenzierung zwischen fetaler und maternaler Herzfrequenz erfolgen. | A | 4 | 100 |
| | 5. E58 | Für die Blutdruckmessung bei adipösen Patientinnen soll eine Manschette passender Größe verwendet werden. | A | 4 | 101 |
| | 5. E59 | Bei Frauen mit moderater bis schwerer Adipositas soll frühzeitig während des Geburtsprozesses ein intravenöser Zugang gelegt werden. | A | 4 | 101 |
| 3 | | Es besteht ein erhöhtes Risiko für hypertensive Erkrankungen, Infektionen, Frühgeburt, Sectio, Geburtsverletzungen, postpartale Blutungen und Depressionen bei Schwangeren mit GDM, dies soll bei der Betreuung in der Schwangerschaft und postpartal mitberücksichtigt werden. | A | | 16 |
| | | Bei adipösen Schwangeren mit GDM soll das erhöhte Risiko für maternale Komplikationen berücksichtigt werden. | A | | 16 |
| | | Schwangeren mit diätetisch eingestelltem GDM sollte die Entbindung in einer Klinik mit besonderer diabetologischer Erfahrung und angeschlossener Neonatologie angeraten werden. | B | | 61 |
| | | Schwangere mit insulintherapiertem GDM sollen richtlinienkonform in einem Perinatalzentrum LEVEL 1 oder 2 entbunden werden. | A | | 61 |
| | | Eine Einleitung < 39+0 SSW erhöht die neonatale Morbidität und Verlegungsrate und soll vermieden werden. | A | | 62 |
| | | Es gibt Hinweise, dass sich die fetale Morbidität bei insulinpflichtigem GDM durch Einleitung mit 40+0 SSW verringern lässt und soll angeboten werden. Es wird ein individualisiertes Vorgehen in Bezug auf eine Einlei- | A | | 63 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | | tung zwischen 38 und 40+0 SSW empfohlen. Dabei sollen der Insulinbedarf, die Ultraschallbefunde (Kindsgewicht, Doppler, Fruchtwasser), maternale Erkrankungen wie Präeklampsie und die vorausgegangenen Schwangerschaftsverläufe berücksichtigt werden. | | | |
| | | Wegen der mit Frühgeburtlichkeit assoziierten Morbidität soll eine vorzeitige (vor 38+0) Einleitung aufgrund schlechter BZ-Einstellung nicht angestrebt werden, sondern eine pränatale Optimierung der BZ-Werte. | A | | 63 |
| | | Bei GDM und ultrasonografischem fetalem Schätzwert > 95. Perzentile sollten möglichen Vorteilen der Einleitung ab 37+0 mit den Auswirkungen eines früheren Gestationsalters bei Geburt sorgfältig abgewogen werden. | B | | 63 |
| | | Wird die Geburt eingeleitet, sind kurzwirksame Insuline zur besseren Steuerbarkeit einzusetzen. Die Blutglukose-Zielwerte sollen unter der Geburt bei 80–140 mg/dl (4,4–7,8 mmol/l) liegen. | A | | 63 |
| | | GDM allein soll nicht als Kontraindikation für eine vaginale Geburt bei vorausgegangener Sectio gelten. | A | | 64 |
| 4 | 3.1 | Frauen sollen über die Möglichkeit unterschiedlicher Geburtsorte informiert sein. | A | 4 | 15 |
| | 3.2 | Frauen sollen grundsätzlich über die unterschiedlichen Möglichkeiten der erreichbaren geburtshilflichen Settings informiert werden, z. B. Zugang zu einer Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme, Zugang zu ärztlicher Betreuung, Zugang zu unterschiedlichen schmerzlindernden Maßnahmen und pharmakologischen Schmerzmitteln, Möglichkeiten der vaginalen Geburt bei Zustand nach Sectio caesarea, BEL und Zwillingen und weitere Aspekte. | A | 4 | 17 |
| | 3.3 | Wenn mit einer Frau der Geburtsort besprochen wird, sollen persönliche Sichtweisen und Urteile bzgl. ihrer Wahl vermieden werden zugunsten objektiver Beratung. | A | 4 | 18 |
| | 3.5 | Schwangeren sollen frühzeitig evidenzbasierte Information und Unterstützung angeboten werden, die sie befähigen, eine informierte Wahl hinsichtlich der Geburt zu treffen. Die Sichtweisen und Bedenken von Frauen sollen als integraler Bestandteil des Beratungs- und Entscheidungsprozesses anerkannt werden. | A | 4 | 19 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | 3.6 | Kommunikation und Information sollen in einer Form zur Verfügung gestellt werden, die für medizinische Laien verständlich ist und unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Frauen, welche ethnischen Minderheiten (Unterscheidungsmerkmale: Sprache, Kultur und Religion) angehören, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, oder die nicht lesen können, sowie unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Frauen mit Behinderungen oder Lernschwierigkeiten. | A | 4 | 19 |
| | 4.1 | Frauen sollten ab der aktiven Eröffnungsphase unter der Geburt eine Eins-zu-eins-Betreuung durch eine Hebamme erhalten. | B | 2+ | 29 |
| | 4.3 | Frauen sollte es ermöglicht werden, von einer Begleitperson/Begleitpersonen ihrer Wahl während der Geburt unterstützt zu werden. | B | 1+ | 30 |
| | 4.4 | Frauen dürfen unter der Geburt trinken. Isotonische Getränke sind gegenüber Wasser zu bevorzugen. Den Gebärenden sollte mitgeteilt werden, dass das Trinken isotonischer Getränke unter der Geburt eine Übersäuerung des Blutes verhindert und keine zusätzliche Magenfüllung verursacht. | B | 1+ | 36 |
| | 4.5 | Frauen dürfen unter der Geburt leichte Kost zu sich nehmen. Sie sollten keine Opiode erhalten haben und keine Risikofaktoren für eine Vollnarkose entwickeln. Den Gebärenden sollte mitgeteilt werden, dass durch eine faserarme Kost, z. B. Weißbrot, Knäckebrot oder fettarmen Käse, die Magenfüllung stärker zunimmt. Jedoch ist unklar, ob dadurch ein Risiko für Aspiration (Einatmen von Nahrungsbestandteilen in die Lunge) bei einer im Geburtsverlauf notwendigen Vollnarkose besteht. Leichte Kost unter der Geburt hat keinen positiven oder negativen Einfluss auf die Ergebnisse der Geburt bezüglich Mutter und Kind. | A | 1+ | 37 |
| | 5.1 | Die fetale Herzfrequenz soll bei Aufnahme zur Geburt und bei jeder weiteren Beurteilung des Zustands von Mutter und Kind auskultiert werden. | A | | 42 |
| | 5.2 | Die fetale Herzfrequenz soll auskultatorisch über mindestens 1 Minute nach einer Kontraktion beurteilt und als ein Wert dokumentiert werden. | A | | 42 |
| | 5.3 | Der mütterliche Puls soll bei der Auskultation der fetalen Herzfrequenz palpiert werden, um sicher zwischen kindlicher und mütterlicher Herzfrequenz unterscheiden zu können. | A | | 42 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | 5.4 | Werden Akzelerationen und Dezelerationen gehört, sollen diese dokumentiert werden. | A | | 42 |
| | 5.5 | Die intermittierende Auskultation der fetalen Herzfrequenz soll Niedrig-Risiko-Schwangeren in der aktiven Eröffnungsphase angeboten werden. Hierzu sollte ein Pinard-Stethoskop oder eine Dopplersonographie verwendet werden. Die intermittierende Auskultation sollte alle 15 bis 30 Minuten erfolgen. | A B | | 43 |
| | 5.6 | Bei ansteigender Baseline der fetalen Herzfrequenz oder bei Verdacht auf Dezelerationen soll unter anderem: <ul style="list-style-type: none">▪ häufiger auskultiert werden, z. B. bei 3 aufeinanderfolgenden Wehen,▪ die klinische Gesamtsituation berücksichtigt werden, z. B. Position der Gebärenden, Hydratation, Wehenqualität und mütterliche Vitalparameter. Wenn der Baseline-Anstieg oder die Dezelerationen sich bestätigen, soll <ul style="list-style-type: none">▪ eine kontinuierliche CTG-Überwachung begonnen werden,▪ eine hebammengeleitete Geburt in ärztliche Verantwortung übergeben werden,▪ Hilfe hinzugezogen werden. | A | | 43 |
| | 5.7 | Eine genaue Dokumentation der CTG-Aufzeichnung setzt voraus, dass das Datum und die Uhrzeit am CTG-Gerät korrekt eingestellt sind. Zudem soll der CTG-Streifen mit den Daten der Schwangeren (Name und Geburtsdatum) und der mütterlichen Herzfrequenz zu Beginn der Aufzeichnung versehen werden. | A | | 44 |
| | 5.8 | Es soll eine standardisierte Dokumentation für relevante intrapartale Ereignisse (z. B. vaginale Untersuchungen oder Fetalblutanalyse) erfolgen. | A | | 44 |
| | 5.9 | Bei Aufnahme einer Niedrig-Risiko-Schwangeren sollte die CTG-Aufzeichnung nicht bei Verdacht auf Geburtsbeginn durchgeführt werden. | B | | 44 |
| | 5.10 | Auf eine CTG-Aufzeichnung sollte bei einer Niedrig-Risiko-Schwangeren in der aktiven Eröffnungsphase verzichtet werden. | B | | 45 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | 5.11 | Eine CTG-Aufzeichnung soll empfohlen werden, wenn bei der intermittierenden Auskultation der fetalen Herzfrequenz Auffälligkeiten festgestellt werden. | A | | 46 |
| | 5.12 | Eine kontinuierliche CTG-Ableitung soll im Niedrig-Risiko-Kollektiv erfolgen, wenn einer der folgenden Risikofaktoren während der Geburt auftritt/vorliegt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mütterlicher Puls > 120 SpM, zweimalig im Abstand von 30 Minuten ▪ Mütterliche Temperatur > 38 °C (einmalig) oder 37,5 °C, zweimalig im Abstand von 1 Stunde ▪ Verdacht auf Amnioninfektionssyndrom / Sepsis ▪ Untypische Schmerzen ▪ (Signifikant) grünes Fruchtwasser ▪ Frische vaginale Blutung ▪ Blutdruck systolisch ≥ 160 mmHg oder diastolisch ≥ 110 mmHg (außerhalb der Wehe) ▪ Blutdruck systolisch ≥ 140 mmHg oder diastolisch ≥ 90 mmHg, zweimal im Abstand von 30 Minuten außerhalb der Wehe ▪ Proteinurie (Urin-Stix ++) mit einmaligem Blutdruck ≥ 140 mmHg oder diastolisch ≥ 90 mmHg außerhalb der Wehe ▪ Protrahierte Geburt ▪ Kontraktionen länger als 60 Sekunden (Dauerkontraktion) oder mehr als 5 Kontraktionen innerhalb 10 Minuten (Polysystolie) ▪ Intrapartale Wehenmittelgabe (Oxytocin). | A | | 47 |
| | 5.14 | Die CTG-Ableitung mittels Telemetrie soll allen Frauen mit kontinuierlicher Ableitung angeboten werden. | A | | 48 |
| | 5.15 | Bei unklarer Ableitung der fetalen Herzfrequenz sollen additive Maßnahmen wie z. B. eine sonographische Kontrolle erfolgen. | A | | 48 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | 5.23 | <p>Es sollen keine Entscheidungen während der Geburt allein auf Grundlage des CTGs getroffen werden. Konsequenzen aus der Interpretation eines CTGs sollen unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren erfolgen. Zu diesen Faktoren gehören unter anderem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maternale Vitalparameter (Blutdruck, Herzfrequenz, Temperatur) ▪ Maternales (subjektives) Befinden ▪ Blutiges oder grünes Fruchtwasser ▪ Vaginale Blutung ▪ Medikamenteneinnahme ▪ Häufigkeit der Kontraktionen ▪ Geburtsphase und -fortschritt ▪ Parität ▪ gegebenenfalls Ergebnis einer Fetalblutanalyse oder die Reaktion auf eine Stimulation des fetalen Skalps. | A | | 52 |
| | 5.25 | <p>Wenn die Baseline der fetalen Herzfrequenz zwischen 161–180 SpM ist und weitere CTG-Auffälligkeiten fehlen, soll(en):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mögliche zugrundeliegende Ursachen wie eine Infektion überprüft und entsprechende Untersuchungen veranlasst werden ▪ die maternale Temperatur und Herzfrequenz kontrolliert werden; im Falle einer Erhöhung sollten Flüssigkeit und fiebersenkende Maßnahmen angeboten werden ▪ eine oder mehrere konservative Maßnahmen erfolgen. | A | | 53 |
| | 5.26 | <p>Wenn die Baseline der fetalen Herzfrequenz zwischen 161–180 SpM ist, weitere CTG-Auffälligkeiten fehlen und die maternale Temperatur und Herzfrequenz normal sind, soll die CTG-Ableitung und normale Betreuung fortgesetzt werden, da das Risiko für eine fetale Azidose niedrig ist.</p> | A | | 54 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | 5.27 | <p>Wenn die Baseline der fetalen Herzfrequenz über 180 SpM ist und keine pathologischen CTG-Merkmale vorliegen, soll(en):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ mögliche zugrundeliegende Ursachen wie eine Infektion überprüft und entsprechende Untersuchungen veranlasst werden ▪ die maternale Temperatur und Herzfrequenz kontrolliert werden; im Falle einer Erhöhung sollten Flüssigkeit und fiebersenkende Maßnahmen angeboten werden ▪ eine oder mehrere konservative Maßnahmen erfolgen ▪ eine Fetalblutanalyse zur Messung des Laktats oder pH angeboten werden, wenn die fetale Herzfrequenz trotz konservativer Maßnahmen über 180 SpM ist. | A | | 54 |
| | 5.28 | Eine Baseline der fetalen Herzfrequenz zwischen 100–109 SpM gilt als suspekt, sollte aber bei normaler Oszillation und ohne variable oder späte Dezelerationen keine unmittelbaren Interventionen nach sich ziehen. | B | | 55 |
| | 5.29 | Wenn die Baseline der fetalen Herzfrequenz zwischen 100–109 SpM oder über 160 SpM ist sowie ein weiteres suspektes Merkmal im CTG vorliegt, sollen Maßnahmen ergriffen werden, die zur Normalisierung des CTG-Musters führen. | A | | 55 |
| | 5.30 | Eine Baseline der fetalen Herzfrequenz zwischen 90–99 SpM gilt als pathologisch, könnte jedoch bei normaler Oszillation (eine Verwechslung mit der mütterlichen Herzfrequenz liegt nicht vor) eine normale Variation darstellen. Ein*e erfahrene*r Ärztin/Arzt soll hinzugezogen werden. | A | | 55 |
| | 5.31 | <p>Wenn eine prolongierte Dezeleration mit einer fetalen Herzfrequenz unter 100 SpM für mindestens 3 Minuten vorliegt, soll(en):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ konservative Maßnahmen erfolgen. ▪ umgehend ärztliche Hilfe angefordert werden. ▪ Vorbereitungen für eine notfallmäßige Geburtsbeendigung getroffen werden. ▪ die Geburtsbeendigung angestrebt werden, wenn die prolongierte Dezeleration länger anhält. | A | | 56 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | 5.32 | Wenn eine eingeschränkte Oszillation von < 5 SpM bei normaler Baseline der fetalen Herzfrequenz und fehlenden variablen oder späten Dezelerationen vorliegt, soll(en): <ul style="list-style-type: none"> ▪ konservative Maßnahmen erfolgen, wenn dies über einen Zeitraum von 40 Minuten vorliegt. ▪ eine Fetalblutanalyse zur Messung des pH oder Laktat angeboten werden, wenn dies über einen Zeitraum von 90 Minuten persistiert. | A | | 57 |
| | 5.33 | Wenn eine eingeschränkte Oszillation von < 5 SpM über 40 Minuten vorliegt sowie ein oder mehrere suspekten Zeichen wie Tachykardie (Baseline > 160 SpM), eine Baseline < 100 SpM oder variable oder späte Dezelerationen, soll(en): <ul style="list-style-type: none"> ▪ konservative Maßnahmen erfolgen und eine Fetalblutanalyse zur Messung des pH oder Laktats angeboten werden. Bei anhaltend auffälligen Befunden ist die zeitnahe Geburtsbeendigung anzustreben. | A | | 57 |
| | 5.34 | Folgende Punkte sollen berücksichtigt werden, wenn Dezelerationen der fetalen Herzfrequenz beurteilt werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frühe Dezelerationen (< 60 SpM, < 60 SpM) sind selten mit einer fetalen Hypoxie assoziiert. ▪ Frühe Dezelerationen ohne suspekten oder pathologische CTG-Muster sollen zu keinen weiteren Maßnahmen führen. | A | | 58 |
| | 5.35 | Variable Dezelerationen, die gleichzeitig mit einer Kontraktion auftreten, <ul style="list-style-type: none"> ▪ sind sehr häufig, können ein normales Zeichen im Rahmen einer unkomplizierten Geburt darstellen und werden gewöhnlich durch eine Nabelschnurkompression verursacht. ▪ sollen dazu führen, dass die Gebärende zur Lageveränderung oder Bewegung angeregt wird. | A | | 59 |
| | 5.36 | Konservative Maßnahmen sollen erfolgen, wenn variable Dezelerationen bei einer normalen fetalen Herzfrequenz und Oszillation vorliegen und <ul style="list-style-type: none"> ▪ die fetale Herzfrequenz auf ≤ 60 SpM abfällt und ≥ 60 Sekunden benötigen, um sich zu erholen und | A | | 59 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ > 90 Minuten vorliegen und ▪ mit > 50 % der Kontraktionen auftreten. | | | |
| | 5.37 | <p>Eine Fetalblutanalyse zur Messung des pH oder Laktats soll angeboten werden, wenn variable Dezelerationen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 30 Minuten nach Beginn konservativer Maßnahmen immer noch vorhanden sind. ▪ zusätzlich zu einer fetalen Tachykardie (Baseline > 160 SpM) und / oder einer eingeschränkten Variabilität (< 5 SpM) vorhanden sind. | A | | 59 |
| | 5.38 | <p>Wenn späte Dezelerationen vorliegen, soll(en):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ konservative Maßnahmen begonnen werden, wenn diese mit > 50 % der Kontraktionen auftreten. ▪ eine Fetalblutanalyse zur Messung des pH oder Laktats angeboten und / oder die zeitnahe Geburtsbeendigung angestrebt werden, wenn diese späten Dezelerationen > 30 Minuten persistieren und mit > 50 % der Kontraktionen auftreten. ▪ Maßnahmen früher ergriffen werden, wenn diese späten Dezelerationen mit einer abnormen Baseline der fetalen Herzfrequenz und/oder einer eingeschränkten Variabilität einhergehen. | A | | 60 |
| | 5.39 | <p>Es soll berücksichtigt werden, dass die Wahrscheinlichkeit einer fetalen Azidose steigt, je länger, später und tiefer die einzelnen Dezelerationen auftreten, insbesondere, wenn diese mit einer Tachykardie und/oder eingeschränkten und/oder erhöhten Variabilität einhergehen. Maßnahmen sollen auch schon bei < 30 Minuten ergriffen werden, wenn Sorge um das kindliche Wohlergehen besteht.</p> | A | | 60 |
| | 5.40 | <p>Bei der Beurteilung von Akzelerationen der fetalen Herzfrequenz soll berücksichtigt werden, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ das Vorliegen von Akzelerationen generell ein Zeichen für kindliches Wohlergehen ist. ▪ das Fehlen von Akzelerationen bei sonst unauffälligem CTG-Muster kein Hinweis auf eine Azidose ist. | A | | 61 |
| | 5.41 | <p>Bei suspektem CTG Muster sollen mögliche Ursachen evaluiert und eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen ergriffen werden:</p> | A | | 61 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Schwangere soll ermutigt werden sich zu bewegen oder eine Linksseitenlage einzunehmen, insbesondere soll eine Rückenlage vermieden werden. ▪ Flüssigkeitszufuhr ▪ Paracetamol bei erhöhter maternaler Temperatur ▪ Unterbrechung einer Oxytocin-Gabe (die/der betreuende Ärztin/Arzt soll entscheiden, ob und wann wieder mit Oxytocin begonnen wird) ▪ Tokolyse | | | |
| | 5.42 | Es soll keine mütterliche Sauerstoffapplikation zur intrauterinen Reanimation verabreicht werden, da diese dem Kind schaden könnte. Eine Sauerstoffapplikation kann jedoch aufgrund mütterlicher Indikationen wie einer Hypoxie oder zur Präoxygenierung vor anästhesiologischen Eingriffen verabreicht werden. | A | | 62 |
| | 5.43 | Wenn eine Stimulation des fetalen Skalps zu einem Anstieg der fetalen Herzfrequenz führt, kann dies als günstiges Zeichen gewertet werden; dies soll in der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden. | A | | 62 |
| | 5.44 | Die Reaktion/Veränderung der fetalen Herzfrequenz auf eine fetale Skalp-Stimulation während einer vaginalen Untersuchung soll in der Beurteilung des fetalen Zustandes berücksichtigt werden, wenn eine Fetalblutanalyse nicht erfolgreich oder kontraindiziert ist. | A | | 62 |
| | 5.45 | <p>Wenn eine Fetalblutanalyse angeboten wird, soll der Frau erläutert werden,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ warum diese Untersuchung indiziert ist. ▪ dass die Blutprobe verwendet wird, um den pH-Wert des kindlichen Bluts zu bestimmen und dadurch einen Hinweis zu haben, ob das Kind gestresst ist. ▪ dass zur Durchführung eine vaginale Untersuchung mittels Instrumenten erforderlich ist. ▪ dass eine kleine Blutprobe vom kindlichen Kopf entnommen wird, die durch einen kleinen Schnitt am kindlichen Skalp gewonnen wird. Diese Wunde wird nach der Geburt schnell heilen, jedoch besteht ein geringes Risiko für eine Infektion. ▪ dass die Durchführung helfen kann, weitere und schwerwiegendere Eingriffe zu vermeiden. | A | | 63 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|-------|--------|--------|---------|-----------|-------------|-------|--------|--------------|---|--|----|
| | | <ul style="list-style-type: none"> was die verschiedenen Ergebnisse (normal, grenzwertig, pathologisch) für Konsequenzen haben. dass es selten passiert, dass keine Blutprobe gewonnen werden kann (z. B. bei Muttermundöffnung < 4 cm). Wenn eine Fetalblutanalyse nicht durchgeführt werden kann, kann ein Kaiserschnitt oder eine vaginal-operative Geburt erforderlich sein, da sonst nicht herausgefunden werden kann, wie der kindliche Zustand ist. | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5.46 | Eine Fetalblutanalyse soll nicht durchgeführt werden, wenn Kontraindikationen (z. B. Risiko für eine maternofetale Transmission von Infektionen oder fetale Blutungsstörungen) vorliegen. | A | | 63 | | | | | | | | | | | | |
| | 5.47 | Wenn eine Fetalblutanalyse indiziert ist, die Blutprobe nicht gewonnen werden kann, aber die fetale Skalp-Stimulation zu einer Verbesserung des fetalen Herzfrequenzmusters führt, sollte in Rücksprache mit der Gebärenden entschieden werden, ob die Geburt fortgesetzt oder die Geburtsbeendigung aufgrund der Umstände angestrebt wird. | B | | 64 | | | | | | | | | | | | |
| | 5.48 | Wenn eine Fetalblutanalyse indiziert ist, die Blutprobe aber nicht gewonnen werden kann und sich das CTG-Muster nicht bessert, sollte der Gebärenden die Geburtsbeendigung empfohlen werden. | B | | 64 | | | | | | | | | | | | |
| | 5.49 | Bei einer Fetalblutanalyse soll entweder das Laktat oder der pH-Wert gemessen werden. | A | | 65 | | | | | | | | | | | | |
| | 5.50 | Das Ergebnis der Fetalblutprobe soll mittels folgender Klassifikation bewertet werden: <table border="1" data-bbox="392 975 1182 1206"> <thead> <tr> <th>Laktat (mmol/l)</th> <th>pH</th> <th>Beurteilung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 4,1</td> <td>≥ 7,25</td> <td>Normal</td> </tr> <tr> <td>4,2–4,8</td> <td>7,21–7,24</td> <td>Grenzwertig</td> </tr> <tr> <td>≥ 4,9</td> <td>≤ 7,20</td> <td>Pathologisch</td> </tr> </tbody> </table> | Laktat (mmol/l) | pH | Beurteilung | ≤ 4,1 | ≥ 7,25 | Normal | 4,2–4,8 | 7,21–7,24 | Grenzwertig | ≥ 4,9 | ≤ 7,20 | Pathologisch | A | | 65 |
| Laktat (mmol/l) | pH | Beurteilung | | | | | | | | | | | | | | | |
| ≤ 4,1 | ≥ 7,25 | Normal | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4,2–4,8 | 7,21–7,24 | Grenzwertig | | | | | | | | | | | | | | | |
| ≥ 4,9 | ≤ 7,20 | Pathologisch | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5.51 | Bei der Beurteilung der Fetalblutprobe sollen vorherige pH-/Laktat-Messungen, der Geburtsverlauf und klinische maternale und fetale Befunde berücksichtigt werden. | A | | 65 | | | | | | | | | | | | |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | 5.52 | Wenn eine Fetalblutprobe normal ist, sollte eine erneute Fetalblutanalyse bei weiterhin auffälligem CTG-Muster nach spätestens 1 Stunde empfohlen werden, ggf. bei zusätzlichen Pathologien noch früher. | A | | 66 |
| | 5.53 | Wenn eine Fetalblutprobe grenzwertig ist, soll eine erneute Fetalblutanalyse bei weiterhin auffälligem CTG-Muster nach spätestens 30 Minuten erfolgen, ggf. bei zusätzlichen Pathologien noch früher. | A | | 66 |
| | 5.54 | Die Zeit, die für die Durchführung einer Fetalblutanalyse benötigt wird, sollte bei der Planung der erneuten Durchführung berücksichtigt werden. | A | | 66 |
| | 5.55 | Wenn das CTG-Muster nach einer erneuten Fetalblutanalyse unverändert ist und die Fetalblutprobe unveränderte Ergebnisse (Laktat-/pH-Wert) zeigt, sollten weitere Fetalblutanalysen aufgeschoben werden, bis weitere Pathologien auftreten. | A | | 66 |
| | 5.56 | Die Interpretation von CTG-Aufzeichnungen mit Hilfe von computergestützten Systemen sollte aktuell nicht routinemäßig eingesetzt werden. | B | | 67 |
| | 5.57 | Die Analyse des fetalen Elektrokardiogramms (EKG) mittels Kopfschwartenelektrode oder abdominaler EKG-Ableitung sollte aktuell nicht routinemäßig eingesetzt werden. | B | | 67 |
| | 5.58 | Die intrapartale fetale Sauerstoffsättigung sollte aktuell nicht routinemäßig eingesetzt werden. | B | | 68 |
| | 5.59 | Eine intrapartale Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von SGA-Kindern sollte nicht durchgeführt werden. | B | | 68 |
| | 5.60 | Eine intrapartale Ultraschalluntersuchung bei Verdacht auf Makrosomie sollte nicht durchgeführt werden. | B | | 69 |
| | 6.1 | Angehörige der Gesundheitsberufe sollten sich ihrer eigenen Haltung gegenüber dem Geburtsschmerz bewusst sein und ihre Betreuung darauf ausrichten, die Frau in ihren Entscheidungen zu unterstützen. | B | 1 | 72 |
| | 6.2 | Eine Frau, die Atem- und Entspannungstechniken zur Bewältigung der Wehen einsetzen möchte, soll in ihrer Entscheidung unterstützt werden. | A | 1+ | 76 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | 6.3 | Eine Frau, die sich nach erlernten Massagetechniken von ihrer Geburtsbegleitung massieren lassen möchte, soll in ihrer Entscheidung unterstützt werden. | A | 1+ | 76 |
| | 6.4 | Der Frau soll die Möglichkeit angeboten werden, die Wehen zur Schmerzerleichterung im Wasser zu verarbeiten. | A | 1+ | 76 |
| | 6.5 | Wenn eine Frau sich während der Wehen im Wasser aufhält, sollte ihre Körpertemperatur und die Wassertemperatur stündlich kontrolliert werden, um sicherzustellen, dass sie sich wohlfühlt und nicht zu stark erhitzt ist. Die Wassertemperatur sollte 37,5° nicht übersteigen. | B | 4 | 77 |
| | 6.6 | Bade- und Gebärwannen sollen so gereinigt werden, wie es mit der örtlichen Hygieneabteilung abgestimmt ist. Bei Gebärwannen sollen zusätzlich die Angaben des Herstellers beachtet werden | A | 4 | 77 |
| | 6.7 | Gebärende sollen darin unterstützt werden, die Musik ihrer Wahl abzuspielen. | A | 1+ | 77 |
| | 6.11 | Gebärenden unter der Geburt, die einer Analgesie bedürfen oder eine Analgesie wünschen, sollte eine Epiduralanalgesie angeboten werden. | B | 1+ | 87 |
| | 6.12 | Ein wirksames neuraxiales Verfahren der Analgesie bedingt keinesfalls die Notwendigkeit der Immobilisierung. Insofern sollen Frauen unter der Geburt dazu ermuntert werden eine Position einzunehmen, die zu ihrem Wohlbefinden beiträgt. | A | 1+ | 87 |
| | 6.13 | Es sollte eine kontinuierliche CTG-Überwachung solange erfolgen, bis keine weiteren Störungen der Hämodynamik der Frau zu erwarten sind (in der Regel für mindestens 30 Minuten). Eine routine-mäßige CTG-Überwachung bei etablierter PDA ist nicht zwingend erforderlich. | B | 1+ | 88 |
| | 6.14 | Der Zeitpunkt der Anlage der Regionalanästhesie sollte von der Gebärenden bestimmt werden und kann zu jeder Zeit erfolgen. Es wird nicht empfohlen, einen definierten Geburtsfortschritt abzuwarten, da nach aktuellem Kenntnisstand der Zeitpunkt der PDK-Anlage weder einen objektiven Vor- noch einen Nachteil bezüglich des Geburtsverlaufs impliziert. | B | 1+ | 88 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | 6.18 | Da die analgetische Wirkung langwirksamer systemischer Opiode insgesamt als unbefriedigend bezeichnet werden muss, insbesondere vor dem Hintergrund, dass mit Blick auf die atemdepressive Wirkung bei Mutter und Kind Dosislimitationen gegeben sind, sollen nicht-neuraxiale Verfahren allenfalls überbrückend bzw. in Kenntnis der limitierten Effektivität durch die betroffene Gebärende zum Einsatz kommen. | A | 1+ | 92 |
| | 7.1 | Es sollte keine Empfehlung für die Maßnahme des Hinlegens nach vorzeitigem Blasensprung gegeben werden. | B | 2- | 96 |
| | 7.2 | Es soll keine vaginale Untersuchung (Palpation, Spekulum) erfolgen, wenn sicher ist, dass die Fruchtblase gesprungen ist. | A | 2++ | 97 |
| | 7.3 | Eine Spekulum-Untersuchung sollte empfohlen werden, wenn unklar ist, ob ein vorzeitiger Blasensprung erfolgt ist. Eine vaginale Untersuchung soll bei fehlender Wehentätigkeit nicht erfolgen. | B A | 1+ | 97 |
| | 7.4 | Es sollen keine vaginalen Abstriche oder CRP-Kontrollen im Blut durchgeführt werden, wenn nach einem vorzeitigen Blasensprung eine Geburtseinleitung begonnen oder ein abwartendes Management (über 24 Stunden) gewählt wurde. Temperaturkontrollen zum Ausschluss von Fieber sollen alle 4 Stunden in der Wachphase erfolgen und Veränderungen des vaginalen Ausflusses in Farbe und Geruch sollen von der Frau umgehend rückgemeldet werden. | A | 4 | 97 |
| | 7.5 | Nach einem vorzeitigem Blasensprung sollen die Kindsbewegungen und die fetale Herzfrequenz bei Erstkontakt und alle 24 Stunden beurteilt werden, wenn noch keine Wehentätigkeit vorliegt. Die Schwangere soll darauf hingewiesen werden, die Abnahme von Kindsbewegungen umgehend zu melden. | A | 4 | 98 |
| | 7.6 | Wenn nach einem vorzeitigem Blasensprung nach 24 Stunden keine Wehen auftreten, soll der Schwangeren geraten werden, in eine Klinik mit der Möglichkeit einer neonatalen Versorgung zu gehen und postpartal für mindestens 12 Stunden in der Klinik zu bleiben. | A | 2+, 1-, 2- | 99 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | 7.8 | Die Frau soll darüber informiert werden, dass das Risiko für schwere neonatale Infektionen nach einem vorzeitigen Blasensprung circa 1 % beträgt, im Vergleich zu circa 0,5 %, wenn die Fruchtblase intakt ist. | A | 2++ | 101 |
| | 7.9 | Nach einem vorzeitigen Blasensprung sollte die Frau darüber informiert werden, dass nach 12 Stunden das Risiko für eine mütterliche Infektion steigt. | B | 1+ | 102 |
| | 7.10 | Nach einem vorzeitigen Blasensprung entwickeln circa 60 % der Frauen Wehen innerhalb von 24 Stunden. Eine Geburtseinleitung sollte nach 24 Stunden angeboten werden. | B | 1+ | 103 |
| | 7.12 | Alle Erstgebärenden sollen in der Schwangerschaft darüber informiert werden, was sie in der Latenzphase erwartet, wie sie mit dem Schmerz umgehen können, wie sie ihr geburtshilfliches Team kontaktieren können und was im Notfall zu tun ist. | A | 1+, 1-, 2- | 105 |
| | 7.13 | Alle Erstgebärenden sollen im Vorfeld darüber informiert werden, <ul style="list-style-type: none"> ▪ was die Zeichen eines Geburtsbeginns sind, ▪ wie sie Vorwehen von Geburtswehen unterscheiden, ▪ in welcher Frequenz und Dauer Geburtswehen erfolgen, ▪ wie sich ein Blasensprung äußert und ▪ was ein natürlicher vaginaler Ausfluss in der Schwangerschaft und unter der Geburt ist. | A | 1+, 1-, 2- | 105 |
| | 7.16 | Bei der Erst-/Aufnahmeuntersuchung sollte <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Schwangere nach ihrem Befinden, ihren Wünschen, ihren Erwartungen und ihren Befürchtungen befragt werden. ▪ die Schwangere nach den fetalen Bewegungen und möglichen Veränderungen befragt werden. ▪ die Schwangere darüber informiert werden, was sie in der Latenzphase erwartet und wie sie mit dem Wehenschmerz umgehen kann. ▪ die Schwangere darüber informiert werden, welche Unterstützung sie erwarten kann. | B | 1+ | 106 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ mit der Schwangeren das weitere Vorgehen geplant werden, inklusive des Hinweises, wer wann für sie zuständig und zu kontaktieren ist. ▪ die Begleitperson Hilfestellung erhalten. | | | |
| | 7.17 | Das weitere Vorgehen und die Empfehlungen sollten bei der Erst-/Aufnahmeuntersuchung dokumentiert werden. | B | 4 | 107 |
| | 7.18 | <p>Wenn sich eine Schwangere mit schmerzvollen Kontraktionen in der Latenzphase/frühen Eröffnungsphase vorstellt, sollte(n):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ daran gedacht werden, dass schmerzvolle Kontraktionen ohne zervikale Veränderungen vorliegen können, die subjektiv den Eindruck vermitteln, dass sie Geburtswehen hat. ▪ ihr individuelle Unterstützung und gegebenenfalls Schmerztherapie angeboten werden. ▪ diese ermutigt werden, wieder nach Hause zu gehen, wenn kein erhöhtes Risiko für eine unbegleitete Geburt vorliegt. | B | 4 | 107 |
| | 7.19 | Bei der Erstbeurteilung einer Gebärenden soll eine ausreichende Anamnese inklusive ihrer Erwartungen und Wünsche erhoben werden. | A | 4 | 108 |
| | 7.20 | <p>Bei der Erstbeurteilung einer Gebärenden sollen folgende Informationen und Befunde erhoben werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eintragungen im Mutterpass einschließlich aller antenatal erhobenen Befunde ▪ Dauer, Stärke und Frequenz der Wehen ▪ Empfundene Schmerzstärke (die Optionen zur Schmerzlinderung sollten dargelegt werden) ▪ Vaginale Blutung, Schleim- oder Fruchtwasserabgang ▪ Kindsbewegungen in den letzten 24 Stunden. | A | 4 | 108 |
| | 7.21 | <p>Bei der Erstbeurteilung einer Gebärenden sollen folgende klinische Befunde erhoben werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maternale Herzfrequenz, Blutdruck, Temperatur ▪ Urin-Stix | A | 4 | 109 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fundushöhe, fetale Lage, Poleinstellung, Höhenstand, Frequenz und Dauer der Wehen ▪ Überprüfung der kindlichen Vitalität. | | | |
| | 7.23 | <p>Bei der Durchführung einer vaginalen Untersuchung sollen folgende Punkte beachtet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Fachperson soll sicher sein, dass diese Untersuchung erforderlich ist, um hilfreiche Informationen für den weiteren Ablauf zu bekommen. ▪ Die Gründe für die vaginale Untersuchung sollen der Gebärenden erläutert werden. ▪ Die vaginale Untersuchung kann für die Gebärenden sehr unangenehm sein, weshalb die Besonderheiten dieser Maßnahme berücksichtigt werden sollen. ▪ Die Ergebnisse und ihre Bewertung im Geburtsablauf sollen der Gebärenden anschließend erläutert werden. | A | 4 | 109 |
| | 7.24 | <p>Eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe soll erfolgen, wenn einer der folgenden Punkte bei der Schwangeren während der Erstuntersuchung auffallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Herzfrequenz über 120 Schlägen pro Minute (SpM) nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Min ▪ Blutdruck von systolisch ≥ 160 mmHg oder diastolisch ≥ 110 mmHg einmalig gemessen ▪ Blutdruck von systolisch ≥ 140 mmHg oder diastolisch ≥ 90 mmHg nach einmaliger Kontrolle im Abstand von 30 Min ▪ Proteinurie im Urin-Stix (++) und ein einmalig erhöhter Blutdruck (systolisch ≥ 140 mmHg und / oder diastolisch ≥ 90 mmHg) ▪ Temperatur von > 38 °C ▪ Vaginale Blutung, die keine Zeichnungsblutung ist ▪ Vorzeitiger Blasensprung mehr als 24 Stunden vor Wehenbeginn ▪ Signifikant grünes Fruchtwasser ▪ Schmerzen, die nicht mit einer normalen Wehentätigkeit vereinbar sind | A | 4 | 110 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorliegen einer Risikoschwangerschaft, die eine ärztlich geleitete Geburt erfordern. | | | |
| | 7.25 | <p>Eine Verlegung in die ärztlich geleitete Geburtshilfe soll erfolgen, wenn einer der folgenden Punkte bei der Erstuntersuchung des Feten auffallen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angabe von nachlassenden Kindsbewegungen in den letzten 24 Stunden ▪ Dezeleration der fetalen Herzfrequenz ▪ Herzfrequenz < 110 SpM oder > 160 SpM ▪ Verdacht auf SGA, IUGR oder fetale Makrosomie ▪ BEL, Quer- oder Schräglage ▪ Nabelschnurvorliegen ▪ Hochstehender oder frei ballotierender Kopf bei einer Erstgebärenden ▪ Verdacht auf An-, Oligo- oder Polyhydramnion. | A | 4 | 111 |
| | 7.26 | Wenn eine Verlegung der Schwangeren geplant wird, sollen die Betreuenden (Hebamme oder Ärztin/Arzt) den Krankentransport organisieren und die aufnehmende Klinik kontaktieren. | A | 4 | 112 |
| | 7.27 | Die Gebärende sollte darüber informiert werden, dass Atemübungen, ein Bad und eine Massage die Schmerzen in der Latenzphase reduzieren können. | B | 1+ | 112 |
| | 7.29 | <p>Während der Eröffnungsphase sollte dokumentiert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mütterliches Wohlbefinden ▪ Frequenz der Kontraktionen alle 30 Minuten ▪ Mütterliche Herzfrequenz alle 60 Minuten ▪ Temperatur und Blutdruck alle 4 Stunden ▪ Frequenz der Miktionen | B | 2- | 114 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Befunde der vaginalen Untersuchungen, die alle 4 Stunden, auf Wunsch der Gebärenden oder bei fraglichem Geburtsfortschritt erfolgen. | | | |
| | 7.30 | Das Vorliegen bzw. das Fehlen von signifikant grünem Fruchtwasser soll dokumentiert werden. Signifikant bedeutet, dass das Fruchtwasser dick-grün oder zäh imponiert ist oder Mekoniumklumpen enthält. | A | 4 | 115 |
| | 7.31 | Wenn signifikant grünes Fruchtwasser vorliegt, soll die Möglichkeit der Durchführung einer Fetalblutanalyse gegeben sein. Zudem soll eine sofortige suffiziente Versorgung nach der Geburt durch in Neugeborenenreanimation geschultes Personal vorgehalten werden. | A | 4 | 115 |
| | 7.32 | Eine Beurteilung der Schmerzen nach einer Schmerzskala sollte nicht routinemäßig erfolgen. | B | 4 | 115 |
| | 7.33 | Wenn der Geburtsverlauf regelrecht ist und es der Mutter und dem Kind gut geht, sollen keine Interventionen angeboten und empfohlen werden. | A | 2- | 116 |
| | 7.34 | Es soll nicht routinemäßig ein aktives Management angeboten werden. | A | 2- | 116 |
| | 7.35 | Die Gebärende sollte dazu ermutigt werden, sich zu bewegen und die Position einzunehmen, die für sie am angenehmsten ist. Sie soll aktiv bei der Einnahme der von ihr gewählten Positionen unterstützt werden. | B A | 4 | 117 |
| | 7.36 | Bei normalem Geburtsfortschritt soll eine Amniotomie nicht routinemäßig erfolgen. | A | 1- | 118 |
| | 7.37 | Die Kombination von frühzeitiger Amniotomie und Applikation von Oxytocin soll nicht routinemäßig angewendet werden. | A | 1- | 118 |
| | 7.38 | Wenn ein protrahierter Verlauf in der aktiven Eröffnungsphase vermutet wird, sollen folgende Punkte berücksichtigt werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parität ▪ Muttermundöffnung und deren Dynamik | A | 4 | 119 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wehentätigkeit ▪ Höhenstand und Einstellung ▪ der psychische Zustand der Gebärenden <p>Der Gebärenden soll Unterstützung, Flüssigkeitszufuhr und effektive Schmerztherapie angeboten werden.</p> | | | |
| | 7.39 | <p>Wenn ein protrahierter Verlauf in der aktiven Eröffnungsphase vermutet wird, sollen alle Aspekte eines Geburtsfortschritts beurteilt werden; diese wären:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Muttermundöffnung von < 2 cm in 4 Stunden bei Erstgebärenden ▪ Muttermundöffnung von < 2 cm in 4 Stunden oder eine Abnahme des Fortschritts bei Mehrgebärenden ▪ Tiefertreten und Drehung des kindlichen Kopfes ▪ Änderung in der Stärke, Dauer und Frequenz uteriner Kontraktionen. <p>Wenn ein protrahierter Verlauf diagnostiziert wurde, soll eine Ärztin/ein Arzt hinzugezogen werden.</p> | A | 4 | 119 |
| | 7.40 | <p>Wenn ein protrahierter Verlauf in der aktiven Eröffnungsphase vermutet wird, sollte bei intakter Fruchtblase eine Amniotomie in Erwägung gezogen werden. Die Gebärende sollte darüber aufgeklärt werden, wie diese durchgeführt wird und dass dies zu einer verstärkten Wehentätigkeit und einer schnelleren Geburtsbeendigung führen kann.</p> | B | 1- | 120 |
| | 7.41 | <p>Wenn ein protrahierter Verlauf in der aktiven Eröffnungsphase vermutet wird, soll unabhängig davon, ob eine Amniotomie erfolgt ist, eine vaginale Untersuchung nach 2 Stunden empfohlen und bei fehlendem Geburtsfortschritt (< 1 cm) der protrahierte Verlauf diagnostiziert werden.</p> | A | 3 | 120 |
| | 7.42 | <p>Wenn bei Gebärenden mit einer intakten Fruchtblase in der aktiven Eröffnungsphase ein protrahierter Verlauf diagnostiziert wurde, soll eine Amniotomie und eine anschließende vaginale Untersuchung nach 2 Stunden empfohlen werden.</p> | A | 1- | 120 |
| | 7.43 | <p>Wenn ein protrahierter Verlauf in der aktiven Eröffnungsphase vorliegt, sollte die Gebärende darüber aufgeklärt werden, dass Oxytocin nach einem Blasensprung/Amniotomie den Geburtsablauf beschleunigen kann, ohne den Geburtsmodus zu beeinflussen.</p> | B | 1- | 120 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | 7.44 | Allen Gebärenden mit einem protrahierten Verlauf in der aktiven Eröffnungsphase sollte Unterstützung und eine effektive Schmerztherapie angeboten werden. | B | 3 | 121 |
| | 7.45 | Die Gebärende sollte darüber informiert werden, dass Oxytocin die Frequenz und Stärke der Wehen steigert, und dass dies zu einer kontinuierlichen Überwachung führt. Eine Periduralanästhesie sollte vor der Oxytocin-Gabe angeboten werden. | B | 1- | 121 |
| | 7.46 | Wenn Oxytocin gegeben wird, sollen die Zeitabstände zwischen den einzelnen Dosissteigerungen nicht kürzer als alle 30 Minuten sein. Die Oxytocin-Dosis sollte so lange erhöht werden, bis 4–5 Kontraktionen pro 10 Minuten auftreten. | A B | 1- | 121 |
| | 7.47 | Der Gebärenden sollte eine vaginale Untersuchung 4 Stunden nach Beginn der Oxytocin-Gabe empfohlen werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn sich der Muttermund nur < 2 cm in den letzten 4 Stunden nach Beginn der Oxytocin-Applikation eröffnet hat, sollte eine Reevaluation erfolgen und die Notwendigkeit eines Kaiserschnitts evaluiert werden. ▪ Wenn sich der Muttermund ≥ 2 cm geöffnet hat, sollten alle 4 Stunden vaginale Untersuchungen durchgeführt werden. | B | 3 | 121 |
| | 8.3 | Erst wenn eine Gebärende 1 Stunde nach der Diagnose der vollständigen Muttermunderöffnung trotz guter Wehen keine Zeichen von Geburtsfortschritt zeigt, sollte die Situation reevaluiert werden. | B | 4 | 126 |
| | 8.5 | Wenn die Diagnose 'protrahierte AP' gestellt wurde, sollte (falls nicht zeitnah zuvor erfolgt) der Frau eine vaginale Untersuchung und bei noch stehender Fruchtblase eine Amniotomie angeboten werden. In dieser Situation soll ein*e erfahrene*r Geburtshelfer*in in die Betreuung involviert werden. | B A | 4 | 132 |
| | 8.6 | Folgende Befunde sollten im Partogramm dokumentiert werden: | B | 4 | 133 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|------------------------------------|------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontraktionshäufigkeit ▪ Vaginale Untersuchung zur Beurteilung des Geburtsfortschritts unter Berücksichtigung des Verhaltens der Gebärenden, der Qualität der Wehentätigkeit und Effektivität des Pressens sowie des kindlichen Befindens unter Berücksichtigung des geburtshilflichen Befundes zu Beginn der AP (hier v.a. Höhenstand und Einstellung) ▪ Puls/Blutdruck, Temperatur ▪ Häufigkeit der Blasenentleerung ▪ Berücksichtigung der emotionalen und psychologischen Bedürfnisse der Gebärenden. | | | |
| | 8.7 | Die Gebärende soll dazu angehalten werden, die Rückenlage in der AP zu vermeiden. Sie soll motiviert werden die Position einzunehmen, die sie als angenehm empfindet. | A | 1 | 135 |
| | 8.9 | Die Gebärende sollte darüber informiert werden, dass sie sich von ihrem eigenen Pressdrang leiten lassen soll. Dies umfasst sowohl den Zeitpunkt als auch die Art und Dauer des Pressens. Es gibt keine Evidenz guter Qualität dafür, dass 'angeleitetes Pressen' einen positiven Effekt auf das Geburts-Outcome hat. | B | 1 | 139 |
| | 8.10 | Sollte das Pressen ineffektiv sein bzw. die Gebärende es wünschen, sollten Strategien zur Geburtsunterstützung angeboten werden, z. B. Unterstützung, Zuspruch, ein Positionswechsel und Entleerung der Blase. Außerdem sollte die Notwendigkeit adäquater Analgesie regelmäßig evaluiert und adressiert werden. Dies ist insbesondere wichtig bei protrahierter AP und/oder bei übermäßigem Distress der Mutter. | B | 4 | 140 |
| | 8.11 | Gebärenden sollten warme Kompressen auf den Damm angeboten werden. | B | 1++ | 141 |
| | 8.13 | Eine routinemäßige Episiotomie während einer spontanen vaginalen Geburt soll nicht durchgeführt werden. | A | 1 | 145 |
| | 8.14 | Wenn eine Episiotomie durchgeführt wird, soll diese mediolateral ausgeführt werden. Der Winkel zur Vertikalen soll zum Zeitpunkt der Durchführung (→ am gespannten Damm) 60° zur Vertikalen betragen und nicht unmittelbar in der Medianlinie beginnen. Die Länge soll der Scherenbranche entsprechen. | A | 1 für mediolaterale Schnittführung | 147 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|-------------------------------------|------------------------|
| | | | | 2 für Winkel / Ansatz / Länge | |
| | 8.15 | Wenn durch eine Episiotomie die Geburt eines kompromittierten Kindes beschleunigt werden kann, soll diese durchgeführt werden. | A | 4 | 150 |
| | 8.16 | Es soll eine effektive Analgesie vor der Durchführung einer indizierten Episiotomie gewährleistet sein, außer in einem Notfall aufgrund akuter fetaler Kompromittierung. | A | 4 | 151 |
| | 8.17 | Erst wenn bei vollständigem Muttermund die Wehen abnehmen, sollten wehenfördernde Maßnahmen wie z. B. Energiezufuhr, Blase entleeren, Mobilisation und Oxytocin erfolgen. | B | 4 | 151 |
| | 8.18 | Wenn die Diagnose 'protrahierte AP' gestellt wurde, sollte eine geburtsmedizinische Reevaluation alle 15–30 Minuten erfolgen. | B | 4 | 152 |
| | 8.19 | Wenn die Diagnose 'protrahierte AP' gestellt wurde, soll ein*e erfahrene*r Geburtshelfer*in die Situation reevaluiert, bevor über den Einsatz von Oxytocin entschieden wird. | A | 4 | 153 |
| | 8.20 | Außerdem soll immer wieder überprüft werden, ob die Oxytocinunterstützung ggf. beendet werden kann. | A | 3 | 153 |
| | 8.24 | Gebärende sollten darüber informiert werden, dass es derzeit keine ausreichend klare Evidenz gibt, um eine Wassergeburt entweder anzuraten oder davon abzuraten. | B | 1 | 159 |
| | 9.1 | Die Zeit unmittelbar nach der Geburt ist für das gegenseitige Kennenlernen der Mutter (mit ihrer Begleitung) und des Neugeborenen wichtig (Bonding). Es sollen alle pflegerischen und diagnostischen Maßnahmen oder medizinischen Eingriffe auf ein Mindestmaß reduziert werden, um die Trennung oder Unterbrechung des Bondings zwischen Mutter und Kind zu verhindern. | A | moderat bis niedrig | 161 |
| | 9.2 | Mütter sollen ermutigt werden, so bald wie möglich nach der Geburt Haut-zu-Haut-Kontakt zu ihrem Neugeborenen zu haben. | A | moderat bis niedrig | 162 |
| | 9.3 | Die Diagnose "Verlängerte Nachgeburtsphase" soll gestellt werden, wenn: | A | 4 | 163 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|--------------------------|------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Nachgeburtsphase bei aktivem Management nach 30 Minuten post partum oder ▪ bei abwartendem Management nach 60 Minuten post partum nicht abgeschlossen ist. | | | |
| | 9.4 | <p>Folgende Beobachtungen an der Mutter in der Nachgeburtsphase sollen dokumentiert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ihre allgemeine körperliche Verfassung, gekennzeichnet durch Hautkolorit, Atmung und Eigeneinschätzung ▪ der vaginale Blutverlust | A | 4 | 164 |
| | 9.5 | Die Frau soll vor der Geburt über das aktive Management und das abwartende Vorgehen in der Nachgeburtsperiode und über den damit verbundenen Nutzen und die Risiken informiert werden. | A | | 166 |
| | 9.6 | Entscheidet sich eine Frau mit geringem postpartalen Blutungsrisiko für ein abwartendes Management der Nachgeburtsperiode, so sollte dieser Wunsch respektiert werden. Die Frau sollte dann entsprechend ihrer Entscheidung unterstützt werden. | B | moderat bis sehr niedrig | 170 |
| | 9.7 | <p>Ein Wechsel vom abwartenden zum aktiven Management soll angeraten werden, wenn eines der folgenden Ereignisse eintritt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ eine verstärkte vaginale Blutung ▪ die Plazenta nicht innerhalb einer Stunde nach der Geburt des Neugeborenen entwickelt ist. | A | 4 | 170 |
| | 9.8 | Ein Wechsel vom abwartenden zum aktiven Management soll der Frau angeboten werden, wenn diese die Nachgeburtsphase verkürzen möchte. | A | | 171 |
| | 9.9 | Beim aktiven Management der Nachgeburtsperiode sollten 3–5 IE Oxytocin als Kurzinfusion oder langsam i.v. verabreicht werden, nach der Geburt der vorderen Schulter des Neugeborenen oder unmittelbar nach dessen Geburt, aber bevor die Nabelschnur abgeklemmt und durchtrennt wird. Für Frauen mit erhöhtem Blutungsrisiko kann für das aktive Plazentamanagement alternativ auch die Gabe von Carbetocin erwogen werden. | B | moderat | 171 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|-----------------------|------------------------|
| | 9.10 | Die Nabelschnur soll nach der Verabreichung von Oxytocin abgeklemmt und durchtrennt werden. Die Nabelschnur soll nicht früher als 1 Minute nach der Geburt des Neugeborenen abgeklemmt werden, es sei denn, es besteht die Annahme einer Verletzung der Nabelschnur oder das Neugeborene zeigt eine Herzfrequenz von unter 60 Schläge/Minute ohne ansteigende Tendenz. | A | hoch bis sehr niedrig | 175 |
| | 9.11 | Die Nabelschnur sollte vor Ablauf von 5 Minuten nach der Geburt des Neugeborenen abgeklemmt und durchtrennt werden. Entscheidet die Frau, dass die Nabelschnur erst nach Ablauf von mehr als 5 Minuten nach der Geburt abgeklemmt wird, dann sollte dieser Wunsch respektiert werden und die Frau entsprechend ihrer Entscheidung unterstützt werden. | B | 4 | 178 |
| | 9.12 | Wenn eine postpartale Blutung, eine Plazentaretention, ein mütterlicher Kreislaufkollaps oder eine andere Verschlechterung des Gesundheitszustands der Frau auftritt, soll fachärztlicher Standard hergestellt werden. | A | 4 | 178 |
| | 9.13 | Bei ausbleibender Plazentalösung soll ein intravenöser Zugang gelegt und der Frau die Notwendigkeit hierfür erklärt werden. | A | 4 | 179 |
| | 9.14 | Es soll keine Medikamentengabe über die Nabelvene erfolgen, falls die Plazentalösung sich verzögert. | A | 4 | 179 |
| | 9.15 | Oxytocin soll intravenös verabreicht werden, wenn die Plazentalösung verzögert ist und die Frau stark blutet. | A | 4 | 180 |
| | 9.17 | Es soll keine Plazentalösung ohne Analgesie bzw. Anästhesie durchgeführt werden. | A | 4 | 181 |
| | 9.18 | Bei der Mutter sollen postpartal folgende Parameter und Beobachtungen dokumentiert werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Puls, Blutdruck, Temperatur ▪ Zustand und Vollständigkeit der Plazenta und der Eihaut ▪ Beschaffenheit der Nabelschnurgefäße ▪ Uteruskontraktion und Lochialfluss ▪ Emotionaler und psychischer Zustand | A | 4 | 182 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> Fähigkeit zur Blasenentleerung innerhalb von 4 Stunden postpartal Bei Auffälligkeiten sollen angemessene Maßnahmen eingeleitet werden. | | | |
| | 9.21 | Es ist sicherzustellen, dass durch die systematische Begutachtung der Geburtsverletzung das Mutter-Kind-Bonding nicht gestört wird. Eine Ausnahme stellt eine mütterliche Blutung, die eine rasche Versorgung benötigt, dar. | A | 4 | 185 |
| | 9.25 | Der Apgar-Wert soll 1, 5 und 10 Minuten nach der Geburt erhoben und dokumentiert werden. | A | moderat | 189 |
| | 9.27 | Falls das Neugeborene in schlechtem Zustand ist (insbesondere bei abnormen Werten für Atmung, Puls oder Muskeltonus), soll <ul style="list-style-type: none"> eine Reanimation nach den Empfehlungen nach den ERC- bzw. ILCOR-Guidelines durchgeführt werden. je eine Blutprobe zur Blutgasanalyse mit Messung von pH und Basenüberschuss (Base Excess, BE) aus einer Nabelarterie und der Nabelvene entnommen werden. der Zustand des Neugeborenen bewertet und dokumentiert werden, bis er verbessert und stabil ist. | A | 4 | 193 |
| | 9.28 | Alle relevanten Akteure (Hebammen, Geburtshelfer*innen, Kinderärzt*innen, Anästhesist*innen), die sich um Frauen und Kinder während der Geburt kümmern, aber nicht regelmäßig auch kritische deprimierte Neugeborene versorgen (Neonatolog*innen), sollen jährlich einen qualitativ hochwertigen Kurs in Neugeborenen-Reanimation besuchen. | A | 4 | 194 |
| | 9.29 | In allen Einrichtungen, in denen Geburten stattfinden, soll <ul style="list-style-type: none"> darin gedacht und dafür geplant werden, dass es notwendig sein wird, Hilfe zu rufen, wenn das Neugeborene reanimiert werden muss. sichergestellt sein, dass es Ausstattung für die Reanimation und eine Verlegung des Neugeborenen gibt, falls diese notwendig wird. In allen Einrichtungen, in denen Geburten stattfinden, sollen <ul style="list-style-type: none"> Notfall-Verlegungspläne für Mutter und Kind entwickelt werden. | A | 4 | 195 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|-----------------------|------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ diese umgesetzt werden, wenn notwendig. | | | |
| | 9.30 | Wenn ein Neugeborenes eine Reanimation benötigt, soll die Atemunterstützung mit Raumluft begonnen werden. In Abhängigkeit vom Fortgang der Reanimation kann ggf. eine rasche Anhebung der Sauerstoffkonzentration erforderlich werden. | A | 4 | 195 |
| | 9.31 | Wenn ein Neugeborenes eine Reanimation benötigt, soll die Trennung von Mutter und Kind unter Berücksichtigung der klinischen Situation minimiert werden. | A | 4 | 197 |
| | 9.32 | Während einer Notfallsituation, in der das Neugeborene reanimiert werden muss, soll ein Teammitglied bereitgestellt werden, das mit der Mutter und ihrer Begleitung spricht und ihnen Unterstützung anbietet. | A | 4 | 197 |
| | 9.33 | Um das Neugeborene warm zu halten, soll es mit einer warmen, trockenen Decke oder einem ebensolchen Handtuch abgetrocknet und bedeckt werden, während der Haut-zu-Haut-Kontakt zur Mutter aufrechterhalten wird. | A | 4 | 198 |
| | 9.36 | Unabhängig von der Menge des Mekoniums im Fruchtwasser soll das Neugeborene <ul style="list-style-type: none"> ▪ nicht nasopharyngeal oder oropharyngeal abgesaugt werden, bevor Schultern und Rumpf entwickelt sind. ▪ nicht nasopharyngeal oder oropharyngeal abgesaugt werden, wenn Atmung, Herzfrequenz und Muskeltonus normal sind. ▪ nicht intubiert werden, wenn Atmung, Herzfrequenz und Muskeltonus normal sind. | A | hoch bis moderat | 200 |
| | 9.37 | Wenn das Fruchtwasser signifikant Mekonium enthielt und gleichzeitig Atmung, Herzfrequenz oder Muskeltonus des Neugeborenen nicht normal sind, soll nach der ERC-Guideline zur Neugeborenen-Reanimation vorgegangen werden, einschließlich der dort genannten Ausführungen zu Laryngoskopie und Absaugung unter Sicht. | A | hoch bis sehr niedrig | 200 |
| | 9.38 | Wenn das Fruchtwasser signifikant Mekonium enthielt und das Neugeborene gesund erscheint, soll es in Zusammenarbeit mit den Neonatolog*innen eng überwacht werden. Kontrollen sollen im Alter von 1 und 2 Lebensstunden sowie anschließend 2-stündlich bis zum Alter von 12 Lebensstunden erfolgen. | A | 4 | 202 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|---|-----------------|---------------|------------------------|
| | 9.39 | Wenn das Fruchtwasser nicht-signifikante Mengen an Mekonium enthielt, das Neugeborene aber gesund erscheint, soll das Neugeborene wie alle anderen vitalen Neugeborenen im Alter von ein und zwei Lebensstunden klinisch kontrolliert werden, unabhängig vom Geburtsort. | A | 4 | 202 |
| | 9.40 | Die Befunde sollen der Mutter und ihrer Begleitung erklärt werden. Sie sollen informiert werden, auf was sie achten sollen, und wen sie ansprechen sollen, wenn sie in irgendeiner Form besorgt sind. | A | 4 | 203 |
| | 9.41 | Bei jedem Termingeborenen nach vorzeitigem Blasensprung soll in den ersten 12 Lebensstunden sorgfältig beobachtet werden. Nach 1, 2, 6 und 12 Stunden sollen folgende Parameter und Symptome beurteilt und dokumentiert werden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Allgemeinzustand und Nahrungsaufnahme ▪ Hautdurchblutung ▪ Körpertemperatur (rektal gemessen) ▪ Herzfrequenz ▪ Atemfrequenz ▪ Auftreten von Stöhnatmung, Einziehungen, Nasenflügeln, Zyanose und/oder Muskelhypotonie Wenn dabei irgendwelche Auffälligkeiten festgestellt werden, soll das Kind von einem/einer Pädiater*in beurteilt werden. | A | 4 | 204 |
| | 9.43 | Neugeborene mit Symptomen einer möglichen Sepsis und Neugeborene, deren Mütter Zeichen eines Triple I haben, sollen unverzüglich einem/einer Pädiater*in vorgestellt werden. | A | 4 | 209 |

Literatur

DDG [Deutsche Diabetes Gesellschaft]; Geburtshilfe, D-AA; und Pränatalmedizin in der Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] (2018): AWMF-Registernummer 057-008. S3-Leitlinie. Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge [*Langfassung*]. 2. Auflage. Überarbeitung von: 02/2018, Erstveröffentlichung: 06/2001. Berlin: DDG [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/057-008I_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2019-06.pdf (abgerufen am: 14.09.2022).

DDG [Deutsche Diabetes Gesellschaft] (2021): AWMF-Registernummer 057-023. S2e-Leitlinie. Diabetes in der Schwangerschaft [*Langfassung*]. 3. Auflage, Versionsnummer: 3.1. Überarbeitung von: 11/2021, Erstveröffentlichung: 04/2008. Berlin: DDG [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/057-023I_S2e_Diabetes_und_Schwangerschaft_2022-01.pdf (abgerufen am: 13.09.2022).

DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe]; DGHWi [Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft] (2020): AWMF-Registernummer 015-083. S3-Leitlinie. Vaginale Geburt am Termin. Langfassung. Erstveröffentlichung: 12/2020, Versions-Nummer: 1.1. Berlin [u. a.]: DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083I_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf (abgerufen am: 14.09.2022).

Ensenauer, R; Flothkötter; Gembruch, U; Groten, T; Hennike, J; Köhrle, J; et al. (2019): AWMF-Registernummer 015-081. S3-Leitlinie. Adipositas und Schwangerschaft [*Langfassung*]. Version 1.2. Stand: Juni 2019. Berlin: DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-081I_S3_Adipositas-Schwangerschaft_2020_06.pdf (abgerufen am: 13.09.2022).

Anhang E.4: Behandlung Tabakabhängigkeit

Charakteristika der berücksichtigten Leitlinien

| # | Autor | Jahr | Titel | Herausgeber, Herkunftsland | Ziel der Leitlinie | Zielpopulation | Adressatinnen und Adressaten |
|---|-----------------|------|---|---|---|---|---|
| 1 | DG-Sucht (2021) | 2021 | AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie. "Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung". Langversion | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutschland | Formulierung von Behandlungsempfehlungen: Was soll, sollte oder kann Raucherrinnen und Rauchern im Allgemeinen oder in speziellen Konstellationen zur Motivation oder zur Unterstützung der Tabakentwöhnung angeboten werden? Auch Fragen zum Screening, zur Diagnostik und Dokumentation und zum adäquaten Setting wurden beantwortet. Empfehlungen können darüber hinaus auch problematische Vorgehensweisen thematisieren, die nicht angeboten werden sollten oder sollen. | Erwachsene Raucherinnen und Raucher (im Alter von 18 bis 65 Jahren). Ergänzend wurden Empfehlungen für Patienten mit besonderen Bedürfnissen erarbeitet: Kinder- und Jugendliche (bis zum Alter von 17 Jahren), Frauen und Schwangere, ältere Menschen sowie Betroffene mit somatischen und psychischen Begleit- oder Folgeerkrankungen. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erwachsene Menschen, die Tabakprodukte konsumieren, insbesondere bei bestehendem schädlichem Gebrauch oder einer Tabakabhängigkeit, spezifische Patientengruppen mit besonderen Bedürfnissen (Kinder und Jugendliche, Frauen und Schwangere, ältere Menschen), Betroffene mit komorbiden somatischen und psychischen Begleit- und Folgeerkrankungen. ▪ Professionell Tätige (wie Psychiater, ärztliche Psychotherapeuten und Allgemeinärzte, psychologische Psychotherapeuten und andere Psychologen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pflegepersonal, Ergotherapeuten, Personal in anderen Einrichtungen, gesetzliche Betreuer und andere, die im Hilfesystem tätig sind). ▪ Andere Personen und Entscheidungsträger im Gesundheits- und Sozialsystem, die Unterstützungsleistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen anbieten oder organisieren |

Synthese der möglichen Qualitätsanforderungen

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|--------------------------------------|---|--|
| Schulung Personal | Behandlung der Tabakabhängigkeit durch geschultes Personal. | <u>Empfehlungen (Synthese)¹:</u> <ul style="list-style-type: none"> Die Qualifizierung zur Umsetzung von Kurzberatung zur Förderung des Rauchstopps soll in der Ausbildung aller Gesundheitsberufe verpflichtend sein. Die Qualifizierung in verhaltenstherapeutisch orientierten Interventionen zur Förderung des Rauchstopps soll in die Fort- und Weiter-bildung integriert werden. |
| Rauchverbot | Umsetzung eines klinikweiten Rauchverbots zur Vermeidung von passiver Tabakrauchexposition. | <u>Empfehlungen (Synthese):</u> <ul style="list-style-type: none"> Passive Tabakrauchexposition soll vermieden werden. |
| Erhebung des Rauchstatus (Screening) | Die Patientinnen und Patienten werden nach ihrem Rauchstatus befragt. | <u>Empfehlungen (Synthese):</u> <ul style="list-style-type: none"> Alle Patientinnen und Patienten sollen beim ersten (für eine umfassende Anamnese geeigneten) Kontakt sowie in regelmäßigen Abständen im Behandlungsverlauf nach ihrem Konsum von Tabak oder E-Zigaretten oder verwandten Produkten gefragt werden. <u>Ergänzende Empfehlungen:</u> <ul style="list-style-type: none"> Der Konsum von Tabak und verwandten Produkten soll in der Patientendokumentation erfasst werden. Bei Patientinnen und Patienten mit einer körperlichen Erkrankung soll der Tabakkonsum erfasst werden. |
| | Bei Patientinnen und Patienten mit positiven Rauchstatus wird durch den Fagerströmtest der Rauchstatus weiter spezifiziert. | <u>Empfehlungen (Synthese):</u> <ul style="list-style-type: none"> Der Fagerström Test für Zigarettenabhängigkeit (FTZA) soll zur weiterführenden Diagnostik eingesetzt werden, um die Stärke der Zigarettenabhängigkeit einzuschätzen. |

¹ Abweichend von der methodischen Vorgehensweise (siehe Abschnitt 2.2) wurden zwei konsensbasierte Leitlinienempfehlungen zur Schulung des Personals berücksichtigt. Dies wird damit begründet, dass die interviewten Expertinnen und Experten explizit auf die Bedeutung von Schulungen im Zusammenhang mit der Behandlung der Tabakabhängigkeit hingewiesen haben.

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|----------------------------------|--|--|
| Patientenberatung zum Rauchstopp | Patientinnen und Patienten, die einer Rauchstoppbehandlung zustimmen, wird eine Patientenberatung zum Rauchstopp angeboten. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> In der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll Kurzberatung für Raucherinnen und Raucher zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Rauchenden Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung/Suchterkrankung (neben Tabak) mit Absicht der Abstinenzerrreichung soll eine Behandlung zur Beendigung des Tabakkonsums angeboten werden. In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung sollten Frauen in der peri- und postmenopausalen Lebensphase und zur Erreichung des Rauchstopps eine Beratung zu Ängsten in Bezug auf Gewichtszunahme, Gewichtskontrolle und Stimmungsschwankungen angeboten werden. |
| | <p>Patientenberatung zum Rauchstopp:</p> <ul style="list-style-type: none"> Planung von weiteren nicht-pharmakologischen Maßnahmen Planung einer möglichen pharmakologischen Unterstützung | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Die Kurzberatung für aufhörbereite Raucherinnen und Raucher sollte ein Angebot für weiterführende Hilfsangebote wie Telefonberatung oder Einzel- oder Gruppenbehandlung beinhalten. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> In der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll qualitätsgesicherte telefonische Beratung zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden. Motivational Interviewing sollte Raucherinnen und Rauchern, die eine geringe Änderungsbereitschaft haben, angeboten werden. Zur Unterstützung der Erreichung des Rauchstopps sollten qualitätsgesicherte internetbasierte Selbsthilfprogramme angeboten werden. Zur Unterstützung der Erreichung des Rauchstopps sollen qualitätsgesicherte mobile Selbsthilfprogramme angeboten werden. In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung sollten Frauen in der peri- und postmenopausalen Lebensphase und zur Erreichung des Rauchstopps eine Beratung zu Ängsten in Bezug auf Gewichtszunahme, Gewichtskontrolle und Stimmungsschwankungen angeboten werden. |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|--------------------------------|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung sollen rauchenden Schwangeren Beratung und Feedback (z. B. zum Kohlenmonoxidgehalt der Ausatemluft bzw. zum Gesundheitszustand des Kindes im Rahmen der fetalen Überwachung) sowie Bonifikation, als Anreiz zur Erreichung des Rauchstopps, angeboten werden. |
| | Bereitstellung von Selbsthilfematerialien. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> In der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung sollten qualitätsgesicherte Selbsthilfematerialien zur Erreichung des Rauchstopps verfügbar gemacht werden. |
| Poststationäre Tabakentwöhnung | Anmeldung zu einer poststationären Tabakentwöhnung während des stationären Aufenthalts. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Rauchenden Patientinnen und Patienten, die wegen einer Tabakassoziierten Erkrankung im Krankenhaus sind, soll eine Rauchstoppempfehlung gegeben und eine Tabakentwöhnung angeboten bzw. vermittelt werden. Die Tabakentwöhnung soll im Krankenhaus beginnen und unterstützenden Kontakt über mindestens einen Monat beinhalten. |
| Verhaltenstherapie | Angebot von verhaltenstherapeutischen Einzel- oder Gruppeninterventionen. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sollen in der medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden. Verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sollen in der medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Aversionstherapien sollten aufgrund potenzieller Risiken nicht angeboten werden. Rauchenden depressiven Patientinnen und Patienten oder Raucherinnen bzw. Rauchern mit einer Depression in der Vorgeschichte soll eine Behandlung zur Beendigung des Tabakkonsums mit auf die depressive Symptomatik bezogenen Komponenten (z.B. Stimmungsmanagement) angeboten werden. Bei Raucherinnen und Rauchern mit Depressionen in der Vorgeschichte sollen Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie sowie Rückfalltraining als Inhalte der psychologischen Unterstützung angeboten werden. |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|--------------------------------|--|--|
| Pharmakologische Unterstützung | Angebot einer Nikotinersatztherapie. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Raucherinnen und Rauchern, die ihren Tabakkonsum reduzieren wollen, ihn aber nicht aufgeben wollen oder aufgeben können, sollte als Hilfeleistung Nikotinersatztherapie angeboten werden. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Einsatz der Nikotinersatztherapie (Nikotinkaugummi, Nikotininhaler, Nikotinlutschtablette, Nikotinnasalspray, Nikotinmundspray und Nikotinpflaster) soll angeboten werden. ▪ Bei unzureichender Wirksamkeit der Monotherapie soll eine 2-fach-Kombination von Pflaster und Kaugummi, Lutschtablette, Spray oder Inhaler angeboten werden. ▪ Die Nikotinersatztherapie sollte zur Entwöhnung von rauchlosen Tabakprodukten (Kautabak, Schnupftabak und Snus) nicht angeboten werden. |
| | Angebot einer medikamentösen Therapie. | <p><u>Empfehlungen (Synthese):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenn verfügbar und angemessen, soll bei Verwendung von Medikamenten [Bupropion, Varenicilin] eine Kombination mit einem verhaltenstherapeutischen Tabakentwöhnungsprogramm angeboten werden. <p><u>Ergänzende Empfehlungen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Älteren Personen (50+) sollen eher intensivere Behandlungsformen der Tabakabhängigkeit (kombinierte Methoden incl. psychologischer Beratung, Medikation und langfristiger Begleitung) angeboten werden. ▪ Bei älteren Personen soll das ganze Spektrum der pharmakologischen Therapien nach Berücksichtigung von und Aufklärung über mögliche Risiken wie in Kap 4.4 angeboten werden. ▪ Rauchenden Patientinnen und Patienten mit sonstigen tabakassoziierten Erkrankungen, soll eine Tabakentwöhnung mit psychosozialer und medikamentöser Unterstützung angeboten werden. ▪ Rauchenden Patientinnen und Patienten, bei denen eine Operation geplant wird, soll eine Tabakentwöhnung mit psychosozialer und medikamentöser Unterstützung angeboten werden. ▪ Rauchenden Patientinnen und Patienten mit COPD soll eine Tabakentwöhnung mit psychosozialer und medikamentöser Unterstützung angeboten werden. |

| Qualitätsaspekt | mögliche Qualitätsanforderung | Leitlinienempfehlungen |
|-----------------|-------------------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientinnen und Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen soll eine Tabakentwöhnung mit psychosozialer und medikamentöser Unterstützung angeboten werden. ▪ Rauchenden Patientinnen und Patienten mit Lungenkarzinom soll eine Tabakentwöhnung mit psychosozialer und medikamentöser Unterstützung angeboten werden. ▪ Rauchenden Patientinnen und Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren soll eine Tabakentwöhnung mit psychosozialer und medikamentöser Unterstützung angeboten werden. ▪ Rauchenden Patientinnen und Patienten, die sich einem Screening auf Lungenkarzinom unterziehen, soll eine Tabakentwöhnung mit psychosozialer und medikamentöser Unterstützung angeboten werden. ▪ Der Einsatz von Bupropion soll zur Tabakentwöhnung angeboten werden. ▪ Der Einsatz von Vareniclin soll zur Tabakentwöhnung angeboten werden. ▪ Bei Personen mit hoher Tabakabhängigkeit sollen bei vorliegender Indikation (z.B. Tabakentzugssyndrom) bzw. Bedarf Kombinationstherapien aus Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden. ▪ Bei rauchenden Patientinnen und Patienten mit Depressionen sollen Nikotinersatztherapie und Vareniclin in einem „staged care“ Ansatz (s. Kap. 4.4.5.2. und 4.4.5.3) angeboten werden. ▪ Rauchenden Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung/Suchterkrankung (neben Tabak) mit Absicht der Abstinenzerrreichung sollten eine pharmakologische Unterstützung des Rauchstopps oder eine Kombinationsbehandlung (aus kognitiv-behavioraler Therapie oder Individualberatung plus Kontingenzmanagement plus medikamentöser Unterstützung) angeboten werden. |

Nach den Einschlusskriterien (siehe Anhang A) extrahierte Empfehlungen

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| 1 | 3.2.3.1 | Alle Patientinnen und Patienten sollen beim ersten (für eine umfassende Anamnese geeigneten) Kontakt sowie in regelmäßigen Abständen im Behandlungsverlauf nach ihrem Konsum von Tabak oder E-Zigaretten oder verwandten Produkten gefragt werden. | A | 1a | 39 |
| | 3.2.3.2 | Der Fagerström Test für Zigarettenabhängigkeit (FTZA) soll zur weiterführenden Diagnostik eingesetzt werden, um die Stärke der Zigarettenabhängigkeit einzuschätzen. | A | 1b | 39 |
| | 3.3.3.1 | Der Konsum von Tabak und verwandten Produkten ³ soll in der Patientendokumentation erfasst werden. | A | 1a | 47 |
| | 4.1.3.1 | In der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll Kurzberatung für Raucherinnen und Raucher zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden. | A | 1a | 51 |
| | 4.1.3.2 | Die Kurzberatung für aufhörbereite Raucherinnen und Raucher sollte ein Angebot für weiterführende Hilfsangebote wie Telefonberatung oder Einzel- oder Gruppenbehandlung beinhalten. | B | 1a | 51 |
| | 4.1.3.3 | Motivational Interviewing sollte Raucherinnen und Rauchern, die eine geringe Änderungsbereitschaft haben, angeboten werden. | B | 1a | 52 |
| | 4.1.3.4 | In der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll qualitätsgesicherte telefonische Beratung zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden. | A | 1a | 52 |
| | 4.1.3.5 | Zur Unterstützung der Erreichung des Rauchstopps sollten qualitätsgesicherte internetbasierte Selbsthilfeprogramme angeboten werden. | B | 1a | 52 |
| | 4.1.3.6 | Zur Unterstützung der Erreichung des Rauchstopps sollen qualitätsgesicherte mobile Selbsthilfeprogramme angeboten werden. | A | 1a | 53 |
| | 4.1.3.7 | In der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung sollten qualitätsgesicherte Selbsthilfematerialien zur Erreichung des Rauchstopps verfügbar gemacht werden. | B | 1a | 53 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | 4.2.3.3 | Raucherinnen und Rauchern, die ihren Tabakkonsum reduzieren wollen, ihn aber nicht aufgeben wollen oder aufgeben können, sollte als Hilfeleistung Nikotinersatztherapie angeboten werden. | B | 1a | 72 |
| | 4.3.3.1 | Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sollen in der medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden. | A | 1a | 82 |
| | 4.3.3.2 | Verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sollen in der medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden. | A | 1a | 82 |
| | 4.3.3.4 | Aversionstherapien sollten aufgrund potenzieller Risiken nicht angeboten werden. | B | 1a | 82 |
| | 4.3.3.7 | Bei Personen mit hoher Tabakabhängigkeit sollen bei vorliegender Indikation (z.B. Tabakentzugssyndrom) bzw. Bedarf Kombinationstherapien aus Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden. | A | 1a | 83 |
| | 4.4.3.1 | Der Einsatz der Nikotinersatztherapie (Nikotinkaugummi, Nikotininhaler, Nikotinlutschtablette, Nikotinnasalspray, Nikotinmundspray und Nikotinpflaster) soll angeboten werden. | A | 1a | 103 |
| | 4.4.3.1.2 | Bei unzureichender Wirksamkeit der Monotherapie soll eine 2-fach-Kombination von Pflaster und Kaugummi, Lutschtablette, Spray oder Inhaler angeboten werden. | A | 1a | 103 |
| | 4.4.3.1.4 | Die Nikotinersatztherapie sollte zur Entwöhnung von rauchlosen Tabakprodukten (Kautabak, Schnupftabak und Snus) nicht angeboten werden. | B | 4 | 104 |
| | 4.4.3.2.1 | Der Einsatz von Bupropion soll zur Tabakentwöhnung angeboten werden. | A | 1a | 104 |
| | 4.4.3.3.1 | Der Einsatz von Vareniclin soll zur Tabakentwöhnung angeboten werden. | A | 1a | 105 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | 4.4.3.6 | Raucher, die den Tabakkonsum beenden wollen und denen eine Medikation zur Tabakentzugsbehandlung angeboten wird, sollen eine begleitende Beratung zur Unterstützung des Rauchstopps erhalten. | A | 1a | 106 |
| | 4.4.3.7 | Wenn verfügbar und angemessen, soll bei Verwendung von Medikamenten eine Kombination mit einem verhaltenstherapeutischen Tabakentwöhnungsprogramm angeboten werden. | A | 1a | 106 |
| | 4.6.4.1.1 | Älteren Personen (50+) soll das gesamte Spektrum der in Kap. 4.1 - 4.6 empfohlenen Tabakentwöhnungsinterventionen angeboten werden. | A | 1a | 145 |
| | 4.6.4.1.2 | Älteren Personen (50+) sollen eher intensivere Behandlungsformen der Tabakabhängigkeit (kombinierte Methoden incl. psychologischer Beratung, Medikation und langfristiger Begleitung) angeboten werden. | A | 1b | 146 |
| | 4.6.4.1.4 | Bei älteren Personen soll das ganze Spektrum der pharmakologischen Therapien nach Berücksichtigung von und Aufklärung über mögliche Risiken wie in Kap 4.4 angeboten werden. | A | 1b | 146 |
| | 4.6.4.1.5 | Bei älteren Personen sollen psychotherapeutische Verfahren und Beratung wie in Kap. 4.3 angeboten werden. | A | 1b | 147 |
| | 4.6.5.1.1 | In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung sollten Frauen in der peri- und postmenopausalen Lebensphase und zur Erreichung des Rauchstopps eine Beratung zu Ängsten in Bezug auf Gewichtszunahme, Gewichtskontrolle und Stimmungsschwankungen angeboten werden. | B | 1b | 150 |
| | 4.6.5.1.4 | In der medizinischen, psychosozialen und auch durch Hebammen geleisteten Gesundheitsversorgung sollen rauchenden Schwangeren Interventionen zur Erreichung des Rauchstopps, d.h. Intensivberatung, Verhaltensmodifikation und Motivationsstrategien, angeboten werden. | A | 1a | 151 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | 4.6.5.1.5 | In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung sollen rauchenden Schwangeren Beratung und Feedback (z. B. zum Kohlenmonoxidgehalt der Ausatemluft bzw. zum Gesundheitszustand des Kindes im Rahmen der fetalen Überwachung) sowie Bonifikation, als Anreiz zur Erreichung des Rauchstopps, angeboten werden. | A | 1a | 152 |
| | 4.7.3.1 | Bei Patientinnen und Patienten mit einer körperlichen Erkrankung soll der Tabakkonsum erfasst werden. | A | 1a | 160 |
| | 4.7.3.2 | Rauchenden Patientinnen und Patienten, die wegen einer Tabak-assoziierten Erkrankung im Krankenhaus sind, soll eine Rauchstoppempfehlung gegeben und eine Tabakentwöhnung angeboten bzw. vermittelt werden. Die Tabakentwöhnung soll im Krankenhaus beginnen und unterstützenden Kontakt über mindestens einen Monat beinhalten. | A | 1a | 160 |
| | 4.7.3.3 | Rauchenden Patientinnen und Patienten, bei denen eine Operation geplant wird, soll eine Tabakentwöhnung mit psychosozialer und medikamentöser Unterstützung angeboten werden. | A | 1a | 160 |
| | 4.7.3.4 | Rauchenden Patientinnen und Patienten mit COPD soll eine Tabakentwöhnung mit psychosozialer und medikamentöser Unterstützung angeboten werden. | A | 1a | 161 |
| | 4.7.3.5 | Patientinnen und Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen soll eine Tabakentwöhnung mit psychosozialer und medikamentöser Unterstützung angeboten werden. | A | 1a | 161 |
| | 4.7.3.6 | Rauchenden Patientinnen und Patienten mit Lungenkarzinom soll eine Tabakentwöhnung mit psychosozialer und medikamentöser Unterstützung angeboten werden. | A | 1a | 161 |
| | 4.7.3.7 | Rauchenden Patientinnen und Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren soll eine Tabakentwöhnung mit psychosozialer und medikamentöser Unterstützung angeboten werden. | A | 1a | 162 |
| | 4.7.3.8 | Rauchenden Patientinnen und Patienten, die sich einem Screening auf Lungenkarzinom unterziehen, soll eine Tabakentwöhnung mit psychosozialer und medikamentöser Unterstützung angeboten werden. | A | 1a | 162 |

| # | Nr. in der Leitlinie | Empfehlungen/Statements | Empfehlungsgrad | Evidenzstärke | Seite in der Leitlinie |
|---|----------------------|--|-----------------|---------------|------------------------|
| | 4.7.3.9 | Rauchenden Patientinnen und Patienten mit sonstigen tabakassoziierten Erkrankungen, soll eine Tabakentwöhnung mit psychosozialer und medikamentöser Unterstützung angeboten werden. | A | 1a | 162 |
| | 4.7.3.10 | Passive Tabakrauchexposition soll vermieden werden. | A | 1a | 163 |
| | 4.8.3.2.1 | Rauchenden depressiven Patientinnen und Patienten oder Raucherinnen bzw. Rauchern mit einer Depression in der Vorgeschichte soll eine Behandlung zur Beendigung des Tabakkonsums mit auf die depressive Symptomatik bezogenen Komponenten (z.B. Stimmungsmanagement) angeboten werden. | A | 1a | 177 |
| | 4.8.3.2.2 | Bei rauchenden Patientinnen und Patienten mit Depressionen sollen Nikotinersatztherapie und Vareniclin in einem „staged care“ Ansatz (s. Kap. 4.4.5.2. und 4.4.5.3) angeboten werden. | A | 1a | 177 |
| | 4.8.3.2.5 | Bei Raucherinnen und Rauchern mit Depressionen in der Vorgeschichte sollen Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie sowie Rückfalltraining als Inhalte der psychologischen Unterstützung angeboten werden. | A | 1a | 178 |
| | 4.8.3.3.1 | Rauchenden Patientinnen und Patienten mit einer stabilen Schizophrenie sollten zur Beendigung des Tabakkonsums Bupropion oder Vareniclin (s. Kap. 4.4.5.2 und 4.4.5.3) angeboten werden. | B | 1a | 179 |
| | 4.8.3.4.1 | Rauchenden Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung/Suchterkrankung (neben Tabak) mit Absicht der Abstinenzerrreichung soll eine Behandlung zur Beendigung des Tabakkonsums angeboten werden. | A | 1a | 180 |
| | 4.8.3.4.2 | Rauchenden Patientinnen und Patienten mit Substanzkonsumstörung/Suchterkrankung (neben Tabak) mit Absicht der Abstinenzerrreichung sollten eine pharmakologische Unterstützung des Rauchstopps oder eine Kombinationsbehandlung (aus kognitiv-behavioraler Therapie oder Individualberatung plus Kontingenzmanagement plus medikamentöser Unterstützung) angeboten werden. | B | 1a | 180 |

Literatur

DG-Sucht [Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie] (2021): AWMF-Registernummer 076-006. S3-Leitlinie. "Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung". Langversion [*Langfassung*]. Versions-Nummer: 3.1. Überarbeitung von: 01/2021, Erstveröffentlichung: 10/2004. Berlin [u. a.]: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften] [u. a.]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006I_S3_Rauchen-_Tabakabhaengigkeit-Screening-Diagnostik-Behandlung_2021-03.pdf (abgerufen am: 10.08.2022).

Impressum

HERAUSGEBER

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

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org