

IQTIG

Institut für
Qualitätssicherung
und Transparenz im
Gesundheitswesen

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren *Hysterektomie*

Anhang zum Abschlussbericht

15. Mai 2024, erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Entwicklung einer Patientenbefragung für das Qualitätssicherungsverfahren Hysterektomie. Anhang zum Abschlussbericht

Ansprechperson Dr. André Dingelstedt

Datum der Abgabe 15. Mai 2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

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

Datum des Auftrags 18. März 2022

Inhaltsverzeichnis

Anhang A: Literaturrecherche

Anhang A.1: Recherchebericht

Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen

Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

Anhang A.2.2: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien

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

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

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

Literatur

Anhang B: Fokusgruppen und Einzelinterviews

Anhang B.1: Moderationsleitfäden

Anhang B.1.1: Fokusgruppen und digitale Einzelinterviews mit Patientinnen

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

Anhang B.2: Einschlusskriterien der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Anhang B.3: Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Anhang C: Entwicklung des Qualitätsmodells und der Qualitätsmerkmale

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

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

Literatur

Anhang D: Expertengremium

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

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

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

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

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

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

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

Literatur

Anhang F: Itementwicklung

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

Anhang F.2: Übersicht über die operationalisierten Items

Literatur

Anhang G: Kognitiver Pretest

Anhang G.1: Fragebogen zur Durchführung des kognitiven Pretests

Anhang G.2: Auszug aus den Testleitfäden

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

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

Anhang G.3: Ausführliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen

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

Anhang H: Standard-Pretest

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

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

Anhang I: Kognitiver Retest

Anhang I.1: Auszug aus dem Testleitfaden

Anhang I.2: Ausführliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen

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

Anhang J: Berechnung und Auswertung der Qualitätsindikatoren

Anhang J.1: Darstellung des empfohlenen Qualitätsindikatorensets

Anhang J.2: Darstellung der Qualitätsindikatoren anhand der Eignungskriterien

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

Literatur

Anhang K: Zielgruppendefinition über ICD- und OPS-Kodes

Impressum

Anhang A: Literaturrecherche

Inhaltsverzeichnis

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

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

Anhang A.1: Recherchebericht

1 Ziel der Literaturrecherche

1.1 Zielsetzung der Beauftragung

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

1.2 Präzisierung der Fragestellungen

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

1. Informationsbeschaffung –Leitlinien

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

2. Informationsbeschaffung – patientenrelevante Themen

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

3. Informationsbeschaffung – Versorgungssituation in Deutschland

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

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

Tabelle 1: PICO-Schema

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

Passend zur Art der geplanten Evidenzaufbereitung wurden vorab für alle Fragestellungen

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

definiert.

2 Informationsbeschaffung – Leitlinien

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

2.1 Recherche

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

Tabelle 2: Einschlusskriterien für Leitlinien

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

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

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

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

Deutschland

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

International

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

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

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

Folgende Suchstrategien wurden für die Leitliniendatenbanken verwendet:

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

Die Recherchen erfolgten vom 15.–17.03.2022.

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

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

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

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

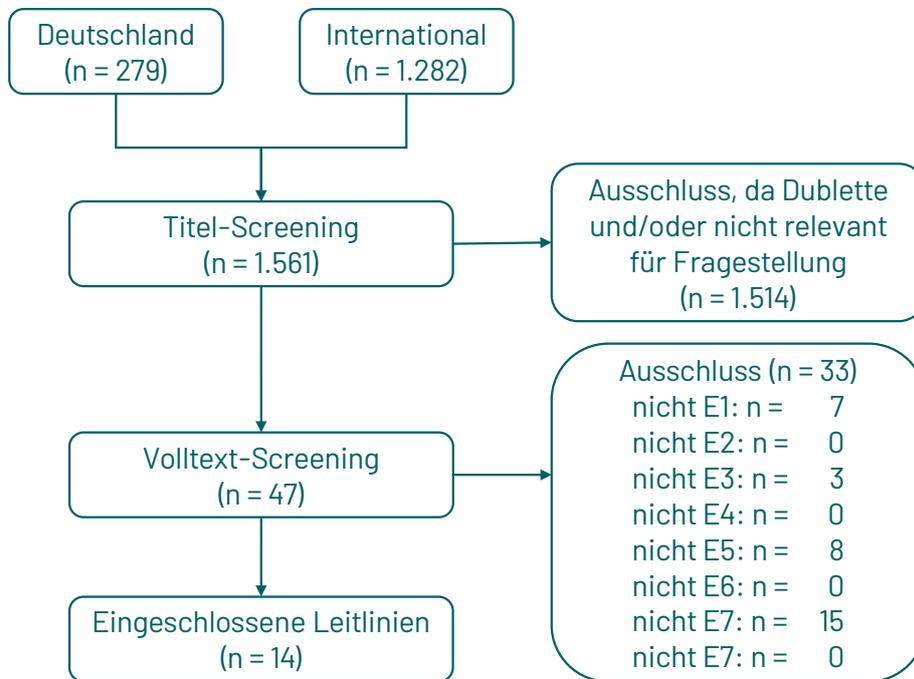


Abbildung 1: Flussdiagramm der Recherche nach Leitlinien

2.2 Eingeschlossene Leitlinien

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

Tabelle 3: Eingeschlossene Leitlinien

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

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

2.2.1 Leitlinienbewertung

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

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

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

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

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

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

Tabelle 4: AGREE-II-Bewertung der eingeschlossenen Leitlinien

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

2.2.2 Datenextraktion

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

2.3 Ausgeschlossene Leitlinien

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

Nicht E1

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

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

Nicht E3

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

Nicht E5

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

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

Nicht E7

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

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

Nicht E2, E4, E6, E8

Keine

3 Informationsbeschaffung – patientenrelevante Themen

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

3.1 Recherche

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

Tabelle 5: Einschlusskriterien für Publikationen zu patientenrelevanten Themen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

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

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

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

Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid

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

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

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

Suchstrategie für Embase via Elsevier

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

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

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

Suchstrategie für Cochrane via Wiley

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

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

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

Suchstrategie für CINAHL via EBSCO

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

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

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

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

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

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

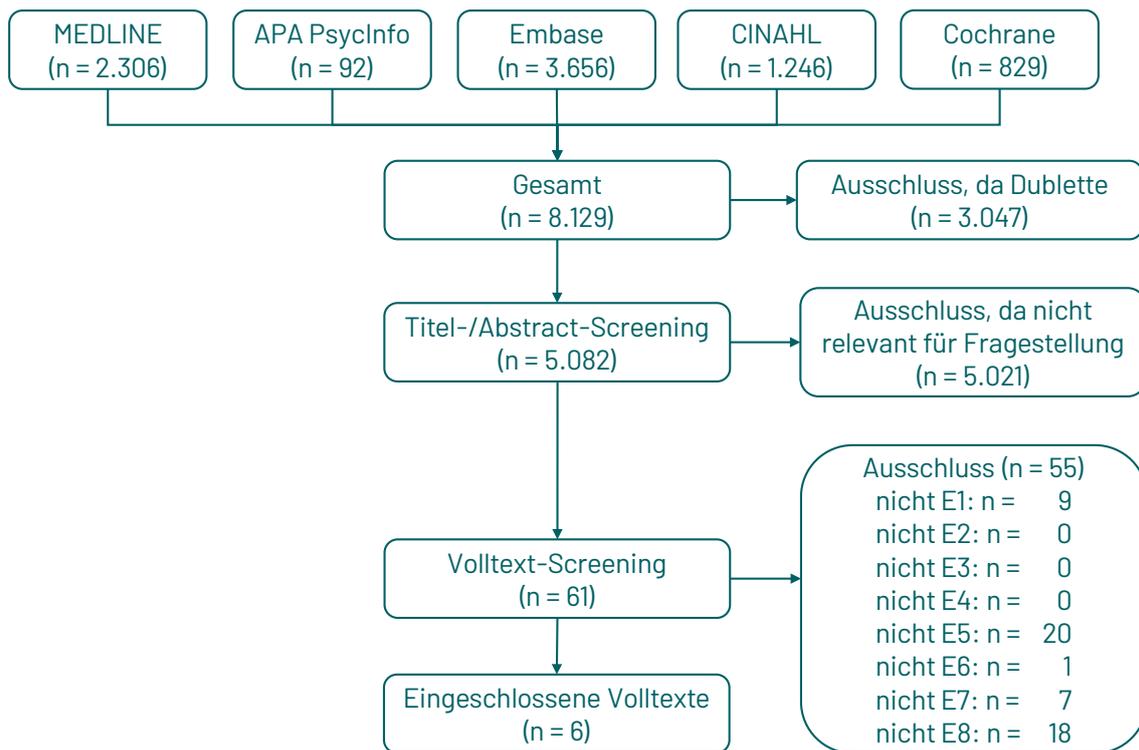


Abbildung 2: Flussdiagramm der Recherche nach Publikationen zu patientenrelevanten Themen

3.2 Eingeschlossene Publikationen zu patientenrelevanten Themen

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

Tabelle 11: Eingeschlossene Publikationen zu patientenrelevanten Themen

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

3.2.1 Datenextraktion

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

3.3 Ausgeschlossene Publikationen zu patientenrelevanten Themen

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

Nicht E1

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

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

Nicht E2, E3, E4

keine

Nicht E5

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

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

Nicht E6

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

Nicht E7

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

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

Nicht E8

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

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

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

4 Informationsbeschaffung – Versorgungssituation in Deutschland

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

4.1 Recherche

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

Tabelle 12: Einschlusskriterien für Publikationen zur Versorgungssituation

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

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

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

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

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

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

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

Die Limitationen finden sich eingebettet in den jeweiligen Suchstrategien der einzelnen Datenbanken (Tabelle 13 bis Tabelle 17).

Die Recherche erfolgte in allen Datenbanken am 25. April 2022.

Suchstrategie für MEDLINE via Ovid

Tabelle 13: Suchstrategie für MEDLINE via Ovid (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 25.04.2022

#	Searches
1	exp Hysterectomy/
2	hysterectom*.ti,ab.
3	((remov* or extirp*) adj3 uter*).ti,ab.
4	1 or 2 or 3
5	exp Germany/
6	(germany or deutschland).ot,ti,ab,in.
7	(german or deutsch*).ot,ti,ab.
8	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benedikt-beuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or eichstaett or eltville or ingolstadt or erfurt or erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or greifswald or gottingen or goettingen or hagen or halle or heidelberg or hildesheim or ilmenau or jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thuringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wuerttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in.
9	5 or 6 or 7 or 8
10	4 and 9
11	limit 10 to (congress or case reports or comment or editorial or letter)
12	10 not 11
13	exp animals/ not (exp animals/ and exp humans/)
14	12 not 13
15	limit 14 to (english or german)
16	limit 15 to yr = "2013 -Current"

Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid

Tabelle 14: Suchstrategie für APA PsycInfo via Ovid (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 25.04.2022

#	Searches
1	exp hysterectomy/
2	hysterectom*.ti,ab.
3	((remov* or extirp*) adj3 uter*).ti,ab.
4	1 or 2 or 3
5	(germany or deutschland).ot,ti,ab,in.
6	(german or deutsch*).ot,ti,ab.
7	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benedikt-beuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or eichstaett or eltville or ingolstadt or erfurt or erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or greifswald or gottingen or goettingen or hagen or halle or heidelberg or hildesheim or ilmenau or jena or kaiserslautern or karlsruhe or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thuringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wuerttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern).ot,ti,ab,in.
8	5 or 6 or 7
9	4 and 8
10	limit 9 to (abstract collection or "comment/reply" or editorial or letter)
11	case report/
12	10 or 11
13	9 not 12
14	limit 13 to (english or german)
15	limit 14 to yr = "2013 -Current"

Suchstrategie für Embase via Elsevier

Tabelle 15: Suchstrategie für Embase via Elsevier (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 25.04.2022

No.	Searches
#1	'hysterectomy'/exp
#2	hysterectom*:ti,ab
#3	((remov* OR extirp*) NEAR/3 uter*):ti,ab
#4	#1 OR #2 OR #3
#5	'germany'/exp
#6	germany:ca,ad,ab,ti OR deutschland:ca,ad,ab,ti
#7	german:ab,ti OR deutsch*:ab,ti
#8	berlin:ca,ad,ab,ti OR hamburg:ca,ad,ab,ti OR münchen:ca,ad,ab,ti OR muenchen:ca,ad,ab,ti OR munchen:ca,ad,ab,ti OR munich:ca,ad,ab,ti OR köln:ca,ad,ab,ti OR koeln:ca,ad,ab,ti OR koln:ca,ad,ab,ti OR cologne:ca,ad,ab,ti OR frankfurt:ca,ad,ab,ti OR stuttgart:ca,ad,ab,ti OR düsseldorf:ca,ad,ab,ti OR duesseldorf:ca,ad,ab,ti OR dusseldorf:ca,ad,ab,ti OR dortmund:ca,ad,ab,ti OR essen:ca,ad,ab,ti OR bremen:ca,ad,ab,ti OR dresden:ca,ad,ab,ti OR leipzig:ca,ad,ab,ti OR hannover:ca,ad,ab,ti OR nürnberg:ca,ad,ab,ti OR nuernberg:ca,ad,ab,ti OR nurnberg:ca,ad,ab,ti OR aachen:ca,ad,ab,ti OR augsburg:ca,ad,ab,ti OR bamberg:ca,ad,ab,ti OR bayreuth:ca,ad,ab,ti OR benediktbeuern:ca,ad,ab,ti OR bochum:ca,ad,ab,ti OR braunschweig:ca,ad,ab,ti OR chemnitz:ca,ad,ab,ti OR clausthal:ca,ad,ab,ti OR cottbus:ca,ad,ab,ti OR darmstadt:ca,ad,ab,ti OR detmold:ca,ad,ab,ti OR eichstätt:ca,ad,ab,ti OR eichstatt:ca,ad,ab,ti OR eichstaett:ca,ad,ab,ti OR eltville:ca,ad,ab,ti OR ingolstadt:ca,ad,ab,ti OR erfurt:ca,ad,ab,ti OR erlangen:ca,ad,ab,ti OR flensburg:ca,ad,ab,ti OR freiberg:ca,ad,ab,ti OR freiburg:ca,ad,ab,ti OR friedrichshafen:ca,ad,ab,ti OR fulda:ca,ad,ab,ti OR gießen:ca,ad,ab,ti OR giessen:ca,ad,ab,ti OR giesen:ca,ad,ab,ti OR greifswald:ca,ad,ab,ti OR göttingen:ca,ad,ab,ti OR goettingen:ca,ad,ab,ti OR gottingen:ca,ad,ab,ti OR hagen:ca,ad,ab,ti OR halle:ca,ad,ab,ti OR heidelberg:ca,ad,ab,ti OR hildesheim:ca,ad,ab,ti OR ilmenau:ca,ad,ab,ti OR jena:ca,ad,ab,ti OR kaiserslautern:ca,ad,ab,ti OR karlsruhe:ca,ad,ab,ti OR kassel:ca,ad,ab,ti OR kiel:ca,ad,ab,ti OR koblenz:ca,ad,ab,ti OR konstanz:ca,ad,ab,ti OR luebeck:ca,ad,ab,ti OR lübeck:ca,ad,ab,ti OR lubeck:ca,ad,ab,ti OR ludwigsburg:ca,ad,ab,ti OR lueneburg:ca,ad,ab,ti OR lüneburg:ca,ad,ab,ti OR luneburg:ca,ad,ab,ti OR leverkusen:ca,ad,ab,ti OR mainz:ca,ad,ab,ti OR marburg:ca,ad,ab,ti OR münster:ca,ad,ab,ti OR munster:ca,ad,ab,ti OR muenster:ca,ad,ab,ti OR neuendettelsau:ca,ad,ab,ti OR neubrandenburg:ca,ad,ab,ti OR 'oestrich winkel':ca,ad,ab,ti OR oldenburg:ca,ad,ab,ti OR osnabrueck:ca,ad,ab,ti OR osnabrück:ca,ad,ab,ti OR osnabruck:ca,ad,ab,ti OR paderborn:ca,ad,ab,ti OR passau:ca,ad,ab,ti OR potsdam:ca,ad,ab,ti OR regensburg:ca,ad,ab,ti OR rostock:ca,ad,ab,ti OR saar:ca,ad,ab,ti OR augustin:ca,ad,ab,ti OR schwäbisch:ca,ad,ab,ti OR gmünd:ca,ad,ab,ti OR schwabisch:ca,ad,ab,ti OR gmund:ca,ad,ab,ti OR schwaebisch:ca,ad,ab,ti OR gmuend:ca,ad,ab,ti OR siegen:ca,ad,ab,ti OR speyer:ca,ad,ab,ti OR trier:ca,ad,ab,ti OR trossingen:ca,ad,ab,ti OR tuebingen:ca,ad,ab,ti OR tübingen:ca,ad,ab,ti OR tubingen:ca,ad,ab,ti OR ulm:ca,ad,ab,ti OR valendar:ca,ad,ab,ti OR vechta:ca,ad,ab,ti OR weimar:ca,ad,ab,ti OR weingarten:ca,ad,ab,ti OR witten:ca,ad,ab,ti OR wuppertal:ca,ad,ab,ti OR wuerzburg:ca,ad,ab,ti OR würzburg:ca,ad,ab,ti OR wurzburg:ca,ad,ab,ti OR zittau:ca,ad,ab,ti OR duisburg:ca,ad,ab,ti OR bonn:ca,ad,ab,ti OR bielefeld:ca,ad,ab,ti OR mannheim:ca,ad,ab,ti OR 'north rhine-westphalia':ca,ad,ab,ti OR nrw:ca,ad,ab,ti OR 'nordrhein westfalen':ca,ad,ab,ti OR 'rhine ruhr':ca,ad,ab,ti OR

No.	Searches
	rhein:ca,ad,ab,ti OR ruhr:ca,ad,ab,ti OR 'schleswig holstein':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg vorpommern':ca,ad,ab,ti OR 'mecklenburg-western pomerania':ca,ad,ab,ti OR brandenburg:ca,ad,ab,ti OR sachsen:ca,ad,ab,ti OR saxony:ca,ad,ab,ti OR 'saxony anhalt':ca,ad,ab,ti OR 'sachsen anhalt':ca,ad,ab,ti OR thuringia:ca,ad,ab,ti OR thüringen:ca,ad,ab,ti OR thuringen:ca,ad,ab,ti OR thueringen:ca,ad,ab,ti OR niedersachsen:ca,ad,ab,ti OR 'lower saxony':ca,ad,ab,ti OR hesse:ca,ad,ab,ti OR hessia:ca,ad,ab,ti OR hessen:ca,ad,ab,ti OR 'rhineland palatinate':ca,ad,ab,ti OR rheinland:ca,ad,ab,ti OR pfalz:ca,ad,ab,ti OR saarland:ca,ad,ab,ti OR baden:ca,ad,ab,ti OR württemberg:ca,ad,ab,ti OR wurttemberg:ca,ad,ab,ti OR wuerttemberg:ca,ad,ab,ti OR bavaria:ca,ad,ab,ti OR bayern:ca,ad,ab,ti
#9	#5 OR #6 OR #7 OR #8
#10	#4 AND #9
#11	'case report'/de OR [conference abstract]/lim OR [conference review]/lim OR [editorial]/lim OR [letter]/lim OR [preprint]/lim OR comment:ti
#12	#10 NOT #11
#13	'animal'/exp NOT ('animal'/exp AND 'human'/exp)
#14	#12 NOT #13
#15	#14 AND ([english]/lim OR [german]/lim)
#16	#15 AND [2013-2022]/py

Suchstrategie für Cochrane via Wiley

Tabelle 16: Suchstrategie für Cochrane via Wiley (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 25.04.2022

No.	Searches
#1	MeSH descriptor: [Hysterectomy] explode all trees
#2	hysterectom*:ti,ab
#3	((remov* or extirp*) NEAR/3 uter*):ti,ab
#4	#1 or #2 or #3
#5	MeSH descriptor: [Germany] explode all trees
#6	german*:ti,ab
#7	deutsch*:ti,ab
#8	(berlin or hamburg or munchen or muenchen or munich or koln or koeln or cologne or frankfurt or stuttgart or dusseldorf or duesseldorf or dortmund or essen or bremen or dresden or leipzig or hannover or nuernberg or nurnberg or aachen or augsburg or bamberg or bayreuth or benedikt-beuern or bochum or braunschweig or chemnitz or clausthal or cottbus or darmstadt or detmold or eichstatt or Eichstaett or eltville or Ingolstadt or Erfurt or Erlangen or flensburg or freiberg or freiburg or friedrichshafen or fulda or giesen or giessen or Greifswald or gottingen or goettingen or Hagen or Halle or heidelberg or Hildesheim or Ilmenau or Jena or kaiserslautern or karlsruhe

No.	Searches
	or kassel or kiel or koblenz or konstanz or luebeck or lubeck or ludwigsburg or lueneburg or luneburg or leverkusen or mainz or marburg or munster or muenster or neuendettelsau or neubrandenburg or oestrich-winkel or oldenburg or osnabrueck or osnabruck or paderborn or passau or potsdam or regensburg or rostock or saar or augustin or schwabisch or gmund or schwaebisch or gmuend or siegen or speyer or trier or trossingen or tuebingen or tubingen or ulm or vallendar or vechta or weimar or weingarten or witten or wuppertal or wuerzburg or wurzburg or zittau or duisburg or bonn or bielefeld or mannheim or 'north rhine-westphalia' or nrw or 'nordrhein westfalen' or 'rhine ruhr' or rhein or ruhr or 'schleswig holstein' or 'mecklenburg vorpommern' or 'mecklenburg-western pomerania' or brandenburg or sachsen or saxony or 'saxony anhalt' or 'sachsen anhalt' or thuringia or thuringen or thueringen or niedersachsen or 'lower saxony' or hesse or hessia or hessen or 'rhineland palatinate' or rheinland or pfalz or saarland or baden or wuerttemberg or wuerttemberg or bavaria or bayern):ti,ab
#9	#5 or #6 or #7 or #8
#10	#4 and #9
#11	#10 with Cochrane Library publication date Between Mar 2013 and Apr 2022, in Cochrane Reviews
#12	#10 with Publication Year from 2013 to 2022, in Trials
#13	#11 or #12

Suchstrategie für CINAHL via EBSCO

Tabelle 17: Suchstrategie für CINAHL via EBSCO (Versorgungssituation); Datum der Recherche: 25.04.2022

No.	Searches
S1	(MH "Hysterectomy+")
S2	TI hysterectom* OR AB hysterectom*
S3	TI ((remov* or extirp*) N3 uter*) OR AB ((remov* or extirp*) N3 uter*)
S4	S1 OR S2 OR S3
S5	(MH "Germany+")
S6	((AB germany OR TI germany OR AF germany) OR (AB german OR TI german) OR (AB deutschland OR TI deutschland OR AF deutschland) OR (AB deutsch* OR TI deutsch*) OR (AB berlin OR TI berlin OR AF berlin) OR (AB hamburg OR TI hamburg OR AF hamburg) OR (AB münchen OR TI münchen OR AF münchen) OR (AB muenchen OR TI muenchen OR AF muenchen) OR (AB munchen OR TI munchen OR AF munchen) OR (AB munich OR TI munich OR AF munich) OR (AB köln OR TI köln OR AF köln) OR (TI koeln OR AB koeln OR AF koeln) OR (TI koln OR AB koln OR AF koln) OR (AB cologne OR TI cologne OR AF cologne) OR (AB frankfurt OR TI frankfurt or AF frankfurt) OR (AB stuttgart OR TI stuttgart OR AF stuttgart) OR (AB dusseldorf OR TI dusseldorf OR AF dusseldorf) OR (AB düsseldorf OR TI düsseldorf OR AF düsseldorf) OR (AB duesseldorf OR TI duesseldorf OR AF duesseldorf) OR (AB dortmund OR TI dortmund OR AF dortmund) OR (AB essen OR TI essen OR AF essen) OR (AB bremen OR TI bremen OR AF bremen) OR (AB dresden OR TI dresden OR AF dresden) OR (AB leipzig OR TI leipzig OR AF leipzig) OR (AB hannover OR TI hannover OR AF hannover) OR (AB nürnberg OR TI nürnberg OR AF nürnberg) OR (AB nurnberg OR TI nurnberg OR AF nurnberg)

No.	Searches
	<p>OR (AB nuernberg OR TI nuernberg OR AF nuernberg) OR (AB aachen OR TI aachen OR AF aachen) OR (AB augsburg OR TI augsburg OR AF augsburg) OR (AB bamberg OR TI bamberg OR AF bamberg) OR (AB bayreuth OR TI bayreuth OR AF bayreuth) OR (AB benediktbeuern OR TI benediktbeuern OR AF benediktbeuern) OR (AB bochum OR TI bochum OR AF bochum) OR (AB braunschweig OR TI braunschweig OR AF braunschweig) OR (AB chemnitz OR TI chemnitz OR AF chemnitz) OR (AB clausthal OR TI clausthal OR AF clausthal) OR (TI cottbus OR AB cottbus OR AF cottbus) OR (AB darmstadt OR TI darmstadt OR AF darmstadt) OR (AB detmold OR TI detmold OR AF detmold) OR (TI eichstädt OR AB eichstädt OR AF eichstädt) OR (TI eichstaett OR AB eichstaett OR AF eichstaett) OR (TI eichstatt OR AB eichstatt OR AF eichstatt) OR (TI eltvile OR AB eltvile OR AF eltvile) OR (AB ingolstadt OR TI ingolstadt OR AF ingolstadt) OR (AB erfurt OR TI erfurt OR AF erfurt) OR (AB erlangen OR TI erlangen OR AF erlangen) OR (TI flensburg OR AB flensburg OR AF flensburg) OR (AB freiberg OR TI freiberg OR AF freiberg) OR (AB freiburg OR TI freiburg OR AF freiburg) OR (AB friedrichshafen OR TI friedrichshafen OR AF friedrichshafen) OR (AB fulda OR TI fulda OR AF fulda) OR (TI gießen OR AB gießen OR AF gießen) OR (AB giessen OR TI giessen OR AF giessen) OR (TI giesen OR AB giesen OR AF giesen) OR (AB greifswald OR TI greifswald OR AF greifswald) OR (AB göttingen OR TI göttingen OR AF göttingen) OR (AB gottingen OR TI gottingen OR AF gottingen) OR (AB goettingen OR TI goettingen OR AF goettingen) OR (AB hagen OR TI hagen OR AF hagen) OR (AB halle OR TI halle OR AF halle) OR (AB heidelberg OR TI heidelberg OR AF heidelberg) OR (AB hildesheim OR TI hildesheim OR AF hildesheim) OR (AB ilmenau OR TI ilmenau OR AF ilmenau) OR (TI jena OR AB jena OR AF jena) OR (AB kaiserslautern OR TI kaiserslautern OR AF kaiserslautern) OR (AB karlsruhe OR TI karlsruhe OR AF karlsruhe) OR (AB kassel OR TI kassel OR AF kassel) OR (AB kiel OR TI kiel OR AF kiel) OR (AB koblenz OR TI koblenz OR AF koblenz) OR (AB konstanz OR TI konstanz OR AF konstanz) OR (AB lübeck OR TI lübeck OR AF lübeck) OR (AB lubeck OR TI lubeck OR AF lubeck) OR (AB luebeck OR TI luebeck OR AF luebeck) OR (TI ludwigsburg OR AB ludwigsburg OR AF ludwigsburg) OR (AB lueneburg OR TI lueneburg OR AF lueneburg) OR (AB lüneburg OR TI lüneburg OR AB luneburg OR TI luneburg OR AF luneburg) OR (TI leverkusen OR AB leverkusen OR AF leverkusen) OR (TI mainz OR AB mainz OR AF mainz) OR (TI marburg OR AB marburg OR AF marburg) OR (TI münster OR AB münster OR AF münster) OR (TI muenster OR AB muenster OR AF muenster) OR (TI munster OR AB munster OR AF munster) OR (TI neubrandenburg OR AB neubrandenburg OR AF neubrandenburg) OR (TI neuendettelsau OR AB neuendettelsau OR AF neuendettelsau) OR (TI oestrich-winkel OR AB oestrich-winkel OR AF oestrich-winkel) OR (TI oldenburg OR AB oldenburg OR AF oldenburg) OR (AB osnabrueck OR TI osnabrueck OR AF osnabrueck) OR (TI osnabrück OR AB osnabrück OR AF osnabrück) OR (TI osnabruck OR AB osnabruck OR AF osnabruck) OR (AB paderborn OR TI paderborn OR AF paderborn) OR (TI passau OR AB passau OR AF passau) OR (AB potsdam OR TI potsdam OR AF potsdam) OR (AB regensburg OR TI regensburg OR AF regensburg) OR (AB rostock OR TI rostock OR AF rostock) OR (AB saar OR TI saar OR AF saar) OR (TI augustin OR AB augustin OR AF augustin) OR (TI schwäbisch gmünd OR AB schwäbisch gmünd OR AF schwäbisch gmünd) OR (TI schwaebisch gmuend OR AB schwaebisch gmuend OR AF schwaebisch gmuend) OR (TI schwabisch gmund OR AB schwabisch gmund OR AF schwabisch gmund) OR (AB siegen OR TI siegen OR AF siegen) OR (AB speyer OR TI speyer OR AF speyer) OR (AB trier OR TI trier OR AF trier) OR (TI trossingen OR AB trossingen OR AF trossingen) OR (TI tubingen OR AB tubingen OR AF tubingen) OR (TI tuebingen OR AB tuebingen OR AF tuebingen) OR (TI tübingen OR AB tübingen OR AF tübingen) OR (TI ulm OR AB ulm OR AF ulm) OR (TI vallendar OR AB vallendar OR AF vallendar) OR (AB vechta OR TI vechta OR AF vechta) OR (AB weimar OR TI weimar OR AF weimar) OR (AB weingarten OR TI weingarten OR AF weingarten) OR (TI witten OR AB witten OR AF witten) OR (TI wuppertal OR AB wuppertal OR AF wuppertal) OR (AB wurzburg OR TI wurzburg OR AF wurzburg) OR (AB wuerzburg OR TI wuerzburg OR AF wuerzburg) OR (TI würzburg OR AB würzburg OR AF würzburg) OR (TI zittau OR AB zittau OR AF zittau) OR (AB duisburg OR TI duisburg OR AF duisburg) OR (AB bonn OR TI bonn OR AF bonn) OR (TI bielefeld OR AB bielefeld OR AF bielefeld) OR (AB mannheim OR TI mannheim OR AF mannheim) OR (TI north rhine-westphalia OR AB north rhine-westphalia OR AF north rhine-</p>

No.	Searches
	westphalia) OR (AB nrw OR TI nrw OR AF nrw) OR (AB nordrhein westfalen OR TI nordrhein westfalen OR AF nordrhein westfalen) OR (AB rhine ruhr OR TI rhine ruhr OR AF rhine ruhr) OR (TI rhein OR AB rhein OR AF rhein) OR (TI ruhr OR AB ruhr OR AF ruhr) OR (AB schleswig holstein OR TI schleswig holstein OR AF schleswig holstein) OR (AB mecklenburg vorpommern OR TI mecklenburg vorpommern OR AF mecklenburg vorpommern) OR (TI mecklenburg-western pomerania OR AB mecklenburg-western pomerania OR AF mecklenburg-western pomerania) OR (AB brandenburg OR TI brandenburg OR AF brandenburg) OR (AB sachsen OR TI sachsen OR AF sachsen) OR (AB saxony OR TI saxony OR AF saxony) OR (TI saxony anhalt OR AB saxony anhalt OR AF saxony anhalt) OR (AB sachsen anhalt OR TI sachsen anhalt OR AF sachsen anhalt) OR (AB thuringia OR TI thuringia OR AF thuringia) OR (AB thüringen OR TI thüringen OR AF thüringen) OR (AB thuringen OR TI thuringen OR AF thuringen) OR (AB thueringen OR TI thueringen OR AF thueringen) OR (TI niedersachsen OR AB niedersachsen OR AF niedersachsen) OR (AB lower saxony OR TI lower saxony OR AF lower saxony) OR (AB hesse OR TI hesse OR AF hesse) OR (AB hessia OR TI hessia OR AF hessia) OR (TI hessen OR AB hessen OR AF hessen) OR (AB rhineland palatinate OR TI rhineland palatinate OR AF rhineland palatinate) OR (AB rheinland OR TI rheinland OR AF rheinland) OR (AB pfalz OR TI pfalz OR AF pfalz) OR (AB saarland OR TI saarland OR AF saarland) OR (AB baden OR TI baden OR AF baden) OR (AB wurttemberg OR TI wurttemberg OR AF wurttemberg) OR (AB württemberg OR TI württemberg OR AF württemberg) OR (AB wuerttemberg OR TI wuerttemberg OR AF wuerttemberg) OR (AB bavaria OR TI bavaria OR AF bavaria) OR (AB bayern OR TI bayern OR AF bayern))
S7	S5 OR S6
S8	S4 AND S7
S9	S4 AND S7 Limiters - Publication Type: Abstract, Case Study, Commentary, Editorial, Letter, Proceedings
S10	S8 NOT S9
S11	(MH "Animals+") NOT ((MH "Animals+") AND (MH "Human"))
S12	S10 NOT S11
S13	S12 Limiters - Published Date: 20130301-20220431; Language: English, German

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

Die Volltexte der ausgewählten Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander dahingehend überprüft, ob die a priori festgelegten Einschlusskriterien (Tabelle 12) zutreffen. Uneinheitliche Bewertungen wurden diskutiert und eine Einigung herbeigeführt. Es erfolgte eine Dokumentation des Volltext-Screenings und der Ausschlussgründe für alle ausgeschlossenen Publikationen (Abschnitt 4.3).

Eine Gesamtübersicht über die Recherche nach Publikationen zur Versorgungssituation in bibliographischen Datenbanken bietet das nachfolgende Flussdiagramm (Abbildung 3).

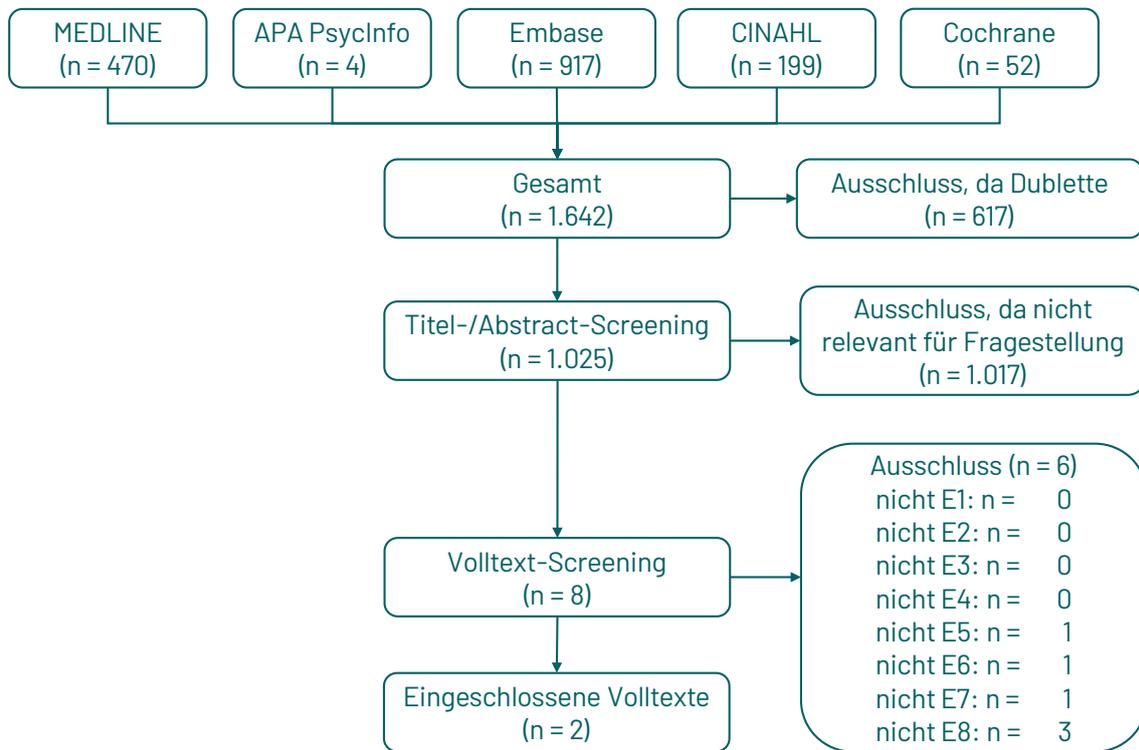


Abbildung 3: Flussdiagramm der Recherche nach Publikationen zur Versorgungssituation

4.2 Eingeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation

Nach dem Volltext-Screening wurden 2 Artikel eingeschlossen werden (Tabelle 18).

Tabelle 18: Eingeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation

	Titel	Referenz
1	Der Einfluss des ärztlichen Aufklärungsgespräches auf die postoperative Zufriedenheit und Lebensqualität von Patientinnen mit Uterus myomatosus nach Myomenukleation oder Hysterektomie	Hempowicz et al. (2013)
2	Der Einfluss des präoperativen Entscheidungsfindungsprozesses auf das postoperative Outcome nach Hysterektomie aufgrund benigner uteriner Pathologien	Radosa et al. (2016)

4.2.1 Datenextraktion

Die Datenextraktion der eingeschlossenen Studien zur Versorgungssituation wurde von einer Person durchgeführt und von einer weiteren stichprobenartig überprüft. Die extrahierten Daten sind in Anhang A.2.5 dokumentiert.

4.3 Ausgeschlossene Publikationen zur Versorgungssituation

Folgende im Volltext überprüfte Publikationen zur Informationsbeschaffung Versorgungssituation wurden ausgeschlossen (für die Ausschlussgründe vgl. Tabelle 12):

Nicht E1, E2, E3, E4

keine

Nicht E5

1. Freifrau von Welser, S; Ortmann, O; Seitz, S (2015): Risikokommunikation bei operativen Eingriffen am Beispiel der Hysterektomie. *Der Gynäkologe* 48(8): 586-592. DOI: 10.1007/s00129-015-3730-z.

Nicht E6

1. Ali, J; Pieper, D (2017): Kaum aktuelle Daten zu Zweitmeinungsverfahren vorhanden – eine systematische Übersichtsarbeit. *Das Gesundheitswesen* 79(10): 871-874. DOI: 10.1055/s-0042-108586.

Nicht E7

1. Knudsen, NI; Wernecke, KD; Siedentopf, F; David, M (2017): Fears and Concerns of Patients with Uterine Fibroids – a Survey of 807 Women. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 77(9): 976-983. DOI: 10.1055/s-0043-118132.

Nicht E8

1. Prediger, B; Koller, D; Hes, S; Konsgen, N; Pieper, D (2022): Verortung von Zweitmeinungsanbietern in Deutschland – Gibt es regionale Unterschiede? *Das Gesundheitswesen* 28: 28. DOI: 10.1055/a-1690-6728.
2. Prütz, F; Knopf, H; von der Lippe, E; Scheidt-Nave, C; Starker, A; Fuchs, J (2013): Prävalenz von Hysterektomien bei Frauen im Alter von 18 bis 79 Jahren. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 56(5): 716-722. DOI: 10.1007/s00103-012-1660-7.
3. Stang, A; Kluttig, A; Moebus, S; Volzke, H; Berger, K; Greiser, KH; et al. (2014): Educational level, prevalence of hysterectomy, and age at amenorrhoea: a cross-sectional analysis of 9536 women from six population-based cohort studies in Germany. *BMC: Women's Health* 14(1): 10. DOI: 10.1186/1472-6874-14-10.

Anhang A.2: Datenextraktion der eingeschlossenen Leitlinien und Publikationen

Anhang A.2.1: Charakteristika der eingeschlossenen Leitlinien

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2010 [Reaffirmed 2020])	ACOG Practice Bulletin No. 114. Management of Endometriosis	The American College of Obstetricians and Gynecologists, USA	Darstellung der Evidenz, einschließlich Risiken und Nutzen, für die Wirksamkeit der medizinischen und chirurgischen Therapie für erwachsene Frauen, die an Symptomen wie Beckenschmerzen oder Unfruchtbarkeit oder beidem leiden	Frauen, die an Symptomen wie Beckenschmerzen oder Unfruchtbarkeit oder beidem leiden	Ärztinnen/Ärzte
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2013 [Reaffirmed 2019])	ACOG Practice Bulletin No. 136. Management of Abnormal Uterine Bleeding Associated with Ovarian Dysfunction	The American College of Obstetricians and Gynecologists, USA	Erstellung von Richtlinien für die Behandlung von Patientinnen mit einer abnormalen Uterusblutung im Zusammenhang mit einer ovulatorischen Dysfunktion (AUB-0)	Frauen mit anormalen Uterusblutungen im Zusammenhang mit einer ovulatorischen Dysfunktion (AUB-0)	o. A.

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics/AUGS (2017 [Reaffirmed 2019])	ACOG Practice Bulletin No. 183. Postpartum Hemorrhage	The American College of Obstetricians and Gynecologists, USA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erörterung von Risikofaktoren für postpartale Blutungen sowie deren Bewertung, Vorbeugung und Behandlung ▪ Hilfestellung bei der Implementierung standardisierter Behandlungspakete für das Management postpartaler Blutungen 	Frauen mit postpartalen Blutungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geburtshelferinnen/Geburtshelfer ▪ Gynäkologinnen/Gynäkologen ▪ Anbieterinnen/Anbieter von Geburtshilfe
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology/AUGS (2019 [Reaffirmed 2021])	ACOG Practice Bulletin No. 214. Pelvic Organ Prolapse	The American College of Obstetricians and Gynecologists, USA	Überprüfung von Informationen zum aktuellen Verständnis von Beckenorganprolaps (<i>pelvic organ prolapse</i> , POP) bei Frauen	Frauen mit einem Beckenorganprolaps	o. A.
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2021)	ACOG Practice Bulletin No. 228. Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas	The American College of Obstetricians and Gynecologists, USA	Bereitstellung aktualisierter evidenzbasierter Empfehlungen für das medizinische, verfahrenstechnische und chirurgische Management von symptomatischen Leiomyomen	Frauen mit Uterusleiomyomen	o. A.

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
Auclair et al. (2019)	SOGC Clinical Practice Guideline No. 390. Classification and Management of Endometrial Hyperplasia	The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Kanada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hilfestellung für Hausärztinnen/Hausärzte und Gynäkologinnen/Gynäkologen bei der Erstbeurteilung von Frauen mit Verdacht auf Endometriumhyperplasie ▪ Empfehlung der Verwendung der Klassifikation der WHO von 2014 für Endometriumhyperplasie durch alle Gesundheitsdienstleistende ▪ Anleitung für die Behandlung von Frauen mit einer diagnostizierten Endometriumhyperplasie 	erwachsene Frauen (18 Jahre und älter) mit Verdacht auf oder bestätigte Endometriumhyperplasie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztinnen/Ärzte, einschließlich Gynäkologinnen/Gynäkologen ▪ Geburtshelferinnen/Geburtshelfer ▪ Hausärztinnen/Hausärzte ▪ Allgemeinchirurginnen/Allgemeinchirurgen ▪ Spezialistinnen/Spezialisten für Notfallmedizin ▪ Krankenschwestern/Krankenpfleger, einschließlich examinierter Krankenschwestern und Krankenpfleger ▪ Medizinische Auszubildende, einschließlich Medizinstudentinnen/Medizinstudenten ▪ Verwandte und Freundinnen/Freunde ▪ alle anderen Gesundheitsdienstleistende
Demers et al. (2018)	No. 163 - Gynaecological and Obstetric Management of Women with inherited bleeding disorders	The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Kanada	Zusammenfassung der verfügbaren Evidenz in Bezug sowohl auf die Diagnose als auch auf das geburtshilfliche und gynäkologische Management von Frauen mit erheblichen Blutgerinnungsstörungen	Frauen mit erheblichen Blutgerinnungsstörungen	o. A.

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
ESHRE Endometriosis Guideline Development Group (2022)	Endometriosis. Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology	ESHRE Endometriosis Guideline Development Group, London, England	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empfehlungen zur Diagnose und Behandlung sowie zur Linderung schmerzhafter Symptome ▪ Empfehlungen zur Unfruchtbarkeit aufgrund von Endometriose ▪ spezifische Empfehlungen zur Behandlung von Patientinnen, bei denen Endometriose zufällig festgestellt wird (ohne Schmerzen oder Unfruchtbarkeit), bei Jugendlichen und Frauen in der Menopause mit Endometriose ▪ Bereitstellung von Informationen zu Risikofaktoren für Endometriose und Assoziationen mit anderen Erkrankungen sowie Empfehlungen zur Vorbeugung und Überwachung 	Frauen mit Endometriose (entweder diagnostiziert oder mit dringendem Verdacht)	europäische Gesundheitsdienstleister

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
Kives und Lefebvre (2018)	SOGC Clinical Practice Guideline No. 238. Supracervical Hysterectomy	The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Kanada	Überprüfung der Evidenz bezüglich des potenziellen Nutzens der vaginalen Hysterektomie und der suprazervikalen Hysterektomie vs. der totalen abdominalen Hysterektomie in Bezug auf postoperative Sexualfunktion, Harnfunktion und peri- und postoperative Komplikationen	Frauen, die eine Hysterektomie aufgrund einer gutartigen Erkrankungen in Betracht ziehen	o. A.
Lefebvre et al. (2018)	SOGC Clinical Practice Guideline No. 109. Hysterectomy	The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Kanada	Identifizierung der Indikationen für eine Hysterektomie, der präoperativen Beurteilung und der verfügbaren Alternativen, die vor einer Hysterektomie erforderlich sind	Frauen, die sich im Entscheidungsprozess zur Durchführung einer Hysterektomie befinden	o. A.
NICE (2019)	NICE National Guideline NG123. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management	National Institute for Health and Clinical Excellence, Vereinigtes Königreich	Beurteilung und Behandlung von Harninkontinenz und Beckenorganprolaps bei Frauen ab 18 Jahren	Frauen ab 18 Jahren mit einer Harninkontinenz oder einem Beckenorganprolaps	<ul style="list-style-type: none"> ▪ medizinische Fachkräfte ▪ die für die Beauftragung und Planung von Gesundheitsdiensten verantwortlichen Personen (einschließlich Primärversorgung) ▪ Frauen mit Harninkontinenz, Beckenorganprolaps oder Komplikationen im Zusammenhang mit Operationen wegen Harninkontinenz oder Beckenorganprolaps ▪ Familie und Betreuerinnen/Betreuer

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
NICE (2021)	NICE National Guideline NG88. Heavy menstrual bleeding: assessment and management	National Institute for Health and Care Excellence, Vereinigtes Königreich	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventionen zur Patientenaufklärung ▪ Bereitstellung von Informationen zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit ▪ Diagnose von Frauen, die sich mit starken Menstruationsblutungen (<i>heavy menstrual bleeding</i>, HMB) vorstellen, einschließlich Anleitung zu geeigneten Untersuchungen und Überweisungen sowie zur Kostenwirksamkeit der Durchführung solcher Untersuchungen ▪ medizinisches Management von starken Menstruationsblutungen, einschließlich kurz- und langfristiger Ergebnisse, unerwünschter Ereignisse, Kostenwirksamkeit und anschließender Behandlung ▪ Indikationen für die Überweisung an das Sekundärversorgungsmanagement 	Frauen mit starken Menstruationsblutungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner, Gynäkologinnen/Gynäkologen, gynäkologische Fachkrankenschwestern und -pfleger, interventionelle Radiologinnen/Radiologen, Krankenpflegerinnen/Krankenpfleger und Allgemeinmedizinerinnen/Allgemeinmediziner mit besonderem Interesse an Gynäkologie ▪ die für die Beauftragung und Planung von Gesundheitsdiensten verantwortlichen Personen (einschließlich Primärversorgung) ▪ Frauen mit starken Menstruationsblutungen

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestimmung, ob und wann chirurgische Eingriffe am besten geeignet sind ▪ operative Verfahren zur Endometriumablation/-resektion bei starken Menstruationsblutungen, einschließlich kurz- und langfristiger Ergebnisse, Kosteneffizienz, Nebenwirkungen und anschließender Behandlung ▪ Uterusarterienembolisation (UAE) bei starken Menstruationsblutungen, einschließlich kurz- und langfristiger Ergebnisse, Kostenwirksamkeit, Nebenwirkungen und anschließender Behandlung ▪ operative Verfahren und andere Techniken, die für Hysterektomie und Myomektomie bei starken Menstruationsblutungen verwendet werden, einschließlich kurz- und langfristiger Ergebnisse, unerwünschter Ereignisse und anschließender Behandlung sowie Anleitung zu minimalen Zugangstechniken 		

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
			(Hysteroskopie oder Laparoskopie) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Probleme im Zusammenhang mit der Entfernung gesunder Eierstöcke, wenn die Hysterektomie die geeignetste Option ist 		
RANZCOG (2021)	Australien clinical practice guideline for the diagnosis and management of endometriosis	The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG); Melbourne, Australien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung der Einheitlichkeit in der Versorgung ▪ Verbesserung der Erfahrungen und Ergebnisse von Menschen mit bestätigter oder vermuteter Endometriose 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frauen, nicht binäre und geschlechtsspezifische Personen mit vermuteter oder bestätigter Endometriose, einschließlich: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Frauen mit zufällig entdeckter asymptomatischer Endometriose ▫ Jugendlicher (bis 17 Jahre) mit Endometriose ▫ unfruchtbarer Frauen mit Endometriose ▫ Frauen mit chronischen oder anhaltenden Beckenschmerzen, bei denen der Verdacht auf Endometriose besteht ▫ Frauen nach der Menopause mit Endometriose ▫ Schwangerer mit Endometriose 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ medizinisches Fachpersonal, das mit Menschen mit Verdacht auf oder bestätigter Endometriose oder Adenomyose (oder beiden) in Australien arbeitet ▪ Menschen mit Endometriose (einschließlich ihrer Familien) ▪ Betreuerinnen/Betreuer ▪ Öffentlichkeit

Referenz	Titel	Herausgeber, Herkunftsland	zentrale Ziele	Zielpopulation	Adressatinnen und Adressaten
Thurston et al. (2019)	SOGC Clinical Practice Guideline No. 377. Hysterectomy for Benign Gynaecologic Indications	The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Kanada	Unterstützung von Ärztinnen/Ärzten, die gynäkologische Operationen durchführen, bei der Entscheidungsfindung im Zusammenhang mit einer Hysterektomie für gutartige Indikationen	Erwachsene Frauen (18 Jahre und älter), die sich bei gutartigen gynäkologischen Indikationen einer Hysterektomie unterziehen wollen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztinnen/Ärzte, einschließlich Gynäkologinnen/Gynäkologen ▪ Geburtshelferinnen/Geburtshelfer ▪ Hausärztinnen/Hausärzte ▪ Allgemeinchirurginnen/Allgemeinchirurgen ▪ Spezialistinnen/Spezialisten für Notfallmedizin ▪ Krankenschwestern/Krankenpfleger, einschließlich registrierter Krankenschwestern/Krankenpfleger und Krankenschwestern/Krankenpfleger im Praktikum ▪ Medizinische Auszubildende, einschließlich Medizinstudentinnen/Medizinstudenten ▪ Bewohnerinnen/Bewohner und Kolleginnen/Kollegen ▪ alle anderen Gesundheitsdienstleistende

Abkürzungen: o. A. = ohne Angabe

Anhang A.2.2: Extrahierte Empfehlungen der eingeschlossenen Leitlinien

Referenz	Seite	extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2010 [Reaffirmed 2020])	231	„Hormone therapy with estrogen is not contraindicated after hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy for endometriosis.“	Level B	o. A.	Frauen mit Endometriose
	231	„In patients with normal ovaries, a hysterectomy with ovarian conservation and removal of the endometriotic lesions should be considered.“	Level B	o. A.	
	231	„When medical management has failed, undergoing definitive surgical management is appropriate in those who do not desire future fertility.“	Level C	-	
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2013 [Reaffirmed 2019])	182	„Women who have completed childbearing, in whom medical therapy has failed, or who have contraindications to medical therapy are candidates for hysterectomy without cervical preservation.“	Level B	o. A.	Frauen mit anormalen Uterusblutungen im Zusammenhang mit einer ovulatorischen Dysfunktion (AUB-0)
ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics/AUGS (2017 [Reaffirmed 2019])	e180	„Generally, in the treatment of postpartum hemorrhage, less invasive methods should be used initially if possible, but if unsuccessful, preservation of life may require more aggressive interventions including hysterectomy.“	Level C	-	Frauen mit postpartalen Blutungen
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology/AUGS (2019 [Reaffirmed 2021])	e136	„Women considering treatment of POP should be offered a vaginal pessary as an alternative to surgery.“	Level B	o. A.	Frauen mit einem Beckenorganprolaps
	e136	„Vaginal apex suspension should be performed at the time of hysterectomy for uterine prolapse to reduce the risk of recurrent POP.“	Level B	o. A.	

Referenz	Seite	extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	e136	„Hysteropexy is a viable alternative to hysterectomy in women with uterine prolapse, although there is less available evidence on safety and efficacy compared with hysterectomy.“	Level B	o. A.	
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2021)	e108	„When hysterectomy is selected for the surgical management of symptomatic uterine leiomyomas, the most minimally invasive route is recommended whenever possible, and the vaginal approach is preferred among the minimally invasive approaches when it is feasible.“	Level A	o. A.	Frauen mit Uterusleiomyomen
	e109	„Hysterectomy is recommended as a definitive surgical management option for the treatment of AUBL and bulk symptoms associated with uterine leiomyomas in patients who do not desire future childbearing or do not wish to retain their uterus and are counseled about the long-term health risks.“	Level B	o. A.	
Auclair et al. (2019)	1791	„If surgery is indicated for endometrial hyperplasia without atypia, the procedure should include total hysterectomy with opportunistic salpingectomy, with or without bilateral oophorectomy depending on menopausal status.“	Strong	Moderate	Erwachsene Frauen (18 Jahre und älter) mit Verdacht auf oder bestätigter Endometriumhyperplasie
	1791	„Total hysterectomy with bilateral salpingoophorectomy is recommended for treatment of atypical hyperplasia in premenopausal and postmenopausal women (strong, moderate). In premenopausal women, ovarian preservation should be discussed.“	Strong	Moderate	
	1791	„We recommend that subtotal (supracervical) hysterectomy and morcellation be avoided in all cases of endometrial hyperplasia.“	Strong	Low	

Referenz	Seite	extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
Demers et al. (2018)	e98	„In women who no longer want to preserve their fertility, conservative surgical therapy (ablation) and hysterectomy may be options.“	B	III	Frauen mit erheblichen Blutgerinnungsstörungen
ESHRE Endometriosis Guideline Development Group (2022)	11	„Women should be informed that hysterectomy will not necessarily cure the symptoms or the disease.“	Weak recommendation	o. A.	Frauen mit Endometriose (entweder diagnostiziert oder mit dringendem Verdacht)
	11	„When a decision is made whether to remove the ovaries, the long-term consequences of early menopause and possible need for hormone replacement therapy should be considered.“	GPP	-	
	11	„The GDG recommends that when hysterectomy is performed, a total hysterectomy is preferred.“	GPP	-	
Kives und Lefebvre (2018)	e597	„Vaginal hysterectomy is generally considered the first choice of surgical approach for most benign indications for hysterectomy, as it is associated with lower rates of morbidity, fewer postoperative complications, and a faster recovery time than abdominal hysterectomy.“	A	I	Frauen, die eine Hysterektomie bei einer gutartigen Erkrankung in Betracht ziehen
	e597/ e598	„Women contemplating a vaginal, laparoscopic, or abdominal hysterectomy for the management of benign uterine disease should be reassured that hysterectomy is usually associated with improved quality of life, including improved sexual function, whether or not the cervix is removed.“	B	I	
	e598	„Supracervical hysterectomy should not be recommended as a superior technique to total abdominal hysterectomy for the prevention of postoperative lower urinary tract symptoms.“	B	I	

Referenz	Seite	extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	e598	„Although supracervical hysterectomy may be associated with less blood loss and a shorter surgical time, these parameters have not been found to be clinically significant, and supracervical hysterectomy should not be recommended as a superior technique to total abdominal hysterectomy for the prevention of peri- and postoperative complications.“	B	I	
	e598	„Women considering a supracervical hysterectomy should be counselled that they may continue experiencing cyclic vaginal bleeding following the surgery.“	B	I	
	e598	„Women must be advised that they require routine cytological screening following a supracervical hysterectomy.“	B	II	
	e598	„Women who require a hysterectomy and who have a current or significant history of abnormal cervical cytological results should be counselled on the advantages of vaginal hysterectomy or total abdominal hysterectomy over supracervical hysterectomy.“	B	I	
Lefebvre et al. (2018)	e567	„Leiomyomas: For symptomatic fibroids, hysterectomy provides a permanent solution to menorrhagia and the pressure symptoms related to an enlarged uterus.“	A	I	Frauen, die sich im Entscheidungsprozess zur Durchführung einer Hysterektomie befinden
	e568	„Endometriosis: Hysterectomy is often indicated in the presence of severe symptoms with failure of other treatments and when fertility is no longer desired.“	B	I	
	e568	„Pelvic relaxation: A surgical solution usually includes vaginal hysterectomy, but must include pelvic supporting procedures.“	B	II	

Referenz	Seite	extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	e568	„Pelvic pain: A multidisciplinary approach is recommended, as there is little evidence that hysterectomy will cure chronic pelvic pain. When the pain is confined to dysmenorrhea or associated with significant pelvic disease, hysterectomy may offer relief.“	C	II	
	e568	„Hysterectomy is usually indicated for endometrial hyperplasia with atypia.“	A	I	
	e568	„Cervical intraepithelial neoplasia in itself is not an indication for hysterectomy.“	B	I	
	e568	„Simple hysterectomy is an option for treatment of adenocarcinoma in situ of the cervix when invasive disease has been excluded.“	B	I	
	e568	„Hysterectomy is indicated for intractable postpartum hemorrhage when conservative therapy has failed to control bleeding.“	B	II	
	e568	„The vaginal route should be considered as a first choice for all benign indications. The laparoscopic approach should be considered when it reduces the need for a laparotomy.“	B	III	
NICE (2019)	33	„Discuss the options for treatment (see recommendation 1.8.2 on using a decision aid), including non-surgical options, hysterectomy and surgery that will preserve the uterus, with women who have uterine prolapse.“	Strong	o. A.	Frauen ab 18 Jahren mit einer Harninkontinenz oder einem Beckenorganprolaps
	33	„For women considering surgery for uterine prolapse: <ul style="list-style-type: none"> ▪ discuss the possible complications and the lack of long-term evidence on the effectiveness of the procedures.“ 	Strong	o. A.	

Referenz	Seite	extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	33	<p>„For women with uterine prolapse who have no preference about preserving their uterus, offer a choice of:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ vaginal hysterectomy, with or without vaginal sacrospinous fixation with sutures or ▪ vaginal sacrospinous hysteropexy with sutures or ▪ Manchester repair.“ 	Strong	o. A.	
NICE (2021)	9	<p>„Provide information about all possible treatment options for HMB and discuss these with the woman (see section 1.5). Discussions should cover:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ the benefits and risks of the various options ▪ suitable treatments if she is trying to conceive ▪ whether she wants to retain her fertility and/or her uterus.“ 	Strong	o. A.	Frauen mit starken Menstruationsblutungen
	10	<p>„Explain to women about the impact on fertility that any planned surgery or uterine artery embolisation may have, and if a potential treatment (hysterectomy or ablation) involves loss of fertility then opportunities for discussion should be made available.“</p>	Strong	o. A.	
	10/11	<p>„Have a full discussion with all women who are considering hysterectomy about the implications of surgery before a decision is made. The discussion should include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sexual feelings ▪ impact on fertility ▪ bladder function ▪ need for further treatment 	Strong	o. A.	

Referenz	Seite	extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ treatment complications ▪ her expectations ▪ alternative surgery ▪ psychological impact.“ 			
	11	„Inform women about the increased risk of serious complications (such as intraoperative haemorrhage or damage to other abdominal organs) associated with hysterectomy when uterine fibroids are present.“	Strong	o. A.	
	11	„Inform women about the risk of possible loss of ovarian function and its consequences, even if their ovaries are retained during hysterectomy.“	Strong	o. A.	
	11	„When agreeing treatment options for HMB with women, take into account: <ul style="list-style-type: none"> ▪ the woman's preferences“ 	Strong	o. A.	
	15	„When discussing the route of hysterectomy (laparoscopy, laparotomy or vaginal) with the woman, carry out an individual assessment and take her preferences into account.“	Strong	o. A.	
	15	„Discuss the options of total hysterectomy (removal of the uterus and the cervix) and subtotal hysterectomy (removal of the uterus and retention of the cervix) with the woman.“	Strong	o. A.	
	15	„Only remove ovaries with hysterectomy with the express wish and informed consent of the woman, after discussion of all associated risks and benefits.“	Strong	o. A.	

Referenz	Seite	extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
RANZCOG (2021)	16	„Offer treatment according to the person’s symptoms, preferences and priorities, rather than the stage of the endometriosis. Treatment should be patient focused, considering the person’s physical, psychological, sexual, social, spiritual and cultural needs and preferences.“	Consensus-based recommendation	-	<ul style="list-style-type: none"> ■ Frauen, nicht binäre und geschlechtsunspezifische Personen mit vermuteter oder bestätigter Endometriose, einschließlich: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Personen mit zufällig entdeckter asymptomatischer Endometriose ▫ Jugendlicher (bis 17 Jahre) mit Endometriose ▫ unfruchtbarer Menschen mit Endometriose ▫ Menschen mit chronischen oder anhaltenden Beckenschmerzen, bei denen der Verdacht auf Endometriose besteht ▫ Menschen nach der Menopause mit Endometriose ▫ Schwangerer mit Endometriose
	19	„Advise people contemplating a hysterectomy for the treatment of endometriosis that there is no evidence for or against the effectiveness of hysterectomy for endometriosis. If hysterectomy is indicated (for example, if the person has adenomyosis or heavy menstrual bleeding that has not responded to other treatments), all visible endometriotic lesions should be excised at the time of the hysterectomy.“	Consensus-based recommendation	-	
	19	<p>„For people with endometriosis who are thinking about having a hysterectomy, discuss:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ what a hysterectomy involves and when it may be needed ■ the possible benefits and risks of hysterectomy ■ the possible benefits and risks of having oophorectomy at the same time as hysterectomy ■ how a hysterectomy (with or without oophorectomy) could affect endometriosis symptoms ■ that hysterectomy should be combined with excision of all visible endometriotic lesions ■ that endometriosis may recur, with the possible need for further surgery ■ the possible benefits and risks of menopausal hormone therapy after hysterectomy with oophorectomy.“ 	Consensus-based recommendation	-	

Referenz	Seite	extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
	19	„When hysterectomy is combined with surgical treatment of endometriosis, perform the hysterectomy (with or without oophorectomy) laparoscopically unless there are contraindications.“	Consensus-based recommendation	-	
	19	„Advise people contemplating a hysterectomy for the treatment of adenomyosis that there is no evidence for or against the effectiveness of hysterectomy for pain associated with adenomyosis. Women who have heavy menstrual bleeding will have resolution of their heavy menstrual bleeding.“	Consensus-based recommendation	-	
	19	<p>„For people with adenomyosis who are thinking about having a hysterectomy, discuss:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ what a hysterectomy involves and when it may be needed ▪ the possible benefits and risks of hysterectomy ▪ the possible benefits and risks of having oophorectomy at the same time as the hysterectomy ▪ how a hysterectomy (with or without oophorectomy) could affect adenomyosis symptoms ▪ that hysterectomy should be combined with excision of all visible adenomyotic and endometriosis lesions ▪ the possible benefits and risks of menopausal hormone therapy after hysterectomy with oophorectomy.“ 	Consensus-based recommendation	-	

Referenz	Seite	extrahierte Empfehlungen	Empfehlungsgrad	Evidenzlevel	betreffende Population
Thurston et al. (2019)	545	„Hysterectomy for benign indications should preferably be approached by either vaginal or laparoscopic routes.“	Strong	High	erwachsene Frauen (18 Jahre und älter), die sich bei gutartigen gynäkologischen Indikationen einer Hysterektomie unterziehen wollen
	545	„Vaginal hysterectomy is still considered the preferred route of hysterectomy, but laparoscopic hysterectomy is an appropriate alternative minimally invasive approach.“	Strong	Moderate	
	545	„Women should be counselled about the benefits and risks of removing the ovaries at the time of the hysterectomy. This should include discussion about the risk of ovarian cancer as well as the long-term health implications of earlier menopause linked to bilateral oophorectomy.“	Strong	Moderate	
	545	„If patients with endometriosis are planning to undergo hysterectomy, full excision of local endometriosis should be performed concurrently.“	Strong	Moderate	

Abkürzungen: o. A. = ohne Angabe

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

Leitlinien vom American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2010 [Reaffirmed 2020])	236	236
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2013 [Reaffirmed 2019])	185	185
ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics/AUGS (2017 [Reaffirmed 2019])	e186	e186
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology/AUGS (2019 [Reaffirmed 2021])	e141	e141
ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology (2021)	e114	e114

Evidenzgraduierung

I	Evidence obtained from at least one properly designed randomized controlled trial
II-1	Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization
II-2	Evidence obtained from well-designed cohort or case-control analytic studies, preferably from more than one center or research group
II-3	Evidence obtained from multiple time series with or without the intervention. Dramatic results in uncontrolled experiments also could be regarded as this type of evidence
III	Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees

Empfehlungsgraduierung

Level A	Recommendations are based on good and consistent scientific evidence
Level B	Recommendations are based on limited or inconsistent scientific evidence
Level C	Recommendations are based primarily on consensus and expert opinion

Leitlinie von der Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie
Auclair et al. (2019)	1792	1792
Thurston et al. (2019)	544	544

Evidenzgraduierung

High ++++	We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect
Moderate +++0	We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different
Low ++00	Our confidence in the effect estimate is limited. The true effect may be substantially different from the estimate of the effect
Very low +000	We have very little confidence in the effect estimate; The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect

Empfehlungsgraduierung

Strong	Highly confident of the balance between desirable and undesirable consequences (i.e., desirable consequences outweigh the undesirable consequences; or undesirable consequences outweigh the desirable consequences).
Conditional (weak)	Less confident of the balance between desirable and undesirable consequences.

Leitlinie von der Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie
Demers et al. (2018)	e93	e93

Evidenzgraduierung

I	Evidence obtained from at least one properly designed randomized controlled trial.
II-1	Evidence from well-designed controlled trials without randomization.
II-2	Evidence from well-designed cohort (prospective or retrospective) or case-control studies, preferably from more than one centre or research group.
II-3	Evidence from comparisons between times or places with or without the intervention. Dramatic results from uncontrolled experiments (such as the results of treatment with penicillin in the 1940s) could also be included in this category.
III	Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees.

Empfehlungsgraduierung

A	There is good evidence to support the recommendation for use of a diagnostic test, treatment, or intervention.
B	There is fair evidence to support the recommendation for use of a diagnostic test, treatment, or intervention.
C	There is insufficient evidence to support the recommendation for use of a diagnostic test, treatment, or intervention.
D	There is fair evidence not to support the recommendation for a diagnostic test, treatment, or intervention.
E	There is good evidence not to support the recommendation for use of a diagnostic test, treatment, or intervention.

Leitlinie von der European Society of Human Reproduction and Embryology

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl im Manual	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl im Manual
ESHRE Endometriosis Guideline Development Group (2022)	21	27

Evidenzgraduierung

High ++++	We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.
Moderate +++-	We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.
Low +--	Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect.
Very low +---	We have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.

Empfehlungsgraduierung

Target Group	Strong Recommendation ¹	Weak Recommendation	Good Practice Point (GPP) ²
Patients	Most people in your situation would want the recommended course of action and only a small proportion would not	Most patients should receive the recommended course of action	The recommendation can be adopted as a policy in most situations
Clinicians	The majority of people in your situation would want the recommended course of action but many would not.	Different choices will be appropriate for different patients and clinicians must make greater effort in helping patients to arrive at a decision consistent with their values and preferences (shared decision-making)	Policy making will require substantial debate and involvement of many stakeholders
Policy makers	Information of advice of the GDG regarding a certain recommendation		

¹ Strong recommendations based on high quality evidence will apply to most patients for whom these recommendations are made, but they may not apply to all patients in all conditions; no recommendation can take into account all of the often compelling unique features of individual patients and clinical circumstances.

² A good practice point or GPP is written by the GDG to support the recommendations. Advice can for instance be provided on how to establish shared decision making, and on factors to be taken into account for a specific test or intervention.

Leitlinien von der Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie
Kives und Lefebvre (2018)	e599	e599
Lefebvre et al. (2018)	e569	e569

Evidenzgraduierung³

I	Evidence obtained from at least one properly randomized controlled trial
II-1	Evidence from well-designed controlled trials without randomization
II-2	Evidence from well-designed cohort (prospective or retrospective) or case-control studies, preferably from more than one centre or research group
II-3	Evidence obtained from comparisons between times or places with or without the intervention. Dramatic results in uncontrolled experiments (such as the results of treatment with penicillin in the 1940s) could also be included in this category
III	Opinions of respected authorities, based on clinical experience, descriptive studies, or reports of expert committees

Empfehlungsgraduierung

A	There is good evidence to recommend the clinical preventive action
B	There is fair evidence to recommend the clinical preventive action
C	The existing evidence is conflicting and does not allow to make a recommendation for or against use of the clinical preventive action; however, other factors may influence decision-making
D	There is fair evidence to recommend against the clinical preventive action
E	There is good evidence to recommend against the clinical preventive action
L	There is insufficient evidence (in quantity and quality) to make a recommendation; however, other factors may influence decision-making

³ Abweichend zum methodischen Vorgehen der Leitlinien wurde bei der Bewertung einzelner Empfehlungen eine größere Evidenzgraduierung entsprechend I, II oder III vorgenommen.

Leitlinien vom National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl im Manual
NICE (2019)	39 f.	171 ff.
NICE (2021)	5	171 ff.

Evidenzgraduierung

1++ ⁴	High-quality meta-analyses, systematic reviews of randomised controlled trials (RCTs) or RCTs with a very low risk of bias
1+	Well-conducted meta-analyses, systematic reviews of RCTs or RCTs with a low risk of bias
1-	Meta-analyses, systematic reviews of RCTs or RCTs with a high risk of bias
2++	High-quality systematic reviews of 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-analytical studies (for example, case reports, case series)
4	Expert opinion, formal consensus
Ia	Systematic reviews (with homogeneity) of level-1 studies
Ib	Level-1 studies
II	Level-2 studies; systematic reviews of level-2 studies
III	Level-3 studies; systematic reviews of level-3 studies
IV	Consensus, expert committee reports or opinions and/or clinical experience without explicit critical appraisal; or based on physiology, bench research or 'first principles'

⁴ Abweichend zum methodischen Vorgehen der Leitlinien war eine direkte Zuordnung pro Empfehlung nicht gegeben.

Empfehlungsgraduierung

S.171: NICE uses „offer“ (or similar wording such as „measure“, „advise“, „commission“ or „refer“) to reflect a strong recommendation, usually where there is clear evidence of benefit. NICE uses „consider“ to reflect a recommendation for which the evidence of benefit is less certain.

S.173: Recommendations should use direct instructions wherever possible because they are clearer and easier to follow. They should usually start with a verb describing what the reader should do, for example, „offer“, „consider“, „measure“, „advise“, „discuss“, „ask about“, „commission“

S.175: Recommendations for which there is a closer balance between benefits and harms (activities or interventions that could be used) should use „consider“. „Consider“ indicates that the recommendation is made with less certainty. To minimise confusion, „consider“ should only be used to indicate the strength of a recommendation. Other wording rather than „consider“ should be used for „be aware of“, „explore“ or similar.

Leitlinie von dem Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG)

Referenz	Evidenzgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie	Empfehlungsgraduierung Seitenzahl in der Leitlinie
RANZCOG (2021)	12	12

Evidenzgraduierung

High	Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect
Moderate	Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate
Low	Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate
Very low	Any estimate of effect is very uncertain

Empfehlungsgraduierung

Evidence-based recommendation	Recommendation formulated with evidence from source guideline and/or new literature searches
Consensus-based recommendation	Recommendation formulated by consensus, where evidence was sought but none was identified, or the identified evidence was limited by indirectness
EEWG opinion	Guidance that is outside the scope of the evidence search and is based on consensus of the Endometriosis Expert Working Group (EEWG)

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

Systematische Reviews

Referenz	Ziel/Fragestellung der Publikation	Art der Übersichtsarbeit/ Anzahl Studien	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
Zandstra et al. (2017)	Überblicksartige Darstellung der aktuellen Literatur zur gemeinsamen Entscheidungsfindung und Betreuung von Frauen mit starken Menstruationsblutungen	Systematisches Review N = 15	Frauen mit starken Menstruationsblutungen	Stichprobengröße ⁵ : o. A. Alter: o. A.
Hauptergebnisse				
Die Patientinnen gaben an, dass sie zu wenig Informationen über die Vor- und Nachteile der Hysterektomie und anderer Behandlungsmöglichkeiten erhalten haben. Darüber hinaus zog es ein Großteil der Patientinnen vor, Entscheidungen gemeinsam mit ihrer Ärztin / ihrem Arzt zu treffen. Des Weiteren wirkte sich die Hinzunahme eines strukturierten Interviews oder einer (computergestützten) Entscheidungshilfe positiv auf die Behandlungswahl, die Patientenzufriedenheit und die Verringerung von Entscheidungskonflikten aus. Daran anknüpfend berichteten Frauen mit geringerer formaler Bildung über einen größeren Nutzen der Intervention.				

Abkürzungen: N = Gesamtzahl Studien / Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen; o. A. = ohne Angabe

⁵ In der Publikation wurden nur zu einzelnen Studien Angaben zur Stichprobengröße gemacht, weshalb eine Aussage über die Gesamtstichprobengröße nicht möglich ist.

Qualitative Studien

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
Bossick et al. (2018)	Identifizierung und Vergleich patientenbezogener Outcomes aufgrund von verschiedenen Operationsmethoden bei Patientinnen, die sich einer Hysterektomie unterzogen haben	Qualitative Primärstudie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ US-amerikanische Frauen, bei denen stationär eine Hysterektomie durchgeführt wurde ▪ 3 postoperative Gruppen mit 0–6 Monaten, 6–24 Monaten, 24–60 Monaten nach Hysterektomie ▪ Ausschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> ▫ Frauen, die jünger als 18 Jahre oder älter als 65 Jahre waren ▫ Frauen mit Eintrag im Tumorregister des Henry Ford Health Systems für eine Krebsdiagnose ▫ unzureichende Kenntnisse der englischen Sprache 	N = 24 durchschnittliches Alter: 49,6 Jahre
Hauptergebnisse				
<p>Es zeigte sich, dass sich die Frauen zum einen auf die Empfehlungen ihrer Ärztinnen/Ärzte verließen. In diesem Zusammenhang berichteten einige Frauen, dass sie das Gefühl hatten, keine Wahl bezüglich der Operation oder der Operationsart zu haben. Zum anderen gaben die Frauen beim Operationsverfahren an, dass ihnen Optionen angeboten wurden und dass sie fast alle wussten, dass sich der Plan während der Operation ändern könnte. Einige Frauen waren sich nicht sicher, welche Organe entfernt werden sollten. Auch fühlten sich einige Frauen mit dem Entscheidungsfindungsprozess bezüglich des Operationsverfahrens nicht wohl. Bezüglich des Genesungsprozesses erinnerten sich einige Frauen daran, mit ihren Ärztinnen/Ärzten darüber gesprochen zu haben. Sie fühlten sich aber dennoch nicht ausreichend informiert.</p>				

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
Collins et al. (2020)	Untersuchung von Erfahrungen und der Wahrnehmung von sich selbst und der Gesundheitsversorgung in Bezug auf die bevorzugte Operationsmethode sowie der Wahrnehmung von Risiken und Vorteilen einer Hysterektomie	Qualitative Primärstudie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwedische Frauen, die auf eine Hysterektomie aufgrund einer benignen Erkrankung der Gebärmutter warten ▪ Ausschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> ▫ elektive Operationen an den Eierstöcken ▫ bekannte erbliche Veranlagung für gynäkologische Malignität ▫ unzureichende Kenntnisse der schwedischen Sprache 	N = 21 durchschnittliches Alter: 47,9 Jahre
Hauptergebnisse				
<p>In allen Gruppen wurden unzureichende Kenntnisse über die Anatomie und Funktion der weiblichen Genitalien sowie ein unzureichendes Verständnis der eigenen Diagnose festgestellt. Zudem wurde ein Gefühl der Machtlosigkeit gegenüber dem Gesundheitssystem beschrieben. Die Patientinnen schlugen vor, dass Informationen vermehrt in elektronischer Form zur Verfügung gestellt werden könnten. Darüber hinaus war es den Frauen in vielen Fällen unklar, wann die Operation stattfinden wird, was die Operationsmethode sein wird und was während der Genesung zu erwarten wird.</p>				

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen

Quantitative Primärstudien

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
McCarus et al. (2019)	Bewertung der Durchführbarkeit der Einführung eines neuen Shared-Decision-Making-Tools (SDM-Tools) in einer gynäkologisch-chirurgischen Praxis sowie die Messung der Auswirkungen des Tools auf die Patientenerfahrung	Survey-Daten	US-amerikanische Frauen, die sich für eine Hysterektomie aufgrund einer gutartigen Erkrankung entschieden haben	N = 100 Frauen über 20 Jahre
Hauptergebnisse				
Eine große Mehrheit der Patientinnen gab an, dass die SDM-Materialien ihnen ein besseres Verständnis bezüglich der Behandlungsoptionen vermittelten und dass die bei den Arztgesprächen verwendeten Materialien bei der Entscheidungsfindung geholfen hätten.				
Pakbaz et al. (2017)	Untersuchung der Qualität und des Umfangs von erhaltenden Informationen (zur Auswirkung auf die Harn-, Darm- und Sexualfunktion) vor einer gynäkologischen Operation bei gutartigen Indikationen	Medizinische Daten aus dem schwedische Nationalen Register für gynäkologische Chirurgie und Daten aus einem ergänzenden Fragebogen	Schwedische Frauen mit geplanter Hysterektomie aufgrund eines Beckenorganprolaps (<i>pelvic organ prolapse</i> , POP) oder einer Harninkontinenz (<i>urinary incontinence</i> , UI)	<ul style="list-style-type: none"> ■ N = 972 <ul style="list-style-type: none"> ▫ n = 307 bei Beckenorganprolaps ▫ n = 280 bei Harninkontinenz ▫ n = 385 bei einer durchgeführten Hysterektomie ■ durchschnittliches Alter: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 59 Jahre bei Beckenorganprolaps ▫ 50 Jahre bei Harninkontinenz ▫ 46 Jahre bei einer durchgeführten Hysterektomie

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
	Hauptergebnisse			
	Fast die Hälfte der Patientinnen in der Gruppe mit Beckenorganprolaps berichtete von Harninkontinenz, Schwierigkeiten bei der Darmentleerung und/oder Intimitätsproblemen. Ein sehr geringer Anteil berichtete von Problemen im Sexualleben. Die Mehrheit der Patientinnen in der Gruppe mit Harninkontinenz gab an, dass sie Informationen über die Auswirkungen einer Inkontinenzoperation (Inkontinenz sowie Intimitätsprobleme) erhalten hatten. Auch in dieser Gruppe berichtete ein sehr geringer Anteil von Problemen im Sexualleben. In der Gruppe der Patientinnen, bei denen eine Hysterektomie durchgeführt wurde, gab ein relativ geringer Anteil an, von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt über die Auswirkungen der Operation auf die Harn-, Darm- und Sexualfunktion informiert worden zu sein.			

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen; n = Anzahl Studienteilnehmerinnen in Teilstichprobe

Mixed-Methods-Studie

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
Jacobs et al. (2021)	Ermittlung der Prävalenz einer Hysterektomie bei gehörlosen Frauen in den Vereinigten Staaten sowie die Darstellung von Erfahrungen dieser Frauen, die sich einer Hysterektomie unterzogen haben	Survey-Daten (1) und Einzelinterviews (2)	US-amerikanische gehörlose Frauen, die sich einer Hysterektomie unterzogen haben	<ul style="list-style-type: none"> ■ (1) N = 195 <ul style="list-style-type: none"> ▫ n = 36 mit totaler Hysterektomie ▫ n = 31 mit subtotaler Hysterektomie ■ (2) N = 8 ■ durchschnittliches Alter der Frauen mit totaler Hysterektomie (1): <ul style="list-style-type: none"> ▫ 48 Jahre bei US-amerikanischen Frauen mit der Ethnie „White“ ▫ 36 Jahre bei US-amerikanischen Frauen mit der Ethnie „Black“ ▫ 56 Jahre bei US-amerikanischen Frauen mit der Ethnie „Asian“

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N), Alter in Jahren)
				<ul style="list-style-type: none"> ▫ 42 Jahre bei US-amerikanischen Frauen mit der Ethnie „Latinx“ ▪ durchschnittliches Alter der Frauen mit subtotaler Hysterektomie (1): <ul style="list-style-type: none"> ▫ 44 Jahre bei US-amerikanischen Frauen mit der Ethnie „White“ ▫ 49 Jahre bei US-amerikanischen Frauen mit der Ethnie „Black“ ▫ 35 Jahre bei US-amerikanischen Frauen mit der Ethnie „Asian“ ▫ 43 Jahre bei US-amerikanischen Frauen mit der Ethnie „Latinx“ ▪ Alter der Frauen (2): 37–56 Jahre
Hauptergebnisse				
<p>Frauen, die Zugang zu der von ihnen bevorzugten oder am besten zugänglichen Kommunikationsmethode hatten, gaben an, die Hysterektomie und ihren Ablauf besser verstehen zu können. Zudem verbesserte der uneingeschränkte Zugang zur Kommunikation die Qualität der Entscheidungsfähigkeit. Des Weiteren trug die Anwesenheit von Familienmitgliedern oder Freundinnen/Freunden während der Besuche bei der Ärztin / dem Arzt, der Operation und der Genesung ebenfalls dazu bei, dass sich die Patientinnen wohler fühlten und die Kommunikation effizienter verlief.</p>				

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen

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

Quantitative Studien

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N, n), Alter in Jahren)
Hempowicz et al. (2013)	Bestimmung präoperativer Faktoren, die den Behandlungserfolg einer minimalinvasiven Therapie beeinflussen	Fragebogen	Patientinnen mit operativ behandeltem, symptomatischem Uterus myomatosus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 228 <ul style="list-style-type: none"> ▫ n = 138 bei laparoskopisch-assistierter vaginaler Hysterektomie (LAVH) ▫ n = 31 bei laparoskopisch suprazervikaler Hysterektomie (LASH) ▫ n = 59 bei Myomenukleation ▪ durchschnittliches Alter: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 48,1 Jahre bei LAVH ▫ 48,2 Jahre bei LASH ▫ 42,3 Jahre bei Myomenukleation
Hauptergebnisse				
<p>Die Frauen gaben an, dass sie am häufigsten durch die Frauenärztin / den Frauenarzt auf die Operationsmethode aufmerksam gemacht wurden. Bezüglich der Entscheidungszeit für eine Operationsmethode entschieden sich Patientinnen mit Myomenukleation eher schnell (41 % innerhalb einer Woche), Patientinnen mit einer LASH fielen durch eine längere Bedenkzeit (52 % innerhalb eines halben Jahres oder länger) auf. Bezüglich der Entscheidungssicherheit waren sich Patientinnen mit einer LAVH sowie Myomenukleation (mit je über 80 %) überwiegend sehr sicher, bei Patientinnen mit einer LASH war die Sicherheit bezüglich der Operationsmethode etwas geringer (64,5 %). Alle Patientinnen waren mit ihrer Behandlung zufrieden. Die Zufriedenheit der Patientinnen bezüglich der erfolgten Behandlung war sehr hoch. Es konnten keine Gruppenunterschiede festgestellt werden.</p> <p>In der LASH-Gruppe war die Güte der ärztlichen Aufklärung wichtigster Prädiktor für die postoperative Zufriedenheit. In der Gruppe der Myomenukleation war es dafür relevant, ob die Patientinnen noch einmal wegen derselben Problematik operiert werden mussten.</p>				

Referenz	Ziel/Fragestellung der Studie	Art der Datenerhebung/ Datenquelle	Studienpopulation	Stichprobencharakteristika (Stichprobengröße (N, n), Alter in Jahren)
Radosa et al. (2016)	Untersuchung des Einflusses von Faktoren des präoperativen Entscheidungsfindungsprozesses vor elektiver Hysterektomie aufgrund benigner uteriner Pathologien auf den postoperativen Behandlungserfolg	Fragebogen	Prämenopausale Frauen, die sich aufgrund benigner uteriner Pathologien einer elektiven Hysterektomie unterzogen haben	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N = 237 <ul style="list-style-type: none"> ▫ n = 72 bei laparoskopisch suprazervikaler Hysterektomie (LASH) ▫ n = 98 bei totaler laparoskopischer Hysterektomie (TLH) ▫ n = 67 bei vaginaler Hysterektomie (VH) ▪ durchschnittliches Alter: <ul style="list-style-type: none"> ▫ 46,8 Jahre bei LASH ▫ 45,3 Jahre bei TLH ▫ 47,6 Jahre bei VH
Hauptergebnisse				
<p>83 % der Frauen äußerten, die Entscheidung „subjektiv selbstbestimmt“ getroffen zu haben. Hingegen gaben 17 % der Frauen an, dass die Entscheidung eher „subjektiv fremdbestimmt“ durch Dritte getroffen wurde. Hinsichtlich der Sicherheit des Entschlusses gaben 81 % der Frauen an, dass sie sich bei ihrem Entschluss „sicher“ waren, 19 % der Frauen waren sich „unsicher“. 42 % der Frauen gaben an, dass sie viel mit anderen Personen über die Entscheidung zu der Operation gesprochen hatten, 58 % der Patientinnen sprachen wenig über die Operation. 84 % der Frauen berichteten, dass sie sich „subjektiv suffizient aufgeklärt“ fühlten, 16 % der Frauen fühlten sich „subjektiv insuffizient aufgeklärt“. Für den Entschluss zur Operation nahmen sich 53 % der Frauen weniger als einen Monat, 26 % der Frauen ein bis 6 Monate und 21 % der Frauen mehr als 6 Monate Zeit.</p>				

Abkürzungen: N = Gesamtanzahl Studienteilnehmerinnen; n = Anzahl Studienteilnehmerinnen in Teilstichprobe

Literatur

- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2010 [Reaffirmed 2020]): ACOG Practice Bulletin No. 114. Management of Endometriosis. *Obstetrics & Gynecology* 116(1): 223–236. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181e8b073.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2013 [Reaffirmed 2019]): ACOG Practice Bulletin No. 136. Management of Abnormal Uterine Bleeding Associated with Ovulatory Dysfunction. *Obstetrics & Gynecology* 122(1): 176–185. DOI: 10.1097/01.AOG.0000431815.52679.bb.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology; AUGS [American Urogynecologic Society] (2019 [Reaffirmed 2021]): ACOG Practice Bulletin No. 214. Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics & Gynecology* 134(5): e126–e142. DOI: 10.1097/aog.0000000000003519.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2021): ACOG Practice Bulletin No. 228. Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas. *Obstetrics & Gynecology* 137(6): e100–e115. DOI: 10.1097/aog.0000000000004401.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Obstetrics; AUGS [American Urogynecologic Society] (2017 [Reaffirmed 2019]): ACOG Practice Bulletin No. 183. Postpartum Hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology* 130(4): e168–e186. DOI: 10.1097/aog.0000000000002351.
- AGREE Next Steps Consortium (2017): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II Instrument. Update: December 2017. AGREE Research Trust. URL: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf> (abgerufen am: 11.08.2022).
- Auclair, MH; Yong, PJ; Salvador, S; Thurston, J; Colgan, TTJ; Sebastianelli, A (2019): SOGC Clinical Practice Guideline No. 390. Classification and Management of Endometrial Hyperplasia. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 41(12): 1789–1800. DOI: 10.1016/j.jogc.2019.03.025.
- Bossick, AS; Sangha, R; Olden, H; Alexander, GL; Wegienka, G (2018): Identifying What Matters to Hysterectomy Patients: Postsurgery Perceptions, Beliefs, and Experiences. *JPCRR – Journal of Patient-Centered Research and Reviews* 5(2): 167–175. DOI: 10.17294/2330–0698.1581.
- Collins, E; Lindqvist, M; Mogren, I; Idahl, A (2020): Bridging different realities – a qualitative study on patients' experiences of preoperative care for benign hysterectomy and opportunistic salpingectomy in Sweden. *BMC: Women's Health* 20:198. DOI: 10.1186/s12905–020–01065–8.

- Demers, C; Derzko, C; David, M; Douglas, J (2018): SOGC Clinical Practice Guideline No. 163. Gynaecological and Obstetric Management of Women With Inherited Bleeding Disorders. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 40(2): e91-e103. DOI: 10.1016/j.jogc.2017.11.036.
- ESHRE [European Society of Human Reproduction and Embryology], Endometriosis Guideline Development Group (2022): Endometriosis. Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology [*Full Guideline*]. [Strombeek-Bever, BE]: ESHRE. URL: https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETRIOSIS-2022_2.pdf (abgerufen am: 04.04.2022).
- Hempowicz, C; Matthes, A; Radosa, M; Camara, O; Winzer, H; Reichelt, C; et al. (2013): Der Einfluss des ärztlichen Aufklärungsgespräches auf die postoperative Zufriedenheit und Lebensqualität von Patientinnen mit Uterus myomatosus nach Myomenukleation oder Hysterektomie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 63(9-10): 381-386. DOI: 10.1055/s-0033-1334951.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 11.08.2022).
- Jacobs, K; Minakawa, A; Rao, SR; Kushalnagar, P (2021): A Mixed Methods Study of Hysterectomy in a U.S. Sample of Deaf Women Who Use American Sign Language. *Womens Health Reports* 2(1): 566-575. DOI: 10.1089/whr.2021.0081.
- Kives, S; Lefebvre, G (2018): SOGC Clinical Practice Guideline No. 238. Supracervical Hysterectomy. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 40(7): e597-e604. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.04.033.
- Lefebvre, G; Allaire, C; Jeffrey, J; Vilos, G (2018): SOGC Clinical Practice Guideline No. 109. Hysterectomy. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 40(7): e567-e579. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.04.031.
- McCarus, SD; Wiercinski, K; Heidrich, N (2019): Shared Decision-Making to Improve Patient Engagement in Minimally Invasive Hysterectomy. *Surgical Technology International* 34: 265-268.
- NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence] (2019): NICE National Guideline NG123. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management [*Guidance*]. Published: 02.04.2019, last updated: 24.06.2019, © 2021. [Manchester, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3319-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/resources/urinary-incontinence-and-pelvic-organ-prolapse-in-women-management-pdf-66141657205189> (abgerufen am: 01.04.2022).

NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence] (2021): NICE National Guideline NG88. Heavy menstrual bleeding: assessment and management [*Guidance*]. Published: 14.03.2018, last updated: 24.05.2021, © 2021. [Manchester, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2777-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88/resources/heavy-menstrual-bleeding-assessment-and-management-pdf-1837701412549> (abgerufen am: 01.04.2022).

OECD [Organisation for Economic Co-operation and Development] (2021): OECD Secretary-General's Report to Ministers 2021. Paris, FR: OECD. DOI: 10.1787/8cd95b77-en.

Pakbaz, M; Rolfsman, E; Lofgren, M (2017): Are women adequately informed before gynaecological surgery? *BMC: Women's Health* 17:68. DOI: 10.1186/s12905-017-0426-7.

Pieper, D; Jülich, F; Antoine, S-L; Bächle, C; Chernyak, N; Genz, J; et al. (2015): Studies analysing the need for health-related information in Germany – a systematic review. *BMC: Health Services Research* 15:407. DOI: 10.1186/s12913-015-1076-9.

Radosa, JC; Radosa, CG; Kastl, C; Mavrova, R; Gabriel, L; Graber, S; et al. (2016): Der Einfluss des präoperativen Entscheidungsfindungsprozesses auf das postoperative Outcome nach Hysterektomie aufgrund benigner uteriner Pathologien. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 76(4): 383-389. DOI: 10.1055/s-0041-110396.

RANZCOG [Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists] (2021): Australien clinical practice guideline for the diagnosis and management of endometriosis. Melbourne, AU: RANZCOG. ISBN: 978-0-6450141-0-5. URL: <https://ranzcof.edu.au/statements-guidelines> [Gynaecology > Reproductive Endocrinology > Endometriosis Clinical Practice Guideline] (abgerufen am: 04.04.2022).

Thurston, J; Murji, A; Scattolon, S; Wolfman, W; Kives, S; Sanders, A; et al. (2019): SOGC Clinical Practice Guideline No. 377. Hysterectomy for Benign Gynaecologic Indications. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 41(4): 543-557. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.12.006.

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

Anhang B: Fokusgruppen und Einzelinterviews

Anhang B.1: Moderationsleitfäden

Für die Durchführung der Fokusgruppen mit Patientinnen und mit Fachärztinnen und Fachärzten der Gynäkologie sowie der digitalen Einzelinterviews mit Patientinnen wurden im Rahmen der Entwicklung des Qualitätsmodells sowie der Qualitätsmerkmale gruppenspezifische, aber thematisch aufeinander abgestimmte Moderationsleitfäden erstellt. Nachfolgend sind die verwendeten Moderationsleitfäden dargestellt.

Alle durchgeführten Fokusgruppen und Einzelinterviews begannen zunächst mit einer Einführung durch die Moderatorin. In den Fokusgruppen sowie in den Einzelinterviews wurde über eine kurze Vorstellungsrunde der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bzw. der teilnehmenden Patientinnen der Einstieg in die Fokusgruppe / das Einzelinterview vorbereitet. Zum Abschluss der Gruppendiskussion bzw. des Einzelinterviews wurden durch die Moderatorin die wichtigsten Themen vor der Gruppe bzw. der interviewten Patientin noch einmal zusammengefasst.

Anhang B.1.1: Fokusgruppen und digitale Einzelinterviews mit Patientinnen

Thema 1: Information und Aufklärung

- Wie wurden Sie darüber informiert, dass eine Gebärmutterentfernung durchgeführt werden soll? Wie ist das abgelaufen?
- Welche Informationen haben Sie im Krankenhaus erhalten?
- Welche Informationen waren Ihnen besonders wichtig? Welche Informationen haben Ihnen gefehlt?

Thema 2: Gemeinsame Entscheidungsfindung

- Wie wurde die Entscheidung für eine Gebärmutterentfernung getroffen?
- Welche Rolle hat Ihre Meinung bei der Entscheidung zur Gebärmutterentfernung gespielt?
- Welche Rolle hat die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bei der Entscheidungsfindung gespielt?
 - Was war Ihnen dabei besonders wichtig?
 - Was hat Ihnen bei der Entscheidungsfindung gefehlt?
 - Inwiefern ist die Ärztin / der Arzt dabei auf Ihre Bedürfnisse und Bedenken eingegangen?
 - Welche Rolle haben Angehörige gespielt?

Thema 3: Kommunikation und Interaktion

- Wenn Sie an das Gespräch mit der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus denken: Wie hat diese / dieser mit Ihnen gesprochen bzw. ist diese / dieser mit Ihnen umgegangen?
 - Was hat Ihnen gefehlt bzw. was ist nicht gut gelaufen?
 - Was macht Ihrer Meinung nach einen guten Umgang der Ärztin / des Arztes mit Patientinnen aus? Wie merken Sie das?

Thema 4: Outcome

- Wie ging es Ihnen nach der Gebärmutterentfernung?
- Wenn Sie an die Zeit nach der Operation denken: Worüber hätten Sie gerne vor der Operation informiert werden wollen? Gab es etwas, das Sie vorher gern noch gewusst hätten?
- Wie betrachten Sie die Entscheidung zur Gebärmutterentfernung im Nachhinein?
 - Würden Sie aus heutiger Sicht etwas anders machen?

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

Thematischer Einstieg

- Wenn bei Ihren Patientinnen eine Hysterektomie indiziert ist, welche Schritte erfolgen bis zur Operation?

Thema 1: Information und Aufklärung

- Was sind Ihrer Meinung nach wichtige Informationen für die Patientinnen bei der Entscheidung zu einer Hysterektomie?
- Was sollten die Patientinnen generell über den Eingriff wissen?
 - Welche Informationen dürfen Ihrer Meinung nach nicht fehlen?
 - Wonach werden Sie häufig in den Gesprächen gefragt?
 - Wie informieren Sie?
 - Welche Rolle spielen Behandlungsalternativen und Informationen über verschiedene Eingriffsarten bzw. Durchführungsmethoden der Hysterektomie?
 - Welche Herausforderungen bestehen aus Ihrer Sicht?

Thema 2: Gemeinsame Entscheidungsfindung

- Wie wird die Entscheidung zu einer Hysterektomie getroffen? Können Sie den Prozess erläutern?
- Welche Rolle spielen die Patientinnen dabei?
 - Welche Möglichkeiten nutzen Sie, die Patientinnen aktiv in diesen Prozess einzubeziehen?
 - Sollten noch andere Personen, z. B. Angehörige, mit einbezogen werden?
- Was ist Patientinnen im Rahmen der Entscheidungsfindung wichtig?
- Welche Herausforderungen bestehen?

Thema 3: Kommunikation und Interaktion

- Wenn Sie daran denken, wie Sie im Rahmen der Indikationsstellung mit den Patientinnen sprechen und umgehen, wie würden Sie das beschreiben?
- Worauf sollte besonders geachtet werden?
- Was sollte vermieden werden?
- Welchen Sorgen äußern Patientinnen?
 - Wie gehen Sie auf Sorgen und Ängste der Patientinnen ein?
- Was sind Herausforderungen in der Kommunikation und im Umgang mit Patientinnen, die eine Hysterektomie erhalten?

Thema 4: Verbesserungsmöglichkeiten

- Gibt es aus Ihrer Sicht Verbesserungsmöglichkeiten bei der Indikationsstellung und welche wären das gegebenenfalls?
- Gibt es Verbesserungsmöglichkeiten für Patientinnen bei der Entscheidungsfindung?
- Gibt es Verbesserungsmöglichkeiten bei der Koordination / Kooperation mit dem ambulanten Sektor?

Anhang B.2: Einschlusskriterien der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Für die Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews mit Patientinnen sollten volljährige, gesetzlich versicherte Frauen rekrutiert werden. Es wurde angestrebt, die Auswahl auf Basis von Kriterien (Diagnose, Alter, Bildungshintergrund, Operationsverfahren sowie dem Durchführungsort (z. B. ländlich oder großstädtisch)) möglichst heterogen zu gestalten. Die Teilnehmerinnen der Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews mussten zudem psychisch und physisch in der Lage sein, an einer 1,5- bis 2-stündigen Gruppendiskussion bzw. einem 60-minütigen Einzelinterview teilzunehmen.

Eingeschlossen wurden Patientinnen,

- bei denen innerhalb der letzten zwölf Monate stationär eine Hysterektomie durchgeführt wurde und
- bei denen mindestens eine der folgenden Hauptdiagnosen aus einer der Diagnosegruppen nach ICD-10-GM vorlag: Leiomyom des Uterus, Descensus genitalis, Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus, Endometriose, entzündliche Krankheit des Uterus (ausgenommen der Zervix), sonstige nicht entzündliche Krankheiten des Uterus (ausgenommen der Zervix), Hypermenorrhö, Dysmenorrhö und Dyspareunie.

Ausgeschlossen wurden Patientinnen, bei denen eine Hysterektomie

- im Zuge einer Geschlechtsangleichung oder
- notfallmäßig (z. B. postpartum) oder
- aufgrund einer malignen Erkrankung durchgeführt wurde.

Für die Fokusgruppen mit Fachärztinnen und Fachärzten der Gynäkologie sollten ausschließlich Teilnehmerinnen und Teilnehmer rekrutiert werden, die mindestens drei Jahre Erfahrung in der Indikationsstellung und Durchführung von Hysterektomien bei benignen Erkrankungen der Gebärmutter im stationären Bereich haben. Eine ausgeglichene Verteilung in den Fokusgruppen nach Berufserfahrung, Alter, Geschlecht, Tätigkeitsbereich sowie dem Ort der Tätigkeitsausübung (z. B. ländlich oder großstädtisch) wurde angestrebt. Eingeschlossen wurden stationär wie auch belegärztlich tätige Gynäkologinnen und Gynäkologen.

Von der Teilnahme wurden generell Personen ausgeschlossen, die innerhalb der letzten drei Monate an einer Fokusgruppe oder einem Einzelinterview teilgenommen hatten.

Anhang B.3: Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Tabelle 1: Charakteristika der Patientinnen aus den Fokusgruppen und digitalen Einzelinterviews für die Erstellung des Qualitätsmodells und die Ableitung der Qualitätsmerkmale zur Entwicklung einer Patientenbefragung (Juli bis August 2022)

Charakteristika	Patientinnen (N = 19)
Anzahl Teilnehmende je Fokusgruppe (Fokusgruppe 1/Fokusgruppe 2/Einzelinterviews)	5/6/8
Alter (Mittelwert/Standardabweichung/Min.-Max.)	42,9/6,6/32–51
Soziodemografische Angaben der Testpersonen^{1, 2}	
Höchster schulischer Bildungsabschluss n (%)	
▪ Realschulabschluss (mittlere Reife)	5 (26,3)
▪ Abschluss der Polytechnischen Oberschule der DDR, 10. Klasse	1 (5,3)
▪ Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.)	4 (21,1)
▪ Abitur oder erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse (Hochschulreife)	9 (47,4)
Aktuelle berufliche Situation n (%)	
▪ Schülerin, Studentin	1 (5,3)
▪ in Vollzeit tätig (ohne Erwerbsminderung)	5 (26,3)
▪ in Teilzeit tätig (ohne Erwerbsminderung)	11 (57,9)
▪ berentet/pensioniert/in Vorruhestand	1 (5,3)
▪ anderes*	1 (5,3)
Angaben zur Operation^{3, 4}	
Zeit zwischen Hysterektomie und Fokusgruppe/Interview n (%)	
▪ 0 bis 3 Monate	2 (10,5)
▪ 4 bis 6 Monate	7 (36,8)
▪ 7 bis 12 Monate	10 (52,6)

¹ Aufgeführt sind nur Kategorien, welche von den Patientinnen im Kurzfragebogen als zutreffend angegeben wurden (n > 0).

² Rundungsbedingt kann die Summe der Prozentangaben von 100 % abweichen.

³ Aufgeführt sind nur Kategorien, welche von den Patientinnen im Kurzfragebogen als zutreffend angegeben wurden (n > 0).

⁴ Rundungsbedingt kann die Summe der Prozentangaben von 100 % abweichen.

Charakteristika	Patientinnen (N = 19)
Angewandte Operationsmethode n (%)	
▪ laparoskopisch	7 (36,8)
▪ laparoskopisch assistiert vaginal	9 (47,4)
▪ vaginal	3 (15,8)
Gründe für die Gebärmutterentfernung, Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich) n	
▪ gutartige Neubildung(en) (Myome)	7
▪ Endometriose	13
▪ Menstruationsbeschwerden	12
▪ entzündliche Erkrankung(en) der Gebärmutter	2
▪ andere gutartige Erkrankungen(en)	1
▪ andere**	9
Durchführungsort n (%)	
▪ ländlicher Raum	1 (5,3)
▪ kleinstädtischer Raum (mindestens 5.000 Einwohnerinnen und Einwohner)	3 (15,8)
▪ großstädtischer Raum (mindestens 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner)	15 (78,9)
Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe ⁵ n (%)	
▪ Ja	2 (10,5)
▪ Nein	17 (89,5)

* Krankenstand

** Verwachsungen (1), HPV-Virus (1), Adenomyosis uteri (6), Dranginkontinenz (1)

⁵ Innerhalb der letzten sechs Monate in einer Selbsthilfegruppe, welche sich mit der Thematik der Gebärmutterentfernung befasst

Tabelle 2: Charakteristika der Gynäkologinnen und Gynäkologen der Fokusgruppen für die Erstellung des Qualitätsmodells und die Ableitung der Qualitätsmerkmale zur Entwicklung einer Patientenbefragung (Juli 2022)

Charakteristika^{6,7}	Fachärztinnen und Fachärzte (N = 12)
Anzahl Teilnehmende je Fokusgruppe (Fokusgruppe 1/Fokusgruppe 2)	7/5
Alter (Mittelwert/Standardabweichung/Min.-Max.)	50,2/7,1/40-61
Geschlecht (männlich/weiblich)	5/7
Facharztabschluss n (%)	
▪ vor 2000	4 (33,3)
▪ zwischen 2000 und 2010	4 (33,3)
▪ nach 2010	4 (33,3)
Berufserfahrung in der Indikationsstellung und Durchführung von Hysterektomien sowie der diesbezüglichen Beratung von Patientinnen n (%)	
▪ 3 bis 9 Jahre	1 (8,3)
▪ 10 bis 20 Jahre	6 (50)
▪ mehr als 20 Jahre	5 (41,7)
Tätigkeitsbereich n (%)	
▪ stationär angestellt	9 (75)
▪ als Belegärztin/Belegarzt	1 (8,3)
▪ nur ambulant	2 (16,7)
Ort der Berufsausübung n (%)	
▪ ländlicher Raum	1 (8,3)
▪ großstädtischer Raum (mindestens 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner)	11 (91,7)

⁶ Aufgeführt sind nur Kategorien, welche von den Patientinnen im Kurzfragebogen als zutreffend angegeben wurden (n > 0)

⁷ Rundungsbedingt kann die Summe der Prozentangaben von 100 % abweichen.

Anhang C: Entwicklung des Qualitätsmodells und der Qualitätsmerkmale

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

Für die Identifizierung von patientenrelevanten Themen zur stationären oder belegärztlichen Indikationsstellung einer Hysterektomie aufgrund einer benignen Erkrankung, aus denen Qualitätsmerkmale der Patientenbefragung abgeleitet werden können, wurden drei umfassende Literaturrecherchen durchgeführt. Die Anzahl der jeweils berücksichtigten Leitlinien bzw. Publikationen sind nachfolgend zusammengefasst:

- Im Rahmen der Recherche zu **normativen Versorgungsstandards** in **Leitlinien** konnten nach Abschluss des Titel-Abstract- bzw. Volltext-Screenings insgesamt 14 gültige und als relevant angesehene Leitlinien identifiziert werden: 3 Leitlinien stammen dabei aus Großbritannien (ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, NICE 2021, NICE 2019), 5 Leitlinien aus Kanada (Auclair et al. 2019, Demers et al. 2018, Kives und Lefebvre 2018, Lefebvre et al. 2018, Thurston et al. 2019), eine Leitlinie aus Australien (RANZCOG 2021) und 5 Leitlinien aus den USA (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2010 [Reaffirmed 2020], ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2013 [Reaffirmed 2019], ACOG Committee on Practice Bulletins–Obstetrics/AUGS 2017 [Reaffirmed 2019], ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology/AUGS 2019 [Reaffirmed 2021], ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2021). Die eingeschlossenen Leitlinien adressieren die Versorgung von Patientinnen mit einer Erkrankung der Gebärmutter (z. B. Endometriose oder Beckenorganprolaps). Eine Bewertung der 14 recherchierten Leitlinien nach AGREE-II kann Anhang A.1 entnommen werden.
- Im Rahmen der Literaturrecherche nach Publikationen, welche **patientenrelevante Themen** fokussieren, konnten nach Abschluss des Titel-Abstract- bzw. Volltext-Screenings insgesamt 6 Publikationen eingeschlossen werden. Davon waren eine Publikation ein systematischer Review (Zandstra et al. 2017), 2 Publikationen qualitative Primärstudien (Bossick et al. 2018, Collins et al. 2020), 2 Publikationen quantitative Primärstudien (McCarus et al. 2019, Pakbaz et al. 2017) und eine Publikation eine Mixed-Methods-Studie (Jacobs et al. 2021). Detaillierte Angaben zu den Charakteristika der eingeschlossenen Studien sind Anhang A.2.4 zu entnehmen.

- Im Rahmen der Recherche zur **Versorgungssituation in Deutschland**, aus der Hinweise auf eine mögliche Unter-, Über- oder Fehlversorgung bei einer stationär durchgeführten Entfernung der Gebärmutter generiert werden sollen, konnten nach dem Titel-Abstract- und dem Volltext-Screening insgesamt 2 Publikationen (Hempowicz et al. 2013, Radosa et al. 2016) eingeschlossen werden. Bei den identifizierten Publikationen handelt es sich um quantitative Studien. Eine Studie untersucht präoperative Faktoren, die den Behandlungserfolg beeinflussen (Hempowicz et al. 2013), die andere Studie Faktoren des präoperativen Entscheidungsfindungsprozesses (Radosa et al. 2016). Detaillierte Angaben zu den Charakteristika der eingeschlossenen Publikationen sind Anhang A.2.5 zu entnehmen.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Literaturanalyse im Sinne einer inhaltlichen Aufbereitung separat für die einzelnen Quellen der Informationsbeschaffung vorgestellt. Am Ende des jeweiligen Abschnitts werden zudem stichpunktartig Themen aufgeführt, die im Rahmen der weiteren Entwicklung der Patientenbefragung nicht verwendet werden. Diese „weiteren Themen“ sind zwar relevant für die Versorgungsqualität, können jedoch nicht berücksichtigt werden, da es sich z. T. um Themen handelt, die nur spezifische Patientengruppen betreffen und somit keine allgemeine Relevanz für alle zu adressierenden Patientinnen des QS-Verfahrens haben. Außerdem kann es sich um Themen handeln, die zwar patientenrelevant sind, jedoch nicht durch Patientinnen im Rahmen einer Befragung adäquat beurteilt und eingeschätzt werden können. Abschließend erfolgt eine tabellarische Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturrecherche.

Ergebnisse der Recherche nach Leitlinien

Für die Analyse und inhaltliche Aufbereitung der Leitlinien¹ wurden insgesamt 55 Empfehlungen extrahiert (Anhang A.2.2).² In den nachfolgenden Beschreibungen zu den abgeleiteten Themen aus der Analyse der Leitlinien werden Begrifflichkeiten wie „soll“, „sollte“, „kann“ o. ä. nicht im Sinne einer Graduierung einzelner Leitlinienempfehlungen verwendet, sie geben daher nicht deren Empfehlungsgrade (z. B. „starke Empfehlung“, „moderate Empfehlung“) wieder.

Aufklärung zur Wirkung

Aus mehreren diagnosespezifischen Leitlinien wird ersichtlich, dass ein wesentlicher Bestandteil bei einem Aufklärungsgespräch zur Hysterektomie die Aufklärung über die Wirkung darstellt. Entsprechend einer schwachen Empfehlung in einer hochwertigen Leitlinie sind

¹ Die Bewertung der Leitlinien nach AGREE-II ist im Recherchebericht im Anhang A.1 dargestellt. Dabei ist zwischen hochwertigen Leitlinien (in allen Domänen ein Wert über 50 %) und minderwertigen Leitlinien (in allen Domänen ein Wert unter 50 %) zu unterscheiden.

² Die Evidenz- und Empfehlungsgraduierung ist, soweit angegeben, im Anhang A.2.3 dokumentiert.

Patientinnen darüber aufzuklären, wie sich eine Hysterektomie auf die Symptome spezifischer Erkrankungen auswirken kann (RANZCOG 2021). Zusätzlich wird in schwachen Empfehlungen von hochwertigen diagnosespezifischen Leitlinien deutlich, dass die Patientinnen ebenfalls darüber zu informieren sind, dass eine Hysterektomie nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung der Symptome führen wird (ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, RANZCOG 2021). Dies wird durch eine starke Empfehlung in einer hochwertigen Leitlinie unterstützt (NICE 2019). Schließlich sind entsprechend einer minderwertig bewerteten Leitlinie die Patientinnen darüber aufzuklären, dass je nach Operationsverfahren eine Hysterektomie in der Regel mit einer verbesserten Lebensqualität, einschließlich einer verbesserten Sexualfunktion, verbunden ist (Kives und Lefebvre 2018).

Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen

Hochwertige diagnosespezifische Leitlinien zeigen durch starke sowie schwache Empfehlungen auf, dass Patientinnen, die sich einer Hysterektomie unterziehen möchten, zum einen über unmittelbare Risiken der Operation (z. B. intraoperative Blutungen oder Schäden an anderen Bauchorganen) (NICE 2021, NICE 2019) und zum anderen über mittelbare Folgen einer Hysterektomie (z. B. verfrühtes Einsetzen der Menopause oder Verlust der Fruchtbarkeit) (ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, NICE 2021, RANZCOG 2021) aufzuklären sind. Die Aufklärung über mittelbare Folgen einer Hysterektomie wird durch moderate bzw. starke Empfehlungen in allerdings minderwertig bewerteten Leitlinien unterstützt (Kives und Lefebvre 2018, Thurston et al. 2019). Des Weiteren ist gemäß einer starken Empfehlung in einer hochwertigen Leitlinie mit Patientinnen über mögliche Langzeitfolgen der Behandlung zu sprechen (NICE 2021). Die Besprechung der Langzeitfolgen wird auch in einer sehr schwach bewerteten Leitlinie in einer moderaten Empfehlung thematisiert (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2021).

Aufklärung über alternative Behandlungsoptionen

Im Rahmen eines Aufklärungsgesprächs für eine Hysterektomie sollte gemäß starker Empfehlungen in mehreren hochwertigen diagnosespezifischen Leitlinien mit den Patientinnen über alternative Behandlungsmöglichkeiten gesprochen werden (NICE 2019, NICE 2021). Moderate bzw. starke Empfehlungen zeigen in geringer bewerteten Leitlinien ebenfalls auf, dass über alternative Behandlungsmöglichkeiten zu sprechen ist bzw. diese anzubieten sind (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology/AUGS 2019 [Reaffirmed 2021], Auclair et al. 2019).

Aufklärung zum operativen Vorgehen

Eine hochwertige Leitlinie macht in einer starken Empfehlung deutlich, dass Patientinnen über den Umfang der Hysterektomie (z. B. totale oder subtotale Hysterektomie) zu informieren sind (NICE 2021). Darüber hinaus sind Patientinnen gemäß einer anderen hochwertigen Leitlinie mit einer starken Empfehlung über die Art des vorgesehenen Zugangs aufzuklären

(NICE 2019). Dieser Aufklärungsinhalt wird durch eine moderate Empfehlung in einer minderwertigen Leitlinie unterstützt (Kives und Lefebvre 2018).

Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie

Vereinzelte zeigen hochwertige diagnosespezifische Leitlinien auf, dass nach einer Hysterektomie weitere Anschlussbehandlungen (z. B. Hormonersatztherapie oder ein routinemäßiges zytologisches Screening) (ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, RANZCOG 2021), aber auch erneute Operationen (RANZCOG 2021) nötig bzw. möglich sind. Hierüber sind gemäß schwacher Empfehlungen in diesen Leitlinien Patientinnen im Aufklärungsgespräch von ihrer Ärztin / ihrem Arzt zu informieren.

Berücksichtigung von Präferenzen zum operativen Vorgehen

Im Rahmen der Entscheidungsfindung für eine Hysterektomie sind gemäß hochwertiger diagnosespezifischer Leitlinien die Präferenzen der Patientinnen zu berücksichtigen. Hierbei sind laut starker Empfehlungen insbesondere patientenindividuelle Präferenzen zum operativen Vorgehen (NICE 2021), aber auch entsprechend starker bzw. schwacher Empfehlungen patientenindividuelle Präferenzen zu anderen Behandlungsmöglichkeiten (NICE 2021, RANZCOG 2021) einzubeziehen.

Weitere Themen

- Medizinische Empfehlungen:
 - Indikationsstellung für eine Hysterektomie (Lefebvre et al. 2018)
 - (alternative) Behandlungsmöglichkeiten (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2010 [Reaffirmed 2020], ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2013 [Reaffirmed 2019], ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology/AUGS 2019 [Reaffirmed 2021], ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2021, Auclair et al. 2019, Demers et al. 2018, Kives und Lefebvre 2018, Lefebvre et al. 2018, Thurston et al. 2019)
 - Vor- und Nachteile einzelner Behandlungsmöglichkeiten (Kives und Lefebvre 2018, Lefebvre et al. 2018)
 - Operatives Vorgehen (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2010 [Reaffirmed 2020], ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2013 [Reaffirmed 2019], ACOG Committee on Practice Bulletins–Obstetrics/AUGS 2017 [Reaffirmed 2019], ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology/AUGS 2019 [Reaffirmed 2021], ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2021, Auclair et al. 2019, ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, Kives und Lefebvre 2018, Lefebvre et al. 2018, RANZCOG 2021, Thurston et al. 2019)
 - Folgebehandlung einer Hysterektomie (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2010 [Reaffirmed 2020])

Ergebnisse der Literaturrecherche nach Publikationen zur Patientenperspektive

Nachfolgend werden die patientenrelevanten Themen dargestellt, die im Rahmen der systematischen Recherche zur Patientenperspektive identifiziert wurden.

Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen

In einer Mixed-Methods-Studie konnte festgestellt werden, dass die befragten Patientinnen von ihrer Ärztin/ ihrem Arzt zwar über die Behandlungsmöglichkeiten und ihre Risiken und Vorteile aufgeklärt wurden, dies aber nicht ausführlich genug erfolgte. So gaben die befragten Patientinnen an, dass sie für ein besseres Verständnis ihre Ärztin / ihren Arzt häufig um ausführlichere Erklärungen und Erläuterungen baten. Zudem informierten sie sich zusätzlich durch das Lesen weiterer, selbst recherchierter Materialien zum Eingriff (Jacobs et al. 2021). Bezüglich der Aufklärung zu möglichen Komplikationen während der Operation zeigte eine qualitative Studie auf, dass die befragten Patientinnen, bei denen Komplikationen auftraten, sich in der Rückschau gewünscht hätten, mehr von ihrer Ärztin / ihrem Arzt über mögliche Komplikationen aufgeklärt worden zu sein (Bossick et al. 2018).

Als mögliche Risiken und Nebenwirkungen werden in einzelnen quantitativ oder qualitativ durchgeführten Studien Auswirkungen auf die Sexualfunktion (Pakbaz et al. 2017) und auf die Harn- und Darmfunktion (Pakbaz et al. 2017) und das Einsetzen einer verfrühten Menopause (Bossick et al. 2018) genannt.

Aufklärung über alternative Behandlungsoptionen

Eine qualitative, eine quantitative und eine Mixed-Methods-Studie zeigen auf, dass eine Aufklärung über andere Behandlungsmöglichkeiten relevant ist, erfolgen sollte und teilweise auch erfolgt (Bossick et al. 2018, Jacobs et al. 2021, McCarus et al. 2019). Dementgegen berichten befragte Patientinnen im systematischen Review von Zandstra et al. (2017), dass ihnen zu wenig Informationen zu den Vor- und Nachteilen einer Hysterektomie, aber auch zu anderen Behandlungsmöglichkeiten gegeben wurden.

Aufklärung zum operativen Vorgehen

Eine qualitative Studie zur Patientenperspektive legt dar, dass den befragten Patientinnen nicht immer klar war, wann die Operation stattfinden wird (Collins et al. 2020) und wie sie durch das Krankenhaus kontaktiert werden, wenn es Zeit für die Operation ist (Collins et al. 2020).

Bezüglich der Art des vorgesehenen Zugangs wird in einer qualitativen Studie deutlich, dass die befragten Patientinnen zuvor darüber informiert wurden (Bossick et al. 2018), wobei eine andere qualitative Studie diesbezüglich Informationsdefizite aufzeigt (Collins et al. 2020).

In der qualitativen Studie von Bossick et al. (2018) zeigen die befragten Patientinnen auf, dass sie sich gut über den Operationsplan informiert gefühlt haben und darüber Kenntnis besaßen, dass sich der vorgesehene Operationsplan während der Operation auch ändern könne.

Des Weiteren legen qualitative Studien Informationsdefizite bezüglich des Umfangs der Organentnahme (Bossick et al. 2018) inklusive der Frage nach der zusätzlichen Entfernung der Eileiter (Collins et al. 2020) offen.

Studien zeigen ebenfalls auf, dass die Aufklärungsinhalte den Patientinnen zum einen in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt und zum anderen im Aufklärungsgespräch auch visuell (z. B. anhand von Bildmaterial) erläutert werden sollten. Die visuelle Darstellung führt bei den Patientinnen gemäß der qualitativen Studie von Collins et al. (2020) zu einer verbesserten Informationsverarbeitung. Im Rahmen der quantitativen Studie von McCarus et al. (2019) wurde ergänzend deutlich, dass das Bereitstellen von Unterlagen z. B. zu den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten den befragten Patientinnen bei der Entscheidungsfindung half. Nach McCarus et al. (2019) ist ein Handout, das die Patientinnen mit nach Hause nehmen können, eine Unterstützung im Entscheidungsprozess und ein Dokument, das zur Vertrauensbildung beiträgt.

Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie

In einer qualitativen Studie zur Patientenperspektive wird aufgezeigt, dass einige der befragten Frauen mit ihrer Ärztin / ihrem Arzt zwar über den Genesungsprozess gesprochen haben, sich aber nicht ausreichend darüber informiert gefühlt haben (Bossick et al. 2018).

Respektvolle und wertschätzende Kommunikation

Während einige befragte Patientinnen in der Mixed-Methods-Studie von Jacobs et al. (2021) die Kommunikation zwischen der Patientin und der Ärztin / dem Arzt als gut bis ausgezeichnet beschreiben, charakterisieren andere befragte Patientinnen diese als mittelmäßig bis schlecht.

Bezüglich einer respektvollen und wertschätzenden Kommunikation wird in einer qualitativen Studie deutlich, dass sich die befragten Patientinnen nicht immer ernst genommen fühlten (Collins et al. 2020).

Auch zeigt die Studie von Collins et al. (2020) patientenindividuelle Ängste und Sorgen auf, die sich zum einen auf die Durchführung der Hysterektomie und zum anderen auf die Zeit nach der Operation beziehen.

Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre

Eine kommunikationsfördernde Gesprächsatmosphäre ist dadurch charakterisiert, dass den Patientinnen Zeit und Gelegenheit gegeben wird, Fragen zu stellen sowie individuelle Probleme und Sichtweisen darzulegen. Eine qualitative Studie zur Patientenperspektive zeigt allerdings auf, dass patientenübergreifend die Erfahrung gemacht wurde, dass die Konsultation der Ärztin / des Arztes durch einen gewissen Zeitdruck charakterisiert war (Collins et al. 2020).

Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen

Ein adäquater Zugang zu Kommunikation hilft dabei, umfassend informiert zu sein und offen mit seiner Ärztin / seinem Arzt über die Erkrankung zu sprechen (Jacobs et al. 2021). In ihrer Mixed-Methods-Studie zu den Erfahrungen im Rahmen einer Hysterektomie von gehörlosen Frauen zeigen Jacobs et al. (2021) auf, dass die befragten Frauen Informationen zur Hysterektomie sowie das operative Vorgehen besser verstehen konnten, wenn die Ärztin / der Arzt die von den Patientinnen bevorzugte Kommunikationsmethode (z. B. Gebärdendolmetscherin/Gebärdendolmetscher, Verwendung von Stift und Papier zur schriftlichen Kommunikation oder Verwendung einer entsprechenden App für Sprach- und Texttranskription) anbot. Dies führte dazu, dass sich die befragten Frauen bei der Operation sicherer und wohler fühlten (Jacobs et al. 2021).

Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gesprächen mit der Ärztin / dem Arzt

Die qualitative Studie von Collins et al. (2020) hebt hervor, dass einige der befragten Patientinnen zum Aufklärungsgespräch ihre Partnerin / ihren Partner mitbrachten, um die gegebenen Informationen besser verstehen, verarbeiten und erinnern zu können. Grund dafür war auch, dass bei den befragten Patientinnen ein Bewusstsein für die individuellen Grenzen der Wahrnehmbarkeit vorherrschte. Die Mixed-Methods-Studie von Jacobs et al. (2021) zeigt zudem auf, dass die Anwesenheit von Familienmitgliedern oder Freundinnen/Freunden während der Besuche bei der Ärztin / dem Arzt ebenfalls dazu beitrugen, dass sich die befragten Patientinnen wohler fühlten und die Kommunikation effizienter verlief.

Berücksichtigung von Präferenzen zum operativen Vorgehen

Die Wichtigkeit der Berücksichtigung von Präferenzen für eine Hysterektomie wird im systematischen Review von Zandstra et al. (2017) deutlich. Es wird aufgezeigt, dass eine zusätzliche Klärung von Präferenzen einen signifikanten Einfluss auf die Behandlungswahl der befragten Frauen hatte.

In der qualitativen Studie von Bossick et al. (2018) waren die meisten der befragten Patientinnen zufrieden mit den Gesprächen im Rahmen der Entscheidungsfindung, die sie mit ihren Ärztinnen und Ärzten geführt hatten. Allerdings erwähnten einige der befragten Frauen auch, dass sie sich mit dem Entscheidungsprozess nicht wohlfühlten. Einige äußerten sogar, dass ihre Ärztin / ihr Arzt eigene chirurgische Präferenzen hatte.

Berücksichtigung des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation

In der qualitativen Studie von Bossick et al. (2018) berichteten Frauen, denen Bedenkzeit eingeräumt wurde, um ihre Optionen vor der Operation zu prüfen, dass sie diese gerne genutzt haben, um erneut mit ihren Ärztinnen und Ärzten, ihrer Familie, ihrer Partnerin / ihrem Partner und anderen Frauen, die sich bereits einer Hysterektomie unterzogen haben, zu sprechen.

Einbezug bei der Terminvereinbarung

In der qualitativen Studie von Collins et al. (2020) zeigt sich, dass die befragten Patientinnen zum einen wiederholt in Kontakt mit der Klinik treten mussten, um einen Termin für eine Operation zu bekommen. Die befragten Patientinnen beschrieben dieses Gefühl als eine Art Ohnmacht gegenüber dem Gesundheitssystem. Zum anderen wurde von Ängsten berichtet, weil die Zeit bis zur Operation nicht bekannt war und die Patientinnen nicht wussten, wie sie kontaktiert werden würden, wenn es Zeit für die Operation war.

Weitere Themen

- Entscheidungssicherheit zur Durchführung der Hysterektomie (Bossick et al. 2018)

Ergebnisse der Literaturrecherche nach Publikationen zur Versorgungssituation in Deutschland

Nachfolgend werden die Ergebnisse zur Versorgungssituation und Versorgungspraxis von Patientinnen in Deutschland, die sich stationär aufgrund einer benignen Erkrankung einer Hysterektomie unterzogen haben, beschrieben.

Aufklärung zum operativen Vorgehen

Aus einer Studie zur Versorgungssituation in Deutschland geht hervor, dass sich 84 % (n = 200) der befragten Patientinnen subjektiv suffizient über die Operation aufgeklärt fühlten. 16 % (n = 37) der befragten Patientinnen gaben entsprechend an, sich subjektiv insuffizient aufgeklärt gefühlt zu haben (Radosa et al. 2016).

Berücksichtigung des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation

Eine Studie zur Versorgungssituation in Deutschland zeigt auf, dass es bezüglich der Entscheidungszeit für eine Operationsmethode signifikante Unterschiede zwischen untersuchten Gruppen gab. So entschieden sich 41 % (von n = 59) der befragten Patientinnen mit Myomenukleation innerhalb von einer Woche für die Operation. Hingegen betrug bei rund 52 % (von n = 31) der befragten Patientinnen mit einer laparoskopischen suprazervikalen Hysterektomie (LASH) die Bedenkzeit für die Operation ein Jahr oder länger (Hempowicz et al. 2013). Radosa et al. (2016) zeigen in ihrer Studie, dass 53 % (n = 126) der Patientinnen sich weniger als einen Monat, 26 % (n = 61) der Patientinnen bis zu 6 Monate und 21 % (n = 50) mehr als 6 Monate Zeit für die Entscheidung genommen haben.

Weitere Themen

- Informationsgabe durch den ambulanten Sektor (Hempowicz et al. 2013)
- Entscheidungssicherheit zur Durchführung einer Hysterektomie (Hempowicz et al. 2013, Radosa et al. 2016)

Zusammenfassung

Anhand der dargelegten Erkenntnisse aus der Literaturrecherche wird deutlich, welche Themen für die Patientinnen im Rahmen einer Hysterektomie von besonderer Bedeutung sind. Dabei ergänzen sich die Themen aus den unterschiedlichen Quellen der Informationsbeschaffung. Die synthetisierten patientenrelevanten Themen können insgesamt zu drei Oberkategorien zusammengefasst werden, welche die Grundlage für die Entwicklung eines Qualitätsmodells bilden. Zusammenfassend zeigt sich, dass im Zuge einer Hysterektomie aufgrund einer benignen Erkrankung insbesondere Themen relevant sind, die die Information und Aufklärung, die Kommunikation und Interaktion zwischen Patientinnen und behandelnden Ärztinnen und Ärzten insbesondere in den stattfindenden Informations- und Aufklärungsgesprächen, aber auch die Partizipation der Patientinnen an Entscheidungen im Zusammenhang mit der Hysterektomie betreffen.

Die Auswertung der Literatur zeigte zum einen, dass umfassende Informations- und Aufklärungsinhalte zur Hysterektomie den Patientinnen im Rahmen der Beteiligung als Grundlage für informierte Entscheidungen dienen. Dabei sind für das Treffen einer informierten Entscheidung für oder gegen den Eingriff der Gebärmutterentfernung die vor der Operation erhaltenen Informations- und Aufklärungsinhalte besonders wichtig.

Zum anderen wurde deutlich, dass die Interaktion und Kommunikation zwischen der Patientin und der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt ein wichtiger und zentraler Bestandteil in den Informations- und Aufklärungsgesprächen darstellt. So dient das Gespräch mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt als Grundlage für ein vertrauensvolles Verhältnis und folglich als Basis für eine gemeinsame und patientenzentrierte Entscheidungsfindung.

Schließlich konnten verschiedene Themen aus der Literatur unter der Kategorie der gemeinsamen Entscheidungsfindung zusammengefasst werden. Es wurde deutlich, dass die Planung der Hysterektomie so zu erfolgen hat, dass sich die Patientinnen im selbstgewählten Umfang beteiligen können.

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

Im Folgenden werden die Themen vorgestellt, die in den Fokusgruppen und Einzelinterviews zur Entwicklung der Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale im Juli und August 2022 diskutiert und von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als bedeutsam für Patientinnen erachtet wurden. Relevant waren vor allem solche Themen, die von den befragten Patientinnen sowie von den Gynäkologinnen und Gynäkologen ähnlich beschrieben bzw. beobachtet wurden und damit keine Einzelmeinungen darstellten. Die Ergebnisse werden nicht getrennt für die Fokusgruppen und Einzelinterviews, sondern übergreifend für jeden Qualitätsaspekt der Patientenbefragung dargestellt.³ Abschließend werden weitere Themen, die entweder nicht mit der beauftragten Patientenbefragung adressiert werden können oder keinen diagnoseübergreifenden Charakter haben und somit nicht weiterverfolgt wurden, zusammengefasst.

Aufklärung zur Wirkung

Aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews wurde deutlich, dass Patientinnen vor der Operation umfänglich über die angestrebte Wirkung einer Hysterektomie aufgeklärt werden möchten. Dabei wünschen sich die Patientinnen, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus besonders auf die zu erwartende Auswirkung auf die Symptome und die damit verbundene mögliche Verbesserung der Lebensqualität eingeht. Die Auswertung der Fokusgruppen zeigt, dass die Aufklärung über die Wirkung der Operation abhängig von der zugrunde liegenden benignen Erkrankung unterschiedlich wichtig für die Patientinnen war. Frauen mit der Diagnose Endometriose berichteten häufiger, sich nicht ausführlich genug über die Wirkung der Hysterektomie auf die bestehende Symptomatik aufgeklärt gefühlt zu haben. Besonders wurde hier die fehlende Aufklärung darüber, dass eine positive Wirkung bei diesem spezifischen Krankheitsbild nicht vorausgesagt werden kann, kritisiert.

³ Prägnante Aussagen aus den Fokusgruppen (FG) und Einzelinterviews (EI) werden in Form von direkten Zitaten dargestellt. Dabei werden die Zitate der unterschiedlichen Teilnehmergruppen folgendermaßen unterschieden: Patientinnen („Pat“), Fachärztinnen und -ärzte für Gynäkologie („Gyn“). Zudem wird kenntlich gemacht, ob das Zitat aus den Fokusgruppen („FG 2022 Hyst“) oder Einzelinterviews („EI 2022 Hyst“) zur Entwicklung der Patientenbefragung stammt. Die Zitate werden ohne Angabe der Teilnehmerin / des Teilnehmers dargestellt, außer es handelt sich um einen Dialog zwischen Interviewerin („I“) und befragter Person („B“) im Einzelinterviews oder (mehreren) Teilnehmerinnen/Teilnehmern der Fokusgruppen („TN1“, „TN2“ etc.). Gesprächspausen sind in den Zitaten mit (...) gekennzeichnet. Auslassungen von Satzteilen sind in den Zitaten mit [...] dargestellt. Schlüsselsequenzen, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer besonders betonten, werden durch Unterstreichung gekennzeichnet. Ein Satzabbruch wird über einen Schrägstrich („/“) dargestellt.

Nein, weil er war schon ehrlich und hat mir gesagt, bei dem einen hilft es, bei dem anderen nicht. Also, er war da auch schon eher vorsichtig mit Informationen. Er hat mir jetzt nicht wirklich was versprochen, was er nicht halten konnte. (EI 2022 Pat Hyst)

Also, die wissen halt nicht, was danach wirklich in meinem Körper noch vorhanden ist und was nicht, also an möglichen Indikationen oder doch noch Herden oder keine Ahnung was, aber die geben (...), also haben mir wirklich den Ausblick gegeben, schmerzfrei zu sein und dass es auch okay ist, operiert zu werden, und das war für mich halt so wichtig. (FG 2022 Pat Hyst)

Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen

Die Fokusgruppen und Einzelinterviews machten deutlich, dass die Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der Operation eine zentrale Rolle für die Patientinnen spielt. Die Aufklärung schließt zum einen unmittelbare Risiken der Operation (z. B. mögliche Komplikationen während der Operation) und zum anderen mittelbare Folgen einer Hysterektomie (z. B. ein ggf. verfrühtes Einsetzen der Menopause, den Verlust der Fruchtbarkeit) ein. Weiterhin ergaben die Fokusgruppen und Einzelinterviews, dass psychische Belastungen infolge einer Hysterektomie auftreten können und daher Bestandteil der Aufklärungsinhalte vor der Operation sein sollten. Deutlich wurde auch, dass die Patientinnen sich wünschen, dass die Ärztin / der Arzt die Inhalte von sich aus bespricht und sie nicht vonseiten der Patientinnen erfragt werden müssen.

Ja, die schon hier mehrfach erwähnten Ängste, die Patientinnen haben, was für Folgen es für sie haben kann, hormonell, sexuell, sportlich, wesensverändernd, was so alles für Erwartungen da sind und über die muss man eben sprechen und aufklären, was womöglich wahr ist und vor allen Dingen habe ich das Gefühl, dass man immer ganz viel erklären muss, was eben nicht wahr ist, was so an auch Gerüchten kursiert, (...) dank unserer Foren im Internet verstärkt. (FG 2022 Gyn Hyst)

Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten

Sowohl Patientinnen als auch die Gynäkologinnen und Gynäkologen benannten in den Fokusgruppen und Einzelinterviews die Bedeutung der Aufklärung über andere Behandlungsoptionen. Dabei sollte die Ärztin / der Arzt prüfen bzw. abfragen, ob bereits konservative oder weniger invasive Verfahren zur Behandlung der Symptome ausgeschöpft wurden. Sollten der Patientin vor der Hysterektomie keine konservativen bzw. weniger invasiven Optionen (z. B. Hormontherapien, Ausschabung der Gebärmutter, Drosselung der Blutversorgung bei Myomen, keine Therapie) zur Behandlung ihrer Symptome vorgeschlagen worden sein, sollte die

Ärztin / der Arzt im Krankenhaus dies nachholen und die betreffende Patientin umfassend über andere Behandlungsmöglichkeiten informieren. Ist die Ärztin oder der Arzt nicht in der Lage, umfassend aufzuklären, oder zeichnet sich ab, dass eine weniger invasive Therapie für die Patientin infrage kommt, ist diese zurück an den ambulanten Sektor oder an eine Ärztin / einen Arzt zu verweisen, der die entsprechende Therapie als Alternative zur Hysterektomie zunächst durchführt. Für einige Patientinnen aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews war dieser Aufklärungspunkt weitgehend überflüssig, da sie bereits alle alternativen Therapieoptionen ausgeschöpft hatten und sich ihrer Entscheidung zur Hysterektomie sehr sicher waren. Andere Patientinnen gaben an, dass eine Aufklärung über andere Behandlungsmöglichkeiten elementar für oder gegen eine Entscheidung zur Gebärmutterentfernung gewesen wäre, und erklärten, dass diese nicht in ausreichender Form erfolgte.

I: Gab es im Vorfeld, wurde mit Ihnen zum Beispiel über Behandlungsalternativen gesprochen zur Hysterektomie?

B: Gar nicht, das ist ja das, was ich mir so auch gewünscht hätte. Gar nichts, überhaupt nichts, dass man gesagt hätte, man kann erst das und das versuchen, weil ich habe wirklich ganz, ganz schlimm geblutet. Ich habe auch keine Pille vertragen, nichts. Ich habe das ja versucht, und es wurde gar nichts gesagt. (EI 2022 Pat Hyst)

Genau, deswegen finde ich es auch noch mal ganz wichtig zu sagen der Patientin, man muss das nicht operieren. Wir haben jetzt keinen Verdacht da drauf, dass es Krebs ist, es ist ja dann meistens auch so und wir müssen das nicht operieren, man muss das nicht machen, die sind nicht lebensbedrohlich krank, das ist keine lebensbedrohliche Erkrankung, wir haben keinen Hinweis darauf, dass das in irgendeiner Art und Weise bösartig ist. Also, das ist eine Operation, die man macht, weil es Ihnen dann besser geht vermutlich, aber es ist keine lebensbedrohliche Erkrankung, die Sie hier haben. Man muss das nicht operieren, man kann das auch jeden Monat so weitermachen. (FG 2022 Gyn Hyst)

Aufklärung zum operativen Vorgehen

Die Fokusgruppen und Einzelinterviews zeigten auf, dass den Patientinnen die Aufklärung über den geplanten Ablauf der Operation bzw. das operative Vorgehen im Vorfeld des Eingriffs besonders wichtig ist. Dies umfasst die Art des vorgesehenen Zugangs (z. B. vaginal, abdominal) oder den Umfang der Gebärmutterentfernung (z. B. inkl. Gebärmutterhals und/oder Eileiter). Befragte Gynäkologinnen und Gynäkologen machten deutlich, dass es teilweise schwierig für die Frauen ist, anatomische Strukturen und das Vorgehen der Operation nachzuvollziehen, weshalb es wichtig sein kann, visuell vorzugehen und Inhalte z. B. anhand

von Abbildungen oder Modellen zu erklären. Weiterhin zeigte die Auswertung auf, dass es den betroffenen Frauen vor der Operation wichtig war zu wissen, wie lange der Eingriff voraussichtlich dauern wird und welche organisatorischen Abläufe zu beachten sind. Wichtige Informationen für die Patientinnen waren außerdem, wann sie im Krankenhaus erwartet werden, was unmittelbar vor der Operation zu beachten ist, aber auch ab wann Besuch kommen darf und wie lang die Genesungszeit im Krankenhaus geplant ist.

Also, die junge Ärztin hatte natürlich diesen Standardaufklärungsbogen, wo ja Bildmaterial drauf ist, wo sie auch Sachen eingezeichnet hat und wie gesagt, das sehr bildhaft auch erklärt hat, wie das funktioniert. Der Operateur hat, während er den Ultraschall gemacht hat, mir ein paar Sachen auf dem Ultraschallbild gezeigt und hat es eher mit Worten erklärt. Er also hat jetzt kein Gebärmuttermodell oder so was gehabt, aber ich konnte es mir auch dann relativ gut vorstellen. (E1 2022 Pat Hyst)

[...] und wir haben auch so ein Modell von der Gebärmutter, wo man dann zeigen kann, da sind so Myome drin, so plastisch, so Myome. Dann sagt man, so, da so liegt Ihr Myom jetzt in der Wand drin oder am Gebärmutterhals kann man so zeigen, dann kann man es schön erklären, das sind die Eileiter, die hängen an der Gebärmutter dran, damit die so eine Vorstellung davon haben, was man da jetzt genau vorhat. (FG 2022 Gyn Hyst)

Die Patienten wollen ja immer erst mal wissen, wie lange bin ich da. Die wollen ja eigentlich erst mal viel drum herum wissen, also das interessiert die immer, wann muss ich kommen, wie lange bin ich da, darf Besuch kommen. Also, komischerweise kommen dann diese ganzen Fragen, das interessiert ja die Patienten noch mal ganz doll. (FG 2022 Gyn Hyst)

Informationen zur Operateurin / zum Operateur

Die Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen zeigten, dass den betroffenen Frauen wichtig war, im Vorfeld zu wissen, wer sie operiert. Dazu zählten Informationen wie der Name der Operateurin oder des Operateurs und auch Informationen zu deren/dessen beruflicher Stellung (Chefärztin/Chefarzt, Oberärztin/Oberarzt, Assistenzärztin/Assistenzarzt etc.) bzw. Erfahrung. Gleichzeitig berichteten die Patientinnen häufig, dass ihnen diese Informationen nicht mitgeteilt wurden.

Mir war wichtig, wer mich operiert. (E1 2022 Pat Hyst)

Das wäre mir wichtig gewesen. Ich bin auch eine, ich gebe mich her und sage, hier Student oder hier Praktikant, ich habe sie auch angelernt alle, nimm mal

Blut ab und miss mal den Blutdruck oder sonst irgendwas, macht alles, aber ich möchte es wissen. (FG 2022 Pat Hyst)

Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie

Die Auswertung des Befragungsmaterials aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews ergab, dass für Patientinnen Informationen zum erwarteten Heilungsverlauf ein wichtiger Bestandteil der Aufklärung vor der Operation ist. Den betroffenen Frauen war es wichtig, im Vorfeld der Operation abschätzen zu können, was sie nach der Operation erwartet (z. B. zu erwartende Schmerzen) und welche Besonderheiten zu beachten sind (z. B. Verhaltensregeln). Indikationsübergreifend äußerten die Patientinnen den Wunsch, zusammengefasste Verhaltensregeln für die Zeit nach der Gebärmutterentfernung bereits vor dem Eingriff in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt zu bekommen. Ein Grund dafür war, dass die Menge an Informationen im Vorfeld oft dazu führt, dass sich die Frauen nicht an alle Inhalte erinnern können. Daher wünschen sich die Patientinnen, die Informationen auch in schriftlicher Form zu erhalten, um diese zu Hause in Ruhe noch einmal nachlesen zu können.

Ja, also, (lacht leicht) ich bin ja sportlich, also, ich wollte eigentlich direkt wissen, wann kann ich wieder Sport machen oder wann kann ich dies wieder machen, wann bin ich wieder beweglich, wie lange muss ich liegen. Also, ich bin ja nicht so die Person, die sagt, oh ich freue mich jetzt drei Wochen krankgeschrieben zu werden, das würde ich nicht schaffen. Also, diese Informationen waren mir sehr wichtig zu wissen, auch wie die Schmerzen anschließend sind und ja, worauf man halt auch achten muss natürlich nach so einer OP [...]. (EI 2022 Pat Hyst)

Also es war jetzt nicht direkt so. Also, da hätte ich mir vielleicht schon ein bisschen gewünscht, dass sie ein bisschen (...) Also dass man vielleicht so einen Zettel mit nach Hause bekommt, so ein bisschen, wo da noch mal draufsteht, nach sechs Wochen können Sie wieder Sport machen, was müssen Sie beachten. (EI 2022 Pat Hyst)

Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie

Die Auswertung der Fokusgruppen und Einzelinterviews machte deutlich, dass es für einige Patientinnen wichtig war, vor der Operation darüber informiert zu werden, welche Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie möglich sind. Dies umfasste beispielsweise Informationen über mögliche krankheitsspezifische Folgebehandlungen oder Möglichkeiten zu Anschlussheilbehandlungen wie Rehabilitationsleistungen und Physiotherapie.

[...] es gibt noch die Möglichkeit, eben eine Reha oder dass auch vielleicht vorher schon anspricht, was man noch tun kann, damit es einem schneller

wieder besser geht, damit man halt stabiler wird oder eine Physiotherapie, ebenso Beckenbodenkram, also dass da einfach so ein bisschen Aufklärung zur Nachsorge einfach so ein Abschluss so ein gemeinsamer und nicht einfach, Sie gehen jetzt nach Hause und ja. (FG 2022 Pat Hyst)

Also, Beckenbodenphysiotherapie oder irgendwas, im Entlassungsgespräch oder irgendwie, das wird gar nicht angesprochen, sondern als Patientin muss man sich darum auch wieder selber kümmern und informieren und ich halte das schon für wichtig, dass man dann für den Beckenboden was macht, aber das hat mir (...), weder ein Arzt in der Aufklärung noch im Entlassungsgespräch wurde mir das gesagt. (EI 2022 Pat Hyst)

Respektvolle und wertschätzende Kommunikation

Die Fokusgruppen und Einzelinterviews zeigten auf, dass den Patientinnen in den Gesprächen mit der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus ein respektvoller und wertschätzender Umgang sehr wichtig ist. Dabei sprachen die betroffenen Frauen davon, ernstgenommen zu werden und sich verstanden zu fühlen sowie Vertrauen zu der Ärztin / dem Arzt aufzubauen. Eine wertschätzende, ehrliche und empathische Kommunikation auf Augenhöhe war den Patientinnen dabei besonders wichtig. Des Weiteren spielte für die Frauen eine große Rolle, inwiefern die Ärztin / der Arzt auf ihre Sorgen und Ängste einging. Gleichzeitig berichteten die Patientinnen, dass diese Bedürfnisse nicht immer zufriedenstellend erfüllt wurden.

[...] er war jetzt nicht so ein wahnsinnig Zugewandter, sondern es war halt so ein typischer älterer Chirurg, aber (...) also der hatte jetzt keine Lust, mit mir da/ Also wenn ich jetzt jemand wäre, der da viel ängstlicher gewesen wäre, weiß ich nicht, ob man sich dann da so wohlgefühlt hätte. Also, der war jetzt nicht so, dass er mit mir auch so in die Frauenthemen so reinwollte. (EI 2022 Pat Hyst)

Das war auf Wellenlänge, wir waren auf Augenhöhe und wir sind da gut miteinander im Kontakt gewesen, und er hat mir in die Augen geguckt und war da ganz entspannt und nicht genervt von mir. (EI 2022 Pat Hyst)

Ja, also ich habe mich als Patientin nicht gesehen und nicht ernst genommen gefühlt, (...) und ich hatte danach, ich hatte kein gutes Gefühl. (EI 2022 Pat Hyst)

Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre

Eine respektvolle Kommunikation setzt für die Patientinnen voraus, dass die Ärztin / der Arzt eine angemessene Gesprächsatmosphäre gestaltet. Diese beinhaltet, dass dem Gespräch

ausreichend Zeit eingeräumt wird, in der die betroffenen Frauen Gelegenheit haben, ihre Fragen zu stellen, zu klären sowie ggf. individuelle Probleme und Sichtweisen darlegen und besprechen zu können. Des Weiteren war einigen Patientinnen in den Einzelinterviews das räumliche Setting des Aufklärungsgesprächs besonders wichtig. Dies bezieht sich auf anwesende Personen im Raum (z. B. sollte kein zusätzliches Krankenpflegepersonal anwesend sein), die Räumlichkeit an sich (z. B. Aufklärung in einem dafür vorhergesehenen Raum), aber auch die Positionen der Akteure im Dialog (z. B. zogen es die betroffenen Frauen vor, an einem Tisch sitzend nach der Untersuchung aufgeklärt zu werden). Deutlich wurde auch, dass die betroffenen Frauen häufig das Gefühl hatten, dass das Gespräch mit der Ärztin / dem Arzt von einem gewissen Zeitdruck charakterisiert war.

Dann hatte ich auch das Gefühl, dass er das schnell abhaken will, also es soll schnell gehen. (EI 2022 Pat Hyst)

[...] bin rein und hatte die Gelegenheit, meine Gedanken zu äußern, also wo mein Informations- und Gedankenstand ist und Fragen zu stellen. Dann hat die Ärztin meine Fragen beantwortet und ihre Perspektive darauf gegeben. Dann war das ein Hin und Her, also so Fragen/Antworten [...] (FG 2022 Pat Hyst)

Und meistens frage ich am Ende noch, haben Sie noch irgendwelche Fragen, Sie können die gerne alle stellen. Häufig fällt ihnen keine mehr ein, glücklicherweise, und dann gebe ich immer noch mit und wenn Sie wieder zu Hause sind, legen Sie sich einfach einen weißen Zettel irgendwo hin und schreiben alles, was Ihnen an Fragen einfällt drauf, bringen Sie mit und wir klären das dann hier. (...) Das machen die Gott sei Dank ganz selten, aber sie haben zumindest das Gefühl, sie könnten es tun. (FG 2022 Gyn Hyst)

Natürlich, auch wenn man jemanden zum ersten Mal kennenlernt, wenn man vielleicht noch sich überlegt, will ich mich von dem operieren lassen und dann ist es natürlich schon besser, man macht erst mal ein richtiges Gespräch und dann die Untersuchung und dann und macht dann die Termine und er hat halt alles sozusagen parallel gemacht und es war noch eine dritte Person dabei, aus rein technischen Gründen, eine Krankenschwester oder vielleicht machen die das, weiß ich nicht, dass nicht ein Mann/ Weiß ich nicht, warum die da die ganze Zeit dabei war, aber irgendwie hat die das Sono-Gerät bedient und dokumentiert, und das ist natürlich für ein ganz vertrauensvolles Gespräch vielleicht auch nicht die allerbeste Voraussetzung. (EI 2022 Pat Hyst)

Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen

Sowohl die interviewten Patientinnen als auch behandelnde Gynäkologinnen und Gynäkologen hoben die Bedeutung und gleichzeitige Herausforderung hervor, Inhalte verständlich zu vermitteln. Dies schließt die Verwendung patientenverständlicher Sprache bzw. Begrifflichkeiten und damit die Vermeidung medizinischer Fachbegriffe ein. Zusätzlich sollte die Ärztin / der Arzt im Gespräch sichergehen, dass die Patientin alle Informations- und Aufklärungsinhalte wirklich verstanden hat und keine Fragen offengeblieben sind.

Er [der Arzt] hat auch immer gefragt, ob ich so weit alles verstehe oder ob ich irgendwie Fragen habe. (EI 2022 Pat Hyst)

I: Wenn Sie noch mal an das Gespräch denken, was Sie mit den Patientinnen führen im Rahmen der Indikationsstellung, wie gehen Sie mit den Patientinnen um? [...]

B4: Versuchen, (räuspert sich) möglichst wenig Fachausdrücke zu benutzen, das eben auch verständlich zu erklären. (FG 2022 Gyn Hyst)

Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt

Patientinnen wie auch Gynäkologinnen und Gynäkologen machten deutlich, dass der Einbezug von Vertrauenspersonen in die Gespräche im Krankenhaus eine Entlastung für die betroffenen Frauen bedeuten kann. Einige Patientinnen gaben an, sich gewünscht zu haben, den Partner oder eine andere eng vertraute Person zu den Gesprächen mitnehmen zu können. Aufgrund der pandemischen Lage war dies allerdings für die meisten Frauen, welche in der jüngeren Vergangenheit operiert wurden, nicht möglich.

I: Hätten Sie sich so was gewünscht, dass da ein Angehöriger mit dabei ist, zum Beispiel Ihr Mann?

B: Ja, weil vier Ohren hören ja mehr als zwei und schon, weil ich gerne gehabt hätte, dass er auch einen Eindruck gehabt hätte, also was er denn davon hält, aber war nicht und von daher war es dann auch okay, weil ich dann wusste wegen Corona. (EI 2022 Pat Hyst)

Berücksichtigung von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie

Die qualitative Auswertung machte deutlich, dass Patientinnen gern in den Entscheidungsprozess sowie die Operationsplanung einbezogen werden möchten. Dies beinhaltet zum einen die Entscheidung für oder gegen eine Hysterektomie und zum anderen den Einbezug von Präferenzen bezüglich des operativen Vorgehens. Letzteres umfasst die Berücksichtigung der Präferenzen zur Art des vorgesehenen Zugangs (z. B. vaginal, abdominal) oder des Umfangs der Gebärmutterentfernung (z. B. inkl. Gebärmutterhals und/oder Eileiter).

Die eine Frau sagt, die eine Variante finde ich besser und tat mir nicht weh, und die andere leidet dann fünf Wochen. Ja, also, das war schon, sie hat das wirklich nicht/, die hat mir das jetzt nicht aufgezwungen, sondern sie hat es schon mit mir besprochen. (EI 2022 Pat Hyst)

Also, mein Operateur beispielsweise hat halt die schonendste für mich, auch altersbezogen, die schonendste Methode ausgewählt, hat auch ganz klar gesagt, warum er das macht. Er hätte mir auch freigestellt, dass ich mir die Eierstöcke hätte entfernen lassen oder dass die Eileiter bestehen bleiben, aber warum soll ich ein Krebsrisiko eingehen, wenn ich eh schon den Eingriff machen lasse. Dann kann ich das halt mitentfernen. Bei mir ist der Gebärmutterhals erhalten geblieben. (FG 2022 Pat Hyst)

Berücksichtigung des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation

Die Fokusgruppen und Einzelinterviews haben gezeigt, dass die Entscheidung zu einer Hysterektomie meist ein Prozess ist, der sich nicht selten über Jahre, vorrangig im ambulanten Sektor gestaltet. Dennoch kann es für die Patientinnen wichtig sein, nach dem Gespräch mit der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus die besprochenen Inhalte in Ruhe zu überdenken und eventuell die Entscheidung noch einmal zu evaluieren. Dazu ist es notwendig, dass den Patientinnen nach dem Gespräch die Möglichkeit einer Bedenkzeit angeboten wird. Aus den Fokusgruppen mit den Gynäkologinnen und Gynäkologen ging hervor, dass dies besonders notwendig ist, wenn die Ärztin / der Arzt im Gespräch das Gefühl hat, dass die Patientin noch unsicher ist oder sich aus medizinischer Sicht gleichwertige Alternativen zur Behandlung der Symptome bieten bzw. die Wirkung der Hysterektomie nicht abzuschätzen ist (z. B. bei Endometriose oder Descensusproblematiken). Zwei Patientinnen berichteten, nicht ausreichend Bedenkzeit vor der Operation erhalten zu haben und sich unter Druck gesetzt gefühlt zu haben. Überwiegend gaben die Frauen an, keine Bedenkzeit benötigt zu haben, dennoch wurde in den Aussagen deutlich, dass die Patientinnen zwar überwiegend das Gefühl hatten, eine Bedenkzeit einfordern zu können, diese ihnen aber selten ungefragt von ärztlicher Seite angeboten wurde.

I: Was hätten Sie sich denn konkret gewünscht?

B5: Ich glaube, vielleicht eine Pause dazwischen und erst mal dieses, okay, geh mal nach Hause, nimm das mal mit und dann reden wir nächste Woche noch mal, dass ich so ein bisschen mehr Zeit habe, das mal sacken zu lassen, [...] (FG 2022 Pat Hyst)

Einbezug bei der Terminvereinbarung

Die Fokusgruppen und Einzelinterviews zeigten auf, dass es den Patientinnen wichtig ist, in die Wahl des Termins für die Operation einbezogen zu werden. Hierbei spielten unterschiedliche Präferenzen der Frauen eine Rolle (z. B. aufgrund beruflicher oder privater Planung oder den Eingriff zu einer bestimmten Jahreszeit durchführen zu wollen). Sie schätzten das Angebot, den Operationstermin erst im Anschluss des Gesprächs festzulegen (z. B. nach einer Bedenkzeit) oder den bereits vereinbarten Termin im Nachhinein jederzeit noch verschieben zu können. Dazu wurden den Frauen in der Regel eine E-Mail-Adresse und/oder Telefonnummer zur Kontaktaufnahme mit dem Krankenhaus oder der Ärztin / dem Arzt zur Verfügung gestellt.

Die Terminfindung, ich bin ins Krankenhaus, und dort hat man mir/, also man hat mich gefragt, wann es mir lieb wäre, wann ich könnte und habe mir dann so den Monat ausgesucht und dann hat man mir ein paar Termine genannt und ja, dann habe ich mir halt einen ausgesucht. (EI 2022 Pat Hyst)

[...] er eigentlich sofort in die OP-Planung gegangen und hat schon Termine rausgeschrieben und hat dann hinterher mal gefragt, ja, ist das eigentlich in Ordnung und für mich ist es ja alles so ein bisschen darüber gerollt. (FG 2022 Pat Hyst)

Weitere Themen

Zusätzlich zu den oben dargestellten Themen wurden fokusgruppen- bzw. interviewübergreifend sowohl von den Patientinnen als auch von den Gynäkologinnen und Gynäkologen weitere wichtige Themen beim Prozess der Indikationsstellung zu einer Hysterektomie aufgezeigt. Diese weiteren Themen können jedoch für die Entwicklung der Patientenbefragung nicht berücksichtigt werden, da sie entweder nicht umfassend durch Patientinnen beurteilt werden können oder keinen diagnoseübergreifenden Charakter haben und somit nicht für alle Adressatinnen der Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Hysterektomie* relevant sind.

- **Aufklärung über diagnose- und indikationsspezifische Weiterbehandlungsmöglichkeiten bzw. Anschlussbehandlungen und Hilfsmöglichkeiten**
 - z. B. anschließende Hormonbehandlungen oder mögliche Folgeoperationen
 - versicherungsrechtlicher Anspruch auf Anschlussheilbehandlungen wie eine Rehabilitation und/oder Physiotherapie
- **Herstellung eines persönlichen Kontakts zwischen Patientin und Operateurin/Operateur vor der Operation**
- **Nachsorge**
 - Durchführung eines Nachsorgegesprächs mit der Operateurin / dem Operateur sowie eines Entlassungsgesprächs
 - Koordination der Schnittstelle stationäre Einrichtung – ambulante Weiterversorgung nach der Operation
- **Krankenhauspezifische organisations- und prozessbezogene Strukturen**
 - Zeitmanagement im Krankenhaus für die Ärztinnen und Ärzte
 - Ablauf und Koordination der Termine für Patientinnen bezüglich Voruntersuchungen und Vorbesprechungen sowie der Anästhesieaufklärung (und aktuell der Durchführung eines Corona-Tests) vor Aufnahme zur Operation
- **Sektorenübergreifende Versorgung**
 - Versorgung der Patientinnen im ambulanten gynäkologischen Sektor

Zusammenfassung

Die dargelegten Erkenntnisse aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews mit Patientinnen sowie den Fokusgruppen mit Gynäkologinnen und Gynäkologen gaben Einblicke in die Erfahrungen von und mit Patientinnen im Prozess der Indikationsstellung zu einer Hysterektomie bei einer benignen Erkrankung. Zugleich wurde deutlich, welche Themen für die Patientinnen von besonderer Bedeutung sind.

Aus diesen ermittelten patientenrelevanten Themen ergaben sich drei Kategorien, welche als Grundlage in die Entwicklung des Qualitätsmodells eingingen und als Leitmotive für die Entwicklung der Aspekte dienten.

Die Auswertung zeigte zum einen, dass umfassende Informationen und Aufklärungsinhalte zur Hysterektomie den Patientinnen im Rahmen der Beteiligung als Grundlage für informierte Entscheidungen dienen und zudem dazu beitragen können, Ängste, Sorgen und Unsicherheiten abzubauen. Die Informationen und Aufklärungsinhalte, welche Patientinnen vor der Operation erhalten, sind elementar für das Treffen einer informierten Entscheidung für oder gegen den Eingriff der Gebärmutterentfernung. Die Gesprächsverläufe der Fokusgruppen und

Einzelinterviews zeigten auch, dass Patientinnen von Ärztinnen und Ärzten unterschiedlich umfassend aufgeklärt wurden und teilweise differente Informationen erhielten.

Zum anderen wurde deutlich, dass die Interaktion und Kommunikation zwischen der Ärztin / dem Arzt und den Patientinnen ein zentraler Bestandteil in Gesprächen zur Aufklärung und Entscheidungsfindung darstellt. Das Gespräch zur Aufklärung schafft die Grundlage für ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Ärztin/Arzt und Patientin.

Andere Themen konnten unter der Kategorie der gemeinsamen Entscheidungsfindung zusammengefasst werden. Die Fokusgruppen und Interviews zeigten auf, dass Patientinnen die gemeinsame Planung der stationär durchzuführenden Hysterektomie mit den Ärztinnen und Ärzten im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung als wichtig erachten. Dabei soll die Planung so erfolgen, dass den Patientinnen ermöglicht wird, sich in selbstgewähltem Umfang zu beteiligen.

Literatur

- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2010 [Reaffirmed 2020]): ACOG Practice Bulletin No. 114. Management of Endometriosis. *Obstetrics & Gynecology* 116(1): 223–236. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181e8b073.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2013 [Reaffirmed 2019]): ACOG Practice Bulletin No. 136. Management of Abnormal Uterine Bleeding Associated with Ovulatory Dysfunction. *Obstetrics & Gynecology* 122(1): 176–185. DOI: 10.1097/01.AOG.0000431815.52679.bb.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology; AUGS [American Urogynecologic Society] (2019 [Reaffirmed 2021]): ACOG Practice Bulletin No. 214. Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics & Gynecology* 134(5): e126–e142. DOI: 10.1097/aog.0000000000003519.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2021): ACOG Practice Bulletin No. 228. Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas. *Obstetrics & Gynecology* 137(6): e100–e115. DOI: 10.1097/aog.0000000000004401.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Obstetrics; AUGS [American Urogynecologic Society] (2017 [Reaffirmed 2019]): ACOG Practice Bulletin No. 183. Postpartum Hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology* 130(4): e168–e186. DOI: 10.1097/aog.0000000000002351.
- Auclair, MH; Yong, PJ; Salvador, S; Thurston, J; Colgan, TTJ; Sebastianelli, A (2019): SOGC Clinical Practice Guideline No. 390. Classification and Management of Endometrial Hyperplasia. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 41(12): 1789–1800. DOI: 10.1016/j.jogc.2019.03.025.
- Bossick, AS; Sangha, R; Olden, H; Alexander, GL; Wegienka, G (2018): Identifying What Matters to Hysterectomy Patients: Postsurgery Perceptions, Beliefs, and Experiences. *JPCRR – Journal of Patient-Centered Research and Reviews* 5(2): 167–175. DOI: 10.17294/2330-0698.1581.
- Collins, E; Lindqvist, M; Mogren, I; Idahl, A (2020): Bridging different realities – a qualitative study on patients' experiences of preoperative care for benign hysterectomy and opportunistic salpingectomy in Sweden. *BMC: Women's Health* 20:198. DOI: 10.1186/s12905-020-01065-8.

- Demers, C; Derzko, C; David, M; Douglas, J (2018): SOGC Clinical Practice Guideline No. 163. Gynaecological and Obstetric Management of Women With Inherited Bleeding Disorders. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 40(2): e91–e103. DOI: 10.1016/j.jogc.2017.11.036.
- ESHRE [European Society of Human Reproduction and Embryology], Endometriosis Guideline Development Group (2022): Endometriosis. Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology [*Full Guideline*]. [Strombeek-Bever, BE]: ESHRE. URL: https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETRIOSIS-2022_2.pdf (abgerufen am: 04.04.2022).
- Hempowicz, C; Matthes, A; Radosa, M; Camara, O; Winzer, H; Reichelt, C; et al. (2013): Der Einfluss des ärztlichen Aufklärungsgespräches auf die postoperative Zufriedenheit und Lebensqualität von Patientinnen mit Uterus myomatosus nach Myomenukleation oder Hysterektomie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 63(9-10): 381-386. DOI: 10.1055/s-0033-1334951.
- Jacobs, K; Minakawa, A; Rao, SR; Kushalnagar, P (2021): A Mixed Methods Study of Hysterectomy in a U.S. Sample of Deaf Women Who Use American Sign Language. *Womens Health Reports* 2(1): 566–575. DOI: 10.1089/whr.2021.0081.
- Kives, S; Lefebvre, G (2018): SOGC Clinical Practice Guideline No. 238. Supracervical Hysterectomy. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 40(7): e597–e604. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.04.033.
- Lefebvre, G; Allaire, C; Jeffrey, J; Vilos, G (2018): SOGC Clinical Practice Guideline No. 109. Hysterectomy. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 40(7): e567–e579. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.04.031.
- McCarus, SD; Wiercinski, K; Heidrich, N (2019): Shared Decision-Making to Improve Patient Engagement in Minimally Invasive Hysterectomy. *Surgical Technology International* 34: 265–268.
- NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence] (2019): NICE National Guideline NG123. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management [*Guidance*]. Published: 02.04.2019, last updated: 24.06.2019, © 2021. [Manchester, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3319-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/resources/urinary-incontinence-and-pelvic-organ-prolapse-in-women-management-pdf-66141657205189> (abgerufen am: 01.04.2022).

NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence] (2021): NICE National Guideline NG88. Heavy menstrual bleeding: assessment and management [Guidance]. Published: 14.03.2018, last updated: 24.05.2021, © 2021. [Manchester, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2777-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88/resources/heavy-menstrual-bleeding-assessment-and-management-pdf-1837701412549> (abgerufen am: 01.04.2022).

Pakbaz, M; Rolfsman, E; Lofgren, M (2017): Are women adequately informed before gynaecological surgery? *BMC: Women's Health* 17:68. DOI: 10.1186/s12905-017-0426-7.

Radosa, JC; Radosa, CG; Kastl, C; Mavrova, R; Gabriel, L; Graber, S; et al. (2016): Der Einfluss des präoperativen Entscheidungsfindungsprozesses auf das postoperative Outcome nach Hysterektomie aufgrund benigner uteriner Pathologien. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 76(4): 383-389. DOI: 10.1055/s-0041-110396.

RANZCOG [Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists] (2021): Australien clinical practice guideline for the diagnosis and management of endometriosis. Melbourne, AU: RANZCOG. ISBN: 978-0-6450141-0-5. URL: <https://ranzcof.edu.au/statements-guidelines> [Gynaecology > Reproductive Endocrinology > Endometriosis Clinical Practice Guideline] (abgerufen am: 04.04.2022).

Thurston, J; Murji, A; Scattolon, S; Wolfman, W; Kives, S; Sanders, A; et al. (2019): SOGC Clinical Practice Guideline No. 377. Hysterectomy for Benign Gynaecologic Indications. *JOGC - Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 41(4): 543-557. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.12.006.

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

Anhang D: Expertengremium

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

Im Folgenden sind die Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale dargestellt, wie sie den Expertinnen und Experten zur Einschätzung vorgelegt wurden.¹ Am Ende der Beschreibung jedes Qualitätsaspekts finden sich die zugehörigen Qualitätsmerkmale mit einer knappen Definition sowie den Wissensquellen (Leitlinien mit Empfehlungen, Publikationen zur Patientenperspektive, Publikationen zur Versorgungssituation, Fokusgruppen und Einzelinterviews), aus denen die entsprechenden Qualitätsmerkmale abgeleitet wurden. Insgesamt wurden für die Patientenbefragung 14 Qualitätsmerkmale abgeleitet. Alle Qualitätsmerkmale beziehen sich auf volljährige Patientinnen, denen im Krankenhaus aufgrund einer benignen Erkrankung die Gebärmutter entfernt wurde.

Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung

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

¹ Vereinzelt wurden redaktionelle Anpassungen für die Darstellung im Anhang vorgenommen.

Qualitätsmerkmale	Quellen
1.1 Aufklärung zur Wirkung	Leitlinien, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation über die angestrebte Wirkung der Hysterektomie aufgeklärt hat. Dies umfasst insbesondere die positive Auswirkung auf die Symptome und die damit verbundene Verbesserung der Lebensqualität.	
1.2 Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation über die Risiken und Nebenwirkungen der Hysterektomie aufgeklärt hat. Die Aufklärung schließt z. B. mögliche Komplikationen während der Operation, ein ggf. verfrühtes Einsetzen der Menopause, psychische Belastungen und den Verlust der Fruchtbarkeit ein.	
1.3 Aufklärung über alternative Behandlungsoptionen	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation darüber aufgeklärt hat, welche alternativen Behandlungsoptionen zur Hysterektomie möglich sind, und ob eine Erläuterung der jeweiligen Vor- und Nachteile erfolgt ist.	
1.4 Aufklärung zum operativen Vorgehen	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Publikationen zur Versorgungssituation, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation darüber aufgeklärt hat, wie die Operation ablaufen wird. Dies umfasst u. a. die Art des vorgesehenen Zugangs (z. B. vaginal, abdominal), den Umfang der Gebärmutterentfernung (z. B. inkl. Gebärmutterhals) bzw. die Entfernung angrenzender Geschlechtsorgane (z. B. Eierstöcke) oder die Dauer der Operation. Zudem sollten die Aufklärungsinhalte den Patientinnen visuell erläutert werden (z. B. anhand von Abbildungen oder Modellen).	
1.5 Informationen zum Operateur	Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation darüber informiert hat, wer die Operation durchführt. Dies umfasst neben dem Namen auch Informationen zur beruflichen Stellung der / des Operierenden.	
1.6 Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation darüber informiert hat, zum einen wie der Heilungsprozess nach der Hysterektomie voraussichtlich verlaufen wird (z. B. zu erwartende Schmerzen, Nachblutungen) und zum anderen was zu beachten ist (z. B. Verhaltensregeln). Letzteres sollte den Patientinnen auch in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt werden.	
1.7 Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie	Leitlinien, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation darüber informiert hat, welche Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie bestehen. Dies umfasst z. B. Informationen über mögliche krankheitsspezifische Folgebehandlungen oder Möglichkeiten von Rehabilitationsleistungen und Physiotherapie.	

Qualitätsaspekt 2: Interaktion und Kommunikation

Interaktion und Kommunikation zwischen der Ärztin / dem Arzt und den Patientinnen ist ein zentraler Bestandteil in Gesprächen zur Aufklärung und Entscheidungsfindung. Die Wissensquellen zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt eine kommunikationsfördernde Gesprächssituation gestalten sollte, in welcher in respektvoller, wertschätzender und verständnisvoller Art mit den Patientinnen umzugehen ist. Zudem sollten Informationen in einer für Patientinnen verständlichen Sprache vermittelt und Fachausdrücke erläutert werden.

Qualitätsmerkmale	Quellen
2.1 Respektvolle und wertschätzende Kommunikation	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bei Gesprächen in respektvoller und wertschätzender Art mit den Patientinnen umgegangen ist, sodass sich diese beispielsweise ernstgenommen und verstanden gefühlt haben und auf deren Ängste und Sorgen eingegangen wurde.	
2.2 Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Gesprächsatmosphäre von der Ärztin / dem Arzt so gestaltet wurde, dass die Patientinnen Zeit und Gelegenheit hatten, ihre Fragen zu stellen und zu klären sowie ggf. individuelle Probleme und Sichtweisen darlegen und besprechen zu können.	
2.3 Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus sich vor der Operation bei den Patientinnen rückversichert hat, dass die vermittelten Informationen sprachlich und inhaltlich verständlich waren.	
2.4 Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob das Personal des Krankenhauses die Patientinnen vor der Operation auf die Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt hingewiesen hat.	
Dieses Qualitätsmerkmal adressiert die Versorgungsqualität außerhalb pandemischer Situationen, die den Einbezug von Vertrauenspersonen ggf. einschränken.	

Qualitätsaspekt 3: Gemeinsame Entscheidungsfindung

Die Wissensbestände zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt gemeinsam mit den Patientinnen die stationär durchzuführende Hysterektomie planen soll, da dies ein Bestandteil für eine patientenzentrierte Versorgung ist. Die Planung soll hierbei patientenindividuell erfolgen, wobei den Patientinnen ermöglicht werden soll, sich im selbstgewählten Umfang zu beteiligen. Zudem sollte bei Bedarf auch Bedenkzeit für die Patientinnen ermöglicht werden.

Qualitätsmerkmale	Quellen
3.1 Berücksichtigung von Präferenzen zum operativen Vorgehen	Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Präferenzen der Patientinnen für die Entscheidungsfindung bezüglich des operativen Vorgehens berücksichtigt hat. Dies umfasst u. a. die Berücksichtigung der Präferenzen zur Art des vorgesehenen Zugangs (z. B. vaginal, abdominal) oder des Umfangs der Gebärmutterentfernung (z. B. inkl. Gebärmutterhals) bzw. der Entfernung angrenzender Geschlechtsorgane (z. B. Eierstöcke).	
3.2 Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation	Publikationen zur Patientenperspektive, Publikationen zur Versorgungssituation, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus vor der Operation bei den Patientinnen nachgefragt hat, inwiefern Bedenkzeit benötigt wird, und diese patientenindividuell ermöglicht wurde.	
3.3 Einbezug bei der Terminvereinbarung	Publikationen zur Patientenperspektive, Fokusgruppen/Einzelinterviews
Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen bei der Terminfindung für den Operationstermin eingebunden hat. Dies umfasst u. a. die Berücksichtigung terminlicher Präferenzen der Patientinnen und ggf. das Benennen einer Ansprechperson (inkl. Kontaktdaten) für eine spätere Terminvereinbarung (z. B. nach Inanspruchnahme einer Bedenkzeit).	

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

Im folgenden Abschnitt wird die protokollierte, stichpunktartige Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der Beratung durch das Expertengremium aufgeführt. Hierbei werden für jedes Qualitätsmerkmal die zentralen Diskussionsinhalte, d. h. Meinungen und Hinweise der Expertinnen und Experten wiedergegeben. Zum Abschluss jeder Diskussion zu einem Qualitätsmerkmal wurde das Expertengremium darum gebeten, unter Berücksichtigung der im Kapitel 4 im Abschlussbericht aufgeführten Eignungskriterien sowie beauftragungsspezifischen Anforderungen eine Gesamteinschätzung abzugeben.

Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung

Qualitätsmerkmal 1.1: Aufklärung zur Wirkung

- Die Expertinnen und Experten hoben die Wichtigkeit dieses Qualitätsmerkmals hervor, merkten aber an, dass im Sinne einer ergebnisoffenen Formulierung nicht über die positiven, sondern über die zu erwartenden Auswirkungen auf die Symptome aufzuklären sei.

Qualitätsmerkmal 1.2: Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen

- Die Expertinnen und Experten stufte das Qualitätsmerkmal als äußerst relevant ein, zeigten jedoch auf, dass patientenindividuelle Parameter den Umfang der Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen beeinflussen können.
- Das Expertengremium plädierte für die Aufteilung der Risiken und Nebenwirkungen in unmittelbare Risiken der Operation und mittelbare Folgen einer Hysterektomie.
- Zudem zeigten Expertinnen und Experten die Relevanz der Aufklärung über Risiken in Form von psychischen Belastungen auf.

Qualitätsmerkmal 1.3: Aufklärung über alternative Behandlungsoptionen

- Einige Expertinnen und Experten zeigten auf, dass die Aufklärung über alternative Behandlungsoptionen zumeist im ambulanten Sektor erfolge.
- Die Expertinnen und Experten machten allerdings deutlich, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus im Aufklärungsgespräch mögliche Behandlungsoptionen erneut thematisieren solle. Dabei könne die Ärztin / der Arzt sich vergewissern, ob eine Aufklärung der Patientin über andere Behandlungsmöglichkeiten erfolgt sei. Bei einer nicht erfolgten Aufklärung, sei diese durch die Ärztin / den Arzt entweder selber durchzuführen oder die Patientin sei an entsprechende Fachärztinnen / Fachärzte zu verweisen.

- Die Expertinnen und Experten merkten zudem an, dass das Aufzeigen der Vor- und Nachteile einzelner Behandlungsoptionen für die Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus nicht umsetzbar sei (z. B. aufgrund von fehlenden Erfahrungen zu den einzelnen Behandlungsoptionen).
- Einem Experten war der Begriff der alternativen Behandlungsoptionen inhaltlich nicht klar, er sprach sich für die Streichung des Begriffs „alternativ“ aus.

Qualitätsmerkmal 1.4: Aufklärung zum operativen Vorgehen

- Die Expertinnen und Experten machten deutlich, dass beim „Umfang der Gebärmutterentfernung“ das Beispiel „Eileiter“ ergänzt und der Zusatz „Entfernung angrenzender Geschlechtsorgane (z. B. Eierstöcke)“ gestrichen werden sollte.
- Auch wiesen Expertinnen und Experten darauf hin, dass sich das Vorgehen während einer Operation ändern könne, sodass die Patientinnen darüber zu informieren seien, wie die Operation ablaufen „kann“ und nicht „wird“.
- Einige Expertinnen und Experten merkten zudem an, dass die Dauer einer Operation nicht immer explizit beziffert werden könne und die Benennung dieser nicht qualitätsrelevant sei. Dem widersprachen andere Expertinnen und Experten und zeigten auf, dass es für Patientinnen wichtig sei einschätzen zu können, was bei der Operation zu erwarten sei. Dies schließe auch die Dauer der Operation mit ein.

Qualitätsmerkmal 1.5: Informationen zum Operateur

- Das Qualitätsmerkmal wird durch das gesamte Expertengremium als sehr wichtig erachtet.
- Im Rahmen der Diskussion merkten einige Expertinnen und Experten an, dass die Umsetzung des Qualitätsmerkmals eher schwierig sei. So könne z. B. nicht sichergestellt werden, dass die vorgesehene Operateurin / der vorgesehene Operateur am Ende auch tatsächlich operiere (z. B. aufgrund von Krankheitsausfall). Somit sollte das Qualitätsmerkmal dahingehend abgeschwächt werden, dass die Operateurin / der Operateur genannt werden sollte, die/der die Operation „voraussichtlich“ durchführen werde.
- Einige Expertinnen und Experten wiesen hingegen darauf hin, dass es für Patientinnen wichtig sei zu wissen, von wem sie operiert werden, und plädierten für eine Schärfung des Qualitätsmerkmals dahingehend, dass sich die Operateurin / der Operateur im Vorfeld vorstellen sollte.

Qualitätsmerkmal 1.6: Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie

- Einige Expertinnen und Experten zeigten auf, dass die als Beispiel aufgezählten Nachblutungen eine Komplikation und kein Symptom des Heilungsprozesses seien und plädierten für die Streichung.
- Stattdessen wurde angemerkt, dass die Beispiele zum Heilungsprozess um eine verminderte Leistungsfähigkeit bzw. Belastbarkeit und die Verhaltensregeln um beispielsweise Sport, Sexualität, Benutzung von Tampons oder Duschen erweitert werden können.

- Die Expertinnen und Experten waren sich aber einig, dass vor der Operation im Aufklärungsgespräch schon auf den Heilungsverlauf und die Verhaltensregeln hingewiesen werden sollte, detailliertere Ausführungen dazu sollten aber eher im Entlassgespräch erfolgen.

Qualitätsmerkmal 1.7: Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie

- Die Expertinnen und Experten waren sich einig, dass Behandlungsmöglichkeiten (insbesondere Rehabilitationsleistungen und Physiotherapie) nach einer Hysterektomie stark von der spezifischen Erkrankung/Diagnose abhängen und daher nicht generell darüber informiert werden sollte.

Qualitätsaspekt 2: Interaktion und Kommunikation

Qualitätsmerkmal 2.1: Respektvolle und wertschätzende Kommunikation

- Die Expertinnen und Experten waren mit dem Qualitätsmerkmal in seiner Ausführung einverstanden und hatten keine Anmerkungen.

Qualitätsmerkmal 2.2: Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre

- Die Expertinnen und Experten waren mit dem Qualitätsmerkmal in seiner Ausführung weitestgehend einverstanden.
- Einige Expertinnen und Experten wiesen jedoch darauf hin, dass sich das Qualitätsmerkmal auf die Zeit vor der Operation beziehen sollte.
- Auch wurde diskutiert, ob es notwendig sei, das Qualitätsmerkmal dahingehend zu schärfen, dass explizit angeregt wird, dass die Patientinnen Zeit haben, Fragen zu stellen.
- Eine Expertin merkte an, dass das Qualitätsmerkmal auf die aufklärende Ärztin / den aufklärenden Arzt fokussieren sollte.

Qualitätsmerkmal 2.3: Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen

- Expertinnen und Experten merkten wie beim Qualitätsmerkmal 2.2 „Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre“ an, dass das Qualitätsmerkmal auf die aufklärende Ärztin / den aufklärenden Arzt fokussieren sollte.
- Einige Expertinnen und Experten wiesen auf die Problematik von Sprachbarrieren hin, zeigten aber zugleich die Schwierigkeit des Umgangs damit auf (z. B. Einbezug von Dolmetscherinnen und Dolmetschern). Ein Vorschlag des Expertengremiums war es, angemessenes, schriftliches Aufklärungsmaterial in entsprechenden Sprachen zur Verfügung zu stellen.

Qualitätsmerkmal 2.4: Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt

- Der Großteil der Expertinnen und Experten stimmte dem Qualitätsmerkmal in seiner Ausführung zu und hob noch mal die Wichtigkeit hervor, dass Patientinnen explizit auf die Möglichkeit der Mitnahme einer Vertrauensperson hingewiesen werden sollen.

Qualitätsaspekt 3: Gemeinsame Entscheidungsfindung**Qualitätsmerkmal 3.1: Berücksichtigung von Präferenzen zum operativen Vorgehen**

- Die Expertinnen und Experten stimmten der inhaltlichen Ausrichtung des Qualitätsmerkmals weitestgehend zu, merkten allerdings an, dass in Anlehnung an die Überarbeitungsvorschläge für das Qualitätsmerkmal 1.4 „Aufklärung zum operativen Vorgehen“ auch bei diesem Qualitätsmerkmal eine Ausweitung des „Umfangs der Gebärmutterentfernung“ um „Eileiter“ erfolgen und demnach der Zusatz „Entfernung angrenzender Geschlechtsorgane (z. B. Eierstöcke)“ gestrichen werden sollte.

Qualitätsmerkmal 3.2: Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation

- Die Expertinnen und Experten hoben die Wichtigkeit des Qualitätsmerkmals hervor und stimmten der inhaltlichen Ausrichtung weitestgehend zu.
- Von den Expertinnen und Experten wurde zudem darauf hingewiesen, dass die Bedenkzeit patientenindividuell einzuräumen ist. Dabei sei keine genaue Zeitspanne an Bedenkzeit vorzugeben.

Qualitätsmerkmal 3.3: Einbezug bei der Terminvereinbarung

- Die Expertinnen und Experten stimmten der inhaltlichen Ausrichtung des Qualitätsmerkmals zu.
- Einige Expertinnen und Experten merkten allerdings an, dass dieses Qualitätsmerkmal nicht nur die Ärztinnen und Ärzte adressieren sollte, sondern Beschäftigte des gesamten Krankenhauses.

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

Im folgenden Abschnitt wird die protokollierte, stichpunktartige Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der Beratung durch das zweite Expertengremium aufgeführt. Hierbei werden für jedes zuvor operationalisierte Item die zentralen Diskussionsinhalte, d. h. Meinungen und Hinweise der Expertinnen und Experten wiedergegeben.

Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung

Item zum Qualitätsmerkmal 1.1: Aufklärung zur Wirkung

Hat die Ärztin oder der Arzt vor der Operation mit Ihnen besprochen, was die Entfernung der Gebärmutter bewirken soll (z. B. Verbesserung der Symptome wie Schmerzen oder starke Blutungen)?

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Das Gremium stufte die Bewertung der Entscheidungszufriedenheit in diesem Item als nicht ausreichend abgebildet ein und schlug ergänzend vor, das „z. B.“ in der Klammer zu streichen. Die Expertinnen und Experten merkten zudem an, dass die Antwortkategorien keine Hinweise auf Qualität lieferten (fehlende Varianz). Des Weiteren rieten Expertinnen und Experten dazu, die kursive Schreibweise der Antwortkategorie „Weiß nicht mehr“ zu prüfen.

Items zum Qualitätsmerkmal 1.2: Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen

Hat die Ärztin oder der Arzt vor der Operation mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können (z. B. Verletzung angrenzender Organe)?

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Das Expertengremium hatte keine Anmerkungen oder Hinweise.

Hat die Ärztin oder der Arzt vor der Operation mit Ihnen besprochen, dass durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, Probleme beim Wasserlassen, Verwachsungen)?

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Einige Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass es wichtig sei, bei der Fragestellung die jeweilige Indikation zu beachten. So sei es notwendig zu beachten, dass gewisse mögliche Folgen (z. B. die Kontinenz oder die Sexualität betreffend) abhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung seien (insbesondere die Abgrenzung der Indikation zur Hysterektomie aufgrund von Organ-senkungen). Zudem wurde die Aufnahme eines weiteren Beispiels (Herz-Kreislauf-Erkrankungen) angeregt. Daraufhin brachte das Gremium den Vorschlag ein, eine neutralere Formulierung zu wählen (z. B. „Hat die Ärztin / der Arzt mit Ihnen über Sexualität gesprochen?“), und schlug gleichzeitig vor, ähnliche neutralere Formulierungen auf die übrigen Items anzuwenden. Einige Expertinnen und Experten verwiesen darauf, dass es notwendig sei, Beeinträchtigungen der Sexualität separat abzufragen, da diese eine Sonderstellung zwischen körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen einnehmen würden. Es wurde hierfür die Aufnahme eines neuen Items zur Sexualität angeregt und folgende Formulierung vorgeschlagen: „Hat die Ärztin / der Arzt mit Ihnen besprochen, dass die Operation Auswirkungen auf Ihre Sexualität haben kann?“.

Hat die Ärztin oder der Arzt vor der Operation mit Ihnen besprochen, dass durch die Entfernung der Gebärmutter psychische Beschwerden auftreten können (z. B. durch Veränderung des Selbstbildes oder des Körpergefühls)?

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Das Expertengremium plädierte für kleinere Änderungen die Formulierung betreffend: So wurde angeregt, das Wort „durch“ im Ankerbeispiel „z. B. durch Veränderung des Selbstbildes“ zu streichen. Weiterhin rieten die Expertinnen und Experten, das Wort „Beschwerden“ durch „Belastungen“ zu ersetzen und die Formulierung „durch die Entfernung der Gebärmutter“ zu „infolge der Entfernung der Gebärmutter“ abzuwandeln. Einige Expertinnen und Experten sprachen sich weiterhin dafür aus, das Beispiel „Veränderung des Selbstbildes“ etwas zu schärfen, und plädierten dafür, dieses um den Zusatz „als Frau“ zu ergänzen.

Hat die Ärztin oder der Arzt vor der Operation mit Ihnen besprochen, dass es nach der Entfernung der Gebärmutter nicht mehr möglich ist, Kinder zu bekommen?

- Ja
- Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre
- Nein, ich brauchte das nicht
- *Weiß nicht mehr*

Die Expertinnen und Experten regten an, die Antwortwortoption „Nein, ich brauchte das nicht“ zu streichen und durch z. B. „meine Familienplanung ist abgeschlossen“, „Ich möchte keine Kinder mehr“ oder „Nein, dies war für mich nicht notwendig“ zu ersetzen.

Items zum Qualitätsmerkmal 1.3: Aufklärung zu Behandlungsmöglichkeiten

Hat die Ärztin oder der Arzt vor der Operation mit Ihnen besprochen, welche anderen Behandlungsmöglichkeiten es neben der Entfernung der Gebärmutter gibt (z. B. Einnahme von Medikamenten)?

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Das Gremium schlug vor, das Item um den Zusatz „und ggf. andere Behandlungsmöglichkeiten bestehen“ zu erweitern und/oder die Ankerbeispiele um die Formulierung „gebärmuttererhaltende Verfahren“ zu ergänzen. Einige Expertinnen und Experten plädierten außerdem dafür, die Formulierung „mit Ihnen besprechen“ durch „angesprochen“ zu ersetzen. Weiterhin verwies das Gremium an dieser Stelle auf den Bezug zur Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren.

Hat die Ärztin oder der Arzt vor der Operation mit Ihnen besprochen, was passiert, wenn die Operation nicht durchgeführt wird?

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Einige Expertinnen und Experten rieten, die Formulierung des Items etwas umzustellen, und schlugen die Wortlaute „wie es weitergeht, wenn die Operation nicht durchgeführt wird“ oder „wie der weitere Verlauf sein kann, wenn die Operation nicht durchgeführt wird“ vor. Der Bezug auf die klinische Symptomatik sei nicht zu vernachlässigen.

Items zu Qualitätsmerkmal 1.4: Aufklärung zum operativen Vorgehen

Es gibt grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten, um die Gebärmutter zu entfernen (z. B. über die Scheide, Bauchspiegelung (Schlüssellochoperation), Bauchschnitt).

Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, welche Operationsmethoden für Sie in Frage kommen?

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Das Expertengremium hatte keine Anmerkungen oder Hinweise.

Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile die möglichen Operationsmethoden haben?

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Das Expertengremium hatte keine Anmerkungen oder Hinweise.

Je nachdem, warum die Gebärmutter entfernt werden soll, kann es zu einer vollständigen oder teilweisen Entfernung der Gebärmutter (mit Erhalt des Gebärmutterhalses) kommen. Manchmal werden auch die Eierstöcke und die Eileiter mitentfernt.

Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden kann (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Einige Expertinnen und Experten merkten an, dass die suprazervikale Hysterektomie (teilweise Hysterektomie) zwar nach wie vor durchgeführt werde, aber keine gleichwertige Behandlungsmethode mehr darstelle. Daher plädierten die Expertinnen und Experten für die explizite Thematisierung der Aufklärung über die Risiken der suprazervikalen Hysterektomie. Bei dem Item entstünde der Eindruck, dass beide Verfahren (suprazervikale und totale Hysterektomie) gleichwertig wären. Das Gremium sprach sich daher für die zusätzliche Aufnahme von Items aus, welche die Aufklärung der Vor- und Nachteile einer vollständigen Hysterektomie sowie die umfangreiche Aufklärung über die Risiken einer suprazervikalen Hysterektomie (speziell bei Zerkleinerung der Gebärmutter) adressieren. Für die spezifische Umsetzung berieten die Expertinnen und Experten zum einen die Lösung über eine Filterführung in den Items und zum anderen textliche Anpassungen entsprechend medizinischer Empfehlungen im Einleitungstext des Items.

Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine teilweise bzw. vollständige Entfernung der Gebärmutter hat?

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Das Expertengremium hatte keine Anmerkungen oder Hinweise.

Item zum Qualitätsmerkmal 1.5: Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation

Wurden Sie vor der Operation von der Ärztin oder dem Arzt darüber informiert, wie lange die Operation ungefähr dauern wird?

- Ja
- Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre
- Nein, ich wollte/brauchte das nicht
- *Weiß nicht mehr*

Die Expertinnen und Experten des Gremiums sprachen sich auch bei diesem Item wieder für die Anpassung der Antwortkategorie „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“ zu „Nein, das war für mich nicht notwendig“ aus und schlugen vor, auch alle weiteren Items zu prüfen, für welche diese Antwortkategorie vorgesehen war. Einige Expertinnen und Experten begründeten dies damit, dass die ursprüngliche Formulierung („Nein, ich wollte/brauchte das nicht“) für Patientinnen möglicherweise nicht eindeutig verständlich sein könnte.

Item zum Qualitätsmerkmal 1.6: Informationen zur Operateurin / zum Operateur

Wurden Sie vor der Operation von der Ärztin oder dem Arzt darüber informiert, wer Sie voraussichtlich operieren wird?

- Ja
- Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre
- Nein, ich wollte/brauchte das nicht
- *Weiß nicht mehr*

Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertengremiums gaben zu bedenken, dass die Informationsweitergabe, wer die Operation voraussichtlich durchführen wird, nicht unbedingt mit der Organisation in den Krankenhäusern vereinbar sei (besonders in größeren Kliniken). Andere Expertinnen und Experten verwiesen dennoch auf die große Relevanz dieser Information für die Patientinnen. Die Information könne auch bei einer Kontaktaufnahme unmittelbar vor der Operation erfolgen (z. B. mit der Übermittlung von Aufnahmeunterlagen). Alternative Formulierungen wurden diskutiert und könnten lauten: „Hatten Sie die Möglichkeit, die Information zu erhalten?“

oder „Wussten Sie, von wem Sie operiert wurden?“. Die Begründung der Expertinnen und Experten stützt sich auf den Konsens darüber, dass diese Information nicht zwingend von den Ärztinnen und Ärzten weitergegeben werden müsse, sondern auch z. B. vom Klinikpersonal („vom Krankenhaus“) übermittelt werden könne.

Item zum Qualitätsmerkmal 1.7: Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie

Hat die Ärztin oder der Arzt vor der Operation mit Ihnen besprochen, wie lange Sie sich nach der Operation voraussichtlich schonen müssen (z. B. Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit)?

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Das Expertengremium hatte keine Anmerkungen oder Hinweise.

Item zum Qualitätsmerkmal 1.8: Umfang der Informationen für die Entscheidung zur Hysterektomie

Wenn Sie nun an die Entscheidung zur Entfernung der Gebärmutter insgesamt denken: Haben Sie von der Ärztin oder dem Arzt die Informationen erhalten, die Sie für Ihre Entscheidung gebraucht haben?

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Das Expertengremium hatte keine Anmerkungen oder Hinweise.

Qualitätsaspekt 2: Interaktion und Kommunikation

Items zum Qualitätsmerkmal 2.1: Respektvolle und wertschätzende Kommunikation

Hat die Ärztin oder der Arzt Sie ernst genommen?

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Einige Expertinnen und Experten regten an, den Bezug zu Ängsten und Sorgen der Patientinnen in das Item aufzunehmen und direkt abzufragen (z. B. „Fühlten Sie sich ernst genommen, auch in Ihren Ängsten und Sorgen?“). Weiterhin sprachen sich die Expertinnen und Experten des Gremiums dafür aus, bereits bestehende Skalen und Konstrukte zum Thema Interaktion und Kommunikation auf deren Eignung für den zu entwickelnden Fragebogen zu prüfen. Bestehende Instrumente, wie z. B. die CollaboRATE-Skalen oder der EPAT-Fragebogen wurden dabei explizit hervorgehoben.

Einige Expertinnen und Experten plädierten außerdem für die Prüfung der Antwortskala (dichotom vs. mehrkategorial).

Hat die Ärztin oder der Arzt Ihnen aufmerksam zugehört?

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Das Expertengremium sprach sich dafür aus, dieses Item mit dem vorausgegangenen Item („Hat die Ärztin oder der Arzt Sie ernst genommen?“) abzufragen und die Positionen der beiden Items zu tauschen. Der Aufbau erscheine so fließender und schlüssiger.

Item zum Qualitätsmerkmal 2.2: Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsumosphäre

Konnten Sie mit der Ärztin oder dem Arzt die Themen oder Fragen besprechen, die für Sie in Bezug auf die Operation wichtig waren?

- Ja
- Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre
- Nein, ich hatte keine Themen oder Fragen
- *Weiß nicht mehr*

Die Expertinnen und Experten diskutierten verschiedene Formulierungsansätze, um das Item zu präzisieren, und einigten sich auf folgenden Vorschlag: „Konnten Sie mit der Ärztin oder dem Arzt alles besprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation und deren Folgen wichtig war?“.

Item zum Qualitätsmerkmal 2.3: Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen

Wurden Ihnen die Informationen, die Sie vor der Operation von der Ärztin oder dem Arzt erhalten haben, verständlich erklärt?

- Ja
- Eher ja
- Eher nein
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Die Expertinnen und Experten besprachen auch bei diesem Item verschiedene Optimierungsoptionen in der Formulierung. Einigen konnten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf eine eher ergebnisorientierte Formulierung, welche die Patientinnen direkt adressiert: „Haben Sie die Informationen verstanden?“.

Item zum Qualitätsmerkmal 2.4: Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt

Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch bzw. die Gespräche mit einzubeziehen?

- Ja
- Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre
- Nein, ich wollte/brauchte das nicht
- *Weiß nicht mehr*

Die Expertinnen und Experten stimmten dafür, die Formulierung der Antwortkategorie „Nein, ich wollte/brauchte das nicht“ durch „Nein, das war für mich nicht notwendig“ zu ersetzen.

Qualitätsaspekt 3: Gemeinsame Entscheidungsfindung

Items zum Qualitätsmerkmal 3.1: Berücksichtigung von Präferenzen zum operativen Vorgehen

Hat die Ärztin oder der Arzt Sie bei der Entscheidung eingebunden, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll?

- Ja
- Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre
- Nein, ich wollte/brauchte das nicht
- *Weiß nicht mehr*

Hat die Ärztin oder der Arzt Sie bei der Entscheidung eingebunden, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden soll?

- Ja
- Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre
- Nein, ich wollte/brauchte das nicht
- *Weiß nicht mehr*

Die Expertinnen und Experten machten deutlich, dass Ihnen das Konstrukt des Shared Decision Making (SDM) in beiden Items noch nicht deutlich genug erkennbar sei. Die Items spiegelten eher einen *informed consent* wider als den Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Die entsprechende Prüfung der Formulierungen wurde angeregt. Zusätzlich sprachen sich die Gremiumsteilnehmerinnen und -teilnehmer dafür aus, bereits bestehende Skalen zu SDM auf ihre Eignung für den zu entwickelnden Fragebogen zu prüfen (z. B. PICS-Skalen).

Item zum Qualitätsmerkmal 3.2: Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation

Hat Ihnen die Ärztin oder der Arzt vor der Operation Bedenkzeit angeboten?

- Ja
- Nein
- *Weiß nicht mehr*

Die Expertinnen und Experten diskutierten, ob die Formulierung des Items die Intention ausreichend verdeutlicht. Einigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern war es wichtig, die Patientenperspektive klarer herauszustellen und die Formulierung zu schärfen. Das Gremium unterstützte geschlossen den Vorschlag des IQTIG, das Item vorerst kognitiv zu testen.

Item zum Qualitätsmerkmal 3.3: Einbezug bei der Terminvereinbarung

Wurden Ihre Wünsche und Bedürfnisse beim Festlegen des Operationstages berücksichtigt?

- Ja
- Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre
- Nein, ich wollte/brauchte das nicht
- *Weiß nicht mehr*

Das Expertengremium plädierte dafür dieses Item aus dem Fragebogen zu streichen, da laut der Expertinnen und Experten eine Terminvereinbarung ohne den Einbezug der Patientinnen in der Praxis ohnehin nicht möglich sei.

Item zur Stichprobenbeschreibung (Beteiligungspräferenz)

Wie wichtig war es Ihnen, sich an den entscheidenden Fragen zur Operation zu beteiligen (z. B. Operationsmethode, Umfang der Gebärmutterentfernung)?

- Sehr wichtig
- Eher wichtig
- Eher unwichtig
- Sehr unwichtig

Das Gremium gab zu bedenken, dass mit diesem Item zwei Ebenen thematisiert werden, nämlich a) der Leistungserbringer informiert sich über die Entscheidungspräferenz der Patientin im Vorfeld der Operation und b) der Fragebogen erfragt die Entscheidungspräferenz der Patientin im Nachgang. Das Item sei daher nicht eindeutig. Weiterhin merkten einige Expertinnen und Experten an, dass die Formulierung „sich an den entscheidenden Fragen zur Operation zu beteiligen“ schwierig zu verstehen/beantworten sei und daher zu „sich an der Entscheidungsfindung zu beteiligen“ geändert werden solle. Die Expertinnen und Experten stimmten dem Vorschlag des IQTIG

zu, das Item zur Beteiligungspräferenz zu streichen (bzw. ggf. im SDM-Block noch einmal zu prüfen) und dafür ein neues Item zur Ankündigung einer Entscheidung im Fragebogen aufzunehmen.

Weitere Themen zur Diskussion

Ankündigung einer Entscheidung

Die Expertinnen und Experten plädierten dafür, ein Item in den Fragebogen aufzunehmen, welches die Ankündigung einer Entscheidung thematisiert. Unterstützend wurde geraten, einen Hinweis zur Planbarkeit des Eingriffs (elektiver Charakter) und die Möglichkeit der Patientenbeteiligung zu Beginn des Fragebogens (z. B. in einem grauen Kasten) aufzunehmen.

Zweitmeinung

Einige Expertinnen und Experten sprachen sich dafür aus, ein Item in den Fragebogen aufzunehmen, welches abfragt, ob die Patientinnen darauf hingewiesen wurden, dass sie das Recht haben, eine zweite Meinung einzuholen (gemäß der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren). Das IQTIG gab zu bedenken, dass bei der Formulierung eines solchen Items die Abgrenzung einer Zweitmeinung im Sinne der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (inkl. deren Anforderungen) und einer von den Patientinnen empfundenen Zweitmeinung besonders wichtig sei. Zur Prüfung einer eindeutigen Formulierung soll dazu eine umfassende kognitive Testung mit Patientinnen durchgeführt werden. Weiterhin kündigte das IQTIG an zu prüfen, welche Aufklärungspflichten den stationären Leistungsbringern in der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren zugeschrieben wird.

Entscheidungshilfen

Einige Expertinnen und Experten regten weiterhin dazu an, ein Item zur Prüfung erhaltener Informationen bezüglich der Verwendung von Entscheidungshilfen in den Fragebogen aufzunehmen. Dies solle insbesondere im Sinne der Qualitätsförderung geschehen. Das IQTIG nahm diesen Vorschlag an und kündigte an, ein solches Item ebenfalls konkret im Sinne einer kognitiven Testung mit Patientinnen auf die eindeutige Verständlichkeit zu prüfen.

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

Expertinnen und Experten	Funktion im Expertengremium
Frau Petra Bentz	Patientenvertreterin
Herr Prof. Dr. Gerhard Gebauer	medizinische Expertise
Frau Dr. Iris Hahn	medizinische Expertise
Herr Prof. Dr. Hermann Hertel	medizinische Expertise
Frau Dr. Julia Kreuzhof	medizinische Expertise
Frau Natascha Lowitzki	Patientenvertreterin
Frau Cordula Mühr	Patientenvertreterin
Frau Dr. Franziska Prütz	wissenschaftliche Expertise
Frau Dr. Heike Staudt-Grauer	medizinische Expertise
Zusätzliche Experten der zweiten Sitzung des Gremiums	
Herr Prof. Dr. Martin Härter	wissenschaftliche Expertise
Herr Prof. Dr. David Klemperer	wissenschaftliche Expertise
Herr Dr. Fülöp Scheibler	wissenschaftliche Expertise

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

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

Auf Grundlage der Beratungen durch das Expertengremium, der Erkenntnisse aus den schriftlichen Stellungnahmen sowie der Itementwicklung wurden die Qualitätsmerkmale durch das IQTIG geprüft. Dabei wurden 3 der ursprünglich 14 Qualitätsmerkmale ausgeschlossen. Bei 11 Qualitätsmerkmalen wurden Änderungen im Titel bzw. der Beschreibung vorgenommen. 2 Qualitätsmerkmale wurden neu aufgenommen. Für die modifizierten und neu aufgenommenen Qualitätsmerkmale sind die Eignungskriterien und die projektspezifischen Anforderungen (weiterhin) erfüllt. Tabelle 1 führt alle Qualitätsmerkmale sowie die zentralen Veränderungen auf, die sich aus den oben genannten Entwicklungsschritten ergaben. Eine Übersicht der verbleibenden, eingeschlossenen 13 Qualitätsmerkmale gibt Tabelle 4 in Abschnitt 8.4 des Abschlussberichts.

Tabelle 1: Übersicht zentraler Veränderungen der Qualitätsmerkmale

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) ¹	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung ²
Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung			
Qualitätsmerkmal 1.1: Aufklärung zur Wirkung	✓	<p>EG: Die Expertinnen und Experten hoben die Bedeutung dieses Qualitätsmerkmals hervor. Es wurde aber darauf hingewiesen, dass die Bezeichnung „positive Auswirkungen auf die Symptome“ nicht neutral sei. Es wurde daher vorgeschlagen, dass über die zu erwartenden Auswirkungen auf die Symptome aufzuklären sei. Das Qualitätsmerkmal wurde dahingehend angepasst.</p> <p>WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.</p>	<p>MB: Leitlinien sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation über die angestrebte Wirkung der Hysterektomie aufzuklären <i>aufgeklärt</i> hat. Dies umfasst insbesondere die positive <i>positive</i> zu erwartende Auswirkung auf die Symptome und die damit verbundene Verbesserung der Lebensqualität (ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, Kives und Lefebvre 2018, NICE 2019, RANZCOG 2021).</p>
Qualitätsmerkmal 1.2: Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen	✓	<p>EG: Das Expertengremium stufte dieses Qualitätsmerkmal als äußerst relevant ein. Die Expertinnen und Experten zeigten aber auf, dass sowohl über die unmittelbaren Risiken einer Operation als auch über die mittelbaren Folgen einer Hysterektomie aufgeklärt werden sollte. Zudem wies das Expertengremium da-</p>	<p>MB: Recherchierte Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive und die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews machen deutlich, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen</p>

¹ Die Itementwicklung umfasst den Prozess der Operationalisierung der Items, das zweite Treffen des Expertengremiums und die dreistufige Pretestung.

² Textstellen, die modifiziert bzw. neu hinzugefügt wurden, werden in kursiver Schrift dargestellt.

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) ¹	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung ²
		<p>rauf hin, dass die Aufklärung über psychische Belastungen als mögliche Folge einer Hysterektomie deutlicher hervorgehoben werden solle. Die Anmerkungen wurden für das Qualitätsmerkmal entsprechend umgesetzt.</p> <p>WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.</p> <p>SN: Aus den Stellungnahmen ging hervor, dass auch die Nennung der Ereignishäufigkeiten der Risiken der Operation entscheidend sei, um eine adäquate Risikoabwägung vornehmen zu können. Dieser Hinweis wurde daher in die Merkmalsbeschreibung eingearbeitet.</p> <p>IE: Im zweiten Treffen des Expertengremiums wurde deutlich, dass die Thematik möglicher Auswirkungen der Hysterektomie auf die Sexualität gezielt aufgegriffen werden sollte. Mögliche Beeinträchtigungen der Sexualität würden eine Sonderstellung zwischen körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen einnehmen und müssten gesondert abgefragt werden. Dieser Hinweis wurde entsprechend in die Merkmalsbeschreibung aufgenommen. Ergänzend wurde die Formulierung der Merkmalsbeschreibung dahingehend präzisiert, dass der Begriff „mittelbare“ in Klammern</p>	<p>vor der Operation über die Risiken und Nebenwirkungen der Hysterektomie aufzuklären aufgeklärt hat (Bossick et al. 2018, Jacobs et al. 2021). Die Aufklärung schließt zum einen unmittelbare Risiken der Operation (z. B. mögliche Komplikationen während der Operation (NICE 2019, NICE 2021) sowie deren Ereignishäufigkeiten) und zum anderen (mittelbare) Folgen einer Hysterektomie (z. B. den Verlust der Fruchtbarkeit, ein ggf. verfrühtes Einsetzen der Menopause, psychische Belastungen und den Verlust der Fruchtbarkeit, die möglichen Auswirkungen auf die Sexualität) (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology 2021, Bossick et al. 2018, ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, Kives und Lefebvre 2018, NICE 2021, Pakbaz et al. 2017, RANZCOG 2021, Thurston et al. 2019) ein. Daran anschließend sollte auch darüber aufgeklärt werden, dass psychische Belastungen Folgen einer Hysterektomie sein können.</p>

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) ¹	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung ²
		<p>gesetzt wurde, um dem Zusammenhang mit dem in der Klammer stehenden Beispiel „den Verlust der Fruchtbarkeit“, das eher als unmittelbare Folge einer Hysterektomie verstanden werden kann, inhaltlich besser gerecht zu werden. Das Beispiel „den Verlust der Fruchtbarkeit“ wurde zudem in der Klammer nach vorne verschoben.</p>	
<p>Qualitätsmerkmal 1.3: Aufklärung über alternative Behandlungsoptionen</p>	<p>✓</p>	<p>EG: Die Expertinnen und Experten hoben hervor, dass eine Aufklärung über alternative Behandlungsoptionen meist im ambulanten Sektor erfolge. Dennoch müssen alternative Behandlungsoptionen im Rahmen des Aufklärungsgesprächs thematisiert werden. Die Expertinnen und Experten schlugen vor, dass sich die Ärztin / der Arzt zunächst nur vergewissern müsse, ob eine entsprechende Aufklärung im ambulanten Sektor erfolgte. Ist dies nicht der Fall, so müsse die Ärztin / der Arzt selbst über Behandlungsoptionen aufklären oder die Patientinnen an eine entsprechende Fachärztin / einen entsprechenden Facharzt verweisen. Zudem merkten die Expertinnen und Experten an, dass die Aufklärung über die Vor- und Nachteile aufgrund von z. B. fehlender Erfahrung (mit z. B. konservativen/nicht invasiven Behandlungsmethoden) zu den einzelnen Behandlungsoptionen nicht immer möglich sei, und plädierten für die Streichung des Zusatzes. Zudem waren die Expertinnen und Experten der Ansicht, der Begriff</p>	<p>MT: Aufklärung zu über alternative Behandlungsoptionen Behandlungsmöglichkeiten</p> <p>MB: Recherchierte Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive und die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass sich die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob sich die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bei den Patientinnen die Patientinnen vor der Operation darüber aufgeklärt zu vergewissern vergewissert hat, dass diese darüber aufgeklärt wurden, welche alternativen Behandlungsmöglichkeiten Behandlungsoptionen zur Hysterektomie möglich sind, und es gibt (ACOG Committee on Practice Bulletins–Gynecology/AUGS 2019 [Reaffirmed 2021], Auclair et al. 2019, Bossick et al. 2018, Jacobs et al. 2021, McCarus et al. 2019, NICE 2019, NICE 2021, Zandstra et al. 2017). Sollten die Patientinnen nicht bereits darüber aufgeklärt worden sein, so sind diese entweder durch die Ärztin / den Arzt im Krankenhaus</p>

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) ¹	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung ²
		<p>„alternativen“ sei inhaltlich nicht deutlich. Die Anmerkungen des Expertengremiums wurden für das Qualitätsmerkmal entsprechend umgesetzt.</p> <p>WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.</p>	<p>bzw. die Belegärztin / der Belegarzt selbst aufzuklären oder an entsprechende Fachärztinnen und Fachärzte zu verweisen. ob eine Erläuterung der jeweiligen Vor- und Nachteile erfolgt ist.</p>
Qualitätsmerkmal 1.4: Aufklärung zum operativen Vorgehen	✓	<p>EG: Das Expertengremium wies darauf hin, dass sich während der Operation der geplante Ablauf ändern könne. Daher schlugen die Expertinnen und Experten vor, dass Patientinnen darüber aufgeklärt werden sollten, wie die Operation ablaufen kann. Zudem wurde angeregt, das Beispiel beim Umfang der Gebärmutterentfernung durch die Eileiter zu ergänzen und „die Entfernung angrenzender Geschlechtsorgane“ als weiteren Aufklärungsinhalt zum Verlauf der Operation zu streichen. Die Anmerkungen aus dem Expertengremium wurden für das Qualitätsmerkmal entsprechend umgesetzt.</p> <p>Weiterhin wurde vom Expertengremium darauf hingewiesen, dass die Dauer der Operation in Abgrenzung zu den anderen Themen nicht Inhalt des operativen Vorgehens sei. Schließlich wurde die Dauer der Operation aus dem vorliegenden Qualitätsmerkmal herausgenommen und in ein neues Qualitätsmerkmal überführt.</p>	<p>MB: Aus den recherchierten Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive, Publikationen zur Versorgungssituation und den selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews wird deutlich, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation darüber aufzuklären aufgeklärt hat, wie die Operation ablaufen wird kann (Bossick et al. 2018, Collins et al. 2020, Radosa et al. 2016). Dies umfasst u. a. die Art des vorgesehenen Zugangs (z. B. vaginal, abdominal) (Kives und Lefebvre 2018, NICE 2019) und den Umfang der Gebärmutterentfernung (z. B. inkl. Gebärmutterhals und/oder Eileiter) (Bossick et al. 2018, Collins et al. 2020, NICE 2021). bzw. die Entfernung angrenzender Geschlechtsorgane (z. B. Eierstöcke) oder die Dauer der Operation. Zudem sollten im Rahmen dessen die Vor- und Nachteile des jeweiligen Zugangs bzw. Umfangs er-</p>

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) ¹	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung ²
		<p>WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.</p> <p>IE: Im zweiten Treffen des Expertengremiums wurde deutlich, dass die Aufklärung über die Vor- und Nachteile des jeweiligen Zugangs bzw. Umfangs der Hysterektomie bei der Operationalisierung von Items adressiert werden sollte. Bezüglich des Umfangs der Hysterektomie (teilweise oder total) wurde angemerkt, dass die Aufnahme von Items anzuraten sei, die die Aufklärung zu den Vor- und Nachteilen einer totalen Hysterektomie sowie die umfängliche Aufklärung über die Risiken einer teilweisen Hysterektomie adressieren. Beide Methoden seien aufgrund der entstehenden Risiken bei einer teilweisen Hysterektomie (speziell bei der Zerkleinerung der Gebärmutter) nicht mehr als gleichwertig anzusehen. Diese Hinweise wurden entsprechend in der Merkmalsbeschreibung berücksichtigt. Ergänzend wurde die Formulierung „Zudem sollten die Aufklärungsinhalte“ hin zu „Zum besseren Verständnis können die Aufklärungsinhalte“ angepasst, um besser abzubilden, dass die Möglichkeit, aber nicht die Notwendigkeit der Verwendung von z. B. Abbildungen oder Modellen besteht.</p>	<p>läutert werden (NICE 2019, NICE 2021). Zum besseren Verständnis können Zudem sollten die Aufklärungsinhalte den Patientinnen visuell erläutert werden (z. B. anhand von Abbildungen oder Modellen) (Collins et al. 2020, McCarus et al. 2019).</p>

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) ¹	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung ²
-	✓	<p>EG: Wie zuvor bei den Beratungs- und Entwicklungsarbeiten zum Qualitätsmerkmal 1.4 „Aufklärung zum operativen Vorgehen“ dargestellt, wurde dort die Dauer der Operation als Aspekt ausgegliedert und in ein neues Qualitätsmerkmal 1.5 „Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation“ überführt. Zudem wurde das Qualitätsmerkmal 1.5 nach eingehender Beratung mit dem Expertengremium durch „Informationen zum organisatorischen Ablauf der Operation“ aus dem Qualitätsmerkmal 3.3 „Einbezug bei der Terminvereinbarung“ erweitert, der entsprechende Inhalt wurde dort gestrichen.</p> <p>WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.</p> <p>SN: Angeregt durch die Stellungnahmen wurden sprachliche Anpassungen und inhaltliche Konkretisierungen in der Merkmalsbeschreibung vorgenommen.</p>	<p>MT: 1.5 Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation</p> <p>MB: Eine Publikation zur Patientenperspektive und d Die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass das Personal im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt die Patientinnen vor der Operation darüber zu informieren hat, wie lange die Operation voraussichtlich dauern wird und welche organisatorischen Abläufe zu beachten sind (z. B. die Aufnahme im Krankenhaus das Benennen einer Ansprechperson (inkl. Kontaktdaten) (Collins et al. 2020) für eine spätere Terminvereinbarung (z. B. nach Inanspruchnahme einer Bedenkzeit), der voraussichtliche Operationsbeginn, die voraussichtliche Länge des Krankenhausaufenthalts, die Möglichkeiten für Besuche von Vertrauenspersonen nach der Operation).</p>

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) ¹	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung ²
Qualitätsmerkmal 1.5: Informationen zum Operateur	X	<p>EG: Dieses Qualitätsmerkmal wurde durch das gesamte Expertengremium als äußerst bedeutsam eingestuft. Es wurde aber angemerkt, dass sich die / der für die Operation vorgesehene Operateurin / vorgesehene Operateur aufgrund von z. B. Krankheitsausfall kurzfristig ändern könne, sodass eine weichere Formulierung für dieses Qualitätsmerkmal sinnvoll erscheint. Das Qualitätsmerkmal wurde entsprechend angepasst.</p> <p>WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert. Zudem erfolgte eine redaktionelle Anpassung des Titels (geschlechtergerechte Sprache).</p> <p>SN: In den Stellungnahmen wurde angemerkt, dass die Information, wer die Operation durchführt, durch Notfalloperationen und Verschiebungen im Operationsplan nicht immer eingehalten werden könne.</p> <p>IE: Im zweiten Treffen des Expertengremiums wurde deutlich, dass sich die Expertinnen und Experten hinsichtlich des zum Qualitätsmerkmal gehörenden Items nicht einig waren. Einige betonten die hohe Relevanz der Information, wer die Operation voraussichtlich durchführen wird, andere gaben zu bedenken, dass dies nicht mit der Organisation in den Krankenhäusern</p>	<p>MT: Informationen zur Operateurin / zum Operateur</p> <p>MB: Die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation darüber informieren soll informiert hat, wer die Operation durchführt voraussichtlich durchführen wird, sodass Vertrauen geschaffen und etwaige Ängste abgebaut werden können. Dies umfasst neben dem Namen auch Informationen zur beruflichen Stellung der / des Operierenden.</p>

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) ¹	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung ²
		vereinbar sei. Nach eingehender interner Prüfung und der erneuten Prüfung der Evidenz für die Information über die Operateurin / den Operateur wurde entschieden, das Qualitätsmerkmal bzw. das dazugehörige Item zu streichen.	
Qualitätsmerkmal 1.6: Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie	✓	<p>EG: Das Expertengremium hob hervor, dass Nachblutungen eine Komplikation und damit nicht regelhaft mit dem Heilungsprozess verknüpft seien. Die Nachblutungen wurden entsprechend gestrichen.</p> <p>WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.</p>	<p>MB: Eine recherchierte Publikation zur Patientenperspektive sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation darüber zu informieren informiert hat, zum einen wie der Heilungsprozess nach der Hysterektomie voraussichtlich verlaufen wird (z. B. zu erwartende Schmerzen, Nachblutungen) (Bossick et al. 2018) und zum anderen was zu beachten ist (z. B. Verhaltensregeln). Letzteres sollte den Patientinnen auch in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt werden.</p>

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) ¹	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung ²
Qualitätsmerkmal 1.7: Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie	X	<p>EG: Übereinstimmend wies das Expertengremium darauf hin, dass unterstützende Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie nicht diagnoseunabhängig seien. Daher wurde entschieden, das Qualitätsmerkmal nicht weiterzuführen.</p>	<p>MT: Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie</p> <p>MB: Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen vor der Operation darüber informiert hat, welche Behandlungsmöglichkeiten nach der Hysterektomie bestehen. Dies umfasst z. B. Informationen über mögliche krankheitsspezifische Folgebehandlungen oder Möglichkeiten von Rehabilitationsleistungen und Physiotherapie.</p>
-	✓	<p>SN: In den Stellungnahmen wurde darauf hingewiesen, dass auch Themen der Vollständigkeit und Rechtzeitigkeit erhaltener Information im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung einbezogen werden sollten.</p> <p>IE: Im Verlauf der Itementwicklung wurde die Formulierung von „Entscheidung“ auf „Entscheidungen“ präzisiert, um alle möglichen Entscheidungen im Rahmen einer Hysterektomie zu adressieren.</p>	<p>MT: 1.7 Umfang der Informationen für die Entscheidungen zur Hysterektomie</p> <p>MB: Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive und die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass Patientinnen umfänglich über die Operation (ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, Kives und Lefebvre 2018, NICE 2019, RANZCOG 2021) und die damit verbundenen (möglichen) Folgen (Bossick et al. 2018, Jacobs et al. 2021, NICE 2019, NICE 2021, ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology 2021, ESHRE Endometriosis Guideline Development Group 2022, Kives und Lefebvre 2018, Pakbaz et al. 2017, RANZCOG 2021, Thurston et al. 2019) informiert und aufgeklärt werden sollen. Daraus leitet</p>

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) ¹	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung ²
			sich ab, dass die Patientinnen befähigt sein sollen, bewusste und informierte Entscheidungen bezüglich einer Hysterektomie treffen zu können.
Qualitätsaspekt 2: Interaktion und Kommunikation			
Qualitätsmerkmal 2.1: Respektvolle und wertschätzende Kommunikation	✓	WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Erläuterungen und Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt. Zudem wurden die Adressaten konkretisiert.	MB: Publikationen zur Patientenperspektive sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews machen deutlich, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bei Gesprächen mit den Patientinnen in respektvoller und wertschätzender Art vorgehen soll umgegangen ist, sodass sich diese beispielsweise ernstgenommen und verstanden fühlen gefühlt haben und auf deren Ängste und Sorgen eingegangen wird wurde (Collins et al. 2020, Jacobs et al. 2021).
Qualitätsmerkmal 2.2: Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre	✓	EG: Das Expertengremium zeigte auf, dass die Zeit und Gelegenheit für das Stellen und Klären von Fragen sowie die Darlegung individueller Probleme und Sichtweisen vor der Operation gegeben sein soll. Das Qualitätsmerkmal wurde entsprechend angepasst. WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.	MB: Eine Publikation zur Patientenperspektive sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass die Gesprächsatmosphäre von der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus bzw. von der Belegärztin / dem Belegarzt Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Gesprächsatmosphäre von der Ärztin / dem Arzt so zu gestalten ist gestaltet wurde, dass die Patientinnen vor der Operation die Zeit und das Vertrauen zur jeweiligen Ärztin / zum jeweiligen Arzt im Krankenhaus bzw. zur

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) ¹	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung ²
		<p>IE: Im Rahmen der Itementwicklung wurde deutlich, dass die ursprüngliche Formulierung („Gelegenheit“) zwei Ebenen aufweist: Darunter kann verstanden werden, zum einen ob die Patientinnen überhaupt die Zeit und zum anderen ob sie das nötige Vertrauen hatten, um in den Gesprächen alles anzusprechen, was ihnen wichtig ist. Dies wurde bei der Merkmalsbeschreibung entsprechend berücksichtigt.</p>	<p><i>Belegärztin / zum Belegarzt Gelegenheit haben, ihre Fragen zu stellen und zu klären sowie ggf. individuelle Probleme und Sichtweisen darlegen und besprechen zu können (Collins et al. 2020).</i></p>
<p>Qualitätsmerkmal 2.3: Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen</p>	<p>✓</p>	<p>WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungsarbeiten wurde deutlich, dass die Wissensbestände nur eingeschränkt Rückschlüsse darauf zulassen, dass sich die Ärztin / der Arzt über das Verständnis der vermittelten Informationen rückversichern sollte. Zudem wurden im Rahmen der weiteren Entwicklungen der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert. Das Qualitätsmerkmal wurde entsprechend angepasst.</p>	<p>MB: <i>Aus einer recherchierten Publikation zur Patientensperspektive sowie den selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews wird deutlich, dass die von der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus bzw. von der Belegärztin / dem Belegarzt Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus sich vor der Operation bei den Patientinnen rückversichert hat, dass die vermittelten Informationen sprachlich und inhaltlich verständlich sein sollen waren (Jacobs et al. 2021).</i></p>

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) ¹	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung ²
Qualitätsmerkmal 2.4: Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt	✓	WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.	MB: Publikationen zur Patientenperspektive sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass das Personal des Krankenhauses bzw. die Belegärztin / der Belegarzt das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob das Personal des Krankenhauses die Patientinnen vor der Operation auf die Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt hinzuweisen hingewiesen hat (Collins et al. 2020, Jacobs et al. 2021).
Qualitätsaspekt 3: Gemeinsame Entscheidungsfindung Beteiligung von Patientinnen im Entscheidungsprozess			
Qualitätsmerkmal 3.1: Berücksichtigung von Präferenzen zum operativen Vorgehen	✓	EG: Das Expertengremium merkte an, dass neben den Präferenzen zum operativen Vorgehen auch die Präferenzen der Patientinnen für die Entscheidung einer Hysterektomie an sich berücksichtigt werden sollten. Das Qualitätsmerkmal wurde entsprechend der Anmerkung angepasst. WE: Die Anpassung des Qualitätsmerkmals 1.4 „Aufklärung zum operativen Vorgehen“ wurde für dieses Qualitätsmerkmal entsprechend übernommen. Zudem wurden im Rahmen der weiteren Entwicklungen der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.	MT: Berücksichtigen Berücksichtigung von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie zum operativen Vorgehen MB: Aus Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive sowie den selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews wird deutlich, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Präferenzen der Patientinnen zu erfassen und bei der für die Entscheidungsfindung zu einer Hysterektomie und der Planung des operativen Vorgehens bezüglich des operativen Vorgehens zu berücksichtigen berücksichtigt hat (Bossick et al. 2018, NICE 2021, RANZCOG 2021, Zandstra et al. 2017). Letzteres umfasst Dies umfasst u. a. die Berücksichtigung der

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) ¹	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung ²
		<p>SN: In den Stellungnahmen wurde angemerkt, dass die Berücksichtigung von Präferenzen der Patientinnen das Erfragen von Präferenzen voraussetze. Dies wurde entsprechend in der Merkmalsbeschreibung berücksichtigt.</p>	<p>Präferenzen zur Art des vorgesehenen Zugangs (z. B. vaginal, abdominal) (NICE 2021) oder des Umfangs der Gebärmutterentfernung (z. B. inkl. Gebärmutterhals und/oder Eileiter) (NICE 2021) bzw. der Entfernung angrenzender Geschlechtsorgane (z. B. Eierstöcke).</p>
Qualitätsmerkmal 3.2: Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation	✓	<p>WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.</p> <p>IE: Im Rahmen der Itementwicklung erfolgte eine reaktionelle Anpassung der Formulierung „[...] und diese patientenindividuell ermöglicht wurde“ hin zu „Diese soll dann patientenindividuell ermöglicht werden“.</p>	<p>MB: Eine Publikation zur Patientenperspektive, Publikationen zur Versorgungssituation und die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus vor der Operation bei den Patientinnen nachzufragen nachgefragt hat, inwiefern Bedenkzeit benötigt wird. Diese soll dann patientenindividuell ermöglicht werden. und diese patientenindividuell ermöglicht wurde (Bossick et al. 2018, Hempowicz et al. 2013, Radosa et al. 2016).</p>
Qualitätsmerkmal 3.3: Einbezug bei der Terminvereinbarung	X	<p>EG: Die Expertinnen und Experten wiesen darauf hin, dass die Terminfindung nicht immer mit der Ärztin / dem Arzt erfolge. Aus diesem Grund wurde die Erweiterung dieses Qualitätsmerkmals auf das gesamte Krankenhauspersonal angeregt. Das Qualitätsmerkmal wurde entsprechend der Anmerkung angepasst.</p> <p>WE: Im Rahmen der weiteren Entwicklungen wurden der Merkmalsbeschreibung ergänzende Informationen</p>	<p>MB: Aus einer Publikation zur Patientenperspektive und den selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews wird deutlich, dass das Personal im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt Das Qualitätsmerkmal beschreibt, ob die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus die Patientinnen bei der Terminfindung für den Operationstermin einzubinden eingebunden hat (Collins et al. 2020). Dies umfasst u. a. die Berücksichtigung terminlicher Präferenzen der Patientinnen und</p>

Qualitätsmerkmal vor Modifikation	Einschluss (✓)/ Ausschluss (X)	Begründungen für den Ausschluss und für zentrale Modifikationen auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium (EG), weiterer Entwicklungen (WE), der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens (SN) und der Itementwicklung (IE) ¹	Modifizierter Titel (MT) und/oder modifizierte Beschreibung (MB) des Qualitätsmerkmals auf Basis der Beratungen durch das Expertengremium, weiterer Entwicklungen, der Stellungnahmen des Beteiligungsverfahrens und der Itementwicklung ²
		<p>zu den zugrunde liegenden Quellen hinzugefügt und die Adressaten konkretisiert.</p> <p>Zudem wurde im Rahmen der Beratungs- und Entwicklungsarbeiten deutlich, dass bei diesem Qualitätsmerkmal eine inhaltliche Überschneidung mit dem Qualitätsmerkmal 1.5 „Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation“ vorliegt. Aus diesem Grund wurden Themen zum organisatorischen Ablauf (wie z. B. das Benennen einer Ansprechperson) aus diesem Qualitätsmerkmal ausgegliedert und in das Qualitätsmerkmal 1.5 überführt.</p> <p>SN: In den Stellungnahmen wurde darauf hingewiesen, dieses Qualitätsmerkmal ggf. entfallen zu lassen, da der Prozess der Behandlungsentscheidung und nicht die Organisation der Behandlung Gegenstand der Befragung sei.</p> <p>IE: Im Rahmen des zweiten Treffen des Expertengremiums wurde dafür plädiert, das Qualitätsmerkmal bzw. das dazugehörige Item aus dem Fragebogen zu streichen, da die inhaltliche Relevanz bzw. das Potenzial zur Verbesserung im Nachhinein als gering eingeschätzt wurde.</p>	<p>ggf. das Benennen einer Ansprechperson (inkl. Kontaktdaten) für eine spätere Terminvereinbarung (z. B. nach Inanspruchnahme einer Bedenkzeit).</p>

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

Qualitätsaspekt 1: Information und Aufklärung

Qualitätsmerkmal 1.1: Aufklärung zur Wirkung

Leitlinien sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt die Patientinnen vor der Operation über die angestrebte Wirkung der Hysterektomie aufzuklären hat. Dies umfasst insbesondere die zu erwartende Auswirkung auf die Symptome und die damit verbundene Verbesserung der Lebensqualität.³

Das Qualitätsmerkmal wird den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ und „Angemessenheit“ zugeordnet. Möglichst viele Patientinnen sollten über die zu erwartende Wirkung einer Hysterektomie aufgeklärt werden.

Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Gemäß Leitlinien sollte im Rahmen eines Informations- und Aufklärungsgesprächs über die Wirkung einer Hysterektomie aufgeklärt werden. Die Ergebnisse der Fokusgruppen/Einzelinterviews verdeutlichen zudem, dass es für Patientinnen wichtig war, über die angestrebte Wirkung einer Hysterektomie aufgeklärt zu werden.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. Die Auswertung der Fokusgruppen/Einzelinterviews zeigt, dass sich Patientinnen mit der Diagnose Endometriose häufiger nicht ausführlich genug über die Wirkung der Hysterektomie auf die bestehende Symptomatik aufgeklärt fühlten. Besonders wurde hier die fehlende Aufklärung darüber, dass eine positive Wirkung bei diesem spezifischen Krankheitsbild nicht vorausgesagt werden kann, kritisiert. Darüber hinaus wies das Expertengremium darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.

³ Die Merkmalsbeschreibung der einzelnen Qualitätsmerkmale erfolgt hier nicht in ausführlicher Form, d. h. ohne Angabe von Quellen. Die vollständige Merkmalsbeschreibung für jedes Qualitätsmerkmal kann Kapitel 8 des Abschlussberichts entnommen werden.

- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Die Aufklärung zur Wirkung einer Hysterektomie kann verbal durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte direkt im Krankenhaus bzw. durch die Belegärztinnen und Belegärzte beim Informations- und Aufklärungsgespräch erfolgen und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

Qualitätsmerkmal 1.2: Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen

Recherchierte Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive und die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews machen deutlich, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt die Patientinnen vor der Operation über die Risiken und Nebenwirkungen der Hysterektomie aufzuklären hat. Die Aufklärung schließt zum einen unmittelbare Risiken der Operation (z. B. mögliche Komplikationen während der Operation sowie deren Ereignishäufigkeiten) und zum anderen (mittelbare) Folgen einer Hysterektomie (z. B. den Verlust der Fruchtbarkeit, ein ggf. verfrühtes Einsetzen der Menopause, die möglichen Auswirkungen auf die Sexualität) ein. Daran anschließend sollte auch darüber aufgeklärt werden, dass psychische Belastungen Folgen einer Hysterektomie sein können.

Das Qualitätsmerkmal wird den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ und „Angemessenheit“ zugeordnet. Möglichst viele Patientinnen sollten über die Risiken und Nebenwirkungen der Hysterektomie aufgeklärt werden.

Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Gemäß Leitlinien sollte über unmittelbare Risiken der Operation, aber auch über mittelbare Folgen einer Hysterektomie aufgeklärt werden. Auch die Analyse der Publikationen zur Patientenperspektive zeigt die Bedeutsamkeit der Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen für Patientinnen. Zudem wurde die Relevanz der Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen auch in den Fokusgruppen/Einzelinterviews deutlich.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. Die Analyse der Publikationen zur Patientenperspektive zeigt, dass eine Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen zwar meist erfolgt, diese aber aus Sicht der Patientinnen nicht ausführlich genug ist. Auch aus den Fokusgruppen/Einzelinterviews geht hervor, dass die Patientinnen die Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen nicht immer als vollständig erachten. Besonders im Hinblick auf mittelfristige Nebenwirkungen sowie psychische Faktoren der Hysterektomie werden die Patientinnen nicht immer ausführlich genug aufgeklärt. Zudem wies das Expertengremium darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Die Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen einer Hysterektomie kann verbal durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte direkt im Krankenhaus bzw. durch die Belegärztinnen und Belegärzte beim Informations- und Aufklärungsgespräch erfolgen und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

Qualitätsmerkmal 1.3: Aufklärung zu Behandlungsmöglichkeiten

Recherchierte Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive und die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass sich die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt bei den Patientinnen vor der Operation zu vergewissern hat, dass diese darüber aufgeklärt wurden, welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt. Sollten die Patientinnen nicht bereits darüber aufgeklärt worden sein, so sind diese entweder durch die Ärztin / den Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / den Belegarzt selbst aufzuklären oder an entsprechende Fachärztinnen und Fachärzte zu verweisen.

Das Qualitätsmerkmal wird den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ und „Angemessenheit“ zugeordnet. Möglichst viele Patientinnen sollten über die Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden.

Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Gemäß Leitlinien sollte über Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Auch die Analyse der Publikationen zur Patientenperspektive zeigt, dass eine Aufklärung über andere Behandlungsmöglichkeiten für Patientinnen relevant ist. Die Bedeutung für Patientinnen wurde zudem in den Fokusgruppen/Einzelinterviews unterstrichen.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. Publikationen zur Patientenperspektive zeigen auf, dass eine Aufklärung über zu Behandlungsmöglichkeiten nicht immer erfolgte. Zudem zeigen auch die Fokusgruppen/Einzelinterviews auf, dass eine Aufklärung über die Behandlungsmöglichkeiten nicht immer (im gewünschten Ausmaß) erfolgte. Schließlich wies das Expertengremium darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Die Aufklärung über die Behandlungsmöglichkeiten kann verbal durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte direkt im Krankenhaus bzw. durch die Belegärztinnen und Belegärzte beim Informations- und Aufklärungsgespräch erfolgen und ggf. mit schriftlichen Informationsmaterialien ergänzt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Ein-

führung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

Qualitätsmerkmal 1.4: Aufklärung zum operativen Vorgehen

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

Das Qualitätsmerkmal wird den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ und „Angemessenheit“ zugeordnet. Möglichst viele Patientinnen sollten über das operative Vorgehen aufgeklärt werden.

Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Gemäß Leitlinien sollte über das operative Vorgehen aufgeklärt werden. Publikationen zur Patientenperspektive sowie Publikationen zur Versorgungssituation weisen auf die Relevanz und Bedeutsamkeit der Aufklärung zum operativen Vorgehen hin. Unterstützt wird die Wichtigkeit dieses Themas auch durch Ausführungen in den Fokusgruppen/Einzelinterviews.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.

- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. Publikationen zur Versorgungssituation zeigen auf, dass sich die Patientinnen nicht immer ausreichend zum operativen Vorgehen aufgeklärt gefühlt haben. Publikationen zur Patientensperspektive zeigen ebenfalls, dass die Patientinnen nicht immer über das operative Vorgehen aufgeklärt werden. Zudem wies das Expertengremium darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Die Aufklärung zum operativen Vorgehen kann verbal durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte direkt im Krankenhaus bzw. durch die Belegärztinnen und Belegärzte beim Informations- und Aufklärungsgespräch erfolgen und ggf. mit (schriftlichen oder visuellen) Informationsmaterialien ergänzt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

Qualitätsmerkmal 1.5: Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation

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

Das Qualitätsmerkmal wird den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ und „Angemessenheit“ zugeordnet. Möglichst viele Patientinnen sollten über die Operationsdauer und den organisatorischen Ablauf informiert werden.

Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Fokusgruppen/Einzelinterviews zeigen die Bedeutsamkeit von Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation auf.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. Aus Fokusgruppen/Einzelinterviews wird deutlich, dass den Patientinnen nicht immer Informationen zur Operationsdauer oder zum organisatorischen Ablauf mitgeteilt wurden. Zudem wurden im Expertengremium keine Einwände bezüglich eines vorliegenden Verbesserungspotenzials vorgebracht.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Die Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation können verbal durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte direkt im Krankenhaus bzw. durch die Belegärztinnen und Belegärzte beim Informations- und Aufklärungsgespräch mitgeteilt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

Qualitätsmerkmal 1.6: Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie

Eine recherchierte Publikation zur Patientenperspektive sowie die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass die Ärztin / der Arzt im Krankenhaus bzw. die Belegärztin / der Belegarzt die Patientinnen vor der Operation darüber zu informieren hat, zum einen

wie der Heilungsprozess nach der Hysterektomie voraussichtlich verlaufen wird (z. B. zu erwartende Schmerzen) und zum anderen was zu beachten ist (z. B. Verhaltensregeln). Letzteres sollte den Patientinnen auch in schriftlicher Form zur Verfügung gestellt werden.

Das Qualitätsmerkmal wird den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ und „Angemessenheit“ zugeordnet. Möglichst viele Patientinnen sollten über den Heilungsverlauf nach der Hysterektomie informiert werden.

Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Informationen zum Heilungsverlauf wurden von Patientinnen in einer Publikation zur Patientenperspektive, aber auch in den Fokusgruppen/Einzelinterviews als bedeutsam identifiziert.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. Eine Publikation zur Patientenperspektive zeigt ein Informationsdefizit hinsichtlich des Heilungsverlaufs auf. Zudem wird in den Fokusgruppen/Einzelinterviews deutlich, dass ergänzende Materialien zum Heilungsverlauf von den Patientinnen zwar gewünscht, ihnen aber nicht gegeben wurden. Schließlich wies das Expertengremium darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Die Informationen zum Heilungsverlauf nach einer Hysterektomie können verbal durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte direkt im Krankenhaus bzw. durch die Belegärztinnen und Belegärzte beim Informations- und Aufklärungsgespräch mitgeteilt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

Qualitätsmerkmal 1.7: Umfang der Informationen für die Entscheidungen zur Hysterektomie

Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive und die selbst durchgeführten Fokusgruppen bzw. Einzelinterviews zeigen auf, dass Patientinnen umfänglich über die Operation und die damit verbundenen (möglichen) Folgen informiert und aufgeklärt werden sollen. Daraus leitet sich ab, dass die Patientinnen befähigt sein sollen, bewusste und informierte Entscheidungen bezüglich einer Hysterektomie treffen zu können.

Das Qualitätsmerkmal wird den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ und „Angemessenheit“ zugeordnet. Möglichst viele Patientinnen sollten umfänglich über die Operation und die damit verbundenen (möglichen) Folgen informiert und aufgeklärt werden.

Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Die umfängliche Information und Aufklärung zur Operation und die damit verbundenen (möglichen) Folgen wurden gemäß Leitlinien, in Publikationen zur Patientenperspektive, aber auch in den Fokusgruppen/Einzelinterviews als bedeutsam identifiziert.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. Leitlinien, Publikationen zur Patientenperspektive und die selbst durchgeführten Fokusgruppen/Einzelinterviews machen deutlich, dass Informations- und Aufklärungsdefizite bestehen (z. B. hinsichtlich der Wirkung der Hysterektomie, der Behandlungsmöglichkeiten, des Heilungsverlaufs oder des operativen Vorgehens). Zudem wurde im Expertengremium deutlich, dass ein Verbesserungspotenzial vorliegt bzw. keine Einwände hinsichtlich eines vorliegenden Verbesserungspotenzials bestehen.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Die umfängliche Information und Aufklärung zur Operation, welche die Patientinnen für die Entscheidung zur Hysterektomie benötigen, können verbal durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte direkt im Krankenhaus bzw. durch die Belegärztinnen und Belegärzte beim Informations- und Aufklärungsgespräch mitgeteilt werden. Das Qualitätsmerkmal ist somit durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

Qualitätsaspekt 2: Interaktion und Kommunikation

Qualitätsmerkmal 2.1: Respektvolle und wertschätzende Kommunikation

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

Das Qualitätsmerkmal wird der Dimension „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ zugeordnet. Mit möglichst vielen Patientinnen sollte in respektvoller und wertschätzender Art kommuniziert werden.

Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Die Analyse der Fokusgruppen/Einzelinterviews zeigt, dass den Patientinnen in den Gesprächen mit der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus ein respektvoller und wertschätzender Umgang sehr wichtig ist. Dabei sprachen die betroffenen Frauen davon, ernstgenommen zu werden und sich verstanden zu fühlen. Eine wertschätzende, ehrliche und empathische Kommunikation auf Augenhöhe war den Patientinnen dabei besonders wichtig.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.

- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. In Publikationen zur Patientenperspektive wird deutlich, dass die Kommunikation zwischen Patientin und Ärztin/Arzt nicht immer als gut charakterisiert wird. Auch zeigt sich, dass sich Patientinnen nicht immer ernstgenommen fühlen. Die Auswertung der Fokusgruppen/Einzelinterviews bestätigt dies und zeigt ergänzend auf, dass sich die Patientinnen nicht immer verstanden fühlen und sich häufig einen empathischeren Umgang wünschen. Schließlich wies das Expertengremium darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Gesprächssituation zwischen den Patientinnen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus bzw. den Belegärztinnen und Belegärzten und ist daher direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

Qualitätsmerkmal 2.2: Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre

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

Das Qualitätsmerkmal wird der Dimension „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ zugeordnet. Für möglichst viele Patientinnen sollte eine kommunikationsfördernde Gesprächsatmosphäre geschaffen werden.

Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Die Analyse der Fokusgruppen/Einzelinterviews zeigt, dass den Patientinnen insbesondere das räumliche Setting des Aufklärungsgesprächs wichtig war. Zudem betonten die Patientinnen, dass dem Gespräch ausreichend Zeit eingeräumt werden sollte und dass es sehr wichtig ist, Vertrauen zu der Ärztin / dem Arzt aufbauen zu können, um Fragen zu stellen, zu klären sowie ggf. individuelle Probleme und Sichtweisen darlegen und besprechen zu können.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. In einer Publikation zur Patientenperspektive zeigt sich, dass die Konsultation der Ärztin / des Arztes durch einen gewissen Zeitdruck charakterisiert ist. Dieser Eindruck wird durch die Ergebnisse der Fokusgruppen/Einzelinterviews gestützt. Zudem wies das Expertengremium darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Gesprächssituation zwischen den Patientinnen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus bzw. den Belegärztinnen und Belegärzten und ist daher direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

Qualitätsmerkmal 2.3: Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen

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

Das Qualitätsmerkmal wird der Dimension „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ zugeordnet. Für möglichst viele Patientinnen sollten die Informationen sprachlich und inhaltlich nachvollziehbar sein.

Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Eine Publikation zur Patientenperspektive zeigt die Wichtigkeit der sprachlichen Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen aus Sicht der Patientinnen auf. Die Ergebnisse der Fokusgruppen/Einzelinterviews zeigen zudem, dass es sowohl für die Patientinnen als auch für die Ärztinnen/Ärzte wichtig ist, dass die vermittelten Informationen inhaltlich verstanden wurden.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. Das Expertengremium wies darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Gesprächssituation zwischen den Patientinnen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus bzw. den Belegärztinnen und Belegärzten und ist daher direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

Qualitätsmerkmal 2.4: Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt

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

Das Qualitätsmerkmal wird der Dimension „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ zugeordnet. Möglichst viele Patientinnen sollten die Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt haben.

Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Publikationen zur Patientenperspektive betonen die Bedeutung der Mitnahme von Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit der Ärztin / dem Arzt. Auch die Analyse der Fokusgruppen/Einzelinterviews zeigt, dass sowohl Patientinnen als auch Ärztinnen und Ärzte es als wichtig ansehen, dass Patientinnen die Möglichkeit haben, Vertrauenspersonen mitzubringen.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. Den Befragten war wegen der Coronapandemie das Mitbringen von Angehörigen nicht erlaubt, sodass eine Einschätzung des Verbesserungspotenzial bei diesem Qualitätsmerkmal über die Fokusgruppen/Einzelinterviews nicht erfolgen konnte. Eine generelle Einschätzung über ein mögliches Verbesserungspotenzial – auch unabhängig von der Coronapandemie und entsprechenden Schutzmaßnahmen – erfolgte daher über das Expertengremium. Dieses Expertengremium wies darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Gesprächssituation zwischen den Patientinnen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus bzw. den Belegärztinnen und Belegärzten und ist daher direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.

- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP). Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

Qualitätsaspekt 3: Beteiligung von Patientinnen im Entscheidungsprozess

Qualitätsmerkmal 3.1: Berücksichtigung von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie

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

Das Qualitätsmerkmal wird den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ und „Angemessenheit“ zugeordnet. Die Präferenzen möglichst vieler Patientinnen sollten erfasst und berücksichtigt werden.

Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Gemäß Leitlinien sollten die Präferenzen der Patientinnen berücksichtigt werden. Publikationen zur Patientenperspektive heben zudem die Wichtigkeit der Berücksichtigung der Präferenzen hervor. Auch die Ergebnisse der Fokusgruppen/Einzelinterviews zeigen bezüglich der Berücksichtigung von Präferenzen zum operativen Vorgehen die Bedeutsamkeit für die Patientinnen auf.

- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. In Publikationen zur Patientenperspektive wird deutlich, dass die Berücksichtigung von Präferenzen zum operativen Vorgehen nicht immer in ausreichendem Maß erfolgt. Zudem wies das Expertengremium darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Einbindung der Patientinnen durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus bzw. durch die Belegärztinnen und Belegärzte. Somit ist das Qualitätsmerkmal direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP) oder die Durchführung interner Schulungen. Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

Qualitätsmerkmal 3.2: Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation

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

Das Qualitätsmerkmal wird den Dimensionen „Ausrichtung der Versorgungsgestaltung an den Patientinnen und Patienten“ und „Angemessenheit“ zugeordnet. Möglichst vielen Patientinnen sollte Bedenkzeit angeboten bzw. ermöglicht werden.

Eignung des Qualitätsmerkmals

Die Überprüfung, ob das Qualitätsmerkmal für die Qualitätssicherung geeignet ist, führte zu folgenden Ergebnissen.

- **Bedeutung für Patientinnen und Patienten:** Die Bedeutung für die Patientinnen wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. In Publikationen zur Patientenperspektive zeigt sich, dass den Patientinnen die Berücksichtigung des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation sehr wichtig ist. Auch die Ergebnisse der Fokusgruppen/Einzelinterviews zeigen diesbezüglich die Bedeutsamkeit auf.
- **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal:** Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
- **Potenzial zur Verbesserung:** Das Potenzial zur Verbesserung wird als gegeben eingeschätzt. Die Analyse der Fokusgruppen/Einzelinterviews zeigt, dass wenige Patientinnen nicht ausreichend Bedenkzeit vor der Operation erhalten und sich unter Druck gesetzt gefühlt haben. Überwiegend gaben die betroffenen Patientinnen an, keine Bedenkzeit benötigt zu haben. Dennoch wurde in den Aussagen deutlich, dass die Patientinnen zwar überwiegend das Gefühl hatten, eine Bedenkzeit einfordern zu können, diese ihnen aber selten ungefragt von ärztlicher Seite angeboten wurde. Zudem wies das Expertengremium darauf hin, dass für dieses Qualitätsmerkmal ein Verbesserungspotenzial vorliegt.
- **Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer:** Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt. Das Qualitätsmerkmal bezieht sich auf die Einbindung der Patientinnen durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus bzw. durch die Belegärztinnen und Belegärzte. Somit ist das Qualitätsmerkmal direkt durch den jeweiligen Leistungserbringer beeinflussbar und diesem zuschreibbar.
- **Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss:** Die Brauchbarkeit des Merkmals für mindestens einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Messung Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann. Geeignete Maßnahmen sind z. B. die Einführung einer Standard Operating Procedure (SOP). Die Ergebnisse eignen sich auch für externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen sowie zur Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen, insbesondere da es sich im Rahmen des QS-Verfahrens um planbare Eingriffe handelt. Da die Jahresauswertungen im auf das Erfassungsjahr folgenden Jahr zur Verfügung gestellt werden, sind die Indikatorergebnisse frühzeitig verfügbar. Damit sind Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung handlungsrelevant.

Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

In der Gesamtschau der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals wird dieses als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

Literatur

- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology; AUGS [American Urogynecologic Society] (2019 [Reaffirmed 2021]): ACOG Practice Bulletin No. 214. Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics & Gynecology* 134(5): e126–e142. DOI: 10.1097/aog.0000000000003519.
- ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists], Committee on Practice Bulletins–Gynecology (2021): ACOG Practice Bulletin No. 228. Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas. *Obstetrics & Gynecology* 137(6): e100–e115. DOI: 10.1097/aog.0000000000004401.
- Auclair, MH; Yong, PJ; Salvador, S; Thurston, J; Colgan, TTJ; Sebastianelli, A (2019): SOGC Clinical Practice Guideline No. 390. Classification and Management of Endometrial Hyperplasia. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 41(12): 1789–1800. DOI: 10.1016/j.jogc.2019.03.025.
- Bossick, AS; Sangha, R; Olden, H; Alexander, GL; Wegienka, G (2018): Identifying What Matters to Hysterectomy Patients: Postsurgery Perceptions, Beliefs, and Experiences. *JPCRR – Journal of Patient-Centered Research and Reviews* 5(2): 167–175. DOI: 10.17294/2330–0698.1581.
- Collins, E; Lindqvist, M; Mogren, I; Idahl, A (2020): Bridging different realities – a qualitative study on patients' experiences of preoperative care for benign hysterectomy and opportunistic salpingectomy in Sweden. *BMC: Women's Health* 20:198. DOI: 10.1186/s12905–020–01065–8.
- ESHRE [European Society of Human Reproduction and Embryology], Endometriosis Guideline Development Group (2022): Endometriosis. Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology [Full Guideline]. [Strombeek-Bever, BE]: ESHRE. URL: https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETRIOSIS-2022_2.pdf (abgerufen am: 04.04.2022).
- Hempowicz, C; Matthes, A; Radosa, M; Camara, O; Winzer, H; Reichelt, C; et al. (2013): Der Einfluss des ärztlichen Aufklärungsgespräches auf die postoperative Zufriedenheit und Lebensqualität von Patientinnen mit Uterus myomatosus nach Myomenukleation oder Hysterektomie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 63(9–10): 381–386. DOI: 10.1055/s-0033-1334951.
- Jacobs, K; Minakawa, A; Rao, SR; Kushalnagar, P (2021): A Mixed Methods Study of Hysterectomy in a U.S. Sample of Deaf Women Who Use American Sign Language. *Womens Health Reports* 2(1): 566–575. DOI: 10.1089/whr.2021.0081.
- Kives, S; Lefebvre, G (2018): SOGC Clinical Practice Guideline No. 238. Supracervical Hysterectomy. *JOGC – Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 40(7): e597–e604. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.04.033.

- McCarus, SD; Wiercinski, K; Heidrich, N (2019): Shared Decision-Making to Improve Patient Engagement in Minimally Invasive Hysterectomy. *Surgical Technology International* 34: 265-268.
- NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence] (2019): NICE National Guideline NG123. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management [Guidance]. Published: 02.04.2019, last updated: 24.06.2019, © 2021. [Manchester, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3319-8. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng123/resources/urinary-incontinence-and-pelvic-organ-prolapse-in-women-management-pdf-66141657205189> (abgerufen am: 01.04.2022).
- NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence] (2021): NICE National Guideline NG88. Heavy menstrual bleeding: assessment and management [Guidance]. Published: 14.03.2018, last updated: 24.05.2021, © 2021. [Manchester, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-2777-7. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng88/resources/heavy-menstrual-bleeding-assessment-and-management-pdf-1837701412549> (abgerufen am: 01.04.2022).
- Pakbaz, M; Rolfsman, E; Lofgren, M (2017): Are women adequately informed before gynaecological surgery? *BMC: Women's Health* 17:68. DOI: 10.1186/s12905-017-0426-7.
- Radosa, JC; Radosa, CG; Kastl, C; Mavrova, R; Gabriel, L; Graber, S; et al. (2016): Der Einfluss des präoperativen Entscheidungsfindungsprozesses auf das postoperative Outcome nach Hysterektomie aufgrund benigner uteriner Pathologien. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 76(4): 383-389. DOI: 10.1055/s-0041-110396.
- RANZCOG [Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists] (2021): Australien clinical practice guideline for the diagnosis and management of endometriosis. Melbourne, AU: RANZCOG. ISBN: 978-0-6450141-0-5. URL: <https://ranzcof.edu.au/statements-guidelines> [Gynaecology > Reproductive Endocrinology > Endometriosis Clinical Practice Guideline] (abgerufen am: 04.04.2022).
- Thurston, J; Murji, A; Scattolon, S; Wolfman, W; Kives, S; Sanders, A; et al. (2019): SOGC Clinical Practice Guideline No. 377. Hysterectomy for Benign Gynaecologic Indications. *JOGC - Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 41(4): 543-557. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.12.006.
- Zandstra, D; Busser, JAS; Aarts, JWM; Nieboer, TE (2017): Interventions to support shared decision-making for women with heavy menstrual bleeding: A systematic review. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 211: 156-163. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2017.02.026.

Anhang F: Itementwicklung

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

Instrument (Akronym)	Referenz	Zielpopulation	Eigenschaften
Prozessorientierte Fragebögen zum Thema Versorgung von Frauen mit einer Hysterektomie			
Patient-Reported Experience Measures Questionnaire	Janda et al. (2020)	Frauen nach Hysterektomie (in Queensland, Australien)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erfahrungen in der Krankenhausbehandlung ▪ Erfahrungen während der Genesungsphase zu Hause (Nachsorge) ▪ Erfahrungen die Operation betreffend ▪ 101 Items ▪ Originalversion in englischer Sprache; keine Übersetzungen verfügbar
Fragebögen zum Thema Information und Aufklärung zu gynäkologischen Operationen			
Studienfragebogen (ohne Titel)	Pakbaz et al. (2017)	Frauen mit geplanter Hysterektomie aufgrund eines Beckenorganprolaps (POP) oder einer Harninkontinenz (UI) in Schweden	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Messung der Qualität und des Umfangs erhaltener Informationen (zur Auswirkung auf die Harn-, Darm- und Sexualfunktion) vor einer gynäkologischen Operation bei gutartigen Indikationen ▪ Entwicklung und Validierung innerhalb eines Mixed-Methods-Designs ▪ 19 Items ▪ Originalversion in schwedischer und englischer Sprache

Instrument (Akronym)	Referenz	Zielpopulation	Eigenschaften
Fragebögen zum Thema Patientenbeteiligung			
Studienfragebogen (ohne Titel)	Hempowicz et al. (2013)	Patientinnen mit operativ behandeltem, symptomatischem Uterus myomatosus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ retrospektive Erhebung mit mittels eines für die Studie zusammengestellten Fragebogens ▪ erfragt präoperative Faktoren, die den Entscheidungsprozess zu einer minimal-invasiven Therapie beeinflussen bzw. kennzeichnen ▪ 8 Items sowie EQ-5D ▪ Studienfragebogen in deutscher Sprache
SDM-Q-9	Kriston et al. (2010)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogen zur partizipativen Entscheidungsfindung ▪ Übersetzung des theoretischen Shared-Decision-Making-Konzepts in praktisch umsetzbare Schritte ▪ 9 Items ▪ Originalversion in englischer Sprache; deutsche Übersetzung verfügbar (Scholl et al. 2011)
Encouragement Test (SURE Test)	Légaré et al. (2010)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Checkliste zum Treffen von gesundheitsbezogenen Entscheidungen ▪ 4 Items ▪ Originalversion in englischer und französischer Sprache; keine weiteren Übersetzungen verfügbar
Brief Subjective Decision Quality (BSDQ)	Resnicow et al. (2014)	Erwachsene Patientinnen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fragebogen zur Messung der Entscheidungsqualität ▪ entwickelt für Brustkrebspatientinnen, aber auch generisch einsetzbar ▪ 6 Items ▪ Originalversion in englischer Sprache; keine Übersetzungen verfügbar

Instrument (Akronym)	Referenz	Zielpopulation	Eigenschaften
CollaboRATE Scale	Elwyn et al. (2013)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PROM-Frageinstrument zur Messung von Shared Decision Making ▪ teilweise auch für Kinder (7-18 Jahre) und als Proxy-Instrument verfügbar ▪ 3 Items ▪ Originalversion in englischer Sprache; Übersetzungen in 11 Sprachen verfügbar (inkl. deutscher Version: Hahlweg et al. 2019)
Decision Regret Scale	Brehaut et al. (2003)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrument zur nachträglichen Messung der subjektiven Entscheidungsqualität ▪ 5 Items ▪ Originalversion in englischer Sprache; keine Übersetzungen verfügbar
Experienced Patient-Centeredness Questionnaire (EPAT)	Christalle et al. (2022)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 16 Dimensionen zur Abbildung der Patientenorientierung (z. B. <i>Kommunikation, Information, gemeinsame Entscheidungsfindung</i>) ▪ jede Dimension wird mit 4 Items operationalisiert (insgesamt 64 Items), Kurzversion mit 16 Items verfügbar ▪ Originalversion in deutscher Sprache
Perceived Involvement In Care Scales (PICS-Skalen)	Lerman et al. (1990)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Skalen messen die wahrgenommene Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in die Therapie ▪ Originalversion in englischer Sprache ▪ drei Subskalen in deutscher Version verfügbar: <i>Patientenaktivierung durch die Ärzte</i> (PAA: 5 Items), <i>das aktive Informationsverhalten des Patienten</i> (AIP: 4 Items) und <i>die Entscheidungsteilnahme des Patienten</i> (ETP: 4 Items) (Scheibler et al. 2004)

Instrument (Akronym)	Referenz	Zielpopulation	Eigenschaften
Observing Patient Involvement In Decision Making: OPTION Scale	Elwyn et al. (2005)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ misst, in welchen Maße Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten in Entscheidungsprozesse einbeziehen ▪ Beobachtungsskala; nicht patientenberichtet ▪ 12 Items ▪ Originalversion in englischer Sprache; deutsche Übersetzung verfügbar (Hirsch et al. 2012)
Fragebögen zum Thema Interaktion und Kommunikation			
Patient's Experience Questionnaire (PEQ)	Steine et al. (2001)	Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ thematisiert Erfahrungen bei ärztlichen Besuchen ▪ insgesamt 18 Items, davon 8 Items zu Interaktion und Kommunikation (Communication experience / Communication barriers) ▪ Originalversion in englischer Sprache
Kölner Patientenfragebogen (KPF)	Pfaff und Freise (2001)	Erwachsene Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ bildet die verschiedenen Krankenhausdimensionen wie <i>Krankenhausorganisation und -leistungen, Information und Kommunikation, Interaktionsqualität der Ärzte sowie Interaktionsqualität der Pflegekräfte, die Einbeziehung in die Behandlung, den Krankenhausaufenthalt insgesamt</i> und den <i>Behandlungserfolg</i> sowie die <i>Zufriedenheit</i> ab ▪ 69 Items, davon 5 Items zur Interaktionsqualität mit den Ärztinnen und Ärzten ▪ Originalversion in deutscher Sprache

Anhang F.2: Übersicht über die operationalisierten Items

Tabelle 1: Übersicht über die operationalisierten Items mit Zuordnung zum jeweiligen Qualitätsmerkmal und Qualitätsaspekt (vor Durchführung der Pretestungen)

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
1. Information und Aufklärung	1.1 Aufklärung zur Wirkung	4) Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, was die Entfernung der Gebärmutter bewirken soll (Verbesserung der Symptome wie Schmerzen oder starke Blutungen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	1.2 Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen	6) Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können (z. B. Verletzung angrenzender Organe)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		7.1) Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, dass durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verwachsungen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		7.2) Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, dass die Entfernung der Gebärmutter Auswirkungen auf Ihre Sexualität haben kann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		7.3) Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, dass infolge der Entfernung der Gebärmutter psychische Belastungen auftreten können (z. B. Veränderung des Selbstbildes als Frau oder des Körpergefühls)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		8) Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, dass es nach der Entfernung der Gebärmutter nicht mehr möglich ist, Kinder zu bekommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
	1.3 Aufklärung zu Behandlungsmöglichkeiten	3) Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, welche anderen Behandlungsmöglichkeiten außer der Entfernung der Gebärmutter für Sie infrage kommen (d. h. gebärmuttererhaltende Verfahren wie z. B. die Einnahme von Medikamenten)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		5) Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, was es bedeutet, wenn die Operation nicht durchgeführt wird?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		1) Zur Behandlung gutartiger Erkrankungen der Gebärmutter kann eine Operation zur Entfernung der Gebärmutter durchgeführt werden. Da diese Operation nicht notfallmäßig durchgeführt wird, besteht die Möglichkeit, die Patientinnen in die Entscheidung zur Durchführung der Operation miteinzubeziehen. Hat Ihnen die Ärztin oder der Arzt vor der Operation mitgeteilt, dass eine grundsätzliche Entscheidung zur Durchführung der Operation getroffen werden muss?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		2) Hat Ihnen die Ärztin oder der Arzt mitgeteilt, dass Ihre Sichtweise für die Entscheidung zur Durchführung der Operation ausschlaggebend ist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
1.4 Aufklärung zum operativen Vorgehen		11) Es gibt grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten, die Gebärmutter zu entfernen (z. B. über die Scheide, Bauchspiegelung/Schlüssellochoperation, Bauchschnitt). Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, welche Operationsmethoden für Sie infrage kommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		12) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile die möglichen Operationsmethoden haben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
		<p>14) Je nachdem, warum die Gebärmutter entfernt werden soll, besteht die Möglichkeit, sie vollständig oder teilweise (z. B. mit Erhalt des Gebärmutterhalses) zu entfernen. Manchmal werden auch die Eierstöcke und die Eileiter mitentfernt.</p> <p>Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden kann (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		15) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine vollständige Entfernung der Gebärmutter hat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		16) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine teilweise Entfernung der Gebärmutter hat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
	1.5 Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation	18) Wurden Sie vor der Operation von der Ärztin oder dem Arzt darüber informiert, wie lange die Operation ungefähr dauern wird?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
	1.6 Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie	9) Wurden Sie vor der Operation von der Ärztin oder dem Arzt darüber informiert, wie lange Sie sich nach der Operation voraussichtlich schonen müssen (z. B. Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
	1.7 Umfang der Informationen für die Entscheidung zur Hysterektomie	20) Wenn Sie nun an die Entscheidung zur Entfernung der Gebärmutter insgesamt denken: Haben Sie von der Ärztin oder dem Arzt die Informationen erhalten, die Sie für Ihre Entscheidung benötigt haben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
2. Interaktion und Kommunikation	2.1 Respektvolle und wertschätzende Kommunikation	26.1) Hat die Ärztin oder der Arzt Sie ernst genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		26.2) Hat die Ärztin oder der Arzt Ihnen aufmerksam zugehört?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
	2.2 Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre	24) Hatten Sie die Zeit mit der Ärztin oder dem Arzt über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		25) Hatten Sie das Vertrauen zu der Ärztin oder dem Arzt, um über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war (z. B. auch intime und schwierige Themen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
	2.3 Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen	23) Haben Sie die Informationen, die Sie von der Ärztin oder dem Arzt erhalten haben, verstanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
	2.4 Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt	27) Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch bzw. die Gespräche einzubeziehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
3. Gemeinsame Entscheidungsfindung	3.1 Berücksichtigen von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie	13) Hat die Ärztin oder der Arzt Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		17) Hat die Ärztin oder der Arzt Sie in die Entscheidung über den Umfang der Gebärmutterentfernung einbezogen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
	3.2 Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation	19) Hat Ihnen die Ärztin oder der Arzt vor der Operation Bedenkzeit angeboten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>

Tabelle 2: Variablen zur Berechnung einer Kennzahl (vor Durchführung der Pretestungen)

Variablenbezeichnung	Item	Antwortmöglichkeit
Zweitmeinung	<p>21) Zur Unterstützung bei der Entscheidung zur Gebärmutterentfernung kann es hilfreich sein, sich eine „Zweitmeinung“ einzuholen. Das bedeutet, dass ein zusätzliches Gespräch mit einer unabhängigen Ärztin oder einem unabhängigen Arzt geführt werden kann. Bitte beachten Sie, dass nicht jede Ärztin oder jeder Arzt eine offizielle „Zweitmeinung“ anbieten darf. Hierfür ist eine besondere Zulassung erforderlich.</p> <p>Wurden Sie von der Ärztin oder dem Arzt darauf hingewiesen, dass Sie die Möglichkeit haben, eine „Zweitmeinung“ einzuholen?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
Entscheidungshilfe	<p>10) Zur Unterstützung bei der Entscheidung zur Entfernung der Gebärmutter können auch schriftliche „Entscheidungshilfen“ genutzt werden. Diese können bei der Abwägung der Vor- und Nachteile einer Gebärmutterentfernung helfen und damit die Entscheidung erleichtern.</p> <p>Hat Ihnen die Ärztin oder der Arzt eine schriftliche „Entscheidungshilfe“ zur Verfügung gestellt?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>

Tabelle 3: Variablen zur Stichprobenbeschreibung (vor Durchführung der Pretestungen)

Variablenbezeichnung	Item	Antwortmöglichkeit
Alter	30) In welchem Jahr sind Sie geboren?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angabe des Geburtsjahres
Bildungsgrad	33) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schülerin, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule ▪ Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss ▪ Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder gleichwertiger Abschluss ▪ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse ▪ Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss ▪ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse ▪ Fachhochschulreife ▪ Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ▪ Einen anderen Schulabschluss
Erwerbssituation	34) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schülerin oder Studentin ▪ Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) ▪ Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden) ▪ Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) ▪ Arbeitslos ▪ Altersrente ▪ Erwerbsunfähigkeitsrente ▪ Hausfrau ▪ Ausbildung, Umschulung ▪ Wiedereingliederungsmaßnahme ▪ Sonstiges

Variablenbezeichnung	Item	Antwortmöglichkeit
Deutschkenntnisse	31) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein
	32) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein? Meine Deutschkenntnisse sind:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sehr gut ▪ Eher gut ▪ Eher schlecht ▪ Sehr schlecht
Diagnose	29) Warum wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gutartige Neubildung(en) / Myome ▪ Organsenkung / Beckenbodenprolaps ▪ Endometriose / Adenomyose ▪ Menstruationsbeschwerden (z. B. übermäßige Blutungen oder Schmerzen) ▪ Eine oder mehrere entzündliche Erkrankungen der Gebärmutter ▪ Eine andere gutartige Erkrankung der Gebärmutter ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>
Hilfe beim Ausfüllen	35) Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt ▪ Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt ▪ Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt
Erinnerungszeitraum	28) Wie lange liegt Ihre Operation zur Gebärmutterentfernung zurück?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weniger als zwei Wochen ▪ Zwei Wochen bis weniger als vier Wochen ▪ Vier Wochen bis weniger als acht Wochen ▪ Acht Wochen bis weniger als zwölf Wochen ▪ Zwölf Wochen oder länger ▪ <i>Weiß nicht mehr</i>

Tabelle 4: Variable zur Erfassung der Beteiligungspräferenz (vor Durchführung der Pretestungen)

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

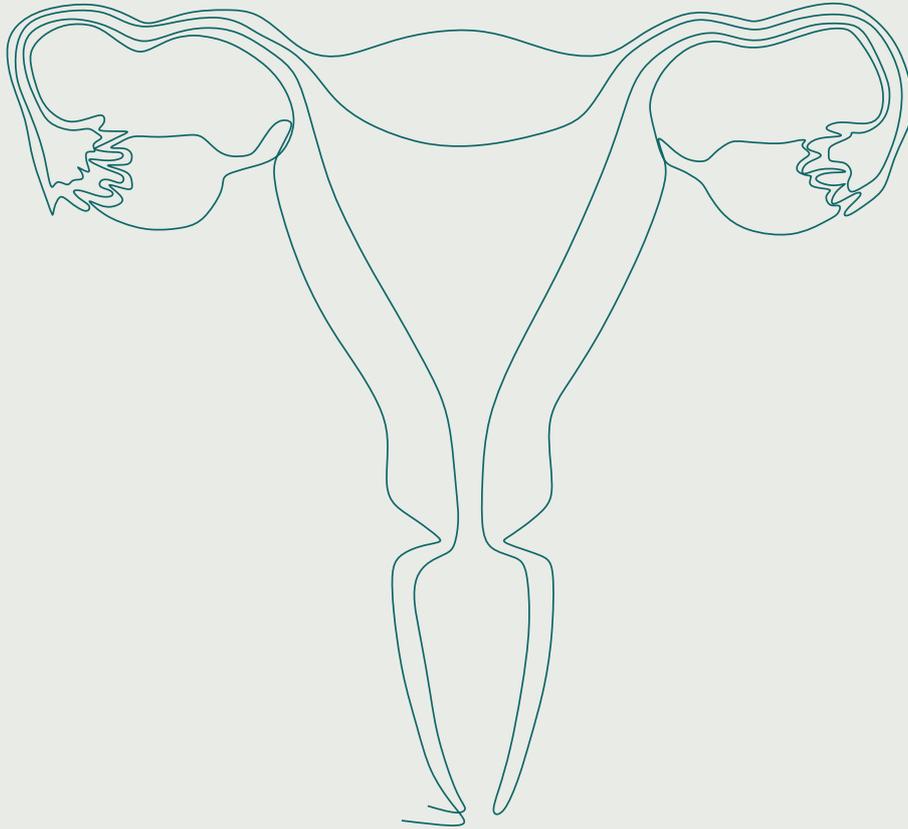
Literatur

- Brehaut, JC; O'Connor, AM; Wood, TJ; Hack, TF; Siminoff, L; Gordon, E; et al. (2003): Validation of a Decision Regret Scale. *Medical Decision Making* 23(4): 281-292. DOI: 10.1177/0272989X03256005.
- Christalle, E; Zeh, S; Hahlweg, P; Kriston, L; Härter, M; Zill, J; et al. (2022): Development and content validity of the Experienced Patient-Centeredness Questionnaire (EPAT)—A best practice example for generating patient-reported measures from qualitative data. *Health Expect* 25(4): 1529-1538. DOI: 10.1111/hex.13494.
- Elwyn, G; Hutchings, H; Edwards, A; Rapport, F; Wensing, M; Cheung, W-Y; et al. (2005): The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expectations* 8(1): 34-42. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2004.00311.x.
- Elwyn, G; Barr, PJ; Grande, SW; Thompson, R; Walsh, T; Ozanne, EM (2013): Developing CollaboRATE: A fast and frugal patient-reported measure of shared decision making in clinical encounters. *Patient Education and Counseling* 93(1): 102-107. DOI: 10.1016/j.pec.2013.05.009.
- Hahlweg, P; Zeh, S; Tillenburger, N; Scholl, I; Zill, J; Dirmaier, J; et al. (2019): Translation and psychometric evaluation of collaboRATETM in Germany – a 3-item patient-reported measure of shared decision-making. 10th International Shared Decision-Making Conference. Quebec City, CA. URL: http://www.glynelwyn.com/uploads/2/4/0/4/24040341/20180420_collaborate_german_version.pdf (abgerufen am: 25.10.2023).
- Hempowicz, C; Matthes, A; Radosa, M; Camara, O; Winzer, H; Reichelt, C; et al. (2013): Der Einfluss des ärztlichen Aufklärungsgespräches auf die postoperative Zufriedenheit und Lebensqualität von Patientinnen mit Uterus myomatosus nach Myomenukleation oder Hysterektomie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 63(9-10): 381-386. DOI: 10.1055/s-0033-1334951.
- Hirsch, O; Keller, H; Müller-Engelmann, M; Gutenbrunner, MH; Krones, T; Donner-Banzhoff, N (2012): Reliability and validity of the German version of the OPTION scale. *Health Expectations* 15(4): 379-388. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2011.00689.x.
- Janda, M; Armfield, NR; Kerr, G; Kurz, S; Jackson, G; Currie, J; et al. (2020): Patient-Reported Experiences After Hysterectomy: A Cross-Sectional Study of the Views of Over 2300 Women. *Journal of Patient Experience* 7(3): 372-379. DOI: 10.1177/2374373519840076.
- Kriston, L; Scholl, I; Hölzel, L; Simon, D; Loh, A; Härter, M (2010): The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Education and Counseling* 80: 94-99. DOI: 10.1016/j.pec.2009.09.034.

- Légaré, F; Kearing, S; Clay, K; Gagnon, S; D'Amours, D; Rousseau, M; et al. (2010): Are you SURE?. Assessing patient decisional conflict with a 4-item screening test. *Canadian Family Physician* 56(8): e308–e314. URL: <https://www.cfp.ca/content/cfp/56/8/e308.full.pdf> (abgerufen am: 26.10.2023).
- Lerman, CE; Brody, DS; Caputo, GC; Smith, DG; Lazaro, CG; Wolfson, HG (1990): Patients' Perceived Involvement in Care Scale: Relationship to Attitudes about Illness and Medical Care. *Journal of General Internal Medicine* 5(1): 29–33. DOI: 10.1007/bf02602306.
- Pakbaz, M; Rolfsman, E; Lofgren, M (2017): Are women adequately informed before gynaecological surgery? *BMC: Women's Health* 17:68. DOI: 10.1186/s12905-017-0426-7.
- Pfaff, H; Freise, DC (2001): Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Skalen und Indizes. Kapitel 7. In: Pfaff, H; Freise, DC; Mager, G; Schrappe, M; Hrsg.: *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*. [Stand:] Oktober 2001. (Forschungsbericht 1-2001). Köln: Universität zu Köln, Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene, 101-135.
- Resnicow, K; Abrahamse, P; Tocco, RS; Hawley, S; Griggs, J; Janz, N; et al. (2014): Development and psychometric properties of a brief measure of subjective decision quality for breast cancer treatment. *BMC: Medical Informatics and Decision Making* 14:110. DOI: 10.1186/s12911-014-0110-x.
- Scheibler, F; Freise, D; Pfaff, H (2004): Die Einbeziehung von Patienten in die Behandlung. Validierung der deutschen PICS-Skalen. *Journal of Public Health* 12(3): 199–209. DOI: 10.1007/s10389-004-0034-5.
- Scholl, I; Kriston, L; Härter, M (2011): PEF-FB-9 – Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (revidierte 9-Item-Fassung). *Klinische Diagnostik und Evaluation* 4: 46–49. URL: https://www.patient-als-partner.de/media/scholl_et_al_2011_manual_pef-fb-9.pdf (abgerufen am: 27.10.2023).
- Steine, S; Finset, A; Laerum, E (2001): A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. *Family Practice* 18(4): 410–418. DOI: 10.1093/fampra/18.4.410.

Anhang G: Kognitiver Pretest

Anhang G.1: Fragebogen zur Durchführung des kognitiven Pretests



Befragung

von Patientinnen nach einer
Gebärmutterentfernung

Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja

Nein

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja

Nein

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Situationen fragen, die Sie vielleicht erlebt haben, verwenden wir häufig die folgende Skala:

Immer	Meistens	Selten	Nie	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>				

Je nachdem, wie häufig die Situation in Ihrer Erinnerung vorkam, kreuzen Sie bitte „Immer“, „Meistens“, „Selten“ oder „Nie“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 555

E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org (Stichwort „QS Hysterektomie“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Die folgenden Fragen beziehen sich auf **Ihre Erfahrungen, die Sie im Rahmen der Aufklärung und Entscheidung zur Gebärmutterentfernung** gemacht haben.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen **nur** an das Gespräch bzw. die Gespräche, die Sie **in Vorbereitung** auf die Gebärmutterentfernung **mit einer Ärztin oder einem Arzt in dem Krankenhaus** geführt haben, in dem Sie operiert wurden.

Es kann auch sein, dass dieses Gespräch bzw. die Gespräche in einer Praxis stattgefunden haben, wenn die Ärztin oder der Arzt nur zur Durchführung der Operation ins Krankenhaus gekommen ist (**Belegärztin/Belegarzt**).

Nicht gemeint sind die Gespräche, die Sie vielleicht vorher mit Ihrer niedergelassenen Frauenärztin oder Ihrem niedergelassenen Frauenarzt geführt haben, wenn diese oder dieser Sie nicht operiert hat.

Informationen zur Gebärmutterentfernung

1) Zur Behandlung gutartiger Erkrankungen der Gebärmutter kann eine Operation zur Entfernung der Gebärmutter durchgeführt werden. Da diese Operation nicht notwendigerweise durchgeführt wird, besteht die Möglichkeit, die Patientinnen in die Entscheidung zur Durchführung der Operation miteinzubeziehen.

Hat Ihnen die Ärztin oder der Arzt vor der Operation mitgeteilt, dass eine grundsätzliche Entscheidung zur Durchführung der Operation getroffen werden muss?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

2) Hat Ihnen die Ärztin oder der Arzt mitgeteilt, dass Ihre Sichtweise für die Entscheidung zur Durchführung der Operation ausschlaggebend ist?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

3)	Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, welche anderen Behandlungsmöglichkeiten außer der Entfernung der Gebärmutter für Sie infrage kommen (d. h. gebärmuttererhaltende Verfahren wie z. B. die Einnahme von Medikamenten)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

4)	Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, was die Entfernung der Gebärmutter bewirken soll (Verbesserung der Symptome wie Schmerzen oder starke Blutungen)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

5)	Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, was es bedeutet, wenn die Operation nicht durchgeführt wird?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

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

7)	<p>Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, dass ...</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;"><i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein</th> <th style="width: 10%; text-align: center;"><i>Weiß nicht mehr</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">... durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verwachsungen)?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">... die Entfernung der Gebärmutter Auswirkungen auf Ihre Sexualität haben kann?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">... infolge der Entfernung der Gebärmutter psychische Belastungen auftreten können (z. B. Veränderung des Selbstbildes als Frau oder des Körpergefühls)?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>	... durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verwachsungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... die Entfernung der Gebärmutter Auswirkungen auf Ihre Sexualität haben kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	... infolge der Entfernung der Gebärmutter psychische Belastungen auftreten können (z. B. Veränderung des Selbstbildes als Frau oder des Körpergefühls)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>														
... durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verwachsungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
... die Entfernung der Gebärmutter Auswirkungen auf Ihre Sexualität haben kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
... infolge der Entfernung der Gebärmutter psychische Belastungen auftreten können (z. B. Veränderung des Selbstbildes als Frau oder des Körpergefühls)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

8)	<p>Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, dass es nach der Entfernung der Gebärmutter nicht mehr möglich ist, Kinder zu bekommen?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/></p>
----	--

9)	<p>Wurden Sie vor der Operation von der Ärztin oder dem Arzt darüber informiert, wie lange Sie sich nach der Operation voraussichtlich schonen müssen (z. B. Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit)?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/></p>
----	--

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

Informationen und Entscheidungen zur Operation

11)	<p>Es gibt grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten, die Gebärmutter zu entfernen (z. B. über die Scheide, Bauchspiegelung/Schlüssellochoperation, Bauchschnitt).</p> <p>Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, welche Operationsmethoden für Sie infrage kommen?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 12</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 14</p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 14</p>
-----	---

12)	<p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile die möglichen Operationsmethoden haben?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/></p>
-----	---

13)	<p>Hat die Ärztin oder der Arzt Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/></p>
-----	---

14)	<p>Je nachdem, warum die Gebärmutter entfernt werden soll, besteht die Möglichkeit, sie vollständig oder teilweise (z. B. mit Erhalt des Gebärmutterhalses) zu entfernen. Manchmal werden auch die Eierstöcke und die Eileiter mitentfernt.</p> <p>Hat die Ärztin oder der Arzt mit Ihnen besprochen, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden kann (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 15</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 18</p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 18</p>
-----	---

15)	<p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine <u>vollständige</u> Entfernung der Gebärmutter hat?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/></p>
-----	--

16)	<p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine <u>teilweise</u> Entfernung der Gebärmutter hat?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/></p>
-----	---

17)	Hat die Ärztin oder der Arzt Sie in die Entscheidung über den Umfang der Gebärmutterentfernung einbezogen?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

18)	Wurden Sie vor der Operation von der Ärztin oder dem Arzt darüber informiert, wie lange die Operation ungefähr dauern wird?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/>
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

19)	Hat Ihnen die Ärztin oder der Arzt vor der Operation Bedenkzeit angeboten?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

20)	Wenn Sie nun an die Entscheidung zur Entfernung der Gebärmutter insgesamt denken: Haben Sie von der Ärztin oder dem Arzt die Informationen erhalten, die Sie für Ihre Entscheidung benötigt haben?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

21) Zur Unterstützung bei der Entscheidung zur Gebärmutterentfernung kann es hilfreich sein, sich eine „Zweitmeinung“ einzuholen. Das bedeutet, dass ein zusätzliches Gespräch mit einer unabhängigen Ärztin oder einem unabhängigen Arzt geführt werden kann. Bitte beachten Sie, dass nicht jede Ärztin oder jeder Arzt eine offizielle „Zweitmeinung“ anbieten darf. Hierfür ist eine besondere Zulassung erforderlich.

Wurden Sie von der Ärztin oder dem Arzt darauf hingewiesen, dass Sie die Möglichkeit haben, eine „Zweitmeinung“ einzuholen?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

22) Wie wichtig war es Ihnen, sich an den Entscheidungen zur Operation zu beteiligen (z. B. Operationsmethode, Umfang der Gebärmutterentfernung)?

Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Sehr unwichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gestaltung des Gesprächs bzw. der Gespräche

Bitte denken Sie weiterhin **nur** an das Gespräch oder die Gespräche, die Sie **in Vorbereitung** auf die Gebärmutterentfernung mit der Ärztin / dem Arzt im Krankenhaus oder mit der Belegärztin / dem Belegarzt in der Praxis geführt haben.

23) Haben Sie die Informationen, die Sie von der Ärztin oder dem Arzt erhalten haben, verstanden?

Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>				

24) Hatten Sie die Zeit mit der Ärztin oder dem Arzt über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

25) Hatten Sie das Vertrauen zu der Ärztin oder dem Arzt, um über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war (z. B. auch intime und schwierige Themen)?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

26) Hat die Ärztin oder der Arzt ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
... Sie ernst genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihnen aufmerksam zugehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27) Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch bzw. die Gespräche einzubeziehen?

Ja

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre

Nein, das war für mich nicht notwendig

Weiß nicht mehr

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

28) Wie lange liegt Ihre Operation zur Gebärmutterentfernung zurück?

Weniger als zwei Wochen

Zwei Wochen bis weniger als vier Wochen

Vier Wochen bis weniger als acht Wochen

Acht Wochen bis weniger als zwölf Wochen

Zwölf Wochen oder länger

Weiß nicht mehr

29) Warum wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt?

Gutartige Neubildung(en) / Myome

Organsenkung / Beckenbodenprolaps

Endometriose / Adenomyose

Menstruationsbeschwerden (z. B. übermäßige Blutungen oder Schmerzen)

Eine oder mehrere entzündliche Erkrankungen der Gebärmutter

Eine andere gutartige Erkrankung der Gebärmutter

Weiß nicht mehr

30) In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr

--	--	--	--

31)	Ist Ihre Muttersprache Deutsch?
	Ja <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 33
	Nein <input type="checkbox"/> ⇒ Bitte weiter mit Frage 32

32)	Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein? Meine Deutschkenntnisse sind:								
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">Sehr gut</td> <td style="width: 25%;">Eher gut</td> <td style="width: 25%;">Eher schlecht</td> <td style="width: 25%;">Sehr schlecht</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Sehr schlecht						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

33)	Welchen <u>höchsten</u> allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?
	<i>Bitte machen Sie nur ein Kreuz!</i>
	Schülerin, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule <input type="checkbox"/>
	Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss <input type="checkbox"/>
	Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/>
	Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse <input type="checkbox"/>
	Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/>
	Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse <input type="checkbox"/>
	Fachhochschulreife <input type="checkbox"/>
	Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) <input type="checkbox"/>
	Einen anderen Schulabschluss <input type="checkbox"/>

34) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- Schülerin oder Studentin
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) ...
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden)
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)
- Arbeitslos
- Altersrente
- Erwerbsunfähigkeitsrente
- Hausfrau
- Ausbildung, Umschulung
- Wiedereingliederungsmaßnahme
- Sonstiges

35) Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?

- Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt
- Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt
- Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang G.2: Auszug aus den Testleitfäden

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

Informationen zur Gebärmutterentfernung

9)	Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange Sie sich nach der Operation voraussichtlich schonen müssen (z. B. Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit)?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	Weiß nicht mehr <input type="checkbox"/>

Hintergrund

Intention:

- Befragte sollen bei Frage 9 angeben, ob sie darüber informiert wurden, wie lange sie sich nach der Operation voraussichtlich schonen müssen.

Ziel:

- Haben die Befragten, aufgrund der Formulierungen „vor der Operation“ und „nach der Operation“, Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Frage?

Testfragen

→ **Interviewerin/Interviewer:** Frage 9 aufgeblättert im zuvor ausgefüllten Fragebogen vorlegen.

Interviewerin/Interviewer: Jetzt würde ich gerne nochmal mit Ihnen über die Frage 9 sprechen:

1. Können Sie mir bitte kurz erläutern, an was Sie gedacht haben als Sie die Frage 9 beantwortet haben?
 - a. Woran haben Sie beim Beantworten gedacht, als Sie die Formulierung „vor der Operation“ gelesen haben?
 - b. Woran haben Sie beim Beantworten gedacht, als Sie die Formulierung „nach der Operation“ gelesen haben?

2. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [NEIN]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [WEIB NICHT MEHR]

→ **Weiter mit 2c**

- a. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (*Interviewerin/Interviewer:* Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!)

Sehr sicher

→ **Ende**

Eher sicher

→ **Weiter mit 2b**

Eher unsicher

→ **Weiter mit 2b**

Sehr unsicher

→ **Weiter mit 2b**

- b. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → **Ende**
- c. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIB NICHT MEHR] angekreuzt haben? → **Ende**

3. **Interviewerin/Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:**

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

Informationen und Entscheidungen zur Operation

13)	<p>Wurden Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/></p> <p>Weiß nicht mehr <input type="checkbox"/></p>
-----	--

Hintergrund

Intention:

- Befragte sollen bei Frage 13 angeben, ob sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen wurden.

Ziel:

- Verbinden die Befragten den Begriff „Operationsmethoden“ mit den in Frage 11 benannten Beispielen in der Klammer des Einleitungstextes „(z. B. über die Scheide, Bauchspiegelung/Schlüssellochoperation, Bauchschnitt)“?
- Was verstehen die Befragten unter dem Begriff „einbezogen“?

Testfragen

→ **Interviewerin/Interviewer:** Frage 13 aufgeblättert im zuvor ausgefüllten Fragebogen vorlegen.

Interviewerin/Interviewer: Als nächstes würde ich Ihnen gerne noch ein paar Nachfragen zu Frage 13 stellen:

1. Können Sie mir bitte kurz erläutern, an was Sie gedacht haben, als sie die Frage 13 beantwortet haben?
 - a. Können Sie mir bitte kurz erläutern, an was Sie gedacht haben, als Sie den Begriff „Operationsmethoden“ gelesen haben?
 - b. Können Sie mir bitte kurz erläutern, an was Sie gedacht haben, als sie den Begriff „einbezogen“ gelesen haben?

2. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [NEIN, OBWOHL ES MIR WICHTIG GEWESEN WÄRE]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [NEIN, ICH WOLLTE/BRAUCHTE DAS NICHT]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [WEIB NICHT MEHR]

→ **Weiter mit 2c**

- a. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (Interviewerin/Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!)

Sehr sicher

→ **Ende**

Eher sicher

→ **Weiter mit 2b**

Eher unsicher

→ **Weiter mit 2b**

Sehr unsicher

→ **Weiter mit 2b**

- b. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → **Ende**
- c. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIB NICHT MEHR] angekreuzt haben? → **Ende**

3. **Interviewerin/Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:**

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

19)	Wurde Ihnen vor der Operation Bedenkzeit angeboten?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	<i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/>

Hintergrund

Intention:

- Befragte sollen bei Frage 19 angeben, ob ihnen vor der Operation Bedenkzeit angeboten wurde.

Ziel:

- Was verstehen die Befragten unter dem Begriff „Bedenkzeit“?

Testfragen

→ **Interviewerin/Interviewer:** Frage 19 aufgeblättert im zuvor ausgefüllten Fragebogen vorlegen.

Interviewerin/Interviewer: Jetzt würde ich gerne nochmal mit Ihnen über die Frage 19 sprechen:

1. Können Sie mir bitte kurz erläutern, an was Sie gedacht haben als Sie die Frage 19 beantwortet haben?
 - a. Können Sie mir bitte kurz erklären, woran Sie gedacht haben, als Sie den Begriff „Bedenkzeit“ gelesen haben?

2. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA] → **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [NEIN] → **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [WEIB NICHT MEHR] → **Weiter mit 2c**

- a. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (*Interviewerin/Interviewer:* Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!)

Sehr sicher → **Ende**

Eher sicher → **Weiter mit 2b**

Eher unsicher → **Weiter mit 2b**

Sehr unsicher → **Weiter mit 2b**

- b. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → **Ende**
- c. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIB NICHT MEHR] angekreuzt haben? → **Ende**

3. **Interviewerin/Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:**

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

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

Informationen zur Gebärmutterentfernung

5)	Wurde mit Ihnen besprochen, was es bedeutet, wenn die Operation nicht durchgeführt wird?
	Ja <input type="checkbox"/>
	Nein <input type="checkbox"/>
	Weiß nicht mehr <input type="checkbox"/>

Hintergrund

Intention:

- Befragte sollen bei Frage 5 angeben, ob mit ihnen besprochen wurde, was es bedeutet, wenn die Operation nicht durchgeführt wird.

Ziel:

- Was verstehen die Befragten unter der Formulierung „was es bedeutet“?

Testfragen

→ **Interviewerin/Interviewer:** Frage 5 vorlegen.

Interviewerin/Interviewer: Nun folgt die nächste Frage. Bitte lesen Sie sich die Frage durch. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die auf Sie zutrifft. Sagen Sie mir bitte, wenn Sie fertig sind.

[Interviewerin/Interviewer: Die Befragte soll zuerst die Frage lesen und beantworten, dann weiter mit nachfolgender Anweisung]

Interviewerin/Interviewer:

1. Können Sie mir bitte kurz erläutern, an was Sie gedacht haben als Sie die Frage beantwortet haben?
 - a. Was haben Sie beim Beantworten unter der Formulierung „was es bedeutet“ verstanden?

2. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [NEIN]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [WEIB NICHT MEHR]

→ **Weiter mit 2c**

- a. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (Interviewerin/Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!)

Sehr sicher

→ **Ende**

Eher sicher

→ **Weiter mit 2b**

Eher unsicher

→ **Weiter mit 2b**

Sehr unsicher

→ **Weiter mit 2b**

- b. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → **Ende**
- c. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIB NICHT MEHR] angekreuzt haben? → **Ende**

3. Interviewerin/Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

Informationen und Entscheidungen zur Operation

20)	Wenn Sie nun an die Entscheidungen zur Entfernung der Gebärmutter denken: Hatten Sie nach dem Gespräch / den Gesprächen alle Informationen, die Sie für Ihre Entscheidungen benötigt haben?			
Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HintergrundIntention:

- Befragte sollen bei Frage 20 angeben, ob sie alle benötigten Informationen für Ihre Entscheidungsfindung erhalten haben.

Ziel:

- An welche Informationen denken die Befragten, wenn sie die Frage beantworten?
- An welche Entscheidungen denken die Befragten, wenn sie die Frage beantworten?
- Haben die Befragten, aufgrund des vorgegebenen Antwortformats, Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Frage?

Testfragen

→ **Interviewerin/Interviewer:** Frage 20 vorlegen.

Interviewerin/Interviewer: Nun folgt die nächste Frage. Bitte lesen Sie sich die Frage durch. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die auf Sie zutrifft. Sagen Sie mir bitte, wenn Sie fertig sind.

[Interviewerin/Interviewer: Die Befragte soll zuerst die Frage lesen und beantworten, dann weiter mit nachfolgender Anweisung]

Interviewerin/Interviewer:

1. Können Sie mir bitte kurz erklären, woran Sie gedacht haben, als Sie die Frage beantwortet haben?
 - a. An welche „Informationen“ haben Sie beim Lesen der Frage gedacht?
 - b. Was haben Sie beim Beantworten unter dem Begriff „Entscheidungen“ verstanden?

2. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [EHER JA]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [EHER NEIN]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [NEIN]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [WEIB NICHT MEHR]

→ **Weiter mit 2d**

- a. Können Sie mir bitte kurz erklären, wie Sie zu Ihrer angekreuzten Antwort gekommen sind? → **Weiter mit 2b**
- b. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (Interviewerin/Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!)

Sehr sicher

→ **Ende**

Eher sicher

→ **Weiter mit 2c**

Eher unsicher

→ **Weiter mit 2c**

Sehr unsicher

→ **Weiter mit 2c**

- c. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → **Ende**
- d. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIB NICHT MEHR] angekreuzt haben? → **Ende**

3. Interviewerin/Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie bei einer Frage geändert wurde, nachfragen:

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

Anhang G.3: Ausführliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen

Charakteristika	Gesamt	Von einer stationär angestellten Ärztin / einem stationär angestellten Arzt behandelt	Belegärztlich behandelt
Anzahl Testpersonen; n	30	22	8
Soziodemografische Angaben der Testpersonen^{1, 2}			
Alter der Testpersonen in Jahren			
Mittelwert (Standardabweichung)	42,1 (6,5)	43,3 (5,6)	38,8 (3,2)
Median (Min. / Max.)	42 (29 / 56)	42 (30 / 55)	37,5 (29 / 56)
Höchster schulischer Bildungsabschluss			
Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss; n (%)	4 (13,3)	3 (13,6)	1 (12,5)
Realschule / Mittlere Reife; n (%)	11 (36,7)	7 (31,8)	4 (50)
Abschluss Polytechnische Oberschule, 10. Klasse; n (%)	3 (10)	3 (13,6)	0 (0)
Fachhochschulreife, Fachoberschule; n (%)	4 (13,3)	3 (13,6)	1 (12,5)
Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur, EOS; n (%)	8 (26,7)	6 (27,3)	2 (25)
Berufliche Situation der Testpersonen			
Vollzeit berufstätig; n (%)	12 (40)	8 (36,4)	4 (50)
Teilzeit berufstätig; n (%)	12 (40)	9 (40,9)	3 (37,5)
Arbeitslos; n (%)	1 (3,3)	1 (4,5)	0 (0)
Erwerbsunfähigkeitsrente; n (%)	2 (6,7)	1 (4,5)	1 (12,5)
Hausfrau; n (%)	2 (6,7)	2 (9,1)	0 (0)
Wiedereingliederungsmaßnahme; n (%)	1 (3,3)	1 (4,5)	0 (0)

¹ Aufgeführt sind nur Kategorien, welche von den Patientinnen im Kurzfragebogen als zutreffend angegeben wurden (n > 0).

² Rundungsbedingt kann die Summe der Prozentangaben von 100 % abweichen.

Charakteristika	Gesamt	Von einer stationär angestellten Ärztin / einem stationär angestellten Arzt behandelt	Belegärztlich behandelt
Angaben zur Operation^{3, 4}			
Angegebene Indikationen zur Operation (Mehrfachantworten möglich)			
Gutartige Neubildung(en) (Myome); n	19	16	3
Organsenkung; n	6	4	2
Endometriose und/oder Adenomyose; n	13	8	5
Menstruationsbeschwerden (z. B. übermäßige Blutungen oder Schmerzen); n	24	18	6
Eine oder mehrere entzündliche Erkrankungen der Gebärmutter; n	4	4*	0
Eine andere gutartige Erkrankung; n	4	3**	1***
Angegebene Operationsmethode			
Vaginal; n (%)	6 (20)	3 (13,6)	3 (37,5)
Laparoskopisch assistiert vaginal; n (%)	8 (26,7)	7 (31,8)	1 (12,5)
Laparoskopisch; n (%)	13 (43,3)	9 (40,9)	4 (50)
Abdominal; n (%)	3 (10)	3 (13,6)	0 (0)
Angegebener Durchführungsort der Operation			
Im ländlichen Raum (weniger als 5.000 Einwohner); n (%)	2 (6,7)	1 (4,5)	1 (12,5)
Im kleinstädtischen Raum (mind. 5.000 Einwohner); n (%)	12 (40)	9 (40,9)	3 (37,5)
Im großstädtischen Raum (mind. 100.000 Einwohner); n (%)	16 (53,3)	12 (54,5)	4 (50)

* HPV-Viren (1)

** Zysten (1), Verwachsungen (1), Hyperplasie der Gebärmutter Schleimhaut (1), vergrößerte Gebärmutter (1)

*** abgeknickte Gebärmutter (1)

³ Aufgeführt sind nur Kategorien, welche von den Patientinnen im Kurzfragebogen als zutreffend angegeben wurden (n > 0).

⁴ Rundungsbedingt kann die Summe der Prozentangaben von 100 % abweichen.

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

Tabelle 1: Übersicht über die operationalisierten Items mit Zuordnung zum jeweiligen Qualitätsmerkmal und Qualitätsaspekt nach dem kognitiven Pretest

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
1. Information und Aufklärung	1.1 Aufklärung zur Wirkung	3) Wurde mit Ihnen besprochen, was die Entfernung der Gebärmutter bewirken soll (Verbesserung der Symptome wie Schmerzen oder starke Blutungen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	1.2 Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen	5) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können (z. B. Verletzung angrenzender Organe)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		6.1) Wurde mit Ihnen besprochen, dass durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verwachsungen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		6.2) Wurde mit Ihnen besprochen, dass die Entfernung der Gebärmutter Auswirkungen auf Ihre Sexualität haben kann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		6.3) Wurde mit Ihnen besprochen, dass infolge der Entfernung der Gebärmutter psychische Belastungen auftreten können (z. B. Veränderung des Selbstbildes als Frau oder des Körpergefühls)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		7) Wurde mit Ihnen besprochen, dass es nach der Entfernung der Gebärmutter nicht mehr möglich ist, Kinder zu bekommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
	1.3 Aufklärung zu Behandlungsmöglichkeiten	2) Bitte denken Sie bei den nachfolgenden Fragen auch weiterhin an das Gespräch oder die Gespräche, die Sie in dem Krankenhaus, in dem Sie operiert wurden, oder mit der Belegärztin / dem Belegarzt in der Praxis geführt haben. Wurde mit Ihnen besprochen, welche anderen Behandlungsmöglichkeiten außer der Entfernung der Gebärmutter für Sie infrage kommen (d. h. gebärmuttererhaltende Verfahren wie z. B. die Einnahme von Medikamenten)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte das nicht <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		4) Wurde mit Ihnen besprochen, was es bedeutet, wenn die Operation nicht durchgeführt wird?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		1) Zur Behandlung gutartiger Erkrankungen der Gebärmutter kann eine Operation zur Entfernung der Gebärmutter durchgeführt werden. Da diese Operation nicht notfallmäßig durchgeführt wird, besteht die Möglichkeit, die Patientinnen in die Entscheidung zur Durchführung der Operation miteinzubeziehen. Wurde in dem Gespräch / den Gesprächen vor der Operation deutlich, dass Ihre Sichtweise für die Entscheidung zur Operation ausschlaggebend ist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
	1.4 Aufklärung zum operativen Vorgehen	9) Es gibt grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten, die Gebärmutter zu entfernen (z. B. über die Scheide, Bauchspiegelung/Schlüssellochoperation, Bauchschnitt). Wurde mit Ihnen besprochen, welche Operationsmethoden für Sie infrage kommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
		10) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile die möglichen Operationsmethoden haben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		12) Je nachdem, warum die Gebärmutter entfernt werden soll, besteht die Möglichkeit, sie vollständig (d. h. mit Entfernung des Gebärmutterhalses) oder teilweise (d. h. ohne Entfernung des Gebärmutterhalses) zu entfernen. Manchmal werden auch die Eileiter mitentfernt. Wurde mit Ihnen besprochen, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden kann (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		13) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine vollständige Entfernung der Gebärmutter hat (d. h. mit Entfernung des Gebärmutterhalses)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		14) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine teilweise Entfernung der Gebärmutter hat (d. h. ohne Entfernung des Gebärmutterhalses)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
	1.5 Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation	16) Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange die Operation ungefähr dauern wird?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
	1.6 Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie	8) Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange Sie sich nach der Operation voraussichtlich schonen müssen (z. B. Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
	1.7 Umfang der Informationen für die Entscheidungen zur Hysterektomie	18) Wenn Sie nun an die Entscheidungen zur Entfernung der Gebärmutter denken (z. B. Entscheidung zur Operation, Operationsmethode und Umfang, in dem die Gebärmutter entfernt werden soll): Hatten Sie nach dem Gespräch / den Gesprächen alle Informationen, die Sie für Ihre Entscheidungen benötigt haben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
2. Interaktion und Kommunikation	2.1 Respektvolle und wertschätzende Kommunikation	23.1) Hat die Ärztin oder der Arzt Sie ernst genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		23.2) Hat die Ärztin oder der Arzt Ihnen aufmerksam zugehört?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	2.2 Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre	21) Hatten Sie das Vertrauen zu der Ärztin oder dem Arzt, um über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war (z. B. auch intime und schwierige Themen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		22) Hatten Sie die Zeit in dem Gespräch / den Gesprächen über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
	2.3 Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen	20) Haben Sie die Informationen, die Sie in dem Gespräch / den Gesprächen erhalten haben, verstanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
	2.4 Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt	24) Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch / die Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt einzubeziehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
3. Beteiligung von Patientinnen im Entscheidungsprozess	3.1 Berücksichtigen von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie	11) Wurden Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		15) Wurden Sie in die Entscheidung, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
	3.2 Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation	17) Wurde Ihnen vor der Operation Bedenkzeit angeboten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>

Tabelle 2: Variable zur Berechnung einer Kennzahl (nach dem kognitiven Pretest)

Variablenbezeichnung	Item	Antwortmöglichkeit
Zweite Meinung	<p>19) Zur Unterstützung bei der Entscheidung zur Gebärmutterentfernung kann es hilfreich sein, sich eine zweite Meinung einzuholen. Das bedeutet, dass ein zusätzliches Gespräch mit einer unabhängigen Ärztin oder einem unabhängigen Arzt geführt werden kann.</p> <p>Wurden Sie in dem Gespräch / in den Gesprächen darauf hingewiesen, dass Sie die Möglichkeit haben, eine zweite Meinung einzuholen?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

Tabelle 3: Variablen zur Stichprobenbeschreibung (nach dem kognitiven Pretest)

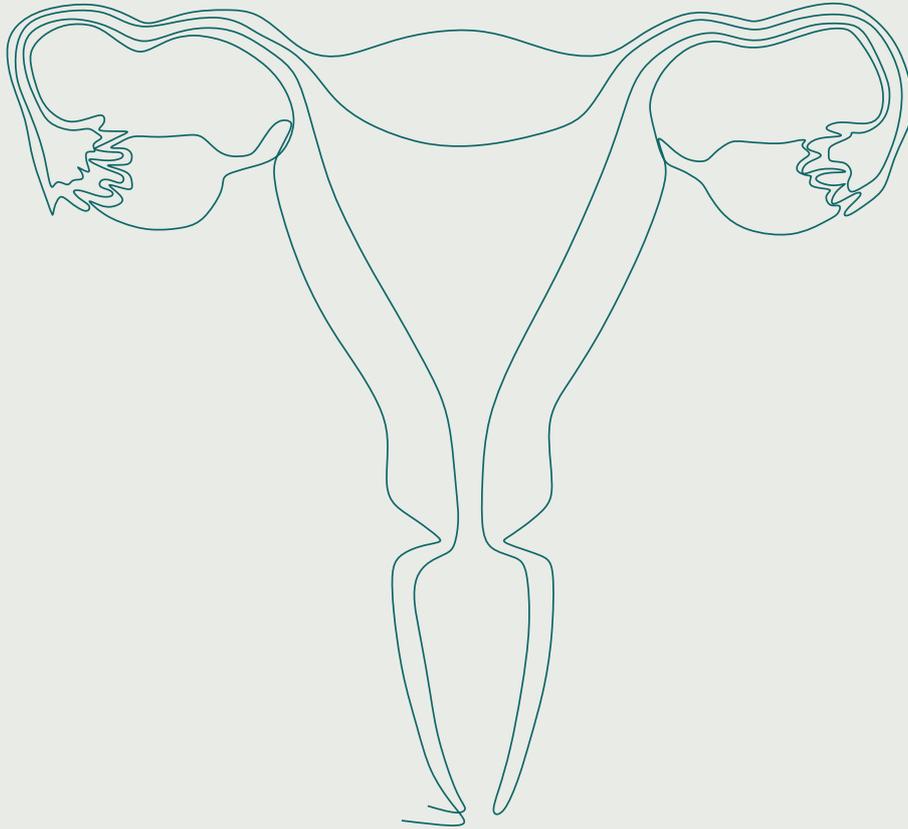
Variablenbezeichnung	Item	Antwortmöglichkeit
Alter	26) In welchem Jahr sind Sie geboren?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angabe des Geburtsjahres
Bildungsgrad	29) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schülerin, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule ▪ Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss ▪ Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder gleichwertiger Abschluss ▪ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse ▪ Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss ▪ Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse ▪ Fachhochschulreife ▪ Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) ▪ Einen anderen Schulabschluss

Variablenbezeichnung	Item	Antwortmöglichkeit
Erwerbssituation	30) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schülerin oder Studentin ▪ Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) ▪ Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden) ▪ Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden) ▪ Arbeitslos ▪ Altersrente ▪ Erwerbsunfähigkeitsrente ▪ Hausfrau ▪ Ausbildung, Umschulung ▪ Wiedereingliederungsmaßnahme ▪ Sonstiges
Deutschkenntnisse	27) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja ▪ Nein
	28) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein? Meine Deutschkenntnisse sind:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sehr gut ▪ Eher gut ▪ Eher schlecht ▪ Sehr schlecht

Variablenbezeichnung	Item	Antwortmöglichkeit
Diagnose	25) Warum wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gutartige Neubildung(en) / Myome ▪ Organsenkung / Beckenbodenprolaps ▪ Endometriose / Adenomyose ▪ Menstruationsbeschwerden (z. B. übermäßige Blutungen oder Schmerzen) ▪ Eine oder mehrere andere entzündliche Erkrankungen der Gebärmutter ▪ Eine andere gutartige Erkrankung der Gebärmutter ▪ Weiß nicht mehr
Hilfe beim Ausfüllen	31) Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt ▪ Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt ▪ Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt

Anhang H: Standard-Pretest

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



Befragung

von Patientinnen nach einer
Gebärmutterentfernung

Wie wird's gemacht?

Bearbeitungshinweis: Am besten nutzen Sie zur Beantwortung des Fragebogens einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.

Bei den **meisten Fragen** müssen Sie sich nur **zwischen den vorgegebenen Antworten entscheiden** und das **Kästchen ankreuzen**, das Ihren Erfahrungen am ehesten entspricht. Zum Beispiel:

Ja

Nein

Wenn Sie Ihre Antwort ändern möchten, so malen Sie bitte das Feld mit dem falschen Kreuz vollständig aus. Ihre ursprüngliche Antwort ist dann ungültig. Sie können nun Ihre neue Antwort ankreuzen. Zum Beispiel:

Ja

Nein

Bei einigen Fragen werden Sie gebeten, **Ziffern** einzutragen. Zum Beispiel:

Wenn wir im Fragebogen nach Erfahrungen fragen, die Sie vielleicht gemacht haben, verwenden wir auch die folgende Skala:

Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	Weiß nicht mehr
<input type="checkbox"/>				

Je nachdem, wie Sie diese Erfahrungen bewerten, kreuzen Sie bitte „Ja“, „Eher ja“, „Eher nein“ oder „Nein“ an. Wenn Sie sich nicht mehr genau erinnern können, kreuzen Sie bitte das Kästchen „*Weiß nicht mehr*“ an.

Bitte beantworten Sie alle auf Sie zutreffenden Fragen! Manchmal kommt es vor, dass hinter einer Frage ein Hinweis erfolgt, wie z. B. ⇒ **Bitte weiter mit Frage 5.**

Machen Sie dann mit der Frage weiter, auf die der Pfeil zeigt. Im Beispiel ist das die **Frage 5.**

Bei Fragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: (030) 58 58 26 - 555

E-Mail: patientenbefragung@iqtig.org (Stichwort „QS Hysterektomie“)

An dieser Stelle bereits herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Die folgenden Fragen beziehen sich auf **Ihre Erfahrungen, die Sie im Rahmen der Aufklärung und Entscheidung zur Gebärmutterentfernung** gemacht haben.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen **nur** an das Gespräch bzw. die Gespräche, die Sie **in Vorbereitung** auf die Gebärmutterentfernung **mit einer Ärztin oder einem Arzt in dem Krankenhaus geführt haben, in dem Sie operiert wurden.**

Es kann auch sein, dass dieses Gespräch bzw. die Gespräche in einer Praxis stattgefunden haben, wenn die Ärztin oder der Arzt nur zur Durchführung der Operation ins Krankenhaus gekommen ist (**Belegärztin/Belegarzt**).

Nicht gemeint sind die Gespräche, die Sie vielleicht vorher mit Ihrer niedergelassenen Frauenärztin oder Ihrem niedergelassenen Frauenarzt geführt haben, wenn diese oder dieser Sie nicht operiert hat.

Informationen zur Gebärmutterentfernung

1) Zur Behandlung gutartiger Erkrankungen der Gebärmutter kann eine Operation zur Entfernung der Gebärmutter durchgeführt werden. Da diese Operation nicht notfallmäßig durchgeführt wird, besteht die Möglichkeit, die Patientinnen in die Entscheidung zur Durchführung der Operation miteinzubeziehen.

Wurde in dem Gespräch / den Gesprächen vor der Operation deutlich, dass Ihre Sichtweise für die Entscheidung zur Operation ausschlaggebend ist?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

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

3)	<p>Wurde mit Ihnen besprochen, was die Entfernung der Gebärmutter bewirken soll (Verbesserung der Symptome wie Schmerzen oder starke Blutungen)?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/></p>
----	---

4)	<p>Wurde mit Ihnen besprochen, was es bedeutet, wenn die Operation nicht durchgeführt wird?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/></p>
----	--

5) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können (z. B. Verletzung angrenzender Organe)?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

6) Wurde mit Ihnen besprochen, dass ...

Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!

	Ja	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>
... durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Verwachsungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Entfernung der Gebärmutter Auswirkungen auf Ihre Sexualität haben kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... infolge der Entfernung der Gebärmutter psychische Belastungen auftreten können (z. B. Veränderung des Selbstbildes als Frau oder des Körpergefühls)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7) Wurde mit Ihnen besprochen, dass es nach der Entfernung der Gebärmutter nicht mehr möglich ist, Kinder zu bekommen?

Ja

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre

Nein, das war für mich nicht notwendig

Weiß nicht mehr

8)	<p>Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange Sie sich nach der Operation voraussichtlich schonen müssen (z. B. Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit)?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/></p>
----	---

Informationen und Entscheidungen zur Operation

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

10)	<p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile die möglichen Operationsmethoden haben?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/></p>
-----	---

11)	<p>Wurden Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/></p> <p>Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/></p> <p><i>Weiß nicht mehr</i> <input type="checkbox"/></p>
-----	---

12) Je nachdem, warum die Gebärmutter entfernt werden soll, besteht die Möglichkeit, sie vollständig (d. h. mit Entfernung des Gebärmutterhalses) oder teilweise (d. h. ohne Entfernung des Gebärmutterhalses) zu entfernen. Manchmal werden auch die Eileiter mitentfernt.

Wurde mit Ihnen besprochen, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden kann (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?

Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 13**

Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 15**

Weiß nicht mehr ⇒ **Bitte weiter mit Frage 15**

13) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine vollständige Entfernung der Gebärmutter hat (d. h. mit Entfernung des Gebärmutterhalses)?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

14) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine teilweise Entfernung der Gebärmutter hat (d. h. ohne Entfernung des Gebärmutterhalses)?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

15) Wurden Sie in die Entscheidung, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?

Ja

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre

Nein, ich wollte/brauchte das nicht

Weiß nicht mehr

16) Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange die Operation ungefähr dauern wird?

Ja

Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre

Nein, ich wollte/brauchte das nicht

Weiß nicht mehr

17) Wurde Ihnen vor der Operation Bedenkzeit angeboten?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

18) Wenn Sie nun an die Entscheidungen zur Entfernung der Gebärmutter denken (z. B. Entscheidung zur Operation, Operationsmethode und Umfang, in dem die Gebärmutter entfernt werden soll):

Hatten Sie nach dem Gespräch / den Gesprächen alle Informationen, die Sie für Ihre Entscheidungen benötigt haben?

Ja Eher ja Eher nein Nein *Weiß nicht mehr*

19) Zur Unterstützung bei der Entscheidung zur Gebärmutterentfernung kann es hilfreich sein, sich eine zweite Meinung einzuholen. Das bedeutet, dass ein zusätzliches Gespräch mit einer unabhängigen Ärztin oder einem unabhängigen Arzt geführt werden kann.

Wurden Sie in dem Gespräch / den Gesprächen darauf hingewiesen, dass Sie die Möglichkeit haben, eine zweite Meinung einzuholen?

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

Gestaltung des Gesprächs bzw. der Gespräche

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

20) Haben Sie die Informationen, die Sie in dem Gespräch / den Gesprächen erhalten haben, verstanden?

Ja Eher ja Eher nein Nein *Weiß nicht mehr*

21) Hatten Sie das Vertrauen zu der Ärztin oder dem Arzt, um über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war (z. B. auch intime und schwierige Themen)?

Ja Eher ja Eher nein Nein *Weiß nicht mehr*

22)	Hatten Sie die Zeit in dem Gespräch / den Gesprächen über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war?										
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 20%;">Ja</td> <td style="text-align: center; width: 20%;">Eher ja</td> <td style="text-align: center; width: 20%;">Eher nein</td> <td style="text-align: center; width: 20%;">Nein</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>				
Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

23)	Hat die Ärztin oder der Arzt ...																		
	<i>Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!</i>																		
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; width: 15%;">Ja</td> <td style="text-align: center; width: 15%;">Eher ja</td> <td style="text-align: center; width: 15%;">Eher nein</td> <td style="text-align: center; width: 15%;">Nein</td> <td style="text-align: center; width: 20%;"><i>Weiß nicht mehr</i></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">... Sie ernst genommen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">... Ihnen aufmerksam zugehört?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>	... Sie ernst genommen?	<input type="checkbox"/>	... Ihnen aufmerksam zugehört?	<input type="checkbox"/>								
	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	<i>Weiß nicht mehr</i>														
... Sie ernst genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
... Ihnen aufmerksam zugehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

24)	Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch / die Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt einzubeziehen?								
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Ja</td> <td style="text-align: center; width: 50px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Nein, das war für mich nicht notwendig</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><i>Weiß nicht mehr</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre	<input type="checkbox"/>	Nein, das war für mich nicht notwendig	<input type="checkbox"/>	<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>								
Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre	<input type="checkbox"/>								
Nein, das war für mich nicht notwendig	<input type="checkbox"/>								
<i>Weiß nicht mehr</i>	<input type="checkbox"/>								

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben zu Ihrer Person bitten.

25) Warum wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt?

Mehrfachantworten sind möglich.

- Gutartige Neubildung(en) / Myome
- Organsenkung / Beckenbodenprolaps
- Endometriose / Adenomyose
- Menstruationsbeschwerden (z. B. übermäßige Blutungen oder Schmerzen)
- Eine oder mehrere andere entzündliche Erkrankungen der Gebärmutter
- Eine andere gutartige Erkrankung der Gebärmutter
- Weiß nicht mehr*

26) In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr

27) Ist Ihre Muttersprache Deutsch?

- Ja ⇒ **Bitte weiter mit Frage 29**
- Nein ⇒ **Bitte weiter mit Frage 28**

28) Wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?

Meine Deutschkenntnisse sind:

- Sehr gut Eher gut Eher schlecht Sehr schlecht
-

29) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- Schülerin, besuche eine allgemeinbildende Vollzeitschule
- Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss
- Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder gleichwertiger Abschluss
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss
- Polytechnische Oberschule der DDR mit Abschluss der 10. Klasse
- Fachhochschulreife
- Abitur/Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)
- Einen anderen Schulabschluss

30) Wie ist Ihre derzeitige berufliche Situation?

Bitte machen Sie nur ein Kreuz!

- Schülerin oder Studentin
- Berufstätig, in Vollzeit angestellt oder selbstständig (mindestens 35 Stunden) ...
- Berufstätig, in Teilzeit angestellt oder selbstständig (15 bis 34 Stunden)
- Berufstätig, geringfügige Beschäftigung (höchstens 14 Stunden)
- Arbeitslos
- Altersrente
- Erwerbsunfähigkeitsrente
- Hausfrau
- Ausbildung, Umschulung
- Wiedereingliederungsmaßnahme
- Sonstiges

31) Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen?

Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt

Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt

Nein, ich habe den Fragebogen alleine ausgefüllt

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

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

Items mit inhaltlichem Bezug

Tabelle 1: Wurde in dem Gespräch / den Gesprächen vor der Operation deutlich, dass Ihre Sichtweise für die Entscheidung zur Operation ausschlaggebend ist? (SICHTWEISEP)¹

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	68	87,2	95,8	95,8
	Nein (0)	3	3,8	4,2	100,0
	Gesamt	71	91,0	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	6	7,7		
	Keine Angabe	1	1,3		
	Ungültige Antworten ²	-			
	Gesamt	7	9,0		
Gesamt		78	100,0		

¹ In den hier vorgestellten Itemformulierungen wurden aus Zwecken der Prägnanz dazugehörige Klammerbeispiele ausgespart. Die vollständigen Itemformulierungen sind u. a. in Anhang J.1 dargestellt.

² „Ungültige Antworten“ sind Antworten, die nicht ausgewertet werden können (z. B. wenn zwei Antwortfelder angekreuzt werden, obwohl Mehrfachantworten nicht möglich sind).

Tabelle 2: Wurde mit Ihnen besprochen, welche anderen Behandlungsmöglichkeiten außer der Entfernung der Gebärmutter für Sie infrage kommen? (BEHANDOPTION)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	55	70,5	73,3	73,3
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	3	3,8	4,0	77,3
	Nein, ich wollte das nicht (/)	17	21,8	22,7	100,0
	Gesamt	75	96,2	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	3	3,8		
	Keine Angabe	-			
	Ungültige Antworten	-			
	Gesamt	3	3,8		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 3: Wurde mit Ihnen besprochen, was die Entfernung der Gebärmutter bewirken soll? (ZIELHYST)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	73	93,6	97,3	97,3
	Nein (0)	2	2,6	2,7	100,0
	Gesamt	75	96,2	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	2	2,6		
	Keine Angabe	1	1,3		
	Ungültige Antworten	-			
	Gesamt	3	3,8		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 4: Wurde mit Ihnen besprochen, was es bedeutet, wenn die Operation nicht durchgeführt wird? (KEINHYST)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	64	82,1	84,2	84,2
	Nein (0)	12	15,4	15,8	100,0
	Gesamt	76	97,4	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	2	2,6		
	Keine Angabe	-			
	Ungültige Antworten	-			
	Gesamt	2	2,6		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 5: Wurde mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können? (OPKOMPLIK)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	75	96,2	96,2	96,2
	Nein (0)	3	3,8	3,8	100,0
	Gesamt	78	100,0	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	-			
	Keine Angabe	-			
	Ungültige Antworten	-			
	Gesamt	-			
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 6: Wurde mit Ihnen besprochen, dass durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können? (PHYSFOLGE)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	47	60,3	72,3	72,3
	Nein (0)	18	23,1	27,7	100,0
	Gesamt	65	83,3	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	11	14,1		
	Keine Angabe	1	1,3		
	Ungültige Antworten	1	1,3		
	Gesamt	13	16,7		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 7: Wurde mit Ihnen besprochen, dass die Entfernung der Gebärmutter Auswirkungen auf Ihre Sexualität haben kann? (SEXFOLGE)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	37	47,4	51,4	51,4
	Nein (0)	35	44,9	48,6	100,0
	Gesamt	72	92,3	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	4	5,1		
	Keine Angabe	2	2,6		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	6	7,7		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 8: Wurde mit Ihnen besprochen, dass infolge der Entfernung der Gebärmutter psychische Belastungen auftreten können? (PSYCHFOLGE)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	36	46,2	53,7	53,7
	Nein (0)	31	39,7	46,3	100,0
	Gesamt	67	85,9	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	9	11,5		
	Keine Angabe	2	2,6		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	11	14,1		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 9: Wurde mit Ihnen besprochen, dass es nach der Entfernung der Gebärmutter nicht mehr möglich ist, Kinder zu bekommen? (KINDFOLGE)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	53	67,9	70,7	70,7
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	-	-	-	70,7
	Nein, das war für mich nicht notwendig (/)	22	28,2	29,3	100,0
	Gesamt	75	96,2	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	-	0,0		
	Keine Angabe	2	2,6		
	Ungültige Antworten	1	1,3		
	Gesamt	3	3,8		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 10: Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange Sie sich nach der Operation voraussichtlich schonen müssen? (SCHONEN)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	75	96,2	96,2	96,2
	Nein (0)	3	3,8	3,8	100,0
	Gesamt	78	100,0	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	-	-		
	Keine Angabe	-	-		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	-	-		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 11: Wurde mit Ihnen besprochen, welche Operationsmethoden für Sie infrage kommen? (METHOPFILTER)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	76	97,4	97,4	97,4
	Nein (0)	2	2,6	2,6	100,0
	Gesamt	78	100,0	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	-	-		
	Keine Angabe	-	-		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	-	-		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 12: Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile die möglichen Operationsmethoden haben? (METHPC)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	68	87,2	88,3	88,3
	Nein (0)	9	11,5	11,7	100,0
	Gesamt	77	98,7	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	-	-		
	Keine Angabe	1	1,3		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	1	1,3		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 13: Wurden Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen? (METHEINBEZ)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	48	61,5	66,7	66,7
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	3	3,8	4,2	70,8
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht (/)	21	26,9	29,2	100,0
	Gesamt	72	92,3	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	1	1,3		
	Keine Angabe	4	5,1		
	Ungültige Antworten	1	1,3		
	Gesamt	6	7,7		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 14: Wurde mit Ihnen besprochen, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden kann? (UMFANGOPFILTER)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	72	92,3	94,7	94,7
	Nein (0)	4	5,1	5,3	100,0
	Gesamt	76	97,4	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	2	2,6		
	Keine Angabe	-	-		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	2	2,6		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 15: Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine vollständige Entfernung der Gebärmutter hat? (VOLLPC)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	51	65,4	81,0	81,0
	Nein (0)	12	15,4	19,0	100,0
	Gesamt	63	80,8	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	10	12,8		
	Keine Angabe	5	6,4		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	15	19,2		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 16: Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile eine teilweise Entfernung der Gebärmutter hat? (TEILPC)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	49	62,8	80,3	80,3
	Nein (0)	12	15,4	19,7	100,0
	Gesamt	61	78,2	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	11	14,1		
	Keine Angabe	6	7,7		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	17	21,8		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 17: Wurden Sie in die Entscheidung, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen? (UMFANGEINBEZ)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	52	66,7	73,2	73,2
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	4	5,1	5,6	78,9
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht (/)	15	19,2	21,1	100,0
	Gesamt	71	91,0	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	4	5,1		
	Keine Angabe	2	2,6		
	Ungültige Antworten	1	1,3		
	Gesamt	7	9,0		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 18: Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange die Operation ungefähr dauern wird? (DAUEROP)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	66	84,6	85,7	85,7
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	2	2,6	2,6	88,3
	Nein, ich wollte/brauchte das nicht (/)	9	11,5	11,7	100,0
	Gesamt	77	98,7	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	1	1,3		
	Keine Angabe	-	-		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	1	1,3		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 19: Wurde Ihnen vor der Operation Bedenkzeit angeboten? (BEDENKZEIT)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	63	80,8	81,8	81,8
	Nein (0)	14	17,9	18,2	100,0
	Gesamt	77	98,7	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	1	1,3		
	Keine Angabe	-	-		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	1	1,3		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 20: Hatten Sie nach dem Gespräch / den Gesprächen alle Informationen, die Sie für Ihre Entscheidungen benötigt haben? (INFOENTSCHEID)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	59	75,6	75,6	75,6
	Eher ja (67)	18	23,1	23,1	98,7
	Eher nein (33)	1	1,3	1,3	100,0
	Nein (0)	-	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	78	100,0	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	-	-		
	Keine Angabe	-	-		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	-	-		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 21: Wurden Sie in dem Gespräch / den Gesprächen darauf hingewiesen, dass Sie die Möglichkeit haben, eine zweite Meinung einzuholen? (ZWEITMEINUNG)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	38	48,7	52,1	52,1
	Nein (0)	35	44,9	47,9	100,0
	Gesamt	73	93,6	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	4	5,1		
	Keine Angabe	1	1,3		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	5	6,4		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 22: Haben Sie die Informationen, die Sie in dem Gespräch / den Gesprächen erhalten haben, verstanden? (INFOVERSTAND)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	69	88,5	89,6	89,6
	Eher ja (67)	7	9,0	9,1	98,7
	Eher nein (33)	1	1,3	1,3	100,0
	Nein (0)	-	-	0,0	100,0
	Gesamt	77	98,7	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	-	-		
	Keine Angabe	1	1,3		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	1	1,3		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 23: Hatten Sie das Vertrauen zu der Ärztin oder dem Arzt, um über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war? (VERTRAUENG)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	62	79,5	80,5	80,5
	Eher ja (67)	10	12,8	13,0	93,5
	Eher nein (33)	3	3,8	3,9	97,4
	Nein (0)	2	2,6	2,6	100,0
	Gesamt	77	98,7	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	-	-		
	Keine Angabe	1	1,3		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	1	1,3		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 24: Hatten Sie die Zeit in dem Gespräch / den Gesprächen über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war? (ZEITG)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	62	79,5	81,6	81,6
	Eher ja (67)	9	11,5	11,8	93,4
	Eher nein (33)	5	6,4	6,6	100,0
	Nein (0)	-	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	76	97,4	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	-	-		
	Keine Angabe	1	1,3		
	Ungültige Antworten	1	1,3		
	Gesamt	2	2,6		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 25: Hat die Ärztin oder der Arzt Sie ernst genommen? (PERNST)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	71	91,0	93,4	93,4
	Eher ja (67)	5	6,4	6,6	100,0
	Eher nein (33)	-	0,0	0,0	100,0
	Nein (0)	-	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	76	97,4	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	1	1,3		
	Keine Angabe	1	1,3		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	2	2,6		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 26: Hat die Ärztin oder der Arzt Ihnen aufmerksam zugehört? (PZUGEH)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	66	84,6	88,0	88,0
	Eher ja (67)	8	10,3	10,7	98,7
	Eher nein (33)	1	1,3	1,3	100,0
	Nein (0)	-	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	75		100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	1	1,3		
	Keine Angabe	2	2,6		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	3	3,8		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 27: Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch / die Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt einzubeziehen? (EINBEZUGANG)

	Antwortoptionen (Punkte)	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja (100)	29	37,2	38,2	38,2
	Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre (0)	1	1,3	1,3	39,5
	Nein, das war für mich nicht notwendig (/)	46	59,0	60,5	100,0
	Gesamt	76	97,4	100,0	
Fehlend/ungültig	Weiß nicht mehr	-	-		
	Keine Angabe	1	1,3		
	Ungültige Antworten	1	1,3		
	Gesamt	2	2,6		
Gesamt		78	100,0		

Items zur Stichprobenbeschreibung³Tabelle 28: Warum wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt? (ENTFERNUNGSG)⁴

	Antwort- optionen	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Gutartige Neu- bildung(en) / Myome	42	33,3	33,6	33,6
	Organsenkung / Beckenboden- prolaps	21	16,7	16,8	50,4
	Endometriose / Adenomyose	11	8,7	8,8	59,2
	Menstruations- beschwerden (z. B. übermä- ßige Blutungen oder Schmer- zen)	40	31,7	32,0	91,2
	Eine oder meh- rere andere ent- zündliche Er- krankungen der Gebärmutter	4	3,2	3,2	94,4
	Eine andere gutartige Er- krankung der Gebärmutter	7	5,6	5,6	100,0
	Gesamt	125	99,2	100,0	
Fehlend/ ungültig	Weiß nicht mehr	1	0,8		
	Keine Angabe	-	0,0		
	Ungültige Antworten	-	-		
	Gesamt	1	0,8		
Gesamt		126	100,0		

³ Es werden im Folgenden nur Items aufgeführt, die noch nicht im Abschlussbericht dargestellt wurden.⁴ Es waren Mehrfachnennungen möglich, woraus sich eine Fallzahl von n > 78 ergibt.

Tabelle 29: Alter der Patientinnen⁵

Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
53,4 Jahre	11,8 Jahre	31	85

Tabelle 30: Ist Ihre Muttersprache Deutsch? (SPRACHEFILTER)

	Antwortoptionen	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	65	83,3	87,8	87,8
	Nein	9	11,5	12,2	100,0
	Gesamt	74	94,9	100,0	
Fehlend/ungültig	Keine Angabe	2	2,6		
	Ungültige Antworten	2	2,6		
	Gesamt	4	5,1		
Gesamt		78	100,0		

Tabelle 31: Wie schätzen Sie ihre Deutschkenntnisse ein? (DEUTSCHKENNT)

	Antwortoptionen	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sehr gut	4	15,4	50,0	50,0
	Eher gut	3	11,5	37,5	87,5
	Eher schlecht	1	3,8	12,5	100,0
	Sehr schlecht	-	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	8	30,8	100,0	
Fehlend/ungültig	Keine Angabe	1	3,8		
	Ungültige Antworten	17	65,4		
	Gesamt	18	69,2		
Gesamt		26	100,0		

⁵ Die dargestellten Ergebnisse wurden anhand der Variable PATGEBURTJAHR („In welchem Jahr sind Sie geboren?“) berechnet.

Tabelle 32: Hat Ihnen jemand beim Ausfüllen des Fragebogens geholfen? (AUSFUELLP)

	Antwortoptionen	Häufigkeiten	Prozente	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja, ich wurde aus gesundheitlichen Gründen unterstützt	2	2,6	2,6	2,6
	Ja, ich wurde aufgrund von sprachlichen Schwierigkeiten unterstützt	1	1,3	1,3	3,9
	Nein, ich habe den Fragebogen allein ausgefüllt	74	94,9	96,1	100,0
	Gesamt	77	98,7	100,0	
Fehlend/ungültig	Keine Angabe	-	-		
	Ungültige Antworten	1	1,3		
	Gesamt	1	1,3		
Gesamt		78	100,0		

Anhang I: Kognitiver Retest

Anhang I.1: Auszug aus dem Testleitfaden

Informationen zur Gebärmutterentfernung

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

Hintergrund

Intention:

- Befragte sollen bei Frage 5 angeben, ob mit Ihnen besprochen wurde, dass während der Operation unmittelbare Komplikationen auftreten können.

Ziel:

- Was verstehen die Befragten unter dem Begriff „Komplikationen“?
- Verstehen die Befragten unter Komplikationen unmittelbare Ereignisse, die während der OP auftreten können?
- Besteht ein negativer Zusammenhang zu Frage 2 (Behandlungsoptionen)?

Testfragen

→ **Interviewerin/Interviewer:** Frage 5 vorlegen.

Interviewerin/Interviewer: Kommen wir nun zu Frage 5. Bitte lesen Sie sich die Frage durch und kreuzen Sie die Antwort an, die auf Sie zutrifft. Sagen Sie mir bitte, wenn Sie fertig sind.

[Interviewerin/Interviewer: Die Befragte soll zuerst die Frage lesen und beantworten, dann weiter mit nachfolgender Anweisung]

Interviewerin/Interviewer:

1. Können Sie mir bitte kurz erklären, an was Sie gedacht haben als Sie die Frage beantwortet haben?
 - a. Was haben Sie beim Beantworten unter dem Begriff „Komplikationen“ verstanden? Was sind „Komplikationen“ für Sie?
2. Wer hat die Komplikationen mit Ihnen besprochen? An welche(s) Gespräch(e) haben Sie beim Beantworten gedacht?
3. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]

→ **Weiter mit 3a**

Wenn Antwort [NEIN]

→ **Weiter mit 3a**

Wenn Antwort [WEIß NICHT MEHR]

→ **Weiter mit 3c**

- a. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (Interviewerin/Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!)

Sehr sicher

→ **Ende**

Eher sicher

→ **Weiter mit 3b**

Eher unsicher

→ **Weiter mit 3b**

Sehr unsicher

→ **Weiter mit 3b**

- b. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → **Ende**
- c. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIß NICHT MEHR] angekreuzt haben? → **Ende**

4. Wie gut können Sie sich daran erinnern, dass Sie diese Information [bekommen bzw. nicht bekommen] haben?

Sehr gut

→ **Ende**

Eher gut

→ **Weiter mit 4a**

Eher schlecht

→ **Weiter mit 4a**

Sehr schlecht

→ **Weiter mit 4a**

- a. Können Sie mir kurz beschreiben, weshalb Sie sich [EHER GUT / EHER SCHLECHT / SEHR SCHLECHT] erinnern können? → **Ende**

5. Interviewerin/Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

Gestaltung des Gesprächs bzw. der Gespräche

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

Hintergrund

Intention:

- Befragte sollen bei Frage 24 angeben, ob sie die Möglichkeit hatten Angehörige oder Vertrauenspersonen in das Gespräch / die Gespräche einzubeziehen.

Ziel:

- An welches Setting / welche Gespräche denken die Befragten?
- Woran machen die Befragten fest, dass sie (nicht) die Möglichkeit hatten?

Testfragen

→ **Interviewerin/Interviewer:** Frage 24 vorlegen.

Interviewerin/Interviewer: Nun folgt die nächste Frage. Bitte lesen Sie sich die Frage durch. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die auf Sie zutrifft. Sagen Sie mir bitte, wenn Sie fertig sind.

[Interviewerin/Interviewer: Die Befragte soll zuerst die Frage lesen und beantworten, dann weiter mit nachfolgender Anweisung]

Interviewerin/Interviewer:

1. Können Sie mir bitte kurz erläutern, an was Sie gedacht haben, als sie die Frage beantwortet haben?
 - a. An welches Gespräch / welche Gespräche denken Sie bei der Frage konkret?
 - b. Woran machen Sie fest, dass Sie (nicht) die Möglichkeit hatten, Angehörige oder Vertrauenspersonen einzubeziehen?

2. Kommen wir nun zu Ihrer Antwort:

Wenn Antwort [JA]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [NEIN, OBWOHL ES MIR WICHTIG GEWESEN WÄRE]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [NEIN, DAS WAR FÜR MICH NICHT NOTWENDIG]

→ **Weiter mit 2a**

Wenn Antwort [WEIB NICHT MEHR]

→ **Weiter mit 2d**

- a. Können Sie mir bitte kurz erklären, wie Sie zu Ihrer angekreuzten Antwort gekommen sind? → **Weiter mit 2b**
- b. Wie sicher sind Sie sich bei Ihrer Antwort? (Interviewerin/Interviewer: Vorgaben vorlesen und ggf. vorlegen!)

Sehr sicher

→ **Ende**

Eher sicher

→ **Weiter mit 2c**

Eher unsicher

→ **Weiter mit 2c**

Sehr unsicher

→ **Weiter mit 2c**

- c. Können Sie mir kurz erläutern, inwiefern Sie sich [EHER SICHER / EHER UNSICHER / SEHR UNSICHER] sind? → **Ende**
- d. Können Sie mir bitte kurz erläutern, weshalb Sie bei der Frage [WEIB NICHT MEHR] angekreuzt haben? → **Ende**

3. Interviewerin/Interviewer: Wenn die ursprünglich angekreuzte Antwortkategorie geändert wurde, nachfragen:

- a. Können Sie mir kurz erläutern, aus welchem Grund Sie Ihre Antwort geändert haben?

Anhang I.2: Ausführliche Stichprobeninformation der Teilnehmerinnen

Charakteristika	Gesamt	Von einer stationär angestellten Ärztin / einem stationär angestellten Arzt behandelt	Belegärztlich behandelt
Anzahl Testpersonen; n	11	10	1
Soziodemografische Angaben der Testpersonen^{1, 2}			
Alter der Testpersonen in Jahren			
Mittelwert (Standardabweichung)	44,1 (6,6)	44,2 (6,6)	43
Median (Min. / Max.)	43 (36 / 55)	44 (36 / 55)	43
Höchster schulischer Bildungsabschluss			
Realschule / Mittlere Reife; n (%)	3 (27,3)	2 (20)	1 (100)
Fachhochschulreife, Fachoberschule; n (%)	3 (27,3)	3 (30)	0 (0)
Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur, EOS; n (%)	5 (45,4)	5 (50)	0 (0)
Berufliche Situation der Testpersonen			
Vollzeit berufstätig; n (%)	4 (36,4)	4 (40)	0 (0)
Teilzeit berufstätig; n (%)	5 (45,4)	4 (40)	1 (100)
Erwerbsunfähigkeitsrente; n (%)	1 (9,1)	1 (10)	0 (0)
Hausfrau; n (%)	1 (9,1)	1 (10)	0 (0)

¹ Aufgeführt sind nur Kategorien, welche von den Patientinnen im Kurzfragebogen als zutreffend angegeben wurden (d. h. n > 0)

² Rundungsbedingt kann die Summe der Prozentangaben von 100 % abweichen.

Charakteristika	Gesamt	Von einer stationär angestellten Ärztin / einem stationär angestellten Arzt behandelt	Belegärztlich behandelt
Angaben zur Operation^{3, 4}			
Angewählte Indikationen zur Operation (Mehrfachantworten möglich)			
Gutartige Neubildung(en) (Myome); n	8	7	1
Organsenkung; n	1	1	0
Endometriose und/oder Adenomyose; n	7	6	1
Menstruationsbeschwerden (z. B. übermäßige Blutungen oder Schmerzen); n	7	6	1
Angewählte Operationsmethode			
Vaginal; n (%)	1 (9,1)	1 (10)	0 (0)
Laparoskopisch assistiert vaginal; n (%)	1 (9,1)	1 (10)	0 (0)
Laparoskopisch; n (%)	7 (63,6)	7 (70)	0 (0)
Abdominal; n (%)	2 (18,2)	1 (10)	1 (100)
Angewählter Durchführungsort der Operation			
Im ländlichen Raum (weniger als 5.000 Einwohner); n (%)	1 (9,1)	1 (10)	0 (0)
Im kleinstädtischen Raum (mind. 5.000 Einwohner); n (%)	5 (45,45)	4 (40)	1 (100)
Im großstädtischen Raum (mind. 100.000 Einwohner); n (%)	5 (45,45)	5 (50)	0 (0)

³ Aufgeführt sind nur Kategorien, welche von den Patientinnen im Kurzfragebogen als zutreffend angegeben wurden (n>0)

⁴ Rundungsbedingt kann die Summe der Prozentangaben von 100 % abweichen.

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

Tabelle 1: Übersicht über die angepassten Items mit Zuordnung zum jeweiligen Qualitätsmerkmal und Qualitätsaspekt nach dem kognitiven Retest⁵

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
1. Information und Aufklärung	1.2 Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen	5) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können (z. B. Verletzung der Blase, hoher Blutverlust)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		6.1) Wurde mit Ihnen besprochen, dass durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, Verwachsungen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
		7) Wurde mit Ihnen besprochen, dass es nach der Entfernung der Gebärmutter nicht mehr möglich ist, Kinder zu bekommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr
	1.4 Aufklärung zum operativen Vorgehen	10) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile die möglichen Operationsmethoden haben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr

⁵ Nicht angepasste Items sind in der Tabelle nicht aufgeführt.

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit
		12) Je nachdem, warum die Gebärmutter entfernt werden soll, besteht die Möglichkeit, sie mit Gebärmutterhals oder ohne Gebärmutterhals zu entfernen. Manchmal werden auch die Eileiter mitentfernt. Wurde mit Ihnen besprochen, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden kann (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		13) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile der Erhalt des Gebärmutterhalses hat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
2. Interaktion und Kommunikation	2.4 Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt	23) Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch / die Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt einzubeziehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
3. Beteiligung von Patientinnen im Entscheidungsprozess	3.1 Berücksichtigen von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie	11) Wurden Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>
		14) Wurden Sie in die Entscheidung, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>

Anhang J: Berechnung und Auswertung der Qualitätsindikatoren

Anhang J.1: Darstellung des empfohlenen Qualitätsindikatorensets

Die 4 Qualitätsindikatoren wurden auf der Basis des Qualitätsmodells mit 3 Qualitätsaspekten und 13 Qualitätsmerkmalen entwickelt. Die folgende Tabelle 1 fasst die finalen Entwicklungsergebnisse der jeweiligen Qualitätsaspekte, Qualitätsmerkmale, der finalen Fragebogenitems sowie der dazugehörigen Qualitätsindikatoren zusammen. Die Vorstellung der Qualitätsindikatoren kann im Abschlussbericht Abschnitt 10.2 entnommen werden.

Tabelle 1: Darstellung des empfohlenen Qualitätsindikatorensets

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit	Qualitätsindikator
1. Information und Aufklärung	1.1 Aufklärung zur Wirkung	3) Wurde mit Ihnen besprochen, was die Entfernung der Gebärmutter bewirken soll (Verbesserung der Symptome wie Schmerzen oder starke Blutungen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	462400: Besprechen der patientenrelevanten Informationen
	1.2 Aufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen	5) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können (z. B. Verletzung der Blase, hoher Blutverlust)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
		6.1) Wurde mit Ihnen besprochen, dass durch die Entfernung der Gebärmutter längerfristig körperliche Folgen auftreten können (z. B. Wechseljahresbeschwerden, Verwachsungen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
		6.2) Wurde mit Ihnen besprochen, dass die Entfernung der Gebärmutter Auswirkungen auf Ihre Sexualität haben kann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit	Qualitätsindikator
		6.3) Wurde mit Ihnen besprochen, dass infolge der Entfernung der Gebärmutter psychische Belastungen auftreten können (z. B. Veränderung des Selbstbildes als Frau oder des Körpergefühls)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
		7) Wurde mit Ihnen besprochen, dass es nach der Entfernung der Gebärmutter nicht mehr möglich ist, Kinder zu bekommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
	1.3 Aufklärung zu Behandlungsmöglichkeiten	2) Bitte denken Sie bei den nachfolgenden Fragen auch weiterhin an das Gespräch oder die Gespräche, die Sie in dem Krankenhaus, in dem Sie operiert wurden, oder mit der Belegärztin / dem Belegarzt in der Praxis geführt haben. Wurde mit Ihnen besprochen, welche anderen Behandlungsmöglichkeiten außer der Entfernung der Gebärmutter für Sie infrage kommen (d. h. gebärmuttererhaltende Verfahren wie z. B. die Einnahme von Medikamenten)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte das nicht <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
		4) Wurde mit Ihnen besprochen, was es bedeutet, wenn die Operation nicht durchgeführt wird?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit	Qualitätsindikator
		<p>1) Zur Behandlung gutartiger Erkrankungen der Gebärmutter kann eine Operation zur Entfernung der Gebärmutter durchgeführt werden. Da diese Operation nicht notfallmäßig durchgeführt wird, besteht die Möglichkeit, die Patientinnen in die Entscheidung zur Durchführung der Operation miteinzu beziehen.</p> <p>Wurde in dem Gespräch / den Gesprächen vor der Operation deutlich, dass Ihre Sichtweise für die Entscheidung zur Operation ausschlaggebend ist?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
	1.4 Aufklärung zum operativen Vorgehen	<p>9) Es gibt grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten, die Gebärmutter zu entfernen (z. B. über die Scheide, Bauchspiegelung/Schlüssellochoperation, Bauchschnitt).</p> <p>Wurde mit Ihnen besprochen, welche Operationsmethoden für Sie infrage kommen?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
		<p>10) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile die möglichen Operationsmethoden haben?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit	Qualitätsindikator
		<p>12) Je nachdem, warum die Gebärmutter entfernt werden soll, besteht die Möglichkeit, sie mit Gebärmutterhals oder ohne Gebärmutterhals zu entfernen. Manchmal werden auch die Eileiter mitentfernt.</p> <p>Wurde mit Ihnen besprochen, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden kann (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
		<p>13) Wurde mit Ihnen besprochen, welche Vor- und Nachteile der Erhalt des Gebärmutterhalses hat?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
	1.5 Informationen zur Operationsdauer und dem organisatorischen Ablauf der Operation	<p>15) Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange die Operation ungefähr dauern wird?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte/brauchte das nicht <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
	1.6 Informationen zum Heilungsverlauf nach der Hysterektomie	<p>8) Wurden Sie vor der Operation darüber informiert, wie lange Sie sich nach der Operation voraussichtlich schonen müssen (z. B. Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit)?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit	Qualitätsindikator
	1.7 Umfang der Informationen für die Entscheidungen zur Hysterektomie	17) Wenn Sie nun an die Entscheidungen zur Entfernung der Gebärmutter denken (z. B. Entscheidung zur Operation, Operationsmethode und Umfang, in dem die Gebärmutter entfernt werden soll): Hatten Sie nach dem Gespräch / den Gesprächen alle Informationen, die Sie für Ihre Entscheidungen benötigt haben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	462401: Befähigung der Patientinnen zur Entscheidungsfindung
2. Interaktion und Kommunikation	2.1 Respektvolle und wertschätzende Kommunikation	22.1) Hat die Ärztin oder der Arzt Sie ernst genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	462402: Patientenzentrierte Kommunikation
		22.2) Hat die Ärztin oder der Arzt Ihnen aufmerksam zugehört?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	
	2.2 Gestaltung einer kommunikationsfördernden Gesprächsatmosphäre	20) Hatten Sie das Vertrauen zu der Ärztin oder dem Arzt, um über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war (z. B. auch intime und schwierige Themen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> <i>Weiß nicht mehr</i>	

Qualitätsaspekt	Qualitätsmerkmal	Item	Antwortmöglichkeit	Qualitätsindikator
		21) Hatten Sie die Zeit in dem Gespräch / den Gesprächen über alles zu sprechen, was für Sie in Bezug auf die Operation wichtig war?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
	2.3 Sprachliche und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der vermittelten Informationen	19) Haben Sie die Informationen, die Sie in dem Gespräch / den Gesprächen erhalten haben, verstanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Eher ja <input type="checkbox"/> Eher nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	462401: Befähigung der Patientinnen zur Entscheidungsfindung
	2.4 Möglichkeit zum Einbezug von Vertrauenspersonen in Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt	23) Hatten Sie die Möglichkeit, Angehörige oder andere Vertrauenspersonen in das Gespräch / die Gespräche mit der Ärztin / dem Arzt einzubeziehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	462403: Berücksichtigen der Präferenzen der Patientinnen
3. Beteiligung von Patientinnen im Entscheidungsprozess	3.1 Berücksichtigen von Präferenzen zur Durchführung der Hysterektomie	11) Wurden Sie in die Entscheidung, mit welcher Operationsmethode die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
		14) Wurden Sie in die Entscheidung, in welchem Umfang die Gebärmutter entfernt werden soll, einbezogen (z. B. Erhalt des Gebärmutterhalses, Entfernung der Eileiter)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, obwohl es mir wichtig gewesen wäre <input type="checkbox"/> Das war für mich nicht notwendig <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	
	3.2 Berücksichtigen des Bedarfs von Bedenkzeit vor der Operation	16) Wurde Ihnen vor der Operation Bedenkzeit angeboten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht mehr	

Anhang J.2: Darstellung der Qualitätsindikatoren anhand der Eignungskriterien

Neben der Prüfung der Eignungskriterien auf Ebene der Qualitätsmerkmale (siehe Anhang E.2), prüfte das IQTIG auch die Messeigenschaften der Operationalisierungen. Das Ziel dieses Schrittes ist es, die Messeigenschaften so gut wie möglich zu gestalten und dadurch den Nutzen der Indikatoren zu steigern. Die Überprüfung der Eignungskriterien wurde gemäß der Methodik zur Entwicklung von Datenfeldern des IQTIG vorgenommen (IQTIG 2022: Abschnitt 13.2). Dabei erfolgten die Einschätzungen zur Objektivität, der Reliabilität und der Validität der Messung auf Basis der Erkenntnisse aus dem kognitiven Pretest, dem Standard-Pretest und dem kognitiven Retest. Die Einschätzungen können damit global, für die Gesamtheit an Messungen des Fragebogens interpretiert werden. Die Datenqualität wurde zum einen auf Grundlage der umfänglichen Pretestung eingeschätzt (patientenseitig) und zum anderen auf Grundlage der Qualität der von den Leistungserbringern zu dokumentierenden Daten. Hierbei konnte aufgezeigt werden, dass sich die Dokumentation auf nur wenige Informationen beschränkt (d. h. Name, Adressdaten, Hauptdiagnose (gemäß ICD-10-GM), OPS-Kodes) und der Aufwand für die Leistungserbringer somit generell als niedrig einzuschätzen ist.

In Tabelle 2 sind die Eignungskriterien pro Qualitätsindikator dargestellt, wobei auch die Informationen zu den Eignungskriterien der Qualitätsmerkmale aufgenommen sind, da diese die Qualitätsindikatoren inhaltlich konstituieren.

Tabelle 2: Darstellung der Eignungskriterien für Qualitätsindikatoren

ID	Qualitätsindikator	Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevantem Merkmal	Potenzial zur Verbesserung	Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer	Brauchbarkeit für den Handlungsabschluss	Objektivität	Reliabilität	Datenqualität	Validität	Risikoadjustierung	Aufwand der Messung
462400	Besprechen der patientenrelevanten Informationen	hoch	unmittelbar patientenrelevant	gegeben	ja	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	n. e.	gering
462401	Befähigung der Patientinnen zur Entscheidungsfindung	hoch	unmittelbar patientenrelevant	gegeben	ja	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	n. e.	gering
462402	Patientenzentrierte Kommunikation	hoch	unmittelbar patientenrelevant	gegeben	ja	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	n. e.	gering
462403	Berücksichtigen der Präferenzen der Patientinnen	hoch	unmittelbar patientenrelevant	gegeben	ja	ja	hoch	hoch	hoch	hoch	n. e.	gering

n. e. = nicht empfohlen

Gesamtschau der Eignungskriterien der Qualitätsindikatoren

In der Gesamtschau der Eignungskriterien der Qualitätsindikatoren werden diese als geeignet für die Qualitätssicherung eingeschätzt.

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

Die Darstellung der Ergebnismeldungen der Qualitätsindikatoren der Patientenbefragung für das QS-Verfahren *Hysterektomie* soll sich an den Rückmeldeberichten für die Leistungserbringer orientieren, welche im QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiografie* eingesetzt werden. Zur Veranschaulichung der späteren Darstellung sind nachfolgend beispielhaft zwei Abbildungen und eine Tabelle aufgeführt, anhand derer die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren einschließlich der dazugehörigen Items exemplarisch dargestellt werden.

Beispielhafte Darstellung des Ergebnisses des Qualitätsindikators „Besprechen der patientenrelevanten Informationen“ (ID 462400)

Bei der Datengrundlage dieser Darstellung handelt es sich um beispielhafte Daten, welche lediglich der Veranschaulichung dienen. Im Folgenden wird beispielhaft das Ergebnis des Qualitätsindikators „Besprechen der patientenrelevanten Informationen“ (ID 462400) inkl. des Referenzbereichs von 95 Punkten dargestellt.

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer

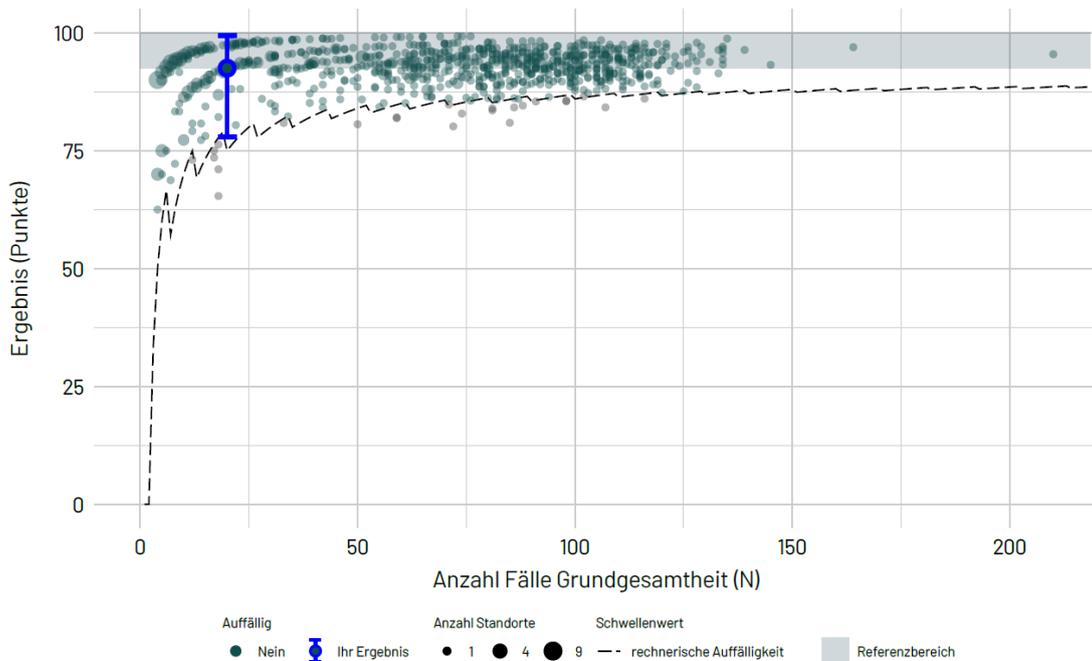


Abbildung 1: Beispielhafte Ergebnisdarstellung des Qualitätsindikators „Besprechen der patientenrelevanten Informationen“ (ID 462400)

Beispielhafte Darstellung der belegärztlichen Leistungen

Tabelle 3: Beispielhafte Ergebnisdarstellung der belegärztlichen Leistungen des Qualitätsindikators „Besprechen der patientenrelevanten Informationen“ (ID 462400)

ID 462400	Ihr Ergebnis für belegärztliche Leistungen	Vertrauensbereich	Ergebnis (Bund)	Vertrauensbereich (Bund)
2025	-	-	-	-
2026	95,94 Punkte (N = 4)	92,79-98,95	99,37 Punkte (N = 563)	98,77-100,00
2027	-	-	-	-

Beispielhafte Darstellung des Ergebnisses eines Items des Qualitätsindikators „Besprechen der patientenrelevanten Informationen“ (ID 462400)

Im Folgenden wird beispielhaft eines der Items innerhalb des Qualitätsindikators „Besprechen der patientenrelevanten Informationen“ (ID 462400) dargestellt.

OPKOMPLIK – „Wurde mit Ihnen besprochen, welche Komplikationen während der Operation auftreten können (z. B. Verletzung der Blase, hoher Blutverlust)?“

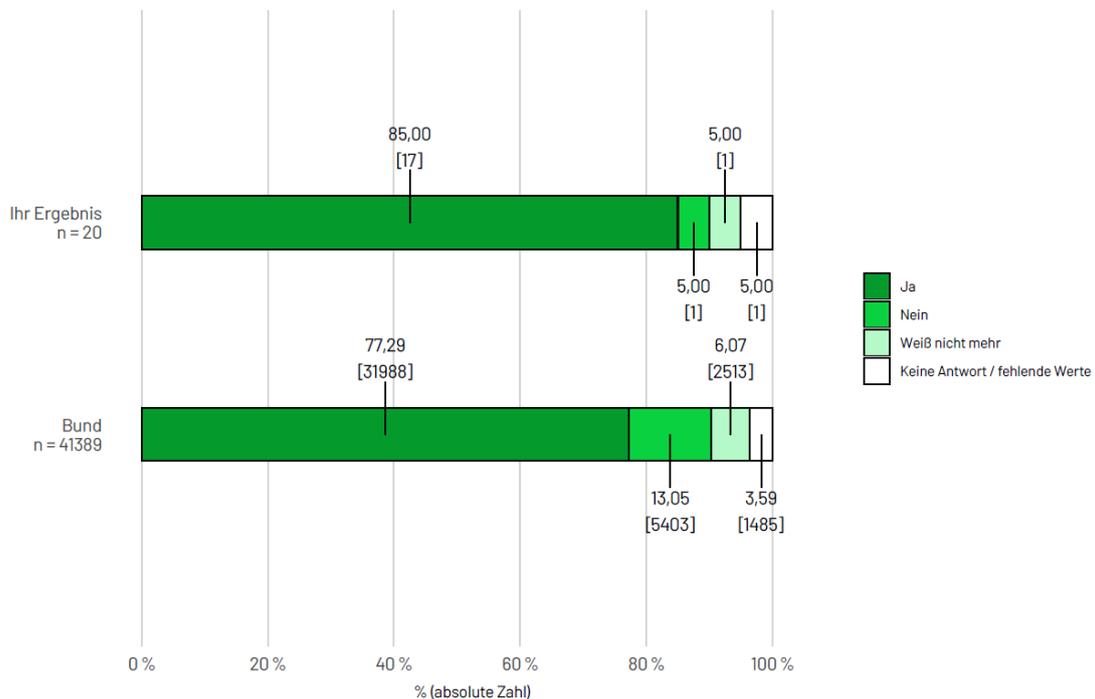


Abbildung 2: Beispielhafte Ergebnisdarstellung eines Items innerhalb des Qualitätsindikators „Besprechen der patientenrelevanten Informationen“ (ID 462400)

Literatur

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022):

Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG.

URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 11.08.2022).

Anhang K: Zielgruppendefinition über ICD- und OPS-Kodes

Zur erfolgreichen Identifikation von Patientinnen für das QS-Verfahren muss mindestens einer der folgenden ICD-10-GM-Kodes (Tabelle 1) - als Hauptdiagnose - in **Kombination** mit einem der aufgeführten OPS-Kodes (Tabelle 2) vorliegen.

Das Ziel ist die Erfassung aller Patientinnen, bei denen aufgrund einer benignen Erkrankung (stationär) eine Hysterektomie durchgeführt wurde.

Patientinnen, bei denen eine Hysterektomie aufgrund a) einer malignen Erkrankung, b) einer Geschlechtsangleichung oder c) eines Notfalls durchgeführt wurden (Haupt- oder Nebendiagnose), sind nicht Teil der Zielgruppe (Tabelle 3).

Tabelle 1: ICD-Kodes für den Einschluss von Patientinnen (Hauptdiagnose)

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
D25.-	Leiomyom des Uterus (inkl. Fibromyom des Uterus)
▪ D25.0	▪ Submuköses Leiomyom des Uterus
▪ D25.1	▪ Intramurales Leiomyom des Uterus
▪ D25.2	▪ Subseröses Leiomyom des Uterus
▪ D25.9	▪ Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet
D26.-	Sonstige gutartige Neubildungen des Uterus
▪ D26.0	▪ Cervix uteri
▪ D26.1	▪ Corpus uteri
▪ D26.7	▪ Sonstige Teile des Uterus
▪ D26.9	▪ Uterus, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
N80.-	Endometriose
▪ N80.0	▪ Endometriose des Uterus (Adenomyosis uteri)
▪ N80.1	▪ Endometriose des Ovars
▪ N80.2	▪ Endometriose der Tuba uterina
▪ N80.3	▪ Endometriose des Beckenperitoneums
▪ N80.4	▪ Endometriose des Septum rectovaginale und der Vagina
▪ N80.5	▪ Endometriose des Darmes
▪ N80.6	▪ Endometriose in Hautnarbe
▪ N80.8	▪ Sonstige Endometriose
▪ N80.9	▪ Endometriose, nicht näher bezeichnet
N81.-	Genitalprolaps bei der Frau
▪ N81.2	▪ Partialprolaps des Uterus und der Vagina
▪ N81.3	▪ Totalprolaps des Uterus und der Vagina
▪ N81.4	▪ Uterovaginalprolaps, nicht näher bezeichnet
▪ N81.8	▪ Sonstiger Genitalprolaps bei der Frau
▪ N81.9	▪ Genitalprolaps bei der Frau, nicht näher bezeichnet
N85.-	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten des Uterus, ausgenommen der Zervix
▪ N85.0	▪ Glanduläre Hyperplasie des Endometriums
▪ N85.2	▪ Hypertrophie des Uterus
▪ N85.9	▪ Nichtentzündliche Krankheit des Uterus, nicht näher bezeichnet
N86	Erosion und Ektropium der Cervix uteri

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
N92.- <ul style="list-style-type: none"> ▪ N92.0 ▪ N92.1 ▪ N92.2 ▪ N92.3 ▪ N92.4 ▪ N92.5 ▪ N92.6 	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus ▪ Zu starke oder zu häufige Menstruation bei unregelmäßigem Menstruationszyklus ▪ Zu starke Menstruation im Pubertätsalter ▪ Ovulationsblutung ▪ Zu starke Blutung in der Prämenopause ▪ Sonstige näher bezeichnete unregelmäßige Menstruation ▪ Unregelmäßige Menstruation, nicht näher bezeichnet
N93.- <ul style="list-style-type: none"> ▪ N93.0 ▪ N93.8 ▪ N93.9 	Sonstige abnorme Uterus- oder Vaginalblutung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Postkoitale Blutung und Kontaktblutung ▪ Sonstige näher bezeichnete abnorme Uterus- oder Vaginalblutung ▪ Abnorme Uterus- oder Vaginalblutung, nicht näher bezeichnet
N94.- <ul style="list-style-type: none"> ▪ N94.0 ▪ N94.1 ▪ N94.2 ▪ N94.3 ▪ N94.4 ▪ N94.5 ▪ N94.6 ▪ N94.8 ▪ N94.9 	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mittelschmerz ▪ Dyspareunie ▪ Vaginismus ▪ Prämenstruelle Beschwerden ▪ Primäre Dysmenorrhoe ▪ Sekundäre Dysmenorrhoe ▪ Dysmenorrhoe, nicht näher bezeichnet ▪ Sonstige näher bezeichnete Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus ▪ Nicht näher bezeichneter Zustand im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
N95.-	Klimakterische Störungen
▪ N95.0	▪ Postmenopausenblutung
R10.-	Bauch- und Beckenschmerzen
▪ R10.2	▪ Schmerzen im Becken und am Damm
▪ R10.3	▪ Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches
▪ R10.4	▪ Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen

Tabelle 2: OPS-Kodes für den Einschluss von Patientinnen

OPS-Kode	Kurze Beschreibung
5-682	Subtotale Uterusexstirpation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5-682.0 <ul style="list-style-type: none"> ▫ 5-682.00 ▫ 5-682.01 ▫ 5-682.02 ▫ 5-682.03 ▫ 5-682.04 ▫ 5-682.05 ▫ 5-682.0x ▪ 5-682.1 <ul style="list-style-type: none"> ▫ 5-682.10 ▫ 5-682.11 ▫ 5-682.12 ▫ 5-682.13 ▫ 5-682.14 ▫ 5-682.15 ▫ 5-682.1x ▪ 5-682.2 <ul style="list-style-type: none"> ▫ 5-682.20 ▫ 5-682.21 ▫ 5-682.22 ▫ 5-682.2x 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suprazervikal <ul style="list-style-type: none"> ▫ Offen chirurgisch (abdominal) ▫ Vaginal, laparoskopisch assistiert ▫ Endoskopisch (laparoskopisch) ▫ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch ▫ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch ▫ Vaginal ▫ Sonstige ▪ Supravaginal <ul style="list-style-type: none"> ▫ Offen chirurgisch (abdominal) ▫ Vaginal, laparoskopisch assistiert ▫ Endoskopisch (laparoskopisch) ▫ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch ▫ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch ▫ Vaginal ▫ Sonstige ▪ Hemihysterektomie (bei Uterus bicornis) <ul style="list-style-type: none"> ▫ Offen chirurgisch (abdominal) ▫ Endoskopisch (laparoskopisch) ▫ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch ▫ Sonstige

OPS-Kode	Kurze Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5-682.x <ul style="list-style-type: none"> ▫ 5-682.x0 ▫ 5-682.x1 ▫ 5-682.x2 ▫ 5-682.x3 ▫ 5-682.x4 ▫ 5-682.x5 ▫ 5-682.xx 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sonstige <ul style="list-style-type: none"> ▫ Offen chirurgisch (abdominal) ▫ Vaginal, laparoskopisch assistiert ▫ Endoskopisch (laparoskopisch) ▫ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch ▫ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch ▫ Vaginal ▫ Sonstige
<p>5-683</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5-683.0 <ul style="list-style-type: none"> ▫ 5-683.00 ▫ 5-683.01 ▫ 5-683.02 ▫ 5-683.03 ▫ 5-683.04 ▫ 5-683.05 ▫ 5-683.0x ▪ 5-683.1 <ul style="list-style-type: none"> ▫ 5-683.10 ▫ 5-683.11 ▫ 5-683.12 ▫ 5-683.13 ▫ 5-683.14 	<p>Uterusexstirpation (Hysterektomie)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ohne Salpingoovariektomie <ul style="list-style-type: none"> ▫ Offen chirurgisch (abdominal) ▫ Vaginal ▫ Vaginal, laparoskopisch assistiert ▫ Endoskopisch (laparoskopisch) ▫ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch ▫ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch ▫ Sonstige ▪ mit Salpingoovariektomie, einseitig <ul style="list-style-type: none"> ▫ Offen chirurgisch (abdominal) ▫ Vaginal ▫ Vaginal, laparoskopisch assistiert ▫ Endoskopisch (laparoskopisch) ▫ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch

OPS-Kode	Kurze Beschreibung
▫ 5-683.15	▫ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
▫ 5-683.1x	▫ Sonstige
■ 5-683.2	■ mit Salpingoovariektomie, beidseitig
▫ 5-683.20	▫ Offen chirurgisch (abdominal)
▫ 5-683.21	▫ Vaginal
▫ 5-683.22	▫ Vaginal, laparoskopisch assistiert
▫ 5-683.23	▫ Endoskopisch (laparoskopisch)
▫ 5-683.24	▫ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
▫ 5-683.25	▫ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
▫ 5-683.2x	▫ Sonstige
■ 5-683.5	■ mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, ohne Salpingoovariektomie
■ 5-683.6	■ mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, mit Salpingoovariektomie, einseitig
■ 5-683.7	■ mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, mit Salpingoovariektomie, beidseitig
■ 5-683.x	■ Sonstige
▫ 5-683.x0	▫ Offen chirurgisch (abdominal)
▫ 5-683.x1	▫ Vaginal
▫ 5-683.x2	▫ Vaginal, laparoskopisch assistiert
▫ 5-683.x3	▫ Endoskopisch (laparoskopisch)
▫ 5-683.x4	▫ Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch
▫ 5-683.x5	▫ Umsteigen vaginal - offen chirurgisch
▫ 5-683.xx	▫ Sonstige

Tabelle 3: ICD-Kodes für den Ausschluss von Patientinnen (Haupt- und Nebendiagnose)

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
C51.-	Bösartige Neubildung der Vulva
▪ C51.0	▪ Labium majus
▪ C51.1	▪ Labium minus
▪ C51.2	▪ Klitoris
▪ C51.8	▪ Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend
▪ C51.9	▪ Vulva, nicht näher bezeichnet
C52	Bösartige Neubildung der Vagina
C53.-	Bösartige Neubildung der Cervix uteri
▪ C53.0	▪ Endozervix
▪ C53.1	▪ Ektozervix
▪ C53.8	▪ Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
▪ C53.9	▪ Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
C54.-	Bösartige Neubildung des Corpus uteri
▪ C54.0	▪ Isthmus uteri
▪ C54.1	▪ Endometrium
▪ C54.2	▪ Myometrium
▪ C54.3	▪ Fundus uteri
▪ C54.8	▪ Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
▪ C54.9	▪ Corpus uteri, nicht näher bezeichnet
C55	Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet
C56	Bösartige Neubildung des Ovars

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
C57.-	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter weiblicher Genitalorgane
<ul style="list-style-type: none"> ▪ C57.0 ▪ C57.1 ▪ C57.2 ▪ C57.3 ▪ C57.4 ▪ C57.7 ▪ C57.8 ▪ C57.9 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tuba uterina [Fallopio] ▪ Lig. latum uteri ▪ Lig. teres uteri ▪ Parametrium ▪ Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet ▪ Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane ▪ Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend ▪ Weibliches Genitalorgan, nicht näher bezeichnet
C58	Bösartige Neubildung der Plazenta
C79.-	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ C79.6 ▪ C79.8- <ul style="list-style-type: none"> ▫ C79.82 ▪ C79.9 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars ▪ Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen <ul style="list-style-type: none"> ▫ Sekundäre bösartige Neubildung der Genitalorgane ▪ Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation
C80.-	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ C80.0 ▪ C80.9 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet ▪ Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
D06.-	Carcinoma in situ der Cervix uteri
▪ D06.0	▪ Endozervix
▪ D06.1	▪ Ektozervix
▪ D06.7	▪ Sonstige Teile der Cervix uteri
▪ D06.9	▪ Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
D07.-	Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Genitalorgane
▪ D07.0	▪ Endometrium
▪ D07.1	▪ Vulva
▪ D07.2	▪ Vagina
▪ D07.3	▪ Sonstige und nicht näher bezeichnete weibliche Genitalorgane
D39.-	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der weiblichen Genitalorgane
▪ D39.0	▪ Uterus
▪ D39.1	▪ Ovar
▪ D39.2	▪ Plazenta
▪ D39.7	▪ Sonstige weibliche Genitalorgane
▪ D39.9	▪ Weibliches Genitalorgan, nicht näher bezeichnet
D48.-	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
▪ D48.9	▪ Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens, nicht näher bezeichnet
F64.-	Störungen der Geschlechtsidentität
▪ F64.0	▪ Transsexualismus

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
N71.-	Entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix
▪ N71.1	▪ Chronische entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix
▪ N71.9	▪ Entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix, nicht näher bezeichnet
N73.-	Sonstige entzündliche Krankheiten im weiblichen Becken
▪ N73.1	▪ Chronische Parametritis und Entzündung des Beckenbindegewebes
▪ N73.2	▪ Nicht näher bezeichnete Parametritis und Entzündung des Beckenbindegewebes
▪ N73.4	▪ Chronische Pelveoperitonitis bei der Frau
▪ N73.5	▪ Pelveoperitonitis bei der Frau, nicht näher bezeichnet
▪ N73.6	▪ Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken
▪ N73.8	▪ Sonstige näher bezeichnete entzündliche Krankheiten im weiblichen Becken
▪ N73.9	▪ Entzündliche Krankheit im weiblichen Becken, nicht näher bezeichnet
N87.-	Dysplasie der Cervix uteri
▪ N87.0	▪ Niedriggradige Dysplasie der Cervix uteri
▪ N87.1	▪ Mittelgradige Dysplasie der Cervix uteri
▪ N87.2	▪ Hochgradige Dysplasie der Cervix uteri, anderenorts nicht klassifiziert
▪ N87.9	▪ Dysplasie der Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
O00.-	Extrauterin gravidität
▪ O00.0	▪ Abdominalgravidität
▪ O00.1	▪ Tubargravidität
▪ O00.2	▪ Ovarialgravidität
▪ O00.8	▪ Sonstige Extrauterin gravidität
▪ O00.9	▪ Extrauterin gravidität, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
001.- <ul style="list-style-type: none"> ▪ 001.0 ▪ 001.1 ▪ 001.9 	Blasenmole <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klassische Blasenmole ▪ Partielle oder inkomplette Blasenmole ▪ Partielle oder inkomplette Blasenmole
002.- <ul style="list-style-type: none"> ▪ 002.0 ▪ 002.1 ▪ 002.8 ▪ 002.9 	Sonstige abnorme Konzeptionsprodukte <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abortivei und sonstige Molen ▪ Missed abortion [Verhaltene Fehlgeburt] ▪ Sonstige näher bezeichnete abnorme Konzeptionsprodukte ▪ Anomales Konzeptionsprodukt, nicht näher bezeichnet
003.- <ul style="list-style-type: none"> ▪ 003.0 ▪ 003.1 ▪ 003.2 ▪ 003.3 ▪ 003.4 ▪ 003.5 ▪ 003.6 ▪ 003.7 ▪ 003.8 ▪ 003.9 	Spontanabort <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inkomplett, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens ▪ Inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung ▪ Inkomplett, kompliziert durch Embolie ▪ Inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen ▪ Inkomplett, ohne Komplikation ▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens ▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung ▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Embolie ▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen ▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
004.-	Ärztlich eingeleiteter Abort
▪ 004.0	▪ Inkomplett, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
▪ 004.1	▪ Inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
▪ 004.2	▪ Inkomplett, kompliziert durch Embolie
▪ 004.3	▪ Inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
▪ 004.4	▪ Inkomplett, ohne Komplikation
▪ 004.5	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
▪ 004.6	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
▪ 004.7	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Embolie
▪ 004.8	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
▪ 004.9	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation
005.-	Sonstiger Abort
▪ 005.0	▪ Inkomplett, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
▪ 005.1	▪ Inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
▪ 005.2	▪ Inkomplett, kompliziert durch Embolie
▪ 005.3	▪ Inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
▪ 005.4	▪ Inkomplett, ohne Komplikation
▪ 005.5	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
▪ 005.6	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
▪ 005.7	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Embolie
▪ 005.8	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
▪ 005.9	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
006.-	Nicht näher bezeichneter Abort
▪ 006.0	▪ Inkomplett, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
▪ 006.1	▪ Inkomplett, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
▪ 006.2	▪ Inkomplett, kompliziert durch Embolie
▪ 006.3	▪ Inkomplett, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
▪ 006.4	▪ Inkomplett, ohne Komplikation
▪ 006.5	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
▪ 006.6	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
▪ 006.7	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, kompliziert durch Embolie
▪ 006.8	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, mit sonstigen und nicht näher bezeichneten Komplikationen
▪ 006.9	▪ Komplett oder nicht näher bezeichnet, ohne Komplikation
007.-	Mislungene Aborteinleitung
▪ 007.0	▪ Mislungene ärztliche Aborteinleitung, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
▪ 007.1	▪ Mislungene ärztliche Aborteinleitung, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
▪ 007.2	▪ Mislungene ärztliche Aborteinleitung, kompliziert durch Embolie
▪ 007.3	▪ Mislungene ärztliche Aborteinleitung mit sonstigen oder nicht näher bezeichneten Komplikationen
▪ 007.4	▪ Mislungene ärztliche Aborteinleitung ohne Komplikation
▪ 007.5	▪ Mislungene sonstige oder nicht näher bezeichnete Aborteinleitung, kompliziert durch Infektion des Genitaltraktes und des Beckens
▪ 007.6	▪ Mislungene sonstige oder nicht näher bezeichnete Aborteinleitung, kompliziert durch Spätblutung oder verstärkte Blutung
▪ 007.7	▪ Mislungene sonstige oder nicht näher bezeichnete Aborteinleitung, kompliziert durch Embolie
▪ 007.8	▪ Mislungene sonstige oder nicht näher bezeichnete Aborteinleitung mit sonstigen oder nicht näher bezeichneten Komplikationen
▪ 007.9	▪ Mislungene sonstige oder nicht näher bezeichnete Aborteinleitung ohne Komplikation

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
008.-	Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
▪ 008.0	▪ Infektion des Genitaltraktes und des Beckens nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
▪ 008.1	▪ Spätblutung oder verstärkte Blutung nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
▪ 008.2	▪ Embolie nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
▪ 008.3	▪ Schock nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
▪ 008.4	▪ Niereninsuffizienz nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
▪ 008.5	▪ Stoffwechselstörungen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
▪ 008.6	▪ Verletzung von Beckenorganen und -geweben nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
▪ 008.7	▪ Sonstige Venenkrankheiten als Komplikation nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
▪ 008.8	▪ Sonstige Komplikationen nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
▪ 008.9	▪ Komplikation nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft, nicht näher bezeichnet
009.-!	Schwangerschaftsdauer
▪ 009.0!	▪ Weniger als 5 vollendete Wochen
▪ 009.1!	▪ 5 bis 13 vollendete Wochen
▪ 009.2!	▪ 14. Woche bis 19 vollendete Wochen
▪ 009.3!	▪ 20. Woche bis 25 vollendete Wochen
▪ 009.4!	▪ 26. Woche bis 33 vollendete Wochen
▪ 009.5!	▪ 34. Woche bis 36 vollendete Wochen
▪ 009.6!	▪ 37. Woche bis 41 vollendete Wochen
▪ 009.7!	▪ Mehr als 41 vollendete Wochen
▪ 009.9!	▪ Nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
010.-	Vorher bestehende Hypertonie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 010.0 ▪ 010.1 ▪ 010.2 ▪ 010.3 ▪ 010.4 ▪ 010.9 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorher bestehende essentielle Hypertonie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert ▪ Vorher bestehende hypertensive Herzkrankheit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert ▪ Vorher bestehende hypertensive Nierenkrankheit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert ▪ Vorher bestehende hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert ▪ Vorher bestehende sekundäre Hypertonie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert ▪ Nicht näher bezeichnete, vorher bestehende Hypertonie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
011	Chronische Hypertonie mit aufgepropfter Präeklampsie
012.-	Gestationsödeme und Gestationsproteinurie [schwangerschaftsinduziert] ohne Hypertonie
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 012.0 ▪ 012.1 ▪ 012.2 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwangerschaftsödem ▪ Schwangerschaftsproteinurie ▪ Schwangerschaftsödem mit Proteinurie
013	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]
014.-	Präeklampsie
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 014.0 ▪ 014.1 ▪ 014.2 ▪ 014.9 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leichte bis mäßige Präeklampsie ▪ Schwere Präeklampsie ▪ HELLP-Syndrom ▪ Präeklampsie, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
015.-	Eklampsie
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 015.0 ▪ 015.1 ▪ 015.2 ▪ 015.9 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eklampsie während der Schwangerschaft ▪ Eklampsie unter der Geburt ▪ Eklampsie im Wochenbett ▪ Eklampsie, bei der der zeitliche Bezug nicht angegeben ist
016	Nicht näher bezeichnete Hypertonie der Mutter
020.-	Blutung in der Frühschwangerschaft
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 020.0 ▪ 020.8 ▪ 020.9 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Drohender Abort ▪ Sonstige Blutung in der Frühschwangerschaft ▪ Blutung in der Frühschwangerschaft, nicht näher bezeichnet
021.-	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 021.0 ▪ 021.1 ▪ 021.2 ▪ 021.8 ▪ 021.9 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leichte Hyperemesis gravidarum ▪ Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung ▪ Späterbrechen während der Schwangerschaft ▪ Sonstiges Erbrechen, das die Schwangerschaft kompliziert ▪ Erbrechen während der Schwangerschaft, nicht näher bezeichnet
022.-	Venenkrankheiten und Hämorrhoiden als Komplikationen in der Schwangerschaft
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 022.0 ▪ 022.1 ▪ 022.2 ▪ 022.3 ▪ 022.4 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Varizen der unteren Extremitäten in der Schwangerschaft ▪ Varizen der Genitalorgane in der Schwangerschaft ▪ Oberflächliche Thrombophlebitis in der Schwangerschaft ▪ Tiefe Venenthrombose in der Schwangerschaft ▪ Hämorrhoiden in der Schwangerschaft

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 022.5 ▪ 022.8 ▪ 022.9 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hirnvenenthrombose in der Schwangerschaft ▪ Sonstige Venenkrankheiten als Komplikation in der Schwangerschaft ▪ Venenkrankheit als Komplikation in der Schwangerschaft, nicht näher bezeichnet
<p>023.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 023.0 ▪ 023.1 ▪ 023.2 ▪ 023.3 ▪ 023.4 ▪ 023.5 ▪ 023.9 	<p>Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infektionen der Niere in der Schwangerschaft ▪ Infektionen der Harnblase in der Schwangerschaft ▪ Infektionen der Urethra in der Schwangerschaft ▪ Infektionen von sonstigen Teilen der Harnwege in der Schwangerschaft ▪ Nicht näher bezeichnete Infektion der Harnwege in der Schwangerschaft ▪ Infektionen des Genitaltraktes in der Schwangerschaft ▪ Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektion des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft
<p>024.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 024.0 ▪ 024.1 ▪ 024.2 ▪ 024.3 ▪ 024.4 ▪ 024.9 	<p>Diabetes mellitus in der Schwangerschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorher bestehender Diabetes mellitus, Typ 1 ▪ Vorher bestehender Diabetes mellitus, Typ 2 ▪ Vorher bestehender Diabetes mellitus durch Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition] ▪ Vorher bestehender Diabetes mellitus, nicht näher bezeichnet ▪ Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend ▪ Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, nicht näher bezeichnet
<p>025</p>	<p>Fehl- und Mangelernährung in der Schwangerschaft</p>
<p>026.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 026.0 ▪ 026.1 	<p>Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Übermäßige Gewichtszunahme in der Schwangerschaft ▪ Geringe Gewichtszunahme in der Schwangerschaft

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 026.2 ▪ 026.3 ▪ 026.4 ▪ 026.5 ▪ 026.6- <ul style="list-style-type: none"> ▫ 026.60 ▫ 026.68 ▪ 026.7 ▪ 026.8- <ul style="list-style-type: none"> ▫ 026.81 ▫ 026.82 ▫ 026.83 ▫ 026.88 ▪ 026.9 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwangerschaftsbetreuung bei Neigung zu habituellem Abort ▪ Schwangerschaft bei liegendem Intrauterinpeppisar ▪ Herpes gestationis ▪ Hypotonie-Syndrom der Mutter ▪ Leberkrankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes <ul style="list-style-type: none"> ▫ Schwangerschaftscholestase ▫ Sonstige Leberkrankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes ▪ Subluxation der Symphysis (pubica) während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes ▪ Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind <ul style="list-style-type: none"> ▫ Nierenkrankheit, mit der Schwangerschaft verbunden ▫ Karpaltunnel-Syndrom während der Schwangerschaft ▫ Periphere Neuritis während der Schwangerschaft ▫ Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind ▪ Mit der Schwangerschaft verbundener Zustand, nicht näher bezeichnet
<p>028.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 028.0 ▪ 028.1 ▪ 028.2 ▪ 028.3 ▪ 028.4 ▪ 028.5 ▪ 028.8 ▪ 028.9 	<p>Abnorme Befunde bei der Screeninguntersuchung der Mutter zur pränatalen Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abnormer hämatologischer Befund bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter ▪ Abnormer biochemischer Befund bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter ▪ Abnormer zytologischer Befund bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter ▪ Abnormer Ultraschallbefund bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter ▪ Abnormer radiologischer Befund bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter ▪ Abnormer Chromosomen- oder genetischer Befund bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter ▪ Sonstige abnorme Befunde bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter ▪ Anomaler Befund bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
029.-	Komplikationen bei Anästhesie in der Schwangerschaft
▪ 029.0	▪ Pulmonale Komplikationen bei Anästhesie in der Schwangerschaft
▪ 029.1	▪ Kardiale Komplikationen bei Anästhesie in der Schwangerschaft
▪ 029.2	▪ Komplikationen des Zentralnervensystems bei Anästhesie in der Schwangerschaft
▪ 029.3	▪ Toxische Reaktion auf Lokalanästhesie in der Schwangerschaft
▪ 029.4	▪ Kopfschmerzen nach Spinal- oder Periduralanästhesie in der Schwangerschaft
▪ 029.5	▪ Sonstige Komplikationen nach Spinal- oder Periduralanästhesie in der Schwangerschaft
▪ 029.6	▪ Misslingen oder Schwierigkeiten bei der Intubation in der Schwangerschaft
▪ 029.8	▪ Sonstige Komplikationen bei Anästhesie in der Schwangerschaft
▪ 029.9	▪ Komplikation bei Anästhesie in der Schwangerschaft, nicht näher bezeichnet
030.-	Mehrlingsschwangerschaft
▪ 030.0	▪ Zwillingschwangerschaft
▪ 030.1	▪ Drillingschwangerschaft
▪ 030.2	▪ Vierlingschwangerschaft
▪ 030.8	▪ Sonstige Mehrlingsschwangerschaft
▪ 030.9	▪ Mehrlingsschwangerschaft, nicht näher bezeichnet
031.-	Komplikationen, die für eine Mehrlingsschwangerschaft spezifisch sind
▪ 031.0	▪ Fetus papyraceus
▪ 031.1	▪ Fortbestehen der Schwangerschaft nach Fehlgeburt eines oder mehrerer Feten
▪ 031.2	▪ Fortbestehen der Schwangerschaft nach intrauterinem Absterben eines oder mehrerer Feten
▪ 031.8	▪ Sonstige Komplikationen, die für eine Mehrlingsschwangerschaft spezifisch sind

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<p>032.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 032.0 ▪ 032.1 ▪ 032.2 ▪ 032.3 ▪ 032.4 ▪ 032.5 ▪ 032.6 ▪ 032.8 ▪ 032.9 	<p>Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung der Mutter wegen wechselnder Kindslage ▪ Betreuung der Mutter wegen Beckenendlage ▪ Betreuung der Mutter bei Quer- und Schräglage ▪ Betreuung der Mutter bei Gesichts-, Stirn- und Kinnlage ▪ Betreuung der Mutter bei Nichteintreten des Kopfes zum Termin ▪ Betreuung der Mutter bei Mehrlingsschwangerschaft mit Lage- und Einstellungsanomalie eines oder mehrerer Feten ▪ Betreuung der Mutter bei kombinierten Lage- und Einstellungsanomalien ▪ Betreuung der Mutter bei sonstigen Lage- und Einstellungsanomalien des Fetus ▪ Betreuung der Mutter bei Lage- und Einstellungsanomalie des Fetus, nicht näher bezeichnet
<p>033.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 033.0 ▪ 033.1 ▪ 033.2 ▪ 033.3 ▪ 033.4 ▪ 033.5 ▪ 033.6 ▪ 033.7 ▪ 033.8 ▪ 033.9 	<p>Betreuung der Mutter bei festgestelltem oder vermutetem Missverhältnis zwischen Fetus und Becken</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung der Mutter bei Missverhältnis durch Deformität des mütterlichen knöchernen Beckens ▪ Betreuung der Mutter bei Missverhältnis durch allgemein verengtes Becken ▪ Betreuung der Mutter bei Missverhältnis durch Beckeneingangsverengung ▪ Betreuung der Mutter bei Missverhältnis durch Beckenausgangsverengung ▪ Betreuung der Mutter wegen Missverhältnis bei kombinierter mütterlicher und fetaler Ursache ▪ Betreuung der Mutter bei Missverhältnis durch ungewöhnlich großen Fetus ▪ Betreuung der Mutter bei Missverhältnis durch Hydrozephalus des Fetus ▪ Betreuung der Mutter bei Missverhältnis durch sonstige Deformitäten des Fetus ▪ Betreuung der Mutter bei Missverhältnis sonstigen Ursprungs ▪ Betreuung der Mutter bei Missverhältnis, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<p>034.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 034.0 ▪ 034.1 ▪ 034.2 ▪ 034.3- <ul style="list-style-type: none"> ▫ 034.30 ▫ 034.31 ▫ 034.38 ▫ 034.39 ▪ 034.4 ▪ 034.5 ▪ 034.6 ▪ 034.7 ▪ 034.8 ▪ 034.9 	<p>Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung der Mutter bei angeborener Fehlbildung des Uterus ▪ Betreuung der Mutter bei Tumor des Corpus uteri ▪ Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff ▪ Betreuung der Mutter bei Zervixinsuffizienz <ul style="list-style-type: none"> ▫ Betreuung der Mutter bei vaginalsonographisch dokumentierter Zervixlänge unter 10 mm oder Trichterbildung ▫ Betreuung der Mutter bei Fruchtblasenprolaps ▫ Betreuung der Mutter bei sonstiger Zervixinsuffizienz ▫ Betreuung der Mutter bei Zervixinsuffizienz, nicht näher bezeichnet ▪ Betreuung der Mutter bei sonstigen Anomalien der Cervix uteri ▪ Betreuung der Mutter bei sonstigen Anomalien des graviden Uterus ▪ Betreuung der Mutter bei Anomalie der Vagina ▪ Betreuung der Mutter bei Anomalie der Vulva und des Perineums ▪ Betreuung der Mutter bei sonstigen Anomalien der Beckenorgane ▪ Betreuung der Mutter bei Anomalie der Beckenorgane, nicht näher bezeichnet
<p>035.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 035.0 ▪ 035.1 ▪ 035.2 ▪ 035.3 ▪ 035.4 ▪ 035.5 ▪ 035.6 	<p>Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie oder Schädigung des Fetus</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Fehlbildung des Zentralnervensystems beim Fetus ▪ Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Chromosomenanomalie beim Fetus ▪ Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) hereditäre Krankheit beim Fetus ▪ Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Fetus durch Viruskrankheit der Mutter ▪ Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Fetus durch Alkohol ▪ Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Fetus durch Arzneimittel oder Drogen ▪ Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Fetus durch Strahleneinwirkung

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 035.7 ▪ 035.8 ▪ 035.9 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Schädigung des Fetus durch sonstige medizinische Maßnahmen ▪ Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) sonstige Anomalie oder Schädigung des Fetus ▪ Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) Anomalie oder Schädigung des Fetus, nicht näher bezeichnet
<p>036.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 036.0 ▪ 036.1 ▪ 036.2 ▪ 036.3 ▪ 036.4 ▪ 036.5 ▪ 036.6 ▪ 036.7 ▪ 036.8 ▪ 036.9 	<p>Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Betreuung der Mutter wegen Rhesus-Isoimmunisierung ▪ Betreuung der Mutter wegen sonstiger Isoimmunisierung ▪ Betreuung der Mutter wegen Hydrops fetalis ▪ Betreuung der Mutter wegen Anzeichen für fetale Hypoxie ▪ Betreuung der Mutter wegen intrauterinen Fruchttodes ▪ Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung ▪ Betreuung der Mutter wegen fetaler Hypertrophie ▪ Betreuung der Mutter wegen eines lebensfähigen Fetus bei Abdominalgravidität ▪ Betreuung der Mutter wegen sonstiger näher bezeichneter Komplikationen beim Fetus ▪ Betreuung der Mutter wegen Komplikation beim Fetus, nicht näher bezeichnet
<p>040</p>	<p>Polyhydramnion</p>
<p>041.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 041.0 ▪ 041.1 ▪ 041.8 ▪ 041.9 	<p>Sonstige Veränderungen des Fruchtwassers und der Eihäute</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oligohydramnion ▪ Infektion der Fruchtblase und der Eihäute ▪ Sonstige näher bezeichnete Veränderungen des Fruchtwassers und der Eihäute ▪ Veränderung des Fruchtwassers und der Eihäute, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
042.- <ul style="list-style-type: none"> ▪ 042.0 ▪ 042.1- <ul style="list-style-type: none"> ▫ 042.11 ▫ 042.12 ▪ 042.2- <ul style="list-style-type: none"> ▫ 042.20 ▫ 042.21 ▫ 042.22 ▫ 042.29 ▪ 042.9 	Vorzeitiger Blasensprung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden ▪ Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn nach Ablauf von 24 Stunden <ul style="list-style-type: none"> ▫ Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn nach Ablauf von 1 bis 7 Tagen ▫ Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn nach Ablauf von mehr als 7 Tagen ▪ Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie <ul style="list-style-type: none"> ▫ Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden ▫ Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie, Wehenbeginn nach Ablauf von 1 bis 7 Tagen ▫ Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie, Wehenbeginn nach Ablauf von mehr als 7 Tagen ▫ Vorzeitiger Blasensprung, Wehenhemmung durch Therapie, ohne Angabe des Wehenbeginns ▪ Vorzeitiger Blasensprung, nicht näher bezeichnet
043.- <ul style="list-style-type: none"> ▪ 043.0 ▪ 043.1 ▪ 043.2- <ul style="list-style-type: none"> ▫ 043.20 ▫ 043.21 ▪ 043.8 ▪ 043.9 	Pathologische Zustände der Plazenta <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transplazentare Transfusionssyndrome ▪ Fehlbildung der Plazenta ▪ Krankhaft anhaftende Plazenta <ul style="list-style-type: none"> ▫ Placenta accreta ▫ Placenta increta oder percreta ▪ Sonstige pathologische Zustände der Plazenta ▪ Pathologischer Zustand der Plazenta, nicht näher bezeichnet
044.- <ul style="list-style-type: none"> ▪ 044.0- <ul style="list-style-type: none"> ▫ 044.00 ▫ 044.01 	Placenta praevia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Placenta praevia und tiefer Sitz der Plazenta ohne (aktuelle) Blutung <ul style="list-style-type: none"> ▫ Tiefer Sitz der Plazenta ohne (aktuelle) Blutung ▫ Placenta praevia ohne (aktuelle) Blutung

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 044.1- <ul style="list-style-type: none"> ▫ 044.10 ▫ 044.11 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placenta praevia und tiefer Sitz der Plazenta mit aktueller Blutung <ul style="list-style-type: none"> ▫ Tiefer Sitz der Plazenta mit aktueller Blutung ▫ Placenta praevia mit aktueller Blutung
<p>045.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 045.0 ▪ 045.8 ▪ 045.9 	<p>Vorzeitige Plazentalösung [Abruptio placentae]</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorzeitige Plazentalösung bei Gerinnungsstörung ▪ Sonstige vorzeitige Plazentalösung ▪ Vorzeitige Plazentalösung, nicht näher bezeichnet
<p>046.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 046.0 ▪ 046.8 ▪ 046.9 	<p>Präpartale Blutung, anderenorts nicht klassifiziert</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Präpartale Blutung bei Gerinnungsstörung ▪ Sonstige präpartale Blutung ▪ Präpartale Blutung, nicht näher bezeichnet
<p>047.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 047.0 ▪ 047.1 ▪ 047.9 	<p>Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frustrane Kontraktionen vor 37 vollendeten Schwangerschaftswochen ▪ Frustrane Kontraktionen ab 37 oder mehr vollendeten Schwangerschaftswochen ▪ Frustrane Kontraktionen, nicht näher bezeichnet
<p>048</p>	<p>Übertragene Schwangerschaft</p>
<p>060.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 060.0 ▪ 060.1 ▪ 060.2 ▪ 060.3 	<p>Vorzeitige Wehen und Entbindung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorzeitige Wehen ohne Entbindung ▪ Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung ▪ Vorzeitige Wehen mit termingerechter Entbindung ▪ Vorzeitige Entbindung ohne spontane Wehen

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
061.-	Misslungene Geburtseinleitung
▪ 061.0	▪ Misslungene medikamentöse Geburtseinleitung
▪ 061.1	▪ Misslungene instrumentelle Geburtseinleitung
▪ 061.8	▪ Sonstige misslungene Geburtseinleitung
▪ 061.9	▪ Misslungene Geburtseinleitung, nicht näher bezeichnet
062.-	Abnorme Wehentätigkeit
▪ 062.0	▪ Primäre Wehenschwäche
▪ 062.1	▪ Sekundäre Wehenschwäche
▪ 062.2	▪ Sonstige Wehenschwäche
▪ 062.3	▪ Überstürzte Geburt
▪ 062.4	▪ Hypertone, unkoordinierte und anhaltende Uteruskontraktionen
▪ 062.8	▪ Sonstige abnorme Wehentätigkeit
▪ 062.9	▪ Abnorme Wehentätigkeit, nicht näher bezeichnet
063.-	Protrahierte Geburt
▪ 063.0	▪ Protrahiert verlaufende Eröffnungsperiode (bei der Geburt)
▪ 063.1	▪ Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode (bei der Geburt)
▪ 063.2	▪ Protrahierte Geburt des zweiten Zwillings, Drillings usw.
▪ 063.9	▪ Protrahierte Geburt, nicht näher bezeichnet
064.-	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus
▪ 064.0	▪ Geburtshindernis durch unvollständige Drehung des kindlichen Kopfes
▪ 064.1	▪ Geburtshindernis durch Beckenendlage
▪ 064.2	▪ Geburtshindernis durch Gesichtslage

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 064.3 ▪ 064.4 ▪ 064.5 ▪ 064.8 ▪ 064.9 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geburtshindernis durch Stirnlage ▪ Geburtshindernis durch Querlage ▪ Geburtshindernis durch kombinierte Einstellungsanomalien ▪ Geburtshindernis durch sonstige Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien ▪ Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien, nicht näher bezeichnet
<p>065.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 065.0 ▪ 065.1 ▪ 065.2 ▪ 065.3 ▪ 065.4 ▪ 065.5 ▪ 065.8 ▪ 065.9 	<p>Geburtshindernis durch Anomalie des mütterlichen Beckens</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geburtshindernis durch Beckendeformität ▪ Geburtshindernis durch allgemein verengtes Becken ▪ Geburtshindernis durch Beckeneingangsverengung ▪ Geburtshindernis durch Beckenausgangsverengung und Verengung in Beckenmitte ▪ Geburtshindernis durch Missverhältnis zwischen Fetus und Becken, nicht näher bezeichnet ▪ Geburtshindernis durch Anomalie der mütterlichen Beckenorgane ▪ Geburtshindernis durch sonstige Anomalien des mütterlichen Beckens ▪ Geburtshindernis durch Anomalie des mütterlichen Beckens, nicht näher bezeichnet
<p>066.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 066.0 ▪ 066.1 ▪ 066.2 ▪ 066.3 ▪ 066.4 ▪ 066.5 ▪ 066.8 ▪ 066.9 	<p>Sonstiges Geburtshindernis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geburtshindernis durch Schulterdystokie ▪ Geburtshindernis durch verhakte Zwillinge ▪ Geburtshindernis durch ungewöhnlich großen Fetus ▪ Geburtshindernis durch sonstige Anomalien des Fetus ▪ Misslungener Versuch der Geburtsbeendigung, nicht näher bezeichnet ▪ Misslungener Versuch einer Vakuum- oder Zangenextraktion, nicht näher bezeichnet ▪ Sonstiges näher bezeichnetes Geburtshindernis ▪ Geburtshindernis, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
067.-	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch intrapartale Blutung, anderenorts nicht klassifiziert
▪ 067.0	▪ Intrapartale Blutung bei Gerinnungsstörung
▪ 067.8	▪ Sonstige intrapartale Blutung
▪ 067.9	▪ Intrapartale Blutung, nicht näher bezeichnet
068.-	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]
▪ 068.0	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz
▪ 068.1	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser
▪ 068.2	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser
▪ 068.3	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress, biochemisch nachgewiesen
▪ 068.8	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress, mittels anderer Untersuchungsmethoden nachgewiesen
▪ 068.9	▪ Komplikation bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress, nicht näher bezeichnet
069.-	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen
▪ 069.0	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurvorfall
▪ 069.1	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurumschlingung des Halses mit Kompression der Nabelschnur
▪ 069.2	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch sonstige Nabelschnurverschlingung, mit Kompression
▪ 069.3	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch zu kurze Nabelschnur
▪ 069.4	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Vasa praevia
▪ 069.5	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Gefäßverletzung der Nabelschnur
▪ 069.8	▪ Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch sonstige Nabelschnurkomplikationen
▪ 069.9	▪ Komplikation bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikation, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
070.- <ul style="list-style-type: none"> ▪ 070.0 ▪ 070.1 ▪ 070.2 ▪ 070.3 ▪ 070.9 	Dammriss unter der Geburt <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dammriss 1. Grades unter der Geburt ▪ Dammriss 2. Grades unter der Geburt ▪ Dammriss 3. Grades unter der Geburt ▪ Dammriss 4. Grades unter der Geburt ▪ Dammriss unter der Geburt, nicht näher bezeichnet
071.- <ul style="list-style-type: none"> ▪ 071.0 ▪ 071.1 ▪ 071.2 ▪ 071.3 ▪ 071.4 ▪ 071.5 ▪ 071.6 ▪ 071.7 ▪ 071.8 ▪ 071.9 	Sonstige Verletzungen unter der Geburt <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uterusruptur vor Wehenbeginn ▪ Uterusruptur während der Geburt ▪ Inversio uteri, postpartal ▪ Zervixriss unter der Geburt ▪ Hoher Scheidenriss unter der Geburt ▪ Sonstige Verletzung von Beckenorganen unter der Geburt ▪ Schädigung von Beckengelenken und -bändern unter der Geburt ▪ Beckenhämatom unter der Geburt ▪ Sonstige näher bezeichnete Verletzungen unter der Geburt ▪ Verletzung unter der Geburt, nicht näher bezeichnet
072.- <ul style="list-style-type: none"> ▪ 072.0 ▪ 072.1 ▪ 072.2 ▪ 072.3 	Postpartale Blutung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Blutung in der Nachgeburtsperiode ▪ Sonstige unmittelbar postpartal auftretende Blutung ▪ Spätblutung und späte Nachgeburtsblutung ▪ Postpartale Gerinnungsstörungen

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
073.-	Retention der Plazenta und der Eihäute ohne Blutung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 073.0 ▪ 073.1 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Retention der Plazenta ohne Blutung ▪ Retention von Plazenta- oder Eihautresten ohne Blutung
074.-	Komplikationen bei Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 074.0 ▪ 074.1 ▪ 074.2 ▪ 074.3 ▪ 074.4 ▪ 074.5 ▪ 074.6 ▪ 074.7 ▪ 074.8 ▪ 074.9 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspirationspneumonie durch Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung ▪ Sonstige pulmonale Komplikationen bei Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung ▪ Kardiale Komplikationen bei Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung ▪ Komplikationen des Zentralnervensystems bei Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung ▪ Toxische Reaktion auf Lokalanästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung ▪ Kopfschmerzen nach Spinal- oder Periduralanästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung ▪ Sonstige Komplikationen bei Spinal- oder Periduralanästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung ▪ Misslingen oder Schwierigkeiten bei der Intubation während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung ▪ Sonstige Komplikationen bei Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung ▪ Komplikation bei Anästhesie während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung, nicht näher bezeichnet
075.-	Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung, anderenorts nicht klassifiziert
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 075.0 ▪ 075.1 ▪ 075.2 ▪ 075.3 ▪ 075.4 ▪ 075.5 ▪ 075.6 ▪ 075.7 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mütterlicher Gefahrenzustand während der Wehentätigkeit und bei der Entbindung ▪ Schock während oder nach Wehentätigkeit und Entbindung ▪ Fieber unter der Geburt, anderenorts nicht klassifiziert ▪ Sonstige Infektion unter der Geburt ▪ Sonstige Komplikationen bei geburtshilflichen Operationen und Maßnahmen ▪ Protrahierte Geburt nach Blasensprengung ▪ Protrahierte Geburt nach spontanem oder nicht näher bezeichnetem Blasensprung ▪ Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittentbindung

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 075.8 ▪ 075.9 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung ▪ Komplikation bei Wehentätigkeit und Entbindung, nicht näher bezeichnet
080	Spontangeburt eines Einlings
081	Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumentextraktion
082	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]
085	Puerperalfieber
086.-	Sonstige Wochenbettinfektionen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 086.0 ▪ 086.1 ▪ 086.2 ▪ 086.3 ▪ 086.4 ▪ 086.8 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infektion der Wunde nach operativem geburtshilflichem Eingriff ▪ Sonstige Infektion des Genitaltraktes nach Entbindung ▪ Infektion des Harntraktes nach Entbindung ▪ Sonstige Infektionen des Urogenitaltraktes nach Entbindung ▪ Fieber unbekanntes Ursprungs nach Entbindung ▪ Sonstige näher bezeichnete Wochenbettinfektionen
087.-	Venenkrankheiten und Hämorrhoiden als Komplikationen im Wochenbett
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 087.0 ▪ 087.1 ▪ 087.2 ▪ 087.3 ▪ 087.8 ▪ 087.9 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oberflächliche Thrombophlebitis im Wochenbett ▪ Tiefe Venenthrombose im Wochenbett ▪ Hämorrhoiden im Wochenbett ▪ Hirnvenenthrombose im Wochenbett ▪ Sonstige Venenkrankheiten als Komplikation im Wochenbett ▪ Venenkrankheit als Komplikation im Wochenbett, nicht näher bezeichnet

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
088.-	Embolie während der Gestationsperiode
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 088.0 ▪ 088.1 ▪ 088.2- <ul style="list-style-type: none"> ▫ 088.20 ▫ 088.28 ▪ 088.3 ▪ 088.8 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Luftembolie während der Gestationsperiode ▪ Fruchtwasserembolie ▪ Thromboembolie während der Gestationsperiode <ul style="list-style-type: none"> ▫ Lungenembolie während der Gestationsperiode ▫ Sonstige Thromboembolie während der Gestationsperiode ▪ Pyämische und septische Embolie während der Gestationsperiode ▪ Sonstige Embolie während der Gestationsperiode
089.-	Komplikationen bei Anästhesie im Wochenbett
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 089.0 ▪ 089.1 ▪ 089.2 ▪ 089.3 ▪ 089.4 ▪ 089.5 ▪ 089.6 ▪ 089.8 ▪ 089.9 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pulmonale Komplikationen bei Anästhesie im Wochenbett ▪ Kardiale Komplikationen bei Anästhesie im Wochenbett ▪ Komplikationen des Zentralnervensystems bei Anästhesie im Wochenbett ▪ Toxische Reaktion auf Lokalanästhesie im Wochenbett ▪ Kopfschmerzen nach Spinal- oder Periduralanästhesie im Wochenbett ▪ Sonstige Komplikationen nach Spinal- oder Periduralanästhesie im Wochenbett ▪ Mislingen oder Schwierigkeiten bei der Intubation im Wochenbett ▪ Sonstige Komplikationen bei Anästhesie im Wochenbett ▪ Komplikation bei Anästhesie im Wochenbett, nicht näher bezeichnet
090.-	Wochenbettkomplikationen, anderenorts nicht klassifiziert
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 090.0 ▪ 090.1 ▪ 090.2 ▪ 090.3 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dehiszenz einer Schnittentbindungswunde ▪ Dehiszenz einer geburtshilflichen Dammwunde ▪ Hämatom einer geburtshilflichen Wunde ▪ Kardiomyopathie im Wochenbett

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 090.4 ▪ 090.5 ▪ 090.8 ▪ 090.9 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Postpartales akutes Nierenversagen ▪ Postpartale Thyreoiditis ▪ Sonstige Wochenbettkomplikationen, anderenorts nicht klassifiziert ▪ Wochenbettkomplikation, nicht näher bezeichnet
<p>091.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 091.0- <ul style="list-style-type: none"> ▫ 091.00 ▫ 091.01 ▪ 091.1- <ul style="list-style-type: none"> ▫ 091.10 ▫ 091.11 ▪ 091.2- <ul style="list-style-type: none"> ▫ 091.20 ▫ 091.21 	<p>Infektionen der Mamma [Brustdrüse] im Zusammenhang mit der Gestation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infektion der Brustwarze im Zusammenhang mit der Gestation <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen ▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen ▪ Abszess der Mamma im Zusammenhang mit der Gestation <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen ▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen ▪ Nichteitrige Mastitis im Zusammenhang mit der Gestation <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen ▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen
<p>092.-</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 092.0- <ul style="list-style-type: none"> ▫ 092.00 ▫ 092.01 ▪ 092.1- <ul style="list-style-type: none"> ▫ 092.10 ▫ 092.11 ▪ 092.2- <ul style="list-style-type: none"> ▫ 092.20 	<p>Sonstige Krankheiten der Mamma [Brustdrüse] im Zusammenhang mit der Gestation und Laktationsstörungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hohlwarze im Zusammenhang mit der Gestation <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen ▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen ▪ Rhagade der Brustwarze im Zusammenhang mit der Gestation <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen ▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen ▪ Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten der Mamma im Zusammenhang mit der Gestation <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> ▫ 092.21 ▪ 092.3- ▫ 092.30 ▫ 092.31 ▪ 092.4- ▫ 092.40 ▫ 092.41 ▪ 092.5- ▫ 092.50 ▫ 092.51 ▪ 092.6- ▫ 092.60 ▫ 092.61 ▪ 092.7- ▫ 092.70 ▫ 092.71 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen ▪ Agalaktie <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen ▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen ▪ Hypogalaktie <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen ▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen ▪ Hemmung der Laktation <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen ▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen ▪ Galaktorrhoe <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen ▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen ▪ Sonstige und nicht näher bezeichnete Laktationsstörungen <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen ▫ Mit Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen
094	Folgen von Komplikationen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
095	Sterbefall während der Gestationsperiode nicht näher bezeichneter Ursache
096.-	Tod infolge jeder gestationsbedingten Ursache nach mehr als 42 Tagen bis unter einem Jahr nach der Entbindung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 096.0 ▪ 096.1 ▪ 096.9 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tod infolge direkt gestationsbedingter Ursachen nach mehr als 42 Tagen bis unter einem Jahr nach der Entbindung ▪ Tod infolge indirekt gestationsbedingter Ursachen nach mehr als 42 Tagen bis unter einem Jahr nach der Entbindung ▪ Tod infolge nicht näher bezeichneter gestationsbedingter Ursachen nach mehr als 42 Tagen bis unter einem Jahr nach der Entbindung

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
097.-	Tod an den Folgen gestationsbedingter Ursachen
▪ 097.0	▪ Tod an den Folgen direkt gestationsbedingter Ursachen
▪ 097.1	▪ Tod an den Folgen indirekt gestationsbedingter Ursachen
▪ 097.9	▪ Tod an den Folgen nicht näher bezeichneter gestationsbedingter Ursachen
098.-	Infektiöse und parasitäre Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
▪ 098.0	▪ Tuberkulose, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
▪ 098.1	▪ Syphilis, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
▪ 098.2	▪ Gonorrhoe, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
▪ 098.3	▪ Sonstige Infektionen, hauptsächlich durch Geschlechtsverkehr übertragen, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
▪ 098.4	▪ Virushepatitis, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
▪ 098.5	▪ Sonstige Viruskrankheiten, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
▪ 098.6	▪ Protozoenkrankheiten, die Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett komplizieren
▪ 098.7	▪ HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit], die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
▪ 098.8	▪ Sonstige infektiöse und parasitäre Krankheiten der Mutter, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
▪ 098.9	▪ Nicht näher bezeichnete infektiöse oder parasitäre Krankheit der Mutter, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
099.-	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
▪ 099.0	▪ Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert
099.1	▪ Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
▪ 099.2	▪ Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
▪ 099.3	▪ Psychische Krankheiten sowie Krankheiten des Nervensystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
▪ 099.4	▪ Krankheiten des Kreislaufsystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren

ICD-Kode	Kurze Beschreibung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 099.5 ▪ 099.6 ▪ 099.7 ▪ 099.8 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankheiten des Atmungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren ▪ Krankheiten des Verdauungssystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren ▪ Krankheiten der Haut und des Unterhautgewebes, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren ▪ Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren
Z85.- <ul style="list-style-type: none"> ▪ Z85.4 ▪ Z85.8 ▪ Z85.9 	Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bösartige Neubildung der Genitalorgane in der Eigenanamnese ▪ Bösartige Neubildungen sonstiger Organe oder Systeme in der Eigenanamnese ▪ Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet

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