

QUIPS – ein interdisziplinäres Benchmarkprojekt zur Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie

DGCH und BDC werden Kooperationspartner

Die Qualität der postoperativen Schmerztherapie im klinischen Alltag ist weit von einer optimalen Situation entfernt. Die Ursache dafür liegt nicht in mangelnden Therapieoptionen, sondern in organisatorischen Defiziten und fehlender Möglichkeit der Qualitätsbeurteilung.

Eine Reaktion auf die problematische Meßbarkeit des subjektiven Parameters „Schmerz“ ist die Fokussierung auf Strukturen und Prozesse, die zwar leichter erfaßbar sind, aber immer nur indirekte Hinweise auf die Ergebnisqualität liefern können. Daher verwenden Qualitätssicherungsverfahren oft Parameter der Struktur- und Prozeßqualität. Ihre Korrelation mit Outcomeparametern wie Schmerzintensität, funktionellen Auswirkungen, Nebenwirkungen oder gar der Patientenzufriedenheit wird kritisch beurteilt [1], denn Qualität aus Patientenperspektive erschließt sich nur durch eine einheitliche und valide Erhebung von Ergebnisparametern [2].

QUIPS (Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie) ist ein interdisziplinäres Outcomeorientiertes Benchmarkprojekt [3,4], das an der Universitätsklinik Jena mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) entwickelt und zunächst unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) sowie des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) weitergeführt wurde. Seit dem Herbst 2007 sind die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) sowie der Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) Kooperationspartner des Projektes.

Der vorliegende Bericht soll neben einer kurzen Projektbeschreibung einen Überblick über den derzeitigen Stand sowie einen Ausblick über die weiteren Entwicklungen geben.

Projektbeschreibung

Ziel des Projektes ist die Qualitätserfassung und -analyse der postoperativen Schmerztherapie bei Patienten chirurgischer Normalstationen. Dazu werden am 1. postoperativen Tag unter standardisierten Bedingungen die Ergebnisparameter Schmerzintensität, funktionelle Auswirkungen von Schmerzen und Nebenwirkungen der Therapie mit einem kurzen Fragebogen erfasst. Zusätzlich werden Prozessparameter (z.B. Daten zur Schmerztherapie oder Operation) erhoben. Freifelder ermöglichen die Erhebung

individuell interessierender Items. Ein einfaches Randomisierungsschema erlaubt die Generierung einer Patientenstichprobe (notwendige Patientenzahl: ca. 40 Patienten) und reduziert dadurch den Erhebungsaufwand erheblich. Anschließend werden die Daten elektronisch auf den zentralen Benchmarkserver geschickt und sofort in eine Sybase-Datenbank eingefügt. Hier können sie von den Teilnehmern zeitnah über eine webbasierte Feedbackfunktion individuell konfiguriert und abgerufen werden.

Dabei werden die Ergebnisse der eigenen Stationen den anonymisierten Stationen der „fremden“ Krankenhäusern gegenübergestellt und ermöglichen dadurch ein externes Benchmarking. Durch die Stratifizierung verschiedener Einflussfaktoren sind spezifische Analysen möglich. So können beispielsweise nur abdominalchirurgische Stationen ausgewählt und miteinander verglichen werden. Außerdem kann die Darstellung verschiedener Ergebnisparameter (z.B. Schmerzintensität, Anteil von schmerzbedingtem Erwachen, Häufigkeit von Übelkeit) ausgewählt werden (Abb. 1). Neben der externen Benchmarkingfunktion kann auch der zeitliche Verlauf der Qualitätsparameter verfolgt und daran die Auswirkung von Interventionen in der eigenen Einrichtung (z.B. Einführung von Pathways, neuen Medikamenten oder OP-Techniken) beurteilt werden (Abb. 2).

Ergebnisse und Stand des Projektes

Die Förderphase des BMG mit sechs teilnehmenden Kliniken und knapp 30 Stationen endete im September 2006. In der Abschlussanalyse zeigte sich, dass in vier dieser Kliniken es zu einer globalen Verbesserung der Behandlungsqualität (gemessen am Parameter „maximale Schmerzintensität“) kam. Im Anschluss daran wurde das Projekt für die Teilnahme weiterer Krankenhäuser geöffnet. Ende September 2007 nahmen 225 Stationen aus 35 Kliniken an dem Projekt teil. Vor dem Hintergrund von mehr als 22.000 Datensätzen ist auch für neu teilnehmende Kliniken ein sofortiger Vergleich möglich. Einen globalen Überblick über die Ergebnisparameter liefert die [Tabelle 1](#). Teilnehmende Kliniken können darüber hinaus ein fachspezifisches Benchmarking abrufen, das derzeit in den Gruppen Abdominalchirurgie, Traumatologie/Orthopädie, Gynäkologie, Urologie sowie Wirbelsäulenchirurgie ▶

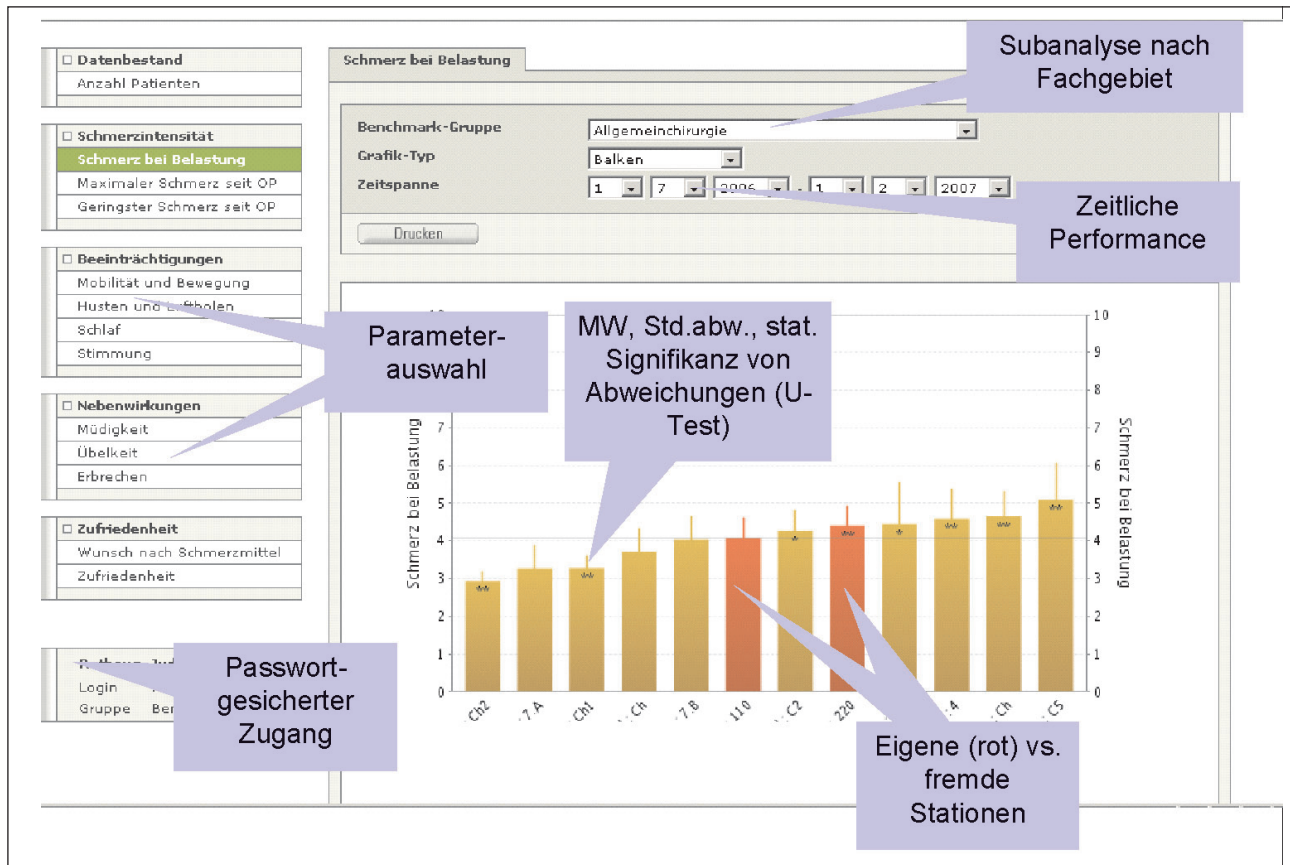


Abb. 1: Online-Feedback. Eigene Daten sind identifizierbar (rote Säulen), fremde anonymisiert dargestellt.

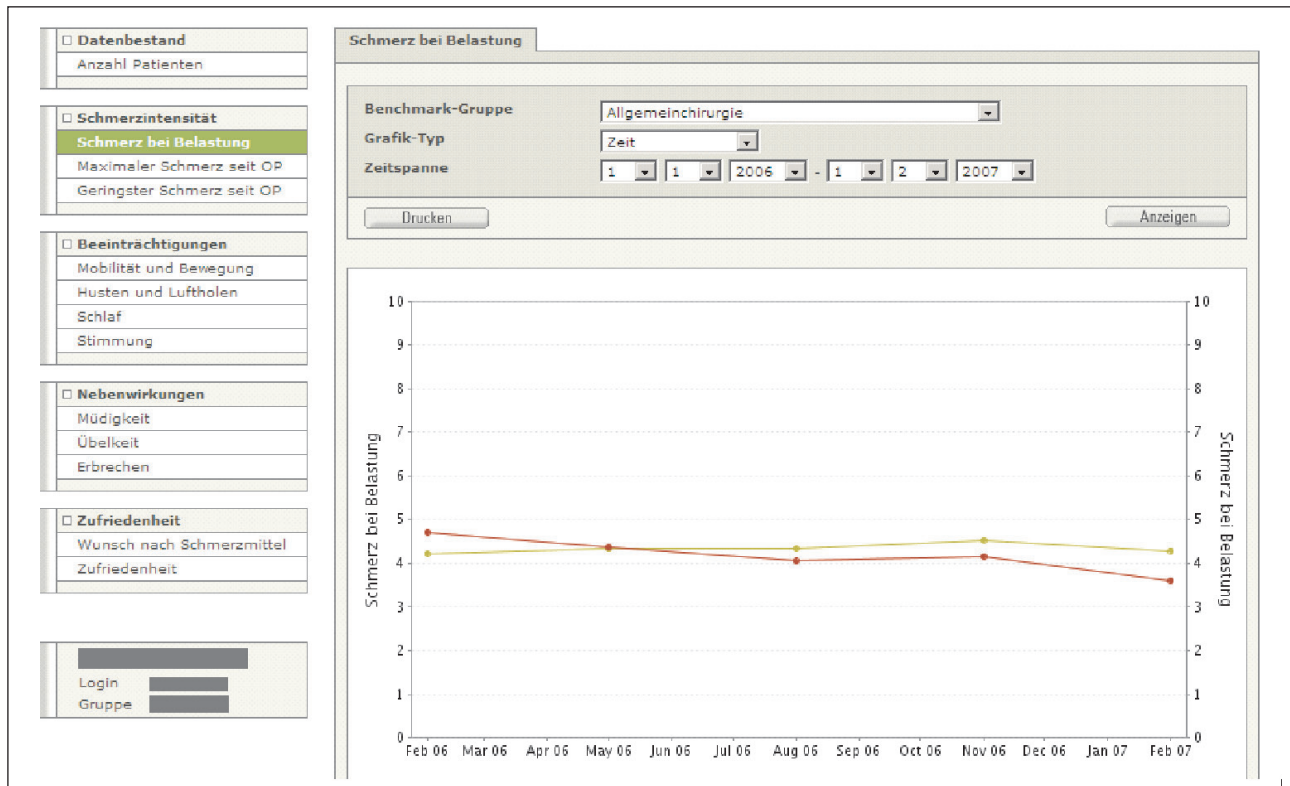


Abb. 2: Online-Feedback im Zeitverlauf.

► möglich ist und ständig erweitert wird. So steht z.B. ein Benchmarkgruppe „Intensivstation“ kurz vor der Fertigstellung.

QUIPS ermöglicht jedoch nicht nur einen Vergleich der eigenen Ergebnisse mit denjenigen anderer Institutionen, sondern gibt auch konkrete Hilfestellung zur Qualitätsverbesserung. Die Projekt-homepage (www.quips-projekt.de) wird dafür zu einem Portal für postoperative Schmerztherapie ausgebaut. Seit kurzem ermöglicht sie ein webbasiertes „Lernen vom Besten“. Hier stellen diejenigen Kliniken, die ein besonders gutes Ergebnis erreicht haben, ihre Behandlungskonzepte vor. Daneben werden interessierten Einrichtungen moderierte „Benchmark-Meetings“ angeboten. Diese Meetings dienen dem Erfahrungsaustausch und der Identifikation von guter klinischer Praxis. Voraussetzung ist die Bereitschaft der Teilnehmer, „ihre“ Ergebnisse offenzulegen.

Neben der webbasierten Nutzung der Projektergebnisse durch die Teilnehmer lassen sich zahlreiche weitere Fragestellungen „offline“ am Gesamtdatensatz bearbeiten. Aus chirurgischer Sicht besonders interessant sind z.B. operationsspezifische Unterschiede in der Intensität postoperativer Schmerzen. „Spitzenreiter“ mit mittleren Maximalschmerzwerten zwischen 5,7 und 6 auf einer 11teiligen Numerischen Ratingskala (NRS) sind Osteosynthesen von Fibula und Radius, Implantationen von Kniegelenksendoprothesen und Kreuzbandplastiken. Aber auch die laparoskopische Appendektomie gehört mit einem Wert von 5,3 zu den überdurchschnittlich schmerzhaften Eingriffen. Nach Hemikolektomien geben Patienten dagegen im Mittel einen Maximalschmerz von 4,9 an.

Projekterweiterungen

Mit Beginn der Kooperation von DGCH und BDC sind eine Reihe von Projekterweiterungen geplant:

- Chirurgie-Modul. Dieses Modul soll relevante Aspekte des operativen Eingriffs (z.B. Schnittführung, -länge und -technik, Drainageeinsatz, intraabdomineller Druck bei laparoskopischen Eingriffen) erfassen und eine Korrelation dieser Variablen mit den erfassten Outcomeparametern erlauben.
- Modul für ambulante Eingriffe: Während die Zahl ambulanter Eingriff zunimmt, fehlen Daten über die Qualität der postoperativen Schmerztherapie in diesem Bereich nahezu völlig. Daher soll das Projekt für die Anwendung im ambulanten Bereich erweitert werden.
- Defizitanalyse. Interessierten Teilnehmern soll zukünftig ein individualisierter schriftlicher Bericht angeboten werden, der neben einer detaillierten Ergebnisbeschreibung eine Defizitanalyse beinhaltet.
- Kostenbenchmarking. Der Vergleich der Kosten der postoperativen Schmerztherapie im Verhältnis zur erzielten Ergebnisqualität kann den Teilnehmern eine individuelle Kosten-Nutzen-Analyse ermöglichen und so zur Optimierung des Ressourceneinsatzes beitragen.

Diskussion

Mit dem Projekt QUIPS steht erstmalig ein interdisziplinäres, in der Praxis erprobtes Projekt zur Verbesserung der postoperativen Schmerztherapie zur Verfügung, das sich hinsichtlich seiner Ergebnisorientierung, der Feedback-Technologie und der Integrierbarkeit in die klinische Routine von konventionellen Qualitätssicherungsinitiativen unterscheidet. ►

Tab. 1: Globale Ergebnisse der erfragten Outcomeparameter des im Projekt QUIPS verwendeten Patientenfragebogens. Angegeben sind Mittelwert (MW) und Standardabweichung (Std.abw.) der verwendeten 11teiligen Numerischen Rating-Skala (NRS) bzw. des Kategorien-Unterteilungsverfahrens (KOV, 1=sehr unzufrieden, 15= sehr zufrieden) bzw. der MW des prozentualen Anteils der Patienten.

Parameter	MW	Std.abw.
Schmerz bei Belastung (NRS -10)	3,8	2,4
Maximalschmerz (NRS 0-10)	4,5	2,7
Funktionseinschränkung bei Bewegung (%)	57	
Funktionseinschränkung bei Respiration (%)	28	
Durch Schmerzen aufgewacht (%)	33	
Schmerzbedingte Stimmungsbeeinträchtigung (%)	20	
Wunsch nach mehr Schmerzmittel (%)	14	
Nebenwirkung Müdigkeit (%)	49	
Nebenwirkung Übelkeit (%)	21	
Zufriedenheit mit Schmerztherapie (KOV 1-15)	12,4	2,5

► det. Sein Einfluss auf die Verbesserung der Qualität konnte in der Pilotphase demonstriert werden. Zielgruppe des Projektes sind Einrichtungen, die eine valide und vergleichende Rückmeldung ihrer Behandlungsqualität aus Sicht ihrer Patienten sowie eine konkrete Hilfestellung bei Defizitanalyse und Verbesserungsmaßnahmen wünschen.

Die Kooperation mit der DGCH und dem BDC spiegelt die fachübergreifende Bedeutung des Projektes wider. Sie vergrößert die organisatorische Basis und gewährleistet eine nachhaltige, nicht-kommerzielle Projektimplementierung. Außerdem ermöglicht sie eine qualitative Erweiterung und eröffnet die Bearbeitung zahlloser klinischer und versorgungswissenschaftlicher Fragestellungen. So ist z.B. die Identifikation der Appendektomie als überdurchschnittlich schmerzhafter Eingriff ein wichtiger Hinweis auf eine bestehende Unterversorgung. Dies deutet an, dass der bei ca. 90% aller Patienten eingesetzten systemischen Schmerztherapie möglicherweise mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Weitere interessierende Fragestellungen sind Analysen des Einflusses unterschiedlicher Variablen auf die Ergebnisqualität oder Patientenzufriedenheit, die Identifikation besonders gefährdeter Patientensubpopulation oder Prozessparameter oder die Beobachtung des Einflusses von externen Qualitätssicherungsinitiativen (Zertifizierungen, Leitlinien). Dazu ist eine engere Kooperation mit den existierenden Zertifizierungsprojekten im Bereich Schmerz (Schmerzfremde Klinik und Certkom e.V.) in konkreter Vorbereitung.

Die Projektteilnahme steht allen Institutionen offen, an denen Mitglieder von DGCH/BDC und DGAI/BDA

tätig sind. Die Teilnahmegebühr beträgt derzeit 1.000 € /Jahr und Institution. Die Datenhoheit liegt in den Händen eines gemeinsamen Lenkungskreises. DGCH- und DGAI-Mitglieder sind herzlich eingeladen, sich an wissenschaftlichen Fragestellungen in Zusammenhang mit diesem Projekt zu beteiligen.

Ausführliche Informationen sind abrufbar über die Webadresse:

www.quips-projekt.de

Literatur

1. Dahl JL, Gordon D, Ward S et al. Institutionalizing pain management: the Post-Operative Pain Management Quality Improvement Project. *J Pain* 2003;4:361-71.
2. Gordon DB, Dahl JL, Miaskowski C et al. American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American Pain Society Quality of Care Task Force. *Arch Intern Med* 2005;165:1574-80.
3. Meissner W, Ullrich K, Zwacka S. Benchmarking as a tool of continuous quality improvement in postoperative pain management. *Eur J Anaesthesiol* 2006;23:142-8.
4. Meissner W, Rothaug J, Zwacka S, Schleppers A. Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie. *Anaesth Intensivmed* 2006;47:95-8.

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. med. Winfried Meißner
Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Erlanger Allee 101
07740 Jena
Deutschland
E-Mail: meissner@med.uni-jena.de

Presseerklärung

des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) vom 27.11.2007

Fachärztlicher Spitzenverband muss für alle Fachärzte da sein!

Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) hält die Bestrebungen, die gemeinsamen Interessen der Fachärzteschaft Deutschlands in einem einheitlichen Spitzenverband der Fachärzte nachdrücklicher als bislang zu vertreten, für außerordentlich wichtig.

Dieser Verband wird die notwendige Schlagkraft allerdings nur dann entwickeln können, wenn alle in Deutschland tätige Fachärzte, vertreten durch ihre jeweiligen Berufsverbände, in diesem Verband ihren Platz finden. Sowohl niedergelassene als auch in MVZs oder Kliniken angestellte Fachärzte müssen sich gemeinsam gegen die Angriffe auf eine freie Berufsausübung und drohende Rationierung im Gesundheitswesen zur Wehr setzen, um nur zwei Aspekte zu nennen. Auch die Tatsache, dass die „Freiberufler“ auf den Facharzt-Nachwuchs aus den Kliniken angewiesen sind, ist ein gewichtiges Argument, zusammenzustehen und sich nicht aufgrund kurzfristiger Erwägungen auseinanderdividieren zu lassen.

Gerade weil Anästhesisten schwerpunktmäßig an der ambulant/stationären Schnittstelle tätig sind, ist aus ihrer Sicht bei einem solchen, gemeinsamen Spitzenverband der sektorenübergreifende Zugang für alle an der Patientenversorgung teilnehmenden Facharztgruppen unerlässlich.