

# QUIPS - Qualitätssicherung in der postoperativen Schmerztherapie



W. Meißner, J. Gießler, Sibylle Zwacka<sup>2)</sup>, Antje Göttermann<sup>2)</sup>, Judith Rothaug, H. Gockel<sup>3)</sup>, T. Uhlig

Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Friedrich-Schiller-Universität Jena, 07740 Jena

<sup>2)</sup> Pflegedienst, Friedrich-Schiller-Universität Jena, 07740 Jena

<sup>3)</sup> Klinik für Anästhesie, Krankenhaus Tutzing, 82327 Tutzing

Kontakt: Dr. Winfried Meißner, Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, FSU Jena, D-07740 Jena, 03641/9323353, meissner@med.uni-jena.de

## Einleitung:

Externe Qualitätsmanagement- und sicherungskonzepte sind für verschiedene medizinische Bereiche, kaum jedoch im Kontext der postoperativen Schmerztherapie beschrieben worden, obwohl hier Defizite offensichtlich sind (1, 3). Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) und aufbauend auf Vorarbeiten (2) wurde 2003 ein Qualitätssicherungsprojekt in der postoperativen Schmerztherapie begonnen, das durch eine strikte Fokussierung auf die Ergebnisqualität aus der Perspektive des Patienten charakterisiert ist. Es beruht auf einem Benchmarkprozeß, bei dem ausgewählte Parameter bettseitig elektronisch erfaßt, extern analysiert und zeitnah zurückgemeldet werden können.

## Methodik:

Eine Reihe von klinisch-demographischen Daten (z.B. Alter, OP, Art der Narkose und Schmerztherapie) sowie Qualitätsindizes (s. Tab. 1) werden am 1. postoperativen Tag mittels eines Handheld-Computers bettseitig erfaßt, anonymisiert an eine Monitordatenbank übermittelt, analysiert und den beteiligten Partnern zum externen und internen Benchmarking zeitnah zurück übermittelt.

Tab. 1: Benchmark-Parameter

### Prozeßqualität:

Art und Dosis der Analgetika im AWR als auch auf Station  
Durchführung von Schmerzmessung und Schmerzmedikation

### Ergebnisqualität:

Schmerzintensität  
Schmerzbedingte Funktionseinschränkungen  
Nebenwirkungen  
Wunsch nach mehr Analgetika  
Zufriedenheit

Die Daten werden sowohl im eigenen zeitlichen Verlauf („performance improvement“) als auch im Vergleich zu den übrigen Stationen den Teilnehmern zur Verfügung gestellt. Dies erfolgt einerseits zeitnah webbasiert und andererseits diskontinuierlich im Rahmen eines ausführlichen Feedbacks. Hierzu erfolgt zusätzlich eine Defizitanalyse.

## Ergebnisse:

In das Projekt wurden sechs deutsche Krankenhäuser verschiedener Größe eingeschlossen. Im Rahmen einer Pilotphase wurden unterschiedliche Parameter auf ihre Eignung als Qualitätsindizes untersucht. Hierbei stellte sich z.B. heraus, dass der Parameter „Ruheschmerz“ kaum veränderungssensitiv ist. Hinsichtlich der Patientenzufriedenheit ist der Parameter Schmerzintensität weniger bedeutsam als schmerzbedingte Funktionseinschränkungen oder der Wunsch nach mehr Analgetika.

Die Technologie zur bettseitigen Erhebung der Benchmarkdaten wurde fertiggestellt und einer Testphase unterworfen (Abb. 1). Die Datenerhebung nimmt im Mittel 12 Minuten pro Patient in Anspruch. Die kontinuierliche Erhebung der Daten wurde im Sommer 2004 begonnen.



Abb. 1: Handheld-Computer zur bettseitigen Datenerfassung

Die automatisierte Datenanalyse auf einem Benchmarkserver und eine zeitnahe, fast „online“ arbeitende Rückmeldung ausgewählter Parameter via Internet wurde am 1. Oktober 2004 freigeschaltet (Abb. 2).

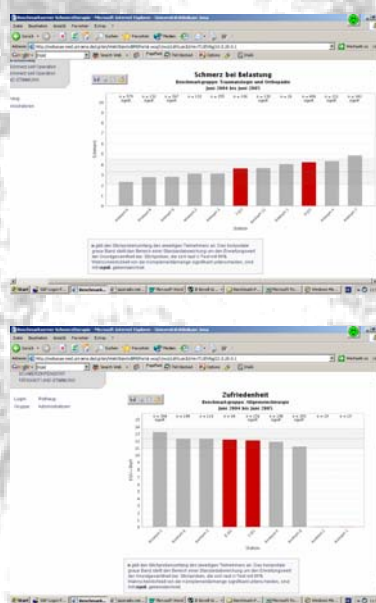


Abb. 2,3: Webbasiertes Feedback. Beispiele für verschiedene Outcomeparameter und fachspezifische Benchmarkgruppen

Die Webseite kann paßwortgeschützt aufgerufen werden. Filterfunktionen erlauben die Auswahl unterschiedlicher Parameter und die Stratifizierung nach Fachgebieten. Die eigenen Daten werden den anonymisierten Vergleichsdaten gegenüber gestellt und Abweichungen auf statistische Signifikanz überprüft. Darüber hinaus kann die zeitliche Performance dargestellt werden. Sie erlaubt eine Beurteilung des Effektes von Prozeßveränderungen (Abb. 4). Ferner werden Veränderungen der „eigenen“ Daten oft eher akzeptiert als der Vergleich mit fremden Einrichtungen.

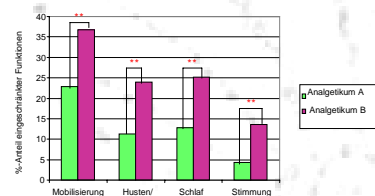


Abb. 4: Veränderungen schmerzbedingter Beeinträchtigungen bei Wechsel von Analgetikum A auf Analgetikum B (angegeben ist der Prozentsatz der beeinträchtigten Patienten)

Auf der Basis von mittlerweile 4000 Datensätzen sind weitere Auswertungen möglich, z.B. operationsspezifische Probleme oder Einfluß verschiedener Narkoseverfahren.

## Diskussion und Schlußfolgerungen:

Benchmarking sowie kontinuierliches Feedback sind etablierte Prozesse im Qualitätsmanagement. Das vorliegende Projekt hat erstmalig ein solches Konzept im Bereich der postoperativen Schmerztherapie etabliert. Dabei haben Effektivität, Benutzerfreundlichkeit auch außerhalb akademischer Strukturen sowie verständliche und zeitnahe Feedback-Strukturen höchste Priorität.

Von besonderer Bedeutung sind die Möglichkeiten, Einflußfaktoren auf die Ergebnisqualität (z.B. auch Art der medikamentösen Schmerztherapie) zu identifizieren, ein fach- oder operationsspezifisches Benchmarking durchzuführen, sowie die zeitliche Performance den Teilnehmern zurück zu melden.

Dadurch können Ressourcen zur Qualitätsverbesserung rational und gezielt eingesetzt werden. Die üblicherweise als Ergebnisqualitätsparameter benutzte Schmerzintensität sollte kritisch hinterfragt werden.

Das Projekt QUIPS wird zukünftig in Kooperation mit der DGAI sowie der deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) auf einer nicht kommerziellen und industrieunabhängigen Basis fortgesetzt. Die Teilnahme weiterer Kliniken bzw. Abteilungen ist möglich – Kontaktaufnahme erwünscht.

## Literatur:

- 1) Neugebauer E, Hempel K, Sauerland S, Lempa M, Koch G. Chirurg 1998; 69:461-6
- 2) Meissner W, Ullrich K, Zwacka S, et al. Anaesthesist 2001, 50 : 661-670
- 3) Bardiau FM et al. Anesth Analg 2003; 96: 179-85.



gefördert durch das BMGS  
217-43794-6/3