

29.10.2018

## **Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie**

### **Wie gelingen Qualitätsverbesserungen in der postoperativen Schmerztherapie (ST) und wie kann dies durch QUIPS unterstützt werden?**

Anna-Maria Steyer, Yvonne Rabe und Prof. Dr. Winfried Meißner,  
Universitätsklinikum Jena

Fallstudien aus vier Kliniken beantworten die Frage: Was ist zu beachten, um die notwendigen Verbesserungen in der postoperativen Schmerztherapie auch in routinierte Klinikabläufe erfolgreich zu implementieren?

Eine Reduktion von postoperativen Schmerzen kann Wundheilung und Mobilisierung positiv beeinflussen, Verweildauer verkürzen und der Schmerzchronifizierung vorbeugen. Dank hochspezialisierter Medizin, effektiver Medikamente und vieler Informationsmöglichkeiten dürfte die adäquate Behandlung von postoperativen Schmerzen als selbstverständlich gelten. Dennoch finden sich unter den ca. 200 Kliniken, die mit dem Benchmarking-Instrument QUIPS (Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie) bzw. ihrem internationalen Pendant PAIN OUT ihre Therapiequalität aus Patientenperspektive überprüfen, zahlreiche Kliniken mit nur mittleren bis ungenügenden Ergebnissen in der postoperativen Schmerztherapie (poST).

Wesentliche Gründe dafür wurden in einem QUIPS-Workshop, in dem Benchmarking-Teilnehmer ihre Ergebnisse präsentieren und Erfahrungen austauschen, treffend auf den Punkt gebracht: „Das Problem sind nicht fehlende Medikamente oder Verfahren. Die Unkenntnis darüber, wie gut die eigene Qualität ist, und die Angst vor Veränderungen sind die eigentliche Herausforderung, wenn wir die Schmerztherapie verbessern wollen.“ Hierbei sind konkrete Erfahrungen von anderen oft genauso hilfreich wie Leitlinien und Forschungsergebnisse. Im Laufe der Diskussion kristallisierte sich heraus, dass es nicht immer große Variation bei den medizinischen Verfahren gibt, die man anwendet. Meist käme es auf die kleinen Unterschiede an, die in keiner Leitlinie stehen.

In vier Fallstudien werden zwei dieser nicht-medizinischen Faktoren und die Effekte solcher „kleinen Unterschiede“ dargestellt.

## **Erfolgreiches Change Management**

Um solche wichtigen nicht-medizinische Erfolgsfaktoren in Form von Erfahrungswissen zu ermitteln, haben wir in einigen führenden QUIPS-Kliniken mit den Verantwortlichen für poST Tiefeninterviews geführt.



Diese Häuser sind nicht repräsentativ, unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht, auch in den Verbesserungsprozessen für poST. Dennoch kristallisierten sich Gemeinsamkeiten heraus, die als verallgemeinerbare Prinzipien angesehen werden können. Wir beschränken uns hier auf nur zwei davon und erläutern sie anhand von je zwei Fallbeispielen. Dabei stellen wir jeweils eine der besuchten Kliniken einer anderen gegenüber, die nicht erfolgreich war.

## **Interdisziplinäre Kommunikation mit allen Beteiligten**

### **Vorgehen in Klinik A**

Nachdem sich ein Anästhesie-OA darüber ärgert, dass er immer wieder für Entscheidungen in der poST gerufen wird, die von Stationsärzten oder Pflegekräften selbst hätten gelöst werden können, entwickelt er, zum Teil auch in seiner Freizeit, einen Schmerzstandard. Das Ergebnis ist ein umfangreiches Din A4 Papier, das er der Ärzteschaft mailt und im Intranet hinterlegt.

### **Vorgehen in Klinik B**

Der Chefarzt einer der chirurgischen Abteilungen beobachtet durch QUIPS, dass die poST nicht in vollem Maße effektiv ist und tritt daher an die Anästhesie mit dem Wunsch heran, gemeinsam einen Schmerzstandard zu entwickeln. Auch die Pflege wird für eine Zusammenarbeit gewonnen. Pflegedienst- und Geschäftsleitung

stellen notwendige Ressourcen bereit. So können in interdisziplinären Gesprächsrunden die Erfahrungen aller aufgenommen und später berücksichtigt werden. Ein daraus entstandener Arbeitskreis erstellt schließlich einen Schmerzstandard-Entwurf, der danach mit allen Beteiligten diskutiert wird. So können noch wichtige Änderungen vorgenommen und der Standard fertiggestellt werden. Anschließend weist das ST-Team alle Beteiligten persönlich in die neuen Behandlungsrichtlinien ein. Diese werden außerdem in eine für die Kitteltasche handliche Kartenform gebracht.

### **Resultate in Klinik A und B**

In Klinik A reichten Engagement und investierte Freizeit des OA nicht aus, um eine Verbesserung zu erzielen. Es fehlte die Kommunikation mit den Beteiligten. Das persönliche Engagement blieb dadurch wirkungslos.

Klinik B dagegen konnte ihre Ergebnisse verbessern. Hier wurden alle Beteiligten auf verschiedenen Ebenen und interdisziplinär über einen längeren Zeitraum durch vorbereitende Gespräche in das CM einbezogen. Außerdem unterstützte die Klinikleitung das Konzept.

### **Klare Rollenverteilung im Verbesserungsprozess**

#### **Vorgehen in Klinik C**

Die Anästhesie-Oberärztin eines ST-Teams lässt mit Duldung der Klinikleitung und der betreffenden Chefs seit einigen Jahren in einigen chirurgischen Abteilungen QUIPS-Daten erheben und regt dort Medikationsänderungen zur Verbesserung der poST an. Diese werden aber nicht umgesetzt. Da die Ergebnisse entsprechend unverändert und zum Teil alarmierend bleiben, legt sie schließlich eine Medikationsrichtlinie fest und informiert die Ärzteschaft via Mail darüber.

#### **Vorgehen in Klinik D**

Hier setzt sich in der QM-Abteilung die Fachärztin für ST seit einigen Jahren für die Verbesserung der poST ein. Sie bemerkt anhand des in einigen Abteilungen freiwillig durchgeführten QUIPS-Monitorings, dass neue und wichtige Maßnahmen nicht richtig greifen. Nachdem sie die Ergebnisse bei einer regulären QM-Präsentation dem Vorstand vorstellt, lädt dieser daraufhin alle Chefarzte zu einer QUIPS-Präsentation ein und beschließt dort, dass QUIPS nun in allen Abteilungen durchgeführt wird. Es wird ihnen freigestellt, ob, wie und wann sie welche Veränderungen in Angriff nehmen. Lediglich ein Evaluationstermin in zwei Jahren wird festgelegt. Das ST-Team soll den Abteilungen auf Anfrage beratend zur Seite stehen. Schon kurz danach fangen die ersten an, mit dem ST-Team zusammen einen Schmerzstandard für ihren Bereich auszuarbeiten.

### **Resultate in Klinik C und D**

In Klinik C fruchteten die Maßnahmen trotz des engagierten Vorstoßes der Oberärztin und evidenzbasierter Anordnung der neuen Medikation nicht. Die Ursachen in dieser Klinik sind komplex. Es sei lediglich die Bedeutung einer klaren Rollendefinition in Bezug auf die Verbesserung der poST herausgegriffen. Hier hat das ST-Team versucht, direkt auf die chirurgischen Abteilungen einzuwirken. Doch seine Rolle war in Bezug auf die Verbesserung der poST nicht klar definiert und Kompetenzkonflikte die Folge.

Da es in den Abteilungen von Klinik D zunächst nur wenig Motivation für eine Verbesserung der poST gegeben hat, hat sich die OÄ erst gar nicht auf „Machtkämpfe“ eingelassen. Vielmehr hat sie zunächst den Vorstand anhand der QUIPS-Daten überzeugt. Anders als sie, konnte dieser das Qualitätsmonitoring in allen chirurgischen Abteilungen verbindlich machen. Da lediglich ein Evaluationstermin festgesetzt, die Mittel und Wege zur Verbesserung der poST aber den Abteilungen überlassen wurden, ist nicht in den Kompetenzbereich der Abteilungsleiter eingegriffen worden. Auch ist durch die Klinikleitung die unterstützende und beratende Rolle des ST-Team in Bezug auf dieses Projekt explizit definiert worden. Hier verlief der Verbesserungsprozess recht erfolgreich. Bei der Evaluation nach 2 Jahren rückte die Klinik in verschiedenen Benchmark-Gruppen in eine Top-Position.

Die Verbesserung der Qualität in der poST erfordert neben einer kontinuierlichen Qualitätskontrolle aus Patientensicht auch vergleichende Daten aus anderen Kliniken. Wenn dazu noch gezielter Erfahrungsaustausch hinzukommt, lässt sich Benchmarking effektiv für das eigene CM nutzen.

Das Verbesserungspotential muss dabei individuell bewertet und die notwendigen Veränderungsprozesse an die Erfordernisse vor Ort angepasst werden. Für das nachhaltige Gelingen der Maßnahmen ist besonderes Augenmerk auf nicht-medizinische Faktoren zu legen, wie z.B. interdisziplinäre Kommunikation mit allen Beteiligten und klar definierte Rollen im Verbesserungsprozess.

### **Das QUIPS-Benchmarking**

QUIPS erhebt - im Gegensatz zu den meisten anderen Qualitätsinitiativen - Daten aus Patientenperspektive („Patient Reported Outcomes“). Dazu wird eine Patientenstichprobe neben Schmerz auch nach Funktionen, Nebenwirkungen und Zufriedenheit befragt. Die anonymen Daten werden in eine Datenbank eingespeist. Teilnehmende Kliniken können sich ihre eigenen Ergebnisse sofort individualisiert und grafisch aufbereitet im Netz anschauen: im zeitlichen Verlauf und im Vergleich mit anderen Kliniken oder auch operationsspezifisch. Mit ihren über 500.000 Patientendatensätzen ist QUIPS die größte Akutschmerz-Datenbank der Welt. Das Projekt wird von mehreren Fachgesellschaften und Berufsverbänden begleitet und in der Uniklinik Jena koordiniert. Die Teilnahme steht gegen eine geringe Gebühr jedem Krankenhaus offen.

### **Kontaktieren**

- [Company Homepage](#)