3. Schmerzforum der Deutschen Schmerzgesellschaft

Steegers: „Qualitätsindikatoren sind wichtig“

Zum 3. Nationalen Schmerzforum, veranstaltet von der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V., kamen erneut Politiker, Wissenschaftler, Ärzte, Krankenkassen- und Patientenvertreter, die mit ihren Statements und aktiven Diskussionsarbeit zeigten, wie wichtig ihnen das Thema Schmerz und besonders dessen multiprofessionelle und multimodale Therapie ist. Das Highlight des nunmehr schon 3. Schmerzforums war indes der Vortrag von Dr. Monique Steegers (MD, PhD, FIPP, jPL), der Kanzlerin des WIP, des World Institute of Pain, die die realen Probleme von und mit Qualitätsindikatoren beschrieb – angesichts der demnächst anstehenden Veröffentlichung des Qualitätsindikatorensets des IQTIG ein höchst aktuelles Thema.

>> Als Ärztin, Forscherin und auch Krankenhausmanagerin hat sie seit 2008 die Einführung eines Fünfjahresprogramm begleitet, das zum Ziel hatte, durch die Einhaltung von Leitlinien für bestimmte Interventionen sowie der Implementierung eines Sicherheitsmanagementsystems potenziell vermeidbare unerwünschte Ereignisse bei hospitalisierten Patienten über einen Zeitraum von fünf Jahren zu reduzieren. Also, das was bis heute die USA nicht geschafft hat: Nach einer Publikation von Makary und Daniel mit dem eindrucksvollen Titel „Medical error – the third leading cause of death in the USA (BMJ. 2016 May 3;353:i2139. doi: 10.1136/bmj.i2139) sind medizinische Behandlungsfehler mit 251.000 durch sie ausgelösten Todesfälle die dritthäufigste Todesursache in Nordamerika – nach Herzkrankheiten (611.000) und Krebs (685.000).

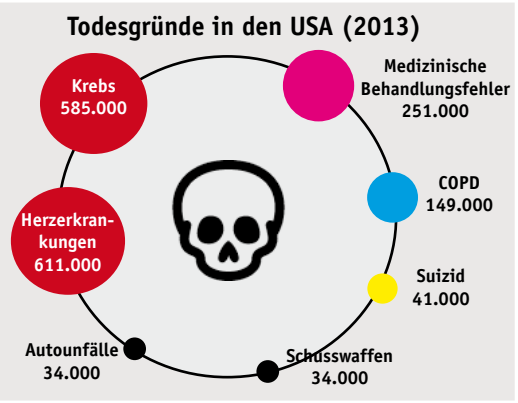


Abb. 1: „Medical error - the third leading cause of death in the US“ (Makary, Daniel).

„Wenn medizinische Fehler eine Krankheit wären, würden sie als eine dritte führende Todesursache in den Vereinigten Staaten gelten“, sagt Steegers dazu. Darum sollte das System zur Messung nationaler Vitalstatistiken überarbeitet und ein besseres Verständnis des Todes durch medizinische Versorgung geschaffen werden. Doch waren genau diese medizinischen Todesursachen der Grund, ein nationales Patientensicherheitsprogramm einzuführen und umzusetzen, zu dem alle niederländischen Krankenhäuser verpflichtet worden sind, ebenso wurde in den Niederlanden ein System von Qualitätsindikatoren eingeführt, von denen einer der Schmerz war. Alle Kliniken müssen seitdem die dort erhobenen Qualitätsindikatoren an die Inspektion der Gesundheitsversorgung in den Niederlanden liefern, dazu gehören Prozessindikatoren (Prozentsatz der standardisierten Schmerz-Score-Messungen bei postoperativen Patienten) und ein Ergebnisindikator (Prozentsatz der Patienten mit einem Schmerzwert über 7 in den ersten 72 Stunden nach der Operation).

„Der Schmerz ist ein wichtiger Indikator der Gesundheitsmedizin.“
Prof. Dr. Michael Schäfer, Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft

Dr. Steegers ist Anästhesistin und seit über 20 Jahren Schmerz-Spezialistin, tätig in der Radboud Universität in Nimwegen, einer kleiner Stadt unweit der Grenze zu Deutschland. Zudem ist sie seit 1996 nicht nur verantwortlich für die Behandlung von akuten Schmerzen in ihrem Krankenhaus, sondern auch für die Erstellung des Schmerztherapie-Protokolls der ganzen Klinik, zudem war sie von 2009 bis 2012 als Experten-Mitglied des niederländischen nationalen Sicherheitsprogramms für Schmerzen tätig. Darum fiel sie quasi fast aus allen Wolken, als die ersten Scores öffentlich in Publikumsmedien veröffentlicht wurden, denn die Medien – wie beispielsweise das durchaus mit der „Bild-Zeitung“ vergleichbare „Algemeen Dagblad“ – griffen die transparent publizierten Qualitätsindikatoren auf, während diese die niederländische Regierung zwar erheben lässt, aber damit keine Konsequenzen verknüpft – was sich in Deutschland bekanntlich im Zuge der aktuellen Gesetzgebung ändern wird.

„Das sind genau die Probleme, die uns oft im G-BA bewegen, weshalb wir dringend ein wirklich gut funktionierendes Institut brauchen.“
Dr. Ilona Köster-Steinebach, Partientenvertretung im G-BA

In der medialen Berichterstattung wurde auf einmal der Schmerz-Score – obwohl nur einer der zehn relevanten Komponenten – zu genau jenem, mit sich die Krankenhäuser bezogen auf ihre Qualität differenzieren konnten, wenn auch eben nur dem Gebiet der Qualität der Schmerztherapie. „Jedes Krankenhaus will dort in der Top Five sein“, weiß Steegers sehr genau. Doch exakt das Krankenhaus, in dem sie seit über 20 Jahren für die Schmerzbehandlung zuständig ist, fiel auf – negativ. Das Radboud University Medical Center hatte einen Qualitätsindikator von 20 Prozent der Ergebnisse über dem Srore 7. „Warum sind andere Krankenhäuser so gut und wir nicht so gut“, fragte sich damals Steegers, sich noch sehr gut an die damalige schmerzliche Erfahrung erinnernd. Und: „Wo liegt das Problem?“ Das wollte sie untersuchen und tat das auch mit einer Forschergruppe. In einer Studie, in der zwei Datenquellen – Daten aus einer Evaluierungsstudie des niederländischen Krankenhaus-Patientensicherheitsprogramms und aus einer eigens durchgeführten Fragebogenumfrage – verwandt und gematcht wurden, beschrieben Hoogervorst-Schilp, van Boekel, de Blok, Spreeuwenberg, Wagner und Steegers das „Postoperative pain assessment in hospitalised patients: National survey and secondary data analysis“ (Int J Nurs Stud. 2016 Sep 4;63:124-131).

Gemeinsam mit dem Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL) wurde in Utrecht eine Studie durchgeführt, mit dem erklärten Ziel, die Einhaltung des Prozessindikators bei der postoperativen Patienten in der Umsetzung des nationalen Sicherheitsprogramms nach den nationalen Qualitätsindikatoren für Schmerzen zu evaluieren. In diese Studie wurden Daten aus 3.895 Patientenakten aus 16 Krankenhäusern einbezogen. Heraus kam, dass nur bei 12% der postoperativen Patienten Schmerzen dreimal am Tag und alle drei volle Tage nach der Operation gemessen wurden, bei 53% der postoperativen Patienten immerhin noch mehr als einmal pro Tag, wiederum bis drei volle Tage nach der Operation. Dies deutete auf eine geringe Einhaltung

Novartis Deutschland



Neue Wege in der Medizin

Bei Novartis gehen wir die größten medizinischen Herausforderungen unserer Gesellschaft mit wissenschaftlicher Innovation an. Unsere Forscherinnen und Forscher treiben die Wissenschaft voran, um das Verständnis von Krankheiten zu vertiefen und neue Produkte zu entwickeln, die unerfüllte gesundheitliche Bedürfnisse befriedigen. Unsere Leidenschaft gilt der Erforschung neuer Methoden, um das Leben zu verbessern und zu verlängern.

NOVARTIS

Novartis Pharma GmbH · Roonstraße 25 · 90429 Nürnberg · www.novartis.de

„In Mecklenburg-Vorpommern überlegen wir ernsthaft, Schmerznetzwerke zu entwickeln und Zentren auszuweisen."
Dr. Sibylle Scriba, Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, Mecklenburg-Vorpommern

der Schmerz-Beurteilung bei postoperativen Patienten und ebenso darauf hin, das die Durchführung von Schmerzmessung in Krankenhäusern noch unzureichend ist.

Wenn das aber alle Krankenhäuser so machen, fragte sich Steegers: „Warum gibt es dann einen so großen Unterschied zwischen den Krankenhäusern?" Darum besuchte das Autorenteam verschiedene Krankenhäuser und konnte mehrere Punkte identifizieren. Der erste war gleich die Kernfrage: „Wie standardisiert messen wir eigentlich?" Laut Literatur müsste das in einer Zehnerskala (0 = kein Schmerz, 10 = höchster Schmerzgrad) geschehen, doch eine Kliniken gaben ihren Patienten die Anweisung Schmerzen so einzuteilen: wenig Schmerzen (1-3 Punkte) und hohe Schmerzen haben (7-10). Der zweite Punkt war der Zeitpunkt der Schmerzmessung nach der Operation. Steegers: „Vom Zeitpunkt der Befragung hängt es davon ab, wie viel Prozent schwerer Schmerzen zu finden sind." Doch ebenso hängt die Höhe des reporteten Schmerz von der Art und Weise ab, wie die Messung durchgeführt wird: ob in Ruhe oder in Bewegung. „Der Unterschied kann bis zu 20 Prozent betragen", sagt Steegers und verweist hier auf eine schon etwas ältere Arbeit von Sommer: „The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients" (European Journal of Anaesthesiology. 25(4):267&hyhen;274, April 2008).

Aus all dem schloss Steegers, dass das Ergebnis von Schmerzmessungen „immer subjektiv" ist, zudem die Kliniken Schmerzen weit weniger messen würden als sie sollten; und das, obwohl anerkannt sei, dass die Messung an sich „wichtig für die Verbesserung der Qualität der Schmerztherapie" ist. Dazu müsste aber – und hier hat Deutschland die Chance mit der Beauftragung des IQTIG, vorher zu standardisieren, was gemessen werden soll und ebenso zu definieren, welche Indikatoren wirklich zuverlässig die Qualität der Schmerztherapie beschreiben können. Steegers: „Qualitätsindikatoren sind wichtig, um die interne Schmerzversorgung und das externe Benchmarking mit anderen Krankenhäusern zu verbessern, das gelinge aber nur, wenn wirklich die gleichen Dinge gemessen werden." Dem sei aber, wie ihre Studie gezeigt habe, in ihrem Lande noch nicht so. „Die von der Gesundheitsbehörde gesammelten Qualitätsindikatoren in den Niederlanden sind öffentlich und unzuverlässig." <<



„Immer mehr Top Down-Detailvorgaben in die Welt zu entsenden, erst vom Gesetzgeber an uns und dann von uns in Richtung Versorgungsebene, kann kein Weg in die Zukunft sein. Wir – sowohl die Politik, als auch wir als untergesetzlicher Normgeber – sind gemeinsam gefordert, ein intelligenteres politisches Führungskonzept zu entwickeln."
Dr. Regina Klakow-Franck, G-BA



Abb. 2 (v.li.): Prof. Dr. med. Martin Schmelz (President elect der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.) mit Forums-Moderatorin Lisa Braun, dem amtierenden Präsidenten Prof. Dr. Michael Schäfer, sowie Thomas Isenberg, Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft. Oben: Blick ins Plenum.