

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Entwicklung von G-BA-Maßnahmen zum Thema Akutschmerzmanagement

Vom 19. Dezember 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. Dezember 2019 gemäß Schritt E Nr. 14 des Themenfindungs- und Priorisierungsverfahrens für Themen der Qualitätssicherung gemäß Beschluss des G-BA vom 19. März 2015 auf Grundlage des Kriterienkatalogs gemäß **Anlage 1** sowie den Empfehlungen des Unterausschusses Qualitätssicherung gemäß **Anlage 2** die Entwicklung von G-BA-Maßnahmen zum Themenvorschlag Akutschmerzmanagement beschlossen.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 19. Dezember 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Kriterienkatalog zum Thema "Akutschmerzmanagement" (finale Fassung, Stand: 19.02.2019)

| | | |
|---|---|--|
| <p>1. Vorgeschlagenes Versorgungsthema</p> | <p>Kurze Beschreibung des Versorgungsthemas und Benennung des Qualitätszieles/ Qualitätsdefizits</p> | <p>Akutschmerzmanagement</p> <p>In Deutschland wurden laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes in 2017 knapp 17 Millionen Operationen bei vollstationären Patienten und weitere 2 Millionen bei ambulanten Patienten durchgeführt (www.gbe-bund.de). Viele dieser Operationen sind mit starken, z.T. auch langanhaltenden postoperativen Schmerzen verbunden, vor allem wenn diese nicht adäquat behandelt werden [5]. Eine unzureichende Behandlung dieser Schmerzen geht mit einem hohen Leidensdruck für Patienten einher [9].</p> <p>Es gibt wenige Daten zur Qualität der Schmerztherapie nach ambulanten Operationen. Eine Befragung von ambulant operierenden Chirurgen bzw. ambulant tätigen Anästhesisten ergab, dass nur 11% bzw. 40% regelmäßig Schmerzen vor Entlassung des Patienten messen, wobei nur ein Teil validierte Schmerzskalen verwendet [7,8]. Beide Berufsgruppen folgten nur teilweise den Empfehlungen der S3 Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“ [7,8].</p> <p>Postoperative Schmerzen können nicht nur außerordentlich belastend für die Patienten sein, sondern sie stehen auch einer raschen Genesung nach dem initialen Eingriff entgegen. Sie sind assoziiert mit einer verzögerten Mobilisation und vermehrten Komplikationen nach der Operation [1]. Darüber hinaus besteht die Gefahr der Chronifizierung mit nachfolgenden funktionellen - physischen und psychischen – Einschränkungen und einer Abnahme der Lebensqualität [4]. Es entstehen hohe Folgekosten im Gesundheitswesen.</p> <p>Eine Patientenbefragung in mehr als 100 deutschen Kliniken demonstrierte, dass erhebliche Qualitätsunterschiede in der postoperativen Schmerztherapie zwischen den Krankenhäusern bestehen [12]. Berichte aus der ambulanten wie stationären Versorgung zeigen, dass Patientenaussagen bezüglich Schmerzen in der postoperativen Phase nicht immer von den behandelnden Ärzten ernst genommen werden oder die Ressourcen und Fähigkeiten zu einer konsequenten Schmerzbehandlung durch das medizinische Personal fehlen.</p> <p>Akutschmerzdienste, die aus qualifizierten Pflegekräften und Ärzten bestehen, führen nachweisbar zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität in der Schmerztherapie. Jedoch existieren diese in unterschiedlicher Form nur in etwas mehr als der Hälfte aller deutschen Krankenhäuser. Dabei werden minimale Qualitätskriterien für einen Akutschmerzdienst nicht einmal von der Hälfte der Dienste erfüllt. Es hat sich auch keine Verbesserung der Situation über einen 13-Jahreszeitraum gezeigt [3,12]. Verbindliche Anforderungen für einen Akut-</p> |
|---|---|--|

| | | |
|---|--|---|
| | | <p>schmerzdienst (Personal, Besetzung nachts und am Wochenende, interdisziplinäre Behandlungsprotokolle, aussagekräftige Parameter zur Messung des Patientenoutcomes, Weiterbildung, Qualitätskontrollen) sind bislang nicht festgelegt. Der Umgang mit Schmerzzuständen ist im allgemeinen Qualitätsmanagement bis auf wenige Ausnahmen nicht suffizient geregelt.</p> <p>Ziel des Qualitätssicherungsverfahrens ist, dauerhaft die Versorgung von Schmerzen nach Operationen zu verbessern. Hierzu soll das QS-Verfahren</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. einheitliche und verbindliche Bedingungen für die Akutschmerzversorgung vorgeben; 2. relevante Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen einer Patientenbefragung ermitteln und transparent abbilden. <p>Darüber hinaus sollte mit Blick auf Sektorenübergänge und die Koordination der Versorgung auch darauf hingewirkt werden, dass Menschen nur unter adäquater Kontrolle ihrer Schmerzzustände bzw. mit einer gesicherten Weiterbehandlung aus der stationären Versorgung entlassen werden. Analog gilt dies auch für die Weiterversorgung nach einer ambulanten Operation.</p> |
| <p>2. Abgrenzung des Versorgungsthemas</p> | <p>a) Ist das im Vorschlag beschriebene Qualitätsziel/ Qualitätsdefizit einem krankheitsbezogenen oder einem prozedurenbezogenen Versorgungsthema zuzuordnen?</p> <p>b) Ist das im Vorschlag beschriebene Qualitätsziel/ Qualitätsdefizit, weder einer Krankheit noch einer Prozedur, sondern einer komplexen Versorgungsaufgabe zuzuordnen?</p> | <p>Der Vorschlag bezieht sich auf eine komplexe Versorgungsaufgabe, die sich an einem bestimmten Symptom (postoperative Schmerzen) festmacht, und das nach verschiedenen Eingriffen/Behandlungen relevant ist.</p> <p>Das hier adressierte Schmerzmanagement erfolgt in der stationären Versorgung sowie ebenfalls in der vertragsärztlichen Versorgung im Zusammenhang mit ambulanten Operationen. Nicht adressiert werden in diesem Vorschlag das Management bereits chronifizierter Schmerzzustände sowie das Schmerzmanagement in der vertragszahnärztlichen Versorgung.</p> |
| <p>3. Prävalenz/ Inzidenz</p> | <p>a) Wie groß ist die potenziell betroffene Bevölkerungsgruppe?</p> | <p>a) Derzeit werden ca. 19 Mio. Operationen jährlich in Deutschland durchgeführt. Ein adäquates Schmerzmanagement hat hohe Relevanz für alle diese Patienten.</p> <p>b) Es werden alle Altersgruppen vertreten sein. Wegen der höheren Prävalenz verschiedener Erkrankungen im Alter darf davon ausgegangen werden, dass mehr ältere Menschen vom QS-Verfahren profitieren.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>b) Wie setzt sich die vom Versorgungsthema oder Maßnahme betroffene Bevölkerungsgruppe zusammen?</p> <p>c) Welche Trends sind zu erwarten?</p> | <p>c) Sofern der generelle Trend einer Zunahme von Operationen im Gesundheitswesen bestehen bleibt, ist entsprechend auch von einer zunehmenden Zahl von Personen auszugehen, für deren Versorgung das vorgeschlagene QS-Thema relevant ist.</p> |
| <p>4. Qualitätsdefizite und Potenziale für eine Qualitätsverbesserung</p> | <p>Mit welchen vermuteten Qualitätsdefiziten begründen Sie Ihren Vorschlag? Welche konkreten Hinweise für mögliche Qualitätsdefizite können Sie benennen?</p> <p>Welches Potenzial sehen Sie für eine Verbesserung der Qualität?</p> | <p>Hinweise auf Varianzen und Defizite in der Schmerzversorgung finden sich insbesondere in folgenden Quellen:</p> <p>HTA-Bericht 126 aus dem Jahr 2013 (http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta_346_bericht_de.pdf): „Die Anzahl der unzureichend therapierten Schmerzpatienten ist nicht gesunken, 56 % aller Patienten leiden unter nicht-akzeptablen Schmerzen, das heißt entweder Ruhe-, Belastungs- und/oder Maximalschmerz liegen über den definierten Grenzwerten für ein akzeptables Erträglichkeitsniveau. Schmerzpatienten auf konservativen Stationen werden unterversorgt, 41 % der Patienten (ohne Krebserkrankung) mit nicht-akzeptablen Schmerzen erhalten keine analgetische Behandlung.“</p> <p>Kleine Anfrage der SPD-Fraktion aus dem Jahr 2013 (http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Chronischer_Schmerz_AntwortBundesregierung_1_1_1.pdf): Die Bundesregierung erachtet die im HTA-Bericht dargestellten Versorgungsmängel für plausibel und relevant. Bei der Suche nach Krankenhäusern mit guten Leistungen in der Schmerztherapie können die Qualitätsberichte der Krankenhäuser Patienten derzeit allerdings keine tragfähige Information liefern. Die Schmerztherapie wird hier teilweise gar nicht abgebildet, bzw. wird nicht von externen QS-Maßnahmen erfasst.</p> <p>Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt von Maier et al. zur <i>Qualität der Schmerztherapie in deutschen Krankenhäusern</i> [9]. Bei einer Befragung von Patienten in operativen und nichtoperativen Settings deutscher Krankenhäuser ergab einen hohen Anteil von Patienten mit starken bis unerträglichen Schmerzniveaus.</p> <p>Bundesweite Umfrage zur Akutschmerztherapie in der stationären Versorgung an deutschen Krankenhäusern [3]. Die Anzahl der von den Krankenhäusern deklarierten Akutschmerzdienst (80% der befragten KH)) hat seit 1998 deutlich zugenommen, allerdings erfüllten nur 45% basale Qualitätskriterien. Es fehlten in den Krankenhäusern häufig Ergebniskontrollen, um die Effektivität des Schmerzmanagements beim Patienten zu erfassen. Ein weiteres Defizit war die mangelnde Einbeziehung der Akutschmerztherapie in die ärztliche Weiterbildung.</p> <p>Eine Befragung von 21.000 Patienten in 138 deutschen Kliniken offenbarte sehr große Qualitätsunterschiede in der Schmerzversorgung [12]: Die Zahl der Patienten, die post-</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | | <p>operativ starke Schmerzen (NRS ≥ 5) angaben, variierte im Vergleich der einzelnen Kliniken zwischen 10% und 88%. Eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung berichteten je nach Krankenhaus zwischen 27% und 95% der Patienten.</p> <p>Das Potential für eine Qualitätsverbesserung wird hoch eingeschätzt. In der stationären Versorgung soll erreicht werden, dass die strukturellen Voraussetzungen für ein adäquates Akutschmerzmanagement verbessert werden (Verfügbarkeit und Besetzung von Akutschmerzdiensten, Fortbildung für Ärzte und Pflegepersonal, Vorhandensein und Umsetzung von QM-Richtlinien oder SOPs, Umsetzung strukturierter Patientenbefragungen vor Ort und deren Nutzung im individuellen Schmerzmanagement). Darüber hinaus soll die Motivation gesteigert werden, Patientenaussagen zu Schmerzen ernst zu nehmen, bzw. sogar regelmäßig aktiv einzufordern. Und schließlich soll bezüglich der Ergebnisse erreicht werden, dass insgesamt weniger Schmerzen während des akutstationären Aufenthaltes erduldet werden müssen, ohne dass vermehrt Nebenwirkungen einer Schmerztherapie auftreten, und dass (wenn immer möglich) die Patienten in Übereinstimmung mit ihren Präferenzen und Bedürfnissen schmerzarm bzw. unter adäquater Schmerzkontrolle entlassen werden. Letztendliches (messbares) Ziel wird eine Angleichung der Versorgungsqualität an die im Benchmark gut abschneidenden Einrichtungen, eine Verbesserung der patientenberichteten Lebensqualität sowie eine Verringerung schmerzassoziierter Komplikationen in Bezug auf die erlebten Schmerzen sein.</p> |
| <p>5. Krankheitslast/ Auswirkung</p> | <p>Welche funktionellen Beeinträchtigungen, Folgeerkrankungen oder Beeinträchtigungen der Lebensqualität sind im genannten Versorgungskontext unter Berücksichtigung der beschriebenen Qualitätsdefizite für die betroffenen Patienten zu erwarten?</p> | <p>Die negativen Auswirkungen von Schmerzen sind gut dokumentiert. Schmerz bedeutet eine erhöhte Stressantwort des Körpers, die zu vermehrten postoperativen Komplikationen führen kann [1,10,14]. Schmerzbedingt kann der Patient nicht so zügig mobilisiert werden (\rightarrow erhöhtes Risiko für Thrombose, Embolie, Lungenentzündung), die Rückkehr zur normalen Alltagsaktivität ist verzögert. Das kann einen längeren Krankenhausaufenthalt, eine längere Arbeitsunfähigkeit, eine länger anhaltende schmerzbedingte funktionelle Einschränkung (physisch und psychisch) und damit eine verminderte Lebensqualität zur Folge haben [4,14]. Betroffene Patienten benötigen deutlich länger Analgetika, evtl. sogar Opioide (\rightarrow Gefahr der Atemdepression, bei längerfristiger Einnahme auch der Substanzabhängigkeit), suchen häufiger den Arzt auf und sind gefährdet, persistierenden chronischen Schmerzen nach der Operation zu entwickeln [4]. Die spezifischen funktionellen Beeinträchtigungen sind operationsabhängig, z.B. für einen orthopädischen Eingriff anders als für einen Baucheingriff.</p> <p>Die in der Literatur dargelegte und von Patienten vielfältig beschriebene Varianz in der Leistungsqualität von Einrichtungen hinsichtlich des Akutschmerzmanagements [7,12] bedeutet, dass es häufig zu den erwähnten erhöhten Komplikationsraten, zur vermeidbaren Entstehung chronischer Schmerzzustände und damit zum vermeidbaren Verlust an Lebensqualität kommt. Hierzu wird als Beleg auch auf den oben zitierten HTA-Bericht 126 verwiesen.</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>6. Qualitätsrelevante Informationen im Kontext des Versorgungsthemas</p> | <p>a) Welche definierten Qualitätsziele bestehen für das vorgeschlagene Versorgungsthema bereits oder lassen sich aus vorhandenen Informationen und Quellen ableiten?</p> <p>b) Welche verpflichtenden oder freiwilligen Verfahren/Maßnahmen zur Qualitätssicherung für das vorgeschlagene Versorgungsthema liegen bereits vor?</p> <p>c) Welche Leistungserbringer sind unmittelbar oder mittelbar an der Leistung beteiligt?</p> | <p>Zu a) Zum Thema Akutschmerz finden sich Aufbereitungen der Evidenzlage sowohl im erwähnten HTA-Bericht (http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta346_bericht_de.pdf) als auch in einer S3-Leitlinie, die derzeit aktualisiert wird (http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/001-025.html). Hieraus lassen sich auch Hinweise auf Defizite in der Versorgung ableiten. Darüber hinaus gibt es eine Entschließung des Dt. Ärztetages 2014 und der Gesundheitsministerkonferenz 2015, das Thema Akutschmerzversorgung aufzugreifen und Verbesserungen in der Patientenversorgung herbeizuführen. Weiterhin wird auf die aktuelle US-Leitlinie zum Thema verwiesen [2].</p> <p>zu b) QUIPS (Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie): Hier handelt es sich um ein nicht-kommerzielles Benchmarkprojekt, hervorgegangen aus einer Förderung des BMG (www.guips-projekt.de) [11]. Die Teilnahme ist freiwillig. Eine spezifische Zertifizierung von Strukturen, Prozessen und deren Ergebnissen mit dem Fokus Schmerztherapie ist möglich über Certkom e.V. (Qualifizierte Schmerztherapie) und den TÜV Rheinland (Zertifizierung Akutschmerztherapie) [6]. Verpflichtenden Verfahren bzw. Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Akutschmerztherapie gibt es nicht.</p> <p>zu c) Unmittelbar beteiligt sind Krankenhäuser sowie Einrichtungen, welche ambulante Operationen durchführen.</p> |
| <p>7. Qualitätsziele und Qualitätsverbesserungsmaßnahmen (Regelbarkeit durch den G-BA)</p> | <p>a) Welche konkreten Qualitätsziele sollen mit Hilfe des QS-Verfahrens erreicht werden?</p> | <p>a) Angleichung und Anhebung der strukturellen Voraussetzungen für eine adäquate Akutschmerzbehandlung in Krankenhäusern, auch mit Blick auf die Durchsetzung einheitlicher adäquater Standards in unterschiedlichen Fachabteilungen (Personalausstattung, Qualifikation des Personals, Vorhalten von Akutschmerzdiensten) sowie von Prozessen (z.B. Fortbildungen, QM-Maßnahmen, Nutzung von Patientenbefragungen) Vorgaben für die einheitliche Anwendung von Prozesskriterien, wie z.B. einer strukturierten Erfassung des Symptomkomplexes „Schmerz“ in der Akutversorgung, einer adäquaten Patienteninformationen, der Definition von Therapiezielen, der Nutzung leitlinienbasierter Therapieansätze, einem Überleitungsmanagement in nachfolgende Versorgungsbereiche und der Durchführung eines Qualitätsmanagements in der Schmerztherapie. Reduktion des subjektiven Schmerzniveaus bei kritischen Behandlungen/Indikationen während der Phase der Akutbehandlung Erhöhung des Anteils schmerzfrei bzw. mit adäquater Schmerzkontrolle/geringer schmerzbedingter Beeinträchtigung aus dem stationären Aufenthalt bzw. nach der ambulanten Operation entlassener Patienten</p> |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>b) Mit welchen konkreten Qualitätsverbesserungsmaßnahmen oder Instrumenten könnten die genannten Qualitätsziele erreicht werden?</p> <p>c) Durch welche Regelungen könnte der G-BA diese Qualitätsziele erreichen?</p> | <p>Verringerung der Zahl von chronischen Schmerzpatienten als Folge inadäquater Akutschmerzbehandlung</p> <p>b) Es kommen grundsätzlich in Frage: Strukturrichtlinie Einrichtungsbefragung zur Strukturqualität inkl. Erhebung der verwendeten Instrumente des QM im Zusammenhang mit dem Schmerzmanagement Patientenbefragung (=Prozess- und Ergebnisqualität) Feedback an Leistungserbringer, Maßnahmen des strukturierten Dialogs etc.</p> <p>c) Es wird folgende Maßnahme vorgeschlagen: eine Strukturrichtlinie nach § 136 Abs.1 Nr. 2 SGB V. Diese Strukturrichtlinie soll Mindestanforderungen für Struktur- und Prozessqualität für die Schmerztherapie von Patienten in der stationären Versorgung vorgeben, die sich Prozeduren unterziehen, die in der Regel mit postinterventionellen Schmerzen einhergehen. Bei der Entwicklung der Richtlinie soll ggf. eine Differenzierung der Vorgaben, z.B. nach Maximalversorger, Fallzahlen, Komplexität der Einrichtungen und Fälle erfolgen, sofern dies im Sinne einer effizienten Umsetzung der Qualitätsziele vorteilhaft ist. Ferner sollen Vorgaben für die vertragsärztliche Versorgung, insbesondere zum ambulanten Operieren, einbezogen werden. Im Rahmen der Entwicklung der Strukturrichtlinie soll ebenfalls eine Evaluation der Richtlinie vorgesehen werden, die auch das Instrument einer Patientenbefragung berücksichtigt.</p> |
| 8. Öffentliches Interesse/ Relevanz | Hat das vorgeschlagene Thema unter Umständen eine weitere besondere Bedeutung - über die unter 1 – 7 genannten Gründe hinaus und wenn ja, welche? | <p>Starke akute Schmerzen und vor allem langanhaltende starke Schmerzen nach einer Operation (meist bedingt durch eine unzureichende Schmerztherapie) sind ein Risikofaktor für chronische Schmerzen nach einer Operation. Ca. 10% aller operierten Patienten haben moderate und 2% schwere behandlungsbedürftige Schmerzen 6 Monate nach einer Operation [4]. Diese Zahl ist bei knapp 17 Millionen stationär und ca. 2 Millionen ambulant durchgeführter Operationen (www.gbe-bund.de) von hoher gesundheitspolitischer Bedeutung. Ferner kommt einer adäquaten Akutschmerztherapie angesichts der sich weiter verkürzenden Liegezeit eine wachsende Bedeutung zu, worauf Berichte aus Ländern mit deutlich kürzeren Liegezeiten als in Deutschland hinweisen [15]. Wohl aus diesem Grund hat die 88. Gesundheitsministerkonferenz bereits 2015 den GBA gebeten, „für ein strukturiertes Akutschmerzmanagement der Krankenhäuser Qualitätskriterien zu entwickeln.“</p> |
| 9. Machbarkeit | a) Liegen ggf. bereits Erfahrungen aus der Routineanwendung bzw. aus Modellpro- | <p>a) Anforderungen, die im Bereich einer Strukturrichtlinie übernommen oder angepasst werden können, wurden bereits im Rahmen wissenschaftlich fundierter Ausarbeitungen entwickelt.</p> |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>jekten/ Prototypen zu den vorgeschlagenen Qualitätsverbesserungsmaßnahmen vor? Wenn ja, wie übertragbar sind diese ggf. auf eine bundeseinheitliche Ebene?</p> <p>b) Liegen ggf. bereits Erfahrungen aus dem Ausland vor? Wenn ja, wie übertragbar sind diese Erfahrungen ggf. auf den deutschen Versorgungskontext?</p> | <p>Das Instrument der Strukturrichtlinie ist generell etabliert und kann so gestaltet werden, dass die Maßnahme eine nachprüfbare Wirkung entfaltet.</p> <p>Die oben genannten Zertifizierungskonzepte von Certkom e.V. und dem TÜV Rheinland wurden bundesweit bisher in jeweils etwa 100 Kliniken umgesetzt. In vielen Kliniken führt dies zu einem kontinuierlichen Prozess mit regelmäßiger Rezertifizierung und Erweiterung der Maßnahmen innerhalb der Kliniken (Abteilungs- und Schnittstellenübergreifend). Für beide Konzepte liegen erste Daten über die positiven Effekte der Zertifizierung auf die Qualität der Schmerztherapie vor [6,9]. Eine enge Kooperation mit dem Benchmarking-Projekt QUIPS hat sich dabei für die teilnehmenden Häuser als hilfreich erwiesen. Eine Übertragung auf eine bundeseinheitliche Ebene ist möglich, erfordert derzeit allerdings ein freiwilliges finanzielles und personelles Engagement durch die Krankenhäuser.</p> <p>b)</p> <p>In den Niederlanden wurden 2018 Strukturrichtlinien für Schmerzdienste eingeführt, die diese an Hand von 10 Kriterien mit einem Punktesystem bewerten. Zuvor wurden in den Kliniken erhobene „patient-reported outcomes (PROs)“ als QI genutzt. Hier zeigte sich jedoch ein Selektionsbias (Auswahl „guter“ Patienten bzw. Werte), so dass in den Niederlanden eine Nutzung von PROs, die durch die Leistungserbringer selbst erhoben werden, kritisch gesehen wird. Erste Einschätzungen von Schmerztherapeuten deuten darauf hin, dass die Thematisierung von Schmerztherapie innerhalb der obligaten Qualitätssicherung als sehr positiv gesehen wird, da dadurch dieses Thema in jeder Klinik „auf die Tagesordnung“ kommt und breite öffentliche Wahrnehmung erfährt.</p> |
| <p>10. Aufwand/Nutzen-Verhältnis</p> | <p>a) Welcher Aufwand (z. B. Entwicklung, Umsetzung) ist zu erwarten?</p> | <p>a) Die Umsetzung der Strukturrichtlinie wird in vielen Einrichtungen eine Anpassung der Abläufe, ggf. auch eine personelle Aufstockung zur Folge haben. Die Tatsache, dass ca. 1/3 der Krankenhäuser bereits entsprechende Strukturen vorhalten [3] zeigt, dass dies möglich und umsetzbar ist. Durch eine differenzierte Ausgestaltung der Anforderungen, z. B. Maximalversorger, Fallzahlen, Komplexität der Einrichtungen und Fälle, kann das Aufwand-Nutzen-Verhältnis sowohl im stationären als auch im vertragsärztlichen Bereich optimiert werden. Der Erfolg hängt wesentlich von der Ausgestaltung der positiven und negativen Anreize und Konsequenzen ab, einschließlich der OPS-Anbindung und hierbei ggf. vorzunehmenden Modifikationen. Derzeit besteht die OPS-Ziffer 8-919 (Komplexe Akutschmerztherapie), die jedoch nur ausgedehnte Operationen mit aufwendigen Analgesieverfahren oder die Schmerztherapie bei Problempatienten abbildet. Vergütungsregelungen sind relevant, fallen jedoch nicht in den Zuständigkeitsbereich des GBA.</p> <p>Der Aufwand für die Beteiligung an einer im Rahmen der Richtlinien-Evaluation vorgesehenen Patientenbefragung kann durch ein geeignetes Design sowie Wahl der Stichprobengröße in Hinblick auf Effizienz und Aufwand optimiert werden.</p> |

Literatur

1. van Boekel RLM, Warlé MC, Nielen RGC, Vissers KCP, van der Sande R, Bronkhorst EM et al. Relationship Between Postoperative Pain and Overall 30-Day Complications in a Broad Surgical Population: An Observational Study. *Ann Surg* 2017, Nov 13. doi: 10.1097/SLA.0000000000002583
2. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA et al. Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *J Pain* 2016;17:131-57.
3. Erlenwein J, Koschwitz R, Pauli-Magnus D, Quintel M, Meissner W, Petzke F, Stamer UM. A follow-up on Acute Pain Services in Germany compared to international survey data. *Eur J Pain* 2016;20:874-83.
4. Fletcher D, Stamer UM, Pogatzki-Zahn E, Zaslansky R, Tanase NV et al. Chronic postsurgical pain in Europe: An observational study. *Eur J Anaesthesiol* 2015; 32:725-34.
5. Gerbershagen HJ, Pogatzki-Zahn E, Aduckathil S, Peelen LM, Kappen TH, van Wijck AJ, Kalkman CJ, Meissner W. *Anesthesiology* 2014;120:1237-45
6. Lehmkuhl D, Meissner W, Neugebauer EA. Evaluation der „Initiative Schmerzfreie Klinik“ zur Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie. Eine prospektive kontrollierte Studie. *Schmerz*. 2011;25(5):508-1.
7. Lux EA, Stamer U, Meissner W, Moser K, Neigebauer E, Wiebalck A. Postoperative Schmerztherapie nach ambulanten Operationen. *Schmerz* 2008; 22: 171-5.
8. Lux EA, Stamer U, Meissner W, Wiebalck A. Postoperative Schmerztherapie nach ambulanten Operationen. Eine Befragung der behandelnden Anästhesisten. *Schmerz*. 2011; 25:191-8.
9. Maier C., Nestler N, Richter H et al. Qualität der Schmerztherapie in deutschen Krankenhäusern. *Dtsch Ärztebl*, 2010;107(36) 607-14.
10. Popping DM, et al., Impact of epidural analgesia on mortality and morbidity after surgery: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Surg* 2014;259:1056-67.
11. Meissner W. QUIPS: Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2011; 105(5):350-3.
12. Meißner W, Komann M, Erlenwein J, Stamer U, Scherag A. Qualitätsunterschiede in der postoperativen Schmerztherapie in deutschen Krankenhäusern – Einfluss von Struktur- und Prozeßmerkmalen auf die Ergebnisqualität. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114:161-7.
13. Stamer UM, Mpasios N, Maier C. A survey of acute pain services in Germany and a discussion of international survey data. *Reg Anesth Pain Med* 2002, 37:125-31
14. Taylor RS, Ullrich K, Regan S et al. The impact of early postoperative pain on health-related quality of life. *Pain Pract* 2013; 13(7):515-23.
15. Walters TL, Mariano ER, Clark JD. Perioperative Surgical Home and the Integral Role of Pain Medicine. *Pain Med* 2015;16:1666-72.

Empfehlung des UA QS zur Konkretisierung von geeigneten G-BA-Maßnahmen zum Thema „Akutschmerzmanagement“ gemäß dem Auftrag des UA QS vom 3. April 2019

Der Unterausschuss Qualitätssicherung empfiehlt, die AG Qualitätsmanagement-Richtlinie (AG QM) zu beauftragen, auf Basis des Kriterienkatalogs der Patientenvertretung zum Thema „Akutschmerzmanagement“ (Stand: 19.02.2019), die Aufnahme einer Regelung zur verpflichtenden Einführung und Umsetzung von Akutschmerzmanagementkonzepten für eine angemessene postoperative Schmerztherapie in die QM-Richtlinie zu beraten.

Der Unterausschuss empfiehlt, die AG Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (AG DeQS) zu beauftragen, auf Basis des Kriterienkatalogs der Patientenvertretung zum Thema „Akutschmerzmanagement“ (Stand: 19.02.2019), die Erstellung einer Konzeptstudie durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu prüfen und eine entsprechende Beauftragung vorzubereiten. Thema der Konzeptstudie soll ein Qualitätssicherungsverfahren „postoperative Schmerztherapie“ mit dem Instrument einer Online-Patientenbefragung sein. Der Unterausschuss empfiehlt, für dieses QS-Verfahren keine fallbezogene Qualitätsdokumentation vorzusehen. Bestehende QS-Maßnahmen und Regelungen sind hierbei zu berücksichtigen.