

BAO • Joachim-Karnatz-Allee 7, 10557 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Vorsitzender des Unterausschusses Qualitätssicherung
Dr. Rolf-Ulrich Schlenker
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Nachrichtlich:

Dr. rer. medic. Frank Brunsmann
Dr. med. Franziska Diel
Dr. med. Helmut Weinhart
Prof. Dr. med. Winfried Meißner
Jörg Karst

München, den 08. April 2021

Ihr Konzept zum Akutschmerz-Management nach Operationen

Sehr geehrter Herr Dr. Schlenker,
Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Interesse und großer Aufmerksamkeit haben wir den Beschluss des GBA zu wesentlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Konzept zum Akut-Schmerzmanagement nach Operationen vom Dezember 2020 zur Kenntnis genommen.
Wir erlauben uns, dazu folgendes festzustellen:

Alltäglich wird bundesweit in Deutschen Kliniken und Praxen perioperativ eine fallbezogene, patientenbezogene und interdisziplinäre Schmerztherapie durchgeführt. Basis für diese Maßnahmen und ihre Qualität sind vor allem die jeweilige Ausbildung von ärztlichem Personal und Pflegepersonal, sowie der professionelle Wunsch, konkret zum Wohle des Patienten perioperativ erfolgreich Schmerzen zu bekämpfen.

Wesentlicher Bestandteil der schon jetzt bundesweit durchgeführten perioperativen Schmerztherapie ist dabei die praktizierte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Operateuren*innen und Anästhesisten*innen in Teamarbeit mit dem jeweiligen Pflegepersonal. Operateure und Anästhesisten zeichnen für den gesamten Verlauf der perioperativ notwendigen

Schmerztherapie verantwortlich – nach kurzstationären Eingriffen oder ambulanten Operationen wird diese Therapie durch nachbehandelnde Ärzt*innen nach Verordnung durchgeführt, im Idealfall häufig durch die Operateur*innen selbst.

Durch den Beschluss des GBA droht eine weitere Bürokratisierung von ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen, die unter Berücksichtigung des zunehmenden Planungs- und Dokumentationsaufwandes in QM Systemen geeignet ist, erneut weitere ärztliche und andere personelle Ressourcen zu verschwenden.

Wissenschaftliche Grundlage für die Forderung, dass sich Krankenhäuser und Praxen bei der Schmerztherapie nach Operationen stärker engagieren müssen, war vor allem die Untersuchung von Meissner et al.¹ zur Situation in deutschen Krankenhäusern von der Universitätsklinik bis zum Krankenhaus der Regelversorgung.

Leider wurden im GBA-Beschluß bei der zitierten Gesundheitsberichterstattung die circa 4 Millionen ambulanten Eingriffe nicht berücksichtigt, die jährlich von vertragsärztlichen Operateuren und Anästhesisten in selbstständigen Einrichtungen durchgeführt werden. Zusätzlich werden viele ambulante Operationen in Kliniken von kooptierten niedergelassenen Spezialisten erbracht.

Die Befragung von 108 Anaesthetist*innen in Klinik und Praxis 2011² ist methodisch nicht geeignet, den Ist-Zustand darzustellen.

Die zitierte Datenlage lässt also einen grundsätzlichen Rückschluss auf die tatsächliche Qualität der Schmerztherapie in vertragsärztlichen Praxen und AOZ nach ambulanten Operationen nicht zu³.

Wir freuen uns deshalb, Ihnen mitteilen zu können, dass die ambulanten Operateur*innen und Anästhetist*innen schon seit 15 Jahren freiwillig und kontinuierlich ihre Patienten auch zu diesem Thema befragen und somit die Ergebnisqualität darstellen können.

Das ambulante Qualitätssicherungssystem AQS1 ist freiwilliger Bestandteil der externen Qualitätssicherung in ambulanten operativen Einrichtungen, Praxen und Tageskliniken. Das System AQS1 ist weiterhin integrativer Bestandteil vieler Selektivverträge im Bereich des Ambulanten Operierens mit speziellen Versionen für die Kinderchirurgie und Ophtalmochirurgie.

Wir freuen uns deshalb sehr, Ihnen in der anliegenden Präsentation die Ergebnisse von knapp zwei Millionen analysierten ambulanten Operationen darstellen zu können. Die Rücklaufquote des Patiententeiles beträgt durchschnittlich 43 Prozent und ist damit weit überdurchschnittlich. Die separaten perioperativen Fragebögen für Operateur und Anästhetist werden nach erfolgreichem Eingriff mit dem Patientenfragebogen zusammengeführt.

Die Patient*innen beantworten die Fragestellungen unabhängig von der Einrichtung im Zeitraum von 14 Tagen postoperativ zu Hause. Die Systematik der Fragebogentechnik entnehmen Sie bitte der beigefügten Präsentation.

Die Ergebnisse sind beispielhaft aufgelistet für die Fachbereiche Orthopädie, Chirurgie und Gynäkologie – selbstverständlich auch unter Berücksichtigung der konkreten Eingriffsart (OPS) oder der Altersstruktur Kinder/Senior.

Die Folie 7 weist aus, dass nach den 30 häufigsten dokumentierten operativen Prozeduren 97,6 Prozent der Patienten ihre Schmerzmittelversorgung nach Operationen als ausreichend bezeichnet haben. 96,8 Prozent gaben an, zu Hause ausreichend mit Medikamenten versorgt worden zu sein. Diese Angaben zur Ergebnisqualität in der perioperativen Schmerztherapie nach den häufigsten ambulant durchgeführten Eingriffen basieren auf N = 354.250 Patientendaten.

Da das AQS1 Fragesystem auch die Prozessqualität der ambulant operierenden Einrichtungen abfragt und durch die Patient*innen bewerten lässt, entsteht eine sehr gute Gesamtbeurteilung der Versorgungsart Ambulantes Operieren in selbständigen operativen Einrichtungen, also Praxen und AOZ, in der Bundesrepublik Deutschland.

Vergleichbare Untersuchungen zur Darstellung von Prozess- und Ergebnisqualität unter Einbeziehung der Patientenmeinung existieren in Deutschland nicht.

Alternativ kommen Recall-Systeme regelmäßig zum Einsatz: die Patientenzufriedenheit, begründet durch eine hohe Versorgungsqualität auch bei der Schmerztherapie, ist aus medizinischen und ökonomischen Gründen unverzichtbar für selbstständige vertragsärztliche ambulante operative Einrichtungen.

Wir dürfen Sie deshalb herzlich bitten, diese Ergebnisse bei Ihren weiteren Planungsschritten nachhaltig zu berücksichtigen.

Indikationsspezifische Regelungen im Schmerzmanagement perioperativ werden von den Akteuren im Gesundheitswesen täglich angewendet – sie erfolgen - ethisch, medizinisch und juristisch sinnvoll – Patienten-individuell akut. Die Festlegung von Regeln für Gruppen von Patient*innen oder Indikationen oder Einrichtungsarten erscheint daher im Versorgungalltag eher hinderlich, vor allem dann, wenn diese zukünftigen Regelungen mit einem zusätzlichen Dokumentationsaufwand in dauerbelasteten, personell unterversorgten Krankenhäusern und Praxen verbunden sein sollten.

Wir hoffen sehr, dass unsere Einlassung und unsere Behandlungsergebnisse ihre Aufmerksamkeit finden werden.

Gerne stehen wir Ihnen jederzeit zu weiterführenden Gesprächen (weitere Darstellung der Datengrundlage) zur Verfügung.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. Axel Neumann, Präsident des BAO e.V.

Literatur:

1. Meißner W, Komann M, Erlenwein J, Stamer U, Scherag A: The quality of postoperative pain therapy in German hospitals: The effect of structural and procedural variables. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 161–7
2. Lux EA, Stamer U, Meissner W, Wiebalck A: Postoperative Schmerztherapie nach ambulanten Operationen – Eine Befragung der behandelnden Anästhesisten. Schmerz 2011; 25: 191–8
3. Brunsmann, Frank; Stamer, Ulrike; Meißner, Winfried: Akutschmerz-Management: Aufgabe für Team und Leitung. Dtsch Arztebl 2021; 118(6): A-301 / B-259