

Schmerz 2006 · 20:327–333
 DOI 10.1007/s00482-005-0451-6
 Online publiziert: 28. Oktober 2005
 © electronic version (html)
 Springer Medizin Verlag 2005
 © print & online pdf
 Deutsche Gesellschaft zum Studium
 des Schmerzes 2006. Published by
 Springer Medizin Verlag
 - all rights reserved

C. Simanski¹ · R. Lefering² · T. Paffrath¹ · P. Riess¹ · N. Yücel¹ · M. Maegele¹
 C. Thüsing³ · E. Neugebauer²

¹ Unfallchirurgische Klinik Köln-Merheim, Lehrstuhl für
 Unfallchirurgie/Orthopädie Universität Witten-Herdecke

² Biochemische und Experimentelle Abteilung,
 Medizinische Fakultät der Universität Köln

³ Abt. Qualitätsmanagement, Kliniken der Stadt Köln

Die Qualität der postoperativen Schmerztherapie beeinflusst die Krankenhauswahl

Ergebnisse einer anonymen Patientenumfrage

Die Krankenhäuser in Deutschland sind seit dem 1.1.2000 gesetzlich (§135a SGB V) dazu verpflichtet, ein klinikinternes Qualitätsmanagement durchzuführen. Seit Januar 2005 sind die Krankenhäuser zudem aufgerufen, jährliche Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Zur Beurteilung der Qualität eines Krankenhauses im Ganzen wurde u. a. von der Bundesärztekammer (BÄK) zusammen mit dem Verband deutscher Angestelltenkrankenkassen (VdAK) das KTQ-Zertifizierungsverfahren (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) entwickelt. Dieser umfassende Katalog unterscheidet die einzelnen Qualitätsmerkmale in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität [2]. Ein Aspekt der Prozessqualität sind Fragen zur Regelung der postoperativen Schmerztherapie. Zur Verbesserung der postoperativen Schmerztherapie haben einige Kliniken und Klinikverbände sog. „geplante Handlungsabläufe“ entwickelt, wobei die Schmerztherapie integraler Bestandteil der postinterventionellen Patientenversorgung ist [12]. Dies geschah auch vor dem Hintergrund, dass der postinterventionelle/-operative Schmerz für den Pati-

enten ein bedeutendes Problem darstellt, hat dieser doch vor dem Schmerz oftmals mehr Angst als vor dem Eingriff selbst [15, 17]. Nationale Umfragen haben weiter gezeigt, dass die *behandelnden Ärzte* dem peri- und postoperativen Schmerz eine hohe Bedeutung beimessen [10]. Eine Folgeumfrage hat jedoch auch gezeigt, dass die Einführung nationaler Leitlinien nur geringfügig zur Verbesserung der peri- und postoperativen Schmerztherapie beigetragen hat [11].

Dabei legen Multicenterstudien eindrucksvoll dar, dass sich durch ein systematisches Qualitätsmanagement die Schmerztherapie in allen zu messenden Kriterien verbessert [3, 4, 14]. Nationale Anstrengungen zur Qualitätsverbesserung im Rahmen von *Benchmarkingprogrammen* sind bereits multizentrisch angelaufen. Diese orientieren sich primär an der Ergebnisqualität und fordern uns heraus, die Struktur- und Prozessqualität weiter zu optimieren [8]. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind eng miteinander verzahnt und beeinflussen sich gegenseitig.

Ziel dieser anonymisierten Umfrage war es, das Prozessqualitätskriterium

„postoperative Schmerztherapie“ aus Patientensicht zu evaluieren und zu klären, welche Bedeutung sie im Kontext mit anderen Klinikfaktoren bei einem chirurgischen Patienten vor und während eines Krankenhausaufenthalts hat.

Methoden

Im Rahmen einer prospektiven anonymisierten Patientenumfrage wurde bei stationären konsekutiven Patienten, die sich zu einem operativen Eingriff in einer chirurgischen Klinik vorstellten, verschiedene Parameter der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität erfasst. Bei der chirurgischen Klinik handelt es sich um eine Klinik der Maximalversorgung mit ca. 3000 Patienten/Jahr. Davon werden etwa 50% unfall-, 33% abdominal- und 17% gefäßchirurgisch behandelt. Es sollte der Stellenwert der postoperativen Schmerztherapie für den betroffenen Patienten analysiert werden. Die Klinik verfügt über einen Akutschmerzdienst (ASD) von Chirurgen und speziell ausgebildetem Pflegepersonal. Die Untersuchung wurde in Zusammenarbeit mit dem Qualitätsmanagement der Kliniken durchgeführt.

Tab. 1 Patientenfragebogen			
Alter (in Jahren) <input type="checkbox"/>	Geschlecht	m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>
Unterdisziplin	Allgemeinchirurgie <input type="checkbox"/>	Unfallchirurgie <input type="checkbox"/>	Gefäßchirurgie <input type="checkbox"/>
1. Wie oft waren Sie bisher im Krankenhaus? (ausgenommen jetziger Krankenhausaufenthalt)			
Gar nicht <input type="checkbox"/>	1- bis 5-mal <input type="checkbox"/>	6- bis 10-mal <input type="checkbox"/>	Mehr als 10-mal <input type="checkbox"/>
2. Was wäre für Sie bei der Möglichkeit der freien Krankenhauswahl wichtig? (bitte bilden Sie eine Rangliste und ordnen Sie Zahlen von 1–10 den Faktoren zu, 1 für den wichtigsten, 10 für den am wenigsten wichtigen Faktor!)			
Ärztliche Versorgung <input type="checkbox"/>	Pflegerische Versorgung <input type="checkbox"/>		
Moderne räumliche Ausstattung <input type="checkbox"/>	Qualität des Essens <input type="checkbox"/>		
Grünpflanzen/Gartenanlagen <input type="checkbox"/>	Gute Schmerztherapie <input type="checkbox"/>		
Gutes Betriebsklima auf den Stationen <input type="checkbox"/>	Ruf des Hauses <input type="checkbox"/>		
Qualität der apparativen Ausstattung <input type="checkbox"/>	Empfehlung anderer <input type="checkbox"/>		
3. Was ist Ihnen während Ihres Krankenhausaufenthaltes wichtig? (bitte bilden Sie eine Rangliste und ordnen Sie Zahlen von 1 bis 10 den Faktoren zu, 1 für den wichtigsten Faktor, 10 für den am wenigsten wichtigen Faktor!)			
Ärztliche Versorgung <input type="checkbox"/>	Pflegerische Versorgung <input type="checkbox"/>		
Moderne räumliche Ausstattung <input type="checkbox"/>	Qualität des Essens <input type="checkbox"/>		
Grünpflanzen/Gartenanlagen <input type="checkbox"/>	Gute Schmerztherapie <input type="checkbox"/>		
Gutes Betriebsklima auf den Stationen <input type="checkbox"/>	Ruf des Hauses <input type="checkbox"/>		
Qualität der apparativen Ausstattung <input type="checkbox"/>	Empfehlung anderer <input type="checkbox"/>		
4. Warum haben Sie diese Chirurgische Klinik gewählt? (Mehrfachnennungen möglich!)			
Schon bekannt <input type="checkbox"/>	Günstige Lage <input type="checkbox"/>		
Guter Ruf der ärztlichen Versorgung <input type="checkbox"/>	Guter Ruf der pflegerischen Versorgung <input type="checkbox"/>		
Gute Schmerztherapie <input type="checkbox"/>	Empfehlung anderer <input type="checkbox"/>		
Sonstiges <input type="checkbox"/>	Keine Wahlmöglichkeit (Einlieferung als Notfallpatient) <input type="checkbox"/>		
5. Welche Bedeutung hat für Sie Schmerz?			
Sehr große <input type="checkbox"/>	Große <input type="checkbox"/>	Mäßige <input type="checkbox"/>	Keine <input type="checkbox"/>
6. Wenn Sie in ein Krankenhaus gehen, um sich behandeln zu lassen, welche Bedeutung hat für Sie eine gute Schmerztherapie?			
Sehr große <input type="checkbox"/>	Große <input type="checkbox"/>	Mäßige <input type="checkbox"/>	Keine <input type="checkbox"/>
7. Wenn Sie wüssten, in einem Krankenhaus wäre die Schmerztherapie besonders gut, wäre dies zusätzlich ein Grund für Sie, in dieses Krankenhaus zu gehen?			
Unbedingt <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vielleicht <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
			Weiß nicht <input type="checkbox"/>
8. Bitte urteilen Sie über die Chirurgische Klinik!			
	Fand ich gut	Verbesserungswürdig	Nicht zu empfehlen
Ärztliche Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegerische Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Räumliche Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualität des Essens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grünpflanzen/ Gartenanlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebsklima auf den Stationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualität der apparativen Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Studiendesign

Der 1. Entwurf des Fragebogens wurde in der eigenen Klinik in einer Pilotphase an 20 Probanden auf Verständlichkeit, Eindeutigkeit und Zeitaufwand getestet. Das Ausfüllen des zweiseitigen Fragebogens erforderte durchschnittlich 6 min.

Die Patienten wurden bei stationärer Aufnahme in einem 5-minütigen Gespräch über Zweck und Nutzen dieser Umfrage durch eine nicht in den allgemeinen Stationsablauf einbezogene unabhängige Person („study nurse“) unterrichtet. Dabei wurden ihnen der Fragebogen und gleichzeitig die täglichen Schmerzmesungs- und -dokumentationsverfahren erklärt sowie die Struktur der klinikinternen postoperativen Schmerztherapie und Hilfestellungen bei klinischen oder Verständnisproblemen zugesichert. Im Rahmen dessen wurde auch das Patienteneinverständnis zur anonymisierten Datenerhebung und Studienteilnahme eingeholt. Die Patienten wurden darüber informiert, dass ihnen bei Nichtteilnahme an der Befragung keinerlei medizinische Nachteile erwachsen würden und die Studienteilnahme freiwillig sei. Ferner sollten sie unmittelbar vor ihrer Entlassung eine Frage im Retrospekt beantworten (Frage 8). Die Anonymität vor den behandelnden Berufsgruppen wurde zugesichert und dadurch gewährleistet, dass bei Entlassung der Fragebogen von der „study nurse“ eingesammelt wurde. War sie nicht anwesend (z. B. bei Entlassungen am Wochenende), stand den Patienten ein Antwortbriefkasten zur Verfügung, in den sie den Fragebogen einwerfen konnten.

Fragebogenzusammensetzung

Der anonymisierte Fragebogen (■ Tab. 1) umfasste allgemeine Angaben zur Person (Alter, Geschlecht), Fachdisziplin (Allgemein-, Unfall-, Gefäßchirurgie) und Häufigkeit der bisherigen stationären Klinikaufenthalte (Frage 1). Weiter wurden 7 geschlossene Fragen in leicht verständlicher Form mit Antwortvorgaben gestellt. Bei 2 Fragen (Nr. 2 und 3) sollten Rangfolgen aus Begriffen von Struktur- (z. B. Grünpflanzen, moderne räumliche Ausstattung), Prozess- (z. B. ärztliche, pflegerische Versorgung, Schmerztherapie) und

Ergebnisqualität (z. B. Ruf des Hauses, Empfehlung anderer) einer Klinik gebildet werden (Rang 1 für den wichtigsten, Rang 10 für den unwichtigsten Faktor).

Bei einer Frage (Nr. 4) waren Mehrfachnennungen möglich, dieses wurde den Patienten jeweils in dem mündlichen Einführungsgespräch erläutert. Hierdurch sollte eine Gewichtung möglich sein und eine umfassendere Datenanalyse durch die Untersucher erreicht werden. In einer letzten Frage (Nr. 8) sollten die Patienten an ihrem Entlassungstag die chirurgische Klinik unter den ihnen wichtigen Gesichtspunkten rückwirkend bewerten.

Patienten

Innerhalb eines Sechsmonatszeitraums (Juli bis Dezember) wurde konsekutiv allen Patienten, die sich einem operativen Eingriff unterziehen mussten, bei stationärer Aufnahme der anonymisierte Fragebogen ausgehändigt. Ausgeschlossen wurden:

- Patienten ohne vorheriges mündliches Einverständnis bei stationärer Aufnahme,
- polytraumatisierte Patienten,
- Mehrfachverletzte,
- Patienten mit sprachlichen (z. B. ausländische Patienten) oder mit kognitiven/inhaltlichen Verständnisschwierigkeiten (z. B. Alzheimerskrankung).

Auswertung

Die Auswertung des Fragebogens erfolgte primär deskriptiv. Prozentangaben hierzu beziehen sich auf die Gesamtzahl der zurückerhaltenen Fragebögen. Die Rangfolgen wurden durch die Mittelwerte der Ränge ermittelt. Unterschiede bei Häufigkeiten wurden mit Fishers Exact Test, bei Rangfolgen mit dem U-Test nach Mann-Whitney geprüft ($p < 0,05$). Die Auswertung erfolgte mit dem SPSS-Softwarepaket (Version 12.0, SPSS Inc., Chicago, Ill., USA).

Ergebnisse

Insgesamt konnten 161 Patienten befragt und ihre Antworten ausgewertet werden (Rücklaufquote 40,2%). 85 Männer (53%) und 76 Frauen (47%) mit einem Durch-

Schmerz 2006 · 20:327–333 DOI 10.1007/s00482-005-0451-6

© electronic version (html) Springer Medizin Verlag 2005

© print & online pdf Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes 2006

Published by Springer Medizin Verlag - all rights reserved

C. Simanski · R. Lefering · T. Paffrath · P. Riess · N. Yücel · M. Maegele · C. Thüsing
E. Neugebauer

Die Qualität der postoperativen Schmerztherapie beeinflusst die Krankenhauswahl. Ergebnisse einer anonymen Patientenumfrage

Zusammenfassung

Fragestellung. Welchen Stellenwert misst ein chirurgischer Patient der postoperativen Schmerztherapie in einer Klinik bei und hat dieser Einfluss auf seine Krankenhauswahl? **Methodik.** Prospektive anonymisierte Befragung durch eine unabhängige Person bei all-gemeinchirurgischen Patienten nach stationärer Aufnahme.

Ergebnisse. 161 Patienten wurden befragt. 90% der Patienten messen dem Schmerz und einer guten Schmerztherapie große Bedeutung bei, 3/4 der Patienten würden gezielt eine chirurgische Abteilung mit guter Schmerztherapie aufsuchen. Bei freier Krankenhauswahl rangiert der Faktor „ärztliche Versorgung“ als Selektionskriterium auf Rang 1, auf einer Skala von 1 (wichtig) bis 10 (unwichtig),

gefolgt von der „pflegerischen Versorgung“ (Rang 2,6) und einer „guten Schmerztherapie“ (Rang 3,6). Ältere Patienten (≥ 60 Jahre) sehen das Kriterium „Schmerztherapie“ signifikant häufiger als ausschlaggebenden Faktor an als jüngere.

Schlussfolgerungen. Postoperativem Schmerz wird durch die Patienten eine hohe Bedeutung beigemessen, denn Patienten ≥ 60 Jahre entscheiden sich signifikant häufiger für eine gute Schmerztherapie bei der Wahl ihres Krankenhauses.

Schlüsselwörter

Qualitätsmanagement · Postoperative Schmerztherapie · Patientenzufriedenheit · Prozessqualität

Postoperative pain relief is an important factor for the patients' selection of a clinic. Results of an anonymous survey

Abstract

Aim. The aim of the survey was to elucidate the significance of postoperative pain therapy for the patient and its influence on the choice of hospital.

Methods. This prospective, anonymous survey of consecutive patients in a general surgical clinic was performed by an independent study nurse.

Results. A total of 161 patients were included; 90% of the surgical patients considered "good pain therapy" as a highly important factor, and three of four patients would admit themselves more likely to a clinic well known for "good pain therapy." If the patients could choose their hospital, factors such as "medical care by the physicians" are most important

(rank 1; rank 1 most important, rank 10 most unimportant) followed by quality of "nursing care" (mean rank 2.6) and "good pain therapy" (mean rank 3.6). Older patients (≥ 60 years) preferred a hospital with known "good pain therapy" more often for surgical therapy than younger patients (< 60 years).

Conclusion. It can be concluded that postoperative pain relief is an important factor for the patients' selection of a clinic and is influenced by an age of ≥ 60 years.

Keywords

Total quality management · Postoperative pain therapy · Patient's satisfaction · Quality of processes

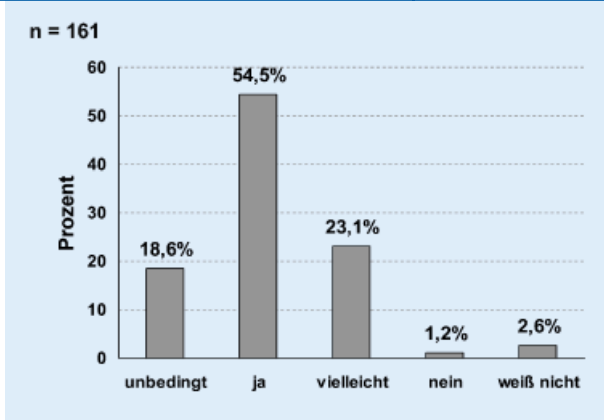


Abb. 1 ◀ Krankenhauswahl: „Wenn Sie wüssten, in einem Krankenhaus wäre die Schmerztherapie besonders gut, wäre dies zusätzlich ein Grund für Sie, in dieses Krankenhaus zu gehen?“

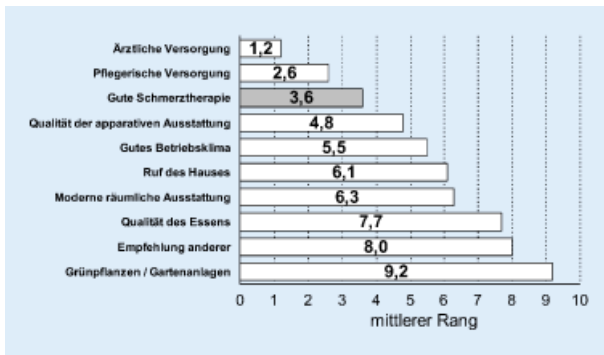


Abb. 2 ◀ Relevante Kriterien der Krankenhauswahl: „Was wäre für Sie bei der Möglichkeit der freien Krankenhauswahl wichtig?“ („Bitte ordnen Sie Zahlen von 1–10 zu, 1 für den wichtigsten, 10 für den am wenigsten wichtigen Grund“)

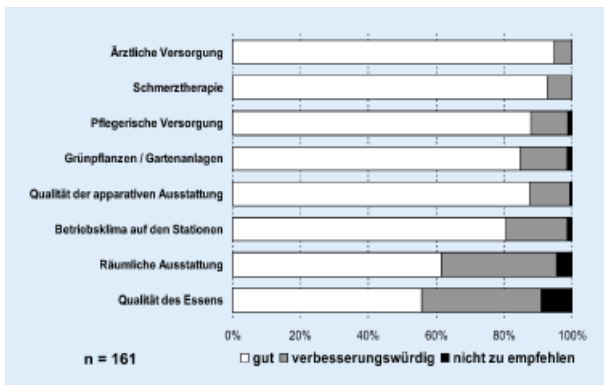


Abb. 3 ◀ Retrospektive Klinikbeurteilung: „Bitte urteilen Sie über die chirurgische Klinik!“

Patientengewichtung von Qualitätsmerkmalen einer Klinik

Während des stationären Aufenthalts in einer Chirurgischen Klinik sind dem Patienten Prozessqualitätsmerkmale wie die „ärztliche“ (mittlerer Rang 1,1) und „pflegerische Versorgung“ (2,5) am wichtigsten. Gleich dahinter rangiert der Wunsch nach einer „guten Schmerztherapie“ (3,6). Faktoren der Strukturqualität wie z. B. schöne „Grünanlagen“ in der Klinikumgebung (9,4), gutes „Essen“ (7,7), eine „moderne räumliche Ausstattung“ (6,4) oder Aspekte der Ergebnisqualität wie z. B. „Empfehlungen anderer“ (8,1) spielen zunächst für den Patienten eine untergeordnete Rolle (Frage 3). Die gleiche Rangverteilung mit Favorisierung der Faktoren für Prozessqualität ergibt sich bei der Frage, was dem Patienten in einer chirurgischen Klinik bei der *Möglichkeit der freien Krankenhauswahl* am wichtigsten ist (■ **Abb. 2**).

Klinikselektion

Bei der Frage, warum die Patienten gerade diese Klinik für einen operativen Eingriff ausgewählt haben (Frage 4), zeigt sich, dass ein „guter Ruf der ärztlichen Versorgung“ (60%), neben „regionalen Gesichtspunkten“ (36%), ausschlaggebend ist. Ein „guter Ruf in der Schmerztherapie“ (24%) ist ebenso mitentscheidend wie das öffentliche Ansehen in der „pflegerischen Versorgung“ (25%, Mehrfachnennungen möglich). 17% der Patienten hatten keine Wahlmöglichkeit, da sie als medizinischer Notfallpatient mittels Rettungswagen in das regional zuständige Krankenhaus eingewiesen wurden.

Abhängigkeit vom Patientenalter

Für 35% der älteren Patienten (≥60 Jahre) ist eine „gute Schmerztherapie“ ein Selektionskriterium für den Aufenthalt in einer Klinik. Sie unterscheiden sich dabei deutlich in der Häufigkeit der Nennungen gegenüber den jüngeren Patienten (19%; $p=0,043$; Frage 6).

Dies wird insbesondere auch bei älteren Patienten (≥60 Jahre) durch die Frage 7 bestätigt, ob eine „gute Schmerztherapie“ ein wichtiger Grund für eine bestimmte Krankenhauswahl wäre (Antworten „ja“

schnittsalter von 47,4 Jahren (Bereich 16–91 Jahre) antworteten. 80 Patienten wurden allgemein-, 56 unfall- und 25 gefäßchirurgisch behandelt. Die häufigsten Gründe für den Ausschluss der Fragebogendaten aus der Gesamtdatenmenge waren ein unvollständig ausgefüllter Fragebogen und die Verweigerung des Patienteneinverständnisses im Nachhinein. In der Allgemeinchirurgie waren 26 Patienten 60 Jahre und älter (32,5%), in der Unfallchirurgie waren es 16 (28,6%) und in der Gefäßchirurgie 15 (60%).

Bedeutung für den Patienten

Für nahezu 90% der Befragten besitzt der *postoperative Schmerz* eine große (49,7%) bis sehr große (40,1%) Bedeutung (Frage 5), unabhängig von der chirurgischen Teildisziplin (Allgemein- 86,5%, Unfall- 92,7% und Gefäßchirurgie 94,5%). Für nahezu alle Patienten (95%) ist eine *gute Schmerztherapie* von großer (58,6%) bzw. sehr großer (36,6%) Bedeutung (Frage 6). Nahezu 3/4 der Befragten (73,1%) würden sich speziell in ein Krankenhaus mit ausgewiesener guter Schmerztherapie zur Operation einweisen lassen (Frage 7; ■ **Abb. 1**). Dabei zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

oder „unbedingt“). 85% der älteren Patienten erklärten, eine „gute Schmerztherapie“ sei ein wichtiges Selektionskriterium, gegenüber nur 68% bei den jüngeren Patienten ($p=0,030$).

Abhängigkeit von vorherigen Krankenhausaufenthalten

In der Gruppe der Patienten, die bereits mehr als 5 Krankenhausaufenthalte hinter sich haben ($n=29$), benennen nahezu doppelt so viele Patienten (38%) eine „gute Schmerztherapie“ als Selektionskriterium, verglichen mit den Patienten, die weniger Klinikaufenthalte aufweisen (20%), der Unterschied ist jedoch nicht signifikant ($p=0,055$). Dieses zeigt sich auch im Vergleich beider Gruppen bzgl. der Frage 6, wie viele Patienten einer „guten Schmerztherapie“ eine *sehr große Bedeutung* beimessen. Jeder 2. mit mehr als 5 Krankenhausaufenthalten (50%) bewertet dieses so, während es in der anderen Patientengruppe mit weniger Aufenthalten nur jeder 3. ist (34%; $p=0,17$).

Abschließend Klinikbeurteilung

Die abschließende Beurteilung durch die Patienten bei Entlassung zeigt, dass nahezu 92% die ärztliche, 88% die schmerztherapeutische noch vor der pflegerischen Versorgung (86%) als „gut“ einstufen (■ **Abb. 3**). Stark verbesserungswürdig empfinden die Patienten hingegen Faktoren der Strukturqualität wie z. B. „die räumliche Ausstattung“ der Krankenzimmer und die „Qualität des Essens“ (Frage 8).

Diskussion

Die vorliegende Umfrage sollte einerseits eine Bewertung von Faktoren der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität durch den Patienten erlauben, andererseits auch gezielt den Stellenwert der postoperativen Schmerztherapie in einer Klinik der Maximalversorgung bei operierten Patienten evaluieren. Nachdem in einer früheren Umfrage das ärztliche Personal der post-

operativen Schmerztherapie eine hohe Bedeutung beigemessen hatte [10], wurde diese nun auch aus der Sicht der Patienten bestätigt.

Patientenbefragungen im Qualitätsmanagement

Bei der Bildung einer Rangfolge der Wichtigkeit unter den oben genannten Klinikfaktoren zeigte sich, dass die Patienten den Prozessqualitätsmerkmalen „ärztliche, pflegerische Versorgung“ und einer „guten Schmerztherapie“ die höchste Priorität bei der Bewertung von Qualitätsmerkmalen einer Klinik beimessen. Der Großteil der Patienten kommt in der Regel elektiv ins Krankenhaus, um gute medizinische Behandlung zu erfahren, die äußeren Umgebungsbedingungen (schöne Krankenzimmer, Grünanlagen, gutes Essen) sind eher Nebenerwartungen und den Patienten nicht so wichtig, wenngleich sie diese „Mängel“ sehr wohl feststellen [13]. Dabei wird exakt diskrimi-

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

niert, denn es werden Strukturqualitätsmerkmale wie beispielsweise „verbesserungswürdiges Essen“ und „schlechte räumliche Ausstattung (z. B. keine Zimmerfernseher, Nasszellen auf dem Stationsflur) sehr wohl wahrgenommen. Bei der Rangfolgenbildung der einzelnen Kriterien wird diesen Aspekten jedoch nur eine untergeordnete Rolle beigemessen (mittlerer Rang 7 und 8).

Diese Umfrage konnte auch zeigen, dass der Qualität einer Schmerztherapie seitens der Patienten ein signifikant höherer Stellenwert beigemessen wird und diese mitbestimmendes Prozessqualitätsmerkmal ist, je älter der Patient ist. Ein ähnlicher, jedoch nicht signifikanter Trend lässt sich auch bei denjenigen Patienten beobachten, die häufiger in einer Klinik waren.

Weitere Studien zeigen, dass Patientenbefragungen langfristig als unentbehrliches und regelmäßig einzusetzendes Instrument des Qualitätsmanagements etabliert werden sollten [7, 16]. Die Ergebnisse dieser Umfrage konnten so seitens des klinikinternen Qualitätsmanagements als unterstützende Argumente für eine Veränderung im Klinikküchenbetrieb (Einführen eines Cateringsystems) und weitreichende Umbaumaßnahmen (z. B. Installation von Zimmerfernsehern) verwendet werden.

Um jedoch systematische Befragungsfehler zu vermeiden, sollten diese von nicht in die Patiententherapie involvierten und auch nach außen hin unabhängigen Personen (z. B. sog. „study nurses“) durchgeführt werden [9].

Schmerztherapie als Faktor der Patientenzufriedenheit

Im Rahmen der zunehmenden Bedeutung des Qualitätsmanagements in einer Klinik und den ökonomischen Aspekten im Gesundheitssystem kommt ferner der Patientenzufriedenheit eine besondere Rolle zu [6]. So schwierig sich die Messung und eindeutige Quantifizierung gestalten, so subjektiv und multifaktoriell sie seitens der Patienten auch entschieden wird, so wichtig ist sie für das Renommee und das wirtschaftliche Bestehen einer Klinik. Dabei muss eine hohe Patientenzufriedenheit nicht zwangsläufig mit einer geringen

Schmerzintensität korrelieren [5]. Dennoch spiegelt sich eine hohe Patientenzufriedenheit in jedem einzeln abgefragten Faktor von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wieder [1]. Unsere Daten zeigen im direkten Vergleich eine eindeutige Bevorzugung von Prozessqualitätsmerkmalen seitens der Patienten, dennoch sind Ergebnisqualitätsmerkmale mitentscheidend. 60% unserer Patienten gaben bei Mehrfachnennung den „guten Ruf“ als Entscheidungskriterium für einen stationären Aufenthalt in unserer Klinik an. Schlechte Strukturqualitätsfaktoren wie z. B. Verbesserungen beim „Essen“ und bei der „räumlichen Ausstattung“ werden erkannt (Frage 8), jedoch im direkten Vergleich geringer bewertet.

Trotzdem ist ohne festgelegte Struktur eine gute Prozessqualität nicht möglich, diese wirkt sich in der Folge natürlich auf die Ergebnisqualität aus und macht daher ein umfassendes Qualitätsmanagement im Sinne von Prozessoptimierungen notwendig [1]. Eine gute Schmerztherapie ist integraler Bestandteil einer guten ärztlichen und pflegerischen Versorgung und damit Prozessqualität. Folgen sind eine verbesserte Patientenversorgung, höhere Patientenzufriedenheit und letztlich ein „guter Ruf“ der Klinik. Einige private Klinikverbände haben reagiert und daraufhin sog. „Patientenpfade“ entwickelt, die die postoperative Schmerztherapie als wesentlichen Bestandteil (beispielsweise nach Hüftgelenkersatz) der postinterventionellen Versorgung miteinbeziehen [12]. Andere bilden sog. „Qualitätszirkel postoperative Schmerztherapie“, in denen die Struktur festgelegt wird, nach der die Schmerztherapie erfolgen sollte, um wiederum die Prozessqualität zu verbessern.

Diese Umfrage bestätigt, dass unsere Patienten Prioritäten bei Prozessqualitätsmerkmalen setzen, Strukturqualitätsmängel kritisch bewerten, jedoch nicht als ausschlaggebendes Kriterium für die Krankenhauswahl mit heran ziehen. Trotzdem müssen diese Ergebnisse differenziert interpretiert werden, war unser Fragebogen bewusst auf den postoperativen Schmerz und die Schmerztherapie fokussiert. Andere den Patienten belastende Faktoren (z. B. postoperative Übelkeit, Erbrechen, Angst vor Drainagenentfernung etc....)

wurden nicht beurteilt, obwohl sie den Patienten ähnlich negativ beeinflussen können [15].

Durch die gesetzlichen Vorgaben, die Veränderungen im Gesundheitssystem und die dadurch bedingte öffentliche Diskussion wird der postoperativen Schmerztherapie ein immer höherer Stellenwert eingeräumt. Dadurch wird der zukünftige Ruf einer Klinik neben den operativen Leistungen mitbestimmt und das Bestehen einer Klinik „am Markt“ gesichert. Gerade die operativen Fachdisziplinen sind aufgefordert, diesen Grunderwartungen der Patienten auch auf diesem Kliniksektor während eines stationären Aufenthalts Rechnung zu tragen.

Fazit für die Praxis

Patienten einer chirurgischen Klinik sind kritisch und anspruchsvoll bei der Beurteilung der Versorgungsqualität und wählen inzwischen ihre Klinik auch nach der Qualität der Schmerztherapie aus. Es ist zu erwarten, dass sich dieses in Zukunft noch verstärken wird, da das „Schmerzbewusstsein“ in der Bevölkerung steigt und immer deutlicher wird, dass Schmerzen im Krankenhaus mit negativen Konsequenzen (Mobilitätsminderung, Akutschmerzchronifizierung) verbunden sein können. Der Nachweis einer guten Schmerztherapie kann in Zukunft neben anderen Faktoren einen echten Wettbewerbsvorteil darstellen. Die Therapie des postoperativen Schmerzes hat dabei einen mitentscheidenden Einfluss auf den Ausgang dieser Beurteilung.

Korrespondierender Autor

Dr. C. Simanski

Unfallchirurgische Klinik, Lehrstuhl für Unfallchirurgie/Orthopädie Universität Witten-Herdecke
Ostmerheimer Straße 200,
51109 Köln-Merheim
Christian.Simanski@uni-koeln.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen.

Literatur

1. Blum K (1998) Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen. Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit und Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Juventa, Weinheim
2. Donabedian A (2002) An introduction to quality assurance in health care. Oxford University Press, New York, pp 23–41
3. Gold JA, Dahl JL, Tavis DR (1996) Word from WIPRO. Hospitals take steps to improve pain management. Wis Med J 95:183–185
4. Gordon DB, Pellino TA, Miaskowski C, McNeill JA, Paice JA, Laferriere D, Bookbinder M (2002) A ten year review of quality improvement monitoring in pain management and recommendations for standardized measures. Pain Manage Nurs 3(4):116–130
5. Gottschalk A, Freitag M, Liehr K, Domke A, Schuster M, Standl T (2004) Korreliert die Patientenzufriedenheit mit dem Schmerzniveau bei der Anwendung von patientenkontrollierter Epiduralanalgesie? Evaluation der Daten eines postoperativen Schmerzdienstes. Schmerz 18(2):145–150
6. Jamison RN, Ross MJ, Hoopman P, Griffin F, Levy J, Daly M, Schaffer JL (1997) Assessment of postoperative pain management: patient satisfaction and perceived helpfulness. Clin J Pain 13:229–236
7. Klotz T, Zumbé R, Velmans R, Engelmann U (1996) Die Bestimmung der Patientenzufriedenheit als Teil des Qualitätsmanagements im Krankenhaus. Dtsch Med Wochenschr 121:889–895
8. Meissner W, Ullrich K, Zwacka S, Schreiber T, Reinhard K (2001) Qualitätsmanagement am Beispiel der postoperativen Schmerztherapie. Anästhesist 50(9):661–670
9. Miaskowski C, Nichols R, Brody R, Synold T (1994) Assessment of patient satisfaction utilizing the APS's quality assurance standards on acute and cancer-related pain. J Pain Symptom Manage 9:5–11
10. Neugebauer E, Hempel K, Sauerland S, Lempa M, Koch G und die „AG Schmerz“ (1998) Situation der perioperativen Schmerztherapie in Deutschland. Chirurg (69):461–466
11. Neugebauer E, Sauerland S, Keck V, Simanski C, Witte J (2003) Leitlinien Akutschmerztherapie und ihre Umsetzung in der Chirurgie. Eine deutschlandweite Umfrage. Chirurg 74:235–238
12. Sana Kliniken (2004) Patientenpfade in Behandlungszielen und Teilzielen
13. Selbmann HK (1995) Was ist „Qualitätsmanagement“? Chirurg 66(7):647–651
14. Tavis DR, Dahl JL, Gordon D, Kloepfel E, Williams N, Martin P, Gold JA (1999) Evaluation of a local cooperative project to improve postoperative pain management in Wisconsin hospitals. Qual Manag Health Care 7(2):20–27
15. Troidl H, Angelini L, Klimek D, Finken U (1993) Zur Situation der postoperativen Schmerzbehandlung aus operativer Sicht. Anästhesiol Intensivmed 34:269–276
16. Trojan A, Nickel S, Schneiders-Kastning P (1997) Qualitätsbeurteilung aus Patientensicht. Exemplarische Ergebnisse aus dem europäischen WHO-Projekt „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser“. Gesundheitswesen 59:720–725
17. Warfield CA, Kahn SH (1995) Acute pain management programs in U.S. hospitals and experiences and attitudes among U.S. adults. Anesthesiology 83(5):1090–1094

Neue Berufsperspektiven im Gesundheitswesen

Das Kontaktstudium Gesundheitsmanagement bietet Qualifizierung im Healthcare Management und Masterabschluss an der Universität Heidelberg

Sinkende finanzielle Mittel bei gleichzeitig steigendem Bedarf in der medizinischen Versorgung erzeugen einen zunehmenden Kostendruck in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Neben medizinischem Wissen sind deshalb Managementkenntnisse im Healthcare-Bereich sehr gefragt und eröffnen neue Berufsperspektiven.

Die Universität Heidelberg – Akademie für Wissenschaftliche Weiterbildung bietet Ärztinnen und Ärzten sowie Akademikern im Gesundheitswesen mit dem „Kontaktstudium Gesundheitsmanagement“ eine fundierte Weiterbildung an. Das Programm im Überblick:

- 1 Jahr berufsbegleitender Unterricht mit 600 Unterrichtsstunden bestehend aus den drei großen Unterrichtsblöcken Betriebswirtschaftslehre, Volkswirtschaftslehre und Rechtswissenschaft sowie einem Managementseminar mit Fallstudien und einem Krankenhausplanspiel. Alle Disziplinen sind auf die spezifischen wirtschaftlichen und rechtlichen Anforderungen im Gesundheitswesen zugeschnitten.
- Studienleitung: Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Peter Eichhorn (Universität Mannheim, Lehrstuhl für Allgemeine BWL, Public und Nonprofit Management, Forschungsbereich Healthcare Management) und Prof. Dr. med. Uwe Bleyl (Rektoratsbeauftragter für den Kontaktstudiengang Gesundheitsmanagement an der Universität Heidelberg).
- Unterricht durch Dozenten der Universitäten Heidelberg und Mannheim, Referenten aus Universitätskliniken, Vertreter ärztlicher Organisationen sowie Praktiker aus der Unternehmensberatung.
- Zertifikat der Universität Heidelberg und bis zu 400 Fortbildungspunkte der Ärztekammer, Abschluss zum „Master of Science in Healthcare Management“ im Anschluss an das Kontaktstudium möglich.

Die Weiterbildung beginnt am 4. Oktober 2006 und eignet sich hervorragend zur Per-

sonalentwicklung und zur Qualifizierung von Führungskräften.

Weitere Informationen:

Universität Heidelberg – Akademie für Wissenschaftliche Weiterbildung,
 Petra Nellen, Bergheimer Str. 58, Geb. 43 11,
 69115 Heidelberg
 Tel.: 06221/54-78 18
 Fax: 06221/54-78 19
 E-Mail: afw@uni-hd.de
 Internet: www.akademie-fuer-weiterbildung.de

Quelle:

Akademie für Wissenschaftliche Weiterbildung, Universität Heidelberg