

Schmerz 2012 · 26:168–175
DOI 10.1007/s00482-011-1142-0

© Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes. Published by Springer-Verlag - all rights reserved 2012

H.R. Casser¹ · M. Hüppe² · T. Kohlmann³ · J. Korb¹ · G. Lindena⁴ · C. Maier⁵ · B. Nagel¹ · M. Pfungsten⁶ · R. Thoma⁷

¹ Schmerztagesklinik, DRK Schmerz-Zentrum Mainz

² Universitäre Schmerzzambulanz Lübeck

³ Institut für Community Medicine, Greifswald

⁴ CLARA-Institut, Kleinmachnow

⁵ Schmerzzentrum Bochum

⁶ Schmerzklinik Göttingen

⁷ Schmerzzentrum München

Deutscher Schmerzfragebogen (DSF) und standardisierte Dokumentation mit KEDOQ-Schmerz

Auf dem Weg zur gemeinsamen Qualitätsentwicklung der Schmerztherapie

Ausgehend von 90 schmerztherapeutisch erfahrenen Ärzten im Jahr 1985 [21] über 85 schmerztherapeutisch spezialisierte Praxen, 80 Ambulanzen an Kliniken und 14 Schmerzzentren im Jahr 1994 [20] bis hin zu 579 Angeboten an Kliniken 2002 [9] und 526 Praxen 2006 [7] hat sich die spezialisierte Schmerztherapie für Patienten mit chronischen Schmerzen in Deutschland bis heute trotz widriger Umstände beachtlich entwickelt.

Parallel zu dieser Entwicklung verlief die Diskussion über notwendige Dokumentationsinstrumente, die Schaffung einer Datengrundlage für den fachbezogenen Austausch und eine praxisbezogene Qualitätssicherung (QS) für spezialisierte schmerztherapeutische Einrichtungen. Diesen Prozess „überspannt“ der Deutsche Schmerzfragebogen, der vor mehr als 30 Jahren erstmals als Mainzer Schmerzfragebogen zusammengestellt wurde. Er wurde insbesondere zusammen mit der Göttinger Arbeitsgruppe [14] stetig weiterentwickelt bis zu seiner jüngsten Validierung im Jahr 2006 [15].

Die Deutsche Schmerzgesellschaft (ehemals DGSS) startet nun die Kerndokumentation und Qualitätssicherung KEDOQ-Schmerz und lädt alle schmerztherapeutischen Einrichtungen zur Zusammenarbeit ein. Ziel ist die Erstellung eines

umfassenden Datensatzes aus patientenbezogenen Merkmalen sowie diagnose- und therapie relevanten Daten mit dem Ziel einer spezifischen externen QS für die spezialisierte Schmerztherapie und der Möglichkeit, überregionale und sektorenübergreifende Auswertungen vornehmen zu können. Zur Steuerung dieses großen Projekts hat die Deutsche Schmerzgesellschaft eine anwendungs- und wissenschaftserfahrene Arbeitsgruppe als Beirat zusammengerufen.

In dieser Publikation sollen das Konzept von KEDOQ-Schmerz und dessen Stellenwert in der QS in der Schmerztherapie beschrieben werden. Dabei soll auch auf die Vorteile für die teilnehmenden Einrichtungen eingegangen werden, insbesondere auf die Möglichkeit eines Benchmarkings mit vergleichbaren Einrichtungen.

Methoden

Die Basis von KEDOQ-Schmerz ist die Einigung auf einen Kerndatensatz. Zur Beschreibung der Ausgangssituation umfasst er zu Behandlungsbeginn folgende wesentlichen Parameter:

- Angaben aus dem Deutschen Schmerzfragebogen (DSF);

- das Schmerzchronifizierungsstadium [Mainz Pain Staging System (MPSS)];
- die Hauptschmerzlokalisierung(en);
- die somatischen und psychologischen bzw. psychiatrischen Diagnosen;
- die medikamentöse wie auch anderweitige Behandlung vor der speziellen Schmerztherapie.

Im Behandlungsverlauf werden die durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen dokumentiert.

Infobox 1 Qualitätssicherungsbeirat

- Prof. Dr. R. Casser, Orthopäde und Rheumatologe, DRK Schmerz-Zentrum Mainz
- Prof. Dr. M. Hüppe, Psychologe, Universitäre Schmerzzambulanz Lübeck
- Prof. Dr. T. Kohlmann Soziologe und Epidemiologe, Institut für Community Medicine Greifswald
- Dr. J. Korb, Psychologe, DRK Schmerz-Zentrum Mainz, Tagesklinik
- Prof. Dr. C. Maier, Anästhesist, Universitäres Schmerzzentrum, Bochum
- Dr. B. Nagel, Anästhesist, DRK Schmerz-Zentrum Mainz, Tagesklinik
- Prof. Dr. M. Pfungsten, Psychologe, Universitäres Schmerzzentrum Göttingen
- Dr. R. Thoma, Anästhesist, Algesiologikum München, Schmerzzentrum

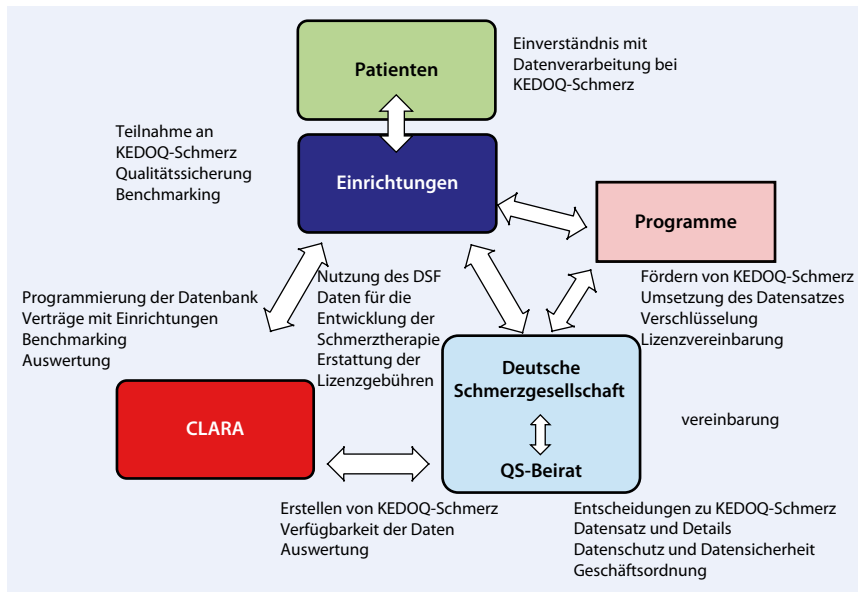


Abb. 1 ▲ Interaktionen zwischen den Akteuren bei KEDOQ-Schmerz. *KEDOQ-Schmerz* Kerndokumentation und Qualitätssicherung in der Schmerztherapie; *DSF* Deutscher Schmerzfragebogen; *CLARA* Clinical Analysis, Research and Application; *QS* Qualitätssicherung

Zudem werden Veränderungen relevanter Schmerzparameter, der psychosozialen Situation sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität anhand eines Verlaufsfragebogens erfasst.

Um vergleichbare Daten aus unterschiedlichen Einrichtungen erhalten zu können, wurden verbindliche Zeitfenster für die Evaluation definiert: bei ambulanter Behandlung 3 bis 6 Monate nach Beginn der Diagnostik und Therapie, bei stationären und teilstationären Patienten am Ende ihrer Behandlung sowie 3 bis 6 Monate später zur Kontrolle der Therapieeffekte und ihrer Nachhaltigkeit. Relevante Qualitätsindikatoren werden derzeit vom QS-Beirat erarbeitet.

Anamnestische und Therapieverlaufskriterien

Der von den Patienten vor Therapiebeginn ausgefüllte Schmerzfragebogen (DSF) bildet in jeder schmerztherapeutischen Einrichtung die Grundlage für Diagnostik und Therapie. Er enthält standardisierte Fragen zur Schmerzbeschreibung (Auftreten, Häufigkeit und Intensität), deren Auswirkungen auf das Alltagsleben sowie zu psychologischen (Depressivität, Angst und Lebensqualität) und sozialen Aspekten (Status, Bildung, Arbeit, Familienleben). Ein nach regelmäßigen Zeitab-

ständen (s. oben) eingesetzter Verlaufsfragebogen nimmt die Veränderungen während und nach der Therapie auf.

Kerndatensatz als Variablenliste

Aus dem Kerndatensatz wurde eine Variablenliste für einen Austauschdatensatz erstellt. Auf dieser Basis können unterschiedliche Softwareanbieter, die sich an diesem Projekt beteiligen wollen, Erfassungsprogramme erstellen und den potenziellen Nutzern kompetitiv zur Verfügung stellen. Hierzu besteht eine vertragliche Vereinbarung bezüglich des Copyrights mit der Deutschen Schmerzgesellschaft. Der definierte Kerndatensatz muss in den Programmen, die von ihrem Umfang und den sich bietenden Möglichkeiten ganz unterschiedlich aufgestellt sein können, immer identisch und extrahierbar sein. Bei einer Teilnahme an KEDOQ-Schmerz werden nur der Kerndatensatz sowie Identifizierungsmerkmale der betreffenden Einrichtung erfasst.

Organisation und Finanzierung

KEDOQ-Schmerz ist eine Initiative der Deutschen Schmerzgesellschaft. Diese steuert den Prozess mithilfe des Beirats (■ **Infobox 1**), tritt in Vorleistung

für die umfangreichen Vorbereitungsarbeiten, Auswertungen und Berichte, schließt Verträge mit den Programmanbietern und fördert die technische Umsetzung. Um einen Anreiz zur Teilnahme zu geben, wird teilnehmenden Institutionen der Kostenbeitrag für die Nutzung des DSF erlassen. Die Teilnehmer übernehmen dann ausschließlich die laufenden Kosten der Datenhaltung und -pflege, die je nach Größe der Einrichtung 300–600 EUR pro Jahr betragen. Kleine Einrichtungen erhalten einen Nachlass.

Für die Organisation der Datensammlung zeichnet nach einer Ausschreibung das Versorgungsforschungsinstitut CLARA Clinical Analysis, Research and Application verantwortlich (Leitung: Frau Dr. G. Lindena). CLARA handelt im Vertragsverhältnis mit den teilnehmenden Einrichtungen und im Auftrag der Deutschen Schmerzgesellschaft.

■ **Abb. 1** zeigt die Beziehungen zwischen den an KEDOQ-Schmerz beteiligten Akteuren.

Aktueller Stand

Ende 2008 wurde der Kerndatensatz fertiggestellt, im Sommer 2009 wurde CLARA mit der Entwicklung des Projektablaufs beauftragt, Mitglieder aus der Deutschen Schmerzgesellschaft wurden zur Teilnahme an der KEDOQ-Schmerz-Kommission eingeladen. Auf dem Schmerzkongress 2009 in Berlin hatten bereits einige Anwender von primären Datenerfassungsprogrammen in einem Symposium einen Überblick über ihre Erfahrungen gegeben. Anfang 2010 wurden potenzielle Softwareanbieter von der Deutschen Schmerzgesellschaft eingeladen, den Kerndatensatz in ihre Programme aufzunehmen und Schnittstellen zur Datenweitergabe zu programmieren. Bei Interesse erhielten die Anbieter einen Vertrag, der die Zusammenarbeit mit KEDOQ-Schmerz und die Rechte am DSF regelt. Inzwischen haben mehrere Anbieter einen entsprechenden Vertrag unterschrieben, weitere sind in Vorbereitung. Die bis dato verfügbaren Programme inkl. der kooperierenden Anbieter sind in ■ **Tab. 1** aufgeführt; sie werden jeweils auf der Homepage der Deutschen

Schmerzgesellschaft (www.dgss.org) aktualisiert.

In Abstimmung mit dem Beirat der Deutschen Schmerzgesellschaft hat CLARA eine KEDOQ-Schmerz-Webseite (www.kedoqs.de) programmiert, die Anmelde-routine darauf eingerichtet und einen Vertrag für interessierte schmerztherapeutische Einrichtungen zur Teilnahme sowie die Datenübermittlung vorbereitet. Die Datenübermittlung geschieht über ein gesichertes Importprofil, das die Programmanbieter zur Nutzung vorbereiten. Dadurch kann jede Einrichtung das passende Importprofil auswählen und den Hochladeprozess zeitlich selbst steuern.

Voraussetzungen für die Teilnahme und Ablauf des KEDOQ-Schmerz-Prozesses

Aus Sicht einer schmerztherapeutischen Einrichtung sind zur Teilnahme an KEDOQ-Schmerz folgende Voraussetzungen und Entscheidungsschritte erforderlich:

- Nutzung des aktuellen DSF für Anamnese und Verlauf (Lizenzen hierfür müssen bei der Geschäftsstelle der Deutschen Schmerzgesellschaft bestellt werden)
- Entscheidung für KEDOQ-Schmerz
- Auswahl des gewünschten Programmanbieters und Installation eines geeigneten Datenerfassungsprogramms für den Kerndatensatz mit Fragebogen- und Therapiedaten (■ Tab. 1)
- Anmeldung der Einrichtung auf der KEDOQ-Schmerz-Webseite
- Abschluss eines Vertrages mit CLARA
- Erfassung der Patientendaten (Einverständnis der Patienten mit der Datenübermittlung an KEDOQ-Schmerz erforderlich; Formular wird von der Deutschen Schmerzgesellschaft zur Verfügung gestellt)
- Daten müssen in selbst gewählten zeitlichen Abständen online an CLARA übermittelt werden (keine Auswahl an Daten erforderlich; vorzugsweise monatlich).
- Abruf der unmittelbaren Datenauswertungen, die einen Vergleich mit

Schmerz 2012 · 26:168–175 DOI 10.1007/s00482-011-1142-0
 © Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes.
 Published by Springer-Verlag - all rights reserved 2012

H.R. Casser · M. Hüppe · T. Kohlmann · J. Korb · G. Lindena · C. Maier · B. Nagel · M. Pfungsten · R. Thoma

Deutscher Schmerzfragebogen (DSF) und standardisierte Dokumentation mit KEDOQ-Schmerz. Auf dem Weg zur gemeinsamen Qualitätsentwicklung der Schmerztherapie

Zusammenfassung

KEDOQ-Schmerz ist eine von der Deutschen Schmerzgesellschaft entwickelte Kerndokumentation zur Qualitätssicherung in der Behandlung des chronischen Schmerzes. Sie stellt eine Datenbasis für überregionale, sektoren- und einrichtungsübergreifende und unabhängige Auswertungen zur Versorgungsforschung dar. Die einzelne Schmerztherapieeinrichtung ist somit in der Lage, mit vergleichsweise geringem Aufwand eine eigene Qualitätssicherung und Benchmar-

king durchzuführen. In Zukunft wird diese auch als externe Qualitätssicherung eingesetzt und die Voraussetzung für eine Existenzsicherung der eigenen Einrichtung, aber auch der gesamten spezialisierten Schmerztherapie in Deutschland darstellen.

Schlüsselwörter

Kerndokumentation · Qualitätssicherung · Versorgungsforschung · Schmerzmessung · Schmerztherapie

German pain questionnaire and standardised documentation with the KEDOQ-Schmerz. A way for quality management in pain therapy

Abstract

KEDOQ-Schmerz was developed by the German Pain Society (formerly DGSS) as a basic tool for documentation and quality management of pain therapy. It is planned to use KEDOQ-Schmerz as the data basis for nationwide, cross-sectional and independent scientific research in health services in Germany. With comparatively little effort, each participating institution (practices, pain clinics) will be able to provide quality control of their

own diagnostic procedures and therapeutic effects by using benchmarking. In future KEDOQ-Schmerz will also be used as a method for external quality management in pain therapy in Germany.

Keywords

Basic documentation system · Quality control · Health services research · Pain measurement · Pain management

- anderen Einrichtungen erlauben (Benchmarking, s. unten)
- Die Anzahl der übermittelten KEDOQ-Schmerz-Datensätze wird gegen die Lizenzgebühren des DSF gegengerechnet.

Datenfluss und Datenschutz

Zur Datenübermittlung an CLARA ist ein zusätzliches Einverständnis der Patienten erforderlich; hierzu wird ein Formular von der Deutschen Schmerzgesellschaft zur Verfügung gestellt. Angaben, mit denen eine Person potenziell identifiziert werden kann, werden verschlüsselt als Hash-Wert angegeben, sodass sie nicht entschlüsselt werden können. Alle Dokumente zu einem Patienten erhalten aber

denselben Code. Die Einrichtungen selbst erhalten einen Schlüsselcode, der für die Einsicht in die eigenen Daten und das Benchmarking notwendig ist. Den teilnehmenden Einrichtungen stehen anonyme Daten ohne Bezug zur Datenquelle als Vergleichswerte zur Verfügung. Alle anonymen Daten können für Projekte genutzt werden, wenn ein Antrag an den QS-Beirat gestellt und genehmigt wurde. Das beschriebene Konzept wurde vom Landesbeauftragten für den Datenschutz in Brandenburg beraten und positiv begutachtet.

Tab. 1 Programmanbieter zur Umsetzung der Dokumentation des Kerndatensatzes in schmerztherapeutischen Einrichtungen

Name des Programms	Firma	Dateneingabe	Internetadresse
AC-STB	Akkaya	Scan des Deutschen Schmerzfragebogens	http://www.ac-stb.de
PainDetect	Pfizer, StatConsult	Manuelle Eingabe	http://www.schmerz-tipps.de/painDETECT.htm
ID Diacos	ID Berlin	Manuelle Eingabe	http://www.id-berlin.de

Ergebnisse: Eigene Daten und Benchmarking

Jede Einrichtung kann ihre Daten jederzeit selbständig zusammenstellen, aus KEDOQ-Schmerz exportieren und bearbeiten. Anleitungen und Hilfen für Auswertungen stehen im internen Bereich von KEDOQ-Schmerz zur Verfügung.

Einmal jährlich wird für jede Einrichtung ein individueller Bericht erstellt.

Wichtige Verlaufsparemeter und Kenndaten der eigenen Patienten werden graphisch im Reigen der anderen anonymisierten Einrichtungen (Benchmarking, **Abb. 2**) dargestellt. Von Beginn an können anonymisierte Daten aus der Validierungsstudie des DSF als Vergleichsdaten abgerufen werden. Der Benchmarkingvergleich kann für das eigene Qualitätsmanagement, externe Qualitätsüberprüfungen und eigene Publikationen verwendet werden.

Aus den Benchmarkingabbildungen ist die eigene Position unmittelbar abzulesen – in unserem Beispiel Position 21 von 28. Zusammen mit weiteren Vergleichen, wie dem Anteil schwerer Fälle (Chronifizierungsgrad III), können so in Zusammenarbeit mit CLARA die eigene Situation näher beleuchtet und auch Konsequenzen abgeleitet werden. Projekte aus anderen Bereichen zeigen, dass dieses Benchmarking eine gute Diskussionsgrundlage für die Weiterentwicklung einzelner, aber auch aller Einrichtungen ist, und damit eine Qualitätsverbesserung für die Schmerztherapie bedeutet.

Versorgungsforschung als nächster Schritt

Die Schmerztherapie in Deutschland benötigt dringend Daten zur Situation der Schmerzpatienten wie auch zur diagnostischen und therapeutischen Qualität ihrer spezialisierten Schmerzversorgungsein-

richtungen. Nur so können chronische Schmerzerkrankungen adäquat beschrieben und der Versorgungsaufwand dargestellt werden. Immer noch haben Gesprächspartner aus Krankenkassen oder der Politik nur eine vage Vorstellung von den biopsychosozialen Auswirkungen chronischer Schmerzen.

Die aktuell zur Verfügung stehenden Daten sind nicht ausreichend: Die Informationen zur Situation der Schmerzpatienten aus dem Bundes-Gesundheitssurvey [1] stammen aus dem Jahr 1998 und sind als dringend aktualisierungsbedürftig einzustufen. Heute sind Daten aus dem Versorgungsalltag als Register geläufig, die von Fachgesellschaften u. a. als Kerndatensatz definiert und zusammengeführt werden, z. B. Endoprothesenregister und klinische Krebsregister, oder auch als *Sekundärdaten*, die zu anderen Zwecken wie zur Abrechnung mit Krankenkassen, für das Entgeltsystem im Krankenhaus oder der Kassenärztlichen Vereinigungen erhoben wurden.

Bisher stehen Daten aus der Patientenversorgung einzelner Einrichtungen zur Verfügung, so z. B. aus der Dresdener Tagesklinik [19] oder aus der Tagesklinik in Dachau [17]. Weitere Quellen sind Daten aus der integrierten Versorgung, ggf. syndrombezogen zusammengeführt [10] oder einrichtungsübergreifend für bestimmte Fragestellungen generiert und ausgewertet [4, 8, 12, 13]. Die Datensammlung des durch die Deutsche Schmerzgesellschaft geförderten Projekts Qualitätssicherung in der Schmerztherapie (QUAST) hat zunächst eine Auswertung der Daten aus 19 schmerztherapeutischen Einrichtungen veröffentlicht [3] und kürzlich auch die dazugehörigen Verlaufsdaten [5]. Einige der genannten Daten wurden auf dem vorletzten Schmerzkongress auf einem Poster dargestellt [16].

Für Patienten mit *akuten* Schmerzen gibt es mit der Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie (QUIPS) seit 2001 ein einrichtungsübergreifendes Qualitätssicherungsprogramm [11], das sich aus einem geförderten Benchmarkingprojekt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) in der Versorgung verstetigte (<http://www.quips-projekt.de/>). Zurzeit nehmen 136 Kliniken aus Deutschland und Österreich daran teil.

KEDOQ-Schmerz ist ein sektorenübergreifendes Qualitätssicherungskonzept für die Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen, es wurde von der Deutschen Schmerzgesellschaft für deren Mitglieder vorbereitet und organisiert. KEDOQ-Schmerz soll dazu beitragen, umfangreiche und verlässliche Daten zu generieren. Neben klinischen Studien werden Versorgungsdaten benötigt, die die Gesamtheit der Maßnahmen und Konzepte bei den vielfach beeinträchtigten Patienten [17] in der Versorgungswirklichkeit erfassen und überprüfen.

Für die Fachgesellschaften ist es mit Blick auf die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung sehr wichtig, fundierte Kriterien für die Therapie von Patienten mit chronischen Schmerzen zu entwickeln und zu überprüfen. Deshalb wurde der DSF durch relevante diagnose- und therapiebezogene Kerndaten ergänzt. Hiermit werden auch die wichtigen Kriterien der Strukturqualität erfasst, wie sie in der Schmerztherapievereinbarung [6] und in den Empfehlungen zur Klassifikation schmerztherapeutischer Einrichtungen [18] gefordert werden.

Die KEDOQ-Schmerz-Kerndokumentation ist mehr als der bisherige Schmerzfragebogen. Sie enthält die Schmerzlokalisation, eine Einschätzung des Chronifizierungsstadiums (MPSS), die medizinische wie auch psychotherapeutische Diagnostik und ergänzende Informationen über die bisherige Behandlung, insbesondere die Medikation. Zu festgelegten Zeitpunkten beim ersten Kontakt, Wechsel des Settings, bei Behandlungsende wie aber auch im Verlauf nach 3–6 Monaten erfolgt die Erfassung der Diagnostik- und Therapiedaten des Patienten.

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



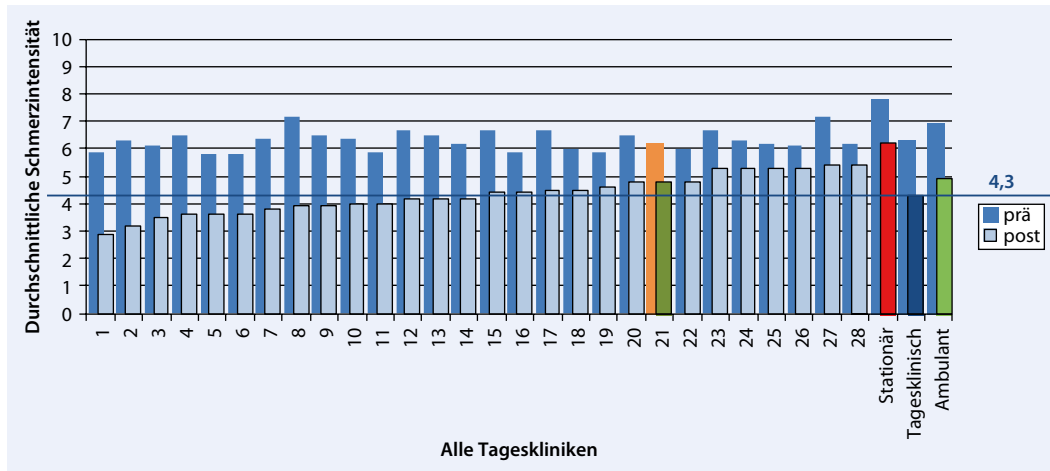


Abb. 2 ◀ Beispiel für eine Benchmarkingauswertung. Durchschnittliche Schmerzintensität im Prä-post-Vergleich verschiedener Tageskliniken mit den Gruppen von teilnehmenden Einrichtungen. *blau* Einzelwerte vorher; *hellblau* Einzelwerte nachher; *orange* eigene Tagesklinik vorher; *grün* eigene Tagesklinik nachher; *rot* Mittelwert aller stationären Einrichtungen nachher; *dunkelblau* Mittelwert aller Tageskliniken nachher; *hellgrün* Mittelwert aller ambulanten Einrichtungen nachher

KEDOQ-Schmerz stellt eine Datenbasis für überregionale, sektoren- und einrichtungsübergreifende Auswertungen dar, die eine unabhängige Versorgungsforschung ohne Partikularinteressen ermöglicht und anonym bleibt ohne Bezug zu den liefernden Einrichtungen. KEDOQ-Schmerz ist somit für die Entwicklung der Schmerztherapie und für die Beschreibung von Versorgungsdefiziten von entscheidender Bedeutung.

Für die einzelnen Einrichtungen bedeutet KEDOQ-Schmerz, dass ihnen für ein Benchmarking ein sektorenübergreifender, ambulanter und (teil-)stationärer Datensatz zur Verfügung steht. Der Datensatz ist in Bezug auf Erhebungszeitpunkte und Verlauf standardisiert, unter Einbezug des DSF und etablierter psychometrischer Verfahren validiert und von Fachgesellschaften wie der Deutschen Schmerzgesellschaft und dem Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e. V. (BVSD) konsentiert.

KEDOQ-Schmerz eignet sich somit als gemeinsame Plattform unabhängig von der jeweils genutzten Software und als Austauschdatensatz für alle Primärprogramme. In Anbetracht der in Zukunft mit Sicherheit zunehmenden Anforderungen an eine externe Qualitätssicherung (EQS) ist die Teilnahme an KEDOQ-Schmerz eine notwendige und rechtzeitige Reaktion. Schon jetzt werden z. B. aus der nationalen Versorgungsleitlinie „Nichtspezifischer Rückenschmerz“ Qualitätsindikatoren abgeleitet, an denen in Zukunft die Kostenträger möglicher-

weise ihre Anerkennung und Vergütung orientieren [2]. Aus KEDOQ-Schmerz können fundierte und realistische Qualitätsindikatoren abgeleitet werden.

KEDOQ-Schmerz bietet mit dem Benchmarking multizentrischer Daten, die zunächst zur Eigenkontrolle, später aber zur externen Qualitätssicherung genutzt werden können, der Förderung von Prozess- und Ergebnisqualität, der Berücksichtigung der Anforderungen der Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der anwendungsfreundlichen Onlineauswertung mit kompetenter Hilfestellung ein vorbildliches und zukunftsorientiertes Programm zum Bestand und Ausbau der spezialisierten Schmerztherapie in Deutschland.

Fazit für die Praxis

KEDOQ-Schmerz ist ein sektorenübergreifendes Qualitätssicherungskonzept für die Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen, es wurde von der Deutschen Schmerzgesellschaft für ihre Mitglieder vorbereitet und organisiert. KEDOQ-Schmerz soll dazu beitragen, umfangreiche und verlässliche Daten zu generieren. Neben klinischen Studien werden Versorgungsdaten benötigt, welche die Gesamtheit der Maßnahmen und Konzepte bei den vielfach beeinträchtigten Patienten in der Versorgungswirklichkeit erfassen und überprüfen. KEDOQ-Schmerz stellt eine Datenbasis für überregionale, sektoren- und ein-

richtungsübergreifende Auswertungen dar, die eine unabhängige Versorgungsforschung ohne Partikularinteressen ermöglicht und anonym bleibt ohne Bezug zu den teilnehmenden Einrichtungen. KEDOQ-Schmerz ist somit für die Entwicklung der Schmerztherapie und für die Beschreibung von Versorgungsdefiziten von entscheidender Bedeutung.

Korrespondenzadresse

Dr. B. Nagel
Schmerztagesklinik,
DRK Schmerz-Zentrum Mainz
Auf der Steig 16, 55131 Mainz
bernd.nagel@drk-schmerz-zentrum.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Bellach BM, Ellert U, Radoschewski M (2000) Epidemiologie des Schmerzes. Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 43:424–431
- Chenot JF (2010) Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen. Schmerz 24:213–220
- Frettlöh J, Maier C, Gockel H et al (2009) Patientenkollektiv deutscher schmerztherapeutischer Einrichtungen. Schmerz 23:576–591
- Gerbershagen HU, Lindena G, Korb J, Kramer S (2002) Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten mit chronischen Schmerzen. Schmerz 16:271–284
- Hüppe M, Maier C, Gockel H et al (2011) Behandlungserfolg auch bei höherer Schmerzchronifizierung? Schmerz 25:77–88

6. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2005) Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V. (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie). <http://daris.kbv.de/daris.asp>
7. Kayser H, Thoma R, Mertens E et al (2008) Struktur der ambulanten Schmerztherapie in Deutschland. *Schmerz* 22:424–432
8. Lindena G, Gerbershagen HU, Zenz M et al (2005) Organisierte Schmerztherapie im DRG-System. *Schmerz* 19:40–54
9. Lindena G, Hildebrandt J, Diener HC et al (2004) Schmerztherapeutische Angebote an Kliniken in Deutschland. *Schmerz* 18:10–16
10. Marnitz U, Weh L, Müller G et al (2008) Integrationsversorgung von Patienten mit Rückenschmerzen. *Schmerz* 22:415–423
11. Meissner W, Mescha S, Rothaug J et al (2008) Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie. *Dtsch Arztebl* 105:865–870
12. Nagel B, Gerbershagen HU, Lindena G, Pflingsten M (2002) Entwicklung und empirische Überprüfung des Deutschen Schmerzfragebogens der DGSS. *Schmerz* 16:263–270
13. Nagel B, Korb J (2009) Multimodale Therapie. Nachhaltig wirksam und kosteneffektiv. *Orthopädie* 38:907–912
14. Pflingsten M, Hildebrandt J (1993) Computergesteuerte Dokumentation in der interdisziplinären Schmerzambulanz. *Schmerz* 7:24
15. Pflingsten M, Nagel B, Emrich O et al (2007) Handbuch zum Deutschen Schmerzfragebogen. Herausgegeben von DGSS. <http://www.dgss.org/index.php?id=704>
16. Pioch E, Lindena G, Seidel W (2010) Ergebnisevaluation eines multimodalen Behandlungsprogramms nach Umstellung auf ein interdisziplinäres Aufnahmeassessment/Portalklinik. *Schmerz* 24(Suppl):140–141
17. Pöhlmann K, Tonhauser T, Joraschky P, Arnold B (2009) Die Multimodale Schmerztherapie Dachau (MSD). Daten zur Wirksamkeit eines diagnose-unabhängigen multimodalen Therapieprogramms bei Rückenschmerzen und anderen Schmerzen. *Schmerz* 23:40–46
18. Sabatowski R, Maier C, Willweber-Strumpf A et al (2011) Empfehlung zur Klassifikation schmerztherapeutischer Einrichtungen in Deutschland. *Schmerz* 25:368–376
19. Schütze A, Kaiser U, Ettrich U et al (2009) Evaluation einer multimodalen Schmerztherapie UniversitätsSchmerzCentrum Dresden. *Schmerz* 23:609–617
20. Vey-Hegemann B, Zimmermann M, Hankemeier U, Basler HD (1994) Schmerztherapeutenverzeichnis. Schmerztherapeutische Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland
21. Zimmermann M (2001) Die Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen. Defizite und Zukunftsperspektiven. *Schmerz* 15:85–91

Schimpf, Jörg; Craß, Dietmar; Sollmann, Verena (Hrsg.)
Kompodium Kinderanästhesie
 Heidelberg: Springer-Verlag GmbH 2012, 354 S., 19 Abb., (ISBN 978-3-642-16846-8), gebunden, 29,95 EUR



Das vorliegende Kitteltaschenbuch „Kompodium Kinderanästhesie“ richtet sich an praktisch tätige Anästhesisten, die jederzeit auf die verschiedensten Informationen zugreifen

müssen, die das enorme Spektrum und die Vielschichtigkeit der Narkose von Kindern unterschiedlichster Altersklassen, vom Frühgeborenen bis zum Jugendlichen verlangen. Kinder sind eben keine „kleinen Erwachsenen“. Der Leser merkt gleich, dass es sich um ein aus langjähriger Praxis entwickeltes Fachbuch handelt, das nahezu alle wesentlichen Bereiche der Kinderanästhesie umfasst. Dabei liegt der Schwerpunkt nicht im Wissen hochspezialisierter kinderchirurgischer Abteilungen sondern in der Behandlung von Kindern, wie sie in den meisten Kliniken der Regelversorgung durchaus denkbar ist. Besprochen werden die Besonderheiten von Kindern sowie deren übliche Narkosevorbereitung und Durchführung, das Monitoring, Besonderheiten der Medikation wie auch der Schmerztherapie. Spezielle Aspekte umfassen ambulante Eingriffe, die schwierige Narkoseeinleitung, spezielle Eingriffe und häufige Vorerkrankungen, Notfälle und Komplikationen. Die Versorgung von Frühgeborenen, des Neugeborenen und Reanimationsmaßnahmen runden das Buch ab, umfangreiche Tabellenwerke erleichtern eine schnelle altersgerechte Orientierung. Positiv fällt die Fehlerarmut der ersten Auflage, die zur schnellen Orientierung gute Faktenkompression und schöne Gliederung ins Auge. Angesichts der Tatsache, dass die überwiegende Mehrzahl der heutigen Kinderanästhesien im ambulanten Bereich stattfindet, ist dies mit nur 3 Seiten allerdings nicht ausreichend reflektiert. Auch wurde teilweise zu sehr auf klinikinterne Spezifika eingegangen, dafür andere wichtige Themen vergessen: So bin ich bereits 3 Mal mit einer Mivacronabbaustörung konfrontiert worden,

hier hätte ich mir eine Besprechung gewünscht.

Diese geringe Kritik soll aber nicht von meinem insgesamt äußerst positiven Gesamturteil des rasch durchzuarbeitenden Buches ablenken: Lesenswert, informativ und als Begleiter in der Kitteltasche eine sehr gute Investition in die Sicherheit unserer kleinsten Kundschaft.

Dr. Matthias Thöns (Witten)