

# Indikatorendatenblatt

<b>Indikator</b>	Schmerzreduktion
<b>Nummer</b>	7-3
<b>Kennzahlen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamtergebnis</li> <li>• Stratifizierungen             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Altersgruppe</li> <li>○ Erkrankungs-/Verletzungsgruppe</li> <li>○ Erkrankungen/Verletzungen</li> <li>○ Gabe von Analgetika</li> <li>○ Erstbefund Schmerz</li> </ul> </li> <li>• Ergänzende Berechnung/Information:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht erfüllte Indikatorkriterien</li> </ul> </li> </ul>
<b>Qualitätsziel</b>	Auf eindimensionaler Skala von 0 bis 10 (z. B. NRS) quantifizierte Schmerzen $\geq 5$ sollen bei allen Patientinnen und Patienten auf $\leq 4$ oder um $\geq 2$ Punkte gesenkt werden.
<b>Rationale</b>	<p>Akute Schmerzen sind ein häufiges Problem im notfallmedizinischen Kontext.</p> <p>Jede Patientin/ jeder Patient hat Anspruch auf Linderung seiner Schmerzen. Die Therapie akuter Schmerzen ist außerdem wichtig, um negative Folgen wie z.B. Tachykardie und Hypertonie aber auch eine Schmerzchronifizierung zu verhindern.</p> <p>Bei mittelstarken bis starken Schmerzen wird in den entsprechenden Leitlinien eine Schmerztherapie empfohlen. Die Schmerzintensität sollte im Verlauf re-evaluiert werden, um den Therapieerfolg überprüfen und die Therapie ggf. anpassen zu können.</p>
<b>Literatur</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) e.V.: S3-Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“ (2021)</li> <li>2. European Society of Emergency Medicine: Guidelines for the management of acute pain in emergency situations (2020)</li> <li>3. Maier C, Nestler N, Richter H, Hardinghaus W, Pogatzki-Zahn E, Zenz M, Osterbrink J (2010). The Quality of Pain Management in German Hospitals. Dtsch Arztebl International, 107(36), 607-614.</li> <li>4. Bischof F, Kaczmarek C. Analgesie beim Erwachsenen in der Prähospitalen Notfallmedizin. Notfallmedizin up2date 2024; 19: 165–187</li> <li>5. Akbas S et al. Präklinische Schmerztherapie: Übersicht und Verbesserungsmöglichkeiten. Praxis 2022; 111 (3): 157–162</li> <li>6. Ärztliche Leitungen Rettungsdienst Baden-Württemberg, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt: Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade im Rettungsdienst (2023), S. 41 ff. und S. 102 ff.</li> <li>7. Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg (WBO 2020)</li> </ol>
<b>Übergeordnetes Qualitätsziel</b>	Hohe Ergebnisqualität der notfallmedizinischen Versorgung

<p><b>Berechnung</b></p>	<p><b>Grundgesamtheit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapiewillige, rettungsdienstlich versorgte und transportierte Patientinnen und Patienten, deren Schmerz-Erstbefund bei mindestens 5 liegt (NRS)</li> <li>• Ausschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patientinnen und Patienten, die indizierte Maßnahmen ablehnen</li> <li>○ Diagnosen 1701= Schwangerschaft &gt;35. SSW (zur Entbindung in Klinik und 1702= Präklinische Geburt)</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Zähler/Formel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schmerz-Übergabebefund kleiner 5 oder eine Verbesserung um mindestens 2 (NRS) oder</li> <li>• Übergabebefund Bewusstseinslage „analgesiert/Narkose“ oder</li> <li>• Notfallnarkose dokumentiert (spez. Maßnahmen)</li> </ul>
<p><b>Datenquellen</b></p>	<p>Notarzttdaten, Rettungsdiensttdaten</p>
<p><b>Einflussfaktoren/ Risikoadjustierung</b></p>	<p><b>Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausgangsschmerzintensität NRS <math>\geq 5</math></li> <li>• Ablehnung der Maßnahmen durch Patientin/Patient</li> <li>• Diagnosen 1701= Schwangerschaft &gt;35. SSW (zur Entbindung in Klinik und 1702= Präklinische Geburt)</li> </ul> <p><b>Weitere Einflussfaktoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der NRS beruht auf subjektiven Einschätzungen der Patientin/des Patienten.</li> </ul> <p><b>Risikoadjustierung</b></p> <p>Eine Risikoadjustierung wäre prinzipiell denkbar, erscheint jedoch aufgrund der Komplexität der Sachlage nicht kurzfristig implementierbar.</p>
<p><b>Gestufte Dialog</b></p>	<p>Referenzbereich: <math>\geq</math> Landeswert</p>
<p><b>Auswertung</b></p>	<p>Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung der Gesamtrate für Baden-Württemberg und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche, aller Notarztstandorte und aller Rettungsdienststandorte.</p> <p>Alle Rettungsdienstbereiche, Notarztstandorte, Rettungsdienststandorte und Rettungsdienstorganisationen erhalten eine Auswertung.</p>
<p><b>Bemerkungen/Sonstiges</b></p>	<p><b>Methodische Hinweise</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Berechnung dieses Indikators erfolgt für Einsätze mit und ohne (erkennbare) notärztliche Beteiligung.</li> <li>• In der Literatur haben Patienten, die mit Ihrer Therapie zufrieden waren, maximal einen NRS-Score von 4<sup>3</sup>. Auf Empfehlung der Expertengruppe werden „mittelstarke (NRS 4-6) bis starke (NRS 7-10) Schmerzen“ ab einem NRS von 5 in die Indikatorberechnung einbezogen.</li> <li>• Der NRS ist bei Kindern, älteren und kognitiv und/oder kommunikativ eingeschränkten Patientinnen und Patienten bedingt anwendbar. Hier sollte die Schmerzeinschätzung auf der Basis nonverbaler Schmerzäußerungen und Beobachtungsskalen erfolgen.</li> <li>• Der Schmerzscore wird möglicherweise nur eingeschränkt valide dokumentiert.</li> <li>• Da in den Datenjahren 2022 bis 2024 bei Notarzteinsätzen ohne notärztlich begleiteten Transport die Abschlussbefunde auch bei korrekter Dokumentation regelmäßig nicht an die SQR-BW übermittelt wurden, werden für die Datenjahre 2022 bis 2024 bei der Berechnung des notärztlichen Indikators nur Fälle mit notärztlich begleitetem Transport berücksichtigt.</li> <li>• Zur Ergänzung der Notarzttdaten werden ggf. Rettungsdiensttdaten mitberücksichtigt.</li> </ul>