Multizentrische Erfassung der operativen Morbidität als Ansatz zur Qualitätssicherung in der Gynäkologie

R.

Richter

Universitäts-Frauenklinik (Prof. O. Käser), Basel, Schweiz

PD Dr. med. R. Richter, Universitäts-Frauenklinik, Schanzenstrasse 46, CH-4031 Basel (Schweiz)

Will man die Ergebnisqualität gynäkologischer Operationen beurteilen, stehen zwei Wege offen: Der erste, eher behelfsmässige, besteht im zeitbezogenen Längsvergleich von an einer Institution prospektiv erhobenen Daten. Für die operative Gynäkologie wird dies an der Universitäts-Frauenklinik Basel systematisch seit 1978 durchgeführt. An wesentlichen Ergebnissen sind folgende zu nennen: Bei konstanten Operationszahlen hat der Anteil von Eingriffen zwischen 2 und 3 h Dauer signifikant von 24 auf 15 % abgenommen. Demgegenüber blieb die Zahl der über 3 h dauernden Operationen – tumor- und mikrochirurgische – konstant. Die jeweils durch den Anästhesisten erhobenen operativen Blutverluste gingen ebenfalls zurück. Die postoperative febrile Morbidität bewegt sich um 10%; dabei gelang es, die Häufigkeit systemischer antibakterieller Behandlungen von 50 auf 43% zu senken. Für die Inzidenz seltenerer perioperativer Ereignisse wie Organläsionen, Revisionsen und thromboembolische Komplikationen können signifikante Schwankungen nicht mehr angegeben werden. Immerhin sind auch hier einzelfallmässig Verbesserungen möglich.

Als ergiebiger Grundlage zur Qualitätssicherung in der operativen Disziplin drängt sich demnach der multizentrische Vergleich auf, wie er im Projekt der Chefärztekonzferenz Schweizerischer Gynäkologischer Kliniken realisiert wird. 1980 haben acht Kliniken an einer ersten Pilotstudie teilgenommen. Dabei bildete die Ergebnisvermittlung, die aus naheliegenden Gründen anonym durchgeführt werden muss, das Hauptproblem. In Anlehnung an das Qualitätssicherungsprojekt der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie [1] wurde dazu folgendermassen vorgegangen: Für jeden Parameter wurde eine mittlere Leistungsbreite definiert. Dieser Bereich umschliesst die medianen 50% der Ergebnisse als Inter-quartilbereich. Die beidseits randständigen 25 %-Zonen begrenzen demnach definitionsgemäss die mittlere Leistungsbreite und sind als Auffälligkeitsbereiche zu betrachten. Die Synopsis der Ergebnisse einer einzelnen Klinik bezüglich mehrerer Grössen, ein eigentliches Klinikprofil also, konnte nun einen Eindruck über die Qualität der operativen Leistung vermitteln.

Das Hysterektomieprofil der Universitäts-Frauenklinik Basel zeigt, dass die Ergebnisse von fünf wesentlichen Parametern in den Auffälligkeitsbereichen zu finden sind.

Operative Gynäkologie 80

Bezüglich Operationsdauer, Blutverlust, Transfusionsfrequenz und Häufigkeit antibakterieller Therapie sind die Zahlen durchaus als günstig zu bewerten. Die postoperative Febrilität dagegen liegt mit 15 % im negativen Auffälligkeitsbereich deutlich ausserhalb der von 5 bis 11 % reichenden mittleren Leistungsbreite. Spekulationen über die Verknüpfung der Ergebnisse anzustellen, liegt im Ermessen der einzelnen Klinik.

Literatur

1 Schega

W.: Ärztliche Selbstkontrolle als Hilfsmittel zur Qualitätssicherung in der Chirurgie; in Stark
Problematik der Qualitätssicherung in der Gynäkologie

p. 45 (Demeter
Gräfelfing 1981).