Vier Jahre Erfahrung mit der individuellen Qualitätssicherung in der Geburtshilfe

K.T.M.		Schneider ^a
E.A.		Dumler ^a
W.		Oettle ^a
J.		Schöffel ^b
H.		Graeff ^a

^aFrauenklinik der TU München (Vorst.: Prof. Dr. H. Graeff) ^bInstitut f. med. Statistik u. Epidemiologie d. TU München (Vorst.: Prof. Dr. H.-J. Lange)

Prof. Dr. K. T. M. Schneider, Ismaningerstraße 22, D-8000 München 80

Seit Einführung der Bayerischen Perinatalerhebung (BPE) 1975 konnte die fetale Morbidität deutlich vermindert und die perinatale Mortalität von 19‰ 1975 auf 6‰ 1990 gesenkt werden. Im Rahmen der BPE wird jede Klinik jedoch nur als Entität betrachtet, die geburtshilfliche Leistung wird aber entscheidend von der Fähigkeit des individuellen Geburtshelfers mitbestimmt.

Methode

Von 1987–1990 wurde EDV-gestützt unter Beachtung des Datenschutzes das geburtshilfliche Management und „fetal outcome“ jedes Arztes der Klinik individuell ausgewertet und anonym im Kollegenkreis diskutiert. Jedem Kollegen wurden seine eigenen Ergebnisse im verschlossenen Kuvert jeweils zu Jahresbeginn ausgehändigt. Zugrunde lagen die Entbindungen der Jahre 1987 (1000), 1988 (1112), 1989 (1053) und 1990 (1000). Alle 22 geburtshilflich tätigen Kollegen gaben ihr Einverständnis für diese Form der Auswertung. Ähnlich wie in der BPE wurde die Leistungsziffer eines Arztes zwischen Mittelwert, Minimal- und Maximalwert der Klinikärzte eingeordnet. Die Prüfung der Abweichungen vom Klinikmittelwert auf Signifikanz erfolgte mit dem Chi-Quadrattest. In einem solchen Leistungsspiegel wurden im ersten Abschnitt die dem Patientengut jedes Arztes zugrundeliegenden Basisrisiken die im wesentlichen keiner subjektiven Einschätzung unterliegen, wie z. B. Beckenendlage oder Status nach Sectio, dargestellt. Im weiteren wurden sein Management und das daraus resultierende mütterliche und kindliche „outcome“ festgehalten. Im Zeitraum der Leistungserfassung hatten sich klinische Methoden und Management nicht geändert.

Ergebnisse

Um Operationsfrequenzen vergleichbarer zu machen wurde für alle operationsprädisponierenden Risiken eine 100%ige Operationsfrequenz vorgegeben. Für das Jahr 1987, also vor der Erstvorstellung der Erhebung lag die mediane risikobezogene Operationsfrequenz 24% über dem zugrundeliegenden Basisrisiko. In den folgenden Jahren fiel diese Rate trotz steigender Frequenz operationsprädisponierender Risiken unter den Bereich der Vorgabe. Auch die Streuung verminderte sich auffällig: während 1987 ein Kollege 220% über sein individuelles Risiko hinaus operativ entband, betrug dieser Ausreißer 1990 „nur“ noch 30%. Der

durchschnittliche Geburts-pH stieg von 7,27 auf 7,30 ($p < 0,05$). Bei gleichbleibender apparativer Ausstattung konnten sich hier alle Kollegen verbessern

Freie Vorträge (Geburtshilfe)

177

7.23

HJ O QE AMPDK LNU CI

Abb. 1. Buchstabencodierte arztbezogene Verteilung des Nabelschnur-pH-Wertes 1987 (weiße Punkte) und 1990 (schwarze Quadrate). Der Kollektivwert beträgt 7,27 für 1987 und 7,30 für 1990 ($p < 0,05$).

(Abb. 1). Die Azidoserate sank für $pH < 7,20$ von 13,2% auf 7,1% und für $p < 7,10$ von 3,6% auf 1,2% (jeweils $p < 0,01$).

Im Management ergaben sich ohne Anordnung folgende Veränderungen: zunächst wurde die Mikrobiotuntersuchung zur Erkennung der intrauterinen Asphyxie von nahezu allen Kollegen signifikant häufiger eingesetzt (1987: 4,4%/1990: 11,7%; $p < 0,001$). Gleich-zeitig wurde vermehrt auf eine suffiziente Schmerzbekämpfung durch vermehrten Einsatz der Periduralanästhesie geachtet (1987: 3,3%/1990: 8,5%; $p < 0,001$). Bei der Geburt bestand vermehrt die Tendenz, den hauseigenen Pädiater hinzuzuziehen (1987: 15%; 1990: 27%; $p < 0,05$). Trotz höherer Rate an Basisrisiken nahm die Rate der verlegten Kinder eher ab (1987: 12,3%; 1990: 10,1%; n. s.). Die Sectiorate nahm in diesem Zeitraum geringfügig zu, während sich die Rate operativ vaginaler Entbindungen nicht wesentlich änderte. Die gezeigte signifikante Verbesserung der geburtshilflichen Ergebnisse trat bereits im ersten Jahr nach Einführung der Qualitätssicherung auf.

Diskussion und Zusammenfassung

Durch eine derartige individuelle Leistungsbetrachtung ist es jedem einzelnen Arzt möglich seine geburtshilfliche Leistung objektiv mit der der Kollegen zu vergleichen und sein Handeln zu optimieren. In kürzester Zeit lassen sich wie unsere Erfahrung zeigt, bei gleichbleibendem Management erhebliche Verbesserungen der geburtshilflichen Ergebnisse erreichen.

Literatur

Selbmann

H. K.: Die Rolle der medizinischen Informationsverarbeitung in der Qualitätssicherung geburtshilflichen Handelns. Geburtsh. u. Frauenheilk. 43: 82–86 (1983). Literatur beim Verfasser.