2. Hauptthema: Sektio-Indikationen

Gynäkol Geburtsh Rundsch 1992;32(Suppl 1):62-63

Qualitätssicherung und Sectio caesarea

Überlegungen zu den Forderungen der WHO

M.	Margit	Endler
E.		Hauke
W.		Gruber

II. Univers.-Frauenklinik Wien (Vorst.: Prof. Dr. H. Janisch)

OA Dr. Margit Endler, II. Univers.-Frauenklinik, Spitalgasse 23, A-1090 Wien

Robert Brook [1] stellte 1979 fest: „Wann immer in der fünfzigjährigen Geschichte der Qualitätssicherung in den USA die Qualität ärztlichen Handelns untersucht wurde, kamen Probleme zum Vorschein.”

Qualitätssicherung kann und muß daher in den ver-schiedensten Einheiten der Gesundheitsversorgung durch-geführt werden. Das regionale Komitee der Europäi-schen Region der WHO hat bereits im Jahre 1984 alle Mit-gliedsstaaten, und dazu gehört Österreich, aufgefordert, bis 1990 Qualitätssicherungsprogramme zu erstellen und ab diesem Zeitpunkt zur Durchführung zu bringen. Im Wortlaut heißt es in dieser Entschließung: Target 31: Ensuring the quality of services By 1990, all Member States should have built effective mechanisms for ensuring quality of patient care within their health care systems.

Was ist Qualitätssicherung?

Es gibt verschiedenste Definitionen für Qualitätssicherung in der Literatur. Methoden der Qualitätssicherung haben sich, im Zuge eines zunehmenden Anspruches und der Forderung nach optimaler Leistung im industriellen wie auch im Dienstleistungsbereich auf breiter Ebene etabliert. Qualitätssicherung soll nun auch in der Medizin und in der Gesundheitsversorgung Eingang finden. Wir würden eine ganz einfache Form der Qualitätssicherung in unseren Bereichen vorschlagen: gute Dokumentation, damit alle medizinischen Handlungen nachvollziehbar sind, Sammeln von Daten und exakte Analyse der Dokumentation und Daten. Qualität in der Medizin könnte man definieren als die „bestmögliche Versorgung der Patienten im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten”.

Die Weltgesundheitsbehörde (WHO) geht davon aus, daß jeder das Recht auf das höchsterreichbare Ausmaß an Gesundheit hat.

Es sollte eine Leistungsbilanz in Form einer Leistungs-evaluation gezogen werden.

Qualitätssicherung soll kein

Selbstzweck sein, sie soll der Sicherstellung einer effizienten Patientenbehandlung auf gleichmäßig hohem Niveau dienen.

Einem international anerkannten Paradigma folgend gehören zu einem problemorientierten Qualitätssicherungsprogramm folgende fünf Elemente:

die retro- und/oder prospektive Beobachtung des eigenen Handelns

das Erkennen von Problemen und das Setzen von Prioritäten

die Analyse des ausgewählten Problems und die Erarbeitung von Lösungsvorschlägen

die Auswahl des am besten geeignet erscheinenden Lösungsansatzes und seine Umsetzung in die tägliche Praxis

die Kontrolle, ob durch die eingeleiteten Maßnahmen das Problem auch beseitigt wurde.

Bei einem negativen Kontrollbefund sind die Schritte vier und fünf zu wiederholen, im anderen Fall wird man bei Punkt 1 wieder beginnen. Man müßte sich allerdings auch vergewissern, ob der selbst festgelegte Standard nicht zu hoch angesetzt war.

Ein Qualitätssicherungsprogramm stellt also einen fort-während zu durchlaufenden Regelkreis dar, bei dem be-ginnend mit einer Qualitätsüberwachung versucht werden muß, die Qualität dort zu verbessern, wo Probleme bekannt werden. Viele Studien zeugen davon, daß eine problemlose oder zumindest nicht verbesserungsfähige Krankenversorgung selten ist.

Österreich hat in diesem Sinn eine relativ leere Geschichte der Qualitätssicherung.

Aber gerade in der Geburtshilfe haben wir einige In-strumente der Qualitätssicherung: zunächst die Statistik der Säuglings- und perinatalen Mortalität, die das Statisti-sche Zentralamt Jahr für Jahr für Österreich, für die Bun-desländer und für die einzelnen Städte errechnet. Auch der seit 1974 existierende Mutter-Kind-Paß kann der Qualitätssicherung dienen. Die perinatale Einzelfallanalyse, die leider noch nicht in alien Bundesländern praktiziert wird, zeigt Versäumnisse und Fehler auf. Und dann gibt

es noch ein kleines Team in Wien, das sich der mütterli-chen Sterbefälle annimmt und jeden einzelnen Fall analy-siert.

Die Weltgesundheitsorganisation fordert nun von alien Ländern Qualitätssicherungsprogramme und auch Öster-reich hat sich dazu verpflichtet. Ansätze zur Qualitätssicherung koramen allerdings nur zögernd.

Auch die Universitätskliniken in Wien haben noch kei-ne Qualitätssicherungsprogramme. Aber wir beschäftigen uns mit dem Thema und möchten die Problematik in die-sem Themenkreis um die Sectio anschneiden: es steht nämlich zu befürchten, daß den Politikern ihr Verspre-chen gegenüber der WHO wieder zu Bewußtsein kommt und uns plötzlich

Qualitätssicherungsprogramme oktru-iert werden.

Es gibt stets die Diskussion um die anteilige Sectionrate an der Anzahl der Geburten, sei es auf Abteilungsebene oder im Vergleich der verschiedenen Krankenanstalten. Hier können Qualitätssicherungsprogramme einerseits bei der Indikationsstellung und andererseits bei der post-operativen Morbidität einhaken.

Es gibt einzelne Indikationen, die zur Zeit sehr subjek-tiv gehandhabt werden und die man durch einige Zusatz-kriterien objektivierbar machen könnte.

Zunächst gibt es die Indikation „drohende, intrauterine Asphyxie“ oder „fetal distress“. Da könnte man fordern, daß zu dieser Indikationsstellung gewisse Kriterien erfüllt sein müssen und dokumentiert sind. Ein objektives Instrument der Qualitätssicherung ist die leider nicht überall geübte Mikrob Blutgasanalyse aus der Kopfschwarte.

Auch die Indikation „protrahierte Geburt oder Ge-burtsstillstand“ kann an gewisse Kriterien gebunden werden und verliert damit den Verdacht auf eine subjektive Entscheidung des Geburtshelfers. Letztlich ist das „fetal outcome“ das wesentliche Qualitätsmerkmal jeder Ge-burtsleitung. sei es nun objektiviert durch das Nabelarte-rien-pH oder den Apgar.

Nach der Sectio läßt sich für die postoperative Morbidität Qualitätssicherung relativ einfach betreiben. Die postoperative Aufenthaltsdauer der Patientin, der Antibioti-kaverbrauch und Blutkonservenbedarf sind leicht meß-bare Kriterien.

Wie sich aus unseren Ausführungen ergibt, bedarf es für die Qualitätssicherung einiger Maßnahmen. Es muß jeder Vorgang und jede Überlegung sehr gut dokumentiert werden, um Daten sammeln und analysieren zu können. Damit wird die Basis für Vergleichbarkeit der eigenen Leistungen mit anderen möglich.

Es gibt auch jedem einzelnen Geburtshelfer die Möglichkeit, sein individuelles Handeln zu optimieren und da-durch verbesserte Ergebnisse für das einzelne Kind zu erzielen. Dadurch entsteht auch ein relativer Schutz des Arztes vor Haftungsrisiken.

Wir Geburtshelfer sollten gemeinsam Qualitätssicherungsprogramme erstellen, bevor die hohe Politik sich des Beschlusses der WHO erinnert und uns selbst erstellte Qualitätskriterien aufzwingt.

Literatur

1 Brook RH. Lohr KN: Quality assurance of Medical Care: Lessons from the U.S. Experience. In Quality Assessment of Medical Care, edited by Selbmann. H. K. Bleicher. Gerlingen.