Risikoschwangerschaft

Wie gelingt es heute einer Schwangeren, angesichts eines Anteils von mehr als 70% Risikoschwangerschaften, nicht als Risikoschwangere angesehen zu werden? Kann es nicht doch sein, dass ein anamnestisches Risiko übersehen oder dass die Schwangere nicht ausreichend untersucht worden ist?

Anfang des 20. Jahrhunderts begann ein Arzt namens Knock damit, den Menschen die Gesundheit auszutreiben. Der Franzose schuf eine Welt, die nur noch Patienten kannte: „Jeder gesunde Mensch ist ein Kranker, der es noch nicht weiß.“ Im Jahr 1923 hat Jules Romains diesen Ansatz in seinem Stück „Knock oder der Triumph der Medizin“ durchdekliniert.

Nein, es geht den Herausgebern und Autoren des vorliegenden Hefts mit dem Leitthema „Risikoschwangerschaft“ nicht um „disease mongering“ oder eine Erweiterung von Risiken, sondern darum, ernsthafte behandelbare Risikosituationen so frühzeitig zu erkennen, dass möglichst wenig Schaden entstehen kann. Das Risiko ist in diesen Fällen an einer behandlungsrelevanten Diagnose orientiert und nicht ein ungewisses Etwas.

➤ Es geht darum, behandelbare Risikosituationen frühzeitig zu erkennen

Risiko bedeutet die errechnete Eintretenswahrscheinlichkeit eines unerwünschten Resultats, eines Schadens. Dementsprechend ist Sicherheit das Antonym zu Risiko. Ist die Risikosituation im Prinzip im Griff, wird der weniger wichtige Part als kalkulierbares Restrisiko bezeichnet.

Anhand der wenigen definitorischen Aussagen kann das prinzipielle Problem erkannt werden: In einer prospektiv ori-

entierten Black-box-Situation, wie sie eine Schwangerschaft ist mit ihren vielen unkontrollierbaren Entwicklungen, ist es quasi unmöglich sicher zu sein. Das ubiquitäre Risiko, das sich im Einzelfall sogar quantifizieren lässt, dominiert die Situation quasi schicksalhaft bzw. per definitionem: als Risikofalle.

Der bunte Reigen an Vorstellungen über Gründe, eine Schwangerschaft für risikobeladen zu halten, beginnt mit evidenzbasierten anamnestischen Besonderheiten im Beitrag von Schild und Schling: „Wie ist die Evidenzlage des Anamnese-katalogs im deutschen Mutterpass?“. Zweifellos kann nicht jede Entscheidung evidenzbasiert erfolgen; dennoch ist es unabdingbar zu wissen, was warum und mit welcher Begründung getan wird.

Der Beitrag aus der Charité von Anna Dückelmann, Joachim W. Dudenhausen und Karim D. Kalache, „Effiziente Schwangerenvorsorge durch korrekte Diagnose von Befundrisiken“, versucht, einen über den Mutterpass hinausgehenden Ansatz zu wählen: „Der Fokus der Schwangerenvorsorge sollte weg von der Suche nach Risikofaktoren als Vorhersage von Komplikationen und hin zur Wahrnehmung akuter Probleme und Symptome gerichtet werden. (...) Die Schwangerenvorsorge sollte (...) dazu dienen, aktuelle Probleme aufzudecken und die ‚normale‘ Schwangerschaft ‚normal‘ bleiben zu lassen.“

Schwangerschaften und Geburten finden in sozialen Umfeldern statt, die vielfach von der ambulanten und insbesondere der klinischen Medizin ausgeblendet werden, „weil man sowieso nichts ändern kann“. Auch wenn das stimmen mag, so können sie doch einen erheblichen Einfluss haben. Maren Goeckenjan, Babett Ramsauer, Martin Hänel und Klaus Vetter

teilen uns dies auf Basis aktueller Daten aus der Perinatalerhebung in dem Artikel „Soziales Risiko – geburtshilfliches Risiko?“ hautnah mit. Und dabei bleibt nicht etwa der Eindruck zurück, man könne nichts bewirken.

➤ Der Einfluss des sozialen Umfelds auf die Geburt ist nicht zu unterschätzen

Das Prinzip des Hippokrates, primum nil nocere, als Maxime ärztlicher Tätigkeit muss angesichts des zunehmenden Einsatzes gut gemeinter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen als Filter über den ärztlichen Alltag gelegt werden. Roland Zimmermann hat die Aufgabe übernommen, einen Blick auf Aspekte dieser Thematik zu werfen. „Risikoschwangerschaft – iatrogene Risiken“ heißt der Beitrag, in dem er Gedanken zu iatrogenen Risiken als Folge von Fehleinschätzung und ungenügender Qualifikation der Handelnden darlegt. Dahinter stecken bei Weitem nicht nur individuelle, sondern auch erhebliche strukturelle Probleme durch Fehlkalkulation des tatsächlichen Bedarfs und der Möglichkeiten bei entsprechendem politischen Handeln und gezielten Investitionen. Schwangerschaft muss nicht Schicksal sein.

Ein Teil der Vorschläge von Zimmermann zur Absicherung bzw. Qualitätsverbesserung findet sich auch im letzten Artikel von Norbert Pateisky wieder: „Risikomanagement in der Geburtshilfe – Zertifizieren reicht nicht.“ Er möchte die Sicherheit von Entscheidungen garantieren, indem auf die Kenntnis bzw. Selbsterkenntnis der tatsächlichen Möglichkeiten in der aktuellen Situation Bezug genommen wird. Erst wenn alles systematisch zusam-

menpasst – Fachliches, Persönliches oder Kommunikatives – können gute ärztliche Leistungen mit der notwendigen Sicherheit für die Patienten vorgehalten werden. „Will man im geburtshilflichen – aber auch in jedem anderen klinischen Bereich – Risiken verringern und klinisches Outcome nachhaltig verbessern, muss sich die Medizin jener Strategien und Techniken bedienen, welche die Hochsicherheitsindustrien wie Luftfahrt, Raumfahrt, Petrochemie oder Kernkraft eingesetzt haben, um solche zu werden.“

Atul Gawande, der Sicherheitskonzepte für die WHO entwickelt, sieht neben einer unabdingbaren „willingness to look at failure“ als konstitutiv an:

- „monitor trends in performance, such as hospital-acquired infection rates and surgical complications“;
- „analyze results regularly to assess progress“ und
- „engage in ‚bedside ingenuity‘ to develop solutions“.

Dem kann man kaum widersprechen. Im Sinn eines komplexen Systems von Patientensicherheit („patient safety“) stellen wir Ihnen in diesem Heft einige als primär möglicherweise randständig erscheinende, dennoch zentra-

le Themen der Schwangerschaftsüberwachung vor.

Prof. Dr. P. Husslein

Prof. Dr. K. Vetter

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. P. Husslein

Abteilung für Geburtshilfe
und fetomaternalen Medizin,
Universitätsklinik für Frauen-
heilkunde, AKH Wien
Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien
Österreich
peter.husslein@meduniwien.ac.at

Prof. Dr. K. Vetter

Klinik für Geburtsmedizin,
Perinatalzentrum, Vivantes Klinikum Neukölln
Rudower Str. 48, 12351 Berlin
klaus.vetter@vivantes.de

➤ Exklusiv für Abonnenten :

Nutzen Sie das Online-Archiv von Der Gynäkologe

Ihre Vorteile:

- Komfortable und schnelle Recherche nach Themen, Autoren, Suchbegriffen
- Ob unterwegs oder am eigenen PC: Zugriff überall und jederzeit
- Online First: Lesen Sie die aktuellsten Beiträge schon vor Erscheinen des gedruckten Heftes online

Foto: pressmaster, fotolia.com

Registrieren Sie sich jetzt unter

www.DerGynaekologe.de