Wenn schwangere Frauen chronisch krank sind

Autor(en): **Maier, Nanette / Cignacco, Eva**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes**

Band (Jahr): **120 (2022)**

Heft 8-9

PDF erstellt am: **02.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-1002381

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Wenn schwangere Frauen chronisch krank sind

In der Schweiz leiden 2,2 Millionen Menschen an einer chronischen Krankheit. Dies betrifft oft auch Frauen im reproduktiven Alter, die sich ein Kind wünschen oder bereits eine Familie gegründet haben. Sie sind mit den Herausforderungen des Mutterwerdens und dem Bewältigen ihrer chronischen Krankheit konfrontiert. Im schlimmsten Fall können chronische Krankheiten auch zum Tod während der Schwangerschaft führen. Dieser Artikel beschreibt Prävalenzen und Auswirkungen chronischer Krankheiten auch auf eine Schwangerschaft. Erkenntnisse, die für Hebammen ein wichtiger Aspekt in ihrer täglichen Arbeit sind.

TEXT:
NANETTE MAIER UND EVA CIGNACCO

Dank dem medizinischen Fortschritt ist die Lebenserwartung weltweit angestiegen. Parallel dazu haben aber chronische Erkrankungen, insbesondere nichtübertragbare Krankheiten zugenommen. Im Englischen werden diese «Non-communicable diseases» (NCD) genannt. In der Schweiz sind gemäss Bundesamt für Gesundheit (BAG) insgesamt 2,2 Millionen Menschen von NCD betroffen, was rund ein Viertel der Bevölkerung ausmacht. Bei Frauen werden 60 % der Fälle vorzeitiger Sterblichkeit (vor dem 70. Lebensjahr) durch NCD bedingt (Bundesamt für Gesundheit, 2020). Weltweit sterben jährlich 18 Millionen Frauen im reproduktiven Alter an einer NCD (Barnes et al., 2020). Auch die internationale Föderation für Gynäkologie und Geburtshilfe bestätigt, dass die Gesundheit von Müttern und Kindern untrennbar mit NCD und deren Risikofaktoren verbunden ist (Barnes et al., 2020). In der Schweiz fehlen jedoch genaue Daten darüber, wie hoch der Anteil chronisch kranker Frauen in der Gruppe der Schwangeren ist. Weder in der Schweiz noch in Deutschland werden diese Daten systematisch erhoben. Anders in Grossbritannien: Dort werden Daten zur Todesursache bei schwangeren Frauen fortlaufend mittels der Datenbank Mother and Babies: Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries across the UK (MBRRACE-UK) erhoben. Der Anteil Schwangerer mit Vorerkrankungen widerspiegelt sich auch in den Daten zur dortigen Müttersterblichkeit. Gemäss dieser Statistik werden 54 % der Todesfälle bei schwangeren Frauen mit chronischen Krankheiten in Zusammenhang gebracht (Knight et al., 2021).

Antje Kroll-Witzer

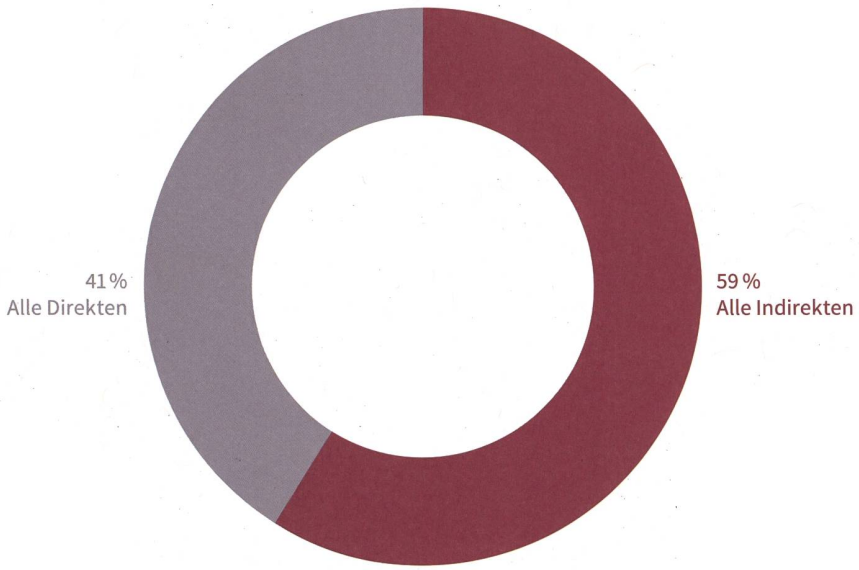
Klassifikation von Krankheiten: Müttersterblichkeit neu erfasst

Um die Prävalenzen und Auswirkungen von NCD in der Schwangerschaft zu beschreiben, müssen die Anzahl und die Ursachen maternaler Todesfälle eruiert werden. Aus diesem Grund führte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2012 die Internationale Klassifikation der Krankheiten – Müttersterblichkeit (ICD-MM) ein, eine Anwendung der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10). Mit der ICD-MM werden Todesfälle während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett erfasst, kodiert, tabelliert und der Sterblichkeitsstatistik gemeldet. Dabei wird zwischen direkten und indirekten mütterlichen Todesfällen unterschieden. Früher dominierten direkte Todesursachen wie die peripartale Blutung, die Präeklampsie/Eklampsie oder thromboembolische Komplikationen. Auch wenn diese klassischen geburtshilflichen Komplikationen weiterhin häufig vorkommen, führen sie in Industrienationen nur noch selten zum Tod. Mittlerweile stehen indirekte Todesursachen an erster Stelle (siehe Abbildungen 1 und 2). Hierunter werden Todesfälle aufgrund einer vorbestehenden oder sich in der Schwangerschaft entwickelnden Erkrankung verstanden, die sich durch den physiologischen Effekt der Schwangerschaft verschlechtert (Merz, 2016).

Studie in Deutschland

In einer Studie in Deutschland wurden die Prävalenz chronischer Erkrankungen sowie deren Auswirkungen auf das Geburts-Outcome bei schwangeren Frauen in einem Zeitraum von sechs Jahren, von 2002 bis 2008, in einem Bundesland ermittelt. Bei einer Stichprobe von 5330 schwangeren Frauen zeigte sich, dass jede fünfte schwangere Frau an mindestens einer chronischen Erkrankung litt. Am häufigsten traten Allergien (11,3 %) auf, gefolgt von Asthma Bronchiale (2,7 %) und Schilddrüsenerkrankungen (2,3 %), Kersten et al. (2014), siehe Literatur auf Seite 13.

Abbildung 1: Anteil indirekter und direkter mütterlicher Todesursachen, Grossbritannien, 2017–2019, *Knight et al., (2021), MBRRACE-UK*



Einfluss chronischer Erkrankungen auf die Schwangerschaft

Chronische Erkrankungen können das Geburtsgewicht als ein wichtiges neonatales Outcome beeinflussen. Dazu gehören Autoimmunkrankheiten wie Multiple Sklerose oder Lupus, Erkrankungen des Blutes, der Blutgefässe, des Herzens und der Lunge (Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Atemwegserkrankungen), chronische Schmerzen, Erkrankungen des Hormonhaushalts (Schilddrüsenerkrankungen) und psychische Erkrankungen (Barnes et al., 2020). Autoimmunologische Erkrankungen betreffen überwiegend Frauen in ihrer reproduktiven Phase, weisen jedoch keine hohe maternale Mortalität in der Perinatalzeit auf. Eine Schwangerschaft kann diese chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel eine rheumatische Autoimmunerkrankung positiv oder negativ beeinflussen (Merz et al., 2022). Die Rheumatologin Frauke Förger aus Bern beschreibt in ihrem Artikel «Autoimmune rheumatische Erkrankungen in der Schwangerschaft», dass die Schwangerschaft bei der rheumathoiden Arthritis oft eine Zustandsverbesserung bewirkt, während bei Morbus Bechterew die entzündlichen Rückenschmerzen meist unverändert bleiben. Beim systemischen Lupus erythematodes (SLE) können Betroffene in der Schwangerschaft eine schubhafte Verschlechterung erfahren, wobei die Schübe in jedem Trimester oder unmittelbar postpartum auftreten können. Förger hebt hervor, dass Schübe während der Schwangerschaft nicht einfach zu diagnostizieren seien, da sie eine grosse Ähnlichkeit mit schwangerschaftsbedingten Symptomen haben. So manifestiert sich ein Schub in Müdigkeit, leichtgradigen Gelenkschmerzen, Anämie und Thrombozytopenie oder in leichten Ödemen (ohne Hypertonie und Proteinurie). Die Auswirkungen auf das neonatale und maternale Outcome bei SLE können Abort, intrauteriner Fruchttod, intrauterine Wachstumsretardierung, Frühgeburt und Präeklampsie sein (Förger, 2011).

Herzerkrankungen und Schwangerschaft

Die Ärztin Waltraut Merz betont, dass bei vorbestehenden Herzerkrankungen die myokardiale Belastung der Schwangerschaft zu einer Verschlechterung oder zu einer Erstmanifestation einer latenten

Das Erleben von Schwangeren, die eine chronische Erkrankung aufweisen, ist von Freude und Sorge geprägt. Sie befinden sich in einem Spannungsfeld der eigenen und der kindlichen Gesundheit.

Herzerkrankung führen kann. Maternale Komplikationen bestehen in einer progredienten links- oder rechtsventrikulären Dysfunktion, Arrhythmien oder thromboembolische Ereignissen (Merz, 2016). Das erste Trimester, der Zeitraum der maximalen Volumenbelastung, circa ab der 32. Schwangerschaftswoche, und die peripartale Phase sind dabei besonders heikel. Dyspnoe und Palpitationen können als schwangerschaftsspezifische Befindlichkeiten fehlinterpretiert werden. Neonatale Auswirkungen manifestieren sich in einer erhöhten Rate an Frühgeburten und fetalen Wachstumsretardierungen (Merz, 2016).

Epilepsie als erhöhtes Risiko

Bei neurologischen Erkrankungen wie Epilepsie sind die Betroffenen meist bereits seit langer Zeit in medikamentöser Behandlung. Antiepileptika können hoch teratogen sein und das Risiko kognitiver Einschränkungen nach intrauteriner Exposition erhöhen. Aus diesem Grund sollte eine präkonzeptionelle Überprüfung der Medikation erfolgen. Epileptikerinnen haben ein zehnfach höheres Risiko im Vergleich zu Schwangeren ohne Vorerkrankung, im Verlauf der Schwangerschaft zu versterben. Bei einem Drittel der Betroffenen erhöht sich die Anfallsfrequenz in der Schwangerschaft. Die Ursachen hierfür sind unklar. Merz (2016) macht dafür zwei mögliche Gründe verantwortlich: Erstens die Anfallshäufigkeit in den Monaten vor der Schwangerschaft und zweitens der subtherapeutische Medikamentenspiegel, der durch den gesteigerten Metabolismus in der Schwangerschaft, aber auch durch fehlende Compliance (beispielsweise aufgrund der befürchteten Teratogenität) bedingt sein kann.

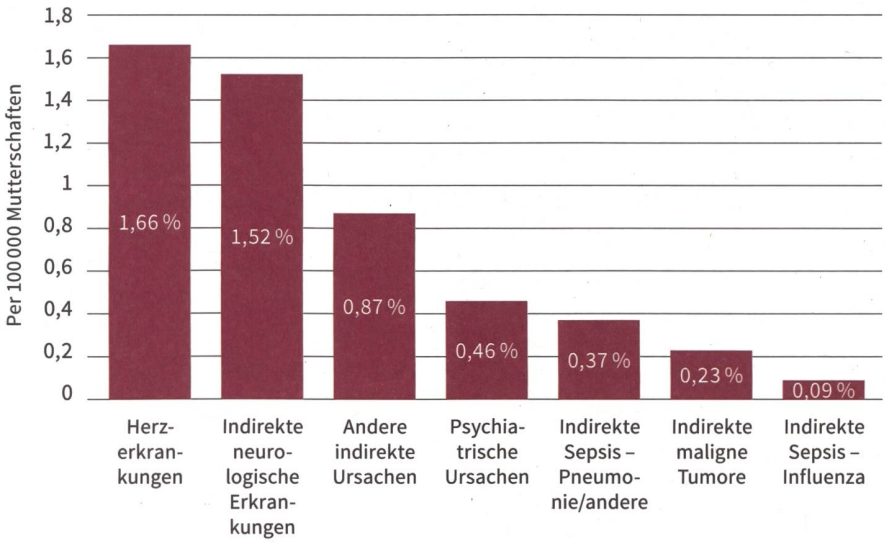
Freude und Sorge liegen nahe beieinander

Das Erleben von Schwangeren, die eine chronische Erkrankung aufweisen, ist von Freude und Sorge geprägt. Sie befinden sich in einem Spannungsfeld der eigenen und der kindlichen Gesundheit. Häufig sind chronisch kranke Frauen bereits vor der Schwangerschaft in ärztlicher Betreuung, und die Möglichkeit, schwanger zu werden, ist vielfach an die Bedingung der Anpassung von Therapien gekoppelt (Lange et al., 2015). Durch die frühe, engmaschige medizinische Begleitung kann die Schwangerschaft kaum intuitiv gelebt werden. In der Analyse qualitativer Studien durch Professor Lang zum subjektiven Erleben chronisch kranker Frauen in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wurde offensichtlich, wie sehr der Wunsch nach Normalität ein prominentes Bedürfnis der schwangeren Frauen ist. Als Belastung wird von den Befragten wahrgenommen, dass viele medizinische Massnahmen das Privatleben einschränken. Schwangere beschreiben spezifische Strategien, um mit dem Spannungsverhältnis von persönlichen Bedürfnissen und notwendigen Therapien und Diagnosen umgehen zu können. Die Strategien umfassen das Abwägen, das Ausbalancieren und das Kontrollieren. Deren Erfolg hängt unter anderem vom Zugang zu Informationen und dem Grad der Unterstützung ab. Das Thema Mutterschaft mit chronischer Erkrankung sollte daher nicht ausschliesslich aus medizinischer Perspektive betrachtet werden. Schwangere erfahren bezüglich ihrer Geburt eine eingeschränkte Wahlmöglichkeit und eine Nichtbeachtung ihrer Bedürfnisse (Lange et al., 2015).

Unsicherheit bei Hebammen im Umgang mit NCD

Betroffene Frauen gaben an, dass viele Schwierigkeiten in Bezug auf Schwangerschaft und NCD auf mangelnde Erfahrungen der Ärzte und Hebammen zurückzuführen seien (Walsh-Gallagher et al., 2012). Eine isolierte Behandlung durch verschiedene spezialisierte Disziplinen (Whitty et al., 2020) und mangelndes Know-how über chronische Krankheiten in der Schwangerschaft führen zu Unsicherheiten seitens der Hebammen bei der Beratung und Betreuung von Frauen mit NCD. Eine adäquate Betreuung von Frauen mit NCD in der Schwangerschaft erfordert ein solides Wissen über die jeweilige Erkrankung und deren Auswirkungen auf das maternale und neonatale Outcome. Hierbei geht es um das Erkennen, Ernstnehmen und Sich-zuständig-Fühlen.

Abbildung 2: Prävalenz indirekter mütterlicher Todesursachen, Grossbritannien, 2017–2019, *Knight et al., (2021), MBRRACE-UK*



Eine adäquate Betreuung von Frauen mit chronischer Erkrankung in der Schwangerschaft erfordert ein solides Wissen über die jeweilige Erkrankung und deren Auswirkungen auf das maternale und neonatale Outcome. Hierbei geht es um das Erkennen, Ernstnehmen und Sich-zuständig-Fühlen.

Es geht auch um eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit, welche in der Ethik als «team moral agency» beschrieben wird: das Integrieren von bestehenden Kompetenzen und die kollektive Verantwortlichkeit für das Erreichen bestmöglicher Outcomes für die schwangeren Frauen mit NCD und ihre Kinder. Eine Vernetzung der Versorgungsebenen sollte deshalb angestrebt werden, bei denen Hebammen ebenso eine Position innehaben wie Gynäkolog*innen und Spezialist*innen. Barnes et al. (2020) postulieren, dass sich ein ganzheitlicherer, systemischer Ansatz zur Verbesserung der Gesundheit von Müttern mit der globalen Belastung durch NCD befassen muss. Als Lösung schlagen sie bessere Datensysteme, die Aufklärung der Patientinnen über Anzeichen und Symptome und die Unterstützung evidenzbasierter, kulturell angemessener Massnahmen wie Hebammenhilfe, pränatale Gruppenbetreuung sowie soziale Unterstützung vor, um diese Herausforderung zu bewältigen (Barnes et al., 2020).

Im Rahmen einer Masterarbeit an der Berner Fachhochschule werden in einem Scoping Review die drei chronischen Erkrankungen mit den häufigsten Todesursachen beschrieben. Gemäss MBRRACE-UK sind dies Herzerkrankungen, der plötzlich auftretende, ungeklärte Tod bei Epilepsie und der Suizid.

Bei den Suiziden ist beachtenswert, dass 85 % der betroffenen Frauen wegen psychischer Probleme in der Primär- und Sekundärversorgung behandelt wurden. Dabei stellte die Depression mit 55 % die häufigste Diagnose dar (Knight et al., 2021). Diese Erkrankungen haben einschneidende Folgen bei ungenügender Betreuung. Trotzdem stehen diese in der geburtshilflichen Betreuung weniger im Fokus als beispielsweise Diabetes. Die Masterarbeit kann einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung von chronisch kranken Schwangeren durch Hebammen leisten, indem das Wissen über die häufigsten Todesursachen systematisiert aufgearbeitet wird.

Schwanger werden trotz chronischer Erkrankung

Die Fortschritte der Reproduktionsmedizin ermöglichen es heute, dass auch Frauen mit chronischen Erkrankungen Kinder kriegen können. Die assistierte Reproduktion birgt jedoch auch ihre Risiken für das maternale und neonatale Outcome. So treten bei Kinderwunschbehandlungen mit In-Vitro-Fertilisation und intracytoplasmatischen Spermieninjektion signifikant häufiger Mehrlingsschwangerschaften auf, welche bedeutsam für weitere spezifische Risiken sind. Doch unabhängig davon, wie viele Kinder sich in Utero nach einer assistierten Reproduktion entwickeln, weisen diese Schwangerschaften ein höheres Risiko für Präeklampsie, Frühgeburtlichkeit, niedriges Geburtsgewicht, erhöhte Kaiserschnittrate, Fehlbildungen, neonatale Aufnahme in die Intensivstation, perinatales sowie neonatales Versterben auf (Bohlmann et al., 2009).

Literatur

Bachmann, N., VBurla, L., & Kohler, D. (2015) Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen: Nationaler Gesundheitsbericht. www.obsan.admin.ch

Barnes, S. B., Ramanarayanan, D., & Amin, N. (2020) The Unseen Side of Pregnancy: Non-Communicable Diseases and Maternal Health. The Wilson Center. https://de.scribd.com

Bohlmann, M., Fritzsching, B., Luedders, D., Hornemann, A., Göpel, W., Pöschl, J., Diedrich, K., & Griesinger, G. (2009) Einfluss der assistierten Reproduktion auf Geburtshilfe und Neonatologie. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 213(06), 221–227.

Bundesamt für Gesundheit (2020) Herausforderung nichtübertragbare Krankheiten: Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017–2024 (NCD-Strategie), Kurzfassung. www.bag.admin.ch

Bundesamt für Gesundheit (2022) Zahlen und Fakten zu nichtübertragbaren Krankheiten. www.bag.admin.ch

Förger, F. (2011) Autoimmune rheumatische Erkrankungen in der Schwangerschaft. *Der Nephrologe*, 6(3), 277. https://doi.org/10.1007/s11560-011-0526-6

Kersten, I., Lange, A. E., Haas, J. P., Fusch, C., Lode, H., Hoffmann, W., & Thyrian, J. R. (2014) Chronic diseases in pregnant women: prevalence and birth outcomes based on the SNiP-study. BMC Pregnancy and Childbirth, 14(1), 75. https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-75

Knight, M., Bunch, K., Tuffnell, D., Patel, R., Shakespeare, J., Kotnis, R., Kenyon, S., & Kurinczuk, J. J. (2021) Saving Lives, Improving Mothers'Care: Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Death and Morbidity 2017-19. MBRRACE- UK. www.npeu.ox.ac.uk

Lange, U., Schnepp, W., & zu Sayn-Wittgenstein, F. (2015) Das subjektive Erleben chronisch kranker Frauen in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett – eine Analyse qualitativer Studien. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 219(4), 161–169. https://doi.org/10.1055/s-0034-1398632

Merz, W. M. (2016) Chronische Erkrankungen und Schwangerschaft. *Der Gynäkologe*, 49(9), 685–700. https://doi.org/10.1007/s00129-016-3946-6

Merz, W. M., Fischer-Betz, R., Hellwig, K., Lamprecht, G., & Gembruch, U. (2022). Schwangerschaft bei Autoimmunerkrankungen. *Dtsch Arztebl International*, 119(9), 145–155. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0353

Walsh-Gallagher, D., Sinclair, M., & Mc Conkey, R. (2012) The ambiguity of disabled women's experiences of pregnancy, childbirth and motherhood: a phenomenological understanding. Midwifery, 28(2), 156–162.

Whitty, C. J. M., MacEwen, C., Goddard, A., Alderson, D., Marshall, M., Calderwood, C., Atherton, F., McBride, M., Atherton, J., Stokes-Lampard, H., Reid, W., Powis, S., & Marx, C. (2020) Rising to the challenge of multimorbidity. BMJ, 368, l6964. https://doi.org/10.1136/bmj.l6964

World Health Organization (2012) The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and puerperium: ICD-MM. World Health Organization.

AUTORINNEN

Nanette Maier,
Hebamme, Studentin MSc Hebamme,
Berner Fachhochschule Gesundheit.

Prof. Dr. habil. Eva Cignacco,
Hebamme, Co-Fachbereichsleiterin Geburtshilfe
und Studiengangleiterin MSc Hebamme,
Berner Fachhochschule Gesundheit.

Long Covid: Auf dem Weg zur chronischen Krankheit?

Long Covid ist offiziell nicht als chronische Krankheit anerkannt, es fehlen Daten. Aus Mangel an Information und Hilfe gründete Chantal Britt, die seit März 2020 an Long Covid leidet und dadurch ihrer Arbeitsfähigkeit beraubt wurde, erst eine Selbsthilfegruppe und später den Verein «Long Covid Schweiz». Damit wollen Betroffene auf sich aufmerksam machen, Mut zusprechen und Unterstützung bieten. Nur so kann Long Covid als Krankheitsbild mit neuroimmunologischer Ursache anerkannt werden. Um dorthin zu gelangen, müssen durch klinische Studien Daten generiert und Weiterbildungsprogramme und Informationskampagnen gestartet werden. Den Erhebungen in der Bevölkerung zufolge sind doppelt so viele Frauen von Long Covid betroffen wie Männer. Was weiss man also über die Fruchtbarkeit und Schwangerschaft? Was passiert im weiblichen Körper? Ergebnisse dazu sind bisweilen nur anekdotisch: «Patientenzentrierten Befragungen aus England konnten wir entnehmen, dass ein Drittel der betroffenen Frauen Auswirkungen auf die Menstruation erleben. Entweder sie wird viel schmerzhafter, schwächer, unregelmässiger oder bleibt ganz aus. Zudem kann eine SARS-CoV-2-Infektion den Östrogen-Spiegel beeinflussen. Forschung über die wichtige Rolle der Hormone in der Long-Covid-Symptomatik – die übrigens viele Überschneidungen mit der Menopause hat – gibt es bislang keine», führt Chantal Britt aus und vergleicht ihr Long Covid mit einem Zustand, bei dem man Blei im Körper trage – sie fühlt sich permanent krank, hat kognitive Probleme und ist schnell erschöpft. Gegen die Fatigue werden unterdessen Medikamente bei Multipler Sklerose, Herzerkrankungen oder Krebs in klinischen Studien getestet, aber bis anhin gibt es keine medikamentöse Behandlung. «Deshalb wünschen wir uns patientenzentrierte Forschung über die Wirksamkeit und Sicherheit bestehender Medikamente und Therapien», sagt Chantal Britt stellvertretend für viele andere Betroffene. Die Zusammenarbeit verschiedener Akteure sei für die Versorgung und die Bewältigung dieser komplexen Erkrankung von ausserordentlich wichtiger Bedeutung. Die Patientenorganisation arbeitet zum Beispiel eng mit dem Bundesamt für Gesundheit, Fachorganisationen, Spitälern oder verschiedenen Verbänden zusammen.

Esther Grosjean, *Redaktorin Obstetrica*

Weitere Informationen unter https://long-covid-info.ch