

Interdisziplinäre Betreuung von Schwangeren mit schweren internistischen Vorerkrankungen

Ute Schäfer-Graf

Schwangere mit schwerwiegenden internistischen Vorerkrankungen stellen eine Risikogruppe von zunehmender Größe dar, die einer engen interdisziplinären Betreuung bedarf. Der Beitrag vermittelt die wichtigsten Hintergründe für die häufigsten Erkrankungen und erklärt anhand des Vorgehens am St. Joseph Krankenhaus in Berlin, wie eine abgestimmte Beratung und Behandlung umgesetzt werden kann. Hebammen tragen durch die emotionale Entlastung und fachliche Unterstützung der Schwangeren wesentlich dazu bei, Schwangerschaftsverlauf und Geburt positiv zu gestalten.



► **Abb. 1** Wie das interdisziplinäre Team chronisch erkrankte schwangere Frauen gemeinsam betreut, beschreibt dieser Artikel am Beispiel des St. Joseph Krankenhauses Berlin. (Quelle: elenabsl – stock.adobe.com)

Hintergrund

Bedingt durch demografische Veränderungen betreuen wir immer öfter schwangere Frauen, deren vorbestehende Erkrankungen in der Schwangerschaft mit besonderen Risiken für Mutter und Kind einhergehen können. Laut Perinatalerhebung 2017 beträgt das Durchschnittsalter

der Schwangeren in Deutschland aktuell 30 Jahre [1]. Mit steigendem Alter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit chronischer Erkrankungen, etwa Nieren- und Autoimmunerkrankungen oder Hypertonus (Bluthochdruck). Die Prävalenz von Frauen im reproduktiven Alter mit einer chronischen Grunderkrankung wird auf bis zu 25%

geschätzt. Ein weiterer Aspekt ist, dass Fortschritte in der Therapie schwerwiegender Erkrankungen des Kindesalters dazu führen, dass mehr Mädchen das Reproduktionsalter erreichen. Hinzu kommt, dass fast 40% der Schwangeren übergewichtig oder adipös sind.

Vorbestehende Erkrankungen haben negative Auswirkung auf die Schwangerschaft und erhöhen die mütterliche Morbidität und Mortalität. Das erklärt u.a. die altersabhängige Rate der Müttersterblichkeit.

Erkrankungen mit Relevanz für die Schwangerschaft

Diabetes

Circa 1% der Schwangeren in Deutschland gehen mit einem bekannten Diabetes in die Schwangerschaft. Dazu kommen die Frauen, bei denen der Diabetes durch die Vorsorgeuntersuchungen erst in der Schwangerschaft entdeckt wird, typischerweise Typ 2 Diabetes. Diese werden oft fälschlich als Gestationsdiabetes klassifiziert und als solches in der Perinatalerhebung dokumentiert.

Diabetes ist ein klassisches Beispiel dafür, dass zur optimalen Betreuung der schwangeren Frau zwei, wenn nicht sogar mehr Fachgruppen benötigt werden. Es ist seit langem etabliert, dass die diabetologische Betreuung eng gekoppelt sein sollte an das Feedback der geburtshilflichen Betreuer. Eine erfolgreiche Stoffwechselloptimierung z. B. bei ultrasonografischem Verdacht auf Entstehung einer diabetischen Fetopathie ist nur bei enger Kooperation/ Kommunikation von Diabetologe und Gynäkologe möglich. Auch das Risiko für Präeklampsie und Frühgeburt steigt mit unzureichender Stoffwechseleinstellung.

Die diabetische Retinopathie und Nephropathie – in der Schwangerschaft entstehend oder vorbestehend mit und ohne Progredienz – erfordert die zusätzliche Einbeziehung von Augenärzten und Nephrologen sowie eine enge Abstimmung der Betreuung unter Berücksichtigung der spezifischen Risiken. Ohne einen koordinierenden Ansprechpartner, der Sorge dafür trägt, dass die erforderlichen Kontrollen von allen Seiten durchgeführt werden, und der die Befunde bündelt, obliegt dies primär der Schwangeren, die damit oft überfordert ist. Idealerweise ist dieser Ansprechpartner an der Geburtsklinik angesiedelt, wo die Frau ihr Kind gebären möchte.

Merke

Präpartal sollten bei Schwangeren mit Diabetes noch die Stillberaterinnen ins Boot geholt werden, um mit einer vorbereitenden Beratung und der Schulung zur Kolostrumgewinnung den Stillanfang und die Stilldauer zu fördern.

In Bereich Diabetes gab es bereits 1998 erste gemeinsame Leitlinien zur Betreuung von Schwangeren mit Diabetes – zu einer Zeit, als das Verfassen von Leitlinien allgemein noch in den Kinderschuhen steckte. Die aktuelle Leitlinie zum Gestationsdiabetes findet sich bei der AWMF [2]. Die Leitlinien zur Betreuung von diabetischen Schwangeren (Typ 1 und 2) stehen zur Überarbeitung an. Die bis Ende 2019 gültige Version findet sich bei der AWMF [3].

Adipositas

Adipositas ist eine neue Herausforderung in der Geburtshilfe geworden. Laut Perinatalerhebung waren 2017 14,6% der Schwangeren adipös, d.h. sie hatten einen Body-Mass-Index von $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ [1]. Die Tendenz ist steigend. Die Frauen gehen auch nicht selten bereits mit Co-Morbiditäten wie Hypertonus, Hyperlipidämie und Insulinresistenz in die Schwangerschaft, was bereits bei der Schwangerschaftsplanung und -vorbereitung berücksichtigt werden sollte.

Vor allem in ausgeprägter Form kann Adipositas Schwangerschaftskomplikationen wie Hypertonus, Infektionen mit Frühgeburt, Schwangerschaftsdiabetes oder eine erschwerte Geburt und postpartale Atonie sowie Wundheilungsstörungen begünstigen.

Hatten Schwangere eine bariatrische Operation, benötigen sie wegen der verringerten Aufnahme von Nährstoffen, Spurenelementen und Vitaminen ebenfalls eine spezielle Betreuung, um sicherzustellen, dass das Ungeborene ausreichend versorgt wird. Bei diesen Operationen erfolgt entweder eine Verkleinerung des Magens entlang der großen Krümmung (Schlauchmagen) oder es wird ein kleiner Restmagen direkt mit einer Dünndarmschlinge verbunden unter Umgehung des Duodenums (RY-Bypass). Insbesondere beim Bypass kommt es zur Malabsorption.

Die Auswirkungen von Adipositas werden als so relevant eingeschätzt, dass von der Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin (AG G) der DGGG eine S3 Leitlinie initiiert wurde, die voraussichtlich im Sommer 2019 veröffentlicht wird.

Kardiovaskuläre Erkrankungen

Kardiovaskuläre Erkrankungen unterscheiden sich erheblich bezüglich ihrer Symptome, Ausprägung und Krankheitsverläufe zwischen Männern und Frauen. Wegen dieser ausgeprägten genderspezifischen Unterschiede war die Kardiologie das erste Fachgebiet, in dem sich die Gendermedizin etablierte. Das schlägt sich auch in den beteiligten Fachgesellschaften einer aktuellen Leitlinie zur Betreuung von Schwangeren mit kardiovaskulären Erkrankungen nieder. Diese ist in einer Zusammenarbeit der Internationalen Gesellschaft für Gender Medicine (IGM), des Deutschen

Instituts für Gender Medizin, der Europäischen Kardiologie-Gesellschaft (ESC), der europäischen Gesellschaften für Gynäkologie (ESG) und Anästhesie (ESA) entstanden.

Das spiegelt auch wider, welche Herausforderungen sich nur in enger Kooperation von Geburtshelfern und Kardiologen bewältigen lassen: schwer einstellbarer Hypertonus (z.T. mit Dreifach-Therapie), postpartale Kardiomyopathie und Frauen nach Myokardinfarkten (zum Glück selten Myokardinfarkte in der Schwangerschaft), die mit extrem hoher maternaler Mortalität einhergehen.

Dazu kommt, dass durch die operativen Fortschritte in der Korrektur von angeborenen Herzfehlern bereits bei Neugeborenen mehr Mädchen das Erwachsenenalter erreichen und schwanger werden.

Nierenerkrankungen

In höherem Alter dürfte die Diabetes bedingte Nephropathie als Folge langjähriger unzureichender Stoffwechseleinstellung überwiegen. Bei jüngeren Frauen handelt es sich eher um autoimmun vermittelte Nephropathien, z.B. die IgA-Nephropathie oder die mit Lupus erythematodes einhergehende Form, interstitielle Nephropathie oder kongenitale Nierenerkrankungen wie Zystennieren. Diese Veränderungen gehen mit mehr oder minder ausgeprägter Albuminausscheidung im Urin und Niereninsuffizienz einher.

In der Schwangerschaft kann es zu einer Progredienz kommen, insbesondere der Proteinausscheidung, die ein erhebliches Ausmaß annehmen kann (> 10g/Tag) und von schweren Ödemen begleitet wird. Dazu kommt das hohe maternale Risiko einer Schwangerschaftshypertonie und von Seiten des Feten einer Wachstumsretardierung. Auch hier ist nur durch eine Hand-in-Hand-Betreuung der Frau durch Geburtshelfer und Nephrologen eine optimale Versorgung möglich.

Merke

Frauen mit einer ausgeprägten Niereninsuffizienz wird geraten, auf eine Schwangerschaft zu verzichten oder bis nach einer Nierentransplantation zu warten. Grund hierfür ist das Risiko der Progression bis zur Dialysepflichtigkeit während der Schwangerschaft.

Die AG G hat in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie zur Problematik „Nierenerkrankungen und Schwangerschaft“ eine S 2k Leitlinie initiiert.

Autoimmunerkrankungen: Antiphospholipidsyndrome und Lupus erythematoses

Beim Antiphospholipidsyndrom (APS), auch Cardioli-pin-Antikörper-Syndrom genannt, handelt es sich um eine autoimmunologische Thrombophilie mit vielgestalteter Ausprägung und damit auch Symptomatik. Außerhalb der Schwangerschaft steht das Auftreten einer Thrombose, die zur Diagnostik führt, im Vordergrund. Zur Diagnosestellung gehört der Nachweis von Antiphospholipid-Antikörpern in Kombination mit klinischen Kriterien. Dazu gehören mindestens eine gesicherte Thrombose oder auf geburtshilflicher Seite mindestens ein Abort nach 10 Schwangerschaftswochen bzw. 2 Aborte vor 10 SSW oder IUFT ohne Auffälligkeiten beim Feten oder eine Geburt vor 34 SSW wegen schwerer Präeklampsie. Daraus wird ersichtlich, dass der alleinige Nachweis von APL-AK zur Diagnose nicht ausreicht. Die Prävalenz von APL-AK liegt bei gesunden Blutspendern bei bis zu 10 %, die Prävalenz von APS wird geschätzt auf 1:20 000 mit einer deutlich häufigeren Erkrankungsrate bei Frauen. Die Bedeutung für die Geburtshilfe liegt in einem erhöhten Risiko für Aborte, intrauterinen Fruchttod und Präeklampsie.

Lupus erythematoses (SLE) ist eine Autoimmunerkrankung, bei der die Immunreaktion dauerhaft aktiviert ist. Es werden in hohem Maße Antikörper gegen körpereigene Zellkernbestandteile, sog. antinukleäre Antikörper (ANA) gebildet. APS tritt am häufigsten im Rahmen eines SLE auf. Die Autoantikörper schädigen körpereigene Zellen, was alle Organe, einschließlich der Haut betreffen kann. Bei 70 % der Frauen ist die Niere beteiligt, diese Lupusnephritis ist für die Langzeitprognose des systemischen Lupus erythematoses maßgeblich.

Merke

Bei Lupus erythematoses (SLE) ist eine Planung der Schwangerschaft essenziell, da einige der Medikamente, die z. T. dauerhaft eingenommen werden müssen, nicht mit einer Schwangerschaft kompatibel sind.

Das betrifft vor allem Immunsuppressiva. 30 Prozent der Schwangeren mit stabilem SLE haben einen Schub. Gerade in dieser Situation bedarf das Management einer engen Absprache zwischen den behandelnden Immunologen und Geburtshelfern. Die geburtshilflichen Risiken entsprechen denen des APS.

Zur Prophylaxe werden sowohl bei primärem APS als auch bei SLE ASS (100 mg / Tag) und niedermolekulares Heparin eingesetzt, Letzteres bis 6 Wochen nach der Geburt.

Optimierung der Betreuung von Schwangeren mit internistischen Erkrankungen

Konzepte zur Optimierung der Betreuung von Frauen mit Vorerkrankungen mit dem Ziel der Verringerung von Morbidität und Mortalität der Schwangeren und des Neugeborenen sollten die nachfolgend aufgeführten Aspekte berücksichtigen. In den anglo-amerikanischen Ländern wurde dafür der Begriff *obstetrical medicine* (Geburtshilfemedizin) oder *obstetrical physician* (Geburtshilfearzt) geprägt.

1. Präkonzeptionelle Beratung

- Erfassung des Schwangerschaftsrisikos:
 - Schwere der Erkrankung und bisheriger Verlauf
 - aktuelle Befunde
 - zu erwartende Beeinflussung des Krankheitsverlaufes durch die Schwangerschaft
 - medikamentöse Optionen vor und während der Schwangerschaft
 - eventuelle Modifikation der Medikation
 - genetische Beratung bei chromosomal bedingten Erkrankungen
- Vorschlag des optimalen Schwangerschaftszeitpunktes:
 - eventuelle Optimierung der Behandlung
 - stabile Befunde für mindestens 6 Monate
- Entwurf eines Betreuungsplanes

HINTERGRUND

Warum präkonzeptionelle Beratung wichtig ist

Bei Frauen mit schwerwiegenden internistischen Erkrankungen ist eine präkonzeptionelle Beratung wichtig. Wird die Beratung erst in der Frühschwangerschaft durchgeführt, resultieren folgende Nachteile:

- Das Risiko für Komplikationen kann bereits in der Frühschwangerschaft bestehen.
- Eine Beeinflussung der Organogenese durch Medikamente ist möglich.
- Die Entscheidung gegen eine Schwangerschaft bei hohem mütterlichem und fetalem Risiko kann erst in der Schwangerschaft getroffen werden.

2. Koordination der beteiligten Fachdisziplinen

Die diversen beteiligten Fachdisziplinen sollten ambulant und stationär durch einen primären Ansprechpartner koordiniert werden. Dieser sollte möglichst in der Geburtsklinik angesiedelt sein.

3. Wahl der geeigneten Geburtsklinik

Kriterien für eine geeignete Geburtsklinik für Schwangere mit schwerwiegenden internistischen Erkrankungen sind:

- Neonatologie im Haus
- spezifische Fachdisziplinen im Haus

Umsetzung der interdisziplinären Betreuung an einer großen Geburtsklinik

Um dieses Konzept umzusetzen, wurde am St. Joseph-Krankenhaus in Berlin eine neue Sprechstunde im Rahmen der Risiko-Ambulanz eingerichtet. An einem Vormittag in der Woche werden gebündelt Termine an Frauen / Schwangere vergeben, die einen schwer einstellbaren Hypertonus, Nephropathie, Autoimmunerkrankungen, Adipositas per magna haben oder eine bariatrische Operation hatten. Diese Sprechstunde wird nur von Oberärzten und Oberärztinnen angeboten, primär von der Autorin dieses Artikels.

Für die Ersttermine wird eine Stunde vorgesehen, um mit ausreichend Zeit die Anamnese erheben zu können und alle Befunde zu sichten. Zudem erfolgen geburtshilfliche Maßnahmen wie Ultraschall und CTG. Wenn nötig, wird bereits während des Termins oder im Anschluss die Kontaktaufnahme mit den externen Kollegen veranlasst. Je nach Bedarf und Schwangerschaftswoche finden die

Folgetermine gemeinsam mit einem Oberarzt bzw. einer Oberärztin der Klinik für Innere Medizin, Schwerpunkt Hypertonie und Nephrologie, oder auch mit einem Chirurg bzw. einer Chirurgin statt. Es gibt dort einen festen Ansprechpartner.

Was kann die Hebamme beitragen?

Begleitende Vorsorge durch Hebammen stellt gerade bei diesen belasteten Frauen eine wichtige zusätzliche Unterstützung dar – sowohl emotional als auch fachlich. Es kann sehr hilfreich für die Frau sein, wenn sie die Fülle an Informationen, die auf sie einströmt, mit einer Fachperson besprechen kann. Das gilt gerade dann, wenn Komplikationen zu schwierigen Entscheidungen zwingen.

Aus eigener Erfahrung wissen wir, dass nach Arztbesuchen in Stresssituationen nur noch Bruchteile der Gesprächsinhalte erinnerlich sind. Zudem hat die Hebamme noch einmal einen anderen, direkteren Zugang zu der schwangeren Frau. Auch die erfahrungsgemäß häufigeren geburtshilflichen Vorsorgeuntersuchungen, z. B. CTGs, können alternierend von Hebammen übernommen werden.

Idealerweise hat die Hebamme einen engen Bezug zur Geburtsklinik und zu dem primären Ansprechpartner,

der an einer Sprechstunde für Risikoschwangere angesiedelt ist, und kann die Frau bei den wichtigsten Terminen begleiten.

FAZIT

Relevanz für die Praxis

- Schwangere mit internistischen Vorerkrankungen tragen in erheblichem Maße zur statistischen maternalen Morbidität und Mortalität bei.
- Frauen mit Vorerkrankungen benötigen bereits präkonzeptionell, spätestens jedoch in der Frühschwangerschaft, eine interdisziplinäre Beratung betreffend Risikoeinschätzung, empfehlenswerter Voruntersuchungen und Entwicklung eines Betreuungsplans für die Zeit der Schwangerschaft.
- Eine enge interdisziplinäre und interprofessionelle Versorgung und Koordination ist essenziell.
- Therapieentscheidungen sollten optimalerweise in interdisziplinären Fachkonferenzen getroffen werden.
- Begleitende Hebammenbetreuung kann durch emotionale Entlastung der Schwangeren und fachliche Unterstützung zur Optimierung von Schwangerschaftsverlauf und Geburt beitragen.

Autorinnen / Autoren



Prof. Dr. med. Ute Schäfer-Graf ist Fachärztin für Gynäkologie, Diabetologin DDG und der Berliner Ärztekammer sowie Perinatologin. Sie ist Leiterin des Berliner Diabeteszentrums für Schwangere.

Korrespondenzadresse

Berliner Diabeteszentrum für Schwangere
Prof. Dr. Ute Schäfer-Graf
 Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
 St. Joseph Krankenhaus
 Wüsthoffstrasse 15
 12101 Berlin
 E-Mail: Ute.Schaefer-Graf@sjk.de

Literatur

- [1] IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2017 Geburtshilfe Qualitätsindikatoren Stand: 01.08.2018. https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2017_BUAW_V02_2018-08-01.pdf
- [2] AWMF. S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge. 2. Auflage. Praxisempfehlung. AWMF-Registernummer: 057-008. DDG, DGGG-AGG 2018; https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/057_D_Diabetes_Ges/057-008pr_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2018-03.pdf
- [3] AWMF. Leitlinien Diabetes und Schwangerschaft. Registernummer: 057-023. AWMF, DDG2014; <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/057-023.html>
- [4] Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. Eur Heart J. 2018 Sep 7;39(34):3165–3241. doi: 10.1093/eurheartj/ehy340

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0861-0541>
 Die Hebamme 2019; 32: 57–62
 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
 ISSN 0932-8122