

Prof. Dr. med. Jael Backe

Schwangerschaft ist keine Krankheit

Welche Ratschläge und
Untersuchungen Schwangere
wirklich brauchen

mvgverlag 

Nun ist es so, dass eine Harnwegsinfektion in der Schwangerschaft nicht einfach ignoriert werden darf. Manche Studien weisen darauf hin, dass möglicherweise ein Zusammenhang zwischen einer solchen Infektion und der Entstehung einer sogenannten Präeklampsie besteht (AWMF-Leitlinie Nr. 043/044). Das ist eine Erkrankung, die mit erhöhtem Blutdruck und vermehrter Eiweißausscheidung im Urin einhergeht. Es gibt auch Untersuchungen, die einen Zusammenhang zwischen Bakterien im mütterlichen Urin und niedrigem Geburtsgewicht des Kindes sowie Frühgeburtlichkeit nahelegen.

Aus diesen Gründen stellt die Schwangerschaft einen Sonderfall in der Urindiagnostik und in der Behandlung von Harnwegsinfektionen dar: Während bei gesunden nicht schwangeren Frauen das bloße Vorhandensein von Bakterien im Urin nicht behandlungsbedürftig ist, wird von den Fachgesellschaften für Sie als Schwangere ausdrücklich die Behandlung mit Antibiotika gefordert, wenn in Ihrem Urin Bakterien nachgewiesen werden. Das gilt auch für den Fall, dass Sie gar keine Symptome wie Brennen beim Wasserlassen, häufiges Wasserlassen, blutigen Urin oder ununterdrückbaren Harndrang haben. Man spricht in diesen Fällen von der sogenannten asymptomatischen Bakteriurie (AWMF-Leitlinie Nr. 043/044). In Europa, in Amerika und in Australien besteht laut Studienergebnissen bei 4 bis 7 Prozent aller Schwangeren eine derartige asymptomatische Bakteriurie.

Laut Leitlinien soll die symptomlose Bakterienausscheidung im Urin in der Schwangerschaft behandelt werden, um schwerwiegende Folgen für Mutter und Kind zu verhindern. Da es sich in diesem besonderen Fall um eine Situation handelt, bei der körperliche Beschwerden fehlen, hängt die Entscheidung zur Behandlung mit Antibiotika ausschließlich von den Ergebnissen der Urinuntersuchung ab – es handelt sich um eine reine Labordiagnose.

Leider ist es so, dass Ärzte hier nur die erhobenen Laborwerte behandeln und nicht Sie als Patientin. Es ist nicht mehr wichtig, Ihnen zuzuhören, Sie zu beobachten und zu untersuchen. Allein das Lesen von Laborwerten steht im Mittelpunkt, und diese werden häufig noch nicht einmal mit aussagekräftigen Methoden erhoben.

Das ist die Hauptursache des geschilderten Problems: Wenn der Einsatz von Antibiotika bei der asymptomatischen Bakteriurie ausschließlich von einem Laborwert abhängt und nicht von Ihren Beschwerden, dann muss der Urintest auch qualitativ sehr hochwertig und aussagekräftig sein. Nur so kann die Fehldiagnose oder Übertherapie vermieden werden. Die heute vorwiegend angewendeten Urinteststreifen können diese Anforderung aber mit Sicherheit nicht erfüllen.

Was sagen dazu die Mutterschafts-Richtlinien in ihrer aktuellsten Fassung? Sie schreiben vor, dass alle vier Wochen der Mittelstrahl-Urin auf Eiweiß, Zucker und Sediment (Betrachtung der festen Bestandteile des zentrifugierten Urins unter dem Mikroskop) untersucht werden muss. Eine bakteriologische Untersuchung wird nur bei auffälliger Krankengeschichte oder auffälligem Sedimentbefund gefordert.

Über die Ungenauigkeit der Urindiagnostik mit Teststreifen und Mikroskopie

Tatsache ist, dass von niedergelassenen Frauenärzten, Hebammen und Kliniken im Rahmen der Schwangerenvorsorge fast ausschließlich Schnellteststreifen für die Urinanalyse eingesetzt werden. Die sogenannten bakteriologischen Untersuchungen werden selten angewendet, denn sie sind zu umständlich und zu teuer. Sie sind in den Mutterschafts-Richtlinien auch nicht näher spezifiziert worden.

Das kann so nicht ausreichen. Mit meiner Kritik bin ich nicht alleine. Die Verwendung der Urinteststreifen wird auch in der aktuellen S3-Leitlinie »Harnwegsinfektionen«, die im Juni 2010 veröffentlicht wurde und von mehreren Fachgesellschaften gemeinsam erstellt wurde, sehr kritisch bewertet (AWMF-Leitlinie Nr. 043/044). Dort steht: »Die in der Praxis in der Regel durchgeführten Streifentests haben nur eine geringe Sensitivität [Anm. d. Autorin: Entdeckungsrate] von 14 Prozent bis 50 Prozent für eine symptomlose Bakterienausscheidung im Urin in der Schwangerschaft.« Daher reiche der alleinige Einsatz der Streifentests

nicht aus, um eine asymptomatische Bakteriurie zu diagnostizieren. Eine qualitativ hochwertige Urindiagnostik kann ausschließlich mit einer Urinkultur durchgeführt werden. So steht es auch in den Leitlinien, die aber einschränken, dass eine solch hochwertige Diagnostik, standardmäßig bei allen Schwangeren angewendet, »weder ökonomisch sinnvoll noch im Alltag praktikabel« sei. (AWMF-Leitlinie Nr. 043/044).

Im Klartext: Eine wirklich aussagekräftige Urindiagnostik ist zu teuer und für die ärztliche Routine zu aufwendig.

Ein Ausweg aus dieser Situation wäre es, mindestens einmal in der Schwangerschaft eine Urinkultur anzulegen. Bislang ist ein solches Vorgehen nicht geplant. Laut Auskunft des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) auf meine Anfrage wurde »dieses Thema noch nicht bearbeitet«.

Stattdessen empfiehlt die aktuelle Leitlinie zur Urindiagnostik eine zweite Urinuntersuchung »unter optimalen Bedingungen«, um eine unnötige Behandlung mit Antibiotika zu vermeiden. Damit könne die Rate der falsch-positiven Proben – das sind Proben, die eine Krankheit anzeigen, obwohl die Patientin gar nicht erkrankt ist – um bis zu 40 Prozent reduziert werden. Es geht hier also um eine Menge falscher Testergebnisse bei der Urinanalyse. Es geht darum, dass der Urin fälschlicherweise als mit Bakterien infiziert bezeichnet wird. Und es geht damit um zahlreiche unnötige Behandlungen mit Antibiotika. Obwohl die Leitlinie »Harnwegsinfektionen« bereits vor mehr als einem Jahr veröffentlicht wurde, hat sich an dieser Routine der Schwangerenvorsorge in Deutschland nichts geändert.

Fazit: Zahlreiche falsch-positive Urinproben – ein unglaublich hoher Prozentsatz von Antibiotikatherapien, die nicht notwendig wären. Das ist ein starkes Stück Vorsorgemedizin! Auf der anderen Seite werden Frauen, die tatsächlich einen Harnwegsinfekt haben, aufgrund der minderwertigen diagnostischen Methoden häufig nicht oder zu spät behandelt. Bei der derzeitigen Situation der Schwangervorsorge bleibt Ihnen da als Schwangere nur,

- Harnwegsinfektionen selbst vorzubeugen (z. B. ausreichend trinken, warmhalten),
- selbst auf Anzeichen einer Infektion zu achten (z. B. Brennen beim Wasserlassen) und
- es kritisch zu hinterfragen – vielleicht sogar um eine Bakterienkultur zu bitten –, wenn Ihr Arzt Ihnen wegen einer symptomlosen Bakteriurie Antibiotika verschreiben will.

Wie viel Eisen brauchen Sie als schwangere Frau?

Eisen ist ein essenzielles, lebensnotwendiges Spurenelement. Es erfüllt wichtige Funktionen bei der Blutbildung, beim Aufbau von Muskelzellen und Eiweißprodukten, und es ist an zahlreichen Stoffwechselfunktionen beteiligt. In der Schwangerschaft ist Eisen essenziell für die Entwicklung des Zentralnervensystems Ihres ungeborenen Kindes. Als Schwangere benötigen Sie etwa 1000 Milligramm zusätzliches Eisen: Das Ungeborene und der Mutterkuchen brauchen 350 Milligramm, weitere 650 Milligramm werden für die Blutbildung und Blutverluste bei der Geburt verbraucht. Eisen ist für schwangere Frauen wichtig.

Das Spurenelement kommt in tierischen und pflanzlichen Lebensmitteln vor, wobei das tierische Eisen besser vom menschlichen Darm aufgenommen werden kann als pflanzliches. Die Aufnahme von Eisen wird durch Vitamin C gefördert und durch schwarzen Tee und Kaffee vermindert. Verzehrstudien haben gezeigt, dass Jungen und Männer aller Altersgruppen, wohl aufgrund des hohen Fleischkonsums, gut bis allzu gut mit Eisen versorgt sind. Frauen nach den Wechseljahren sind gut versorgt, jüngere Frauen liegen etwas unter den Zufuhrempfehlungen.

Bei einem ausgeprägten Mangel an Eisen entsteht eine Blutarmut (Anämie). Neben dem Eisenmangel gibt es weitere Ursachen für Anämien. Etwa 50 Prozent aller Anämien entstehen durch Folsäure- und Vitamin-B₁₂-Mangel, Blutungen oder bestimmte Erkrankungen wie Malaria.

Man geht davon aus, dass in Europa etwa 20 Prozent der jungen Frauen an einer Eisenmangelanämie leiden. Zu den Symptomen gehören Blässe, Müdigkeit, Herzklopfen, Schwindel und die Neigung, ohnmächtig zu werden. Zudem können sich Menschen mit Eisenmangel schlechter konzentrieren. Aber auch Depressionen und das Syndrom der unruhigen Beine, das sogenannte Restless-legs-Syndrom, werden mit einem Eisenmangel in Verbindung gebracht. Man sagt, dass eine starke Anämie mit Hämoglobinwerten unter 6 Gramm pro Deziliter in der Schwangerschaft zu einer erhöhten Fehlgeburtsrate, zu kindlichen Entwicklungsstörungen und zur Frühgeburtlichkeit führen kann (www.dgho-onkopedia.de). Bei einem mütterlichen Hämoglobinwert unter 9 Gramm pro Deziliter kann es zum verlangsamten Wachstum des Babys im Mutterleib kommen und man geht davon aus, dass das Risiko für eine Fehl- oder Frühgeburt erhöht ist (Scholl et al. 1992, Breymann 2011).

An dieser Stelle sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ein leichter bis mittelschwerer mütterlicher Eisenmangel nicht zu einem Abfall des kindlichen Hämoglobinwertes führt, weil der kindliche Organismus in der Schwangerschaft bevorzugt versorgt wird (www.dgho-onkopedia.de). Zudem wurde beobachtet, dass sich ungeborene Kinder von Müttern, die schon lange unter einem chronischen Eisenmangel leiden und sich bereits gut an diese Situation anpassen konnten, völlig problemlos und ohne Mangelerscheinungen entwickeln (Breymann 2011).

Neuere Untersuchungen geben Hinweise darauf, dass es in der Schwangerschaft ein wichtiges Zeitfenster gibt, in dem ein Eisenmangel sich besonders stark auf die Entwicklung des Ungeborenen auswirkt: Es handelt sich um den Zeitraum von kurz vor der Befruchtung bis zum Ende des dritten Schwangerschaftsmonats. Dabei ist der Zeitpunkt wichtiger als das Ausmaß des Eisenmangels (Mihaila et al. 2011).

Aber wie viel Eisen braucht eine schwangere Frau? Ist es wirklich angebracht, den Frauen aus unserem europäischen Kulturkreis des Überflusses die gleichen Dosis-Empfehlungen auszusprechen wie Frauen aus den