

1. EINLEITUNG

Das Krankheitsbild der hypokalzämischen Gebärpause zeigt sich bei der Milchkuh in der Regel unmittelbar nach dem Abkalben und äußert sich darin, dass die Kuh kaum oder gar nicht mehr in der Lage ist, aufzustehen. Dabei kann sie sowohl ein gestörtes als auch ungestörtes Allgemeinbefinden aufweisen.

Die Erkrankung tritt weltweit auf und betrifft vor allem Betriebe mit einer intensiven Milchviehhaltung. Bei einer durchschnittlichen Inzidenz von 5 bis 10 %, verursacht die Gebärpause trotz ausgereifter Prophylaxemaßnahmen nach wie vor hohe wirtschaftliche Verluste, die durch die Behandlungskosten, den auftretenden Milchverlust oder sogar den Totalausfall der betroffenen Kühe zu Stande kommen. Dazu summieren sich unter Umständen noch die Kosten für notwendige Behandlungen von Folgeerkrankungen, die mit einer Hypokalzämie assoziiert werden, wie z.B. die Nachgeburtshaltung oder die Labmagenverlagerung.

Als bislang häufigste Ursache für das peripartale Festliegen gilt die bei der klassischen Gebärpause überwiegend auftretende Hypokalzämie. Diese Form ist schon seit dem Ende des 18. Jahrhunderts bekannt und wird unter anderem auch als Milchfieber, Gebärkoma oder puerperales Festliegen bezeichnet. Zur ursächlichen Behandlung dieser primären Mineralstoffstörung hat sich die Infusionstherapie mit Kalziumlösungen bewährt.

Seit einigen Jahren wird aus der Praxis jedoch gehäuft über therapieresistente Fälle des Festliegens berichtet, die auch auf eine wiederholte Kalziumgabe nicht ansprechen.

Bei der ersten Untersuchung der erkrankten Kühe wird die Diagnose der hypokalzämischen Gebärpause in der Regel auf Grund des klinischen Erscheinungsbildes und des zeitlichen Bezugs der Erkrankung zur Kalbung gestellt. Vor allem bei einem ausbleibenden Therapieerfolg muss diese Diagnose jedoch durch weitere klinische Befunde sowie durch eine klinisch-chemische Blutuntersuchung bestätigt werden.

Gleichzeitig können dadurch die möglichen Differentialdiagnosen und Erkrankungen anderer Organsysteme erfasst werden, die sich in einem der hypokalzämischen Gebärpause ähnlichen Krankheitsbild äußern, denn diese lassen sich allein durch die klinische Untersuchung nicht immer eindeutig von einer Hypokalzämie unterscheiden.

Neben dem reinen Kalziummangel wird auch einer alleinigen oder gleichzeitig auftretenden Hypophosphatämie eine mögliche Rolle im Krankheitsgeschehen zugeschrieben, jedoch gibt es dazu kontroverse Meinungen.

Unbestritten ist dagegen die Bedeutung einer isolierten oder begleitenden Hypomagnesämie, die als so genannte Weide- bzw. Laktationstetanie ebenfalls ein Festliegen verursachen kann.

Neben diesen Mineralstoffstörungen als Auslöser des Festliegens muss sowohl diagnostisch als auch differentialdiagnostisch verstärkt an Erkrankungen der Leber (Fettleber, Ketose), des muskuloskelettalen Systems (Muskelschäden, Sehnenrupturen, Frakturen), an Nervenschädigungen sowie an einer Belastung der Kühe durch Endotoxine (Fütterung, Mastitis, Puerperalerkrankungen) gedacht werden.

Nur wenn diese möglichen Ursachen richtig erkannt werden, kann eine sinnvolle Therapie eingeleitet werden. Auch die eventuell notwendigen unterstützenden Maßnahmen können dann dem Krankheitsverlauf besser angepasst werden. Die möglichst genaue Diagnosestellung der zu Grunde liegenden Ursache oder eines Ursachenkomplexes ist natürlich auch hinsichtlich einer prognostischen Beurteilung von großer Bedeutung.

Ziel dieser Arbeit ist es zum einen, vergleichend bei Fleckvieh- und Holsteinkühen, mit Hilfe der klinischen Untersuchung und vor allem durch weiterführende klinisch-chemische Laboruntersuchungen zu überprüfen, ob neben dem reinen Kalziummangel weitere und/oder andere mögliche Ursachen für ein peripartales Festliegen erfasst werden können. Sofern sich aus diesen Untersuchungen die ätiologische Diagnose des peripartalen Festliegens sichern lässt, soll zum anderen festgestellt werden, ob sich der Erstbehandlungserfolg unter der Standardtherapie mit Kalziumlösungen tatsächlich verschlechtert hat.

Durch die alternativ eingeleitete Infusionstherapie mit zwei verschiedenen Infusionslösungen, die sich in ihrem Kalzium-, Phosphor- und Magnesiumgehalt unterscheiden, soll zudem deren Wirksamkeit in der Behandlung der klassischen Gebärparese überprüft werden.

In diesem Zusammenhang soll auch die Frage geklärt werden, ob einem Therapieversagen möglicherweise eine fehlerhafte Diagnostik zu Grunde liegt. Somit wäre die isolierte Betrachtungsweise mit nur einer Krankheitsursache des peripartalen Festliegens nicht länger sinnvoll, sondern es muss daran gedacht werden, dass es sich auch um ein multifaktorielles Krankheitsgeschehen handeln kann, das allein durch die sorgfältige klinische Untersuchung nicht endgültig diagnostisch abgeklärt werden kann.