

Prof. Dr. med. Jael Backe

Schwangerschaft ist keine Krankheit

Welche Ratschläge und
Untersuchungen Schwangere
wirklich brauchen

Vorwort

In fast allen Bereichen der heutigen Medizin kümmern sich Ärzte um kranke Menschen. Sie bemühen sich darum, Krankheiten zu heilen, zu helfen oder zumindest bestehende Symptome zu lindern. Das ärztliche Bemühen in diesen medizinischen Fachgebieten steht unter dem negativen Vorzeichen von Leid, Schmerz, Angst und Verlust. Immer mehr Menschen werden psychisch krank, leiden an Depressionen oder Angststörungen. Krebserkrankungen wie Darmkrebs oder Prostatakrebs nehmen zu. Auch in der Frauenheilkunde sind diese eher traurigen Themen leider dauernd präsent.

Vor diesem Hintergrund ist es ein Privileg, als Arzt oder Ärztin gesunde junge Frauen wie Sie durch die Schwangerschaft begleiten zu dürfen. Hier steht alles unter einem positiven, freudigen Vorzeichen: Ein neues Lebewesen wächst heran.

Es geht um konstruktives Planen, freudiges Erwarten, um »In-sich-wachsen-Lassen« und um das, was man früher »guter Hoffnung sein« nannte. Die ärztliche Begleitung der schwangeren Frauen von der Feststellung der Schwangerschaft, dem gemeinsamen Sehen der ersten kindlichen Herzaktionen im Ultraschall, dem ersten Verspüren von kindlichen Bewegungen durch die werdende Mutter und dem Wahrnehmen von physiologischen Veränderungen des mütterlichen Körpers bis hin zur beginnenden Wehentätigkeit ist eine erfüllende, verantwortungsvolle Aufgabe. Auch und gerade wenn sich im Verlauf der Schwangerschaft Komplikationen ergeben, entsteht im Laufe von etwa acht bis neun Monaten eine vertrauensvolle Beziehung zwischen schwangerer Frau und Arzt, die in eventuellen weiteren Schwangerschaften eine Vertiefung erfährt.

So schön könnte die Begleitung schwangerer Frauen sein ... Doch leider trifft dieses rosarote Bild der Schwangerenvorsorge immer weniger zu. Die Schwangerschaft ist ein normaler Zustand im Leben einer Frau, in dem die Schwangere grundlegende Umstellungsprozesse an Leib und Seele erfährt. Schwangerschaft ist eben nur ein »anderer Umstand« und kein krankhafter Umstand in einem Frauenleben. Die Schwangerschaft wird von der derzeitigen Medizin zunehmend zu einer grundlegend gefährdeten Lebenssituation erklärt, zu einer Situation, in der zahlreiche Risiken die Schwangerschaft oder

die Schwangere bedrohen. Schwangerschaft ist heute ohne das Wort »Risiko« nicht mehr denkbar.

Dieses Thema wird sich durch alle Bereiche Ihres neuen Alltags als Schwangere ziehen: Bakterien in der Nahrung, der angebliche Vitaminmangel, Ihr Alter, Ihr Körpergewicht, Bewegungsmangel, zu hoher Blutzucker und vieles mehr – all dies wird als Risiko hervorgehoben. Eine Schwangerschaft wird heutzutage von ärztlicher Seite überwacht wie eine schwere chronische Erkrankung.

Wen wundert es, dass die »gute Hoffnung« sich ganz langsam aus der Schwangerschaft verabschiedet und einer allgemeinen Risikoangst und grundlegenden Besorgnis schwangerer Frauen Platz macht? Doch wer propagiert diese Risiken? Das sind wir Ärzte selbst, und dazu alle Schwangerschaftsdienstleister sowie unzählige Arten von Beratern, die sich um den einträglichen Markt der Schwangerschaft scharen.

Eines Tages fragte ich mich, wie viel von dem, was ich selbst schwangeren Frauen mitteile, zu dieser Verängstigung beiträgt. Ich bin aus rechtlichen Gründen verpflichtet, über zahlreiche sogenannte Schwangerschaftsrisiken aufzuklären. Selbst wenn ich den Risikogedanken nicht verbreiten will, *muss* ich beispielsweise eine Schwangere über 35 Jahren über das altersabhängige Fehlbildungsrisiko des Babys aufklären. Das verlangt das Gesetz. Ich sitze als Ärztin in der Aufklärungsfalle und ziehe die werdende Mutter gleich mit hinein.

In meiner täglichen Praxis beobachte ich, wie viele schwangere Frauen grundlegend verunsichert und unnötig verängstigt sind. Über ihnen schwebt der Dämon des Risikos. Dies brachte mich auf den Gedanken, ein Buch zu diesem Thema zu verfassen. Dieses Buch will kein Ratgeber sein – davon gibt es schon mehr als genug –, sondern das exakte Gegenteil: ein Anti-Ratgeber, der Ihnen Mut macht, sich aus dem Risikodenken aller professionellen und selbstberufenen »Rat-Geber« zu befreien.

Und noch etwas begann mich zu beschäftigen: Wie viele Untersuchungen der Routinevorsorge sind eigentlich sinnvoll? Seit Jahren führe ich im Rahmen der Schwangerenvorsorge Urin- und Blutanalysen durch, von denen ich nicht einmal weiß, ob sie tatsächlich aussagekräftig sind. Ich stecke als Ärztin im Laufrad der blinden, vorschrittmäßigen Routine. Deswegen hinterfrage ich in diesem Buch auch den Sinn und die Aussagekraft einiger Untersuchungen,

die die Mutterschafts-Richtlinien vorschreiben. Um es vorwegzunehmen: Es gibt hier viele Untersuchungen, die nicht notwendig wären, und ebenso viele, die nicht aussagekräftig sind. Und dennoch werden diese tagtäglich bei Tausenden von Schwangeren durchgeführt.

Wir Ärzte machen das alles mit – wir sind nur noch blinde Vollzugsorgane. Das Problem liegt hier allerdings nicht nur beim einzelnen Arzt, sondern ist vielmehr ein grundlegendes Thema unseres Gesundheitswesens. Dazu gehört unter anderem die wesentliche Frage: Wie weit sollte sich die Vorsorgemedizin mit ihren Interessen in Ihre Individualsphäre als schwangere Frau einmischen dürfen, wie sehr darf das, was wir in der Vorsorge erreichen können, zu einer Norm für alle werden?

Ich für meinen Teil will mit diesem Buch nicht nur versuchen, der aktuell praktizierten Schwangerenvorsorge in Deutschland einen kritischen Impuls zu geben. Ich möchte Ihnen Mut machen, selbstbewusst und kritisch an der Schwangerenvorsorge teilzunehmen. Ich möchte Sie ermuntern, sich nicht von allen erdenklichen Risiken erdrücken zu lassen, sondern die gute Hoffnung in sich wachsen zu lassen.

Prof. Jael Backe, im Sommer 2012

Kapitel 1

Urin- und Blutuntersuchung – welche sind sinnvoll?

Zu viele Bakterien im Urin, zu wenig Eisen im Blut – über unsinnige Untersuchungen und unnötige Behandlungen in der Schwangerschaft

*»Die Medizin unseres Jahrhunderts hat ein prinzipielles Monopol auf das Wissen beansprucht, aufgrund dessen sie Normwidrigkeit erst bestimmen, dann erkennen und schließlich behandeln kann.«
(Duden 2002a)*

Ihr Start in die Schwangerenvorsorge

Wenn Sie als schwangere Frau zur Vorsorgeuntersuchung in die gynäkologische Praxis kommen, erhalten Sie einen Becher und werden gebeten, diesen mit frischem Mittelstrahl-Urin zu füllen und im Labor der Praxis abzugeben. Dort taucht eine Praxismitarbeiterin möglichst zeitnah einen Teststreifen hinein und liest ab, ob das vermehrte Auftreten von Blut, Eiweiß, Zucker, weißen Blutkörperchen, Nitrit und Ascorbinsäure im Urin angezeigt wird. Das Ergebnis wird bei jeder Vorsorgeuntersuchung in Ihrem Mutterpass notiert und vom Arzt interpretiert. So sehen es die Mutterschafts-Richtlinien vor (G-BA 2012). Doch es können sich Situationen daraus ergeben, die zu unsinnigen Therapien führen. Lassen Sie mich dies an zwei Beispielen aus der Praxis erläutern.

Fallbeispiel: Carina K., 24 Jahre

Carina K. ist zum ersten Mal schwanger und 21 Schwangerschaftswochen weit. Bisher gab es keine Besonderheiten im Schwangerschaftsverlauf. Sie ist

gesund und hatte noch nie eine Erkrankung der Nieren oder der Harnblase. Carina kommt zur Vorsorgeuntersuchung in meine Praxis und gibt wie gewöhnlich ihren Urin ab. Die Indikatorfelder der Teststreifen zeigen an, dass in Carinas Urin vermehrt weiße Blutkörperchen und Nitrit vorhanden sind, auch die roten Blutkörperchen sind gering erhöht. Dies wird im Mutterpass vermerkt. Hat sie eine Blasenentzündung?

Ich befrage sie nach typischen Beschwerden wie Brennen beim Wasserlassen, häufigem Harndrang oder auffallendem Geruch des Urins. Sie verneint dies, es geht ihr gut. Auf meine Frage, wie viel sie täglich trinkt, gibt sie einen knappen Liter an. Heute hat sie erst einen halben Liter getrunken. Es ist Sommer und sehr warm draußen. Deswegen vermute ich, dass ihre heutige Trinkmenge zu gering war, sie hat viel geschwitzt. Der Urin ist sehr konzentriert, sieht dunkelgelb aus. Wir vereinbaren, dass sie noch einmal zur Urinkontrolle kommen soll, nachdem sie mindestens 2 Liter Wasser oder Tee getrunken hat. Bei dieser zweiten Urinuntersuchung sehen wir einen klaren, hellen Urin. Die Teststreifen zeigen keinen Farbumschlag an.

Was folgern wir daraus? Die Aussage der Urinteststreifen wird durch die Trinkmenge beeinflusst. Ein verdünnter Urin wird durch diese Streifen eher als »gesund« bewertet, ein konzentrierter Urin kann fälschlicherweise als Blasenentzündung gedeutet werden. Die Teststreifen sind in ihrer Aussage nicht zuverlässig.

Fallbeispiel: Annabell W., 30 Jahre

Annabell W. erwartet ihr drittes Kind. Sie ist in der 32. Schwangerschaftswoche. Auch sie war bisher immer gesund und alle bisherigen Schwangerschaften verliefen ohne Besonderheiten. Sie stellt sich heute zum ersten Mal in meiner Praxis vor, da sie vor wenigen Wochen von einer anderen Stadt hierher umgezogen ist und eine neue Frauenärztin braucht. Bei der Durchsicht ihres Mutterpasses fällt mir auf, dass Annabell schon dreimal Antibiotika verordnet wurden, weil die Urinuntersuchung einen auffälligen Befund ergeben hatte.

Im Gespräch mit mir gibt sie an, niemals Beschwerden gehabt zu haben, die für eine Blasenentzündung typisch gewesen wären. Es erfolgten immer nur Teststreifen-Untersuchungen und eine mikroskopische Analyse des Urins durch

das Personal der früheren Frauenarztpraxis. Eine bakteriologische Untersuchung war zu keinem Zeitpunkt durchgeführt worden. Auch hatte bisher kein Arzt eine sogenannte Urinkultur angelegt, mit der man den Erregertyp bestimmen und dessen Empfindlichkeit auf Antibiotika testen kann.

Ich bin überzeugt, dass die Antibiotika, die Annabell verschrieben wurden, mit großer Wahrscheinlichkeit unnötig waren, weil die durchgeführte Urindiagnostik vollkommen unzulänglich war. Dafür hatte sie durch den Einsatz von Penicillin eine hartnäckige Pilzinfektion und Durchfälle entwickelt.

Urinuntersuchung: eine »schwierige diagnostische Aufgabe«?

In den aktuellen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu Harnwegsinfektionen heißt es: »Trotz ihrer Häufigkeit und Bedeutung in der täglichen Praxis stellt die korrekte Feststellung, ob eine Harnwegsinfektion vorliegt, eine schwierige diagnostische Aufgabe dar.« (AWMF-Leitlinie Nr. 043/044).

Das ist schon eine unglaubliche Aussage, wenn man daran denkt, dass die sogenannte Harnschau oder Uroskopie von der Antike bis in die frühere Neuzeit hinein eines der wichtigsten Diagnosemittel der Medizin darstellte. Damals war die Beurteilung des Urins ein zentrales Mittel, um Rückschlüsse auf die »Mischung der Körpersäfte« und zugrunde liegende Erkrankungen zu ziehen. Dass noch heute, im hoch technisierten 21. Jahrhundert, die Diagnose eines Harnwegsinfektes Probleme bereiten soll, ist erstaunlich. Im Folgenden werden wir sehen, dass diese »diagnostischen Probleme« Auswirkungen auf die Qualität der Schwangerenbetreuung haben.

Antibiotika – oft überflüssig oder zu unspezifisch

Berichte wie diejenigen von Annabell und Carina sind keine Einzelfälle. Ähnliches geschieht tagtäglich in der Schwangerenvorsorge. Die Fallbeispiele sind repräsentativ für ein Vorgehen, das in den Mutterschafts-Richtlinien

verbindlich vorgegeben ist und von jedem Frauenarzt so durchgeführt werden muss.

In ganz Deutschland kommt es auf diese Weise dazu, dass viele Schwangere immer wieder zu Urinkontrollen genötigt werden und Antibiotika verschrieben bekommen, die überhaupt nicht nötig wären.

Auf der anderen Seite werden tatsächliche Harnwegsinfektionen häufig gar nicht oder zu spät erkannt. Zudem werden die antibiotischen Substanzen meist ungezielt, das heißt ohne Austestung verschrieben. Und dies mit allen Folgeerscheinungen einer verfrühten ungezielten Antibiotika-Therapie, wie

- Pilzinfektionen im Magen-Darm-Trakt und im Genitalbereich,
- gestörte Darmflora,
- Resistenzentwicklung der Bakterien, sodass die Antibiotika, wenn es wirklich nötig wäre, nicht mehr wirksam sind.

Die Erreger von Harnwegsinfektionen sind in Deutschland immerhin schon in hohem Maße resistent gegen das in der Schwangerschaft am häufigsten verwendete Antibiotikum Ampicillin. In einer großen Studie, die in urologischen und frauenärztlichen Praxen von neun europäischen Ländern sowie Brasilien durchgeführt wurde, lag die Resistenzrate in Deutschland für Ampicillin bei ganzen 67 Prozent (AWMF-Leitlinie Nr. 043/044).

Haben Sie eine »asymptomatische Bakteriurie«?

In der Schwangerschaft verändert sich der weibliche Organismus auf verschiedene Art. Die Veränderungen begünstigen das Auftreten von Harnwegsinfektionen:

- Die Durchblutung der Nieren steigt um 30 bis 40 Prozent an, wodurch der Urin stärker verdünnt wird. Die Konzentration entzündungshemmender Substanzen im Urin nimmt damit ab.
- Die Harnröhre ist in der Schwangerschaft deutlich erweitert. So können Bakterien leichter nach oben in die Blase aufsteigen.
- Während der Schwangerschaft kommt es zu einer spezifischen Unterdrückung des Immunsystems. Daher sind Blase und Nieren anfälliger für Infektionen.

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, Herzerasen, 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

Entwicklungsländern, die sehr viel häufiger unter einer Eisenmangelanämie leiden?

Zu viel Eisen ist schädlich

Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) hat Tabellen zur Risikobewertung von Vitaminen und Mineralstoffen vorgelegt, in denen der Mineralstoff Eisen mit der Risikokategorie »hoch« bewertet wird. Das bedeutet, dass bei Eisen nur ein geringer Abstand besteht zwischen der empfohlenen täglichen Dosis und der täglichen Dosis-Obergrenze, die gerade noch höchstwahrscheinlich keine Gefährdung darstellt (www.bfr.bund.de).

Das BfR informiert darüber, dass im Zusammenhang mit eisenhaltigen Medikamenten und Nahrungsergänzungsmitteln das Risiko einer Überdosierung in akuter oder chronischer Form besteht. Akut treten Eisenvergiftungen vor allem bei Kindern auf. Diese reagieren mit Erbrechen, Durchfall, Fieber, Nieren- und Leberschäden. Chronische Schäden bei langfristiger hoch dosierter Einnahme von Eisen erhöhen das Risiko für Herzerkrankungen und für bösartige Tumoren.

Eine wissenschaftliche Untersuchung zeigt, dass schwangere Frauen unter einer Gabe von 30 Milligramm Eisen pro Tag wesentlich häufiger Bluthochdruck entwickeln als eine Kontrollgruppe ohne Eisenmedikation (Ziaei et al. 2007). Eine weitere warnende Stimme bezüglich der Eisenmedikation in der Schwangerschaft kommt von dem Kinderarzt Professor Bernfried Leiber, der aufgrund international veröffentlichter Studien auf den Zusammenhang von Eiseneinnahme und Zinkmangel hinweist. Unter Eisenmedikation sinkt die Aufnahme von Zink im Darm schwangerer Frauen. Zink ist ein wichtiges essenzielles Spurenelement, das bei der Produktion von über 300 lebenswichtigen Eiweißstoffen notwendig ist. Der Kinderarzt sieht einen Zusammenhang zwischen Zinkmangel in der Schwangerschaft und späteren Entwicklungsstörungen des Ungeborenen. Insbesondere die Entstehung einer Neurodermitis im Kleinkindalter wird als mögliche Folge beschrieben (O'Brien 2000, Leiber 2001).

Eine umfassende Untersuchung befasste sich mit den Auswirkungen und der Sicherheit von vorsorglich gegebenem Eisen bzw. Eisen mit Folsäure in der

Schwangerschaft. Sie wertete 49 Studien zu diesem Thema mit über 23 000 untersuchten schwangeren Frauen aus (Pena-Rosas und Viteri 2009). Zwei wichtige Ergebnisse lieferte diese Untersuchung:

1. Die Autoren fanden, dass verbesserte mütterliche Eisenwerte keinen Einfluss auf die vorgeburtliche kindliche Entwicklung, das kindliche Geburtsgewicht, auf Frühgeburtlichkeit und mütterliche oder kindliche Infektionen hatten.
2. Zudem beobachteten sie, dass unter täglicher Eisengabe die mütterlichen Hämoglobinwerte im zweiten und dritten Schwangerschaftsdrittel auf zu hohe Werte anstiegen.

Da man die Risiken dieses zu hohen Eisenwertes in der Schwangerschaft noch nicht abschätzen kann, empfehlen die Autoren dieser großen Studie, dass man die Routine der Eisengabe an schwangere Frauen überdenken sollte. ***Dies möchte auch ich hier zu bedenken geben: Weniger künstlich zugeführtes Eisen in der Schwangerschaft wäre in vielen Fällen besser als zu viele unkritisch eingesetzte Eisenmedikamente.***

»Mangel« verkauft sich gut

Warum hört und liest man eigentlich immer nur vom Eisenmangel? Jede Apothekenzeitschrift, jeder Schwangerschaftsratgeber, jedes Internetforum und auch die Lehrbücher strotzen geradezu vor Werbung für Eisenprodukte und vor Mahnungen bezüglich des drohenden Eisenmangels. Das Thema Mangel verkauft sich einfach besser als das Thema Übermaß. Wieso thematisiert eigentlich keiner die Risiken der Eisenüberladung? Ich wundere mich, mit welcher unreflektierten »Arzneiroutine«¹ fast jede Schwangere im Laufe der Schwangerschaft mindestens ein Rezept für ein Eisenpräparat erhält, wenn der Hämoglobinwert im Blut »zu niedrig«

¹ Der sehr anschauliche Begriff der Arzneiroutine wurde übrigens von Friedrich Graf geprägt, der in seinem Buch *Kritik der Arzneiroutine bei Schwangeren und Kleinkindern* aus einem homöopathischen Blickwinkel Kritik an der Ordnungspraxis seiner ärztlichen Kollegen äußert (Graf 2010).

ausfällt. Im Folgenden werde ich erläutern, warum zahlreiche Schwangere entweder unnötig mit Eisenpräparaten »gefüttert« werden und andere schwangere Frauen mit einer wirklichen Anämie unerkannt bleiben.

Eine Frage der Definition: Was ist eine Schwangerschaftsanämie?

Laut Mutterschafts-Richtlinien soll zur Erfassung einer Anämie in der Schwangerschaft im Abstand von jeweils vier Wochen der Hämoglobinwert bestimmt werden. Wenn er weniger als 11,2 Gramm pro Deziliter beträgt, soll eine Zählung der roten Blutkörperchen erfolgen. Dies wird in Deutschland von allen Ärzten und Hebammen so praktiziert. Doch dieses empfohlene bzw. vorgeschriebene Vorgehen ist nicht sinnvoll und medizinisch unprofessionell.

Der Hintergrund: Wenn Sie schwanger sind, ändert sich die Zusammensetzung Ihres Blutes, um die Versorgung Ihres ungeborenen Kindes gewährleisten zu können. Das ist in jeder Schwangerschaft so. Die Masse der roten Blutkörperchen nimmt um 30 Prozent zu, das Blutplasma (der flüssige Anteil des Blutes) nimmt hingegen um 50 Prozent zu. Auf diese Weise wird das Blut verdünnt – man nennt das »Verdünnungsanämie« (Breymann 2011). Diese wurde früher auch als »physiologische Anämie«, also als eine in der Schwangerschaft »normale Anämie« bezeichnet: Ein Abfall des Hämoglobinwertes um 2 bis 4 Gramm pro Deziliter ist in diesem Zusammenhang normal und sinnvoll.

Der unterste Hämoglobinwert, der in der Schwangerschaft stadienabhängig noch »normal« ist, liegt laut Leitlinien in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft bei 11 Gramm pro Deziliter, im vierten bis neunten Monat sinkt er sogar auf 10 Gramm pro Deziliter ab. Ein solcher Hämoglobinwert wäre bei einer Nicht-Schwangeren deutlich zu niedrig. Erst bei Werten unterhalb dieser Grenzen spricht man von einer »echten« Schwangerschaftsanämie.

Wieso steht denn das in keinem Schwangerschaftsratgeber und in so wenigen Lehrbüchern? Aus welchem Grund werden so oft zu hohe Normwerte zugrunde gelegt? Weshalb wird überall ein Eisenmangel beschworen, der alle Schwangeren bedroht? Aus welchem Grund wird von Experten empfohlen,