

Ernährungsdefizite in der Schwangerschaft

V. Briese¹, W. Kirschner², K. Friese¹

Ernährungswissenschaftliche Empfehlungen werden von der Bevölkerung unzureichend umgesetzt. Das machen auch die ersten Ergebnisse aus der Zwischenauswertung der Befragung zum Ernährungszustand von Schwangeren im BabyCare-Programm deutlich, die im nachfolgenden Beitrag vorgestellt werden. Mit einer intensiveren Beratung ihrer Patientinnen können Gynäkologen wesentlich dazu beitragen, die Informationsdefizite in diesem Bereich zu vermindern.

Die Auswertung der ersten 1.000 BabyCare-Fragebögen hat gezeigt, dass Ernährungsmängel in der Schwangerschaft sehr häufig sind. Von den Frauen, die sich im Durchschnitt in der 13. Schwangerschaftswoche befinden, nehmen demnach

- 20 % zu viel Energie (und zu viel Fett),
- 40 % aber zu wenig Energie und
- 45 % viel zu wenig Flüssigkeit zu sich.

Ein großer Teil der Schwangeren nimmt mit der normalen Ernährung nur 50 % (oder noch weniger) der von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfohlenen Tagesdosen an wichtigen Mineralstoffen und Vitaminen zu sich. Diese Gruppe umfasst

- bei Jod 83 % der Schwangeren,
- bei Folsäure 77 % und
- bei Eisen 76 %.

Während die Folsäuredefizite noch weitgehend kompensiert werden können, weil das Vitamin häufig substituiert wird, bestehen bei Jod und Eisen bleibende Unterversorgungssituationen für die Hälfte bzw. über drei Viertel der Schwangeren.

¹ Universitätsfrauenklinik Rostock

² Forschung, Beratung + Evaluation GmbH in Medizin, Epidemiologie, Gesundheits- und Sozialwesen, Berlin (FB + E)

Zur Verbesserung der Situation bedarf es verschiedener Maßnahmen. So sollten sich die niedergelassenen Gynäkologen der Ernährungsberatung ihrer Patientinnen deutlicher widmen. Ein Instrument dazu ist ein vierseitiger Ernährungsfragebogen, der von den Verfassern bezogen werden kann.

Datengrundlagen – das BabyCare-Programm

Zehn Monate nach dem Start von BabyCare nutzen mehr als 1.000 niedergelassene Gynäkologen das Vorsorgeprogramm für eine gesunde Schwangerschaft im Rahmen der Schwangerschafts-Vorsorge. Über 10.000 Frauen haben bisher teilgenommen. Im vorliegenden Beitrag wird die Ernährungssituation in der Schwangerschaft thematisiert.

Die hier präsentierten Ergebnisse basieren auf einer Zwischenauswertung der ersten ca. 1.000 Fragebögen, die bis Anfang 2001 bei FB + E eingegangen waren. Bei 852 (80 %) der 1.064 Fragebögen war auch der Ernährungsfragebogen der DGE ausgefüllt worden. Dieser erfasst das Ernährungsverhalten auf der Grundlage eines siebentägigen Ernährungsprotokolls. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich mehrheitlich auf den Ernährungsfragebogen, beziehen aber auch Daten des Hauptfragebogens ein.

Die Fragebögen im BabyCare-Programm dienen dazu, den teilnehmenden Schwangeren individuell Hinweise auf gesundheitliche Risiken und Möglichkeiten ihrer Verringerung bzw. Vermeidung zu geben. Eine Gesamtauswertung der Daten kann darüber hinaus epidemiologische Hinweise auf bestehende Probleme in der Schwangerschaft erbringen.

Ernährungsempfehlungen und gesundheitliche Risiken des Ernährungsverhaltens

Die DGE gibt in Abstimmung mit entsprechenden Gesellschaften anderer Länder regelmäßig Ernährungsempfehlungen heraus, die sich auf Art und Menge der Nahrungsmittel beziehen und auf eine individuelle Deckung des ernährungswissenschaftlich empfohlenen Bedarfs der täglichen Aufnahme an Energie, Vitaminen und Mineralstoffen orientiert sind.

Der tägliche Energiebedarf des Menschen ist vom Geschlecht, der Körpergröße und dem Alter unter Berücksichtigung der täglichen Bewegungshäufigkeit und -intensität bei der Arbeit oder in der Freizeit abhängig. Schwangeren wird empfohlen, ab dem vierten Monat ca. 300 kcal zusätzlich zum individuellen Energiebedarf zu sich zu nehmen. Für Vitamine und Mineralstoffe gibt es Empfehlungen einer wünschenswerten täglichen Tagesdosis. Auch hier sind die empfohlenen Mengen für Schwangere regelmäßig höher als für nicht schwangere Frauen vergleichbaren Alters.

Erhebliche und dauerhafte Über- oder Unterschreitungen der empfohlenen Gesamtenergiemenge führen zu Übergewicht bzw. Untergewicht. Diesen Zuständen ist ab einem bestimmten Grad (z.B. gemessen über den Body-Mass-Index) selbst Krankheitswert zuzusprechen, etwa wenn eine Adipositas vorliegt. Aber auch schon bei leichter und mittlerer Ausprägung stellen sie gesundheitliche Risikofaktoren z.B. für Herz-Kreislaufkrankheiten dar. Darüber hinaus sind Überge-

wicht und vor allem Untergewicht eigenständige Risikofaktoren für eine Frühgeburt. Eine aktuelle Auswertung der Daten der Deutschen Perinatalstatistik zeigt bei einer durchschnittlichen Frühgeburtenrate von 7 % bei Frauen mit einem Körpergewicht von 50 kg und weniger eine Frühgeburtenrate von über 10 %. Bei älteren untergewichtigen Frauen (> 39 Jahre) beträgt die Frühgeburtenrate sogar 17 % (persönliche Mitteilung M. Voigt, UFK Rostock, 2001).

Auch eine dauerhafte und erhebliche Unterschreitung der empfohlenen Tagesdosis bei Vitaminen und Mineralstoffen kann zu gesundheitlichen Risiken und negativen Gesundheitsfolgen führen. (Überschreitungen der Mengen werden mit Ausnahme von Vitamin A in der Schwangerschaft nur in extremen Verzehrsmengen für gesundheitsschädlich, allerdings auch nicht für nützlich gehalten.) Die erhebliche und dauerhafte Unterversorgung mit Vitaminen und Mineralstoffen stellt ein gesundheitliches Risiko dar, das in eher unspezifischen Allgemeinsymptomen, aber auch in manifesten Erkrankungen zum Ausdruck kommen kann.

Die Unterversorgung beispielsweise mit Folsäure und Jod birgt epidemiologisch gesicherte Risiken für den Verlauf der Schwangerschaft, die Ent-

Energieaufnahme und Körpergewicht		
Körpergewicht	Energieaufnahme	
	> 110 % n = 178	< 90 % n = 321
nach Selbsteinschätzung		
■ eher zu hoch	30 %	50 %
■ eher zu niedrig	11 %	2 %
■ gerade richtig	59 %	48 %
nach Body-Mass-Index		
■ < 20 (Untergewicht)	33 %	15 %
■ 20 - 25 (Normalgewicht)	52 %	50 %
■ > 25 (Übergewicht)	15 %	35 %
Konsum fettarmer Produkte (immer/häufig)		
	22 %	30 %

Tab. 1: Zusammenhänge der zu hohen bzw. zu geringen Energieaufnahme mit dem Körpergewicht (Quelle: BabyCare Zwischenauswertung 1/2001).

wicklung und die Gesundheit des Kindes und nicht zuletzt auch für die Gesundheit der werdenden Mutter. Folsäure wird für Stoffwechselprozesse, die Zellteilung und das Wachstum benötigt. Besonders wichtig ist die Folsäureversorgung in der Zeit der Organbildung. Große epidemiologische Untersuchungen haben wiederholt gezeigt, dass die Häufigkeit von Fehlbildungen (z.B. Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten) durch die präkonzeptionelle Einnahme von 400 bis 600 µg Folsäure täglich um über 70 % gesenkt werden kann (1, 2). Von den jährlich über 1.000 derartigen Neuerkrankungen in Deutschland wäre damit weit über die Hälfte vermeidbar.

Jodmangel führt zu typischen Jodmangelkrankheiten, vor allem zu Strumaentwicklung und Hypothyreose, kann aber auch neurologische Symptome und Krankheiten sowie eine geistige Retardierung des Kindes bewirken. Mehr als 90 % der Kropfentwicklungen könnten durch eine ausreichende Aufnahme von Jod verhindert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der „Kropf“ so verbreitet ist wie die Hypertonie. Mehr als 30 % der Bevölkerung sind betroffen.

Anders als z.B. bei der erheblichen und dauerhaften Überschreitung des Gesamtenergiebedarfs kann bei der Unterversorgung mit Vitaminen und Mineralstoffen – auf der Grundlage der vorliegenden epidemiologischen Studien – zwar die Art des möglichen Risikos benannt werden, nicht in jedem Falle aber der Grad des Risikos im Sinne relativer Erkrankungsrisiken.

Methodik der individuellen und epidemiologischen Ernährungsanalyse

Während die Folgen einer nicht empfehlungsgerechten Aufnahme von Energie für den Einzelnen und auch den behandelnden Arzt leicht sichtbar und messbar sind, sind Defizite in der Versorgung mit Vitaminen und Mineralstoffen viel schwieriger festzustellen.

Energiebedarf und Energieaufnahme

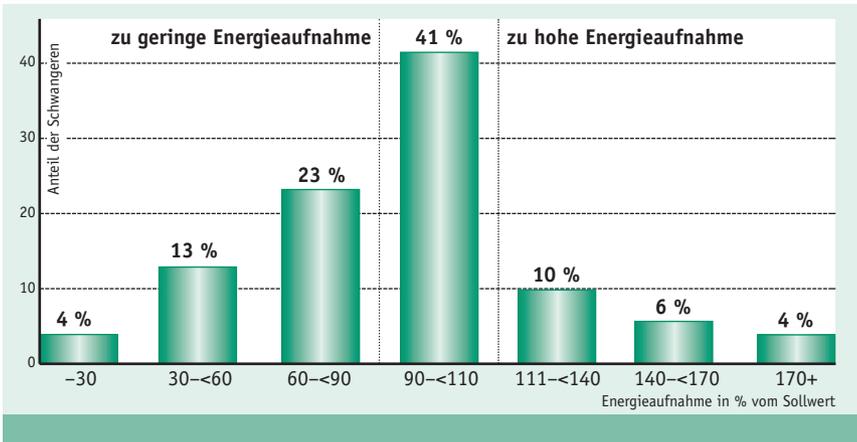


Abb. 1: Gesamtenergiebedarf – Abweichungen der Istwerte vom Sollwert (Quelle: BabyCare Zwischenauswertung 1/2001)

Neben aufwendigen labordiagnostischen Maßnahmen, die nur in Ausnahmefällen zur Anwendung kommen dürften, hat sich in der epidemiologischen Forschung, aber auch in der Praxis der Gesundheits- und Ernährungsberatung der Einsatz von Ernährungsfragebögen bewährt. Die Zuverlässigkeit der Analysen ist – abgesehen von den Programmroutinen der Analyse selbst – vor allem davon abhängig, wie sorgfältig und vollständig der Fragebogen ausgefüllt ist. Unsere Teilnehmerinnen werden eingehend auf diesen Punkt hingewiesen.

Mit dem vierseitigen Ernährungsfragebogen im BabyCare-Programm können die Teilnehmerinnen für die letzten sieben Tage auf der Grundlage vorgegebener Nahrungsmittel und Verzehrsmengen ihr Ernährungsverhalten dokumentieren. Nach wenigen Tagen erhalten sie ihre individuelle Ernährungsanalyse, ggf. mit konkreten Empfehlungen.

Die Ernährungsanalyse berücksichtigt die oben genannten bedarfsbestimmenden Faktoren und legt damit einen individuell gültigen Sollwert für den empfohlenen Energiebedarf fest. Das Programm ermittelt dann über die im Ernährungsfragebogen für die sieben Tage angegebenen Nahrungsmittel, wie viel Energie aufgenommen wurde. Auf dieselbe Art wird die Versorgung mit Vitaminen und Mineralstoffen bestimmt. Die Teilnehmerinnen können u.a. anhand einer Graphik ihre individuellen Istwerte mit den Sollwerten vergleichen. Sie können nun – auch in Abstimmung mit ihrem Frauenarzt – entscheiden, ob Sie den Empfehlungen der DGE durch eine gezielte Veränderung ihres Ernährungsverhaltens folgen möchten.

Um eine beschreibende epidemiologische Analyse des Ernährungsverhaltens vornehmen zu können, müssen Klassen der Über- und Unterversorgung gebildet werden. Diese können nach aktuellem Wissenstand nicht nach dem Kriterium einer je

nach Klasse unterschiedlich hohen Eintrittswahrscheinlichkeit eines gesundheitlichen Risikos oder einer Gesundheitsschädigung gebildet werden. Gezeigt werden soll lediglich, wie viele Schwangere bei welchen Ernährungsparametern die Sollempfehlungen der DGE in welchem Maße nicht erfüllen. Die Frage nach der gesundheitlichen Relevanz einer Unterversorgung ist späteren weitergehenden Analysen vorbehalten, in die auch Daten zu den Geburten der Teilnehmerinnen eingehen müssen. Dem Charakter von Empfehlungen folgend, basiert die vorliegende Analyse also auf der begründeten Hypothese, dass gesundheitliche Risiken mit dem Grad der Normabweichung steigen.

Für die Bewertung der Ernährung bilden wir folgende sieben Klassen:

- empfohlene Aufnahme: Istwerte im Bereich zwischen 90 und 110 % vom Sollwert
- erhöhte Aufnahme: Istwerte 111 bis < 140 % vom Sollwert
- stark erhöhte Aufnahme: Istwerte 140 bis < 170 % vom Sollwert
- extrem erhöhte Aufnahme: Istwerte 170 % vom Sollwert und mehr
- zu geringe Aufnahme: Istwerte 89 bis > 60 % vom Sollwert
- viel zu geringe Aufnahme: Istwerte 60 bis > 30 % vom Sollwert
- extrem geringe Aufnahme: Istwerte 30 % vom Sollwert und weniger

Energiebedarf und Energieaufnahme

Gesamtenergiebedarf, Fett, Kohlenhydrate, Eiweiß und Wasser

Nur 41 % der Schwangeren erfüllen den Sollenergiebedarf zwischen 90 und 110 %. Der Anteil der Schwangeren mit insgesamt zu geringer Energieaufnahme ist mit 40 % deutlich höher als der Anteil derjenigen mit überhöhter Energieaufnahme (20 %). Bei knapp jeder fünften Schwangeren (17 %) entspricht die Energieaufnahme 60 % und weniger der empfohlenen Energiemenge. Umgekehrt nimmt jede zehnte Schwan-

Körpergewicht: Selbsteinschätzung und BMI

Körpergewicht	nach SE	nach BMI	Faktor
Gesamt (n = 852)			
■ eher zu hoch	40 %	24 %	1,67
■ gerade richtig	56 %	55 %	1,02
■ eher zu gering	4 %	21 %	0,19
Zu hohe Energieaufnahme (n = 178)			
■ eher zu hoch	30 %	15 %	2,00
■ gerade richtig	59 %	52 %	1,13
■ eher zu gering	11 %	33 %	0,33
Zu geringe Energieaufnahme (n = 321)			
■ eher zu hoch	50 %	35 %	1,43
■ gerade richtig	48 %	50 %	0,96
■ eher zu gering	2 %	15 %	0,13

Tab. 2: Zusammenhänge zwischen Selbsteinschätzung des Körpergewichts (SE) und Body-Mass-Index (BMI) (Quelle: BabyCare Zwischenauswertung 1/2001).

gere 140 % und mehr der empfohlenen Energiemenge auf. Knapp 30 % der Schwangeren sind damit hinsichtlich der Energiemengen um 40 % und mehr von den Sollwerten entfernt (s. Abb. 1 auf S. 1221).

Das Ernährungsverhalten und die überhöhte bzw. zu geringe Energieaufnahme stehen erwartungsgemäß in einem Zusammenhang mit dem aktuellen Körpergewicht. 33 % der Schwangeren mit überhöhter Energieaufnahme haben nach dem Body-Mass-Index Untergewicht, 35 % der Schwangeren mit einer zu geringen Energieaufnahme haben Übergewicht. Damit ist bei einem Drittel beider Gruppen davon auszugehen, dass sie ihr Ernährungsverhalten zunächst hinsichtlich der aufgenommenen Kalorienmengen durchaus schwangerschaftskonform verändern: Ein Teil der untergewichtigen Schwangeren versucht „zuzulegen“, ein Teil der Übergewichtigen versucht zu reduzieren. Nach dem Body-Mass-Index haben jeweils ca. 50 % beider Gruppen Normalgewicht (s. Tab. 1 auf S. 1221).

Die subjektive Selbsteinschätzung des Körpergewichts in den Kategorien „eher zu hoch“, „gerade richtig“, „eher zu niedrig“, zeigt im Vergleich mit dem Body-Mass-Index das herrschende Körperideal der schlan-

ken, tendenziell eher untergewichtigen Frau. Während 24 % der Frauen nach dem BMI tatsächlich Übergewicht haben, stufen 48 % (Faktor 1,67) ihr Körpergewicht als eher zu hoch ein (s. Tab. 2).

22 % der Schwangeren ernähren sich deutlich zu fettreich. Die überwiegend viel zu fetthaltige Ernährung zeigt sich auch daran, dass selbst bei viel zu geringer Energiezufuhr insgesamt die täglich empfohlenen Fettmengen quasi mühelos erreicht werden. Bei Kohlenhydraten erreicht ca. jede dritte Schwangere, bei der Flüssigkeitsaufnahme nahezu jede zweite nicht die

Sollwerte. Etwa jede vierte Schwangere nimmt 60 % oder weniger der täglich erforderlichen Flüssigkeitsmenge zu sich. Lediglich bei der Eiweißaufnahme erreichen nahezu alle Schwangeren (92 %) die empfohlenen Werte.

Mineralstoffe und Vitamine und aus der normalen Ernährung

Mineralstoffe

Die in der Schwangerschaft empfohlenen Tagesdosen an Jod und Eisen werden durch die normale Ernährung von keiner Schwangeren insgesamt erreicht. Günstiger sieht es beim Kalzium aus, wo nur 42 % unterversorgt sind, und beim Magnesium mit 19 %. Auch bei den zuletzt genannten Mineralstoffen sind erwartungsgemäß Schwangere mit zu geringer Energieaufnahme unterversorgt. Dabei ist zu betonen, dass durch die Unterversorgung zum Teil weniger als 50 % der empfohlenen Tagesdosis erreicht werden. Bezogen auf alle Schwangeren erreichen weniger als 50 % der empfohlenen Mengen:

- bei Jod 83 %,
- bei Eisen 76 %,
- bei Kalzium 8 % und
- bei Magnesium 3 %.

Bei Jod und Eisen liegt damit eine absolute Unterversorgung vor, bei Kalzium und Magnesium „nur“ eine relative. Der Jodmangel in der Schwan-

Anteil der Schwangeren mit Vitamin-Unterversorgung

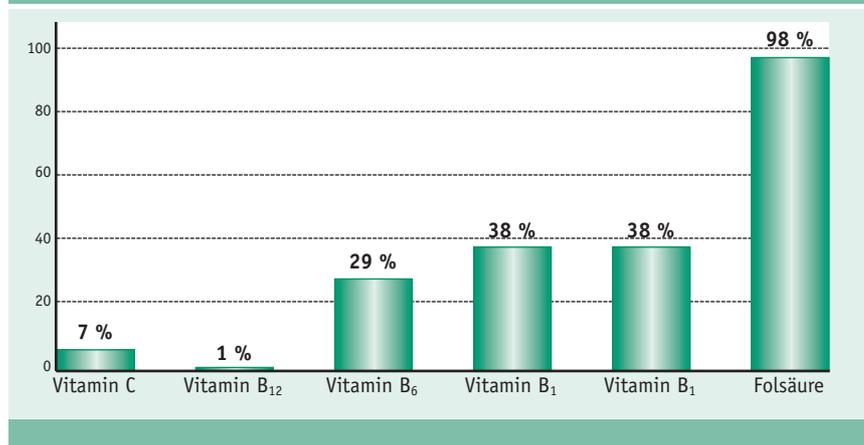


Abb. 2: Unterschreitung der empfohlenen Tagesdosen an Vitaminen: (Gesamt) weniger als 90 % der empfohlenen Tagesdosis (Quelle: BabyCare Zwischenauswertung 1/2001).

gerschaft überrascht nicht: Deutschland ist ein Jodmangelgebiet. Nach den Ergebnissen des Bundesgesundheits surveys erreicht die durchschnittliche Jodaufnahme nur 50 % des empfohlenen Wertes von 180 – 200 µg. In der Schwangerschaft liegt die empfohlene Menge bei 230 µg.

Vitamine

Nahezu keine Schwangere erreicht durch die normale Ernährung die empfohlene Tagesdosis an Folsäure. Relevante Unterversorgungen liegen auch bei den Vitaminen B₆, B₂ und B₁ vor. Alle anderen Vitamine werden aber weitgehend empfehlungsge recht konsumiert (s. Abb. 2).

Werden die Defizite durch die medikamentöse Substitution ausgeglichen?

Die erforderlichen Tagesdosen könnten beim gegebenen Ernährungsverhalten nur durch eine gezielte medikamentöse Zuführung entsprechender Mineralstoffe und Vitamine erreicht werden. Abbildung 3 zeigt, dass dadurch die Unterversorgung in nennenswertem Umfang nur bei Folsäure und Jod verringert werden kann.

Auch unter Berücksichtigung der medikamentösen Substitution ist damit jede vierte Schwangere nicht ausreichend (< 90 % der empfohlenen Ta-

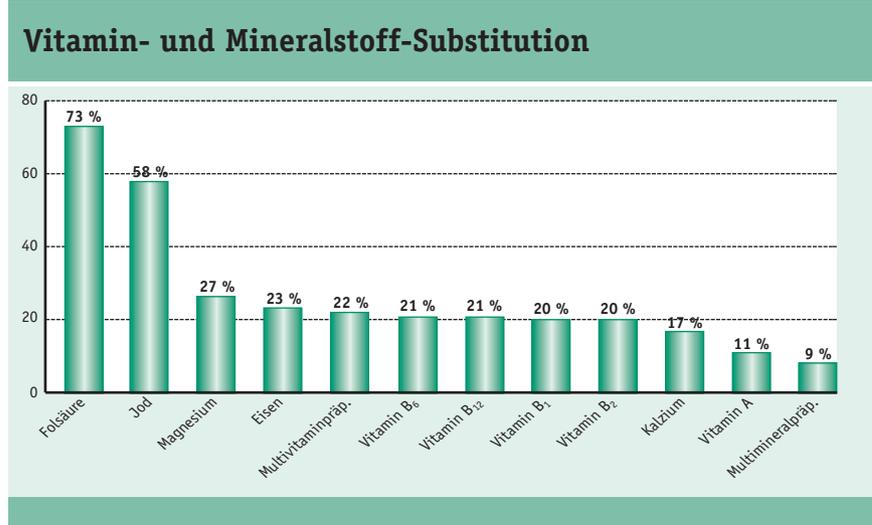


Abb. 3: Substitution von Vitaminen und Mineralstoffen in der Schwangerschaft („verwende überhaupt“) (Quelle: BabyCare Zwischenauswertung 1/2001).

gesdosis) mit Folsäure und fast jede zweite nicht ausreichend mit Jod versorgt, und drei von vieren nehmen nicht ausreichend Eisen auf (s. Abb. 4).

Die präkonzeptionelle Folsäureversorgung

Die im Hinblick auf bestimmte Fehlbildungen (z.B. Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten) in zahlreichen Studien nachgewiesene präventive Wirkung von Folsäure kann sich nicht ausreichend entfalten, da nur 28 % der heute Schwangeren dieses Vitamin präkonzeptionell eingenommen haben. Dass dies zuallererst ein Wis-

sens- und Informationsproblem ist, zeigen die Ergebnisse des Hauptfragebogens. 52 % der Schwangeren geben an, von einer präventiven Wirkung einer präkonzeptionellen Folsäureeinnahme nicht gewusst zu haben. Allerdings nehmen auch nur ca. 60 % der Frauen, die angeben, dies zu wissen, präkonzeptionell tatsächlich Folsäure zu sich.

Diskussion

Eine deutliche Unterversorgung der Schwangeren mit wichtigen Vitaminen und Mineralstoffen erhöht das Risiko für Krankheiten sowohl für die Mutter als auch für das Kind. Das Wissen der Bevölkerung und der Schwangeren in Ernährungsfragen ist zu gering. Eine empfehlungsgerechte Mineralstoff- und Vitaminaufnahme kann nur bei konsequent gesundheitsbewusster Ernährungsweise allein durch die normale Ernährung sichergestellt werden. In der Schwangerschaft – mit dem deutlich erhöhten Tagesbedarf – dürfte die Mehrzahl der Frauen nicht ohne Substitution auskommen.

Die Haltung der Politik, der Kassen, aber auch die Position einiger Kassenärztlichen Vereinigungen zur Substitution ist widersprüchlich. Entgegen den konkreten Bestimmungen wird der Eindruck erweckt, Jod und Folsäure dürften nicht mehr zu Lasten der GKV ver-

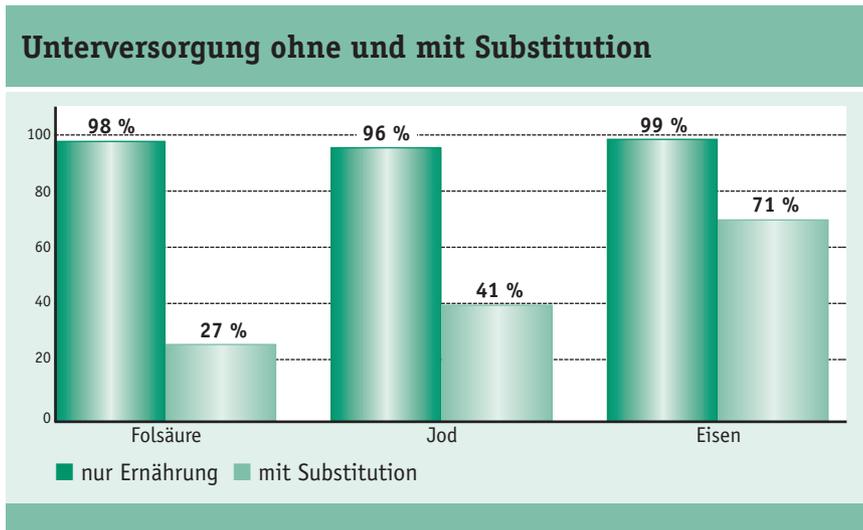


Abb. 4: Bestehende Unterversorgung unter Berücksichtigung der Substitution (Quelle: BabyCare Zwischenauswertung 1/2001).

ordnet werden. Dies ist nicht richtig. Die niedergelassenen Ärzte und ihre Patienten werden verunsichert. Auch präventiv wirkende Medikamente dürfen verordnet werden, um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken. Die Haltung der Kassen ist mit Blick auf die präventiven Potenziale einer ausreichenden Versorgung auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht nachzuvollziehen.

Ursachen der Unterversorgung und Möglichkeiten ihrer Verringerung

Die Ursachen der Unterversorgung liegen im Wesentlichen im Ernährungsverhalten und der zunehmenden industriellen Nahrungsmittelproduktion begründet. Allerdings ist es auch für Menschen mit sehr gesundheitsbewusster Ernährungsweise keinesfalls einfach – in bestimmten Fällen fast unmöglich –, über die normale Ernährung die empfohlenen Tagesdosen zu erreichen.

Wollte man beispielsweise einen Folsäurebedarf von 300 µg – also nur die Hälfte der für Schwangere empfohlenen Tagesdosis – allein über die Nahrung decken, müsste man z.B. täglich konsumieren:

- 400 g Spargel oder
- 60 g Weizenkeime oder
- 250 g Nüsse oder
- 300 g Fenchel oder
- 380 g Spinat oder
- 5 Eier oder
- 400 g Brokkoli oder
- 750 g Tomaten oder
- 850 ml Orangensaft oder
- 1.000 g Feldsalat

Dabei ist noch zu beachten, dass das Folsäureenzym sehr hitzeempfindlich ist, d.h. dass sich der Gehalt durch die Zubereitung der Speisen stark verringert. Schon für die Durchschnittsbevölkerung ist die Möglichkeit der Deckung des Bedarfs allein über die normale Ernährung also mehr als fraglich.

Das für Folsäure Gesagte gilt gleichermaßen auch für die Deckung des

täglichen Jodbedarfs von 230 µg in der Schwangerschaft. Will man den Schwangeren nicht raten, täglich Seefisch zu konsumieren – und dies können wir aufgrund der möglichen Schadstoffbelastungen nicht tun –, ist es keinesfalls einfach, diese Dosis durch die normale Ernährung zu realisieren.

Die Sicherstellung der Eisenversorgung (30 µg) ist im Wesentlichen von der regelmäßigen und ausreichende Aufnahme von Fleisch-, Geflügel- und Wurstprodukten – möglichst in Kombination mit Gemüsen (und Vitamin C) – abhängig. Für Schwangere mit ihrem deutlich höheren Tagesbedarf dürfte eine Realisierung der Sollwerte allein über eine Änderung des Ernährungsverhaltens nicht zu erreichen sein. Hier muss möglichst gezielt substituiert werden.

Informationsdefizite bei Ernährungsfragen

Das Wissen in Ernährungsfragen ist in der Gesamtbevölkerung, aber auch bei Schwangeren nicht ausreichend. Der weiter oben beschriebene Kenntnisstand über die präventive Wirkung von Folsäure bestätigt das nachdrücklich.

Unklare Haltung zur medikamentösen Substitution bei vielen Verantwortlichen

Die Informationsdefizite in der Bevölkerung können nur durch gezielte Maßnahmen der gesundheitlichen Aufklärung behoben werden. Eine wichtige Voraussetzung für eine Erhöhung des Wissens und die damit intendierten Verhaltensänderungen ist, dass alle damit befassten Akteure die gleiche Sprache sprechen, die gleichen „Botschaften“ verkünden.

Davon kann im Bereich der Sicherstellung des Mineralstoff- und Vitaminbedarfs leider nicht gesprochen werden. Die Haltung der Gesundheitspolitik ist unklar, die Haltung der Ärzteschaft und der Krankenkassen ist widersprüchlich.

„Die Forderung von Expertengruppen, eine Substitution mit Jodid in die Mutterschaftsrichtlinien aufzunehmen, wurde bei der Änderung im April 1995 leider nur halbherzig durch den Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen aufgegriffen. Hinzugefügt wurde lediglich der Hinweis, dass im Zuge der ernährungsmedizinischen Beratung der Schwangeren durch den Arzt insbesondere auf eine ausreichende Jodzufuhr hinzuweisen sei.“ (3)

Einige Krankenkassen in Deutschland vertreten die Position, dass eine medikamentöse Substitution z.B. von Jod und Folsäure nicht in den Leistungskatalog der GKV gehöre. Eine Vertreterin der Technikerkrankenkasse äußerte sich unlängst so: „Wenn die Schwangere ihre Vitaminversorgung präventiv verbessern möchte, ohne dass schon Krankheitszeichen aufgetreten sind, so fallen diese Maßnahmen unter ihre Eigenverantwortung. Eine bedarfsgerechte Ernährung in der Schwangerschaft kann durch eine optimale Zusammenstellung von Lebensmitteln oder durch Präparate der Pharmaindustrie erfolgen. Für beide Wege trägt die Schwangere die Kosten selbst. So kann schon in der Schwangerschaft die Übernahme von Verantwortung für das Kind geübt werden.“ (4)

Auch einige Kassenärztliche Vereinigungen vertreten in ihren Rundschreiben die Position, dass Jod und Folsäure nicht verordnungsfähig seien. Die Folge ist eine Verunsicherung der Ärzte und der Patienten. Viele Ärzte glauben, die Medikamente nicht mehr zu Lasten der GKV verordnen zu können, viele Patienten sind in Folge der Auffassung, dass die von der Krankenkasse nicht mehr bezahlten Medikamente dann auch nicht notwendig seien.

Demgegenüber ist festzustellen, dass nach den derzeit gültigen Arzneimittelrichtlinien sowohl Jod als auch Folsäure während der Schwangerschaft zu Lasten der GKV verordnungsfähig

sind. Wörtlich heißt es in den Arzneimittelrichtlinien: „Die Versorgung mit Arzneimitteln ist im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Gegenstand der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung in folgenden Fällen: ... b) bei medizinischen Vorsorgeleistungen, wenn dies notwendig ist, um eine Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes entgegenzuwirken.“ (5)

Die empirischen Daten von BabyCare über die Ernährung und Substitution von Schwangeren zeigen, dass bei einem nicht unerheblichen Anteil der Schwangeren durch eine Unterversorgung mit Folsäure, Jod und Eisen diese Gefahren nicht auszuschließen sind. Dabei ist im Übrigen noch zu berücksichtigen, dass es sich bei den Teilnehmerinnen von BabyCare um sehr gesundheitsbewusste Frauen handeln dürfte. Für die Gesamtheit der Schwangeren könnte sich die Situation durchaus noch kritischer darstellen.

Schlussfolgerungen

Die auf der Grundlage des BabyCare-Fragebogens erhobenen Daten zeigen, dass Defizite im Ernährungsverhalten in der Schwangerschaft vor allem bei Jod, Folsäure und Eisen bestehen. Es besteht also Handlungsbedarf. Die Ausführungen zur aktuellen Rechtslage zeigen auch, dass die Frauenärzte

hier auch tätig werden können. Die Daten zur Folsäuresubstitution in der Schwangerschaft unterstreichen, dass die Arbeit der Frauenärzte in der Information ihrer Schwangeren schon beachtliche Erfolge gebracht hat. Aus diesen Ergebnissen kann die Empfehlung abgeleitet werden, die Ernährungsberatung sowohl für Frauen im gebärfähigen Alter generell als auch für Frauen mit Kinderwunsch und nicht zuletzt für Schwangere noch gezielt zu verstärken.

Literatur

1. Ceizel A et al.: Prevention of first occurrence of neuro-tube effects by periconceptional vitamins supplementation, *N Engl J Med* 327 (1992) 1832-1835.
2. Hayes C et al.: Case-control study of periconceptional folic acid supplementation and oral clefts. *Am J Epidemiol* 143 (1996) 1229-1234.
3. Schumm-Dräger PM: Substitution mit Folsäure in der Schwangerschaft. Vortrag auf der Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie und des Berufsverbandes der Frauenärzte in Deutschland, München, März 2001.
4. Wagner-Rauh S: Vorsorgeleistungen in der Schwangerschaft aus der Sicht der Technikerkrankenkasse. Vortrag auf der Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie und des Berufsverbandes der Frauenärzte in Deutschland, München, März 2001.
5. Rathenber J: Damit die gesundheitliche Entwicklung des ungeborenen Lebens nicht gefährdet wird. Vortrag auf der Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie und des Berufsverbandes der Frauenärzte in Deutschland, München, März 2001.

Autoren



Prof. Dr. med. Klaus Friese
Direktor



Prof. Dr. med. Volker Briese
Stellvertretender
Klinikdirektor

Universitätsfrauenklinik
Doberaner Str. 142
18055 Rostock
Tel. (03 81) 4 94-0
Fax (03 81) 4 94-81 02