

# **Individuelle Gesundheitsvorsorge oder routinemäßig Medikamente in Schwangerschaft und Kindheit**

**Markus Breitenberger  
Heilpraktiker • Homöopathie  
Klenzestr. 60, 80469 München**

**[www.praxis-breitenberger.de](http://www.praxis-breitenberger.de)**



# **Inhaltsverzeichnis**

I.	<b><u>Einleitung</u></b>	S. 4
II.	<b><u>Allgemeine Kritik an kollektiven medizinischen Maßnahmen</u></b>	S. 7
I.	<b><u>Pränataldiagnostik in der Schwangerschaft</u></b>	S. 10
1.	<b>Ultraschall</b>	S. 13
2.	<b>Serumtests</b>	S. 16
3.	<b>Amniozentese</b>	S. 18
4.	<b>Chorionzottenbiopsie</b>	S. 20
II.	<b><u>Medikamente in der Schwangerschaft</u></b>	S. 22
1.	<b>Iod</b>	S. 23
2.	<b>Eisen</b>	S. 27
3.	<b>Magnesium</b>	S. 33
4.	<b>Folsäure</b>	S. 36
III.	<b><u>Medikamente bei Neugeborenen</u></b>	S. 39
1.	<b>Vitamin K</b>	S. 40
2.	<b>Vitamin D</b>	S. 45
3.	<b>Fluor</b>	S. 56
VI.	<b><u>Resumee</u></b>	S. 62

## I. Einleitung

Wir leben heute in einer Zeit in der die naturwissenschaftliche Seite der Medizin unglaubliche Fortschritte macht.

Fragen können heute z.B. in der Genforschung geklärt werden, die noch vor Jahren naturwissenschaftlichen Erkenntnissen unzugänglich waren.

Wir sind beeindruckt von den neuesten Erkenntnissen und den Vorteilen die sie uns z.T. in der medizinischen Diagnostik bringen.

Fortschritt hat aber auch immer seine Nachteile, nochzumal wenn er mit einer nie dagewesenen Geschwindigkeit Einzug hält.

Ein wesentlicher Nachteil des Fortschritts, den man tagtäglich in der Praxis zu spüren bekommt, ist die Angst und die Unsicherheit, die entsteht, wenn man sich z.B. in der medizinischen Diagnostik auf Gebiete vorwagt, die den Einzelnen in seiner ethischen und psychologischen Entscheidungskraft überfordern und alleinlassen.

Die Erkenntnisse der heutigen Wissenschaft beziehen sich nur auf das Mess- und Wägbare, auf den substantiellen Bereich des Menschen.

Wir bekommen dadurch nur mehr Einblick in die körperliche Gestalt des Mensch-Seins und Untersuchungen berücksichtigen nur diesen Teil des Menschen.

Wir wissen aber, dass der Mensch nicht nur aus seiner körperlichen Gestalt besteht und Krankheiten nicht hier entstehen, sondern sich hier nur abbilden, um auf ein gestörtes Gesamtgefüge hinzuweisen.

Wir müssen jeden Menschen wieder verstehen lernen als ein einmaliges, sehr komplexes v.a. aber sehr individuelles Geschöpf.

Das Krankheitsverständnis sollte dieser Annahme Rechnung tragen.

Es gibt nicht den Menschen – nicht die Krankheit – nicht die Prophylaxe oder Therapie.

Krankheit muss wieder als eine sinnvolle Not–Wendigkeit im Leben verstanden werden, d.h. ein Prozess, der schlimmere Not abwenden kann.

Leben ist ein labiles Gleichgewicht, das aber durch die moderne Naturwissenschaft zur Stabilität gezüchtigt werden soll. Stabilität wird aber bei lebenden Organismen nur durch den Tod erreicht.

Dieser fehlgeleitete Vorsatz der Medizin verwundert nicht, wenn man berücksichtigt, dass Erkenntnisse über das Leben immer noch v.a. im statistischen, d.h. statischen Laborversuch oder an toter Materie gewonnen werden.

Hinter all den ungeheuren Anstrengungen der modernen Wissenschaft steht das uralte Dilemma des Menschen: einerseits das Wissen um die Sterblichkeit seit der Zeugung und andererseits die heimliche Sehnsucht nach Ewigkeit.

Dieser Unsicherheit und der daraus resultierenden Angst sollte nicht nur mit wissenschaftlichem Forscherdrang begegnet werden.

Jeder von uns sollte sich vor allem mit diesem Thema (Angst, Tod...) auseinandersetzen, bevor eine ganzheitliche Antwort auf die Fragen, die zum Lesen dieser Informationsschrift motiviert haben, zu finden ist.

Umso schwieriger wird die Entscheidung, wenn es um das Wohl unserer Liebsten, der Kinder geht.

Diese sind ja auch Ausdruck eines unbewussten Drang nach Unsterblichkeit, der jeder Zeugung zueigen ist.

Routine-Anwendung von vorgeburtlichen Untersuchungen, Arzneimittel in der Schwangerschaft und frühen Kindheit scheinen heute das einzige Mittel gegen die Angst vor möglichen Krankheiten zu sein.

Diese Maßnahmen werden von Medizinern heute weitgehend empfohlen.

Umso zwanghafter und kompromissloser, je größer die eigene Unsicherheit, oder der eingeeengte Blickwinkel ist.

Beschränkt wird die Sichtweise durch Reduzierung des Menschen auf ein rein stoffliches Gebilde. Krankheit ist hier nur ein statistischer Mangel- oder Überschuss- Zustand.

Diese angenommenen substantiellen Entgleisungen sollen dann durch substantielle Medikamente ausgeglichen werden (allopathisches „contraria-Prinzip“).

Wir dürfen hierbei nicht vergessen, dass jedes Medikament z.T. unvorhersehbare Risiken in sich birgt, auch wenn es heute als noch so harmlos deklariert wird.

In Deutschland sind im Moment nur etwa die Hälfte der etwa 45.000 auf dem Markt erhältlichen Medikamente zugelassen.

Derzeit sind 7.600 Medikamente im Umlauf, die nicht hinreichend auf Qualität, Unbedenklichkeit und Wirksamkeit geprüft sind.

Zwischen 1985 und 1997 sind 308 neue Wirkstoffe zugelassen worden; nur 46% bedeuten nach offizieller Bewertung einen therapeutischen Fortschritt.

Jedes Jahr sterben allein in Deutschland 25.000 Menschen durch falsche Medikamentenverordnung und Einnahme.

Etwa 300.000 kommen mit unerwünschten Nebenwirkungen jährlich ins Krankenhaus.

(1) (lt. Bundesverband der Verbraucherzentralen).

Die Dunkelziffer und die Spätschäden (z.B. Allergien) kommen noch hinzu, da es in Deutschland bisher kein einheitliches Erfassungssystem für Arzneimittel-Zwischenfälle gibt.

Unter diesem Blickwinkel kann bei keiner Medikamentenverordnung von gänzlicher Unbedenklichkeit gesprochen werden. Schon gar nicht im Kindesalter, das von Wachstum und damit besonderer Anfälligkeit für Störungen geprägt ist.

## II. Allgemeine Kritik an kollektiven medizinischen Maßnahmen

1. Pränataldiagnostik und prophylaktische Medikamente in Schwangerschaft und Kindheit können Probleme nach sich ziehen, wenn überdosiert oder falsch angewendet.

Überdosierung ist immer abhängig von individueller Aufnahme- und Ausscheidungsfähigkeit, die nie berücksichtigt wird. (Vit D / K sind fettlöslich, also nicht über die Nieren ausscheidungsfähig).

Wie bei Impfungen wird immer soviel standardisierte Arznei verabreicht, dass auch der Reaktionsschwächste darauf reagieren würde.

Für einen sensiblen Menschen oder einen der nicht einen so hohen angenommenen Mangel hat, kann dies aber zuviel sein.

Prophylaktische medizinische Maßnahmen sind nur dann sinnvoll, wenn damit keine neuen Gefahren auftreten, die evt. sogar die zu verhindernden übersteigen.

2. Alle prophylaktischen medizinischen Maßnahmen sollten freiwillig sein.

Diese Freiwilligkeit wird z.T. dadurch eingeschränkt, dass Mediziner erheblichen Druck ausüben (Moral, Risiko...), fehlerhaft oder unzureichend aufklären, oder sogar ohne Erlaubnis bzw. Ankündigung Medikamente verabreichen (z.B. Vit K nach der Geburt).

Die Freiwilligkeit wird auch dadurch eingeschränkt, dass unzähligen Lebensmitteln Medikamente zugesetzt sind, die z.T. nicht deklarationspflichtig sind. (Iod-Fluor-Folsäure- Beimengungen zum Wasser, Salz, Brot...)

Dies führt zu einer undurchschaubaren und gefährlichen Akkumulation mit zusätzlichen Medikamenten-Verordnungen.

3. Durch Routineempfehlungen werden alternative, nebenwirkungsfreie Problemlösungen nicht untersucht und angeboten.

Routine kommt überfüllten Kinderarzt-Praxen und der „5-Min-Kassenarzt-Praxis“ mehr entgegen als den individuellen Gegebenheiten der Kinder; ein skrupelloses und nur gewinnorientiertes Gesundheitssystem ist dafür verantwortlich.

Durch pauschalisierte Medikamente-Verordnungen werden Menschen zur Problemlösung durch die Tablette konditioniert.

4. Durch kollektive Medikamente-Verordnungen wird Selbstverantwortung für Gesundheit und Krankheit vernachlässigt.

Häufig verleiten öffentlich für gut befundene Medikamente dazu, selbstbestimmte Hilfsmittel zur Vermeidung von Krankheit zu vernachlässigen.

Vorzuziehen ist das Gespräch mit ganzheitlich – orientierten Medizinerinnen, die sich Zeit nehmen und individuell beraten und informieren.

5. Medikamente bei Schwangeren, Säuglingen und Kindern sollten mit mehr Zurückhaltung bedacht bzw. nur nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung verabreicht werden.

Wirkungen (v.a. Langzeitschäden) sind in diesen Zeiten nur äußerst schwer überschaubar, und wir haben in der Vergangenheit kurzfristige Erfolge schon oft durch mittel- bis langfristige Schäden relativieren müssen.

Die meisten Arzneimittel in einer Kinderarzt- Praxis werden im 1. Lebensjahr verschrieben.

Das kann z.B. wegen einem zunehmenden Allergie-Problem (50% aller Kinder bei der Einschulung) nicht mehr vertreten werden.

Eine unverhältnismäßig frühe Einwirkung auf das Immunsystem durch früheste Medikamentenverordnungen und Impfungen ist sicherlich ein Bedingungsfaktor dafür.

Arzneimittelwirkungen und Nebenwirkungen bei Schwangeren und Kindern sind nur spekulativ, weil Arzneimitteltests bei diesen Personengruppen aus ethischen Gründen nicht durchgeführt werden dürfen.

6. Nebenwirkungen und Überdosierungen werden nur auf stofflicher Ebene untersucht

z.B. Fluor-Überdosierung (Dental-Fluorose) = Zahnkaries

Vit D-Überdosierung = Arteriosklerose

Eisen-Überdosierung = Geburtsbehinderung, Blutungen, Herz-Kreislaufkrankungen

Magnesium-Überdosierung = kindliche Ernährungsstörungen

Tatsächlich ist das Spektrum der Nebenwirkungen jedoch auf allen 3 Ebenen

(körperlich + geistig + seelisch) erkennbar, wenn man denn nur hinsieht.

Die Homöopathie weist seit über 200 Jahren durch ihre Arzneiversuche am gesunden Menschen nach, dass z.B. Iod, Eisen, Magnesium und Fluor viele Spuren v.a. auch im geistig – seelischen Bereich hinterlassen.

### Zusammenfassung:

Grundsätzlich steht es jedem frei sich dem System der Gesundheitserhaltung und Krankheitsbewältigung anzuschließen, das seinem gesamten Naturell am meisten entspricht.

Ein sehr ängstlicher Mensch täte nicht gut daran gegen seine Angst zu handeln oder sie zu ignorieren.

Bestimmt sind dann aber die Eltern eher aufklärungs- oder hilfe- bedürftig und sollten in diesem Punkt unterstützt werden, anstatt zusätzlich Gefahren eingeredet zu bekommen.

Insgesamt spricht für ein intaktes Gesundheitssystem mehr die individuelle ermutigende Beratung als eine kollektive Bevormundung mit Angst und Moral als Druckmittel.

Wähle jeder den Weg zu dem er/sie in Gesundheit wie in Krankheit am meisten stehen kann.

### **III. Pränataldiagnostik in der Schwangerschaft**

Pränataldiagnostik und Vorsorgeuntersuchungen dienen dazu Fehlbildungen schon im Mutterleib erkennen zu können.

95% der Neugeborenen sind „Gott-sei-Dank“ völlig gesund.

Nur ca. 1% aller Neugeborenen hat eine vorgeburtlich feststellbare Fehlbildung.

Die meisten Fehlbildungen ergeben sich aus Geburtskomplikationen, v.a. bei Frühgeburten, sind also nicht durch ein vorgeburtliches „Screening“ erkennbar.

10% der Menschen unter uns leben mit einer „Behinderung“ – die meisten davon entstanden im Laufe des Lebens und nicht im Mutterleib.

Trotzdem sind viele Frauen in der Schwangerschaft statt „in guter Hoffnung“ in ständiger Angst – vielleicht, weil sie die Hoffnung auf das gute Gelingen des Wunders der menschlichen Entstehung eintauschen durch den kollektiv vorgeschriebenen Zwang einer Art „Qualitätskontrolle“ für das Un- und Neugeborene.(2)

Den größten Einfluss auf diese Art von scheinbarer „Risikominimierung“ hat meist der behandelnde Gynäkologe (bei 63.9% der Frauen), der bei Unterlassung dieser heute allgemein üblichen Tests Schadensersatz-Klagen fürchtet. (3)

Gemäß den Mutterschaftsrichtlinien soll er aber aufklären und beraten und keine Empfehlungen aussprechen.

Heute werden „Normkinder“ erwartet und eine defektorientierte und negativ akzentuierte Wortwahl tut das übrige zu einer eingeschränkten Entscheidungsfreiheit. (z.B. „Risiko“ statt „Möglichkeit“)(4)

Pränataldiagnostik sollte vorwiegend bei Risikoschwangerschaften durchgeführt werden. Leider werden heute 80% aller Schwangerschaften aus abrechnungstechnischen Gründen als Risikoschwangerschaft eingestuft.

Kriterien für Risikoschwangerschaften sind:

- Eltern hatten schwere Erbkrankheiten (z.B. Mukoviscidose...)

- Gestose (Bluthochdruck + Eiweiß im Urin + massive Ödeme)
- Diabetes mellitus
- Anamnestische Früh- oder Totgeburt
- Erstgebärende unter 20. oder über 30. Lebensjahr. Mehrgebärende über 40. Lebensjahr
- Lageanomalien
- Zustand nach Schnittentbindung oder schwieriger vaginaler OP-Entbindung
- Missverhältnis zw. Uterus- und Kindsgröße
- Mehrlingsschwangerschaft
- Blutungen in 2. Schwangerschaftshälfte
- Übertragung
- Adipositas („Fettsucht“)
- Infektionskrankheiten (Röteln, Toxoplasmose, Hepatitis B,...)
- Anämie mit Hb <8
- Mb haemolyticus fetalis

Krankheiten auf die gescreent wird hierarchisch nach Häufigkeit des Auftretens (5):

- Körperliche Fehlbildungen, die nach der Geburt operativ korrigierbar sind:  
Pylorusstenose (0.34%), Herzfehler (0.7%), Lippen-Kiefer-Gaumen- Spalte (0.14%)
- Körperliche Fehlbildungen, die nach der Geburt therapierbar, aber nicht heilbar sind:  
(Entscheidend ist aber, dass zur Abwendung weiterer Schäden ein Kaiserschnitt gemacht werden kann)  
Spina bifida (0.3%)
- Körperliche Fehlbildungen, die nicht therapierbar sind:  
Down-Syndrom (20 J: 0.07%; 30 J: 0.11%; 40 J: 0.89%; 45 J: 3.45%)
- Körperliche Fehlbildungen und körperliche Fehlbildungen die mit Leben unvereinbar sind:  
Anencephalie (0.01%), schwere Nierenfehlbildungen
- Krankheiten, die im Mutterleib medikamentös behandelbar sind  
androgenitales Syndrom

Heute sollen z.B. 100% der Frauen auf Hinweise zum „Down-Syndrom“ (= Mongoloismus) (häufigste genetische Fehlbildung) untersucht werden, obwohl das bei 99.7% gar nicht vorkommt.

Die Wahrscheinlichkeit um das 35. Lebensjahr, dass die Frau ein Kind mit „Down-Syndrom“ bekommt oder durch die Fruchtwasseruntersuchung eine Fehlgeburt erleidet, ist gleich hoch (~1%).

Ist die Frau jünger als 35, übersteigt die Wahrscheinlichkeit einer Fehlgeburt durch die Fruchtwasseruntersuchung sogar diese ein Kind mit „Down-Syndrom“ zu gebären. (6)

Bei der Chorionzottenbiopsie ist die Wahrscheinlichkeit für eine Fehlgeburt noch größer.

Für die genetischen Krankheiten auf die gescreent wird, gibt es seitens der Schulmedizin keine Therapiemöglichkeit.

Sie sollten daher eine Pränataldiagnostik dafür nur durchführen lassen, wenn sie sich zuvor über einen Schwangerschaftsabbruch Gedanken gemacht haben.

Das größte Problem der Frühgeburtslichkeit mit einer hohen Rate von schweren Behinderungen kann von der Pränataldiagnostik nicht erfasst werden.

(Ursache: EPH-Gestose + Infektionen + vorzeitige Wehen)

Jeder sollte sich vor der Entscheidung für eine Pränataldiagnostik über Folgendes im Klaren sein: (7)

- Was bedeutet ein negatives oder unklares Ergebnis für mich?
- Womit kann ich mir vorstellen zu leben – womit nicht?
- Kann ich mir vorstellen mit einem behinderten Kind zu leben oder evt. mein Kind durch einen pränatal-diagnostischen Eingriff zu verlieren oder evt. nach einer Abtreibung zu erfahren, dass eine Fehldiagnose gestellt wurde?
- Bin ich und mein Partner der gleichen Meinung, was eine mögliche Abtreibung anbetrifft?

1. **Ultraschall** (ab 10. Schwangerschaftswoche=SSW; aussagekräftige Bilder erst ab 18. SSW)

Gemäß Mutterschaftsrichtlinien werden 2 Ultraschall- Untersuchungen empfohlen:

1. 10.-12. SSW: Messung der kindlichen Nackenfalte (1. Down-Syndrom-Hinweis)
  2. 20.-22. SSW („großer Ultraschall“): Organ- Screening
- + vor Geburt: CTG zur Messung der kindlichen Herztöne

Mit dem Ultraschall können gröbere körperliche Fehlbildungen erkannt werden.

*Aussagekraft:*

„Nur bei 5% der Frauen mit einem ersten Verdacht wird dieser bei weiteren Untersuchungen bestätigt.“ (Ärztezeitung 11/92) (8)

„Weder auf den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt noch auf Frühgeburtlichkeit oder die Gesundheit von Neugeborenen konnte irgendein günstiger Einfluss von routinemäßigen Ultraschalluntersuchungen festgestellt werden – die Komplikationsraten in den genannten Bereichen blieben gleich, egal, ob Ultraschalluntersuchungen routinemäßig oder einzeln, aufgrund einer speziellen Indikation, durchgeführt wurden.“ (New England Journal of Medecin 1993; Studie mit 15000 Schwangeren) (9)

*Gefahr:*

Ultraschallwellen erzeugen zwei biologische Effekte (10):

1. Hitze (Gewebeschädigungen)
2. Blasenbildung (im Fruchtwasser)

Gefahren werden heute weitgehend negiert – aber bei Röntgenstrahlen hat es auch 50 Jahre gedauert bis Schäden nachgewiesen werden konnten.

Diskutierte Gefahren:

- Abort
- Frühgeburt
- Niedriges Geburtsgewicht
- Genetische Veränderungen

In Deutschland wird Ultraschall seit 1979 routinemäßig eingesetzt.  
In England, Skandinavien, USA, Japan nur in begründeten Einzelfällen.

*Zu Bedenken:*

Jeder Gynäkologe muss aufgrund von Konkurrenzfähigkeit Ultraschall-Untersuchungen anbieten.

Nicht jeder hat für dieses äußerst schwierige Diagnoseverfahren die nötige Kenntnis und Erfahrung.

Die billigsten Geräte kosten ab € 30.000.-.

Um diese zu amortisieren werden Ultraschall–Untersuchungen viel zu häufig durchgeführt.

Aufgrund mangelnder Fachkenntnis kommt es häufig zu belastenden Fehldiagnosen.

Durch routinemäßigen Einsatz von Technik gehen Nähe und Zeit für den Patienten verloren.

*Alternative:*

Schwangerenvorsorgeprogramm bei Hebammen durchführen lassen, die bei Verdachtsmomenten an Spezialisten überweisen können.

*Zusammenfassung:*

Ultraschall-Untersuchungen sollten bei unklarem Risiko nur nach spezieller Risiko-Nutzen-Abwägung durchgeführt werden, d.h. in begründeten Einzelfällen:

- Wenn sich Verdachtsmomente gezeigt haben
- Bei vorangegangenen Schwangerschaften mit Fehlbildungen
- Bei persönlicher oder familiärer Praedisposition zu Fehlbildungen

Auf keinen Fall darf eine Methode wie Ultraschall zum häufigen „Babyfernsehen“ missbraucht werden. (11)

## 2. Serumtests (ab 15. SSW)

### *Aussagekraft:*

Bieten keine Diagnostik oder Aussage über ein reales Risiko sondern statistische Wahrscheinlichkeit für individuelles Risiko (z.B. für Down-Syndrom, Spina bifida etc)

### *Arten:*

- Triple- Test (AFP + hCG + Östriol):

Ab 15.-20. SSW

1 Wo. Wartezeit

Für Frauen über 35 Lebensjahr ungeeignet  
(wegen verfälschten Ergebnissen aufgrund des Alters; 90%-ig-auffälliges Ergebnis)

- AFP- Test

Vom Triple- Test abgelöst

### *Vorteil:*

Hinweise auf Fehlbildungen können erkannt und durch weitere Diagnostika weiterverfolgt werden. Ein Schwangerschaftsabbruch kann dann noch vor der 22. SSW erfolgen, d.h. ohne künstlich eingeleitete Geburt.

Die Untersuchung ist völlig risikolos.

*Nachteil:*

- Hohe Rate von Fehldiagnostik  
weil viele Einflussfaktoren das Ergebniss beeinflussen  
(Schwangerschaftsdauer, Gewicht/Größe der Schwangeren, Zigarettenkonsum, )

*Zusammenfassung.*

Ein eigentlich risikoloser Test – wird deshalb routinemäßig durchgeführt.

Risiko wird hier aber nur körperlich definiert.

Ein auffälliges Ergebnis kann eine Lawine der Verunsicherung auslösen, die sich in 95.1% als unbestätigt herausstellt (AFP-Test) (12).

Diese eine Woche der Angst und des Zweifels hat sicher einen Einfluss auf das ungeborene Kind.

Ein unauffälliges Ergebnis gibt keine absolute Sicherheit für ein gesundes Kind.

## 1. **Amniozentese = Fruchtwasser- Untersuchung** (15.-18.SSW)

### *Anwendung:*

- empfohlen bei Frauen über 35. Lebensjahr (wegen erhöhtem Risiko für Down-Syndrom).
- zur weiteren Absicherung bei auffälligen Serum-Test.

### *Aussagekraft:*

- Chromosomenveränderungen (z.B. Down-Syndrom)
- Neuralrohrdefekte (z.B. Spina bifida)
- Erbkrankheiten (z.B. Mukoviszidose)

Falsch-positive Ergebnisse kommen nicht vor, d.h. auffällige Ergebnisse sind 100%-ig sicher.

Unauffällige Ergebnisse beinhalte immer noch ein geringes Restrisiko.

„Mosaikbefunde“ können vorkommen, d.h. es liegt weder ein eindeutig negatives oder positives Ergebnis vor. (eindeutiges Ergebnis dann durch Nabelschnurpunktion)

### *Nachteil:*

Ergebnisse liegen erst nach 2-4 Wochen vor.  
Das bedeutet eine lange Zeit der Unsicherheit

Die Schwangerschaft ist zum Ergebnis-Zeitpunkt schon sehr weit fortgeschritten (17.-22. SSW),  
d.h. ein Schwangerschaftsabbruch muss über eine künstlich eingeleitete Geburt erfolgen.

*Gefahren:*

- Fehlgeburtswahrscheinlichkeit (ungenau, da nur Abgänge unmittelbar nach der Untersuchung erfasst werden)

0.5-2%

3.6% bei Fröhamniozentese zwischen 10.-14.SSW

Risiko bei Frauen unter 35. Lj für Fehlgeburt nach Amniozentese grösser als Risiko ein Kind mit Down-Syndr. zu bekommen.  
(13)

- Infektionen der Gebärmutterhöhle

Bei der Amniozentese ist die Risikominimierung im Wesentlichen von der Erfahrung des Punkteurs abhängig.

*Zusammenfassung:*

Nur bei Frauen über 35. Lebensjahr nach auffälligem Serum-Test und Klarheit über Schwangerschaftsabbruch.

2. **Chorionzottenbiopsie** (10.-12.SSW; ab 13.SSW = Plazentese / Plazentabiopsie)

*Aussagekraft:*

- Chromosomenveränderungen
- Erbkrankheiten

→ keine Neuralrohrdefekte erkennbar, weil AFP-Wert aus Fruchtwasser nicht bestimmt werden kann.

*Vorteil:*

Schnelles Ergebnis nach 1-2 Wochen (Langzeitkultur), d.h. Schwangerschaftsabbruch schon ab 12. SSW möglich.

*Nachteil:*

- Es wird zottiges Gewebe des Chorion (umhüllt in ersten SSW Embryo und Fruchthülle) entnommen.  
Dieses Gewebe ist „extra-embryonales Schwangerschaftsgewebe“, d.h. es enthält Zellen der Mutter.  
Daraus entstehen viele Fehldiagnosen (falsch-positiv, d.h. auffällig) und Mosaikbefunde, so dass die Untersuchung in bis zu 10% der Fälle wiederholt werden muss. Dadurch relativiert sich der Zeitvorteil wieder. (14)

*Gefahren:*

- Fehlgeburtserisiko  
(ungenau, weil transvaginale und transabdominale Ergebnisse vermischt werden)  
3.5-7.2% (physiologisches Fehlgeburtserisiko in dieser Zeit der Schwangerschaft bei 2.5-4%) (15)
- Missbildungen  
Bei früher Chorionzottenbiopsie an Fingern, Zehen, Zunge, Unterkiefer
- Infektionen und frühzeitige Wehen  
häufig bei transvaginaler Untersuchung

*Zusammenfassung:*

Eventuell Zeitvorteil zu Amniozentese um 5 Wochen, d.h. noch Schwangerschaftsabbruch durch Ausschabung oder Absaugung möglich.

Zu bevorzugen, wenn auf mögliche familiäre Erbkrankheit untersucht werden soll (Zeitfaktor).

Nur durchführen lassen, wenn bei auffälligem Ergebnis ein Schwangerschaftsabbruch angestrebt wird, weil sonst Fehlgeburtserisiko von min. 3.5% die fragliche Behinderung von 1% bei Weitem übersteigt. (16)

**Anlaufstellen zu diesem Thema in München:**

„Arbeitskreis Pränatale Diagnostik München“

- Beratungsstelle für natürliche Geburt und Elternsein e.V.; Tel.: 089/5309450
- Hebammen Praxis München (Fr. M. Bäuerle); Tel.: 089/29169791
- Universität München/Abtlg. Medizinische Genetik (Fr. A. Albert); Tel.: 089/51603683
- Genetische Praxis (Fr. M. Götz-Sothmann); Tel.: 089/78582044
- Pro Familia; Tel.: 089/3300840
- Evangelisches Beratungszentrum (Fr. U. Lambertz); Tel.: 089/59048150
- Sozialdienst katholischer Frauen; Tel.: 089/7472350

- Landeshauptstadt München; Tel.: 089/23337556

#### **IV. Medikamente in der Schwangerschaft**

Arzneimittel in der Schwangerschaft können unter bestimmten Gegebenheiten notwendig werden.

Es soll hier keine Kritik geübt werden an diesen manchmal notwendigen Unterstützungen des Organismus.

Bedenklich ist aber in jedem Falle die pauschalisierte Daueranwendung dieser Substanzen.

Schwangerschaft ist keine Krankheit und ein Mangel / Ungleichgewicht / Verteilungsstörung an manchen Spurenelementen (Eisen, Iod, Fluor) und Mineralstoffen (Mg, Ca) in dieser Zeit erstmal völlig normal.

(z.B. Schwangerschaftshydrämie: Verdünnungsanämie durch Wasserretention während Schwangerschaft mit Hb bis 10g/dl)

Daher ist ein routinemäßiger Einsatz von Medikamenten bei allen Schwangeren ohne vorhergehende Prüfung einer individuellen Bedürftigkeit und ohne subjektive Beschwerden abzulehnen.

Ein festgestellter Mangelzustand an einem gewissen Spurenelement, Mineralstoff oder Vitamin zeigt oft nur die Spitze des Eisbergs – immer ist nach den Ursachen zu forschen.

Der menschliche Organismus stellt ein feines konsensuelles Zusammenspiel, eine komplexe Wechselwirkung u.a. vieler Organe, chemischer Stoffe und der Psyche dar.

Wenn etwas aus dem Gleichgewicht kommt und als Endresultat sich z.B. ein Kropf der Schilddrüse, oder eine Rachitis zeigt, ist es sicherlich zu einfach und eindimensional gedacht, die Ursache nur in einer isolierten Entgleisung des menschlichen Chemismus zu suchen.

So ist auch zu verstehen, warum oft Eisengaben die Anämie, Vitamin D die Rachitis oder Iod den Schilddrüsen-Kropf nicht positiv beeinflussen können.

Bei einer Substitution (= medikamentöse Verordnung z.B. eines Vitamins) sollte den organisch aufbereiteten (= "vegetabilisierten") Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen immer gegenüber den synthetisch hergestellten der Vorzug geben werden.

## 1. Iod

*Was ist das*

Essentielles Spurenelement

(d.h. es muss dem Organismus zugeführt werden, da es nicht selber hergestellt werden kann)

*Biologischer Nutzen*

normale Schilddrüsentätigkeit und damit normale geistige und körperliche Entwicklung

*Allgemein*

Die Schilddrüse steht in funktionellem Zusammenhang zu Gonaden (Fortpflanzungsorganen).

Damit sind Phasen hormoneller Schwankungen (Menses, Pubertät, Schwangerschaft) physiologisch immer Phasen einer gesteigerten Schilddrüsenbelastung mit Struma (=Kropf)-Tendenz.

Dies ist erstmal völlig normal und keineswegs krankhaft und Medikamenten-pflichtig.

T3/T4 (Hormone der Schilddrüse) vertreten das „Feuerprinzip“ (fördern Energieumsatz), das dem vorherrschenden „Phlegma“-Anteil in der Schwangerschaft (für Energiespeicherung) entgegengerichtet ist

(Plasmavolumen kann in Schwangerschaft bis 50% vermehrt werden-Wasser wird durch Feuer begrenzt).

Durch Östrogene steigt in der Schwangerschaft TBG (Thyroxin-bindendes-Globulin) = Iod-Speicherform; damit sinkt normalerweise mit dem weniger verfügbaren Thyroxin der Feueranteil.

Wichtig: kein absoluter Mangel, sondern lebenswichtige Umverteilung um Feuchtigkeitsanteil in der Schwangerschaft zu steigern.

### *Folgen bei Mangel*

Iod-Mangel ist häufigste Ursache für sogenannte „blande Strumata“, d.h. Kropf bei normalen Hormonwerten der Schilddrüse.

Durch Follikelzunahme in der Schilddrüse = Größenzunahme = Kropf wird versucht mehr Iod aus dem Blut zu filtern.

1:3000 aller Neugeborenen weltweit wird mit angeborener Schilddrüsenunterfunktion geboren, für die es viele Ursachen geben kann. Eine Ursache kann schwerer Iodmangel der Mutter während der Schwangerschaft sein (Kretinismus).

Dank des TSH-Screenings bei Neugeborenen werden extreme Entwicklungsverzögerungen bei angeborener Schilddrüsenunterfunktion heute kaum mehr gesehen.

### *Folgen bei Überdosierung*

Struma = Kropf (was man verhindern möchte)

Hyperthyreose (Schilddrüsen-Überaktivität)

### *Natürliches Vorkommen*

Lebensmittel aus dem Meer (Fisch, Meeresfrüchte, Algen)

Feldsalat

Milch (-Produkte)

Lebertran

### *Ursachen für Mangel*

## Nitrate

Durch Nitrate entsteht in der Schilddrüse eine „Enzymhemmung“ und damit eine geminderte Verfügbarkeit von Vitamin A. Vitamin A ist aber an Iodbindung und Iodverarbeitung in Schilddrüse beteiligt.

Nitrate kommen immer gehäufiger vor durch Düngemethoden der konventionellen Landwirtschaft mit Gülle (diese fällt wiederum an durch Massentierhaltung aufgrund von zuviel Fleischkonsum). Dadurch gelangen die Nitrate der Gülle in unser Gemüse und in das Grundwasser und damit in unser Trinkwasser.

Auch Insektizide, Pestizide, Nikotin, Weichmacher enthalten viele Nitrate. Somit ist die Iod-Verarmung ein Problem unserer „modernen“ Lebensweise.

Diese Art des daraus resultierenden Iodmangels sollte nicht über ärztliche Iod-Verordnung ausgeglichen werden, sondern man muss an den Grundursachen dieses Problems etwas verändern

## Moderne Landwirtschaft

Einerseits fallen dadurch durch Insektizide, Pestizide und Gülle vermehrt Nitrate an (s.o.).

Andererseits werden dadurch durch Überproduktion die Böden ausgelaugt und enthalten damit keine Spurenelemente mehr.

## Darm-Nieren-Erkrankung

Daraus resultieren Aufnahmestörungen.

## *Bedenkenswert*

Es kann leicht zu einem unkontrollierbaren Überschuss an Iod im Organismus kommen, weil viele Nahrungsmittel (Brot, Wurst, Fleisch, Salz, Säuglingsmilch, Säuglingsbreie, Fast-Food), Arzneimittel (Desinfektionsmittel, Röntgenkontrastmittel etc) und Mineralwasser in erheblichem Maße iod-haltig sind. (keine Deklarationspflicht in Restaurants)

Wenn Iod in der Schwangerschaft bis zur Geburt eingesetzt wurde, muss diese Menge in der Stillzeit fortgesetzt werden, um Gefahr von Entzug (und Strumabildung) zu umgehen.  
(17)

Häufig werden überaktive Kinder beobachtet, wenn Iod in der Schwangerschaft routinemäßig verabreicht wurde.

### *Alternativen zur medikamentösen Iod-Mangel-Prophylaxe:*

#### Iod-Bedarf reduzieren

Durch ruhigen, stressreduzierten Lebenswandel muss der Stoffwechsel nicht so sehr stimuliert werden, braucht daher nicht soviel T3/T4 (Hormone der Schilddrüse) und damit weniger Iod (wird in T3/T4 eingebaut).

Also wenig Fernsehen, Computer, Lärm-Stress, Arbeits-Stress.

Kein Alkohol, Drogen, Kaffee, Kakao, Schwarztee (stimulieren bzw. senken die Reizschwelle).

Ausreichend Schlaf und genügend Erholungszeiten.

#### Vollwertige Nahrungsmittel aus biologisch-dynamischer Landwirtschaft

Keine Düngung mit Gülle.

Keine Unkrautvernichtung mit Pestiziden und Insektiziden.

#### Leitungswasser-Konsum reduzieren

Wenn sie in einer Region mit hohen Nitrat-Werten leben.

(München/Stadt: max. 10.9 mg/l; Grenzwert: 50 mg/l)

#### Viel iod-haltige Lebensmittel genießen

#### Vitamin-Mineralstoff-reiche Kost (1/3 Rohkost oder leicht gedünstet)

#### Ggf Substitution mit vegetabilisierten (nicht-synthetischen) Iod

z.B. durch Präparate, die das berücksichtigen:

„Algasan“ (Dr. Vogel) (Algenprodukt)

„Bioforce“ (Dr. Vogel) (Algenprodukt)

Spongia D4 (neben Iod zusätzlich enthalten: Brom, Chlor, Natrium, Calcium, Eisen)

#### Behandlung:

Halsumfang in Schwangerschaft messen lassen und notieren + Schilddrüse tasten lassen

#### Darmflora untersuchen und evt. Darmsanierung

um Resorptionsleistung zu optimieren.

### *Mengen- Empfehlungen ( $\mu\text{g}/\text{d}$ )*

- Schwangere: 230
- Stillende: 260
- Säuglinge: 50-80; gestillte Säuglinge bekommen 61 µg/l Muttermilch
- Kinder: 100-180
- Erwachsene: 200

## 2. Eisen

*Was ist das*

Essentielles Spurenelement,  
d.h. es muss dem Organismus zugeführt werden, da nicht selber im Körper hergestellt werden kann.

*Biologischer Nutzen*

Sauerstofftransport (→ Energiegewinnung, Leistungsfähigkeit...)

*Allgemein:*

Heute verschreibt der behandelnde Arzt in fast jeder Schwangerschaft irgendwann Eisen-Tabletten, um eine Anämie zu vermeiden, weil ein niedriger Hb-Wert gemessen wurde.

Nur anhand des Hb-Werts kann aber keine Anämie festgestellt noch ausgeschlossen werden.

Man muss bei der Diagnose „Anämie“ unbedingt mehrere klinische Blut-Parameter in Zusammenhang sehen.

(Differenzierte Diagnose „Anämie“ durch Serum-Eisen + Transferrin (Transport) + Ferritin (Speicher) + MCH + Hämatokrit + Hb + Retikulozyten).

Das Serumeisen unterliegt natürlichen Schwankungen, hat z.B. einen natürlichen Tagesrhythmus, indem es in den frühen Morgenstunden hoch ist und gegen Ende des Nachmittags deutlich abfällt.

So kann auch in der Pubertät und Schwangerschaft eine Veränderung des Eisenwertes erstmal als normal angesehen werden.

In der Schwangerschaft sollte sorgfältig unterschieden werden zwischen echtem (manifestem) und relativem (prä-/latentem) Eisenmangel.

Durch Anstieg des Plasmavolumens um bis zu 50% kann ein relativer Eisen-Mangel entstehen, d.h. es liegt nur eine „Verdünnung“ vor, d.h. es bedarf keiner Substitution. Durch den Eisenbedarf des Foeten (kombiniert mit anderen Faktoren) kann echter Eisen-Mangel entstehen und eine Eisen-Substitution notwendig machen. Hb (roter Blutfarbstoff), Hämatokrit (Verhältnis der festen Zellbestandteile zum Gesamtvolumen) sinken zusätzlich ab zum erniedrigten Serum-Eisen und Ferritin-Wert.

Dieser Eisenmangel ist dann aber niemals nur über eine Hb-Wert-Bestimmung nachzuweisen, sondern alle Werte müssen im Zusammenhang gesehen werden.

Zu Beginn jeder Schwangerschaft sollte unbedingt Ferritin (Eisen-Speicher in Leber, Milz, Knochenmark) kontrolliert werden.

Anhand dieses Parameters sieht man die Eisen-Vorräte zu Beginn und kann kontrollieren wie sie sich im Laufe der Schwangerschaft verändern.

Wenn Hb absinkt (bis 9 g/dl im 3. Trimenon) und keine subjektiven Beschwerden vorliegen, kann man bei einem stabilen Ferritin-Wert abwarten, weil der Eisen-Speicher noch nicht beeinträchtigt ist.

Eine Eisen-Substitution sollte noch nicht im 1. Trimenon erfolgen, da hier in der Umstellungsphase physiologisch Eisen-Verteilungsstörungen vorliegen und meist häufiges Erbrechen die Einnahme nutzlos machen.

Mehr Sinn macht es bis Anfang des 2. Trimenons abzuwarten, ob sich die Werte bis dahin stabilisiert haben – wenn nicht, sollte man mit „vegetabilisierten“ Eisen (s.u.) einer Entleerung der Eisen-Speicher vorbeugen.

### *Natürliches Vorkommen*

Gemüse (Salat, Petersilie, Karotten, Tomaten, Rote Beete...)

Muskelfleisch

Leber

Eigelb

Brennnessel

Hirse, Hafer

Sonnenblumenkerne, Sesam, Pistazien

*Subjektive Beschwerden die auf Eisen-Mangel hinweisen:*

Müdigkeit

Atemnot (bei körperlicher Belastung)

Schwindel

Kopfdruck, Kopfschmerzen (pochend)

Ohrensausen

Kälteempfindlichkeit

Blässe mit plötzlichem Erröten

Stumpfe, brüchige Haare

Mundwinkelrhagaden

Brüchige Nägel und Hohnagel-Bildung

Viele dieser Symptome sind auch physiologisch (d.h. ohne Krankheitswert) in der Schwangerschaft und haben keineswegs immer nur einen Eisenmangel als Ursache.

*Folgen bei Überdosierung*

- Hämosiderose (vermehrte Eisenablagerung im Organismus)

Diskutierte Folgen:

Geburtsbehinderungen

Blutungsneigung

Unruhige Kinder

*Welche Ursachen können noch zu Mangel führen:*

→ Die Eisenaufnahme findet im Dünn-Darm statt, nachdem es durch die Magensäure „aufnahmefähig“ gemacht wurde- folglich kann jede Störung im Magen oder Dünn-Darm die Aufnahme behindern.

- Dysbakterie (abnorme Darmbakterien-Flora)
- Antibiotika
- Zuwenig Magensäure
- Antacida (Medikamente, die Magensäure verringern)
- Fehlernährung
  - Zuviel Phosphate (Limo, Würstchen, Fast-Food, Joghurt...)
  - Oxalate (Rhabarber, Spinat...)
  - Tannin (Schwarztee...)
  - Koffein (Kaffee)
  - Alginate (Instant-Produkte: Suppen, Pudding...) (18)
- Schnell aufeinanderfolgende Schwangerschaften
- Konstitutionell starke Menses
- Chronische Blutungen (oder starke akute Blutverluste)

## *Zusammenfassung*

Eisenmangel besteht nicht nur im statistischen Mangel an einer Substanz, sondern zeigt immer eine Störung des Gesamt-Organismus mit dem „Inkarnations-Metall“ Eisen umzugehen.

Die Therapie kann daher nicht nur zum Ziel haben Eisen zu ersetzen, sondern Aufnahme, Verteilung, Verwertung und Verfügbarkeit anzuregen.

Man muss sich hüten Normwerte als bindend und Abweichungen als pathologisch zu sehen, wie dies auch bei manchen Hochdruck-Werten der Fall ist.

Eisengaben können in der Schwangerschaft bei echtem Eisenmangel, d.h. Absinken mehrerer Blut-Parameter und subjektiven Beschwerden nötig werden.

Möglichst sollte das 2. Trimenon abgewartet werden, um der Selbstregulation eine Chance zu geben.

Immer müssen andere Ursachen für Eisenmangel ausgeschlossen werden.  
(z.B. Dysbakterie durch z.B. Antibiotika)

Immer natürliches Eisen (=„vegetabilisiert“) dem synthetischen vorziehen:  
z.B. „Kräuterblutsaft Dreluso“  
„Floradix“  
Brennnessel-Tee

Eisen immer ½ Std. vor dem Essen verabreichen.

Vor Einnahme die Aufnahmefähigkeit optimieren:

Magenbesaftung anregen mit „amara-Tropfen“+ Vitamin C zuführen (Zitronensaft) oder Ferrum-sulf D4 (biochemisch)  
„Enzian-Anämodoron“ (Weleda)

Kein Schwarztee oder Kaffee ½ Std. nach dem Essen

*Mengenempfehlung:*

Eisenverlust p/d:

- Mann: 1 mg
- Frau: 2 mg
- Schwangere Frau: 3 mg

Empfohlene Zufuhr (ges.):

- Mann: 12 mg
- Frau: 15 mg
- Kind: 15 mg

Davon werden ca. 10% resorbiert

Empfohlener Tagesbedarf:

- Mann: 0.5-1 mg
- Frau: 1.5 mg
- Schwangere Frau: 2.5 mg
- Kind: 1-1.5 mg

### 3. Magnesium (Mg)

*Was ist das*

Mineralstoff

*Biologischer Nutzen*

- Energiegewinnung
- Eiweißherstellung
- Abwehrleistung
- Zellabdichtung (neben Ca)
- Senkung des Cholesterinspiegels
- Stabilisierung des Herzrhythmus
- Nerven-Muskel-Erregungs-Dämpfung
- „Schleppsubstanz“ für Ca, Ka und viele Vitamine

*Allgemein:*

In Wachstumszeiten (z.B. Schwangerschaft) ist der Organismus besonders Mg–bedürftig.

Ein konstanter Blut–Mg–Spiegel ist notwendig, um eine erhöhte Nerven/Muskel-Erregbarkeit vorzubeugen.

Mg wird in der Schwangerschaft prophylaktisch gegeben, um Muskelkrämpfe und vorzeitige Wehen zu verhindern.

### *Natürliches Vorkommen*

Löwenzahn

Nüsse

Vollkorn (aus biologisch-dynamischen Landbau)

Ungeschälter Reis

Hülsenfrüchte

Kakao

Gemüse (Kartoffeln...) (aus biologisch-dynamischen Landbau)

### *Folgen bei Mangel*

Muskelkrämpfe

Vorzeitige Wehen

### *Anzeichen für evtl. Mangel:*

Reizbarkeit mit Lärmempfindlichkeit und erhöhter Reaktionsbereitschaft

Müdigkeit und rasche Erschöpfbarkeit mit steigendem Schlafbedürfnis

Kopfschmerzen

Herzklopfen

Infektanfälligkeit

Einige dieser Symptome sind auch physiologisch (d.h. ohne Krankheitswert) in der Schwangerschaft und keineswegs nur mit Mg therapierbar.

#### *Weitere Ursachen für Mg-Mangel:*

Umweltbelastung und moderne Landwirtschaft.  
Durch „sauren Regen“ und Überdüngung verarmen die Böden an Mineralstoffen.

#### *Alternativen zu synthetischem Mg:*

Lebensmittel aus kontrolliert-biologischen Anbau (Nüsse, Samen, Kartoffeln, Reis, Getreide...)

Übererregung des Nervensystems durch umstandsgerechten Lebenswandel vermeiden.  
(Arbeit rechtzeitig aufhören; viel Bewegung im Grünen, ausreichend Schlaf...)

#### *Zusammenfassung*

Auf der körperlichen Ebene sind schulmedizinisch wenig Gefahren zu beobachten bei prophylaktischer Mg-Einnahme.

Auf der körperlichen und der geistig-seelischen Ebene haben wir aber aus homöopathischen Arzneimittelprüfungen Hinweise für eine nachhaltige Beeinflussung des Organismus (z.B. Schlafstörungen, Verdauungsprobleme bei Säuglingen...).

Mg sollte daher, wie auch alle anderen Medikamente, nie bedenkenlos prophylaktisch eingesetzt werden, sondern nur bei Anzeichen auf Mangelzustände evtl. nach klärender Blutuntersuchung.

Auch bei der prophylaktischen Mg-Gabe wird wieder deutlich, dass man die Augen verschließt vor den eigentlichen Ursachen (Stress in der Schwangerschaft und Umweltverschmutzung...) und stattdessen die scheinbar einfache Lösung in Tablettenform anstrebt.

Mg ist ein „Calciumantagonist“, daher sollte es nie mit Calcium zusammen eingenommen werden. Ein erhöhter Calcium-Spiegel im Blut blockiert die Mg-Aufnahme, was wiederum die Calcium-Aufnahme blockiert.

Mg-Resorption am Abend am effektivsten (Mg-Einnahme nur hier sinnvoll).

#### **4. Folsäure**

##### *Allgemein*

Der Folsäure-Spiegel im Blut kann durch gesteigerten Bedarf in der Schwangerschaft sinken.

Daher wird häufig eine Substitution in dieser Zeit empfohlen.

##### *Was ist das*

Vitamin (der B-Gruppe) (hitze / lichtempfindlich; wasserlöslich)

Wird v.a. mit der Nahrung aufgenommen und in geringem Maß im Dünndarm hergestellt.

##### *Biologischer Nutzen*

Wichtiges „Co-Vitamin“ für alle anderen B-Vitamine, d.h. es verbessert deren Aufnahme.

Wichtig für die Blutbildung

(Speicherung für 12 Wochen in Leber, Milz, Knochenmark)

##### *Natürliches Vorkommen*

Grünes Blattgemüse

Hefe

Milch

Leber

Innereien

*Weitere Ursache für Mangel:*

Alkohol

Medikamente:

Östrogene, Progesterone (Verhütungsmittel)

Aspirin

Lipidsenker

Chemotherapeutika

Gestörte Darmbakterien-Flora (Folsäure wird im Dünndarm durch Bakterien hergestellt).

### *Folgen bei Mangel*

Anämie (Schlappheit, Müdigkeit)

Abwehrschwäche (durch Störung im Aminosäurestoffwechsel)

Atrophie von Mund / Darm-Schleimhaut  
und damit Resorptionsstörungen anderer Stoffe

Neuralrohrschäden (Spina bifida, Anenzephalie) als eigentlicher Hauptgrund für routinemäßige Verordnung von Folsäure in der Schwangerschaft. Diese Fehlbildungen entstehen aber in der Embryonalentwicklung (1. bis 8. Schwangerschaftswoche), d.h. Folsäure macht nur Sinn in dieser frühen Zeit der Schwangerschaft, in der die meisten Frauen noch gar nicht wissen, dass sie schwanger sind.

### *Folgen bei Überdosierung*

Keine (normale Nierentätigkeit vorausgesetzt), da wasserlöslich.

### *Zusammenfassung*

Kann in Schwangerschaft nötig werden, wenn Symptome eines Mangels subjektiv und objektiv vorliegen.

Einnahme relativ harmlos, da Überschüsse bei normaler Nierentätigkeit ausgeschieden werden.

Bei festgestelltem Mangel immer auf Fehlernährung, Alkoholkonsum, Medikamente, Darmflora achten und Mangel zuerst über Ernährung regulieren.

Achtung: Folsäure wird zu 90% beim Kochen zerstört.

### *Mengen- Empfehlungen p/d (mg)*

- Säuglinge: 0.05-0.1
- Kinder: 0.1-0.3
- Jugendliche: 0.4
- Erwachsene: 0.4-0.8
- Schwangere, Stillende: 0.8-1.2

## **V. Medikamente bei Neugeborenen**

Im ersten Lebensjahr werden in Kinderarzt-Praxen die meisten Arzneimittel verschrieben.

Dies geschieht in einer sensiblen Lebensphase, in der der kindliche Organismus am anfälligsten ist für Störungen von Außen.

Eltern werden oft nur unzureichend beraten, teilweise gar nicht gefragt und bei kritischen Fragen als verantwortungslos bezeichnet.

Negative Folgen, die sich durch diese Arzneien ergeben können, sind sehr schwer vollständig erfassbar. Arzneimittel-Tests an Neugeborenen dürfen nicht durchgeführt werden und damit stellen Erkenntnisse über Arzneimittel-Wirkungen immer nur spekulative Werte dar, die durch neue Erfahrung in ganz anderem Licht erscheinen.

Was heute noch als unumstößliche Lehrmeinung gilt, kann morgen schon überholt sein. (s. „vakzineassoziierte Poliomyelitis“ durch Polio-Impfung mit Lebendviren)

Schäden die in dieser Zeit entstehen können, zeigen sich oft erst viel später und sind dann einer Therapie nur schwer zugänglich (z.B. Allergien, Verhaltensauffälligkeiten...). Gerade in der Kinderheilkunde sollten ärztliche Handlungen nicht zu kurzfristig beurteilt werden.

In den ersten drei Lebensjahren sollte ein größtmöglicher Verzicht auf Arzneimittel angestrebt werden. Medikamente nur, wenn eine unbedingt medikamentenpflichtige Indikation vorliegt.

Am Besten ist es das Kind in seiner individuellen, einmaligen Reaktionsfähigkeit zu erkennen und zu unterstützen, wie dies z.B. mit klassischer Homöopathie und deren „Konstitutionsbehandlung“ möglich ist.

Dies dürfte die kindgerechteste Prophylaxe für gesunde Kinder sein, da bei sehr hohem therapeutischen Nutzen sehr wenige Nebenwirkungen auftreten können.

## 1. Vitamin K

*Was ist das*

„Vitamin“ (fettlöslich, hitzelabil)

Gallensäuren sind für die Aufnahme nötig.

*Biologischer Nutzen*

Bewirkt in der Leberzelle eine Steigerung der Biosynthese des Prothrombins sowie der Gerinnungsfaktoren (2/7/9/10), die zusammen Blutungen zum Stillstand bringen.

*Allgemein:*

Durch mehrmalige orale Vit K-Gaben gleich nach der Geburt bis zur ca. 6. Wo (U1, U2, U3) (insg. 3 mal 2 mg) soll der sog. „Morbus haemorrhagicus neonatorum“ (=Vit K-Mangelblutung) verhindert werden.

Dieser kann in seiner Frühform v.a. zwischen dem 3.-7. Tag und in seiner Spätform v.a. zwischen der 4.-12. Woche auftreten

Blutungen entstehen dann durch Verminderung der Vit K-abhängigen Gerinnungsfaktoren (2/7/9/10=Prothrombinkomplex).

Ursache: Leber(parenchym)schäden (durch Medikamentenabusus etc.)

Hochfieberhafte Infekte

Frühgeborene

Kinder oder Mütter mit Vit K-Mangel

Mangel durch Fehlernährung kommt praktisch nicht vor, da hohe Konzentration in Nahrungsmitteln und ausreichende Herstellung durch Darmbakterien.

Vit K-Mangel nur nach:

Störung der Darmflora (z.B. durch Antibiotika, Mucoviszidose, Malabsorptionssyndrom...)  
+ Cholestase (z.B. durch Gallensteine, Tumor, Hepatitis...)  
+ Mangelernährung

Häufigkeit:

1:30.000 Neugeborene (50% als Gehirnblutung)

1:120.000 mit letalem Verlauf

Vormilch (Kolostrum in ersten 3-5 Tagen nach Entbindung) ist Vit K-reichste Milch.  
Dies scheint notwendig nach den Geburtsverletzungen.

Muttermilch selbst enthält sehr wenig Vit K.

Das bedeutet aber auch, dass das rasche Anlegen in der ersten Stunde unglaublich wichtig ist. Der Saugreflex erreicht 20-30 Min. nach Geburt seinen Höhepunkt.

Durch Trennung von Mutter und Kind gleich nach der Geburt, wird damit ein Vit K-Mangel provoziert und macht die synthetischen Vit K-Gaben notwendig.

Die Vit K-Gaben erfolgten in der Vergangenheit z.T. in 1000-facher Überdosierung.  
Dies ist gefährlich, weil durch die Fettlöslichkeit ein Überschuss nicht einfach über die Nieren ausgeschieden wird.

Ungeklärt ist, warum es fast ausschließlich bei vollgestillten Kindern zu Vit K-Mangelblutungen in v.a. den ersten 3-7 Wochen kommt.

Diskutiert wird:

Zusammenhang zwischen Blutungen durch Dioxine und anderen Umweltschadstoffen bzw. dioxinhaltiger Muttermilch.

Durch Dioxine werden in der Leber Vit K-abbauende Enzyme angeregt. (19)

### *Natürliches Vorkommen*

Alle grünen Pflanzen

### *Symptome bei Mangel:*

Blutungen

(Stuhl = "Melaena neonatorum", Haut, Schleimhaut, Nase, Nabel, Bauchhöhle, Lunge, Leber, Gehirn)

„Kephalhämatome“

(= Kopfblutgeschwulst; fluktuierende tauben-bis hühnerei-große halbkugelige Geschwulst am Schädel)

Trinkverweigerung mit Gedeihstörungen

Grauer Stuhl (deutet auf Resorptionsstörung im Darm und damit geringe Vit K–Aufnahme)

### *Folgen bei Überdosierung*

→ kann u.U. vorkommen, da es sich um ein fettlösliches Vitamin handelt, dass nicht über Niere ausgeschieden werden kann (wie Vit A/D/E)

Tumorwachstum wird begünstigt (Tierversuche) (20)

### *Weiter Ursachen für Vit K-Mangel*

Übermäßiger Geburtsstress mit Gewalteinwirkung (Zangengeburt...)

(Leber wird anfällig wegen Glycogen-Verlust; Blutungsgefahr steigt durch invasive Verfahren)

Medikamenteneinnahme vor / während / nach Geburt

(Leberschädigung und zusätzlich wird Darmmilieu durcheinandergbracht und Vit K kann nicht ausreichend resorbiert und hergestellt werden)

### *Zusammenfassung*

Vit K–Mangelblutungen im Säuglingsalter können eine erhebliche Gefahr für den Säugling darstellen.

1 von 30.000 Kindern ist davon betroffen und 1 von 120.000 stirbt daran.

Das heißt aber auch, dass man 119.999 Kinder prophylaktisch mit nicht bekannten Risiken behandelt, um 1 Todesfall zu vermeiden.

Prophylaxe mit fettlöslichen Vitaminen nie unbedenlich wegen Gefahr durch Überdosierung.

Prophylaxe mit Vit K nur, wenn:

Kind zu früh oder mit Mangelerscheinungen geboren

Kind hat in ersten Tagen einen hochfieberhaften Infekt

Kind kann nicht gestillt werden (v.a. in ersten Lebenstagen)

Kind weist Vit K–Mangelsymptome auf (Trinkverweigerung, Blutungen...)

Kind wurde nach erheblichem Geburtsstress geboren unter Medikamenteneinfluss

Mutter hat Vit K–Mangel (evt. in Schwangerschaft testen)

(durch Mangelernährung, Cholestase, häufige Antibiotika–Gaben, Drogen, Alkohol, Medikamente, Stress)

### Sinnvollere und nebenwirkungsfreie Prophylaxe

Schwangerschaftsgerechter Lebenswandel (kein Alkohol, Drogen, Medikamente, Dauerstress)

Vollwertige, schadstoffarme Nahrungsmittel

Geburt in ruhiger, stressfreier Umgebung möglichst ohne Medikamente (Geburtshaus)

Anlegen gleich nach Geburt

Alternative Vit K–Prophylaxe (Rezept):

Rp

Konakion-Tropfen	1.0g	
Glycerin 85%		7.5g
Aqua dest.	18.0g	

MDS

einmal wöchentlich ein Tropfen pro Kg Körpergewicht  
(d.h. ein Säugling mit 3500 g erhält drei, ein Säugling mit 4700 g erhält vier Tropfen wöchentlich)

*Mengenempfehlung p/d (mg) für Vit K3 (synthetisch)*

- Säuglinge: 1.5
- Kinder: 0.02
- Jugendliche: 0.04-0.1
- Erwachsene: 0.15
- Schwangere, Stillende: 7

## 2. Vitamin D

### *Was ist das*

Vit D ist eine fettlösliche Substanz, die z.T. über die Nahrung zugeführt wird, aber auch in einer Vorstufe (Provitamin) aus Cholesterin im Körper selbst hergestellt werden kann.

Dieses Provitamin wird durch Ultraviolettstrahlung (Sonne) und Weiterverarbeitung in Niere und Leber zum wirksamen Vit D.

Jedes Vit D — ob mit der Nahrung oder als Medikament aufgenommen — wird nur durch die Weiterverarbeitung in Niere und Leber aktiviert.

Das fertige Vit D kommt in der Natur immer nur in geringen Mengen vor (sollte zu denken geben) — niemals isoliert, sondern immer zusammen mit Vit A, das die Wirkung dieser hochaktiven Substanz in einer polaren Wechselwirkung begrenzen soll. (in der sog. „Prophylaxe“ achtet man darauf nicht und gibt Vit D isoliert)

Vit D ist also kein Vitamin, da es vom Körper selbst synthetisiert werden kann, sondern wird besser als Hormon bezeichnet.

Vitamine zeichnen sich per definitionem gerade dadurch aus, dass sie eben nicht selbst im Organismus hergestellt werden können und dadurch unbedingt von Außen zugeführt werden müssen.

Der Vorteil ist, dass es also nicht wie Vitamine nur von Außen zugeführt werden muss — sehr wohl muss aber genügend Licht von Außen zugeführt werden, um das hergestellte Provitamin in seine aktive Form zu überführen.

Durch die Fettlöslichkeit kann es vom Körper bei Überschuss nicht über die Nieren ausgeschieden werden, sammelt sich also im Körper an und kann dadurch schwere Folgeschäden bewirken.

### *Biologischer Nutzen*

Vermehrte Calcium-Rückresorption im Darm + Mobilisierung und Einbau in den Knochen

### *Folgen bei Mangel*

Rachitis (= englische Krankheit)

Mineralisationsstörung des Knochens mit ungenügender Verkalkung desselben bei Kleinkindern. Deformierung des Skelettsystems ist durch die weichen Knochen die Folge.

Die Krankheit tritt am häufigsten im ersten Lebensjahr auf, weil der Säugling hier sein Gewicht auf das dreifache vervielfacht und die Knochen großer Beanspruchung ausgesetzt sind.

### *Allgemein:*

Die Verhütung der Rachitis ist eine der wichtigsten Aufgaben der Säuglingsbehandlung.

Genau aus diesem Grund muss man genau hinschauen und darf nicht eine Einzelsubstanz zum Allein-Schuldigen erklären – auch wenn dadurch die scheinbare „Behandlung“ unserer zeitarmen Kinderheilkunde mit ihren pauschalen, auf jedes Kind gleichsam angewendeten Therapie-Schemata, einen Management-Vorteil hätte.

Ein Vit D-Mangel kann eine Ursache für Rachitis sein, ist aber bei Weitem nicht die einzige.

Jeder Vit D-Mangel wird irgendwann zur Rachitis führen, aber nicht jede Rachitis entsteht durch Vit D- Mangel.

Vit D ist zur Kalkeinlagerung in den Knochen unbedingt notwendig. Daraus aber den Umkehrschluss zu ziehen, das auch die Zufuhr von Vit D notwendig sei, ist völlig verfehlt.

So ist auch zu erklären, warum sog. „Vit D-therapieresistente Rachitisfälle“ auftreten. Diese sind nur deshalb „therapieresistent“, weil Vit D-Mangel nicht die Ursache ist dafür.

Auch neigen „Flaschenkinder“ stärker zur Rachitis als „Brustkinder“, obwohl die Kuhmilch vielmehr Vit D enthält als Muttermilch.

Rachitis ist keine reine Vit D–Mangel-Erkrankung.

Schließlich können wir diese Substanz ja in der Vorstufe selbst herstellen, d.h. ein Mangel durch ungenügende Zufuhr von Außen kann dadurch ausgeglichen werden.

Am Beispiel der Rachitis zeigt sich, dass man mit einer nur chemischen Betrachtungsweise des Lebens, ohne die Lebensprozesse in ihrer Komplexität zu beachten, die Gegebenheiten des Lebens nicht erfassen kann.

Durch die Forschung der letzten Jahrzehnte hat sich das Augenmerk bei der Entstehung der Rachitis immer mehr von der pathologischen Anatomie zur physiologischen Chemie hin verschoben, nachdem das Vit D bekannt wurde.

Seit 1931 wird das synthetische Vit D zur Prophylaxe und Therapie eingesetzt.

In der Folgezeit wurden viele „idiopathischen (= ohne Ursache) Hyperkalzämien“ epidemisch beobachtet, die sich erst nach genaueren Hinsehen als Vit D–Vergiftungen herausstellten.

Diese Situation zeigt, dass die Grundlagen des Heilens in der modernen Medizin fehlen, wenn man äußere Daten überbewertet, ohne den ganzen Menschen zur Grundlage des medizinischen Handelns zu machen. (21)

Zuerst muss man wie gesagt die pathologisch–anatomischen Besonderheiten bei der Rachitis beachten, um sie nicht nur als mangelhaften Mineralisierungsprozess miss zu verstehen:

Bei der normalen Knochenbildung sind die in den Markraum vordringenden Blutgefäße parallel angeordnet (Richtungsphänomen).

Bei rachitischen Knochen bilden sich die Blutgefäße ohne geordnete Wachstumsrichtung nach allen Richtungen aus. So kann sich auch die äußere Form des Knochens nicht richtig entwickeln.

Diese „Planlosigkeit“ zeigt sich auch an den Wucherungserscheinungen am Periost (= Knochenhaut), was zu den typischen Knorpelverdickungen führt.

Die Planlosigkeit durch mangelhaftes Eingreifen eines „Ordnungsprinzips“ neben der Lichtstoffwechselstörung hat die anthroposophisch–orientierte Medizin dazu veranlasst bei der Rachitis von einer Schwächung der „Ich–Organisation“, d.h. einer Schwäche der „Inkarnationstendenz“ zu sprechen.

Dies bedeutet, dass der geistig-seelische Anteil mit dem physischen Leib noch keine starke Verbindung eingehen kann.

Der Organismus bleibt, wenn sich die „Ich-Organisation“ seiner nicht bemächtigen kann in einem Zustand der „Verwässerung“ (Embryo).

Dieses Phänomen erstreckt sich durch alle Symptome, die wir in Zusammenhang mit der Rachitis beobachten:

Weiche Knochen, Hydrozephalus (= Wasserkopf), mangelhafte Bewegung der Gliedmassen, weicher / aufgedunsener / pastöser Leib, Muskelschwäche etc.

Unbewusster Ausdruck der geschwächten „Ich-Organisation“, die den Mensch von allen anderen Lebewesen unterscheidet, findet sich in der schulmedizinischen Nomenklatur für Rachitis-Symptome: Froschbauch, Dackelbeine, Hühnerbrust etc.

Dies hat in einer anthroposophisch erweiterten Heilkunst weitreichende Konsequenzen für Prophylaxe und Therapie, die hier nur z.T. angesprochen werden und allgemein mehr Beachtung verdienen.

Ursachen für Rachitis sind also ein Zusammenspiel folgender Faktoren:

Calcium- und Phosphat- Stoffwechselstörung

(meist kein Mangel sondern Verteilungsstörung!)

(daraus folgt mangelhafte Einlagerung des Kalks in die Knochen)

+

Licht-Stoffwechselstörung

(Sei es infolge ungenügender Zufuhr oder ungenügender Aufnahmefähigkeit durch die geschwächte „Ich-Organisation“)

+

Strukturstörung

(durch Schwächung der „Ich-Organisation“ = „organisierendes Prinzip“)

Planloses Wachstum und Ausrichtung von Blutgefäßen, Knorpelzellen und Knochenbälkchen

Nur unter Berücksichtigung dieser Bedingungsfaktoren lässt sich das Phänomen „Rachitis“ verstehen und wirklich vorbeugen oder heilen.

### *Folgen bei Überdosierung*

Heute soll jedem Säugling unabhängig von Krankheitszeichen oder Zeichen für eine konstitutionelle Krankheitsempfänglichkeit für 1 bis 1 ½ Jahre (bis zum zweiten erlebten Frühjahr) täglich 400-500 I.E. Vit D pauschal–prophylaktisch verabreicht werden. Dies wird üblicherweise mit Fluor kombiniert.

Überdosierung bedeutet jede Vit D-Gabe ohne rachitische Anzeichen beim Säugling.

Überdosierung kann bei Vit D vorkommen, da es sich um ein fettlösliches „Vitamin“ handelt.

Allgemein wird ein vorzeitiger Sklerotisationsprozess provoziert (wie er erst im Alter typisch ist), d.h. einer vorzeitigen „Verhärtung“ wird Vorschub geleistet.

#### Körperlich

- Entkalkung der Knochen\_(durch gesteigerte Osteoklasten-Aktivität)
- Hyperkalcämie
- mit Kalkeinlagerung in:  
Niere (Nephrokalzinose/Niereninsuffizienz),  
Herz (Coronar-Sklerose/Herzinfarkt)und  
Blutgefäße (Arteriosklerose) v.a. Aorta (Aortenstenose), Pulmonalstenosen  
Pancreas (Pancreatitis)
- diese Kalkablagerungen sind in der Regel irreversibel und äußern sich oft erst Jahre bis Jahrzehnte später (seit 1932 bekannt).
- Zahnmissbildungen

Viel schwerwiegender und subtiler sind die Auswirkungen dieses frühzeitigen „Verhärtungsprozesses“, d.h. Alterung auf der geistig–seelischen Ebene.

Dies wird in der Praxis immer öfter erkennbar an sog. „intellektuell–frühreifen“ Kindern, die aber im schöpferisch–kreativen Bereich enorme Defizite aufweisen und schnell

konzentrationsschwach / ermüdbar / reizbar sind (der intellektuelle Anteil des Denkens stützt sich anders als der schöpferisch-kreative Anteil auf den Mineralisierungsprozess).

Unsere Kinder sind wie nie zuvor bedroht durch eine Beschleunigung der normalen Lebensrhythmen, die wir nicht noch mit medizinischen Maßnahmen fördern dürfen !

### *Rachitis-Symptome*

Manifestationen zeigen sich meist im 2.-3. Monat.

Symptome zeigen sich am Nerven-Sinnes, wie am Knochen-System.

#### Früh

Mattigkeit

Muskelschwäche (oder gesteigerte Muskelspannung mit Schmerz bei Berührung)

Schlaffer Körper + Unruhiger Kopf („Schädelwetten“) → kahler Hinterkopf („Hinterkopfglatze“)

Starker Kopfschweiß

Schlaflosigkeit (durch gesteigerte Reizbarkeit)

Psychische Auffälligkeiten (Erregung, Apathie, Gereiztheit, Schreckhaftigkeit)

Obstipation (=Verstopfung)

Vorgewölbter Bauch

Rachitischer Rosenkranz

(tast- und später sichtbare Anschwellung der Knorpel-Knochengrenze der Rippen)

Erweiterung der distalen Enden der Röhrenknochen

(tast- und später sichtbare Anschwellung am Handgelenk und Außenknöchel=Marfan-Zeichen)

#### Spät

Kraniotabes

(Eindrückbarkeit des Schädels v.a. am Hinterhaupt, wenn man den Kopf von vorne nach hinten mit den Händen umfasst und drückt=“Tennisballgefühl“)  
(nicht beweisend für Rachitis; auch z.B. Vit A-Überdosierung)

Spasmophilie

(Zuckungen in Arm-und Gesichts-Muskulatur; durch Tetanie) (auch als Heilungskrise)

Bein-Wirbelsäulen-Verkrümmung

Verzögerter Milchzahn-Durchbruch mit Schmelzdefekten

*Natürliches Vorkommen*

→ immer in Kombination mit dem Gegenspieler Vit A

Lebertran (v.a. Heilbutt)

Fisch (-Leber)

Milch

Eier

Pilze

- *Prophylaxe und Therapie-Konzepte*

Ziel:

Verlauf des Inkarnationsprozesses in zeitgerechte Lebensrhythmen eingliedern.

Organismus anregen zur Bildung des Provitamin D und dessen Umwandlung zu Vit D durch Licht. Schnelligkeit des Erfolges von untergeordneter Bedeutung.

Es kann nicht Ziel sein mit einem fertigen Präparat dem sich entwickelnden kindlichen Organismus von vornherein eine Tätigkeit abzunehmen, die er selbst erlernen und ausführen kann und soll (in Wachstums-und Stillzeiten kann der Organismus bis zum 5-fachen an Vit D herstellen lernen).

Wenn man Vit D von Außen zuführt, stellt der Körper die viel wichtigere Eigenproduktion ein, so wie ein Muskel atrophiert, wenn ich ihn nicht gebrauche.

Solche Maßnahmen reduzieren das aktive Subjekt zu einem passiven, bedürftigen Objekt, und müssen in der Kindheit, die von Lernen und Wachstum geprägt ist unbedingt unterlassen werden.

Prophylaxe beginnt in der Schwangerschaft mit ausreichender Eisen-und Kalk-Versorgung  
„Urtica dioica Ferro culta“ (Weleda)  
„Aufbaukalk I + II“ (ab 4. Schwangerschafts-Monat)

Keine frühen Antibiotika-Gaben (stört Darmflora und damit Resorption von Vit D)

Leber- und Nieren- Tätigkeit (notwendig zur Aktivierung des Vit D) nicht zu früh belasten  
(z.B. durch Impfungen ab dem 3. Monat)

Vorstellung bei ganzheitlichem Behandler:  
alle 4 Wochen im Winter und alle 6-8 Wochen im Sommer während des ersten Lebensjahres.

Voll Stillen in ersten 6 Monaten  
Kind bekommt über die Muttermilch 150-250 I.E. Vit D p/d  
(entspricht den internationalen Einnahmeempfehlungen)

Bei „Flaschenkindern“ Überernährung vermeiden (Körpergewicht : 6 = Tagedrinkmenge),  
da zu viel Eiweißanteil die Lichtverwertung erschwert.

Täglich Licht-Bäder !!! (ab 1. Woche)  
Kein direktes Sonnenlicht im Sommer (oder mit Betthimmel aus lichtem Blau oder Rosa)  
Streulicht des blauen Himmels völlig ausreichend  
Mittagsschlaf im Freien + Spaziergänge  
Künstliches Mischlicht, wenn sehr trüber Winter (z.B. „Ultra-Vita-Lux“)

Baby-Schwimmen  
Knochenstoffwechsel wird durch Aktivität angeregt und Knochen werden dabei im Wasser nicht belastet.

„Pekip-Gruppen“

Einreibungen mit Johanniskrautöl (steigert die Photosensibilität; nicht danach in Sonne gehen)

Lebertran (1 TI tgl.)

(vorsichtig ausprobieren; 99% der Säuglinge werden sich dagegen wohl sträuben – nicht forcieren)

Homöopathische Arzneimittel zur Unterstützung der Konstitution und Anregung der „Ich-Organisation“ und des inneren Lichtstoffwechsels

nur in Form einer homöopathischen Konstitutions-Behandlung

Phosphor („Licht-und Ich-Träger“)

Calc-c

Apatit (phosphorsaurer Kalk) z.B. in Kombination mit Phosphor als Apatit/Phosphorus comp. S

Conchae/Quercus comp. S (wirkt auf den Wasser-Organismus)

Ab 8. Mon.:

Apatit/Phosphorus comp. K

Conchae/Quercus comp. K

Stärkungsbäder 2 mal wöchentlich

Mit Thymian und Eichenrinde (auch als fertiges „Kinderbad“ von Weleda)

½ Zitrone + ½ L Frischmilch + 1 ganzes Ei (Nährbad nach R. Steiner)

Bei schwerer Rachitis, Frühgeborenen oder untergewichtigen Säuglingen (unter 2500 g Geburtsgewicht) mit rachitischen Symptomen:

250-500 I.E. Vit D tgl. über 4-8 Wochen + Calcium (elementar) 0,5 g tgl. oral

Bei längerer Anwendung alle 3-6 Monate Blut und Urin untersuchen (Calcium-Gehalt), ob Dosierung richtig gewählt wurde.

## *Zusammenfassung*

Rachitis zu verhindern sollte wie gesagt eines der Hauptanliegen der Kinderheilkunde sein.

Die Prophylaxe und Therapie mit Vit D wird dem Wesen der Rachitis als Mineralien- und Licht- Stoffwechsel–Störung verbunden mit einer Struktur–Störung nicht gerecht.

Eine echte Heilung ist daher nur mit Vit D nicht möglich. (22)

Die Schäden durch einen vorzeitigen, übermäßigen Mineralisierungsprozess durch Vit D auf körperlich-geistig-seelischer Ebene sind viel tiefgreifender und meist irreversibel.

Eine verzögerte Entwicklung durch Rachitis kann eher nachgeholt werden, als ein einmal eingeleiteter Alterungsprozess durch Vit D.

Die wenigen Kinder, die einen Vorteil von einer Vit D–Prophylaxe hätten, stehen in keinem Verhältnis zu denen, die dadurch unnötig belastet würden.

Prophylaxe in einem so umfassenden Rahmen sollte nur bei Erkrankungen durchgeführt werden, die schwer diagnostizierbar und bei Ausbruch nur unzureichend therapierbar sind.

Beides ist bei Rachitis nicht der Fall.

Im Fall der Rachitis dürften keinem aufmerksamen, ganzheitlichen Behandler die klaren Hinweiszeichen entgehen, sofern er sich Zeit für eine eingehende, regelmäßige Untersuchung nimmt.

Zudem stehen zuverlässige biochemische Laborparameter (25-Hydroxy-Vit D ↓, alkalische Phosphatase ↑) zur Verfügung, die immer einer knöchernen Deformation vorausgehen.

Auch ein Röntgenbild der Handwurzel sichert die Diagnose schon im frühen Krankheitsstadium.

Man muss auch sehen, dass Rachitis mit all ihren Deformierungen immer therapierbar und reversibel ist, wenn eine ganzheitliche Therapie einsetzt.  
(schwerste Knochendeformationen heilen sogar noch nach Jahren aus) (23)

Somit kann Vit D nur als ein Teil der Therapie im Falle einer manifesten Rachitis, niemals aber als alleinstehende und pauschale Form der Prophylaxe empfohlen werden.

### *Mengenempfehlung p/d (mg)*

Dies sind bestenfalls Durchschnittswerte die nichts über die individuelle Situation aussagen.

Bei einem Kind das konstitutionell zu Verhärtungstendenzen neigt, kann die übliche Dosis schon im toxischen Bereich liegen.

Das schlimmere Übel hierbei ist nicht die akute Symptomatik der Vergiftung, sondern die negative Beeinflussung der Gesamtkonstitution, mit der der Mensch sein ganzes Leben zu tun hat.

- Säuglinge: 0.01 = 200-250 I.E. p/d
- Kinder: 0.01
- Jugendliche: 0.01
- Erwachsene: 0.01
- Schwangere, Stillende: 0.01

Prophylaxeempfehlung: 250-500 I.E. p/d über 4-8 Wochen unter Urin-und Blut-Kontrolle

### 3. Fluor

#### *Was ist das*

Fluor ist ein sehr aggressives chemisches Element, das in der Natur nie isoliert vorkommt; es geht wegen seiner intensiven Bindungsfähigkeit immer Verbindungen ein; v.a. mit Calcium, aber auch mit Magnesium und Natrium.

Diese Verbindungen nennt man Fluorsalze oder Fluoride.

Am häufigsten findet man in der Natur Calciumfluorid (= Flußspat) in calciumreichen Böden und Geweben (z.B. Knochen oder Zahn)

Zahn (-Schmelz) und Knochen bestehen aber hauptsächlich aus einer anderen Calcium-Verbindung, dem Calcium-Phosphat = Apatit.

Als Medikament zur „Vorbeugung“ gegen Karies wird aber Natriumfluorid verabreicht (weil es ein leichter lösliches Salz ist).

#### - *Biologischer Nutzen*

Fluor und seine Salze, die Fluoride sind für den Menschen ein absolut entbehrliches Element.

Der Mensch hat absolut keinen Bedarf an Fluor. Es ist überflüssig, ja sogar gefährlich wenn man es von Außen zuführt wegen seiner Aggressivität und der Möglichkeit andere stabile Verbindungen aufzulösen. (24)

## *Allgemein*

Fluor soll kombiniert mit Vit D zur Prophylaxe gegen Zahnkaries gegeben werden.

Die Einnahme wird ab dem Säuglingsalter bis zur Pubertät und länger empfohlen.

Natriumfluorid verdrängt Phosphor aus der Calcium-Phosphat-Verbindung des Zahnes und ersetzt diese durch eine Calcium-Fluorid-Verbindung.

Ziel der Fluorodierung ist es nur den Zahnschmelz härter zu machen ohne die Zahnschmelz (= darunterliegendes Dentin) zu beeinflussen.

Das Problem ergibt sich aber daraus, dass Fluor im Knochen (Dentin) 30–40 mal stärker eingelagert wird als im Zahnschmelz. (25)

Dadurch werden sowohl Zahnschmelz als auch Knochen durch diese „Versiegelung“ härter, verlieren aber auch beide ihre notwendige Nachgiebigkeit und Elastizität.

Der Knochen und Zahn wird brüchiger.

(auch in der Behandlung der Osteoporose beobachtet man diesen Vorgang: Der Knochen wird zwar dichter in seiner Substanz, wird aber auch spröde und bricht dadurch noch leichter).

Nicht der Zahnschmelz sollte härter gemacht werden, gefolgt von einer gesteigerten Brüchigkeit des darunterliegenden Knochens, sondern besser wäre es die Knochensubstanz zu stärken und Zahnschmelz in seiner ursprünglichen Elastizität zu unterstützen, damit das Zahnschmelz nicht einbrechen kann.

Dies kann man aber nicht mit Natriumfluorid erreichen, das im Zahn gar nicht vorkommt, sondern muss die Natur imitieren, indem man Calcium-Phosphat (= Apatit) gibt, woraus der Zahn ja besteht.

Bsp:

Glasplatte (= Zahnschmelz) auf Kissen (= brüchige Zahnschmelz) → Glasplatte bricht ein oder

Glasplatte (=Zahnschmelz) auf Holzbrett (=intakte Zahnschmelz) → Glasplatte bricht nicht

Wir haben es also hier, wie auch schon bei Vit D, mit einem unphysiologischen Verhärtungsprozess zu tun, der hier v.a. auf körperlicher Ebene die Probleme aufzeigt, die

entstehen, wenn der Mensch „Schöpfer“ spielt ohne dabei die Vorgänge zu imitieren, wie sie in der Natur vorkommen.

Grundvoraussetzung für eine Sinnhaftigkeit der Fluor–Prophylaxe wäre auch, dass Karies eine „Fluor–Mangel–Erkrankung“ sei.

Tatsächlich ist aber Zahnkaries bedingt durch folgende Gegebenheiten:

#### Calcium-Stoffwechsel-Störung

Der Zahn verliert dadurch an Substanz → Zahnschmelz bricht ein → Zahnschmelz wird durch Bakterien angreifbar = Karies

In Kombination mit:

#### Zucker-Überernährung (35 Kg pro/Person in Deutschland jährlich)

Durch Säuren die aus Zucker im bakteriellen Zahnbelag (= Plaque) gebildet werden wird Zahnschmelz und Zahnschmelz geschädigt.

→ so heißt es auch im „Pschyrembel“: regelmäßige Fluoridanwendung kann zur Wiederverkalkung führen, wenn der Zahn durch übermäßigen Zuckerkonsum und schlechte Mundhygiene geschädigt ist. (26)

Sinnvoller wäre es aber das Grundproblem, den übermäßigen Zuckerkonsum, zu verändern.

Interessant ist auch, dass Muttermilch extrem arm ist an Fluor.

Es kann kein Zufall oder Fehler sein, dass diese Substanzen wie Fluor und Vit D, die zu einer vorzeitigen Verhärtung führen, dem kindlichen Entwicklungsprozess also absolut entgegengerichtet sind, in der Muttermilch und der Natur so gut wie nicht isoliert vorkommen.

Man sollte diesen natürlichen Vorgaben mehr trauen, als den kurzsichtigen Erkenntnissen von Chemikern.

#### *Weitere Ursachen für Zahnkaries*

Dauernuckeln an Trinkflaschen mit zuckerhaltigen Getränken  
(auch Saft = Fruchtzucker, Milch = Milchzucker)

Anhaltend schlechte Mundhygiene

Wenig Kauarbeit (zuwenig vollwertige Lebensmittel)  
Durch das Kauen wird Speichel in den Mundraum geleitet.  
Speichel wirkt neutralisierend/remineralisierend auf saures / entkalkendes Milieu.

Unzeitgemäßer Stress schon im Kindesalter  
Zuviel Stress und mangelnde Stressverarbeitung führt oft zu nächtlichem Zähneknirschen, was den Zahnschmelz schädigt und Zahnschmelz anfällig für Bakterien macht.  
(Die Bedingungen müssen verändert werden, die die Kinder zwingen so sehr „die Zähne zusammenzubeißen“)  
Das intellektuelle Wesen wird zu früh (vor 9. Lebensjahr) gefördert, anstatt in den ersten Lebensjahren ausgleichende schöpferisch-kreative Tätigkeiten zu fördern.

Mangelnde Bewegung kann die angestaute Energie nicht kanalisieren. (Gameboy, Fernsehen...)

### *Natürliches Vorkommen*

Schwarztee

Hirse

### *Folgen bei Überdosierung*

Dental-Fluorose  
(Durch chronische Fluorzuführung einer Dosis von über 1 mg p/d)

Gebiss hat kalkig-weiße Grundfarbe (gegenüber der üblichen leicht gelblichen Grundfarbe) oder Zähne sind weiß gesprenkelt (dann sek. Braunfärbung)

Karies (Genau das, was man verhindern möchte, kann durch Fluor entstehen!)

Was „Verhärtung“ und „vorzeitige Alterung“ anbetrifft, gilt das gleiche wie bei Vit D.

### *Alternativen*

Eine Vorsorge für gesunde Zähne beginnt schon in der Schwangerschaft, da in deren Mitte die Milchzähne angelegt werden.

Ausreichende Kalkversorgung („Aufbaukalk I/II“ von Weleda)

Zuckerkonsum einschränken bzw. kein raffinierter Zucker vor dem 2. Lebensjahr.  
Raffinierter Zucker hat Glucoseanteil von 98%-soetwas kommt in der Natur nie vor.  
Auch brauner Zucker ist keine Alternative.  
Evt. Zuckerrohrmelasse (hat noch andere Mineralien, wie z.B. Eisen).

Süßes nicht immer wieder über den Tag verteilt essen-  
besser: einmal am Tag und danach Zähne putzen

Vollwertige Mahlzeiten in Ruhe einnehmen (gut Kauen für Speichelbildung)

Pflanzen mit hohem vegetabilisiertem Fluorid-Anteil dem synthetischen Fluorid vorziehen.

Kariesprophylaxe beim Zähneputzen:

Aesculus cortex D1, Dilution (in Apotheke bestellen)

Nach dem Zähneputzen 1 Tropfen auf die Zahnbürste (damit Alkohol verdunstet, weil es sonst schlecht schmeckt). Beim nächsten Putzen 1 erbsengroßes nicht-schäumendes Stück Zahnpasta auf die Zahnbürste geben und wie gewohnt putzen.

(Zahnbürste wird braun, ist aber völlig unbedenklich)

### *Bedenkenswert*

Die Menge von 1 mg p/d, die nicht überschritten werden darf, um keine Fluorose zu bekommen, ist nicht genau zu bestimmen, weil heute viele Stoffe und Lebensmittel mit Fluor „angereichert“ werden (ähnlich wie bei Iod).

Zahnpasta (wird von Kindern häufig geschluckt, also keine lokale Wirkung, sondern systemisch)

Mundwasser

Salz

Trinkwasser: gewollte Beimengung oder Umweltbelastung

Medikamente (fluorhaltige Cortisone und Asthmasprays)

→ heute, nach vielen Fluorose-Fällen der letzten Jahre, ist man dazu übergegangen die Empfehlungen folgendermaßen zu verändern:

entweder Fluor–Zahnpasta oder Fluor–Tabletten oder Fluor–Salz! (27)

Vor noch einem Jahr wurde das alles in Kombination empfohlen.

Wer weiß, wie sich die Empfehlungen weiter zurückhaltend verändern werden.

Fluor ist so aggressiv, dass es Amalgame (= Quecksilberverbindungen) angreift und damit Schwermetalle wie Quecksilber, Silber, Zinn, Kupfer – aus denen Zahnfüllungen bestehen – freisetzen kann.

### *Zusammenfassung*

Zahnkaries ist keine „Fluor–Mangel–Erkrankung“.

Daher erfasst die Verabreichung des Medikaments „Fluor“ nicht das Wesen dieser Erkrankung und kann sie nicht heilen.

Man sollte mit aller Anstrengung die eigentlichen Ursachen der Zahnkaries begegnen (Zuckerkonsum) anstatt deren Folgen mit Fluor beseitigen zu wollen.

Die Grenze zwischen therapeutischem Nutzen und toxischer Gefahr ist so schmal, dass die Gabe von Fluor einer Risiko–Nutzen–Abwägung niemals standhält.

### *Mengenempfehlung mg p/d*

- Säuglinge:	0.25
- Kinder (ab 3.Lj):	0.5
(ab 4.Lj):	0.75
(ab 6.Lj):	1.0
- Jugendliche:	1.0
- Erwachsene:	1.0

## VI. Resumee

Die Entscheidungen, die man für sich und das heranwachsende Kind treffen muss, sind zahlreich und nicht immer leicht.

Gut, dass es aber für jedes Problem eine Lösung gibt.

Empfehlenswert ist in jeder Lebensentscheidung immer der Weg, der das (potentielle) Problem am sinnvollsten löst.

Sinnvoll bedeutet in jedem Fall, dass sich zu einem (potentiellen) Problem kein neues (potentielles) Problem gesellt.

Das heißt auch alle Unwägbarkeiten, die immer mit Medikamenten verbunden sind möglichst gering zu halten.

Ich möchte schließen mit den wunderschönen Worten des bekannten „Propheten“ von Khalil Gibran:

„Eure Kinder sind nicht eure Kinder. Sie sind die Söhne und Töchter der Sehnsucht des Lebens nach sich selber.

Sie kommen durch euch, aber nicht von euch, und obwohl sie mit euch sind, gehören sie euch doch nicht.

Ihr dürft ihnen eure Liebe geben, aber nicht eure Gedanken

(Anm. d. Verf.: Sorgen/Ängste).

Ihr dürft euch bemühen wie sie zu sein, aber versucht nicht sie euch ähnlich zu machen.“

Erziehung und Entscheidungen treffen für unsere Kinder bedeutet daher immer hinführen zu einem eigenen Selbst.

Der tiefste Ausdruck des Selbst im Körperlichen ist das Immunsystem, das zwischen Innen und Außen trennt und mit ca. 2-3 Jahren vorläufig ausgebildet ist, wenn das Kind beginnt „Ich“ zu sagen.

Jede unzeitgemäße, d.h. nicht unbedingt notwendige Beeinflussung des Selbst / Immunsystems in dieser fragilen Reifungsphase zu einem einzigartigen individuellen Wesen sollte daher bis zum 3. Lebensjahr unbedingt unterlassen werden.

Somit sollte jede Handlung auch und gerade im medizinischen Bereich sorgfältig unter Berücksichtigung der Individualität jedes Menschen geprüft werden.

### Literaturverzeichnis

Beratungen zur Zahngesundheit und Fluorprophylaxe, Verein für anthroposophisches Heilwesen e.V.

Breitenberger, M., Skript zur Endokrinologie und Hämatologie

Breitenberger, M., Der individuelle Impfscheid

Bruker, M.O., Vorsicht Fluor (3. Aufl.)

Bühler, W., Die zweifache Abstammung des Menschen

Graf, F., Kritik der Arzneiroutine bei Schwangeren und Kindern **(17) (18) (19) (20) (24) (25)**

Harnack von, Kinderheilkunde (11. Aufl./2000)

Husemann/Wolff, Das Bild des Menschen als Grundlage der Heilkunst (Bd I, II, III) **(21) (22) (23)**

Kinderabteilung des Krankenhauses Herdecke in Verbindung mit dem Verein für anthroposophisches Heilwesen e.V., Über das Stillen

Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch (257. Aufl.) **(26)**

Robert-Koch-Institut, Empfehlungen für die Kariesprophylaxe mit Fluoriden **(27)**

Rohen, A., Rhythmen im Lebenslauf

Roy, R., Homöopathischer Ratgeber Schwangerschaft **(10)**

Stauffer, K., Homöotherapie

Stiftung Warentest, Handbuch Medikamente **(1)**

Vogel, Beiträge zu einer medizinischen Menschenkunde (Band I, II, III)

Weigert, V., Bekommen wir ein gesundes Kind

**(2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (11) (12) (13) (14) (15) (16)**

(viele Zahlen und Zitate wurden im Kapitel III diesem sehr empfehlenswerten Buch entnommen)

**Homöopathische Praxis  
Markus Breitenberger  
Klenzestr. 60, 80469 München**

**[www.praxis-breitenberger.de](http://www.praxis-breitenberger.de)**