

Häufige gestellte Fragen zum Thema Eisenmangel:

Mein Hausarzt hält nichts von Eiseninfusionen. Könnte ich dennoch von einer solchen Therapie profitieren?

Medizinstudenten und Ärzte lernen in ihrer Aus- bzw. Weiterbildung beispielsweise, dass Depressionen mit Antidepressiva und/oder mit Psychotherapie zu behandeln sind. In ihren Lehrbüchern steht kein Wort darüber geschrieben, dass Eiseninfusionen gegen dieses Leiden helfen können. Deshalb ist es gar nicht verwunderlich, wenn Ihr Hausarzt nichts davon wissen kann.

Ob Sie selbst tatsächlich von Eiseninfusionen profitieren, lässt sich nicht voraussagen. Denn die Wahrscheinlichkeit, dass Ihre Symptome, deretwegen Sie Ihren Hausarzt aufgesucht haben, durch einen Eisenmangel verursacht worden sind, liegt erfahrungsgemäß nur bei etwa 50%. Klarheit darüber haben Sie und Ihr Arzt gewonnen, wenn sie sich nach einer Infusionsbehandlung entsprechend besser fühlen, d. h. die Beschwerden nachlassen oder ganz verschwinden. Dann haben Sie nämlich wirklich an einem Eisenmangel gelitten.

Andererseits: Wenn Ihre Symptome nach einer Aufsättigung mit Eiseninfusionen fortbestehen - erst dann kann mit Sicherheit gesagt werden, dass sie nicht durch Eisenmangel verursacht wurden und es gerechtfertigt oder gar geboten ist, sie mit anderen Therapien, z. B. auch mit Pharmaka zu behandeln.

Die ärztlichen Eisenzentren arbeiten nach einem neu entwickelten Diagnostik- und Therapiekonzept und erreichen damit nachweislich eine nachhaltige Erfolgsquote von 60% (siehe neueste Publikation in der Fachzeitschrift *Ars Medici*). Dabei legen sie besonderen Wert auf eine individuelle Dosierung sowie auf eine möglichst rasche intravenöse Aufsättigung. Nach dieser Therapie erfolgt zudem eine langfristig angelegte Rückfall-Prophylaxe, die ebenfalls ganz individuell gestaltet wird.

Man hört immer wieder, Eiseninfusionen könnten zu gefährlichen Schockreaktionen führen, die mitunter sogar tödlich enden. Stimmt das?

Solche Befürchtungen sind durchaus nicht grundlos, allerdings nur, wenn sich der Arzt für das falsche Eisenpräparat entscheidet. Dann kann der Patient unter Umständen tatsächlich Pech haben. Das Eisen kann nämlich zur Herstellung einer als Injektion tauglichen Verbindung unterschiedlich chemisch gebunden werden. Eine Version ist die Bindung an Stärke. Das ist bei Eisendextran der Fall (Das entsprechende Präparat heißt Cosmofer). Man kann das Eisen aber auch an verschiedene Zucker binden. Von diesen Präparaten kennen wir derzeit die Eisenglucose (Ferrelecit), die Eisensaccharose (Venofer) und die Eisencarboxymaltose (Ferinject).

Im Verlaufe der letzten Jahrzehnte hat sich das Problem gezeigt, auf das die Befürchtungen zurückgehen: Insbesondere in den 1970er Jahren wurden Eiseninfusionen in gewissen Regionen zwar durchaus mit dem gewünschten Erfolg durchgeführt, doch traten - weil man damals leider Eisendextrane einsetzte - die in Rede stehenden, mitunter eben tödlichen Schockreaktionen auf. Deshalb wurde damals diese Art der Behandlung ganz zu Recht wieder aufgegeben.

Lange Zeit war ungewiss, was beim Eisendextran eigentlich zum Schock geführt hatte - das Eisen selbst oder der Stärkeanteil dieser chemischen Verbindung. Erst ab 1990 fanden die ersten ernsthaften Studien zu dieser Frage statt. Dabei stellte sich kurz vor dem Jahr 2000 heraus, dass die Infusion eines an Zucker gebundenen Eisens in keinem Falle zu den gefürchteten Schockzuständen führt und völlig gefahrlos ist. Aus diesem Grunde verwenden aufgeklärte Ärzte heute stets nur ein Präparat aus Eisenzucker.

Welche Menge an Eisen brauche ich?

Die Menge des notwendigen Eisens ist ausgesprochen individuell. Sie hängt davon ab, wie weit die Eisenspeicher der betreffenden Patienten bereits geleert sind (das kann der Arzt am Ferritinwert ablesen, den er durch eine Blutuntersuchung feststellen lässt) und wie lange dieser Eisenmangel schon besteht. Um Letzteres zu überprüfen werden vor der Behandlung zusätzlich zum Ferritin noch die löslichen Transferrin-Rezeptoren und das Transferrin bestimmt. Bei Frauen hängt die erforderliche Menge des zu infundierenden Eisens nicht zuletzt auch vom Menstruationsverhalten ab. Wer die Regeltage häufiger oder länger hat als andere, braucht entsprechend mehr Eisen. Auch die Ernährung spielt eine Rolle. Dass diese jedoch eine eher untergeordnete ist, zeigt sich an Folgendem: Etwas mehr als 90 Prozent der betroffenen Frauen essen mehrmals wöchentlich Fleisch und konnten den Eisenmangelzustand dennoch nicht verhindern.

Die Menge des notwendigen Eisens für eine wirksame und nachhaltige Aufsättigung bei Frauen im Menstruationsalter liegt etwa zwischen 0.3 und 2.5 Gramm Eisen, im Durchschnitt ist das ein knappes Gramm.

Die sich an die Aufsättigung anschliessende Rückfallprophylaxe kann ebenfalls mit Eiseninfusionen durchgeführt werden. Dazu sind etwa zwischen 0.8 und 1.6 Gramm Eisen pro Jahr erforderlich. Wir sind allerdings bereits daran, eine Lösung zu suchen, bei der eine Rückfallprophylaxe ohne Infusionen möglich wird.

In welcher Zeitspanne sollen die Eiseninfusionen verabreicht werden?

Eine intravenöse Aufsättigung mit Eisen sollte so zügig wie möglich durchgeführt werden. Pro Woche darf und soll ein halbes Gramm Eisen gegeben werden.

Für diese Vorgehensweise gibt es drei stichhaltige Gründe:

1. Der Patientin soll aus ethischen Gründen schnell geholfen werden.
2. Arzt und Patientin brauchen die Möglichkeit einer Diagnosesicherung.
3. Es kommt zu einer Art Memory-Effekt.

Zu Punkt 2: Je schneller die Behandlung mit Eiseninfusionen zu einem sichtbaren Erfolg führt, desto eher kann man im Hinblick auf die Ursachen der Beschwerden andere Einflussfaktoren vernachlässigen. Wer sich nach vier Wochen Infusionstherapie gesund fühlt, darf guten Gewissens davon ausgehen, dass er dies dem nachgefüllten Eisen zu verdanken hat. Und für den Arzt bedeutet dies, dass die Diagnose Eisenmangelsyndrom in diesem Falle (rückblickend) gesichert ist.

Zu Punkt 3: Wer sich nur wenige Wochen nach Behandlungsbeginn deutlich besser oder gar beschwerdefrei fühlt, kann sich noch gut an den vormaligen Zustand erinnern und möchte nicht mehr dorthin gelangen. Das führt dazu, dass die Behandelten es lernen, recht frühzeitig wahrzunehmen, wenn die ersten Warnsymptome wieder auftreten.

Allerdings liegt das Ziel unseres Konzepts darin, derartige Rückfälle zu vermeiden und gegenzusteuern, bevor sich erneut Symptome entwickeln. Ganz in diesem Sinne ist in der Hausarztmedizin ein neues Denken entstanden: Es wird in immer mehr Praxen geradezu selbstverständlich, dass Arzt und Patientin **gemeinsam** herausfinden, welcher Ferritinwert für die Patientin optimal ist - eine jeweils sehr individuelle Erkenntnis.

Welches Präparat sollte verwendet werden: Ferinject oder Venofer?

Seit Oktober 2007 ist Ferinject als optimiertes Nachfolge-Präparat von Venofer zugelassen, in der Schweiz seit Februar 2008. Die USA haben bisher eine Zulassung verweigert

und fordern vom Medikamentenhersteller weitere Studien.

Die ärztlichen Eisenzentren würden das neue Produkt Ferinject gerne einführen. Dadurch könnte der Dienstleistungsaufwand erheblich verringert werden. Wer ein Gramm Eisen benötigt, muss bei einer Behandlung mit Venofer fünf Infusionen durchführen lassen, bei einer Behandlung mit Ferinject nur zwei. Der Behandlungspreis würde bei einer konsequenten Anwendung von Ferinject um etwa 50% sinken.

Bevor die ärztlichen Eisenzentren aber diesen Schritt zu einem „Umsteigen“ auf Ferinject unternehmen, prüfen sie die Erfolgsquote und Verträglichkeit dieses neuen Präparats im Vergleich zu Venofer. Das ist verständlich, da im Hinblick auf den Einsatz von Venofer natürlich weit mehr Erfahrungen vorliegen. Bis August 2008 werden die ersten Prüfungsergebnisse bezüglich Ferinject erwartet. Bis dahin können von uns aus keine Empfehlungen gegeben werden.

In der Schweiz bieten mittlerweile über 80 Prozent der Hausärzte Eiseninfusionen an. Die einen geben nach wie vor Venofer, die andern sind bereits auf Ferinject umgestiegen.

Weshalb braucht es ärztliche Eisenzentren?

Die ärztlichen Eisenzentren sind Kompetenzzentren für Diagnostik, Therapie und Prävention von Eisenmangel. Da die Universitäten das Thema Eisenmangel nicht in ihrem Repertoire haben, hat ein privates Forschungszentrum die Verantwortung für alle damit zusammenhängenden Fragen übernommen. Nach einer zehnjährigen intensiven Hausarztforschung steht fest: Eisenmangel kann auch dann krank machen, wenn keine Anämie vorliegt.

Da dieses Wissen weder in den Hörsälen noch in den Lehrbüchern für Ärzte vermittelt wird, hat 2006 der Aufbau eines Netzwerkes von Kompetenzzentren begonnen, die - auf das Internet gestützt - Erfolgsquote, Kosten-Nutzen-Verhältnis sowie Verträglichkeit von Eisenbehandlungen online monitorisieren. Daraus können von allen Nutzern die notwendigen Schlussfolgerungen gezogen werden.

Hierfür zwei Beispiele:

1. Ein depressiver Mensch mit leeren Eisenspeichern sollte sich zunächst die Eisenspeicher füllen lassen - zumindest zur Hälfte. Die Wahrscheinlichkeit liegt bei über 60 Prozent, dass eine solche Behandlung erfolgreich ist. Der Betroffene fühlt sich deutlich besser oder gar beschwerdefrei. Damit steht offensichtlich fest, dass er zuvor an einem Eisenmangel gelitten hat. Seine Depression war also - zumindest vorwiegend eine Eisenmangel-Depression IDD (Iron Deficiency Depression).

2. Ein Kind mit Konzentrationsstörungen - modern ausgedrückt: Aufmerksamkeits-Defizit - und gleichzeitigem Eisenmangel sollte fürs Erste kein Ritalin bekommen, sondern Eisen. Denn praktisch alle AD(H)S-Kinder weisen einen Eisenmangel auf, und etwa die Hälfte von ihnen profitiert von Eiseninfusionen.

Tritt allerdings nach einer Eisenaufsättigung doch keine Besserung ein, dann gilt es, nach weiteren Ursachen für die betreffenden Beschwerden zu suchen, und es kann und muss auch auf andere Weise therapiert werden.

Die ärztlichen Eisenzentren sind in der Lage, die individuell notwendige Menge an Eisen dank eines Internet-Calculators im health-banking (Gesundheitsdatenbank im Internet) online zu berechnen.

Die ärztlichen Eisenzentren haben auch das notwendige Know-how, Patientinnen im Optimalbereich des Füllungszustandes ihrer Eisenspeicher zu halten und auf diese Weise

Rückfällen vorzubeugen.

Für all das ist Spezialwissen Voraussetzung, welches die Universitäten und Lehrbücher den Ärzten bisher vorenthalten. Dieses Know-how wird im Rahmen des Iron-Code-Projekts in Workshops und per Internet vermittelt. Interessierte Ärzte haben die Möglichkeit, nach Erwerb dieses Wissens ein eigenes ärztliches Eisenzentrum zu führen.