

Wege der homöopathischen Arzneifindung in der klinischen Pädiatrie

Ch. Lucae

Derzeit gibt es in Deutschland an nur wenigen Krankenhäusern die Möglichkeit, offiziell homöopathisch zu behandeln. Nach wie vor sind die Vorbehalte der meisten klinisch tätigen Ärzte gegenüber der Homöopathie groß. Zwar gibt es bereits eine beträchtliche Anzahl klinischer Studien zur Homöopathie (Clausius 1998; Linde et al 1997), eine abschließende, wissenschaftliche Darstellung von Wirksamkeit und Wirkungsweise der homöopathischen Methode steht aber nach wie vor aus. Dabei würden sich viele klinische Fächer zur Integration der Homöopathie im Spektrum der therapeutischen Möglichkeiten eignen.

Gerade in der Kinderheilkunde eröffnet sich der Homöopathie ein besonders dankbares Betätigungsfeld. Kinder verfügen in der Regel über gute Regulationskräfte und sprechen meist schnell auf die homöopathische Therapie an. Die kleinen Patienten verstellen sich selten, so dass die Symptome leicht ersichtlich sind. Kinderärzte in der Klinik beobachten bereits im Kreißsaal kritisch die homöopathisch tätigen Hebammen und sehen sich häufig den Forderungen der Eltern nach „sanfter“ Therapie ausgesetzt, welche gleichzeitig immer auch eine deutliche Ablehnung der herkömmlichen, „schulmedizinischen“ Therapie implizieren. Nicht selten werden Kinder mit schwer verlaufenden Erkrankungen eingewiesen, die bereits homöopathisch vorbehandelt wurden. Hier liegt der Gedanke nahe, durch die dadurch verzögert einsetzende „schulmedizinische“ Therapie habe sich die Krankheit erst so weit verschlimmert. Naturgemäß sind Klinikärzte in ihrer Ausbildung deutlich weniger mit Homöopathie befasst als niedergelassene Kollegen. Nicht nur der Mangel an entsprechenden Ausbildungsstellen, sondern auch die anders verteilten Schwerpunkte in der Klinik sind Ursachen dafür.

Durch einen glücklichen Zufall eröffnete sich mir die Möglichkeit, die Homöopathie im Stationsalltag eines Münchner Kinderkrankenhauses, der Kinderklinik an der Lachnerstraße (Chefarzt Prof. Dr. J. G. *Schöber*), über einen Zeitraum von eineinhalb Jahren anzuwenden. Die Unterstützung erfolgte durch die Carstens-Stiftung. Während dieser Zeit konnte ich an einer Supervision teilnehmen, die durch Prof. Dr. Mathias *Dorcsi* und Dr. Mira *Ulrich* im Rahmen des Modellprojektes „Homöopathie in der Pädiatrie“ durchgeführt wird. Das Projekt läuft bereits seit einigen Jahren im Dr. von

Haunerschen Kinderspital in München und wird von der Carstens-Stiftung gefördert (Kruse et al 1997, 1998, 1999 und S. 37 ff im vorliegenden Band). Die Möglichkeit zur Supervision stellte sich als sehr bedeutsam heraus, da nicht nur die fachliche Beratung, sondern auch die „moralische Rückendeckung“ in der Klinik sehr wichtig ist.

Es ging nicht nur darum, einer aktuellen Mode zu entsprechen und den Wünschen der Eltern nach „alternativer Medizin“ nachzukommen, sondern die Homöopathie unter klinischen Bedingungen zu erproben und deren Einsatzmöglichkeiten und Grenzen auszuloten. Gerade in Situationen, bei denen Therapienotstand (*Dorcsi*) herrscht, sollte die Homöopathie in der Klinik ihre Chance und Berechtigung erhalten, so dass hier nicht ein „entweder/oder“, sondern die Integration das Ziel sein muss. Selbstverständlich muss ein homöopathisch arbeitender Klinikarzt sowohl die „schulmedizinische“ Therapie als auch die Homöopathie nicht nur anwenden, sondern auch vor sich selbst und den Patienten vertreten können. Manchmal kommt dies einer Wanderung zwischen zwei Welten gleich, zwischen denen es innerhalb weniger Sekunden hin- und herzuschlüpfen gilt. Der Wunsch nach homöopathischer Therapie ging nicht selten direkt von den Eltern aus, wurde aber auch vielfach von Kollegen oder Kinderkrankenschwestern geäußert. Ein großer Teil der Patienten bzw. Eltern hatten wenig bis keine Vorkenntnisse über Homöopathie und wurde von uns aus angesprochen. Im Wesentlichen wurden Kinder mit akuten Krankheiten behandelt, da die Möglichkeiten zur längerfristigen Therapie bei chronischen Krankheiten mangels Vorhandensein einer entsprechenden Ambulanz kaum gegeben waren. Folgende Schwerpunkte ergaben sich dabei:

- Infekte (Gastroenteritis, Infekt der oberen Luftwege, Pseudokrapp, Tonsillitis, Stomatitis aphthosa u.a.)
- Probleme in der Neugeborenen- und Säuglingsperiode (Blähungen, Unruhe, Obstipation, Hyperbilirubinämie u.a.)
- Allergische Reaktionen (Urtikaria, Insektenstiche u.a.)
- Kinder mit angeborenen Syndromen (Prader-Willi-Syndrom, Down-Syndrom, Undine-Syndrom u.a.)

Da sich die Arbeitsbedingungen für die Homöopathie im Krankenhaus deutlich von denen in der Praxis unterscheiden, sollen im folgenden einige ausgewählte Falldarstellungen die Einsatzmöglichkeiten näher beleuchten und die verschiedenen Wege der Arzneifindung in der klinischen Pädiatrie deutlich machen.

Fallbeispiel 1: Junge, 1 ¾ Jahre

Die stationäre Aufnahme erfolgt mit der Diagnose Pseudokrupp: Heiserkeit, hohler, teilweise bellender Husten, Stridor, Fieber bis 39°C. Unter anfänglicher Therapie mit Prednison 100mg rektal, regelmäßigen Inhalationen mit Epinephrin zur Schleimhautabschwellung und Ambroxol zur Schleimlösung kam es zwar zur sofortigen Entfieberung, aber keiner wesentlichen klinischen Besserung.

Homöopathische Anamnese zwei Tage nach Aufnahme: Heiserkeit, hohler Husten, leichter inspiratorischer Stridor, bei Auskultation Giemen und Brummen, aber keine Dyspnoe; kalte Luft bessert etwas; blondes, blasses, etwas ängstliches Kind; beide Eltern rauchen; Vorgeschichte unauffällig.

Nach Gabe von *Spongia* D3 3x5 Globuli als bewährtes Mittel bei typischem pseudokruppartigen Husten mit Stridor am Abend nochmals Fieberanstieg bis 38,5°C, am nächsten Morgen fieberfrei, der Husten löst sich, die Atmung und Stimme sind nicht mehr beeinträchtigt, die Lunge auskultatorisch frei. Bei Entlassung wurde empfohlen, *Spongia* noch einen Tag lang weiter zu geben.

Da hier die in der Klinik übliche Therapie bei Pseudokrupp nicht angeschlagen hatte, wurde die Homöopathie zusätzlich eingesetzt. Zudem entwickelte sich die Symptomatik im Verlauf in Richtung spastische Bronchitis. Der nochmalige Fieberanstieg nach *Spongia* wurde als positive Reaktion gedeutet, die restliche Symptomatik hat sich am folgenden Tag geklärt. Die Auswahl des Mittels erfolgte ohne Repertorisation aufgrund weniger Symptome und der Bewährtheit in ähnlichen Fällen.

Fallbeispiel 2: Mädchen, 14 Jahre

Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen seit einer Woche bestehenden, heftigen Halsschmerzen mit kloßiger Sprache, die sich unter zwei verschiedenen Antibiotika (Erythromycin und Isocillin) nicht gebessert hatten. Auch *Phytolacca*, *Mercurius solubilis* und *Apis* hatten keinen Erfolg gebracht. Die Patientin konnte kaum mehr Schlucken und erhielt zunächst eine parenterale Flüssigkeitssubstitution. Für das Vorliegen einer Mononukleose gab es keine Hinweise, ein Rachenabstrich war vor antibiotischer Therapie nicht erfolgt.

Homöopathische Anamnese: kloßige Sprache, Schmerzen „wie Stiche“, kalt trinken bessert deutlich, am besten ist Eis; Tonsillen groß, stoßen in der Mitte zusammen, dicke, gelbliche Beläge, Schwellung der Hals-

lymphknoten; die Patientin ist aber relativ fit, es sei ihr immer sehr warm, meistens zu heiß. Bereits seit drei Monaten sei die linke Tonsille geschwollen, erst seit einer Woche beide Seiten; die Mutter berichtet, sie leide an rezidivierenden Tonsillitiden, *Lachesis* habe ihr immer gut geholfen. Mutter und Tochter wirken in ihrer äußeren Erscheinung recht ähnlich.

Repertorisation*:

- Innerer Hals: Entzündung – Tonsillen
- Innerer Hals: Schwellung – Tonsillen
- Innerer Hals: Schmerz – stechend – Schlucken, beim
- Innerer Hals: Schmerz – Getränke – kalte Getränke – amel.

Apis, *Lachesis* und *Lycopodium* ziehen sich durch alle Rubriken. Der linksseitige Beginn der Beschwerden, das hitzige Temperament der Patientin und die Anamnese der Mutter gaben den Ausschlag für die Arznei *Lachesis*, welche in C30 (5 Globuli in Wasser gelöst zum schluckweisen Trinken) verabreicht wird. Am folgenden Tag Entfieberung, deutliche Abschwellung der Tonsillen, die Patientin kann wieder besser trinken, die Schmerzen sind fast vollständig verschwunden. Es entwickelte sich ein Exanthem an Hals und Oberkörper. Bei Entlassung wurde empfohlen, *Lachesis* C30 bei nochmaliger Verschlimmerung zu wiederholen, außerdem die vor zwei Tagen vom Hausarzt auf Penicillin umgesetzte Therapie fortzuführen.

Der Hautausschlag könnte hier als Reaktion auf das Mittel gedeutet werden. Trotz gleichzeitiger Behandlung mit Antibiotika kann das homöopathische Mittel offensichtlich gut wirken und vor allem auch die Schmerzsymptomatik beeinflussen. Auch bei akuten Erkrankungen kann der Verlauf der letzten Monate und die Familienanamnese weiterhelfen.

Fallbeispiel 3: Mädchen, 9 Monate

Seit zwei Monaten leidet die gut gediehene, voll gestillte kleine Patientin unter insbesondere im Schlaf auftretenden Würgeanfällen, die beim Liegen in der Wiege oder im Kinderwagen plötzlich und ohne Vorzeichen auftreten und bis zu zwei Minuten anhalten. Dabei tritt allerdings kein Erbrechen auf. Unabhängig davon treten Hustenanfälle auf, oft begleitet von periora-

* Alle angeführten Repertorisationen wurden mit Hilfe des Computerrepertoriums RADAR 7.2i (Archibel) durchgeführt, das freundlicherweise vom Hahnemann Institut, Greifenberg, zur Verfügung gestellt wurde.

ler Zyanose. Vor vier Monaten Pertussis mit antibiotischer Therapie, seitdem Verwendung eines Heimmonitors während des Schlafs. Nach überstandenen Keuchhusten beschwerdefreies Intervall. Die stationäre Aufnahme erfolgt in erster Linie zur Diagnostik: Laborwerte, Röntgenthorax, Abdomenultraschall, Oxykardiorespirographie und Ösophagusbreischluck sind unauffällig, eine Hiatushernie wird ausgeschlossen, die Pathogenese bleibt weiterhin unklar. Eine Verbindung der aktuellen Beschwerden mit dem Keuchhusten in der Vorgeschichte kann nur vermutet werden („Erinnerungshusten“).

Ergänzende **homöopathische Anamnese**: Die Hustenanfälle treten nachts, noch häufiger aber nach dem Essen auf, dabei häufiges Erbrechen von Milch im Schwall, Kind wird rot im Gesicht, schwitzt, hustet auch Schleim, zähes Sekret; zahlreiche Petechien an den Wangen wohl durch den Husten und das viele Würgen. Bei Geburt große Nabelhernie; Haare immer feucht vom Schweiß. Der Appetit ist gut, das Kind wirkt freundlich, aufgeweckt, kontaktfreudig. Da bereits verschiedene homöopathische Versuche unternommen worden waren (*Cuprum*, *Drosera*, *Ipecacuanha*, *Ignatia*, *Carbo Vegetabilis*, *Stramonium* und *Pulsatilla*), wird zunächst eine Repertorisation unternommen, wobei bereits ein Zusammenhang mit Pertussis postuliert wird.

Repertorisation:

- | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Husten: Keuchhusten ▪ Magen: Erbrechen – Husten ▪ Innerer Hals: Würgen, Zusammenziehen ▪ Gesicht: Farbe – rot – Husten – während ▪ Gesicht: Farbe – bläulich – Husten, beim – Keuchhusten |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

In die engere Wahl kommen *Drosera*, *Ipecacuanha*, *Coccus cacti*, *Coralium rubrum*, weitere Ideen sind *Bromum*, *Zincum*, *Spongia*, *Acidum succinicum*. Aufgrund des möglichen Zusammenhanges mit dem Keuchhusten in der Vorgeschichte („Erinnerungshusten“) erhielt die Patientin eine Gabe *Pertussinum* C200 und wurde wieder entlassen. Für zuhause wurde eine Therapie mit *Coccus cacti* D6 3x5 Globuli täglich empfohlen, einem Mittel, das der Symptomatik recht gut entspricht und bisher noch nicht gegeben worden war. Nach vier Wochen (zu diesem Zeitpunkt seit zwei Wochen *Coccus cacti*) berichtet die Mutter, die Würgeanfalle würden nur noch alle 3–4 Tage auftreten, der Husten sei weniger heftig, das Erbrechen und die Petechien seien verschwunden. Empfehlung: *Coccus cacti* absetzen, eine weitere Gabe von *Pertussinum* C200. Nach mehreren Wochen

meldet die Mutter telefonisch, ihre Tochter sei längst beschwerdefrei, würde nicht mehr husten oder würgen.

In diesem Fall scheint die Nosode, die gewissermaßen „isopathisch“ verordnet wurde, die Wende gebracht zu haben. *Clarke* schreibt zu *Per-tussinum*: „In all cases of whooping-cough suspected or defined I give the remedy in the 30th attenuation every four hours as a matter of routine, and as a rule it quickly assumes control of the case and does all that is necessary. In my experience it agrees well with all other whooping-cough remedies, and when their specific indications appear I give them also in alternation, or else alone“ (Clarke 1991, S. 1621f). Ob die zusätzliche Verschreibung von *Coccus cacti* unbedingt notwendig war, kann im Nachhinein schwer gesagt werden. Neben der Symptomatik des Kindes gab auch eine höchst besorgte Mutter, die bange Tage in der Klinik verbracht hatte, und nun ein täglich zu verabreichendes Mittel in der Hand haben sollte, den Anlass dafür.

Fallbeispiel 4: Mädchen, 3 Monate

Die stationäre Aufnahme erfolgt wegen seit Tagen bestehenden, häufig wiederkehrenden, heftigen Schreiattacken. Bei Aufnahme guter Allgemeinzustand, fieberfrei, bei der klinischen Untersuchung unauffälliger Befund. Eine leichte Gastroenteritis war vor einer Woche abgeklungen. Der Säugling ist altersentsprechend gediehen, die weitere Vorgeschichte ebenfalls unauffällig. Da sich während des stationären Aufenthaltes die Schreiattacken regelmäßig wiederholen, werden zum Ausschluss einer Invagination die Kinderchirurgen hinzugezogen und mehrfach Ultraschalluntersuchungen durchgeführt, die jeweils unauffällige Befunde ergeben. Im Labor leicht erhöhtes CRP, mäßige Leukozytose. Am folgenden Tag berichtet die Mutter spontan, dass ihr Kind sofort still und zufrieden sei, sobald sie es auf den Arm nähme und hin- und her gehe. Ins Bett zurückgelegt, fange es augenblicklich wieder an, heftig und zornig zu schreien. Diese Tatsache wiederholt sie mehrmals spontan, weil es ihr besonders aufgefallen war. Die weitere Anamnese ergibt keine Besonderheiten.

Die **homöopathische Arznei** springt natürlich ins Auge: sofort wird eine Gabe *Chamomilla* D30 verabreicht. Im Verlauf des Tages und in der weiteren Nacht ruhiges Kind, keine weiteren Probleme, so dass die Entlassung nachhause bereits am nächsten Tag erfolgte.

In diesem Fall berichtete die Mutter von sich aus mehrmals über ein Schlüsselsymptom von *Chamomilla* bei Säuglingen (Rubrik: Gemüt – Beruhigt werden, kann nicht – getragen wird; nur wenn er). *Chamomilla*

wurde auch in vielen ähnlichen Fällen verabreicht, zeigte aber nur eindeutige und schnelle Wirkung beim klaren Vorliegen dieses Symptoms. Wahrscheinlich wird es viel zu häufig bei Säuglingsunruhe verschrieben, andere Mittel wie *Lycopodium*, *Cuprum*, *Magnesium phosphoricum* u.a. oft übersehen.

Fallbeispiel 5: Mädchen, 11 Tage

Bei stationärer Aufnahme berichtet die Mutter, ihr Kind sei seit einem halben Tag auffallend schläfrig, sei schwer zu erwecken und trinke deutlich weniger Muttermilch. Abgesehen von einem Bilirubinwert von 15,3 mg/dl, der rasch rückläufig ist, sind sämtliche Laborbefunde unauffällig. Nach parenteraler Flüssigkeitssubstitution zunächst Besserung, wieder gutes Trinkverhalten und ausreichend Gewichtszunahme, Stuhlgang mehrmals täglich, weich. Im weiteren Verlauf entwickelt sich allerdings ein zunehmend geblähtes Abdomen, bei fehlender spontaner Stuhlentleerung muß täglich ein Darmrohr gelegt werden. Bei Verdacht auf Morbus Hirschsprung erfolgt ein kinderchirurgisches Konsil mit Röntgen-Kontrasteinlauf, was den Verdacht aber nicht bestätigt. Es zeigen sich lediglich Zeichen einer unspezifischen Colitis. Ergänzend wird eine Rektumsaugbiopsie durchgeführt, die schon geplante Anlage eines Anus praeter vorerst verschoben. Das unauffällige Ergebnis der Biopsie wird erst eine Woche später bekannt.

Inzwischen – im Alter von 20 Tagen – erfolgt eine **homöopathische Anamnese**: stark geblähtes, pralles Abdomen, vor allem frühmorgens Venenzeichnung, sehr stinkende Winde, sehr lebhaft, laute, teilweise klingende Darmgeräusche bei der Auskultation. Sanfte Bauchmassage bessert vorübergehend. Nach nachmittäglicher Gabe von *Podophyllum* D30 1x5 Globuli entleert die kleine Patientin am nächsten Tag zum Erstaunen aller Beteiligten dreimalig reichlichen, wohl riechenden, weichen Stuhl ohne künstliche Hilfe, der Bauch entspannt sich. *Podophyllum* muß noch mehrmals wiederholt werden, bis die Patientin praktisch beschwerdefrei nachhause entlassen werden kann.

Podophyllum, ein Arzneimittel, das vornehmlich für seine Durchfallsymptomatik bekannt ist, wirkt offensichtlich auch bei Obstipation, sofern andere Symptome das Mittel deutlich indizieren (geblähtes Abdomen, stinkende Winde, hörbares Kollern im Bauch, morgendliche Verschlimmerung, Bauchmassage bessert etc.). Hinweisend war allerdings in erster Linie eine Rubrik bei *Schweitzer* (Mastdarm – Megakolon, Morbus Hirschsprung: *Calcium carbonicum*, *Lycopodium*, *Podophyllum* – Ergänzung von

Dorcsi) (Schweitzer 1999, S. 153), da die klinische Symptomatik ganz dafür sprach, wenn auch im Nachhinein die Diagnose durch das Ergebnis der Saugbiopsie und den weiteren Verlauf entkräftet werden konnte.

Fallbeispiel 6: Mädchen, 8 Wochen

Das erst 1180 Gramm schwere Frühgeborene aus der 29. Schwangerschaftswoche leidet seit Tagen unter starken Blähungen. Die zuständige Kinderkrankenschwester berichtet über übelriechende Winde, einmal täglich – zumeist morgens – Abgang eher weichen Stuhls unter großen Mühen, dann aber große Mengen; presst die ganze Zeit, wird häufig dunkelrot dabei; Verschlechterung der Symptomatik nach dem Essen; Nahrung wird teilweise noch teilsondiert, beim Trinken Schnappen nach Luft, kurze Sauerstoffsättigungsabfälle; kann sehr zornig werden, Hochnehmen bessert, möchte dauernd getragen werden. Untersuchung: deutlich geblähtes Abdomen, hörbares Kollern, sehr lebhaftes Darmgeräusche, Venenzeichnung auf dem Bauch.

Repertorisation:

- Rektum: Flatus – übelriechend
- Abdomen: Rumoren, Kollern – Flatus amel.; Abgang von
- Rektum: Obstipation – vergeblicher Stuhl drang und vergebliches Pressen
- Gemüt: Getragen – Verlangen getragen zu werden
- Abdomen: Auftreibung – tympanitisch
- Haut: Venennetz; Durchzeichnung des

Auch ohne Repertorisation kommt man aufgrund des Gesamtbildes schnell auf *Carbo vegetabilis*. Nach einer Gabe D30 bereits am folgenden Tag deutliche Besserung, mehrmaliges, problemloses Entleeren weichen Stuhls, Kind insgesamt entspannter, viel ruhiger. Die kleine Patientin benötigte in den folgenden Wochen ihres stationären Aufenthaltes keine weiteren Gaben, die Darmsymptomatik kehrte nicht wieder.

Sehr kleine Säuglinge scheinen nur sehr kleine und seltene Gaben zu benötigen, da sie sehr empfindlich reagieren können.

Fallbeispiel 7: Bub, 6 Jahre

Stationärer Aufenthalt seit fünf Tagen wegen einer Gastroenteritis mit blutigen Stühlen und Bauchschmerzen, Fieber bis 40°C. Die Symptomatik ist unter parenteraler Flüssigkeitssubstitution und Therapie mit Hefezellkapseln

bereits im Abklingen, als sich eine generalisierte Urtikaria unbekannter Ursache einstellt. Die Behandlung mit einem Antihistaminikum bringt nicht den gewünschten Erfolg, so dass die Homöopathie an die Reihe kommt.

Homöopathische Anamnese: Quaddeln am ganzen Körper, vor allem am Stamm, im Gesicht und perioral, teilweise recht großflächig, rot, heiß, stark juckend, Kälte tut sehr gut. Der Patient kann wegen des Juckreizes nicht schlafen. Differentialdiagnostisch wird *Formica*, *Apis*, *Rhus toxicodendron* und *Sulphur* erwogen. *Dorcsi* empfiehlt *Apis* bei Urtikaria mit großen Blasen (Dorcsi 1992, S. 228), und zudem passen die Modalitäten gut: Verschreibung von *Apis* D12 1x5 Globuli in Wasser aufgelöst, davon schluckweises Trinken. Der Bub schläft gut, die Hauterscheinungen sind am folgenden Tag gänzlich verschwunden.

In ähnlichen Fällen von Urtikaria hat sich *Apis* mehrfach bewährt. Außerdem ist es entscheidend, den Auslöser der allergischen Reaktion zu finden und diesen zu meiden, was aber meistens nicht gelingt.

Fallbeispiel 8: Mädchen, 1 ½ Jahre

Die kleine Patientin leidet unter einem WPW-Syndrom und ist stationär aufgenommen zur Umstellung der medikamentösen Therapie (derzeit Flecainid). Die Mutter wünscht eine begleitende homöopathische Therapie. Bisher verabreichte die Mutter *Silicea* und *Nux vomica* bei Bedarf. Das Hauptproblem sind rezidivierende Tachykardien im Rahmen des WPW-Syndroms, die die Tochter sehr einschränken. Das Kind ist mit einem Heimmonitor versorgt, um die Tachykardien rechtzeitig zu erkennen.

Anamnese: Geburtsverlauf komplikationslos, Spontangeburt 39. Schwangerschaftswoche; kurz nach Geburt aufgefallen mit Herzgeräusch; verdicktes Herzseptum; am 5. Lebenstag Tachykardie, Behandlung mit Digitalis und Sotalol; kurz darauf Neugeborenenkrampfanfälle, Therapie mit Phenobarbital; zwei Tage lang Beatmung auf Intensivstation; Entlassung nach Hause im Alter von 3 Wochen mit der Diagnose WPW-Syndrom; zahlreiche Klinikaufenthalte wegen rezidivierender Tachykardien, die jeweils nach Impfungen und Infekten auftraten; Therapie mit verschiedenen Antiarrhythmika; ruhiges, braves, blasses Kind, kann sich gut selbst beschäftigen; sehr neugierig; eher vorsichtig, geduldig; häufig schleimiger Stuhl; ständig Blähungen (seit Geburt); riecht am ganzen Körper säuerlich; isst gerne deftig, würzig, besonders gerne Salz (Kekse, Suppe); die Mutter selbst habe früher Salz geleckt; im Schlaf Kopf meist nach hinten gestreckt, gerne auf der linken Seite, aber nicht ausschließlich; eher trockene Haut, häufig Ausschläge.

Familienanamnese: Mutter Heuschnupfen, diverse Allergien; Großvater väterlicherseits Rhythmusstörungen, rezidivierende Tachykardien seit Kindheit; Großvater mütterlicherseits Magenkrebs, Tuberkulose; Onkel Schilddrüsenkrebs, Neurodermitis.

Aufgrund der Konstitution, der Symptomatik und des äußeren Erscheinungsbildes wurde *Natrium muriaticum* C200 verschrieben. Im Arzneimittelbild finden sich zudem zahlreiche Symptome, die einer Tachykardie entsprechen. Der Mutter wurde empfohlen, bei jedem Anfall eine Gabe des Mittels zu verabreichen. Diese Vorgehensweise funktionierte gut, offenbar kann die Arznei paroxysmale Tachykardien abfangen. Natürlich läuft die Therapie mit Antiarrhythmika weiter, eine Heilung des Syndroms wird erst später eventuell durch eine Elektroablation zu erreichen sein.

Wege der Arzneifindung

Die vorgestellten Fälle können sicherlich nicht als repräsentativ für die Pädiatrie allgemein gelten, und es soll nicht unerwähnt bleiben, dass mindestens in der Hälfte aller Behandlungen insgesamt kein wesentlicher Effekt zu sehen war. Eine Besonderheit für die Klinik ergibt sich schon dadurch, dass in aller Regel die für eine homöopathische Anamnese zur Verfügung stehende Zeit begrenzt ist, da stets viele andere Routineaufgaben zu bewältigen sind. Gleichzeitig wird aber von der Therapie auch erwartet, dass relativ schnell ein Fortschritt sichtbar wird. Neben der klinischen Beobachtung ist vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern die Anamneseerhebung mit den Eltern unabdingbar, um das Bild zu vervollständigen. Damit unterscheidet sich die Technik der Anamnese deutlich von der Erwachsenenhomöopathie (vgl. Foubister 1962). Nicht jedes Kind in der Klinik ist für eine homöopathische Behandlung geeignet: Zahlreiche Patienten sind durch die übliche („schulmedizinische“) Therapie bereits ausreichend behandelt, außerdem ist dann häufig die Symptomatik verdeckt und einer homöopathischen Anamnese schwer zugänglich. Die Wirkung der homöopathischen Arznei ist neben anderen Medikamenten (z.B. Antibiotika oder Glucocorticoiden) schlecht oder gar nicht einzuschätzen. Abgesehen davon scheinen – entgegen anderer Behauptungen – „schulmedizinische“ und homöopathische Medikamente nebeneinander wirken zu können. Oft fehlt auch die Kooperation der Eltern bei der Anamnese. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass die Spontanheilungsrate in der Pädiatrie besonders

hoch ist und sicherlich viele scheinbar gut verlaufene, homöopathische (und „schulmedizinische“) Behandlungen allein darauf zurückzuführen sind.

Anhand der dargestellten Fälle soll nun untersucht werden, wie die Arzneimittel unter Klinikbedingungen gefunden wurden und welche Hilfsmittel dabei zur Verfügung standen. Nochmals zu betonen ist, dass vor allem akute Erkrankungen behandelt wurden.

- Die häufig geschmähten, sogenannten **Bewährten Indikationen** sind als Hilfe in der Klinik sehr wertvoll (Fallbeispiele 1 und 7). Hierbei ist nicht gemeint, ein starres Schema einzuhalten (z.B. Pseudokrupp = *Spongia*), sondern die Arzneien anhand der Symptome zu differenzieren, soweit es eben die Zeit und der Aufwand zulassen. „Bewährt“ heißt nur, dass bestimmte Arzneien bei gewissen Krankheiten besonders häufig angezeigt sind. Man kann die entsprechende Literatur gewissermaßen als zusätzliches, vereinfachtes Repertorium verwenden, um schnell ans Ziel zu kommen (Dorcsi 1992; Gawlik 1999 u.a.). Leider sind viele Ratgeber zu diesem Thema allzu knapp gehalten. Ebenfalls hilfreich sind Nachschlagewerke, die nach Indikationen geordnet sind (Imhäuser 1991; Voegeli 1996). Zur Homöopathie bei Neugeborenen gibt es bisher kaum Unterlagen, ein sehr nützlicher und häufig herangezogener Artikel stammt von *Pallasser* (Pallasser 1996).
- Die Berücksichtigung der **Vorgeschichte** des Patienten spielt eine wichtige Rolle, wenn bestimmte Krankheiten „Spuren“ hinterlassen haben (Fallbeispiel 3). Die Nosode der entsprechenden Erkrankung kann die Situation klären. In diesem Fall wird nicht unbedingt nach den Symptomen verschrieben; das Arzneimittelbild tritt eher in den Hintergrund. Auch familiäre Belastungen können weitere Hinweise auf die Arznei geben (Fallbeispiel 2).
- In vielen Fällen kann es ausreichen, ein **Schlüsselsymptom** („keynote“) und einige wenige Hinweise zu haben, um eine Arznei erfolgreich zu verschreiben (Fallbeispiel 4). Das Symptom muß aber sehr deutlich sein und möglichst spontan geäußert oder beschrieben werden.
- **Klinische Rubriken** können wichtig werden, wenn Klinik und Pathologie ausgeprägt sind (Fallbeispiel 5), beziehungsweise die Ähnlichkeit zwischen Arzneimittelbild und klinischer Diagnose groß ist. Bereits *Kent* hat in seinem Repertorium zahlreiche klinische Rubriken eingebaut, die direkt auf Krankheiten verweisen.
- Die Erstellung einer **Repertorisation** kann in jedem Fall erfolgen, sofern ausreichend charakteristische Symptome dazu vorhanden sind. Man kann bereits durch wenige, gut beobachtete und beschriebene Symptome

auch ohne direkte Anamnese über den Patienten zu einem Ergebnis kommen (Fallbeispiel 6). Bei älteren Kindern werden zusätzlich die subjektiven Beobachtungen und Empfindungen wichtig (Fallbeispiel 2). Auch in recht verfahrenen Situationen, in denen schon viele Arzneien versucht worden sind, liefert eine Repertorisation immer wieder neue Ideen (Fallbeispiel 3). Darüber hinaus ist das Repertorium stets ein brauchbares Nachschlagewerk, um einzelne Symptome anhand von Rubriken zu suchen und zu bestätigen.

- Die Berücksichtigung der **Konstitution** der kleinen Patienten spielt in jedem Falle mehr oder weniger eine Rolle und kann hier schlecht demonstriert werden. Im Fallbeispiel 8 kam der Konstitution eine herausragende Funktion bei der Mittelwahl zu (braves, blasses Kind, trockene Haut etc.), weitere Symptome dienten zur Ergänzung und Bestätigung. Die Bedeutung der konstitutionellen Betrachtung im Kindesalter hat *Dorcsi* beschrieben. Konstitution definiert er als „angeborene und durch die Umwelt wandelbare leib-seelische Verfassung des Individuums“ (Dorcsi 1970). Den kindlichen Entwicklungsphasen können bestimmte Arzneien zugeordnet werden, die der jeweiligen Konstitution entsprechen. Diese Zuordnungen sollen aber nicht zu schematischen Verschreibungen führen, sondern lediglich als Orientierungshilfe dienen.
- Es gibt Situationen, in denen auch vom „klassischen“ homöopathischen Arzt in der Kinderklinik **Komplexmittel** sinnvoll eingesetzt werden können. Wenn beispielsweise in der Notfallambulanz großer Andrang herrscht und nur wenige Minuten pro Patient zu Verfügung stehen, gleichzeitig die Eltern noch nie etwas von Homöopathie gehört haben, deren Zuverlässigkeit schlecht einzuschätzen ist oder die weitere Betreuung aus organisatorischen Gründen nicht möglich ist, haben sich derartige Präparate bewährt. Häufiges Beispiel: Kind mit starken Ohrenschmerzen, das aber noch „zu wenig krank“ ist für die Verschreibung eines Antibiotikums. Hier gibt es natürlich auch die Möglichkeit einer begleitenden Behandlung als Schmerztherapie.
- Vor jeder Verschreibung sollte immer der Vergleich der in der Anamnese erhobenen Symptome des Patienten mit der **homöopathischen Arzneimittellehre** erfolgen. Dazu eignet sich eine Vielzahl von Werken, die auch typische Symptome der Kinder mit berücksichtigen.

Um abschließend die möglichen Wege der Arzneifindung in der Pädiatrie nochmals zu veranschaulichen, werden die oben anhand der Fallbeispiele dargestellten Möglichkeiten in der folgenden Übersicht dargestellt (Abb. 1):

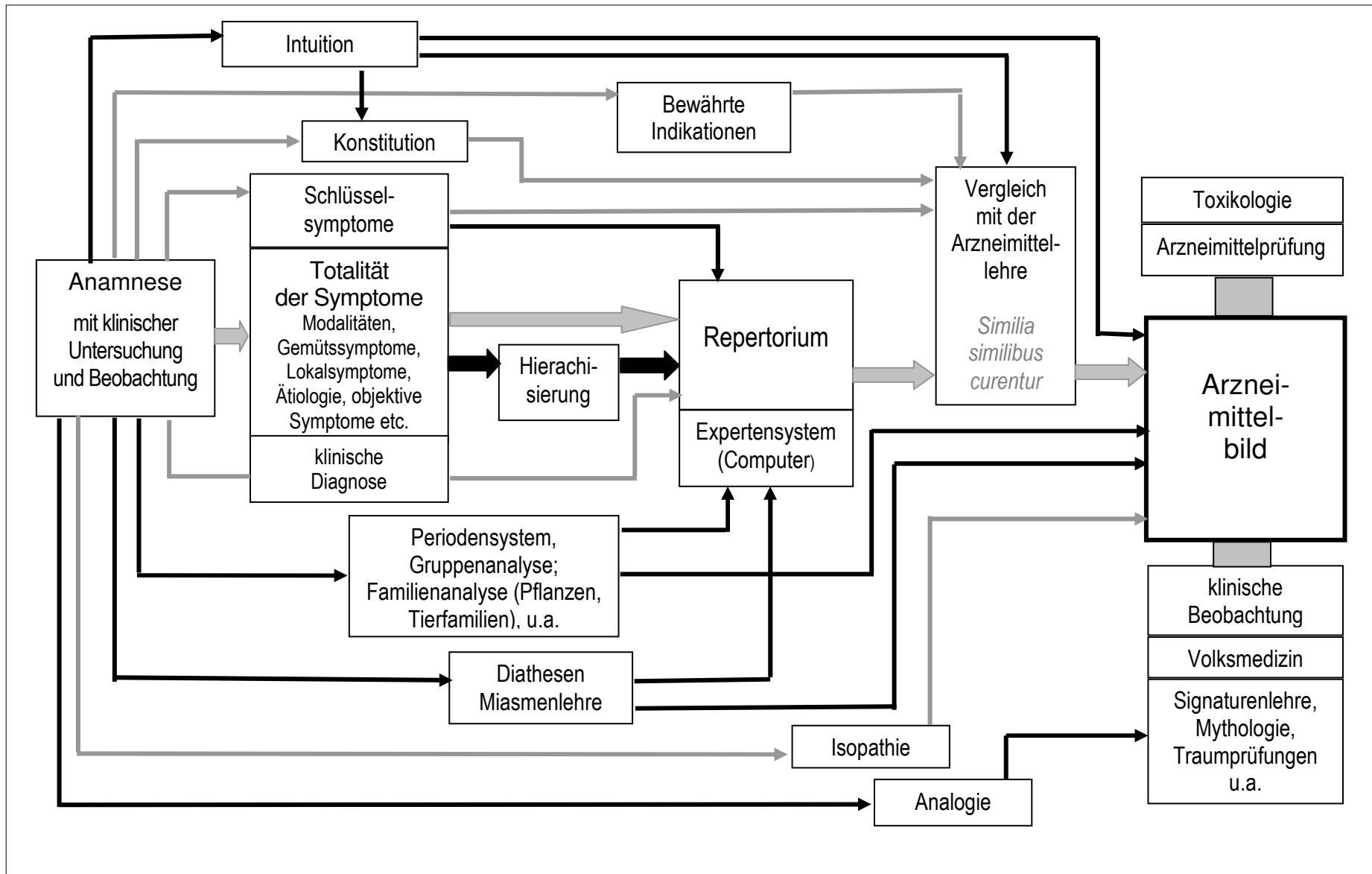


Abb. 1: Mögliche Wege der Arzneifindung in der Pädiatrie

Keiner der aufgezeichneten Wege sollte für sich allein betrachtet werden. Natürlich werden allermeist mehrere Wege gleichzeitig beschritten, um zu einem Ergebnis zu kommen. Die übrigen Möglichkeiten (Hierarchisierung, Gruppenanalyse, Traumprüfungen, Expertensysteme etc.) spielen bei den beschriebenen Fallbeispielen keine wesentliche Rolle und werden in der Übersicht nur der größeren Vollständigkeit halber erwähnt. Eine genauere Erörterung würde den Rahmen des vorliegenden Berichtes sprengen, daher kann an dieser Stelle nur auf die weiterführende Literatur verwiesen werden.

Ein entscheidender Punkt soll aber nicht unerwähnt bleiben: Die bereits von *Hahnemann* beschriebenen Grundprinzipien der Homöopathie, nämlich Ähnlichkeitsregel und Arzneimittelprüfung, können auf mehreren Wegen umgangen werden. Sie spielen beispielsweise bei der Verschreibung einer Arznei mithilfe des Periodensystems nach der Methode *Scholten* in vielen Fällen überhaupt keine Rolle (Scholten 1997). Auch die Verwendung der Signaturenlehre, von Metaphern oder von Pflanzenfamilien zur homöopathischen Arzneifindung sind weit von den ursprünglichen Ideen *Hahnemanns* entfernt; „*similia similibus curentur*“ im engeren Sinne ist hier nicht mehr gültig.

Ausblick

Die Domäne der Homöopathie liegt nach wie vor in der Therapie der chronischen Krankheiten, welche in erster Linie im niedergelassenen Bereich stattfindet. Daneben gibt es aber eine Vielzahl von weiteren Einsatzbereichen, die bisher zu wenig erforscht wurden. Die Pädiatrie eignet sich sicherlich in besonderem Maße, um Homöopathie in befriedigender Weise auch im Krankenhaus anzuwenden. Aber auch andere medizinische Fächer sollten vermehrt die homöopathische Methode im Sinne einer „integralen Medizin“ mit einbeziehen. Der Stellenwert, der Nutzen und die Möglichkeiten der Homöopathie in der jeweiligen Fachklinik müssen allerdings erst bestimmt werden. Die vorliegende Arbeit soll einen kleinen Beitrag dazu leisten.

Literatur

- Clarke, J H: A Dictionary of Practical Materia Medica. Volume III. B. New Delhi: Jain Publishers 1991.
- Clausius N: Kontrollierte klinische Studien zur Homöopathie. Eine systematische Übersichtsarbeit mit Metaanalyse. Essen: KVC Verlag 1998.
- Dorcsi M: Bewährte Indikationen der Homöopathie. Nach Vorträgen und Vorlesungen von Prof. Dr. med. Mathias Dorcsi, Wien. Bearbeitet von Dr. med. Margaretha Frey, Salzburg. Karlsruhe: Deutsche Homöopathie-Union 1992.
- Dorcsi M: Konstitutionswandel im Kindesalter. Acta Homoeopathica 14 (1970): 68–73.
- Foubister D M: Homöopathische Anamneseerhebung bei Kindern. Zeitschrift für Klassische Homöopathie 6 (1962): 64–67.
- Gawlik, W: Der kurze Weg zum homöopathischen Arzneimittel. Stuttgart: Sonntag 1999.
- Imhäuser H: Homöopathie in der Kinderheilkunde. Aus der Praxis – für die Praxis. Heidelberg: Haug 1991.
- Kruse S, Naske K, Ulrich M, Dorcsi M: Modellprojekt „Homöopathie in der Pädiatrie“. Jahrbuch 3 (1996) der Karl und Veronica-Carstens-Stiftung. Stuttgart: Hippokrates Verlag 1997, S. 118–131
- Kruse S, Naske K, Ulrich M, Dorcsi M: Modellprojekt „Homöopathie in der Pädiatrie“. Jahrbuch 4 (1997) der Karl und Veronica-Carstens-Stiftung. In: Albrecht, H., Frühwald, M. (Hrsg.): Essen: KVC Verlag 1998, S. 60–90
- Kruse S, Naske K, Ulrich M, Dorcsi M: Modellprojekt Homöopathie in der Pädiatrie. Jahrbuch 5 (1998) der Karl und Veronica-Carstens-Stiftung. Essen: KVC Verlag 1999, S. 3–19
- Linde K et al: Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. Lancet 350 (1997): 834–843.
- Pallasser H: Neugeborenen-Homöopathie. Documenta Homoeopathica 16 (1996): 231–236.
- Scholten J: Homöopathie und die Elemente. Utrecht: Stichting Alonissos 1997.
- Schweitzer W: Ergänzungen und Nachträge zu Stauffers Symptomen-Verzeichnis. Herausgegeben von Ingrid Schweitzer. Bearbeitet von Rudolf Bullemer, Christian Lucae. Stuttgart: Sonntag 1999.
- Voegeli A: Homöopathische Therapie der Kinderkrankheiten. Heidelberg: Haug, 1996.

Dr. Christian Lucae
Lachnerstr. 37
80639 München

Quelle: Lucae, C.: Wege der homöopathischen Arzneifindung in der klinischen Pädiatrie. In: Albrecht, H. / Frühwald, M. (Hrsg.): Jahrbuch Band 6 (1999). Karl und Veronica Carstens-Stiftung im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft. KVC Verlag, Essen 2000, S. 191-205