

# **Zum Stand des Modellprojektes am Clementine-Kinderhospital in Frankfurt mit dem Schwerpunkt der homöopathischen Ambulanz**

*K. Niehoff, B. Rommel und R. Lüdtk*

Das Modellprojekt für Homöopathie in der Kinderheilkunde am Clementine-Kinderhospital in Frankfurt besteht aus drei Schwerpunkten:

1. Die Ambulanz für infektanfällige Kinder im Bereich der Atemwege und für Kinder mit Blasenentleerungsstörungen
2. Der stationäre Konsiliardienst
3. Die Studie zum postpunktionellen Syndrom (in Vorbereitung)

Klaus Niehoff kann dank der Unterstützung der Carstens-Stiftung die halbe Wochenarbeitszeit mit der homöopathischen Arbeit füllen.

## **Die Ambulanz**

### ***Derzeitige Situation und Basisdaten***

Die Supervision durch Dr. Bernd Rommel ist sehr fruchtbar und unkompliziert; fast alle Fälle der Woche werden am Wochenende durchgesprochen, bevor eine Arznei verordnet wird.

Die Infektanfälligkeit der Atemwege als der Hauptschwerpunkt der Ambulanz ist recht weit gefasst: Wenn Eltern mit der Bitte um einen Termin anrufen, wird vorab eine schon bestehende, möglicherweise erfolgreiche homöopathische Therapie ausgeschlossen. Ansonsten gibt es keine strengen Einschlusskriterien. So kann eine möglichst breite Erfahrung mit dem Problem gewonnen werden. Es werden auch schwerer kranke Patienten, beispielsweise Kinder mit wiederholten Lungenentzündungen, behandelt.

Der zweite Schwerpunkt sind Patienten mit Blasenentleerungsstörungen. Auch diese Gruppe ist heterogen. Es finden sich darin vor allem Kinder mit wiederholten Harnwegsinfektionen und Kinder mit Einnässen tagsüber, auch solche mit asymptomatischer oder oligosymptomatischer Bakteriurie.

Meist bestand seit dem Beginn des Projektes im Juni 2000 eine große Nachfrage nach homöopathischer Behandlung. Teils traten lange Wartezeiten

über einige Monate auf. Im Sommer war die Nachfrage deutlich geringer als in der kalten Jahreszeit.

Alle folgenden Zahlen wurden bis zum 31.08.2001 ermittelt. Knapp 60 niedergelassene Kinder- und Hausärzte haben bis zu diesem Zeitpunkt in die Ambulanz überwiesen, davon mindestens neun aktiv. Aktiv bedeutet, dass der Kinder- oder Hausarzt den Eltern den Vorschlag machte, es mit einer homöopathischen Behandlung in der Ambulanz zu versuchen.

Dazu kommen aktive und passive Überweisungen von Ärzten des Hauses: aus der nephrologischen und der rheumatologischen Ambulanz (Chefarzt Prof. Dippell) und aus der pulmonologischen Ambulanz (Privatdozent Dr. Wönne).

Gewöhnlich wurden drei Erstanamnesen pro Woche durchgeführt: So kamen 96 Kinder mit Infektanfälligkeit in das Programm, darunter einige (etwa sechs), bei denen der Schwerpunkt der Symptomatik eher beim Asthma bronchiale lag.

Drei Patienten mit periodisch wiederkehrenden Fieberschüben ohne infektiöse Ursache (sogenanntes PFAPA-Syndrom) befinden sich ebenfalls in dieser Gruppe und zeigen recht interessante Verläufe, die es weiter zu verfolgen gilt.

17 Kinder mit Harnwegsproblemen sind in der zweiten Gruppe in Therapie. Dazu kommen noch sieben Kinder mit sonstigen Diagnosen, die auf besonderen Wunsch anderer Ärzte aufgenommen wurden: beispielsweise Alopezie und Übelkeit bei Phenylketonurie (eine angeborene Stoffwechselerkrankung), Rechtschreibschwäche, juvenile Arthritis (kindliches Rheuma), unklare Knieschmerzen und Glomerulonephritis. Tabelle 1 zeigt Basisdaten der Patienten.

Tab. 1: Geschlecht der behandelten Kinder

Gruppe	weiblich		männlich		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Infektanfälligkeit	27	28.1	69	71.9	96	100.0
Blasenprobleme	14	82.4	3	17.6	17	100.0
sonstige	6	85.7	1	14.3	7	100.0
<b>Gesamt</b>	47	39.2	73	60.8	120	100.0

Es finden sich deutlich mehr infektanfällige Jungen. Blasenprobleme treten bekannter weise vermehrt bei Mädchen auf.

Die Altersverteilung ist in Tabelle 2 dargestellt. Vorzüglich Kleinkinder wurden als Infektanfällige vorgestellt, mit Blasenproblemen kamen vor allem junge Schulkinder.

Tab. 2: Alter bei Erstkonsultation [Jahre]

Gruppe	Anzahl	Mittelwert	Std.-abw.	Median	unt. Quartil	ob. Quartil	Min.	Max.
Infektanfälligkeit	96	3.9	2.9	3.3	1.7	5.0	0.0	16.7
Blasenprobleme	17	7.2	2.4	6.8	5.5	9.5	3.7	11.5
sonstige	7	8.5	5.7	8.5	3.8	14.0	0.5	16.6
<b>Gesamt</b>	120	4.6	3.4	3.9	2.1	5.7	0.0	16.7

In der Erstanamnese werden die Eltern, bzw. Eltern und Patienten gefragt, welche Beschwerden für sie die Hauptprobleme sind, für die sie sich am dringlichsten eine Besserung durch die Homöopathie wünschen. In jeder Folgekonsultation werden sie aufgefordert, die Stärke dieser Probleme in einer Skala abzubilden, immer im Vergleich zum Ausgangspunkt der Beschwerden vor der ersten homöopathischen Arzneimittelgabe. Dabei bedeutet 0 = das Problem besteht unverändert fort, +100 = das Problem existiert nicht mehr und -100 = es ist katastrophal schlechter geworden. In diesem Bereich von 100 bis -100 kann in 10er Schritten eingestuft werden.

Außerdem dokumentiert der Arzt seine Verordnungssicherheit auf einer Skala von 0 bis 100 vor jeder Arzneimittelgabe. Dabei bedeutet „100“ die größte mögliche Gewissheit der Wahl, 0 eine quasi willkürliche Arzneimittelwahl.

Es wurde vorzugsweise mit den Potenzstufen C30 und C200, seltener auch mit höheren und niedrigeren Potenzen gearbeitet.

Die bisherige Behandlungsdauer lag im Schnitt bei 122 Tagen mit den Infektanfälligen und bei 147 Tagen mit den „Blasenpatientinnen“.

Die Anzahl der Patientenfolgekontakte ist von Fall zu Fall recht unterschiedlich. Es wurde im Verlauf sehr viel telefonisch bearbeitet. Die Patienten stellten sich routinemäßig etwa vier Wochen nach der ersten Gabe und ca. zwei bis drei Monate später erneut vor. Das Problem Infektanfälligkeit impliziert Arbeitsintensität, besonders, wenn kein schneller Behandlungserfolg erreicht wird. Die Anzahl der Kontakte findet sich in Tabelle 3.

Entsprechend ergeben sich die Wechselhäufigkeiten der Medikamente, die in Tabelle 4 dargestellt sind.

Tab. 3: Anzahl der Kontakte

Gruppe	Anzahl	Mittelwert	Std.-abw.	Median	unt. Quartil	ob. Quartil	Min.	Max.
Infektanfälligkeit	96	5.7	4.8	4.0	2.0	8.0	1.0	20.0
Blasenprobleme	17	4.6	3.0	4.0	2.0	6.0	1.0	13.0
Sonstige	7	4.6	2.1	4.0	3.0	7.0	2.0	7.0
<b>Gesamt</b>	<b>120</b>	<b>5.5</b>	<b>4.5</b>	<b>4.0</b>	<b>2.0</b>	<b>7.0</b>	<b>1.0</b>	<b>20.0</b>

Tab. 4: Wechselhäufigkeit des Medikaments je 100 Tage

Gruppe	Anzahl	Mittelwert	Std.-abw.	Median	unt. Quartil	ob. Quartil	Min.	Max.
Infektanfälligkeit	75	0.9	2.0	0.4	0.0	1.1	0.0	14.3
Blasenprobleme	14	0.5	0.7	0.1	0.0	1.1	0.0	1.8
Sonstige	7	0.1	0.2	0.0	0.0	0.3	0.0	0.5
<b>Gesamt</b>	<b>96</b>	<b>0.8</b>	<b>1.8</b>	<b>0.2</b>	<b>0.0</b>	<b>1.1</b>	<b>0.0</b>	<b>14.3</b>

Die mittlere Wechselhäufigkeit je 100 Tage liegt bei den Infektanfälligen mehr als doppelt so hoch wie bei den Kindern mit Blasenproblemen.

In der Minimum-Spalte verbergen sich vermutlich die gut laufenden und die nur leicht kranken Patienten. Hinter den Zahlen der Maximum-Spalte stehen Patienten mit häufigen akuten Problemen, die wir bislang homöopathisch nicht „in den Griff“ bekommen haben.

## Ergebnisse

Tabelle 5 enthält die mittlere Verlaufseinschätzung durch die Eltern (bzw. Eltern und Patienten).

Tab. 5: mittlere Verlaufseinschätzung bei letzter Konsultation [0-100]

Gruppe	Anzahl	Mittelwert	Std.-abw.	Median	unt. Quartil	ob. Quartil	Min.	Max.
Infektanfälligkeit	96	34	34	24	0	63	-17	100
Blasenprobleme	17	39	32	40	10	50	0	93
Sonstige	7	46	35	50	20	80	0	100
<b>Gesamt</b>	<b>120</b>	<b>35</b>	<b>34</b>	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>62</b>	<b>-17</b>	<b>100</b>

Die Abbildung 1 zeigt die Korrelation zwischen der Verordnungssicherheit in die erste Arzneigabe für einen Patienten und der ersten nachfolgenden Verlaufsbeurteilung durch die Eltern vier bis sechs Wochen später.

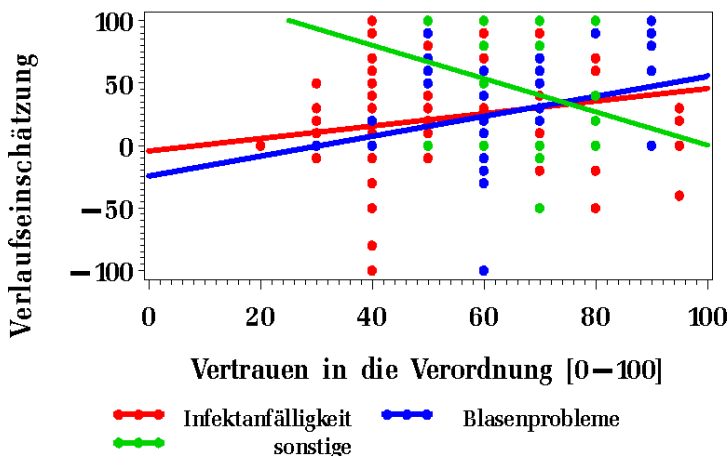


Abb. 1: Vertrauen und nachfolgende Verlaufseinschätzung

Es ist interessant, dass in den zwei großen Patientengruppen eine anscheinend nicht zufällige Beziehung zwischen den zwei Variablen besteht – und das, obgleich von den Eltern oft Hauptprobleme wie beispielsweise „Infektanfälligkeit“ genannt wurden, deren Veränderung vermutlich erst über eine größere Zeitspanne beurteilt werden kann und somit zu erwarten gewesen wäre, dass

keinerlei Korrelation zwischen der Verordnungssicherheit und der ersten Verlaufsbeurteilung besteht.

### ***Kurze kritische Anmerkungen zu den ersten Ergebnissen***

Es finden sich eher zu gute Einschätzungen bei nicht sehr kranken Kindern. Die Eltern zeigen meist einen gesunden Optimismus bei leichten Besserungen. Vielleicht möchten sie manchmal den Behandler auch nicht enttäuschen? Dazu kommt die natürliche spontane (statistische) Abnahme der Infektanfälligkeit im Kleinkindesalter mit dem Älterwerden (sogenannter aging effect).

Gelegentlich wechselt im Verlauf der Problemfocus eines Patienten: Das Kind hat nun beispielsweise unter der Behandlung keine Mittelohrentzündungen mehr (Problem „wiederkehrende Mittelohrentzündung“ wird mit +100 eingestuft), es leidet jedoch neuerdings an wiederholten Tonsillitiden, die es vor der Erstanamnese hier nie gehabt hat.

Der Jahreszeiteneinfluss ist beim Thema Infektanfälligkeit sehr groß, befriedigende Beurteilbarkeit ist erst nach einer Beobachtungszeit von mindestens einem Jahr möglich. Zudem ist es schwierig, Kinder früh (nach vier bis sechs Wochen) einzuschätzen, die zum Zeitpunkt der ersten Arzneieinnahme (zufällig gerade) asymptomatisch waren.

Es besteht oft sehr viel Behandlungsbedarf bei stark anfälligen Kindern: Hier unternimmt der Behandler manches Mal einen Drahtseilakt zwischen den niedergelassenen Ärzten, den unterschiedlichen Weltbildern und Überzeugungen in der Medizin. Sehr oft gilt es abzuwägen, ob eine weitere Behandlung ohne antibiotische Therapie noch vertretbar erscheint. Es sind viele akute (nicht planbare) Konsultationen in den Klinikalltag einzuflechten.

Weiterhin stellt sich die Frage: Was bringt mehr „Evidenz“? – der detaillierte Einzelfall oder die Statistik? Dazu zwei kurz skizzierte Einzelfälle:

#### **Beispiel 1**

Ein Mädchen, 11 ½ Jahre, kam mit rezidivierenden Fieberschüben, die alle zwei bis vier Wochen erschienen, und das seit zwei Jahren. Dazu litt sie an Harnwegsinfektionen, die das Fieber manchmal erklären konnten. Im September 2000 erhielt sie einmalig Silicea C1000. Seitdem (der letzte Kontakt war im September 2001) hatte sie kein Fieber mehr, und keine behandlungsbedürftige Harnwegsinfektion.

## Beispiel 2

Ein Junge, 5 Jahre, mit rezidivierender eitriger Tonsillitis, die im Jahr 2000 fünf oder sechs Mal auftrat. Die Mutter sagt, „*Immer* wenn er Halsschmerz bekommen hat, wurde daraus eine eitrig Mandelentzündung“. Er bekam Kalium arsenicosum C200 am 17.1.01, seitdem noch vier weitere Male. Der letzte Kontakt fand im September 2001 statt: seit Behandlungsbeginn hatte er keine eitrig Tonsillitis mehr. Einige Male litt er an einem Infekt mit Halsschmerzen, der mit Kalium arsenicosum wieder verging, ohne auszuarten.

Mit dem ersten Jahr an Erfahrungen zeigt sich ein deutliches Problem in der vorstellbaren Realisierung von Doppelblindstudien zum Thema: Aus ethischen und menschlichen Gründen müssten fast gesunde Kinder untersucht werden, wie es die Arbeitsgruppe de Lange-de Klerk et al. auch gemacht hat (de Lange-de Klerk, 1994). Es wäre für Arzt, Eltern und Patienten unerträglich, wenn über 12 Monate in möglicherweise 12 akuten Infektionen nur Placebo gegeben würde, wahrscheinlich mehrmals in jedem Infekt, da kein überzeugender Behandlungserfolg sichtbar wäre. Es müsste immer und immer wieder ein neuer „homöopathischer“ Versuch unternommen werden mit (unverändert starker?) Hoffnung, doch noch eine rasche Milderung ohne Antibiotikum zu erreichen. Und das in Anbetracht der reichen Erfahrung mit solchen Fällen, wie sie oben skizziert wurden, und der daraus resultierenden Überzeugung des Homöopathen von der Wirksamkeit seiner Methode.

## Stationärer Konsiliardienst

Bislang haben Ärzte und Kinderkrankenschwestern aus dem Haus weniger nach homöopathischer Mitbehandlung gefragt, als wir es uns wünschen. Insgesamt wurden 32 Patienten aus dem stationären Bereich homöopathisch behandelt (19 akut Kranke, 13 chronisch Kranke, siehe Tabelle 6).

Wir würden gerne noch mehr direkt wahrnehmbare Wirkungen der Homöopathie zeigen können. Das geht am ehesten bei stationären Patienten, aber auch bei Kindern von Angehörigen der Klinik oder bei Mitarbeitern selbst. Deshalb sind wir froh, dass auch solche persönliche Nachfrage bestand und in einigen Fällen geholfen werden konnte.

Tab. 6: Spektrum (primär) stationärer Patienten

<b>Akute Krankheiten</b>	Unruhe bei Tetraspastik	1
	Unruhe bei obstruktiver Bronchitis	1
	Fokale Nephritis	1
	Verbrennung	2
	Postpunktionelles Syndrom (PPS)	11
	Enzephalitis/Meningitis	2
	Bauchschmerzen	1
<b>Chronische Krankheiten</b>	Rez. Harnwegsinfektionen	2
	Glomerulonephritis nach Schönlein-Henoch-Purp.	1
	Schweres Epilepsiesyndrom	1
	Arthritis	1
	Essstörung/Anorexie	2
	Familiäres mediterranes Fieber	1
	Rez. Knieschmerzen	1
	Konversionsneurose	1
	Chron. Schlafstörung	1
	Periodisches Fieber (PFAPA-Syndrom)	2

## Literatur

De Lange-de Klerk ESM, Blommers J, Kuik DJ, Bezemer PD, Feenstra L. (1994):  
Effects of homeopathic medicines on daily burden of symptoms in children with recurrent upper respiratory tract infections. British Medical Journal 1994; 309: 1329–1332

Dr. Klaus Niehoff<sup>1</sup>, Dr. Bernd Rommel<sup>2</sup> und Dipl.-Stat. Rainer Lütke<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Clementine-Kinderhospital Frankfurt, Theobald-Christ-Str. 16, 60316 Frankfurt/Main

<sup>2</sup>Staufenstr. 24, 60323 Frankfurt/Main

<sup>3</sup>Karl und Veronica Carstens-Stiftung, Am Deimelsberg 36, 45276 Essen