

Homöopathische Behandlung von Notfällen

Die Behandlung schwerer Notfälle kommt in der homöopathischen Privatpraxis selten vor. Im ärztlichen Bereitschaftsdienst aber trifft man immer wieder auf Notfälle, bei denen eine alleinige oder additive homöopathische Behandlung sinnvoll ist.

Die Situation im Notfalldienst ist eine andere als in der Praxis: Die Patienten sind dem Arzt in der Regel nicht bekannt. Eine Diagnose oder Verdachtsdiagnose muss in kürzester Zeit anhand der klinischen Untersuchung und Anamnese des Patienten und Befragung von Angehörigen gestellt werden, die Therapie sofort festgelegt und durchgeführt werden. Ich habe bei meinen Hausbesuchen immer das Therapeutische Taschenbuch von Bönninghausen von 1846 dabei.

**Dr. med. Carl Rudolf
Klinkenberg**
Ettlingen



Jahrgang 1961

Seit 1986 homöopathische Praxis, die er in enger Anlehnung an die Methode Samuel Hahnemanns führt

1999 Verleihung des 1. Emils-Schlegel-Preises auf der Medizinischen Woche, Baden-Baden

Präsident und Gründer des International Hahnemann Congress, der im September 2007 in Ettlingen stattfand. Autor in der Zeitschrift für Klassische Homöopathie über Krebsbehandlung, ADHS, schwerkranke Kinder und psychische Krankheiten Referent auf medizinischen Kongressen und Seminaren.

Im Folgenden zeige ich anhand von drei Fällen mein Vorgehen bei schweren Notfällen:

1. Kasuistik: Lungenödem

Am 14.11.1998 werde ich um 19:30 Uhr während des ärztlichen Bereitschaftsdienstes zu dem 77-jährigen Herrn B. gerufen, er sei "sterbend". Zunächst spreche ich im Nebenzimmer mit der Schwester, die den Patienten schon länger ambulant betreut und einen erfahrenen Eindruck macht. Sie berichtet mir und den anwesenden Angehörigen: Herr B. sei nicht mehr ansprechbar und er habe keinen Puls. Er sei schwerkrank und sein bevorstehendes Sterben sei nur gut für den Patienten. Deshalb rate sie, von lebensverlängernden Maßnahmen abzusehen.

Im Krankenzimmer fällt bei meiner **Untersuchung** folgendes auf: Der Patient ist nicht ansprechbar, auch nicht auf lautes Anrufen. Die Augen sind halb geschlossen, er liegt flach im Bett und hat weißlichen Schaum vor dem Mund, der in Fetzen immer wieder heraus geblasen wird. Zyanose. Blutdruck 55 systolisch, Puls sehr schwach, Frequenz nicht eindeutig zu bestimmen. Auskultatorisch über allen Lungenfeldern grobblasige Rasselgeräusche.

Diagnose: Lungenödem.

Anamnese: Bis zum Mittag sei Herr B. von der Atmung her noch unauffällig gewesen und er war ansprechbar. Bis vor einer halben Stunde, als die Atemnot begann, sei er stundenlang sehr unruhig gewesen. Die Ehefrau wirkt sehr gefasst, sie weiß um die Ernsthaftigkeit der Situation und befürwortet ebenfalls, wegen der „schweren Vorerkrankungen“ ihren Mann sterben zu lassen. Er habe auch nicht mehr ins Krankenhaus gewollt. Alles dies wirkt zunächst sehr überzeugend.

Ich lagere den Patienten hoch und bespreche die Situation nochmals mit der betreuenden Schwester und den Angehörigen. Außerdem verabreiche ich – ca. 15 Minuten nach meinem Eintreffen – zwei *Globuli Arsenicum album* (Spagyros). Die Arzneiwahl treffe ich aufgrund der Symptome Unruhe, schaumiger Auswurf und des klinischen Symptoms Lungenödem. Differentialdiagnostisch kommen bei einem Lungenödem mit dieser Symptomatik *Lachesis* (Zyanose), *Carbo vegetabilis* (Kreislaufkollaps, schwacher Puls), *Phosphorus* (schaumiger Auswurf) und *Antimonium tartaricum* (Zyanose, Rasselgeräusche) in Betracht. Bei der Behandlung in schwerwiegenden Notfällen ist es wichtig, die charakteristischsten Symptome der wichtigsten Arzneien im Kopf zu haben.

Kurz, d. h. wenige Minuten nach der Gabe fängt der Patient an, sich zu stabilisieren: Er hat weniger Schaum vor dem Mund und auch offensichtlich weniger Atemnot. Minuten später steigt der Blutdruck auf 80 systolisch, Puls ca. 140/min. Ich bleibe weiterhin vor Ort, entscheide mich für eine zusätzliche Gabe von 60 mg *Furosemid* i.v. in die Leiste, da ich bei der Kreislaufzentralisation peripher keinen i.v.-Zugang finde. In der Folge weitere Stabilisierung des Zustandes: Herr B. ist allmählich wieder ansprechbar, wendet mir seinen Kopf auf Ansprache zu und antwortet mit „ja“ oder unverständlichen Worten.

Eine genaue Anamnese ergibt nun Folgendes: Herr B. ist seit Jahren schon bettlägerig, aber geistig sehr klar. Vor zwei Monaten hatte er eine Oberschenkelhalsfraktur, daraufhin habe er körperlich abgebaut. In den letzten Tagen war er verwirrt, aber dies lag offenbar an einer überhöhten Dosis *Promethazin* durch den Hausarzt. Nur im Zusam-

menhang mit mehreren kurzfristigen Krankenhausaufenthalten und ambulanten Kontrollen der postoperativ entzündeten Oberschenkelnarbe hatte Herr B. geäußert, nicht mehr ins Krankenhaus zu wollen. Über einen Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen liegt keine Äußerung des Patienten vor.

Inzwischen gelingt bei steigendem Blutdruck die Schaffung eines venösen Zuganges, ich gebe erneut 20 mg *Furosemid* und entscheide mich für eine weitere Betreuung des Patienten in der Klinik.

2. Kasuistik: Apoplex

Am 13.12.1998 werde ich zu Frau E. gerufen, einer 94-jährigen Patientin im Altenheim. Die Patientin hat sich bisher gänzlich selbst versorgt und war geistig klar. Die betreuende Schwester berichtet, Frau E. habe gegen 18:00 Uhr in ihrem Bett liegend plötzlich um Hilfe geschrien: Sie müsse mit dem Kopf hoch liegen und habe Angst herunterzufallen. Kurz darauf sei sie zur rechten Seite hin zusammengesackt und war nicht mehr ansprechbar.

Befund: Patientin blass, reagiert nicht auf laute Ansprache, Ptose linkes Augenlid, schlaffe Parese rechter Arm, die Zunge hängt schlaff im halboffenen Mund und erschwert die Atmung. Blutdruck 170/80mg. Offenbar Verschlechterung in Kopftiefe, da die Schwester die ganze Zeit Oberkörper und Kopf der Patientin aufrecht hält.

Diagnose: Apoplex.

Ich lege der Patientin einen Zugang, sie bekommt eine Ampulle Nootrop i.v. Anschließend gebe ich ein Globulus *Arnika C200* (Spagyros). 30 Sekunden später klart Frau E. plötzlich auf: Sie beginnt sich zu bewegen, spricht und reagiert wieder auf Ansprache. Die noch verwaschene Sprache verbessert sich innerhalb von 5 Minuten immer mehr bis zu einer deutlichen Sprache und adäquatem Antworten. Zur Schwester gewandt sagt Frau E. zweimal, sie wolle sterben. Inzwischen ist ein Platz im Krankenhaus organisiert. Als ich dies Frau E. mitteile, möchte sie genau wissen, wohin sie kommt, welcher Arzt sie betreut, welche Schwestern dort sind usw. Die Ptose des linken Lides ist inzwischen zurückgegangen, noch unverän-

dert ist die Parese des rechten Armes. Sie erhält erneut ein Globulus *Arnika C200* und wird zur weiteren Betreuung stationär eingewiesen.

Die Arzneiwahl in diesem Fall erfolgte allein aus der Diagnose Schlaganfall, für die *Arnika* das Hauptmittel ist. Typische Symptome sind: Kopf und Gesicht heiß, Körper kalt, voller Puls, berührungsempfindlich, Vorgeschichte von Bluthochdruck mit rotem Gesicht, Angst vor bevorstehendem Tod, Parese besonders der linken Seite.

Weitere wichtige Arzneimittel beim Schlaganfall sind:

Aconitum: Blutandrang zum Kopf, Puls hart, voll, trockene heiße Haut, Angst oder sieht erschreckt aus.

Belladonna: sehr plötzliches Einsetzen, oft aus einer hypertensiven Entgleisung heraus, Kopfschmerz mit hochrotem Kopf und Völle, Pochen, erweiterte Pupillen, Empfindlichkeit (Licht, Lärm, Erschütterung) und Delirium.

Bryonia: Blutandrang zum Kopf, weniger durch Bewegen des Kopfes oder der Augen, Schwindel bei der leichtesten Bewegung.

Crotalus horridus: nach Sepsis, Patienten mit Hämorrhagien, Gehirnblutungen, rechtsseitige Parese.

Lachesis: linksseitige Paresen, Berührungsempfindlichkeit, Vorgeschichte von Hypertonus oder Herzerkrankung, Schluckstörungen, blasende Expiration, livide Hautverfärbung, Gesicht fleckig und purpurn, weniger durch Schlaf, Erstickung, erträgt keine Berührung am Hals oder Mund.

Opium: komatöser Schlaf, Sopor, röchelnde Atmung mit Apnoe, offener Mund, dunkelrotes Gesicht, Hautschweißig, Schmerzlosigkeit, Obstipation, keine Reaktion auf Licht, Berührung, Geräusch.

Differenzialdiagnostisch muss in diesem Fall an *Lachesis*, *Nux vomica* (< Kopftiefe) und *Gelsemium* (Furcht zu fallen) gedacht werden.

3. Kasuistik: Lungenschwäche

Am 9.06.1996 werde ich zu einem 76-jährigen Mann gerufen. Der Patient ist bettlägerig und wird von der Ehefrau gepflegt. Er habe plötzlich Atemnot bekommen und sei kurzfristig sogar „blau angelaufen“. Das Problem bei diesen im-

mer mal wieder plötzlich auftretenden Zuständen von Atemnot sei, dass er den Schleim nicht hochbringen und abhusten kann.

Befund: Das Gesicht ist dunkel-livide verfärbt, etwas gedunsen. Pulmo deutliche Spastik und Schleimrasseln. Übergewicht.

Das Unvermögen Schleim auszuwerfen, wenn dieser nicht zäh oder verfestigt ist, ist ein konventionell nicht behandelbares Symptom. Es beruht auf einer funktionellen Störung, einer Art Lungenschwäche, die durch eine Verflüssigung des Schleims mittels Expectorantien nicht zu beheben ist. Bei Leiden der Atemwegsorgane (Bronchitis, Pneumonie, Asthma) mit reichlicher Schleimabsonderung und grobem Schleimrasseln, dabei aber Unfähigkeit den Schleim abzuhusten, ist *Antimonium tartaricum* das erste Mittel, v. a. bei Kindern und alten Menschen. Weitere Leitsymptome dieses Mittels sind Übelkeit und Schläfrigkeit.

Es gibt aber auch andere homöopathische Mittel, an die man bei diesem Symptom denken muss, darunter *Ammonium carbonicum*, *Carbo vegetabilis*, *Causticum*, *Conium*, *Kalium carbonicum*, *Kalium sulfuricum*, *Phosphorus*, *Sepia*. Bei diesem adipösen Patienten mit livider Gesichtsverfärbung entscheide ich mich für *Ammonium carbonicum C200* (Fa. Spagyros). Der Patient erhält außerdem *Hefasolon* und *Mucosolvan* i.v.

Ammonium carbonicum hat eine starke Wirkung auf die Atemwegsorgane: Grobblasiges Rasseln auf der Brust mit schwierigem Auswurf, Lungenödem, Pneumonie und Bronchiolitis bei Kindern und alten Menschen (*Ant-t.*, *Carb-v.*), auch bei septischen Zuständen häufig angezeigt. Beschwerden im Endstadium einer schweren Pneumonie oder Tuberkulose werden palliativ gelindert. Häufige Begleitsymptome sind: Erschöpfung, Kälte, Herz-Kreislaufschwäche, Zyanose.

Verlauf: Bei Auskultation nach 10 Minuten ist die akute Spastik schon deutlich gebessert. 10 Tage später berichtet die Ehefrau, der Zustand ihres Mannes habe sich sehr gebessert. Vor allem das Abhusten von Schleim gehe jetzt viel besser. Nur noch wenig Rasseln auf der

Brust, er habe kaum noch Spastik (Giemen). Auch der Allgemeinzustand sei deutlich besser.

Eine homöopathische Behandlung hat in Notfällen folgende Grenzen:

1. **Fachliche Grenzen:** Die Arzneiwahl beruht auf der Materia medica-Kenntnis der wichtigsten homöopathischen Arzneien, ein Nachschlagen in Büchern ist bei Hausbesuchen und aufgrund der Zeitknappheit nur begrenzt möglich. Ich wähle die Arznei in Notfällen anhand weniger Leitsymptome.

2. **Patientenbezogene Grenzen:** Der Patient und seine Vorgeschichte sind dem behandelnden Arzt unbekannt. Er ist außerdem nicht wie andere homöopathisch behandelte Patienten geschult, seine Symptome und besonders Modalitäten und Empfindungen zu beobachten.

3. **Forensische Grenzen:** Falls der homöopathische Arzt eine anerkannte konventionelle Therapie in einem lebensbedrohlichen Notfall, z. B. Lungenödem,

zugunsten einer nicht anerkannten homöopathischen Behandlung verlässt, trägt er das Risiko, hierfür zur Rechenschaft gezogen zu werden.

4. **Krankheitsbedingte Grenzen:** Grundsätzlich werden die Grenzen einer Notfallbehandlung vom Können des Behandlers gezogen. Homöopathie ist eine klar definierte therapeutische Methode, die nicht in allen Krankheitsfällen zur Anwendung kommt. So halte ich die intensivmedizinische Behandlung z. B. bei Reanimation, bei lebensbedrohlichem Blutverlust und schweren Herzrhythmusstörungen für unverzichtbar.

Für einige Krankheiten gibt es eine standardisierte konventionelle Therapie, die in fast jedem Fall bei rechtzeitigem Behandlungsbeginn eine gute Wirksamkeit verspricht, z. B. bei Nierenkolik, akutem Asthmaanfall und Lungenödem.

Voraussetzung für eine homöopathische Behandlung ist das Vorliegen von Symptomen, die eine Arzneiwahl ermög-

lichen. Aufgrund einer klinischen Diagnose kann homöopathisch nicht sicher behandelt werden. Sind aber Symptome beobachtbar, oder schildert der Patient sie selbst, wirken homöopathische Hochpotenzen schnell, erfolgreich, und oft sogar lebensrettend.

Dr. med. Carl Rudolf Klinkenberg
Vordersteig 12, 76275 Ettlingen

Literatur

- ¹ Bönninghausen Cv: *Bönninghausens Therapeutisches Taschenbuch, Revidierte Ausgabe.* Hrsg. K.-H. Gypser. 1. Aufl., Sonntag Stuttgart 2000
- ² Kent JT: *Kent's Repertorium der homöopathischen Arzneimittel.* Hrsg. u. Übers. G.v.Keller u. J.Künzli v. Fimelsberg. Bd. 1-3. 9. Aufl., Haug Heidelberg 1986 (1897 Lancaster, U.S.)
- ³ Tyler M.L.: *Wichtige Krankheitszustände und ihre homöopathischen Mittel.* Stefanovic Bielefeld 1991