

Beobachtungsstudien am Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München

Enuresis (Bettnässen)

Definition Bettnässen:

Unter Enuresis verstehen wir das unwillkürliche und unbeabsichtigte Einnässen bei über 5-jährigen Kindern, da die Beherrschung des Blasenmuskels – wie Laufen lernen – ein Teil der Entwicklung und nicht dem Willen unterworfen ist.

Die Häufigkeit der Enuresis beträgt bei 5-6-jährigen Kindern 15% und bei 15-Jährigen 1%. Kinder, deren Eltern selbst als Kind lange eingenässt haben, sind häufiger davon betroffen.

Konventionelle Therapie:

Eine wichtige Therapie der konventionellen Medizin ist die Klingelhose oder -matratze. Wird sie beim nächtlichen Einnässen nass, ertönt ein lautes Klingeln, so dass das Kind aufwacht und durch das Erleben lernen kann, das nächste Mal vor dem Klingeln allein durch den Harndrang aufzuwachen. Die Klingelhose oder -matratze hat eine Erfolgsrate von 66%.

Homöopathische Studie:

Für die Beobachtungsstudie wurden 19 Kinder im Alter von 5 bis 12 Jahren aufgenommen, die mindestens 1x pro Woche tagsüber oder nachts einnässen. Eine organische Ursache des Bettnässens war durch entsprechende Diagnostik ausgeschlossen worden. Nach ausführlicher homöopathischer Anamnese, anschließender körperlicher Untersuchung, kurzer Videoaufnahme und gemeinsamer Supervision mit Prof. Dorcsi (bis 2001) und Dr. Dorcsi-Ulrich wurde das jeweils passende homöopathische Arzneimittel verordnet. Außerdem führte jedes Kind einen Kalender über die Häufigkeit des Einnässens und machte „Blasentraining“ mit verschiedenen Übungen. Nach 4-6 Wochen wurde der Verlauf kontrolliert und eventuell das Arzneimittel gewechselt. Die Nachbeobachtungszeit betrug 5-12 Monate.

Ergebnisse:

Bei 7 Kindern (37%) blieb die Enuresis unverändert, bei 4 Kindern (21%) besserte sie sich leicht, bei 6 Kindern (32%) zeigte sich eine deutliche Besserung und 2 Kinder (10%) nässt nach der Behandlung nicht mehr ein. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass 58% der Kinder (11 Kinder) keine oder nur eine leichte Besserung der Enuresis hatten. Bei 42% der Kinder (8 Kinder) trat demgegenüber eine deutliche Besserung oder sogar Heilung ein.

Die größten Erfolge der homöopathischen Therapie konnten bei Verordnung der konstitutionellen Arznei erreicht werden. Hauptmittel waren Ferrum phosphoricum C6 und Kreosotum C6. Auch die Nosoden wie Tuberculinum C200, Medorrhinum C200 oder Syphilinum C200 in 4-wöchigem Abstand gegeben spielten eine große Rolle.

Enuresis	Geheilt	Deutlich gebessert (>50%)	Leicht gebessert (<50%)	Unverändert
Kinder n=19	2 (10%)	6 (32%)	4 (21%)	7 (37%)

Beurteilung:

Bei nächtlichem Einnässen (Enuresis nocturna) ist die Klingelhose oder -matratze die Therapie der 1. Wahl. Darüber hinaus erscheint ein homöopathischer Therapieversuch bei

Enuresis sinnvoll, nachdem eine organische Ursache der Störung ausgeschlossen werden konnte.

Rezidivierende Harnwegsinfektionen

Definition rezidivierende Harnwegsinfektionen:

Eine Harnwegsinfektion ist eine Entzündung im Bereich der Harnblase, Harnröhre, Harnleiter, Nierenbecken und/oder der Nieren. Sie äußert sich typischerweise durch Symptome wie Schmerzen beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens und Fieber. Der Urinstatus ist auffällig mit nachweisbaren Bakterien, Leukozyten, Blut und eventuell Eiweiß. Eine Harnwegsinfektion tritt häufiger bei Mädchen als bei Jungen auf, weil die weibliche Harnröhre deutlich kürzer ist und dadurch Darmbakterien leichter nach oben aufsteigen können.

Wir sprechen von wiederkehrenden (rezidivierenden) Harnwegsinfektionen, wenn mindestens 2 Infektionen innerhalb von 2 Monaten oder mindestens 4 Infektionen innerhalb von 12 Monaten auftreten.

Konventionelle Therapie:

Eine akute Harnwegsinfektion wird mit dem passenden Antibiotikum behandelt. Bei rezidivierenden Harnwegsinfektionen erfolgt eine mehrmonatige Prophylaxe mit niedrig dosiertem Antibiotikum. Wichtig ist es, bei rezidivierenden Harnwegsinfektionen eine umfassende Diagnostik vor der Therapie durchzuführen, um eine organische Ursache auszuschließen. Im Säuglingsalter ist diese Diagnostik wie Miktionscysturographie (MCU) schon nach der 1. gesicherten Harnwegsinfektion notwendig. Viele Eltern lehnen die Antibiotika-Prophylaxe aus Angst vor Nebenwirkungen ab. Durch eine veränderte Darmflora können Beschwerden wie Durchfall, Blähungen und Bauchschmerzen auftreten. Die Antibiotika-Prophylaxe wird meist jedoch gut vertragen. Nach Absetzen des Antibiotikums kehrt die Harnwegsinfektion häufig erneut zurück. Die konventionelle Therapie der rezidivierenden Harnwegsinfektionen zeigt somit nicht immer zufriedenstellende Ergebnisse. Diese Prophylaxe beeinflusst auch nicht die Anfälligkeit zu Harnwegsinfektionen.

Homöopathische Studie:

Nach einigen durch homöopathische Behandlung überraschend positiven Krankheitsverläufen bei Mädchen mit rezidivierenden Harnwegsinfektionen wurde eine Beobachtungsstudie durchgeführt.

Für diese Studie wurden 14 Kinder mit rezidivierenden Harnwegsinfektionen aufgenommen, von denen 8 Kinder ausgewertet werden konnten. Die anderen Kinder kamen nicht mehr zu weiteren Untersuchungen (3 Kinder) oder hatten dann doch Nierenerkrankungen (3 Kinder), die eine mehrmonatige bis jahrelange Antibiotika-Prophylaxe erforderten. Eine organische Ursache der rezidivierenden Harnwegsinfektionen war bei den 8 ausgewerteten Kindern durch entsprechende Diagnostik ausgeschlossen worden. Nach ausführlicher homöopathischer Anamnese, anschließender körperlicher Untersuchung, kurzer Videoaufnahme und gemeinsamer Supervision mit Prof. Dorcsi (bis 2001) und Dr. Dorcsi-Ulrich wurde das jeweils passende homöopathische Arzneimittel im infektionsfreien Intervall verordnet. Wichtig war eine gute Mitarbeit der Patienten bzw. deren Eltern, die täglich einen Urinstix durchführen und die Ergebnisse in einem Kalender aufschreiben sollten, damit jede akute Harnwegsinfektion als Rezidiv rechtzeitig erfasst und antibiotisch behandelt werden konnte. Die Nachbeobachtungszeit betrug mindestens 12 Monate.

Ergebnisse:

Von den 8 ausgewerteten Kindern trat bei 3 Kindern keine akute Harnwegsinfektion im Nachbeobachtungszeitraum auf. Ihr Urinbefund war durchweg unauffällig. Bei einem weiteren Mädchen trat kein Rezidiv auf, obwohl eine bis heute anhaltende isolierte Bakteriurie ohne Beschwerden bestehen bleibt. 3 Kinder hatten ein Rezidiv, 1 Kind hatte zwei Rezidive. Das bedeutet zusammenfassend, dass 4 der 8 homöopathisch behandelten Kinder, d.h. 50%, kein Rezidiv innerhalb eines Jahres hatten.

Die größten Erfolge der homöopathischen Therapie konnten bei Verordnung der konstitutionellen Arznei erreicht werden. Hauptmittel waren die beiden Arzneien Pulsatilla C12 und Aristolochia C12. Auch die Nosoden wie Tuberculinum C200, Medorrhinum C200 oder Syphilinum C200 in 4-wöchigem Abstand gegeben spielten eine große Rolle.

Beurteilung:

Angesichts der kleinen Patientenzahl ist eine Beurteilung der Einzelmittelhomöopathie bei Kindern mit rezidivierenden Harnwegsinfektionen gewagt. Dennoch lässt sich die Tendenz erkennen, dass die Neigung zu Harnwegsinfektionen homöopathisch behandelbar ist und die Hälfte der Kinder von der Homöopathie profitiert haben. Somit erscheint eine homöopathische Therapie bei Kindern mit dieser Erkrankung schon empfehlenswert.

Infektionsanfälligkeit

Definition Infektionsanfälligkeit:

Ein Kind ist infektionsanfällig, wenn es in der kühleren Jahreszeit (September bis April) mindestens 1 Infekt der oberen Luftwege pro Monat hat, also mindestens 8 Infekte pro Jahr. Infektionsanfälligkeit ist eine der häufigsten Diagnosen in der Kinderarztpraxis, insbesondere in homöopathisch arbeitenden Praxen. Dabei kann es sich beispielsweise um häufig wiederkehrenden Schnupfen, Husten, Halsentzündung oder Mittelohrentzündung handeln. Oft finden wir rezidivierende Virusinfektionen. Bei häufigen Infekten der oberen Luftwege ist es diagnostisch wichtig, einen Immundefekt auszuschließen.

Konventionelle Therapie:

Die Infektionsanfälligkeit kann in der konventionellen Medizin kaum therapeutisch beeinflusst werden. Handelt es sich um immer wiederkehrende bakterielle Infektionen, dann kann eine mehrmonatige Prophylaxe mit niedrig dosiertem Antibiotikum überlegt werden. Bei rezidivierenden Virusinfektionen werden allgemein kräftigende Maßnahmen wie Bewegung, frische Luft und gesunde Ernährung empfohlen.

Homöopathische Studie:

Bei dieser Studie nahmen 22 Kinder mit Infektionsanfälligkeit im Alter von durchschnittlich 4,8 Jahren teil. Es wurden zwei Gruppen gebildet: Die Kinder der Gruppe 1 hatten keine schwere Grunderkrankung (10 Kinder), in Gruppe 2 hatten die Kinder eine schwere Grunderkrankung (z.B. Frühgeburtlichkeit, Trachealkanüle, Stoffwechseldefekt, Spastik, spinale Muskelatrophie, Entwicklungsstörung mit Hypotonie, Down-Syndrom). Vor dem Hintergrund dieser schweren Grunderkrankung hatten sie eine Infektionsanfälligkeit entwickelt wie beispielsweise wiederholt auftretende Bronchitis bei einem Kind mit Trachealkanüle. Nach ausführlicher homöopathischer Anamnese, anschließender körperlicher Untersuchung, kurzer Videoaufnahme und gemeinsamer Supervision mit Prof. Dorcsi (bis 2001) und Dr. Dorcsi-Ulrich wurde das jeweils passende homöopathische Arzneimittel verordnet. Die Nachbeobachtungszeit betrug mindestens 12 Monate.

Ergebnisse:

In Gruppe 1 (10 Kinder ohne schwere Grunderkrankung) besserte sich die Infektionsanfälligkeit bei 5 Kindern deutlich (d.h. um mehr als 50%) unter homöopathischer Therapie, bei den anderen 5 Kindern blieb die Infektionsanfälligkeit nahezu unverändert. Somit hat sich die Situation bei der Hälfte der Kinder deutlich gebessert.

In Gruppe 2 (12 Kinder mit schwerer Grunderkrankung) besserte sich die Infektionsanfälligkeit bei 9 Kindern deutlich (d.h. um mehr als 50%) unter homöopathischer Therapie, bei den übrigen 3 Kindern blieb die Infektionsanfälligkeit nahezu unverändert. Somit hat sich die Situation bei 75% der Kinder deutlich gebessert.

Die größten Erfolge der homöopathischen Therapie konnten bei Verordnung der konstitutionellen Arznei erreicht werden. Hauptmittel waren die Calcium-Salze sowie Silicea C12. Auch die Nosoden wie Tuberculinum C200, Medorrhinum C200 oder Syphilinum C200 in 4-wöchigem Abstand gegeben spielten eine große Rolle.

Gruppe 1 (ohne schwere Grunderkrankung)

Infektionsanfälligkeit deutlich gebessert (um mehr als 50%)

5 Kinder

Infektionsanfälligkeit unverändert

5 Kinder

10 Kinder

Gruppe 2 (mit schwerer Grunderkrankung)

Infektionsanfälligkeit deutlich gebessert (um mehr als 50%)

9 Kinder

Infektionsanfälligkeit unverändert

3 Kinder

12 Kinder

Infektionsanfälligkeit	Deutlich gebessert (>50%)	Nahezu unverändert
Gruppe 1 n=10 (ohne schwere Grunderkrankung)	5	5
Gruppe 2 n=12 (mit schwerer Grunderkrankung)	9	3

Beurteilung:

Diese Studie zeigt, dass Kinder mit Infektionsanfälligkeit recht gut homöopathisch therapierbar sind. Erstaunlich ist, dass gerade die sehr kranken Kinder mit schwerer Grunderkrankung im Hintergrund von einer homöopathischen Therapie besonders gut profitieren.

Prader-Labhart-Willi-Syndrom PLWS

Definition Prader-Labhart-Willi-Syndrom:

Das Prader-Labhart-Willi-Syndrom ist eine genetische Erkrankung, bei der es meist zu einer Deletion (einem fehlenden Teil) am Chromosom 15 gekommen ist. Die Häufigkeit beträgt 1:10 000. Die betroffenen Kinder fallen nach der Geburt durch Muskelhypotonie und Trinkschwäche auf (sog. floppy enfant). Im Alter von 1 bis 3 Jahren schlägt die Trinkschwäche um in eine Ess-Sucht. Dadurch nehmen diese Kinder enorm zu und sind bei ihrem Minderwuchs klein und dick. Außerdem besteht eine Entwicklungsstörung im motorischen, geistigen und sprachlichen Bereich. Des weiteren haben die Kinder verschiedene Verhaltensauffälligkeiten wie extreme Langsamkeit, Neigung zu heftigen Wutausbrüchen, Angewohnheit, sich zu kratzen, so dass Wunden oft monatelang nicht abheilen können u.a.

Konventionelle Therapie:

Zur Förderung der Entwicklung werden Krankengymnastik, Ergotherapie, Reittherapie und Logopädie eingesetzt. Das Essverhalten wird mit Diäten und Verhaltensschulung zu kontrollieren versucht. Wegen des Kleinwuchses können Wachstumshormone gegeben werden.

Homöopathische Studie:

Durch Berichte in der Literatur über die erfolgreiche homöopathische Behandlung von Kindern mit Entwicklungsstörungen wurde die Idee geboren, eine Studie in diesem Bereich durchzuführen. Auf der Suche nach einem einheitlichen Krankheitsbild mit Entwicklungsstörungen sind wir auf das Prader-Labhart-Willi-Syndrom gestoßen, das in den Fachbüchern als sehr monoform mit u.a. folgenden Problembereichen beschrieben wird:

- Entwicklungsstörung im motorischen, geistigen und sprachlichen Bereich
- Ess-Störung mit Ess-Sucht und Fettsucht
- Kleinwuchs
- Langsamkeit
- Mangelnde Anpassungsfähigkeit
- Neigung zu Wutanfällen
- Neigung, sich selbst zu kratzen
- Defizite im Sozialverhalten (große Vertrauensseligkeit)
- Schlafprobleme mit Apnoen

Diese genannten Problembereiche wurden mithilfe eines 14-seitigen Fragebogens vor Beginn der homöopathischen Behandlung abgefragt und im weiteren Verlauf dokumentiert. Die Kinder erhielten nach ausführlicher homöopathischer Anamnese, anschließender körperlicher Untersuchung, kurzer Videoaufnahme und gemeinsamer Supervision mit Prof. Dorcsi (bis 2001) und Dr. Dorcsi-Ulrich das jeweils passende homöopathische Arzneimittel in der Potenz LM VI. Alle 4-8 Wochen erfolgte eine erneute Befragung über das Telefon und eine Dokumentation der Veränderungen mit Hilfe des Fragebogens.

Ergebnisse:

In die Studie aufgenommen wurden 20 Kinder mit PLWS im Alter von 7 Monaten bis 16 Jahren. Bei allen Kindern ist diese Erkrankung genetisch nachgewiesen worden. Bei 10 der Kinder waren Wutanfälle ein großes Problem. Bei 5 dieser Kinder verschwanden die Wutanfälle oder wurden deutlich besser. Ähnliche Erfolge zeigten sich bezüglich der Aktivität der Kinder. Säuglinge wurden wacher, aktiver und hatten mehr Freude an der Bewegung. Größere Kinder wollten von sich aus spazieren gehen oder zum Schwimmen. Auch in anderen Bereichen konnten Behandlungserfolge erreicht werden, wie z. B. bei der Entwicklung der Kinder. Nach Gabe der homöopathischen Arznei machten einige der Kinder erstaunliche Entwicklungsfortschritte im motorischen und sprachlichen Bereich, umso deutlicher, je kleiner die Kinder waren. Vergleichbare Verbesserungen zeigten sich bei den Schlafstörungen und teilweise bei der Neigung zu kratzen und zu zupfen. Nur zeitweise beeinflussbar waren die Essproblematik und die extreme Sturheit der Kinder. Kein Erfolg zeigte sich bei Hodenhochstand, der bei den zwei betroffenen Kindern nach 3 Monaten operiert wurde.

Das Hauptmittel in der Therapie der Kinder mit PLWS war Calcium carbonicum LM VI. Für viele der betroffenen Kindern war das ihr Konstitutionsmittel.

Beurteilung:

Die meisten Kinder mit der genetischen Erkrankung Prader-Labhart-Willi-Syndrom profitieren von einer homöopathischen Therapie mit Einzelmitteln. Interessanterweise können in den Hauptproblembereichen der einzelnen Kinder die größten Verbesserungen erreicht

werden. In unserer Beobachtungsstudie waren das besonders die Wutanfälle, die Aktivität, die Entwicklung, die Neigung zu kratzen und die Schlafstörungen.

Erstaunlicherweise zeigen die Kinder mit PLWS nicht so einheitliche Störungen wie in der Literatur beschrieben und sind deshalb nur schwer miteinander vergleichbar. Sie sind genauso Persönlichkeiten mit ihren individuellen Stärken und Schwächen wie Kinder ohne diese genetische Erkrankung. Für eine Studie im Bereich der Entwicklungsneurologie ist sicherlich der Vergleich des einzelnen Kindes nach Beginn der homöopathischen Behandlung mit der Situation davor am meisten aussagekräftig (intraindividueller Vergleich).

Hirnblutung 3. Grades bei Neu- und Frühgeborenen

Definition Hirnblutung (ICH) 3. Grades:

Bei einer Hirnblutung (Intracranielle Hämorrhagie, ICH) handelt es sich um eine Blutung in die Hirnkammern (Seitenventrikel) und/oder ins Hirngewebe. Es gibt folgende Gradeinteilung:

- ICH °I - Plexusblutung,
- ICH °II - <50% der Seitenventrikel mit Blut ausgefüllt,
- ICH °III - >50% der Seitenventrikel mit Blut ausgefüllt,
- Blutung ins Hirngewebe (Hirnparenchym).

Eine Hirnblutung ist eine seltene, aber gefürchtete Komplikation bei Frühgeborenen, die typischerweise am 2. bis 4. Lebenstag auftritt. Häufig kommt es nach der Hirnblutung 3. Grades zur Ausbildung eines Wasserkopfes (Hydrocephalus mit Hirndruck), der meistens mit einer Ableitung (ventrikuloperitonealer Shunt) entlastet werden muss. Häufig geht durch die Blutung auch Hirngewebe unter, an dessen Stelle sich im Laufe der Zeit Zysten bilden. Die Prognose bezüglich der Entwicklung der Kinder ist bei der Hirnblutung 1. und 2. Grades in der Regel gut. Bei der Hirnblutung 3. Grades dagegen entwickeln sich laut Angaben in der Literatur maximal 10% der Kinder normal, die anderen 90% haben eine mittlere bis schwere Entwicklungsstörung mit unterschiedlichen neurologischen Defiziten.

Konventionelle Therapie:

Bisher gibt es keine spezifische konventionelle Therapie bei Hirnblutung der Früh- und Neugeborenen. Selbstverständlich werden die notwendigen intensivmedizinischen Maßnahmen beim einzelnen Kind durchgeführt, falls sie notwendig sind. Entwickelt sich ein Hydrocephalus, so wird zur Entlastung Hirnwasser durch Punktion entnommen oder eine Ableitung (ventrikuloperitonealer Shunt) operativ eingesetzt.

Homöopathische Studie:

In der Zeit von 1998 bis 2003 wurden 12 Kinder mit Hirnblutung 3. Grades begleitend homöopathisch behandelt. Nach ausführlicher homöopathischer Anamnese, anschließender körperlicher Untersuchung, kurzer Videoaufnahme und gemeinsamer Supervision mit Prof. Dorcsi (bis 2001) und Dr. Dorcsi-Ulrich wurde das jeweils passende homöopathische Arzneimittel verordnet. Als Vergleichsgruppe diente eine retrospektiv ausgewertete Gruppe von 7 Kindern, die 1997-1998 eine Hirnblutung 3. Grades erlitten und keine homöopathische Therapie erhalten haben. Alle Kinder waren im Durchschnitt aus der 28. Schwangerschaftswoche (24.-39. Schwangerschaftswoche) geboren worden. Als Hauptzielparameter dieser Beobachtungsstudie wurde die Entwicklung der Kinder im Alter von 12 Monaten gewählt.

Ergebnisse:

Von den 12 homöopathisch behandelten Studienkindern entwickelten sich vier Kinder (33%) ganz unauffällig. Vier weitere Kinder (33%) hatten eine milde Entwicklungsstörung, drei

Kinder (25%) eine mäßige und ein Kind eine schwere Entwicklungsstörung. In der nicht behandelten Vergleichsgruppe entwickelte sich keines der 7 Kinder unauffällig, vier (57%) hatten eine mäßige Entwicklungsstörung und 3 Kinder (43%) eine schwere Entwicklungsstörung.

Begonnen wurde die homöopathische Therapie häufig mit Arnica C200 an zwei aufeinanderfolgenden Tagen jeweils einmalig gegeben. Anschließend folgte *Latrodectus C12* für 4-6 Wochen, vor allem dann, wenn das Kind sehr unruhig wurde und Schreiattacken hatte. Eine weitere bedeutsame Arznei für die Entwicklung des Kindes wurde mit *Helleborus C6* mittel- bis langfristig gegeben. Es handelt sich um die Christrose, die die Entwicklung eines Kindes fördern kann, wenn Störungen vorliegen. Langfristig erfolgte dann eine konstitutionelle Behandlung, ganz individuell für das einzelne Kind.

Beobachtungsstudie Hirnblutung 3. Grades	Entwicklung unauffällig	Milde Entwicklungsstörung	Mäßige Entwicklungsstörung	Schwere Entwicklungsstörung
Studiengruppe mit hom. Therapie N = 12	4	4	3	1
Vergleichsgruppe ohne hom. Therapie N = 7	0	0	4	3

Beurteilung:

Bei dieser Beobachtungsstudie zu Kindern mit Hirnblutung 3. Grades ist erkennbar, dass die begleitend homöopathisch behandelten Kinder sich besser entwickelten als die unbehandelten Kinder. Da die beiden verglichenen Gruppen recht klein waren, ist keine Schlussfolgerung möglich. Dennoch halten wir bei Kindern mit Hirnblutung 3. Grades angesichts der schlechten Prognose bei fehlender konventioneller Therapiemöglichkeit einen homöopathischen Therapieversuch für indiziert.

Drogenentzugssyndrom bei Neugeborenen

Definition Drogenentzugssyndrom:

Neugeborene, deren Mütter in der Schwangerschaft abhängigkeiterzeugende Arzneimittel oder Drogen genommen haben, können nach der Geburt Entzugssymptome entwickeln. Typische Zeichen eines Drogenentzugssyndroms sind u.a. extreme Unruhe, ständiges Schreien, Schreckhaftigkeit, Zittern, anhaltendes Saugen, Muskelzuckungen bis hin zu Krampfanfällen. Meist beginnen diese Symptome zwischen dem 2. und 7. Lebenstag und können mehrere Wochen anhalten. Mit Hilfe des sog. Finnegan-Scores lässt sich die Schwere des Drogenentzugssyndroms quantifizieren und im Verlauf beurteilen. Der Finnegan-Score wird 1-2x täglich von den Krankenschwestern der Station erhoben und als wichtiger Verlaufsparemeter in die Kurve eingetragen.

Konventionelle Therapie:

Beträgt der Finnegan-Score mindestens 12 Punkte, ist eine konventionelle, medikamentöse Therapie indiziert. Sie besteht aus *Tinctura opii* zur Substitution. In schweren Fällen wird Phenobarbital benötigt, insbesondere dann, wenn ein Krampfanfall aufgetreten ist. Weitere Medikamente, die gegeben werden können, sind Chloralhydrat, Morphin oder Methadon.

Homöopathische Studie:

An dieser Studie nahmen 22 Kinder mit Drogenentzugssyndrom teil, die aus der 35. bis 42. Schwangerschaftswoche geboren worden waren. Sie waren bei Beginn der homöopathischen Begleittherapie durchschnittlich 14 Tage alt (1-56 Tage). Nach ausführlicher homöopathischer Anamnese, anschließender körperlicher Untersuchung, kurzer Videoaufnahme und gemeinsamer Supervision mit Prof. Dorcsi (bis 2001) und Dr. Dorcsi-Ulrich wurde das jeweils passende homöopathische Arzneimittel verordnet. Verlaufparameter waren hauptsächlich der Finnegan-Score sowie der Verbrauch der konventionellen Medikamente wie Tinctura opii sowie Phenobarbital.

Ergebnisse:

18 der 22 betroffenen Kinder profitierten zu Beginn deutlich von der homöopathischen Therapie. Nach der ersten Gabe von Opium C30 oder C200 beruhigten sich die meisten Kinder fast schlagartig, unabhängig welche Droge(n) die Mutter genommen hatte. Nach der zweiten Gabe Opium C30 oder C200 dauerte es meist 10-15 Minuten bis die Kinder einschliefen und danach wirkte Opium C30 oder C200 nicht mehr. Meistens brauchen die Kinder dann eine Folgearznei wie Chamomilla C30, Nux vomica C30 oder Avena sativa C12, je nach individueller Symptomatik. Im weiteren Verlauf sind die bis zur Aufnahme im Dr. von Haunerschen Kinderspital nicht behandelten Kinder von den Kindern zu unterscheiden, bei denen die konventionelle Therapie bereits begonnen worden war. Vier der 22 Kinder waren unbehandelt, von denen zwei Kinder alleinig homöopathisch behandelt werden konnten. Die anderen beiden benötigten im weiteren Verlauf Tinctura opii. Bei den anderen 18 Kindern mit bereits begonnener konventioneller Therapie sind die in der Schwangerschaft eingenommenen Drogen der Mütter wie folgt zu unterscheiden: Die Mütter von 10 Kindern hatten am Polamidon-Programm teilgenommen und waren damit substituiert, 5 Kinder waren in der Schwangerschaft Heroin ausgesetzt gewesen und die Mütter von 3 Kindern hatten verschiedene Drogen inklusive Medikamente genommen. Die Schwere des Drogenentzugssyndroms variiert stark bei den einzelnen Kindern. Beispielsweise beginnt der Drogenentzug bei den Kindern aus der Polamidon-Gruppe verspätet im Vergleich zu üblichen Drogen wie Heroin, aber er dauert dafür meist deutlich länger. Der Finnegan-Score der Kinder lag bei der Aufnahme zwischen 10 und 28. Nach Beginn der homöopathischen Behandlung besserte sich der Finnegan-Score bei 12 der 22 Kinder deutlich um mindestens 4 Punkte. Bei den übrigen zehn Kindern kam es nur zu einer leichten bis fehlenden Besserung. Bei 4 der Kinder konnte die konventionelle Therapie rasch reduziert werden, bei den anderen erst im Laufe der Zeit.

Gruppen	Polamidon (n=12)	Heroin (n=7)	Verschiedene Drogen (n=3)	Gesamt (n=22)
Bei Aufnahme unbehandelter Drogenentzug	2	2	0	4
Bei Aufnahme behandelter Drogenentzug	10	5	3	18
Besserung nach Opium C30 oder C200	9	6	3	18
Keine Besserung nach	3	1	0	4

Opium C30 oder C200				
Deutliche Besserung des Finnegan-Scores > 4 Punkte	6	4	2	12
Leichte Besserung des Finnegan-Scores < 4 Punkte	4	2	1	7
Fehlende Besserung des Finnegan-Scores	2	1	0	3

Beurteilung:

Die meisten Kinder mit Drogenentzugssyndrom besserten sich unter homöopathischer Behandlung, so dass eine begleitende homöopathische Behandlung versucht werden sollte. Da das Drogenentzugssyndrom im Verlauf sehr unterschiedlich ist und meist nicht linear besser wird, sondern immer wieder Phasen der Verschlechterung zeigen kann, ist die weitere Auswertung der bisher behandelten Kinder nicht einfach. Wie groß die Einsparung konventioneller Medikamente ist, lässt sich erst bei einer größeren Zahl behandelter Kinder beurteilen. So sollte unbedingt eine größere Studie durchgeführt werden, möglichst mit einer Kontrollgruppe zum Vergleich. Auch ein intraindividuellem Vergleich (vor und nach Beginn der homöopathischen Behandlung beim einzelnen Kind) ist zu überlegen.

Tic/Gilles-de-la-Tourette-Syndrom

Definition Tic und Gilles-de-la-Tourette-Syndrom:

Der Tic gehört in die Gruppe der Bewegungsstörungen. Ein Tic ist definiert als eine unwillkürliche, schnelle Bewegung von kurzer Dauer, die sich stereotyp wiederholt und nur vorübergehend unterdrückbar ist. Sie imitiert oft eine natürliche Geste und kann mit vokaler Äußerung einhergehen. Man unterscheidet motorische und vokale Tics, einfache und komplexe Tics sowie akute und chronische Tics, wenn sie länger als ein Jahr andauern. Eine Sonderform stellt das Gilles-de-la-Tourette-Syndrom dar, das gekennzeichnet ist durch das gemeinsame Auftreten von motorischen und vokalen Tics. Es kann extreme Formen annehmen, so dass die Kinder kaum noch gesellschaftsfähig sind.

Die Diagnose eines Tics wird klinisch gestellt. In zweifelhaften Fällen kann ein EEG durchgeführt werden, um fokale Krampfanfälle auszuschließen. Eine weitere Diagnostik ist nicht notwendig. Es gibt keine neuro-metabolisch-degenerative Erkrankung, die mit Tics einhergeht. Allerdings ist zu bedenken, dass ein Tic ein komorbides Symptom eines Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms (ADS) sein kann. Kinder mit ADS leiden gehäuft an einem Tic.

Der Verlauf einer Tic-Störung ist sehr unterschiedlich. Bei der einfachen Ticstörung ist die Spontanheilungsrate hoch. Sie wird immer schlechter, je länger ein Tic anhält und je komplexer die Ticstörung ist. Ein Gilles-de-la-Tourette-Syndrom ist sehr schwer behandelbar und oft nicht heilbar.

Konventionelle Therapie:

In der konventionellen Therapie des Tics gibt es die Möglichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Verhaltenstherapie, Entspannungstechniken wie Autogenes Training u.a.) sowie die medikamentöse Therapie. Das wichtigste Medikament ist Tiapridex, das einschleichend bis zu einer Dosierung von 3 x 100mg/d gegeben werden kann. Bei fehlendem Erfolg sind Neuroleptika wie Pimozid und Haloperidol die Mittel der zweiten Wahl. Therapieerfolge wurden ebenso nach Gabe von Clonidin beobachtet. Seit einigen Jahren gibt es außerdem die Möglichkeit, Botulinus-Toxin in die betroffenen Muskelgruppen zu injizieren und dadurch vorübergehende Besserungen zu erzielen. Die beschriebenen medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten haben allerdings immer wieder auch Nebenwirkungen unterschiedlicher Intensität.

Homöopathische Studie:

Die homöopathische Therapie stellt hier eine gute Behandlungsmöglichkeit dar. In Absprache mit den Neurologen wird nach der Diagnosestellung eine ausführliche homöopathische Anamnese erhoben, die 1-2 Stunden dauert. Anschließend wird das Kind körperlich untersucht und auf Video aufgenommen. Im Homöopathie-Team erfolgt dann die homöopathische Arzneimittelfindung aufgrund der Natur der Störung, der Gesamtheit der Symptome und der Konstitution und Diathese des Kindes. Verordnet werden die Arzneien sowohl in tiefen wie in hohen Potenzen. Die Verlaufskontrolle erfolgt mindestens alle vier Wochen, häufig per Telefon.

In der Beobachtungsstudie wurden 23 Kinder im Alter von 6-17 Jahren mit Tic homöopathisch behandelt. Die Dauer des Tics war sehr unterschiedlich zwischen vier Wochen und sieben Jahren, wobei elf Kinder ihren Tic schon länger als ein Jahr hatten und somit definitionsgemäß an einem chronischen Tic litten. Bei vier dieser Kinder war ein Gilles-de-la-Tourette-Syndrom diagnostiziert worden. Die Kinder wurden zwischen vier Wochen und zwei Jahren homöopathisch behandelt, die Nachbeobachtungszeit beträgt sechs Monate bis vier Jahre. Von zwei Kindern gab es keine Rückmeldung.

Ergebnisse:

Bei 17 der 21 auswertbaren Kinder besserte sich der Tic anfangs sehr deutlich. Davon zeigten zwei Kinder eine typische homöopathische Erstreaktion mit vorübergehender Verschlechterung und danach eine eindeutige Besserung. Fünf Kinder verloren ihren Tic langfristig vollständig (Nachbeobachtung länger als ein Jahr), bei sechs weiteren Kindern hielt die deutliche Besserung langfristig an. Bei sechs Kindern kam es zu einer leichten Besserung, bei vier Kindern gab es langfristig keine Veränderung der Tics. Eines der vier Kinder mit Gilles-de-la-Tourette-Syndrom verlor die Symptome anhaltend, ein Kind verbesserte sich deutlich und bei zwei Kindern blieb das Beschwerdebild unverändert. Die größten Erfolge der homöopathischen Therapie konnten bei Verordnung der konstitutionellen Arznei erreicht werden. Die Hauptmittel waren Agaricus, Lycopodium und Phosphorus. Auch die Nosoden wie Tuberculinum C200, Medorrhinum C200 oder Syphilinum C200 in 4-wöchigem Abstand gegeben spielten eine große Rolle.

Beurteilung:

Die homöopathische Therapie bei Tic und Gilles-de-la-Tourette-Syndrom zeigt in dieser kleinen Beobachtungsstudie gute Erfolge. Hier erscheint eine größere Studie sinnvoll, um den Stellenwert der Homöopathie besser beurteilen zu können. Angesichts der Nebenwirkungen der konventionellen Therapie ist zunächst ein homöopathischer Therapieversuch bei Tic empfehlenswert.

Verlauf nach homöopathischer Therapie des Tics

Reaktion nach Beginn der hom. Therapie	Deutliche Besserung des Tics anfangs	Anfangs schlechter, dann deutlich besser	Keine Veränderung des Tics	
Zahl der Kinder	15	2	4	
Langfristige Entwicklung des Tics	Tic verschwunden (>1 Jahr)	Tic deutlich gebessert	Tic leicht gebessert	Tic unverändert
Zahl der Kinder	5	6	6	4

Postpunktionelles Syndrom

Definition Postpunktionelles Syndrom:

Das postpunktionelle Syndrom ist gekennzeichnet durch Rückenschmerzen und/oder Kopfschmerzen, die innerhalb von maximal drei Tagen nach einer Lumbalpunktion neu auftreten. Bei einer Lumbalpunktion wird Liquor (Rückenmarksflüssigkeit) mit Hilfe einer speziellen Kanüle aus dem Rückenmarkskanal entnommen, um laborchemische Untersuchungen durchzuführen, z.B. bei Verdacht auf Meningitis. Ein postpunktionelles Syndrom tritt laut Literatur bei 3-10% aller Lumbalpunktionen auf und hält in der Regel 1-3 Tage lang an.

Konventionelle Therapie:

Die Schmerzen bei einem postpunktionellen Syndrom können sehr stark und hartnäckig sein. In der konventionellen Therapie werden Schmerzmittel eingesetzt wie z.B. Paracetamol Suppositorien, 20-30 mg/kgKG max. alle 6 Stunden. Bei fehlender Besserung sind stärkere Analgetika notwendig wie Metamizol oder Tramadol bis hin zu Morphin-Derivaten.

Homöopathische Studie:

Beim postpunktionellen Syndrom handelt es sich um ein akutes Geschehen, bei dem die Kinder unter starken Schmerzen leiden und die konventionellen Therapiemöglichkeiten oft unbefriedigend sind. Nach guten Erfahrungen mit homöopathischer Therapie bei einzelnen Kindern mit postpunktionellem Syndrom wurde eine Studie geplant. Da die Auslösung dieser Schmerzen einheitlich ist (Folge von Stichverletzung), lassen sich die in Frage kommenden homöopathischen Arzneien auf 20 bewährte Mittel reduzieren, die aufgrund des vollständigen Lokalsymptoms rasch verordnet werden können. Die Hauptmittel sind Ledum C30, Apis C30 und Hypericum C30. Ein großer Vorteil dieser akuten Problematik als Studienthema ist die rasche Beurteilbarkeit, ob die Therapie eine Besserung gebracht hat oder nicht. Als Hauptzielparameter wurden die Schmerzdauer und der Schmerzmittelverbrauch verwendet. Nebenzielparameter sind die Schmerzintensität und das Allgemeinbefinden. Bisher wurden 11 Kinder im Alter von 2-18 Jahren mit postpunktionellem Syndrom homöopathisch behandelt.

Ergebnisse:

Von den 11 Kindern verringerten sich die Schmerzen bei 5 Kindern rasch nach Gabe der passenden homöopathischen Arznei, so dass keine weiteren Schmerzmittel notwendig wurden. Bei 3 Kindern besserte sich die Situation nach Gabe der 2. homöopathischen Arznei deutlich und bei 2 Kindern blieb die Situation über 2 Tage unverändert trotz verschiedener homöopathischer Mittel. Sie erhielten die übliche Schmerzmedikation.

Postpunktionelles Syndrom (n=11)	Rasche Besserung nach hom. Arznei	Besserung nach 2. hom. Arznei	Fehlende Besserung nach hom. Arzneien
Verlauf des postpunktionellen Syndroms	5	4	2

Beurteilung:

Die bisherigen Ergebnisse lassen trotz kleiner Patientenzahlen vermuten, dass das postpunktionelle Syndrom als akutes Schmerzsyndrom durch eine homöopathische Therapie recht gut beeinflussbar ist. Somit stellt hier die Homöopathie eine Erweiterung der Therapiemöglichkeiten dar. Allerdings darf bei Nichtansprechen auf die homöopathischen Arzneien eine ausreichende Schmerzmedikation nicht vernachlässigt werden. Für eine sicherere Aussage ist eine Studie mit einer größeren Patientenzahl notwendig.

Zu folgenden Beobachtungsstudien läuft die Auswertung noch:

Kopfschmerzen/Migräne bei Kindern

Nebenwirkungen der Chemotherapie (Übelkeit, Erbrechen, Infektionen u.a.)

Kinder mit nephrotischem Syndrom

Stomatitis nach Methotrexat (Chemotherapie)

Kinder mit Mukoviszidose

Kinder mit Asthma bronchiale und/oder chronischer Husten

Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts)-Syndrom