

5 Entzündliche Erkrankungen

Perhaps the most convincing way to determine if fever is protective is to study its effects on morbidity and mortality. We believe that the evidence overwhelmingly points to the role of fever in enhancing specific and nonspecific immunity.

M. Kluger [2006]

Fever is a self-regulated phenomenon and does not, in a normal healthy patient with an acute infection, cause harm of itself. Going through a feverish illness may contribute to individual development and long-term health and should be accompanied in a way that fosters salutogenetic competencies. Since it is self-regulated, there is no temperature above which the natural fever of acute infections must be lowered per se in normal children [Sullivan u. Farrar 2011]. Antipyretics should be reserved for the cases in which the fever is endangering the patient, such as in severe sepsis or brain injury, where cooling is advantageous, or causing distress and malaise and alternative ways of easing their suffering fail or seem inadequate. Beware of the underlying causes of fever and carefully accompany fever instead of suppressing it.

D. Martin [2016]

In den zitierten Worten fasst David Martin, Pädiater und Inhaber des Lehrstuhls für Medizintechnik, Integrative und Anthroposophische Medizin der Universität Witten-Herdecke, seine umfangreiche Recherche zum Thema Fieber zusammen²⁷. Darin charakterisiert er in einer ersten These den hohen Stellenwert der Wärme und Wärmeregulation für die leibliche Verkörperung und prägende Wirksamkeit der menschlichen Individualität aus Sicht der Anthroposophischen Medizin. Anschließend prüft und belegt er ausführlich anhand von 159 Referenzen 12 Thesen zum Thema Fieber [Martin 2016, 3], von denen wir 10 in ihrer Prägnanz hier wiedergeben²⁸:

- fever may allow faster and / or more complete resolution of infections,
- fever may prevent recurrent infections,
- fever may assist immune maturation in children,
- fever may protect against developing allergic diseases,
- fever may help resolve allergic disease,
- fever offers a unique opportunity for caregivers to provide loving care²⁹,
- fever may facilitate individual development and creativity,

27 Nicht ohne im letzten Satz des Artikels auf 2 % der Bevölkerung hinzuweisen, die bei Fieber asymptomatisch Brugada-Syndrom-Zeichen im EKG aufweisen [Martin 2016, 8].

28 Zur jeweils zitierten Literatur vgl. den Originalartikel (open access).

29 Eine originelle, belegbare These – im Allgemeinen werden Tage zur häuslichen Pflege des fiebernden Kindes in der medizinisch-wissenschaftlichen Literatur oft einseitig negativ bewertet. Unter dem Gesichtspunkt der Vertiefung einer guten Eltern-Kind-Bindung kann das gerade bei unkomplizierten fieberhaften Infekten anders gesehen werden, sofern eine entsprechende, konsequente Pflege des Kindes erfolgt.

- febrile illness may help a developing child to take ownership of their body towards a better expression of their unique individuality and to overcome inherited (e.g. epigenetic) traits,
- febrile illnesses may be protective against cancer,
- antipyretics such as acetaminophen³⁰ and ibuprofen should be used sparingly: only if other means of relieving discomfort fail or if fever needs to be suppressed for other medical reasons.

Entzündung ist Leibesaktivität, ist Eigenaktivität des Kindes. Sie ist *wesentlich an die Wärme gebunden*; und ähnlich, wie starke, nach außen gerichtete Leibesaktivität die Körpertemperatur ansteigen lässt – beim Marathonläufer bis über 40 °C – so kann auch bei der auf den Leib selbst gerichteten Entzündungsaktivität die Körperwärme Temperaturen bis über 40 °C erreichen. Wir wissen aus der Physiologie („Temperatur-Sollwert“), dass beim Fieber diese Wärme nicht nur als „Nebeneffekt“ der Aktivität auftritt, sondern dass der Organismus hier bestimmte Wärmegrade anstrebt und erreichen will: „Fever is an example of a *regulated* change in homeostasis“ [Kluger 2006, Preface, Hvh. i. Orig.].

Jede Eigenaktivität kann, ja muss – im Gegensatz zu einem nur von außen bewirkten Eindruck – auf ihren *Sinn* hin befragt werden; Fieber, Entzündung allgemein ist „zu etwas gut“ und nicht bloße „Folge von“, die vom Arzt – ohne dies zu hinterfragen – zu „normalisieren“, zu unterdrücken ist.

Beschränkt man sich zunächst auf die reine Wahrnehmung eines Entzündungsprozesses, z. B. im Bereich der Haut oder der Tonsillen, so beobachtet man die klassischen Qualitäten

- Calor,
- Dolor,
- Tumor,
- Rubor.

In der *Wärme* wird der *Grad an Eigenaktivität des Organismus* wahrnehmbar, ja messbar, die im entzündeten Bereich gesteigert ist. – Im Schmerz, der nicht von außen, sondern der nur vom Patienten im Seelischen wahrnehmbar ist, drückt sich eine *verstärkte seelische Wahrnehmung des eigenen Leibes* aus: eine verstärkte Anwesenheit des Seelischen in der entzündeten Leibesregion. Im Extremfall kann der Schmerz alles Seelische in seinen Bann ziehen, an der Leiblichkeit fixieren (z.B. im Zahnschmerz). – Mit „*Tumor*“ ist ursprünglich eine (flüssig halb feste) Schwellung gemeint: Ausdruck *gesteigerter vitaler Stoffwechselprozesse* in der Entzündung, gesteigerter Ex- und Transsudation. Wo solche überwärmt-schmerzhaften Schwellungen auftreten, drohen andererseits *Auflösungsprozesse*, der Verlust von bereits ausdifferenzierten Strukturen und Geweben. Jede Entzündung löst mehr oder weniger zunächst etwas von der gewordenen Leiblichkeit auf. – Im „*Rubor*“ drückt sich die Hyperämie aus, die vermehrte Durchblutung, die Vorbedingung wie Folge jeder erhöhten Eigenaktivität im Leibe ist. Der Leib errötet besonders da, wo er von außen droht, überwältigt zu werden: im seelischen Erröten ebenso wie im Bereich des Mundes, der Schleimhäute, dort, wo eine intensive Auseinandersetzung von Innen und Außen erfolgt.

³⁰ Paracetamol

Vergleichen wir damit – nur scheinbar weit ab vom Thema – das in der Kindheit sehr seltene, doch beim Erwachsenen heute so häufige Karzinom:

- *Die Wärme fehlt dem Karzinompatienten:* So fand Witzel [1970] bei 150 Patienten, dass das relative Karzinomrisiko um das 11,4-Fache gegenüber einer Kontrollgruppe erhöht war, wenn sie in den letzten fünf Jahren niemals Fieber über 38,5 °C entwickelt hatten; Abel [1986, 1991] am Krebsforschungszentrum in Heidelberg hält die Risikoassoziation von fehlenden fieberhaften Infekten und Karzinomentwicklung „obschon nicht einmal unter Krebsforschern allgemein bekannt,“ für „gut begründet; die Evidenz erfüllt die wichtigsten erkenntnistheoretischen Kriterien, die zur Absicherung von Risikoassoziationen aufgestellt worden sind.“ [Vgl. Hobohm 2005; Kienle u. Kiene 2004, 174–193]
- Das Karzinom selbst entwickelt sich – allzu lange – schmerzlos, vom Seelischen un bemerkt; sehr oft ist die Beziehung zur Leiblichkeit bei Patienten mit Karzinom gelockert oder gestört, sei es durch Ängste und Antipathien der eigenen Leiblichkeit gegenüber oder / und durch ein zu stark seelisch nach außen hin engagiert und abgezogen sein.

Demgegenüber führt die akute Entzündung zu einer Konzentration der eigenen Kräfte und Wahrnehmungen nach innen und verstärkt dadurch die Verbindung von Seele und Leib, wenn dem Krankheitsgeschehen Raum und Stille eingeräumt wird.

- Die Schwellung, der Tumor beim Karzinom drückt keine vitale Eigenaktivität des Organismus aus, keine Auflösungs- und Verdauungsaktivität des Gesamtorganismus, sondern stellt primär eine harte, unverschiebliche, dem Organismusganzen gegenüber resistente Masse dar, die nun ihrerseits den Leib durchwächst und seine Strukturen zur Auflösung bringt, anstatt von ihm aufgelöst zu werden.
- So fehlt auch der Rubor, der Ausdruck der wachsamem immunologischen Eigenaktivität des Organismus ist.

Vor diesem Hintergrund betrachtet – auch hier muss der Pädia ter die Grenze seines fachärztlichen Gebietes überschreiten, um die Folgen seines Tuns ermessen zu lernen – stellt sich heute mit großem Ernst die Frage, wie Entzündung zu begreifen und welches der angemessene Umgang mit Entzündungen im Kindesalter ist. Dabei ist die Unterscheidung der

- fieberhaften *akuten* Infektionskrankheiten von
- *chronisch* verlaufenden Infektionskrankheiten und chronisch-entzündlichen Erkrankungen (z. B. der Colitis ulcerosa)

von wesentlicher Bedeutung. Das zeigt sich empirisch wiederum deutlich an der Frage der Prävention eines Karzinoms: Während fieberhafte Infektionen bei Kindern und bei Erwachsenen das Risiko zumindest für bestimmte Malignome nachweislich senken, können chronisch-entzündliche Erkrankungen mit einem erhöhten Tumorrisiko einher gehen [Hoption et al. 2005].

Manifestiert sich nicht in der akuten und insbesondere der akut fieberhaften Entzündung das lebendige Bestreben, selbstständig eine von außen eindringende Störung der innerleiblichen Ordnung zu überwinden? Von außen eingedrungene Aktivität (z. B. Bakterien, Toxine etc.) zu paralisieren und aufzulösen bzw. auszuscheiden? Liegt nicht in der Kraft und Fähigkeit, auf diese Weise durch Eigenaktivität sich in der Welt leiblich zu

behaupten, etwas Unverzichtbares für den menschlichen Organismus?³¹ Und manifestiert sich unter diesem Gesichtspunkt in der chronisch-entzündlichen Erkrankung ein Misslingen in dem Versuch, eine „die Integrität des Organismus störende Fremdqualität zu überwinden“? [Girke 2012, 141; ähnlich Hopton et al. 2005, 83]

Mit der Frage nach dem *Sinn des Fiebers, Sinn der Entzündung* stellt sich auch die Frage nach dem *Urheber* dieser Prozesse [Girke 2012, 137–141]. Der Blick in die Natur zeigt, dass Pflanzen als lebendige Organismen selbst solche Prozesse nicht hervorbringen können.

Niedere, wechselwarme Organismen zeigen im Experiment, dass sie bei Infektionen eher überleben, wenn sie wärmere Regionen aufsuchen können, als es ihrer normalen Umgebungstemperatur entspricht [Kluger et al. 1975]. Fieber selbst können nur homoiotherme Organismen hervorbringen. Die *Fähigkeit, Fieber zu erzeugen, korreliert mit einem hohen Grad an Beseelung und Autonomie*. Der einzigartige Freiheitsgrad der menschlichen Wärmeorganisation bringt auch in Hinblick auf das Fieber für den Menschen einen großen Spielraum. Akuten fieberhaften Infektionskrankheiten kommt in den ersten Lebensjahren auch die Bedeutung zu, dass das Kind *lernen kann, Fieber selbst zu entwickeln und zu regulieren*. Deshalb sind fiebersenkende Arzneimittel, die in der Regel die Überwindung der zugrunde liegenden Infektion eher behindern, besonders kritisch zu sehen. Sie stören das normale Verhalten des Kindes, das im Fieber ein stärkeres Rückzugsbedürfnis entwickelt und den Fokus seiner leiblichen Aktivität nach innen richtet. Unter Antipyrese, die auch als Illusion einer Gesundheit interpretiert werden kann, sind Patienten mit infektiösen Erkrankungen oft stärker extrovertiert aktiv – und tragen damit bei epidemischen Erkrankungen zu deren Verbreitung bei, wie dies für die Influenza gezeigt werden konnte [Earn et al. 2014]. Gleichzeitig scheinen Antipyretika sich begünstigend auszuwirken auf die Entwicklung chronisch-entzündlicher Erkrankungen wie Asthma bronchiale [Etminan et al. 2009; Literatur u. Diskussion bei Martin 2016, 4].

Entzündung, erst recht fieberhafte Entzündung bedeutet immer *gesteigerten Abbau eigener leiblicher Substanz*. Dieser erreicht in der Regel gegen Abend hin sein Maximum. Er ermöglicht aber anschließend – in der so wichtigen Phase des Nachtschlafes und in der Rekonvaleszenz – einen *Neuaufbau* des Leibes, der ohne das Fieber ohne Zweifel mehr „der alte“ geblieben wäre. Die Häufung fieberhafter Erkrankungen in der Kindheit gewinnt hier noch in einer anderen Richtung Sinn: Im Fieber wird nicht nur fremde Außenwelt aufgelöst und ausgeschieden, sondern auch ein Stück weit *die von den Eltern ererbte Leiblichkeit*. Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass z. B. auf diesem Wege auch hereditäre (z. B. epigenetische) Dispositionen zur Entwicklung von Allergien überwunden werden können (► Kap. 6.1).

Wer glaubt, Gesundheit dadurch am besten erhalten zu können, indem er das Kind gegenüber den geschilderten Prozessen möglichst konserviert (vgl. den Trend zur Schutzimpfung, zu Antibiotika, Antipyretika etc.), geht von einer Gesundheit *ohne Entwicklungsnotwendigkeit und ohne Zusammenhang mit der Individualität aus*. – In Wirklichkeit muss das Kind lernen, gegenüber der Natur zu bestehen; und die kindliche Individualität kann den aus der Vererbung stammenden Leib nicht übernehmen, ohne ihn individuell umzuprägen und zu formen. *Die individuelle Gesundheit muss im Laufe der Kindheit erst erreicht, sie kann nicht ein Leben lang von den Eltern übernommen und weiter konserviert werden*.

31 Selbst fieberinduzierende Tumorthérapien wie die IL-2-basierte Therapie des malignen Melanoms werden durch fiebersenkende Arzneimittel in ihrer Wirksamkeit abgeschwächt [Köstner et al. 2015].

Eine wesentliche Rolle für die medizinisch unbegründete Unterdrückung des Fiebers spielt die *Fieberangst*. Diese findet sich bei professionell medizinisch Tätigen [El-Radhi 2008] wie bei den Eltern [Sahm et al. 2015, Walsh et al. 2009] und steht in keinerlei Beziehung zur wissenschaftlich belegbaren Evidenz. In eigener Praxis bewähren sich einerseits Merkblätter zum Fieber, wie sie die Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland (GAÄD) herausgibt.³² Andererseits gilt es in der ärztlichen Beratung zum Umgang mit Fieber und Abbau der Fieberangst [Reckert 2011] zu bedenken, dass Ängste nicht nur mit Informationen beruhigt werden können, sondern auch eine entsprechende Haltung und Präsenz des Arztes verlangen, damit die Eltern Vertrauen in dieser, sie ängstigenden Situation fassen – und die Gabe von medizinisch nicht notwendigen Antipyretika lassen können. Letztere zählen weltweit zur häufigsten Selbstmedikation; in den USA sterben ca. 100 Kinder pro Jahr an einer Überdosierung von Paracetamol. „Alle Antipyretika ... haben bei Überdosierung ausgeprägte hepato- und nephrotoxische Nebenwirkungen“ [Kowalzik u. Zepp 2013]. Aktuelle Leitlinien wie die S2k-Leitlinie zur ambulant erworbenen Pneumonie [AWMF 048/013, 2017, 21] nennen Antipyretika wie eine Selbstverständlichkeit. Die Evidenz hingegen zeigt selbst bei Sepsis einen ungünstigeren Verlauf unter Antipyrese [Schulman et al. 2005, FACE study group 2012].

Vor diesem Hintergrund wird sich individuelle Pädiatrie primär darum bemühen, die entzündliche Eigenaktivität des Kindes zu regulieren und in ihrem Sinn zu unterstützen. Vielfach werden Eltern und Arzt wahrnehmen können, wie dadurch in der Folge die Autonomie des Kindes, die Verkörperung (embodiment) seiner Individualität gestärkt wird.

5.1 Entzündungen der Atemwege

5.1.1 Die Pneumonie – Paradigma der Entzündung im Kindesalter

Der wissende Arzt gibt jedes Mittel zu seiner Zeit.

Karl Stauffer

5.1.1.1 Symptomatik und Diagnose

Die Pneumonie beginnt bei Kindern oft plötzlich, ohne vorhergehenden Infekt. Nicht immer wirkt das Kind schwer krank. Aber es empfindet eine gewisse Enge: Seine Atmung hat nicht mehr die normale Entfaltungsfreiheit, die Inspiration stößt an eine Grenze, *die Atmung verändert sich, beschleunigt sich, wirkt erschwert* (seltener ist als Zeichen der Dyspnoe Nasenflügeln wahrnehmbar). Damit geht oft eine leichte Ängstlichkeit einher; das Kind vermeidet anstrengende Bewegung – es kann aber in bestimmten Fällen auch durch starke Unruhe auffallen. Diagnostisch bedeutsam ist die *Atemfrequenz*³³. Der Husten ist anfangs kurz und tritt vor allem beim Anstoßen der Inspiration auf, welches ein wesent-

32 www.gaed.de/informationen/merkblaetter/fieber-im-kindes-und-jugendalter/html

33 Die von der WHO vorgeschlagene Definition einer Tachypnoe (Atemfrequenz > 60 / min bei Säuglingen < 2 Monate, > 50 / min bei Säuglingen von 2–12 Monaten und > 40 / min bei Kindern > 12 Monate) wies die höchste Sensitivität und Spezifität für eine radiologisch gesicherte Pneumonie im Vergleich zu allen anderen klinischen Symptomen auf [Palafox [2000], AWMF-Leitlinie [2017, 12]].

liches Frühzeichen der Pneumonie ist. – Schmerzen können ganz fehlen; ein heftiger akuter Schmerz im rechten Hypochondrium ist andererseits typisches Frühsymptom einer Lobärpneumonie des rechten Unterlappens. – Der *Allgemeinzustand* ist alteriert, und wesentlich kennzeichnet jenseits der Neugeborenenperiode das *Fieber*, meist akut auf hohe Temperaturen ansteigend, die Pneumonie.

Seltener ist ein allmählich ansteigender Verlauf der klinischen Symptomatik und des Fiebers, wie er z. B. bei manchen Mykoplasmenpneumonien im Schulalter zu beobachten ist, die unbehandelt erst nach 5 bis 7 Tagen ihre volle (und dann oft schwere) Ausprägung erreichen. – Der Übergang einer Tracheobronchitis in eine (Herd-)Pneumonie kommt ebenfalls vor, zeichnet sich dann aber meist durch eine akute Verschlechterung in dem oben beschriebenen Sinne aus.

Die sorgfältig wahrnehmende Annäherung an das Kind, die Anamnese und Inspektion sind für die Diagnosestellung der Pneumonie wesentlicher als alle Untersuchungstechniken. Man vermeidet dadurch auch ein zu häufiges Diagnostizieren von Pneumonien; denn gerade mittelblasige feuchte Rasselgeräusche in der Auskultation sind bei Kindern vieldeutig, und ohne Berücksichtigung von Fieber, Atmungsverhalten und Allgemeinzustand werden in der Regel zu häufig Pneumonien diagnostiziert (und Antibiotika verordnet!). – Andererseits zeichnet sich z. B. die Mittellappenpneumonie durch eine charakteristische Kombination von Klinik (quälendem, nicht enden wollendem Husten bei oft fehlendem Fieber und gutem Allgemeinzustand) und Befund (im Bereich des rechten Mittellappens) aus.

Auskultatorisch kann zu Beginn jeder Hinweis fehlen – sowohl bei herdförmigen Pneumonien wie bei der akuten Lobärpneumonie. Man muss sehr sorgfältig und geduldig nach endinspiratorischen, fein- bis mittelblasigen feuchten RGs suchen; eine Dämpfung oder gar begleitpleuritisch bedingte Reibegeräusche sind erst später festzustellen.

Die bildgebende Diagnostik des Thorax kann in den ersten Stunden falsch negativ bzw. uneindeutig sein; bei positivem klinischem Befund ist sie in der Regel entbehrlich. Ihre Indikation hat sie vor allem dann, wenn bei fehlendem auskultatorischem und perkutorischen Befund die Diagnose dringend geklärt werden muss und nicht abgewartet werden kann (z. B. in der Differenzialdiagnose zur Appendizitis bei beginnender Lobärpneumonie), vor allem bei Pleuraerguss, bei anatomischen Anomalien und chronischen Lungenerkrankungen.

Die Labordiagnostik erlaubt zunächst keine sichere Differenzierung viraler und bakterieller Erreger. Für die Diagnose des Schweregrades sind klinische Parameter maßgebend. Ein stark reduzierter Allgemeinzustand, Nahrungs- und Trinkverweigerung sind charakteristisch für eine schwere Pneumonie. Somnolenz oder Bewusstlosigkeit, zerebrale Krampfanfälle erfordern eine rasche und angemessene klinische Versorgung zwingend.

Die *Pulsoxymetrie* ermöglicht eine einfach messbare Diagnostik im Rahmen der Erstdiagnose und zur Verlaufsbeobachtung. Sie verlangt Erfahrung, welches Maß an Hypoxämie das Kind ohne Sauerstofftherapie toleriert und setzt eine ausreichende periphere Zirkulation voraus. Im Gegensatz zu aktuellen Updates [Schroten u. Tenenbaum 2011, Schmitt-Grohe 2011, AWMF-Leitlinie 2017] teilt H. Schroten auf Anfrage die Auffassung der Autoren: „Mir stehen keine Daten zur Verfügung, dass eine ambulante Pneumoniebehandlung bei einer initialen Sättigung < 92 % nicht vertretbar ist“ [Schroten 2011]. Das Maß der Hypoxämie und der Schweregrad der Pneumonie korrelieren miteinander. Im Rahmen einer schwereren Pneumonie ist mit Sättigungswerten unter 90 % zu rechnen. Im

Schulalter können Kinder ambulant auch ohne Sauerstofftherapie kurzzeitig mit Werten bis ca. 85 % zurechtkommen. Es gilt, immer den Gesamtzustand des Kindes und vor allem seine Eigenaktivität im Auge zu behalten.

5.1.1.2 Causa: Die Frage nach der Wärme

Die klassische Causa der Pneumonie im Kindesalter ist *Kälte*: zunächst die kalte Witterung, die Unterkühlung. Die Lunge ist von allen großen inneren Organen am stärksten der äußeren Atmosphäre exponiert. Dabei wird sie im Normalfall durch eine *intakte Nasenatmung* weitgehend von der Umwelt abgeschirmt. Ein Umgehen der Nasenatmung – sei es im Rahmen starker Anstrengung bei kalter Witterung, sei es durch Störungen der Nasenatmung – verstärkt die Kälteexposition der Lunge. Diesem Aspekt ist nach Beobachtung der Autoren in der heutigen pädiatrischen Praxis immer mehr Aufmerksamkeit zu schenken (► Kap. 5.1.2).

Der wesentliche Ausgleich für diese äußeren Herausforderungen liegt in der *Eigenwärme des Organismus*. Beeinträchtigungen oder eine primäre Schwäche dieser Eigenwärme sind eine Disposition zur Pneumonie. Daraus ergeben sich wichtige Fragen:

- Hat das Kind einen Mangel an eigener *Bewegung*?
- Nimmt es im Jahreslauf genügend *Sonnenlicht und -wärme* auf, die wiederum aktivierend auf die Gliedmaßenmuskulatur wirken und zentrales „Lebensmittel“ für die Tätigkeit der Wärmeorganisation und des Immunsystems sind?
- Besteht ein mangelnder *Wärmeschutz* (z. B. falsche / ungenügende Bekleidung)?
- Wurden fieberhafte Erkrankungen früher so behandelt, dass dabei zu wenig Eigenwärme entwickelt wurde (*Antipyretika, Antibiotika*)?
- Auskühlend wirken auch sitzende intellektuelle Tätigkeit (Schulkinder!), Fernsehen / Videospiele anstelle von kreativem Spiel in der Natur, Passivität in jeder Form.

Wichtig ist es für den Arzt, bei einem – hier sehr wichtigen! – Hausbesuch auf die Wärme in den Wohnräumen ganz allgemein zu achten. Man kann heute dabei oft feststellen, dass den Räumen ein Wärmezentrum fehlt (z. B. ein warmer Herd, ein Kachelofen); das Gegenteil dessen stellt beispielsweise eine Fußbodenheizung dar, die für die Atemwege einen chronisch irritierenden Faktor bedeutet. – Kühl wirken oft auch perfekt eingerichtete Wohnräume, Materialien wie Stein, Glas und Metall etc. – Am wichtigsten aber ist ohne Zweifel *die seelische Wärme im Umgang der Menschen miteinander* (die sich letztlich in der Einrichtung nur widerspiegelt), die Wärme nicht nur im Umgang mit den Kindern, sondern auch zwischen den Erwachsenen, den Eltern.

Ebenso wesentlich ist der Aspekt der *konstitutionellen Wärmeverhältnisse des Kindes*. So bedeutet im Säuglingsalter eine – vielleicht nur angedeutete – Tendenz zur *Rachitis*, dass zu viel Wärme im Skelett gebunden und andererseits die Fähigkeit geschwächt ist, nach außen hin die Eigenwärme und immunologische Abgrenzung aufrechtzuerhalten (► Kap. 3.3). *Vitamin-D-Mangel* als Ausdruck von Sonnenlichtmangel disponiert zur Pneumonie und begünstigt einen schweren Verlauf.

Kasuistik

Ein elf Monate alter Säugling wird in der Praxis unter dem Bild einer akuten Pneumonie vorgestellt. Die Anamnese ergibt, dass bereits mit fünf und mit neun Monaten eine Pneumonie aufgetreten war, letztere eine abszedierende Staphylokokkenpneumonie. In beiden Fällen war das Kind hospitalisiert worden. Bei genauerem Nachforschen zeigte es sich, dass die Eltern keinerlei ausreichende Rachitisprophylaxe durchgeführt hatten; das Kind war zudem krankheitsbedingt wochenlang nicht an der Sonne gewesen. Bei fehlender manifester Rachitis war dies bisher übersehen worden; dennoch besserte sich klinisch der Zustand des Kindes rasch und anhaltend, als dieser Aspekt beachtet wurde (eine Pneumonie oder Bronchiolitis im späten Säuglingsalter kann die erste Manifestation eines klinisch relevanten Vitamin-D-Mangels sein).

Grundsätzlich zeigen viele Kinder Auffälligkeiten der Wärmeorganisation: unzureichende Durchwärmung der Gliedmaßen, Störungen der Wärmeverteilung, abnorme Schweißbildung usw.

Deshalb ist es notwendig, jedes Kind mit Pneumonie sorgfältig auf seine Wärmeverhältnisse hin zu untersuchen, wie die unten folgende Kasuistik verdeutlicht. Weiterhin trägt auch eine gesunde Verdauung zur Gesundheit der Lunge bei, vor allem die Fähigkeit, die Wärme der Nahrung für den eigenen Organismus zu erschließen.

Liegt die wichtigste Causa der Pneumonie in der Kälte, so ist es diagnostisch und therapeutisch wesentlich, zu erkennen, wo der Ursprung der Unterkühlung liegt. – Gleichzeitig aber stellt die Pneumonie als hoch fieberhafte Entzündung bereits den Versuch des Organismus dar, diese Unterkühlung zu überwinden (gleichgültig, ob ihr Ursprung außerhalb oder in der Konstitution des Organismus selbst begründet liegt).

Kasuistik

Ein 10-jähriges Mädchen mit bis dahin unauffälliger Vorgeschichte erkrankt aus einem grippalen Infekt heraus an Pneumonie. Wochen zuvor Probleme in der Schule: sie hat, trotz guter Leistungen, Angst vor dem Übertritt ins Gymnasium. Zu viel Diskussion in der Familie; das Kind fühlt sich nicht verstanden. – Die Behandlung der Pneumonie erfolgt so wie unten (►Kap. 5.1.1.4) beschrieben. Dennoch besteht am 5. Krankheitstag seit Auftreten der Pneumonie weiterhin hohes Fieber, obwohl sich die Entzündung bereits löst (vermehrter lockerer Husten).

Bei der Untersuchung der Wärmeverhältnisse zeigen sich – bei hohem Fieber – eiskalte Füße und eine umschriebene Kältezone im Bereich des Rückens. Nach intensiver Wärmebehandlung: 2 Wärmflaschen an die Füße und Einreibungen der Kältezone im Rücken mit Argentum met. praep. 0,4 % Salbe Weleda beginnt am nächsten Tag das Fieber zu sinken; zwei Tage später ist das Kind fieberfrei. Zu einer Änderung der medikamentösen Therapie bestand kein Anlass. Ergänzend sei angemerkt, dass der Übertritt ins Gymnasium problemlos erfolgte.

5.1.1.3 Von der Pathologie zur Therapie

Wesentlicher pathologischer Prozess in der Pneumonie ist zunächst die kapilläre Hyperämie (Anschoppung), die *Zentralisation von Blut und Wärme in der Lunge*, aus der heraus ein *stoffwechselaktiver Prozess, ein eiweißreiches Exsudat* in die Alveolen übertritt, der zur Fibrinbildung führt. Dies gilt sowohl für die Lobärpneumonie – die im Allgemeinen erst nach dem siebenten Lebensjahr auftritt – wie für die sog. Herdpneumonien [Remmele 1997, 622 ff.]. Der Ausdruck „Hepatisation“ verdeutlicht, dass die Lunge dabei *einer Drüse ähnlich wird*. Dieser Zustand wird im Heilungsprozess wieder aufgelöst: „Chemotherapie kann die Fieberphase abkürzen, nicht jedoch die Resorption des alveolären Exsudates, die erst nach 21 bis 28 Tagen abgeschlossen ist und bei unkompliziertem Verlauf zur Restitution ad integrum führt“ [Remmele 1997, 624]. – Der Pathologe erkennt also einen typisch zyklischen Zeitverlauf dieses Prozesses von insgesamt 3 bis 4 Wochen, wie er uns auch bei einigen klassischen Kinderkrankheiten begegnet (► Kap. 5.3).

Embryonal bildet sich die Lunge als Derivat des Vorderdarms und zeigt dabei zunächst die Gestalt einer Drüse (pseudoglanduläre Phase [Hinrichsen 1990, 581]), die sich erst im letzten Trimenon metamorphosiert in ein atmungsfähiges Organ (alveoläre Phase). Bis zur Geburt ist das Lumen von Bronchien und Alveolen flüssigkeitsgefüllt; mit der Geburt erfährt die Lunge von allen viszerale Organen die eingreifendste Umgestaltung. – Die Pneumonie bedeutet unter diesem Gesichtspunkt „einen Rückfall der Lunge“ [Vogel 1995, 179] auf ein embryonales, mit der Geburt bereits überwundenes „pseudoglanduläres“ Stadium. Die Resorption, der Auswurf des Exsudates und damit die erneuerte Belüftung, Durchatmung der erkrankten Lungenabschnitte gleicht damit einer Neugeburt in diesem Organbereich.

Auf der erworbenen Fähigkeit der Lunge, die Außenluft in das Innere des Organismus aufzunehmen und zugleich auch Ausatmung zu ermöglichen, beruht die Möglichkeit einer selbstständigen leiblich-seelischen Existenz. Bereits die Genesis lässt das Leben Adams damit beginnen, dass Gott „ihm den Odem einhaucht“; das griechische Wort „Pneuma“ steht ebenso für den Atem wie für die in den Leib eintauchende Seele. Eine Pneumonie durchzustehen, zu durchleben, aus eigenen Kräften zu überwinden, ist für die Seele des Kindes ein Geburtserlebnis. Dieses Erlebnis verwandelt nicht nur das betroffene Organ, das im Heilungsvorgang neu formiert wird, es verwandelt das Kind in seinem ganzen Wesen:

- Seelisch stärkt das Überwinden dieser Erkrankung das Selbstvertrauen, nicht zuletzt auch in Hinblick auf den Leib, der stärker als eigene Leiblichkeit angenommen und empfunden wird – in dem Maße, in dem er von dem Kind während der Krankheit aufgelöst und neugestaltet wurde!
- Gesichtszüge reifen, motorisch und geistig sind oft Entwicklungssprünge nach Ausheilung der Erkrankung festzustellen.
- Immunologisch sind die Kinder danach oft weniger infektanfällig.

Dieses gilt, wenn die Therapie so gestaltet war, dass sie immer die eigenen Fähigkeiten des Kindes in den Vordergrund stellte und nur so weit den Krankheitsprozess suppressierte, wie er dem kindlichen Organismus zu entgleiten drohte. – Andererseits haben die Autoren auch dann grundlegende Fortschritte bei ihren Patienten erlebt, wenn einmal bei zu weit fortgeschrittenem Verlauf Antibiotika therapeutisch notwendig wurden. Die weit überwiegende Mehrzahl der Kinder mit Pneumonie in der pädiatrischen Praxis aber kann ohne antibiotische Therapie behandelt werden.

In der hier vertretenen Auffassung stellt die Krankheit für das Kind zwar kein primär wünschenswertes, aber im konkreten Einzelfall oft *notwendiges Erlebnis* dar. Nur durch Erfahrung kann sich der Mensch wirklich individualisieren. – Demgegenüber schwächt das derzeit dominierende Bestreben, mithilfe von Antipyretika, Analgetika, Antibiotika und Schutzimpfungen das Kind möglichst lange an jeder Krankheitserfahrung vorbeizuschleusen, nicht nur seine immunologischen, sondern auch seine seelischen Fähigkeiten. Nicht zuletzt zeigen die relativ häufigen Rezidive entzündlicher Erkrankungen nach antibiotischer Frühbehandlung, dass das Ideal einer Vermeidung von Krankheitserfahrung auf Illusionen beruht. In Wirklichkeit wird dadurch der Chronifizierung von Krankheiten Vorschub geleistet. Dies zeigen nicht nur Beobachtungen von Pathologen bei antibiotisch behandelten Pneumonien³⁴, sondern vor allem die Zunahme chronisch rezidivierender, entzündlich-allergischer Erkrankungen in Zusammenhang mit dem „westlichen Lebensstil“ (der u. a. das Ziel der Vermeidung von Krankheitserfahrung kultiviert; ▶ Kap. 6.1). *Diese Erkrankungen bringen aber weitaus belastendere und entmutigendere seelische Erlebnisse mit sich als die Erfahrung, die in der Überwindung einer akuten Pneumonie liegt.*

5.1.1.4 Therapie

Der gesamte Krankheitsverlauf wird wesentlich davon beeinflusst, wie der Arzt die Diagnose einer Pneumonie selbst auffasst und den Eltern bzw. auch dem älteren Kind selbst mitteilt. Wenn er Angst vermittelt, wenn er das Gefühl auslöst, dass diese Krankheit vom Patienten selbst gar nicht zu bewältigen ist, entsteht eine ganz andere Situation, als wenn der Arzt zusammen mit einer klaren und deutlichen Diagnose (!) Folgendes vermitteln kann:

- Diese Krankheit bedeutet eine Chance für das Kind, gesünder zu werden, als es vor der Krankheit war.
- In der Entzündung kann der Leib, der zunächst eine Vorgabe für die kindliche Individualität durch die Eltern darstellt, verwandelt werden, sodass er mehr zum Ausdruck dieser Individualität wird und diese in diesem Leib heimisch wird, mit allen positiven Folgen für Seele und Gesundheit.
- Dazu ist es notwendig, dass das Kind diese Pneumonie wirklich *erlebt*: Ein zu frühes Abkürzen des Verlaufs, sei es antibiotisch, sei es auch durch die Gabe hoher Potenzen z. B. von Aconit gleich am Anfang, stört diesen Prozess, verlängert letztlich die Rekonvaleszenz und erhöht die Gefahr des Rezidivs.
- Langjährige Erfahrung zeigt, dass bei der im Folgenden beschriebenen Therapie kaum Komplikationen auftreten; diese sind, wenn sie überhaupt auftreten, in aller Regel gut erkennbar und behandelbar.
- Die Pulsoximetrie ist wertvoll in der Verlaufsbeurteilung. Ein langsamer Anstieg der gemessenen Sauerstoffsättigung ist ein wichtiges Frühzeichen für das Ansprechen der Therapie. Auch für die Eltern kann dieses Monitoring einen Halt bedeuten, wenn es kompetent durchgeführt und kommentiert wird.

34 „Die Frage, ob Lösungsverzögerungen und chronische Pneumonien unter der Chemotherapie [= Antibiotika] häufiger geworden sind, wird unterschiedlich beantwortet. Nach pathologisch-anatomischen Befunden haben sie zumindest bei den Lobärpneumonien zugenommen“ [Remmele 1997, 628].

- Die sorgfältige Mitwirkung der Eltern ist unverzichtbar; eine Klinikeinweisung ist meist vermeidbar; das Kind benötigt die Wärme, die in Zuwendung und Zuversicht von Arzt und Eltern liegt, und braucht ihre sichere Führung.

Damit kann dieses erste Elterngespräch nicht nur die nötige Klarheit über Diagnose und Therapie vermitteln, sondern auch das *notwendige Vertrauen* entstehen lassen. Die Angst, die mit der Diagnose „Lungenentzündung“ verbunden ist, wandelt sich zunächst in die Erkenntnis, dass diese Krankheit für das Kind eine Chance, einen möglichen *Sinn* beinhaltet. – *Es ist wesentlich, dass sich die Eltern aus dieser Erkenntnis frei für den einschlagenden therapeutischen Weg entscheiden*; der Arzt muss auch bereit sein zu akzeptieren, dass die Eltern sich nicht zu dem hier vertretenen therapeutischen Weg entschließen können. – Die Eltern sind auf diesem therapeutischen Weg der notwendige Partner des Kindes und des Arztes; die Möglichkeit, selbst aktiv dem Kind in der Überwindung seiner Krankheit unter ärztlicher Anleitung und Aufsicht beistehen zu können, wird zugleich für sie zu einer entscheidenden, neuen Erfahrung. Denn das Selbst-aktiv-handeln-Können ermutigt, lässt die eigene Angst überwinden; die aktive Zuwendung der Eltern stärkt das Vertrauen des Kindes, aber auch das elterliche Vertrauen in die Kraft des Kindes.

Der therapeutische Weg, den die Autoren im Normalfall bei der Pneumonie gehen, wird nachfolgend in drei Schritten dargestellt.

5.1.1.4.1 Allgemeine diätetische Maßnahmen

Wesentlich ist der *Umgang mit dem Fieber* (vgl. oben, Entzündliche Erkrankungen). Fieber ist selbst zentraler Ausdruck der kindlichen Eigenaktivität; es ist – was wir heute bis in den Stoffwechsel der Zytokine, des Interferons etc. hinein verfolgen können – das *wesentliche krankheitsüberwindende, umgestaltende Prinzip*, das nur in seiner auflösenden Wirkung begrenzt werden muss und mit der Überwindung der Krankheit von selbst abklingt. *Im Fieber ist das Ich, die zentrale Individualität des Kindes selbst im Leibe tätig*. Dieser Satz ist das Leitmotiv im Umgang mit dem Fieber, der Wärme überhaupt.

Das Kind benötigt als Erstes eine *warme, aber atmungsaktive Kleidung*. Diese Forderung erfüllt eigentlich nur die Wolle, als Wollunterwäsche oder wenigstens als dünner Wollpullover. Es benötigt, auch im anstrengenden Kleinkindesalter, konsequente *Bettruhe*, und soll so zugedeckt sein, dass es gut seine Wärme halten kann, aber kein Wärmestau entsteht. Solange die Peripherie im Fieberanstieg noch kühl ist, ist sogar eine Wärmezufuhr von außen u. U. hilfreich (Wärmflasche). Festes Essen wird in der Regel zu Beginn der Krankheit abgelehnt; wichtig sind *warme Getränke*; dabei bewähren sich Lindenblütentee und Holunderblütentee mit Zitrone (oder Ähnliches). Dieser Tee regt die Durchwärmung, aber auch Schweiß- und Nierensekretion und damit die Ausscheidung an. *Ausreichende Flüssigkeitszufuhr* ist sehr wesentlich! Bei *Säuglingen und Kindern im 2. Lebensjahr* ist auch in der ersten Krankheitsphase zu beachten, dass diese Kinder ausreichend *ernährt* werden müssen (Schleimsuppen bzw. Getreideschleimzubereitungen, mit ein wenig Salz).

Während des gesamten Krankheitsverlaufs müssen die Eltern angeleitet werden, *ihr Kind wahrzunehmen*, vor allem die Wärmeverhältnisse, Atmung und Hautfarbe und damit die Kreislaufverhältnisse. So dürfen etwa kalte Füße und Unterschenkel nicht unbemerkt bleiben, die nach dem ersten Fieberanstieg ein ungünstiges Symptom darstellen, das rasch einer therapeutischen Antwort bedarf. Gleiches gilt natürlich für zunehmende Dyspnoe, Zyanose usw. Besonders wichtig sind in jedem Fall die *Ausscheidungen*

des Kindes: Es ist immer wesentlich, dass Diurese und Stuhlentleerungen rasch in Gang kommen; und auch die Schweißbildung ist zu beachten.

Auf keinen Fall dürfen die Eltern bei der Pneumoniebehandlung selbstständig zu *Antipyretika* greifen, da diese den Verlauf stören und ihn negativ beeinflussen können. Es gilt die Regel: *keine Selbstmedikation während einer Pneumonie!*

Es muss heute besonders erwähnt werden, dass Kinder mit Pneumonie keinen Umgang mit Medien wie Fernsehen, Videospiele etc. haben sollen, und zwar bis zur wirklichen Ausheilung der Erkrankung. Auch sollte sich der Arzt nach geplanten Besuchen z. B. von Verwandten und Freunden erkundigen und dringend dazu raten, dass während der voraussichtlichen Krankheitsdauer in der Wohnung der Familie Ruhe herrscht (was nicht einen wirklich hilfreichen Dritten ausschließen soll). Soziale Spannungen und Aufregungen um das kranke Kind herum sollen möglichst vermieden werden.

5.1.1.4.2 Äußere Anwendungen

Diese sind für den Pneumonieverlauf von *entscheidender Bedeutung*. Es kommen vor allem zwei Maßnahmen in Betracht: der Einlauf v. a. bei Kleinkindern und der Senfbrustwickel in jedem Alter. Bei mildereren Bronchopneumonien bewährt sich auch der Ingwerbrustwickel.

Der Einlauf

Ihm kommt zu Beginn der Erkrankung bei Kindern vor allem im Kleinkindesalter große Bedeutung zu: bei Trinkschwäche der Kleinkinder, bei Trägheit der Darmfunktion, bei Kreislaufschwäche und bei extremen Fieberspitzen. Der Sinn des Einlaufs liegt zunächst darin, durch die Anregung der Stuhlentleerung das Immunsystem wesentlich zu entlasten. Physiologisch ist das immunologische System zum Großteil an den Grenzflächen des Magen-Darm-Trakts tätig; in der Pneumonie aber wird die Lunge zum Ort der entscheidenden Auseinandersetzung des Organismus mit der Außenwelt, und deshalb muss der Darm so weit als möglich entlastet werden. Im Rahmen der Pneumoniebehandlung mit mehreren Einläufen wird ein Großteil der Einlaufflüssigkeit resorbiert. Dadurch erreicht man mit einfachen Mitteln den Effekt einer NaCl-Kurzinfusion, stützt die *Kreislaufverhältnisse* des Kindes und die *Mukolyse* (viele Kinder können nach dem Einlauf besser abhusten). Einläufe können so ggf. einen erheblichen Teil der benötigten Flüssigkeit zuführen. Dehydration ist aber bei Pneumonie eine wesentliche Ursache für die Notwendigkeit einer Hospitalisierung. Sie kann durch Einläufe meist vermieden werden.

Die positiven Erfahrungen der Autoren werden durch entsprechende Publikationen gestützt [Moeller u. Ulbricht 1991], die wohl aufgrund der Sprachbarriere in einem Übersichtsartikel [Rouhani et al. 2011], der ebenfalls die rektale Rehydratation bei Kindern erwähnt, nicht zitiert wird.

Auf die *Körpertemperatur* können Einläufe *regulierend* wirken und Fieberspitzen effektiv senken, ohne dass dies ein rein physikalischer („Kühlwasser“-)Effekt wäre. Die beobachtbare Modulation der Körpertemperatur liegt über dem rein physikalisch erwartbaren Bereich. „Das legt die Vermutung nahe, dass die Regelung der Körpertemperatur selbst beeinflusst wird“ [Moeller u. Ulbricht 1991, 968]. Dies spricht für den „Dialog“ zwischen darmassozierten und zentralen Nervensystem (vgl. ►Kap. 4.1.3); der Einlauf kann direkt ausgleichend auf die kindliche Wärmeorganisation und damit die Eigenregulation des Fiebers wirken und übt keinen physikalischen Zwang aus. Die Einlaufftemperatur sollte 3–5 Grad unter der aktuellen Körpertemperatur liegen.

Die Autoren verwenden in der Regel eine physikalische Kochsalzlösung (9 g NaCl auf 1000 ml Wasser, entspricht einem knapp gestrichenen Esslöffel Salz, kann z. B. mit einer Briefwaage abgemessen werden). Auch handelsübliche Elektrolytlösungen wie Oralpädon® neutral sind geeignet. Hat das Kind Schwierigkeiten, etwas Nahrung zu sich zu nehmen, kann man auch 1 Esslöffel Zucker und 1 Teelöffel Salz pro Liter zusetzen.

Zur Applikation eignet sich ein Gummiklistier für Säuglinge und Kleinkinder, das etwa 130 ml fasst (Größe 4): Säuglinge erhalten ca. 90 ml, Kleinkinder 130 ml, Kinder im Kindergartenalter bis 250 ml. Ab dem Schulalter empfiehlt sich ein Irrigator, die Einlaufmenge kann dann bis 400 ml betragen. (Elternverständliche Anleitung in [Vagedes u. Soldner 2017, 56])

Wiederholt (bis max. 3- bis 4-mal tgl.) werden die Einläufe vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern, die schlecht trinken, hoch fiebern und unruhig sind. Bei Letzteren ist es besser, Kamillentee für den Einlauf zu verwenden; ansonsten ist auch Wasser (mit dem erwähnten Salzzusatz) ausreichend. – In aller Regel geht es dem Kind nach dem Einlauf deutlich besser, viele Kinder schlafen danach ein. Am schwierigsten ist es meist, die Eltern von seiner Notwendigkeit zu überzeugen. Hilfreich dabei ist die oben zitierte Studie von Moeller und Ulbricht [1991]: Gearbeitet wurde dabei in der behandelten Gruppe mit relativ großen Einlaufmengen (30 ml/kg Körpergewicht, 0,9% NaCl). In der kritischen Aufarbeitung dieser Studie berichtet Kienle: „Die Eltern der behandelten Kinder berichteten, dass die Kinder im Anschluss an den Einlauf wesentlich ruhiger geworden seien, meist eingeschlafen seien und das gesamte Wohlbefinden sich deutlich gebessert habe ...“ Nach einer Stunde unterschied sich die Körpertemperatur zwischen behandelter und unbehandelter Gruppe im Mittel um 0,59°C, nach sechs Stunden um 1,12°C (behandelte Gruppe durchschnittlich -0,88°C, unbehandelte Gruppe +0,24°C). „Der Arzt, der hauptsächlich an der Studie mitarbeitete, lehnte sogar ab I/1990 die Studienteilnahme völlig ab, da er es nicht mehr verantworten konnte, einem Teil seiner Patienten die Therapie vorzuenthalten“ [Kienle et al. 2006, 153; Hvh. v. Verf.].

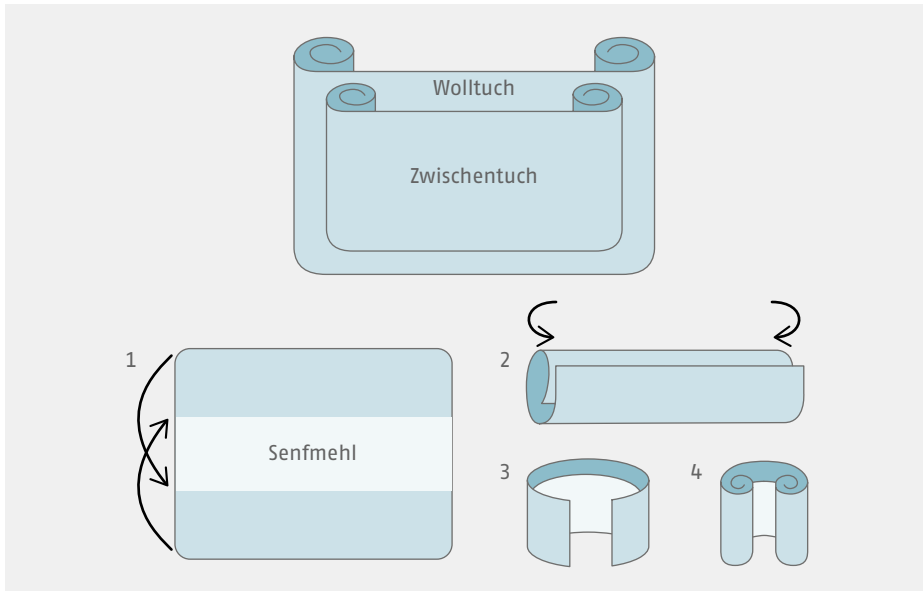
Die zweite, wesentliche äußere Anwendung, die grundsätzlich bei jeder kindlichen Pneumonie angewandt werden kann, ist der Senfbrustwickel.

Senfbrustwickel

Dieser Wickel wirkt nun über das dritte „Grenzflächenorgan“ – neben Darm und Respirations-trakt – über die Haut entlastend auf das Geschehen in Lunge und Kreislauf. Durch die Hyperämisierung der Haut in den zur Lunge in Beziehung stehenden Hautarealen, die bis zur Erzeugung einer leichten (!) Schmerzempfindung (Brennen) reicht, wird das entzündliche Geschehen, die Anschoppung im Inneren des Brustraums begrenzt und so weit auf die Grenzfläche Haut verlagert, dass der Kreislauf im Inneren entlastet wird (der im Gefolge der Anschoppung einen erhöhten Widerstand in der Lunge überwinden muss). Durch die Reizung der seelischen Empfindung an der Haut wird diese Entlastung noch verstärkt: Entzündung geht immer mit verstärkter seelischer Aktivität in dem betreffenden Organ einher.

Wer die Mühe dieser Maßnahme scheut, sei eindringlich auf die vielfache therapeutische Erfahrung hingewiesen, dass die Wirkung des Senfwickels auf das Entzündungsgeschehen und den Kreislauf durch kein innerlich gegebenes Medikament ersetzt werden kann.

Da der Senfwickel bei falscher Durchführung Verbrennungen bewirken kann, sollte er das erste Mal unter Aufsicht und Anleitung des Arztes oder eines entsprechend geschul-



● Abb. 5.1 Senfwickel (nähere Erläuterungen siehe Text)

ten und qualifizierten Mitarbeiters durchgeführt werden. Danach ist es in der Regel für die Eltern kein Problem mehr, den Wickel selbstständig, täglich einmal, durchzuführen. Frisches, schwarzes Senfmehl, das nicht älter als drei Monate sein darf und in einer dichten Verpackung aufbewahrt werden muss, sollte in der Praxis (Wochenende!) und in der Apotheke vorrätig sein, mit der der Arzt zusammenarbeitet. Auch das Material für einen Brustwickel sollte der Arzt für die erste Anwendung selbst zur Verfügung haben.

Senfbrustwickel (Durchführung)

Wegen der Wichtigkeit dieser therapeutischen Maßnahme sei ihre praktische Durchführung [Glöckler, Goebel, Michael 2016, 299–301; Vagedes u. Soldner 2017, 59] hier kurz beschrieben: Wolltuch und Zwischentuch (Molton) des Brustwickels, die breiter sind als das eingeschlagene Wickeltuch (●Abb. 5.1), werden so im Bett bereitgelegt, dass darauf später das Kind mit dem Rücken zu liegen kommt. Bei Schulkindern werden Brustwarzen und Achselhöhlen mit Vaseline und Tupfern/Watte geschützt. – Das Senfmehl wird bodenbedeckend in das mittlere Drittel (●Abb. 5.1) des dünnen Wickeltuchs (z. B. dünne Baumwollwindel) eingestreut und dann mit den beiden frei gebliebenen Seiten des Wickeltuchs eingeschlagen. Anschließend rollt man das Senfmehltuch von beiden Seiten her ein. Ist das Kind bereit, taucht man das Senfmehltuch in ca. 40–45 °C warmes Wasser (entgegen früheren Annahmen bleibt das Allylsenföl auch bei etwas höheren Temperaturen wirksam), drückt es vorsichtig aus und wickelt es körperwarm rasch vom Rücken her um den Brustkorb. Anschließend werden sofort Zwischen- und Wolltuch in derselben Richtung um den Brustkorb gelegt, so, dass sie luftzugfrei das Wickeltuch überall bedecken, und straff (z. B. mit Leukoplaststreifen) über dem Brustbein geschlossen. Bei Kindern bis zum Alter von zwei Jahren wird der Wickel drei Minuten belassen (Küchenwecker!); da das Kind in diesem Alter meist schreit, ist es wenig praktikabel, die Hautrötung während des Wickels zu überprüfen. Doch ist in diesem Alter bei gutem Senfmehl nach drei Minuten eine Hautrötung in ausreichendem Maß zu erzielen. Bei allen Kindern, die älter sind, prüfe

man in Minutenabstand nach Ablauf von drei Minuten, ob sich die Haut (wie bei leichtem Sonnenbrand) rötet, und nehme dann sofort den Wickel ab; die Toleranz kann bei mehrtägig wiederholter Anwendung zunehmen. Nach Abnahme des Wickels sollte die Haut rasch von etwaigen Senfmehlkrümeln befreit und mit einem milden Öl (z. B. Calendula 10 %) eingerieben werden. Danach wird die Kleidung wieder sorgfältig angelegt. Die Kinder, die während des Wickels im Säuglings- und Kleinkindesalter oft schreien – man trägt sie am besten in dieser Zeit auf dem Arm – oder sich darüber beklagen, verspüren ausnahmslos nach dem Wickel eine sofortige Besserung: die Atmung wird freier, der Kreislauf wesentlich unterstützt; sehr oft schlafen die Kinder danach ruhig ein.

Eine mildere, durchwärmende und gleichzeitig entkrampfend-beruhigende Wirkung übt der *Ingwerwickel* aus (zur Durchführung ► Kap. 2.3.2.4; [vgl. Glöckler, Goebel, Michael 2016, 301 f.; Vagedes u. Soldner 2017, 60]). Er ist vor allem bei fieberhafter Bronchitis mit drohendem Übergang zur Bronchopneumonie und gleichzeitig obstruktiver Komponente angezeigt, insbesondere bei Kindern mit schwacher eigener Wärmebildung und vorgeschädigter Lunge (z. B. bei Frühgeborenen mit bronchopulmonaler Dysplasie, ► Kap. 2.3.2.4, Z. n. schwerer RSV-Infektion). Bei akuter Pneumonie hingegen erreicht der Ingwerwickel nicht die Wirksamkeit des Senfwickels!

5.1.1.4.3 Arzneimitteltherapie

Je plötzlicher und hoch fieberhafter, je überfallsartiger der Beginn einer Pneumonie ist, umso mehr ist der blaue Eisenhut,

- Aconitum D 6 Glob. / Dil. Wala, Weleda
als erstes Medikament angezeigt (► Kap. 2.3.3).

Aconitum napellus gedeiht besonders eindrucksvoll in alpinen Regionen, in denen immer wieder Kälteeinbrüche die Regel sind. In großen Höhen (bis 3000 m) mit ihren intensiven Lichtwirkungen entwickelt die Blüte ihre tiefste blaue Färbung; dabei wirkt sie sehr verschlossen, wendet sich ab vom Himmel. Die Wurzel, in der sich das giftige Aconitin, ein Alkaloid, konzentriert, sucht andererseits feuchte, stickstoffhaltige Böden. Aconit ist ein Hahnenfußgewächs, wie an den gezackten Blättern gut zu erkennen ist; eine Pflanzenfamilie, die oft intensive Blattmetamorphosen aufweist [Grohmann 1981, 19 ff.], deren Vertreter in Mitteleuropa zu allen Jahreszeiten blühen können (sogar im Winter, die Christrose) und deren „merkuriale“, beweglich vermittelnde und selbst beweglich sich wandelnde Qualität sich eben auch daran zeigt, aus feuchten Standorten emporzuwachsen und eindrucksvolle Blütengestalten an solchen Orten auszubilden (ein – in der Geste zu Aconit sehr polares – Beispiel innerhalb der Ranunculaceen ist die Sumpfdotterblume).

Die *Giftwirkung* der Wurzelknolle fixiert im Menschen schockartig das Seelische im Leib, so, dass der Blut-Wärme-Organismus in einer einseitigen Zentralisation, einer zentralen „Anschoppung“ von Blut und Wärme zu ersticken droht: Schüttelfrost, Kreislaufzentralisation, Sistieren der Diurese, Anstieg der Körperkerntemperatur verbunden mit hochgradiger Angst sind als Vergiftungssymptome zu beobachten.

Demgegenüber entwickelt Aconit in *niedrig potenziert Form (D6)* bei der Pneumonie eine *merkurial ausgleichende Wirkung* im Blut-Wärme-Organismus: Der zentripetalen Tendenz zu Beginn der Pneumonie gegenüber werden zentrifugale Prozesse – die Diurese, die Schweißbildung, die Durchwärmung und Wärmeabgabe in der Peripherie –

im *richtigen Maß* aktiviert. Der merkuriale, in Bewegung bringende Charakter der Ranunculaceen kommt hier zur Geltung. Dabei aber wird das Fieber, der Sinn der Anschoppung im Lungenbereich: einen Kälteeinbruch von außen zu überwinden, nicht aufgelöst und unterdrückt (wie z. B. durch starke Dosen von Antipyretika). Denn in der D6 ist auch noch die „giftende“ Aconitwirkung vorhanden, die eben diese Wärmezentralisation fördert – sie steht mit der Gegenwirkung auf dieser Potenzstufe in etwa im Gleichgewicht und kann dadurch dem Organismus jeweils das vermitteln, was er benötigt, um *im Fieber* zu einem Gleichgewicht zwischen Zentrum und Peripherie zu finden. *Hohe Potenzen* betonen die peripherisierende Wirkung (weshalb sie auch nach Schock wirksam sind, da sie hier ein tief im Leib Verhaftetsein der Seele auflösen können), so wie *substanzielle* Dosen die zentralisierende Wirkung betonen. Deshalb können hohe Potenzen initial die Wärme zu stark abfließen lassen: Das Fieber sinkt rasch, aber es fehlt dann auch am Ort des Geschehens, in der Lunge, und Komplikationen können die Folge sein. Andererseits halten die Autoren aber auch sehr tiefe Aconitpotenzen (z. B. in Pneumodoron 1 Weleda) bei Anwendung im Kleinkindes- und Kindergartenalter aufgrund des oben geschilderten Heilmittelverständnisses und der Beobachtung in der Praxis für ungünstig und einseitig in ihrer Wirkung. Demgegenüber ist nach dem 9.–12. Lebensjahr mit Pneumodoron 1 und 2 (tiefe Potenzen von Aconitum, Bryonia, Phosphorus und Tartarus stibiatus) eine beeindruckende Wirksamkeit ohne die erwähnte Einseitigkeit zu erleben: die stärkere Verankerung der Seelen- und Ich-Organisation im Stoffwechsel ermöglicht es in diesem Alter, entsprechend dem stofflich stärker herausfordernden Reiz des Arzneimittels zu antworten [vgl. Vademecum 2017, 617 f.].

Indem Aconit den entzündlichen Anschoppungsprozess begrenzt und für einen ausreichenden Abstrom von Blut und Wärme aus dem Bereich der Lunge sorgt, wirkt es gleichzeitig *ausgleichend auf die Angst und Unruhe* des Kindes, die direkt mit der Beengung der Atmung durch die Hyperämie und Exsudatbildung, aber auch mit dem zentralen Wärmestau zusammenhängt.

In der *Dosierung* hat es sich bewährt, Aconit D6 anfangs (Fieberanstieg, Schüttelfrost) sogar viertelstündlich, dann nach Einsetzen der Wirkung (Diurese, Warmwerden der Peripherie) zunächst stündlich und später (nach dem ersten Rückgang des Fiebers) ca. 5 × täglich *bis zum Abklingen des Fiebers* zu geben, und nicht nur – wie es z. B. der homöopathischen Empfehlung entspricht – zu Beginn. Es ist damit empirisch eine deutliche Verstetigung des Verlaufs und Abnahme von Komplikationen zu beobachten, was sich vielleicht aus der grundlegend merkurialen, ausgleichenden Wirkung auf den Blut-Wärme-Organismus verstehen lässt, die in der gesamten Fieberphase von Bedeutung ist.

Aconitum kann für die Verabreichung in Wasser aufgelöst werden (50 Tr. oder eine entsprechende Globulimenge in der pro Tag benötigten Menge Wasser, die dann jeweils teelöffel- oder mokkalöffelweise verabreicht wird), oder man gibt jeweils Einzeldosen von 5 Globuli.

Neben dem Eisenhut ist die Zaunrübe,

■ *Bryonia dioica* (e rad.) D6 Dil. / Glob. Wala, Weleda

in den ersten Pneumoniephasen (und bei Pleuritis, s. unten) ein wesentliches pflanzliches Heilmittel.

Sie gehört zur Familie der Kürbisgewächse und stellt darin den „nördlichen Grenzgänger“ [Simon 1987, 43–51] dar, so wie der Aconit im alpinen Bereich einen Grenzgänger der

Ranunculaceen in großen Höhen darstellt (wobei es dort mehrere Vertreter dieser Familie gibt). Damit offenbaren beide Heilpflanzen in der Natur, dass dem *Bestehenkönnen gegenüber der Kälte* eine zentrale Bedeutung im Geschehen der Pneumonie zukommen muss.

Kürbisgewächse gedeihen normalerweise in warmen, subtropischen Klimazonen; die typische Bildung einer wässrig anschwellenden Frucht vollzieht sich in der Wärme, in der Pflanzenregion, die auch dem Fortpflanzungsgeschehen dient, in der sich ein sehr aktives Stoffwechselgeschehen vollzieht. Vergleicht man strukturell Pflanze und Mensch, dann ist diese Region am ehesten dem unterhalb des Zwerchfells liegenden Organbereich verwandt. – Gegenüber dem Typus der Kürbisgewächse ist nun bei der Zaunrübe die „Kürbisbildung“ *verschoben*: Der Kürbis steckt in der Erde! Die mächtig anschwellende Wurzel ist reich an Flüssigkeit; ihr eigen ist im Geschmack eine *stechende Schärfe*, ihre Inhaltsstoffe haben einen entzündlichen, potenziell entzündungserzeugenden Charakter. Damit verschiebt Bryonia – offenbar in Zusammenhang mit der Kälteexposition ihres Standortes – ein stoffwechselaktives, flüssigkeitsanschoppendes Geschehen unter die Erde. Vergleicht man diese Region strukturell wiederum mit dem menschlichen Organismus, lassen sich viele Ähnlichkeiten zum Kopfpol des menschlichen Organismus aufzeigen [Steiner 1976, 123]; die Pflanzenwurzel ist mehr dem Nervensystem, die Pflanzenblüte und Fruchtbildung stärker den generativen und stoffwechselaktiven Prozessen im Menschen verwandt. – In der Pflanze Bryonia dioica vollzieht sich damit ein Geschehen, das eine Ähnlichkeit zur Pneumonie zunächst insofern aufweist, als auch dort nach Kälteeinfluss eine entzündlich-stoffwechselaktive Flüssigkeit (die normalerweise in dem Bereich der Verdauung physiologisch wäre – vgl. die Sekrete von Darm, Galle und Pankreas) sich in einen Raum oberhalb des Zwerchfells, also *in Richtung* auf den Kopfpol hin verschiebt. Ähnlich wie die Ranunculacee Aconit zeigt Bryonia aber auch noch eine ganz andere, „merkuriale“ Geste im Blattbereich: Die oberirdischen Triebe, denen die eigene Aufrechte fehlt, legen sich in weiten Ausläufern, die sich sehr beweglich verhalten und mit eigenen Halteorganen an festen Strukturen verankern, wie eine zweite Blätterdecke, „eine zweite Haut“, über Hecken und Zäune [Simon 1987, 44].

Bryonia ist dann besonders wirksam, wenn sich in präformierten Körperhöhlen wie dem Thorax oder im Bereich (großer) Gelenke, in denen seröse Häute (Pleura, Peritoneum, Synovia) normalerweise eine hohe *innere Beweglichkeit* ermöglichen, ein *entzündliches Exsudat* bildet (oder z. B. eine Rippenfraktur [Simon 1987, 47] diese serösen Häute irritiert bzw. zur Entzündung bringt). Die Folge solcher Vorgänge ist klinisch, dass der Patient meist jede Bewegung vermeidet, und jede Bewegung schmerzhaft ist (was bei der Pneumonie auch fehlen kann). Typisch ist dabei ein scharfer, stechender, genau lokalisierbarer *Schmerz*: eine Qualität, die mit denselben Worten zu charakterisieren ist wie das Geschmackserlebnis beim Probieren des Bryonia-Wurzelsaftes! Der entzündlichen Anschoppung, dem Eindringen von eiweißhaltigen Blutbestandteilen und Leukozyten in Bereiche, die normalerweise davon sorgfältig getrennt sind (Gelenk-, Pleuraspalt, Alveole, Liquorraum) steht andererseits eine große *Trockenheit der Schleimhäute* gegenüber.

Charakteristisch für diejenige Pathologie, die sich mit potenzieller Bryoniawurzel therapeutisch beeinflussen lässt, ist also zum einen eine *Umverteilung* im Flüssigkeitsorganismus, zum anderen eine im Vergleich zum Normalen *veränderte Qualität der Flüssigkeit* selbst. Was nun für die Alveole, den Pleuraspalt Pathologie ist, ist andererseits für ein Organ wie die *Leber* physiologisch: Dort ergießt sich in den Disse-Raum fortwährend aus dem Blut ein solches „Exsudat“, das von den Hepatozyten durch keine Basalmembran getrennt bleibt; dort ist also der freie Übergang aus dem intra- in den extravasalen Raum

normal, während eine solche gegenseitige Durchdringung in der Lunge eine akute krankhafte Situation bedeutet. – Die Leber ist aber nicht nur das Zentrum des Stoffwechselgeschehens im Organismus; sie stellt vielmehr zeitlebens das am meisten *embryonal bleibende Organ des Menschen* dar, was sich bis in die dem Fetus entsprechenden Gasspannungsverhältnisse (arteriovenöses Mischblut!) hinein zeigen lässt und mit der einmaligen Regenerationsfähigkeit der Leber zusammenhängt. Die Leber als vom Mitteldarm ausgehende Drüsenbildung repräsentiert physiologisch den Organtypus, auf den die Lunge in der Pneumonie zurückzufallen droht, wenn sie pseudoglandulär regrediert, was ja auch im Begriff Hepatisation zum Ausdruck kommt.

Von diesem Gesichtspunkt aus [Vogel 1995, 179] kann man versuchen, die *merkurial ausgleichende Wirkung von Bryonia in potenziierter Form* zu erfassen: Sie löst eine entzündliche, eiweißhaltige Anschoppung an falscher Stelle, nämlich oberhalb des Zwerchfells, in der relativ kühlen und kälteexponierten Lungenregion auf und intensiviert gleichzeitig unterhalb des Zwerchfells die Drüsentätigkeit der Leber, die Galleabsonderung in den Darm, damit auch die Verdauung und Stuhlausscheidung (so, wie Aconit die Diurese über die Niere aktiviert). Damit bewirkt die Gabe von Bryonia D 6 während des gesamten Entzündungsprozesses nicht nur, dass das Ausmaß der exsudativen Entzündung begrenzt wird, sondern dass der Stoffwechsel so aktiviert wird, dass es zur vollständigen Verdauung und Resorption des Exsudates kommt. Dies geschieht wesentlich über den Lymphweg³⁵ – wie auch die Leber besonders aktiv in Bezug auf die Lymphbildung ist.

Klinisch ist Bryonia besonders angezeigt bei starkem *Durst* (Folge des inneren Flüssigkeitsverlusts, typisches Symptom bei Störungen der Lebertätigkeit); der Patient vermeidet *Bewegung*, klagt u. U. über *Schmerzen beim Husten* oder bereits bei der Atembewegung (Bryonia ist das wichtigste Medikament bei Pleuritis, es beugt, frühzeitig gegeben, dieser auch vor!). Der Husten ist im Allgemeinen trocken und schmerzhaft. – Die Gemütsstimmung des Patienten ist verdrießlich, ärgerlich, unzugänglich (typisch, wenn die Leber-Galle-Funktion affiziert ist), er sucht den Rückzug und liegt still und unbeweglich im Bett. – Es besteht ein starkes Krankheitsgefühl. Das Fieber steigt nicht so rasch an, wie dies für Aconit typisch ist, und zeigt dann recht lange anhaltend hohe Temperaturen, wie sie auch notwendig sind, um größere Exsudate aufzulösen – *wenn nicht frühzeitig genug Bryonia D 6 gegeben wird*.

In der Praxis zeigt sich, dass sich die merkurial-ausgleichenden Wirkungen von Aconit und Bryonia ausgezeichnet ergänzen; Diurese und Verdauung, Nieren- und Leber-Galle-Funktion werden aktiviert, eine überstarke Wärmezentralisation, Anschoppung des Blutes und entzündliche Exsudation in den Bereich der Alveolen dadurch vermieden.

So bewährt es sich, den Kindern in aller Regel nach den ersten Aconitgaben Bryonia und Aconit gemeinsam zu verabreichen: z. B., indem man je 50 Tr. der D 6 auf ein Glas Wasser gibt (in 24–48 h teelöffelweise zu verabreichen), oder

- **Bryonia / Aconitum Glob. Wala**
2–5 Glob. pro Dosis.

Ab dem 9. Lebensjahr eignen sich ebenfalls

- **Pneumodoron 1 Tropfen Weleda**
50 Tr. / Tag in Wasser, schluckweise über den Tag verteilt

35 „Die Masse des Exsudates wird auf dem Lymphwege resorbiert“ [Remmele 1997, 624].

Die Pneumonie entspringt einer *Herausforderung der kindlichen Wärmeorganisation*. Im Zentrum dieser Wärmeorganisation steht in vieler Hinsicht das *Blut*. Wärmeverteilung und Durchblutung sind eng miteinander verknüpft; aber auch die Fähigkeit des Organismus, im erforderlichen Maß selbst Wärme zu bilden, hängt mit der *an das Eisen im Hämoglobin verknüpften Atmungsfunktion des Blutes* zusammen. Schließlich ist die Freisetzung von Energie, gerade auch im Immunsystem selbst, an Eisen tragende Enzyme und an energiereiche *Phosphate* geknüpft.

Dem Auftreten einer Pneumonie geht in der Regel eine *Schwäche der kindlichen Wärmeorganisation* voraus. Die Erkrankung selbst gefährdet diese Wärmeorganisation an der Basis: Denn die Lunge ist primär der Ort, das merkurial-bewegliche „Grenzflächenorgan“, an dem sich die Atmungsfunktion des im Blut organisch gebundenen Eisens betätigt, den Sauerstoff aufnimmt und das Kohlendioxid abgibt. Versinkt die Lunge im Flüssigen, so verlieren Seele und Geist ihre Möglichkeit, sich im Organismus zu betätigen, und schließlich der Leib seine selbstständige Existenzmöglichkeit.

Lunge und rote Blutanteile ermöglichen vermittels des Eisens also wesentlich die leiblich-selbstständige Existenz, die Inkarnation des Geistig-Seelischen bis in die konkrete leibliche Willenstätigkeit hinein, die in einem Abbau von Substanz und einer geführten Freisetzung von Energie, von Wärme aus dem Atmungsprozess heraus sich betätigt. Insofern ist Eisen *das Inkarnationsmetall der Individualität im Leibe*. In der Pneumonie kämpft diese Individualität mit den Kräften der äußeren Natur wie mit den Schwächen der eigenen leiblichen Konstitution darum, die Führung und gestaltgebende Rolle im Leib zu erringen; sie kämpft primär um die physiologisch hochrangigste, um die Wärmeorganisation (►Kap. 2), und um ihr Organ, das Blut, dessen Eisengehalt höchste Priorität im Eisenhaushalt des Organismus besitzt.

Deshalb hängt der Verlauf einer Pneumonie entscheidend von der Kraft der Wärmeorganisation und der Blutzirkulation ab.

Ein wesentliches Heilmittel in diesem Zusammenhang ist potenziertes Eisenphosphat, als natürliches Eisen(II)phosphat in Form schöner, blaugrüner Kristalle Ausgangspunkt von

■ **Vivianit D 6 Verreibung / Amp. Weleda**

z. B. 3–5 × tgl. 1 gr. Msp.

Das homöopathisch übliche Ferrum phosphoricum (Eisen(III)phosphat) wird demgegenüber im Labor hergestellt, wobei die Firma Weleda natürliche Ausgangsstoffe für die Gewinnung von Eisen und Phosphorsäure einsetzt und durch einen aufwendigen pharmazeutischen Prozess (in dem Eisencarbonat über Eisenchlorid in Eisenphosphat umgesetzt wird im Sinne einer pharmazeutischen „Eisenleiter“) die Ausgangssubstanz für potenziertes Ferrum phosphoricum herstellt [Vademecum 2017, 408; Engel 1994]:

■ **Ferrum phosphoricum D 6 Tbl. / D 8 Amp. Weleda**

z. B. 3–5 × tgl. 1 / 2–1 Tbl.

(zur Injektion bevorzugen die Autoren Pulmo / Vivianit, s. unten)

Ferrum phosphoricum stellt das akutere, stoffwechselbetontere Arzneimittel dar (die Ausgangssubstanz weist keinen kristallinen Charakter auf und hat eine gelbliche Farbe), Vivianit verrät stärker strukturierende, formende Qualitäten (Kristalle) und weist im Vergleich einen feineren, harmonischeren Charakter auf (►Kap. 6.5).

Leitsymptome, die an die Indikation von Vivianit/Ferrum phos. denken lassen, sind die folgenden:

- *Instabiler Kreislauf*: die Hautfarbe, die Kreislaufverhältnisse wechseln, je nachdem ob das Kind sitzt oder liegt; jede Bewegung ist anstrengend; Wechsel von Röte und Blässe im Hautkolorit.
- *Schwäche der Wärmeorganisation*: die Pneumonie entwickelt Fieber erst nach 2 Tagen; sie entwickelt sich aus einem deszendierenden grippalen Infekt, der nicht überwunden werden konnte (typisch ist hier die Herdpneumonie mit geringer Infiltration).
- *Keine genügende Pflege der Wärmeorganisation*: entsprechend dem zuvor genannten Punkt kann es sich anamnestisch zeigen, dass die Missachtung von Ruhe und Wärme z. B. bei einem an sich geringfügigeren Infekt zur Pneumonie als Komplikation geführt hat.

Die Schwäche bzw. Labilität von Wärme- und Kreislauforganisation kann bereits vor der Erkrankung konstitutionell vorgelegen haben, was häufig im Säuglings- und Kleinkindesalter, aber auch gegen die Pubertät hin der Fall ist.

Besonders wirksam ist die Anwendung von potenziertem Eisen bzw. Eisenphosphat und anderen Eisen-Kompositionsmitteln bei der Pneumonie als *Injektion*. – Ein wesentlicher Gedanke zur Ratio der parenteralen Anwendung potenziertes Heilmittel stammt von R. Steiner, der darauf hinwies, dass damit eine direktere Wirkung auf das rhythmische System (Atmung und Kreislauf, damit auch die Wärmeorganisation) erreicht werden könne (was sich bestätigt).

In der Praxis der Pneumoniebehandlung erweist sich die *Injektion von potenzierten Eisenverbindungen als wesentlicher Bestandteil der Therapie*. Es empfiehlt sich, die Injektion s. c. zwischen den Schulterblättern durchzuführen, in der Regel rechts paravertebral. Dabei verwendet man am besten eine *kurze* (½") Kanüle (26 oder 30 G). Die Wirkung dieser Injektion auf Atmung und Kreislauf ist beeindruckend; die Autoren führen die Injektion in der Regel bei Diagnosestellung durch, sowie täglich bei allen Verläufen mit instabiler Kreislauf- und Wärmeverhältnissen bzw. ausgedehnteren Infiltrationen. Insbesondere bei früher Diagnosestellung ist öfter bereits eine Injektion zu Beginn der Therapie ausreichend und kann dann durch *Inhalationen* des Mittels ergänzt werden. In schwereren Fällen hingegen ist dringend die tägliche s. c. Injektion zu empfehlen! [vgl. die Kasuistik Vademecum 2017, 625]

In der Regel kommt dabei zur Anwendung:

- Pulmo/Vivianit comp. Amp. Wala
(gemeinsam potenziert aus: Vivianit D 7, Bryonia e rad. D 5, Tart. stib. D 5, Pulmo Gl D 16)
1 × tgl. 0,7–1,0 ml s. c.,
als Inhalation bis zum 2. Lj. 3 × tgl. ½ Amp., ab dem 3. Lj. 1 Amp. mit 1–1,5 ml NaCl 0,9%.

Dieses Präparat vereint in seinen vier Komponenten wesentliche Heilmittel für die bei der Pneumonie heute typischsten Probleme [Vogel 1994, 688–691]. Durch die gemeinsame Potenzierung seiner Bestandteile wird dabei ein neues Heilmittel geschaffen, dessen Wirksamkeit nicht aus der bloßen Addition der Komponenten zu begreifen ist, sondern das aus seinen, z. T. durchaus gegensätzlichen, aber komplementär aufeinander bezoge-

nen Komponenten ein *eigenständiges, breites und so in keiner natürlichen Einzelsubstanz veranlagtes Wirkungsspektrum* entfaltet.³⁶

Ein wesentlicher Kompositionsbestandteil ist dabei das potenzierte Organpräparat, Pulmo Gl D 16. – Auch die Verwendung homologer potenziierter tierischer Organe, in diesem Fall aus der Lunge des Kalbes, in Form parenteraler Anwendung geht auf R. Steiner zurück [Sommer 1996, Roemer 1993]. Im konkreten Fall wird dadurch zunächst erreicht, dass die Wirkung des Arzneimittels zusätzlich organotrop auf die Lunge gerichtet wird. Vor allem aber wird in dieser Potenz durch das Organpräparat Pulmo bewirkt, dass die Formkraft des Organs gegenüber dem entzündlich ausufernden, exsudativen Prozess gestärkt und der Rückgewinn und Neuaufbau der Organfunktion impulsiert wird. – Was hier wie bloße Behauptung klingen mag, ist langjährige positive Praxiserfahrung der Autoren, die seit Erscheinen der 1. Auflage dieses Buches von vielen Kollegen bestätigt wurde.

Grundsätzlich wirken höhere Potenzen homologer Organpräparate stärker formend in dem oben beschriebenen Sinne, während tiefere Potenzen (Gl D 4–D 8) stärker die Vitalität, ggf. vitale Regenerationsprozesse in dem betr. Organbereich anregen.

Während Bryonia einer zu starken Verschiebung exsudativ-entzündlicher Prozesse in das Lungengewebe hinein entgegenwirkt und gleichzeitig den Leber-Galle-Bereich aktiviert, fördert Tartarus stibiatus die Lösung und Resorption des Exsudates und stützt den Kreislauf vor allem in der Phase, in der als Folge der Entzündung die Rechtsherzbelastung ansteigt und die Sauerstoffsättigung abnimmt (s. unten).

Pulmo / Vivianit comp. stärkt primär das rhythmische System selbst, sowohl vonseiten der Zirkulation als auch vonseiten der Lunge her. Dabei wird die Eisenphosphatwirkung durch das Organpräparat wesentlich unterstützt; der Zusatz von Bryonia und Tartarus stibiatus wirkt vor allem einem Überborden bzw. Persistieren entzündlicher Stoffwechselprozesse und der Gefahr einer Kreislaufschwäche entgegen.

Wer Kompositionsmittel prinzipiell ablehnt, wird auch mit der Injektion von

■ Ferrum met. praep. D 8 Amp. Weleda i.v. oder s.c.

bzw. den bereits genannten Präparaten Vivianit D 6 bzw. Ferrum phos. D 8 Amp. Weleda bei gegebener Indikation gute Wirkungen erzielen.

Doch eröffnet das breite Wirkspektrum von Pulmo / Vivianit comp. dem weniger Erfahrenen wie auch dem bereits lange in dieser Therapierichtung Tätigen eine sehr sichere Behandlungsmöglichkeit der Pneumonie.

In denjenigen Krankheitsfällen, in denen die oben genannten Leitsymptome für Vivianit im Krankheitsverlauf im Vordergrund stehen, und bei den meisten Pneumonien in den ersten drei Lebensjahren kann Pulmo / Vivianit comp. *zusätzlich zur Injektion*, 2–4 ×

36 Es ist wichtig, zu beachten, dass im letzten Potenzierschritt bei diesem Arzneimittel alle vier Komponenten gemeinsam potenziert werden. – Auch eine Komposite wie z. B. Arnica montana stellt kein „Einzelmittel“ in einem chemischen oder toxikologischen Sinn dar. Es handelt sich bei Arnica montana um eine „Naturkomposition“ mit spezifischen Heilwirkungen, und ebenso kann der Pharmazeut eine Heilmittelkomposition schaffen, die Wirkungen entfaltet, welche keine ihrer Komponenten als einzelne besitzt.

0,5 ml tgl. per os³⁷, wesentliches Basismittel der oralen Medikation werden (ab dem Zeitpunkt, da Aconit nur noch 3–5 × tgl. gegeben werden muss; auf die Gabe von Bryonia als Einzelmittel kann dann ggf. verzichtet werden).

Besteht die Notwendigkeit, die *Resorption des Exsudates* (oder gar eines Pleuraergusses; s. unten, Pleuritis) und die Ausscheidungsprozesse über die Niere verstärkt anzuregen, was eher in der zweiten Hälfte des Krankheitsverlaufs der Fall sein kann, bewährt sich die Injektion von

- Equisetum / Stannum Amp. Wala
s. c., alleine oder – meist vorzuziehen – in Kombination mit Pulmo / Vivianit comp. zwischen den Schulterblättern / auf der schwerer betroffenen Seite.

Ist die Durchführung einer Injektionsbehandlung nicht möglich, so ist auch die orale Gabe der genannten Medikamente wirksam, allerdings in abgeschwächter Form.

Bei schwer verlaufender akuter Pneumonie im Schulalter und bei Jugendlichen, die von *starkem Frieren und Kreislaufschwäche* begleitet ist, kann die i. m. (!) Injektion – ausreichend große Kanüle (Nr. 2) verwenden – von

- Oleum camphoratum comp. Amp. Wala
1 Amp. i. m. Oberschenkel lateral
eine entscheidende weitere therapeutische Hilfe bieten! [vgl. auch Kummer 2016, 225 f.] Dieses Präparat ist eine besondere Hilfe bei Kindern mit psychomotorischer Retardierung und Zerebralparese, bei denen Eigenbewegung und Atembewegung eingeschränkt sind.

Eine grundlegende Substanz in der Pneumoniebehandlung ist der Phosphor:

- Phosphor D 6–D 8 Dil. Weleda bzw. LM 6 Dil. Arcana
morgens 1 × 2–5 Tr., evtl. nachmittags wiederholen

Dabei raten die Autoren in der akuten Krankheitssituation wiederum von höheren Potenzen ab, was aus der folgenden Beschreibung der Arzneimittelwirkung verständlich werden kann.

Phosphor als reines Element existiert in der Natur normalerweise nicht; erst der Mensch kann ihn, seit der Neuzeit, chemisch rein darstellen [Emsley 2001]. Dabei zeigt sich, dass der sog. „weiße Phosphor“ bereits bei Raumluftverhältnissen und normalen Temperaturen spontan oxidiert, zunächst langsam, was im Dunkeln ein grünlich phosphoreszierendes Leuchten hervorruft, dann aber in einer intensiv leuchtenden, heißen Flamme]. – Phosphor bedeutet „Lichtträger“; chemisch zeigt die Substanz maximale Bereitschaft, ihre Imponderabilien in Form von Licht und Wärme spontan freizusetzen.

³⁷ Potenziertere Arzneimittel, die als Parenteralia zugelassen sind, zeigen nach Erfahrung der Autoren und zahlreicher Fachkollegen im Kindesalter auch per os gegeben oft eine sehr gute Wirksamkeit, auch wenn diese der Injektion in der Akutbehandlung nicht gleichgesetzt werden kann.

(Der in manchem verwandte Schwefel setzt beim Verbrennen sehr viel mehr Wärme als Licht frei.) Phosphor zeigt damit die gleiche Tendenz, die dem oxidativen Stoffwechsel in Tier und Mensch innewohnt, welcher die Bildung energiereicher Phosphate zur Energieübertragung verwendet.

In tiefer Potenz gegeben, zeigt nun Phosphor beim Patienten die Wirkung, dass er die *seelisch-lichtvolle Durchdringung der Leiblichkeit* fördert, dass er den Inkarnationsprozess, den die Pneumonie herausfordert, damit wesentlich unterstützt. Dies ist keineswegs schöngestig gemeint: kann doch auch die Freisetzung von Sauerstoffradikalen, der oxidative Angriff von Granulozyten z. B. auf bakterielle Erreger (der durch eisenhaltige Enzyme vermittelt wird!) als – geordnete! – „Lichtwirkung“ im Stoffwechselgeschehen aufgefasst werden. Phosphor in der angegebenen Dosierung trägt wesentlich dazu bei, dass eingedrungene Erreger durch die Entzündung abgetötet werden können, dass *die Pneumonie ihr Ziel erreicht*.

In der *lichtarmen Winterzeit* kann die Gabe von Phosphor LM 6 eine *Prophylaxe der Pneumonie* darstellen. Er ist vor allem bei zarten, sensiblen, infektanfälligen Kindern angezeigt, und immer dann, wenn man bemerkt, dass das Kind „lichtarm“ wirkt: leicht ermüdet, unkonzentriert und eben anfällig ist. – Hier sei auch daran erinnert, dass gerade das Gehirn besonders reich an Phosphaten ist und einen sehr intensiven oxidativen Stoffwechsel für seine Funktion benötigt, die den inneren Lichtprozess des Bewusstseins ermöglicht. Dies verdeutlicht die besondere Beziehung der menschlichen Individualität zu den mit dem Phosphor verknüpften Prozessen.

Phosphor ist immer dann angezeigt, wenn die Individualität *nicht in ausreichendem Maße im Leiblichen sich verankern und darin lichtbefreiend wirken kann*. [Vademecum 2017, 594]. Man bemerkt dies bei der Pneumonie besonders daran, dass

- die Kinder trotz oft hohem Fieber den Krankheitsprozess seelisch nicht zu fühlen scheinen, aus dem Bett steigen und sich bewegen wollen (im Sprechzimmer scheinbar wenig krank auftreten),
- seelisch erregbar, irrlichterierend, unrealistisch und fordernd wirken können,
- nicht allein sein können, ein großes Anlehnungsbedürfnis haben (lieben und verlangen Zärtlichkeiten) und vor allem bei einsetzender Dunkelheit ängstlich werden (fehlendes Licht!).

Dabei sehen die Patienten insbesondere im Schlaf oft erschreckend blass aus und erwecken den Eindruck, dass sie sich selbst verbrennen (anstatt dasjenige, was an Fremdem in sie eingedrungen ist). – Der Husten ist eher trocken und schmerzhaft; es besteht eine Neigung zu Nasenbluten und Blutbeimengungen im Sputum; der Durst auf kaltes Wasser erinnert an das Bemühen, einen Brand löschen zu wollen (chemisch erzeugte Phosphorbrände sind kaum zu löschen).

Fasst man das hier entwickelte Bild zusammen, so zeigt es das Irrlichterieren des Seelischen, das mangelhaft in Empfindung und Aktivität mit dem Leib verbunden ist. Hier wirkt nun die *tiefe Phosphorpotenz morgens inkarnierend*, die höhere Potenz, besonders abends, kann demgegenüber zwar seelisch beruhigend wirken, aber so, dass sie zunächst das Seelische noch mehr vom Leib löst (was sich im Einschlafen zeigt) (► Kap. 7.1). Diese Wirkung ist während der akuten Pneumonie mit Risiken behaftet!

Immer dann, wenn der Arzt die Notwendigkeit erkennt, den geschilderten Phosphorprozess im Patienten bei der Pneumonie zu verstärken, ist Phosphor in der angegebenen

Dosierung als Ergänzung der Therapie indiziert; dabei muss nicht das Vollbild, wie es oben und im homöopathischen Arzneimittelbild geschildert wird, vorliegen. Es kommt mehr auf das Erfassen des seelisch-leiblichen Gefüges im Patienten als auf einzelne, schriftlich fixierbare Symptome an.

Nach dem Abklingen des Fiebers kann die Gabe von

- **Meteoreisen Glob. Wala**

morgens und nachmittags 5–10 Glob.

diese Wirkung fortführen und konsolidieren, bis die Rekonvaleszenz (ca. 4 Wochen nach Krankheitsbeginn) abgeschlossen ist. Das Mittel bewährt sich auch in der Rezidivprophylaxe.

Eine schwierige Behandlungssituation im Verlauf der Pneumonie entsteht, wenn es in größerem Umfange zu einer *Verfestigung des Exsudates* in den Alveolen kommt: Der Husten ist schleimig, aber unzureichend produktiv und löst sich schlecht; der Kreislauf droht, hypoton zu werden, das Hautkolorit wird blass, evtl. leicht zyanotisch, die Peripherie wird kühl und das Kind zeigt Symptome oder schildert selbst die Empfindung starker Übelkeit, kann nichts essen. Als Schlagwort für diese Situation kann man sich an den Ausdruck erinnern fühlen, dass jemand „im Sumpf steckt“ und sich selbst daraus nicht befreien kann.

Paracelsus hat genau diese pathologische Situation unter dem Begriff „tartarische Krankheiten“ erfasst: Wenn im Organismus aus dem Flüssigen heraus eine Verfestigung eintritt, die vom Organismus selbst nicht aufgelöst werden kann [Lüth 1989, 64]. Der Begriff „Tartarus“ stammt vom Weinstein, der sich während des Gärungsprozesses am Boden des Weinfasses absetzt.

Für diese tartarischen Krankheiten verwendete Paracelsus als wichtigstes Heilmittel Tartarus stibiatus, den Brechweinstein: eine in komplizierten chemischen Reaktionen gewonnene Verbindung von Weinstein und Antimonoxid. Dabei wird der an sich unlösliche „Tartarus“ durch das Antimon löslich und zugleich stark giftig. – Durch die Potenzierung (D6–D8) wird jedoch ein ungiftiges, stark wirksames Heilmittel für die oben geschilderte Situation geschaffen (es ist sehr wahrscheinlich, dass auch Paracelsus im Gegensatz zu seinen unmittelbaren Nachfolgern eine Art homöopathischer Potenzierung bei Tartarus stibiatus benutzte).

Auf die starke und rasch wahrnehmbare Wirkung von

- **Tartarus stibiatus D6 Verreibung Weleda**

5 × tgl. 1 Msp.

wurde bereits an anderer Stelle hingewiesen. Es ist das wichtigste potenzierte Heilmittel bei der postpartalen Asphyxie (►Kap. 2.3.2), was die Parallele der Pneumonie zum Geburtsvorgang unterstreicht. Bei Jugendlichen und Erwachsenen kann die D4 noch stärker wirksam sein (vgl. auch Pneumodoron 2 Weleda).

Durch die Injektion von Pulmo/Vivianit comp. und ggf. Equisetum/Stannum und vor allem durch die *konsequente Anwendung des Senfwickels* wird man jedoch der geschilderten Situation nur selten begegnen.

Ähnliches gilt für die Stützung des Kreislaufs während der Pneumonie, die in den bisher angegebenen Mitteln und Maßnahmen weitgehend mit enthalten ist.

Besteht dennoch die Notwendigkeit, darüber hinaus den Kreislauf während der Pneumonie oder im Beginn der Rekonvaleszenz zu tonisieren, bewährt sich die Gabe von

- Skorodit Kreislauf Glob. Wala
3–5 × tgl. 5–7 Glob. oder
- Cardiodoron® Tbl. Weleda
3 × tgl. 1 Tbl.

5.1.1.5 Möglichkeiten bei unzureichendem Therapieerfolg

5.1.1.5.1 Unzureichende Vitalität

Zunächst kann es immer wieder vorkommen, dass der Krankheitsverlauf zu einem bestimmten Zeitpunkt – meist dann, wenn die Lyse und Resorption des Exsudats einsetzen oder wenn sie zum Abschluss kommen sollte – ins Stocken gerät. Der Arzt kann den Eindruck gewinnen, dass der Organismus erlahmt und einen neuen Impuls benötigt, um seine Arbeit zu vollenden. In dieser Situation kann man sich zunächst fragen:

- Ist das Fieber nicht ausreichend hoch oder anhaltend gewesen?
- Steht das Kind noch unter dem Einfluss früherer, entzündungshemmender Medikamente (z. B. Antibiotika, Kortikosteroide)?
- Neigt das Kind konstitutionell dazu, „ungenügend aufzuräumen“? Dies kann sich u. U. auch allgemein in einem ungeordneten und schwer zu führenden Verhalten zeigen; ähnlich wie bei der Beschreibung von Phosphor bemerkt man evtl. auch, dass das Kind sich nicht in dem Maße krank fühlt, wie es dem leiblichen Zustand eigentlich entsprechen würde.

In diesen Fällen ist die Gabe von

- Sulfur D 30 Glob. / Verreibung Wala / Weleda
als Zwischenmittel (1 × bis max. 3 × 5 Glob. bzw. 1 Msp. in je 12 h Abstand) oft erfolgreich, sowohl hinsichtlich der Vitalisierung als auch der Formung der Lebensprozesse.

Ein weiteres wichtiges Zwischenmittel ist

- Lycopodium C 30–C 200 Gudjons
in gleicher Dosierung wie Sulfur

Letzteres wirkt besonders bei solchen Kindern, die bereits primär wenig Vitalität entwickeln, intellektuell rege, aber verdauungsschwach sind, wenig Appetit zeigen, allgemein zur Verfestigung neigen (z. B. Obstipation) und so auch unzureichend in der Lage sind, Exsudate wieder zur Auflösung zu bringen (insofern neigt dieser Konstitutionstyp allgemein zu „tartarischen Krankheiten“).

Die Kinder wirken kränker als diejenigen, die Sulfur benötigen; ihre Wärmeentwicklung verläuft träge und insgesamt unzureichend. Seelisch zeigen sie oft eine enge und zugleich fordernde Mutterbindung (es sind meist Knaben, die dieses Mittel benötigen).

■ **Psorinum C12–C200 Glob.**

bei primärer *Schwäche der Lebensorganisation und der Wärmebildung* (extrem frostige Menschen, Verschlechterung in der Kälte); neurasthenische Konstitution [Pfeiffer et al. 2007, 314].

■ **Medorrhinum C12–C200 Glob.**

bei hysterischer Konstitution, chronisch-allergischer Rhinitis, *hartnäckig rezidivierenden Dermatitiden im Windelbereich, (rezidivierenden) Analfissuren*, impulsiven Kindern (vgl. Hirte, in [Pfeiffer et al. 2007, 912–915]). Können zur Selbststimulation neigen (C30 – C200). Die Kinder wirken weniger sympathisch, stärker willensbetont-chole-risch. Hautausschläge beginnen ggf. eher am Unterkörper (Tuberculinum umgekehrt).

■ **Tuberculinum C200 Glob. (►Kap. 6.5.6.11)**

bei der Verbindung bzw. dem *Vikariieren von Neurodermitis und Asthma bronchiale* bzw. auch *obstruktiver Bronchitis* – konstitutionell liegt hier eine Mischform hysterischer und neurasthenischer Züge vor [Steiner 1999, 43 ff.]. Die Kinder wirken primär sympathisch, neugierig, sie wollen gerne im Mittelpunkt stehen und werden aggressiv, wenn sie sich nicht wahrgenommen fühlen.

Dabei sollten hohe Potenzierungen (C30–C200) in einmaligen Gaben (1–3 × 3 Glob. im Abstand von 12 h) gegeben und anschließend die Wirkung (nach Möglichkeit mindestens 1 Woche, u. U. wesentlich länger) abgewartet werden.

Die individualisierte Therapie mit potenzierten Einzelmitteln ermöglicht arzneilich die durchgreifendsten und anhaltendsten Behandlungserfolge bei Neurodermitis – wenn sie Bestandteil einer umfassenden Behandlung bleibt, die von der Diätetik bis hin zu den seelischen und sozialen familiären Verhältnissen alle Aspekte dieser Erkrankung berücksichtigt.

6.5 Asthma bronchiale

Man kann über Heimweh gering denken. Gewiß, man kann es aus sogenannten seelischen Gewohnheiten und dergleichen erklären. Aber ich bitte Sie doch zu berücksichtigen, dass durchaus im Gefolge des sogenannten Heimwehs auftreten können physiologische Erscheinungen. ... In asthmatischen Erscheinungen kann es sich ausleben. ... Bitten nehmen Sie das zusammen mit anderen Dingen, die einem ja gewöhnlich keine wissenschaftliche Betrachtung abnötigen, aber leider eben nicht.

Rudolf Steiner

Was nämlich die Lebensgeschichte erzählt, das bildet der Anfall in Kurzschrift noch einmal ab, so, wie im Märchenbuch die Abbildung den kritischen Augenblick festhält und ihm Dauer in unserem Gemüt gibt. ... Nehmen wir nun die verborgene psychische Angst und das Asthma zusammen und stellen uns eine Art Abhängigkeit dabei vor, dann können wir sagen: die Angst macht etwas, was wieder Angst macht.

Victor von Weizsäcker

6.5.1 Annäherungsweisen an ein Krankheitsbild

Im Jahre 1946 stellt Victor von Weizsäcker in Heidelberg Medizinstudenten eine asthmapranke fünfzigjährige Zigarrenmacherin in seiner Vorlesung vor:

„Wir sehen diese Krankheit jetzt auffallend oft in der Klinik. Zuerst bekam sie nur eine heftige Bronchitis, die nicht recht heilen wollte. Es mag sein, dass um jene Zeit die schwere Arbeitslosigkeit, die nach Kriegsende in Industrien um sich griff, ihre ersten Schatten auch auf die Gedanken der Patientin warf. Dann wurde tatsächlich auch ihr Betrieb geschlossen – sie wurde arbeits- und erwerbslos. Kurz nach diesem, sie tief bewegenden Ereignis begannen die Asthmaanfälle mit voller Stärke. Nach sechsundzwanzigjähriger ruhiger Arbeit war zum ersten Male eine Katastrophe in ihr Leben getreten ... Ihr Stolz war dahin, aber auch ihr Gefühl für Geborgenheit. Die Pathologische Physiologie belehrt uns darüber, dass das Asthma bronchiale eine Form von Vagus-Neurose ist, mit Sekretion der Bronchialschleimhaut und Kontraktion der Bronchialmuskulatur einhergeht, die beide oft durch eine Allergie, eine Überempfindlichkeit gegen pflanzliche und tierische Eiweißkörper ausgelöst werden (! – 1946) ... Dies sagt uns aber nichts, warum gerade jetzt oder warum gerade hier an diesem Organ die Wirkung eintritt ... „Gerade jetzt“ – dazu hören wir, ihre Seele habe in der kritischen Zeit eine schwere Einbuße an Geborgenheit erlitten. ...

Wenn wir fragen, was ist ein Asthma, dann fragen wir: was ist Atmen, was bedeutet Atmung in psychologischer Hinsicht? Und wie kommt es dazu, dass dieser Funktionskomplex zum Ausdrucksgebiete des Geborgenheitsverlustes wird?

Für solche Untersuchungen möchte ich Ihnen einen Leitsatz an die Hand geben. Betrachten Sie die organischen Krankheiten versuchsweise immer so, *als ob der Kranke seine Krankheit selbst mache* (Hvh. i. Orig.). Das ist eine volle Umkehrung der gewohnten Erlebnis- und Denkweise, denn es besagt, dass der Kranke seine Krankheit nicht bekommt, sondern macht. Zunächst sträubt sich alles gegen diese Vorstellung, der Kranke, seine Umgebung und das ärztliche Denken möchte sie ablehnen. Und doch gibt es einzelne Vorkommnisse, welche in diese Richtung weisen und die man schwer vergisst. Ich erinnere mich eines schweren Melancholikers, der eines Tages eine Zystitis mit Harnverhaltung bekam ... beim Katheterisieren entfielen ihm die verräterischen Worte: „Das ist doch furchtbar, dass ich das machen muss!“ Ich sagte, sie benimmt sich wie ein Kind. Wie ist das Verhalten der Kinder? Nehmen wir eine bestimmte, wiewohl alltägliche Szene. Ein Kind soll spazieren gehen, aber es mag nicht. Die Geborgenheit im Hause ist ihm lieber. Als man ihm den Mantel anziehen will, sträubt es sich; es strampelt, es schreit, es heult. Schließlich sagt es: „Es geschieht euch gerade Recht, wenn ich mich erkälte.“ Es kommt auch einmal so weit, dass ein Kind sagt: „Es geschieht euch gerade Recht, wenn ich sterbe.“ Seine Phantasie stellt sich bereits die Krankheit vor, es droht mit der Krankheit, aus Trotz und als Rache; aber im letzten Grunde ist dies aus der Angst geboren, der Angst vor dem Verlust einer Geborgenheit. Diese Angst muss eine große Kraft haben, wenn sie zu so furchtbaren Drohungen Anlass gibt.“

An dieser Stelle referiert Victor v. Weizsäcker in Kurzform Gogols berühmte Novelle „Der Mantel“, die von einem armen Ministerialbeamten erzählt, der monatelang für einen neuen Mantel spart – sein alter ist zerschissen. Seine Kollegen feiern mit ihm, als er vom Schneider den neuen Mantel bekommt. Auf dem Nachhauseweg von dieser Feier wird er überfallen und seines Mantels beraubt. Er erwacht mit Fieber, entwickelt eine schwere entzündliche Erkrankung – vielleicht eine Pneumonie – und stirbt.

„Darum schrieb Dostojewski später an einen Freund: Wir alle kommen aus „dem Mantel“. Der Mantel ist das Symbol eines Schutzes, den der Ärmste braucht – auf Lebensgefahr braucht. Sie verstehen jetzt die Beziehung auf die Geschichte von dem Kinde ...

Wenden wir dies auf die Krankheit des Asthma und auf das Atmen an. Die Atmung ist jedenfalls eine lebenswichtige Funktion. ... Sie besteht aus zwei Teilen: Einatmen und Ausatmen. Das ist auch ein Einnehmen und ein Ausgeben. Die Muskulatur muss erst das eine, dann das andere bewirken; geschähe beides zugleich, so entstünde eine Hemmung, ein Behalten. Was tut nun jenes Kind? Es weint und schreit. Seine Tränendrüsen sezernieren und seine Kehlkopfmuskeln versperrern den Atemweg. ... Was aber geschieht im Asthma-Anfall? Etwas ganz Entsprechendes, nur ein Stockwerk tiefer. Die Schleimhaut der Bronchien sezerniert, und die unwillkürlichen Muskeln der Bronchien sperren die Atmung. *Man kann sagen, in der Tiefe der Lunge erfolgt ein Weinen und Schreien. Der Anfall ist eine Art Heulszene der Lunge* (Hvh. v. Verf.), als Ausdruck jener Angst, jenes Trotzes, jener Drohung mit Krankheit und vielleicht Tod. Das Ganze ist nur verschoben. Was beim Kinde in den oberen Gebieten abläuft, das erfolgt hier in der unwillkürlichen Tiefe. Der Anfall dauert nicht ewig, wie auch die Heulszene nur eine Episode ist. ... Aber in beiden Fällen ist die Szene nur die Entladung längst angehäufter Spannungen, seit langer Zeit vorbereiteter Verhältnisse. Eine Episode, die einen Hintergrund hat.“ [Wezsäcker 1988, 139 ff.]

Im Jahre 2010 definiert die *S2-Leitlinie Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter*¹³⁸ Asthma als „Krankheit mit einer erhöhten Empfindlichkeit der Atemwege gegenüber verschiedenen Reizen (Hyperreagibilität), die auf einer chronischen Entzündung der Bronchialschleimhaut, insbesondere im Bereich der kleinen Atemwege, beruht. Es findet sich eine komplexe Interaktion von endogenen – genetisch bedingten (!) – Faktoren und exogenen Reizen physikalischer, chemischer, pharmakologischer und/oder immunologischer Art (Auslösermechanismen bzw. Inducer) mit der Folge der Hyper-/Dyskrinie, Bronchospasmus, Schleimhaut-Ödem und unter Umständen Remodelling. Darüber hinaus besteht eine enge Verknüpfung zwischen Asthma bronchiale und atopischer Disposition. Das Asthma bronchiale ist **klinisch** (Hvh. i. Orig.) gekennzeichnet durch überwiegend anfallsweise auftretende, in seltenen Fällen auch konstante, vor allem expiratorische Behinderung der Atmung, die entweder spontan oder infolge der Behandlung variabel ist.“ [Berdel 2010, 1 f.] Der Leser kann nach Lektüre von Wezsäckers sich fragen: *Wer ist da?* Sucht man nach dem Subjekt der pathophysiologischen Definition in streng grammatikalischem Sinne, kommen am ehesten genetische Faktoren als „endogene“, dem Betroffenen zugehörige Größe in Betracht. Verfolgt man die 38-seitige Leitlinie, stößt man auf Seite 33 auf den Begriff „psychosoziale Faktoren“: „Zwar verursachen psychogene Komorbiditäten bzw. psychosoziale Problemkonstellationen kein Asthma, aber sie können die Behandlung und das Selbstmanagement erschweren sowie das Erreichen einer guten Kontrolle verhindern. In diesen Fällen können psychologische / psychotherapeutische Hilfen angezeigt sein. Insbesondere bei Patienten mit unzureichender Asthmakontrolle sollte daher gezielt nach psychosozialen Problemkonstellationen / psychischen Komorbiditäten gesucht werden.“ [Berdel 2010, 33] Was verursacht also Asthma bronchiale? Wer leidet an Asthma bronchiale – und wer stört die erfolgreiche Therapie?

„Diesen Phänomenen liegen auch seelische und spirituelle Dimensionen zugrunde wie ungenügende Abgrenzung, Autonomizitätskonflikte, Traumata (auch Sorgen und Kummer), Kränkungen oder Hemmnisse in der Entwicklung der Individualität des Menschen. Ihre Beziehung zum leiblich-physischen Erscheinungsbild ist mit den Erkenntnismitteln der Anthroposophischen Medizin, der funktionellen Dreigliederung und Viergliederung

¹³⁸ Das Manuskript dieser Auflage wurde zu einem Zeitpunkt (Januar 2018) abgeschlossen, da die Leitlinie Asthma bronchiale seit über 5 Jahren nicht aktualisiert wurde.

des Menschen beschreibbar.“ So ergänzt die „*Leitlinie zur Therapie des Asthma bronchiale in der Anthroposophischen Medizin*“ der Arbeitsgemeinschaft Anthroposophische Pneumologie ihre ebenfalls 2010 publizierte Leitlinie [AAP 2010].

Vor diesem Hintergrund eröffnen sich differenzierte Zugangswege zu einem Krankheitsbild, das in der Zeit seit 1946 bis heute das häufigste und in der Therapie aufwendigste chronische Krankheitsbild des Kindesalters geworden ist.

6.5.2 Wahrnehmungen in der Praxis

Zunächst die gute Nachricht: Viele betroffene Kinder sind sehr sensibel und überdurchschnittlich intelligent. Sie sind oft auch künstlerisch begabt und wissen als Erwachsene besser als andere, was sie wollen. Es ist wichtig für Eltern, diese beruhigende Nachricht bei allen Sorgen um das asthmakranke Kind im Kopf zu behalten.

J. Vagedes, G. Soldner [2017]

Im 2011, more than 10 million children (14 % of US children) had ever been diagnosed with asthma, with 70 % of this group reporting current asthma. Male gender and living in poverty are demographic risk factors for having childhood asthma in the U. S. ... In the United States in 2006, childhood asthma accounted for 593 000 emergency department visits, 155 000 hospitalizations and 167 deaths. A disparity in asthma outcomes links high rates of asthma hospitalization and death with poverty, ethnic minorities and urban living.

Liu et al. [2016, 1095 f.]

Die Erfahrung in der Begegnung mit asthmakranken Kindern ist vielfältig und nicht auf eine einfache Aussage reduzierbar. Aber sie ist der wesentliche Ausgangspunkt, um diese Kinder und ihre Familien *verstehen zu lernen* und sich damit selbst vom *nur Gewussten* zu lösen. Eine individuelle Pädiatrie, die das Ziel der Heilung dieser Erkrankung verfolgt, kann auf diesen Ausgangspunkt nicht verzichten.

Asthmakranke Kinder berühren auch außerhalb akuter Atemnotzustände in auffälliger Weise die Seele des Gegenübers. Sie haben oft eine intensive seelische Ausstrahlung, die außerhalb der Atemnotzustände durchaus wach, charmant, strahlend sein kann. Zugleich gewinnt man vielfach den Eindruck, dass eine *erhöhte Grundspannung* seelisch-leiblich vorhanden ist, die Bewegungen und Reaktionen sind oftmals etwas ruckartig und unfrei, das Spiel von Muskulatur und Gelenken ist in manchen Partien (besonders Hals und Schultergürtel) angespannt – auch bei pastösen, vom Temperament her eher trägen Asthmatikern fallen diese innere Spannung und Bewegungsblockaden auf [Vögler 1987]. Gemeinsam ist den meisten betroffenen Kindern eine große Sensibilität und überdurchschnittliche Intelligenz. Viele zeigen künstlerische Begabungen. Ein erheblicher Teil ist in seiner Aggression, seiner Fähigkeit, sich zu wehren (vor allem gegen Gleichaltrige) gehemmt. Dies ändert sich im Übrigen deutlich, wenn die Therapie des Asthmas erfolgreich verläuft (es ist gut, bereits vorher darauf hinzuweisen).

Dem Arzt fällt öfter ein blasses Gesicht auf; Augenringe deuten auf Obstruktionen der Nasenatmung oder Störungen des Verdauungstrakts hin (Dysbiose, Nahrungsmittelunverträglichkeiten). – Bei der Untersuchung charakteristisch ist das Hochziehen der Schultern bei der Auskultation, auch wenn keine Atemwegsobstruktion vorliegt. – Konstitutionell überwiegen vor der Pubertät Jungen gegenüber Mädchen und eine *neurasthenische*

Konstitution (► Kap. 6.4.3.5.4). Immer häufiger begegnet man auch rundlichen, eher übergewichtigen, oft eng an die Mutter gebundenen Jungen, die bei körperlicher Anstrengung rasch ins Schwitzen geraten und Atemnot entwickeln. Diese Kinder zeigen häufig auch Störungen der Konzentration und Aufmerksamkeit; auch in der Sprechstunde fällt ihre Unruhe und ihr schwaches Selbstwertgefühl auf (► Kap. 7.5.4.5.2).

Bei der *rezidivierenden obstruktiven Bronchitis* des Säuglingsalters (die bekanntlich eine bessere Prognose hat und ein anderes Ansprechen auf therapeutische Maßnahmen zeigt als das Asthma bronchiale) stehen eine *hysterische Konstitution* (i. S. der Ausführungen unter ► Kap. 6.4.3.5.4) und überschießende Stoffwechselfvorgänge der Lunge im Vordergrund: Die Schwellung der Schleimhaut im Bereich der Bronchiolen und die Schleimsekretion tragen vorwiegend zur Symptomatik bei; auslösend stehen Infekte, die das Kind nicht bzw. noch nicht in Form einer akuten Entzündung überwinden kann, und Nahrungsmittelunverträglichkeiten (insbesondere von Milcheiweiß) im Vordergrund. Die Fähigkeit, Fieber zu erzeugen, immunologisch Fremdes abzubauen und zu überwinden, Verdauung und Stoffwechsel zu beherrschen, ist (noch) nicht genügend entwickelt; der Stoffwechsel an sich ist bei vielen dieser Kinder aber sehr rege. Es ist charakteristisch, dass sie in der Regel *wenig an Angst und Atemnot leiden*. Die Erkrankung verläuft im Allgemeinen weniger dramatisch und anfallsartig als vielmehr unter dem Bild einer subfebrilen, subakuten Bronchitis mit pfeifend-rasselnder Atmung.

Demgegenüber fällt beim Asthma bronchiale die *Verschränkung* von entzündlicher, oft zäher, sich rasch verfestigender Schleimsekretion und muskulärem Bronchospasmus in Form einer *anfallsartigen* Erkrankung auf. – *Seelisch* tritt dabei im Anfall meist ein *deutlich anderes Verhalten und Empfinden* in Erscheinung als außerhalb, das von Angst, Erregung und motorischer Unruhe geprägt ist. Deutlich ist damit ein *Konflikt* polarer, gegenläufiger Tendenzen auf verschiedenen Ebenen erlebbar. In Einzelfällen kommt dies bereits in den ersten zwei Lebensjahren zur Ausprägung; dann ist es diagnostisch und prognostisch richtiger, von vornherein von „Asthma bronchiale“ und nicht von einer „obstruktiven Bronchitis“ zu sprechen.

Obwohl Nahrungsmittelunverträglichkeiten (und therapeutisch Diätpläne) beim Asthma bronchiale eine geringere Rolle spielen als bei Neurodermitis, ist die *Beziehung* asthmakrankter Kinder *zur Nahrung vielfach auffallend*. Es finden sich vor allem extreme Vorlieben und Abneigungen; Unruhe und Unkonzentriertheit beim gemeinsamen Essen der Familie; die zirkadiane Rhythmik des Appetits ist verschoben; die Nahrung *bedeutet vielen Kindern wenig*. Sie essen außerhalb der Essenszeiten, einseitig, „wie nebenbei“. Bekannt ist die zunehmende Inappetenz und Übelkeit bei Zunahme der bronchialen Obstruktion. – Unter den Kindern mit *hysterischer, stoffwechselbetonter Konstitution* findet sich ebenfalls ein gestörtes Essverhalten in dem Sinne, dass bestimmte Nahrungsmittel einseitig bevorzugt werden und die Kinder häufig zwischen den Mahlzeiten essen; nur dass hier die Tendenz zum Übergewicht vorherrscht, hinter der nicht selten auch eine depressive, seelisch gehemmte Entwicklung steht (zur Störung der Verdauung, Assimilation und Wärmebildung vgl. ► Kap. 6.3, ► Kap. 6.4). Demgegenüber bedeutet Freude am Essen und intensives Verdauen eine intensive Verbindung des Seelischen mit dem Lebendigen der Nahrung und mit dem lebenstragenden Bereich des eigenen Organismus, der ohne Impulsierung durch Seele und Ich nicht verdauen kann (► Kap. 4). *Essen in Gemeinschaft, Mitleben im Rhythmus der Gemeinschaft stärkt diese Verbindung zum Leben*, die bei asthmakranken Kindern zunächst oft unsicher, zu wenig entwickelt ist.

Asthmakranke Kinder *fallen aus dem Rhythmus*, nicht nur ihrer eigenen Atmung: Sie neigen zu abendlicher Unruhe, sie lösen sich seelisch oft schwer von ihrer inneren Spannung, um einzuschlafen oder sie erwachen nachts (auch ohne Atemnot) nicht selten mit *Ängsten*. Der Rhythmus ihrer körperlichen Bewegung ist vielfach ruckartig beschleunigt oder blockiert, gehemmt; die Atmung ist auch außerhalb asthmatischer Anfälle *nicht frei* schwingend. Auffällig ist ihre *Überempfindlichkeit*, zunächst auf *meteorologische Einflüsse* – fast jede Asthmaerkrankung zeigt hier typische Modalitäten der Verschlimmerung, und diese *Tatsache als solche* zeigt eine abnorme Umweltempfindlichkeit und Klimaabhängigkeit. Sie ist bereits Ausdruck einer labilen Verbindung mit dem Leiblichen. Dem allzu freien Auftreten des Seelischen dieser Kinder entspricht ihre Schwäche dort, wo dieses Seelische leiblich tätig werden muss: vor allem im Abbau, der Überwindung der Nahrung und im Aufbau der Grenzflächenorgane, die den Leib gegenüber der äußeren Natur abgrenzen. – Die Überempfindlichkeit im Sinne einer Pollinose, auf Hausstaubmilben u. a. ist Ausdruck dieser Problematik, sich mit der Natur in Beziehung zu halten und zugleich von ihr zu emanzipieren. Sie hängt zuinnerst mit der Verbindung des Seelischen zur eigenen lebendigen Leiblichkeit zusammen.

Zusammenfassend fällt das Seelische asthmakranker Kinder – in unterschiedlicher Weise – in der Begegnung auf: Oft begegnet es dem anderen zu intensiv – und kann zugleich nicht normal in die eigene Leiblichkeit eintauchen, wirkt schutzlos und überempfindlich. Ebenso kann es zunächst verhalten, gehemmt erscheinen; aber auch dann wird – vielleicht erst auf den zweiten Blick – seine Heimatlosigkeit und Angespanntheit spürbar. Eine Mutter von Zwillingen, Kollegin, deren Zwillingstochter Asthma hat, während ihr Zwillingsson davon keine Spur zeigt, wurde vom Verfasser gefragt, wie sie seelisch ihre beiden (9-jährigen) Kinder malen würde: Beim Sohn kamen Beine und Leib kräftig zur Darstellung; sie verschwammen im Bild der Tochter, während ein Brustbild der oberen Körperhälfte von eindrucksvoller Größe sichtbar wurde. Die Mutter: Ja, hier ist ihre Seele zu groß – und zugleich wurde deutlich, wie eng diese, nicht ganz im Leib beheimatete Seele mit der Mutter verbunden war. Ihre Beziehung zu ihrem Zwillingsson empfand die Mutter ganz anders, fühlte sich seelisch freier in diesem Verhältnis.

Das seelisch-leibliche Zusammenspiel hängt beim Menschen entscheidend von der Tätigkeit der Ich-Organisation und damit der *Individualität des Kindes selbst* ab. Diese lebt in der Wärmeorganisation (► Kap. 6.4.2). Asthmakranke Kinder zeigen oft eine auffallende Diskrepanz ihrer eigenen Wärmeempfindung im Verhältnis zu ihrer Eigenwärme und zur Wärme der Umgebung. Sie haben auch Schwierigkeiten, die Eigenwärme harmonisch zu verteilen. Dabei ist ihr eigener unterer Organismus besonders betroffen (z. B. kalte Füße und Unterschenkel). Therapeutisch wirken ein warmes Fußbad oder Senffußbad [Girke 2012, 189 f.] und entsprechende Behandlungen der Füße sehr oft krampf lösend und auch langfristig günstig (► Kap. 6.5.6.2). *Unterdrückende Vorbehandlungen* der kindlichen Wärmeorganisation (z. B. antibiotisch, antipyretisch behandelte Atemwegsinfekte etc.) und entsprechende Schwächen bzw. Schwächungen der Elterngeneration („atopisch belastete Familienanamnese“) – vgl. die vorhergehenden ► Kap. 6.1 bis ► Kap. 6.4 – spielen beim Asthma bronchiale eine noch größere Rolle als bei der Neurodermitis. Viele Kinder mit Asthma bronchiale weisen selbst in der Vorgeschichte eine Neurodermitis auf. Neben dem Älterwerden können entzündungsunterdrückende Maßnahmen, nicht zuletzt gegenüber dem Ekzem selbst, den Übergang in ein Asthma bronchiale fördern.

Von großer Bedeutung bei asthmakranken Kindern ist ihre *Beziehung zur Familie*, vor allem zur Mutter. Allein schon, wenn dies so ausgesprochen wird, drückt sich darin eine problematische Stellung des Vaters in der Familie aus.

Nur als Einschub sei gesagt, dass die folgenden Ausführungen so wenig wie die bisherigen auf alle Kinder und ihre Eltern zutreffen; auch kann es nie die Absicht sein, Schuldzuweisungen vorzunehmen, zumal es sich hier um *Korrespondenzbeziehungen* handelt, die von Geburt an durch beide Seiten ihre Gestaltung erfahren. Das kann vielleicht bereits die kurze Schilderung der Kollegin und Zwillingsmutter verdeutlichen. Auch das Kind bringt eine eigenständige Individualität (und Schicksal) mit und ist bei Konzeption und Geburt mehr als ein leeres, erst zu beschreibendes Blatt.

Ein wichtiger Grund für eine Problematik zwischen Vater und Mutter sowie Vater und Kind liegt vor, wenn der Vater die Schwangerschaft ablehnt oder gar eine Abtreibung des Kindes wollte; wenn er während der Schwangerschaft die Mutter verlässt oder sie sich seelisch allein gelassen fühlt. Wie oft ist dies in der Anamnese von Kindern mit chronisch-obstruktiven Atemwegserkrankungen zu erfahren. – Ebenso kann der Fall vorliegen, dass die Mutter einseitig die Schwangerschaft wollte, sich nicht innerlich mit dem Vater des Kindes verbunden hat, sich bald von ihm löst und ihn auf Distanz hält (► Kap. 2). Trennung oder drohende Trennung der Eltern – dies ist oft ein Hintergrund, vor dem sich Mutter und Kind eng, zu eng aneinander binden und der Vater an den Rand rückt, besonders in den ersten Lebensjahren des Kindes. Andere Gründe für eine solche Entwicklung können in der Unreife des Vaters, beruflich-existenziellen Sorgen, einer schwachen Stellung des Vaters z. B. gegenüber der Schwiegermutter u. a. liegen. *Eine geschwächte, problematische Stellung des Vaters* ist heute in Familien mit asthmakranken Kindern jedenfalls sehr viel spezifischer als eine zu dominante väterliche Position. – Von Seiten der Mutter kann sowohl in einer dominant-vereinnehmend ausgeprägten Persönlichkeit als auch in einer ängstlich-depressiv betonten Grundhaltung der Ursprung einer *Imbalance zwischen den Eltern mit mütterlicher Dominanz* bzw. *zu enger Mutter-Kind-Bindung* liegen.

Hier ist zu beachten, dass seit dem 2. Weltkrieg und dem Verschwinden der vorindustriellen Landwirtschaft die *Abwesenheit der Väter tagsüber zum Normalzustand der Gesellschaften mit „westlichem Lebensstil“* geworden ist. – Es muss in diesem Zusammenhang auch zu denken geben, dass beim Asthma bronchiale im Kindesalter gehäuft Jungen betroffen sind.

Familiär bestehen bei kindlichem Asthma bronchiale gehäuft labile und gespannte Beziehungen (wobei die Ebene der Großeltern und auch die Bedeutung der Geschwister mit einzubeziehen sind – der Ansatz der systemischen Familientherapie [Weber 1995, Kapitel III, IV] kann hier entscheidende Hilfen in der Klärung der Anamnese und Diagnose bringen, auch wenn man therapeutisch andere Wege gehen will). Von der größten Bedeutung aber ist eine *seelische Ambivalenz der Mutter gegenüber dem Kind*. Dabei bleibt der aggressiv-ablehnende Anteil häufig hinter einem sehr besorgten und formal behütenden (aber nicht warmen) Erziehungsstil verborgen. Die kleine Geschichte oben kann wiederum verdeutlichen, dass auch die Qualität, in der sich das Kind an die Mutter bindet, diese Ambivalenz auslösen oder verstärken kann. In dieser Situation gibt die mütterliche Liebe keine Wärme: Ohne diese bleibt die kindliche Seele hüllenlos, entbehrt sie den notwendigen Mantel, um sich allmählich ins Freie zu wagen und dort zu bestehen. Diese Wärme aber fließt aus einer tieferen Quelle als die immer ambivalenten Regungen des rein Seelischen (des Astralleibes): *Wärme fließt aus der Identifikation der menschlichen Individualität mit sich selbst, mit den eigenen Lebensbedingungen, mit den Mitmenschen.*

Wenn die Eltern diese Wärme für ihr Kind nicht aufbringen können, weil ihnen diese Identifikation nicht möglich ist – durch den für die Lebensmittel so charakteristischen Konflikt mit dem Partner, mit dem Unverwirklichten der eigenen Person, mit dem, was als Vergangenheit unerlöst in die Gegenwart hereinwirkt – *dann sind die Eltern selbst in Not.*

Ob primär oder sekundär, Eltern asthmakranker Kinder benötigen durch den Arzt seelische Unterstützung. Dies ist nicht immer möglich: weil es nicht zugelassen werden kann, weil z. B. der Vater gar nicht erreichbar ist, weil die eigene Lebenserfahrung, Ausbildung noch nicht ausreichend sind. An der wahren Bedeutung dieser Vorgänge ändert das jedoch nichts.

Kasuistiken

Ein Junge, erstes von zwei Kindern, ist von Geburt an Patient in der Praxis. Bereits im ersten Lebensjahr rezidivierende obstruktive Bronchitiden, die in ein Asthma mit zeitweilig häufigen Atemnotanfällen übergehen. Trotz intensiver Behandlung mit homöopathischen und anthroposophischen Heilmitteln keine Ausheilung. Problematische Familienverhältnisse: Der Vater ist ein liebenswerter, weicher Musiker, die Mutter Lehrerin an einer antiautoritär orientierten Privatschule (1968er Jahre). Die Ehe verläuft spannungsvoll.

Vom Vater hingebungsvolle, antiautoritäre Erziehung, die so weit ging, dass der Junge mit 7 Jahren den Vater anschrie: „Wann strafst du mich denn endlich?“ – Trotz hoher Intelligenz schlechter Schüler, vorzeitiger Abgang von der Waldorfschule. Lehre. Erst als sich der Pat. vom Zuhause befreien konnte und erfolgreich im Beruf (Schiffbauer) stand, konnte das Asthma ausheilen.

Als der Pat. 15 Jahre alt war, wurde dem Arzt von dritter Seite mitgeteilt, dass der familiäre Vater nicht der leibliche war, was die Mutter trotz vieler Bemühungen von Außenstehenden – soweit bekannt – bis heute weder ihrem Mann noch dem Sohn noch dem Arzt (in einem vorsichtig diesbezüglich geführten Gespräch) offenbaren konnte.

Ein Junge, zweites Kind von zweien, erstmals obstruktive Bronchitis mit zwei Jahren, ohne dass eine auslösende Ursache erkennbar war. Es entwickelte sich ein Asthma bronchiale mit schweren Atemnotanfällen, das wiederholt stationär behandelt werden musste.

Ab dem 4. Lebensjahr des Jungen verbrachte die Familie zweimal jährlich ihre Ferien in Griechenland. Dort war er immer sofort beschwerdefrei. Ob 2 oder 6 Wochen Ferien – die Atembeschwerden traten meist schon auf dem Rückflug erneut in Erscheinung.

Im 7. Lebensjahr (Pat. geht in die 1. Grundschulklasse) entschließen sich die Eltern (beide Lehrer) zu einem Hausbau in Griechenland. Der Vater lässt sich beurlauben und beginnt unter primitiven Verhältnissen (Vater und Sohn wohnen im VW-Bus) mit dem Pat. zusammen die Verwirklichung des Vorhabens. Der Junge geht dort zur Schule, lernt Neugriechisch und baut mit dem Vater zusammen mit großer Begeisterung bei allen Witterungsverhältnissen und manchen Widrigkeiten das Haus, das nach 2 Jahren fertig ist.

Weder während der Bauzeit noch später nach der Rückkehr nach Deutschland jemals wieder Asthmabeschwerden.

Ein Mädchen, drittes Kind, wird mit 7 Monaten unter dem Vollbild eines Asthma bronchiale in der Praxis vorgestellt. Obstruktive Bronchitis erstmals im Alter von wenigen

Wochen, antibiotisch behandelte Atemwegsinfekte, zunehmend schwere Atemnotanfälle, seit Monaten Dauertherapie mit Beta-2-Sympathikomimetika und inhalativen Steroiden, darunter weiterhin schwere Anfälle von Atemnot. Das Mädchen kommt mit ausgeprägter Dyspnoe und entsprechend ausgeprägtem Auskultationsbefund in die Praxis. Es blickt dabei auffallend freundlich, wach, ist körperlich dünn und zart. Die Mutter ist Kollegin, berufstätig; eine hoch gewachsene, ernste, seelisch introvertierte Frau. Der Vater ist Arzt, zurzeit ohne festes Arbeitsverhältnis, geht verschiedenen wissenschaftlichen und beruflichen Interessen nach. Er zeigt ein sanguinisches Temperament bei neuroasthenischer Konstitution; seine Stellung gegenüber seiner Frau und dem Kind wirkt labil. Ein phlegmatisches, sympathisches, etwas übergewichtiges Kindermädchen übernimmt die Betreuung des Kindes, wenn die Eltern außer Haus sind, und bringt Pat. in die Praxis, wenn die Mutter beruflich verhindert ist. Anamnestisch ergibt sich, dass das erste Kind seit Jahren bis dato unter Asthma bronchiale leidet; nach der Konzeption dieses Kindes bestand eine starke Ambivalenz v. a. des Vaters gegenüber der Schwangerschaft. – Das zweite Kind sei gesund; hier war die Zeit der Schwangerschaft zwischen den Eltern „okay“. Während der Schwangerschaft der Pat. begann zwischen Vater und Mutter ein Beziehungskonflikt, der bis dato völlig ungelöst ist; die Mutter strebt die Trennung an, der Vater will sich nicht entscheiden.

Es gelingt, die Mutter einem Kollegen zu überweisen, der ihr hilft, ihre Haltung im familiären Konflikt zu klären; die Eltern leben heute (vier Jahre später) harmonisch zusammen. Die Bedeutung des elterlichen Konflikts wurde mit beiden Eltern besprochen. – Unter entsprechender Medikation (►Kap. 6.5.5, ►Kap. 6.5.6) konnte die allopathische Dauermedikation mit Steroiden innerhalb Wochen, insgesamt (Verzicht auch auf DNCG und Beta-Sympathikomimetika) nach Monaten beendet werden. Seit zwei Jahren keine Asthmaanfälle mehr. Keine anderen allergischen Erkrankungen, seit zwei Jahren nur noch normale Infektfrequenz (zu Beginn stark gehäufte Infekte der Atemwege; im Verlauf eine akute Pneumonie).

6.5.3 Pathogenese

Wenn Paul wieder für Monate die Weite suchte, dann schloss sich unser kleiner Geschwisterring um so enger um die Mutter. Dann war die kleine, schwächliche Frau Vater und Mutter in einer Person. Ja, nach und nach vermissten wir den Vater gar nicht mehr, verloren überhaupt den Begriff, was ein Vater sei und bedeute. Wie rare Inseln waren die meist kurzen Aufenthalte Pauls bei uns. Nachher hatten wir wieder das weite, leere Meer für lange Zeit und wussten bald nicht mehr, was so eine väterliche Insel sei ... Infolge meiner Armut und Krankheit gelangte ich nie im äußeren Leben zu jener Sorglosigkeit, die keine festen Plätze und Sicherungen suchen muss, weil sie auf ihre Macht oder Kraft überall im offenen Plan vertrauen darf. Ich genoss nie jenes Vertrauen nach außen und beneidete jeden, der es besaß.

Heinrich Federer [1976, 93, 104]

Embryologisch wandelt sich in der Lungenbildung ein *vorderer Darmabschnitt stufenweise in ein Atmungsorgan* [Hinrichsen 1990, 579 f.]. Die formenden Impulse auf das Epithel – dies gilt allgemein für die Morphogenese, die Gestaltbildung der Organe in der

Humanembryologie [Hinrichsen 1990, 19 f.] – werden dabei durch die *extrazelluläre Matrix* vermittelt. Der *Kontakt, Zusammenhalt der Epithelzellen mit der Basalmembran*, in dem „Integrine“ eine wesentliche vermittelnde Rolle spielen, ermöglicht erst die Ausreifung zu einem *respiratorischen Epithel*. Der Zusammenhalt der Epithelzellen untereinander – und damit die Geschlossenheit der Epitheloberfläche – wird u. a. ebenfalls mithilfe dieser Integrine hergestellt: Kontakt zur extrazellulären Matrix über die Basalmembran, Geschlossenheit der Epitheloberfläche und Ausdifferenzierung zu einer (in sich polarisierten) respiratorischen Epithelzelle hängen so unmittelbar zusammen.

Dieser Zusammenhalt wird beim Asthma bronchiale entzündlich labil (reversible Obstruktion) und kann im „Remodelling“ einem tiefer greifenden, irreversiblen Skleroseprozess mit Becherzell-Metaplasie, Verdickung der subepithelialen Basalmembran, Hyperplasie und -trophie der glatten Muskulatur und Bindegewebsvermehrung im subepithelialen Raum weichen. Die Atemwegobstruktion ist dann partiell irreversibel. Die etablierte Asthma-Therapie v. a. mit Beta-Mimetika und inhalativen, ggf. systemischen Kortikosteroiden verhindert das Remodelling nicht (vgl. unten, ►Kap. 6.5.5.3). Die lebendige Kohärenz der bronchialen Organbildung ist nur in ihren pathogenetischen Aspekten, ihrem Zerfall heute abbildbar, aber nicht auf der Ebene, die ihren Zusammenhang schafft und aufrechterhält. Dieser Zusammenhang urständet in der Lebensorganisation, im Ätherleib des Organismus (►Kap. 1.1) Auf den Erhalt dieser Tätigkeit und der von ihr fortwährend erzeugten Kohärenz von Epithel, Matrix, vaskulärer und nervaler Versorgung des Bronchialsystems muss ein salutogenetisch, an der Heilung orientiertes Verständnis des Asthma bronchiale orientieren. Das schmälert nicht den Wert, eine wirksame Kontrolle gegenüber potenziell lebensbedrohlichen Asthmaanfällen realisieren zu können, lenkt aber den Blick auf die dahinterstehende Wirklichkeit des lebendigen Organismus, die von der konventionell-einstellenden Therapie (so übereinstimmend mehrere klinische Studien) nicht erreicht wird und von der die langfristige Prognose entscheidend abhängt.

Während die Lunge im ersten Schwangerschaftsdrittel „pseudoglandulär“ noch wie ein drüsiges Darmanhangsgebilde erscheint, entwickeln sich bis zur 24. Schwangerschaftswoche Bronchien und Bronchiolen. Ab diesem Zeitpunkt beginnt die Alveolarentwicklung, zunächst bis zur Geburt als Sacci alveolares und dann – in der Alveolarperiode – bis zum Ende des ersten Jahrsiebts [Hinrichsen 1990, 595; Girke 1997, 282]. Dabei nehmen Bronchien und Bronchiolen eine Mittelstellung ein zwischen den – der Stoffwechselorganisation und -funktion am nächsten stehenden – Alveolen, die eine durch Fasern der Grundsubstanz, Surfactant u. a. elastische, physisch nicht fixierte Gestalt haben (wie sie dem Bereich der Stoffwechselorgane nahe steht), und andererseits den großen Bronchien und der Trachea, die sich morphologisch dem Kopf mit seiner fixierten Exoskelettbildung annähern. *Im Krampf, in der Verdickung der glatten Muskulatur beim Asthma nähern sich die kleinen Bronchien und Bronchiolen der Tendenz nach der Kopforganisation* (parallel wird der Thorax als ganzer glockenförmig und steif); ebenfalls in dieser Richtung liegt die *Hyperreagibilität* durch Irritation von frei endenden Fasern des N. vagus beim Asthma (infolge des Verlusts an bedeckendem Epithel). Hier wird ein vom Kopf ausgehender Nerv irritiert, der in der Pathogenese des Asthmas von Bedeutung ist [Reinhardt 1996, 70 f.]. Inzwischen kann auch als gesichert gelten, dass proinflammatorische, neurogene Einflüsse die bronchiale Entzündung unterhalten und verstärken können. Im Krampf droht die Lunge zu stark kopfähnlich zu werden, in der Inspiration zu erstarren.

In der *eosinophilen Entzündung*, der Sekretion eiweißhaltigen Schleims, der auflösend wie ein Verdauungsenzym zu wirken beginnt, nähern sich die Bronchien einem darmähnlichen Verdauungsorgan (parallel wird Schleim in der Atemluft hörbar, tritt Auswurf auf). Es ist bemerkenswert, dass der ursprüngliche Sinn eosinophiler Entzündung in der Abwehr von Darmparasiten liegt (z. B. bei Wurmbefall) – und dass in den Ländern, in denen dies häufig erforderlich ist, allergische Entzündungen deutlich seltener sind (► Kap. 4). Konsequente Elimination intestinaler Helminthen erhöht nachweislich die Rate allergischer Sensibilisierung auf Hausstaubmilben [Biggelaar 2004]! Es handelt sich also bei der eosinophilen Entzündung der Bronchien um einen physiologischen Vorgang – am falschen Ort, aus „falschem“ Anlass: Die Lunge „wird quasi zum Darm“ [Schnürer 2006, 58]. Die kopfähnliche Tendenz überwiegt bei der neurasthenischen, die darmähnliche Tendenz bei der hysterischen Konstitution, aber immer liegt eine *Durchdringung beider Tendenzen* mit individuell unterschiedlicher Gewichtung vor. Diese kann konstitutionelle Betonungen annehmen, die für die COPD des Erwachsenen in die bekannten Bilder des „pink puffer“, des neurasthenisch-verkrampften, überwachten Emphysematikers und des „blue bloaters“, des stoffwechselbetont-adipösen chronischen Bronchitikers gebracht worden sind. Der kopfbetonten, wachen „Tagseite“, die mit Krampf, Inappetenz, Anspannung einhergeht, steht die entzündliche, mit Schleimsekretion und Schwellung vergesellschaftete „Nachtseite“ des Asthmas gegenüber [Girke 2012, 184 f.].

Aus heutiger allergologischer Sicht ist für das Entstehen des Asthma bronchiale maßgeblich zunächst eine vermehrte Durchlässigkeit des Atemwegsepithels einerseits und des Gefäßendothels andererseits [Schuster u. Reinhardt 1999, 291], dem die *neurogene Entzündung* als dritte Komponente hinzuzufügen ist. Dieser Prozess ist nur dadurch möglich, dass der Zusammenhalt, die funktionelle Integrität von Epithel und Gefäßendothel mit der extrazellulären Matrix sich lockert [Renz 1999, 121–132; Vogel 1996, 63–94]. Dieser Zusammenhalt selbst ist einerseits einfach Ausdruck gesunder Funktion, eines intakten Ätherleibes im jeweiligen Organ; andererseits ist er untrennbar von der menschlichen Ich-Organisation und damit der Wärmeorganisation. Immunologisch ist die Matrix ein entscheidender Ort für die Aufrechterhaltung des „Selbst“ in leiblicher Form; Entzündung als Ausdruck verstärkten Kampfes um die eigene Integrität wird wesentlich von der Matrix her in ihrem Ablauf bestimmt – auch beim Asthma bronchiale.

Bekannt und hier nur in Kurzform zu skizzieren sind alle Folgen, die der *Verlust an Zusammenhalt zwischen Matrix, Epithel und Gefäßendothel* an den Bronchien nach sich zieht:

- Vom Lumen her dringt *Fremdes* (Pollen, Viren, Tierepithelien, Atemlufttoxine u. a.) in den Bereich der Matrix vor, wo es „Verdauungsprozesse am falschen Ort“ hervorruft; durch die entzündliche Antwort mit Freisetzung entsprechender Mediatoren in der Matrix erfolgt eine
- Veränderung der Gefäßendothelien mit konsekutiver Leukozyteninfiltration,
- eine Reizung der frei endenden Vagusnervenfäsern (deren Irritation bis hin zur Auslösung eines muskulären Spasmus der Bronchiolen und Hustenreizes an die Genese des Juckreizes bei Neurodermitis erinnert, von dem entsprechend das Kratzen ausgelöst wird),
- eine weitere, ödematöse Auflockerung der Grenzfläche zu den Atemwegen hin, durch die Antigene vermehrt permeieren können,

- und schließlich die Bildung eines entzündlichen Mukus, abschliffend-degenerierender Epithelzellen, zerfallender eosinophiler Granulozyten usw. – mit der Konsequenz einer abnormen Viskosität, Neigung zur Verfestigung und wiederum grenzflächenschädigenden Wirkung des Mukus durch seinen Gehalt z. B. an eosinophilem kationischem Protein (ECP), maior basic protein (MBP) etc.

Oberflächenverlust und Überempfindlichkeit durchdringen und verstärken sich gegenseitig mit dem Einstrom entzündlich-auflösender Elemente vom Blutpol her; in der daraus entstehenden Epitheldestruktion, Basalmembranverdickung, Muskelhypertrophie, Mukushypersekretion und nervalen „Imbalanz“ mit erhöhtem vagalen Tonus verselbstständigen sich – wie Scherben eines zerbrechenden Ganzen – die verschiedenen Qualitäten und Komponenten der Lunge in pathologischer Durchdringung. Darin aber äußert sich ein Verlust der integrierenden, formenden und in der Wärme tätigen Ich-Tätigkeit im Leib.

Eine weitere Fragestellung zum Asthma bronchiale hat sich unter dem Stichwort „*united airways*“ aufgetan. So schließt die aktuelle S2-Leitlinie zum Asthma:

„Die *oberen Atemwege* spielen beim Asthma bronchiale eine bedeutende Rolle. In der Diagnostik und der Therapie ist die Funktion und die Pathologie der Nase immer mit einzubeziehen. So kann die häufige Mitreaktion der oberen Atemwege zu einer Verschlechterung des Asthmaverlaufs führen und vice versa. Entsprechend der engen Interaktion der oberen und unteren Atemwege verbessert die konsequente Behandlung der Nase den Verlauf des Asthmas deutlich.“ [Berdel 2010, 38]

„Bei jedem Asthma bronchiale und jeder chronischen Bronchitis muss das gleichzeitige Vorliegen einer chronischen Sinusitis abgeklärt werden, da diese die bronchiale Symptomatik verstärken kann und auf jeden Fall behandelt werden muss.“ [Girke 2012, 165]

Wie ist diese klinisch unbezweifelbare Feststellung zu erklären? Eine Spur zum Verständnis eröffnet die *Forschung zum NO, zum Stickstoff-Monoxid*. Lundberg [1994, 2008] und anderen gelang es nachzuweisen, dass in den (gesunden!) Nasennebenhöhlen in erheblichem Maße NO freigesetzt wird und den Nasengang über die Nebenhöhlenostien erreicht. Dort wird es nasal eingeatmet und übt physiologisch einen „aerokrinen“ vasodilatierenden Einfluss auf die Lunge (und damit messbar erhöhten Sauerstoffaufnahme) aus. Demgegenüber bewirkt Mundatmung, insbesondere beim Anstrengungsasthma in relativ kalter Luft, das Gegenteil, eine entzündliche Reizung der Bronchien durch die Fremdqualität der nicht assimilierten Atemluft.¹³⁹ *Nasal eingeatmete Luft übt unter dieser Perspektive eine polare Qualität auf die Lunge aus als Mundatmung*; entzündliche Veränderungen der Schleimhäute im oberen Respirationstrakt verändert die Qualität der eingeatmeten Luft, ebenso heftige Inspiration. Hektische (kostale) Mundatmung stellt unter diesem Gesichtspunkt das pathogenetische Gegenteil zur ruhigen, nasalen Inspiration dar, die von der Zwerchfellaktivität ausgeht. „Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass bei Kindern und Jugendlichen nicht selten eine Lungenüberblähung als einziges Merkmal eines Asthmas vorliegt.“ [Berdel 2010] Wie oft fällt bei Asthmapatienten auch im anfallsfreien Intervall

¹³⁹ Bemerkenswert ist, dass die eosinophile Entzündung der unteren Atemwege mit einer gesteigerten NO-Exhalation einhergehen kann (während oft gleichzeitig die NO-Exhalation in den Nasennebenhöhlen reduziert bzw. gestört ist).

eine einseitig veränderte, kostal betonte, ruckartige Inspiration auf! *Konstantin Buteyko* (1923–2003) entwickelt seine Form der Asthmatherapie ausgehend von der These, dass Asthma „your bodys response to hyperventilation“ sei, also primär ein Widerstand gegenüber einer (in der Regel durch den Mund erfolgenden) inadäquaten Einatmung. Dieser stellte er eine konsequent auf Nasenatmung und Reduzierung des Atemminutenvolumens beruhende Therapieform entgegen, unter der klinisch in der Tat oft ein Abschwellen der Nasenschleimhäute und eine verbesserte Effektivität der Atmung (durch bessere Verteilung der Luft in den unteren Atemwegen, verbesserte Zwerchfellaktivität, abnehmende Schleimbildung) zu beobachten ist. Diese Behandlung kann erfolgreich zur Asthmatherapie beitragen, muss aber sachkompetent und kindgerecht durchgeführt werden. V. v. Weizsäcker weist in seiner Vorlesung zum Asthma darauf hin, dass es therapeutisch wesentlich sei, dass der Kranke lernt, „bei Ein- und Ausatmung nur die richtigen Muskeln zu brauchen und nicht beides zugleich zu tun.“ [Weizsäcker 1988,142]. Auch von diesem Aspekt her kann eine ganzheitliche Asthmaschulung ansetzen – wie dies von einer anderen Seite her Buteykos Methode versucht – nämlich *den rhythmischen Wechsel von Ein- und Ausatmung zu schulen*. Dem feineren Beobachter moderner stressbetonter Lebensverhältnisse wird nicht entgehen, wie oft sich in seelische Ausatmungsprozesse und Ausatmungsphasen bereits wieder ein nächstes Moment der Einatmung hineindrängt.

Angst verändert in grundlegender Weise den Akt der Einatmung wie das Verhältnis, den Rhythmus von Ein- und Ausatmung, der beim Asthma bronchiale grundlegend gestört ist. Die Forschung zum Asthma bronchiale in den USA betont die erhöhte Prävalenz bei Kindern aus armen Familien und ethnischen Minderheiten (s. oben). Armut geht oft mit der tiefen Empfindung mangelnder Sicherheit, eines „fehlenden Mantels“ im Sinne Gogols einher. Viele allein stehende Mütter leben in Armut und unter hohem Stress. Es gibt einen deutlichen Zusammenhang von Stress und Angst mit Asthma bronchiale. Historisch eindrucksvoll hat dies der Schweizer Schriftsteller Heinrich Federer in seiner Autobiografie „Am Fenster“ beschrieben – am Fenster, an dem der asthmakranke Junge, dessen Vater die Familie früh verlassen hatte und der in Armut in einem Schweizer Dorf unter robusten Bauernjungen aufwuchs, oft keuchend saß, während die Kinder in den Gassen spielten (und der später ein hervorragender Schriftsteller wurde). Er schildert dabei auch eindrucksvoll, welche Wirkung *Musik* auf seine Angst und Atmung hatte: „Eines Nachmittags nach Vesper saß ich in sehr schwerem Asthma am Fenster. Ich musste jede Bewegung meiden, um nicht in einen Erstickungsanfall zu geraten. ... Aber an jenem Abend, wo ich so erbärmlich nach Luft schnappte, geschah etwas anderes. Auf einmal schrie eine wilde, helle Musik auf. Mit wunderbarem Rhythmus und feurigem Fluss ritt sie sozusagen auf mich los und packte mich und riß mich mit ... Eine unwiderstehliche Lebenslust fuhr mir beim Zuhorchen durch den Leib, meine Muskeln zuckten, mein Atem ward leicht, ich konnte auf die Straße hinunterspringen und dem braunen Trüpplein von Haus zu Haus nachlaufen, während ich noch vor fünf Minuten bei der geringsten Bewegung einen Erstickungsanfall erlitten hätte.“ [Federer, 70 ff.] Diese autobiografische Schilderung aus einer Kindheit der 70er Jahre des 19. Jahrhunderts beschreibt mit poetischer Kraft das Erleben eines armen, begabten Jungen und kann uns in die seelischen Tiefen jener Erkrankung blicken lassen, die heute so viele Kinder weltweit betrifft.

Aktuell ziehen die Verfasser aus dem Stand der Forschung folgende Konsequenzen:

- Der Atmungsprozess des Asthmapatienten ist diagnostisch und therapeutisch als Einheit in die Betrachtung einzubeziehen.

- Therapeutisch kommt einer *freien Nasenatmung* und andererseits der ruhigen *Vertiefung der Atmung* mit Mobilisierung des Thorax und *Aktivierung der Zwerchfellebene* wesentliche Bedeutung zu.
- Nur die ruhig und adäquat nasal eingeatmete Atemluft weist bei der Lungenpassage die Wärme- und Feuchtigkeitsqualität auf, die einer integrierten Tätigkeit der Bronchial- und Alveolenschleimhaut, der nervalen und vaskulären Tätigkeit im bronchoalveolären Bereich angemessen ist und sie nicht mit Fremdqualitäten belastet.

Nicht nur Kortikosteroide, sondern auch anthroposophische Arzneimittel, die der Inflammation der Atemwege entgegenwirken (auf der Basis von Zitrone und Quitte), sind bei nasaler Applikation ebenso, ja manchmal wirksamer als bei inhalativer Anwendung.

Damit lässt sich das *therapeutische Ziel* der Asthmabehandlung nun umfassend so beschreiben, dass der *gesamte Atemprozess* des Kindes, in dem es selbst seelisch tätig ist, therapeutisch erfasst und re-integriert werden soll. Die entscheidende Ebene ist dabei die Ebene der *Ich-Organisation*, die in einer gleichmäßigen Durchwärmung und Integration aller am Atemprozess beteiligten Organe wirksam ist. Es gilt, ihre führende Rolle in Bezug zur Atmung zu stärken und damit die Kohärenz der Lebensprozesse in den oberen und unteren Atemwegen zu fördern. *Ein ausgewogener Rhythmus der Qualitäten von Ein- und Ausatmung, Bewusstsein und Vertrauen* [vgl. Arbeitsgemeinschaft Anthroposophische Pneumologie 2010, 57], *tagwacher Aktivität und nächtlicher Ruhe und Geborgenheit ist Ausdruck dieser therapeutischen Zielsetzung*. Da sich das Rhythmische System des Menschen im Schulalter zwischen 7 und 14 Jahren ausformt, kommt diesem Alter für eine salutogenetisch, an der Heilung von Asthma bronchiale orientierten Medizin entscheidende Bedeutung zu. Therapeutisch kommt dabei einer ganzheitlich orientierten Methode der *Asthmaschulung* wesentliche Bedeutung zu.

6.5.4 Von der Pathologie zur Therapie

Die klinische Pathologie versucht im Allgemeinen auch heute noch, die Krankheitserscheinungen nach *physio*-pathologischen und *psycho*-pathologischen Gesichtspunkten zu unterscheiden und sie den entsprechenden Fachgebieten zuzuordnen. Beim Asthma bronchiale muss diese dualistische Betrachtungsweise scheitern, weil sich hier mit aller Eindringlichkeit zeigt, dass Physiologie in Wahrheit Psychologie ist. Organtätigkeit und Seelentätigkeit erweisen sich als funktionelle Einheit.

H. H. Vogel [1984]

R. Steiner [1989, 203 ff.] nahm 1924 vor Ärzten auf eine Anfrage zur Pathogenese und Therapie des Asthma bronchiale ausführlich Stellung. Er wies dabei zunächst darauf hin, dass *seelisch begründete Widerstände dem Ausatemungsstrom Widerstand leisten*, sich „gewissermaßen einhaken“ in den Luftstrom. Wovon ist dies ein pathologisches Gegen- und Zerrbild? Von der, ebenfalls mithilfe des Seelischen, der Bewegung der Muskulatur durchgeführten Formung der Ausatemungsluft im Sprechakt. Die „Verschiebung“, von der Victor v. Weizsäcker spricht, von der Ebene der willkürlich formbaren Muskulatur von Mund und Hals hinunter in den unwillkürlichen Krampf der glatten Bronchialmuskulatur, wird auch von R. Steiner wahrgenommen. Das Seelische „stößt sich ein“ in den Luftstrom; „das ist der Befund“ [Steiner 1989, 203].

Das Asthma stehe hart an der Grenze rein psychischer Erkrankungen; „unter psychischen Erkrankungen verstehe ich aber diejenigen, wo ... wirklich psychische Wirkungen zugrunde liegen, wie auch Schockwirkungen oder Angstwirkungen und dergleichen. ... Und beim Asthma ist es ja tatsächlich so, dass man oftmals sehr weit zurückgehen muss in den psychischen Ursachen ... sogar ins Embryonalleben. Und die äußeren Ursachen liegen eigentlich oftmals wirklich im Embryonalleben. Sie liegen darinnen, dass die Mutter (!) Schocks oder die Mutter Kümmernisse gehabt hat, die sich in unregelmäßigen Wiederholungen (!) immer wieder ergeben haben während der Schwangerschaft. Solche Dinge, sie wirken außerordentlich stark auf das gesamte Schleimhautsystem des Atmungstrakts ...“ [Steiner 1989, 203 f.]

Diese Aussage R. Steiners wird der Pädiater bei gründlicher Anamnese vielfach bestätigt finden:

- Unfälle, Todesfälle in der Familie,
- Konflikte zum Zeitpunkt der Konzeption,
- Partnerschaftskonflikte während der Schwangerschaft,
- Berufsstress, besonders während der ersten Schwangerschaft,
- schwer zu verkraftende Umzüge aufgrund der Schwangerschaft,
- Ablehnung der Schwangerschaft durch die Eltern / Schwiegereltern,

u. a. m. sind anamnestisch häufige Belastungen. Und ist es nicht bemerkenswert, dass ein iatrogen z. B. durch Fenoterol erzeugter beta-sympathikomimetischer Stress vorzeitige Wehen ebenso unterdrückt wie einen akuten Bronchospasmus? Außerdem sind

- vorzeitige Wehen, Tokolyse,
- Amniozentese (einschl. der damit einhergehenden seelischen Ambivalenz der Mutter),
- pathologische Ultraschallbefunde in der Schwangerschaft (unabhängig von ihrem Wahrheitsgehalt),
- Gestose der Mutter,
- Frühgeburtlichkeit,
- Störungen im Geburtsverlauf, Angst- und Schocksituationen während der Geburt

oft Ausdruck und Zeichen einer Belastung der Mutter in dem Sinne, wie es R. Steiner anspricht (► Kap. 2). – Vor allem drückt sich in all dem der „Verlust des Mantels“ an Geborgenheit für das Kind aus, auf den Victor v. Weizsäcker hinweist.

Die Seele des Kindes ist während der Schwangerschaft nicht in gleicher Weise mit dem Leib verbunden wie nach der Geburt, nach Einsetzen der Atmung, nach seiner ersten Lautäußerung, seinem ersten Schrei. Und sie verbindet sich in der Kindheit erst allmählich und immer tiefer mit seinem Leib, was in der Pubertät gipfelt: erst dann wird der Jugendliche seelisch eigenständig, wird er auch seelisch „geboren“ [vgl. ► Kap. 1.5.5; Treichler 1981, 23–35]. Bis dahin, aber besonders in der Schwangerschaft umgibt das Seelische des Kindes seinen Leib, und es formt von Anfang an in ihm mit, zunächst abdruckartig sich einschreibend in die Morphogenese des Leibes.

Hier begegnet man dem Seelischen in einer Weise, in der es – für viele Mütter durchaus wahrnehmbar – anwesend, aber noch nicht eingetaucht, bereits formend, aber noch wenig tätig gegenwärtig ist: einer Situation der Seelenorganisation, des Astralleibes, die in einer gewissen Ähnlichkeit in der Begegnung mit asthmakranken Kindern wieder erlebbar werden kann. Und immer ist das Seelische in dieser Situation besonders eng verbun-

den mit der Mutter, besonders abhängig von ihr, und formt das Leibliche in Abhängigkeit von dem Mantel, mit dem die Mutter es umgibt.

In der Geburt beginnt ein erster Ablöseprozess, in dem das Seelische des Kindes eintaucht in den Leib (vgl. ►Kap. 1.5.2). Der Impuls dazu geht beim Gesunden vom Kind selbst aus. Dabei durchlebt das Kind physiologisch eine Situation am Rande der Asphyxie; die Lunge wird dabei ausgepresst, verliert endgültig ihre drüsennahe, flüssigkeitsgefüllte Gestalt, wird in ein Atmungsorgan verwandelt. – Eine sehr erfahrene Pulmonologin äußerte einmal auf einem Kongress ihre Erfahrung mit vielen Asthmapatienten. Das nächtliche Gerufen-Werden, die Angst und Atemnot des Patienten und sein Ruf nach Unterstützung, sich steigernd hin zu den frühen Morgenstunden und schließlich die fast immer erfolgende Lösung des Anfalls erinnerten sie an eine frühere Tätigkeit im Kreißsaal. – Jede Nacht aber löst sich beim Menschen das Seelische etwas vom Leiblichen, verändert sich die Atmung – und jeden Morgen im Aufwachen verbindet sich der Mensch erneut tiefer mit der Leiblichkeit, bis Erwachen auftritt. Diese Traumsituation der Nacht und dieser Prozess, den Leib zu beseelen und das Erwachen selbst zu vollziehen [Steiner 1975, 23–35], berührt das Grundproblem des asthmakranken Kindes. Denn es steht in einer gespannten und labilen Beziehung zu diesem Leib, die oft aus der geschilderten Phase der Schwangerschaft, aus Vorgängen bei der Geburt bereits herrührt: „Was nämlich die Lebensgeschichte erzählt, das bildet der Anfall in Kurzschrift noch einmal ab, so, wie im Märchenbuch die Abbildung den kritischen Augenblick der Geschichten festhält und ihm Dauer in unserem Gemüt gibt“ [Weizsäcker 1947].

R. Steiner führt an der zitierten Stelle weiter aus, dass aufgrund dieser geschilderten Vorgänge *bei vielen Asthmatikern der „innere Appetit“ gestört* sei – womit R. Steiner die Affinität des Astralleibs zum Ätherleib charakterisiert. „Und es tritt beim Asthmatischen eine Appetitlosigkeit des ganzen Organismus ein ... Man muss den Organismus erst wieder appetitfähig machen“ [Steiner 1989, 205]. Er gibt hier eine *rhythmisierende Teekur* an: morgens Eichenrindentee – wegen des Gerbstoffgehalts, der die Tätigkeit des Seelischen „ausdehnt“ auf die Lebensorganisation und insbesondere Abbau und Beherrschung von Fremdeiweiß anregt [Meyer 1997], abends Tee aus Ehrenpreisblättern (*Veronica off.*), der bitter schmecken muss und damit der Lebensorganisation vor allem im Leber-Galle-Bereich einen positiv-anregenden Impuls gibt, sodass sie vom Seelischen leichter am Morgen durchdrungen werden kann.¹⁴⁰ Es ist bemerkenswert, dass die Forschung aktuell *Bitterstoffrezeptoren* im Bereich der (humanen) bronchialen glatten Muskulatur entdeckt hat, deren Aktivierung eine *bronchodilatierende Wirksamkeit* unabhängig von den Beta-Rezeptoren (und experimentell in stärkerem Maße!) entfaltet [Deshpande et al. 2010]. Es ist derzeit eine offene Frage, ob dies z. B. auch inhalativ einen therapeutische Zugang zum Asthma bronchiale bietet; in jedem Falle bestätigt es die Betonung der Bedeutung von Bitterstoffen in der Asthmatherapie der Anthroposophischen Medizin. Sie erinnert auch daran, dass die Lunge selbst dem Vorderdarm entstammt und damit ein umgewandelter (ento-mesodermaler) Teil des menschlichen Verdauungssystems ist, in dem Bitterstoffe eine starke Wirksamkeit ausüben.

¹⁴⁰ Diese Angabe R. Steiners wurde vor allem im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke in der praktischen Anwendung ausgearbeitet und an vielen Patienten mit Erfolg angewandt [Knol 1998, 8] (►Kap. 6.5.6.8.2).

R. Steiner deutet am Beispiel der rhythmisierenden Therapie mit Gerb- und Bitterstoffen grundsätzlich auf den therapeutischen Bedarf asthmakrankter Patienten: *durch eine rhythmisierende Therapie das Seelische ins Leben führen*, zuerst in seine Tätigkeit im eigenen Leib, der eigenen Lebensorganisation; und diese wiederum, die primär geschwächt, gekränkt, seelisch-geistig nicht richtig versorgt worden war, dem Seelischen entgegenzuführen, indem die Vitalität gehoben und gestärkt wird. Therapeutisch hat sich dieses Prinzip in der Anthroposophischen Medizin bewährt: die rhythmische Anwendung polarer Substanzen (zentral: Eisen und Kupfer), das wechselnde Ansprechen von „Tag“- und „Nachtqualität“ zeigt sich in der Asthma-therapie als besonders nachhaltig wirksam. So kann sich ein harmonisches leiblich-seelisches Zusammenspiel im rhythmischen System des Kindes entwickeln. Da das Seelische bis zur Pubertät hin sich stufenweise immer stärker mit dem Leiblichen verbindet, kann *die Therapie hier einen Reifungsprozess unterstützen*, den jeder Mensch durchläuft.

Dies lässt es andererseits begreifen, warum ein mit und nach der Pubertät einsetzendes oder über sie hinaus fortbestehendes Asthma bronchiale eine grundsätzlich schlechtere Prognose hat (auch bei homöopathisch-anthroposophisch erweiterter Therapie). Die Pädiatrie hat damit beim Asthma bronchiale eine einmalige therapeutische Chance. Ihr therapeutisches Ziel muss es sein, diesen Zeitraum der kindlichen Reifung mit kurativer Absicht zu gestalten.

6.5.5 Grundlagen der Therapie

Vergleicht man das Asthma bronchiale mit der Neurodermitis, so fallen neben den Gemeinsamkeiten wichtige Unterschiede auf, die für den Zugang zur Therapie und ihre Durchführung von Bedeutung sind.

6.5.5.1 Obstruktive Bronchitis und Asthma bronchiale

Vom *Lebensalter* her betrachtet liegt das typische Erkrankungsalter der Patienten mit Asthma bronchiale im Kindergartenalter, in dem bei der Neurodermitis, die nach Abschluss der Zahnung persistiert, das subakut-trockene, juckende, beugenbetonte Ekzem führend wird (bei 70 % der betroffenen Kinder manifestiert sich Asthma bronchiale heute bis zum 5. Lebensjahr). Bei diesem Ekzemtyp wird die Richtung *von außen nach innen* führend, tritt die seelische Überempfindlichkeit, die neurasthenische Konstitution in den Vordergrund. – Im Asthma bronchiale *verschiebt sich das atopische, entzündliche Geschehen auf ein weiter nach innen gelegenes Grenzflächenorgan des oberen Menschen*; es stellt damit eine pathologische Metamorphose, ein „Nach-innen-Schlagen“ des atopischen (a-topos: am falschen Ort!) Geschehens dar.

Gleiches kann man zwar von der sog. „obstruktiven Bronchitis“ der Säuglinge auch sagen; im Vergleich wird aber rasch deutlich, dass bei dieser typischerweise *exsudative, mit Verschleimung und Schleimhautschwellung* einhergehende Prozesse, also *von innen nach außen* überbordende entzündliche Stoffwechselprozesse im Vordergrund stehen – ähnlich wie bei den häufig exsudativ-nässenden Säuglingsekzemen (► Kap. 6.4.2). Die Lunge ist bei diesen Kindern „zu embryonal“, die Grenzflächenfunktion noch unreif – und entsprechend besteht eine günstige Prognose, die vom Nachreifen dieser noch unreifen Grenzflächenorgane geprägt ist.

Therapeutisch entsprechen der Zugang, die Reihenfolge, die Akzente in der *allgemeinen Grundbehandlung der (rezidivierenden) obstruktiven Bronchitis* dem Vorgehen bei der