

# **HOMÖOPATHIE IN DER INTENSIVMEDIZIN:**

**Michael Frass**

Die Intensivmedizin hat sich in den letzten 30 Jahren zu einer unabdingbaren Disziplin innerhalb der Medizin entwickelt: neben der primär postoperativen Intensivmedizin hat sich vor allem aber auch ein Zweig herausentwickelt, der bei Ein- oder Mehrorganversagen, Sepsis, SIRS, Verbrennungen, Trauma, bei Status post Reanimationem etc. lebensrettend zum Wohle der Patienten wirkt. Hierher gehören insbesondere die Entwicklungen auf dem Gebiet der Beatmungstechnik, der Nierenersatztherapie, der kardiovaskulären Unterstützung, sowie des Monitorings auf einer hohen technischen Ebene. Die Intensivmedizin ist daher aus dem Repertoire des modernen Mediziners nicht mehr wegzudenken, da sie Außergewöhnliches in Hinblick auf den Ersatz eines Partial- oder Globalausfalls eines oder mehrerer Organe leistet. Die Behandlung umfasst daher vor allem Patienten mit kardialer, pulmonaler, renaler oder hepataler Insuffizienz im Sinne eines Ein- oder Multiorganversagens sowie Patienten mit septischem Zustandsbild. Aber auch postoperative Patienten benötigen in vielen Fällen eine langandauernde Intensivtherapie. Je nach Patientengut beträgt die Mortalität bis zu 35 %. Dies bedeutet vor allem in psychischer Hinsicht eine besondere Herausforderung für das ärztliche und pflegerische Personal an einer Intensivstation.

In vielen Fällen ist das Überleben des Patienten ohne die oben angesprochenen apparativen Therapieverfahren nicht möglich. Für den Homöopathen stellt sich daher die Frage, inwieweit eine homöopathische Therapie bei diesem schwierigem Patientengut möglich und sinnvoll ist. Als besonderes Problem stellt sich dabei dar, dass die korrekte Erstellung der Anamnese, wie in den §§ 84 - 90 der 6. Auflage in Hahnemann's Organon festgelegt, in gewohnter Form meist nicht möglich ist, da der Großteil vor allem der beatmeten Patienten sediert und damit nicht ansprechbar ist. Der Arzt ist daher auf die Außenanamnese angewiesen, die in jedem Fall durch Befragung der nächsten Angehörigen ergänzt werden soll. Naturgemäß ist dabei eine große Vorsicht bei der Bewertung verschiedener Symptome vonnöten. Als Vorteil erweist sich allerdings der Umstand, dass dem Intensivaufenthalt meist ein akutes und auffälliges Ereignis vorangeht. Dieses Akutereignis kann daher oft bei der Mittelsuche und Mittelfindung hilfreich sein.

Was gilt es zu beachten bei der Durchführung einer homoöpathischen Therapie? Zunächst ist anzuraten, die betroffenen Personen, insbesondere Angehörige wie pflegerisches Personal von der bevorstehenden homöopathischen Therapie zu informieren. Dies deswegen, da ansonsten bei Auftreten von Symptomen im Gefolge der Mittelgabe (z.B. Hautausschlägen, Schleimhautveränderungen, vermehrtem Sputum, Bronchialsekret, Durchfällen, Leukorrhoe, etc.) möglicherweise sofort der Wunsch nach entsprechender Behandlung auftritt und damit die homöopathische Mittelwirkung empfindlich gestört werden kann. Die Verabreichung kann ebenso wie bei nicht intensivpflichtigen Patienten durch Applikation von Globuli auf die Zunge erfolgen. Diese Verabreichungsart ist auch bei beatmeten und intubierten Patienten problemlos nach Öffnen des Mundes möglich. Es muss aber darauf geachtet werden, dass die Globuli nicht durch Salivation wieder herausbefördert werden. Weiters sollte etwa eine Viertelstunde nach Gabe der Globuli keine Mundhygiene durchgeführt werden.

Bedingt durch den Schweregrad der Erkrankung, kann die Mittelgabe überdurchschnittlich oft, auch mit Hoch- und Höchstpotenzen erfolgen. Die Schwierigkeit der Beurteilung der Mittelwirkung ergibt sich aus dem meist sehr stark reduzierten Bewusstseinszustand des Patienten, so dass klinische Zeichen als Gradmesser einer homöopathischen Therapie herangezogen werden müssen. Die weitere Schwierigkeit besteht in der Anzahl qualifizierter Homöopathen. Es ist für einen einzelnen Homöopathen oftmals schwierig, neben allen anderen Erfordernissen eine homöopathische Therapie an der Intensivstation korrekt durchzuführen und zu überwachen. Eine Erkrankungsform, die Sepsis, erscheint besonders der homöopathischen Therapie zugänglich. Aus meiner Erfahrung heraus kann ich sagen, dass eine homöopathische Therapie bei Intensivpatienten durchaus sinnvoll und zielführend sein kann. Im Folgenden möchte ich ein Fallbeispiele bringen:

Eine 20 – jährige Patientin P.A. , immer gesund, absolvierte im Juni 1997 die Matura. Im Juli desselben Jahres stellte sie fest, dass sie im 7. Monat schwanger war. Am 21.9.1997 wurde das Kind wegen fruchtwasseremboliebedingter Komplikationen mittels Kaiserschnittes entbunden. Einen Tag vor der Sectio bemerkte die Patientin eine Schwellung des rechten Oberschenkels. Vier Tage nach der Sectio kam es zu einer Rötung und Schwellung des linken Armes mit Fieber bis 39°C. Am 12. Tag traten ein Lungeninfarkt mit Pleuritis links, ein Erguss, eine Thrombosierung der Vena cava inferior sowie der Vena ovarica dextra auf. Eine Splenomegalie wurde von Milzinfarkten respektive Thrombosen begleitet. Zu diesem

Zeitpunkt waren die Venae subclaviae und axillares unauffällig. Die Patientin wurde mit 1600 E/h Heparin behandelt, darunter verdoppelte sich die PTT. Es entwickelte sich eine therapieresistente Sepsis, wegen akuter Ateminsuffizienz wurde die Patientin an die Intensivstation transferiert. Als nächste Komplikation traten ein Thrombus im rechten Vorhof sowie ein thrombotischer Verschluss der Vena jugularis interna sinistra auf. Sehstörungen konnten auf eine Sinusthrombose (Sinus sigmoideus, transversus, confluens) zurückgeführt werden. Das CRP war bei 40 mg/dl, die Leukozyten bei > 20 G/l. Am Tag 42 erfolgte eine Thrombusentfernung aus dem rechten Vorhof mit Verschluss eines offenen Foramen ovale. Es war nunmehr ein sehr hoher Beatmungs- und Katecholaminaufwand notwendig. Am Tag 43 wurde ein Pleuraempyem operativ saniert. Im Gefolge war eine veno-venöse mechanische Hämofiltration notwendig, zudem musste die Patientin wegen Kreislaufstillstandes reanimiert werden. Weiters litt die Patientin an Aszites, sowie Leberfunktions- und Gerinnungsstörung. Am Tag 58 wurde sie extubiert und zwei Tage reintubiert. Wegen Thrombosen im Becken und Beinbereich wurden am Tag 68 ein Cavaschirm implantiert, sowie multiple Abszesse im Brust- und Gesäßbereich drainiert und punktiert. Die Bakteriologie war stets negativ. Am Tag 73 erfolgte eine neuerliche Extubation. Am Tag 84 kam es zu einer Thrombose der Vena subclavia sinistra, am Tag 92 wurde ein neuerlich aufgetretener Gesäßabszess rechts saniert. Die Entzündungsparameter waren wochenlang stark erhöht, das Fieber fast durchwegs zwischen 37,5°C und 39°C. Die Ursache der Thrombose war unklar: es bestanden kein Antithrombin III-, Protein S- oder Protein C-Mangel, sowie keine APC-Resistance, auch kein Hinweis für eine heparininduzierte Thrombopenie. Ein heterozygoter Prothrombinpolymorphismus konnte nicht als Ursache der schweren Gerinnungsstörung angesehen werden.

Am Tag 95 wurde mir die Patientin erstmals vorgestellt. Nach einer im wesentlichen mit den Eltern der Patientin durchgeführten Anamnese erhielt sie Lachesis muta LM 18 einmal täglich. Am Tag 96 war die Temperatur bei 7°C, die Patientin entwickelte plötzlich Appetit (sie war bis bei völliger Appetitlosigkeit dahin künstlich ernährt worden). Sie saß am selben Tag erstmals wieder im Lehnstuhl. Am Tag 97 kam es zu einer Abnahme des ausgeprägten Gesichtödems, mit einer Zunahme der Unterschenkelödeme. Das CRP sank von 20 mg/dl am Tag 95 auf 11 mg/dl am Tag 97. Am Tag 100 konnten die Antibiotika abgesetzt, am Tag 101 die Magensonde entfernt werden, es bestand zu diesem Zeitpunkt kein Aszites mehr. In weiterer Folge erhielt die Patientin Lachesis muta C200 an den Tagen 101-102, Pulsatilla pratensis C200 an den Tagen 103-107, sowie nochmals Lachesis muta C200 an den Tagen

108-109, Lachesis XM am Tag 110 und am Tag 111 Pulsatilla XM. Die Mutter stellte wieder eine Rückkehr zum früheren Verhalten fest, der Vater war über das wieder normalisierte Essverhalten begeistert. Die Patientin schlief nicht mehr den ganzen Tag und nahm wieder am Leben teil, die Sehstörungen begannen sich aufzulösen. Erste Schritte unternahm die Patientin am Tag 109. Interessant war das Auftreten eines Ekzems am Oberschenkel im weiteren Heilungsverlauf. Am Tag 116 waren die Ödeme und das Ekzem gänzlich verschwunden. Eine Hyperkalzämie und Alkalose wurden als Thiazidfolge, ernährungsbedingt oder als Milchkalkalisyndrom angesehen. Am Tag 117 waren in der CT keine Ergüsse, Aszites oder Abszesse nachweisbar. Im weiteren erhielt die Patientin Arzneimittel zur homöopathischen Ausleitung. Am Tag 131 wurde die Patientin entlassen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine homöopathische Therapie an einer Intensivstation durchaus erfolgreich, wenn auch mit vielen Schwierigkeiten behaftet, sein kann. Als Abschluss sei als Ergänzung der Fallbericht eines 23-jährigen Krankenpflegers zitiert (Frass, 1988), der alle seine zum Kopfschmerz passenden Symptome unaufgefordert im Sinne einer homöopathischen Anamnese geschildert hat, so dass eine wirkungsvolle Therapie mit einem nunmehr über zehn Jahre anhaltenden Erfolg durchgeführt werden konnte. Einigen Schwestern und Krankenpflegern konnte übrigens auch bei zum Teil sehr ausgeprägten Allergien gegen Latexhandschuhe homöopathisch geholfen werden. Somit kann die Homöopathie nicht nur bei Patienten, sondern auch beim an der Intensivstation tätigen Team erfolgreich eingesetzt werden. Entscheidend für die Akzeptanz ist dabei aber eine Aufklärung über Homöopathie und eine klare Abgrenzung gegenüber aller Nicht-Homöopathie, um jedwede Verwechslung mit anderen Methoden zu vermeiden. Da Intensivpatienten von der Erholungskraft des Körpers abhängig sind und die Disposition eine große Rolle spielt, ist es überlegenswert, komplementärmedizinische Methoden auch bei Intensivpatienten einzusetzen. Diese zunächst kühn erscheinende Idee ist bei näherem Hinsehen sehr einfach: wenn es gelingt mit Unterstützung dieser Methoden eine Stärkung des Körpers zu erreichen, ist eine Heilung auch in aussichtslos scheinenden Fällen möglich. Aufgrund ihrer Wissenschaftlichkeit und langen ärztlichen Erfahrung bietet sich hier die Homöopathie besonders an. Charakterisiert durch das Ähnlichkeitsgesetz, kann Homöopathie bei Intensivpatienten gefahrlos angewandt werden. Einige Fallbeispiele sollen diese Erfahrung untermauern.

Leider ist durch mangelnde Information das Wissen über Homöopathie auch bei Medizinern mangelhaft. Dem sollte durch universitäre Lehre abgeholfen werden. Damit wird auch verhindert, dass Homöopathie durch Nicht-Ärzte propagiert und betrieben wird. In einer nicht-fanatischen, ideologiearmen und toleranten Atmosphäre könnte dadurch sehr viel zum Wohle der Patienten ohne Konfrontation getan werden. Intensivmedizin bietet durch die optimale Überwachung der PatientInnen eine klassische Möglichkeit zur Symbiose von Schulmedizin und komplementärmedizinischen Methoden unter Vermeidung jeglicher Scharlatanerie.

### **Lebenslauf Herr Prof. Dr. med. Michael Frass**

Herr Prof. Dr. med. Michael Frass wurde 1954 in Wien geboren. Nach erfolgreichem Studium erlangte er 1978 den Doktor der gesamten Heilkunde der Medizinischen Universität Wien. Nach verschiedenen Forschungsaufenthalten in Frankreich und den USA begann er 1981 seine klinische Tätigkeit an der Medizinischen Universitätsklinik in Wien. 1986 konnte er seine Facharztausbildung Innere Medizin abschließen. 1991 wechselte er auf die Intensivstation der I. Medizinischen Klinik der Universität Wien, dessen Leiter er seit dem Jahre 1992 bis heute ist. 1994 wurde ihm die Professur Innere Medizin verliehen.

Bemerkenswert ist die Erfindung, Entwicklung und wissenschaftliche Untersuchung des Oesophagotrachealen Kombinationstubus (Combitube®), der eine erfolgreiche Intubation auch in schwierigen Situationen garantiert und sich für die cardiopulmonale Reanimation immer mehr durchsetzt. Zu diesem Thema hat Prof. Frass in unzähligen Veröffentlichungen in wissenschaftlichen Zeitschriften die neuesten Forschungsergebnisse zusammengefasst. Seine gegenwärtigen Forschungsinteressen sind die Evaluation der Effektivität bei Einsatz des Combitubes in der cardiopulmonalen Reanimation, sowie Atemwegsmanagement und Forschung zur Homöopathie.

Herr Prof. Dr. med. Michael Frass ist Mitglied in verschiedenen international angesehenen ärztlichen Gesellschaften wie „Society of Critical Care Medicine“ oder „American College of Emergency Physicians“. Seit 1994 bis heute ist er Vizepräsident der „Ärztegesellschaft für Klassische Homöopathie“. Im Jahre 2001 wurde er Vizepräsident des Dachverbandes Österreichischer Ärzte für Ganzheitsmedizin.

**Kontakt:**

Prof. Dr. med. Michael Frass

Intensivstation 13.i2, Klinik für Innere Medizin I Universität Wien

Währinger Gürtel 18-20

A-1090 Wien

Tel: 01-40400-4506 oder 4492

Fax: 01-40400-4545

e-mail: [michael.frass@akh-wien.ac.at](mailto:michael.frass@akh-wien.ac.at)