

# Soldner, Georg / Stellmann, Hermann M. Individuelle Pädiatrie

Leseprobe

[Individuelle Pädiatrie](#)

von [Soldner, Georg / Stellmann, Hermann M.](#)

Herausgeber: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft



<https://www.narayana-verlag.de/b24469>

Im [Narayana Webshop](#) finden Sie alle deutschen und englischen Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise.

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.  
Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern  
Tel. +49 7626 9749 700  
Email [info@narayana-verlag.de](mailto:info@narayana-verlag.de)  
<https://www.narayana-verlag.de>



## 2.3.2 Störungen der Atmung

### 2.3.2.1 Respiratorische Adaptationsstörung

Der Übergang von der intrauterinen Hydrosphäre zur extrauterinen Atmosphäre bei der Geburt ist phänomenologisch dem Landgang in der Evolution vergleichbar. Er erfordert in der kindlichen Atemorganisation eine rasche Umstellung und Anpassung ihrer funktionellen Ausrichtung. Störungen in diesem Prozess manifestieren sich klinisch – je nachdem, welche Teilkomponente betroffen ist – in verschiedenen Formen von Atemstörungen, die man zusammenfassend als respiratorische Adaptationsstörung (respiratory transitional disorder) bezeichnen kann. Sie zählen zu den häufigsten Problemen der Neugeborenen nach der Geburt und sind neben der Frühgeburtlichkeit der häufigste Grund für eine stationäre Aufnahme in die Neonatologie und damit die postnatale Trennung von Mutter und Kind. Nach Entbindung durch Sectio treten respiratorische Adaptationsstörungen gehäuft auf [Jain u. Dudell 2006].

Neben der bedarfsorientierten, intensivmedizinischen Unterstützung der Atmung gibt es bei diesem Krankheitsbild positive Erfahrungen der Anthroposophischen Medizin mit dem Arzneimittel Pulmo/Vivianit comp. [Huber u. Bassler 2017]. Diese Behandlung kann postnatal im besten Falle eine stationäre pädiatrische Aufnahme des Neugeborenen verhindern (vgl. Kasuistik) oder im Sinne einer Integrativen Medizin die intensivmedizinischen Maßnahmen erweitern.

#### Kasuistik

(Benedikt Huber)

Im Wochenbett wird ein neugeborenes Mädchen vorgestellt, das im Alter von mehreren Stunden ein persistierendes Atemnotsyndrom im Sinne einer verzögerten Lungenflüssigkeitsresorption zeigt. Das Mädchen war mit 39 SSW wegen Beckenendlage per Sectio entbunden worden, die Primäradaptation war normal verlaufen. Zum Zeitpunkt der Vorstellung liegt das Kind nackt im Kangarooing bei der Mutter und ist offensichtlich einzig um seine Atmung bemüht. Es präsentiert ein lautes monotones Stöhnen, Nasenflügeln und subkostale Einziehungen und kann durch diese erhöhte Atemarbeit eine normale Sauerstoffsättigung unter Raumluft halten. Auskultatorisch besteht ein freier, symmetrischer Lufteintritt, kein Hinweis auf Vitium cordis. Unter Vermeidung von störenden Manipulationen und ohne weitere diagnostische Interventionen wird direkt eine Behandlung mit dem Kompositionsmittel Pulmo/Vivianit comp. (► Kap. 5.1.1.4) durchgeführt. Dazu wird das Arzneimittel per os verabreicht: 3 × je 5 Tropfen im Abstand von 5 Minuten. Bereits nach der ersten Gabe verändert sich die zuvor monotone Symptomatik: das Mädchen beginnt, die Atmung zu modulieren, die Symptomatik ist im Verlauf nach der zweiten Gabe vollständig rückläufig, sodass die dritte Gabe nur zur weiteren Konsolidierung der Wirkung verabreicht wird. Die ebenfalls anwesende Assistenzärztin und die Hebamme sind über die rasche Wirksamkeit der Behandlung sehr erstaunt. Der nachhaltige Effekt der Therapie wird durch die im Weiteren ganz unauffällige Überwachung bestätigt. So kann das Kind bis zur gemeinsamen Entlassung aus der Klinik bei der Mutter im Wochenbett bleiben.

Die Voraussetzungen einer solchen Behandlung sind:

- Ruhe, auch innere Ruhe, und Sicherheit.
- Wirkliches minimal-handling: Je weniger man das Kind invasiv stört, umso eher kann man es klinisch beobachten und beurteilen.
- Differenzialdiagnostische Sicherheit (Vitium cordis, beginnende Infektion, Pneumothorax etc.).

Durch genaue klinische Beobachtung, schonende Auskultation und Beurteilung von Kolorit und Mikrozirkulation kann der Rahmen für eine solche Behandlung wie in der Kasuistik dargestellt geschaffen werden. – Wenn das Kind bereit ist, selbst die Augen zu öffnen, wenn es beginnt, sich zu regen und den Mund zu öffnen (in der Suche nach der Brust), dann hat es die Atmung unter Kontrolle.

### 2.3.2.2 Asphyxie

Die peri- und postnatale Asphyxie des Kindes ist hinsichtlich der Erstversorgung heute eine Domäne der neonatologischen Intensivmedizin geworden. Aber auch bei vollem Einsatz intensivmedizinischer Methoden kann man wiederholt die Wirkung potenziierter Heilmittel erfahren.

Spezifisch wirksam ist

- Tartarus stibiatus D6 Verreibung Weleda / C6–C30 Glob. (div. Hersteller)  
anfangs z. B. alle 5 Min. 2 Glob. / 1 kl. Msp. sublingual, nach Wirkungseintritt halbstdl. bis stdl., Erhaltungsdosis 3–5 × tgl. eine Gabe.

Tartarus stibiatus entsteht aus der Verbindung von Antimontrioxid mit dem Kaliumsalz der Weinsäure („Weinstein“) [Stübler u. Krug 1987, 435]. Dieses wird in der Antimonverbindung löslich – welche zugleich hochgiftig ist. Homöopathisch potenziert beobachtet man als Wirkung vor allem, dass Verengungen und schwer lösliche Verschleimungen der unteren Atemwege gelöst und die Atemtätigkeit insgesamt angeregt und stabilisiert wird. Indikationen für Tartarus stibiatus beim Neugeborenen und beim Säugling sind alle Zustände drohender Asphyxie, Obstruktionen der Atemwege mit Schleimrasseln und Kreislaufschwäche, fahlem Hautkolorit und drohender Atemregulationsschwäche (vgl. u. a. Pneumonie, Bronchiolitis, Pertussis, schwere Impfreaktionen [Vademecum 2017, 714]). – Tartarus stibiatus ist eines der wichtigsten Arzneimittel in der Pädiatrie, das in Praxis und Arztkoffer immer akut verfügbar sein sollte.

#### Kasuistik

Ein pädiatrischer Kollege konnte als Notarzt im Hubschraubereinsatz die Wirkung von Tartarus stibiatus beobachten. Er wurde zu einem ehemaligen extremen Frühgeborenen mit konsekutiver Tracheomalazie nach Langzeitbeatmung gerufen. Die Intubation dieses Kindes war wegen ihrer Schwierigkeit auch unter stationären Bedingungen hochriskant. – Er begleitete das zyanotische und hyperkapnische Kind deshalb zunächst ohne Intubation in die Klinik und gab stattdessen Tartarus stibiatus nach obigem Schema. Bei Ankunft in der Klinik hatte das Kind praktisch normalisierte Blutgase und eine Intubation war nicht mehr notwendig.

### 2.3.2.3 Atemregulationsstörungen und plötzlicher Kindstod (SIDS)

Besteht – v. a. bei Frühgeborenen – eine Unreife des Atemzentrums (gehäufte Phasen periodischer Atmung, gehäufte längere Apnoen), ist ebenfalls die Gabe von

- Tartarus stibiatus D 6 Verreibung Weleda

3–5 × tgl. 1 Msp.

über einen längeren Zeitraum indiziert. – Hier kann die Wirkung intensiviert werden durch die gleichzeitige Gabe von

- Carbo Betulae D 12 Verreibung Weleda

2 × tgl. 1 Msp.

Carbo Betulae, die Birkenkohle, entsteht durch die Erhitzung von Holz unter weitgehendem Luftabschluss: Wärmefreisetzung bei gleichzeitig gestörter Sauerstoffzufuhr und Kohlensäureabgabe bildet die „Physiologie“ des Kohlenmeilers – charakterisiert aber auch die Pathophysiologie der Asphyxie und vermutlich des SIDS [Kinney 2009, 798 f.]. Potenziert bewirkt Carbo Betulae, dass die Atemaktivität des Organismus und insbesondere die Ausatmung intensiviert und dadurch auch die Zirkulation (Stase der Mikrozirkulation und Stauung im venösen Kreislauf) entlastet wird. Einer zentralen Atemlähmung wird entgegengewirkt, die Funktion des Atemzentrums wird angeregt, das ja die (Aus-) Atmungsaktivität der Wärmebildung (und Kohlensäurefreisetzung) des Organismus anpassen soll.

Hier stellt sich die Frage, ob durch die Gabe von Tartarus stibiatus und Carbo Betulae auch *einem möglichen plötzlichen Säuglingstod (SIDS)* prophylaktisch entgegengewirkt werden kann. In der Prophylaxe des SIDS wurden große Fortschritte erreicht durch

- Vermeiden von Wärmestau und Unterkühlung,
- Vermeiden der Bauchlage,
- Stillen,
- Schlafen des Kindes im elterlichen Schlafzimmer, aber Trennung von Kinder- und Elternbett,
- Vermeiden weicher Matratzen und Unterlagen für den schlafenden Säugling,
- durch Vermeidung/ Einschränkung des Rauchens [Poets 2003, 161 ff.],
- durch möglichst konstanten Lebensrhythmus auch an Wochenenden / Feiertagen.

Dabei fällt auf, dass das *Gleichgewicht* von Nähe und Abstand, wie es beispielhaft im Rhythmus von Stillen und Schlafenlassen, im Schlafen im Elternzimmer, jedoch im eigenen Bettchen, zum Ausdruck kommt, von wesentlicher Bedeutung ist. Die *individuelle Wahrnehmung kindlicher Bedürfnisse* wirkt protektiv, während vor allem Rauchen der Eltern SIDS begünstigt. Nicotiana tabacum kann durch seine Giftwirkung zu einer *Deformierung des rhythmischen Systems* führen – und in potenziierter Form wiederum bei Störungen in diesem Bereich als wertvolles Heilmittel eingesetzt werden [Wilkens 2002, 396].

Bei betroffenen Säuglingen mit Nikotinentzugssyndrom, mit Atemregulationsstörungen nach Nikotinbelastung in der Schwangerschaft kann Carbo Betulae in Form eines Kompositionsmittels mit potenziertem Nicotiana tabacum gegeben werden:

- Nicotiana comp. Glob. Wala 2–4 × tgl. 2 Glob.

Im SIDS kommt es zu einem Versagen der Atmungsregulation des Kindes. Die Atmung korrespondiert unmittelbar mit dem seelischen Erleben im Leibe (z. B. Freude, Schmerz), sie geht aus der Tätigkeit der seelischen Organisation (des Astralleibes) hervor (► Kap. 1.4.2). Die mit der Geburt einsetzende Atemtätigkeit gewinnt erst allmählich Stabilität; sie ist grundsätzlich im Schlaf labiler, in dem die seelisch-geistige Individualität und die vitalen Prozesse des Leibes sich partiell voneinander lösen [Steiner u. Wegman 1991, 16], die wache Präsenz des Seelischen sich zurücknimmt. Es ist offensichtlich, dass der „Einzug“ der Seele in den Leib mit der Atmung zusammenhängt, sich atmend vollzieht. Erwachen intensiviert die Atmungsprozesse; bei Kindern, die an SIDS verstorben sind, konnten in prospektiven Studien gehäuft Phasen unvollständigen Erwachens nachgewiesen werden [Schechtman et al. 1992].

Die SIDS-Forschung belegt, in welchem hohem Maß dieses Geschehen von der Aufmerksamkeit, den Lebensgewohnheiten der Eltern, von kulturellen Gewohnheiten, Rhythmus und Gleichgewicht im Zusammenleben mit dem Baby abhängt und dass es gefährdet wird v. a. durch elterliches Suchtverhalten, Partnerverlust und Armut. Sucht resultiert aus der vereinseitigten Fixierung seelischer Bedürfnisse, die gegenüber dem Ich dominant werden und auf den Leib eine einseitig-abbauende Wirkung ausüben. Wenn der Erzieher bewusst auf den seelischen Atmungsprozess des Kindes wirken, diesen unterstützen will, kommt es auf seine Ich-Präsenz an, besonders in der Wahrung eines Gleichgewichts zwischen Kind und Eltern [vgl. zu diesem Eltern-Kind-Zusammenhang allgemein R. Steiner 1995, 33 f.]. – Erschöpfungszustände, Beziehungsprobleme, wirtschaftliche Sorgen und unbewältigte Abhängigkeiten stören die elterliche Aufmerksamkeit und Handlungsfreiheit. Das Beispiel SIDS belegt, dass eine *ausführliche Elternberatung* mehr Leben von Säuglingen gerettet hat als technisch aufwendige Interventionen (Polysomnografie, Monitore etc.). Dem *medikamentösen Prophylaxeansatz* kommt insofern eine *ergänzende* Bedeutung zu. Die Autoren empfehlen eine Behandlung mit Carbo Betulae D 12 und Tartarus stibiatus D 6 in der o. g. Dosierung bei Kindern mit bekannter Unreife der Atemregulation (Apnoeigung) und solchen Kindern, die aufgrund betroffener Geschwister oder nach einem scheinbar lebensbedrohlichen Ereignis (ALTE [vgl. Erler 2003]) als Risikokinder gelten. Erhalten diese Kinder eine Heimmonitorüberwachung, so ermöglicht diese eine Erfolgskontrolle der Behandlung. In der Praxis der Autoren konnte dabei wiederholt ein signifikant rascher Rückgang der Apnoehäufigkeit und eine Stabilisierung des Atemrhythmus beobachtet werden. – Aussagen zum SIDS-Risiko sind demgegenüber nur in Studien möglich. Darüber hinaus sind alle in diesem Kapitel geschilderten therapeutischen Gesichtspunkte (Wärmeregulation, Schockbehandlung, Beachtung des kraniozervikalen Übergangs u. a.) prophylaktisch von Bedeutung.

#### 2.3.2.4 Bronchopulmonale Dysplasie

Die Unreife der Grenzflächenorgane Haut und Lunge limitiert die möglichen Erfolge der Neonatologie bei extrem frühgeborenen Kindern. Dabei steht akut oft die Lungenunreife im Vordergrund. Die folgenden Therapievorschläge beziehen sich auf Kinder, deren Atmungsorgan durch die Frühgeburt, die Folgen maschineller Beatmung, Sauerstofftoxizität u. a. so verletzt und in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist, dass sich ein – individuell jeweils unterschiedliches – Mischbild von interstitieller chronischer Entzündung der Lunge, Schädigung des respiratorischen Epithels und bronchialer Überempfindlichkeit (Hyperreagibilität), Entzündung und Verschleimung ausbildet: Einschränkungen der Atemvolumina mit Dyspnoe und (in sehr unterschiedlichem Maße) Sauerstoffbedarf,



Soldner, Georg / Stellmann, Hermann M.

## [Individuelle Pädiatrie](#)

Leibliche, seelische und geistige Aspekte  
in Diagnostik und Beratung.

Anthroposophisch-homöopathische  
Therapie

1202 Seiten, geb.  
erschienen 2018



Mehr Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise

[www.narayana-verlag.de](http://www.narayana-verlag.de)