

Forum Homöopathie

Homöopathie bei Heuschnupfen

Jörn Dahler, Michael Teut, Christian Lucae

3., bearbeitete Auflage

KVC | VERLAG

Vorwort

Ein Viertel der Bevölkerung Mitteleuropas leidet im Laufe des Lebens unter Heuschnupfen. Die Homöopathie bietet eine hilfreiche Therapiealternative zur konventionellen Therapie. Als „Bewährte Indikation“ (Galphimia glauca) ist ihre Wirksamkeit belegt, als Isopathie ist sie gut wissenschaftlich untersucht.

Ziel dieses Leitfadens ist es, dem homöopathischen Praktiker ein verlässliches und pragmatisches Therapiewerkzeug an die Hand zu geben. Im Zentrum steht die klassische Homöopathie: Die Arzneiwahl wird aufgrund der individuellen Symptome soweit eingegrenzt, dass die homöopathische Arznei leicht gefunden werden kann.

Zum Einstieg ins Thema beginnt das vorliegende Buch mit knappen Darstellungen zu Geschichte und Krankheitsbild des Heuschnupfens, erläutert die konventionellen Therapiemöglichkeiten und die homöopathische Behandlung samt verwandter Verfahren und stellt die aktuellen wissenschaftlichen Studien dazu im Überblick vor.

Herzstück dieses Leitfadens sind die Materia medica und das Repertorium: Sie enthalten 35 homöopathische Arzneien, die sich bei der Behandlung des Heuschnupfens sehr bewährt haben. Darunter finden sich auch vergleichsweise neue oder „kleine“ Arzneimittel wie Ambrosia artemisiifolia, Luffa operculata oder Galphimia glauca, die in bisherigen Arzneimittellehren noch kaum Berücksichtigung fanden. Auf vielfältigen Wunsch hin wurden weitere Arzneien in die 2. Auflage aufgenommen: Natrium carbonicum, Phosphorus und Sulphur. Naturgemäß ist damit der große Fundus der homöopathischen Materia medica noch längst nicht ausgeschöpft. Nach sorgfältiger Abwägung haben wir uns aber entschieden, es bei dieser bewährten Zusammenstellung zu belassen, da eine zu große Zahl an Arzneien die Treffsicherheit verringern könnte.

Insbesondere die Wirksamkeit von Galphimia glauca bei Heuschnupfen wurde von Dr. Markus Wiesenauer in zahlreichen wissenschaftlichen Studien mit Unterstützung der Karl und Veronica Carstens-Stiftung eindrucksvoll nachgewiesen. Darüber hinaus werden die

Ergebnisse der Arzneimittelprüfung von *Galphimia glauca* in das Buch aufgenommen.

Über viele Jahre hinweg wurde allmählich ein „Heuschnupfen-Repertorium“ aus Arzneimittelprüfungen, *Materia medica* und eigenen Kasuistiken zusammengestellt und auf die wesentlichen Rubriken und Arzneien hin kondensiert. Es enthält alle wichtigen Einträge aus verlässlichen Quellen und ergänzt die Arzneimittellehre. Beispiele aus der Praxis der Autoren verdeutlichen die praktische Anwendung von Repertorium und *Materia medica* anschaulich.

Wir freuen uns, für dieses Buch seit 2017 eine Heimat im KVC Verlag gefunden zu haben, und wir wünschen uns, dass sich auch die vorliegende Auflage in der täglichen Anwendung bewähren und die homöopathische Therapie des Heuschnupfens verbessern wird.

Bad Nauheim, Berlin und Baldham
Jörn Dahler, Michael Teut, Christian Lucae

Inhalt

1	Einführung	1
1.1	Zur Geschichte des Heuschnupfens	1
1.2	Die allergische Rhinitis	3
1.2.1	Definition	3
1.2.2	Klinik.....	4
1.2.3	Pathophysiologie	6
1.2.4	Diagnostik	7
1.2.5	Differentialdiagnose	8
1.3	Pollenflugkalender, Kreuzallergientabelle.....	8
1.4	Konventionelle Therapie.....	11
1.4.1	Symptomatische Behandlung (Antiallergika)	11
1.4.2	Hypo-, Desensibilisierung	12
1.4.3	Präventive Maßnahmen bei Allergien	12
1.5	Homöopathie	14
1.6	Isopathie	15
1.7	Therapie mit potenziertem Eigenblut	16
1.8	Gemmotherapie	17
1.9	Komplexmittelhomöopathie	18
1.10	Wissenschaftliche Studien.....	18
2	Homöopathische Therapie der allergischen Rhinitis	25
2.1	Akut oder chronisch?	25
2.2	Welche Symptome sind wichtig?	26
2.3	Repertorisation und Mittelwahl	27
2.4	Dosierung und Potenz	28
2.4.1	Therapie der akuten Exazerbation der allergischen Rhinitis	28

2.4.2	Therapie der chronischen allergischen Rhinitis	29
2.5	Fragebogen für Patienten	31
3	Repertorium.....	33
3.1	Lokalisation.....	34
3.2	Empfindungen	35
3.3	Sekretion.....	36
3.4	Allgemeines und Begleitsymptome	37
3.5	Modalitäten, allgemein.....	38
3.6	Modalitäten, spezifisch	40
4	Materia medica	43
4.1	Allium cepa (All-c.).....	44
4.2	Ambrosia artemisiifolia (Ambro.).....	45
4.3	Aralia racemosa (Aral.)	46
4.4	Arsenicum album (Ars.).....	47
4.5	Arsenicum iodatum (Ars-i.).....	48
4.6	Arum triphyllum (Arum-t.).....	49
4.7	Arundo mauritanica (Arund.)	50
4.8	Bromium (Brom.).....	51
4.9	Carbo vegetabilis (Carb-v.)	52
4.10	Dulcamara (Dulc.)	53
4.11	Euphrasia officinalis (Euphr.)	55
4.12	Galphimia glauca (Galph.).....	56
4.13	Gelsemium sempervirens (Gels.).....	57
4.14	Iodium (Iod.).....	58
4.15	Kalium iodatum (Kali-i.)	59
4.16	Kalium phosphoricum (Kali-p.).....	60

4.17	Lachesis muta (Lach.)	61
4.18	Luffa operculata (Luf-op.)	62
4.19	Naja tripudians (Naja)	63
4.20	Natrium carbonicum (Nat-c.)	64
4.21	Natrium muriaticum (Nat-m.)	65
4.22	Nux vomica (Nux-v.)	66
4.23	Phosphorus (Phos.)	68
4.24	Psorinum (Psor.)	69
4.25	Pulsatilla pratensis (Puls.)	70
4.26	Ranunculus bulbosus (Ran-b.)	71
4.27	Sabadilla officinalis (Sabad.)	72
4.28	Sanguinaria canadensis (Sang.)	73
4.29	Silicea (Sil.)	74
4.30	Sinapis nigra (Sin-n.)	75
4.31	Squilla maritima (Squil.)	76
4.32	Sticta pulmonaria (Stict.)	77
4.33	Sulphur (Sulph.)	78
4.34	Teucrium marum verum (Teucr.)	80
4.35	Wyethia helenioides (Wye.)	81
5	Kasuistiken	83
5.1	Fall 1: Ambrosia	83
5.2	Fall 2: Aralia racemosa	85
5.3	Fall 3: Arsenicum album	86
5.4	Fall 4: Arsenicum iodatum	88
5.5	Fall 5: Arum triphyllum	89
5.6	Fall 6: Bromum	90
5.7	Fall 7: Dulcamara	91
5.8	Fall 8: Galphimia glauca	92

5.9 Fall 9: Gelsemium..... 93
5.10 Fall 10: Natrium muriaticum..... 95
5.11 Fall 11: Psorinum..... 97
5.12 Fall 12: Pulsatilla 98
5.13 Fall 13: Silicea 100

Literaturverzeichnis 103

Die Autoren 110

1 Einführung

1.1 Zur Geschichte des Heuschnupfens

Bereits in griechischen Schriften stößt man auf Schilderungen von Symptomen, die einem allergischen Asthma gleichen. Konkrete Beschreibungen der allergischen Rhinitis sind erst in der Neuzeit nachzuweisen. Eine als Vorläuferform des Heuschnupfens angesehene Erkrankung findet sich in der Mitte des 16. Jahrhunderts: Niesen, Juckreiz in der Nase und Atembeschwerden in der Gegenwart von Rosen wurde als sogenannter „rose cold“ (deutsch etwa: „Rosenschnupfen“) bezeichnet.

Aus dem 17. Jahrhundert gibt es Schilderungen einer alljährlich wiederkehrenden, einer allergischen Rhinitis gleichenden Erkrankung, deren Ursache man aber noch nicht erkannt hatte. Zunächst musste sich die Erkenntnis durchsetzen, dass Schnupfen eine Sekretion der Nasenschleimhaut ist und nicht etwa ein Ausfluss des Gehirns.

Erste Beschreibungen des Heuschnupfens (engl. „hay fever“) als einheitliches Krankheitsbild finden sich Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts bei William Heberden (1710–1801) und John Bostock (1773–1846). Letzterer sprach auch von einem „catarrhus aestivus“ (Sommerkatarrh). Philipp Phoebus (1804–1880), Pharmakologe an der Universität Gießen, schrieb im Jahre 1859 über das „Heu-Asthma“, wenig später erschien sein Artikel „Der typische Frühsommerkatarrh“.

Die bahnbrechende Arbeit zur Erforschung des Heuschnupfens publizierte der Londoner Arzt Charles H. Blackley (1820–1900) im Jahre 1873. Darin wurde der Beweis erbracht, dass die Inhalation von Pollen die Ursache der allergischen Rhinitis darstellt. Außerdem beobachtete Blackley die extrem niedrige Prävalenz des Heuschnupfens in der bäuerlichen Bevölkerung und folgerte, dass die ständige Exposition gegenüber Pollen diese Menschen unempfindlich mache. Blackley war homöopathischer Arzt und litt selbst unter Heuschnupfen. Nach wenig erfolgreichen Behandlungsversuchen mit homöopathischen Arzneien entwickelte er verdünnte Pollenaufschwemmungen. Damit

war das heutige therapeutische Prinzip der Hyposensibilisierung vorweggenommen.

Samuel Hahnemann (1755–1843), der die Begriffe Heuschnupfen und Allergie noch nicht kannte, deutete die Möglichkeit einer Allergieneigung im §117 des *Organon* zumindest an und benutzte dafür den Begriff „Idiosyncrasie“. In einer Fußnote zu diesem Paragraphen steht: „Einige wenige Personen können vom Geruche der Rosen in Ohnmacht fallen [...]“. In der homöopathischen Literatur finden wir entsprechende Beschreibungen des erwähnten Rosenschnupfens, und bis heute ist die Rubrik „nose – coryza – rose cold“ in den Repertorien überliefert (z. B. im Kent-Repertorium mit den Arzneien All-c., Sabad., Sang., Tub., Wye.).

Im 19. Jahrhundert brachte die amerikanische Homöopathie einige Arbeiten zur Allergiebehandlung hervor. So berichtete beispielsweise Charles Frederick Millspaugh (1854–1923) im Jahre 1889 erstmals über die Behandlung des Heuschnupfens mit *Ambrosia artemisiifolia* C3. Grant L. Selfridge (1863–1951) führte Versuche zur Desensibilisierung mittels Pollenextrakten durch und empfahl eine prophylaktische Behandlung des Heuschnupfens.

Erste erfolgreiche Behandlungen des Heuschnupfens mittels klassischer Homöopathie wurden vom amerikanischen Homöopathen E. B. Nash (1838–1917) beschrieben. Selbst über Jahrzehnte an Heuschnupfen leidend, beschrieb er erfolgreiche Behandlungen mit *Lachesis*, *Gelsemium*, *Carbo vegetabilis*, *Sticta* und andere. In der folgenden Zeit wurden weitere Erfahrungen bei der Therapie des Heuschnupfens gesammelt, welche sich in der Kent-Rubrik „nose – coryza – annual (hay fever)“ widerspiegeln. Während in der letzten Auflage des Kent'schen Repertoriums rund 30 Arzneien zu finden waren, zählt man in modernen Repertorien bereits weit über 100 Arzneien: Die Rubrik „Nase – Heuschnupfen“ in der *Synthesis Treasure Edition/ RADAR 10* enthält beispielsweise 125 Arzneimittel.

Der Begriff „Allergie“ wurde erst im Jahre 1906 durch die damals in Wien tätigen Kinderärzte Clemens von Pirquet (1874–1929) und Béla Schick (1877–1967) eingeführt. Schließlich spielt das Jahr 1911 eine wichtige Rolle in der Geschichte der Allergologie: Noon und Freeman

beschrieben erstmals die Desensibilisierung von Patienten mit Allergien („Prophylactic Inoculation against Hay Fever“). Sie formulierten die These, dass das Polleneiweiß Toxincharakter habe und dadurch die Erscheinungen hervorrufe, außerdem wurde das Heufieber als Ausdruck einer „Pollengiftidiosynkrasie“ gesehen.

1.2 Die allergische Rhinitis

1.2.1 Definition

Die allergische Rhinitis ist definiert als eine symptomatische Überempfindlichkeitsreaktion der Nase, bei der es durch den Kontakt mit Allergenen unter der Vermittlung von Immunglobulin E zu einer entzündlichen Schleimhautreaktion kommt. Im allgemeinen Sprachgebrauch ist der Terminus „Heuschnupfen“ üblich, der genau genommen eine durch Pollen ausgelöste, allergische Rhinokonjunktivitis meint. Im vorliegenden Werk wird „allergische Rhinitis“ synonym mit „Heuschnupfen“ verwendet.

Die Erkrankung ist mit einer Lebenszeitprävalenz von 23–30 % eine der häufigsten chronischen Krankheiten und zugleich die häufigste immunologische Erkrankung in Europa. Die Erkrankungshäufigkeit steigt seit vielen Jahren immer weiter an. So beträgt die Prävalenz bei dreijährigen Kindern nichtallergischer Eltern 6 %, bei 13- bis 14-Jährigen dagegen 24 %. Bei allergischen Eltern beträgt die Prävalenz 13 % bzw. 44 %.

Im Jahre 2000 betragen die durch die allergische Rhinitis und Komorbiditäten hervorgerufenen sozioökonomischen Kosten allein in Deutschland 240 Millionen Euro, während alle allergischen Atemwegserkrankungen zusammen 5,1 Milliarden Euro Kosten verursachten. Im Jahr 2010 stiegen die Kosten auf rund 650 Millionen Euro, diejenigen der allergischen Atemwegserkrankungen auf mindestens 6–8 Milliarden Euro.

Die allergische Rhinitis tritt bei zwei Dritteln der Betroffenen gemeinsam mit anderen allergischen Erkrankungen auf, insbesondere mit:

- Asthma (43 %)
- Ekzemen (32 %)
- Nahrungsmittelallergien (29 %)
- Urtikaria (19 %)

Die Erkrankung beginnt meist im Kindesalter und hat bei vielen Betroffenen Auswirkungen auf schulische Leistungsfähigkeit, Sozial- und Arbeitsleben. Zwei Drittel der Patienten sind durch die Erkrankung in ihren täglichen Aktivitäten deutlich eingeschränkt und müssen ihren Alltag an die Erkrankung anpassen, ein Drittel aller Betroffenen fühlt sich ständig müde und abgeschlagen. Achtundachtzig Prozent der Betroffenen greifen zur Symptomlinderung zu Medikamenten, wobei meist Antihistaminika, Nasensprays und Augentropfen verwendet werden.

1.2.2 Klinik

Die wichtigsten Symptome der allergischen Rhinitis sind Niesen, Juckreiz, klare Sekretion und nasale Obstruktion. Bei der pollenbedingten allergischen Rhinitis kommt es häufig zu einer Begleitkonjunktivitis, bei milbenbedingter Rhinitis stehen nur die nasalen Symptome im Vordergrund.

Klinische Leitsymptome der allergischen Rhinitis

- Niesen
- Juckreiz
- Sekretion
- Obstruktion

Weitere (mögliche) klinische Symptome

- Husten
- Halsschmerzen
- Mundgeruch
- Lidödeme
- Näselpolypen

- Mundatmung
- Dyspnoe
- Schlafstörungen
- Nasale Hyperreaktivität
- Konzentrationsstörungen

Häufige Begleiterkrankungen

- Konjunktivitis
- Sinusitis
- Asthma
- Atopisches Ekzem (Neurodermitis)
- Nahrungsmittelallergien (Kreuzallergien)
- Rezidivierende Paukenergüsse
- Gedeihstörungen
- Eingeschränkte Leistungsfähigkeit

Der Schweregrad der allergischen Rhinitis wird nach der ARIA-Dokumentation (**Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma**) der WHO klassifiziert und richtet sich nach Dauer und Schwere der Symptomatik:

Dauer der Symptomatik	intermittierend: weniger als 4 Tage/Woche oder weniger als 4 Wochen	persistierend: mehr als 4 Tage/Woche und mehr als 4 Wochen
Schwere der Symptomatik	gering: Symptome sind vorhanden, Symptome beeinträchtigen die Lebensqualität nicht.	mäßig-schwer: Symptome sind vorhanden und belastend, Symptome beeinträchtigen die Lebensqualität.

Lebensqualitätsparameter sind schulische und berufliche Leistungen, Schlafqualität und sportliche Aktivitäten.

Knapp zwei Drittel der jugendlichen und erwachsenen Pollenallergiker entwickeln im Laufe der Zeit pollenassoziierte Nahrungsmittelallergien (Kreuzallergien, vgl. Kap. 1.3). Die Ursache liegt in ähnlichen Eiweißstrukturen von Pollen und Nahrungsmitteln. Die möglichen

che Symptomatik beinhaltet neben den bekannten Heuschnupfen-symptomen auch Halskratzen, Schluck- und gastrointestinale Beschwerden, Asthma oder Ekzemschübe. Die Menge des aufgenommenen Allergens, aber auch körperliche Anstrengung, Medikamente oder Additionseffekte durch die gleichzeitige Aufnahme mehrerer Allergene beeinflussen die Intensität der Beschwerden.

1.2.3 Pathophysiologie

Pathophysiologisches Substrat der allergischen Reaktion ist eine zelluläre Entzündungsreaktion, die in eine Sofortphase (weniger als 2 Stunden) und in eine Spätphase (2–48 Stunden) eingeteilt werden kann.

Über die epitheliale Barriere der Nasenschleimhaut kommt ein Allergen in Kontakt mit dendritischen Zellen. Diese nehmen die Allergene auf, wandern in die lokalen Lymphknotenstationen und präsentieren die Allergenfragmente (Proteine und Glykoproteine) den dortigen T-Lymphozyten. Über T-Helferzellen werden B-Helferzellen zur Immunglobulinproduktion angeregt. Immunglobulin E vermittelt die Freisetzung von Entzündungsmediatoren aus basophilen Granulozyten und Mastzellen. Histamin, Leukotriene, Prostaglandine, Tryptase, Chymase und andere Mediatoren führen zum klinischen Bild der allergischen Sofortreaktion vom Typ 1, die sich innerhalb weniger Minuten ausbildet. Im Anschluss an die Sofortreaktion kann es auch zu einer allergischen Spätphasenreaktion kommen. Hierbei nehmen eosinophile Granulozyten, die durch verschiedene Botenstoffe und Apoptose-Vorgänge (Zelltod) angelockt werden, eine wichtige Rolle ein. Die eosinophilen Granulozyten enthalten enzymatische und toxische Inhaltsstoffe, die die Entzündungsreaktion weiter aufrechterhalten.

Heute geht man davon aus, dass bei vielen Patienten auch in der symptomfreien Phase eine minimale Entzündungsreaktion als Ausdruck der immunologischen Regulationsstörung persistiert. Durch chronische Entzündungsprozesse kann es auch zu einer nasalen Hyperreaktivität kommen: Die Nasenschleimhaut reagiert auch überempfindlich auf unspezifische Reize wie Geruchsstoffe, Staub oder

Temperaturveränderungen. Es kann zu Nasenlaufen, verstopfter Nase oder Niesreiz kommen.

1.2.4 Diagnostik

Anamnese

Das wichtigste diagnostische Instrument ist die Anamnese. Hier sollte auch die Familiengeschichte miterfasst werden. Für die Diagnostik ausschlaggebend ist die Expositionsanamnese (Allergene, Medikamente, Nahrungsmittel). Aus homöopathischer Sicht kommt der Anamnese die wichtigste Bedeutung zur Arzneifindung zu (vgl. Kap. 2.2).

Untersuchung

Die lokale klinische Untersuchung umfasst die Inspektion der inneren Nase (anteriore Rhinoskopie mit einem Nasenspekulum), der äußeren Nase, der Augen sowie der umgebenden Hautpartien. Die Nasendoskopie ist HNO-Ärzten vorbehalten. Eine ergänzende pulmonologische Diagnostik mit Auskultation, Perkussion, gegebenenfalls Lungenfunktionstestung (Asthma) und eine Inspektion der Haut (Ekzeme) ist sinnvoll.

Diagnostische Tests

Diagnostische Tests sollten nur durchgeführt werden, wenn das dafür notwendige allergologische Fachwissen und Ausrüstung bereitsteht. Allergologische Tests sind nicht ohne Gefahr. Es kann zu anaphylaktischen Reaktionen kommen, auf die der Arzt notfallmedizinisch vorbereitet sein muss. Der Patient muss über die Risiken aufgeklärt werden. In Frage kommen:

- Hauttestungen (Pricktest, Intrakutantest, Epikutantest)
- In vitro-Tests (RAST: nur eingeschränkte Aussagefähigkeit)
- nasaler Provokationstest mit Allergenen (diagnostisch beweisend)

Zur Durchführung der allergologischen Diagnostik sei auf entsprechende Standardwerke verwiesen (s. Literaturverzeichnis).