



14. Internationaler Coethener Erfahrungsaustausch (ICE 14)
20.–22. November 2014 in Köthen (Anhalt)

Von der Fallanalyse zur Behandlungskompetenz – aus eigenen Fällen lernen

Kongressband

Angelika Gutge-Wickert und Ulrike Kessler (Hrsg.)

Impressum

Schriftenreihe der
Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie (WissHom)

Wissenschaftliche Gesellschaft für Homöopathie e. V. (WissHom)
Wallstraße 48
06366 Köthen (Anhalt)
Deutschland
www.wisshom.de

Redaktion und Satz:
Mag. phil. Christine Doppler (Berlin)
lektorat@wisshom.de
www.christine-doppler.net
*Die Personenbezeichnungen in den Beiträgen
beziehen sich in der Regel gleichermaßen auf Frauen und Männer.*

Umschlag-Gestaltung:
setz it. Richert GmbH (Sankt Augustin)
www.setzit.de

Druck:
Repro Central – Martin & Richter GbR (Berlin)
www.repro-central.de

© WissHom. Köthen (Anhalt): 2015
Ausnahmen im Copyright sind jeweils angegeben.

Editorial

Mit dem 14. Internationalen Coethener Erfahrungsaustausch (ICE 14) vom 20. bis 22. November 2014 in Köthen (Anhalt) hat die Wissenschaftliche Gesellschaft für Homöopathie (WissHom) die im Jahre 2001 begründete Tradition fortgesetzt, jedes Jahr im Herbst zu einem wissenschaftlichen Gesprächsforum rund um Forschung, Praxis und Lehre in der Homöopathie einzuladen.

Das Thema „Von der Fallanalyse zur Behandlungskompetenz – aus eigenen Fällen lernen“ wurde aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet: Wie können wir Praxiserfahrungen nutzen, um unser homöopathisches Wissen individuell und kollektiv zu vertiefen? Von der Sammlung von Kasuistiken zu feststehenden Krankheiten bis zur Umsetzung der Informationen aus wissenschaftlichen Studien werden beim ICE 14 die Möglichkeiten aufgezeigt, die unsere Behandlungskompetenz stärken. Das wird ergänzt mit Fragestellungen: Wie bereichert uns fachärztliches Wissen in der Beurteilung eines Heilverlaufs? Welche didaktischen Erfahrungen können wir aus den Reformbestrebungen im Medizinstudium übernehmen? Wie sehen die aktuellen Erklärungsmodelle zur Wirksamkeit hochpotenzierter Substanzen aus?

Die im vorliegenden Kongressband versammelten Beiträge mögen Ihnen eine interessante und bereichernde Lektüre sein.

Angelika Gutge-Wickert (Berlin)
Apothekerin und Ärztin – Homöopathie
2. Vorsitzende WissHom

Ulrike Kessler, MSc (Basel)
Educational Director
Swiss International Law School (SiLS)

Köthen (Anhalt), im November 2015

Inhalt

- 2 Impressum
- Vorwort** 3 *Angelika Gutge-Wickert / Ulrike Kessler*
Editorial
- 5 Inhaltsverzeichnis
- Bericht ICE 14** 7 *Gerhard Bleul*
Bericht über den ICE 14
- Vorträge** 9 *Frederik Schroyens*
How to add clinical experience to the Repertory?
- 12 *Gerhard Bleul*
Mononukleose – Aufarbeitung der klinischen Erfahrungen mit Homöopathie
- 19 *Christian Lucae*
Behandlung der Streptokokken-Angina
- 20 *Peter Dieter*
Die Ärztliche Approbationsordnung und Reformen des
Medizinstudiums
- 24 *Ulrich Koch*
Zur Notwendigkeit eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes in der
Therapie psychischer Störungen
- 27 *Ulf Riker*
Von der Fallanalyse zur Behandlungskompetenz – aus eigenen
Fehlern lernen
- 32 *K. Rüdiger Wiebelitz / André-Michael Beer*
Vom Manuskript zur Publikation: Erfahrungen auf dem Weg zur
Veröffentlichung eines RCTs mit einem Komplexhomöopathikum
- 40 *Micha Bitschnau*
Rezidivierende vulvovaginale Infekte in der homöopathischen Praxis
- 42 *Doris Diekhans*
Die Relevanz der PSA-Erhöhung in der homöopathischen Therapie der
Prostatahyperplasie
- 44 *Stephan Baumgartner*
Wassercluster, Nanopartikel, Nanoblasen, Lebenskräftestrukturen oder
nicht-lokale Verschränkungen? Homöopathische Erklärungsmodelle
unter der Lupe
- 45 *Stefan Wildfang*
Egal ob Lupus oder Sjögren – Hauptsache Homöopathie
- Seminare** 53 *Klaus von Ammon*
Wie bewerte ich eine Studie?
- 54 *Christa Raak / Peter Dieter*
Problem based learning: Fallbeispiel aus Sicht der Biochemie
und der Homöopathie
- 58 *Rainer Schäferkordt*
Empirische Homöopathie durch Falldokumentation: das WissHom-
Forschungsprojekt „Empirium“
- 60 *Heiner Frei*
Dozentenseminar: Bönninghausen-Methode und Polariätsanalyse

Gerhard Bleul (Hünstetten, D)

Bericht über den ICE 14: Von der Fallanalyse zur Behandlungskompetenz – aus eigenen Fällen lernen*

Frederik Schroyens (B): Wie kommen klinische Erfahrungen ins Repertorium?

Schon in den ersten Repertorien wurden auch klinische Erfahrungen aufgenommen. Meist waren die Kriterien für die Aufnahme unklar. Sie werden aktuell neu diskutiert und sollen Transparenz gewährleisten.

Gerhard Bleul (D): Mononukleose – Aufarbeitung der klinischen Erfahrung mit Homöopathie

„Festständige Krankheiten“ sind nach Hahnemann spezifische Krankheitsentitäten, die in der Regel durch einen definierten Krankheitserreger hervorgerufen werden und für die es eine eingeschränkte Auswahl passender homöopathischer Arzneimittel gibt, einen Mittelpool. 28 Fälle von Mononukleose in der eigenen Praxis wurden retrospektiv ausgewertet. Die Effektivität bestimmter Arzneimittel konnte belegt werden. Für einige Mittel, die in Repertoriensubrubriken für die Mononukleose gelistet sind, gibt es keine ausreichenden Belege.

Im Anschluss an den Vortrag entstand der Vorschlag, eine neue WissHom-Arbeitsgruppe zu gründen, die sich mit der Frage der spezifischen Infektionskrankheiten und ihrer spezifischen Mittel weiter befasst.

Christian Lucae (D): Behandlung der Streptokokken-Angina

Die Eltern der erkrankten Kinder stellen nicht selten besorgte Fragen: „Gehen da nicht die Nieren kaputt? Im Internet steht, da wird das Herz krank.“ In der Cochrane-Analyse konnte allerdings kein Nutzen der Antibiotika-Therapie bzgl. Verhinderung von Glomerulonephritis und Rheumatischem Fieber nachgewiesen werden. Die Tonsillo-Pharyngitis wird häufig auch von Viren ausgelöst, daher soll nicht sofort ein Antibiotikum gegeben werden. Homöopathische Mittel werden klassisch nach subjektiven und objektiven Symptomen gewählt, die Kenntnis des Erregers ist zweitrangig.

Peter Dieter (D): Die ärztliche Approbationsordnung und Reformen des Medizinstudiums

In Deutschland gibt es zurzeit 37 medizinische Fakultäten, von denen 8 einen Modellstudiengang anbieten. Der Unterricht soll fachübergreifend und problemorientiert sein. Die Politik sollte sich nicht in die Reformprozesse einmischen.

Ulrich Koch (D): Zur Notwendigkeit eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes in der Therapie psychischer Störungen

Hahnemanns Behandlungskonzept unterscheidet Geistes- und Gemütskrankheiten, die aus körperlichen Krankheiten entstanden sind (Therapie: antipsorisch, Diätetik und Lebensordnung) und solche, die im Gemüt entstanden sind (psychische Heilmittel).

Praktisch werden auch die pathognomonischen Geistes- und Gemütssymptome zur Mittelfindung verwendet (z. B. der Inhalt der Wahnvorstellungen).

Beispiel 1: Kasuistik einer 45-jährigen Frau mit schwerer Depression, mit Aurum met. behandelt. Positive Zeichen im Verlauf sind:

1. Initiale Verbesserung von Energie, psychischer Verfassung, Wohlbefinden, Schlaf und Menses
2. Erstreaktion, auch Erstverschlimmerung (selten!)
3. Ausscheidungsreaktionen
4. Frühzeichen nach Zafiriou: Müdigkeit und Schläfrigkeit, vermehrter Appetit, reduziertes Sexualverlangen, verminderte Mensesblutung
5. Sekunden- und Kurzzeitphänomene
6. Entwicklung nach der Heringschen Regel, besonders Auftreten der Symptome in der umgekehrten Reihenfolge des Auftretens
7. Zeitlicher Verlauf der Symptomatik und Zunahme der Dauer der Arzneiwirkung
8. Verbesserung von Befunden
9. Beginn eines Entwicklungsprozesses

Beispiel 2: Kasuistik einer 46-jährigen Patientin mit depressiven Phasen, 3-4 Mal pro Jahr, Behandlung mit Carc. und Sepia. Deutliche Zeichen der Besserung, aber unverändert depressive Phasen, daher zusätzlich Antidepressiva, darunter anhaltend beschwerdefrei.

Fazit: Psychische Störungen lassen sich gut homöopathisch behandeln. Eine solitär homöopathische Behandlung ist nicht immer ausreichend und wird oft mit anderen nichtmedikamentösen Maßnahmen oder mit Psychopharmaka kombiniert, dabei können Dosis und Nebenwirkungen reduziert werden. Schulmedizin kann also, wie historisch gewachsen, das komplementäre Verfahren zur Homöopathie sein.

Ulf Riker (D): Aus Fehlern lernen – ein "Borreliose-Fall" entpuppt sich als Psychosomatose

Fallbericht: 42-jährige Patientin, vor 5 Jahren Diagnose einer Borreliose, damals wandernde Gelenkschmerzen, Borrelien-Antikörper erhöht, Doxycyclin 200 täglich für 24 Tage, darunter wässrige Durchfälle, keine Besserung, keine Änderung der Serologie. Der Rheumatologe fand weiter nichts, der von ihm empfohlene Hautarzt sagte, es gäbe auch eine Psoriasis-Arthritis sine Psoriasis. Ein Heilpraktiker macht Störfeldsuche, unterspritzt Narben. Ein Zahnarzt findet keine Herde.

Dann ging sie zu einem „Borreliose-Spezialisten“, bekam ein Cephalosporin über 17 Wochen, danach sei der Leukozyten-Transformationstest negativ gewesen, damit die „Borreliose geheilt“, die Beschwerden und die übliche Borreliose-Serologie waren allerdings unverändert.

Sehr viele Symptome, *erste Verordnung:* Calc-p. – einiges wurde besser, Gelenksymptomatik unverändert. *Zweites Mittel:* Silicea. Der Nacken fühlt sich freier an, die Gelenksymptomatik ist eher noch schlechter.

* Der Beitrag ist in einer gekürzten Fassung erschienen in: ZKH 2015; 59 (1): 54–55.

Dritte Überlegung: Colchicum. Gegenprobe mit der Methode Bönninghausen bestätigt es. C200: 1 Woche schlimmer, dann 1 Woche beschwerdefrei, dann wieder Schmerzen, nach 2 Wochen Colch. C1000, welches noch einige Male wiederholt wurde. Darunter Abklingen der Beschwerden.

K. Rüdiger Wiebelitz (D): Vom Manuskript zur Publikation – Erfahrungen auf dem Weg zur Veröffentlichung eines RCT mit einem Komplexhomöopathikum

Eine Arbeit, die über die klinische Prüfung eines Komplexmittels mit 11 Bestandteilen berichtete, wurde bei mehreren Zeitschriften eingereicht. Immer wieder unterschiedliche Gründe, die gegen eine (sofortige) Publikation sprachen, wurden angeführt: zu viele Drop-outs, zu viel Multimorbidität, schlechtes Englisch, unvollständige Literaturrecherche, zusätzlich gewünschte Grafiken usw. Planungsbeginn war Mai 2003, Studienbeginn 12/2003, erste Einreichung bei Zeitschrift 7/2009, dritte Einreichung bei der 3. Zeitschrift 2/2012, Publikation akzeptiert 5/2012. Fazit: Wenn das Ergebnis negativ gewesen wäre, wäre die Arbeit sicher sofort akzeptiert worden.

Micha Bitschnau (A): Rezidivierende vulvovaginale Infekte

Da konventionelle Therapien bei Rezidiven rasch an Wirksamkeit verlieren, ist die Homöopathie, unterstützt von Phytotherapie, die Methode der Wahl.

Doris Diekhans (D): Die Relevanz der PSA-Erhöhung in der homöopathischen Therapie der Prostatahyperplasie

An drei Fallbeispielen wird der Verlauf des PSA-Wertes unter rein homöopathischer Behandlung gezeigt und die medizinische und rechtliche Problematik diskutiert.

Stephan Baumgartner (D / CH): Erklärungsmodelle für die Wirkung homöopathischer Potenzen

An einem Diagramm zeigt der Referent sehr anschaulich, wo die verschiedenen Erklärungsmodelle für die Homöopathie angesiedelt sind. Links steht die „Geistartigkeit“, d. h. die nicht-materielle Wirkung homöopathischer Mittel, rechts stehen materielle Nachweisversuche. Oben steht die Kausalität, deterministische Effekte, unten die Akausalität. Die meisten zeitgenössischen Erklärungsmodelle sind materiell (physikalisch). Die „geistartigen“ Hypothesen sind häufig akausal (Walach: Nicht-Lokalität, Jung: Synchronizität, Atmanspacher et al.: Schwache Quantentheorie). Beispiele für nicht-materielle Kräfte neben der homöopathischen Arzneikraft sind die Gravitation und der Magnetismus. Die klassische Physik kennt Materie (mit den Sinnen wahrnehmbar) und Kräfte (nicht mit den Sinnen wahrnehmbar). Wenn Materielles auf Materielles über eine Entfernung wirkt, wird auf die Existenz einer Kraft logisch geschlossen, somit ist sie immateriell und geistartig, aber auch kausal (deterministisch), d. h. eine Fernwirkung ist möglich.

Stefan Wildfang (D): Egal ob Lupus oder Sjögren – Hauptsache Homöopathie

Bedeutung der Symptome für die Mittelwahl (§ 6: Veränderungen des jetzt Kranken vom ehemaligen gesunden Zustand, § 211: Gemütszustand gibt oft am meisten den Ausschlag).

Fall einer ca. 45-jährigen Frau mit Sjögren-Syndrom: keine Besserung nach Silicea, sehr gute Besserung auf Nat-c. Analyse der Symptomauswahl: die körperlichen, besonders die pathognomonischen Symptome gaben den Ausschlag, die Überbetonung der Geistesymptome führten anfangs zum falschen Mittel.

Fall einer Frau mit rezidivierenden Zystitiden: Sehr gute Reaktion auf Agaricus. Nach einem akuten Schreck zunächst Aconitum (erfolglos), dann Agaricus wiederholt (gut). Längerfristige Weiterbehandlung mit Sepia.

Seminare

Zusätzlich zu den Vorträgen wurden im Rahmen des Kongresses drei Seminare parallel angeboten: **Klaus von Ammon** (Wie bewerte ich eine Studie?), **Rainer Schäferkordt** (Empirische Homöopathie durch Falldokumentation) und **Peter Dieter / Christa Raak** (Problem based learning: Fallbeispiel aus Sicht der Biochemie und der Homöopathie). Darüber hinaus gab es ein Dozentenseminar mit **Heiner Frei** (Anwendung der Bönninghausen-Methode und der Polaritätsanalyse).

Abschlussdiskussion

Die Abschlussdiskussion unter der Moderation von **Klaus von Ammon** befasste sich im Wesentlichen mit folgenden Fragen:

1. Welches Thema im Bereich der Homöopathie interessiert die Teilnehmenden am meisten?
2. Welches Thema bringt die Homöopathie voran?
3. Welche Themen eignen sich dafür, die Akzeptanz der Homöopathie in der Öffentlichkeit zu erhöhen?

Zur Person

Vgl. Seite 18.

Frederik Schroyens (Gent, B)

How to add clinical experience to the Repertory?

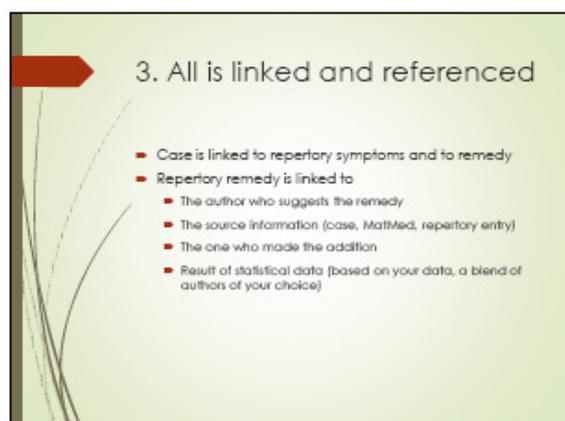
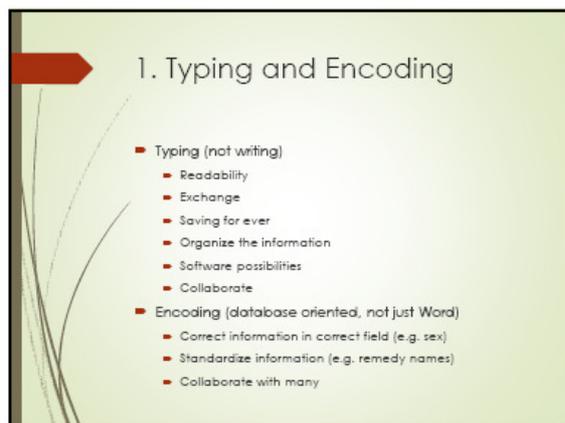
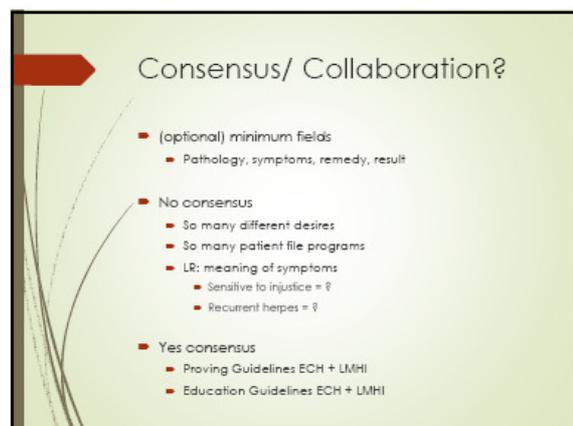
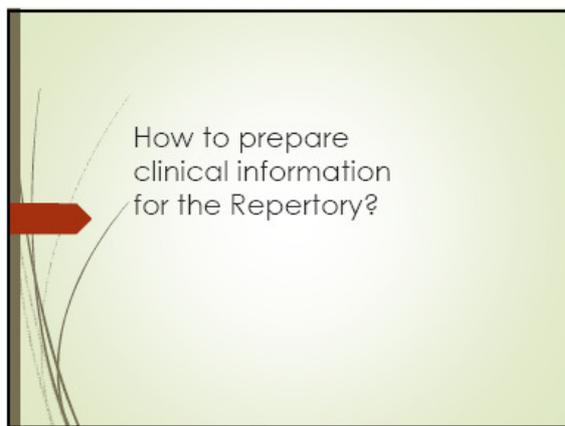
Abstract

Clinical experience has been added to the Repertory since the first repertories. In the past, such additions were most often made without transparency and without perspective, other than to have the addition in the repertory.

The criteria to include clinical additions following several authors were reviewed. As a conclusion, an easy and logical proposal to do so was discussed.

Now and in the future, clinical information can also be added with transparency. The different ways to do so were explained. Once homeopaths are applying this, we can reflect on using this information with different perspectives.

These perspectives were reviewed. They define the way that clinical information should be entered in the repertory, which brings us back to the initial point. The following pictures are selected from the Powerpoint presentation. © Frederik Schroyens.

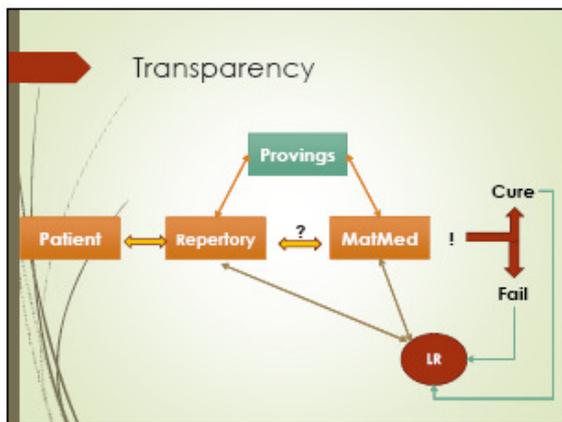
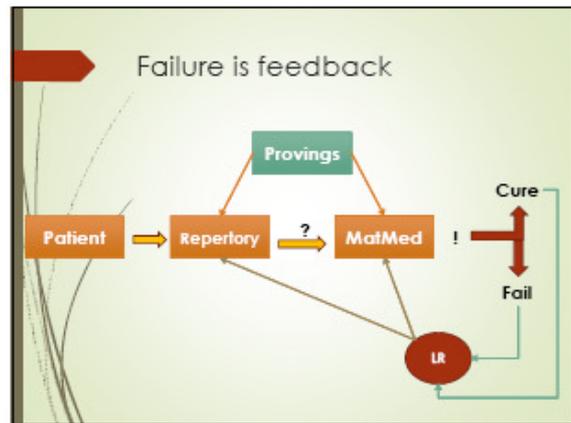
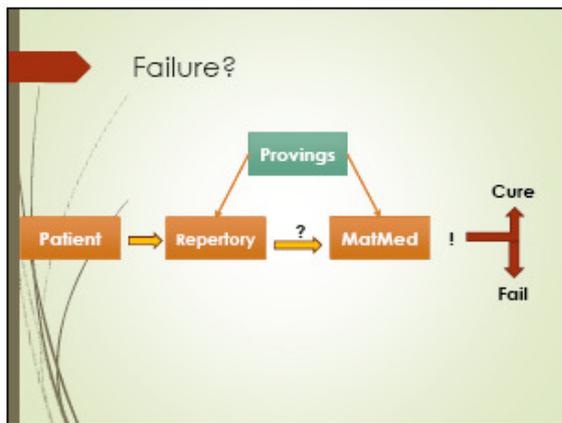
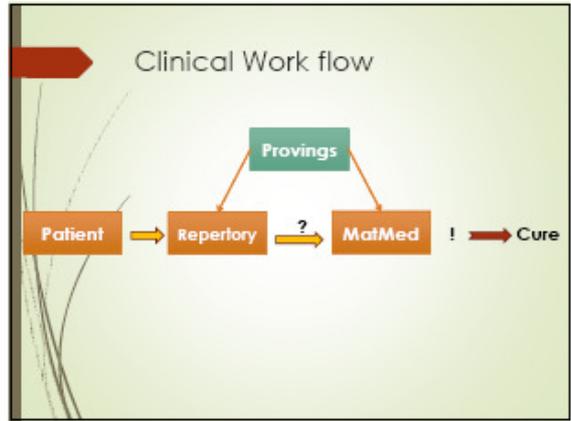
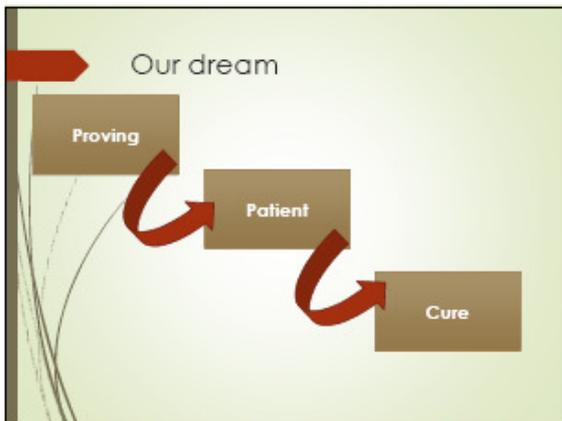


What we will do is

- Software based solution embedded in daily practice (= easy, quick)
- (optional) minimum fields
 - Pathology, symptoms, remedy, result
- Improve your own practice
- Exchange with others, cross-platform
- Integrated solution
 - Link with Materia Medica and Repertory
 - Transparent link in all directions

*Be ready for the future now:
"the combined experience of many practitioners"*

A graphical summary on clinical information and repertory



Vielen Dank!

frederik.schroyens@archibel.com

The Author

Dr Frederik Schroyens, MD



F. Schroyens is a 1977 medical graduate of the State University of Gent (Belgium) and a 1978 graduate of the one-year Homeopathic Training Course at the Faculty for Homeopathy in London (FFHom).

He is practicing homeopathy since 1978.

In 1981 Dr Schroyens has been the constitutive President of VSU, the first Flemish homeopathic school in Belgium. VSU has given a one-year introductory training on homeopathy to more than 1.250 students and fully trained over 200 homeopaths. The homeopathic education is build up over a five-year program. He has also founded the Masi-workshops in Belgium and Holland.

Frederik Schroyens was one of the first Radar-users in 1986 and became so enthusiastic about the increasing possibilities Computer Science is offering to Homeopathy, that, because of his dedication to the program, he has become the Scientific Coordinator of the Radar related project soon afterwards.

In 1987 he was appointed as the main link between George Vithoukas and the programming team of the University of Namur (Belgium) during the development of the Vithoukas Expert System. He has been accompanying George Vithoukas on his seminars from 1988 to 1995 as well as assisting him during most of his consultations during that time.

Frederik Schroyens published an introduction to homeopathy in 1984 in Dutch, which has been translated into French and Portuguese. In 1993 he edited a printed version of "Synthesis", the expanded Repertory linked to the Radar project. A computer version of Synthesis exists in ten languages. This Repertory has also been printed one to ten times in Dutch, English, French, German, Italian and Spanish. Translations into various other languages are ongoing.

From 1995 onwards several books based on Synthesis have been published in several languages, such as "1001 Small Remedies" and "Arzneimittelbilder von Gemüt und Traume". Since 1994, Dr Schroyens is a member of the Provings Subcommittee of the European Committee for Homeopathy.

Dr Schroyens has been lecturing on homeopathy and on his team's work in most European countries as well as in South Africa, Asia, North and South America.

Contact

E-Mail: FSchroyens@archibel.com

Gerhard Bleul (Hünstetten, D)

Mononukleose – Aufarbeitung der klinischen Erfahrung mit Homöopathie

„Klinische“ Rubriken in den Repertorien, d. h. Rubriken mit Krankheitsnamen, sind zahlreich, aber oft nicht von guter Qualität. Sie sind nicht immer gut definiert, sie enthalten einerseits ungesicherte Einträge und andererseits sind viele Mittel, die sich bei mehreren Autoren nachweislich bewährt haben, nicht aufgeführt. Es stellt sich die Frage, wie klinische Erfahrungen auf zuverlässige Weise in die Repertorien aufgenommen werden können. In diesem Beitrag beschränke ich mich dabei auf das Beispiel der Mononukleose. Zunächst sind die Begriffe „klinische Erfahrung“ und „festständige Krankheiten“ zu klären.

1. Zusammenfassung

In meiner Praxis habe ich retrospektiv 28 Fälle von Mononukleose ausgewertet und dabei einige Arzneimittel gefunden, die sich oft bewährt haben, sowie weitere Arzneien, die in Einzelfällen erfolgreich waren. Zu fast allen Arzneimitteln konnte ich Bestätigungen bei anderen Autoren finden. Auch Mittel, die bei Mononukleose wiederholt nicht halfen, also offensichtlich nicht zum entsprechenden Mittelpool gehören, konnten identifiziert werden.

Die klinischen Rubriken der gängigen Repertorien, die sich auf die Mononukleose beziehen, werden benannt, verglichen und auf ihren Gehalt überprüft. Dabei zeigt sich eine unvollständige und teilweise schlecht belegte Auswahl.

Zur Etablierung, Ergänzung und Korrektur klinischer Rubriken wird vorgeschlagen, die Rubriktitle eindeutig zu definieren und die Mittelzuordnung über ein Peer Review bzw. eine Redaktion oder eine vergleichbare Qualitätssicherung zu überprüfen. Die Zuverlässigkeit der Angaben und das Vertrauen der Nutzer könnte damit entscheidend gestärkt werden.

Unsere Forschungsaufgaben bei spezifischen Krankheiten sind ihre Identifikation, die Sammlung und Bewertung der therapeutischen Erfahrungen auch im Peer Review und die Begründung spezifischer Mittelpools.

2. Was ist klinische Erfahrung?

In der therapeutischen Anwendung kann die – positive oder negative – Wirkung eines homöopathischen Arzneimittels beobachtet und erlebt werden

- in Bezug auf ein Prüfungssymptom (Verifikation),
- in Bezug auf ein Symptom, das aus Arzneimittelprüfungen nicht bekannt ist [laut Hahnemann, Org. § 142, ein „Gegenstand höherer Beurteilungskunst und bloß Meistern in der Beobachtung überlassen.“],
- in Bezug auf einen Umstand, der in Prüfungen nicht eruiert werden kann: Wirkung in einem besonderen Lebensabschnitt, ein bestimmtes Syndrom (Symptomkombination), eine bestimmte Krankheit (z. B. eine „festständige Krankheit“).

Verifikationen eines Prüfungssymptoms sind Erfahrungen, die durch erfolgreiche Arbeit mit solchen Symptomen in der Therapie gemacht werden.

Sie wurden und werden vielfach veröffentlicht, oft als kurze Hinweise in Zeitschriften (in der ZKH gab es über viele Jahre eine Serie: z. B. Bd. 40(4); 1996:164–165, die Zeitschrift „Homöopathie konkret“ führt seit Jahren eine Rubrik „Praxissplitter“, begründet von Heli Retzek). Hering hat sie in seinen Guiding Symptoms mit vertikalen Strichen markiert. Es ist vielfach gesagt worden – fast könnte es als Konsens bezeichnet werden –, dass erst die therapeutische Verifikation ein Prüfungssymptom bestätigt und es bis dahin als unsicher zu gelten hat.

Therapeutische Erfahrungen, die in Prüfungen nicht gefunden werden können, sind z. B. die Erfahrungen in bestimmten Lebensabschnitten wie Säuglingszeit, Pubertät, Schwangerschaft, Menopause oder Alter. Sie können aus Prüfungssymptomen nicht hergeleitet werden; sie sind aber wertvolle Hinweise und entscheiden oft die Mittelwahl.

Auch die sogenannten **bewährten Indikationen** entstehen aus therapeutischen Erfahrungen. Schon Hahnemann hat für bestimmte Krankheiten solche Hinweise gegeben. So hat er für Pseudokrapp auf die 3 wichtigsten Mittel Aconitum, Spongia und Hepar sulfuris verwiesen. [RAL I, Acon., S. 436 f., RAL VI, Spong., S. 195 ff.]

RAL VI, Spong., S. 195 ff.: „Die merkwürdigste Heil-Anwendung des Röst-Schwammes hat die Homöopathie gegen die fürchterliche akute Krankheit, häutige Bräune genannt, gefunden, theils in andern Symptomen dieser Arznei theils und vorzüglich in dem Symptome (145), doch so dass die Lokal-Entzündung zuvörderst durch eine möglichst kleine Gabe innerlich gegebenen Akonits gemindert oder getilgt worden sey. Den Neben-Gebrauch einer kleinen Gabe kalkerdiger Schwefel-Leber wird man selten dabei nöthig finden.“

Sy. 145: „Schweres Athemholen, als ob ein Stöpsel in der Kehle steckte und der Athem durch die Verengerung des Kehlkopfs nicht hindurch könnte (n. ½ St.) (Lehmann, a.a.O.).“

Und er hat für die Behandlung der Sykose nur zwei Mittel (Thuja und Nitricum acidum, CK Bd. 1, S. 105–106), für die Behandlung der Syphilis nur ein Mittel (Mercurius) und dessen Salze benannt (CK Bd. 1, S. 111–112).

Für das Sydenham'sche Scharlachfieber hat er nur Aconitum als spezifisches Heilmittel erwähnt (Organon 6, § 73, Anm. 2):

„Nach dem Jahre 1801 ward ein aus Westen gekommenes Purpur-Friesel (Roodvonk), mit dem Scharlachfieber von den Aerzten verwechselt, ungeachtet jenes ganz andere Zeichen als dieses hatte und jenes an Belladonna, dieses an Aconit sein Schutz- und Heilmittel fand, letztere auch meist nur sporadisch, ersteres stets nur epidemisch erschien. In den letzten Jahren scheinen sich hie und da beide zu einem Ausschlagsfieber von eigener Art verbunden zu haben, gegen welches das eine wie das andere dieser beiden Heilmittel, einzeln nicht mehr genau homöopathisch passend gefunden wird.“

Die **Repertoriensrubriken, die klinische Erfahrungen betreffen**, sind schon im Original Kent (6. Auflage 1916) vielfältig. Beispiele besonders im Kapitel Fieber: cerebro-spinal fever, exanthematic fever (measles), gastric fever, puerpural fever, septic fever etc., im Kapitel Haut: chicken-pox, psoriasis, zoster (zona), im Kapitel Husten: whooping.

Auch bei Oscar Boericke (9. Auflage 1927, teilweise original, teilweise in Anlehnung an das Kent'sche Repertorium) finden sich viele solcher Rubriken: syphilitische Demenz, Puerperalmanie, verzögerter Verschluss der Fontanellen, Glaukom, Heuschnupfen u. v. a.

Erfahrungen mit bestimmten, genauer definierten Krankheitszuständen (z. B. Nervenverletzungen, Perianalthrombose, Erwartungsangst, Unfallschock, verspätete Menarche u. v. a.) haben schon früh zu klassischen Empfehlungen, den „bewährten Indikationen“ geführt. Aus der Wiener Schule von Mathias Dorcsi sind Autoren wie Willibald Gawlik, Norbert Enders und Manfred Wiesenauer hervorgegangen, die ganze Bücher darüber veröffentlicht haben.

3. Was heißt „festständig“?

Im 19. Jahrhundert und in Hahnemanns Schriften bedeutet „festständig“

- gleichartig auftretend
- gleichartig wiederkehrend
- fest bestimmt
- sich gleich bleibend
- einheitlich
- konstant
- also: spezifisch

Bezüglich der Wirkung von Arzneimitteln schreibt Hahnemann:

„Noch sind keine Grundsätze allgemein anerkannt, nach denen die Heilkräfte der (auch noch nicht zu Heilabsichten am Krankenbette gebrauchten) Arzneien **festständig** im voraus bestimmt werden könnten, ohne sie erst den ewig langen, fast nie beweisenden, gemeinschädlichen Weg passiren zu lassen, sie am Krankenbette auf gut Glück zu probiren“. (Ueber die Surrogate ausländischer Arzneien und die jüngst von der medicinischen Facultät in Wien angegebenen Ueberflüssigkeitsgrade der letztern; vergl. allg. Anz. Nr. 305; in: Gesammelte kleine Schriften von Hahnemann, hrsg. von Schmidt JM. Stuttgart: Haug Verlag in MVS; S. 515).

Auch ein Prinzip oder System nennt Hahnemann „festständig“, wenn es sicher, beständig oder schlüssig ist: „Ein schulgerechtes System darüber [über die

Aechtheit eines wohlthätigen instinktartigen Prinzips in uns] aufzusetzen, vermag ich nicht, so **festständig** es auch in sich selbst seyn mag.“ (Diätisches Gespräch, vorzüglich über den Mageninstinkt; Freund der Gesundheit, 1792. In: Gesammelte kleine Schriften von Hahnemann, hrsg. von Schmidt JM. Stuttgart: Haug Verlag in MVS; S. 138).

4. Was sind festständige Krankheiten?

Eine immer gleichartig auftretende Krankheit nennt Hahnemann „fest bestimmte, sich gleich bleibende Krankheit“ (RAL, Bd. 2, Beleuchtung der Quellen, S. XLI ff.)

Im Organon (§ 50) werden im Zusammenhang mit „homöopathischen Natur-Heilungen“ ... „die wenigen miasmatischen, festständigen Krankheiten ...“, die Krätze, die Masern und die Menschenpocken“ benannt. „Miasmatisch“ heißt hier noch eindeutig durch einen bestimmten Erreger hervorgerufen.

In der zweiten Anmerkung zu § 81 nennt Hahnemann festständige Krankheiten „gleichartig wiederkehrend“ und unterscheidet sie von den „unzähligen Krankheitsformen“ der Psora sowie von den epidemischen Krankheiten, welche sich „jedes Mal als eine andere, neue, nie ganz so dagewesene Krankheit auszeichnen“.

Eine **festständige Krankheit** ist also eine näher bestimmte Krankheitsentität, die in sehr ähnlicher Weise bei allen Erkrankten abläuft und über große Zeiträume mit konstanter Symptomatik bekannt ist.

Die meisten Akutkrankheiten, die wir mit klinischen Diagnosen – und nicht nur mit Phänomenen wie Schnupfen, Husten, Kopfschmerz, Durchfall – bezeichnen, gehören dazu.

Ein Kriterium für die „Festständigkeit“ (Spezifität) ist ein spezifischer Krankheitserreger. Auch einige chronische Krankheiten mit wenig variabler Symptomatik – beispielsweise die Borreliose – können als „festständig“ bezeichnet werden.

Um eine Krankheit als „festständig“ zu bezeichnen, d. h. als eindeutig durch ihre vorherrschende, immer gleichartige Symptomatik als Krankheitsentität zu erkennen, scheinen folgende **Elemente** notwendig zu sein:

- genau definierte Ursache bzw. mikrobiologischer Krankheitserreger
- genau definierte Symptomatik, die in der Gesamtheit der bei allen Erkrankten erscheinenden Symptome keine Verwechslung mit anderen Krankheiten zulässt.

5. Mononukleose als festständige Krankheit

Für die Mononukleose trifft diese Definition zu. Sie wird hervorgerufen durch das Epstein-Barr-Virus, hat eine besondere Epidemiologie und eine relativ gut zu beschreibende Symptomenkonstellation, die in ihrer Gesamtheit nur wenige Verwechslungsmöglichkeiten bietet.

Klinisches Bild

Im Vordergrund stehen Schwellung des Lymphgewebes, Mattigkeit und Fieber. Die Tonsillen sind anfangs nur gerötet, im weiteren Verlauf häufig weiß, grau oder schmutzig-grün belegt. Die Halslymphknoten schmerzen. Falls Mundgeruch auftritt, ist er faulig.

Auch das Lymphgewebe im Nasenrachen ist häufig geschwollen, was zu einer Behinderung der Nasenatmung führt. In 50 % der Fälle ist die Milz geschwollen und schmerzhaft, auch die Leber kann betroffen sein (Schwellung, Schmerzen, Übelkeit, in seltenen Fällen Ikterus) sowie, eher selten, die Augen (Konjunktivitis, Iridozyklitis, Neuritis nervi optici).

Eine Verwechslung mit der Streptokokken-Angina ist leicht möglich, deren Tonsillenbeläge allerdings eher stippchenartig und weiß-gelblich sind, mit einem charakteristischen süßlichen Geruch. Symptome der Nase, Milz und Leber sind dabei meist nicht festzustellen.

Die Angina Plaut-Vincenti, hervorgerufen durch das *Fusobacterium fusiforme*, verläuft meist ohne Fieber bei geringer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens und betrifft häufig nur eine Seite.

Ätiologie

Michael Epstein und Yvonne Barr haben das Virus 1964 beschrieben, sie fanden es in einem Burkitt-Lymphom. Die Ansteckung erfolgt durch Tröpfcheninfektion („Kissing Disease“, „Kusskrankheit“), die Inkubationszeit beträgt wie bei den meisten Virus-erkrankungen ca. 14 Tage (5–21 Tage, Thomas [15] gibt 4–6 Wochen an). Ein Frühjahrs- und Herbstgipfel ist bekannt.

Jugendliche scheinen während der gesamten Pubertät eine besondere Erkrankungsbereitschaft zu haben. Häufig gibt es kleinere Endemien in Schulklassen oder Cliques. Nicht selten fällt die Erkrankung in die Zeit eines verstärkten Selbstfindungsprozesses, in dem die zunehmende Eigenständigkeit und Ablösung vom Elternhaus zwar schon geahnt, aber noch nicht gelebt werden kann, auch mit der Befürchtung, Zuwendung und Anerkennung zu verlieren, wenn man den eigenen inneren Bestrebungen folgt.

Die stärkste Ausprägung der Erkrankung wird bei Jugendlichen gesehen, kleinere Kinder haben oft eine leichtere Symptomatik, so dass die Krankheit oft als einfaches Fieber oder Halsentzündung erscheint. Auch eine stille Feiung (abortive Form) ist häufig. In Westeuropa haben über 95 % der 30-jährigen EBV-Antikörper [12 u. a.], eine andere Quelle nennt 80–90 % [15].

Labordiagnostik

Zur Diagnostik tragen der Ausschluss einer bakteriellen Besiedlung (Tonsillenabstrich), evtl. ein Mononukleose-Schnelltest und vor allem der Laborbefund bei. Die Monozyten sind charakteristischerweise auf über 10 % erhöht, die Gesamtzahl der Leukozyten meist hochnormal oder mäßig erhöht, im Differenzialblutbild treten Reizformen auf. Die spezifischen Antikörper (EBV-IgM und EBV-IgG) sind oft erst im weiteren Verlauf (nach 1–3 Wochen) nachweisbar.

Erst 4–8 Wochen später sind Antikörper gegen das EBNA () nachzuweisen, welche lebenslang persistieren.

Differenzialdiagnostisch EBV-nukleäres Antigen sind außer den oben genannten Tonsillitiden Zytomegalie und Toxo-plasmose zu erwägen, aber auch Mumps, Röteln, Leukämie, maligne Lymphome.

Therapie

Die konventionelle Therapie ist laut einschlägiger Literatur „symptomatisch“ (Bettruhe, Mundspülungen, Analgetika, Antiphlogistika), evtl. auch unter stationärer Beobachtung. Wichtig ist die „Vermeidung einer wirkungslosen Antibiotikabehandlung auch bei schwerer Pharyngitis“ [Rebhandl E, Rabady S, Mader F (Hrsg.): EbM-Guidelines für Allgemeinmedizin. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2006]

Die homöopathische Behandlung erfolgt nach gezielter und individueller Mittelwahl. Wegen der anfangs uncharakteristischen Symptomatik ist manchmal Mittelwechsel nötig. Die Mittelwahl wird extrem erleichtert, wenn wir uns aus einem spezifischen Mittelpool bedienen, was im Folgenden weiter ausgeführt werden soll.

Chronische Mononukleose

- Verzögerte Verläufe – anhaltendes Fieber, Gewichtsverlust, persistierende Lymphknoten- und Milzschwellung – sind sehr selten.
- Häufiger: monatelange uncharakteristische Schwächeperiode nach akuter Erkrankung, wofür sich Carc. und Nat-m. als homöopathische Mittel bewährt haben.
- EBV gilt als Kofaktor für Burkitt-Lymphom und Nasopharyngealkarzinom.

Mononukleose im Repertorium

Synthesis 7 hat unter „Fieber“ – „Drüsenfieber (= Mononucleosis infectiosa)“ einen einzigen Eintrag: „Carc.“ (Quelle: Foubister).

Radar 10.5 führt unter „Allgemeines – Mononukleose (= Drüsenfieber)“ die folgenden Mittel auf (Quellen in Klammern): Calc (A. Geukens), Calen (F. Master), Carc (div. Quellen), Infla (Julian), Merc. (A. Geukens), Mur-ac (Morrison), Nat-m (A. Geukens), Ph-ac (Morrison), Toxo-g (Toxoplasma gondii – Unterrubrik „bei Kindern“, Julian).

Die Quellenlage ist enttäuschend. Othon André Julian schreibt in „Materia medica of biotherapics (ex-nosodes)“, EH English G4 2007 über „Influenzinum“: „Leucopenia with mononucleosis“. Nun ist aber die Mononukleose charakterisiert durch eine Leukozytose mit Monozytose, nicht durch Leukopenie. Der Hinweis ist nicht plausibel.

Ähnlich verhält es sich mit „Toxoplasma gondii“, zu dem Julian schreibt: „Syndrome of Mononucleose infection of young children with a sub-febrile state, discrete adenopathy, eosinophilia and reaction of Bunnell-Davidson negative.“ Die Bunnell-Davidson-Reaktion ist aber bei Mononukleose positiv, womit auch dieser Hinweis unklar und nicht plausibel bleibt.

Im **Repertorium Universale** ist Mononukleose an drei Stellen zu finden:

Seite	Rubrik	Mittel
Zus.-Bd. 495	41. Allgemeines / Mononukleose, Nachwirkungen von	carc. [Morrison], foll. [Vermeulen]
Zus.-Bd. 411	38. Fieber / Mononukleose, nach	carc. [Dockx u. Kokelenberg]
Bd. 2 3380	Fieber / Drüsenfieber, Mononukleose, akut oder chronisch	cadm. [Julian], carc. [Boyd], hir. [Julian]

Die Angabe von Carcinosinum ist unstrittig, auch wenn die Auswahl der Referenzen zu knapp und ungewöhnlich ist.

- Zu Folliculinum zitiert Vermeulen [Synopt. MM 2] nur Cooper [BHJ 1990], der es für „junge Männer nach Pfeifferschem Drüsenfieber oder mit einem Zustand, der als ‚postvirales Syndrom‘ identifiziert wird“, empfiehlt. „In diesen Fällen beginne ich immer mit Carc., füge aber Foll. hinzu, wenn Carc. keine anhaltende Wirkung erzielt.“
- Zu Cadmium erwähnt Julian [MM of new hom. remedies] unter „Clinical Diagnosis, Circulatory System“ „Glandular fever“ ohne genaue Quellenangabe.
- Bei Hirudo medicinalis nennt Julian [ebd.] unter „Clinical Diagnosis, Respiratory System“ Tonsillitis; glandular fever (infectious mononucleosis)“ und führt 3 Quellen aus 1964 an: Raeside, Zinke und Hui-Bon-Hoa.

Diese drei überprüften Angaben überzeugen nicht, um die Mittel dem Mononukleose-Pool zuzuordnen.

ISIS Vision führt dieselben Mittel wie MacRepertory auf, ergänzt durch Calendula mit der Quellenangaben „Julian“ bzw. „Möllinger“, der Calen. geprüft hatte.

Die Stichwortsuche für **Mononukleose in „Reference Works“** [Warkentin DK, Hourigan M (Hrsg.): Reference Works Pro 3.1.1.4. San Rafael: Kent Homeopathic Associates; 1992–2003] ergibt 59 Quellen mit 32 Arzneimitteln, darunter meist nur Fallberichte mit abgelaufener Mononukleose in der Anamnese, d. h. keine spezifischen Behandlungsfälle. Somit war diese Recherche erfolglos.

Empfehlungen aus der homöopathischen Literatur

Verschiedene Autoren haben sich in therapeutischen Kompendien zur Mononukleose geäußert:

Autor	Empfehlungen
Hirte [2004]	bei akutem Verlauf: Bar-c, Chin-s, Hep, Kali-m, Lac-c, Lach, Lyc, Merc-i-f, Merc-i-r, Merc, Merc-cy, Phyt, Sil bei chronischem Verlauf: Bapt, Carbn-s, Carb-v, Carc, Chin, Cist, EBV-Nosode, Gels, Nat-m, Ph-ac, Psor
Droege [2005]	„nahezu alle homöopathischen Arzneimittel“, insbesondere die aus den Rubriken für Tonsillitis und grippale Infekte; für chronische Folgen: Carc
Friese [1998]	„Mittel der Wahl“ einzig Kalium iodatum D3
Graf [2003]	wie bei anderen Tonsillitiden: Acon, Ail, Apis, Bapt, Bell, Calc, Dulc, Hep, Ign, Lac-c, Lyc, Merc, Merc-c, Nit-ac, Nux-v, Phyt, Rhus-t, Sil, Sulf, Tub
Schier [1941]	drei Mittel, welche „die Genesung beschleunigen können“: Ars-i, Bell, Sulf

6. Meine Erfahrungen in der Behandlung der Mononukleose

Mein Vorgehen bei der Sammlung und Aufarbeitung meiner klinischen Erfahrung mit der Behandlung von Mononukleose war wie folgt: Retrospektiv habe ich alle auffindbaren Dokumentationen der Mononukleose-Fälle meiner Praxis im Zeitraum von 1999 bis 2013 ausgewertet.

Kriterien waren

- Nachweis einer Monozytose

- und/oder Nachweis eines erhöhten EBV-IgM
- und/oder Ausschluss einer Streptokokken-Angina durch Schnelltest

bei jeweils typischer klinischer Symptomatik.

Es waren 28 Fälle. Nicht immer war der Verlauf geradlinig und zufrieden stellend. Schwierigkeiten in der Therapie waren unter anderem auf geringe Erfahrung, Behandlung durch mehrere Ärzte, Vorbehandlung mit Antibiotika und komplizierende Vorerkrankungen zurückzuführen. Diese Fallsammlung ist veröffentlicht in der AHZ 2014.

FALLBEISPIELE

Fall 1 (1999–2008) w14

akute Mononukleose, vorbestehendes Symptom bleibt unverändert
Vorbehandlung wegen Brennen der Harnröhre mit Lyc. C30 erfolglos. Schwellung, leichter Schmerz und Verhärtung des rechten Kieferwinkel-Lymphknotens, Rachen o.p.B. EBV IgM pos., EBNA neg.

Kali-i. C30 (1x, nach 5 Tagen wiederholt). Halsbeschwerden nach wenigen Tagen abgeklungen, Brennen der Harnröhre unverändert.
Merc-c. D30 (1x) beseitigt die restlichen Beschwerden.

Fall 2 (2001–2008) w47

chronische Müdigkeit, weitere Beschwerden anderer Art

Extreme Müdigkeit mit häufigem Einschlafen, „wenn ich es mir leisten kann, am Wochenende“, seit einer fieberhaften Halsentzündung vor 8 Jahren ohne Labordiagnostik. Auch nach Ausgleich eines Eisenmangels keine Änderung. Vorbehandlung mit Bromum C200 (1x), worauf eine Ovarialzyste verschwand.

Nach **Carc. D200** (1x) Schlafbedürfnis deutlich geringer. Nach ½ Jahr fieberhafter Infekt, der unter Rhus-t. D6 schnell abklang. Im Anschluss dieselbe Mattigkeit wie im Vorjahr; Wiederholung von Carc. D200 (1x); nach 5 Tagen deutliche Besserung bis auf Hustenanfälle mit Atemnot, die auf **Brom C30** (1x) schnell verschwanden.

Fall 3 (2004–2007) w14

akute Mononukleose
ängstliche Grundhaltung, erfolglos Antibiotikum
Vorbehandlung mit Penicillin, darunter eher schlimmer. Starker Husten, grünlicher Schnupfen, Angst, eine tödliche Krankheit zu haben. Labor: Monozyten 10,6%, EBV IgM <9 U/ml, EBV IgG 32 U/ml.

Carc. D200 (1x trocken, dann teelöffelweise aus dem Wasserglas). Schon am selben Tag besser gefühlt, ab dem 4. Tag beschwerdefrei.

Fall 9 (2006–2003) w15

akute Tonsillitis mit zähem Schleim retronasal, besonders morgens verstopfte Nase, beim Aufwachen Hitzegefühl, kleine Tonsillen mit weißen Stippchen. Streptokokken-Schnelltest negativ, Leukozyten 5.100, Monozyten 14%, EBV-Ak erst nach 3 Monaten bei Beschwerdefreiheit untersucht: IgG 74, IgM 20, vereinbar mit zeitlich zurückliegender Infektion (Monozyten 5%). Innerhalb von 2 Tagen nach Gabe von **Carc. C30** fieberfrei, Tonsillen o.B., gutes Allgemeinbefinden, möchte wieder zur Schule gehen.

Fall 14 (2007–2011) w13

akute fieberhafte Tonsillitis, nur linksseitig, mit einer schmerzhaften Aphthe über der linken Tonsille. Keine Wirkung des anfangs gegebenen Rhus-t. C30. Jetzt beide Tonsillen gerötet, Halslymphknoten bds. geschwollen, Leber und Milz leicht druckschmerzhaft, Halsschmerz verstärkt durch Salziges. Labor: Leukozyten 6.100, Monozyten 10.9%, EBV IgG 47 U/ml, IgM > 160 U/ml. Eine Gabe **Nat-m. C30**. Rückmeldung nach 3 Tagen: kein Fieber mehr, es geht besser, ihr sei langweilig und sie wolle wieder in die Schule.

Fall 27 (2013–2011) w14

Schwellung der Mandeln, Temperatur gering erhöht, Bauch- und Kopfschmerzen. Es begann vor 3 Tagen mit glasigen Augen, wenig Veränderung nach Belladonna. Sie ist jetzt schlapp, liegt nur, habe großen Kummer, die erste große Liebe, reagiert mit Rückzug. Klinische Diagnose: Mononukleose. 1x **Nat-m. C30**. Nach 3 Tagen vermehrt Schnupfen, am Nasensteg wund. Befund: beide Tonsillen und Rachen hochrot, Eiterpropf auf der linken Tonsille, starke Halslymphknotenschwellung, Oberlidenschwellung, Leber und Milz bei Inspiration am Rippenbogen, druckschmerzhaft. Labor: Leukozyten 7.000, Monozyten 9,7%, GOT 22 U/l, GPT 16 U/l, EBNA 29 E/ml, EBV IgG 283 E/ml, Cytomegalie IgM neg., damit laborchemisch zeitlich zurückliegende Mononukleose.

Nach Gabe von Nit-ac. C30 schlecht geschlafen, langsame Besserung, noch grünlicher Schnupfen und muffiger Mundgeruch, weiter Rückzugstendenz. Sep. C30 verändert nichts, **Carc. C30** nach weiteren 3 Tagen bewirkt, dass sie direkt munter wird und zu einer Freundin gehen möchte; 2 Tage später bekommt sie ihre Menarche und ist "erwachsen geworden, auf Augenhöhe".

Wahlanzeigende Symptome

- Oft waren dies nicht die krankheitsspezifischen, sondern individuelle Symptome (Begleitsymptome, die mit der Mononukleose nicht in direktem Zusammenhang stehen, wie z. B. Blasenschmerzen, anale Blutung, Schorf am Mundwinkel, Schulter- oder Kopfschmerzen, Hitzegefühl, undeutliche Sprache)
- der psychische Zustand (Kummer, Weinen, Ängste)
- die Modalitäten (Salz <, heiße Getränke >)
- seltener: Lokalbefund (Belag, Schleim, Aphthe) oder Seitigkeit

7. Die Ergebnisse der Praxisbeobachtung

Unter den 28 Mononukleose-Fällen gab es 24 Akuterkrankungen (13 weiblich, 11 männlich) und 4 chronische Fälle (alle weiblich). Auffällig war die starke Häufung der Akutfälle in der Pubertät. In einigen Fällen wurden mehrere Mittel gebraucht, manchmal auch, weil das erste Mittel nicht half. Insgesamt zeigte sich eine kleine Auswahl von homöopathischen Mitteln, die erfolgreich eingesetzt wurden.

Die häufigsten Mittel

Bestimmte Arzneimittel haben sich in der Gesamtschau dieser Fälle besonders bewährt: *Carc* (7x), *Lyc* (2x), *Merc* (2x), *Merc-c* (2x), *Nat-m* (8x).

In Einzelfällen überzeugend waren: *Bar-m* (1x), *Carb-an* (1x), *Echi* (1x), *Hep* (1x), *Kali-bi* (1x), *Kali-i* (1x), *Merc-i-f* (1x), *Merc-i-r* (1x), *Nit-ac* (1x), *Phyt* (1x), *Sep* (1x). Für alle Mittel fand ich Bestätigungen in der Literatur.

Zwei Mittel waren vermutlich nicht für die Mononukleose, sondern allein für die behandelten Patienten charakteristisch: *Brom*, *Ph-ac*.

Meist oder regelmäßig erfolglos war ich mit den folgenden Mitteln, die ich erinnere, aber nicht systematisch aufgezeichnet habe: *Bell*, *Acon*, *Phos*.

Wichtige Arzneimittel in der homöopathischen Literatur

[Autoren: Bahemann, Droege, Friese, Gawlik, Graf, Hirte, Julian, Köhler, Quilisch]

- Polychreste mit besonderem Bezug zum inneren Hals (z. B. *Lac-c*, *Lach*, *Lyc*, *Nit-ac*, *Phos*, *Sep*)
- Kalium-Salze (*Kali-bi*, *Kali-br*, *Kali-i*, *Kali-m*, *Kali-s*)
- Mercurius-Verbindungen (*Merc*, *Merc-c*, *Merc-i-f*, *Merc-i-r*)
- einige „kleinere“ Mittel (*Ail*, *Bapt*, *Bar-c*, *Cist*, *Echi*, *Hep*, *Ign*, *Phyt*)
- für die Behandlung der nachfolgenden Schwäche insbesondere *Nat-m* und *Carc*.
- Die Angaben zu weiteren Nosoden (*Psor.*, *Tub-bov.*) erscheinen nicht ausreichend begründet.

Mein Vorschlag zu einem Mittelpool Mononukleose

Erkrankung	Mittel
Akute Mononukleose	Carc , <i>Echi</i> , <i>Hep</i> , <i>Ign</i> , <i>Kali-bi</i> , <i>Kali-br</i> , <i>Kali-i</i> , <i>Kali-m</i> , <i>Kali-s</i> , <i>Lac-c</i> , <i>Lach</i> , <i>Lyc</i> , <i>Merc</i> , <i>Merc-c</i> , <i>Merc-i-f</i> , <i>Merc-i-r</i> , Nat-m , <i>Nit-ac</i> , <i>Phyt</i> , <i>Sep</i>
Schwäche nach Mononukleose	Carc , EBV-Nosode, <i>Nat-m</i>
für die Aufnahme in den Mononukleose-Mittelpool zu wenige bzw. keine Belege	<i>Ail</i> , <i>Ars-i</i> , <i>Bapt</i> , <i>Bar-c</i> , <i>Bar-m</i> , <i>Bell</i> , <i>Calc</i> , <i>Calen</i> , <i>Carbn-s</i> , <i>Carb-v</i> , <i>Chin</i> , <i>Chin-s</i> , <i>Cist</i> , <i>Gels</i> , <i>Influ</i> , <i>Merc-cy</i> , <i>Mur-ac</i> , <i>Sil</i> , <i>Sulf</i> , <i>Toxo-g</i>

Vorschläge für die Etablierung, Ergänzung und Korrektur klinischer Rubriken

Bezüglich der Mononukleose erweisen sich nach meiner Erfahrung die entsprechenden Rubriken der gängigen Repertorien als unzureichend. Kaum bekannte Mittel haben es durch einen einzigen Quellenhinweis in die Rubrik geschafft, viele wichtige Mittel, teilweise auch Polychreste, sind nicht in den Rubriken zu finden.

Klinische Rubriken – also therapeutische Hinweise für die Behandlung festständer Krankheiten – bringen besondere Probleme und Gefahren mit sich. Durch ein einziges Stichwort, den Krankheitsnamen, wird ein ganzes Syndrom bezeichnet. Wenig erfahrene Anwender werden verleitet, ohne genauere Absicherung eines der erwähnten Mittel anzuwenden.

Es muss also klar sein, dass

- die Rubrik wirklich eine definierte Krankheit bezeichnet
- die enthaltenen Mittel in mehreren Fällen, belegt durch mehrere Autoren, bei der definierten Krankheit erfolgreich waren.

Eventuell wären Unterrubriken mit zusätzlicher Symptomatik hilfreich; im Fall von Mononukleose z. B. die folgenden:

- M. mit starker Schleimbildung
- M. mit Leberschmerzen und/oder -schwellung
- M. mit Milzschmerzen und/oder -schwellung

Mehr Sicherheit bei der Herstellung klinischer Rubriken sowie bei Ergänzungen und Streichungen würde ein Peer Review bzw. eine Redaktion bieten. Eine Möglichkeit ist die Erstellung und das Führen einer Liste von Experten, also Anwendern der Homöopathie mit großer Erfahrung und/oder entsprechenden Publikationen, die dann jeweils aktuell Veränderungen solcher Rubriken kommentieren und im Konsens entscheiden sollten.

Vereinfacht wäre es auch denkbar, dass die entsprechende Rubrik-Überschrift Indizes erhält mit den befragten und zustimmenden Experten. Mit eventuell noch geringerem Aufwand ließe sich analog eines Wiki ein Online-Beurteilungssystem etablieren, in dem jeder Interessierte (unter Namensnennung) die Einträge kommentiert. Die Zuverlässigkeit der Angaben und das Vertrauen der Nutzer könnte damit entscheidend gestärkt werden.

8. Aufgaben für die Forschung in der Homöopathie

Die Praxisforschung bezüglich spezifischer Krankheiten hat folgende Aufgaben:

- Identifikation „festständiger“ (spezifischer) Krankheiten
- systematische Sammlung der Erfahrungen mit der homöopathischen Behandlung dieser Krankheiten
- Beurteilung der Kasuistiken im Peer Review
- Publikation von Vorschlägen für Mittelpools solcher spezifischer Krankheiten

Literatur

1. Bahemann A: Kalium bromatum bei infektiöser Mononukleose. ZKH 2002; 46(6): 232–233.
2. Bleul G: Klinisches Stichwort – Mononukleose. AHZ 2006(5); 251: 236–241.
3. Bleul G. Mononukleose und ihre homöopathische Therapie. AHZ 2014; 259 (1): 12–18.
4. Droege H: Infektionskrankheiten; in: Geißler J, Quak T (Hrsg.): Leitfaden Homöopathie. München: Urban & Fischer; 2005.
5. Friese KH: Homöopathie in der HNO-Heilkunde, 3. Aufl. Stuttgart: Hippokrates; 1998.
6. Gawlik W: Homöopathie und konventionelle Therapie, 3. Aufl. Stuttgart: Hippokrates; 1997.
7. Graf F: Homöopathie und die Gesunderhaltung von Kindern und Jugendlichen. Ascheberg: Sprangrade Verlag; 2003.
8. Hahnemann S: Die chronischen Krankheiten, Band 1, 2. Aufl. Düsseldorf: J.E. Schaub; 1835.
9. Hahnemann, Samuel: Gesamte Arzneimittellehre – Alle Arzneien Hahnemanns, Hrsg. von Lucae C und Wischner M, 3 Bände. Stuttgart: Haug Verlag; 2007.
10. Hahnemann, Samuel: Organon der Heilkunst, 6. Auflage, Paris 1842. Nachdruck Heidelberg: Haug Verlag; 1987–1995.
11. Hirte M: Infektiöse Mononukleose; in: Pfeiffer H, Drescher M, Hirte M (Hrsg.): Homöopathie in der Kinder- und Jugendmedizin. München: Urban & Fischer; 2004.
12. Julian OA: Materia Medica of New Homoeopathic Remedies. Beaconsfield: Beaconsfield Publishers; 1979 (Original French edition 1971).
13. Köhler G: Lehrbuch der Homöopathie, Band 2: Praktische Hinweise zur Arzneiwahl, 5. Aufl. Stuttgart: Hippokrates; 2001.
14. Morrison R: Desktop Guide To Keynotes and Confirmation Symptoms. Albany: Hahnemann Clinic Publishing; 1993.
15. Quilisch W: Die Homöopathische Praxis – Ein Leitfaden, 3. Aufl. Stuttgart: Hippokrates; 1987.
16. Rebhandl E, Rabady S, Mader F (Hrsg.): EbM-Guidelines für Allgemeinmedizin. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2006
17. Schroyens F (Hrsg.): Synthesis, 7. Aufl. Greifenberg: Hahnemann Institut, 1998.
18. Schroyens F (Hrsg.): Radar 10.5 für Windows. Gent: Archibel; 2006.
19. Seideneder A: Mitteldetails der homöopathischen Arzneimittel, 3 Bde., 2. Aufl. Ruppichterorth: Similimum; 2000.
20. Thomas L: Labor und Diagnose, 8. Aufl., 2 Bde. Frankfurt: TH-Books, 2012.
21. Vermeulen F: Synoptische Materia Medica 2. Haarlem: Emryss bv Publishers; 1998.
22. Warkentin DK, Hourigan M (Hrsg.): ReferenceWorks Pro 3.1.1.4. San Rafael: Kent Homeopathic Associates; 1992–2003.
23. Zandvoort Rv: Repertorium Universale, 2 Bände u. Zusatzband. Ruppichterorth: Similimum; 2005.

Zur Person

Gerhard Bleul

Arzt für Allgemeinmedizin, Homöopathie, Chirotherapie



Jahrgang 1954, Allgemeinarzt mit Schwerpunkt Homöopathie, seit 1986 in eigener vertragsärztlicher Praxis. Qualitätszirkelmoderation seit 1993, Weiterbildungsermächtigung für Homöopathie seit 1997.

Von 1997 bis 2003 2. Vorsitzender des DZVhÄ. 2001 Mitgründer des Europäischen Instituts für Homöopathie (InHom) und der Homöopathie-Stiftung des DZVhÄ in Köthen (Anhalt).

Gründungsmitglied der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie (WissHom) und Sprecher der Sektion „Weiterbildung, Fortbildung und Lehre“. Mitarbeit in den Arbeitsgruppen Lernziele und E-Learning.

Seit 2002 Mitherausgeber der Allgemeinen Homöopathischen Zeitung (AHZ). Herausgeber einer Lehrbuchreihe des DZVhÄ zur homöopathischen Weiterbildung und einer Sammlung verschiedener Methoden der „Homöopathischen Fallanalyse“. Leitung von Weiterbildungskursen, Fallseminaren und Supervision für Homöopathie.

Mitautor von Homöopathie-Ratgebern und Kompendien, Veröffentlichung zahlreicher Zeitschriftenbeiträge, Leitung der A–F-Weiterbildungskurse in Wiesbaden, regelmäßige Ärzteseminare am eigenen Praxisstandort.

Kontakt

Mail: post@gerhard-bleul.de

Web: www.gerhard-bleul.de

Anschrift: Neukirchner Straße 9a, D–65510 Hünstetten

Christian Lucae (Baldham, D)

Behandlung der Streptokokken-Angina

Zusammenfassung

Die GAS-Tonsillopharyngitis (Gruppe A-Streptokokken) stellt ein häufig vorkommendes Krankheitsbild nicht nur in der pädiatrischen, sondern auch in der allgemeinmedizinischen und HNO-ärztlichen Praxis dar.

Die konventionellen Therapieempfehlungen haben in den letzten Jahren eine Wandlung erfahren: Galt das Unterlassen einer antibiotischen Therapie bei nachgewiesener GAS-Tonsillopharyngitis bis vor kurzem noch als ärztlicher Kunstfehler, wird inzwischen von dem breiten Einsatz von Antibiotika abgeraten und eine differenzierte Therapie empfohlen. Der aktuell empfohlene Standard der Fachgesellschaften wurde vor dem Hintergrund der Studienlage im Vortrag diskutiert.

Für die homöopathische Behandlung ist die Kenntnis des Erregers zweitrangig, da sie sich an den Phänomenen der Erkrankung mit den subjektiv vom Patienten beschriebenen und bei der Untersuchung objektiv festgestellten Symptomen orientiert. Die Therapiemöglichkeiten mit homöopathischen Arzneien wurden mit einem Blick in die homöopathische Literatur und anhand von eigenen Kasuistiken akuter und chronisch-rezidivierender Verläufe dargestellt.

Der vollständige Vortrag ist in der Zeitschrift für Klassische Homöopathie (ZKH) nachzulesen: Lucae C: Behandlung der Streptokokken-Angina. ZKH 2015; 59 (1): 33–41. Online zu finden unter: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1395844>

Literaturauswahl

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e.V. (DGPI): DGPI Handbuch – Infektionen bei Kindern und Jugendlichen. 6. Auflage; Stuttgart: Thieme; 2013.

Frei H. Die homöopathische Behandlung der Tonsillopharyngitiden bei Kindern. Schweizerische Zeitschrift für Ganzheitsmedizin 2000; 12: 37–40.

Hübner J, Jansson A: Scharlach-Alarm – Lassen Sie sich nicht verrückt machen! pädiatrie hautnah 2012; 24: 428–431.

Lucae C. Hals-, Nasen-, Ohrenerkrankungen. In: Pfeiffer H, Drescher M, Hirte M (Hrsg.): Homöopathie in der Kinder- und Jugendmedizin. 2., überarb. u. erw. Auflage. München: Elsevier/Urban & Fischer; 2007, 399–429.

Nusche M: Homöopathie oder Penicillin bei Mandelentzündung? Eine prospektive klinische Studie. Stuttgart: Hippokrates Verlag; 1998.

Toepfner N, Berner R: Gruppe-A-Streptokokken-Infektionen im Kindesalter. MoKi 2011; 8: 775–784.

Trichard M, Chaufferin G, Nicoloyannis N: Pharmacoeconomic comparison between homeopathic and antibiotic treatment strategies in recurrent acute rhinopharyngitis in children. Homeopathy 2005; 94: 3–9.

Wächtler H, Chenot JF: Die Halsschmerz-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. HNO 2011; 59: 480–484.

Zur Person

Dr. med. Christian Lucae

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin



Dr. med. Christian Lucae führt eine eigene Praxis mit Schwerpunkt Homöopathie und Naturheilverfahren in Baldham bei München.

Er promovierte über das Thema "Die Bestrebungen zur Institutionalisierung der Homöopathie an deutschsprachigen Universitäten von 1812 bis 1933".

Im Rahmen des Projekts *Homöopathie in der Pädiatrie* der Karl und Veronica Carstens-Stiftung arbeitete er an verschiedenen Münchner Kinderkliniken, zuletzt am Dr. von Haunerschen Kinderspital.

Christian Lucae ist Autor zahlreicher Aufsätze, Bücher und Patientenratgeber, darunter *Arzneifindung in der Homöopathie* und *Grundbegriffe der Homöopathie* (beide KVC Verlag), *Die häufigsten Fragen an den Kinderarzt* (Natur und Medizin e. V.), Mitautor des *Kursbuch Homöopathie* (Elsevier) und *Homöopathie bei Heuschnupfen* (Hippokrates Verlag).

Gemeinsam mit Dr. med. Matthias Wischner hat er die *Gesamte Arzneimittellehre* von Samuel Hahnemann herausgegeben (Haug Verlag). Er ist Mitherausgeber der *Zeitschrift für Klassische Homöopathie* und am Internet-Blog www.informationen-zur-homoeopathie.de beteiligt.

Kontakt

Website: www.lucae.net

Peter Dieter (TU Dresden, D)

Die Ärztliche Approbationsordnung und Reformen des Medizinstudiums

Die Eckpunkte der Mediziner Ausbildung in Deutschland sind durch ein EU-Gesetz und die Ärztliche Approbationsordnung (ÄAppO) festgelegt. Nach erfolgreichem Studium wird die Ärztliche Approbation erteilt, die zur Weiterbildung zu einem Facharzt notwendig ist. Im Folgenden wird ein Überblick gegeben über Medizinische Fakultäten, Zulassung und Auswahl zum Medizinstudium sowie zum Medizinstudium selbst. Dabei wird insbesondere auf die gesetzlichen Regelungen des Medizinstudiums durch die ÄAppO eingegangen.

Medizinische Fakultäten

In Deutschland gibt es zurzeit 37 Medizinische Fakultäten, davon eine Fakultät an der privaten Universität Witten/Herdecke. Mit dem Sommersemester 2015 bietet die private Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB) ein Studium der Medizin in Neuruppin an [1].

Weiterhin können deutsche Studierende ihr Medizinstudium in Studiengängen ausländischer Fakultäten ableisten, wie z. B. an der Semmelweis Universität Budapest, an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU) in Salzburg oder an der University of Southampton in England. Diese Universitäten haben Kooperationen mit Krankenhäusern (Asklepios Hamburg, Nürnberg, Kassel) in Deutschland abgeschlossen, so dass die Studierenden einen Teil ihres Studiums oder das gesamte Studium in Deutschland ableisten können [2, 3, 4]. Die Studierenden erhalten dann die Lizenz des Landes der Universität, in dem der Studiengang etabliert wurde; die Lizenz wird aufgrund eines Gesetzes der EU automatisch in Deutschland anerkannt. Nach Absolvierung können sie in Deutschland als Arzt arbeiten [5].

Studienplätze und Auswahl

2013 gab es in Deutschland etwas über 9.000 Studienplätze für Medizin und etwa 44.500 Bewerber, also etwa fünf Bewerber pro Studienplatz.

Die Auswahl ist bundesweit geregelt: Nach dem Abzug einer Vorabquote von etwa 13 % (Nicht-EU-Ausländer, Sanitätsdienst, Härtefälle, besondere Hochschulzugangsberechtigung, Zweitstudium) werden 20 % nach Abiturnote und 20 % nach Wartezeit vergeben.

Die Fakultäten haben die Möglichkeit, für den Rest der Studierenden ein eigenes Auswahlverfahren anzubieten, bei dem allerdings die Abiturnote noch eine entscheidende Rolle spielen muss (im Jahr 2013 boten von den 37 Fakultäten 18 ein eigenes Auswahlverfahren an).

Studierende, die nicht zugelassen werden, können versuchen, ihren Studienplatz einzuklagen. Davon waren 2013 etwa 200 erfolgreich (5 bis 10 % der klagenden Studierenden).

Studierende, die 2013 nach der Abiturnote zugelassen wurden, mussten mindestens die Abiturnote 1,1 haben. Bei Studierenden, die nach der Wartezeit zugelassen wurden, betrug diese im Durchschnitt sechs Jahre.

Medizinstudium: gesetzliche Regelungen

Das Medizinstudium in Deutschland wird gesetzlich geregelt durch eine Richtlinie der EU [5] und die Deutsche Approbationsordnung für Ärzte ÄAppO [6]. Die EU-Richtlinie wurde 2013 geändert und gibt Folgendes vor:

„Die ärztliche Grundausbildung umfasst mindestens fünf Jahre (kann zusätzlich in der entsprechenden Anzahl von ECTS-Punkten ausgedrückt werden) und besteht aus mindestens 5.500 Stunden theoretischer und praktischer Ausbildung an einer Universität oder unter Aufsicht einer Universität. Die Mitgliedstaaten setzen die erforderlichen Rechts- und Verwaltungsvorschriften in Kraft, um dieser Richtlinie bis zum 18. Januar 2016 nachzukommen.“

Ärztliche Approbationsordnung (ÄAppO)

Die ÄAppO geht auf das Jahr 1939 zurück und hat seitdem viele Novellierungen erfahren. In der Einleitung heißt es:

„Ziel der ärztlichen Ausbildung ist der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist. Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Die Ausbildung zum Arzt wird auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis- und patientenbezogen durchgeführt.“

Studium

Bezüglich des Studiums ist folgendes festgelegt: „Die ärztliche Ausbildung umfasst

1. ein Studium der Medizin von sechs Jahren an einer Universität oder einer gleich gestellten Hochschule (Universität).
2. Das letzte Jahr des Studiums umfasst eine zusammenhängende praktische Ausbildung (Praktisches Jahr) von 48 Wochen,
3. eine Ausbildung in erster Hilfe,
4. einen Krankenpfordienst von drei Monaten,
5. eine Famulatur von vier Monaten und
6. die Ärztliche Prüfung, die in drei Abschnitten abzulegen ist.

Die Regelstudienzeit beträgt einschließlich der Prüfungszeit für den Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung sechs Jahre und drei Monate.“

Staatsprüfungen

Bezüglich der Staatsprüfungen ist folgendes festgelegt: „Die Ärztliche Prüfung wird abgelegt:

1. der Erste Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach einem Studium der Medizin von zwei Jahren,
2. der Zweite Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach einem Studium der Medizin von drei Jahren nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung und
3. der Dritte Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach einem Studium der Medizin von einem Jahr nach Bestehen des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung.

Die genannten Fächer und Querschnittsbereiche werden von der Universität geprüft.

Prüfungen: schriftlicher und mündlich-praktischer Teil

Der schriftliche Teil des **Ersten Abschnitts** der Ärztlichen Prüfung betrifft folgende Stoffgebiete:

- I. Physik und Physiologie (80 MC-Fragen)
- II. Chemie und Biochemie/Molekularbiologie (80 MC-Fragen)
- III. Biologie und Anatomie (100 MC-Fragen)
- IV. Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie (60 MC-Fragen)

Die Prüfung findet an zwei aufeinander folgenden Tagen statt. Die Prüfung dauert an beiden Prüfungstagen vier Stunden.

Im mündlich-praktischen Teil wird der Prüfling in den Fächern Anatomie, Biochemie/Molekularbiologie und Physiologie geprüft.

Die mündlich-praktische Prüfung dauert bei maximal vier Prüflingen mindestens 45, höchstens 60 Minuten je Prüfling.

Der schriftliche Teil des **Zweiten Abschnitts** der Ärztlichen Prüfung wird fallbezogen, insbesondere durch Fallstudien, gestaltet. Prüfungsgegenstand sind insbesondere

- die berufspraktischen Anforderungen an den Arzt,
- die wichtigsten Krankheitsbilder,
- fächerübergreifende und
- problemorientierte Fragestellungen.

Die Prüfung findet an drei aufeinander folgenden Tagen statt. Sie dauert an allen drei Tagen jeweils fünf Stunden.

Die Anzahl der in der Aufsichtsarbeit im Antwort-Wahl-Verfahren zu bearbeitenden Fragen beträgt 320.

Die mündlich-praktische Prüfung des **Dritten Abschnitts** der Ärztlichen Prüfung findet an zwei Tagen statt. Sie dauert an beiden Tagen bei maximal vier Prüflingen jeweils mindestens 45, höchstens 60 Minuten je Prüfling. Am ersten Prüfungstag erfolgt die praktische Prüfung mit Patientenvorstellung.

Die mündlich-praktische Prüfung erstreckt sich auf patientenbezogene Fragestellungen aus der Inneren Medizin, der Chirurgie und dem Gebiet, auf dem der Prüfling seine praktische Ausbildung im Praktischen Jahr erfahren hat.

In der Prüfung hat der Prüfling fallbezogen zu zeigen, dass er die während des Studiums erworbenen Kenntnisse in der Praxis anzuwenden weiß und über die für den Arzt erforderlichen fächerübergreifenden Grundkenntnisse und über die notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten, auch in der ärztlichen Gesprächsführung verfügt.“

Erster Studienabschnitt

Im Ersten Studienabschnitt (Jahre 1 und 2) müssen folgende Leistungen erbracht werden:

1. Praktikum der Physik für Mediziner
2. Praktikum der Chemie für Mediziner
3. Praktikum der Biologie für Mediziner
4. Praktikum der Physiologie
5. Praktikum der Biochemie/Molekularbiologie
6. Kursus der makroskopischen Anatomie
7. Kursus der mikroskopischen Anatomie
8. Kursus der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie
9. Seminar Physiologie
10. Seminar Biochemie/Molekularbiologie
11. Seminar Anatomie
12. Seminar der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie
13. Praktikum zur Einführung in die Klinische Medizin (mit Patientenvorstellung)
14. Praktikum der Berufsfelderkundung
15. Praktikum der medizinischen Terminologie
16. Wahlfach: mit Note
und eine Ausbildung in erster Hilfe
und ein Krankenpflegedienst von drei Monaten.

Zweiter Studienabschnitt

Im Zweiten Studienabschnitt müssen folgende Leistungen erbracht werden, die entsprechenden Leistungsnachweise umfassen folgende Fächer:

1. Allgemeinmedizin
2. Anästhesiologie
3. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin
4. Augenheilkunde
5. Chirurgie
6. Dermatologie, Venerologie
7. Frauenheilkunde, Geburtshilfe
8. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
9. Humangenetik
10. Hygiene, Mikrobiologie, Virologie
11. Innere Medizin
12. Kinderheilkunde
13. Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik
14. Neurologie
15. Orthopädie
16. Pathologie
17. Pharmakologie, Toxikologie
18. Psychiatrie und Psychotherapie
19. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
20. Rechtsmedizin
21. Urologie
22. Wahlfach

Mindestens drei Leistungsnachweise sind fächerübergreifend in der Weise auszugestalten, dass mindestens jeweils drei der Fächer einen fächerübergreifenden Leistungsnachweis bilden.

Zusätzlich zu den Leistungsnachweisen ist die regelmäßige Teilnahme an folgenden **fünf Blockpraktika** nachzuweisen:

1. Innere Medizin
2. Chirurgie
3. Kinderheilkunde
4. Frauenheilkunde
5. Allgemeinmedizin

In den folgenden **14 Querschnittsbereichen** sind ebenfalls Leistungsnachweise zu erbringen:

1. Epidemiologie, medizinische Biometrie und medizinische Informatik
 2. Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin
 3. Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliches Gesundheitswesen
 4. Infektiologie, Immunologie
 5. Klinisch-pathologische Konferenz
 6. Klinische Umweltmedizin
 7. Medizin des Alterns und des alten Menschen
 8. Notfallmedizin
 9. Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie
 10. Prävention, Gesundheitsförderung
 11. Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz
 12. Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren
 13. Palliativmedizin
 14. Schmerzmedizin
- und eine Famulatur von 4 Monaten.

Dritter Studienabschnitt

Der Dritte Studienabschnitt (Jahr 6) gliedert sich in drei Ausbildungsabschnitte von je 16 Wochen

1. in Innerer Medizin,
2. in Chirurgie und
3. in der Allgemeinmedizin oder in einem der übrigen klinisch-praktischen Fachgebiete.

Die Ausbildung kann in Teilzeit mit 50 oder 75 % der wöchentlichen Ausbildungszeit absolviert werden. Die Universität erstellt einen Ausbildungsplan (Logbuch), nach dem die Ausbildung durchzuführen ist.

Die Ausbildung wird in den Universitätskrankenhäusern oder in anderen Krankenhäusern durchgeführt (Lehrkrankenhäuser). Die Studierenden haben die Wahl, die Ausbildungsabschnitte entweder in den Universitätskrankenhäusern und Lehrkrankenhäusern der Universität, an der sie immatrikuliert sind (Heimatuniversität) oder in Universitätskrankenhäusern oder Lehrkrankenhäusern anderer Universitäten zu absolvieren, sofern dort genügend Plätze zur Verfügung stehen.

Die Universitäten können geeignete ärztliche Praxen (Lehrpraxen) und andere geeignete Einrichtungen der ambulanten ärztlichen Krankenversorgung im Einvernehmen mit der zuständigen Gesundheitsbehörde in die Ausbildung einbeziehen. Die Ausbildung in einer Lehrpraxis oder in einer anderen geeigneten Einrichtung der ambulanten ärztlichen Krankenversorgung dauert in der Regel höchstens acht

Wochen je Ausbildungsabschnitt, im Wahlfach Allgemeinmedizin wird die Ausbildung während des gesamten Ausbildungsabschnitts in einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis absolviert.

Veranstaltungsformate

Für die **Unterrichtsveranstaltungen** schlägt die ÄAppO folgende Formate vor:

„Vorlesungen, praktische Übungen, gegenstandsbezogene Studiengruppen (Tutorien), Seminare (max. 20 Studierende), Unterricht am Krankenbett (476 Stunden) mit Patientendemonstration (max. sechs Studierende) und Untersuchung eines Patienten (max. drei Studierende), Praktika, Blockpraktika (1 bis 6 Wochen, Allgemeinmedizin: mindestens 2 Wochen).“

Für **Lehr- und Lernformate** schlägt die ÄAppO Folgendes vor:

„Der Unterricht im Studium soll fächerübergreifendes Denken fördern und soweit zweckmäßig problemorientiert am Lehrgegenstand ausgerichtet sein. Die praktischen Übungen umfassen die eigenständige Bearbeitung von praktischen Aufgaben durch die Studierenden [Fallbeispiele]. Die Vermittlung des theoretischen und klinischen Wissens soll während der gesamten Ausbildung so weitgehend wie möglich miteinander verknüpft werden. Den Studierenden ist ausreichend Gelegenheit zu geben, unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung des ausbildenden Arztes am Patienten tätig zu werden.“

Modellstudiengänge

Im § 41 erlaubt die ÄAppO den Fakultäten die Einrichtung eines Modellstudiengangs: „Die nach Landesrecht zuständige Stelle kann einen Modellstudiengang zulassen, der von den Vorschriften dieser Verordnung dahingehend abweicht, dass

1. der Erste Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nicht abgelegt werden muss,
2. der Krankenpflagedienst und die Ausbildung in erster Hilfe und die Famulatur zu einem anderen Zeitpunkt abgeleistet werden können,
3. das Praktische Jahr nicht im letztem Jahr abgeleistet werden muss und
4. die Universitäten in jedem Ausbildungsabschnitt geeignete Krankenhäuser, ärztliche Praxen und andere Einrichtungen der ambulanten ärztlichen Krankenversorgung einbeziehen können.“

Von den 37 Fakultäten haben im Jahr 2013 neun Fakultäten einen solchen Modellstudiengang angeboten: Aachen, Berlin, Düsseldorf, Hamburg, Hannover, Köln, Mannheim, Oldenburg und Witten/Herdecke.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die ÄAppO zwar viel Spielraum für Reformen lässt, dass aber auch Widersprüchlichkeiten gesetzlich verankert sind, die Reformen enorm erschweren, wie z. B.

- die Empfehlung eines fächerübergreifenden Unterrichts,
- die Erbringung von vielen fachbezogenen Leistungsnachweisen,
- problemorientierter Unterricht und Staatsexamensprüfungen im MC-Frageformat.

Empfehlungen des Wissenschaftsrates

Der Wissenschaftsrat berät die Bundesregierung und die Regierungen der Länder in Fragen der inhaltlichen und strukturellen Entwicklung der Hochschulen, der Wissenschaft und der Forschung.

Im Juli 2014 verabschiedete der Wissenschaftsrat Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland [7]:

- kompetenzorientierte, integrierte Curricula
- Stärken der wissenschaftlichen Kompetenzen
- obligatorische Forschungsarbeit
- fächerübergreifende Module
- horizontale und vertikale Integration
- eine bundeseinheitliche Zwischenprüfung nach dem 6. Semester (Jahr 3)
- Standardisierung der mündlich-praktischen Prüfungen
- das PJ in 4 Quartale einzuteilen
- die ÄAppO und das Kapazitätsrecht aufeinander abzustimmen.

Internet-Referenzen

- [1] <http://www.mhb-fontane.de/hochschule.html>
 [2] <http://www.asklepios.com/ams>
 [3] <http://www.klinikum-nuernberg.de/DE/aktuelles/knzeitung/2014/201402/studium.html>
 [4] <http://www.klinikum-kassel.de/index.php?parent=5123>
 [5] <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:de:PDF>
 [6] http://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/index.html
 [7] http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/pm_2114.pdf

Medizinstudium in anderen Ländern

Die meisten EU-Mitgliedsstaaten (und viele außer-europäische Staaten) erteilen die Approbation wie in Deutschland direkt nach dem Studium. Gleichwohl gibt es Länder, wie England oder Schweden, wo die Approbation erst nach einer postpromotionellen Ausbildung (vergleichbar mit dem früheren Arzt im Praktikum) erteilt wird. In Österreich, Frankreich und der Schweiz wird die Berufsberechtigung erst nach einer Facharztausbildung erteilt.

Sehr unterschiedlich in den Ländern sind z. B. Zulassung zum Studium, Studium als Erst- (undergraduate) bzw. Zweitstudium (postgraduate), Länge des Studiums (vier bis sieben Jahre), Prüfungen (Staatsprüfungen vs. Universitätsprüfungen), akademischer Titel sowie die Qualitätssicherung (Akkreditierung) des Studiums. Nichtsdestotrotz müssen innerhalb der EU die unterschiedlichen Landeslizenzen gegenseitig automatisch anerkannt werden.

Zur Person

Prof. Dr. rer. nat. Peter Dieter



Wissenschaftliche Ausbildung

Diplom/Promotion in Biologie,
Habilitation in Biochemie der Medizin,
Professur für Biochemie

Beruflicher Werdegang

- 1972–1997 Universität Freiburg im Breisgau
- 1986 Auslandsaufenthalt an der ANU in Canberra (Australien)
- 1991 Auslandsaufenthalt am NIMH in Bethesda (USA)
- seit 1997 Professor an der TU Dresden

Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte

Biochemische Forschung: Signaltransduktion (Leber, Knochen), Zelldifferenzierung (Stammzellen); Ausbildungsforschung: Faculty Development, Problemorientiertes Lehren/Prüfen

Engagement für Hochschullehre/Gremienarbeit

Studiendekan, Auslandsbeauftragter, Prorektorat Lehre TU Dresden, Hochschuldidaktikzentrum Sachsen, Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA), Medizinischer Fakultätentag (MFT), Association of Medical Education in Europe (AMEE), Association of Medical Schools in Europe (AMSE), World Federation of Medical Education (WFME).

Kontakt

Mail: Peter.Dieter@tu-dresden.de

Ulrich Koch (Hofheim am Taunus, D)

Zur Notwendigkeit eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes in der Therapie psychischer Störungen

Über zweihundert Jahre nach Grundlegung der Homöopathie haben sich unser Wissen und unser Verständnis von psychischen Störungen tiefgreifend verändert und erweitert, was sich auch in den Behandlungsstrukturen niedergeschlagen hat. Ausgehend von den historischen Grundlagen sollen die zeitgemäßen Möglichkeiten einer integrativen homöopathiezentrierten Therapie psychischer Störungen hergeleitet und aufgezeigt werden.

Hahnemann beschrieb in der ersten Auflage des Organon erstmals systematisch die Pathogenese und homöopathische Behandlung von Geistes- und Gemütskrankheiten. Er bezeichnete sie als einseitige chronische Krankheiten (§§ 210, 215), die fast alle aus Körper-Krankheiten zu psychischen Störungen geworden seien (§§ 215, 218), aber keine eigene Klasse von Krankheiten darstellten und deshalb nicht anders zu behandeln seien (§§ 210, 214).

Dabei betont er, dass bei der Behandlung der Geistes- und Gemütskrankheiten eben der Geistes- und Gemütszustand – das Hauptsymptom repräsentierend – den meisten Ausschlag geben soll. (Vormalige) Körpersymptome sollen v. a. eine bestätigende Funktion haben (§§ 211–213, 217–220). Das sich aus diesen Überlegungen ergebende Behandlungskonzept ist in Tabelle 1 zusammengefasst.

Aus körperlichem Leiden entstanden Entwicklung zur Einseitigkeit	Aus dem Gemüt entstanden Folge von dysfunktionalem Denken und Verhalten (§ 224) oder anhaltender psychischer Belastung (§ 225)
Antipsorische Kur 1. Arzneiliche (miasmatische) Behandlung 2. Lebensordnung (§§ 228-9) 3. Diätische Maßnahmen (Fußnote § 260, CK 134 ff.) 4. Heilungshindernisse beseitigen (CK 139 ff.) 5. Angemessenes psychisches Verhalten der Kontaktpersonen (§§ 228-9)	Psychische Heilmittel (§§ 224,226) 1. Gütliches Zureden 2. Trost- und Vernunftsgründe 3. Zutraulichkeit (Empathie) 4. Wohlverdeckte Täuschung Psychotherapie

Tabelle 1 (Koch¹)

Bedauerlicherweise wird Hahnemanns Ansatz auch heute oft nur wenig reflektiert und nahezu unverändert wie vor 200 Jahren wiedergegeben und gelehrt, wobei sich einzelne Autoren darin zu überbieten versuchen, dies auf möglichst originale und authentische Weise zu tun. Darin ähneln sie den Jüngern einer Sekte, die sich bemühen, dem Meister zu gefallen und oft ein kritisches Denken vermissen lassen. Dabei lässt bereits ein Blick in die Krankenjournale erkennen, dass Hahnemann selbst nur wenig Erfahrung in der Behandlung psychisch Kranker besaß und seinen Entwurf vorwiegend auf der Basis theoretischer Überlegungen entwickelte. Dies zeigt sich auch daran, dass sich seine Ausführungen in den §§ 211 bis 230 über die einzelnen Auflagen des Organon nur marginal veränderten und später vor allem nur um die antimiasmatische Behandlung ergänzt wurden.

Was die pathogenetischen Herleitungen angeht, ist zudem festzustellen, dass diese auf dem Boden eines auch für Homöopathen gut nachvollziehbaren, aktuellen Forschungsstandes nicht mehr haltbar sind. Heute wissen wir, dass sich psychische Störungen erst aus einem komplexen Zusammenwirken von mehreren prädisponierenden somatischen und psychischen Faktoren sowie auslösenden Faktoren entwickeln können: genetische und epigenetische Anlagen, biologische Faktoren (Störungen der neuronalen Übertragung, organische Erkrankungen, Noxen und Medikamente), Umweltfaktoren (familiäre Situation, soziale Faktoren, Stress), biographische Faktoren

(Persönlichkeitsentwicklung, Lebensereignisse, Verluste) und psychologische Faktoren, wie die Fähigkeit zur Konflikt- und Stressverarbeitung, soziale Kompetenz sowie erlernte (dysfunktionale) kognitive Schemata. Auch sind es meist keine einseitigen Krankheiten: Psychisch Kranke weisen eine etwa doppelt so hohe Komorbidität und Mortalität wie die Normalbevölkerung auf. Außerdem sind bei 30–50 % der psychiatrischen Patienten komorbide körperliche Erkrankungen in einer klinisch bedeutsamen Ausprägung nachweisbar. Dabei sind die Kausalitätsbeziehungen komplex.

Ungeachtet seines nur noch medizinhistorisch verstehbaren Krankheitsmodells sind aber Hahnemanns Behandlungskonzepte sehr modern und stellen einen multimodalen und ganzheitlichen Therapieansatz dar, in den psychotherapeutische und nichtmedikamentöse Behandlungsverfahren gut integriert werden können. Hier bewies Hahnemann sehr viel Weitsicht und ging in seinem Entwurf weit über eine bloße arzneilich-homöopathische Behandlung hinaus. Gerade Menschen mit schwereren psychischen Erkrankungen bedürfen oft einer über eine arzneiliche Behandlung hinausreichenden Unterstützung, die heute auch den sicheren Umgang mit Psychopharmaka im Rahmen der homöopathischen Therapie erfordern kann, auch weil viele Patienten, bereits pharmakologisch anbehandelt, homöopathischen Rat suchen.

An zwei Fallbeispielen von Patientinnen mit einer schweren depressiven Störung können unterschiedliche Behandlungsnotwendigkeiten aufgezeigt werden. Beide reagierten auf die individuelle homöopathische Behandlung sehr positiv und zeigten zudem einen Heilungsverlauf auf mehrere Arzneigaben, der den Heringschen Regeln genau entsprach. Die eine Patientin stabilisierte sich schnell und dauerhaft, wohingegen die andere trotz scheinbar idealem Verlauf ohne erkennbare äußere Gründe immer wieder neue Krankheitsschübe entwickelte, die auf Dauer homöopathisch nicht aufzufangen waren. Unter Hinzunahme einer antidepressiven Medikation, die von ihr nebenwirkungsfrei vertragen wird, entwickelte sie schließlich auch eine Remission der depressiven Störung. Auch wenn dieses Vorgehen von vielen Homöopathen abgelehnt wird, muss darauf hingewiesen werden, dass gerade bei schwereren Pathologien die Wahl der Behandlungsmittel dem Patienten dienen muss und nicht umgekehrt.

Die Umsetzung eines multimodalen Behandlungsansatzes birgt aber auch einige Schwierigkeiten, da es zu Wechselwirkungen zwischen den eingesetzten Verfahren kommen kann. Die Symptomatik kann z. B. durch die begleitende Therapie verändert werden, was sowohl die Arzneifindung als auch die Verlaufsbeurteilung erschweren kann. Zudem kann die homöopathische Arzneiwirkung durch die Begleitbehandlung kurzfristig oder anhaltend gestört werden.

Hier sind zur Beurteilung des Behandlungsverlaufes differenzierende Kenntnisse der Einfluss- und Verlaufsmöglichkeiten der zur Anwendung kommenden Verfahren notwendig und äußerst hilfreich.

Eines der wichtigsten nichtmedikamentösen Behandlungsverfahren bei psychischen Störungen ist die Psychotherapie. Sie stellt eine leitliniengerechte und empirisch gut begründete Behandlung für die meisten psychischen Störungen dar und fokussiert mit unterschiedlichen Herangehensweisen das Erleben der Patienten mit ihren biographischen und inhaltlichen Anteilen. Eine homöopathische wie auch psychopharmakologische Therapie können im Gegensatz dazu zwar zu einer inhaltlichen Auseinandersetzung befähigen, können diese aber keinesfalls ersetzen, denn die damit verbundenen Lernprozesse erfordern eine aktive Arbeitsbereitschaft und sind deshalb nur ansatzweise arzneilich induzierbar. Als weitere nichtmedikamentöse Verfahren können Sport und Körpertherapien, Entspannungsverfahren, physio- und ergotherapeutische Maßnahmen, Meditation und Achtsamkeitsübungen sowie Ernährungsumstellung und Entgiftung zum Einsatz kommen. Ebenfalls können sozialpsychiatrische und andere flankierende Maßnahmen zur Unterstützung des Kranken erforderlich werden. Die Einflüsse medikamentöser Behandlung werden in Tabelle 2 zusammengefasst:

	A (Anamnese eingeschränkt?)	B (Beeinflussung des Behandlungsverlaufs)	C (Consequenzen in der Behandlung)
Antidepressiva (alle Stoffklassen)	kaum	gering	Absetzen meist mittelfristig möglich
Neuroleptika (typische und atypische)	moderat	gering	oft nur Reduktion möglich
Anxiolytika (meist Benzodiazepine)	moderat	gering	Absetzen möglich, als Bedarfsmedikation im Verlauf unproblematisch
Phasenprophylaktika (Lithium und diverse Antiepileptika)	moderat, nach länger vorbestehender Einnahme deutlich	häufig, oft schwierige Verlaufsbeurteilung und unklare Reaktionen auf Arzneigaben	oft nur Reduktion möglich
Methylphenidat	deutlich in Bezug auf ADHS- Symptomatik, sonst kaum	gering	Absetzen möglich
Hypnotika (Benzodiazepine und Benzodiazepinrezeptoragonisten)	kaum, nur in Bezug auf Schlafsymptome	gering	Absetzen möglich, als Bedarfsmedikation im Verlauf unproblematisch

Tabelle 2: ABC-Schema Homöopathie und Psychopharmaka (Koch²)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich psychische Störungen nach publizierter und eigener klinischer Erfahrung in der Regel gut homöopathisch behandeln lassen. Auf Grund ihrer komplexen Genese ist aber eine solitär homöopathisch-arzneiliche Behandlung leider nicht immer ausreichend, wie auch oft eine ausschließlich schulmedizinische Therapie nur unzureichende Ergebnisse bringt. Lange Vorerkrankungszeiten und Vorbehandlung sowie starke familiäre Belastungen und ausgeprägt

endogene Anteile können das Behandlungsergebnis unabhängig vom Behandlungsverfahren begrenzen. Deshalb kann es im Interesse unserer Patienten sinnvoll sein, die Homöopathie mit anderen nichtmedikamentösen und falls erforderlich auch medikamentösen Behandlungsverfahren im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung zu kombinieren. Damit wird auch Hahnemanns grundlegendem Behandlungsentwurf in zeitgemäßer Weise entsprochen.

Homöopathie ist aber auch in Verbindung mit Psychopharmaka einsetzbar und kann helfen, diese entbehrlich zu machen oder zumindest Nebenwirkungen zu reduzieren. Seit über 200 Jahren steht die Homöopathie zur Behandlung psychischer Störungen zur Verfügung und so kann mitunter, wie historisch gewachsen, die viel später hinzugekommene psychopharmakologische Behandlung bei schwereren psychischen Störungen das komplementäre Behandlungsverfahren sein.

Literatur

1. Koch U: Homöopathische Behandlung der Geistes- und Gemütskrankheiten, in: Albrecht H, Frühwald M (Hrsg.): Jahrbuch Band 11 (2004). Karl und Veronica Carstens-Stiftung im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft. KVC, Essen 2005:101–128 .
2. Koch U. Die zeitgemäße homöopathische Behandlung schwerer psychischer Störungen. AHZ 2012; 257 (4): 6–11

Zur Person

Ulrich Koch



Ulrich Koch ist Arzt mit der Zusatzbezeichnung Homöopathie. Er arbeitet seit 1996 als Arzt an Psychiatrischen Kliniken und ist in der homöopathischen Weiterbildung für Ärzte engagiert.

An der Fachklinik Hofheim leitete er von 2002–2006 eine homöopathische Fachambulanz für Menschen mit psychischen Störungen als Förderprojekt der Karl und Veronica

Carstens-Stiftung, die inzwischen als klinikassoziierte Praxis weitergeführt wird.

Ulrich Koch ist Mitautor des *Kursbuch Homöopathie* (Elsevier) und Autor einiger Kapitel der Lehrbuchreihe des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte (DZVhÄ) zur homöopathischen Weiterbildung.

Kontakt

Mail: ukoch@kliniken-mtk.de

Anschrift: Homöopathische Praxis in der psychiatrischen Institutsambulanz, Bienerstraße 48, D-65719 Hofheim am Taunus

Ulf Riker (München, D)

Von der Fallanalyse zur Behandlungskompetenz – aus eigenen Fehlern lernen

Ein Experte ist jemand, der in einem begrenzten Bereich schon alle möglichen Fehler gemacht hat.

Niels Henrik David Bohr
dänischer Physiker (1885–1962)

Der „begrenzte Bereich“ ist ein rheumatisches Krankheitsbild, und die Fehler beginnen mit einer Fehldiagnose, führen zu falscher (schulmedizinischer) Therapie und machen vor homöopathischen Fehlverschreibungen nicht halt. Dank sorgfältiger homöopathischer Anamnese und Kombination „alter“ und „neuer“ Methoden der Fall-Analyse findet der Irrweg schließlich doch noch sein „Happy End“. Grund genug, selbstkritisch und demütig (ach, Du altes Wort!) das eigene Tun zu reflektieren und damit auf dem Weg zum „Experten“ wieder ein winziges Stückchen weiter zu kommen. Dankbarkeit wäre dann, wenn’s tatsächlich klappt, noch so ein kleines, zeitgeistwidriges Wörtchen ...!

Der Fall

Bei einer 42-jährigen Patientin (F. P.) wird vor 5 Jahren die Diagnose einer **Borreliose** gestellt. Sie kann sich an mehrere Zeckenbisse erinnern, aber nicht an das Auftreten einer Wanderröte. Ihre Hauptsymptomatik besteht in wandernden Schmerzen im Bereich der Hand- und Fingergelenke, sporadisch auch in anderen Gelenkregionen.

Bei deutlich erhöhtem Borrelien-IgG und grenzwertigem IgM wird sie zunächst über 3 Wochen mit **Doxycyclin** (200 mg/Tag) behandelt. Ergebnis: keinerlei Besserung der Schmerzsymptomatik, gelbliche wässrige Diarrhoen, Serologie unverändert. Weitere Diagnostik (CRP minimal erhöht, Elphor regelrecht, Rheumafaktor negativ, Citrullin-Antikörper negativ, dermatologisch keine Hinweis auf Psoriasis, HLA-B27 negativ) liefert keinen weiteren plausiblen Therapieansatz. „Die Schulmediziner sind ratlos ...!“

Ein Heilpraktiker unternimmt eine Focus-Suche (ergebnislos), führt eine Symbioselenkung durch (wirkunglos) und schlägt Entfernung von Amalgam vor (lehnt die Patientin ab).

Nun konsultiert sie einen „Borreliose-Spezialisten“, der alle bisherigen Laboruntersuchungen nochmals durchführt, ergänzt durch ausführlichen Immunstatus und einen (umstrittenen!) Lymphozytentransformationstest (LTT); letzterer sei „hochpositiv“ und damit eine bislang unzureichend behandelte Borreliose „eindeutig nachgewiesen“.

Infusionstherapie mit **Rocephin® über 3 Wochen**, nach „etwas besserem, aber noch nicht gutem LTT“ Fortsetzung der Antibiose (**Cefuroxim über 17 (!) Wochen**. LTT nun „normal“ („Borreliose jetzt ausgeheilt“).

Borrelien-AK unverändert, **Gelenkschmerzen unverändert**, zusätzlich Haarausfall und gynäkologische Blutungen (Hormonstatus regelrecht, Ausschluss Myom und Malignom). Die anfangs bestehenden Schwellungen um die Augen sind besser ...!

Zwischenbilanz

- Auch „schulmedizinische“ Diagnosen dürfen (und müssen manchmal!) kritisch hinterfragt werden!
- Zur Borreliose gehören nicht nur **Gelenkschmerzen**, sondern auch **Gelenkschwellungen** (welche die Patientin nie hatte!).
- „Je geringer die klinische Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen der vermuteten Erkrankung, umso unsicherer ist das positive Laborergebnis.“ (Dr. V. Fingerle, Nationales Referenzzentrum für Borreliose, München)

Homöopathische Anamnese

Kurze Zusammenfassung: In der Kindheit hin und wieder Gelenkschmerzen („Wachstum“). Seit ihrer Jugend immer wieder Halsschmerzen bei Kälte und Wind. Seit der Pubertät Neigung zu „verspanntem Nacken“ mit Schmerzen in der Schulter-Nackenregion.

Seit 5 Jahren nun die geschilderten wandernden Gelenkschmerzen im Handgelenks- und Fingerbereich. Die Schmerzen werden besser durch Wärme („Rotlicht“) und Ruhighalten, schlimmer durch Kälte, feuchtkaltes Wetter und Bewegung.

Aktuell hat sie auch stechende Schmerzen in den Ellbogengelenken. Die Ohren seien sehr kälteempfindlich. Bei Stress und anstrengenden Tagen bekommt sie Kopfschmerzen, diese werden besser, wenn sie im Freien spazieren geht. Bei Rückenschmerzen hilft kräftige Massage, bei verspanntem Nacken Musaril®.

Deutliche Abneigung gegen fettes Essen. Verträgt keinen Alkohol (Konzentration wird rasch schlechter, aber auch die Gelenkschmerzen werden schlimmer). Wenig Durst (hat sich das Trinken „angewöhnt“). Gesicherte Lactoseintoleranz. Schon immer „schwache und ausgeleierte Bänder“. Sie ist sehr verfroren.

Auswertung und erste homöopathische Verordnung

Total Rubrics Families	Phos.	Lyc.	Rhus-t.	Puls.	Ars.	Sil.	Bry.	Merc.	Nat-in.	Sep.	Lach.	Nux-v.	Sulph.	Calc.	Colch.	Ceust.	Carb-an.	Ferr.	Nit-ac.	Chin.	Kali-c.	Calc-p.	Nat-c.	Rhod.	Acon.	Cham.	Nat-af.	Carb-v.	Ph-ac.	
EXTREMITIES; WEAKNESS; lower limbs; ankles (72)																														
GENERALITIES; FOOD and drinks; milk; agg. (86)																														
BACK; PAIN; general; cervical region (349)																														
EXTREMITY PAIN; WANDERING, shifting; joints (43)																														
EXTREMITY PAIN; GENERAL; warmth; amel. (43)																														
EXTREMITY PAIN; GENERAL; motion; agg. (78)																														
EXTREMITY PAIN; GENERAL; weather; wet; agg. (33)																														
EARS; SENSIBILITY; increased; air, to cold (14)																														
THROAT; PAIN; general; cold; agg.; becoming, on (22)																														
EYES; SWELLING; general; lids; lower (42)																														
MIND; STARTING, startled (282)																														
GENERALITIES; TENSION, tightness; muscles (55)																														
HEAD PAIN; GENERAL; mental exertion; agg. (158)																														
GENERAL; walk, walking; amel. while; air, in open (67)																														
BACK; PAIN; general; rubbing; amel. (12)																														
FOOD and drinks; fats and rich food; aversion (71)																														
FOOD and drinks; alcohol, alcoholic drinks; agg. (124)																														
EXTREMITY PAIN; STITCHING; upper limbs; elbows (100)																														

1. Verordnung: Calcium phosphoricum, zunächst C 200, 4 Wochen später C 1000

Begründung

Ich suche ein „Konstitutionsmittel“, das

- zu ihren schon früh beginnenden Problemen im Gelenk- und Wirbelsäulenbereich passt
- und wandernde Gelenkschmerzen hat
- und Besserung durch Wärme
- und Verschlimmerung in feuchtkalter Witterung
- und Halsschmerzen beim Kaltwerden
- und ...
- **aber** leider nicht zur Abneigung gegen Fett und ... passt.

Ergebnis

Sie kommt infektfrei durch den Winter, der Haarausfall wird besser, ebenso die stressbedingten Kopfschmerzen, die gynäkologischen Blutungen sistieren (post oder propter ...?). Aber leider sind die **Gelenkschmerzen völlig unverändert!**

2. Verordnung: Silicea C 200, nach 4 Wochen C 1000

Begründung

Ich suche (immer noch!) ein „Konstitutionsmittel“, das

- die Gelenkschmerz-Modalitäten abdeckt
- und Kopfschmerz bei Stress
- und Halsschmerz beim Kaltwerden
- und kälteempfindliche Ohren hat
- und Alkohol nicht verträgt
- und
- **aber** leider nicht bekannt ist für wandernde Gelenkschmerzen und ...

Ergebnis

Der stressinduzierte Kopfschmerz ist (immer noch!) besser, sie fühlt sich immunologisch stabiler, der Nacken fühlt sich „freier“ an.

Aber leider sind die **Gelenkschmerzen (immer noch!) völlig unverändert!**

Mögliche Erklärungen

- Symptomauswahl eher „beliebig“ bzw. „willkürlich“
- Verordnungen **nicht widerspruchsfrei!** (Boeninghausen!)
- Auslöse-Ursache (**Causa**) nicht erfragt.
- „Konstitutionsmittel“ oder „Situationsmittel“?

Bange Frage

Wie viele Fehlversuche habe ich noch, bevor der „Placebo-Vorrat“ aufgebraucht ist ...?

Zentrale Frage:

Was ist das zu Heilende und wie drückt es sich in Symptomen aus?

- Extremitäten, Schmerz, rheumatisch, Gelenke
- Extremitäten, Schmerz, wandernd, Gelenke
- Extremitäten, Schmerz, Gelenke, bei feuchter Kälte schlimmer
- Extremitäten, Schmerz, beim Kaltwerden
- Extremitäten, Schmerz, bei feuchtem Wetter
- Extremitäten, Schmerz, Gelenke, Bewegung verschlimmert
- Extremitäten, Schmerz, Wärme bessert
- Extremitäten, Schmerz, stechend, Ellenbogen
- Augen, Schwellung, Lider, Unterlider

Erneute Repertorisation (nach Kent)

Total Rubrics Families	Colch.	Bry.	Kal-bl.	Calc.	Phos.	Arg.	Ar.s.	Calc-p.	Kalm.	Lyc.	Cnarr.	Agar.	Bel.	Chin.	Rhus-t.	Ant-l.	Mang.	Nux-y.	Rhod.	Ferr.	Merc.	Phyt.	Graph.	Puls.	Aur.	Cocc.	Guai.	Lach.	Led.
EXTREMITY PAIN; RHEUMATIC; joints (171)	9	8	7	11	7	7	6	12	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
EXTREMITY PAIN; WANDERING; shifting; joints (43)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
EXTREMITY PAIN; GENERAL; joints; weather; damp, and (6)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
EXTREMITY PAIN; GENERAL; cold; becoming (24)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
GENERALITIES; WEATHER; cold, wet; agg. (136)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
EXTREMITY PAIN; GENERAL; joints; motion; agg. (38)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
EXTREMITY PAIN; GENERAL; warmth; amel. (43)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
EXTREMITY PAIN; STITCHING; upper limbs; elbows (100)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
EYES; SWELLING; general; lids; lower (42)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	

Ergänzende Analyse (nach Boenninghausen)

	Bell.	Colch.	Nux.m.	Merc.	Rhus.	Calc.	Staph.	Dulc.	Nux.v.
Anzahl der Treffer	8	7	8	8	8	7	8	8	7
Summe der Grade	24	24	24	23	23	21	21	19	19
Polaritätsdifferenzen	12	14	13	8	4	5	6	2	10
Gelenke, Gichtartige Schmerzen [117]	4	4	2	4	4	3	4	2	2
< Wetter/Luft, feucht-kalt [59]	1	3	4	3	4	4	2	4	1
< Wetter/Luft, kalt (P) [88]	5*	3	4	3	4	3	1	4	4
< Wetter/Luft, feucht, naß (P) [58]	1	3*	4	3	4	4	2	4	1
> Warmehüllen (P) [56]	2	3	3	2	4		2		3
< Bewegung, während (P) [126]	4	4	2	3	1	2	3	1	4
> Ruhe, in der (P) [117]	4	4	2	3	1	2	3	1	4
Gelenke, Stechen, ziehendes (reißendes) [21]				2			4	2	
Wandernde Schmerzen (v. einer Stelle z. and. übergeh. Schm.) [22]	3		3		1	3*		1	
> Wetter/Luft, kalt (P) [44]		3		1	1	1			1
> Wetter/Luft, feucht, naß (P) [30]	2						1		4
< Warmehüllen (P) [37]				1	1	3	2		1
> Bewegung, während (P) [102]	1		1	3	4	1	1	4	
< Ruhe, in der (P) [102]	1		1	1	4	1	1	4	

Die herkömmliche **Repertorisation (nach Kent)** ergibt eindeutig und mit deutlichem Abstand **Colchicum** als passendes homöopathisches Mittel.

Aufgrund der bisher gemachten „Fehler“ wird die Fall-Analyse (sicherheitshalber!) durch eine zusätzliche Bearbeitung mit der **Boenninghausen-Methode** sowie der **Polaritätsanalyse (nach H. Frei)** ergänzt.

Diese bietet sich an, da der Fall einige gut modalisierte Symptome besitzt, für die es jeweils auch eine gegenpolare Rubrik gibt. Hier zeigt sich, dass die Arznei **Colchicum** bei allen ausgewählten Symptomaspecten im „Geniusgrad“ (Grad 3 und 4) vertreten ist.

Dabei gibt es zwei „Stolpersteine“: Es sieht so aus, als ob für Colchicum eine Kontraindikation bestehen würde (> durch kaltes Wetter/kalte Luft – Colchicum 3-wertig); dem ist aber nicht so, weil die Arznei Colchicum auch die gegenteilige Modalität im Geniusgrad 3 anzeigt. Außerdem ist Colchicum nicht unter „wandernde Schmerzen“ verzeichnet!

Was also tun?

Genau: Materia-Medica-Vergleich!

Bei **Boger (“Synoptic key“)** finden wir, dass Colchicum sowohl zum betroffenen Gewebe (Bindegewebe, Bänder, Sehnen, kleine Gelenke) als auch zu den Modalitäten des Falles passt (< kaltes/feuchtes Wetter, < Bewegung, > Wärme, > Ruhe). Außerdem beschreibt Boger „rasch den Ort wechselnde Schmerzen, aber nur wenig (!) Schwellung“, und Boericke beschreibt „...shifting rheumatism...“ Also: Auch die „wandernden Schmerzen“ sind von **Colchicum** abgedeckt.

Die gezielte Nach-Anamnese ergibt:

Schmerzen schlimmer nachts (Colch. 1-wertig), sie reist sehr gerne, z. B. Motorradfahren in andere Länder (Colch. nicht vertreten, aber Calcium phosphoricum, siehe erste Verordnung!), sehr empfindlich auf Gerüche von gekochten Speisen (Colch. 3-wertig), vor allem von Fleisch (Colch. 1-wertig), und „... ja, der Schmerz sitzt eigentlich nicht im Gelenk, sondern eher in den Sehnen ...!“ (Colch. 1-wertig).

**Also Colchicum!
Aber warum? Wie gerät ein Mensch in
eine Colchicum-Pathologie?**



Die Geschichte „dahinter“

Die Patientin war damals (vor 5 Jahren) 37 Jahre alt, die Mutter war 60, der Vater 62 Jahre alt, die Eltern hatten sich auseinander gelebt. Eines Tages erklärt die Mutter, dass sie aus der gemeinsamen Wohnung ausziehen wird, sie will ihren Mann verlassen, will „noch mal was vom Leben haben“. Der Vater war Handwerker und hat nahezu die gesamte Freizeit auch in seiner Werkstatt verbracht und sich nebenzu in der Gemeinde bei der Feuerwehr engagiert.

Die Mutter zieht also ganz überraschend tatsächlich aus und verlässt den Vater, sie zieht in die Schweiz, wo sie einen anderen Mann kennen gelernt hat. Der Vater scheint nicht allzu sehr betroffen zu sein, aber das ganze Dorf redet über den Vorfall. Die Patientin versucht noch, die Mutter von ihrem Vorhaben abzubringen, sucht immer wieder das Gespräch mit ihr, sie leidet offenbar viel mehr unter der Situation als der Vater, aber die Mutter bleibt hart und verbittet sich jede Einmischung der Tochter. Diese habe ihr eigenes Leben und solle sich gefälligst nicht in das Leben der Mutter einmischen, sie wisse schon, was sie tue.

Diese Gespräche eskalieren offenbar, die Mutter beschimpft die Tochter, angeblich auch in ziemlich unflätiger Wortwahl, wird beleidigend, grob und lässt sich nicht umstimmen. Die Tochter ist erschüttert und fassungslos über das Verhalten der Mutter, das sie ihr nicht zugezogen hätte. Als die Mutter in die Schweiz umgezogen war, ist sie noch 2 Mal zu ihr gefahren, um im Gespräch die Mutter doch noch umzustimmen und zur Rückkehr zum Vater zum bewegen: vergeblich!

Wie haben Sie das erlebt?

*Ich war erschüttert, dass meine Mutter so was tut!
Das ist doch ein unmögliches Verhalten! Die ganze
Nachbarschaft hat den Kopf geschüttelt, niemand
konnte das verstehen.*

Und in einem Dorf ist das ja besonders schwierig, wo jeder jeden kennt. Mein Vater hat das irgendwie mit Würde getragen, aber ich konnte überhaupt nicht damit umgehen. Ich hatte den Eindruck, dass sich die Nachbarn über unsere Familie das Maul zerreißen, und irgendwie hatten sie ja auch recht. Man kann doch nicht sonntags in die Kirche gehen, Kinder in die Welt setzen und dann einfach abhauen, wenn man keine Lust mehr hat!

Und damals begannen Ihre Schmerzen?

Ja, als ich zum ersten Mal unverrichteter Dinge aus der Schweiz zurück kam, da war ich maßlos enttäuscht von meiner Mutter, ich hätte ständig heulen können, ich habe das Lenkrad krampfhaft festgehalten, ich habe meine Hände ins Lenkrad verkrallt, ich war drauf und dran, nochmals umzudrehen, ich konnte es irgendwie nicht fassen, aber ich wollte es auch nicht zulassen, dass sie einfach weg ist und uns zurück lässt.

Wie haben Sie sich dabei gefühlt?

Enttäuscht! Und sehr, sehr traurig! Sie hat alles, ihr ganzes bisheriges Leben weggeschmissen, und uns mit! Sie hat uns mit Gewalt aus ihrem Leben entfernt. Ich kam mir so elend vor, so was macht man einfach nicht, auch nicht mit 60 Jahren, oder erst recht nicht mit 60 Jahren!

Was hätten Sie damals am liebsten gemacht?

Ich wollte sie zurückholen, ich wollte, dass sie das ungeschehen macht, aber es wusste ja schon das ganze Dorf Bescheid.

Was hatten Sie sich damals am meisten gewünscht?

Dass alles nur ein böser Traum gewesen wäre. Ich glaube, ich wollte sie einfach nicht loslassen. (überlegt lange, wirkt in Gedanken weit weg) Ja, ich wollte sie festhalten und nicht mehr loslassen. Ich wollte einen Zustand herstellen, wo die Nachbarn keinen Bogen mehr um uns machten, wo wir alle wieder fester Bestandteil der Nachbarschaft wären.

Die Patientin stellte im weiteren Gespräch Schritt für Schritt eine Analogie her zwischen ihren aktuellen Schmerzen und dem Gefühl, das sie vom Klettern kennt, wo man sich ja auch mit den Händen festhalten muss, um nicht abzustürzen oder wegzurutschen. Letztendlich sagt sie spontan: *Ja, ich glaube ich muss endlich die Mutter loslassen, ich kann's ja auch nicht ändern, und Klammern hilft wohl auch nicht.*

Arbeitshypothese

Unsere Patientin fühlt sich von ihrer Mutter **ausgeschlossen, weggestoßen**, wobei sich die Mutter „unmöglich“ verhält, worauf sie sehr empfindlich reagiert. Das führt dazu, dass sich die Patientin auch von der Nachbarschaft „verstoßen“ fühlt. Daher will sie die Mutter um jeden Preis „festhalten“.

Dieses „Gefühl“ und die resultierende Reaktion des „Festhaltens“ beschreibt Sankaran als wesentliche Empfindung der Pflanzenfamilie der Liliengewächse, zu denen Colchicum bekanntlich gehört.

So lässt sich die Arznei im konkreten Fall nicht nur nach Kent oder mit Hilfe der Boenninghausen-Methode nachvollziehbar identifizieren, sondern auch mit Hilfe der Empfindungsmethode nach Sankaran besser verstehen. Zusätzlich beschreibt Mangialavori als Hintergrund bei den Liliaceen einen tief verborgenen, „stillen Kummer“.

3. Verordnung: Colchicum C 200

1 Woche lang deutliche Verschlimmerung der Schmerzen, gleichzeitig heftige Träume (alpträumartig, kann sich aber an Inhalte nicht erinnern, erwacht z. T. aus den Träumen mit Schreck), dann deutliche Besserung, für knapp eine Woche ist sie völlig beschwerdefrei, dann Rückfall.

Wiederholung nach 4 Wochen **Colchicum C 1000**.

Nach Mittelwiederholung innerhalb von 4 Tagen komplett schmerzfrei. Hält fast 6 Wochen an! Dann wieder leichte Beschwerden. Wiederholung C 1000 nach weiteren 8 Wochen. Danach keine Schmerzen mehr gehabt (Nachbeobachtung 2 Jahre).

Schlussfolgerungen

- „Macht's nach, aber macht's **genau** nach!“
- Je nach „Symptom-Material“ bietet sich die Analyse nach Kent oder nach Boenninghausen an.
- Es kann sinnvoll sein, auch beide Methoden parallel anzuwenden und die entweder gleichen oder unterschiedlichen Ergebnisse kritisch zu reflektieren.
- Die Beschäftigung mit „neuen Schulen“ der Homöopathie kann zusätzliche, analytische oder assoziative Hinweise geben, auf jeden Fall aber „Futter“ für ein tieferes Fall-Verständnis liefern.

Literatur

Boenninghausen Cv: Therapeutisches Taschenbuch, Revidierte Ausgabe 2000
 Boger CM: Synoptic key
 Bohr NHD: In: Pascual Jordan: Begegnungen
 Fingerle V: Persönliche Mitteilung
 Frei H: Effiziente homöopathische Behandlung. Haug.
 Kent JT: Repertorium Generale
 Mangialavori M: Seminar Mitschriften
 Sankaran R: Einblicke ins Pflanzenreich, Bd. 2 und 3

Zur Person

Dr. med. Ulf Riker



- Facharzt für Innere Medizin seit 1989
- Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ seit 1989
- Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ seit 1989
- 5 Jahre Chefarzt einer internistischen Akutklinik mit Schwerpunkt Naturheilverfahren und Homöopathie

- seit 1998 in eigener Privatpraxis niedergelassen (davon 5 Jahre bei Dr. Springer)
- Mitglied im DZVhÄ
- Homöopathie-Diplom des DZVhÄ
- Weiterbildungsbefugnis für Homöopathie der Bayerischen Landesärztekammer
- Kursleiter C-Kurs im LV-Bayern
- Kursleiter Weiterbildungsgruppe im LV Bayern
- Homöopathie-Weiterbildung für Apothekerinnen und Apotheker der Bayerischen Landesapothekerammer
- Homöopathische Supervisionsgruppe
- Zahlreiche kleinere Texte und Beiträge für den DZVhÄ
- Lernend auf dem Weg ...

Kontakt

Mail: info@praxisriker.de

Web: www.praxisriker.de

Anschrift: Wensauerplatz 10, D-81245 München

*K. Rüdiger Wiebelitz (Kreiskrankenhaus Prignitz, Perleberg, D)
André-Michael Beer (Klinik Blankenstein, Hattingen, D)**

Vom Manuskript zur Publikation: Erfahrungen auf dem Weg zur Veröffentlichung einer RCT mit einem Komplexhomöopathikum

Zusammenfassung

Das homöopathische Komplexpräparat LYMPHDIARAL® Basistropfen wird üblicherweise zur Behandlung von Ödemen und Schwellungen verwendet.

Unsere randomisierte, doppelt verblindete GCP-konforme Studie untersuchte in den Jahren 2003 bis 2007 in der Abteilung für Naturheilverfahren in Hattingen (Leitung Prof. Dr. Beer) die Wirksamkeit und Sicherheit von LYMPHDIARAL® Basistropfen in Kombination mit einer stationären naturheilkundlichen Komplexbehandlung bei der Behandlung von chronischen Rückenschmerzen.

Die statistische Auswertung nach Abschluss der Studie ergab in der ITT-Analyse ein knapp signifikantes Ergebnis. Die Kombination eines signifikanten Studienergebnisses mit einem als "homöopathisch" bezeichneten Medikament erwies sich als wesentliche Hürde für die Publikation dieser sauber durchgeführten und allen modernen Qualitätsstandards entsprechenden Studie. Der sich über Jahre hinziehende Prozess der Versuche, diese Studie in einer international anerkannten Zeitschrift zu veröffentlichen, und die durch Peer-Review sich ergebenden Metamorphosen der Auswertung werden exemplarisch dargestellt. Dabei kristallisierte sich heraus, dass die Studie unproblematisch und sofort ohne signifikantes Ergebnis akzeptiert worden wäre. Der schließlich geforderte "Kompromiss", das signifikante Ergebnis im Manuskript wenigstens als "klinisch bedeutungslos" hinzustellen, war verständlicherweise für den Sponsor der Studie nicht akzeptabel. Zuletzt gelang die Veröffentlichung mit einer variierten, von der ursprünglichen ITT-Analyse abweichenden Auswertungsmethode, die "nur" zu einem "fast signifikanten" Ergebnis führte, in einer deutschsprachigen nicht in Pubmed gelisteten Zeitschrift.

Mögliche Hintergründe für diesen Verlauf werden diskutiert.

Abstract

The homeopathic complex drug LYMPHDIARAL® Basistropfen is typically used to treat edema and swelling.

This randomised double blinded GCP compliant study examined efficacy and safety of LYMPHDIARAL® Basistropfen combined with in-patient naturopathic complex treatment on chronic low back pain from 2003 to 2007.

Statistical analysis after closing of the study led to a narrow significant result in ITT-analysis. The combination of a significant study result and a drug declared as "homeopathic" turned out to be a substantial barrier to publication of this neat and clean according to all present standards of Quality performed study. Over years attempt to publish the study in international recognized journals failed. Repeated peer-review resulted in remarkable metamorphoses of the analysis, which is outlined exemplarily. The study turned out to be publishable easily and immediately without a significant result. The finally requested "compromise" to declare the significant result as "clinical irrelevant" was understandably unacceptable to the sponsor of the study. In the long run publication succeeded in a German-speaking journal not listed in pubmed using a modified "ITT-analysis" different from the one intended in the beginning, which however induced an only "nearly significant" result.

The possible background for this progression is discussed.

* *Co-Autor:* Prof. Dr. med. André-Michael Beer, M. Sc.
Direktor der Klinik für Naturheilkunde der Klinik Blankenstein, Hattingen, D / Ruhr-Universität Bochum, D
Web: www.naturheilkunde.klinikum-bochum.de

1. Medizintheoretischer Hintergrund

Evidenz

Grundlegend für die heutige wissenschaftliche Medizin ist die Zuordnung wissenschaftlicher Aussagen zu verschiedenen Evidenzstufen, die auf den Kanadier Sackett¹ zurückgehen, und dessen Einteilung hier

beispielhaft wiedergegeben wird. Anders als moderne Nachfolger² kennt Sackett noch Einzelfallanalysen als Quelle des höchstens Evidenzlevels (1c).

Level of Evidence	Therapy/Prevention, Aetiology/Harm
1a	SR (with homogeneity) of RCTs
1b	Individual RCT (with narrow Confidence Interval)
1c	All or none
2a	SR (with homogeneity*) of cohort studies
2b	Individual cohort study (including low quality RCT; e.g., <80% follow-up)
2c	„Outcomes“ Research
3a	SR (with homogeneity*) of case-control studies
3b	Individual Case-Control Study
4	Case-series (and poor quality cohort and case-control studies)
5	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or „first principles“

Tabelle 1: Evidenzlevel nach Sackett

Good Clinical Practice (GCP)

Genauere Standards für Studienaufbau, Durchführung, Güte, interne Kontrolle (Monitoring), externe Kontrolle (Auditing), Dokumentation, Analyse und Veröffentlichung klinischer Studien.

Randomisierung

Die für moderne "aussagekräftige" Studien geforderte zufällige Zuordnung der Patienten zu verschiedenen Behandlungsarmen trifft in der klinischen Praxis auf bestimmte Grenzen: Einerseits ist die Bereitschaft der Patienten und der Ärzte, sich dem „Würfel“ zu unterwerfen, nicht immer vorhanden, andererseits stellt die Ablehnung der Randomisierung durch den Patienten – und damit der übliche Ausschluss aus herkömmlichen Studien – eventuell selbst einen Prognosefaktor im Sinne der „Selbstregulation“^{3,4} dar.

Plazebo

Abgesehen von der wissenschaftstheoretischen Problematik⁵ führt der Einsatz von Plazebo zu ethischen Problemen, da bei einer ernsthaften Erkrankung die Nichtbehandlung des Patienten nicht vertretbar ist. Wird das Plazebo im Vergleich zum Verum nur als „Add-on“ zu einer Standardtherapie eingesetzt, sind aufgrund der zu erwartenden Wirkung der Standardtherapie Unterschiede in der Wirkung wesentlich schwieriger nachweisbar.

Verblindung

Bei der sogenannten doppelten Verblindung sollen weder Arzt noch Patient wissen, ob der Patient das "echte" Medikament oder nur ein Plazebo bzw. ein Standardmedikament erhält. Es besteht die Gefahr der Entblindung aufgrund der spezifischen Wirkungen oder auch Nebenwirkungen des Präparates. Versuche, diesen Faktor zumindest wissenschaftlich messbar zu machen, sind auf die Ehrlichkeit der Befragten, also von Arzt und Patient, angewiesen. Die Verblindung

beeinträchtigt die Selbstbestimmung des Patienten und reduziert seine Mitwirkungsbereitschaft und Compliance ("Ist ja alles egal."). Zusätzlich entsteht ein Bias durch Abbrecher z. B. bei Nebenwirkungen, die bei Widerruf der Einwilligung nicht oder nur unvollständig dokumentiert werden. „Denn sie wissen nicht, was sie tun“ fasst die Wissenschaftlichkeitskriterien Randomisation und Verblindung der modernen Medizin gewissermaßen zusammen. Dieser "Goldstandard" des medizinischen Erkenntnisgewinns erscheint, übertragen auf andere Lebensbereiche, geradezu absurd: Zum Beispiel vertrauen die meisten Menschen den Bremsen ihres PKWs, obwohl keine Autobremse plazebokontrolliert und verblindet in ihrer Wirksamkeit überprüft wurde.

Monitoring

Es soll die Datenqualität verbessern, führt in der klinischen Praxis jedoch leicht zur Anpassung der Dokumentation durch Selektion und „passende“ Formulierung, um lästige und zeitaufwendige Nachfragen zu reduzieren.

Auditing

Externes Auditing soll die Studiendurchführung überwachen und dafür sorgen, dass die Standards bei der Studiendurchführung einheitlich eingehalten werden. Es führt jedoch zu entsprechender Anpassung des Monitorings mit Streben nach größtmöglicher Konsistenz der Daten und Krankenakten.

Ein differenziertes Menschenbild, das neben dem Körper auch mit Seele und Geist rechnet⁶, kann vielleicht die Besonderheiten der medizinischen Wissenschaft, die naturwissenschaftlich sein will, erklären, die sich ja, wie oben erwähnt, stark von den technischen Lebensbereichen und auch von den eigentlich naturwissenschaftlichen Erkenntnismethoden in Physik, Chemie und Biologie unterscheiden:

Das Körperliche ist messbar, während mögliche seelische und geistige Einflüsse durch Randomisierung und Verblindung neutralisiert werden sollen.

Auch Heilmittel und Medikamente, die nicht ursprünglich experimentell naturwissenschaftlich entwickelt wurden, müssen heutzutage ihre Wirksamkeit in "guten" klinischen Studien "beweisen".

2. Untersuchungsgegenstand

Kongestionszustände sind traditionell eine wesentliche Indikation der Therapie mit LYMPHDIARAL® Basistropfen. In der Naturheilkunde werden LYMPHDIARAL® Basistropfen vor allem zur Behandlung von Erkrankungen verwendet, die mit Schwellungen und Ödemen einhergehen⁷.

Da entzündliche Ödeme am Erkrankungsgeschehen bei Schmerzen im unteren Rückenbereich beteiligt sind und LYMPHDIARAL® Basistropfen sich in der naturheilkundlichen Praxis auch in der Ableitung von Ödemen bewährt haben, war es ein vielversprechender Ansatz, ihre Wirksamkeit in der Behandlung chronischer Kreuzschmerzen zu untersuchen. Vorher lagen zum Einsatz von LYMPHDIARAL bei Kreuzschmerzen nur vereinzelte Anwendungsbeobachtungen vor. Die Studie sollte den Nutzen von LYMPHDIARAL bei chronischen Rückenschmerzen untersuchen.

Es wurde daher eine doppelblinde, randomisierte, Placebo-kontrollierte, monozentrische und GCP-konforme Studie geplant und durchgeführt. Die Zusammensetzung des Präparates ist in Abb. 1 wiedergegeben:



Abb. 1: LYMPHDIARAL® Basistropfen zum Studienzeitpunkt

Leider wurde noch während der Studienlaufzeit vom BfArM (Bundesamt für Arzneimittel, Berlin) eine Änderung der Zusammensetzung des Präparates

vorgeschrieben (Abb. 2), so dass die gewonnenen Erkenntnisse sich nicht mehr auf ein aktuell verkehrsfähiges Präparat beziehen:



Abb. 2: LYMPHDIARAL® Basistropfen SL heute

Die Unterschiede in der Zusammensetzung des Präparats sind in Tabelle 2 wiedergegeben:

Zusammensetzung zum Studienzeitpunkt	heutige Zusammensetzung (pro 10 g)
<i>Arsenicum album</i> D8 0,1 g	<i>Arsenicum album</i> D8 0,1 g
<i>Calendula</i> Ø 0,45 g	<i>Calendula</i> Ø 0,45 g
<i>Carduus marianus</i> D1 0,02 g	
<i>Chelidonium</i> D2 0,05 g	<i>Chelidonium</i> D8 0,05 g
<i>Condurango</i> D2 0,01 g	
<i>Echinacea</i> Ø 0,03 g	<i>Echinacea</i> D3 0,03 g
<i>Hydrastis</i> Ø 0,01 g	<i>Hydrastis</i> Ø 0,1 g
<i>Leptandra</i> Ø 0,03 g	
<i>Lycopodium</i> D2 0,01 g	<i>Lycopodium</i> D2 0,1 g
<i>Phytolacca</i> D2 0,02 g	<i>Phytolacca</i> D2 0,05 g
<i>Sanguinaria</i> Ø 0,01 g	<i>Sanguinaria</i> D8 0,01 g.
<i>Taraxacum</i> Ø 0,8 g	<i>Taraxacum</i> Ø 0,8 g

Tabelle 2: Änderung der Zusammensetzung von LYMPHDIARAL® Basistropfen

Es handelt sich nicht um ein "klassisches" hoch potenziertes Homöopathikum, sondern um ein sogenanntes Komplexhomöopathikum, also eine "bewährte" Mischung aus überwiegend Pflanzenextrakten in niedrigen D-Potenzen bzw. zur Hälfte sogar nicht potenzierte Urtinkturen. Es sind also durchaus materielle, d. h. phyto-therapeutische, Wirkungen zu erwarten. Die bekannten phytotherapeutischen Wirkungen der Einzelkomponenten sind:

- Förderung der Lymphangiomotorik: *Taraxacum*, *Carduus marianus*, *Chelidonium*, *Lycopodium*
- Immunstimulation: *Echinacea*, *Calendula*
- Wundheilungsförderung: *Calendula*
- Reinigung der Lymphe (Interstitium/Lymphknoten): *Phytolacca*, *Taraxacum*, *Calendula*
- Antiphlogistisch, entzündungshemmend: *Calendula*, *Lycopodium*, *Hydradrastis*, *Sanguinaria*, *Arsenicum album*, *Phytolacca*, *Condurango*

3. Studie: Ziel, Ergebnis und Verlauf

Das primäre **Zielkriterium** der Studie (Ablauf: Abb. 4) war die Veränderung der Funktionsbeeinträchtigung erhoben mittels des Funktionsfragebogens Hannover (FFbH-R) im Vergleich zwischen LYMPHDIARAL® Basistropfen und Placebo nach 15 Wochen. Auffällig ist, dass sich die PP-Analyse nur in einem Patienten von der ITT-Analyse unterscheidet und nicht alle randomisierten und auch nicht alle behandelten Patienten in der ITT-Analyse eingeschlossen sind.

Der Statistiker des mit der Auswertung betrauten unabhängigen statistischen Instituts verwies jedoch darauf, dass seine Auswertung den Regeln der ICH-E9 Guideline „Statistical Principles for Clinical Trials“ entspricht. Das **Ergebnis** ist in Abb. 3 wiedergegeben:

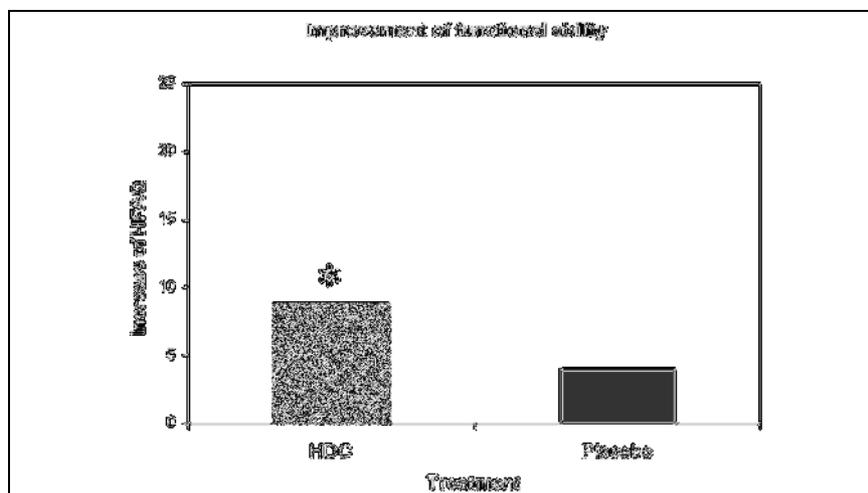


Abb. 3: Verbesserung der Funktionsfähigkeit
* signifikant, p=0,043, intention to treat analysis

Flussdiagramm des Studienablaufs

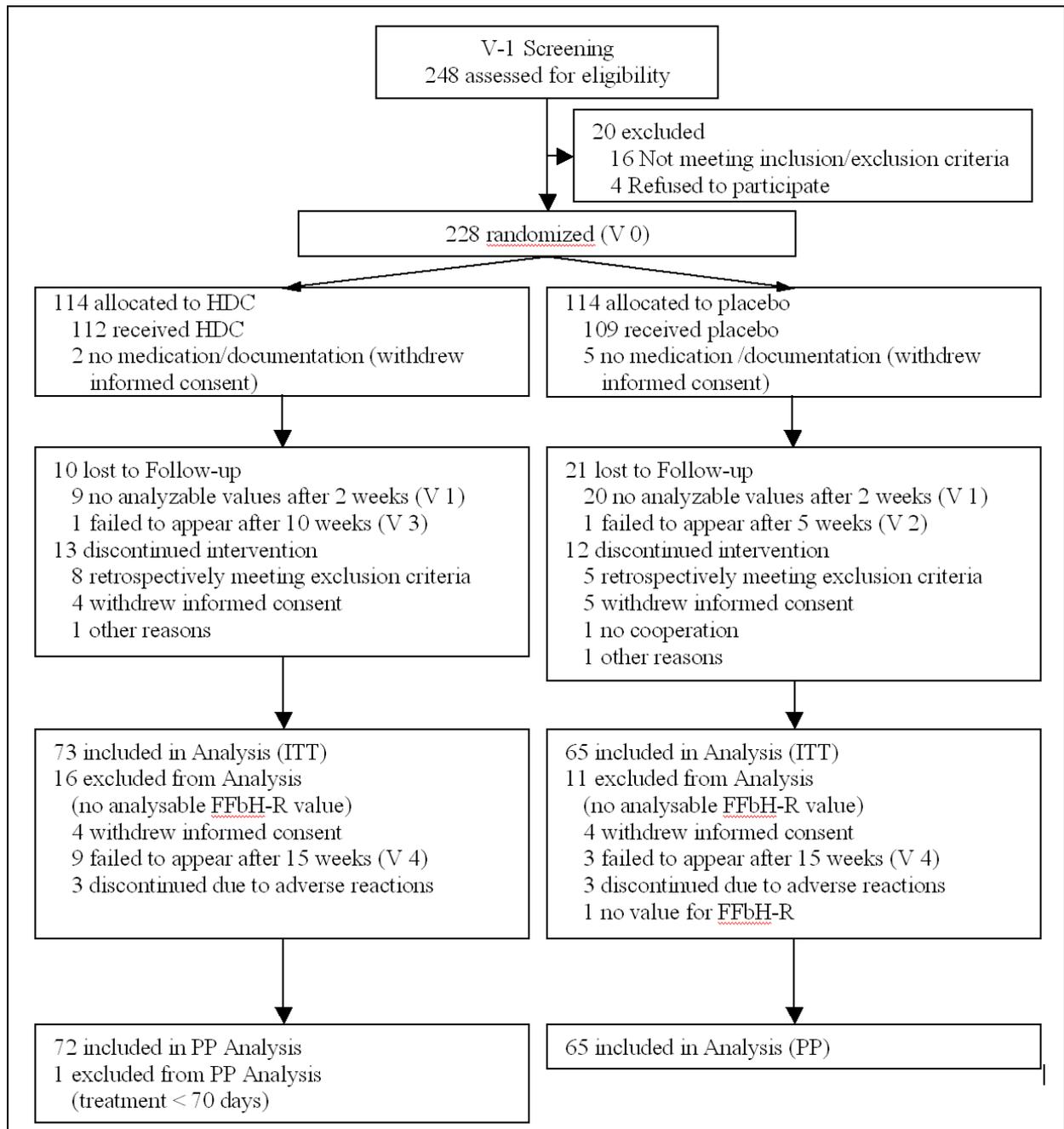


Abb. 4: Studienablauf

4. Veröffentlichung

Das Ergebnis dieser qualitativ hochwertigen Studie sollte in einer wissenschaftlich anerkannten Zeitschrift publiziert werden. JAMA (The Journal of the American Medical Association) lehnte die Veröffentlichung bereits auf Redaktionsebene ab, da das Thema nicht den redaktionellen Prioritäten entspreche: "Thank you for submitting your manuscript to JAMA. Each manuscript is thoroughly evaluated by the JAMA editorial staff, who assess the manuscript's quality and its priority for publication. Those manuscripts judged unlikely to succeed through stringent external review or whose subject matter does not meet our current editorial priorities are rejected at that point."

Alternative Therapies in Health and Medicine (ATHM) verweigerte die Publikation nach Review, da zu viele Patienten die Studie nicht bis zu Ende durchgeführt hätten, was als „suboptimale Planung und Organisation“ gewertet wurde (es war zumindest anfangs versucht worden, alle Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, auch einzuschließen, jedoch ein Teil der multimorbiden Patienten hatte dann nicht die Kraft, die aufwendige Studie abzuschließen) und weil wegen der zahlreichen Begleiterkrankungen der Patienten die Studie kein Beispiel für tatsächliche klinische Versorgung sei:

"In addition the many concomitant diseases also meant there were a great deal of cointerventions and many of the patients were in-patients and chronic low back pain is clearly not typically treated in such a setting. It is hard to call this a 'real world' example of medical care." Außerdem wurde bemängelt, die Zusammensetzung des homöopathischen Komplexpräparates sei nicht rational ("Other points we considered included ... the lack of a rationale for the composition of the homeopathic combination."). Statt dessen wurde eine Publikation als Beispiel für eine mißlungene Studie angeboten ("The only way we feel we could be published this manuscript would be if it were rewritten as an example of things that can go wrong when circumstances in a clinical trial are difficult.").

ECAM (Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine) verlangte zunächst eine Überarbeitung (19.1.2010; „further revision required“): „vollständige Literaturrecherche einschließlich ECAM“, sprachlich und grammatikalisch korrektes Englisch (stammte von Übersetzungsbüro!), Überprüfung, ob Ergebnisse nicht besser durch „hypothetische Graphiken“ ausgedrückt werden können, Erklärung von und statistischer Umgang mit „erheblicher“ Drop-out-Zahl, Stellungnahme zu den Zusatztherapien einiger Patienten – könne das das Ergebnis erklären? (in Wirklichkeit alle – stationäre Komplextherapie), Fallzahlschätzung: Begründung der „relevanten“ Effect size von 11 %, Einschluss aller randomisierter Patienten in ITT (entgegen der zu Studienbeginn festgelegten Vorgehensweise, dass fehlende Werte nicht geschätzt werden sollten) sowie zahlreiche Formulierungs- und Tabellenänderungen und Überarbeitung der Detaildarstellung.

Dann war der Editor nach Einsendung der überarbeiteten Version für nahezu ein Jahr nicht erreichbar, was am Besitzerwechsel der Zeitschrift von Oxford Journals zu Hindawi Publishing Corporation lag.

Danach wurde eine erneute intensive Überarbeitung verlangt (7.2.2011; „major revision required“): Sprachliche Verbesserung (stammte von Übersetzungsbüro!), Einschränkung der Schlussfolgerung Wirksamkeit trotz „bestenfalls marginaler positiver Effekte“, Umbenennung in „Wirkungsstudie“ statt „Wirksamkeitsstudie“, Umschreiben der Einleitung, 19 Formulierungsänderungen plus weitere von einem zweiten Reviewer, zahlreiche Ergänzungen zur Auswertung und Angabe von Konfidenzintervallen.

Nach Einreichung des überarbeiteten Manuskripts wurden weitere Änderungen von ECAM verlangt (26.5.2011; „minor revision required“): Weitere sprachliche Verbesserungen (stammte vom Übersetzungsbüro!), Übersetzung der Titel vom englisch-sprachiger Literaturquellen ins Englische und Forderung, dass das Ergebnis, obwohl signifikant, als klinisch nicht relevant zu bezeichnen sei: "A more accurate statement of your main finding is that you detected a statistical significant difference between the groups, however this effect was small and as the 95 % CIs of the effect did not include the a priori level for clinical importance, you can be sure that it is not clinically important. After you have stated this, you can then speculate as to why you did not find larger effects, such as inadequacies of the experimental design, etc. You will need to be very clear that this is just speculation. In this discussion you must also give due consideration to the main finding of your

study that Lymphdiaral does not provide clinically important effects for patients with low back pain."

Nachdem der Sponsor mit der Behauptung, der nachgewiesene signifikante Unterschied sei klinisch nicht relevant, nicht einverstanden war, wurde die Publikation von ECAM dann abgelehnt (27.7.2011):

"I would like to add that I believe strongly that this manuscript should be published but not in its current form. The impression that the reader gets is that you are going beyond the data in your conclusions. The tone of the discussion section is almost completely concerned with reasons why these drops did not live up to your a priori expectations of efficacy, becoming increasingly implausible. You fail to accept your main finding which is that the drops do not provide any meaningful benefit to patients with low back pain. If you were to re-write this section of the discussion, taking these points into consideration, I would happily re-review this article."

Das Manuskript wurde nun zurück ins Deutsche übersetzt und bei der Münchner Medizinischen Wochenschrift (MMW) eingereicht. Auch hier kam es zu Änderungswünschen (7.11.2011): Umarbeitung der ITT-Auswertung mit Patienten mit Daten zum Zeitpunkt V1=Behandlungsende (103 und 89) und Ersetzen der fehlenden Werte (LOCF), wobei die Zeitschrift erwartete, dass der Unterschied zwischen Verum und Placebo größer würde, obwohl auch die Placebogruppe einen Rückgang ihrer Schmerzen zu verzeichnen hatte, eine zusätzliche Abbildung und Korrektur kleiner Schreibfehler.

Hierzu nahm unser Statistiker folgendermaßen Stellung: "Noch ein Wort zur Stellungnahme des Reviewers zu Ihrer Anfrage (die ich leider nicht kenne). Die Behauptung bzgl. der ‚eindeutigen‘ Definition der ITT-Analyse ist unwahr. Die Cochrane Collaboration ist zwar eine Referenz für Übersichtsarbeiten und Metaanalysen, in der Klifo ist die ICH-E9 Guideline „Statistical Principles for Clinical Trials“ ausschlaggebend. Dort findet man in Abschnitt 5.2.1 (‚Full Analysis Set‘) eine Beschreibung des ITT-Prinzips, das im strengen Sinn beinhaltet, dass alle randomisierten Patienten ausgewertet werden unabhängig davon, dass sie die richtige bzw. überhaupt eine Prüfmedikation bekommen haben. Gleichzeitig eröffnet die Guideline aber eine begrenzte Zahl von Möglichkeiten, wie man dieses Prinzip erlaubterweise modifizieren kann. Dazu gehört die Forderung, dass die Patienten zumindest einmal mit der Prüfmedikation behandelt werden müssen. Diese Möglichkeit wird von den meisten Statistikern wahrgenommen, denn bei dieser Vorgehensweise erhält man für das Prüfpräparat tendenziell positivere Ergebnisse, als wenn man Patienten mit in die Auswertung nimmt, die gar keine Medikation bekommen haben. So sind wir auch hier vorgegangen."

Letztlich wurde die Arbeit dann mit der modifizierten ITT-Auswertung, die entgegen der ursprünglichen Festlegung fehlende Werte doch schätzte (LOCF) und dann kein signifikantes Ergebnis mehr lieferte, in der MMW publiziert. Immerhin durfte darauf hingewiesen werden, dass die zu Studienbeginn geplante ITT-Auswertung ein signifikantes Ergebnis ergeben hätte.

Der zeitliche Ablauf der Studie mit ihrer Publikation ist noch einmal in Tabelle 3 zusammengefasst:

Datum	Aktion
01.05.2003	Planungsbeginn
01.12.2003	Studienbeginn
05.05.2007	Studienende (Nachbefragung)
19.05.2008	Blind Review
27.05.2008	Blind Review
03.12.2008	Biometrischer Abschlussbericht beim Sponsor
28.05.2009	Bericht erhalten
26.05.2009	Anfrage - Abstract an JAMA
16.07.2009	1. Einreichung bei JAMA
21.07.2009	1. Ablehnung JAMA
14.09.2009	2. Einreichung bei JAMA
18.09.2009	2. Ablehnung JAMA
28.09.2009	Einreichung bei Alternative Therapies in Health and Medicine
15.10.2009	"Akzeptiert für Peer Review"
11.11.2009	Ablehnung durch ATHM
26.11.2009	1. Einreichung ECAM
19.01.2010	ECAM: "further revision required"
16.02.2010	2. Einreichung ECAM
26.11.2010	2. Einreichung ECAM wiederholt
07.02.2011	ECAM: "Major Revision Required"
25.03.2011	3. Einreichung ECAM
26.05.2011	ECAM: "Minor Revision Required"
09.06.2011	4. Einreichung ECAM
27.07.2011	Ablehnung durch ECAM
30.08.2011	Rückübersetzung ins Deutsche
02.09.2011	1. Einreichung MMW
27.09.2011	2. Einreichung MMW deutsch
07.11.2011	MMW: ITT-Korrektur nötig
29.03.2012	3. Einreichung MMW: ITT mit allen Patienten mit Werten bei V1
17.05.2012	MMW: Publikation akzeptiert

Tabelle 3: Zeitlicher Studienablauf bis zur Publikation

5. Diskussion

Während in der konventionellen Wissenschaft erfahrungsgemäß die Publikation auch sauber durchgeführter Studien ohne signifikantes Ergebnis oft schwierig ist, wie man unschwer auch der Diskussion um den sogenannten Publication Bias^{8,9} entnehmen kann, scheint hier das Zusammentreffen eines signifikanten Ergebnisses mit der Klassifikation des Medikamentes als "homöopathisch" die Publikation massiv zu erschweren. Dabei scheint es keine wesentliche Rolle zu spielen, dass es sich um ein "Komplexhomöopathikum" mit nur niedrigen Verdünnungen, bei 50 % der Bestandteile sogar um Urtinkturen, also direkte unverdünnte Pflanzenextrakte, handelt.

Dieses Paradox wird verständlich, wenn man sich die öffentliche Diskussion um die Homöopathie vergegenwärtigt, die leider nicht von wissenschaftlichen Sachfragen, sondern von emotionalen Grundeinstellungen und endgültigen Urteilen geprägt wird, die selbst wissenschaftlich nicht mehr "falsifizierbar" sind, also auch keine "wissenschaftlichen" Aussagen mehr darstellen:

Nicole Heißmann (Stern-Redakteurin) und Christian Weymayr (freier Wissenschaftsjournalist) sagen laut Buchbesprechung im Stern¹⁰ in ihrem Buch „Die Homöopathie-Lüge“: „Schlimmstenfalls ... verhindern die weißen Kügelchen nicht nur sinnvolle Therapien“,

sondern "untergraben ein Denken, das auf rationalen Kriterien beruht – wer Homöopathie für möglich hält, muss alles für möglich halten."¹¹

Jürgen Windeler, der Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Iqwig) und somit ein scheinbar staatlich legitimierter Wissenschaftsvertreter, sagt laut stern.de: "Die Forschung der letzten Jahrzehnte hat keinen Anhaltspunkt für die Richtigkeit des Konzeptes erbracht", das Thema sei abgeschlossen, weitere Studien zur Homöopathie seien unnötig¹⁰ ("Dazu muss man auch gar nicht mehr weiterforschen, die Sache ist erledigt", sagte der künftige oberste Medizinprüfer im Land¹²).

Edzard Ernst leitete bis 2011 die Abteilung für Komplementärmedizin an der britischen Universität Exeter. Laut Stern beschäftigt er sich seit langem mit der Wirksamkeit alternativer Heilmethoden und hat viele Verfahren getestet. Sein Urteil sei: Die Konzepte der Homöopathie sind nicht plausibel. Es existieren rund 200 klinische Studien, die insgesamt die Wirksamkeit des Verfahrens nicht belegen.¹³

Bereiche der sogenannten „konventionellen medizinischen Wissenschaft“ sind offenbar nicht bereit, Themen, die in irgendeiner Form mit dem Begriff „Homöopathie“ zusammenhängen, auf der Sachebene zu betrachten und zu bewerten.

Daher ist es, wie unser Beispiel zeigt, sehr schwierig, selbst hochwertige Studien in diesem Bereich in hochrangigen Zeitschriften zu publizieren, wobei das signifikante Studienergebnis paradoxerweise ein besonderes Publikationshindernis war.

Die Publikation gelang schließlich auch nur mit einer gewissen Verzerrung, d. h. Relativierung, des Ergebnisses. Die dabei gemachten Erfahrungen legen nahe, dass der sogenannte Publication Bias auf dem Gebiet der Homöopathie ein paradoxes umgekehrtes Vorzeichen hat, also im Gegensatz zur sonstigen Wissenschaft Studien ohne Wirkungs- oder Wirksamkeitsnachweis auf dem homöopathischem Gebiet leichter zu publizieren sind und somit in hochrangigen Zeitschriften überproportional häufiger als Studien mit statistisch signifikanten Ergebnissen vertreten sein dürften.

Literaturverzeichnis

- ¹ Sackett DL: Rules of evidence and clinical recommendations on use of antithrombotic agents. Chest 1986; 89 (2 suppl.):2S-3S.
- ² Evidenzklassen. <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/images/evidenzklassen.jpg/view>, zuletzt aufgerufen 3.11.2015.
- ³ Grossarth-Maticsek R.: Selbstregulation, Autonomie und Gesundheit: Krankheitsrisiken und soziale Gesundheitsressourcen im sozio-psycho-bio-logischen System. Vorworte von Helm Stierlin und Peter Schmidt; Berlin: de Gruyter: 2002, ISBN 978-3110174953.
- ⁴ Stierlin H, Grossarth-Maticsek R: Krebsrisiken – Überlebenschancen: Wie Körper, Seele und soziale Umwelt zusammenwirken. 2., überarb. und korr. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verl.: 2000.
- ⁵ Kienle GS: Der sogenannte Placeboeffekt – Illusion, Fakten, Realität. Stuttgart: Schattauer: 1995.
- ⁶ siehe: Leitbild der St. Elisabeth-Stiftung Bochum (Universitätsklinikum): Unser Leitbild, S.11.
- ⁷ Kämmerer KU: Wirkprinzipien der Naturheilkunde. München: Elsevier, Urban & Fischer: 2008.
- ⁸ Publikationsbias. <https://de.wikipedia.org/wiki/Publikationsbias>, zuletzt aufgerufen 3.11.2015.
- ⁹ Rothstein HR, Sutton AJ, Borenstein M: Publication Bias in Meta-analysis: Prevention, Assessment and Adjustments. Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd.: 2005, ISBN: 978-0-470-87014-3.
- ¹⁰ Wolz L: Gegen die Globalisierung. Spiegel online: 19.10.2012, <http://www.stern.de/gesundheit/neues-sachbuch-zur-homoeopathie-gegen-die-globalisierung-3867936.html>, zuletzt aufgerufen 3.11.2015.
- ¹¹ Heißmann N, Weymayr C: Die Homöopathie-Lüge: So gefährlich ist die Lehre von den weißen Kügelchen. München: Piper: 2012.
- ¹² mbe/AP: Homöopathie in der Kritik: Tausendmal gerührt. Spiegel online: 12.07.2010, <http://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/homoeopathie-in-der-kritik-tausendmal-geruehrt-a-705969.html>, zuletzt aufgerufen 3.11.2015.
- ¹³ Braun R: Gleiches mit Gleichem vergelten. Stern. <http://www.stern.de/gesundheit/kinderkrankheiten/alternativ-e-therapien/homoeopathie-gleiches-mit-gleichem-vergelten-636022.html>, zuletzt aufgerufen 3.11.2015.

Zur Person

Dr. med. K. Rüdiger Wiebelitz



Dr. med. K. Rüdiger Wiebelitz, geb. 1960, verheiratet und Vater von 4 Kindern, ist Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin mit den Schwerpunktbezeichnungen Neonatologie und Hämatologie/Onkologie sowie den Zusatzbezeichnungen Sportmedizin, Naturheilverfahren und ärztliches Qualitätsmanagement. Er besitzt das EEG-Zertifikat der DGKN.

- 1979–1987 Studium der Medizin an den Universitäten Köln und Leeds (UK) sowie am Kasturba Medical College (Indien)
- 1991 Promotion zum Dr. med. am Pharmakologischen Institut der Universität Köln über Prostaglandin- und Thromboxansynthese durch menschliche Nabelschnurgefäße
- 1987–1991 Assistenzarzt in der Anästhesie am Krankenhaus Köln-Merheim und in der Chirurgie am St. Antonius Krankenhaus in Köln
- 1991–1994 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Tübingen in den Abteilungen für Neonatologie, Hämatologie/Onkologie und Kinderradiologie
- 1995–1996 Assistenzarzt in der Kinderklinik im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
- 1996–1998 Oberarzt in der Kinderklinik/pädiatrischen Onkologie am KKH Gummersbach
- 1998–1999 Leiter des Fachbereichs Kinder- und Jugendheilkunde am Krankenhaus Düren
- 1999 Leitender Abteilungsarzt für Kinder- und Jugendonkologie an der Fachklinik Benediktusquelle in Ortenberg/Hessen
- 2000–2002 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Medizintheorie der Universität Witten/Herdecke mit dem Schwerpunkt der Evaluierung komplementär-medizinischer Verfahren und der Erstellung eines Datenbanksystems zur Komplementärmedizin mit Aufbau eines Internet-gestützten Informationssystems für Ärzte und Patienten
- 2003–2012 Facharzt und Funktionsoberarzt in der Klinik für Naturheilkunde der Klinik Blankenstein, Hattingen
- seit Oktober 2012 Leitung der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Kreiskrankenhaus Prignitz in Perleberg

Kontakt

Mail: r.wiebelitz@krankenhaus-prignitz.de
Web: www.krankenhaus-prignitz.de

Micha Bitschnau (Wien, A)

Rezidivierende vulvovaginale Infekte in der homöopathischen Praxis

Abstract

Rezidivierende vulvovaginale Infekte betreffen nahezu jede Frau ein oder mehrmals im Leben. Chronifizieren sie, so steigt der Leidensdruck der Patientinnen enorm.

Die mikrobiologischen Diagnosen reichen von Candida albicans bis zu Gardnerella, Chlamydien und Gonorrhoe.

Konventionell medizinische Therapien verlieren erfahrungsgemäß bei Rezidiven rasch an Wirksamkeit. Wie diese Infekte erfolgreich homöopathisch mit phytotherapeutischer Unterstützung behandelt werden können, wurde praxisnah gezeigt.

Die folgenden Abbildungen stellen eine Auswahl der Vortragspräsentation dar.

HOMÖOPATHIE & FRAUENHEILKUNDE

Häufigste Diagnosen vulvovaginaler Beschwerden

Nyirjesy P et al: Causes of chronic vaginitis - analysis of a prospective database of affected women. Obstet Gynecol 2006;108:1185-1191

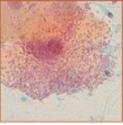
- Kontaktdermatitis (21%)
- rezidivierende vulvovaginale Candidiasis (20,5%)
- atrophische Vaginitis (14,5%)
- vulvüres Vestibulitis- Syndrom (12,5%)

18% zwei oder mehr Diagnosen

HOMÖOPATHIE & FRAUENHEILKUNDE

Bakterielle Vaginose

Aminkolpitis, Gardnerella Infektion
Verlust von H₂O₂ bildenden Laktobazillen in Vagina oder Verdrängung durch Anaerobier



- Häufigste Ursache für Fluor und Vaginalschmerzen
- 50% symptomlos!!!
- Multiple Sexpartner
- Keine Partnerbehandlung
- DG: Clue cells, Whiff Test pos (Kalilauge)

Therapie: Clindamycin od Metronidazol
Vorsicht: Frühgeburtsrisiko bis zu 4 mal höher!!!

HOMÖOPATHIE & FRAUENHEILKUNDE

Symptome vulvovaginaler Erkrankungen

- keine
- intensiver Juckreiz
- Brennen
- Rötung der Scheide
- Beschwerden beim Geschlechtsverkehr
- Fluor vaginalis: geruchsfreier und/oder bröckeliger, cremiger o. dünnflüssiger, blander oder ätzender Fluor
- Tumoröse, ekzematöse Hautläsionen

HOMÖOPATHIE & FRAUENHEILKUNDE

Soorkolpitis/-vulvitis

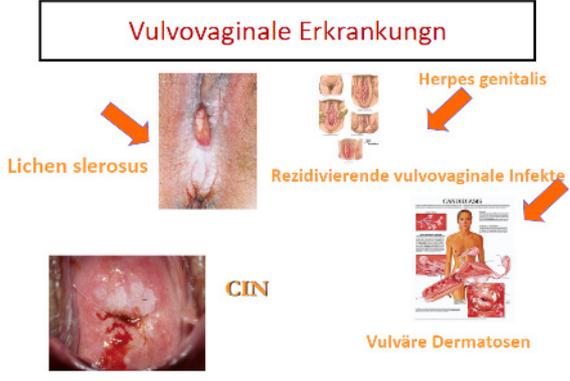
nach AB, DM, jede Immunschwäche, Kontrazeptiva, Gravidität, Intimsprays, Nylonunterwäsche
Bis 75% aller Frauen
Bis 50% häufiger als einmal
5% RVVC



- 90% Candida albicans
- 10-20% aller Frauen symptomlos
- Pruritus, Erythem, topfliger Fluor, Dysurie, Dyspareunie

Therapie: Fluconazol singleshot, Itrakonazol 1 Tages Therapie
Vorsicht: Frühgeburtsrisiko bis zu 4 mal höher!!!
Keine Partnerbehandlung

Vulvovaginale Erkrankungen



Lichen sclerosus

Herpes genitalis

Rezidivierende vulvovaginale Infekte

CIN

Vulväre Dermatosen

HOMÖOPATHIE & FRAUENHEILKUNDE

Chlamydien

Korreliert mit sexueller Aktivität, Partneranzahl, Homosexualität
Bis 30% der 17-19 jährigen nimmt dann ab.



- Gelblich, eitriges, dickes Zervikalsekret. mukopurulent, entzündliches Erythem der Portio, Erdbeerfarbene Portio, endozervikale Blutungen
- Aszension!!! PID (pelvic inflammatory disease), Urethrit Endometritis, Salpingitis, Tubaria, Sterilität
- Bis 60% symptomlos

Therapie: Doxycyclin po 14 Tage, in SS: Josamycin
Vorsicht: Frühgeburtsrisiko sehr hoch. Endometritisgefahr
Partnerbehandlung unbedingt!! Hohe Ansteckung

HOMÖOPATHIE & FRAUENHEILKUNDE

Auslöser

Endogene Faktoren

- hormonelle Schwankungen
- (Wechseljahre, Schwangerschaft, Stillzeit oder Periode)
- Krankheiten, die das Immunsystem schwächen
- Diabetes mellitus

Exogene Faktoren

- Antibiotika, Immunsuppressiva, Pille (?)
- falsche Intimbhygiene – Störung der Vaginalflora
- hormonelle Verhütungsmittel
- übermäßig gechlortes Wasser – pH-Wert-Verschiebungen im Scheidenmilieu
- Infektion durch den Partner (alkalische Spermienflüssigkeit, Keime)
- Operationen, Tumore oder Bestrahlung
- Stress, Nervosität und psychische Probleme
- kariöse Zähne
- einseitige Ernährung (Übermaß an raffiniertem Zucker und/oder Weißmehl)
- übermäßiger Alkoholkonsum und Rauchen
- enge Kleidung aus synthetischen Materialien

HOMÖOPATHIE & FRAUENHEILKUNDE

Homöopathische Vorgangsweise

Die medizinische Diagnose:
steht nicht im Vordergrund der Therapie
Zur Verlaufskontrolle aber **UNERLÄSSLICH**

Sondieren:

- Subjektive Art der Beschwerden
- Genaue Symptomenhebung
- Zeitpunkt der Erstmanifestation
- Auslösende Faktoren
- Verbesserungen, Verschlimmerungen

HOMÖOPATHIE & FRAUENHEILKUNDE

Akuter vaginaler Infekt

Akute Krankheitsbilder
Eindeutige Symptome

- CIN
- Rezidivierende vulvovaginale Infekte
- Lichen sclerosus
- Vulväre Dermatosen

Chronische Krankheitsbilder
Homöopathische Anamnese
(mind 90 Min !)

Phytotherapeutisch besser als Homöopathie

Versuch Wert

Konstitutionelle Verschreibung

Zeitaufwändig, gute langfristige Ergebnisse

The screenshot shows a medical software interface with a patient's medical history on the left and a grid of symptoms on the right. The grid has columns for various symptoms and rows for different time points or treatments. The interface includes a menu bar, a toolbar, and a status bar at the bottom.

Zur Person

Dr. med. Mag. phil. Micha Bitschnau MFHom

Fachärztin für Geburtshilfe und Gynäkologie, Member of the Faculty of Homeopathy (UK)



Ausbildung Homöopathie

- Absolvierung der Ärztefortbildung für Klassische Homöopathie in Augsburg (D)
- Intensivausbildung für Homöopathie und Komplementärmedizin am „Royal London Homeopathic Hospital“ (UK), Member of the Faculty of Homeopathy (UK)
- Homöopathische Materia-Medica- und Supervisionsseminare, Ausbildung bei Dr. Peter König, Dr. Dario Spinedi, Henny Heudens-Mast, Dr. Massimo Mangialavori u. v. m.

Gynäkologische und geburtshilfliche Ausbildung

- Frauenklinik der Universität Wien (A)
- Krankenhaus Hietzing, Wien (A)
- Clinical Rotation an den Abteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe am Columbia University Hospital in New York (USA)

Berufliche Tätigkeiten

- Leitung der Spezialambulanz „Homöopathie für schwangere Frauen“, Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie, Frauenklinik der Universität Wien (A)
- Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe an der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung im Krankenhaus Hietzing, Wien (A)
- seit 2009 Oberärztin für Geburtshilfe und Gynäkologie an der Privatklinik Döbling Wien (A)

Lehrstätigkeit

- Universitätslektorin an der Medizinischen Universität Wien u. a. für die Wahlfachausbildung „Homöopathie“
- Leiterin des Ausbildungszentrums für Homöopathie in der Frauenheilkunde an der Privatklinik Döbling (A)
- Internationale Vortragstätigkeit auf gynäkologischen und homöopathischen Kongressen

Publikation

Autorin und Mitherausgeberin des Fachbuches „Homöopathie in der Frauenheilkunde“ (Urban & Fischer, Elsevier; 2006)

Kontakt

Mail: micha.bitschnau@homoeopathin.at
Web: www.homoeopathin.at

Doris Diekhans (Berlin, D)

Die Relevanz der PSA-Erhöhung in der homöopathischen Therapie der Prostatahyperplasie

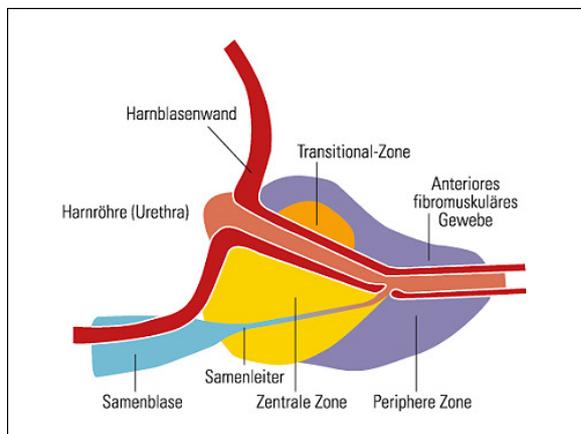
Abstract

Meist kommen die Patienten mit der Symptomatik einer Prostatavergrößerung zu einer homöopathischen Behandlung. Die PSA ist ein Teil der Diagnostik, die auch einer homöopathischen Behandlung vorangestellt sein sollte. Erhöhungen der PSA gibt es sowohl bei der gutartigen Prostatavergrößerung als auch bei einem Prostatakarzinom.

Anhand von Fallbeispielen wurde der Verlauf der PSA bei der rein homöopathischen Behandlung von 2 Prostatakarzinompatienten und von einem Patienten mit einer Prostatahyperplasie dargestellt und die daraus entstehenden medizinischen und rechtlichen Problematiken diskutiert, insbesondere im Hinblick auf nichtinvasive diagnostische Möglichkeiten.

Die folgenden Abbildungen stellen eine Auswahl der Vortragspräsentation dar.

FOLIE Der Ort des Geschehens, in dem auch die PSA gebildet wird, die Prostata. Die gutartige Prostatavergrößerung bildet sich in der Transitionalzone, das Prostatakarzinom in der peripheren Zone (nur dieser Teil der Prostata ist vom Darm her zu tasten).



Risiken des Mannes

Ca. 40% der männlichen Bevölkerung in den westlichen Industrieländern haben ein Risiko, im Laufe ihres Lebens ein Prostatakarzinom zu entwickeln, aber nur etwa 10% werden symptomatisch und nur 3% versterben daran.

Doris Diekhans

21.11.2014

FOLIE Der „International Prostate Symptom Score (IPSS)“: Dies ist ein Fragebogen, mit dem der Schweregrad der Symptomatik abgeschätzt werden kann. Ab einem Punktwert von größer 7 wird von einer relevanten Symptomatik ausgegangen. Dieser Fragebogen kann gut zur Verlaufsdokumentation und zur Evaluation des Behandlungserfolges genommen werden.

Restharngefühl:

Im letzten Monat: wie oft hatten Sie das Gefühl, dass die Blase nach dem Wasserlassen nicht ganz leer war (0–5 Punkte): nie=0, selten=1 (unter 20%), gelegentlich=2, häufig=3 (50%), oft=4, immer=5 Punkte.

Pollakisurie:

Im letzten Monat: wie oft mussten Sie nach weniger als zwei Stunden schon wieder Wasserlassen (0–5 Punkte, Einteilung siehe Restharngefühl).

Unterbrochener Harnstrahl:

Im letzten Monat: wie oft ist es beim Wasserlassen passiert, dass der Harnstrahl mehrmals aufhört und wieder neu beginnt **Drangsymptomatik:**

Im letzten Monat: wie oft hatten Sie starken Harndrang, sodass Sie das Wasserlassen nicht aufschieben konnten

Harnstrahlstärke:

Im letzten Monat: wie oft hatten Sie einen schwachen Harnstrahl (0–5 Punkte, Einteilung siehe Restharngefühl).

Pressen bei der Miktion:

Im letzten Monat: wie oft mussten Sie pressen, damit das Wasserlassen beginnt?

Nykturie (0–5 Punkte):

Im letzten Monat: wie oft mussten Sie in der Nacht aufstehen, um Wasser zu lassen

Lebensqualität (0–6 Punkte):

Wie würden Sie sich fühlen, wenn sich Ihre Symptome beim Wasserlassen zukünftig nicht mehr ändern würden?

Doris Diekhans

21.11.2014

Restharngefühl:

Im letzten Monat: wie oft hatten Sie das Gefühl, dass die Blase nach dem Wasserlassen nicht ganz leer war (0–5 Punkte): nie=0, selten=1 (unter 20%), gelegentlich=2, häufig=3 (50%), oft=4, immer=5 Punkte.

Pollakisurie:

Im letzten Monat: wie oft mussten Sie nach weniger als zwei Stunden schon wieder Wasserlassen (0–5 Punkte, Einteilung siehe Restharngefühl).

Unterbrochener Harnstrahl:

Im letzten Monat: wie oft ist es beim Wasserlassen passiert, dass der Harnstrahl mehrmals aufhört und wieder neu beginnt **Drangsymptomatik:**

Im letzten Monat: wie oft hatten Sie starken Harndrang, sodass Sie das Wasserlassen nicht aufschieben konnten

Harnstrahlstärke:

Im letzten Monat: wie oft hatten Sie einen schwachen Harnstrahl (0–5 Punkte, Einteilung siehe Restharngefühl).

Pressen bei der Miktion:

Im letzten Monat: wie oft mussten Sie pressen, damit das Wasserlassen beginnt?

Nykturie (0–5 Punkte):

Im letzten Monat: wie oft mussten Sie in der Nacht aufstehen, um Wasser zu lassen

Lebensqualität (0–6 Punkte):

Wie würden Sie sich fühlen, wenn sich Ihre Symptome beim Wasserlassen zukünftig nicht mehr ändern würden?

Doris Diekhans

21.11.2014

Wie sich die Normalwerte für PSA mit dem Alter verändern

Alter (Jahre)	PSA (ng/ml)
50–59	Vor Folie 12: unter 3.0
60–69	unter 4.0
Über 70	unter 5.0

*Erhöhung der PSA bei großen Prostatae um 0,3 ng/ml/g

* Erhöhung bei Druck auf die Prostata

* Erhöhung bei Prostataentzündung, Harnwegsinfekten, Steinabgängen

Doris Diekhans

21.11.2014

Fallbeschreibungen

Fall 1:

65J, Symptome keine, urol. Vorstellung wegen einer Vorsorgeuntersuchung, in Behandlung seit 1998,
 Status o.B, DRU: mandarinengr. Prostata , Vol. 54 ml, sonogr. RH bis 100 ml.
 2 Prostatastanzen (2006, 2013):
 Histologie: Kein Anhalt f. Malignität, fibromuskuläres Gewebe mit lymphozytären Infiltraten.
 PSA-Verlauf: Anstieg seit 2006 mit Werten bis zu 20 ng/ml. Zunächst schulmedizinische Behandlung mit α -Blocker und 5 α -Reduktasehemmer, hierunter Halbierung der PSA. RH ca. 80 ml.
 Seit 2012 homöopathische Behandlung, PSA schwankend, siehe Tabelle 1
 Arzneien: Nat. mur.,
 Symptome: Patientenbezogen urol. keine, organbezogen: Restharnbildung
 Krankheitsverlauf: Befund: Restharn 0-50 ml, PSA-Verlauf s. Tabelle.

Doris Diekhans

21.11.2014

Fall 2:

67J., urol. Vorstellung wegen Beschwerden.
 Symptome: Pollakisurie, erschwerte MiktioN Nykt. 3x, doppelte MiktioN, Schwäche.
 Status: Adipositas, Fettschürze Hydrozele rechts.
 DRU: grünwalnussgr. Prostata , lat. re. leichte Verhärtung.
 PSA-Verlauf:
 01/12: 2,3;
 01/13: 6,5,
 04/13: 6,0;
 06/13: 4,4;
 01/14: 3,4
 PPE 04/13: kein Anh. für Malignität, floride Entzündung.
 Volumen sonogr.: gleichbleibend bei 30 ml.
 Arzneien (ab 04/2013):
 Conium maculatum, Staphysagria
 Behandlungsergebnis: Darunter Verbesserung der MF 5/1x, keine doppelte MiktioN mehr.

Doris Diekhans

21.11.2014

Fall 3:

57J, Symptome: keine, urol. Vorstellung erfolgte wegen Kinderwunsch, dabei durchgeführte Vorsorgeuntersuchung ergab eine erhöhte PSA
 Urol. Status unauffällig, DRU: unauffällig
 Histologie: PCA (ED 2012), Gleason 7 (5/10),
 PCA3-Test: neg.!!!! cave!
 PSA-Verlauf:
 09/2012: 9,8
 02/2013: 8,47
 07/2013: 9,32
 10/2013: 6,14
 04/2014: 7,01
 08/2014: 6,76;
 Arzneien:
 Carb veg., Thuja, jetzt Thuja und Conium in Hochpotenzen

Doris Diekhans

21.11.2014

Fall 4:

64J,
 Syptome: Nach Kaltwerden Nykturie, Pollakisurie, dann Schüttelfrost, vorbehandelt von der HÄ mit einem AB. Vorstellung mit einer PSA von 46.2.
 Kommt aktuell mit weiterbestehendem Druckgef. ,verz. MiktioN
 PSA-Verlauf:
 05/2014: 4,8
 02.10.2014: 46,2
 17.10.2014: 11,06
 Arzneien: Staphysagria, Dulcamara
 Behandlungsergebnis: 24.10.2014 symptomfrei

Doris Diekhans

21.11.2014

Zusammenfassung

Resümee:

Der PSA-Wert allein ist kein Indiz/Diagnostikum für einen Therapieerfolg/- mißerfolg, weder bei der BPH, noch bei dem PCa.

Ein erhöhter PSA-Wert ist nicht einem Krebs gleichzusetzen, diese Diagnose benötigt eine histologischen Sicherung.

Es gibt Prostatakrebsarten , die sich auch ohne jegliche Behandlung still verhalten, und wo trotzdem der PSA-Wert schwankt.

Entscheidend, um einen Progress eines PCAs zu erkennen, ist die Velocity/PSA- Verdopplungszeit.

Ein Therapieerfolg zeigt sich in der Besserung der Symptomatik, die PSA ist nur als zusätzliches Indikator zu werten.

Doris Diekhans

21.11.2014

Zur Person

Doris Diekhans



- geb. 1957, verw., 1 Sohn
- 1979–1986 Studium der Humanmedizin an der FU Berlin
- 1986 Studienabschluss an der FU-Berlin
- 1986–1991 urologische Facharztausbildung am Krankenhaus Moabit und an der Mayoclinic Rochester, USA

- 1991 Fachärztin für Urologie
- 1991–2009 Gemeinschaftspraxis für Urologie, Psychotherapie und Homöopathie mit D. Rohm und Dr. F. Wolkers (Berlin, ab 2007)
- 2009–2011 Ärztliche Referentin bei der DRV-Bund mit bundesweiter Betreuung von MedizinerN, die für die DRV-Bund im Rentenvorverfahren begutachten
- 2011–2013 Geschäftsführerin beim ISBF Berlin (Sozialmedizinische Begutachtung und Fortbildung)
- seit Januar 2014 Tätigkeit in der Praxis Dr. F. Wolkers und G. Blöadow (Berlin)

Weitere Aktivitäten

- seit 2007 Leiterin von diversen Qualitätszirkeln in unterschiedlichen Fachgebieten
- seit 2011 Dozentin an der Sozialakademie der DRV-Bund.
- unter anderem Mitarbeit an einem homöopathischen Fachbuch und an dem Lehrbuch der DRV-Bund ebenso wie auf Tagungen in unterschiedlichen Fachgebieten

Zusatzbezeichnungen

- 2001 Klassische Homöopathie
- 2003 Ärztliche Psychotherapeutin (VT, Einzel- und Gruppentherapie)
- 2007 Andrologie
- 2011 Sozialmedizin

Kontakt

Mail: doris.diekhans@t-online.de

*PD Dr. Stephan Baumgartner
(Universität Witten/Herdecke, D / Universität Bern, CH)*

Wassercluster, Nanopartikel, Nanoblasen, Lebenskräftestrukturen oder nicht-lokale Verschränkungen? Homöopathische Erklärungsmodelle unter der Lupe.

Abstract

Wie können Wirkungen homöopathisch potenziierter Präparate verstanden werden? Diese Frage bewegt und beschäftigt nicht nur Ärzte und Patienten, sondern auch Pharmazeuten und Naturwissenschaftler seit mehr als 200 Jahren.

Samuel Hahnemann war der Ansicht, dass den Wirkungen potenziierter Arzneien „geistartige Arzneikräfte“ zugrunde liegen. Rudolf Steiner, Begründer der Anthroposophischen Medizin, sprach von der Möglichkeit, durch das Potenzieren das Materielle in seinen Funktionen, seinen Prozessen, seinen Kräften zur Wirksamkeit zu bringen.

Die in den letzten Dekaden aufgebrauchten Erklärungsmodelle lassen sich einerseits in mehr materiell-strukturell basierte Ansätze sowie in formale nicht-lokale Modelle gliedern. Erstere stellen Hypothesen auf zur molekularen Struktur und Dynamik potenziierter Arzneien, oder berufen sich auf Nanopartikel oder Nanoblasen in den Präparaten. Die nicht-lokalen Modelle verallgemeinern die formalen Strukturen der Quantenphysik und versuchen so, einen Erklärungsrahmen für die Vorgänge bei einer homöopathischen Behandlung zu definieren.

In diesem Vortrag wurden die verschiedenen Erklärungsansätze miteinander verglichen und die Möglichkeiten für eine experimentelle Verifizierung diskutiert.

Zur Person

PD Dr. sc. nat. Stephan Baumgartner



Geboren 1965 in München. 1984–1990 Studium der Physik, Mathematik und Astronomie an der Universität Basel. 1995 Promotion in Umweltnaturwissenschaften an der ETH Zürich. Seit 1993 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Grundlagenforschung im Institut Hiscia, Verein für Krebsforschung (Arlesheim) sowie seit 1996 am Institut für Komplementärmedizin IKOM (ehem. KIKOM) der Universität Bern.

Seit 2011 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Integrative Medizin an der Universität Witten/Herdecke. 2013 Habilitation an der Universität Witten/Herdecke.

Forschungsschwerpunkte

Entwicklung experimenteller Methoden zur Untersuchung pharmazeutischer Verfahren aus dem Bereich der Komplementärmedizin (mit Schwerpunkt Potenzierungsverfahren der Homöopathie und der Anthroposophischen Medizin), systematische Reviews aus dem Bereich der Grundlagenforschung an potenzierten Präparaten.

Lehre

Vorlesungen und Seminare für Medizinstudenten, Weiterbildungsveranstaltungen für Ärzte, Pharmazeuten und Heilpraktiker, Betreuung von Masterarbeiten und Dissertationen, Organisation von Konferenzen

Gesellschaften

Mitglied der Deutschen Physikalischen Gesellschaft DPG und der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie (WissHom). Gründungsmitglied der International Society for Complementary Medicine Research ISCMR und des Verbandes für Anthroposophisch Erweiterte Pharmazie in der Schweiz VAEPS. Derzeit Präsident der International Research Group on Very Low Dose and High Dilution Effects GIRI.

Kontakt

Mail: stephan.baumgartner@ikom.unibe.ch

Stefan Wildfang (Freiburg, D)

Egal ob Lupus oder Sjögren – Hauptsache Homöopathie

Je komplizierter die zu behandelnden Pathologien, desto wichtiger erscheint eine genaue Krankheitserkenntnis, die Einsicht, was an jedem Krankheitsfalle insbesondere zu heilen ist. Anhand mehrerer klinischer Beispiele aus dem rheumatischen Formenkreis sollen praktische Aspekte der homöopathischen Fallanalyse vorgestellt werden, die sich als besonders hilfreich erwiesen haben. Aus dem Verlauf wird ersichtlich, wie sehr auch diese Patientengruppe von einer homöopathischen Therapie profitieren kann.

Einleitung

Der Titel „Egal ob Lupus oder Sjögren – Hauptsache Homöopathie“ mutet vielleicht etwas keck an. Absicht dieses Artikels ist es, den Focus auf eine Gruppe von Erkrankungen zu richten, die meines Erachtens eine besondere Herausforderung für eine erfolgreiche homöopathische Behandlung darstellt. Für diese Gruppe, die Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis, erscheint mir das Thema der Krankheitserkenntnis, der Erkenntnis dessen, was in jedem einzelnen Falle das zu Heilende ist, von besonderer Bedeutung.

Die Krankheitserkenntnis ist immer und in jedem Krankheitsfalle einer der wesentlichsten Punkte – sie ist der Aspekt, der die Homöopathie wahrhaft zur Heilkunst macht. Denn: Bei aller doktrinären Klarheit ist die Krankheitserkenntnis wesentlich geprägt davon, wie der Therapeut den Patienten während der Anamnese wahrnimmt, sie hängt also sehr von seinen individuellen Erfahrungen und seinen persönlichen Gewichtungen ab.

Um in diesem Bereich mehr therapeutische Sicherheit zu erlangen, verwundert es nicht, dass schon Clemens von Boeninghausen auf einem homöopathischen Kongress in Brüssel 1857 einen Preis für die beste Arbeit zu dem Titel ausgesetzt hat: „Abhandlung über den grössern oder geringeren Werth der bei den Kranken vorkommenden Symptome, um bei der therapeutischen Wahl der Arznei zum Anhalt und Maasstabe zu dienen.“ Eine Aufgabe, die – wie er bekennt – auch Jahre später noch ungelöst geblieben ist. [1]

Als eine besondere Erfahrung mit den Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises ergab sich mir, dass es – anders als wir es grundsätzlich in der homöopathischen Ausbildung lehren – hier für die Fallanalyse **nicht unbedingt** primär die Geist-/Gemütssymptome zu sein schienen, die den Schlüssel zu einer erfolgreichen Verschreibung lieferten.

Beobachtungen und Erkenntnisse

Folgende zunächst überraschende, weil unerwartete Beobachtungen führten mich zu dieser Einschätzung: Behandlungen, die auf der Basis einer Kentschen Hierarchisierung der Totalität der Symptome begonnen wurden, bewirkten zunächst eine Verbesserungen in Bezug auf das allgemeine Energieniveau, auf Geist- und Gemütssymptome oder auch auf Allgemeinsymptome – Verbesserungen also, die nach unseren grundsätzlichen Bewertungskriterien einen erfolgreichen Therapieverlauf auf allen Ebenen erwarten ließen.

Wie groß war dann jedoch die therapeutische Enttäuschung darüber, dass sich trotzdem in der Folge die körperliche Pathologie an sich, z. B. der entzündliche, degenerativ-destruktive Prozess von der Therapie mitunter nur ungenügend beeinflusst zeigte.

Dies war umso bedeutsamer, da dieser degenerativ-destruktive Prozess das therapeutische Zeitfenster und somit die Erwartungen an eine möglichst vollständige Restitutio limitierte. Die zunehmende entzündungsbedingte Vernarbung der Speicheldrüsen beim Sjögren z. B. lässt eine Verbesserung der Mundtrockenheit und des Schluckens irgendwann einmal nicht mehr erhoffen. Solche Erfahrungen waren für mich der Grund dafür, die Kentsche Art der Hierarchisierung in diesem Zusammenhang zu hinterfragen und nach einem anderen Zugang zu dieser Art von Pathologien zu suchen.

Bei dem Vergleich der entsprechenden Anamnesen fielen mir in der Folge immer wieder einmal scheinbar nebensächliche, unscheinbare, aber doch absonderliche Symptome auf der jeweiligen pathologisch betroffenen Ebene auf, meistens auf der körperlichen Ebene. Diese Erfahrung machen wir alle im Verlaufe unserer Arbeit – immer wieder.

Aber: Welche Bedeutung können wir diesen Beobachtungen beimessen? Welchen Stellenwert geben wir ihnen **sinnvollerweise**?

Wir alle wissen: Je genauer es gelingt, das Individuelle, das Besondere der jeweiligen Pathologie zu verstehen und durch die Wahl des Arzneimittels abzubilden, desto sicherer und erfolgreicher gestaltet sich der therapeutische Verlauf – auch dieser chronisch entzündlichen, progredient und destruktiv verlaufenden Erkrankungen. Ein bestmögliches Verständnis, die genaueste Erforschung gerade dieser – oft eben **nur** körperlichen – Symptome hat sich mir nun in der Folge für die Verschreibung bei dieser Gruppe von Erkrankungen als entscheidend und hilfreich erwiesen.

Über diese Beobachtung hinaus möchte ich noch zwei andere – zugegebenermaßen nicht neue, aber doch entscheidende – Punkte der Krankheitserkenntnis in diesem Zusammenhang hervorheben:

Zunächst natürlich den § 6 der 6. Auflage des Organon – und hier vor allem mit der Betonung auf Krankheitszeichen, Zufälle und Symptome als Abweichungen vom gesunden, ehemaligen Zustande des jetzt Kranken. [2] Diese Symptome sind Teil der aktuellen Haupt- oder Begleitbeschwerden und somit von besonderer Bedeutung.

Aber auch die Auslegung des § 211 in dem Sinne, dass der Gemütszustand, wenn nicht Teil der Hauptbeschwerde, oft am meisten den Ausschlag gibt für die Wahl eines Heilmittels. [3] Aber eben auch nur oft – nicht immer. Und auch nur am meisten den Ausschlag – auch hier nicht in jedem Falle!

Diese Hahnemann'sche Bewertung der Gemüts-symptome spiegelt sich wider im Ergebnis der Analyse von der Arzneimittelfindung Hahnemanns in der Pariser Praxis durch M. Wischner: „*Es standen in den meisten Fällen ‚Beschaffenheit‘ und ‚Lokalisation‘ eines Symptoms im Vordergrund. Andere Symptome wie allgemeine Modalitäten, allgemeine Empfindungen und Geistes- und Gemütsymptome wurden nur selten nachgeschlagen und man kann mit einer gewissen Sicherheit schlussfolgern, dass diese Symptome für Hahnemanns Arzneimittelwahl von untergeordneter Bedeutung waren.*“ Er fährt fort: „*[...] Hahnemann praktizierte eine sehr körperbezogene, auf die unmittelbaren Hauptanliegen der Patienten konzentrierte Homöopathie.*“

Zwei Fallbeispiele

FALL 1

Das erste Beispiel handelt von Frau N., einer 43-jährigen Floristin. Sie stellte sich mir 2010 mit der Diagnose einer Sklerodermie vor, die in diesem Jahr gestellt worden war. Frau N. war eine zierliche blasse Frau, zurückhaltend-ängstlich (v. a. vor neuen Situationen und in der Öffentlichkeit),

Und er kommt zu dem Resümee: „*[...] Hahnemann praktizierte eine Art von Homöopathie, die mit vielen anderen, heute gängigen Homöopathieformen wenig gemeinsam hatte.*“ [4]

Hiermit möchte ich **nicht** einer bestimmten homöopathischen Richtung das Wort reden – die vielen verschiedenen Pathologien erfordern vom jeweiligen Behandler ein möglichst breites analytisches und therapeutisches Manual. Auch hier sind es die Heil-Kunst und die Erfahrungen jedes einzelnen Therapeuten, die den Ausschlag geben dafür, in welcher Situation wir uns für welche Vorgehensweise entscheiden.

Egal ob Lupus oder Sjögren – Hauptsache Homöopathie: Bei den Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis hat sich mir jedoch genau dieses körperbezogen-individualisierende Vorgehen als besonders hilfreich erwiesen, was ich Ihnen nun an zwei Beispielen vorstellen möchte.

dabei aber auch mit extrem hohem Anspruch: „*Ich bin Perfektionistin.*“ Seit einigen Jahren hatte sie progrediente Beschwerden im Bereich der Finger: sie waren steif, geschwollen und taub-kribbelig. Bei Kälte oder Stress starben ihr die Finger ab, wurden blass und gefühllos.



Abb. 1

Des Weiteren beklagte sie eine Trockenheit aller Schleimhäute im Bereich des Mundes, der Augen, der Speiseröhre und auch genital. Die Speiseröhre war so stark betroffen, dass sie kaum noch etwas Festes mehr essen konnte, ohne gleichzeitig dazu zu trinken. Der Speichelmangel hatte zu vielen kariösen Zähnen geführt.

Schon seit ihrer Schulzeit litt sie unter einer Migräne: typischerweise halbseitig, < durch Schlafmangel und nach Stress, durch Licht, Geräusche, durch angefasst / angesprochen werden, > durch Liegen und Schlafen. Vereinzelt berichtete sie von Schwindel, als ob sie den Boden nicht berühren würde. An der Haut neigte sie zu tiefen Schründen in Fingern und an den Fersen.

Sie beschrieb sich als lebensfrohe, optimistische, ausgeglichene Frau, nur gereizt bei Hunger, weshalb sie immer etwas zu essen bei sich hatte. Sie war sehr verfroren, vertrug aber auch sehr ausgeprägt keine Wärme, kein heißes Wetter und keinen Wetterwechsel. Der Schlaf war gut, sie träumte wiederholt von Schlangen, was sie sich nicht erklären konnte, denn mit denen hatte sie bisher nie zu tun. Gynäkologisch ging es ihr ganz gut, seit ca. 7 Jahren trug sie eine Hormonspirale und seither hatte sie ihre Menstruation nicht mehr. Die erste Analyse erfolgte mit der „Trockenheit gewöhnlich feuchter innerer Teile“ als eliminierendem Symptom – die weitere Hierarchisierung gemäß Kent mit Symptomen, die die verschiedenen Ebenen der Pathologie abbilden sollten.

Die Repertorisation hieraus ergab das folgende Ergebnis:

	sil.	lach.	sulph.	graph.	lyc.	sep.	bell.	merc.	nat-m.	phos.	bar-c.	thuj.	b
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	9	9	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	7
	19	12	17	15	15	15	13	13	13	13	12	12	15
▼ 1. Ablage 1													
● 1. Allgemeines - Trockenhe... (139) 1	2	1	3	2	2	3	3	2	3	3	2	2	4
▶ 2. Gemüt - Schüchternheit... (36) 1	3	1	-	1	2	-	-	-	-	1	1	1	-
▶ 3. Gemüt - Gewissenhaft, ... (116) 1	3	1	3	1	3	3	-	1	1	1	2	3	1
a ▶ 4. Gemüt - Furcht - neuen ... (14) 1	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-
a ▶ 5. Gemüt - Veränderungen... (28) 1	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	2	-	2
a ▶ 6. Gemüt - Furcht - neuen ... (2) 1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
a ▶ 7. Gemüt - Furcht - ungew... (5) 1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
▶ 8. Träume - Schlangen (66) 1	1	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-
▶ 9. Schwindel - Schweben; ... (65) 1	-	2	2	-	-	2	1	2	1	1	-	1	1
▶ 10. Allgemeines - Kälte - H... (65) 1	2	2	2	2	3	2	1	2	3	-	1	1	-
▶ 11. Allgemeines - Wetter - ... (45) 1	-	1	2	-	-	-	2	1	2	1	-	1	2
▶ 12. Allgemeines - Wetter - ... (110) 1	3	1	2	2	1	1	2	2	1	3	1	1	3
▶ 13. Kopf - Schmerz - Seite... (217) 1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
▶ 14. Extremitäten - Rissige ... (25) 1	1	-	1	3	1	-	1	1	1	1	1	-	-

Abb. 2

Und da der Materia-Medica-Vergleich bei allen relevanten Symptomen eine gute Entsprechung für Silicea ergab, erhielt sie von November 2010 bis zum Juli 2011 Silicea als Q-Potenzen, von der Q 3 aufsteigend bis zur Q 14.

Hierunter kam es zu der eingangs beschriebenen Erfahrung. Es ging ihr eigentlich ganz gut: Es besserte sich ihre Energie, die Migräne und der Schwindel wurden seltener, der Schlaf war gut, die Alpträume waren nicht mehr aufgetreten.

Sie berichtete aber auch, dass die Trockenheit der Schleimhäute kontinuierlich zugenommen habe: Das Schlucken ging immer beschwerlicher, wegen der Trockenheit im Mund, sie war mittlerweile permanent auf Trinken angewiesen und – neu – die Zunge fühlte sich unangenehm schwerfällig beim Bewegen an. Ein Befund, der subjektiv für die Patientin gar nicht mit der Trockenheit ihrer Mundschleimhäute zusammenhing und der somit durch die Pathologie eigentlich nicht erklärbar war.

Das machte ihr neuerdings Angst: Angst, was in Zukunft noch auf sie zukommen würde, „wie wird das weiter gehen bei mir“, „in mir tickt eine Zeitbombe“.

Die Verlaufsbeurteilung fiel dementsprechend ambivalent aus: einerseits die gebesserte Energie, der gute Allgemeinzustand und die gebesserten eigentlich höherwertigen Bereiche von Schwindel, Migräne und Schlaf. Andererseits die deutlich verschlechterten Beschwerden aufgrund ihrer systemischen, progredient verlaufenden und destruktiv-vernarbenden Grunderkrankung. Auch die latent immer vorhandene Beunruhigung in Bezug auf ihre Erkrankung war deutlich gesteigerten Ängsten gewichen.

Beides sprach für mich dafür, dass Silicea eine höchstens „partiell richtige“ Verschreibung darstellte mit der Notwendigkeit einer erneuten Fallanalyse – jetzt aber mit dem Ziel, das „Jetzt“ der grundlegenden Pathologie besser abzubilden und mit den übrigen relevanten Symptomen dann die Differentialdiagnose zu machen.

Die Repertorisation aufgrund der neuen Fallanalyse wies auf folgende Arzneimittel hin:

	nat-m.	nat-c.	phos.	calc.	ars.	merc.	caust.	puls.	kali-c.	carb-v.	lyc.
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	8	8	7	7	7	7	7	7	7	7	6
	12	11	18	15	13	13	11	11	9	7	13
▼ 1. Ablage 1											
a ▶ 1. Innerer Hals - Schlucken - schwierig - trink... (10) 1	1	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-
a ▶ 2. Innerer Hals - Schlucken - behindert das S... (7) 1	1	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-
▶ 3. Mund - Bewegung - Zunge - schwierig (37) 1	1	2	3	1	2	2	2	2	-	1	2
▶ 4. Allgemeines - Trockenheit gewöhnlich feuch... (139) 1	3	1	3	3	2	2	1	2	1	1	2
▶ 5. Gemüt - Angst - Zukunft; in bezug auf die (201) 1	2	2	3	3	1	1	2	2	1	1	-
▶ 6. Allgemeines - Weiße Farbe - Teile; gewöhnli... (47) 1	2	1	2	2	2	3	1	1	2	1	1
▶ 7. Extremitäten - Schwellung - Finger (127) 1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2
▶ 8. Extremitäten - Steifheit - Finger (123) 1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	3
▶ 9. Extremitäten - Gefühllosigkeit, Taubheit - Fi... (202) 1	1	1	3	3	2	1	2	1	1	1	3

Abb. 3

Der Materia-Medica-Vergleich ergab für Natrium muriaticum, Natrium carbonicum und Kalium carbonicum, die 3 Mittel, die laut Repertorium diese Art von Schluckstörung besitzen, folgende differentialdiagnostischen Hinweise:

Natr carb: Paralytic states; difficult swallowing, must drink water to wash the food down on account of paralysis of the pharynx. [5]
Natr mur: Inability to swallow without washing down the food with liquids. [6]
Kali carb: Beim Schlucken bleibt die Speise auf halbem Wege stecken mit Würgen und Erbrechen; Striktur des Ösophagus. Schwieriges Schlucken, die Speisen rutschen in der Speiseröhre sehr langsam hinab [7]

Abb. 4

Die Schluckbeschwerden der Patientin finden sich bei Natrium muriaticum und Natrium carbonicum sehr genau wieder – besser als bei Kalium carbonicum. Um neben der Hauptbeschwerde die Ganzheit, die Totalität der Symptomatik nicht aus den Augen zu verlieren, erfolgte die Differentialdiagnose jetzt mit Hilfe der Geist- und Gemütssymptome sowie der Allgemeinsymptome:

		nat-m.	phos.	nat-c.	sep.	lach.	calc.	puls.	merc.	kali-c.	br
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		14	13	13	13	13	12	12	12	12	11
		20	28	24	24	18	23	23	21	18	24
▼ 1. Ablage 1	X										
a ▶ 1. Innerer Hals - Schlucken - schwierig - trinken, um sc...	(10) 1	1	-	2	-	-	-	-	-	1	-
a ▶ 2. Innerer Hals - Schlucken - behindert das Schlucken - ...	(7) 1	1	-	2	-	-	-	-	-	1	-
▶ 3. Mund - Bewegung - Zunge - schwierig	(37) 1	1	3	2	-	3	1	2	2	-	-
▶ 4. Allgemeines - Trockenheit gewöhnlich feuchter innere...	(139) 1	3	3	1	3	1	3	2	2	1	4
▶ 5. Gemüt - Angst - Zukunft; in bezug auf die	(201) 1	2	3	2	2	2	3	2	1	1	4
▶ 6. Allgemeines - Weiße Farbe - Teile; gewöhnlich roter	(47) 1	2	2	1	1	-	2	1	3	2	-
▶ 7. Extremitäten - Schwellung - Finger	(127) 1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2
▶ 8. Extremitäten - Steifheit - Finger	(123) 1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1
▶ 9. Extremitäten - Gefühllosigkeit, Taubheit - Finger	(202) 1	1	3	1	2	1	3	1	1	1	1
▼ 2. Ablage 2	X										
▶ 1. Gemüt - Gewissenhaft, peinlich genau in bezug auf Kli...	(116) 1	1	1	3	3	1	1	3	1	1	1
c ▶ 2. Gemüt - Furcht - neuen Projekten, Unternehmungen;...	(14) 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
c ▶ 3. Gemüt - Veränderungen - Abneigung gegen	(28) 1	-	-	-	1	-	1	1	-	2	2
c ▶ 4. Gemüt - Furcht - ungewohnten Situationen; vor	(5) 1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
d ▶ 5. Gemüt - Schüchternheit, Zaghaftigkeit	(222) 1	2	3	3	3	1	3	4	2	3	3
d ▶ 6. Gemüt - Schüchternheit, Zaghaftigkeit - Öffentlichkei...	(36) 1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-
▶ 7. Schwindel - Schweben; als würde er	(65) 1	1	1	-	2	2	1	-	2	-	1
▶ 8. Gemüt - Essen - nach - amel.	(32) 1	1	1	3	1	1	-	-	-	-	-
▶ 9. Allgemeines - Wetter - Wetterwechsel - agg.	(110) 1	1	3	2	1	1	2	2	2	2	3
▶ 10. Allgemeines - Wetter - heißes Wetter - agg.	(45) 1	2	1	2	-	1	-	2	1	-	2
▶ 11. Träume - Schlangen	(66) 1	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-

Abb. 5

Es zeigte sich, dass auch die übrigen Aspekte der Symptomatik von Natrium muriaticum und Natrium carbonicum nahezu gleich abgedeckt wurden

Die fehlende natrium-muriaticum-typische kummervolle Vorgeschichte und die Tatsache, dass Natrium carbonicum (gemäß C. v. Boeninghausen) in starker komplementärer Beziehung zu dem zumindest partiell richtigen Silicea steht, gaben den Ausschlag bei der Mittelauswahl für **Natrium carbonicum**. Auch die Temperaturmodalitäten und die Empfindlichkeit gegenüber Unterzuckerungen / Hunger passten hier besser.

Die Patientin erhielt somit im Juli 2011 Natrium carbonicum C 200 einmalig. Außerdem schlug ich vor, die Spirale ziehen zu lassen unter der Vorstellung, dass die unterdrückte Menstruation Anteil an der Entwicklung der Pathologie haben könnte.

Die Rückmeldung im September 2011 (also nach 2 Monaten) ergab schon eine deutliche Verbesserung der Trockenheit des Mundes und auch des Schluckens, keine Migräne mehr, aber jetzt neu Kopfschmerzen bei heißem Wetter, Schlaf und Energie waren gut. Die Ängste waren angesichts der verminderten Beschwerden deutlich seltener – eigentlich nicht mehr von Bedeutung. Die Spirale war noch nicht gezogen – als Kassenpatientin hatte sie noch keinen Termin bekommen. Sie erhielt Placebo. Die weiteren Follow-ups im Verlauf von 2012 ergaben eine kontinuierliche Verbesserung, weshalb zunächst keine Mittelwiederholung nötig wurde.

Rückmeldung im März 2013: Alles war weiterhin besser geworden. Das Essen war zum Teil ohne zu trinken möglich, sie berichtete erstmals von einem Zahnarzttermin ohne kariöse Zähne.

Der Winter ging verblüffend gut in Bezug auf den M. Raynaud: Sie berichtete von weniger und kürzerem Absterben der Finger. Schrunden traten aber weiterhin auf, was für sie als Floristin sehr hinderlich war.

Sie hatte aber in der letzten Zeit das Gefühl, nicht mehr so stabil zu sein: Der Kopfschmerz, der zuletzt mehrere Monate vollständig weg gewesen war, war jetzt wieder gekommen – wenn auch weiterhin keine Migräne mehr aufgetreten war. Sie erhielt daher zu diesem Zeitpunkt eine Wiederholung von Natrium carbonicum C 200.

Die Rückmeldung im April 2014 beschrieb subjektiv eine stetige Besserung auf allen Ebenen, erfreulicherweise und zur Verblüffung des mitbehandelnden Rheumatologen besserte sich auch die Schlucksymptomatik kontinuierlich. Nur die Schrunden in den Fingerspitzen und Fersen traten weiterhin auf.

Nachdem die ANA-Antikörper 2013 erstmals in ihrer Krankengeschichte von 1:5120 auf 1:1280 rückläufig gewesen waren, nahm ich einen leichten Wiederanstieg bei subjektiv immer noch gutem Befinden nun als Kriterium zur Wiederholung von Natrium carbonicum C 200.

Für Frau N. war die Analyse anhand der individualisierenden körperlichen Symptome ihrer rheumatologischen Erkrankung die Basis für eine erfolgreiche Verschreibung. Die vorbestehenden, also nicht zur Hauptbeschwerde zugehörigen Geist-, Gemüt- und Allgemeinsymptome hatten erst für die Differentialdiagnose eine Bedeutung.

FALL 2

Das zweite Beispiel, welches ich Ihnen in diesem Zusammenhang vorstellen möchte, handelt von Frau K., einer 58-jährigen Sozialpädagogin.

Bei ihr bestand seit 35 Jahren ein systemischer Lupus Erythematodes mit primärer Nierenbeteiligung. Im Rahmen dieser Erkrankung hatte sie zudem 2006 einen apoplektischen Insult erlitten.

Unter der bestehenden rheumatologischen Therapie mit einem Biologicum war sie 2012, zum Zeitpunkt der Erstanamnese, in Bezug auf den Lupus nahezu beschwerdefrei, die Retentionswerte auf mäßigem Niveau stabil.

Das Hauptproblem von Frau K. waren seit 3 Jahren unter der Therapie auftretende Blasenentzündungen. Kausal waren es immer wieder Kränkungen durch die Ursprungsfamilie, verbunden mit ihrer introvertierten Konfliktlösung, die zunächst den Lupus selbst, im weiteren Verlauf immer wieder Beschwerdeschübe des Lupus und zuletzt jetzt auch die Blasenentzündungen ausgelöst hatten.

Aber auch Kälte und Sexualität spielten als Auslöser für die Cystitiden eine wesentliche Rolle. Ihre aktuellen Beschwerden beschrieb sie folgendermaßen: permanenter Harndrang mit nur tröpfelndem Harnabgang und zuckenden Schmerzen während des

Urinierens – eine eher ungewöhnliche Schmerzqualität. Diese Schmerzen waren sehr heftig, sie stöhnte vor Schmerz, war verzweifelt und hatte furchtbare Angst vor den Schmerzen beim Wasserlassen – sie versuchte daher zur Schmerzvermeidung den Drang zu unterdrücken. Diese Angst spürte sie vor allem im Magen als komisches Gefühl.

Neben den Beschwerden der Blase berichtete sie von einer nicht weiter zu charakterisierenden Müdigkeit und Schwäche. Und seit dem Apoplex traten regelmäßig Kopfschmerzen auf, die durch das Liegen auf dem Hinterkopf verschlechtert wurden. Insgesamt war es aber das Gefühl des Ausgeliefert-Seins, worunter sie emotional am meisten litt – den eigentlich ist sie eine starke Frau, eine Kämpferin. Im Verlauf dieser Anamnese berichtete Frau K. dann in einem Nebensatz, beiläufig, schon im Begriff das Thema der Blasenbeschwerden zu verlassen, „... dass immer mit den Blasenbeschwerden eine Kälte im Bereich von Po und vom dorsalen Oberschenkel“ aufträte.

Dies ist eine Erfahrung, die wir alle immer wieder während unserer Anamnesen machen: dass sich nämlich im scheinbar Nebensächlichen, im Lokalen, im Unscheinbaren das Individuelle der Erkrankung zeigt.

Wie gehen wir damit um? Welche Bedeutung dürfen wir diesen **kleinen** Beobachtungen für die Fallanalyse geben?

Zu dieser Frage passt ein Artikel von Johann Ignaz Hoppe (AHZ, 1864).

Hoppe schrieb damals: *„Denn wenn gelehrt wird, dass man beim Krankenexamen scharf und eindringlich zu Werke gehen und unermüdlich untersuchen müsse, bis man die maßgebenden eigentümlichen Erscheinungen auffinde, so liegt in dieser Vorschrift klar enthalten, dass diese eigentümlichen Erscheinungen sich gar oft nicht in den Vordergrund drängeln, sondern sich geringfügig und scheinbar unbedeutend darstellen. [...]“*

Er fährt fort: *„[...] man muss dabei nie vergessen und man muss es sogar betonen, dass sie sehr geringfügig sein können und dass wir sie sogar meistens nur in der Reihe der kleinen, wenig auffallenden Erscheinungen zu suchen haben. [...] Wohl hat man demnach es gefühlt und eingesehen, dass die entscheidenden Symptome vielfach unmerklich auftreten. Aber es hat jeder diese Tatsache gleichsam schüchtern dann für sich behalten und hat dieselbe nicht als maßgebende Erfahrung an die Spitze gestellt; im stillen gab man ihr eine Bedeutung, die man öffentlich, laut, scharf, schroff nicht aussprechen mochte. Und man war hier schüchtern, weil man es als eine Unvollkommenheit und Unreife ansah, dass man sich vielfach mit so geringfügigen und unbedeutenden Symptomen behelfen musste.“* Der kleine Aufsatz mündet in den Appell: *„[...] Sprechen wir es also entschieden, laut und unverhohlen aus, dass die entscheidenden Symptome vielfach geringfügig und unbedeutend auftreten.“* [8]

Es sind also Details, die zwar vor unseren Augen liegen, aber ohne die nötige Aufmerksamkeit allzu leicht übersehen werden können. Aber genau diese Details können sich als entscheidend und wegweisend herausstellen.

Und so habe ich diese auffallende und absonderliche Begleitbeschwerde, das Gefühl der „lokalen Kälte“, als wesentlichen Aspekt der Pathologie mit in die Analyse aufgenommen. Es wurden folgende Symptome als Grundlage für die Fallanalyse herangezogen:

▼ 1. Ablage 1	
A ▶	1. Gemüt - Beschwerden durch - Kränkung, Demütigung
A ▶	2. Gemüt - Beschwerden durch - Zorn - unterdrückten Zorn; durch
▶	3. Allgemeines - Koitus - nach - agg.
b ▶	4. Extremitäten - Kälte - Gesäß - Gesäßgegend
b ▶	5. Extremitäten - Kälte - Gesäß
b ▶	6. Extremitäten - Kälte - Oberschenkel
▶	7. Blase - Urinieren - Harndrang - anhaltend
▶	8. Blase - Urinieren - Dysurie - schmerzhaft
c ▶	9. Blase - Schmerz - zuckend
c ▶	10. Blase - Zucken im Blasen Hals beim Urinieren
▶	11. Blase - Urinieren - tröpfelnd
d ▶	12. Gemüt - Angst - Schmerzen, durch die
d ▶	13. Gemüt - Furcht - Schmerz - vor dem Schmerz
d ▶	14. Gemüt - Furcht - Leiden, vor
d ▶	15. Gemüt - Stöhnen - Schmerzen, durch
d ▶	16. Gemüt - Verzweiflung - Schmerzen; bei den
▶	17. Magen - Angst
▶	18. Gemüt - Hilflosigkeit; Gefühl der

Abb. 6

Lassen Sie mich kurz die hier gewählte Ordnung der Symptome kommentieren: Es ist grundsätzlich immer bei der Fallanalyse mein Ziel, die Auswahl und die Sortierung der Symptome so zu gestalten, dass diese die zu behandelnde Pathologie möglichst anschaulich und kongruent zur Pathobiographie abbilden. Die einzelnen Symptome werden auf diese Weise nicht aus dem Gesamtzusammenhang genommen, sondern erhalten aus dem Kontext ihre besondere Bedeutung:

- Rubrik 1 – 3 bilden die CAUSA ab: Die Kränkbarkeit und die damit verbundene introvertierte Konfliktlösung stellen die grundsätzliche Causa in allen Phasen der Erkrankung der Patientin dar, die Verschlechterung nach Koitus passt zu der momentanen Krankheitsphase.

- Rubrik 4 – 11 beziehen sich auf HAUPT-BESCHWERDE: Die besondere Empfindung von „Kälte“ wird durch die Gruppierung verschiedener Rubriken abgebildet, um möglichst kein Mittel trotz der relativ kleinen Rubriken zu verlieren.
- Rubrik 12 – 17 stellen die EMOTIONALE REAKTIONEN AUF DIE HAUPTBESCHWERDE dar: die Verzweiflung und die Angst durch den Schmerz.
- Rubrik 18 das LEBENSGEFÜHL DER PATIENTIN: das Gefühl, hilflos oder ausgeliefert zu sein.

Die Repertorisation ergab folgendes Bild:

	lyc.	nat-m.	aggr.	phos.	puls.	sil.	sep.	ars.	me
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	9	9	9	9	8	8	8	8	7
	16	14	12	12	15	14	12	11	15
▼ 1. Ablage 1	X								
A ▶ 1. Gemüt - Beschwerden durch - ... (79) 1	3	3	-	1	2	1	1	1	1
A ▶ 2. Gemüt - Beschwerden durch - ... (50) 1	3	2	1	1	1	-	1	1	-
▶ 3. Allgemeines - Koitus - nach - a... (75) 1	1	1	3	2	-	3	3	-	1
b ▶ 4. Extremitäten - Kälte - Gesäß - ... (3) 1	-	-	1	-	-	-	-	-	-
b ▶ 5. Extremitäten - Kälte - Gesäß (9) 1	-	-	1	-	-	-	-	-	-
b ▶ 6. Extremitäten - Kälte - Obersch... (68) 1	1	2	1	1	1	1	1	1	2
▶ 7. Blase - Urinieren - Harndrang -... (166) 1	2	1	1	1	2	2	2	1	3
▶ 8. Blase - Urinieren - Dysurie - sc... (107) 1	1	1	1	1	3	1	1	1	3
c ▶ 9. Blase - Schmerz - zuckend (3) 1	-	-	1	-	-	-	-	-	-
c ▶ 10. Blase - Zucken im Blasen Hals ... (1) 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▶ 11. Blase - Urinieren - tröpfelnd (168) 1	2	1	2	1	3	1	2	1	3
d ▶ 12. Gemüt - Angst - Schmerzen, ... (43) 1	-	-	-	3	-	2	-	2	-
d ▶ 13. Gemüt - Furcht - Schmerz - v... (21) 1	1	-	-	1	-	-	-	-	-
d ▶ 14. Gemüt - Furcht - Leiden, vor (30) 1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
d ▶ 15. Gemüt - Stöhnen - Schmerze... (19) 1	-	-	-	1	1	1	-	-	2
d ▶ 16. Gemüt - Verzweiflung - Schm... (41) 1	-	3	1	-	-	-	-	2	-
▶ 17. Magen - Angst (132) 1	2	1	1	1	2	2	1	3	1
▶ 18. Gemüt - Hilflosigkeit; Gefühl ... (76) 1	3	1	1	1	1	2	1	1	-

Abb. 7

Die wesentlichen Aspekte der gesamten Pathologie finden sich bei *Agaricus muscarius* wieder, wobei der Schwerpunkt auf die lokale Kälte (Symptome 4 bis 6) und die ungewöhnliche zuckende Schmerzqualität (Symptome 9 und 10) *Agaricus* sehr in den Focus der in Frage kommenden Mittel gerückt hat. Die *Materia Medica* von *Agaricus* beschreibt die entsprechenden Symptome folgendermaßen:

- Patienten außerordentlich empfindlich gegen Kälte und Feuchtigkeit. Gleichzeitig werden viele Symptome intensiver Kälte hervorgerufen: Kälte und Blaufärbung; Gefühl, wie von Eis oder eiskalten Nadeln berührt. [9]
- Beim Urinieren Kälte die Beine hinunter, [...] Kälte in der Gegend des Trochanter [...], Eiskälte von den Gesäßmuskeln hinunter zu den Füßen [10]
- Zuckender Schmerz in der Blase. [10]
- Schmerz im Hinterkopf, agg. Beim Liegen auf dem Hinterkopf [11]
- Große Kraftlosigkeit, Mattigkeit, Schwäche; schmerzhaft Schwere und Empfindlichkeit in allen Gliedern. [12]

Abb. 8

Auf *Agaricus C 200* kam es nach ca. 3 Wochen zu einer plötzlichen und heftigen gynäkologischen Blutung und zu einer spontan aufgetretenen Cystitis ohne jeglichen Auslöser. Danach begann eine zwar anfangs sehr schwankende und langsame, aber kontinuierliche Besserung von Energie und Stimmung sowie der gesamten körperlichen Beschwerden, die Cystitiden wurden seltener und kürzer und blieben dann ganz weg.

Eine interessante Reaktion ergab sich im Anschluss an eine akute Situation: Die pflegebedürftige Schwiegermutter der Patientin verschluckte sich akut, als sie von dieser gefüttert wurde. Dies führte zu einem Beinahe-Ersticken. Der Schreck in dieser Situation löste bei Frau K. ein allgemeines Zittern, Ruhelosigkeit, Panikgefühle mit Herzklopfen, Schwindel und große emotionale Labilität aus. Die Patientin erhielt im Rahmen einer akuten Telefonkonsultation zunächst *Aconitum* im Sinne einer intercurrenten Beschwerdesymptomatik – ohne Erfolg. Retrospektiv war diese Verschreibung eher meinem nicht kompletten Verständnis des Arzneimittelbildes von *Agaricus* geschuldet. Denn: Auch *Agaricus* ist eines der Mittel, das den Bezug zu „Beschwerden durch Schreck“ und zu den von der Patientin beschriebenen Folgeaktionen besitzt. Und so reagierte die Patientin dann sehr prompt auf *Agaricus C 200*, welches sie dann im Anschluss erhielt. Eine schöne akute zusätzliche Bestätigung dafür, dass *Agaricus* in dieser Krankheitsphase das anzuwendende Heilmittel war.

Agaricus hat im weiteren Verlauf immer wieder prompt und zuverlässig der Patientin bei allen behandlungsbedürftigen akuten Erkrankungen und bei Verschlechterungen der chronischen Beschwerden geholfen. Die Tatsache jedoch, dass die Mittelwirkung zum Teil ungewöhnlich kurz war, ließ erwarten, dass die Pathologie von Frau K. wohl noch andere Mittel in der Folge benötigen würde.

Dies entspricht einer Erfahrung von Hahnemann aus den Chronischen Krankheiten, wo er beschreibt: *„Hier komme ich auf den merkwürdigen Umstand, dass überhaupt jede andre Psora-Verfassung, d. i. sowohl die im Innern noch schlummernde, als auch die zu irgend einer der unzähligen, aus ihr entsprossenen, chronischen Krankheiten entwickelten Psora, sehr selten von einem einzelnen, antipsorischen Mittel geheilt werden kann, sondern die Anwendung mehrerer dieser Arzneien, in den schlimmsten Fällen auch wohl vieler nach und nach zur vollständigen Heilung bedürfte.“* [13]

Nach ca. 1 ½ Jahren der kontinuierlichen Besserung unter *Agaricus* war ein Stillstand in der Entwicklung auf deutlich gebessertem Niveau bei der Patientin zu beobachten. Die Cystitiden, aber auch der Kopfschmerz spielten jetzt keine Rolle mehr und die Pathologie hatte sich sehr deutlich verändert. Es ergab sich nun *Sepia* als Folgemittel, welches sich seither als grundsätzliches Mittel chronisch und in akuten Situationen bewährt.

Das Kleine, Feine, Unscheinbare, scheinbar Unbedeutende kann also für die Therapie sehr wertvoll sein – selbstverständlich aber nur, wenn es den Bezug und die Einbettung in die Gesamtsymptomatik besitzt. Und es ist mir in der Folge immer wieder als sehr hilfreich begegnet:

Bei einer Patientin mit einer Sinus-Sagitalis-Thrombose bei Anti-Phospholipid-Syndrom wies die Tatsache, dass diese Thrombose mit subjektiv wahrgenommenen Geräuschen im Hinterkopf einher ging, letztendlich den Weg zu *Carbo vegetabilis*. Oder bei einer anderen Patientin mit zentralem Lupus erythematodes wies ein nicht zu objektivierendes Lähmungsgefühl der Zunge mit einer schwächebedingten Störung der Artikulation zu *Cocculus indicus*.

Zusammenfassung und Konsequenzen

Anhand dieser Fallbeispiele haben Sie sicher bemerkt, dass es in diesem kleinen Artikel eigentlich nicht um Sjögren oder Lupus gehen soll. Sondern um die bereits zitierte, von C. v. Boeninghausen formulierte Aufgabe oder Herausforderung an uns homöopathische Therapeuten, Kriterien zu suchen oder zu definieren, die eine sicherere Auswahl der analyserelevanten Symptome und somit eine zuverlässigere Verschreibung ermöglichen können.

Es ist eine Binsenweisheit: Jedes erfolgreiche Arbeiten erfordert eine sorgfältige Anamnese und Fallanalyse, aber: **Wann** wählen wir **welche** Analysemethode?

Wie bereits erwähnt, ist eine eher körperorientierte Homöopathie, wie sie Hahnemann in seiner Pariser Zeit praktizierte, momentan in vielen homöopathischen Kreisen nicht sehr „en vogue“, wo doch aktuell die Homöopathie sehr von Strömungen geprägt wird, die die Geist-/Gemütssymptome, wesentliche Lebens-themen, Empfindungen usw. in den Focus der Analyse stellen. Und jede dieser Richtungen kann ihren Platz in unserem therapeutischen Manual haben. So wie auch die Achtsamkeit auf das Feine, Kleine, Unscheinbare,

auch vielleicht nur Körperliche weiterhin ihre besondere Bedeutung, ihren Wert hat und noch immer unverzichtbar ist – vielleicht bei bestimmten Gruppen von Pathologien mehr, bei anderen weniger. Gerade die beschriebenen Fallbeispiele sollten dies illustrieren.

Jedoch: Wann laufen wir Gefahr, durch zu viel Wert auf kleine Aspekte der Pathologie, eventuell das entsprechende – vielleicht in diesem Bereich noch nicht gut genug geprüfte – Mittel zu verlieren?

Hoppe formuliert dies in dem bereits zitierten Artikel folgendermaßen: „*Wer aber in dies offenkundige Geheimnis, dass gerade die entscheidenden Symptome vielfach geringfügig auftreten, eingeweiht war und es ausbeutete, der zeichnet sich durch ein besonderes Können aus, wobei er jedoch andererseits wieder in die Gefahr fallen konnte, dass er die geringfügigen Erscheinungen spitzfindiger nahm, als bis jetzt der Fortschritt mit der Wissenschaft dazu die Befähigung und die Berechtigung gibt.*“ [8]

Das Dilemma bleibt also, ein Konsens zu diesen Fragen steht uns noch nicht zur Verfügung, klare Kriterien für diese Entscheidungen fehlen uns noch. Der Aspekt der Heil-**Kunst**, das Subjektive und die persönlichen Erfahrungen prägen weiterhin unser homöopathisches Arbeiten.

Aus den Erfahrungen mit der Behandlung rheumatischer Erkrankungen haben sich mir folgende Konsequenzen ergeben:

- Natürlich ist und bleibt – wie bei allen zu behandelnden Erkrankungen – wesentlichstes Ziel der Anamnese, den der Erkrankung zugrundeliegenden „roten Faden“ der Pathobiographie bestmöglich zu verstehen. In diesem Zusammenhang spielen die §§ 6 und 211 in der anfangs beschriebenen Auslegung sicher eine zentrale Rolle.
- Die Klärung der Hauptbeschwerde nimmt jetzt aber für mich einen noch wesentlicheren Raum in der Anamnese ein – für sie nehme ich mir akribisch viel Zeit, um das Kleine, Feine, scheinbar Unbedeutende, aber Individualisierende und Charakteristische nicht zu verpassen. Und wenn es mir begegnet, bekommt es die in den oben beschriebenen Beispielen gezeigte Wertigkeit.

Und wenn dann durch die Pathologie nicht schon zu viel Destruktion oder Degeneration geschehen ist, also die therapeutische Erwartung nicht schon im Vorhinein eingeschränkt ist, dann ist es egal, ob Lupus oder Sjögren – Hauptsache Homöopathie.

Literatur

- [1] Boenninghausen, Cv. Ein Beitrag zur Beurtheilung des charakteristischen Werths der Symptome. Kleine Medizinische Schriften. Herausgegeben von K-H Gypser. Heidelberg: Arkana-Verlag; 1984: 615.
- [2] Hahnemann, S. Organon der Heilkunst. 6. Auflage. Leipzig: Verlag von Willmar Schwabe; 1921: 65.
- [3] Hahnemann, S. Organon der Heilkunst. 6. Auflage. Leipzig: Verlag von Willmar Schwabe; 1921: 206.
- [4] Wischner, W. Die Benutzung von Repertorien in Hahnemanns Pariser Praxis. Teil 2: Der Einfluss auf die Arzneimittelwahl. ZKH 2012; 56 (3): 127–136.

- [5] Kent, JT. Natrium carbonicum. Lectures on Homoeopathic Materia Medica. New Delhi: B. Jain Publishers Pvt. Ltd.; 1993: 762–766.
- [6] Kent, JT. Natrium muriaticum. Lectures on Homoeopathic Materia Medica. New Delhi: B. Jain Publishers Pvt. Ltd.; 1993: 766–772.
- [7] Hering, C. Kalium carbonicum. Leitsymptome unserer Materia Medica. Aachen: Verlag R. von Schlick; 1992.
- [8] Hoppe, JI. Über die Geringfügigkeit der die Mittelwahl Entscheidenden Prüfung und Krankheitssymptome. AHZ 1864; 68 (14): 105–106.
- [9] Clarke, JH. Der Neue Clarke. Übersetzung P. Vint. Bielefeld: Silvia Stefanovich, Verlag für homöopathische Literatur; 1990–1996: 87–98.
- [10] Hering, C. Agaricus muscarius. Leitsymptome unserer Materia Medica. Aachen: Verlag R. von Schlick; 1992.
- [11] Kent, JT. Homöopathische Arzneimittelbilder. Übersetzt von R. Wilbrand. Heidelberg: Karl F. Haug Verlag; 1998: 72–84.
- [12] Jahr, GHG. Ausführlicher Symptomen-Kodex der homöopathischen Arzneimittellehre. Euskirchen: G.H.G. Jahr Verlag; 1998: 16–22.
- [13] Hahnemann, S. Die Chronischen Krankheiten. Theoretischer Teil. Berg am Starnberger See: Organon-Verlag; 1983: 129–130.

Zur Person

Dr. Stefan Wildfang

Arzt für Allgemeinmedizin, Homöopathie und Chirotherapie



- geboren 1961, verheiratet, 3 Kinder
- ab 1983 Studium der Humanmedizin in Freiburg und Tübingen mit einjährigem Ausbildungsaufenthalt in Südamerika (Gynäkologie/Geburtshilfe in Peru und Homöopathie in Mexico)
- ab 1983 Homöopathische Ausbildung bei Gerhard Köhler, Britta Moehrke, Proceso Sánchez Ortega (Mexico), Henny Heudens-Mast (Belgien, Supervision und Materia-Medica-Projekt)
- regelmäßige Seminarteilnahme bei der Boenninghausen-Arbeitsgemeinschaft sowie bei zeitgenössischen Homöopathen (Paul Herscu, Rajan Sankaran, Georgos Vithoulkas u. a.)
- seit 1995 Zusatzbezeichnung für „Homöopathie“
- seit 1996 Zusatzbezeichnung für „Chirotherapie“
- seit 1996 niedergelassen in homöopathischer Praxisgemeinschaft in Freiburg
- seit 1996 Dozent, seit 2006 auch Leiter des „Dozententeam Freiburg Homöopathie“ für die ärztliche Weiterbildung
- seit 2005 Lehrtätigkeit am Institut für Pharmazeutische und Medizinische Chemie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Rahmen der Vorlesung „Alternative Heilmethoden“
- seit 2004 Diplom des DZVhÄ
- seit 2009 Diplom der Europäischen Union der Homöopathie (E.U.H.)
- 2012 Verleihung des "Samuel" auf dem Homöopathie-kongress Freiburg

Kontakt

Mail: stefan@wildfang-freiburg.de

Web: www.homöopathie-freiburg.de

Anschrift: Grünwälderstraße 10-14, D–79098 Freiburg

Klaus von Ammon (IKOM Universität Bern, CH)

Wie bewerte ich eine Studie?

Abstract

Klinische Untersuchungen mit klassischer Homöopathie sind besonders schwierig, da sie sowohl den etablierten Standards konventioneller Forschung – Stichworte: Goldstandards EBM und RCT – als auch den spezifischen Erfordernissen individueller Homöopathie, Mittelfindung und Verlaufsbeurteilung, Rechnung tragen müssen.

Dies erfordert hohe Anforderungen an die Auswahl des Themenbereichs, der Fragestellung, die Erarbeitung statistischer Verfahren und Ergebnisse, das Studienprotokoll, die Durchführung, die Auswertung, die Präsentation oder Veröffentlichung mit ihren Schlussfolgerungen.

Ausgehend von

Bornhöft G, Maxion-Bergemann S, Wolf U, Kienle GS, Michalsen A, Vollmar HC, Gilbertson S, Matthiessen PF. Checklist for the qualitative evaluation of clinical studies with particular focus on external validity and model validity. *BMC Med Res Methodol.* 2006 Dec 11;6:56,

die sowohl für die Planung als auch die Beurteilung von klinischen Untersuchungen verwendet werden kann, wurde die Arbeit von

Shang A, Huwiler-Müntener K, Nartey L, Jüni P, Dörig S, Sterne JA, Pewsner D, Egger M: Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. *Lancet.* 2005 Aug 27-Sep 2;366(9487):726-32

hinsichtlich Fragestellung, Ziel, Design, Durchführung, Ergebnis, Veröffentlichung, klinischen und politischen Auswirkungen diskutiert.

Zur Person

Dr. med. Klaus von Ammon

Neurochirurgie FMH, FA Homöopathie FMH/SVHA



- 1974–1980 Humanmedizin-Studium in Hamburg, Marburg/Lahn und München
- 1981–1988 Weiterbildung zum Neurochirurgen, Neurochirurgische Abteilung der Chirurgischen Klinik und Poliklinik „rechts der Isar“ der TU München
- 1989–1996 Oberarzt und Lehrbeauftragter an der Neurochirurgischen Klinik, Universitätsspital Zürich

- 1997–1999 Weiterbildung Homöopathie (SVHA/ZAKH, Zürich)
- seit 2000 Oberarzt Forschung Homöopathie am Institut für Komplementärmedizin IKOM, Universität Bern, mit Lehr- und Konsiliartätigkeit
- seit 2002 Arzt-Praxis mit Klassischer Homöopathie in Stäfa am Zürichsee
- 2003 Fähigkeitsausweis Homöopathie
- Super- und Intervisionszirkel ZIKH
- Forschungsschwerpunkte: Versorgungsforschung, Outcome and Effectiveness Research, Methoden-Entwicklung, ADHS, mit wissenschaftlichen Publikationen

Kontakt

Website: www.ikom.unibe.ch
Mail: forschung@wisshom.de

Christa Raak (Universität Witten/Herdecke, D)
Peter Dieter (TU Dresden, D)*

Problem based learning: Fallbeispiel aus Sicht der Biochemie und der Homöopathie

Das Problemorientierte Lernen (POL) wurde vor über 25 Jahren in der McMaster Medical School in Kanada eingeführt. Seitdem hat sich diese Form der Ausbildung in vielen Bereichen der medizinischen Lehre weltweit etabliert. POL wird an vielen Medizinischen Fakultäten in Deutschland praktiziert. In diesem Seminar wurde empirisch eine homöopathische Kasuistik nach den klassischen Schritten des POL bearbeitet. Es konnte in diesem gruppenspezifischen Prozess eine eigene Arbeitsdiagnose generiert werden. Weiterhin wurde thematisiert und diskutiert, ob Lehrinhalte der Homöopathie-Ausbildung mit dieser Methode in das POL überführt werden können.

Einleitung

Die Ursprünge des Problemorientierten Lernens (POL) gehen zurück in das 19. Jahrhundert. Die eigentlich relevante Entwicklung des POL fand in den 60er Jahren u. a. im Rahmen der Ausbildung von Ingenieuren statt [1]. In der medizinischen Ausbildung gab es aufgrund von lernpsychologischen Theorien und Reformbestrebungen insbesondere in den USA und den Niederlanden Unzufriedenheit. Nicht nur das Lernen der Differentialdiagnose am Krankenbett war davon betroffen, auch in der Approbationsordnung für Ärzte wurde ein problemorientierter Ansatz „gefordert“: „Der Unterricht im Studium soll fächerübergreifendes Denken fördern und soweit zweckmäßig problemorientiert am Lehrgegenstand ausgerichtet sein.“

In der Homöopathie sind Falldarstellungen bzw. Kasuistiken ein elementarer Bestandteil der Zertifizierung und Weiterbildung. Eine didaktische Arbeit am einzelnen Fall ist daher etabliert. Dementsprechend sind die Grundvoraussetzungen für POL nach Bornhöft gegeben [2]. Auch Kreisberg hält problemorientiertes Lernen für die Homöopathie besonders geeignet, da sie aufgrund der individuellen Findung eines Arzneimittels für eine Person „intrinsisch problembasiert“ ist [3].

Methode

Das POL hat sich zu einer Lernmethode etabliert, bei der Lernende in kleinen Gruppen nach einer strukturierten Methode arbeiten, um sich Wissen und andere Fähigkeiten anzueignen. Gelernt wird anhand von Fallgeschichten, wodurch der Studierende die ärztliche Vorgehensweise nachvollzieht, da er versucht, wie bei der Tätigkeit in der Klinik oder Praxis, die Probleme des Patienten zu erkennen, zu bewerten, daraus Hypothesen zu bilden und nach Lösungswegen zu suchen.

Es werden eventuelle Untersuchungsergebnisse in der Kasuistik angeboten, aber eine Diagnose wird auf keinen Fall genannt.

Meist wird ein wöchentliches Tutorium angeboten, in dem ein solcher Fall bearbeitet wird. Innerhalb von 2 Stunden wird sehr strukturiert in 8 Schritten die Kasuistik erarbeitet.

In der nachfolgenden Tabelle werden die 8 Schritte des POL aufgeführt (aus [2]):

Schritt	Aufgabe	Zeit	
1	Lesen und Begriffserklärung	Klärung grundsätzlicher Verständnisfragen	2–3 min
2	Informationssammlung	Problem definieren	5 min
3	Hypothesensammlung	Brainstorming, Sammlung von Ideen und Lösungsansätzen, kein Diskurs	5–10 min
4	Hypothesenprüfung	Diskussion, Hypothesen prüfen, Formulierung einer Arbeitsdiagnose/-Hypothese	ca. 20 min
5	Formulierung der Lernziele	offene Fragen, Ungeklärtes, Nicht-Gewusstes usf. festhalten; Lernziele möglichst in eine Frageform und Reihenfolge bringen	5–10 min
6	Erarbeitung der Lernziele	Die Studierenden haben nun Zeit, sich die selbst gesteckten Lernziele zu erarbeiten (Eigenstudium).	ca.15 Std./Woche
7	Nachbesprechung	Erneute Diskussion der Kasuistik auf höherem Niveau, das Erlernte frei referieren und diskutieren	ca. 45 min
8	Feedback	Gegenseitige kritische Bewertung des Lern- und Arbeits-, aber auch des Interaktionsprozesses	5–10 min

* Co-Autor: Prof. Dr. rer. nat. Peter Dieter (Biochemisches Institut, Medizinische Fakultät, TU Dresden)

Im Verlauf der Tutoriums-Sitzung werden zunächst Hypothesen für die Krankheitsursache gebildet. Ziel ist es, alle Wissenslücken zu erkennen, die eine Lösung des Falles oder eine Bewertung unmöglich machen. Diese Lücken werden zu Fragen formuliert, wobei empirisch belegt ist, dass die Qualität der Lernziel-formulierung das Lernen und auch die abschließende Nachbesprechung beeinflusst [4].

Die Lernziele sollten dabei nicht nur auf den Fall, sondern auch auf das übergeordnete Semesterthema bezogen sein. Es sollte sehr genau und für alle verständlich formuliert sein, welche Aspekte eines Themas behandelt werden sollen [5]. Nach der Formulierung der Lernziele haben die Studierenden eine Woche Zeit, die Fragen selbstständig zu bearbeiten und zu lernen. Neben einem Eigenstudium oder dem Lernen in der Gruppe sollten ihnen auch Sprechstunden mit Tutoren möglich gemacht werden. In der nachfolgenden Woche wird der Fall erneut auf einem dann höheren Niveau besprochen.

Am Ende einer Tutoriums-Sitzung geben sich alle Anwesenden der Sitzung ein Feedback. Dieses ist ein zentraler Bestandteil des POL und unterstützt den permanenten Prozess in Hinblick auf inhaltliche Arbeit, Arbeitshaltung und Kommunikationsfähigkeit der Gruppe [4].

Der homöopathische Fall

Ein Gläschen Rotwein

Stephanie Schmidt stellt sich eines Abends in der Notaufnahme der Medizinischen Klinik mit Bauchschmerzen vor. Sie ist 25 Jahre alt, Hausfrau und habe keine Kinder.

Sie gibt an, an diesem Tag habe sie eine Wanderung von über 30 km mit einigen Freunden gemacht. Ansonsten fühle sie sich eigentlich immer gesund. Vor 6 Monaten habe sie allerdings eine Eileiterschwangerschaft durchgemacht. Seit 2 – 3 Wochen hat sie Bauchschmerzen vor allem im rechten Oberbauch. Sie beschreibt es als Drücken, aber nicht als Koliken. Dazu berichtet sie über Übelkeit, Völlegefühl und mehrmaliges Erbrechen und eine große allgemeine Schwäche, sie sie auch sonst seit einiger Zeit ab und zu plötzlich überkommt.

Außerdem fühle sie eine gewisse innere Unruhe, besonders in den Abendstunden und könne dann auch schlecht einschlafen. Sehr schlecht ginge es um Mitternacht, danach könne sie dann einschlafen. Sie nimmt keine Medikamente ein, raucht aber ca. 10 Zigaretten/Tag. Ein regelmäßiger Alkoholgenuss wird verneint.

Bei der klinischen Untersuchung erhebt Frau Dr. Müller folgenden Befund: blasse, schlanke Patientin in ausreichendem Allgemeinzustand, allerdings sehr unruhig. Skleren Ikterus, leichter Hautikterus, keine Ödeme, keine Zyanose. Lunge und Herz auskultatorisch und perkutorisch unauffällig. Abdomen weich, Leber unter dem Rippenbogen tastbar, normale Konsistenz, Nierenlager frei, Darmgeräusche regelrecht.

Frau S. wird zunächst zur weiteren Abklärung und Untersuchung stationär aufgenommen.

Das Fallbeispiel wurde für das Seminar „Problem based learning: Fallbeispiel aus Sicht der Biochemie und der Homöopathie“ aus einem Medizincurriculum aus dem 1. klinischen Semester entnommen. Bildungsinhalte sind: Differentialdiagnostik „Schmerzen im rechten Oberbauch“ und „Ursachen eines Ikterus“.

Der aufgeführte Fall wurde um einige Symptome bereichert und so für die Homöopathie aufgearbeitet und passend gemacht. Ziel war es hierbei, sich an Lehr- und Ausbildungszielen homöopathischer Curricula zu orientieren [6]. Es sollte eine komplexe, realistische Problemsituation in der Ambulanz eines Krankenhauses abgebildet werden, anhand dessen die Seminarteilnehmer die Gelegenheit haben, sich eine homöopathische, integrative Therapie zu erarbeiten.

Bildungsinhalte des homöopathischen Falles

- Anamneseerhebung in akuten Fällen
- Methoden der homöopathischen Fallanalyse (Therapeutisches Taschenbuch Clemens von Bönninghausens und primäre Materia Medica, Fallanalyse nach James Tyler Kent, nach Cyrus Maxwell Boger und Henry Newell Guernsey)
- Materia-Medica-Kenntnisse und Arzneimittellehren
- Wahl der Arznei, der Potenz und der Dosierung
- homöopathische Behandlung bei Alkoholabusus

Mögliche Lernziele des homöopathischen Falles

- Welche Symptome nehme ich und muss ich hierarchisieren?
- Welche Methode zur Repertorisierung soll ich anwenden?
- Wie repertorisiere ich?
- Was ist eine Causa nach § 5 Organon?
- Was ist ein § 153 laut Organon
- Welche Arzneimittel kommen in Frage?
- Arzneimittelbilder Arsenicum album, Nux vomica und Phosphorus
- Toxikologie von Arsen
- Was ist ein vollständiges Symptom (Ort, Empfindung, Modalität)?

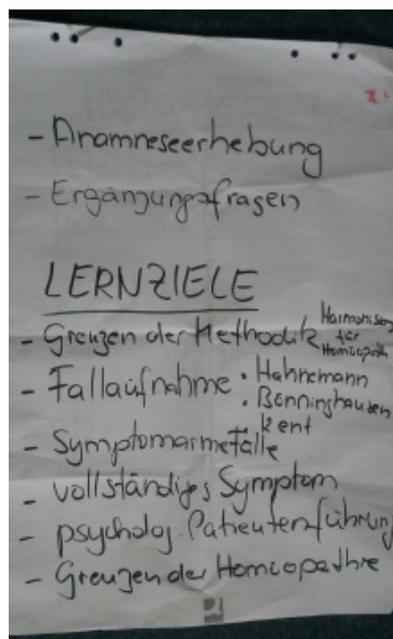
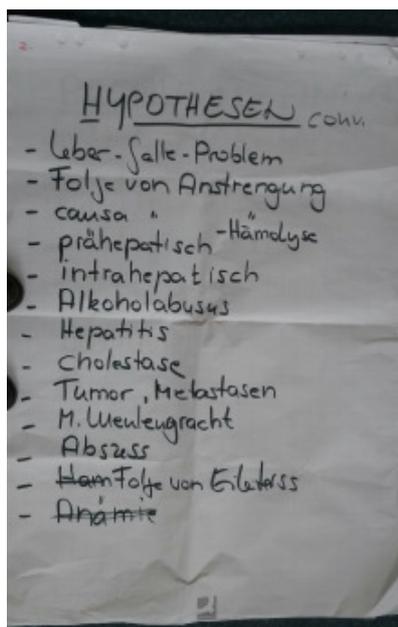
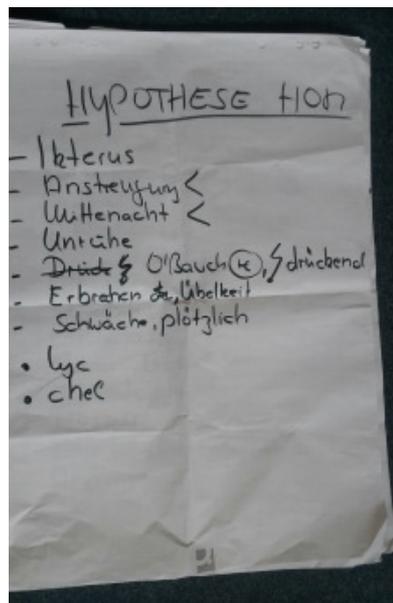
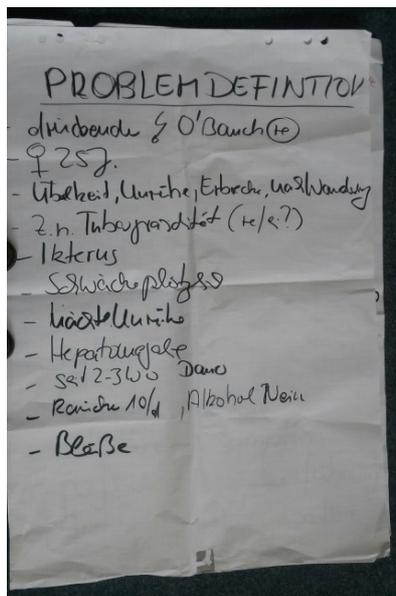
Ergebnisse

28 Teilnehmer des Seminars (18w, 10m / homöopathisch tätige Ärzte und Heilpraktiker) wurden angehalten, wie in einem Tutorium nach den Regeln des POL eine Fallanalyse zu erarbeiten.

In diesem Seminar wurde empirisch eine Kasuistik nach den klassischen Schritten des Problemorientierten Lernens bearbeitet. Nachdem die ersten drei Schritte zügig erarbeitet waren, kam in Schritt 4 (Hypothesenprüfung) ein dynamischer Gruppenprozess in Gang, in dem die Gruppe sich in zwei Lager aufteilte: Dabei wurde vor allem die Methodik der homöopathisch aufbereiteten Kasuistik diskutiert und in Frage gestellt. Es wurde kritisch hinterfragt, in wie weit die homöopathische Aufbereitung des Fall ausreichend für das POL war – es gäbe z. B. gar keine Modalitäten. Darüber kam der POL-Prozess in die Stagnation. Die Tutorin konnte die Gruppe allerdings wieder in die Schrittreihenfolge zurückführen, vor allem vor dem Hintergrund der vorgegebenen Zeitbeschränkung des Seminars.

Schließlich ergab sich für alle Teilnehmer die Notwendigkeit, eine Aufteilung der 8 Schritte getrennt für die schulmedizinische und die homöopathische Vorgehensweise durchzuführen. Somit wurde eine eigene

Arbeitsdiagnose generiert und die ursprünglich durch den Tutor in dem Fall hinterlegten homöopathischen Bildungsinhalte teilweise thematisiert, Lernziele formuliert und auf der Flipchart festgehalten:



Diskussion

Trotz der Aufbereitung des Falles auch mit Bildungsinhalten aus den Curricula homöopathischer Ausbildungseinrichtungen wurde deutlich, dass klinische Denkstrukturen der homöopathischen Therapeuten möglicherweise entweder schulmedizinisch oder homöopathisch angelegt sind. „Ein sowohl als auch“ war für einige Teilnehmer schwer nachvollziehbar.

Möglicherweise stellte es ein Hindernis dar, dass die Patientin des Falles hospitalisiert war und Homöopathie in Krankenhäusern als Integrative Medizin noch wenig etabliert ist.

Ein reger Gruppenprozess, der in Gang kam, zeigte jedoch deutlich, dass die Kasuistik geeignet ist, Bildungsinhalte des Curriculums homöopathischer Ausbildung zu transportieren.

Eine abschließende Wertung ist aber deutlich limitiert, da eine Evaluation der TN des Seminars aus Zeitgründen nicht vorgenommen werden konnte.

Das POL bietet nach Bornhöft eine Reihe von didaktischen Vorteilen, insbesondere kann neues Wissen besonders gut aufgenommen werden, wenn besonders viele Verknüpfungspunkte mit dem eigenen Wissen schon vorhanden sind – insbesondere geschieht dies durch aktives Fragen [7].

Literatur

- [1] Savery JR. Overview of problem-based learning: Definitions and distinctions. *Interdiscip J Probl-Based Learn.* 2006;1(1): 3.
- [2] Bornhöft G. Modernes Lernen: CAMPOL [Internet]. 2009 [zitiert 21. Januar 2015]. Verfügbar unter: http://www.uniform-naturheilkunde.de/seminarkongress/abstracts_berichte/bo_rnhoeft.pdf
- [3] Kreisberg J. The attitude of homeopathic education. *Homeopathy Today.* 19(10).
- [4] Bornhöft, G. Erfahrungen mit dem problemorientierten Lernen an der Universität Witten/Herdecke. *Lernmodelle der Zukunft am Beispiel der Medizin.* München; 2001. 63.
- [5] Hurk MM van den, Dolmans DH, Wolfhagen IH, Vleuten CP van der. Quality of student-generated learning issues in a problem-based curriculum. *Med Teach.* 2001;23(6):567–71.
- [6] Marx C. Lehrveranstaltungsevaluation, Begründung, Ziele, Modelle. 2003.
- [7] Bornhöft G. Der Einzelfall in der medizinischen Lehre: Das Problemorientierte Lernen. In: Ostermann T, Matthiessen P, Herausgeber. *Einzelfallforschung in der Medizin: Bedeutung, Möglichkeiten, Grenzen.* Frankfurt am Main: VAS - Verlag für akademische Schriften; 2003. 174–91.

Zur Person

Christa Raak

BSc Komplementärmedizin



Wissenschaftliche Ausbildung

Bachelor of Science
Komplementärmedizin

Beruflicher Werdegang

- 198 –2003 MTRA
Gemeinschaftskrankenhaus
Herdecke und Universität
Witten/Herdecke
- Ausbildung zur HP und
in Klassischer Homöopathie
- 2004–2008 projektbezogene Mitarbeit am Lehrstuhl für
Medizintheorie und Komplementärmedizin der Universität
Witten/Herdecke
- seit 2009 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für
Integrative Medizin, Lehrstuhl für Medizintheorie, Integrative
und Anthroposophische Medizin der Universität
Witten/Herdecke
- 2010–2014 Studium der Komplementärmedizin (BSc) an
der Hochschule für Gesundheit und Sport in Berlin

Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte

- Universität: Grundlagenforschung zu potenzierten
Substanzen (Immunologische Experimente), Klinische
Forschung im Bereich Homöopathie. Meta-Analysen und
Reviews zur Homöopathie (Fibromyalgie, Zahnheilkunde,
Sulfur, Repertorien Software, UAWs). Mitwirkung an der
Entwicklung einer elektronischen Materia Medica
- Koordination der Fachbibliothek für Komplementärmedizin.
- seit 2004 Privatpraxis für Klassische Homöopathie

Mitgliedschaften

Verband klassischer Homöopathen Deutschlands e. V.
(VKHD), Stiftung Homöopathie Zertifikat (SHZ), Faculty of
Homeopathy, London.

Kontakt

Mail: christa.raak@uni-wh.de

Anschrift: Institut für Integrative Medizin, Universität
Witten/Herdecke, Gerhard-Kienle-Weg 4, D-58313 Herdecke

Rainer Schäferkordt (Hamburg, D)

Empirische Homöopathie durch Falldokumentation: das WissHom-Forschungsprojekt „Empirium“

Die Bestätigung und Vermehrung des homöopathischen Wissens innerhalb der täglichen Praxis ist seit Hahnemann ein fester Bestandteil unserer Methodik. Die Auswertung und Publikation von Fallberichten erfolgt jedoch in aller Regel selektiv und ist oft mit großem Aufwand verbunden, was die Aufbereitung der Dokumentation betrifft.

Qualitätsstandard als Konsens

2012 wurde von DZVhÄ, BKHD und VKHD ein Qualitätsstandard zur Dokumentation der Behandlung in der homöopathischen Praxis verabschiedet. Dieser soll dazu beitragen, die Homöopathie als Therapieform zu professionalisieren, Forschung und Lehre zu fördern und Publikationen stichhaltig und nachvollziehbar zu machen.

Da die Dokumentation homöopathischer Fälle ein großes Spektrum z. T. unterschiedlich arbeitender Therapeuten abdecken muss, wurde versucht, einen möglichst breiten Konsens zu schaffen, in welchem sich jede homöopathische Schule wiederfindet.

Falldatenbank als Projekt der Homeopathic Community

Über die eigene Praxis hinaus ist die elektronische Umsetzung des Dokumentationsstandards die strukturelle Voraussetzung für die Schaffung einer gemeinsamen, zentralen Falldatenbank.

Teilnehmen an dem Projekt können Ärzte und Heilpraktiker, die über eine weitergehende Qualifikation in der Homöopathie verfügen (Diplom bzw. Zertifikat-Standard). Die Behandler erklären sich grundsätzlich bereit, pseudonymisierte Falldaten zu übermitteln. Dies bedeutet, dass jeder (neue) Patient der Praxis gebeten wird, die entsprechende Einwilligung in die Übermittlung der Daten zu unterschreiben.

Die Dokumentation muss innerhalb einer Software erfolgen. Diese Software muss entweder den WissHom-Dokumentationsstandard bereitstellen oder über eine BDT-Schnittstelle verfügen (BDT = Behandlungs-DatenTransfer, Schnittstellenstandard innerhalb der KV-Softwaresysteme).

Im letzteren Fall erhält der Behandler ein kostenloses Software-Modul zur Verfügung gestellt, das die Pseudonymisierung und Übermittlung der Patientendaten vornimmt. Die Übermittlung der Daten erfolgt durch den Behandler per E-Mail und sollte quartalsweise vorgenommen werden.

Peer Review

Jeder Fall wird nach dem Einlesen in die Datenbank und vor der Freigabe für den Nutzerbereich einer Sichtung durch Peer-Reviewer unterzogen. Fälle können von kleinen Gruppen oder auch von einzelnen Peer-Reviewern gesichtet werden.

Hauptaufgabe des Reviews ist die Prüfung auf Vollständigkeit der Falldaten anhand des Dokumentationsstandards. Daneben ist aber auch die Angabe von weiteren Einschätzungen zum Fall möglich.

Nach erfolgtem Peer-Review sowie nach Anonymisierung wird der Fall freigegeben und für die registrierten Nutzer zugänglich. Das Ergebnis des Peer-Reviews wird dem Behandler anonymisiert mitgeteilt.

Datenbank

Die Datenbank dient der Speicherung und Bereitstellung aller Falldaten. Hauptaufgabe ist die deskriptive Darstellung, die einen Zugriff auf die Behandlungsfälle nach verschiedenen Suchkriterien ermöglicht.

Derzeit können Fälle nach folgenden Kriterien dargestellt werden:

- Diagnosen
- Arzneien
- Symptome
- Analyseverfahren
- Behandlungsergebnis
- Anzahl der verwendeten Arzneien
- Alter bzw. Geburtsjahr

Außerdem wird die Datenbank weitere statistische Grundfunktionen anbieten, z. B. Altersverteilung, Diagnosestatistik, Arzneistatistik, Symptomstatistik und andere.

Schon recht früh werden mit der Datenbank Funktionen angeboten, die einer Arzneimittellehre und einem Repertorium entsprechen. Eine Gliederung der grundlegenden Falldaten (Arzneien, Symptome, Behandlungsergebnis) nach Arznei respektive Symptomen wird die Datenbank schnell zu einem Werkzeug mit echtem praktischem Nutzen im Behandlungsalltag machen. Im Unterschied zu gängigen Repertorien und Arzneimittellehren werden diese auf klinisch verifizierten Daten beruhen, die zudem den entscheidenden Vorteil bieten, dass Misserfolge nicht ausgeblendet werden.

Nach der bisher vorherrschenden Methode der Verifikation von Repertoriumseinträgen läuft jeder Eintrag Gefahr, in naher oder ferner Zukunft in den höchsten Grad gehoben zu werden, weil eine gewisse Anzahl bestätigender Fälle immer zu erwarten ist.

Im Rahmen einer unselektierten Fallsammlung besteht jedoch die Möglichkeit, die Fälle, die einen Eintrag nicht bestätigen, gegenzurechnen (z. B. durch Anwendung des Bayes'schen Theorems).

Die passive Teilnahme, also der Zugriff auf die Datenbank, erfordert grundsätzlich eine schriftliche, unterschriebene Teilnahmeerklärung, unter Beigabe eines Nachweises der beruflichen Zuordnung. Diese Teilnahmeerklärung umfasst auch eine Verschwiegenheitserklärung. Dadurch wird eine Nutzung des Internetportals mit den entsprechend aufbereiteten Daten möglich. Für weitergehende Forschungszwecke können auch Rohdaten zur Verfügung gestellt werden.

Informationen

Alle Informationen zum WissHom-Forschungsprojekt „Empirium“ sowie Literatur und Downloads finden Sie auf der WissHom-Website:
<http://www.wisshom.de/index.php?menuid=15>

Zur Person

Dr. med. Rainer Schäferkordt

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 Zusatzbezeichnung Homöopathie
 Homöopathie-Diplom (DZVhÄ)



- Kassenpraxis für Psychiatrie, Homöopathie und Psychotherapie in Boizenburg/Elbe
- Koordinator des Bereichs Falldokumentation der WissHom-Sektion Qualitätsförderung
- 1. Vorsitzender des Landesverbands Schleswig-Holstein/Hamburg des DZVhÄ
- Dozententätigkeit im Rahmen des 3-Jahreskurses
- Entwickler der Dokumentationssoftware „Analogon“
- aktuelle Veröffentlichung: Schäferkordt R, Hoffmann S. Umfrage zum Thema Falldokumentation. AHZ 4/2014

Kontakt

Mail: info@falldokumentation.de
 Web: www.schaeferkordt.de

Heiner Frei (Laupen bei Bern, CH)

Dozentenseminar: Bönninghausen-Methode und Polariätsanalyse

In der homöopathischen Ausbildung besteht das Problem, dass die Studenten in der Regel lange brauchen, bis sie das Gelernte in der Praxis umsetzen können. Um zu verhindern, dass sie deswegen die Ausbildung abbrechen, hat der Vorstand des DZVhÄ beschlossen, Bönninghausen-Methode und Polariätsanalyse frühzeitig in der Grundausbildung einzuführen. Im Dozentenseminar im Rahmen des ICE 14 wurden die Teilnehmer mit den drei ersten Modulen des Polariätsanalyse-Lehrprogrammes vertraut gemacht (Grundlagen, Akute und chronische Erkrankungen, Checklisten und Fragebögen).

Die Polariätsanalyse

Die Polariätsanalyse ist die jüngste aller Methoden zur homöopathischen Mittelfindung. Im Bestreben, die Homöopathie auf ihre zuverlässigsten Elemente zurückzuführen, hat sie eine sehr enge Beziehung zu den grundlegenden Erkenntnissen Hahnemanns, Bönninghausens und Herings. Sie ist durch die folgenden Elemente geprägt:

- Erstellung einer Differenzialdiagnose der für den Patienten in Frage kommenden Arzneimittel aufgrund *zuverlässiger* Symptome, insbesondere der polaren Symptome (Organon §§ 133 und 153)
- Berechnung der Polariätsdifferenz als Maß für die Heilungswahrscheinlichkeit jedes Arzneimittels
- Ausschluss von Arzneimitteln mit Kontraindikationen (Bönninghausen)
- Definitive Mittelwahl mit Hilfe eines Materia-Medica-Vergleichs. Gemütssymptome können abschließend den Ausschlag für das bestpassende Mittel geben.

Die Polariätsanalyse ist eine Methode, die relativ schnell erlernt und praktisch umgesetzt werden kann. Sie liefert reproduzierbare Mittelentscheide und – aufgrund der Evaluationsstudien – auch gute Resultate. Voraussetzung ist, dass die Patienten mit Hilfe von Checklisten und Fragebögen in der Symptomenbeobachtung geschult werden. Die Aufgabe des homöopathischen Arztes besteht zunächst darin, die übermittelten Symptome zu besprechen, um sicherzustellen, dass der Patient richtig verstanden wurde. Danach macht er die Repertorisation mit den zuverlässigsten Symptomen (siehe Modul 3) [1]. Es gibt heute mehrere Repertorisationsprogramme mit Polariätsanalyse. Als bestes hat sich dasjenige der Bönninghausen-Arbeitsgemeinschaft erwiesen, das bezüglich Transparenz und Trefferquote unübertroffen ist [2].

Das Lehrprogramm

Das Lehrprogramm umfasst zwölf Module, die je aus einem Powerpoint-Vortrag und einem Skriptum mit Übungsfällen bestehen. Ein Modul beansprucht mindestens drei volle Ausbildungsstunden und lässt sich beliebig durch eigene Fälle des Dozenten ergänzen. Die PP-Vorträge und Skripten werden sukzessive auf unserer Website publiziert und können frei verwendet werden (www.heinerfrei.ch). Zusätzlich steht mit der Zeit (siehe Übersicht nächste Seite) von jedem Modul eine Video-DVD zur Verfügung, die die Dozenten beim Sekretariat des DZVhÄ leihweise beziehen können.

Im Rahmen des ICE 14 wurden die Module 1, 2 und 3 vorgestellt und das praktische Vorgehen anhand von Fallbeispielen eingeübt:

- *Modul 1* enthält eine Einführung in die Methode, mit Übungsfällen von akuten Erkrankungen. Diese eignen sich perfekt als Einstieg, weil sie in der Regel einfach sind und zu klaren Lösungen führen.
- Im *Modul 2* wird das Vorgehen bei chronischen Erkrankungen besprochen und mit Fallbeispielen demonstriert. Auch sie können ohne größere Probleme relativ früh in der homöopathischen Ausbildung angegangen werden.
- Das *Modul 3* dient vor allem dazu, Fallgruben, Fehlerquellen und unzuverlässige Symptome aufzuzeigen, die beim Einstieg in die Methode gemeistert werden müssen.

Ein wichtiger Punkt für den Erfolg ist, dass die Methode nicht mit andern homöopathischen Vorgehensweisen vermischt wird. Man macht entweder Kent oder Polariätsanalyse – nicht halb Kent, halb Polariätsanalyse. Nach unserer Erfahrung führt eine Vermischung oft zu Enttäuschungen.

Im Rahmen des ICE 15 (19.–21. November 2015) wird das Seminar mit den Modulen 4, 5 und 6 fortgesetzt, wobei auch Kolleginnen und Kollegen, die 2014 nicht dabei waren, in die Methode einsteigen können. Ein Überblick über das gesamte Lehrprogramm ist auf der folgenden Seite zu finden.

Literatur

- [1] Frei H: Die Polariätsanalyse in der Homöopathie, ein präziser Weg zum homöopathischen Arzneimittel. Narayana-Verlag, Kandern, 2014.
- [2] Bönninghausen-Arbeitsgemeinschaft, Software zu Bönninghausens Therapeutischem Taschenbuch, revidierte Ausgabe 2000. Ahrweiler, 2014 (www.boenninghausen.de).
- [3] Frei H: Homöopathische Behandlung bei akuten und chronischen Erkrankungen. 2. Auflage. Haug-Verlag, Stuttgart, 2011.
- [4] Frei H: Die Polariätsanalyse in der homöopathischen Praxis, Hinweise zur Anwendung und zum Einsatz der Fragebögen, mit zahlreichen Fallbeispielen. 2 Video DVDs, Narayana-Verlag, Kandern 2014.
- [5] Frei H: Die homöopathische Behandlung von Kindern mit ADS/ADHS. 3. Auflage. Haug-Verlag, Stuttgart, 2011.
- [6] Frei H: Homöopathische Behandlung multimorbider Patienten. Haug-Verlag, Stuttgart, 2011.

Lehrprogramm Polaritätsanalyse in der Grundausbildung		
Modul	Thema	Lehrmittel / Übungsfälle
Grundlagen		
Modul 1	Einführung, Akute Erkrankungen	Frei H: Die Polaritätsanalyse in der Homöopathie, ein präziser Weg zum homöopathischen Arzneimittel. Narayana-Verlag, Kanderndorf, 2014. [1] Frei H: Homöopathische Behandlung bei akuten und chronischen Erkrankungen. 2. Auflage. Haug-Verlag, Stuttgart, 2011. [3] DVD Modul 3 [4]. DVDs Module 1, 2 und 4 ab Mitte 2015
Modul 2	Chronische Erkrankungen	
Modul 3	Umgang mit Checklisten und Fragebögen	
Modul 4	Unterschiede der Methoden: von Hahnemann über Kent, Boger und Bönninghausen zur Polaritätsanalyse	
Kinder		
Modul 5	0 bis 3 Jahre: Erst einmal ankommen ...	Frei H: Die wichtigsten Themen der homöopathischen Kindermedizin (in Planung) DVDs Module 5 bis 8 ab Mitte 2016
Modul 6	4 bis 7 Jahre: Sich einfügen ...	
Modul 7	8 bis 12 Jahre: Mittendrin ...	
Modul 8	13 bis 17 Jahre: Und schon geht es weiter ...	
Komplexe Erkrankungen		
Modul 9	ADS/ADHS	Frei H: Die homöopathische Behandlung von Kindern mit ADS/ADHS. 3. Auflage. Haug-Verlag, Stuttgart, 2011 [5].
Modul 10	Psyche	
Modul 11	Allergien und Hauterkrankungen	Frei H: Homöopathische Behandlung multimorbider Patienten. Haug-Verlag, Stuttgart, 2011 [6]. DVDs Module 9 und 12 ab Ende 2015 DVDs Module 10 und 11 (in Planung)
Modul 12	Multimorbide Patienten	

Zur Person

Dr. med. Heiner Frei



Heiner Frei ist Facharzt für pädiatrische Homöopathie in Laupen bei Bern. Seine Forschungsschwerpunkte sind klinische Studien über akute HNO-Erkrankungen, hyperaktive Kinder, H1N1-Grippe, multimorbide Patienten sowie homöopathische Methodik.

Von 2001 bis 2005 leitete er die Berner ADHS-Doppelblindstudie, die eine signifikante Wirkung hochpotenzierter homöopathischer Arzneimittel

nachweisen konnte. In dieser Zeit erfolgte auch die Entwicklung der Polaritätsanalyse, die präzise und reproduzierbare homöopathische Mittelbestimmungen ermöglicht.

Heiner Frei hat mehrere Bücher veröffentlicht und wurde 2009 für seine Arbeiten mit dem Forschungspreis der Tiedemann Stiftung ausgezeichnet.

Kontakt und Information

Mail: heiner.frei@hin.ch

Website: www.heinerfrei.ch

Anschrift: Kreuzplatz 6, CH-3177 Laupen

Internationaler Coethener Erfahrungsaustausch (ICE)

Mit dem Internationalen Coethener Erfahrungsaustausch (ICE) wurde für die internationale homöopathische Forschung ein Grundstein mit dem Ziel gelegt, einen Raum für den intensiven wissenschaftlichen Austausch unter Kolleginnen und Kollegen zu schaffen. „Coethen“ – geschrieben wie zu Zeiten Hahnemanns – soll auf die historischen Wurzeln der Homöopathie hinweisen. Der Internationale Coethener Erfahrungsaustausch (ICE) findet seit 2001 einmal jährlich in Köthen (Anhalt) statt.

- 2001** ICE 1: Forschung in der Homöopathie
- 2002** ICE 2: Wissenschaftliche Homöopathie in Europa
- 2003** ICE 3: Homöopathie bei Krebserkrankungen
- 2004** ICE 4: Kindliche Verhaltensstörungen
- 2005** ICE 5: Der subjektive Faktor Arzt in der Homöopathie
- 2006** ICE 6: Homöopathie im klinischen Alltag
- 2007** ICE 7: Mit Homöopathie alt werden und jung bleiben – Prävention und Geriatrie
- 2008** ICE 8: Schwere Pathologien
- 2009** ICE 9: Repertorium und Materia Medica
- 2010** ICE 10: 200 Jahre Organon
- 2011** ICE 11: Welche Forschungsansätze sind für die Homöopathie am wichtigsten?
- 2012** ICE 12: Wissenschaft und Praxis – eine dynamische Beziehung
- 2013** ICE 13: Die homöopathische Behandlung chronischer Krankheiten
- 2014** ICE 14: Von der Fallanalyse zur Behandlungskompetenz – aus eigenen Fällen lernen

Vorschau

- 2015** ICE 15: Homöopathische Behandlung von krebskranken Patienten: Erfahrungen, Möglichkeiten und Grenzen
- 2016** ICE 16: Homöopathische Langzeitbehandlung und die Bedeutung von Disposition und Lebensstil
- 2017** ICE 17 im Rahmen des 72. Kongresses der Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis (LMHI): Networking in Medical Care – Ärztliche Zusammenarbeit zum Wohle des Patienten

