



Gerhard Bleul (Hünstetten, D)

Bericht über den ICE 15: Homöopathische Behandlung von krebskranken Patienten – Erfahrungen, Möglichkeiten und Grenzen*

Dieser nunmehr 15. internationale Kongress in Köthen – seit 2011 Jahreskongress der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie – wurde wiederum hervorragend vorbereitet und geleitet von Angelika Gutge-Wickert und Ulrike Kessler. Thema war – wie im Jahr 2003 (ICE 3) – die begleitende homöopathische Behandlung von Krebspatienten. Innerhalb dieser 12 Jahre hat sich sehr viel getan, viele Ärztinnen und Ärzte widmen sich inzwischen diesem Spezialgebiet, Kliniken sind entstanden, Seminare, Symposien und Kongresse wurden abgehalten, eine große Zahl Studien wurden durchgeführt, Monografien und Lehrbücher veröffentlicht. Ein Teil dieser erstaunlichen Entwicklung spiegelte sich wider in diesem Kongress, dessen 13 Referentinnen und Referenten die Forschung und Praxis in ihrer Vielfalt aufzeigten.

**Erster Kongresstag
Donnerstag, 19. November 2015**

Prof. Michael Frass (Medizinische Universität Wien) berichtete über eine Studie seines Hauses: **Retrospektive Erhebung zur Überlebenszeit von TumorpatientInnen**, die additiv zur Therapie mit Operation, Chemotherapie und Bestrahlung mit Homöopathie behandelt wurden.

Ausgangspunkt sind die Beobachtungen der homöopathischen Praxis, dass die additive Behandlung vom Tumorpatienten mit Homöopathie:

- Nebenwirkungen lindern,
- Blockaden lösen,
- Sekundärerkrankungen heilen,
- Physiologie wiederherstellen und
- Konstitution stärken kann.

In der randomisierten, nicht verblindeten Studie konnte nachgewiesen werden, dass die zusätzliche Gabe homöopathischer Arzneimittel die Lebensqualität verbessert und die Lebenszeit signifikant verlängert.

Aus dem Zeitraum von 4 Jahren (März 2004 bis März 2008) wurden 538 Patienten rekrutiert (62,8% Frauen, davon 20% Mamma-Ca. im fortgeschrittenen Stadium, ansonsten Glioblastom, Lungen-Ca., Cholangioblastom u.a.).

Von diesen Patienten wurden 54 in die Studie eingeschlossen. Ihre Überlebenszeit wurde mit

der medianen Gesamtüberlebenszeit aus der Literatur zu den jeweiligen Krebsarten verglichen. Als in einer Nachbearbeitung die Daten mit den Überlebenszeiten der noch lebenden Patienten korrigiert wurden, ergab dies selbstverständlich noch bessere Ergebnisse. Limitierend sind die geringe Fallzahl, die retrospektive Erhebung sowie das Fehlen einer Kontrollgruppe, weswegen eine prospektive Studie durchgeführt wird.

Jutta Gnaiger-Rathmanner stellte **Podophyllum – eine „kleine“ Krebs-Arznei mit bedeutender psychischer Ätiologie** vor.

Podophyllum hat eine zytotoxische Wirkung. Podophyllin ist ein Mitosegift und wird zur Behandlung von Kondylomen und Warzen eingesetzt, wobei relativ häufig nach der Therapie Zweitkarzinome und akute Leukämien auftreten. Das psychische Bild von Podophyllum hat eine Ähnlichkeit mit dem von Carcinosinum und Folluculinum. Auf körperlicher Ebene hat die Arznei eine besondere Wirkung auf das Ovar und den Darm.

Die Pflanze (schildförmiges Fußblatt, Entenfuß, Maiapfel) ist eine Berberidazee und wächst in den Wäldern Nordamerikas. Die Pflanze ist hochgiftig. Verwendet wird die Wurzel nach der Blüte. Sie wurde erstmals 1844 von Williamson in den USA geprüft.

Es ist vor allem ein Darmmittel bei heftigen Durchfällen, wässrig, herausschießend, oft schmerzlos, mit Schwäche bis hin zum Rektumvorfall, auch bei Zahnungsdurchfällen mit rotem Gesicht (Kongestion) und Rollen des Kopfes.

Modalitäten: Hitze <, lokale Wärme >, Bewegung >, früh morgens <, abends >, Reiben der Lebergegend >. Die psychische Ätiologie umfasst Gemütsbewegungen, schlechte Nachrichten, Erschöpfung. Nach Ergänzung durch eine Nachprüfung von P. und E. Friedrich sind in den neuen Repertorien 385 Gemütssymptome gelistet.

Es ist eines der Hauptmittel für den chronischen Beckenschmerz (chronic pelvic pain). Im Wirkungsbild sind Schwellungen und Verhärtungen besonders der weiblichen Organe.

Fallgeschichten

1. 35-jährige hochschwangere Frau mit Ovarialzysten und akuten starken Schmerzen.
2. Frau mit sporadischen Unterleibschmerzen, besonders prämenstruell, verstärkt 5 Wochen nach Endometriose-Operation. Nach Podo. schnelle Besserung und spätere Schwangerschaft.
3. Patientin mit Ovarialzysten seit 15 Jahren, zweimal Operation wegen Ruptur. Weiterhin oft Unterleibsschmerzen, 3. Operation geplant. Zunächst Gabe von Silicea, dann akuter Unterleibsschmerz mit Kaltschweißigkeit. Podophyllum D12. 3 Jahre später meldet sie sich und sagt: Damals ist ein Wunder geschehen. Sie habe dieses Mittel noch einige Male bei ähnlichen Beschwerden genommen.
4. 40-jährige Frau, sehr schwierig, still, vornehm, reserviert, stellt immer Gegenfragen. möchte keine Kinder. Lächelt immer freundlich, aber herablassend. Sie trägt den Nimbus des Geheimnisvollen. Hat als Kind die Scheidung ihrer Eltern erlebt, was sie in dem kleinen Wohnort als sehr demütigend empfand. Seit 15 Jahren Partnerschaft mit einem Mann, seitdem körperliche Beschwerden, über die sie aber nicht sprechen möchte. Kontrolliert, reserviert.
5. 50-jährige Lehrerin mit einer langen Liste von Beschwerden. Die „Eintrittskarte“ ist der Organschmerz. Sie aber kommt wegen Psoriasis, überall Herde, es begann in der Matura-Zeit (Gymnasiumabschluss). Seit 4 Jahren rezidivierende Zystitis. Ist häufig sehr erschöpft, „dann hilft nichts“, muss sich dann ausruhen. Schlank, sympathisch, aufgesetztes Lächeln, kontrolliert, höflich, fein, zierlich, lieblich. Stimme „zu hoch“, kindlich. Wieder diese Atmosphäre von „geheimnisvoll“. Zuckt zusammen bei Berührung des Bauches. Nach Podo. C30 langsame Besserung, es

erscheint eine Erinnerung an die Zeit, als sie 3 Jahre alt war und von einem angeheirateten Großvater sexuell missbraucht wurde. Im Arzneimittelbild von Podophyllum findet sich die Ätiologie von Bevormundung und Vernachlässigung, Kränkung mit zerstörendem Potenzial.

Die Frage, ob Podophyllum eine Krebsarznei ist, sollte weiter verfolgt werden. Im Wesentlichen ist es in chronischen Fällen ein Mittel für Frauen mit chronischen Unterleibsschmerzen aufgrund einer Somatisierung. Die neuen Einträge in Gemütsrubriken durch E. und P. Friedrich haben sich in der Praxis bewährt.

Uwe Friedrich sprach über die Möglichkeiten und Grenzen homöopathischer Behandlungen bei krebserkrankten Patienten.

Krebspatienten brauchen homöopathische Behandlung. Wir sollten nicht denken, dass wir nur kurativ tätig werden und den Krebs heilen müssen, sondern wir tragen zur Besserung der Beschwerden bei, indem wir klassisch homöopathische Mittel anwenden. Wir können nichts versprechen, sondern immer nur im Einzelfall das Beste zu erreichen versuchen.

Es gibt viele Fallberichte aus früherer und neuerer Zeit, die zeigen, dass Homöopathie Krebs grundsätzlich heilen kann. Aber die kurative Therapie hat deutliche Grenzen. Die palliative Behandlung kann sofort beginnen, ist fast immer möglich, sehr wirksam und manchmal auch Teil der Heilung.

- Präoperativ können schon Acon., Op., Phos., Ign. und andere akut auf die Psyche wirkende Mittel eingesetzt werden.
- Auch die postoperative Behandlung ist oft „banal“, mit den bekannten Mitteln: Arn., Bell-p., Carb-v., Chin., Coll., Con., Hyper., Hell., Staph. u. a.
- Collinsonia canadensis ist hochspezifisch für den Enddarmbereich.
- Ramakrishnan gibt bei Mamma-Ca. sehr oft Carcininum, empfiehlt aber im Hinblick auf spezifische Kränkungsmuster: „Deutsche Frauen, die Brustkrebs haben, brauchen Staphisagria.“
- Bei Bestrahlungsfolgen kommen Rad-br., X-ray, Phos u.a. Mittel infrage.
- Bei Nebenwirkungen der Chemotherapie Ars., Cadm-s. bzw. Cadm-met., Nux-v., Phos. u. a.

Schmerzen können günstig beeinflusst werden:

- Acon.: überfallartige Schmerzen
- Ars.: brennende Schmerzen, Hitze bessert, Ruhelosigkeit und Angst
- Aur.: Knochenschmerzen, Verzweiflung durch Schmerzen
- Bry.: stechende oder reißende Schmerzen, Liegen auf der schmerzhaften Seite bessert (oder ist überhaupt problemlos möglich), Hauptregion Thorax, Magen, Leber
- Cadm-s.: extreme Schwäche, Erbrechen, Eiseskälte
- Chel.: Leberschmerz bis zum Schulterblatt, Rechtslage verschlechtert
- Euph.: schwerste brennende Schmerzen (folgt oft auf Ars.)
- Hydr.: Magenschmerzen
- Mag-p. und Coloc: krampfartige Schmerzen
- Nux-v.: starke Empfindlichkeit, gut als Zwischenmittel besonders bei Ars.- und Sep.-Gaben
- Op.: wenn „die Sicht getrübt“ ist, um den Fall wieder zu „klären“ (Hahnemann), nicht erst in den späteren Phasen bei Opiat-Nebenwirkungen
- Ornith.: Magen- und Abdominalschmerzen

Roborierende Maßnahmen:

- Alfalfa: Schlechter Ernährungszustand, gestörter Schlaf mit Schwäche und Abmagerung → 3x10 Tr. Urtinktur vor jeder Mahlzeit (um wieder zuzunehmen)
- Avena sativa (D1-3): allgemeines Entgiftungsmittel, „Drainage“ im Rahmen der Tumoresorption – oder man empfiehlt Haferbrei.
- Card-m. (Urtinktur): Leberentgiftungsmittel
- Crat. (D2-4, 2x tgl.). allgemeine, v. a. psychisch stabilisierende Wirkung, bei Herzsymptomen (noch vor Passi. oder Aven-s),
- Echi. (Urtinktur bis zur D3): Schmerzen mit Eiterungen, bei Leukopenie
- Ficus religiosa (Urtinktur, 10 Tr. in Wasser, 2x tgl.): bei Blutungen im Zusammenhang mit Krebserkrankungen
- Passiflora incarnata: für ausgeglichenes Schlafverhalten, Verminderung der Opiatdosis, 20 Tr. Urtinktur in Wasser vor dem Schlafen

Kurative Behandlung als Möglichkeit

Kohärente Fälle: ergeben eindeutig ein Mittel, das „Similimum“, das „Rund-um-Mittel“.

Kohärente Fälle mit klaren Schichten: Beispiel einer 35-jährigen Frau mit Mamma-Ca. erst Rad-br. für die Bestrahlungsfolgen, dann Staph. wegen der Demütigung als Causa (die „schöne“ Brust entwickelt Krebs), nach Stabilisierung für 6 Mon. Abneigung gegen den Ehemann: Sep. M und CM, Nachbeobachtung 11 Jahre.

Ein weiterer Fall: 70-jährige Frau mit zweitem Rezidiv eines Mamma-Ca. – Aster. C30, dann D6, Zwischenmittel Sulf. C200 (wegen Zahneiterung und Hitze), dann wieder Aster. D6, dann erneute Demütigung durch den Ehemann und Staph. und wieder Aster. D6, dann neue (alte) Beschwerden mit Schwindel und Depression, also Con. M. Nach weiteren 2 (insgesamt 10) Monaten tumorfrei.

Vielschichtige Fälle, Heilungshindernisse nicht zu beseitigen:

- iatrogene unähnliche Krankheiten
- Wahrnehmungsfähigkeit bei Patient und/oder Arzt nicht ausreichend (Übung: „erfahrbarer Atem“)
- vielschichtig und kompliziert
- Heilungshindernisse, die nicht zu beseitigen sind
- mangelnder Lebenswille
- zu weit fortgeschrittene Krankheiten

Im Plenum ergibt sich eine Diskussion über Arnica prä- oder postoperativ, die kontrovers geführt wird – von der eindeutigen Empfehlung bis zur vollkommenen Ablehnung.

*In der **Poster-Präsentation** wurden sieben Studien und Projekte vorgestellt.*

1. **Rainer Schäferkordt:** Empirium – Falldokumentation prospektiv, jetzt im Stadium der Pilotphase mit 4 Teilnehmern plus 6, die gerade damit beginnen.
2. **Gerhard Bleul:** ICS (International Code of Symptoms) – Kodierungssystem für Symptome mit dem Ziel der eindeutigen Bestimmung und sprachunabhängigen Systematisierung, das von einigen Projekten von WissHom (Glopedia, Falldokumentation, Primäre Materia medica) genutzt werden könnte.
3. **Jürgen Pannek:** Komplementärmedizin bei Querschnittgelähmten und ihre Zufriedenheit damit.

4. **Gregor Kindelmann:** Hochpotenzwirkung in Krebszellkulturen im Vergleich zu unpotenzierten Dilutionen.
5. **Klaus von Ammon:** Arbeitszufriedenheit von Ärzten.
6. **E-Learning:** Die WissHom-AG arbeitet seit 2013 und ist jetzt in der Phase, das Pilotprojekt „Was ist Homöopathie? – Basisinformationen“ in ein Open-Source-Programm einzugeben.
7. **Christa Raak:** Hypericum-Studie: Geplant ist eine RCT-Studie zur Anwendung von Hypericum nach Zahnoperation.

**Zweiter Kongresstag
Freitag, 20. November 2015**

Erfried Pichler zeigte die **Unterschiede in der ambulanten und stationären onkologischen Therapie mittels homöopathischer Medizin.**

Ein 9 Monate altes Mädchen mit oligodendritischem Glioblastom IV°, wurde nach Operation und 2 Ventrikeldrainagen sowie Chemotherapie apathisch, sie konnte nur noch die Zunge bewegen (züngeln). Die Mutter wurde auf ihre „Erlösung“ eingestellt, die Chemotherapie abgesetzt.

Unter der Gabe von Lachesis LM 6 und kurzzeitig Nux-v. zur Verbesserung der Verdauung erholte sie sich innerhalb eines Monats und konnte mit Unterstützung stehen. Es wurde dann erhöhter Hirndruck festgestellt und eine Metastase vermutet, doch die einmalige Gabe von Lach. C200 und weitere Gaben von Lach. LM9 führten zu weiterer Erholung, Schmerzfreiheit und Wachstum, wobei der vergrößerte Kopf nicht weiter wächst und die Proportionen wieder stimmen.

*Es folgten 5 parallel angebotene **Seminare:***

Dietmar Payrhuber: Auflösung von Krebsgewebe durch homöopathische Arzneigaben: Videodarstellungen zur Erarbeitung der passenden Arznei nach Scholten (Periodensystem der Elemente)

Dietmar Payrhuber stellte in seinem Seminar unter anderem Fallberichte über einen Mann mit malignem Mesotheliom und über einen 62-jährigen Patienten mit einem Pleuramesotheliom vor.

Im **ersten Fall** wurde bei einer Gallblasenoperation zufällig entdeckt, dass das große Netz von Metastasen durchsetzt war. Nach der Resektion erlitt der Patient eine Lungenembolie. Chemotherapie und Operation wurden wegen des schlechten Allgemeinzustands aufgeschoben und eine homöopathische Erstanamnese durchgeführt. Zur Mittelwahl führten zwei durch Symptome und biografische Hinweise belegte Charakteristika: der Arbeitseifer in einem strukturierten Alltag bei offenem Wesen, welches zusammen mit seinem Äußeren (muskulös, stämmig) und den stechenden Kopfschmerzen für ein Kaliumsalz sprach, und die freigeistige, unkonventionelle, enthusiastische Art, das Leben anzupacken, was sich schon in der Kindheit zeigte, in der er sich gegen die Schläge des Stiefvaters behaupten musste. Dies führte, neben den anamnestischen Angaben operierter Handrückenwarzen und einer Unterschenkelthrombose nach Karateschlag, zur Fluoricum-Gruppe. Kalium fluoratum nahm der Patient in der C30, 3-4x täglich. Darunter traten die Warzen wieder auf und verschwanden wieder. Nach 4 Monaten war der Tumor sonografisch nicht mehr nachzuweisen. 3 Monate später zeigte auch die Computertomografie keinen Tumor mehr.

Im **zweiten vorgestellten Fall** handelte es sich um einen 62-jährigen Mann mit Pleuramesotheliom rechts. Schon mit 24 Jahren hatte der Patient eine schwere Lungen- und Rippenfellentzündung, bei der er aufgegeben wurde, aber überlebte. Seine Kindheit war karg, es waren 21 Kinder, die oft um Essen betteln mussten. Der Patient erhielt zunächst Phosphor C1000, nach 10 Tagen wiederholt, nach 6 Tagen C200, nach 3 Tagen 3. Gabe Phos. C1000. Es trat ein Pleuraerguss auf mit starken Schmerzen, was zur Wahl von Bryonia C30 führte, 3x tgl. über ca. 3 Wochen, dann wurde Phos. C200 wiederholt und die Behandlung mit Scirrhinum C30 und Carbo animalis C30 fortgesetzt. Jetzt wurde eine hiläre Raumforderung mit Verdacht auf ein primäres Bronchial-Ca. festgestellt, wobei der Patient beschwerdefrei war. Nach weiteren 3 Monaten war kein Tumor mehr nachweisbar. Ein Jahr später bekam er nach einer Fahrradtour einen Perikarderguss, der nach Punktion von 1000 ml Flüssigkeit abheilte. Aber nach einem weiteren Jahr wurde wegen einer Gastritis eine Helicobacter-Eradikation durchgeführt.

Es kam zu einem Rückfall des Pleuramesothelioms mit Operation, nach der der Patient verstarb.

An diesen Beispielen zeigte Payrhuber, dass der Tumor das Endresultat der Gesamtkrankheit ist und dass Heilung nicht in der Entfernung des Tumors besteht, sondern in der Wiederherstellung der physiologischen Prozesse mit Blick auf das „individuelle Psychodrama“, das in jeder Zelle wirkt.

Michael Zellner: Ernährung und lebendiges Wasser – Stellenwert für Prävention und Therapie von Krebserkrankungen

Ulrike Kessler leitete das **Anwenderseminar E-Learning**, in dem sie über Vor- und Nachteile, mögliche Zielgruppen und die Anwendung innerhalb des Moodle-Systems referierte.

Andreas Gleiß referierte über **Statistische Planung und Design von Homöopathie-Studien – Prinzipien und Anwendung**.

Dozentenseminar mit Heiner Frei

Heiner Frei setzte die letztes Jahr begonnene Seminarreihe über die Bönninghausen-Methode unter Einbeziehung der Polaritätsanalyse fort mit der **Unterscheidung und Anwendung verschiedener Repertorisationsmethoden und Homöopathie in der Kindermedizin**.

Nachdem im 4. Modul die unterschiedlichen Repertorisationsmethoden v. a. von Kent und Bönninghausen dargestellt werden, behandeln die Module 5 und 6 die Krankheiten der ersten 3 Lebensjahre (z. B. 3-Monatskoliken, Gedeihstörungen, Hautkrankheiten, Ateminfekte, Schlafstörungen) und im Vorschul- und Jugendalter (Enuresis, Obstipation und Enkopresis, Infektionskrankheiten wie HNO-Infekte, grippale Infekte und Kinderkrankheiten).

In den Fallbeispielen werden v. a. unsichere Rubriken und für den spezifischen Fall synonym verwertbare oder zutreffendere Rubriken herausgearbeitet. H. Frei untermauert seine Erfahrungen immer wieder durch die Ergebnisse

seiner Vergleichsstudien zwischen homöopathischer und konventioneller Therapie. Das Seminar wird nächstes Jahr beim ICE 16 fortgeführt.

Charlotte Yde aus Kopenhagen referierte in Englisch: **Cancer patients' reasons for and experience of undergoing complementary treatment by a homeopath – a qualitative study.**

In dieser Studie befragte Ch. Yde 5 PatientInnen (darunter einen Mann) zwischen 55 und 85 Jahren, die an Krebs erkrankt waren. Sie sollten über ihre Gefühle und Eindrücke, Erwartungen an die homöopathische Therapie, Unterstützung und Hindernisse der Behandlung und die therapeutischen Fortschritte berichten. Diese Patienten kamen in homöopathische Behandlung wegen ihrer Bedenken, wegen Rückfällen oder unzureichender Wirkung der konventionellen Therapie. Sie schätzten die Selbstbestimmung und die ganzheitliche Betrachtung. Es gibt bisher keine vergleichbare Studie; weitere Studien werden angeregt.

Curt Kösters sprach über **Forschungsstrategien in der Homöopathie**

Zu unterscheiden sind

- **Versorgungsforschung:** Bisherige Ergebnisse zeigen, dass die Homöopathie klinisch und ökonomisch äquivalent zu einer konventionellen Versorgung ist.
- **Klinische Studien und Metaanalysen:** Es gibt etwas 300 Doppelblind-Studien, die überwiegend positiv sind; Shang et al. (2005) listeten 21 methodisch unumstritten gute Studien auf, die überwiegend positiv ausfielen. Hahn (2015) sagt, man könne nur dann behaupten, die Wirksamkeit der Homöopathie sei nicht nachgewiesen, wenn man 95% der Studien nicht beachtet.
- **Grundlagenforschung,** d. h. physikalische Messungen und Versuche an Pflanzenmodellen bzw. Tierversuche: Eine zuverlässige und in jedem Labor replizierbare Versuchsanordnung zur Unterscheidung von Verdünnungen vs. Hochpotenzen oder Unterscheidung verschiedener Mittel ist noch nicht etabliert.
- **Qualitative Forschung**
- **Praxisforschung:** Materia-medica-Projekte, Falldokumentation, Arzneimittelprüfungen.

Ganz wichtig dabei sind Kooperation, Teambildung, freie Verfügbarkeit des Wissens.

- Konzeptentwicklung in der Lehre
- Theoriebildung: In der Homöopathie reden wir oft aneinander vorbei. Die Basis jeder Wissenschaft sind sauber definierte Begriffe, zu denen in der Homöopathie noch Nachholbedarf besteht.
- Erforschung des Ähnlichkeitsprinzips und seine Anwendung auch in der physikalischen Therapie oder in sozialen Systemen.

Als methodische Probleme von Doppelblind-Studien nannte Kösters:

- fehlende Daten für die Studienplanung (bzgl. Mittelwahl, Effektstärke), um z. B. die Teilnehmerzahl oder die Studiendauer zu berechnen.
- komplexes Outcome: Vor der Verbesserung des Zielsymptoms kommt es oft zur Verbesserung des Allgemeinbefindens.
- Verschränkungseffekte im Sinn der Quantenphysik, die genauer untersucht werden sollten.
- individuelle Mittelwahl: Dieses Prinzip der Homöopathie lässt sich in Doppelblindstudien häufig nicht abbilden.

Konsequenzen: Man sollte sich bei RCT auf akute Krankheiten konzentrieren und solche bevorzugen, die generell nur ein Mittel brauchen. [Die es nicht gibt – der Berichterstatter] Die Forschungsziele können nur erreicht werden durch offenen Diskurs, Evidenz, saubere Begriffsbestimmung und Teamwork.

Dieser Kongresstag schloss mit einem „Open Space“, bei dem in verschiedenen Räumen einige Initiatoren Themen vortrugen und zur Diskussion aufriefen.

Eva Koos regte an, über die Implementierung der Homöopathie in Krankenhäusern zu sprechen.

Carl Rudolf Klinkenberg hatte historische Kasuistiken zur Beurteilung mitgebracht, was am Beispiel einer Durchfall-Kasuistik, die mit Belladonna behandelt wurde, diskutiert wurde.

Die WissHom-AG „Spezifische Infektionskrankheiten (SIK)“ wurde von **Jürgen Pannek** vorgestellt. Im fachlichen Austausch zur Frage, welche Krankheiten zur weiteren Erforschung infrage kommen, einigte man sich auf Ringelröteln, Mononukleose, Windpocken/Zoster und Borreliose.

Aus der WissHom-AG „International Code of Symptoms (ICS)“ berichtete **Gerhard Bleul**. Der Code ist eine wichtige Schnittstelle zwischen Kasuistiken, Materia medica und Repertorium, was jeweils in weiteren WissHom-AGs bearbeitet wird. Der Code sollte von diagnostischen Kriterien freigehalten werden. Vielleicht braucht es auch eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen subjektiven, objektiven und fremd-beobachteten Symptomen.

Dritter Kongresstag
Samstag, 21. November 2015

Jens Wurster sprach über die **Homöopathische Krebsbehandlung unter klinischen Bedingungen**, wie sie in der Clinica St. Croce durchgeführt wird.

Dort werden seit 1997 Krebspatienten homöopathisch behandelt. Ansatz ist die Stimulierung des Immunsystems „so, dass Krebstumoren verschwinden können.“

Die Anamnese unterscheidet sich: Zusätzlich zur Konstitutionsanamnese wird eine miasmatische und eine Tumoranamnese durchgeführt. Das aktive Miasma und die miasmatischen Hintergründe werden durch die Erkrankungen in der Familie, Warzen, Infektionen, Impffolgen usw. erforscht. Lokale Zeichen der Tumoren, Farbe, Absonderungen sind Hinweise auf tumorspezifische Mittel mit organotropem Bezug. Bei festgestellten Unterdrückungen und Nebenwirkungen der bisherigen Therapie werden spezielle Mittel verabreicht, auch Drainagemittel werden unterstützend gegeben.

Die Behandlung beginnt mit dem aktiven Miasma, ausgehend von den jetzt angezeigten Symptomen. Die Fallanalyse soll das Konstitutionsmittel bestimmen, beinhaltet aber auch Tumorsymptome und miasmatische Aspekte. Die Arznei wird zunächst in Q-Potenz gegeben, täglich einzunehmen. In der Regel werden (gemäß § 171) mehrere Mittel nacheinander gebraucht. Unkomplizierte Fälle brauchen oft nur ein Mittel. Eine miasmatische Blockade muss ebenso beseitigt werden wie andere Blockaden (Operationen, Medikamente, Verletzungen, Bestrahlung, Chemotherapie, seelische Blockaden).

An einer Reihe von beeindruckenden Fallverläufen zeigte Wurster das Vorgehen konkret: Nierenzell-Ca. mit Lungenmetastasen, Melanom, Mamma-Ca. und Lungenmetastasen, Merkelzelltumor, Ewing-Sarkom. An der Klinik häufig verwendete Konstitutionsmittel sind Phosphorus, Sepia, Lycopodium, Arsenicum album. Bei Pankreaskarzinom wurden bisher Phos, Ars, Carb-an, Lyc, Sep, Hydr, Cadm-s und Chel verwendet.

Zunehmend häufig werden Q-Potenzen verwendet, weil dadurch oft Erstverschlimmerungen vermieden werden, sie häufiger wiederholt werden können, auch überempfindliche Personen (Allergiker, Hyperthyreotiker usw.) nicht zu stark reagieren und gleichzeitig andere Medikamente eingenommen werden können. Eine Frühverschlimmerung tritt auf bei zu starker Dosierung, falscher Herstellung u. a. Bei Spätverschlimmerung (= Wiederauftreten der ursprünglichen Krankheitssymptome) muss die Einnahme ausgesetzt und abgewartet werden.

Josef M. Schmidt gab einen historischen Überblick über **die Q-Potenzen Hahnemanns als Höhepunkt und Abschluss einer kontinuierlichen therapeutischen Entwicklung.**

Er sprach über die Entwicklung der Q-Potenzen bei Hahnemann, der gemäß einer Notiz in den „Chronischen Krankheiten“ schon 1837 mit Verdünnungsreihen der C-Potenzen experimentierte. Flury entdeckte die Angaben zu den Q-Potenzen in der erst 1921 bekannt gewordenen 6. Auflage des Organon, die er als „Q-Potenzen“ bezeichnete. Allerdings hatte der Herausgeber Haehl diese neuen Angaben nicht bemerkt, sondern weiter als Potenzen nach dem Zentesimalsystem bezeichnet. Auch Tischner erwähnte die neue Potenzierweise in seiner „Homöopathiegeschichte“ von 1934 nur in 4 Zeilen. Vögeli schließlich führte sie ab 1942 unter der Bezeichnung „LM“ in die homöopathische Therapie ein. Schwabe, der wesentliche Teile des HAB mitgestaltete, sorgte dafür, dass die Herstellung dieser neuen Potenzen aus der flüssigen Urtinktur ohne dreimal einstündige Verreibung vereinfacht wurde.

Erst in diesem Jahr hat die HAB-Kommission die Originalvorschriften Hahnemanns zur Herstellung der Q-Potenzen in das Deutsche Arzneibuch aufgenommen.

Podiumsdiskussion zur Anwendung von Q-Potenzen nicht nur in der Krebsbehandlung.

Die Podiumsdiskussion stand unter der Moderation von **Prof. Dr. Jürgen Pannek** (Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil, CH).

Wurster und **Friedrich** halten Q-Potenzen für hervorragend geeignet in der kontinuierlichen Behandlung.

Es gibt aber damit unter den Homöopathen weniger Erfahrung; bei geringer Erfahrung ist es besser, mit den Potenzen weiter zu arbeiten, die man gut kennt und steuern kann.

Payrhuber stellt fest, dass es keine Regel gibt, man muss sich dem Patienten anpassen. Er arbeitet lieber mit hohen C-Potenzen.

Pichler nutzt meist LM-Potenzen, die LM6 1x tgl. 5 Globuli trocken, **Frass** am liebsten Q-Potenzen, beginnend mit Q1.

Kösters gibt die Q-Potenzen meist nicht täglich und nicht regelmäßig, sondern nach Bedarf, die Patienten bestimmen die Einnahmeintervalle selbst.

Friedrich: Bei Krebstherapie müssen wir das Mittel häufig geben und freuen uns auch über auftretende Symptome, weil wir mit ihnen weiter arbeiten können.

Wurster: Manchmal sind auch C-Potenzen, in Wasser aufgelöst, noch besser in der Wirkung.

Wann wird die Gabe von Q-Potenzen beendet?

Friedrich: Wenn der Tumor weg ist, bis dahin muss behandelt werden. Bei anderen chronischen Krankheiten gehen wir im Verlauf auf C-Potenzen über, weil sie in der ambulanten Therapie besser zu steuern sind.

Wurster: Mit C-Potenzen können die Patienten leichter geführt werden, weil weniger zu beachten ist. Q-Potenzen sind hervorragend geeignet, Symptome aus dem Patienten herauszukitzeln, die auf neue Mittel hinweisen.

Payrhuber: Bei C-Potenzen kommt man sehr schnell auf die psychische Ebene.

Friedrich: Die C-Potenzen wirken gröber, die Q-Potenzen übernehmen oft die Aufgabe der Drainage bei Tumorzerfall zusätzlich. Ansonsten werden spezielle Drainagemittel gebraucht.

Friedrich: Bei nachlassender Wirkung einer Q-Potenz kann eine C-Potenz desselben Mittels die Behandlung weiter führen, bis dann wieder die Q-Potenz gegeben werden kann. Und umgekehrt.

Bei akuten Krankheiten setzen **die Diskussionssteilnehmer** Q-Potenzen eher selten ein, C-Potenzen werden bevorzugt.

Friedrich wies dabei besonders auf die C200 von Dunham hin.

Auf die Frage, welche Hersteller besonders gut sind, wurde sehr behutsam geantwortet.

Für **Friedrich** entscheidet die eigene Erfahrung. Er empfiehlt, ein jeweiliges Mittel immer vom selben Hersteller zu verwenden, wenn die Erfahrung gut ist.

Wurster findet, dass die meisten Hersteller gute Arzneimittel machen, auch wenn sie in der Dynamik unterschiedlich wirken.

Aus dem Publikum wird gefragt: Was tun Sie, wenn die Patienten mit vielen gleichzeitig einzunehmenden homöopathischen Mitteln kommen?

Jedes Mittel kann Symptome hervorrufen und das Bild komplizierter machen, sagte **Wurster**. Das gewählte Mittel für die jeweilige Gesamtheit der Symptome ist das beste Antidot.

Eine weitere Frage lautete: Wie engmaschig monitoren Sie die Rückmeldung bei der Gabe von Q-Potenzen?

Die Antworten:

Wurster: In der Klinik täglich, ambulant ca. alle 2 Wochen.

Friedrich: Nach 14 Tagen, aber wenn die Patienten das Mittel länger einnehmen, passiert meist nicht viel, denn die Wirkung der Potenzstufe lässt dann nach.

Kösters: Zu Beginn der Behandlung Bitte um Rückmeldung nach 14 Tagen.

Wurster sagt zum Abschluss: Das Entscheidende ist das richtige Mittel, dann spielt die Dosierung nicht eine so große Rolle.

Payrhuber ergänzt: Manchmal ist das so, manchmal ist die Potenz doch entscheidend.

Mit dieser Diskussion ging ein sehr bewegender Kongress zu Ende, der zeigte, auf welchem hohem Niveau inzwischen mit Homöopathie die Krebsbehandlung begleitet wird und welche Erfolge manchmal auch bei schlechter Prognose noch zu erzielen sind.

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: Mitbegründer des Europäischen Instituts für Homöopathie (InHom) und der Homöopathie-Stiftung in Köthen (Anhalt). Gründungsmitglied der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie (Wiss-Hom) 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.

Mail: post@gerhard-bleul.de

Web: www.gerhard-bleul.de

Anschrift: Neukirchner Straße 9a, 65510 Hünstetten

* Dieser Bericht ist in gekürzter Fassung in der ZKH erschienen unter WissHom. ZKH 2016; 60 (1): 49–51.