

Homöopathie in der Betreuung chronisch kranker Menschen – die Perspektive der PatientInnen

In diesem Beitrag soll der Frage nachgegangen werden, ob und wie im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen eine Behandlung und Betreuung durch HomöopathInnen wirkungsvoll und hilfreich ist. Die Perspektive, aus der diese Beschreibung erfolgt, ist jene der Betroffenen: Sie berichten von ihren Erfahrungen, Wünschen und Bedürfnissen, den Herausforderungen, denen sie sich im Rahmen ihrer Erkrankung gegenübersehen. Und sie beleuchten die Rolle, die der Homöopathie im Umgang mit ihrer Erkrankung zukommt. Aus dieser Sicht lassen sich fünf Themenblöcke identifizieren, die die Bedeutung der Homöopathie in diesem Zusammenhang sichtbar werden lassen: Die Rahmenbedingungen für eine homöopathische Behandlung, die Beziehungsgestaltung PatientIn – HomöopathIn, die Wirkung der homöopathischen Behandlung, die Entwicklung einer „Krankheitsgeschichte“ sowie Empowerment, Selbstsorge und Sorge für andere.

1. Einleitung

In welcher Weise trägt Homöopathie zu einer patientenorientierten Behandlung und Betreuung von Menschen, die an einer chronischen Erkrankung leiden, bei? Das war die Ausgangsfrage, mit der sich das Projekt „Homöopathie als Alternative zu schulmedizinischer Behandlung?“ an der Abteilung für Palliative Care und Organisationsethik der Alpen-Adria Universität Klagenfurt auseinandersetzte¹. Die Orientierung an den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen, ihre Sicht auf eine gute Versorgung waren dabei forschungsleitende Prinzipien (Heller 2007).

Ausgangspunkt der Forschung war die Hypothese, dass sich in der verstärkten Nutzung der Homöopathie deren Stärken, aber auch Entwicklungspotentiale für die konventionelle medizinische Versorgung besonders in der Behandlung chronischer Krankheiten abbilden. Der Erfolg der Homöopathie ist somit auch im Licht der gegenwärtigen sozialen, medizinischen und ökonomischen Herausforderungen der Schulmedizin zu sehen: Versorgungsgrenzen werden angesichts der Veränderung im Krankheitsspektrum durch die Zunahme chronischer und funktioneller Erkrankungen offensichtlich (die angebotsgesteuerte Nachfrage nach medizinischen Leistungen trägt zu diesem Umstand weiter bei), der Zunahme diagnostischer Verfahren steht keine entsprechende Entwicklung aufseiten neuer Therapien gegenüber, und eine zunehmende Spezialisierung, Fragmentierung und Depersonalisierung führt zu Kommunikationsdefiziten zwischen ÄrztInnen und PatientInnen – ein Dialog findet, wenn, dann über die PatientInnen, und nicht mit den PatientInnen statt (Degele 2000). Homöopathie übernimmt in den skizzierten Zusammenhängen eine Grundfunktion der konventionellen Medizin: die ganzheitliche Orientierung am Menschen in seinem Lebensumfeld.

Der Blick auf das Feld der Homöopathie war ein zweifacher: Er nahm Behandlungs- und Betreuungsverläufe aus der Sicht von Menschen mit chronischen Erkrankungen in den Blick und fragte nach der Perspektive der behandelnden HomöopathInnen auf die Thematik „Versorgung chronisch kranker Menschen“.

Bevor im Folgenden auf die Bedeutung der Homöopathie aus der Sicht der PatientInnen eingegangen wird, soll an dieser Stelle dargestellt werden, wer für die Studie befragt wurde. Der Kontakt zu den PatientInnen wurde über die interviewten HomöopathInnen hergestellt, welche das prinzipielle Einverständnis für ein Interview vonseiten der PatientInnen einholten. Die so sukzessive ausgewählten 10 PatientInnen wurden in einem zweiten Schritt von den Forscherinnen kontaktiert und die Vereinbarung für ein Interview (aber auch die Möglichkeit einer Absage!) wurde getroffen. Alle angesprochenen Personen haben dem Interview mit dem Hinweis, dass sie die Fragestellungen der Studie interessant fänden und die Homöopathie bekannter machen wollten, zugestimmt. Die meisten Interviews fanden bei den Betroffenen zu Hause statt, um ein vertrautes Umfeld zu gewährleisten und den ohnehin beträchtlichen Aufwand des Interviews so klein wie möglich zu halten. Alle Befragten litten zum Zeitpunkt des Interviews bereits seit längerer Zeit an einer Erkrankung, für die sie zunächst schulmedizinische Hilfe gesucht hatten. Sie waren zwischen 39 und 69 Jahre alt, und zwischen 6 Monaten und 27 Jahren in homöopathischer Behandlung. Frauen und Männer waren gleich verteilt.

2. Die Perspektive der PatientInnen

Das folgende Kapitel beschäftigt sich damit, wie die homöopathische Behandlung und Betreuung vonseiten der PatientInnen² erlebt wird. Aus den Erzählungen der PatientInnen lassen sich fünf wesentliche Themen ableiten:

- Rahmenbedingungen für eine homöopathische Behandlung
- Beziehungsgestaltung PatientIn – HomöopathIn
- Wirkung der homöopathischen Behandlung
- Entwicklung einer „Krankheitsgeschichte“
- Empowerment, Selbstsorge und Sorge für andere

¹ An dem Projekt haben neben der Autorin Univ.-Prof. Mag. Dr. Andreas Heller M.A., der Leiter der Abteilung, und Mag.a Claudia Wenzel mitgearbeitet. Ich danke ihnen für die gute Zusammenarbeit.

² Die Begrifflichkeit „PatientIn“ wird hier in Anlehnung an die Selbstbeschreibung der InterviewpartnerInnen verwendet. Es soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass die diesem Begriff zugrunde liegende, der sprachlichen Herkunft und vielfachen Praxis geschuldet Annahme des „passiven Erduldens“ keinesfalls mit der Verwendung impliziert werden. „PatientInnen“ wird alternierend mit „Betroffene“ verwendet, um auf diese Problematik Bezug zu nehmen.

2.1. Rahmenbedingen für eine homöopathische Behandlung

Grundlagen für eine gelingende homöopathische Behandlung und Betreuung werden bereits im Zugang zur Homöopathie gelegt: Die Anregung, eine homöopathische Behandlung zur Linderung von Beschwerden zu versuchen, kommt aus dem Verwandten- oder nahen Bekanntenkreis, also von Personen, deren Empfehlung wertgeschätzt wird. Die Betroffenen berichten von dieser Phase als einer Suche nach Behandlungsalternativen, in der sie für hilfreiche Hinweise offen waren.

Homöopathie war in dieser Phase für sie eine mögliche Option, die durch die beobachteten Behandlungserfolge bei anderen das Interesse weckte, und für die sie sich nach ersten Behandlungserfahrungen entschieden haben. Im Allgemeinen ist das Wissen über Homöopathie in dieser Phase gering; was zählt, ist die Empfehlung einer vertrauenswürdigen Person. Inhaltlich konnte diese Empfehlung an die eigenen subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit und Behandlung von Leiden gut anschließen.

In den Erzählungen zu ihren Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit wird deutlich, dass die Betroffenen fast ausschließlich psychosoziale Gründe als Erkrankungsursachen anführen, und ihre körperliche Symptomatik in enger Verbundenheit und Bedingtheit mit ihrem Befinden sehen. Kranksein wird auf körperlicher Ebene als Funktionsstörung, verbunden mit Schmerzen, auf psychosozialer Ebene als eingeschränkte Handlungsmöglichkeit und potentielle Abhängigkeit von der Unterstützung anderer gedeutet. Eine diesen Bedürfnissen entsprechende Behandlung sollte möglichst nebenwirkungsarm und „sanft“ sein, einige InterviewpartnerInnen sprechen auch von einem „ganzheitlichen Ansatz“, der sie schon immer interessiert hat.

Diesem umfassenden Verständnis von Krankheit und Krankenbehandlung steht ein in der Wahrnehmung der Betroffenen darauf wenig eingehendes schulmedizinisches Behandlungskonzept gegenüber: Hauptgrund für die Suche nach Behandlungsalternativen sind dementsprechend wenig zufrieden stellende Erfahrungen mit der schulmedizinischen Behandlung. Einen wesentlichen Anteil an der Erfahrung mit schulmedizinischer Behandlung hat die Wahrnehmung der Interaktion und Kommunikation mit schulmedizinisch tätigen ÄrztInnen: Ihre Leiden wurden teilweise ignoriert, nicht ernst genommen und bagatellisiert, Diagnosen wurden unzureichend erklärt – somit waren schulmedizinischer Befund und das aktuelle Befinden für die Betroffenen nicht zur Deckung zu bringen.

Oftmals waren auch Therapievorschlage nicht akzeptabel, meist aufgrund der befürchteten Nebenwirkungen, bzw. konnte der Grund einer Behandlung nicht schlüssig dargelegt werden oder die Betroffenen vermuteten aufseiten der ÄrztInnen die Tendenz, eher eine schnelle Lösung des Problems mittels Medikamenten anzustreben, als sich mit ihrem Befinden auseinanderzusetzen. In manchen Fällen wurde die schulmedizinische Behandlung aufgrund der Nebenwirkungen bzw. aufgrund der wahrgenommenen unzureichenden Wirksamkeit überdacht. Auch wird angemerkt, dass die Schulmedizin ihre Grenzen nicht

erkennen kann, und somit zum „Immerweiter(be)handeln“ gezwungen ist. Ganz allgemein stellen die InterviewpartnerInnen aufseiten der von ihnen konsultierten SchulmedizinerInnen einen Mangel an Kommunikation, Zeit und Interesse an ihren Beschwerden fest.

2.2. Beziehungsgestaltung PatientIn – HomöopathIn

Der Interaktion mit der/dem HomöopathIn wird in den Aussagen der PatientInnen große Bedeutung zugemessen. Sie stellt einen „Gegenpol“ zur als sehr belastend wahrgenommenen Kommunikations- und Beziehungslosigkeit im schulmedizinischen Behandlungskontext dar und wird idealtypisch in der Konzeption der „Hausärztin“ / des „Hausarztes“ gefasst.

Paradigmatisch lassen sich diese Erfahrungen in den Erzählungen der InterviewpartnerInnen über den persönlichen Erstkontakt mit der/dem HomöopathIn im Rahmen der homöopathischen Fallaufnahme festmachen, der in Inhalt und Ablauf als überraschend angenehm und interessiert an ihren Beschwerden beschrieben wird. Die Art der Sprache als umgangssprachlich, jenseits der medizinischen Fachsprache, wird von den PatientInnen geschätzt: „Wir sprechen dieselbe Sprache.“ Die genauen Fragen der HomöopathInnen erleben manche Betroffene als Herausforderung an ihre Beobachtungs- und Ausdrucksfähigkeit, ihre Beschwerden in allen Details zu schildern. Einige berichten davon, dass ihnen im Verlauf des Erzählens Zusammenhänge bewusst wurden, die für sie neu und überraschend waren. In manchen Fällen wird das freie Sprechen über die Beschwerden als eigenständige, heilsame Intervention empfunden: PatientInnen beschreiben diese Erfahrungen als „sich ernst genommen fühlen“, verbunden mit der Möglichkeit, „in der eigenen Sprache zu sprechen“.

Die/dem HomöopathIn wird von den PatientInnen als empathisch und Anteil nehmend beschrieben, als eine Person, die zuhören kann und daran interessiert ist, ihre Symptome und ihr Leiden zu verstehen und auf ihre Bedürfnisse und Wünsche Rücksicht zu nehmen. Dieses Interesse drückt sich für die Betroffenen durch das genaue Nachfragen der/des HomöopathIn aus. PatientInnen fühlen sich „als Mensch wahrgenommen“, eine Erfahrung, die sie in ihren bisherigen Kontakten im schulmedizinischen Kontext eher als Ausnahme erlebt haben. Die Konsultation lässt ihnen genug Zeit, um die Beschwerden ausführlich schildern zu können und die Individualität ihrer Symptome in der subjektiven Schilderung zu fassen. Die ausreichend vorhandene Zeit ermöglicht es nach Einschätzung der Betroffenen auch der/dem HomöopathIn, sich in ihre Schilderungen „einzufühlen“. Diese Anteilnahme kann auch implizieren, dass die/dem HomöopathIn eher „zurückhaltend“ auftritt, wenn das für die/den PatientIn angenehmer ist. Das Umfeld der Praxisräume spiegelt diese Schilderung wider, es wird als „freundlich, warm und nicht-medizinisch“ beschrieben, erinnert an einen Therapieraum und nicht an eine konventionelle Arztpraxis mit ihrer Ausrüstung an medizintechnischen Gerätschaften.

Insbesondere Frauen führen dieses Verständnis und die empathische Haltung der sie betreuenden HomöopathInnen darauf zurück, dass sie über gemein-

same, geteilte Erfahrungen verfügen: das Erlebnis des Krankseins und der homöopathischen Behandlung, die Erfahrungen als Patientin im schulmedizinischen System, und auf gesellschaftlicher Ebene z.B. als Mutter, die um die Behandlung ihrer Kinder besorgt ist, und als diejenige, die für Gesundheitsbelange und die Versorgung von Kranken zuständig ist (z.B. in der Familie). Darüber hinaus scheint es bedeutsam zu sein, dass PatientInnen und HomöopathInnen bestimmte Überzeugungen teilen: Das betrifft Konzepte zur Entstehung von Krankheiten, die Behandlung von Krankheiten und die jeweiligen Rollen von PatientInnen und HomöopathInnen, und auch den Sinn von Krankheit und Leiden.

In Bezug auf die fachliche Qualifikation der/des HomöopathIn schätzen die Betroffenen, dass diese über eine homöopathische und eine schulmedizinische Ausbildung verfügen und quasi „in zwei Welten“ zu Hause sind. Diese doppelte Qualifikation vermittelt den PatientInnen ein Gefühl der Sicherheit. Der sich daraus ergebende Einsatz homöopathischer oder schulmedizinischer Behandlung wird als „nicht dogmatisch“ beschrieben.

Die kontinuierliche Betreuung durch die/den HomöopathIn wird von den Betroffenen als bedeutsam angesehen. Qualitativ kann diese Begleitung unterschiedliche Ausprägungen annehmen, abhängig davon, welche subjektiven Konzepte von Gesundheit und Krankheit die Betroffenen vertreten: Die/der HomöopathIn kann als „Hausärztin/Hausarzt“ wahrgenommen werden, die/der die Betroffenen bereits über einen längeren Zeitraum hinweg betreut hat und nicht nur über ihre Erkrankungen, sondern auch über ihre Lebenszusammenhänge Bescheid weiß: Dies wird von den Betroffenen dahingehend kommentiert, dass man „nicht nur eine Nummer und ein Krankenschein zum Abrechnen“ ist. Werden Krankheiten und Symptome als hilfreiche Zeichen und Anstöße für Veränderungen und persönliche Entwicklung gedeutet, dann wird die Betreuung durch die/den HomöopathIn auch als eine Form von spiritueller Begleitung gesehen. Innerhalb dieser beiden Pole lassen sich unterschiedliche Ausprägungen der Begleitungen ausmachen. Voraussetzung ist aber in jedem Fall ein bereits über einige Monate dauernder Kontakt. Am Beginn der Behandlung dominiert vonseiten der PatientInnen eine Haltung, die vorwiegend die akuten Beschwerden im Blick hat und in Bezug auf eine längere Begleitung zurückhaltend agiert.

Organisatorisch lässt sich die Begleitung als zeitweise Verdichtung der Kontakthäufigkeit und dauerhaftes „Dabeisein“ beschreiben. In diesem Zusammenhang wird betont, wie wichtig die Erreichbarkeit der/des HomöopathIn ist, insbesondere was Notfälle – vorwiegend Erkrankungen von Kindern – angeht. Erreichbarkeit meint hier das Vertrauen auf eine zeitnahe Bearbeitung eines aufgetretenen Problems und nicht zwingenderweise den sofortigen Kontakt.

Die/der HomöopathIn fungiert ferner als ZuweiserIn zu schulmedizinischen KollegInnen – eine Funktion, die sehr geschätzt wird. Für die PatientInnen ist es wichtig, dass auch vonseiten der Einstellung der/des HomöopathIn eine Kombination der Homöopathie mit schulmedizinischen Methoden (oder auch anderen Verfahren bzw. Therapien) möglich ist: Einerseits, weil auch die Homöopathie in ihrem Behandlungsspektrum an Grenzen stößt und die PatientInnen es

als vertrauensstiftend erleben, wenn diese Grenzen auch benannt werden. Andererseits, weil die Funktion der Zuweisung die Empfehlung von konkreten ÄrztInnen beinhaltet, auf deren Kompetenz vertraut werden kann, die in Kontakt mit der/dem HomöopathIn stehen, und die die Homöopathie gutheißen – somit wird den Betroffenen ein „Herumirren“ und ein Sich-erklären-Müssen (warum eine homöopathische Behandlung in Anspruch genommen wird) erspart.

Die/der HomöopathIn fungiert in diesem Behandlungskontext als „Hausärztin/Hausarzt“, also als Ärztin/Arzt, bei der/dem alle Informationen über die Behandlung zusammenlaufen und mit der/dem die gemeinsame Entscheidung für nächste Schritte getroffen wird. Die Letztverantwortung bzw. Zuständigkeit für die Vereinbarkeit des Therapiekonzepts (z.B. die Kommunikation mit SchulmedizinerInnen über die homöopathische Behandlung) liegt bei den PatientInnen – diese Konstellation wird von ihnen als Ausdruck ihrer persönlichen Verantwortung gewertet.

2.3. Wirkung der homöopathischen Behandlung

In der Suche nach dem passenden homöopathischen Mittel manifestieren sich Übergang und Zusammenhang zwischen der Bedeutung der Beziehung zwischen PatientIn und HomöopathIn und der Wirkung der Behandlung. Die Suche nach dem Mittel bzw. die Tatsache, dass nicht sofort nach einer Konsultation ein Mittel feststeht, wird von einigen PatientInnen als Ausdruck der Sorgfalt und des genauen Vorgehens bei der Auswahl des Mittels gedeutet. Auch ein Wechsel des Mittels im Lauf der Behandlung wird dementsprechend als Anpassung an ihr individuelles Befinden gedeutet.

Das Auffinden des passenden Mittels stellt auch Anforderungen an die PatientInnen: Sie müssen bereit sein, nicht nur über körperliche, sondern auch über psychische Beschwerden Auskunft zu geben bzw. akzeptieren, dass auch ihr soziales Umfeld und ihre Lebenszusammenhänge in den Blickpunkt der homöopathischen Anamnese rücken. Ferner müssen sie ihre Beobachtungsfähigkeit und Ausdrucksfähigkeit schulen, um auf die genauen Nachfragen Auskunft geben zu können. Das erfordert zumindest am Beginn der homöopathischen Behandlung ein Umdenken und eine Zeitinvestition, da diese Aufmerksamkeit erst geschult werden muss.

Ein Umdenken ist nach Meinung der Betroffenen auch dort notwendig, wo sie am Beginn der Behandlung noch von einer passiven Haltung ausgingen, die darauf basierte, mittels Einnahme eines möglichst nebenwirkungsarmen Mittels gesund zu werden: Hier berichten sie, dass ihre Mitarbeit und aktive Teilnahme von Anfang an eingefordert wurde, sei es in Form der Schulung der Selbstbeobachtung, oder auch dadurch, eine Haltung zu finden, dass Heilung wesentlich auch von den Betroffenen selbst bewirkt wird: Indem die Auseinandersetzung angestoßen wird, welchen Sinn die Symptome haben könnten. Fast alle berichten von einem Wandel in ihrer Haltung gegenüber Symptomen und Beschwerden: Diese werden als sinnvolle Zeichen des Körpers bzw. der Psyche gedeutet, um auf einen Entwicklungsschritt oder eine Gefährdung hinzuweisen.

Mit dem homöopathischen Mittel wird dabei eine qualitativ andere Wirkung als mit schulmedizinischen Medikamenten verbunden, die als „lösen, hervorholen, ausheilen“ gefasst wird. Im Unterschied zu schulmedizinischen Medikamenten, denen zum Teil eine unterdrückende Wirkung zugeschrieben wird, werden homöopathische Mittel als unterstützend und systemisch wirkend und als nachhaltig wirksam beschrieben. Anders als in der schulmedizinischen Behandlung, wo eine schnelle Wirksamkeit oft mit einer aggressiven Wirkungsweise und Nebenwirkungen verbunden ist, wird die Wirkung der homöopathischen Mittel als subtiler und frei von Nebenwirkungen (abgesehen von einer möglichen Erstverschlimmerung) gesehen. Der Wirkungseintritt kann rasch und gut wahrnehmbar erfolgen, oder schrittweise und nur graduell wahrnehmbar. Wirkungen werden auf körperlicher Ebene, aber auch auf psychischer Ebene und, damit verbunden, auf sozialer Ebene beschrieben.

Wie bereits erwähnt, wurde von allen InterviewpartnerInnen angegeben, dass sie die homöopathische Behandlung mit anderen, vorwiegend schulmedizinischen, aber auch alternativen und komplementären Therapien kombinieren. Den zusätzlichen alternativen und komplementären Methoden kommt in diesem Zusammenhang eine ergänzende Funktion zu, sie wurden z.T. von der/dem HomöopathIn empfohlen und sollen die Wirkung der Homöopathie unterstützen bzw. für eine homöopathische Behandlung nicht zugängliche Beschwerden bearbeiten.

Der Verwendung der Schulmedizin kommt in diesem Zusammenhang eine etwas andere Bedeutung zu: Sie dient in erster Linie der Erstellung schulmedizinischer Befunde, um die Möglichkeit auszuschließen, eine relevante Erkrankung nicht erfasst zu haben. Ferner wird sie im Rahmen jährlicher Kontroll- und Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen. Eine wichtige Funktion erfüllt die Option, sich schulmedizinisch behandeln zu lassen als „Sicherheitsnetz“, wenn eine homöopathische Behandlung sich als zu wenig wirksam oder nicht wirksam erweist. In diesem Fall wird nach dem Prinzip des aufmerksamen Abwartens vorgegangen – HomöopathIn und PatientIn beobachten den Verlauf der Beschwerden und setzen gegebenenfalls schulmedizinische Medikamente ein.

Die Vereinbarkeit der Homöopathie mit einer schulmedizinischen Behandlung scheint somit für die Betroffenen prinzipiell gegeben zu sein. In diesem Arrangement hat die Homöopathie Priorität, damit ist oft auch der Wunsch verbunden, schulmedizinische Therapien, insbesondere Arzneimitteltherapien, soweit wie möglich zu reduzieren bzw. zu vermeiden.

2.4. Entwicklung einer „Krankheitsgeschichte“

Ein Element der heilsamen Wirkung der homöopathischen Behandlung und Betreuung stellt für die Betroffenen die Möglichkeit dar, ihre individuelle Krankheitsgeschichte, ihr Kranksein zu fassen und sich dessen bewusst zu werden. Im Wesentlichen geschieht diese „Biographisierung“ im Rahmen der Konsultationen mit der/dem HomöopathIn und wird in der homöopathischen Fallaufnahme durch die Art der Fragestellung bzw. durch das aufmerksame Zuhören und die Verwendung von Alltagssprache vonseiten

der HomöopathInnen hervorgerufen. Sie setzt sich fort in der Selbstbeobachtung und in den dadurch angestoßenen Konstruktionen und Sinnzusammenhängen aufseiten der PatientInnen.

Diese Elemente der Selbstbeobachtung wurden zum Teil auch in schriftlicher Form festgehalten – als Tagebücher durch die Betroffenen selbst, oder im Fall der Behandlung von Kindern, für diese durch die Mütter. Eine Grundlage für diese Biographisierungsleistung bilden geteilte Erklärungsmodelle zwischen PatientInnen und HomöopathInnen, was die Konzepte von Gesundheit, Krankheit und Heilung angeht: Diese werden im Verlauf der Betreuung gemeinsam konstruiert, z.T. berichten PatientInnen auch von einem „Umdenken“, was ihre Sicht auf Ursachen von Krankheiten und Zusammenhänge z.B. zwischen Lebensstil und Gesundheit angeht. Bedeutsam ist auch, dass sich zwischen PatientIn und HomöopathIn im Verlauf der Betreuung eine Vertrauensbasis gebildet hat, die den Austausch über subjektive Konzepte, Wahrnehmungen, Wünsche und Bedürfnisse erst ermöglicht.

Die Betroffenen berichten, dass ihnen im Zuge des Sprechens und Erzählens über ihre Erkrankung erstmals bewusst wurde, dass sie einen anderen Umgang damit finden wollten, indem sie diese in ihr Leben integrierten, anstatt die Erkrankung als ausschließlich zu bekämpfende Beschwerden zu sehen – diese Sichtweise wurde vor allem dann wichtig, wenn die Beschwerden wiederkehrend waren, keine Aussicht auf Heilung im Sinne von Beschwerdefreiheit gegeben war und der Alltag der Betroffenen dadurch beeinträchtigt war.

Diese Aufgabe der Auseinandersetzung mit und der Rekonzeptualisierung von Beschwerden wurde im Prozess z.T. auch als mühsam und belastend empfunden. Positiv wird von den Betroffenen wahrgenommen, dass sie eine Sichtweise entwickeln konnten, sich auf die Signale und Zeichen ihres Körpers zu verlassen und diese als hilfreich im Aufspüren von Ressourcen und belastenden Einflüssen zu sehen: Symptome können so als Warnsignale des Körpers gelesen werden, die auf eine Überforderung hinweisen. Zentral auch der Begriff des „Ordnen“ von Wissensbeständen, welches das Denken und Wissen über Krankheiten sowie die Gefühle der Betroffenen umfasst.

Die ressourcenorientierte Unterstützung der Entwicklung einer individuellen Krankheitsgeschichte durch die/den HomöopathIn setzt sich fort im homöopathischen Mittel, das von einer Interviewpartnerin als „Talisman“, der sie in ihren Entwicklungsprozessen begleitet, beschrieben wurde. Das homöopathische Mittel leistet auch eine wichtige Übersetzungsarbeit, indem es als Vermittler zwischen den Signalen/Symptomen des Körpers und dem Bewusstsein und Bewusstsein darüber fungiert.

Thematisch lassen sich unterschiedliche Narrationen fassen: z.B. Geschichten, die Homöopathie als „Begleitung in einem Wachstumsprozess“ sehen, jene, die von „Sicherheit und Handlungsfähigkeit“ sprechen, oder jene, die Homöopathie als „immer wieder in den Griff kriegen mit natürlichen Mitteln“ konzipieren.

2.5. Empowerment, Selbstsorge und Sorge für andere

Die Ausgangspunkte für die Entwicklung von Kompetenzen zur Selbstsorge und Sorge für andere stellen die genaue Selbstbeobachtung, die Umdeutung von Symptomen als hilfreiche Zeichen des Körpers und die Orientierung an Ressourcen dar. Daran angelehnt sind das Vertrauen, für sich selbst und andere sorgen zu können, das sich im Wesentlichen durch die als erfolgreich erlebte Behandlung, aber auch im Zuge der Selbstbehandlung und Selbsthilfe entwickelt, und die Haltung, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.

Unterstützt wird dieses Selbstvertrauen durch die Aufforderung und Ermunterung der HomöopathInnen, für das eigene Wohlbefinden bzw. für Heilungsprozesse Verantwortung im Sinne von Mitarbeit und Mitbestimmung zu übernehmen. Das kann im Verlauf der Konsultationen geschehen, durch Übertragen von „Aufgaben“, z.B. der Selbstbeobachtung und selbständigen Mitteleinnahme nach Bedarf. Oder auch als gezieltes Angebot vonseiten der HomöopathInnen in Form von Seminaren und Vorträgen, die neben der Erweiterung der Eigenkompetenz auch die Möglichkeit eröffnen, dass sich die TeilnehmerInnen gemeinsam relevantes Wissen über Optionen zur Selbstbehandlung erarbeiten (im Gegensatz zu dekontextualisierten Informationen aus anderen Quellen, z.B. homöopathischer Fachliteratur).

Auch die Stärkung des Selbstvertrauens und die Vernetzung mit anderen Betroffenen werden als hilfreich erwähnt. Diese Netzwerke, die teilweise freundschaftlichen Charakter annehmen, werden beinahe ausschließlich von Frauen thematisiert und sehr geschätzt, die ihre Kinder behandeln und im Austausch mit anderen Unterstützung – vor allem in Akutsituationen – erhalten.

Die Selbstbehandlung mit homöopathischen Mitteln kann unterschiedliche Formen annehmen: Sie reichen von einer selbständigen Einnahme der Mittel nach Anweisung der/des HomöopathIn bis zur eigenständigen Wahl von Mitteln. Generell wird aber die Rücksprache und Abstimmung mit der/dem HomöopathIn gesucht. Erleichtert wird die homöopathische Selbstbehandlung dadurch, dass sich die Betroffenen auf wenige (Akut-)Mittel beschränken und die Art der Behandlung – das Einnehmen eines Mittels – als leicht erlernbar beschrieben wird. Die Auswahl des passenden Mittels anhand des Ähnlichkeitsprinzips wird als intuitiv einleuchtend wahrgenommen. Die geringe Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen fördert die Offenheit zur Selbstbehandlung.

Wie erwähnt, kann die Selbstbehandlung auch ausgedehnt werden auf nahe stehende Personen, das ist insbesondere bei Müttern der Fall, die ihre Kinder homöopathisch behandeln. Hier wird betont, dass mithilfe der Homöopathie eine sanfte Behandlungsmethode gefunden wurde und Nebenwirkungen weitestgehend ausgeschlossen werden können, was insbesondere bei der Betreuung kleiner Kinder eine große Rolle spielt. Einzig der Aufwand der homöopathischen Behandlung (z.B. bedingt durch den Verarbeitungsmodus) wird als teilweise mühsam und zeitaufwändig beschrieben.

Eine weitere Ausdehnung erfährt diese Selbstsorge, die ursprünglich die angeleitete Selbstbehandlung mit homöopathischen Mitteln umfasst, durch die Rückbesinnung auf Hausmittel, durch Änderungen im Lebensstil, die ursächlich mit den Erfahrungen in der homöopathischen Behandlung in Verbindung gebracht werden (z.B. sich mehr Ruhe zu gönnen), und durch die selektive Anwendung anderer Behandlungsoptionen, auch im schulmedizinischen Bereich. In diesem Zusammenhang schätzen die Betroffenen den offenen und pragmatischen Zugang ihrer HomöopathInnen zu anderen Behandlungsoptionen und Verfahren sowie die Empfehlung derselben.

Manche InterviewpartnerInnen beschreiben diese Prozesse der Selbstsorge und Sorge für andere durch Homöopathie als „früher dran sein“. Die erfolgreich erlebte Selbstbehandlung führt zu einem Gefühl des Selbstvertrauens, dass Wissen und Kompetenzen zur Selbstbehandlung genutzt werden können, und zu einem Gefühl der Sicherheit, auch bei zukünftigen Beschwerden handlungsfähig zu sein und auf die Wirkung der Homöopathie vertrauen zu können.

3. Diskussion und Ausblick

Die Praxis des Umgangs mit chronischen Leiden durch Nutzung homöopathischer Behandlung und Betreuung zeichnet sich dadurch aus, dass die Betroffenen eine andere Perspektive auf und einen anderen Umgang mit Krankheit und Leiden erlangen. Dadurch gelingt es den Betroffenen, chronische Krankheiten zu rekonzeptualisieren, in ihren Alltag zu integrieren und handlungsfähig zu werden. Dieser veränderte Blickwinkel wird möglich in der Interaktion mit der/dem HomöopathIn als Gegenüber: Die vertrauensvolle Beziehung, die sich im Verlauf der Betreuung entwickelt, und das angewandte Behandlungskonzept, das Krankheit in ihrer Individualität, subjektiven Beschreibung und biographischen Einbindung versteht und sichtbar macht, lassen einen ressourcenorientierten Zugang zu, in dem Symptome auch als hilfreiche Zeichen gelesen werden können, und somit der Erkrankung Sinn zugeschrieben werden kann.

Die in dieser Praxis sichtbar werdende Orientierung an den Bedürfnissen der Betroffenen findet dort ihre Grenzen, wo man sich Fragen der Einbindung der Homöopathie in Versorgungs- und Finanzierungskontexte innerhalb des Gesundheitswesens stellt, die in dieser Form auch für andere alternative und komplementäre Verfahren relevant sind: Es zeigt sich, dass die Homöopathie nach wie vor eine marginalisierte Existenz im Gesundheitsbereich führt, somit die Integration in Versorgungskontexte und die damit verbundenen Aushandlungsprozesse beinahe ausschließlich auf individueller Ebene verortet und Aufgabe der Betroffenen sind. Eine weitere Erschwernis stellt die Finanzierung der homöopathischen Behandlung dar, da sie – zumindest in Österreich – nach wie vor nicht als Heilbehandlung anerkannt ist und daher nur in einem verschwindend geringen Ausmaß von der gesetzlichen Krankenversicherung abgegolten wird.

Diese beiden Hürden können auch als Zugangsbeschränkungen gelesen werden, die sozial und ökonomisch selektiv wirksam werden, da sie spezialisiertes Wissen (z.B. über den Zugang zu homöopathi-

scher Behandlung, aber auch in der Koordination der Versorgung) und finanzielle Ressourcen vonseiten der Betroffenen erfordern. Somit stellen sich auf der Ebene der Versorgungssysteme auch Fragen der Verteilungsgerechtigkeit, wenn man davon ausgehen kann, dass eine homöopathische Behandlung aus der Perspektive der Betroffenen wirksam ist.

Man kann der Homöopathie also wünschen, dass im Sinne der Betroffenen und einer allgemeinen Verteilungsgerechtigkeit die Bemühungen um eine Vernetzung mit anderen Versorgungsangeboten gelingen mögen und dass sie sich dabei ihrer genuinen Stärken noch stärker bewusst wird.

Literatur

Degele, Nina (2000): Alternativmedizin zwischen Anpassung und Ausstieg: das Beispiel Homöopathie. Gesundheitswesen, 62, 47-52.

Heller, Andreas (2007): Die Einmaligkeit von Menschen verstehen und bis zuletzt bedienen. Palliative Versorgung und ihre Prinzipien. In: Heller, Andreas/ Heimerl, Katharina und Stein, Husebo (Hg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. Palliative Care und OrganisationsEthik. Freiburg i. Breisgau: Lambertus, 191-208.

Mag.a pharm. Petra Plunger MPH

Pharmazeutin und Gesundheitswissenschaftlerin. Vita: Studium der Pharmazie in Graz. Master of Public Health an der Johns Hopkins University. Beschäftigt sich in Wissenschaft und Praxis mit den Themen Versorgungsforschung, PatientInnenorientierung, Gesundheitsförderung und Public Health. Seit März 2006 als Wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig an der Abteilung für Palliative Care und OrganisationsEthik/IFF Wien, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt. Forschungsbereiche: Alternative und Komplementäre Heilverfahren, Konzeptentwicklung Palliative Care.



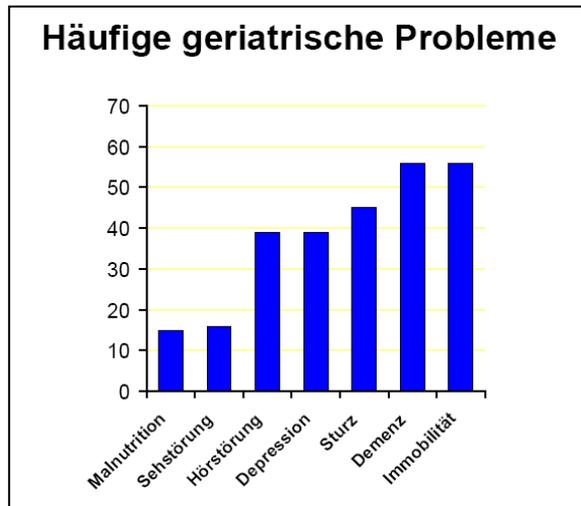
- Kontakt: petra.plunger@uni-klu.ac.at
- Palliative Care und OrganisationsEthik / IFF Wien: www.uni-klu.ac.at/pallorg

Homöopathie in der ambulanten geriatrischen Versorgung

Geriatrische Patienten leiden häufig unter schwerwiegenden Einschränkungen der Mobilität und Autonomie – Endstrecken von individuellen Erkrankungsbiographien, die sich in schweren Organpathologien und Multimorbidität niederschlagen. Viele chronische Erkrankungen sind auch konventionell nicht vernünftig therapierbar und es fehlen therapeutische Alternativen. Anhand von Fallbeispielen wird aufgezeigt, wie man mit dem General Analysis Repertorium von C. M. Boger bei Demenz und Inkontinenz vorgehen kann, Ursachen und Therapiemöglichkeiten bei Mobilitätsstörungen werden benannt. Der nachfolgende Text ist eine Zusammenfassung des Kongress-Vortrags.

1. Homöopathie in der Geriatrie

Häufige geriatrische Probleme sind z.B. Erschöpfungszustände, Schwindel, Gangstörungen, Sturzgefahr, Hemiparese und postapoplektische Residuen, Morbus Parkinson, kognitive Störungen und Demenzen, Frakturen, Traumata, Kachexie, Exsikkose, chronische Schmerzen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Bronchitis, Pneumonien und Diabetes mellitus mit Folgekomplikationen.

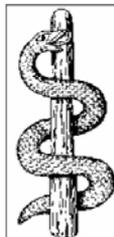


Ein großes Problem stellen Multimedikation und unerwünschte Arzneiwirkungen dar. Das wichtigste Ziel der homöopathischen Therapie besteht in der Anregung der Selbstheilung. Bei schweren Organpathologien sind die Selbstheilungspotentiale eingeschränkt, so dass realistische Therapieziele die Linderung akuter und chronischer Krankheiten und die Steigerung der Lebensqualität und des Wohlbefindens sind. Wichtig ist es insbesondere, die Autonomie und Gesundheits-Kompetenz der alten Patientinnen und Patienten zu fördern und nebenwirkungsreiche Medikamente einzusparen.

Prinzipien der geriatrischen Therapie

- Nichtarzneiliche Therapiemöglichkeiten voll ausschöpfen!
- Bewegung, Sport, Physiotherapie
- Ordnungstherapie
- Schlafhygiene
- Ernährung und Trinken
- Psychosoziales Wohlbefinden
- Patientenverfügung

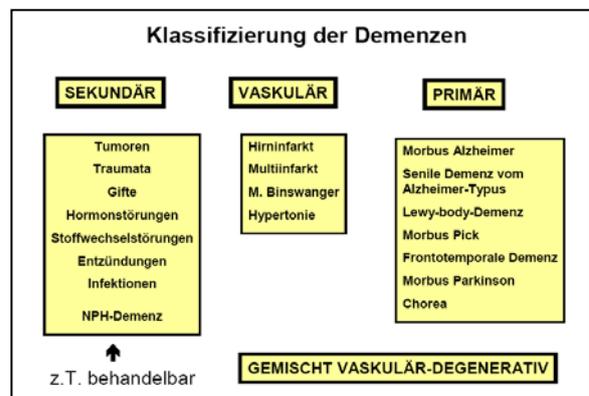
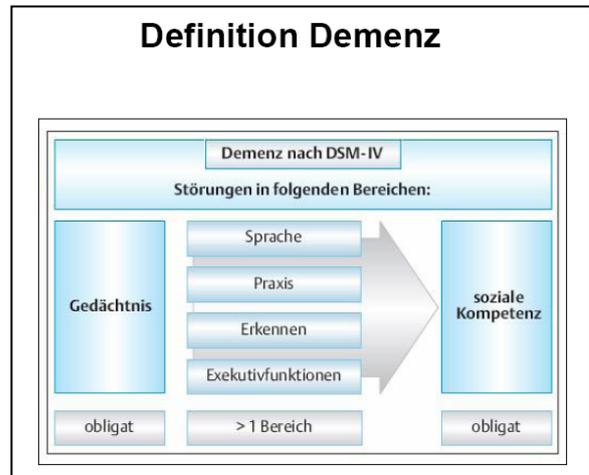
- Maximal 4-5 Medikamente
- Lebensqualität am wichtigsten
- Nebenwirkungsreiche Arzneien durch Phytotherapie oder Homöopathie ersetzen



Ideal wäre es, wenn die Anzahl der eingenommenen konventionellen Arzneien auf eine Zahl zwischen drei und fünf reduziert werden könnte. Dies entspricht den Empfehlungen geriatrischer Leitlinien zur Pharmakotherapie, stellt sich aber leider im Alltag als häufig unrealistisch heraus. Nichtarzneiliche Therapiemöglichkeiten sollten voll ausgeschöpft werden, insbesondere Bewegungstherapie, Sport, Physiotherapie und ordnungstherapeutische Maßnahmen, Schlafhygiene, Ernährung und Trinken und psychosoziales Wohlbefinden.

2. Demenzerkrankungen

Patienten, die unter einer Demenz erkrankt sind, haben in der geriatrischen Praxis einen großen Anteil.



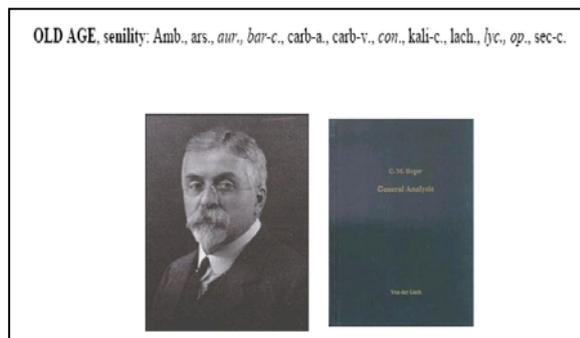
Die Häufigkeit dementieller Erkrankungen steigt mit dem zunehmenden Alter. Während in der Altersgruppe zwischen 65 und 69 Jahren nur 1,2% an einer Demenz leiden, beträgt der Anteil bei den über

90-Jährigen 35%, die Anzahl der Demenzen verdoppelt sich in der Altersgruppe alle 5 Jahre. Die häufigste Demenz ist mit ca. 50-60% die Alzheimer-Demenz, gefolgt von der gefäßbedingten vaskulären Demenz mit ca. 20%. Darüberhinaus gibt es zahlreiche weitere Ursachen für Demenzerkrankungen.

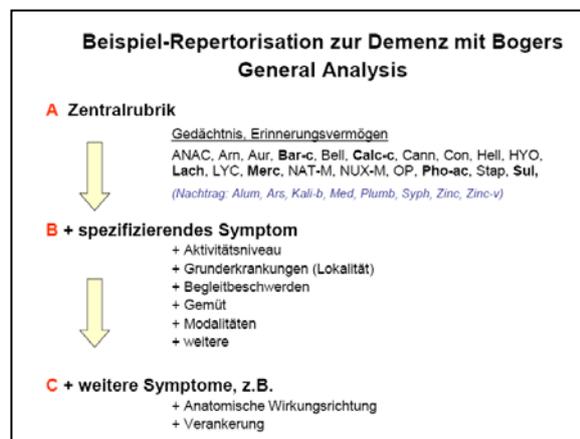
Häufigkeit der Demenz	
Alter (Jahre)	Häufigkeit
60 – 64	0.7
65 – 69	1.4
70 – 74	2.8
75 – 79	5.6
80 – 84	10.5
85 – 89	20.8
90 - 95	38.6

Alle 5 Jahre Verdopplung der Demenzrate

Im Folgenden möchte ich einige Beispiele aufzeigen, wie mit dem General Analysis Repertorium von C. M. Boger bei Demenzpatienten vorgegangen werden kann.



Als Zentralrubrik (Hauptsymptom) bietet sich, sofern keine andere charakteristische Beschwerde im Vordergrund steht, die Rubrik „Gedächtnis, Erinnerungsvermögen“ an.



Gedächtnis, Erinnerungsvermögen: Anac, Arn, Aur, Bar-c, Bell, Calc-c, Cann, Con, Hell, Hyo, Lach, Lyc, Merc, Nat-m, Nux-m, OP, Pho-ac, Stap, Sul

Diese Rubrik kann mit verschiedenen spezifizierenden Rubriken kombiniert werden und richtet sich nach der individuellen Ausprägung (Charakterisierung) der Demenz. Das Schema hat sich klinisch bewährt. Ich möchte zeigen, wie man mit dem begrenzten Rubrikensatz der General Analysis die klinische Haupt-symptomatik gut abbilden kann.

A+ Begleitbeschwerden

Durstlosigkeit: Hyo, Hell, Bell, Nux-m
 Inkontinenz: Con, Nat-m, Hyo, Pho-ac, Staph, Arn, Bell, Sul
 Abmagerung: Nat-m, Bar-c, Calc-c, Op, Lyc, Sul
 Schlaflosigkeit: Hyo, Merc, Calc-c, Lach, Bell, Op, Sul
 Schwindel: Sul, Bell, Con, Nat-m, Calc-c
 Schlucken agg: Hyo, Bar-c, Merc, Lach, Bell, Sul

A+ Gemüt

Emotionen: Hyo, Nat-m, Stap, Bell, Lach, Lyc, Op, Pho-ac, Sul, Aur
 Gemüt: Hyo, Nat-m, Calc-c, Lach, Op, Bell, Lyc, Pho-ac, Sul, Aur
 Angst: Nat-m, Arn, Calc, Lyc, Op, Sul, Aur
 Traurigkeit: Nat-m, Aur, Lach, Lyc, Sul
 Zorn: Aur, Nat-m, Staph, Calc, Lyc, Sul
 Geschwätzigkeit: Hyo, Can, Lach, Opi
 Wahrnehmung verändert: Pho-ac, Hyo, Merc, Can, Bar-c, Calc-c, Lach, Bell, Op, Sul
 Flockenlesen: Bell, Hyo, Lyc, Op

A+ Modalitäten (Beispiele)

Gesellschaft amel: Hyo, Lyc
 Gesellschaft agg: Aur, Bar-c, Nat-m, Bell, Lyc
 Zeit-Rubriken
 Mondphasen

KASUISTIK
Demenz bei Normaldruckhydrozephalus

Anamnese und Befund
 Die 76-jährige Patientin leidet unter einem Normaldruckhydrozephalus, Diabetes mellitus, Adipositas, Hypertonie, chronischen Wirbelsäulen-Schmerzen bei Osteoarthritis, Hyperlipoproteinämie und steht unter einer Schmerztherapie mit Tramadol. Es findet sich seit über einem Jahr eine progrediente kognitive Störungen und eine Gangstörung. Im CCT findet sich ein fortgeschrittener Normaldruckhydrozephalus als Ursache der demenziellen Entwicklung. Die neurologische und geriatrische Klinik lehnte eine Drainage-Therapie aufgrund des fortgeschrittenen Befundes ab. In der Untersuchung war ein erneutes kognitives Assessment aufgrund fehlender Sprechfähigkeit nicht durchführbar. Verlust der Gehfähigkeit, Ataxie, Erschöpfung und Apathie. Eine Urin- und Stuhlinkontinenz war neu hinzugekommen, die Patientin saß im Rollstuhl.

Fallanalyse und Repertorisation
 Es werden für die Repertorisation folgende General-Analysis-Rubriken kombiniert:

- *Gedächtnis, Erinnerungsvermögen*
- *Inaktivität (Apathie)*
- *Koordinationsstörung*
- *Inkontinenz*

Ergebnis (Anzahl der Rubriken): Sul (4), Arn (3), Bell (3), Con (3), Hyo (3), Pho-ac (3)

Verschreibung
 Die Patientin erhält Acidum phosphoricum LM VI 2 x tgl. 5° über 6 Wochen und 12 Sitzungen Physiotherapie.

Verlauf
 Nach 6 Wochen ist das Gedächtnis deutlich gebessert, eine Unterhaltung ist möglich und die Patientin ist über kurze Strecken gehfähig, die Urin-/Stuhlinkontinenz besteht nicht mehr. Der Erfolg konnte über 6 Monate Nachbeobachtungszeit stabilisiert werden.

KASUISTIKEN**Zwei Patienten mit demenziellen Erkrankungen**

Ein 87-jähriger Mann mit einer vaskulären Demenz wurde aufgrund eines Drehschwindels mit Verschlechterung durch Bewegung mit gutem symptomatischen Erfolg mit Conium maculatum behandelt.

Ein Mann mit einem fortgeschrittenen Korsakow-Syndrom mit den Leitsymptomen Aggression, Kotschmieren und Zupfen an den Windeln wurde mit Hyoscyamus und Agaricus behandelt, darunter verbesserten sich Kognition, Verhalten und Inkontinenz, der Patient war zuletzt zu einem strukturierten Gespräch fähig und konnte aus dem Bett mobilisiert werden.

3. Inkontinenz

Ein großes Problem im Alter stellen Urin- und Stuhlinkontinenz dar. Diese sollten auch in ihren Ursachen diagnostisch abgeklärt und möglichst kausal behandelt werden. Häufig lassen sich zumindest in Bezug auf die Lebensqualität Verbesserungen erzielen.

Zur homöopathischen Begleittherapie hat sich folgende General-Analysis-Rubrik bewährt:

INCONTINENCE, stool, urine, sexual, etc.: *Alo., Arn., ars., BELL., CAUS., chin., con., dios., gel., hyo., mur-ac., nat-m., pho., PHO-AC., pod., pul., sele., sep., stap., sul.*

Wichtigste Arzneimittel:

Urininkontinenz: Causticum, Acidum phosphoricum, Staphisagria, Pulsatilla, Sepia

Stuhlinkontinenz: Aloe, Hyoscyamus, Acidum phosphoricum, (Opium)

Inkontinenz, Stuhl, Urin, sexuell, etc.: Alo, Arn, Ars, Bell, Caus, Chin, Con, Dios, Gel, Hyo, Mur-ac, Nat-m, Pho, Pho-ac, Pod, Pul, Sele, Sep, Stap, Sul.

Bei Urininkontinenz sind aus meiner Erfahrung die wichtigsten Arzneien Causticum, Acidum phosphoricum, Staphisagria, Pulsatilla, Sepia. Bei Stuhlinkontinenz kommen besonders in Frage Aloe, Hyoscyamus, Acidum phosphoricum, es sollte auch an Opium gedacht werden.

KASUISTIK**Blaseninkontinenz und Apoplex****Anamnese und Untersuchungsbefund**

Die 75-jährige Patientin erlitt vor einem Jahr einen ischämischen Insult, im CCT vaskuläre Leukenzephalopathie, außerdem besteht eine Karotisstenose, eine Hyperlipoproteinämie, Hyperthyreose und eine Urininkontinenz. Sie klagt über Erschöpfung, hat keine Kraft mehr, schwere Beine. Beim Gehen das Gefühl von Schwanken, wie betrunken, Fallneigung nach links, aber kein Schwindelgefühl. Ihre Stimme hört sich, wenn sie spricht, seit dem Schlaganfall subjektiv anders an. Es besteht trockener Reizhusten und Urinabgang beim Husten und bei Anstrengungen, wenn Blase voll ist, kann es zu unkontrollierbarem Harnabgang kommen. In der BWS und LWS stechende Schmerzen.

Seit dem Schlaganfall besteht ein nicht kontrollierbares Lachen und Weinen bei lustigen oder traurigen Geschichten. Sie leidet unter Durchschlafstörungen und wacht alle 2 Stunden auf. Sie ist mitfühlend, will Menschen helfen. Sie fühlt sich häufig frostig und ist durstig.

Fallanalyse und Repertorisation

Es werden für die Repertorisation folgende Rubriken kombiniert:

- *Inkontinenz, Stuhl, Urin, sexuell, etc. (General Analysis)*
- *Mitfühlend, Mitleid (Phatak-Repertorium)*
- *Schmerz, Stechen (Phatak-Repertorium)*

Als einzige Arznei geht Causticum durch alle Rubriken.

Verschreibung

Die Patientin erhält Causticum Q3 5 Tropfen zur Nacht.

Verlauf

Nach 20 Tagen ist der Schlaf besser, der trockene Reizhusten viel besser, die Urininkontinenz deutlich gebessert. Nach 46 Tagen ist die Urininkontinenz verschwunden, der Husten weg, die Mobilität gut, die Patientin fühlt sich topfit. Verschreibung: Causticum Q4 jeden 3. Tag 5 Tropfen. Nach 60 Tagen liegt Normalbefinden vor, keine Beschwerden mehr, Causticum wird abgesetzt.

4. Mobilität und Sturz

Fast ein Drittel der 65-Jährigen und Älteren sowie die Hälfte der 80-Jährigen und Älteren stürzen jährlich mindestens einmal. Im Heimbereich kommt es schätzungsweise zu etwa 1 Million Stürzen pro Jahr, mindestens jeder zweite Bewohner ist betroffen. 10-20% aller Stürze führen zu Verletzungen, 5% zu Frakturen, etwa 2% zu hüftnahen Oberschenkelhalsfrakturen.

Stürze im Alter

- 30% der 65jährigen stürzen 1x jährlich
- 50% der 80jährigen stürzen 1x jährlich
- 1 Million Stürze im Heimbereich
- d.h. 1,3 - 3 Stürze pro Bewohnerplatz
- mindestens jeder zweite Bewohner betroffen
- davon 10 % behandlungspflichtige Verletzungen

Jährlich ereignen sich allein in Deutschland etwa 70.000 Oberschenkelhalsfrakturen. Nach der Oberschenkelhalsfraktur sterben 14-34% der Patienten innerhalb eines Jahres, 20% der Betroffenen müssen anschließend in einem Pflegeheim versorgt werden und 30% der Betroffenen leiden im Anschluss unter der Furcht, erneut zu stürzen. Besonders sturzgefährdet sind ältere Menschen, die unter Gang- und Gleichgewichtsstörungen, Muskelschwäche, Schwindel und Sehstörungen leiden. Auch die Einnahme beruhigender oder Schlaf fördernder Medikamente sowie allgemein die Einnahme sehr vieler Medikamente tragen zum erhöhten Sturzrisiko bei.

Teufelskreis

Medikamente

- psychotropen Medikamente
- Benzodiazepine
- Neuroleptika
- Antidepressiva
- Antihypertensiva
- Diuretika
- Multimedikation (mehr als 4 Medikamente)

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass sich Stürze durch Früherkennungsmaßnahmen, frühzeitige Diagnostik und gezielte Therapiemaßnahmen häufig wirksam verhindern lassen.

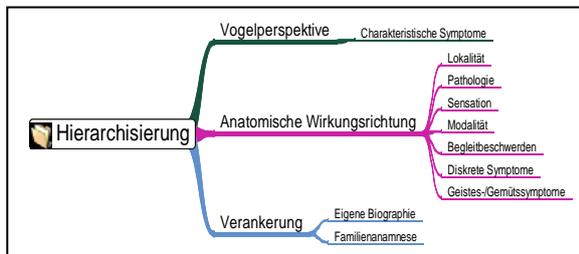
Therapie von Mobilitätsstörungen

- Ursachen erkennen und behandeln
- Bewegung / Physiotherapie
- Ernährung optimieren
- Sturzquellen abräumen
- Hilfsmittel
- Sturzgefährdende Medikamente reduzieren / ersetzen!
- Homöopathische Therapie nach Causa und charakteristischen Symptomen.



Angehörige, Pflegedienste und Ärzte können durch erfolgreiche Früherkennung dazu beitragen, die Sturzneigung frühzeitig zu erkennen und optimal zu behandeln.

Arbeit mit Phatak-Repertorium Boger GA und SK



VERTIGO: Aco., BELL., BRY., calc-c., chel., coccl., con., cup., fer., GEL., nat-m., NUX-V., pet., PHO., PUL., rhus-t., sep., sil., sul., tab.

INACTIVE, apathetic, lies down, lethargic (Comp. Reaction, Relaxation): Ail., ant-t., arn., ars., bap., calc-c., carb-v., caus., chin., gel., hell., mix-v., old., OP., PHO., PHO-AC., psor., SEP., stram., sul., zin.

COORDINATION, disturbed: Agar., alu., arg-n., bar-c., bell., caus., coccl., cof., con., gel., hyo., lach., merc., nux-v., onos., pho., rhus-t., sul.

PARALYSIS, paralytic pain, etc.: Ant-t., ARS., bell., CAUS., chin., coccl., con., dul., gel., hyo., lach., lyc., NUX-V., op., PLB., RHUS-T., sec-c., sil., stap., sul., zin.

COLLAPSE, sudden prostration, etc.: Aco., aeth., am-c., am., ARS., cam., carb-v., cup., hyd-ac., ipec., laur., merc-cy., naj., pho., sec-c., tab., VER-A.

HEAVINESS, general: Bry., calc-c., carb-v., chin., con., GEL., nat-m., NUX-V., pho., pho-ac., pic-ac., PUL., rhus-t., sep., sul.

HEART, CIRCULATION AND PULSE: ACO., ars., aur., bell., bry., buf., CACT., calc-c., carb-v., chin., cratae., DIG., fer-p., glo., iod., kali-c., kalm., lach., LIL-T., LYCPS., naj., nat-m., pho., pul., sep., SPL., spo., SUL., ver-a., ves-v.

VISION: Arg-n., aur., BELL., con., cyc., gel., hyo., lyc., NAT-M., nux-v., pho., pul., rut., sep., sil., stram., SUL.

INCONTINENCE, stool, urine, sexual, etc.: Alo., arn., ars., BELL., CAUS., chin., con., dios., gel., hyo., mix-ac., nat-m., pho., PHO-AC., pod., pul., sele., sep., stap., sul.

BONES: Arg-m., ASAF., aur., CALC-C., calc-f., CALC-P., chin., coccl., cup., EUP-PER., flu-ac., hep., kali-so., lyc., MERC., mez., nit-ac., pho., PHO-AC., PUL., rhod., rhus-t., rut., sil., stap., SUL.

JOINTS, arthritic complaints, etc.: Arn., bell., benz-ac., BRY., calc-c., caus., cham., cimi., COLCH., dros., dul., grap., guai., kali-bi., kalm., led., lith., lyc., MERC., nux-v., phyt., pul., RHUS-T., rut., sabi., sil., stap., sul., urt-u.

LIMBS, lower: Aha., arz., bell., calc-c., CAUS., grap., kali-c., lach., led., lyc., merc., nit-ac., mix-v., PUL., RHUS-T., sep., SIL., SUL., val., zin.

5. Ausblick

Wie an den geschilderten Fallbeispielen zu sehen ist, eignet sich die Arbeitsweise mit den Bogerschen Repertorien und dem Phatak-Repertorium gut zur geriatrischen Versorgung, da sie pragmatisch klinisch ausgerichtet sind, sich schwere Pathologien gut abbilden und die Methode außerdem zeitsparend ist.

6. Weitere Informationen

- Homepage von Michael Teut: www.michael-teut.de
- Charité Ambulanz für Prävention und Integrative Medizin CHAMP: www.champ-info.com
- Projekt Sturzprävention: www.geriatrienetzwerk-berlin.de

Raimund Friedrich Kastner

Die Bedeutung der *Materia medica homoeopathica* für die Menschen

I. Einleitung

Ich begrüße Sie sehr herzlich an dieser historischen Stätte zu meinem Vortrag und ich danke Ihnen für die Einladung zum heutigen Kongress – und Herrn Lars Broder Stange, der dies ermöglicht hat. Ich freue mich, Teil dieser wichtigen Veranstaltung zu sein und möchte in der für mich vorgesehenen Zeit einen kurzen Bericht über die **Bedeutung der *Materia medica homoeopathica* (MMH) für die Menschen** geben.

„**Der höchste Grad der Arznei ist die Liebe.** Die Liebe ist es, die die Kunst lehret, und außerhalb derselben wird kein Arzt geboren. Schwätzen, süß reden ist des Maules Amt; helfen aber, nutz sein, ist des Herzens Amt. Im Herzen wächst der Arzt, aus Gott geht er, des natürlichen Lichtes der Erfahrung ist er. Nirgend ist, wo große Liebe vom Herzen gesucht wird, größere als im Arzt.“ (Paracelsus)

„Ich habe es oft gesagt: Die Medizin ist eine Naturwissenschaft; aber das Arzttum ist keine Naturwissenschaft, sondern das Arzttum ist das Letzte, Schönste und Größte an Beziehungen von Mensch zu Mensch. Das Arzttum ist das Königliche, die Naturwissenschaften sind die Minister dieses Königs, die dienen müssen und nicht herrschen dürfen.“ (Ferdinand Sauerbruch)

Wir alle wissen, dass durch Samuel Hahnemann (1755-1843) ein großer Schnitt in das bis dahin übliche wissenschaftliche Denken und Handeln der Menschen kam – als sich die Homöopathie für das Bewusstsein der Menschen öffnete und dies durch Hahnemanns Arbeit überhaupt erst ermöglicht wurde. Das Bewusstsein der Menschen wurde – wenn diese es zuließen – erweitert durch die Homöopathie, hauptsächlich durch das kosmische **Gesetz der Ähnlichkeit (*Similia similibus curentur*)**. Hahnemann hat dies in seinem Buch „Organon der Heilkunst“ definiert, zeitlebens erweitert und kommentiert, so dass wir heute in der Neufassung der 6. Auflage, die Privatdozent Josef M. Schmidt erarbeitet hat¹, endlich die Fassung in der Hand halten, die Hahnemanns letzte Überprüfung berücksichtigt. Den Weg der Entfaltung der Homöopathie durch die Praxis Hahnemanns bis zu dieser Ausgabe wurde in der Organon-Synopse (6 Auflagen von 1810-1842)² von den Herausgebern Bernhard Luft und Matthias Wischner festgehalten und wir können so die Entwicklung der Homöopathie von Hahnemann nachvollziehen. Den wichtigen philosophischen Anteil, den die Homöopathie ausfüllt, werde ich heute nicht betrachten.

Uns fehlen noch weitere Bereiche, die unsere Arbeit in der homöopathischen Praxis weiter sichern und exaktes Wissen ermöglichen. Ich möchte deshalb unsere Aufmerksamkeit beispielsweise auf den Schriftwechsel Hahnemanns mit seinen Kollegen und Patienten hinweisen, der bis heute weitgehendst³⁵ unberücksichtigt blieb, auf seine Krankenjournalen, die durch die Initiative des Robert Bosch Instituts in Stuttgart unter Leitung von Prof. Robert Jütte („Kritische Gesamtedition“)³ seit Jahren erarbeitet werden und

nach und nach erscheinen, und – auf die ***Materia medica homoeopathica* (MMH)**. Diese wichtige Sammlung von Prüfungssymptomen ist bis heute nahezu unbeachtet geblieben und schlummert in den Archiven. Wir müssen uns fragen, ob wir uns dies heute noch leisten können und mitschlummern möchten, oder ob wir aufwachen wollen. Es erscheint mir jedoch fahrlässig, bei unserem Heilauftrag, den wir angenommen haben, dieses Werk nicht für die Praxistätigkeit zu erarbeiten. Letztlich stellt diese die Basis für alle Homöopathen, für alle persönlichen Richtungen und Begabungen dar.

Als aktuelles Beispiel mag hier die „Biochemie nach Schüssler“ genannt werden, die homöopathische Arzneien verwendet in einem nach Schüssler benannten Wirkungsspektrum; Eugene B. Nash (1838-1917)⁴ berichtete schon damals, dass Constantin Hering (1800-1880) diese Mittel als „Steißgeburt“ bezeichnete. Dieser fertigte deshalb eine wichtige Extraarbeit über diese 12 Mittel an, die aber im Laufe der Zeit vergessen wurde, vor allem von den „Schüssler-Verordnern“.⁵

Eine ganz andere Richtung der Verwendung von Bausteinen der Homöopathie finden wir in der Anthroposophischen Medizin, nämlich das Inanspruchnehmen der homöopathischen Potenzierungsmethode ihrer Arzneien.⁶ Weitere großartige und eigenartige Ideen, die homöopathisches Wissen benutzen sind z.B. die Arbeiten E. von Grauvogl, die „Weihschen Druckpunkte“, der farbtherapeutische Ansatz zur Findung des Simillimums von Prof. Hugbald V. Müller, die Homotoxinlehre Reckewegs und andere Methoden, weil die Homöopathie und deshalb diese Tradierung aufgrund ihrer Universalität, kompatibel ist.

Letztlich gibt es gar keine Unterscheidung in „klassische“, „allgemeine“, „genuine“, „moderne“, „altmodische“, oder gar eine „kreative“^{6a} oder „neuerfundene“ Homöopathie, wie dies neuerdings von jungen enthusiastischen Kollegen postuliert wird, auf die mich unsere Apothekerin Frau Britta Gudjons beim Ettlinger „Internationalen Hahnemann Kongreß“⁷, schmunzelnd aufmerksam machte, sondern ganz einfach, sogar unspektakulär „**nur**“ **Homöopathie**, weise wissend, dass die Heilung nur im Unsichtbaren stattfindet. Dies macht unsere Lage verantwortungsvoll und kompetent und ist auch ein Grund für mich, heute diesen Vortrag mit großem Respekt vor Ihnen und dieser Thematik zu halten.

II. Medizinisches Wissen

Lassen Sie mich bitte deshalb kurz an dieser Stelle berichten. Ich erwähne bewusst nicht das römische oder griechische medizinische überlieferte (Rest-) Wissen über den Menschen – ein Wissen, dessen damaliger Standard schon Hahnemann überschritt und drastisch änderte, Bönninghausen sogar in seinem Werk „Die Aphorismen des Hippokrates“ (Leipzig 1863) durch seine „homöopathischen Glossen“ wider-

legte – von dem aber Krankheitsnamen und damit verbundene Vorstellungen und Ideen der heutigen Medizin stammen und es deshalb nicht uninteressant ist, auch darüber Bescheid zu wissen.

Ich erlaube mir, die älteste literarische Überlieferungsschicht der indischen Kultur, die vedische Literatur, zu erwähnen. Das Wort „Veden“ leitet sich von der Sanskritwurzel vid = wissen (heiliges Wissen) ab. Die Entstehungszeit dieser Textsammlungen erstreckt sich über viele Jahrtausende und hat sich bis heute weiter entwickelt. In der Homöopathie haben wir ähnliche Phänomene, was ich nachstehend auch für alle erkennbar aufzeigen werde. Der deutsche Sanskritgelehrte Prof. Martin Mittwede hat in seiner wichtigen Veröffentlichung „Der Ayurveda“⁸ die umfassende vedische Literatur, die traditionell in zwei Teile gegliedert ist, eingeteilt in:

- „Die **śruti** – wörtlich **‘das Gehörte’** – bezeichnet den Kanon der offenbarten Texte, die von **Sehern** (ṛṣī) der Urzeit **geschaut** worden sind. Insofern sind sie nicht von Menschen geschaffen worden und bilden die Grundlage des ewigen Gesetzes (sanatana dharma), welches innerhalb des Hinduismus auch heute noch als maßgeblich anerkannt wird.
- Die **smṛti** – wörtlich **‘das Erinnernte’** – bezeichnet diejenigen Schriften, die auf der **śruti** aufbauen und diese näher erläutern. Sie sind von Menschen verfaßt worden, gelten aber auch als göttlich inspirierte Texte.

Zur **śruti** gehören die sogenannten vier Veden, d. h. **Rigveda, Samaveda, Yajurveda** und der **Atharveda** sowie die Brahmanas, Aranyakas und Upanisads.

Die Atharveda-samhita ist in der vedischen Periode die wichtigste Quelle für unser Wissen über die Heilkunde, die in der damaligen Zeit praktiziert wurde.^{8a}

Die Materia medica der verschiedenen Heilkräuter und andere Substanzen, verteilt auf unserem gesamten blauen Planeten, ist sehr groß, so dass man, wie auch aus unserer Tradition Paracelsus anspricht, weiß, dass die gesamte Natur unser Heilmittel ist und im speziellen Fall sogar, wenn ein Ungleichgewicht als Krankheit sich zeigt, zur Heilung verwendet werden kann. Sie heißt nicht umsonst im Volksmund „Die Apotheke Gottes“. In Deutschland hat sich bis heute die Naturheilkunde behauptet, die in die Volksheilkunde eingebettet ist, diese wiederum stellt eine Erfahrungsheilkunde der Menschheit dar.

In der ayurvedischen Heilkunst ist auch „alles“ Heilmittel. Die Ayurveda-Klassiker, die wir kennen, entstammen nicht den erwähnten Textsammlungen, sondern der Überlieferung der **Upavedas**, die als eine Vielzahl von Einzeltexten über das ganze Land zerstreut (!) vorliegen, und nach ihren „Sammelern“ Caraka, Susruta und Vaghbata als „Samhitas“ – auf deutsch „Sammlungen“ – bezeichnet werden. Sie alle haben aber auch einen sakralen Charakter. Der indische Avatar Sathya Sai Baba, den ich schon mehrfach besucht habe, erwähnte 2001 bei der Einweihungsfeier eines Krankenhauses in Whitfield in seiner Ansprache u.a. Folgendes: „Die Allöopathie kann Krankheitserreger nicht dauerhaft ausrotten.

Sie kann sie nur in einem gewissen Maße eine gewisse Zeit lang kontrollieren. Es bleibt immer das Risiko eines Rückfalls. Obwohl die Allöopathie von Zeit zu Zeit Fortschritte gemacht hat, ist auch die Zahl der Krankheiten gestiegen. Dr. Samuel Hahnemann aus Deutschland, der die Homöopathie entdeckte, erforschte auch Ayurveda eingehend. Das Wohlergehen der ganzen Welt war sein Motto. Aber den heutigen Menschen kümmert das Wohlergehen der Welt nicht.“⁹

Wir erleben die gleiche Vorsicht bei der Aufbewahrung von Wissen auch bei den Palmblattbibliotheken, die weise über den indischen Kontinent verteilt sind – um Feuer-, Wasser-, Erdbeben- oder andere Gefährdungen auszuschließen, weil dieses Wissen für die Menschheit wichtig und deshalb heilig ist.

Denken wir nur an die Homöopathie-Archive in den USA, denen bisher viele dem Feuer zum Opfer fielen, auch Bönninghausens Bibliothek in seinem Schloss bei Münster (Westfalen) wurde durch Feuer vernichtet – ganz zu schweigen von den legendären Bibliotheken von Alexandrien und Konstantinopel.

Die **chinesische Heilkunst** z.B. warnt aber, mit dem Gesetz der 5 Elemente bzw. den Wandlungsphasen [(Venus)-Pentagramm des Wandels], dass, „wenn das Holz überwiegt, es vom Feuer zerstört wird“, weil die Spannung der geballten gespeicherten Energie zum Weiterfließen drängt. Analog dazu führt eine Fettleber (Holz) zur Herzerkrankung (Feuer).

Da momentan die homöopathische Bibliothek in Köthen eingerichtet wird, und zwar sinnigerweise im ehemaligen Hospital der „Barmherzigen Brüder“, ein Gebäudekomplex, der sich an Hahnemanns Grundstück anschließt, wäre es notwendig, aus bekannten Sicherheitsgründen, weitere Bibliotheken mit identischem Inhalt innerhalb Deutschlands, Europas, vor allem aber in Südindien¹⁰ und in Übersee anzulegen.

In einer besonderen Situation der Menschheitsentwicklung, ähnlich der heutigen, – nämlich zu dem Zeitpunkt, als die ersten Krankheiten auftauchten und damit dem religiösen Streben („religio“ heißt sich zurückerinnern) der Menschen Hindernisse entgegengesetzten, – versammelte sich im Himalaya eine Gruppe von Weisen aus Mitgefühl mit den Menschen, um nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Sie hatten damals erkannt, dass die Gesundheit die beste Grundlage für das Erreichen der Lebensziele darstellt. Sie begannen das Treffen mit ähnlichen Worten wie „die lieben Menschen werden krank, wie können wir Ihnen helfen?“ Die mit den Krankheiten einhergehende sich stets verkürzende Lebenszeit sorgte außerdem dafür, dass der Zeitraum für die Erreichung des Heils als nicht mehr ausreichend empfunden wurde. Dieses ayurvedische Wissen wurde von den versammelten **rsis** positiv aufgenommen. Purnarvasu betrachtete das **Mitgefühl als das Höchste** und lehrte daraufhin sechs Schüler den Ayurveda.¹¹

III. Homöopathie – Hahnemann

Und hier beginnen wir auf dem Kongress ICE 7 mit dem Anspruch **„Mit Homöopathie alt werden und jung bleiben“** in unser Thema einzutauchen. Der Ayurveda ist die Lehre vom langen Leben, die Homöopathie, aber auch die schwesterlich anthroposo-

phischen medizinischen Gedanken, schließen sich hier nahtlos an. Diesem Mitgefühl für die kranken Menschen, die sich uns anvertrauen, gilt auch die heutige Zusammenkunft von Homöopathen, die sich innerlich dieselbe Frage stellen: Was kann ich tun, denn die lieben Mitmenschen sind erkrankt. Auch Hahnemann hat sich immer wieder diese Frage gestellt, und sie hat ihn unermüdlich arbeiten lassen, weil ihm bewusst wurde, dass die Medizin, die er gelernt hatte, nicht ausreichte, um seine eigenen Kinder vor dem Tod zu bewahren.

Ich habe vor etwa 25 Jahren in Bangalore/Südindien eine homöopathische Apotheke besucht – in der auch homöopathische Bücher verkauft wurden – und dabei ein großes Bildnis von Hahnemann betrachtet, das im Verkaufsraum zu seiner Verehrung aushing. Darunter stand kurz und deutlich die Bezeichnung: Maha-Hahnemann, der Große Hahnemann. Dies hat mich tief berührt – in einer deutschen Apotheke habe ich bisher diese Erfahrung nicht gemacht.

Durch innere Führung wurde von Hahnemann die Homöopathie so klar dargestellt, dass er schon damals vor dem Wissen um die Gesetze der Atomphysik, die ich später kurz anreißen möchte, viele dieser Gesetze in §§ 291ff. im Organon der Heilkunst vorwegnahm – denn Kunst kommt von Können.

Im Organon widmet Hahnemann unserem Thema (**Reine Materia medica**) die Paragraphen §§ 143-145. Es heißt dort: „Eine **wahre Materia medica** ist eine Sammlung reiner Arzneiwirkungen, ein **Kodex der sorgfältig befragten Natur**, ohne Vermutungen, Behauptungen oder Erdichtungen (§ 143f.). Bei entsprechendem Umfang wird dort für jeden Krankheitszustand ein homöopathisches Arzneimittel zu finden sein (§ 145).

Wir achten auf das Wort **Kodex**. Heutzutage sprechen viele moderne Menschen wichtigtuertisch vom „DaVinci-Code“. Ich habe aber bisher noch keinen getroffen, der mir erklären konnte, was damit gemeint ist oder was dieser überhaupt sein soll. Aber um den Kodex der Homöopathie, **der sorgfältig befragten Natur**, habe ich inzwischen in 33-jähriger Praxisarbeit mehr erfahren.

IV. **Materia medica homoeopathica**

Die **Materia medica homoeopathica** (MMH) setzt sich zusammen – damals nannten es die Homöopathen Hering, Farrington u.a. noch erfurchtsvoll – aus den „**Königreichen der Natur**“, **den Mineralien, den Pflanzen und den Tieren**.

Um ein System in die Fülle der geprüften Arzneien zu bringen, damit die „historische Dimension“ ersichtlich wird, wird es nötig sein, ein übersichtliches Planen für das Studieren dieser „Fülle“ zu machen. Zu diesem Zweck habe ich die Mittel in vier Abteilungen gebracht, entsprechend dem Naturreich, welchem sie entnommen sind, dem wir auch entwachsen sind und das in uns latent schlummert, nämlich:

1. Mittel aus dem **Mineralreich**
2. Mittel aus dem **Pflanzenreich**
3. Mittel aus dem **Tierreich**
4. Mittel der **Nosoden und Krankheitsprodukte**

Hahnemann, Organon § 143¹²: „Hat man eine beträchtliche Zahl einfacher Arzneien im gesunden Menschen auf diese Art geprüft und alle Krankheits-Elemente und Symptome sorgfältig und treu aufgezeichnet, die sie von selbst als künstliche Krankheits-Potenzen erzeugen können, so hat man eine **wahre Materia medica. Das ist eine Sammlung der echten, reinen, untrüglichen Wirkungsweisen der einfachen Arzneistoffe, einen Kodex der Natur**. Darin sind von jeder so erforschten, kräftigen Arznei eine beachtliche Reihe besonderer Befindungs-Veränderungen und Symptome aufgezeichnet, wie sie sich der Aufmerksamkeit des Beobachters darstellten. In diesen sind in Ähnlichkeit die (homöopathischen) Krankheits-Elemente mehrerer natürlicher Krankheiten vorhanden, die einst durch sie zu heilen sind. Sie enthalten künstliche Krankheitszustände, die für die ähnlichen natürlichen Krankheitszustände die einzigen, wahren, homöopathischen, das heißt spezifischen Heilwerkzeuge zur gewissen und dauerhaften Genesung darstellen.“

Und weiter, § 144: „Von einer solchen Arzneimittel-lehre sollte alles Vermutete, bloß Behauptete oder sogar Erdichtete ausgeschlossen sein. **Alles hat reine Sprache der sorgfältig und redlich befragten Natur zu sein.**“¹²

Soweit Hahnemann.

Die **Materia medica homoeopathica** finden wir vor in vier verschiedenen Versionen, die unterschiedlich gewertet werden:

1. Unbearbeitetes Rohmaterial von Symptomen von Prüfern
2. Bearbeitete und geordnete Symptome als sogenannte **Primäre Materiae medicae** – die **Symptome von gesunden Arzneiprüfern im Originalwortlaut** – wie Hahnemanns *Reine Arzneimittellehre* (RA), *Chronische Krankheiten* (CK) und Hartlaub/Trinks *Reine Arzneimittellehre* (HT) usw. Die größte Sammlung von Primärquellen ist das Werk von T.F. Allen *Encyclopedia of Pure Materia Medica*, diese liegt jedoch nur in englischer Fassung vor. Allein die diesbezüglichen Arbeiten Hahnemanns müssen erfasst und bearbeitet werden.¹³ Der Referent hat dies fertiggestellt in seinem Buch „Bibliographia (1805-1900) der Materia medica homoeopathica“, das als Kernstück der Materia medica homoeopathica gilt, mit den gesamten deutschen Quellen und ihren Kommentaren. Diese Originalquellen wurden vollständig gefunden und liegen abgeschrieben zur kritischen Bearbeitung vor.¹⁴
3. Bearbeitete und geordnete Symptome als sogenannte **Primäre Materiae medicae** – die **Symptome von Geheilten im Originalwortlaut**. Erinnert sei an Hahnemanns Schüler Georg Heinrich Gottlieb Jahr (1801-1875), dessen diesbezügliche erste Veröffentlichung in der damals gegründeten Zeitschrift AHZ 1 zu finden ist als „Beiträge zur angewandten Pharmakodynamik: *Belladonna*“.¹⁵ Wohlbemerkt erscheint diese AHZ durchgängig bis heute als Ihr Mitteilungsorgan. Später erschienen die beachtungswürdigen „*Klinischen Anweisungen in der Homöopathie*“ (1854-1877) von Th. J. Rückert¹⁶, Noack/Trinks „*Handbuch der homöopathischen Arzneimittellehre*“¹⁷ und A. Possarts „*Homöopathische Arzneimittellehre*“^{17a}

– auf dem Höhepunkt des damaligen deutschen wissenschaftlichen Niveaus – und die heute mehr bekannten „*Guidings Symptoms*“ Constantin Hering in den USA, die wir als klinische Symptome kennen, auch in der inzwischen übersetzten deutschen Fassung von Frau Renée Schlick als *Leitsymptome unserer Materia medica*. Getreulich korrekt hatte Hering Schwiegersohn Calvin B. Knerr 1896 das Repertorium zu den „*Guiding Symtomes*“ herausgebracht, indem er, wie es sein soll, alle Symptome aus diesem Werk nachweislich übertragen hat, ähnlich „Spiegelphotonen“, um das Bild zu behalten: Die Münze mit Ihrer Vorder- und Rückseite ist wie aus einem Guss. Dies naheliegend auch mit Hahnemanns Werk zu erarbeiten, ist bis heute keinem Homöopathen eingefallen. Selbst die diesbezüglichen genialen Repertorien von C. v. Bönninghausen (1785-1864)¹⁸, die zugegebenermaßen nicht ganz vollständig Hahnemanns Werk wiedergeben, aber ein nie wieder erreichtes Niveau darstellen, sind aus „erster“ Hand. Erinnert sei auch noch an die große Tradition der deutschen Kräuter- und Pflanzenbücher, die häufig sogenannte „Goldkörner“ und Volksweisheiten über den Gebrauch enthalten.

4. **Sekundäre Materiae medicae**, die individuelle Bearbeitungen der Homöopathen als „Arzneimittellehren“ darstellen, mit ihren Erfahrungen, Kommentaren und Vergleichen und Arzneibeziehungen, welche die Primäre Materiae medicae durchgearbeitet haben. Wir finden hierzu z.B. Werke wie die von C. v. Bönninghausen¹⁹, G.H.G. Jahr „*Handbuch der Hauptanzeigen homöopathischer Heilmittel (1834)*“. Später die uns allen bekannten Werke von C. Hering „*Kurzgefaßte Arzneimittellehre*“, A. Lippe „*Handbuch homöopathischer Charakteristika*“, C. Dunham „*Vorlesungen zur homöopathischen MM*“, Cowperthwaite „*Charakteristik der homöopathischen Arzneimitel*“, E.A. Farrington „*Klinische Arzneimittellehre*“, E.B. Nash „*Leitsymptome in der homöop. Therapie*“, J.T. Kent „*Homöopathische Arzneimittelbilder (3 Bände)*“, J. Mezger „*Gesichtete homöopathische Arzneimittellehre (2 Bände)*“ u.a.m.

Die Symptome, die der Arzneiprüfer durch Selbstbeobachtung empfindet, können, wenn sie vollständig sind, in vier Symptomenbestandteile zerlegt werden. Das sind

1. Lokalisation und Ausdehnungen
2. Empfindungen (Befunde, Befindlichkeiten)
3. Modalitäten und Teilmodalitäten (d.h. Besserung und Verschlimmerung der Symptome)
4. Begleitsymptome

Erwähnt sei noch, dass die chinesische, die tibetische, die ayurvedische Heilkunst alle ihre ausführlichen Materiae medicae haben, und dieses Wissen den Völkern das Überleben in den vergangenen Jahrtausenden aus medizinischer Sicht ermöglichte – und deren seit Urzeiten bewährte Heilmittel heute noch vorliegen.

V. Ernährung

Zur Gesunderhaltung der Menschen spielt die Ernährung eine dominierende Rolle, besonders Früchte seien hier erwähnt. In der Tradition der jüdischen Mystik z.B. wird eine Reihe von Früchten angegeben,

die für die sieben Arten des Wachstums des Menschen stehen. Diese sind (1) Weizen, (2) Gerste, (3) Weinstock (Trauben), (4) Feige, (5) Granatapfel, (6) Olive, (7) Dattel, (8) Mandel (Nuss). Wir treffen hier auf das **Gesetz der Sieben**, indem auch unser Wochenrhythmus schwingt und die Siebentonleiter. Die anthroposophische Medizin z.B. beachtet dieses Gesetz auch auf anderen Gebieten, z.B. bei den Lebensrhythmen der Menschen.

Diese Materia medica der Früchte steht für Gesundheit für „jedermann“, verändert sich aber kulturkreismäßig. Friedrich Weinreb²⁰ hat dabei eine bemerkenswerte archaische Entdeckung gemacht. Die Früchte von (1) Weizen, (2) Gerste, (3) Weinstock (Trauben), (4) Feige und (5) Granatapfel enthalten viele Kerne, es ergeben sich viele Saatkörner.

Nun aber, bei der sechsten Frucht, der (6) **Olive**, ist es nur noch ein Kern, **der begraben werden muss, damit neue Frucht kommt**. Aus der Sichtbarkeit muss es verschwinden in ein Geheimnis. Wozu dieses Sterben, dieses Verwesen, diese Art Ende? Im Geheimnis lebt es, keimt und kommt wieder heraus. Die Olive, wie auch die (7) **Dattel**, die siebte Frucht, enthält nur *einen* Kern. Die Dattel ist süß. Wenn in der Bibel von **Honig** gesprochen wird, ist neben dem Honig der Bienen vor allem der Honig der gepressten Datteln gemeint. So auch immer dort, wo von „**Milch und Honig**“ die Rede ist.

Hopi-Indianer weisen darauf hin, dass zum Weiterleben den Menschen auf der Erde das Bienenvolk notwendig ist, da deren Hauptaufgabe das Bestäuben der Blüten der Fruchtbäume ist.

Wie verhält es sich nun aber mit der achten Frucht? Sie hat einen ganz merkwürdigen Kern – man kann ihn essen: Es ist die (8) **Mandel**, die Nuss. Da wird der Kern gegessen, während man sich bei den Kernen der anderen Früchte die Zähne ausbeißt würde. Den Kern der achten Frucht kann man begraben, aber auch essen. Was man begräbt, isst man auch, ist man auch. Da ist kein Unterschied. Der achte Tag zeigt das.

Im Hebräischen gibt es zwei Namen für die Mandel. Der eine ist „**lus**“, das gleiche Wort wie der Name des Ortes, der in der Genesis vorkommt, **wo Jakob sich hinlegt und die Leiter sieht, die in den Himmel führt**. Jakob legt sich also an den Ort der Mandel, den Ort des achten Tages, den Ort der Erlösung. Dann sieht er den Himmel sich öffnen und schaut Gott. **Mit „lus“ wird im alten Wissen auch eine Stelle des menschlichen Körpers bezeichnet. Man sagt, es sei das Stückchen im Körper, worum sich bei der Auferstehung der neue Körper baut, woran er sozusagen kristallisiert**. Etwas von unserem Ich hier, von unserem Dasein bewahrt. **Es gibt einen Faden (Silberfaden)**. Der neue auferstandene Leib enthält die Verbindung zum Leben im Körper. Etwas geht wie durch ein Nadelöhr, könnte man sagen, und daraus wird der neue Mensch gebaut. Das ist der Ort **Lus** im Körper. Die Anatomie des alten Wissens, wie sie in Midrasch und Talmud überliefert ist, erzählt davon.

Das andere Wort für Mandel ist „**schaked**“: Es bedeutet „**eilen**“, also **die Hinde** (die Hirschkuh, Symbol der Venus, die Hinde des Morgens), **die eilt**. Der im Zeichen der Mandel kommt, eilt so schnell, dass er am

Anfang schon da ist. Daher wird im jüdischen Brauch dem Namen des Erlösers als „Tröster“, Menachem, immer ein „Mandel“ (jiddisch für Mandel) beigelegt. Denn der Tröster, sagt man, „eilt sich wie die Mandel.“²⁰ Durch ihr Brauchtum entwickelten die Mönche, die ihre religiösen Aufgaben sorgfältig wahrnahmen, weil ihnen damals noch „profunde“ Zusammenhänge über den Sinn einer heilsamen Ernährung bekannt waren, das energiereiche Marzipan, das aus Mandeln zubereitet wird (das sogenannte Mönchsbrod).

Wenn wir bei unseren Betrachtungen noch eine Winzigkeit verweilen wollen, so fällt auf, dass z.B. die Walnuss (*Juglans regia*) eine gewisse Ähnlichkeit mit unserem Schädel hat – mit ihrer harten holzigen Schale – und mit unserem Gehirn (u. a. im Hinblick auf die beiden Großhirnflächen) durch ihre Frucht und Fruchthaut.²¹ Durch ihre Signaturenlehre bekommt der praktisch denkende Mensch die Mitteilung, dass die Walnuss unser „erschöpftes oder erkranktes“ Gehirn beeinflussen und ernähren kann, was durch die homöopathischen Prüfungen bestätigt wird. Diesbezügliche Hinweise finden wir in unserer *Materia medica homoeopathica* „selbstredend“.²² W. Boericke z.B. verordnete *Juglans regia* homöopathisiert für folgende Symptomatik des Menschen als wirksame Arznei: „Bei geistiger Verwirrung oder Situationen, in denen man den Kopf zu verlieren droht.“



Walnuss

Standhielt hielt dieses Wissen durch die Tradierung der Zeit auf verschiedenen Ebenen bis in unsere Generation. Vielen von Ihnen ist sicherlich noch das sogenannte „Studentenfutter“ bekannt (Mandeln, Nüsse, Rosinen), das „Kopfarbeiter“ (Studenten wie Schüler) aßen, oder im Volksbrauchtum das Lied „Apfel-Nuß- und Mandelkern, essen alles Kinder gern“.²³

Auffällig ist auf jeden Fall, dass gewisse Früchte beim gesunden Menschen nahezu keine Krankheitssymptome produzieren, aber wenn sie nicht vertragen werden, meistens chronische Beschwerden vorliegen. Deshalb nehmen wir bei der Behandlung auch zu chronischen Arzneimitteln Zuflucht: Verlangen nach unreifem Obst hat z.B. *Medorrhinum*, Verlangen nach Kirschen China als Heilmittel.

Auch der homöopathisierte Zitronensäurezyklus²⁴ mit seinen Fruchtsäuren, mit dem ich jahrelang behandelt habe, heilt dann den Menschen, wenn dem Körper sein Atmungspotenzial schwindet, denn er zeigt dann die Symptome der Fruchtsäuren. Ich habe deshalb in Bönninghausens Repertorium ein Extrakapitel über die Nahrungsversorgung unseres Körpers angehängt, als ersten Schritt für die „Entdeckungsreise“ des Lesers zur **Nahrungsumwandlung** seines Körpers.

Viele Wissenschaftler halten bis heute die Selbstbeobachtung, die Hahnemann bei der Arzneiprüfung forderte, nicht für ein geeignetes Mittel, „die Funktionsweise des Bewusstseins zu verstehen“. Inzwischen wissen wir aus der „Atomphysik“, dass aber auch hier Hahnemann, aus praktischer Erfahrung heraus, richtig handelte.

„Es gibt viele diverse Arten von Wissen auf dieser Welt, aber sie sind alle nicht wichtig. **Was ihr entwickeln müßt, ist 'praktisches Wissen'**. Dies sollte alleine, in der Zurückgezogenheit getan werden.“²⁵

Die Evolution des Menschen ist die Evolution seines Bewusstseins, dies kann sich nicht unbewusst entwickeln, kommentiert G. I. Gurdjieff.

Bei der Betrachtung der „Grundbausteine“ der Materie (Atomkerne, Protonen, Neutronen, Elektronen usw.) können wir beobachten, dass in diesem „mikroskopischen“, d.h. atomaren und subatomaren Bereich, dem „Nano“-Bereich, winzigste Unterschiede gewaltige Veränderungen nach sich ziehen.

Ich erinnere nur so nebenbei an die Tatsache, dass nur ein einziges Elektron den Unterschied zwischen dem Goldatom und dem Quecksilberatom ausmacht.²⁶

Wieviel hunderte Prüfungssymptome zeigen hier bereits massive Unterschiede von beiden Substanzen bei der Prüfung und Heilung am Menschen. Die Materie zeigt uns keine isolierten „Grundbausteine“, sondern ein höchst kompliziertes zartes Gewebe, ein Netz von Zusammenhängen (ind. Tantra, ein Wort, dessen Wurzel im Sanskrit „Weben“ bedeutet bzw. kosmisches Gewebe – die Beschreibung der Welt als perfektes Netzwerk von gegenseitigen Beziehungen) zwischen den verschiedenen Teilen des Ganzen. In der Homöopathie wird dies sichtbar am Beispiel der Arzneibeziehungen, die bisher am genauesten bei Bönninghausens Konkordanzen zu beobachten sind.

Diesem gesamten Sektor wurde aber in der Homöopathie bisher wenig Beachtung geschenkt! Deshalb ist es immens wichtig, dass die Homöopathen ihre Erfahrungen und Bestätigungen der Gemeinschaft mitteilen, die dann ähnlich der „Errata-Listen“ gesammelt und regelmäßig in den Periodika mitgeteilt werden, um dann in den folgenden Auflagen Berücksichtigung zu finden. Dadurch kann auch dann die Wertigkeit der einzelnen Arzneien und der Zeitpunkt ihres Auftretens beobachtet werden, analog der „epidemischen Mittel“, über längere Zeitperioden, und deshalb qualitativ harmonisch wachsen. Dies erfordert sehr viel Sorgfalt! Nebenbei bemerkt, hatte dies G.H.G. Jahr bereits 1837 vorgeschlagen.²⁷

VI. Zusammenfassung

Diese Zusammenhänge schließen immer den Beobachter mit ein. Der menschliche (Selbst)-Beobachter bildet immer das Schlusslicht in der Kette von Beobachtungsvorgängen, und die Eigenschaften eines atomaren Objekts können nur in Begriffen der Wechselwirkungen zwischen Objekt und Beobachter verstanden werden. Das heißt, dass die klassische Vorstellung einer objektiven Beschreibung der Natur nicht mehr gilt. Die Cartesische Trennung von Ich und

Welt, vom Beobachter und dem Beobachteten, kann im atomaren Bereich nicht durchgeführt werden (!). **In der Atomphysik können wir nie über die Natur sprechen, ohne gleichzeitig über uns selbst zu sprechen.**²⁸ Wir können also nicht die Rolle eines unbeteiligten objektiven Beobachters spielen, sondern er wird in die beobachtende Welt mit einbezogen und beeinflusst die Eigenschaften des beobachtenden Objekts, dies zeigt uns der Ayurveda. Quantenphysiker empfehlen deshalb den Ausdruck „**Beobachter**“ durch „**Teilnehmer**“ zu ersetzen.^{28a}

Die Homöopathie spricht hier von Prüfer oder einer freiwillig kranken Person (personare: ertönen, wiederhallen), in der Ehegemeinschaft heißt es auch nicht „Beobachter“, sondern Ehepartner(in), eine geliebte Person, die am Leben **teilnimmt, Anteil nimmt, „Teilnehmer“**. Was machen hier nun die „modernen“ Prüfer der Homöopathie, die Placebos prüfen? Auch hier kommentiert Gurdjieff mit einer Feststellung über dieses Tun: „Nichts ins Leere gießen.“

Da durch die Sprache wohlbeschrieben die Symptome mitgeteilt werden, möchte ich an dieser Stelle kurz das Zustandekommen der „reinen Sprache“ erwähnen. Mit der Verteilung der Laute der Buchstaben des 51-gliedrigen Devanagari-Alphabets im menschlichen Körper²⁹, wo die Buchstaben als Keimlinge verteilt sind – man muss an dieser Stelle aber beachten, dass die Devanagari-Buchstaben den Körper bilden, und nicht die Buchstaben rein willkürlich an gewisse Körperpartien zugeteilt wurden.³⁰ Im besonderen, speziell in der Buchstabenverteilung auf den Lotosblättern, d. h. Chakras (richtiger Chakrani), als auch in der gesamten Natur, ähnlich Fragalen, kommen wir bei der freiwilligen (!) Arzneiprüfung beim gesunden Menschen zu einer reinen Sprache, ohne Beigeschmack. Hahnemanns Forderung im Organon § 144): „Von einer solchen Arzneimittellehre sollte alles Vermutete, bloß Behauptete oder sogar Erdichtete ausgeschlossen sein. **Alles hat reine Sprache der sorgfältig und redlich befragten Natur zu sein.**“¹²

Die Sprache des erkrankten Menschen beschreibt nun interessanterweise die gleiche Problematik, wie die, welche bei der Arzneiprüfung beim gesunden Menschen ebenfalls vorlag. Hier greift das **Ähnlichkeitsgesetz**.

Das erwähnte Devanagari-Alphabet ist der tiefere Sinn, ist das eigentliche Wesen des Körpers – dies gilt sowohl für den mikro- als auch den makroskopischen Körper – und kann aus diesem Körper auch wieder herausgeholt werden. Die Kontrolle für die Richtigkeit dieser Auffassung liegt darin, dass durch das mantrische Aussprechen bestimmter Laute das Chakra, worin dieser Laut beheimatet ist, und damit die ihm verbundenen Funktionen lokal feststellbar angeregt werden. Um aber „mantrisch“ sprechen zu können, genügt es nicht, das entsprechende Mantra nur auszusprechen (das kann entweder äußerlich hörbar oder nur mit den Lippen bewegend oder ausschließlich innerlich in Gedanken geschehen), sondern es muss erst das entsprechende **Mantra-Caitanya** geweckt sein, das „**Mantra-Bewusstsein**“.³⁰

Ein ähnliches Phänomen hat Hahnemann in Paris herausgefunden, als er die **Verordnung der Q-Potenzen** erarbeitete, weil er feststellen musste, dass das Leben der „Städter“ durch zu viele Noxen bela-

stet war und den Heilungsverlauf mit seinen damals üblichen Einzelpotenzen schwächte. Der erkrankte Mensch erlebt mit den täglich genommen Q-Potenzen ein ähnliches Phänomen wie das des Mantra-Caitanyas!

Wir kommen dabei mit archaischen Bereichen von uns selbst in Berührung. Die Natur meldet sich, wenn sie in uns schwächelt, krank wird oder ausfällt. Wir fragen deshalb die erkrankte Person, die sich uns anvertraut hat, mitfühlend „Was fehlt Dir?“, bzw. der Kranke sagt freiwillig aus, was er empfindet und beschreibt, was ihm fehlt und wie er leidet. Parzifal soll die ähnlich „erlösende“ Frage an seinen Oheim stellen: „Oheim was wirret dir, Oheim was fehlt dir?“

Durch Allöopathie wird das Fehlen – „Was fehlt Dir?“ – durch Arzneien praktiziert, die die Beschwerden erleichtern, aber fast immer unterdrücken. In der Homöopathie wird das Fehlende gefunden, indem es sich selbst durch die Symptome mitteilt, wie bei einem Suchspiel. Fehlt dem erkrankten Menschen z.B. Arnica, das sich aus den geschilderten Symptomen ergeben hat, heißt es deshalb „Ihm fehlte Arnica“ und diese Pflanze wirkt dann auch.

Als sogenannte „**klinische Symptome**“ werden die Symptome bezeichnet, die außer den Symptomen, die z.B. zur Arnicawahl führten, auch durch die Arnicagabe geheilt wurden, aber unbeachtet geblieben waren. In der Praxis konnte man deshalb Arzneiprüfungssymptome bestätigen, ergänzen und sogar kommentieren, wie es sich z. B. bei Baryta carbonica^{30a} gezeigt hat, dass es ein wirksames Mittel gegen Affektionen alter Menschen ist, insbesondere aber mehr für Männer passt, während Conium für ältere Frauen mehr in Frage kommt.^{30b} Aber Symptome dürfen nicht interpretiert werden, denn sie enthalten, wie wir täglich erfahren, zeitlose Wahrheiten.

Im Verlauf unserer Entwicklung zum Menschen, der aus dem Meer kam, zum Landbewohner als Reptil und Säugetier transformierte, vergrößerte sich das Gehirn stetig und hat diesen Prozess in sich abrufbar gespeichert. Wir sprechen deshalb von einem Ur- oder Stammhirn, einem Reptiliengehirn und einem in zwei Hälften geteilten Großhirn. Auf diesem Evolutionsweg unserer Erde der verschiedenen Zeitalter blieben die „Königreiche“ zurück und sind bis heute in „live“ erhalten und zum großen Teil noch sichtbar – als Mineralien, Steine, Pflanzen und im Tierreich.

So finden wir einerseits **in uns die gesamte Evolution** bis zum Menschen vor. Es heißt deshalb vom Menschen, dass er die Krone der Schöpfung darstellt, – und andererseits die äußerlichen, von uns zurückgelassenen Evolutionsstufen, die wir klugerweise mit unserem letzten Gehirn, dem Großhirn erkennen, begreifen und erhalten sollten. Diese Natur ist nicht nur, wie Einzelne geringschätzig bemerken könnten, unser Ersatzteillager, sondern, wenn wir dies holistisch betrachten möchten, das sind wir selbst. Ich erinnere daran, dass in dem Wort holistisch die Bezeichnung „holy“ enthalten ist. Dies bezeichnet in der christlichen Tradition eine Person, die eine große Form des einheitlichen Bewusstseins begreift und lebt.

So begrüßt z.B. in Indien Sathya Sai Baba die anwesenden Ärztinnen und Ärzte bei den Fachkongressen schlicht mit „Ihr heiligen Ärzte“. Auch der Zweig der in

Deutschland zugelassenen „Laienärzte“, die Heilpraktiker, haben diese Bezeichnung sogar als Berufsbezeichnung übernommen.

Bei einer Arzneiprüfung von Peyotl (*Anhalonium lewini*) beschrieb der deutsche Arzt Herbert Unger³¹ Folgendes – ich zitiere ihn wörtlich: „Ich sah Landschaftsbilder aus geologischer Vorzeit, riesengroße Zypressen, fliegende Tiere mit Menschenköpfen; mir fiel auf, dass die Landschaften stets in tiefes Grün und Blau getaucht waren. [...] Landschaftsbilder wechselten in rasender Geschwindigkeit, ohne dass ich unruhig wurde. Vielmehr beobachtete ich alles mit sachlicher Neugierde. [...] Oft Verschmelzung von Geschmacksempfindungen mit Seherscheinungen.“

Ethnologische Forschungen bestätigen die Arbeit der Homöopathen, beachtenswert sind u.a. die „Lehren des Don Juan“, die der amerikanische Ethnologe Carlos Castaneda beschrieb. Man achte auch hier auf die äußerlich sichtbare Signatur der Energiewirbel.



Peyotl-Kaktus

VII. Die Chronik des menschlichen Stoffwechsels

Die Homöopathie ist deshalb nicht nur ein „**Kulturerbe**“, wenn wir lernen, sie als noch viel mehr zu begreifen – sie ist weit mehr. Mit diesem Wissen können wir die gesamte Chronik der Natur „lesen“. Sie ist die **Chronik des menschlichen Stoffwechsels**. Hahnemann erkannte auch dies und nennt sie „**Kodex der Natur**“. Die Natur ist in und außerhalb von uns, wir können sie deshalb erkennen und zum Heilen benutzen. Die Bereiche, die von der Homöopathie bisher betrachtet werden, beziehen sich (nur) auf das Heilen kranker Menschen, kompetent und sicher – aber einseitig. Andere Bereiche wurden bisher nicht beachtet.

Das wirkliche Kulturerbe der Entstehungsentwicklung unseres Menschseins können wir deshalb „nur“ am Kranksein beobachten, wenn wir z.B. beachten lernen, aus welchem Zeitabschnitt der Evolution, aus welchem „Königreich“ das Heilmittel stammt.

Ein Schlüssel dazu sind die Wirkungszeiten der Arzneien, auf die Hahnemann bei dem Erscheinen der Symptome achtete – und die Wirkungszeiten der Arzneien im Heilungsprozess, welchen Zeitraum sie benötigten, um auszuheilen. Dies wurde bisher von der Homöopathie-Forschung übersehen. Ich habe den Zeithinweis in meinem 1. Band der ehemals von mir geplanten **MMH** (*Aconitum napellus*, 1995) deutlich der Prüfung vorangestellt.³²

Sind doch die homöopathischen Symptome, die wir in der *Materia medica homoeopathica* vorfinden, eine, ich nenne es einfach eine „Ursprache“ der DNA, die nicht manipuliert werden darf! Das „Programm“ der DNA ist bisher nur zu einem gewissen Teil verständlich. Es existiert keine einzige wirkliche Heilung, die durch Genthherapie bisher erreicht wurde. Die sogenannten „Genmanipulationen“ sind kein Ziel und auch keine Lösung. „Man“ sollte sich deshalb als Homöopath durch „Trends“ der heutigen Technik nicht verunsichern lassen.

Die *Materia medica homoeopathica* muss rein und stabil bleiben, das intelligente Suchen wird durch ein entsprechendes **Repertorium** erleichtert. Beide sind eine untrennbare Einheit und bilden vereint ein „Spiegelbild“ zum geschilderten Kranksein, wie wir gehört haben.

Es macht Sinn, wenn wir beim Arbeiten in der Homöopathie das Denken, Überlegen, Begreifen und Lesen nicht verlernen, damit unser Gehirn geschult bleibt, und Gedanken sich bilden können, ähnlich, als wenn wir einen Globulus, z.B. Sulphur, auf „Reise“ schicken und Sulphur den Ort findet, wo die Arznei fehlt. Auch kann durch diese Disziplin Intuition erfahren werden. Immerhin sind unsere Gedanken schneller als die Lichtgeschwindigkeit (!), mit der die Computer arbeiten – aber dieses Arbeiten muss gelernt sein. In der Homöopathie, wo es auf jeden definierten Globulus ankommt, ähnlich der Genauigkeit in der „Atomphysik“, ist wünschenswert, dass die Heilung das Ziel ist, denn in der Praxis heißt dies für den uns anvertrauten Menschen immerhin Heilung oder weiterhin Krankheit oder Tod.

Erinnert sei an dieser Stelle noch an zwei weitere wichtige Argumente für eine wahre *Materia medica homoeopathica* für den Homöopathen. Inzwischen wurde die Neuroplastizität des menschlichen Gehirns bestätigt.³³ Dies bedeutet, falls eine Krankheit nicht ausheilt, dass es später zu Problemen kommen kann („der Körper vergisst nichts“).

Wir alle wissen, wie hilfreich es ist, wenn wir nach einer homöopathischen Arzneigabe anhand der nun erscheinenden Symptome (aus der **MMH**) den Kranken führen können und ersehen, ob das Heilmittel (noch) wirkt oder ein Folgemittel notwendig ist.

Der bereits erwähnte Avatar Sathya Sai Baba sagte, wie passend für unser Thema: „Es ist löblich, wenn der Mensch sich wie ein Mensch nimmt, und es ist rühmlich, wenn er sich als der *mādhava* (ein Name für Krishna) trägt, der er in Wirklichkeit ist. Sich aber wie ein Dämon oder wie ein wildes Tier zu betragen, ist verabscheuungswürdig. Denn der Mensch war lange als Mineral geboren und starb als Mineral, dann machte er Fortschritte und wurde zum Baum. Lange wurde er als Baum geboren und starb als Baum, doch im Entwicklungsprozeß schritt er zum Tier weiter. Nun jedoch ist er zum Rang eines Menschen aufgestiegen. Dieser Aufstieg von einer Stufe zur anderen hat in der Wissenschaft wie in der direkten spirituellen Erfahrung Bestätigung gefunden. Nun wird der Mensch als Mensch geboren, stirbt aber leider auch als Mensch. Eine noch größere Schande ist es, wenn er ins Tierhafte zurückfällt oder zum bestialischen Dämon wird. Ehre gebührt ihm nur, wenn er sich in den göttlichen Zustand erhebt. Das ist die wahre Erfüllung seiner Bestimmung.“³⁴

Diese tiefe Weisheit finden wir von ihm in nachstehender Feststellung, mit der ich meinen heutigen Vortrag beenden möchte:

Gott schläft in den Steinen – atmet in den Pflanzen – träumt in den Tieren – und erwacht in den Menschen.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Nachtrag: Der Vortrag musste gekürzt vorgetragen werden, da der vorgesehene zeitliche Rahmen durch den Vorredner eingeengt worden war.

Literatur und Anmerkungen

1. Haug-Verlag (1992) und Elsevier Urban&Fischer-Verlag (2003).
2. Haug-Verlag (2001).
3. Haug-Verlag (1993-2007 usw.).
4. Eugene B. Nash: Leitsymptome der homöopathischen Therapie. Haug-Verlag (2004), 136.
5. Hering, Constantin: Prüfungen der Schüssler'schen Gebewebmittel. AHZ 97 (1878), 9ff., AHZ 98 (1879), 22ff.
6. Homöopathische Potenzierungsmethode ihrer Arzneien in D-Potenzen (D: Abkürzung für Decimalskala). Dazu ist es nicht unwichtig, die diesbezüglichen Kommentare Bönninghausens zu kennen, z.B. „Die jetzt so beliebte Anwendung der niederen, überdem nach der Decimalskala angefertigten Verdünnungen, wobei die eigentliche, tief greifende Kraft der Arznei noch nicht genügend aufgeschlossen ist, wie man Solches, wenn man nur sehen will, insbesondere bei mehreren Mineralien und Metallen sehen kann.“ (AHZ 54.1857. 89-90) und „Die Decimalskala ist ebenfalls ein nutzloser Rückschritt der neuern Zeit.“ Die Vorzüge der Hochpotenzen. AHZ 59 (1859) 172.
- 6a. „Kreative Gedanken, kreative Kunst und kreative Poesie sind alles Entschuldigungen, um die Welt den Verirrungen auszusetzen, die in den trüben Köpfen der sogenannten intellektuellen Elite des Westens entstanden sind. Der wirklich kreative Künstler schreit seine Kreativität nicht in alle Welt. Der wahre Intellektuelle behauptet niemals, einer zu sein. Es sind die Unerfüllten, die nicht Erfolgreichen, die Faulen und Törichten, die alte Fahrräder zusammenschweißen und verkünden, sie seien kreativ. Sie sind umringt von der gleichen Sorte, die den Mist mit Lob überschütten, damit sie wiederum gelobt werden.“ Scheich Abdul Muhi, in Rafael Lefort: Die Lehrer Gurdjieffs, 101. Verlag Bruno Martin. Frankfurt 1980.
7. Von Dr. C. R. Klinkenberg ins Leben gerufen. Ettlingen/Baden, 27.-29. September 2007.
8. Mittwede, Martin: Der Ayurveda. Haug-Verlag (1998).
- 8a. Mittwede, Martin: Der Ayurveda, 30.
9. Sathya Sai Baba: Hospitals are meant to serve the poor and needy. Whitefield (Sanathana Sarati Feb. 2001, 53-54).
10. „Prof. E. Vulliamy und seine Kollegen haben auf der Basis von Pflanzenfossilien sechs vorzeitliche Landformationen der Welt beschrieben, die während verschiedener geologischer Zeitalter in den letzten 405 Millionen Jahren existierten. Srinivasan (1986) machte deutlich, dass das Studium dieser Karten enthüllt, dass der einzige Teil der Welt, der durchgehend als Landmasse existierte, Südindien ist.“ (Govindan, Marshall: Babaji, 81. Hans-Nietsch-Verlag, 1999).
11. Mittwede, Martin: Der Ayurveda. Haug-Verlag (1998), 34f.
12. Hahnemann, Samuel: Organon der Heilkunst. Neufassung mit Systematik und Glossar von Josef M. Schmidt. Elsevier Urban&Fischer-Verlag (2003).
13. Josef M. Schmidt stellte die **Materia medica Samuel Hahnemanns** zusammen (seine veröffentlichten Arzneimittelpfahrungen und Abhandlungen zu den einzelnen Mitteln), Jahrbuch des IGM der Robert Bosch Stiftung, Bd. 6 (1987), 111-125.
 - Die „Fragmenta de viribus medicamentorum“ enthalten Prüfung von **27** Arzneimittel.
 - Die „¹Reine Arzneimittellehre“ enthält 63 Arzneien, von denen aus den Fragmenta 22 übernommen sind, also **41 neue** Arzneimittel, in der 2. Auflage kamen drei weitere dazu, das sind **44** Arzneimittel.
 - Die „¹Chronischen Krankheiten“ enthalten **17 Arzneien**, die neu geprüft sind und in keinem anderen Werk vorkommen, die 2. Auflage wurde um **weitere 12 Arzneimittel** vermehrt. Haehl: Die Erforschung der Arzneikräfte durch Hahnemann. AHZ 170 (1922), 21-34.
 - In seinen Vorarbeiten zur „Reinen Arzneimittellehre“ (RA, 1796-1812), die im Archiv des Robert Bosch Instituts in Stuttgart aufbewahrt wird und 231 Seiten umfasst, handelt es sich um Quellenstudium von Büchern mit Behandlungshinweisen aus dem Mineral-, Pflanzen- und Tierreich sowie aus eigenen Beobachtungen. IGM Stuttgart. Nachlass Hahnemann, Bestand G, Nr. 2.
 - Richard Haehl erwähnt eine weitere Liste (AHZ 170. 1922. 23-24) mit unbekanntenen Prüfungssymptomen von **68 Arzneien** von Hahnemann oder einem seiner Mitarbeiter, nebst Literaturvermerken. Bemerkenswert für mich war bei meiner diesbezüglichen Forschungsarbeit, dass Kollegen und Schüler Hahnemanns die später Arzneiprüfungen durchführten, diese Erwähnungen von Hahnemann aufgriffen, die aus diesen Werken und dem Apothekerlexikon stammten.
 - In dem neuerdings erschienenen Buch von Peter Minder „Gesamtregister zu Hahnemanns Werk“ (Sach-, Arznei- und Personenverzeichnis, Haug-Verlag 2002) wird erstmalig versucht, die Arzneien zu sammeln, denen Hahnemann in seinem Leben Beachtung schenkte. Leider fehlen hier die Arzneistoffe, die Hahnemann in seinen „Vorarbeiten zur „Reinen Arzneimittellehre“ (RA, um 1803) erwähnt, und das zweibändige Apothekerlexikon (Bd. 1, Leipzig 1793; Bd. 2, Leipzig 1798), deren Inhaltsstoffe er einer Betrachtung unterzog.
14. Lediglich das Arzneimittel „Aconitum napellus“ ist 1995 beim Haug-Verlag erschienen: Kastner, R. F.: Materia medica homoeopathica – Aconitum napellus. Heidelberg 1995. (Restexemplare sind zu erhalten bei: Edition Kastner, 64646 Heppenheim, Ludwigstraße 38. 12,95 Euro + Porto)
15. AHZ 1(1832)13, 97-102.

16. Rückert, Th. J.: Klinische Erfahrungen in der Homöopathie. Eine vollständige Sammlung aller in der deutschen und ins Deutsche übertragenen homöopathischen Literatur niedergelegten Heilungen und praktischen Bemerkungen vom Jahre 1822 bis 1850. 1. Band; 1012 Seiten. Dessau 1854 und Leipzig 1861.
- Klinische Erfahrungen in der Homöopathie. Eine vollständige Sammlung aller in der deutschen und ins Deutsche übertragenen homöopathischen Literatur niedergelegten Heilungen und praktischen Bemerkungen vom Jahre 1822 bis 1850. 2. Band; 465 Seiten. Dessau 1855.
 - Klinische Erfahrungen in der Homöopathie. Eine vollständige Sammlung aller in der deutschen und ins Deutsche übertragenen homöopathischen Literatur niedergelegten Heilungen und praktischen Bemerkungen vom Jahre 1822 bis 1850. 3. Band; 592 Seiten. Leipzig 1857.
 - Klinische Erfahrungen in der Homöopathie. Eine vollständige Sammlung aller in der deutschen und ins Deutsche übertragenen homöopathischen Literatur niedergelegten Heilungen und praktischen Bemerkungen vom Jahre 1822 bis 1860. 4. Band; 1034 Seiten. Leipzig 1861.
 - Klinische Erfahrungen in der Homöopathie. Eine vollständige Sammlung aller in der deutschen und ins Deutsche übertragenen homöopathischen Literatur niedergelegten Heilungen und praktischen Bemerkungen vom Jahre 1823 bis 1860. II. Supplementband, enthaltend die in der deutschen und amerikanischen Literatur niedergelegten Heilungen und praktischen Bemerkungen vom Jahre 1860-1870. Zusammenge stellt und mit vergleichenden Bemerkungen versehen von Dr. F. G. Oehme; 956 Seiten. Leipzig 1866.
 - Klinische Erfahrungen in der Homöopathie. Eine vollständige Sammlung aller in der deutschen und ins Deutsche übertragenen homöopathischen Literatur niedergelegten Heilungen und praktischen Bemerkungen vom Jahre 1823 bis 1860. II. Supplementband, enthaltend die in der deutschen und amerikanischen Literatur niedergelegten Heilungen und praktischen Bemerkungen vom Jahre 1860-1870. Zusammenge stellt und mit vergleichenden Bemerkungen versehen von Dr. F. G. Oehme; 242 Seiten. Prag 1877.
17. Noack, Alphons und Trinks, Carl Friedrich: Handbuch der homöopathischen Arzneimittellehre nach den gesammten älteren und bis auf die neueste Zeit herab genau revidirten Quellen der Pharmakodynamik und Therapie dem gegenwärtigen Standpunkte der Homöopathie gemäss. Erster Band. Verlag von Ludwig Schumann. Leipzig 1843. – Trinks, Carl Friedrich und Müller, Clotar: Handbuch der homöopathischen Arzneimittellehre nach den gesammten älteren und bis auf die neueste Zeit herab genau revidirte Quellen der Pharmakodynamik und Therapie dem gegenwärtigen Standpunkte der Homöopathie gemäss. Zweiter Band. Leipzig 1847.
- 17a. Possart, A.: Homöopathische Arzneimittellehre aller in den Jahren 1850-1857 geprüften Mittel. Erster Teil. Verlag von Adolph Büchting. Nordhausen 1858. – Homöopathische Arzneimittellehre aller in den Jahren 1850-1857 geprüften Mittel. Zweiter Teil: Prüfungen von 1858 und 1859 und Nachträge aus früheren Jahren. Verlag von Adolph Büchting. Nordhausen 1860. – Kleinert, G. O.: Homöopathische Arzneimittellehre aller in den Jahren 1860-1862 geprüften Mittel. Dritter Theil: Prüfungen nebst Nachprüfungen von 1860-1862. Verlag von Adolph Büchting. Nordhausen 1863.
18. Bönninghausen, Clemens von: Repertorium der Antipso rischen Arzneien (229 S.) Repr. der Ausgabe 1832.* Bönninghausen/Kastner: Repertorium der homöopathischen Arzneimittel (539 S.). 2. Unveränderte Auflage 2006.*
- Bönninghausens Therapeutisches Taschenbuch (502 Seiten). Rev. Ausgabe, 3. Aufl. 2006.*
19. Bönninghausen, Clemens von: Homöopathische Arzneien nebst einer abgekürzten Uebersicht ihrer Eigentümlichkeit und Hauptwirkungen. Münster 1836.
20. Weinreb, Friedrich: Astrologie in der jüdischen Mystik. Thaurus Verlag, Weiler 2000.
21. Frau Britta Gudjons hatte mir bereits vor ca. 25 Jahren diese Fruchthaut potenziert. Huibers, Jaap: Kräuter bei Stress und Nervosität. Heilkräuter, Homöopathie und unsere tägliche Nahrung, 54-56: Wallnuß (*Juglans regia*), Theorie der Signaturenlehre (Diese Lehre basiert auf einer Übereinstimmung der bei Pflanzen vorkommenden Formen mit denen unseres Körpers.). 2. Aufl. Aurum-Verlag, Freiburg i. Br. 1979 (¹1977).
22. Buchner: *Juglans regia*. HYG 15 (1841) 418. Und: Müller, C.: Arzneiprüfung *Juglans regia*. HYG15 (1841) 60-92; 149-180. Und: Trinks, Carl Friedrich und Müller, Clotar: Handbuch der homöopathischen Arzneimittellehre nach den gesammten älteren und bis auf die neueste Zeit herab genau revidirte Quellen der Pharmakodynamik und Therapie dem gegenwärtigen Standpunkte der Homöopathie gemäss. Zweiter Band; 11. *Juglans regia*. (Nachtrag), 1458-1464. Leipzig 1847.
23. Oder man gibt gar mit dem abgeknockten Mittelfinger den Kindern „zur Erziehung“ eine Kopfnuss.
24. Seutemann, Sigrund / Kastner, Raimund Friedrich: Homöotherapie mit Bio-Katalysatoren. Arzneimittelbilder der Säuren und Salze des Zitronensäurezyklus und der Chino ne. Bd. 1/A. 3. verb. u. erweiterte Auflage 1979 (¹1976). Wissenschaftliche Arbeiten, Verlag Kastner. Heppenheim 1979.*
25. Sathya Sai Baba: Ansprache 11.04.1991.
26. Crow, David: Auf der Suche nach dem Medizin-Buddha, 142. W. Goldmann Verlag. München 2001.
27. G.H.H. Jahr: Unsere Arzneimittellehre und die Repertorien. AHZ 10 (1837) 14, 209-214; 15, 225-232; 16, 241-245; 17, 257-261. (228: „Dies ist die heilige Bestimmung unserer Original-Prüfungs-Berichte ...“)
28. Capra, Friedjof: Das Tao der Physik, 68. Scherz-Verlag. Bern, München, Wien 1984.
- 28a. Capra, Friedjof: Das Tao der Physik, 142.
29. Hinze, Oscar Marcel: Tantra Vidya. Die Wissenschaft vom Tantra, 51. Aurum-Verlag. Freiburg i. Br. 1983.
30. Hinze, Oscar Marcel: Tantra Vidya. Die Wissenschaft vom Tantra, 146.
- 30a. Seipel, Jürgen: Baryta acetica und carbonia in den Chronischen Krankheiten von Samuel Hahnemann. Eine vergleichende Darstellung. Hainburg/H. 2006.*
- 30b. Huber. AHZ 90 (1875) 1, 6.
31. Unger, Herbert: Das Arzneibild von Peyotl. AHZ 203 (1958) 11, 523-535; 12, 571-577.
32. Kastner, R. F.: *Materia medica homoeopathica – Aconitum napellus*. Heidelberg 1995.*
33. Eine internationale Arbeitsgemeinschaft von Neurowissenschaftlern und buddhistischen Mönchen, die sich auf Initiative des Dali Lama in seiner indischen Residenz in Dharmasala seit 2004 regelmäßig zur „Mind and Life“-Konferenz trifft, und die sich mit Hirnforschung beschäftigt, dokumentierte, dass diese Art von **Arbeit nur auf freiwilliger Basis gewährleistet ist**. (113:) „Wir sind der Ansicht, dass freiwillige Bewegung die Anzahl der

neuralen Stammzellen erhöht, wodurch sich neue Nervenzellen im Hippocampus (94: Der H., der die Form eines Seepferdchens hat, ist maßgeblich an der Funktion des Gedächtnisses beteiligt) erhöhen.“ (112:) „Neue Nervenzellen entwickeln sich selbst noch im 7. Jahrzehnt, sie wandern dorthin, wo sie gebraucht werden und wo sie sich in bereits bestehende Gehirnschaltkreise einfügen oder sogar Grundlage für einen neuen Schaltkreis bilden. Es waren die sterbenden Krebspatienten in Göteborg, die diese Entdeckung möglich werden ließen.“ (Begley, 113, 117). Eine zweite, für die Homöopathie maßgebliche (!) Entdeckung dieser Arbeitsgemeinschaft war, (9:) „... dass das Gehirn über erstaunliche Fähigkeiten zur Neuroplastizität verfügt.“ (8:) „Das menschliche Gehirn besteht aus vielen Nervenzellen untereinander – schätzungsweise 100 Milliarden Nervenzellen mit ungefähr 100 Billionen Verbindungen – dass es riskant zu sein schien, dieses Gebilde auch nur minimal zu verändern, so als ob man an ein paar Schaltkreise auf der Festplatte eines Supercomputers herumbastelt.“ (10:) „Für Funktionen, die wir häufiger benutzen, stellt das Gehirn mehr Gewebe zur Verfügung, und es begrenzt den Bereich, der für Aktivitäten verantwortlich ist, die seltener ausgeführt werden.“ („Übung macht den Meister.“).

(9:) „Das Gehirn verfügt über erstaunliche Fähigkeiten zur Neuroplastizität. Das Gehirn kann sich neu verdrahten.“ (5:) „Die herkömmliche neurowissenschaftliche Lehrmeinung geht [...] davon aus, dass im ausgewachsenen Säugetiergehirn keine neuen Nervenverbindungen mehr geknüpft werden und die bereits bestehenden Verbindungen unveränderbar sind.“ (125:) „Gage hat das Dogma zerstört, dass das menschliche Gehirn auf die Nervenzellen beschränkt ist, über die es bei der Geburt verfügt, und dass Neurogenese eine Gabe ist, die wir schon vor langer Zeit in unserer evolutionären Vergangenheit hinter uns gelassen haben.“ (Sharon Begley: Neue Gedanken – Neues Gehirn, 2007, 8, 9, 125.)

34. Erfüllung in Gott – Bhagavata Vahini, 16. Bonn 1994.
35. Ausnahme: Stahl, Martin. Der Briefwechsel zwischen Samuel Hahnemann und Clemens von Bönninghausen. Haug-Verlag 1997.

* Zu erhalten bei: Edition Kastner
Ludwigstraße 38, 64646 Heppenheim

Raimund Friedrich Kastner

Raimund Friedrich Kastner, geb. 1948 in Karlsruhe, ist seit 33 Jahren selbständiger Heilpraktiker in Heppenheim in eigener Praxis. Diese führt er zusammen mit seiner Frau Monika, geb. 1956 in Köln, die seit 25 Jahren Heilpraktikerin ist. Gemeinsam haben sie fünf Kinder: Johannes (26), Milena (24), Katharina (22), Benedikt (18) und Felicitas (14). Nach dem Abitur studierte er Homöopathie und Augendiagnose bei der Heilpraktikerin Frau Sigrun Seutemann in Weingarten bei Karlsruhe. Sie führte ihn in das naturheilkundliche Denken ein und übergab ihm dieses Wissen im Vertrauen einer Familientradition. Jahrelanger Kontakt mit dem philippinischen Heiler und Logurgen Antonio Agpaoa aus Baguio, wo er archaisches Heilen kennenlernte, mit Darshan der Sehr Heiligen Babaji und mit Sathya Sai Baba in Indien prägten seine Entwicklung und bildeten das Fundament seiner Heilpraxis. In seinem „Institut für die harmonische Entwicklung des Menschen“ pflegt er Kontakt mit Kollegen, Patienten, Schülern und Wissenschaftlern aus der ganzen Welt, mit denen er sich alljährlich trifft, um sich einerseits über Homöopathie und Ayurveda auszutauschen und andererseits um zu lehren.



Besondere Beachtung finden bei ihm die von G. I. Gurdjieff überlieferten Weisheitslehren im Zusammenhang mit dem Enneagramm. Im Jahre 2001 erlitt er einen Schlaganfall und wurde von seiner Ehefrau und seinen Kindern zu Hause gepflegt. Er erholte sich wider allen ärztlichen Erwartens und führt heute wieder seine Heiltätigkeit in der Praxis aus. Von seiner Forschungsarbeit in der Heilkunst, speziell in der von Hahnemann gelehrten Homöopathie, zeugen z.B. folgende Bücher: Bönninghausens Physiognomik der homöopathischen Arzneimittel und die Arzneiverwandtschaften (1995), Bönninghausens Repertorium der homöopathischen Arzneimittel und Geniushinweise (1998), Bönninghausens Systematisch-Alphabetisches Repertorium der Homöopathischen Arzneien (2003). Diese Bücher regten inzwischen in Deutschland andere Homöopathen an, sich nicht nur im Ausland zu informieren, sondern die eigenen Quellen zu studieren. Für die deutschen englisch sprechenden Kollegen heißt dieser Rat deshalb „Back to the roots“. Seine *Materia medica homoeopathica*, die in der „Bibliographia (1805-1900) und Gesamtbibliographia Magnetismus (2001)“ gesammelt und deren erster Band 1995 erschienen ist („Aconitum napellus“, 1995), bildet, neben der täglichen Praxisarbeit, die er mit seiner Frau bewältigt, die Grundlage weiterer Überlegungen und Werke.

- Kontakt: Heilpraxis Kastner (Klassische Homöopathie, Augendiagnose – Ayurveda)
Ludwigstraße 38, 64646 Heppenheim

Toxikologie der Fluoridverbindungen

Fluoride (F⁻) sind wichtige Spurenelemente. 99% des F⁻ befinden sich in Knochen und Zähnen. Kinder nehmen in Deutschland mit Nahrung und Wasser ca. 0,15 mg F/Tag (= ca. 0,005 mg/kg KG) auf, Erwachsene ca. 0,5 mg F/Tag, davon ca. 0,3 mg F/Tag mit der Nahrung, den Rest mit dem Trinkwasser. Für die kariesprophylaktische Wirkung von F⁻ sollte eine Dosis in Höhe von 0,05 mg F/kg KG pro Tag zugeführt werden. Im Vergleich mit den aufgenommenen F⁻-Mengen mit den Lebensmitteln ergibt sich somit ein Mangel der F⁻-Aufnahme sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen in Deutschland. Ein Übermaß an organischen Säuren in Verbindung mit Bakterien löst den Zahn auf (Kariesbildung). Die Zufuhr von F⁻ hemmt diese Zahnauflösung. Bei Kindern bis zum Alter von 8 Jahren führt die langfristige Überdosierung von F⁻ (mehr als 0,1 mg F/kg KG/Tag) zur Störung der Zahnschmelzbildung während der Zahnentwicklung (Dentalfluorose) auch der bleibenden Zähne. Von der zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung wurde eine aktuelle Leitlinie für Fluoridierungsmaßnahmen erarbeitet, die unter folgender Adresse eingesehen werden kann: www.zzq-koeln.de.

1. Grundlagen

Fluoride sind Bestandteile vieler Mundhygieneprodukte wie Zahnpasta, Mundspüllösungen, Lacke und Bleichmittel. Diese Produkte werden meist den Kosmetika zugeschrieben und so über das Kosmetikgesetz zugelassen. Sie unterliegen deshalb nicht den strengen Kriterien der Zulassung über das Arzneimittel- oder Medizinproduktegesetz.

Die Gefährlichkeit der Verwendung von Mundhygieneprodukten besteht darin, dass sie ohne ärztliche Verordnung vom Patienten selbst gekauft werden können und durch eine falsche Handhabung (z.B. Überdosierung) zu einer gesundheitlichen Gefährdung führen können.

2. Historie

Fluoride (F⁻) sind Salze des Fluors (F). Das Wort „Fluor“ entspringt der althergebrachten Verwendung von Fluorapatit (CaF₂) als Flussmittel (lat. *fluor*, fließend).

Im 17. Jahrhundert entdeckte man die ätzenden Eigenschaften der Fluorwasserstoffsäure (HF) sowie die merkwürdige Eigenart des CaF₂, beim Erhitzen Licht zu emittieren („Fluoreszenz“). 1886 gelingt Moissan die Isolierung von Fluor, für die er 1906 den Nobelpreis für Chemie erhielt. 1930 erkannte Deans den Zusammenhang zwischen verringertem Auftreten von Karies und der Zufuhr von F⁻ durch Trinkwasser.

1940/41 waren die Anfänge der industriellen Fluoridgas-Produktion, vorwiegend in Großbritannien und den USA zur Herstellung von Uranhexafluorid (UF₆). Fluoride werden aus Erzen gewonnen, z.B. CaF₂, das vorwiegend in Frankreich, Russland, China, Mexiko und Südafrika abgebaut wird.

Schon 5000 v.Chr. war die Bedeutung der Fluoridierung der Zähne bekannt. Damals wurde Siwak benutzt. Siwak (*arabisch*) steht für Zahnbürste oder Zahnholz, das meist aus Zweigen des Arakbaumes (*Salvadora persica*) gewonnen wurde (Abb. 1). Erst durch Untersuchungen in jüngster Zeit wurde festgestellt, dass das benutzte Holz einen hohen Fluoridgehalt von 8 bis 22 ppm aufweist.



Abb. 1

3. Verwendung

Fluorid entsteht als Nebenprodukt in der Aluminium-, Stahl-, Glas- und Porzellanindustrie sowie bei der Kunstdüngerherstellung. HF wird z.B. für Ätzungen in der Glasindustrie verwendet. Eine großtechnische Produktion gibt es erst seit 1939 (Manhattan-Projekt). Heute erreicht die Jahresproduktion in der westlichen Welt rund 12000 t.

Fluoride werden auch zur Anreicherung von Uran z.B. für die Herstellung von Brennstäben in der Kernenergie, aber auch für Atombomben verwendet. Der Einsatz von Fluor in der Zahnmedizin geht interessanterweise auf die amerikanische Aluminiumindustrie zurück, die am Anfang des letzten Jahrhunderts eine Verwendungsmöglichkeit für das Abfallprodukt Fluorid suchte.

4. Toxizität

Akute Vergiftungen mit Fluoriden beim Menschen sind beschrieben, verursacht durch Unfälle in suizidaler Absicht oder durch fehlerhafte Fluoridierung des Trinkwassers. Die Symptome sind meist Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Durchfall, starker Speichelfluss und Krämpfe, gefolgt von Koma und Herzstillstand. Schwere Hypocalcämien wurden beobachtet. Aufgrund seiner hohen Lipidlöslichkeit besitzt HF ein starkes Penetrationsvermögen im menschlichen Gewebe. HF erzeugt äußerst schmerzhaft Verätzungen (Abb. 2). Sie gehen in hartnäckige Geschwüre über, die durch sehr schlechte Heilungstendenzen gekennzeichnet sind.



Mit Calcium des Gewebes bildet sich unlösliches Calciumfluorid. Häufig tritt Herzkammerflimmern auf. Bei längerer Exposition können die Knochen irreversibel geschädigt werden.

Abb. 2

Als PTD („Probably Toxic Dose“) gilt für kleine Kinder (bis ca. 10 kg KG) 50 mg Fluorid und für schwache ältere Menschen (bis ca. 60 kg KG) 300 mg (= 5 mg Fluorid/kg KG). Als sicher tödliche Dosis („Certainly Lethal Dose“ = CLD) wird für Erwachsene (70 kg KG) eine Menge von 5-10 g Fluorid (= 0.07-0.14 g/kg KG) angegeben.

5. Therapie

Sie besteht in der Bindung der Fluoridionen im Körper durch Zufuhr von Calciumionen, z.B. Calciumgluconat-Gel an der Haut oder Calciumgluconat-Lösung bzw. Infusion von 10 ml Calciumgluconat (20%ig) z.B. im Magen/Darm über mindestens 4 h.

6. Fluorid-Gehalte in Lebensmitteln

Fluoride (F⁻) sind wichtige Spurenelemente für die Bildung von Knochen und Zähnen. 99% des F⁻ befinden sich in Knochen und Zähnen, bei einem Erwachsenen sind dies ca. 2,6 g F⁻. Natürliche Quellen von F⁻ sind Fische, Krustentiere, Mineralwässer, schwarzer Tee und fluoridiertes Speisesalz (Abb. 3, Stand: 2007).

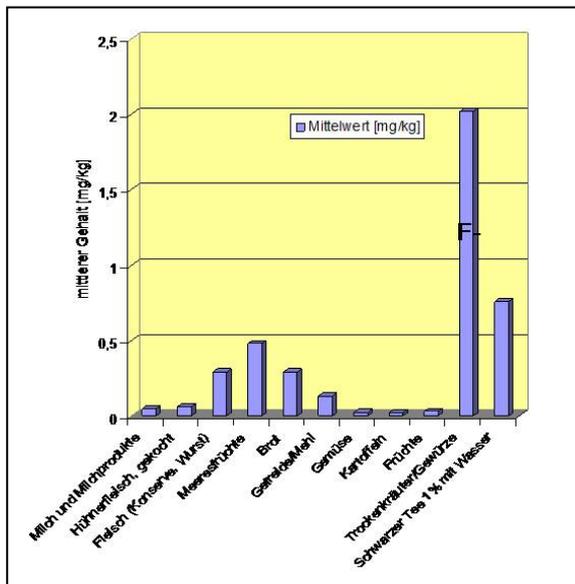


Abb. 3

7. Fluorid-Aufnahme mit den Lebensmitteln

Kinder (ca. 30 kg KG) nehmen in Deutschland mit der Nahrung und Wasser ca. 0,15 mg F/Tag (= ca. 0,005 mg/kg KG) auf, Erwachsene ca. 0,5 mg F/Tag, davon ca. 0,3 mg F/Tag mit der Nahrung, der Rest mit dem Trinkwasser (Abb. 4).

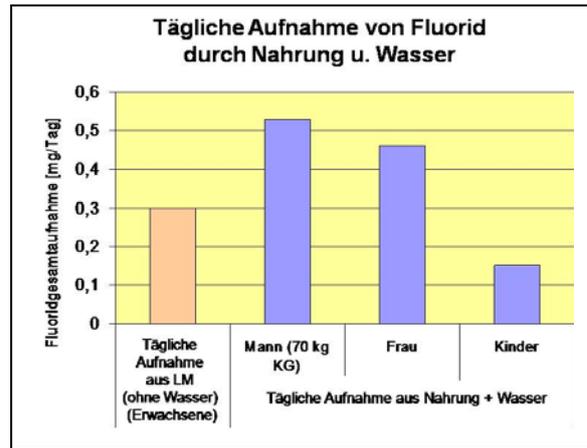


Abb. 4

8. Empfohlene Fluorid-Aufnahme

Für die kariesprophylaktische Wirkung von F⁻ sollte eine Dosis in Höhe von 0,05 mg F⁻/kg KG pro Tag zugeführt werden. Auf einen Erwachsenen mit 70 kg KG gerechnet also ca. 3,5 mg F⁻/Tag. Für ein Kleinkind bis 10 Jahre ca. 1 mg F⁻/kg KG (Abb. 5).



Abb. 5

Im Vergleich mit den aufgenommenen F⁻-Mengen mit den Lebensmitteln (vgl. Abb. 4) ergibt sich somit ein Mangel der F⁻-Aufnahme sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen in Deutschland.

9. Clearance von Fluorid

80% des aufgenommenen Fluorids werden im oberen GIT resorbiert und 20% mit den Fäzes ausgeschieden. Kalzifiziertes Hartgewebe (z.B. Knochen, Zähne) kann resorbiertes F⁻ binden (absorbieren). Beim Erwachsenen werden täglich etwa 50% des resorbierten Fluorids mit dem Urin ausgeschieden, bei Säuglingen kann diese renale Ausscheidung aber nur 10% betragen (hohe Aufnahme bzw. Absorptionskapazität der Knochen). 10% werden mit dem Schweiß eliminiert. Die Bioverfügbarkeit kann durch Calcium, Magnesium, Aluminium und Eisen erheblich vermindert werden. Die Absorptionsrate von F⁻ aus kalziumhaltigen Lebensmitteln kann dabei auf 25% reduziert werden.

10. Ätiologie (= Ursachen) der Karies

Kohlenhydrathaltige Nahrung wird von den Zahnplaque-Bakterien (z.B. *Streptokokkus mutans*) metabolisch zersetzt, wobei als Nebenprodukte organische Säuren (z.B. Milchsäure) auftreten.

In lokalisierten Bereichen der Plaque-Schicht kommt es zu einem Abfall des pH-Wertes. Im darunter befindlichen Schmelz trennen sich Kalzium- und Phosphat-Ionen von den Kalziumphosphatkristalliten und wandern in die bakterielle Plaque ab und führen zur Zahnauflösung.

Zahnschmelz besteht zu 97% aus Hydroxylapatit mit ca. 50% Ca^{2+} , 30% PO_4^{3-} und 20% Hydroxylionen. Demineralisation ist die Zerstörung des Hydroxylapatits (Zahnauflösung, vgl. Abb. 6).

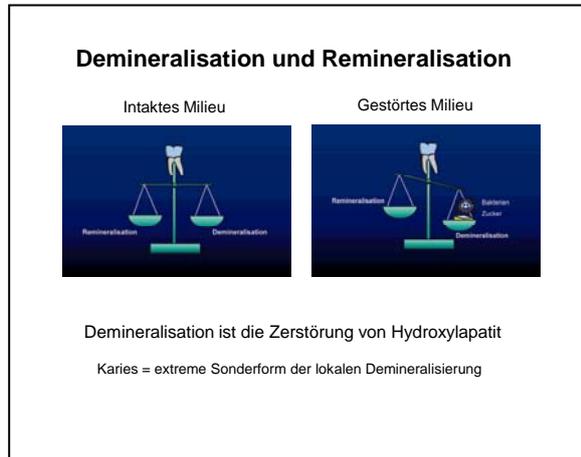


Abb. 6

Die Zufuhr von F^- hemmt diese Zahnauflösung. F^- verstärkt das Kristallgitter durch seine hohe Ladungsdichte und verhindert so seine Auflösung (Schutz vor Demineralisation). Freies Calcium im Speichel oder in der Flüssigkeitsphase des Zahnbelags wird in Anwesenheit von F^- wieder in Defekte des Kristallgitters eingebaut (Remineralisation).

Reaktionen von Hydroxyl-Apatit

- Zahnschmelz besteht zu 97 % aus **Hydroxyl-Apatit**.
- Säuren (aus Mundbakterien, Nahrungsmitteln) können **Hydroxyl-Apatit** angreifen (Demineralisation):

$$\text{Ca}_5[\text{OH}(\text{PO}_4)_3] + \text{H}_3\text{O}^+ \rightarrow 5 \text{Ca}^{2+} + 3 \text{PO}_4^{3-} + 2 \text{H}_2\text{O}$$
- Die **Hydroxid-Ionen** im Apatit werden durch Säuren neutralisiert, dadurch zerfällt das Kristallgitter.
- Bei der **Fluorid-Einlagerung** werden die **OH^-** -Ionen im Hydroxyl-Apatit gegen **Fluorid** ausgetauscht (Remineralisation):

$$\text{Ca}_5[\text{OH}(\text{PO}_4)_3] + \text{F}^- \rightarrow \text{Ca}_5[\text{F}(\text{PO}_4)_3] + \text{OH}^-$$
- So ist es möglich, Hydroxyl-Apatit-Kristalle an der Oberfläche des Zahnschmelzes in **Fluor-Apatit** umzuwandeln ("Schmelzhärtung").
- Im Gegensatz zu Hydroxyl-Apatit ist Fluor-Apatit säurestabil, da die Fluorid-Ionen nicht mit H_3O^+ reagieren

Abb. 7

Es kommt zur Bildung von Calciummonofluorophosphat (= Fluor-Apatit), das säurestabil und härter als Hydroxyl-Apatit ist (Abb. 7). Bei geringer Häufigkeit oder Stärke der Säureangriffe wird bevorzugt magnesium- und carbonathaltiges Apatit gelöst und bei der Remineralisation in Anwesenheit von F^- als fluoridiertes Apatit wieder in den Schmelz eingebaut. Dadurch wird im Verlauf des Lebens die äußere Schmelzschicht verstärkt (Schmelzreifung), vorausgesetzt, die Karies ist nicht zu aggressiv, d.h. die Entmineralisierungsphasen sind nicht zu lang und zu häufig. F^- wirken bereits in kleinen Mengen. Es muss aber eine regelmäßige Anwendung stattfinden.

Regelmäßiges Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta ist dazu im Allgemeinen ausreichend. Bei Patienten mit hohem Kariesrisiko kann zusätzlich eine F^- -Applikation durch den Zahnarzt notwendig werden. Heute wird jedoch davon ausgegangen, dass die regelmäßige lokale Aufbringung niedrig dosierter Fluoride (Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta) den besseren Schutzeffekt bietet. Außerdem können die F^- durch die gleichzeitige Entfernung der bakteriellen Beläge besser an ihren Wirkungsort gelangen.

11. Fluoride härten den Zahnschmelz nicht von innen, sondern von außen.

Die ständige Anwesenheit niedriger F^- -Konzentrationen im Speichel fördert und beschleunigt den natürlichen Wiedereinbau von Mineralstoffen aus dem Speichel in den Zahnschmelz (Remineralisation). Dadurch kann das Mineraldefizit einer beginnenden Karies ausgeglichen und u.U. rückgängig gemacht werden („Ausheilung der Karies“).

Eine Reihe von Zahnpasten mit unterschiedlichen F^- -Formen ist heute auf dem Markt verfügbar. Aminfluoride (AmF) haben Vorteile gegenüber anderen Fluoriden. AmF hemmen die bakteriellen Ablagerungen, die Säure bildenden (insbesondere die Karies auslösenden) Bakterien (Abb. 8).

Fluoridierung

Die Hauptwirkung des Fluorids aus AmF besteht in einer Verringerung der **De-Mineralisation** und einer Förderung der **Re-Mineralisation** an der Zahnoberfläche.

REM-Aufnahme von Zahnschmelz:



mit Aminfluorid (Elmex Gelée) behandelt ohne Aminfluorid

Ätz-Versuche:
Die gesamte Fläche wurde mit Milchsäure (pH 3, 60 Min.) geätzt.

Ergebnis: der geschützte Zahnschmelz links ist intakt, der ungeschützte rechts stark angegriffen.



ohne Fluorid mit Fluorid Ei in Essigsäure

Abb. 8

Es kommt zu einer Verzögerung des gefährlichen pH-Wert-Abfalls (Abb. 9). Nach ihrer kariesprophylaktischen Wirkung gilt bei den Fluorid-Formen folgende Reihung: $\text{NaF} < \text{Na}_2\text{FPO}_4 < \text{SnF}_2 < \text{AmF}$.

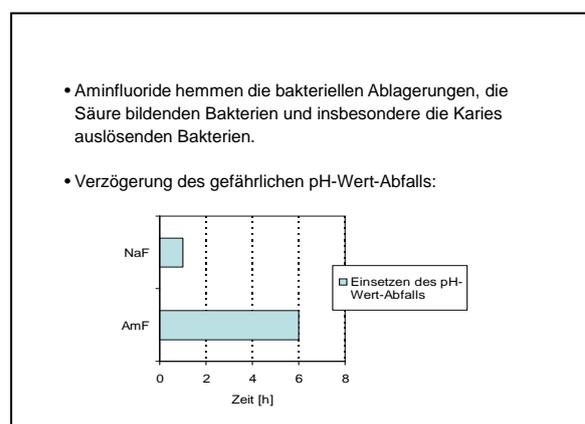


Abb. 9

12. Systemische Fluoridzufuhr

Sie kann z.B. in Form von Salz-, Tabletten-, Trinkwasser- oder der Milch-Fluoridierung erfolgen. F^- wird oral aufgenommen und im Magen-Darm-Trakt gut resorbiert. F^- wird aber nur in geringen Mengen über die Mundspeicheldrüsen in den Speichel abgegeben. Über die alleinige systemische F^- -Zufuhr kann somit eine vollständige F^- -Schmelzhärtung nicht erfolgen. Die Menge des eingelagerten bzw. zur Verfügung stehenden F^- reicht nicht aus, um einen Säure abwehrenden Effekt zu erzielen. Viel wirksamer ist die lokale F^- -Zufuhr.

13. Lokale Fluoridzufuhr

Sie kann z.B. in Form von Zahnpasta, Mundspülösungen, Lacken, Gelees und Suspensionen erfolgen. Sie gilt heute als die effektivste Maßnahme, da der direkte Kontakt der Zähne mit F^- eine günstige Beeinflussung der Remineralisation in den obersten Schichten der Zahnoberfläche hat. In Studien konnte gezeigt werden, dass bei einer Zahnpasta- F^- -Konzentration von mehr als 1000 ppm F^- (AmF) keine Zunahme des Mineralgehalts im Milchzahnschmelz mehr zu beobachten war (Abb. 10).

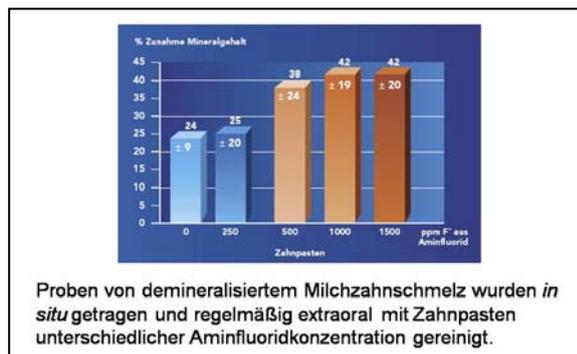


Abb. 10

14. Überdosierung und Nebenwirkungen

Bei Kindern bis zum Alter von 8 Jahren führt die langfristige Überdosierung von F^- (mehr als 0,1 mg F^- /kg KG/Tag) zur Störung der Zahnschmelzbildung während der Zahnentwicklung (Dentalfluorose) auch der bleibenden Zähne. Die milde Form der Dentalfluorose äußert sich in weiß gesprenkeltem Zahnschmelz, in schweren Fällen kann eine braune Verfärbung auftreten (Abb. 11).

Unerwünschte Wirkungen
Dentalfluorose

- Dentalfluorose tritt überwiegend in Gegenden auf, wo die Fluoridkonzentration im Wasser über 2 mg Fluorid/l beträgt (hauptsächlich vulkanische Gebiete mit vulkanischem Gestein).

Eine Fluoridzufuhr von mehr als 0,1 mg/kg/Tag während der Zahnentwicklung, also bis etwa zum Alter von acht Jahren, führt zu einer Dentalfluorose auch der bleibenden Zähne.

Mittlere Form (Häufigkeit 1%)

Schwerere Form (Häufigkeit 0,5%)

Abb. 11

In Deutschland tritt die Dentalfluorose fast nur in ihrer milden Form auf. Sie stellt ein ästhetisches Problem ohne Krankheitswert dar.

In der letzten bevölkerungsrepräsentativen Untersuchung wurde bei insgesamt 15% der 12-Jährigen eine Schmelzfluorose festgestellt. Davon entfielen 13,4% auf sehr milde und milde, 1,1% auf mittlere und 0,5% auf schwere Ausprägungsformen.

15. Kleinkinder und Zähneputzen

Durch Verschlucken von Zahnpasta während des Zähneputzens nehmen Kleinkinder deutlich mehr F^- auf als z.B. größere Kinder (Abb. 12).

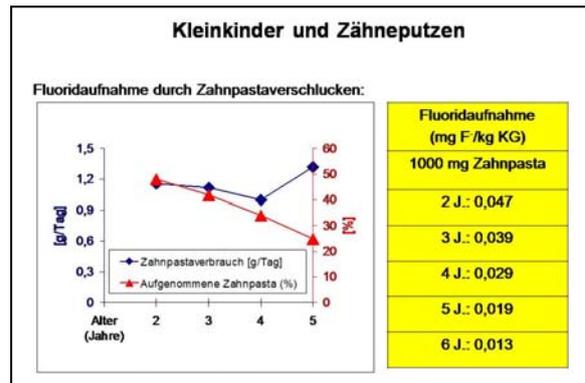


Abb. 12

16. Grenzwerte

Der zulässige obere F^- -Aufnahmewert (laut europäischen Ernährungswissenschaften) beträgt bei Kindern (9-14 Jahre): 5 mg F^- /Tag, Schwangere/Stillende und Kinder ab 15 Jahre: 7 mg F^- /Tag (= 0,12mg F^- /kg KG).

In den USA (und vom Bundesinstitut für Risikoeermittlung in Deutschland) wird der Tolerable Daily Upper Intake (UL) verwendet. Hier gilt: Kinder (0-8 Jahre): 0,7-2,2 mg F^- /Tag und Erwachsene auch Schwangere: 10 mg F^- /Tag (= 0,15 mg F^- /kg KG pro Tag).

Zu beachten ist, dass z.B. ein 3-4-jähriges Kind (ca. 15 kg KG) somit eine ganze Tube Zahnpasta mit 75 ml Inhalt (F^- -Gehalt 0,1%) verschlucken kann, bevor dieser Grenzwert erreicht wird. Dagegen kann ein 5-jähriges Kind (20 kg KG) gefährdet sein, wenn es 500 ml einer 0,05% fluoridhaltigen Mundspülösung verschluckt. Der No-Observed-Adverse-Effect Level (NOAEL) für F^- liegt z.B. bei über 14-Jährigen bei 10 mg F^- /Tag.

Der Lowest-Observed-Effect Level (LOAEL) liegt bei Kindern bis 8 Jahre bei 0,1 mg/kg/Tag (Abb. 13). Bei Erwachsenen (70 kg KG) kann bei der langjährigen und permanenten Zufuhr von mehr als 10 mg F^- /Tag eine Skelettfluorose entstehen, die zu Knochenschmerzen und Osteoporose führt.

No-Observed-Adverse-Effect Level (NOAEL) und Lowest-Observed-Effect Level (LOAEL) von Fluorid			
Alter	NOAEL [mg/Tag]	LOAEL [mg/kg/Tag]	Negative Wirkung
Säuglinge 0 bis 6 Monate	-	0,1	Moderate Zahnschmelzfluorose
Säuglinge 7 bis 12 Monate	-	0,1	Moderate Zahnschmelzfluorose
Kinder 1 bis 8 Jahre	-	0,1	Moderate Zahnschmelzfluorose
Kinder 9 bis 13 Jahre	10	-	Skelettfluorose
Jugendliche ab 14 Jahre, Erwachsene, Schwangere, Stillende sowie Ältere über 70 Jahre	10	-	Skelettfluorose

Abb. 13

17. Bewertung der Aufnahme hoher Fluoridmengen

Vergiftungen mit Fluoriden sind weltweit äußerst selten und bedürfen derart hoher Mengen, die es nahezu ausschließen, überhaupt verzehrt werden zu können: So wird die Probably Toxic Dose (PTD) bei Kleinkindern und schwachen älteren Menschen mit 5 mg F⁻/kg KG angegeben. Die PTD ist die geringste Dosis, die ernsthafte oder lebensbedrohliche Symptome hervorruft und sofortige Notbehandlungen erfordern kann.

Nach diesem Wert müsste ein 10 Kilogramm schweres Kind die Menge von 100 g Kinderzahnpaste (Fluoridkonzentration 0,05% oder 500 ppm) verzehren bzw. beim Zähneputzen (unbeabsichtigt) herunter schlucken, um lebensgefährlich zu erkranken (Abb. 14). Die therapeutische Anwendung beim Zähneputzen liegt in dieser Altersgruppe bei 2 g Zahnpaste/Tag mit einer Kinderzahnpaste.

Fluoridvergiftungen durch im Mund eingesetzte Produkte			
Präparat	Fluoridkonzentration in diesem Präparat	Mittlere Dosis pro Anwendung	davon Fluoridmenge
Daruphal	2,26 % o. 22.600 ppm	0,5 - 1 g/Tag	11 - 23 mg
Fluoridgel	1,23 % o. 10.230 ppm	5 ml	61,5 mg
0,05 % NaF-Spülung	0,023 % o. 230 ppm	10 ml	2,3 mg
0,2 % NaF-Spülung	0,091 % o. 910 ppm	10 ml	9,1 mg
Zahnpaste (Erw.)	0,1 % o. 1.000 ppm	2 g / Tag	2 mg
Kinderzahnpaste	0,05 % o. 500 ppm	2 g / Tag	1 mg

Daraus folgt, dass Fluoridlösungen und Spülungen erst vom Schulalter an bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko eingesetzt werden sollten, da bei diesen Präparaten im Gegensatz zu den Zahnpasten die therapeutische Breite geringer ist.

Abb. 14

18. Empfehlungen

Von der zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung wurde eine aktuelle Leitlinie für Fluoridierungsmaßnahmen erarbeitet, die unter folgender Adresse eingesehen werden kann: www.zzq-koeln.de.

Diese Leitlinie fasst für Zahnärzte, für Patienten, für Fachkräfte im Gesundheitswesen und für alle Interessierte den derzeitigen Wissensstand zusammen und gibt wissenschaftlich abgesicherte Empfehlungen zur optimalen Fluoridierung. Folgendes Dosierungsschema und folgende Verhaltensweisen werden heute von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften für die Fluoridierung präferiert (Abb. 15).

Folgendes Dosierungsschema wird heute von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften präferiert. Dieses Schema gilt vorbehaltlich einer Fluoridanamnese:

Alter:	Geburt	1	2	3	4	5	>6 (Jahre)
Jodsalz mit Fluoriden		Basisprophylaxe für Alle					
Zahnpaste		1.000-1.500 ppm	1.000-1.500 ppm	1.000-1.500 ppm	1.000-1.500 ppm	1.000-1.500 ppm	1.000-1.500 ppm
Fluoridlack			Bei höherem Risiko durch zahnärztl. Praxis				
Gelenk-, Mundspülungen							
Fluoridtabletten							Nur bei hohem Kariesrisiko: Verordnung durch Zahn- oder Kinderarzt

Abb. 15

Beispiele:

- Die Verwendung fluoridhaltiger Zahnpaste ist eine wirksame kariespräventive Maßnahme. Dieser Effekt steigt im bleibenden Gebiss mit zunehmender Fluoridkonzentration in der Zahnpaste, häufigerer Verwendung und höherer Kariesaktivität.
- Während der Schwangerschaft müssen keine Fluoridtabletten eingenommen werden, da diese Gabe keinen Einfluss auf die Kariesprävalenz im Milchgebiss hat.
- Die Fluoridlack-Applikation ist eine wirksame kariespräventive Maßnahme. Bei Kindern und Jugendlichen kann sie zwei- oder mehrmals jährlich durchgeführt werden.
- Die Speisesalzfluoridierung ist eine wirksame kariespräventive Maßnahme. Sie steigt mit der höheren Verbreitung in unterschiedlichen Einsatzgebieten (Haushalt, Gemeinschaftsverpflegungen, Restaurants oder Bäckereien). Die Anwendung wird generell empfohlen.
- Fluorid-Lutschtabletten sind kariespräventiv wirksam. Da dieser Effekt bei durchgebrochenen Zähnen auf der lokalen Wirksamkeit des Fluorids beruht, sollten sie regelmäßig gelutscht werden. Es wird nur eine Form der systemischen Fluoridzufuhr (Tablette oder Speisesalz) empfohlen. Bei Verwendung von Fluoridtabletten für Kinder unter 6 Jahren muss eine Fluoridanamnese erhoben werden, um überhöhte Fluoridaufnahmen durch andere Quellen zu verhindern.
- Bei niedriger Kariesaktivität und regelmäßiger Mundhygiene mit F⁻-haltiger Zahnpaste wird die Anwendung F⁻-haltiger Mundspüllösungen nicht empfohlen.

- Bei Personen mit erhöhtem Kariesrisiko wird die kontrollierte Anwendung F⁻-haltiger Mundspüllösungen empfohlen.

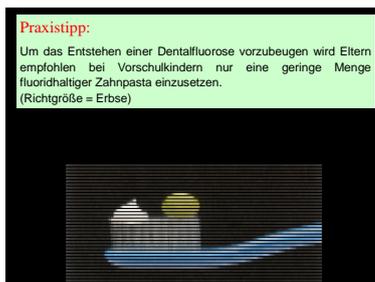
19. Allgemeine kariesprophylaktische Maßnahmen

- Fluoridlösungen und Spülungen sollten erst vom Schulalter an bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko eingesetzt werden, da bei diesen Präparaten im Gegensatz zu den Zahnpasten die therapeutische Breite geringer ist.

- Vermeidung ständigen Schnuller- und Flaschennuckelns bei Säuglingen und Kleinkindern, vor allem keine Anwendung von gezuckerten Beigaben.
- Vermeidung von ständigen oder häufigen Süßigkeitsgaben.
- Gesunde Ernährung mit längeren Nahrungspausen.
- Frühe Gewöhnung an eine altersgerechte Zahn- und Mundpflege und ggf. Aufsuchen kinderzahnärztlicher Betreuung.
- Sorgfältige Mund- und Zahnpflege und Zahnsanierung der Eltern bzw. des Pflegepersonals, schon pränatal beginnend.

20. Praxistipp

Um dem Entstehen einer Dentalfluorose vorzubeugen, wird Eltern empfohlen, bei Vorschulkindern nur eine geringe Menge F⁻-haltiger Zahnpasta einzusetzen. Als Richtgröße für die Applikation gilt die Größe einer Erbse.



Prof. Dr. Dr. Franz-Xaver Reichl

Walther-Straub-Institut für Pharmakologie und Toxikologie der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) und Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der LMU. Vita: 1975-1980 Studium der Mikrobiologie an der Technischen Universität München. 1980 Diplom. 1983 Promotion. 1983-1985 Studium der Humanmedizin an der LMU. 1994 Habilitation am Walther-Straub-Institut für Pharmakologie und Toxikologie der medizinischen Fakultät der LMU für die Fächer Pharmakologie und Toxikologie (Thema: Amalgam). 2000 Apl. Professor am Walther-Straub-Institut für Pharmakologie und Toxikologie der LMU. 2002 Berufung zum Univ.-Professor (C3) an die Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der LMU. Herausgeber von 12 Lehrbüchern für die Fächer Pharmakologie, Toxikologie und Umweltmedizin. Verfasser von 170 Originalarbeiten auf dem Gebiet der Toxikologie. Mitglied in Advisory Boards verschiedener Zeitschriften.



Weiterführende Literatur

1. Lehrbücher

Laurence Brunton, John Lazo, Keith Parker, A. Goodman Gilman (eds.): „Goodman and Gilman's: The Pharmacological Basis of Therapeutics“, The McGraw-Hill Companies, Inc., New York 2005.

Marquardt, H, Schäfer, S, Lehrbuch der Toxikologie, Wissenschaftsverlag, Mannheim, 2. Aufl. 2004.

Reichl, FX, Taschenatlas der Toxikologie, 2002, Thieme, Stuttgart.

Reichl, FX, Taschenatlas der Umweltmedizin, Thieme, Stuttgart, 2000.

Richard C. Dart, MD, PhD. Medical Toxicology, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2003.

Schmalz G, Arenholt-Bindslev D, Biokompatibilität zahnärztlicher Werkstoffe, Elsevier Urban & Fischer, 2005.

2. Online-Informationssysteme

www.toxikologie.de (Allgemeine Informationen)
www.dimdi.de (Deutsche Datenbanken)
www.ecdin.etomep.net (Europäische Datenbanken)
www.irptc.unep.ch (UNO-Datenbanken)
www.zahnwissen.de (Allgemeines Zahnwissen)
www.zahnwissen.de/frameset_lexi.htm?lexikon_aa-am.htm (Zahnwissen-Lexikon)

Geförderte Projekte durch zahlreiche nationale und internationale Institutionen für die Untersuchungen der Toxizität von zahnärztlichen Restaurationsmaterialien. Hauptarbeitsgebiete: Untersuchungen zur Cytotoxizität, Mutagenität, Cancergenität, Embryotoxizität u.a. von chemischen Substanzen vor allem zahnärztlichen Restaurationsmaterialien in menschlichen und tierischen Zellen. Verschleiß von Zahnfüllungen und Elution von Zahnwerkstoffen aus Füllungen nach Belastung im Kausimulator. Toxikokinetische und toxikodynamische Untersuchungen von chemischen Substanzen (u.a. Inhaltsstoffe in Zahnmaterialien) im Tierexperiment. Aufklärung von Stoffwechselwegen und Analytik von Intermediaten beim Abbau von zahnärztlichen Materialien in biologischen Systemen. Risikoabschätzungen von Fremdstoffen (Xenobiotika).

- Kontakt: reichl@lmu.de
- Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der LMU: www.dent.med.uni-muenchen.de
- Walther-Straub-Institut für Pharmakologie und Toxikologie der LMU: <http://wsi.web.med.uni-muenchen.de/>

Fluoride in der Kariesprävention – Nutzen versus Risiko

Karies ist eine Erkrankung der Zahnhartsubstanzen von erheblicher gesundheitspolitischer Bedeutung. Die Prävention dieser Erkrankung stützt sich auf Mundhygienemaßnahmen, Ernährungslenkung und vor allem auf die Fluoridapplikation. Die örtliche Applikation von Fluoriden auf die Zahnhartsubstanz hat nachgewiesenermaßen eine kariespräventive Wirkung. Die gelegentlich in der Literatur zu findende Frage, inwiefern Fluoride gesundheitsbedenklich sind, kann dahingehend beantwortet werden, dass bei Einhaltung der Anwendungsvorschriften kein gesundheitliches Risiko besteht.

Karies ist eine Zivilisationskrankheit, deren epidemiologische, gesundheitspolitische und volkswirtschaftliche Bedeutung nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. Tatsächlich leiden 98-99% aller Bürger an Karies. Die Beseitigung der Kariesschäden selber und der aus dem Kariesbefall resultierenden Folgeschäden erfordert in Deutschland Aufwendungen von ca. 20 Mrd. Euro. Diese Umstände haben frühzeitig Anstrengungen zur Prävention dieser Erkrankung initiiert. Nach heutigen Erkenntnissen basiert die Kariesprävention auf folgenden Säulen:

- Ernährungslenkung (Vermeidung des oftmaligen Genusses zuckerhaltiger Speisen),
- Mundhygienemaßnahmen,
- vor allem die systemische Fluoridgabe, besonders jedoch die topische Applikation von Fluoriden auf die Zahnhartsubstanz.

Stand der Forschung zur fluoridgestützten Kariesprävention ist, dass in unmittelbarem Kontakt zur Zahnhartsubstanz applizierte Fluoride eine Förderung der Remineralisation des initial entkalkten Schmelzes bewirken. Die systemische Fluoridapplikation ist von nachrangiger Bedeutung. Die Fluoridgabe kann als

- massenprophylaktische Maßnahmen (Trinkwasser-, Milch- oder Salz-Fluoridierung) oder
- individualprophylaktische Maßnahmen (Gelees, Lacke oder Zahnpasta)

erfolgen.

Als kostengünstigste, juristisch jedoch umstrittene Maßnahme hat sich die Trinkwasser-Fluoridierung erwiesen. Zirka 120 Mill. Bürger weltweit kommen in den Genuss fluoridangereicherter Trinkwassers. Das normale Trinkwasser in unseren Breiten enthält etwa 0,2-0,3 mg Fluorid pro Liter Trinkwasser. Als optimal im Sinne des Kariesschutzes hat sich der Wert von 1 ppm Fluorid im Trinkwasser herausgestellt. Die damit erreichbare Kariesreduktion beträgt ca. 50%.

Wegen der angesprochenen juristischen Probleme (Zwangsmedikation) hat sich in jüngster Zeit die Salz-Fluoridierung etabliert. Sie stellt ebenfalls eine kostengünstige kariespräventive Maßnahme dar, bei der aus geschmacklichen Gründen eine Überdosierung nicht möglich ist.

Allerdings ist die Verwendung fluoridierten Speisesalzes bei der industriellen oder handwerklichen Produktion von Lebensmitteln (Großküchen, Bäckereien etc.) nicht zugelassen. Der Verbrauch fluoridierten Salzes liegt gegenwärtig in Deutschland im häuslichen Bereich bei ca. 60%.

Die natürliche Fluoridaufnahme erfolgt vor allem über Lebensmittel, deren Gehalt jedoch hoch different ist. So weisen schwarzer Tee und Seefische, insbesondere Sardinen, einen hohen Fluoridgehalt auf. Eine große Diskrepanz besteht ebenfalls zwischen der empfohlenen täglichen und der tatsächlichen Fluoridaufnahme.

Tab. 1 Empfohlene und tatsächliche Fluoridaufnahme

Empfohlen (DGE)		Tatsächl. Aufnahme	
Alter	Aufnahme/Tag	Alter	Aufnahme/Tag
1-3 Jahre	0,7 mg	6 Monate	0,2 mg
3-8 Jahre	1,1 mg	4-6 Jahre	0,2 mg
8-13 Jahre	2,0 mg	8-10 Jahre	0,23 mg
13-18 Jahre	3,2 mg (m) 2,9 mg (w)	15-18 Jahre	0,52 mg (m) 0,47 mg (w)
> 18 Jahre	3,8 mg (m) 3,1 mg (w)		

nach Przyrembel 1998

Wie aus der Tabelle ersichtlich, erreicht die tatsächliche Fluoridaufnahme in allen Altersgruppen bestenfalls ein Fünftel der empfohlenen Menge.

Die von Skeptikern zuweilen geäußerte Vermutung, dass eine aus unterschiedlichen Quellen wie

- Nutzung fluoridierter Zahnpasta,
- erheblicher Konsum fluoridierten Speisesalzes,
- hoher Konsum von Ölsardinen,
- oftmaliger Einsatz fluoridierter Gelees mit Verschlucken erheblicher Anteile und
- exzessiver Verbrauch fluoridierter Mundspüllösungen

gespeiste übermäßige Fluoridzuführung gesundheitsbedenklich ist, kann – wenn überhaupt – nur durch extreme Überdosierungen hervorgerufen werden.

Aus zahnärztlicher Sicht kommt es im Grunde genommen nur darauf an, überängstliche Eltern, die um die Zahngesundheit ihrer Kinder fürchten und demzufolge weit über das übliche Maß hinaus ihren Kindern Fluorid zuführen, auf die langfristigen Folgen ihrer falsch verstandenen Präventionsstrategie aufmerksam zu machen.

Kritisch ist nach neueren Erkenntnissen die systemische Fluoridgabe hinsichtlich des erzielbaren Präventionseffektes zu sehen.

Das bloße Verschlucken von Fluoridtabletten hat – wie jüngere Untersuchungsergebnisse zeigen – nur einen geringen kariesprotektiven Effekt. Die Gabe von Fluoridtabletten ist in den ersten Lebensmonaten, d.h. vor Durchbruch der ersten Milchzähne, nicht sinnvoll. Eine Minderung des Kariesbefalls ist bei Fluorettengabe in diesem Lebensabschnitt später nicht zu verzeichnen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass

- Fluoride aus der Kariesprävention nicht mehr wegzudenken sind,
- Fluoride am besten langfristig in der Mundhöhle anwesend sein sollten,
- die Salz-Fluoridierung sich als die günstigste massenprophylaktische Maßnahme erwiesen hat und
- eine gesundheitliche Gefährdung durch Fluoride (Ausnahme: langfristige extreme Überdosierung) nicht gegeben ist.

Literatur

ATSDR (2002) Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Toxicological profile for fluorides. U.S. Department of Health and Human Services.

DAKJ (2002) Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Empfehlungen zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden. Monatsschr Kinderheilkd 148: 1154-1157.

Einwag J, Hetzer G, Hey HW, Hirschmann E, Marthaler TM, Micheelis W, Päßler J, Reihlen E, Staehle HJ, Strubelt O, Zimmer S (2000) Fluoride in der Kariesprophylaxe. Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) 3: 1-20.

Infante PF (1974) Communication of a reader: acute fluoride poisoning - North Carolina. J Public Health Dent 34: 281.

Mascarenhas AK (2000) Risk factors for dental fluorosis: A review of the recent literature. Pediatr Dent 22: 269-277.

WHO (1994) Report of a WHO Expert Committee on Oral Health Status and Fluoride Use. Fluorides and oral health. WHO Technical Report Series No. 846, Weltgesundheitsorganisation, Genf.

Prof. Dr. Klaus-Roland Jahn

Kommissarischer Leiter der Abteilung für Zahnerhaltung und Präventivzahnmedizin am Charité-Centrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Berlin. Vita: 1964-1969 Zahnmedizinstudium an der Humboldt-Universität. 1969 Wissenschaftlicher Assistent an der Universitätspoliklinik für Konservierende Zahnheilkunde am Bereich Medizin (Charité) der HUB. 1975 Promotion zum Dr. med. 1976 Ernennung zum Oberarzt. 1985 Habilitation. 1993 Privatdozent. 1994 Berufung zum ordentlichen Universitätsprofessor an die Humboldt-Universität zu Berlin. Schwerpunkte der wissenschaftlichen Arbeit: Pathogenese und Prävention der Sekundärkaries, klinische Beurteilung von Füllungswerkstoffen, klinische Studien zur Prognose füllungstherapeutischer Leistungen.



- Kontakt: klaus-r.jahn@charite.de
- Abteilung für Zahnerhaltung und Präventivzahnmedizin: www.charite.de/praeved

Christine Doppler

Bericht über die Podiumsdiskussion zu offenen Fragen der Fluorid-Prophylaxe*

Das Thema Fluorid-Prophylaxe wurde in den letzten Jahren unter den Mitgliedern des DZVhÄ kontrovers diskutiert, ausgelöst durch eine seit mehreren Jahren bestehende Kooperation des DZVhÄ mit der Firma GABA. Diese bietet mit der Zahnpasta *elmex® mentholfrei* ein Homöopathie-verträgliches Produkt an. Die Zahnpasta ist frei von Kampfer, Menthol und ätherischen Ölen wie Pfefferminze und Eukalyptus. Gleichzeitig aber enthält sie zum Schutz vor Karies und zur Förderung der Remineralisierung das Aminfluorid Olafur. Kritische Stimmen aus der Komplementärmedizin weisen auf toxikologische Bedenken hin, die bis hin zu einer behaupteten karzinogenen Wirkung reichen. An die Vorträge der Fachleute aus Zahnmedizin und Toxikologie, Prof. Dr. Klaus-Roland Jahn (Charité Berlin) und Prof. Dr. Franz-Xaver Reichl (LMU München) schloss sich daher eine Diskussion mit vielen Fragen an, von denen auch am Ende etliche offen blieben – offen bleiben mussten?!

In ihren Vorträgen hatten die beiden Referenten die eindeutige Evidenz für die kariesprotektive Wirkung von Fluorid dargelegt. In einem kurzen historischen Überblick hatte Professor Reichl auch auf die ethno-medizinisch belegte Verwendung des Siwak als Zahnreinigungsinstrument hingewiesen, das aus besonders fluoridreichen Zweigen des Arakbaumes gewonnen wurde. Beide Vortragenden stimmten darin überein, dass es toxikologische Bedenken nur im Zusammenhang mit akuter und massiver Überdosierung gäbe, nicht bei einem bestimmungsgemäßen Gebrauch.

Die klare Datenlage wurde in der Diskussion nicht in Zweifel gezogen. Zunächst ging es um Fragen zu Details der Fluorid-Anwendungen und deren Auswirkungen: zu den chemischen Prozessen, zum Anstieg des Fluoridgehaltes des Zahnes durch die Behandlung oder zu den Auswirkungen von Fluoridanreicherungen in kieferorthopädischen Geräten wie Zahnspangen. Dabei verdeutlichte Professor Reichl, dass es sich hier oftmals um heikle, definitorische Fragen und kontroverse Diskussionen handelt, da es rechtlich beispielsweise zu klären gilt, wann es sich um Arzneimittel oder um Medizinprodukte handelt. Daher sei auch die Zulassungspraxis kritisch zu überdenken.

Im weiteren Verlauf der Diskussion rückte die Frage in den Vordergrund, was mit dem Fluorid außerhalb der lokalen Wirkung auf die Zähne geschieht, worin also seine systemische Wirkung auf den Menschen besteht: Wo reichert sich das Fluorid sonst an, außer in den Zähnen und in den Knochen? Mit welchen Folgen? Wann wird es gefährlich? Welche Studien gibt es dazu? Es sei für homöopathische Ärztinnen und Ärzte schwer vorstellbar, dass eine Substanz wie das Fluorid, das eine akute Toxizität hat, in den Organismen nichts bewirke, außer Zahnfluorose und möglicherweise Osteoporose. Professor Reichl berichtete, dass es bei akut toxischen Dosen zu Ablagerungen in den Nieren kommen könne, von leichten Schädigungen bis hin zum Nierenversagen, oder auch zu Ablagerungen in den Lungen, bis hin zur Erstickung, da die Blutversorgung nicht mehr optimal gewährleistet sei.

Was nennenswerte chronische Vergiftungen beträfe, so könne eine langanhaltende übertriebene Anwendung zu Organschäden führen, niemals aber die

korrekte Anwendung, so Professor Jahn. Akute Vergiftungsfälle gäbe es in der Aluminiumindustrie, in der Zahnmedizin kaum.

Es gab weitere Fragen aus dem Kreis der homöopathischen Ärztinnen und Ärzte: Sind Kombinationseffekte zu beobachten, wie die Auswirkungen von regelmäßigem Mineralwasser- und fluoridiertem Speisesalz-Konsum, dazu noch dreimal im Jahr Lack auf die Zähne? Dazu gäbe es keine seriösen Studien aus der Zahnmedizin, so die Antwort der beiden Fachleute. Der Genuss von Mineralwässern mit einem hohen Fluoridgehalt ist allerdings dann ein Problem, wenn eine toxikologische Wirkung auftaucht. Und in Kombination mit dem häufigen Genuss von Krustentieren sind ebenfalls toxikologische Veränderungen zu beobachten. Auch bei Stoffwechsellvorgängen gibt es Störungen. Der Kalziumstoffwechsel steht da an erster Stelle – wenn dieser gestört ist, gibt es Veränderungen. Sogar der Glukose-Stoffwechsel kann gestört werden. Dabei handle es sich um biochemische Vorgänge, die aber rasch wieder weggingen, und nicht zu vergleichen seien mit echten Intoxikationen mit klinischen Symptomen wie Bauchschmerzen oder Übelkeit, erläuterte Professor Reichl.

Die von mehreren Teilnehmerinnen und Teilnehmern geäußerten Bedenken zum Thema „lokale versus systemische Wirkung“ brachte der Allgemeinarzt Curt Kösters wie folgt auf den Punkt: „Wenn unstrittig ist, dass der topische Effekt deutlich höher ist als der systemische, dann verstehe ich nicht, warum nicht ausschließlich auf den topischen Effekt gesetzt wird. Unsere Sicht, unser ärztliches Prinzip ist, niemals Schaden anzurichten. Wenn man nicht mit hundertprozentiger Sicherheit chronische Effekte ausschließen kann, dann wäre die logische Schlussfolgerung, dass man ausschließlich auf topische Applikationen setzt.“

Das seit langem umstrittene Thema der flächendeckenden Gabe von Fluoridtabletten kam ebenfalls zur Sprache. Da Fluoridtabletten als pharmakologisch-toxikologisch nebenwirkungsarm gesehen werden, werden sie nicht als Arzneimittel bezeichnet, so Professor Reichl. Und Professor Jahn führte aus, dass auf Tabletten durchaus verzichtet werden könne, da durch die lokale Anwendung von fluoridhaltigen Substanzen die größten Effekte erzielt würden. Zudem sei die Gabe von Tabletten insofern problematisch, als mit einer frühen Verabreichung möglicherweise eine Heranführung an einen späteren allgemeinen hohen Tablettenkonsum verbunden sein könne.

* Für wichtige Ergänzungen danke ich Curt Kösters und Lars Broder Stange.

Eine Teilnehmerin berichtete von einer schwedischen Untersuchung, deren Ergebnisse dazu geführt hätten, dass in Schweden vom Gebrauch der Fluoretten abgeraten worden sei. Es seien bei Kindern Veränderungen im ZNS und eine Abnahme der Leistungsfähigkeit beobachtet worden. In diesem Zusammenhang verwies Professor Reichl auf die Empfehlung, dass man bei Kindern in der Fluoridgabe etwas zurückhaltender sein solle. Er kenne aber keine Studie, bei der eine Organschädigung im Gehirn nachgewiesen worden wäre.

Was die allgemeine Fluorid-Prophylaxe betrifft, so könnte auch das Motto gelten: Prävention ist viel besser als Therapie. So könnte man den Patientinnen und Patienten empfehlen: zurück zur Natur, zu vernünftiger zuckerfreier Ernährung und zu Mundhygiene, dann könnte man weitgehend auf Fluoride verzichten. Auf diese Weise könne man das Thema „gesunde Zähne“ in die Verantwortung der Patientinnen und Patienten zurückgeben.

Auf einen wesentlichen Aspekt einer ganzheitlichen Heilweise machte die Ärztin Carla Vrecko aufmerksam. Es gehe in der Homöopathie – aber auch in der Anthroposophischen Medizin – unter anderem darum, zu sehen, dass diese Substanzen als Kräfte wirken. „Aus der geisteswissenschaftlichen Anschauung gibt es beispielsweise den Hinweis, dass das Fluorid, das mit den Zähnen aufgenommen wird, noch einen anderen Effekt hat: Dass es nämlich die besonderen intellektuellen Fähigkeiten mindestens auf ein Normalniveau, wenn nicht sogar darunter senkt.“ Sie äußerte den Wunsch, „dass wir in unsere Forschungen auch solche Hinweise aufnehmen sollten, um zu anderen Beobachtungen zu kommen.“ Dies könne sinnvollerweise in Zusammenarbeit von homöopathischen und anthroposophischen Ärztinnen und Ärzten geschehen.

Eine Anregung für klinische Forschungen, um mögliche Zusammenhänge zwischen Fluoridbehandlung und Exostosen zu klären, gab Dr. Thomas Röhrig: „Aus homöopathischen Arzneimittelprüfungen, die ja feintoxikologische Untersuchungen sind, weiß ich, dass Calciumfluorat Exostosen hervorrufen kann. Es wird daher in der Homöopathie als Arzneimittel in diesem Zusammenhang verwendet. In meiner Praxis habe ich selbst mehrere solcher Fälle beobachtet. Ich würde deshalb zum einen vorschlagen, dass man bei Kindern, die Exostosen entwickeln, zumindest mit dem Fluorid sehr zurückhaltend wäre. Zum anderen gäbe es vielleicht die Möglichkeit, diesen Zusammenhang klinisch durch die Untersuchung des Materials aus der operativen Entfernung der Exostosen auf Fluorid zu erforschen.“ Am Rande der Diskussion berichtete Professor Reichl, dass vulkanische Asche in hohem Maße Fluorid-haltig sei. Interessant ist in diesem Zusammenhang das Mittel Hekla lava, das gerade aufgrund der aufgetretenen Exostosen bei Schafen in die homöopathische Anwendung kam, wobei der mögliche Fluorid-Gehalt bisher in der homöopathischen Literatur nicht erwähnt ist.

In mehreren Diskussionsbeiträgen wurde der Aspekt einer ganzheitlichen Betrachtungsweise in der Homöopathie betont: „Homöopathen gehen davon aus, dass ein Mittel nicht nur an zwei oder drei Stellen wirkt, sondern im ganzen Körper. Fluorid muss im Zusammenhang mit dem ganzen Organismus und nicht nur mit Zahn und Knochen gesehen werden.“

Dieses Unbehagen an einer fragmentierten Sichtweise auf den Menschen fasste der Allgemeinmediziner Franz Bonsch zusammen: „In den Darstellungen der beiden Fachleute wurde sehr gut deutlich, welche Wirkung Fluorid auf die Zähne und die Knochen hat. Aber jedes Lebewesen ist letzten Endes ein Ökosystem. Wir wissen, dass es in Ökosystemen keine lokalen, sondern nur systemweite Effekte gibt. Jeder Prozess betrifft durch die ökologische Vernetzung das gesamte System. Wenn wir den Effekt von Fluorid auf den Zahnschmelz beurteilen, dann ist das nur ein Teil der Story. Wir Homöopathen haben im Grunde einen ökologischen Ansatz und denken immer systemweit, wenn wir eine lokale Erkrankung haben. Daher sehe ich eine Lücke: Ich sehe einen gewollt langfristigen Eingriff in das Ökosystem und sehe aber nur die lokale Beurteilung, weiß aber gleichzeitig, dass dieser Eingriff möglicherweise systemweite Effekte hat, die unklar sind. In diesem Zusammenhang erinnere ich an die Sachlage beim Asbest: Man hatte lange damit gearbeitet, dann hat man große Probleme festgestellt, die vorher das Modell, mit dem man gearbeitet hatte, nicht geliefert hatte. Man hat erst dann den Schaden gemerkt. Meine Anregung wäre, zu prüfen, wie wir eine ähnliche Situation vermeiden könnten: Möglicherweise stellen wir später fest, dass die Fluorid-Prophylaxe zwar Karies beseitigt oder verhindert, uns aber andere Probleme beschert hat – Probleme, die wir vielleicht hätten sehen können, wenn wir danach geschaut hätten.“

Fazit: Es wurden viele Fragen erörtert, vieles ist sicherlich auch noch offen geblieben. Alle Beteiligten haben sich in dieser komplexen und diffizilen Diskussion um eine gemeinsame Sprache bemüht und einige sachliche Dinge klären können. Und wie eine individuelle Prophylaxe für die Patientinnen und Patienten aussehen kann – das muss letztlich individualisierend herausgefunden und entschieden werden.

Mag. phil. Christine Doppler

Öffentlichkeitsarbeit und Lektorat in der Homöopathie-Stiftung des DZVhÄ und im InHom. Vita: 1966-1972 Studium der Romanischen Sprachwissenschaft in Graz, Berlin und Turin (Französisch und Italienisch). 1974-1986 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in Forschung und Lehre im Bereich Linguistik an den Universitäten Klagenfurt und Bielefeld. Freiberufliche Tätigkeit als Übersetzerin und Sprachtrainerin (Italienisch). 1992-2005 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Career Service der Universität Bielefeld (Unternehmenskontakte, Öffentlichkeitsarbeit und Fundraising). Seit 1985 Beschäftigung mit Homöopathie. Konzeption und Durchführung von Kooperations-Projekten zur „Arzt-Patienten-Kommunikation“ (auch zum Gespräch in der Homöopathie). 2001 Beginn der zunächst zeitweisen Tätigkeit für Stiftung und InHom im Bereich Internetpräsentation, seit 2005 zusätzlich für Öffentlichkeitsarbeit. Seit 2005 intensive Beschäftigung mit dem Thema „Homöopathie und Alter“.

- Kontakt: christine.doppler@inhom.de
- Homöopathie-Stiftung: www.homoeopathie-stiftung.de
- InHom: www.inhom.de



Dialogforum: Anthroposophische Medizin und Homöopathie – ähnlich oder gegensätzlich?

Im Rahmen des ICE 7 fand erstmals ein Gedankenaustausch zwischen Vertretern von Anthroposophischer Medizin und Homöopathie statt. Angeregt wurde die Veranstaltung durch das „Forum Pluralismus in der Medizin“, in dem es um den Dialog zwischen konventioneller Medizin und Komplementärmedizin geht. Daraus hat sich die Idee entwickelt, diesen Dialog auch innerhalb der Komplementärmedizin zu führen, um inhaltlich, wissenschaftlich und auch politisch Impulse zu setzen. Es geht um die Benennung aller Differenzen, unterschiedlicher Konzepte und Standpunkte, aber auch der verbindenden Elemente. Homöopathie und Anthroposophische Medizin verwenden teilweise die gleichen Arzneimittel, aber mit einem unterschiedlichen Konzept und möglicherweise auch unterschiedlichen Erfahrungen. Lohnt es sich, diese Erfahrungen auszutauschen? Dr. med. Matthias Girke und Lars Broder Stange, neben Dr. med. Jens-Uwe Goos und Curt Kösters auf dem Podium vertreten, hatten vorab in ihren Statements nachstehende Fragen zu den beiden Heilweisen formuliert (Newsletter ICE 7, 5). Daran anschließend folgen der Bericht von Lars Broder Stange und der des DAMID.

Anthroposophische Medizin

Dr. med. Matthias Girke

In der Anthroposophischen Medizin wird der Mensch sowohl im Krankheitsverständnis als auch in der Therapie als leibliches, seelisches und individuell geistiges Wesen berücksichtigt. Dabei gibt es zwischen der Homöopathie und der Anthroposophischen Medizin Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede. Durch eine inhaltliche Begegnung können diese herausgearbeitet werden und zu einem gegenseitigen Lernprozess führen. Dieser Prozess kommt dem Patienten zugute, der oftmals unterschiedliche therapeutische Richtungen in Anspruch nimmt und damit Therapieverfahren zusammenführt, die untereinander noch nicht in einem ausreichenden Dialog stehen. Mit der Veranstaltung „Dialogforum Anthroposophische Medizin und Homöopathie“ kann ein Rahmen geschaffen werden, um folgende Fragen und Themen zu diskutieren und damit Gesichtspunkte der Homöopathie und der Anthroposophischen Medizin in ein Gespräch zu bringen.

- Welche Bedeutung hat das Menschenbild für die Therapie?
- Welche Bedeutung hat Krankheit für die Biografie und die Entwicklung des Menschen?
- Wie wird Heilung in Homöopathie und Anthroposophischer Medizin gesehen?
- Handelt es sich um abgeschlossene oder entwicklungs offene Therapiekonzepte?
- In welcher Beziehung steht das Arzneimittel zum Krankheitsprozess (erkennbarer Zusammenhang vs. Pragmatismus)?
- Wie wird der Substanzbegriff in der Homöopathie und der Anthroposophischen Medizin beschrieben?
- Welche Methodologie der Heilpflanzenkenntnis liegt den Therapierichtungen zugrunde?
- Gibt es weitere Therapieprinzipien – außer dem Simileprinzip?
- Wo besteht Forschungsbedarf?

Die Anthroposophische Medizin versteht sich als eine Erweiterung der naturwissenschaftlich orientierten Medizin. Ist das Selbstverständnis der Homöopathie in diesem Punkt alternativ oder komplementär? Es lohnt sich, über diese unterschiedlichen Themen miteinander ins Gespräch zu kommen.

Homöopathie

Lars Broder Stange

Einige Fragenkomplexe will ich skizzieren: Homöopathie und Anthroposophie verwenden teilweise die gleichen Arzneimittel – aber mit einem unterschiedlichen Konzept und möglicherweise auch unterschiedlichen Erfahrungen.

- Lohnt es sich, diese Erfahrungen auszutauschen?
- Was führt zu der unterschiedlichen Wahrnehmung von Arzneimitteln?
- Welche Forschung führt in der Anthroposophie zu den Arzneimittelkombinationen?
- Wie sind die häufig geäußerten Bedenken gegen Hochpotenzen begründet und welche Konsequenzen haben sie in praxi?
- Wie steht es um die Wahrnehmung des Patienten?
- Haben wir unterschiedliche Heilungskriterien?
- Wie beurteilen wir den Heilungsverlauf?
- Welche Rolle spielen Lebensführung und Diätetik im weiten Sinne?

Erkenntnistheoretische Grundlagen für das eigene Handeln:

- Wie unterscheidet sich das Konzept der gestörten Lebenskraft von dem Konzept der anthroposophischen Menschenkunde?
- Versteht sich die Homöopathie als einzig mögliche Heilkunde?
- Versteht sich die Anthroposophische Medizin als Erweiterung der konventionellen Therapiekonzepte – oder als Metamedizin?

Sie sehen, es gibt viele Fragen, von denen wir einige gemeinsam zu klären hoffen!!!

Sie sind herzlich eingeladen mitzudiskutieren und sich ein eigenes Bild zu machen!

Deutscher Zentralverein
homöopathischer Ärzte

Europäisches Institut für
Homöopathie (InHom)



Lars Broder Stange

Bericht über das Dialogforum: Anthroposophische Medizin und Homöopathie – ähnlich oder gegensätzlich?

Das Höchste wäre zu begreifen, dass alles Faktische schon Theorie ist. Die Bläue des Himmels offenbart uns das Grundgesetz der Chromatik. Man suche nur nichts hinter den Phänomenen, sie selbst sind die Lehre.

Johann Wolfgang Goethe (Maximen und Reflexionen)

Zu diesem Thema trafen sich am 9. November 2007 in Köthen (Anhalt) im Rahmen des ICE 7 Vertreter der Anthroposophischen Medizin und der Homöopathie zu einem ersten öffentlichen Gedankenaustausch. Es diskutierten miteinander: der Internist Dr. Matthias Girke als Vorstand im Dachverband Anthroposophische Medizin in Deutschland (DAMID), der Frauenarzt Dr. Jens-Uwe Goos als praktizierender anthroposophischer und homöopathischer Arzt, Lars Broder Stange und Curt Kösters als homöopathische Allgemeinärzte und Vorstandsmitglieder des DZVhÄ. Die Gesprächsleitung lag in den bewährten Händen von Gerhard Bleul, ebenfalls homöopathischer Allgemeinarzt.

Nach einer Vorstellungsrunde ging es im ersten Teil des Gesprächs, an dem sich das Auditorium bald lebhaft beteiligte, um die Stellung der potenzierten Arznei im therapeutischen Kontext.

Es wurde deutlich, dass es seitens der anthroposophischen Ärzte (und bei Kenntnis der Quellenlage) keine grundsätzlichen Bedenken gegen die Anwendung von Hochpotenzen gibt, wenn sie lege artis angewendet werden. Kollege Girke bemerkte dazu: "Wir haben die Arzneien von den Homöopathen geklaut, aber wir sind freundliche Diebe!"

Auf der anderen Seite sollten die Kollegen, die kombinierte Hochpotenzen im Rahmen des anthroposophischen Therapiekonzeptes über längere Zeit verwenden, Kenntnisse über das Auftreten möglicher Arzneiprüfungssymptome haben, um Schaden vom Patienten abzuwenden. Das fand einhellige Zustimmung, und eine Folgerung war, dass im Unterricht der anthroposophischen Kollegen ausführlichere Kenntnisse über Arzneimittelbilder vermittelt werden sollten.

Der sogenannte "Placeboeffekt" ist für die Anthroposophische Medizin kein Thema. Hier bemerkte der Kollege Teut: „Sind wir Homöopathen traumatisiert durch die regelmäßig wiederkehrende Placebo-Diskussion, weil wir dann immer im Blickpunkt sind? Sind wir immer das Opfer?“

Möglicherweise liegt es an unserem – historisch gesehen – hohen Anspruch, von Konzept und Praxis her die „bessere Medizin“ zu sein, während sich die Anthroposophische Medizin von Beginn an als Ergänzung der naturwissenschaftlich begründeten Medizin verstand.

Die differenzierte Anamnesetechnik der Homöopathie wurde einhellig als wichtiger Baustein jeder individuellen Behandlung anerkannt.

Die Unterstützung des Gesundungspotentials („Salutogenese“) findet in der Anthroposophischen Medizin eine hohe Aufmerksamkeit.

Durch Kunsttherapie und Heileurythmie beispielsweise kann die seelische Ebene angesprochen werden, und die biographische Arbeit („Was will mir meine Krankheit jetzt sagen? Was will ich?“), die auch die „Würde des Krankseins“ nicht aus dem Blick verliert, will zur Lebensstiländerung und zum Gewinnen einer erneuerten Lebensperspektive verhelfen.

Diese differenzierte „Diätetik“ ist ein Feld, in dem wir Homöopathen durchaus Anregungen und Erweiterungen des vielleicht manchmal sehr konkret aufgefassenen Behandlungsauftrages („Die Warze muss weg!“) lernen können.



Auf dem Podium (von links): Dr. Matthias Girke, Dr. Jens-Uwe Goos, Gerhard Bleul, Lars Broder Stange und Curt Kösters (Foto: Trapp)

Ob die (auch mythologischen) Zusammenhänge, in die die Anthroposophische Medizin die Naturstoffe als Ausgangsbasis der Arzneien stellt, in homöopathischen Schulen eine Entsprechung haben bzw. wo sie differieren, wäre eine eigene Untersuchung wert.

Als wichtige Dimensionen wurden von den beiden Vertretern der Anthroposophischen Medizin Biographie und Entwicklung genannt. „In der Anthroposophischen Medizin ist der Heilungsbegriff untrennbar mit dem Entwicklungsbegriff verbunden“, so der Kollege Girke. Bei Heilung gehe es nicht um Reparatur, und Heilung führe nicht zurück in eine gesunde Vergangenheit, sondern in eine neu zu erwerbende Gesundheit. Die Zukunftsorientierung, die Heilung über die jeweils individuellen Entwicklungsstufen, stehen dabei im Mittelpunkt.

In diesem Zusammenhang entsteht die Frage, was sich bei Sterbenden denn noch entwickeln könne. „Hier ist zu beobachten, dass in den letzten Lebenszeiten eines Menschen die Möglichkeit, komprimiert Fähigkeiten zu entwickeln, ganz stark da ist,“ erläuterte Kollege Girke weiter. Ähnlich wie am Lebensbeginn sei am Lebensende eine unglaubliche Dichte an Entwicklung erkennbar. Auch im Sterbensprozess komme der Mensch zur Selbstwerdung. Diese Beobachtungen führen in der Anthroposophischen Medizin dann weiter zu den Fragen von Vorgeburtlichkeit und Nachtodlichkeit, unabhängig von sakralen Bindungen.

Der „anthroposophisch-weltanschauliche Überbau“ wurde von einigen Zuhörern als schwer verständlich angesehen, und damit als ein Rückzugsgebiet, in das sich anthroposophische Ärztinnen und Ärzte gewissermaßen wie in einen Schutzraum zurückziehen können und sich nicht weiter erklären müssen.

Homöopathie wird dagegen oft als klarer konturiert und transparenter („quasi handwerklich“) wahrgenommen. Homöopathie als „Kind der Aufklärung“ ist der möglichst vorurteilslosen Beobachtung verpflichtet.

Oder um den Kollegen Wilkens aus seinem Vortrag zu zitieren: „Protestantische Präzision und katholische Breite finden sich wieder in der Präzision der Homöopathie und der Breite der Anthroposophie.“ Ein Vergleich, auf den im Verlauf der Diskussion mehrfach angespielt wurde.

Zum Thema „Überbau“ in der Anthroposophie betonte Kollege Girke, dass die Anthroposophie primär kein Lehrgebäude, sondern eine (Erkenntnis-)Methode sei. Damit wäre ein Dialog über methodologische Fragen und Konzepte durchaus denkbar und wünschenswert.

„Wir können ungeheuerlich viel voneinander lernen und sollten diese Diskussion als einen Start für eine weitere Vertiefung sehen!“ so Kollege Girke. Auch das Publikum wünschte sich gemeinsame Forschungsprojekte und kasuistische Studien im Dialog. Festzuhalten ist: Beide Methoden zeichnen sich aus durch

- eine ganzheitliche Sichtweise,
- ein dynamisches Krankheitsverständnis und
- Individualisierung.

Es wäre weiter zu untersuchen, ob wir den oben zitierten Goethe-Ausspruch ähnlich oder verschieden interpretieren! Wir stehen am Anfang eines hoffentlich folgenreichen Gespräches mit dem beiderseitigen Mut, Einsicht zu haben und freuen uns auf eine Fortsetzung!

Dieser Beitrag ist in etwas kürzerer Form erschienen in Gudjons *aktuell*. Januar 2008: 29-30, und in der AHZ 2008; 253: II-III.

Lars Broder Stange

Facharzt für Allgemeinmedizin. 1. Vorsitzender im Vorstand des DZVhÄ. Vita: Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Seit 1981 Weiterbildung in Homöopathie bei Dres. Sohn, Künzli, Spinedi. Seit 1989 in eigener Praxis niedergelassen. Unterrichtet Studenten und Ärzte in Homöopathie. Gemeinsam mit Dr. K.-H. Markgraf (Augsburg) Leiter der Weiterbildungsgruppe Augsburg. 2002-2004 Leiter des Homöopathischen Dreimonatskurses für Ärzte in Augsburg.

- Kontakt: stange@homoeopathie-kissing.de
- Homepage Praxis: www.homoeopathie-kissing.de



Anthroposophische Medizin vs. Homöopathie?

Berlin, 1. Dezember 2007

Globuli & Co. sind längst in der breiten Bevölkerung angekommen. Während Schul- und Alternativmedizin noch oft um die vermeintliche medizinische Vorherrschaft ringen, sind die Patientinnen und Patienten dazu übergegangen, verschiedene medizinische Ansätze miteinander zu kombinieren. Nicht nur vor diesem Hintergrund ist ein offener und konstruktiver Dialog zwischen Schul- und Komplementärmedizin gefragt. Genau so wichtig ist jedoch auch der Austausch innerhalb der Komplementärmedizin. Kann man die verschiedenen medizinischen Ansätze überhaupt miteinander kombinieren? Widerspricht sich das nicht?

Um zu diesen Fragen miteinander ins Gespräch zu kommen, haben sich die Anthroposophische Medizin und die Homöopathie im November beim Dialogforum „ICE 7: Internationaler Coethener Erfahrungsaustausch“ zum erstmaligen gemeinsamen Gedankenaustausch getroffen. Gerade die Unterscheidung zwischen diesen beiden Richtungen fällt Patientinnen und Patienten oft schwer. Denn in der Anthroposophischen Medizin und in der Homöopathie werden teilweise die gleichen Arzneimittel verwendet. Allerdings sind die Konzepte unterschiedlich – und natürlich auch die klinischen Erfahrungen. Dementsprechend wurde der Austausch mit viel Spannung erwartet. Schnell wurde deutlich, dass man in erster Linie voneinander lernen wollte: Die homöopathischen Ärzte hoben als besonders positiv hervor, dass sich die Anthroposophische Medizin offen zu einer spirituellen Dimension bekenne, während sich die Homöopathie davor scheue, eine solche Ebene mit einzubeziehen. Es sei eine Herausforderung für die Homöopathie, auch den weiteren Kontext einer Erkrankung stärker zu gewichten. Auf anthroposophischer Seite zeigte man sich beeindruckt von der „Kunst der genauen Symptombeobachtung“, die in der Homöopathie geübt und ausgebildet wird.

Gemeinsamkeiten zeigten sich vor allem, als über die Krankheit als Prozess, der ganzheitlich ablaufe und der in der medizinischen Behandlung individualisiert wahrgenommen werden müsse, diskutiert wurde. Beim Verständnis von Erkrankten und Gesunden gibt es jedoch wichtige Unterschiede: Während die Homöopathie unter Krankheit versteht, dass ein Patient bestimmte Symptome hat, erkennt die Anthroposophische Medizin in diesem Punkt mehrere Dimensionen: Eine Krankheit zeigt nicht nur Symptome und messbare Befunde, sondern birgt immer auch die Möglichkeit zur individuellen Entwicklung. Es ist eine Aufgabe für jeden erkrankten Menschen, biografischen Gewinn aus Krankheit und Krankheitsbewältigung zu ziehen. Gleichzeitig fragt die Anthroposophische Medizin danach, welcher Prozess sich in einer Krankheit ausdrückt und welche Färbung das seelische Erleben des Patienten hat. Eingesetzt werden deshalb nicht nur Arzneimittel – und natürlich auch alle nötigen Bestandteile der konventionellen Medizin – sondern auch Künstlerische Therapien, Heileurythmie sowie die Rhythmische Massage nach Dr. Ita Wegman.

Auch die Wege zur Arzneimittelfindung können durchaus unterschiedlich sein. Wichtige Grundzüge der Homöopathie beziehen sich auf ein genaues Betrachten der Wechselwirkungen zwischen Symptom und Arzneimittel sowie auf das Simile-Prinzip. Nach diesem Prinzip werden Krankheiten durch Arzneistoffe geheilt, die dem Krankheitsbild ähnlich sind. Hier unterscheidet sich der Ansatz in der Anthroposophischen Medizin: Die Anthroposophische Arzneimittelfindung geht davon aus, dass zwischen dem menschlichen Organismus und bestimmten Naturprozessen eine evolutio-

näre Verwandtschaft besteht. Vor diesem Hintergrund werden bei der Arzneimittelfindung die spezifischen Heilkräfte aus den Naturreichen herausgearbeitet, um sie auf ein bestimmtes therapeutisches Ziel hin auszurichten und gezielt einzusetzen.

Ein erster Schritt zum weiteren Austausch und zum gegenseitigen Verständnis ist mit dem Dialogforum auf jeden Fall getan. Was folgen soll, brachte eine Teilnehmerin auf den Punkt: „Wir brauchen dringend Fälle und Forschung!“, also gemeinsame Fallbesprechungen und komplementärmedizinische Forschungsprojekte.

Dieser Beitrag ist in der Ausgabe 12/2007 der Zeitschrift *info3 – Anthroposophie im Dialog* zum Schwerpunkt „Anthroposophische Medizin – menschlich, heilsam, kompetent“ erschienen. Wir danken für den freundlichen Abdruck.

Bestellt werden kann das Heft beim

info3-Verlag, Kirchgartenstr. 1, 60439 Frankfurt

Telefon 069-58 46 47, Fax 069-58 46 16 oder per Email vertrieb@info3.de



ICE 7

**Internationaler Coethener Erfahrungsaustausch
8.-10. November 2007, Köthen (Anhalt)**

Mit Homöopathie alt werden und jung bleiben

Schwerpunktt Themen

Prävention in der homöopathischen Praxis Homöopathie für ältere Menschen

Referentinnen und Referenten

- Gerhard Bleul, Allgemeinarzt (Selters)
- Prof. Dr. Klaus Roland Jahn (Berlin)
- Raimund Kastner (Heppenheim)
- Prof. Florence M. Margai (New York)
- Dr. med. Jacob Minah (Steinheim)
- Mag.a pharm. Petra Plunger MPH (Wien)
- Prof. Dr. Dr. Franz-Xaver Reichl (München)
- Dr. med. Brigitte Seul (Feldafing)
- Dr. med. Michael Teut (Berlin)
- Dr. med. Johannes Wilkens (Bad Steben)

Teilnehmer am Dialogforum Anthroposophische Medizin und Homöopathie

- Dr. med. Matthias Girke (Berlin)
- Dr. med. Jens Uwe Goos (Bochum)
- Curt Kösters, Arzt (Hamburg)
- Lars Broder Stange, Allgemeinarzt (Kissing)

Veranstaltungsort

Theatersaal im Bürgerhaus am Markt in Köthen (Anhalt)

Teilnahmegebühren

- Mitglieder des DZVhÄ und der homöopathischen Ärzteverbände anderer Länder:
220 Euro (Anmeldung bis 1. Oktober 2007)
250 Euro (Anmeldung ab 2. Oktober 2007)
- Nichtmitglieder:
270 Euro (Anmeldung bis 1. Oktober 2007)
300 Euro (Anmeldung ab 2. Oktober 2007)
- Die Pausenversorgung ist nicht in der Teilnahmegebühr enthalten.

Übernachtung

- Hotel (1 Ü/F): EZ ab 41,50 Euro / ½ DZ ab 25 Euro
- Pension (1 Ü/F): ab 25 Euro
- Details entnehmen Sie bitte dem Anmeldeformular.

Veranstalter, Planung und Koordination

- DZVhÄ – Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte (www.welt-der-homoeopathie.de)
- InHom – Europäisches Institut für Homöopathie (www.inhom.de)



Organisation, Information und Anmeldung

Homöopathie- und Wissenschaftsservice Köthen GmbH, Springstraße 28, 06366 Köthen (Anhalt)
Fon: +49(0) 34 96 – 30 37 02, Fax: +49(0) 34 96 – 30 37 06, Mail: info@wiserv-koet.de

Internationaler Coethener Erfahrungsaustausch Mit Homöopathie alt werden und jung bleiben

Donnerstag, 8.11.2007

ab 14.30	<i>Eintreffen und Empfang am Kongressbüffet</i>	16.45	Diskussion
15.00	Gerhard Bleul Die vier Arten der Prävention in homöopathischer Lehre und Praxis	17.00 -17.30	<i>Pause</i>
16.00	Dr. med. Michael Teut Integrative Prävention im Medizinischen Versorgungszentrum (Integration von ärztlicher Früherkennung, individuellem Präventionscoaching und wirkungsvollem Mind-Body-Gesundheitstraining durch Bewegungs-/Sporttherapie, Verhaltenstherapie, Stressmanagement, Entspannungsverfahren, Yoga, Ernährungstherapie und Raucherentwöhnung im Polikum Berlin)	17.30	Prof. Dr. Dr. Franz-Xaver Reichl Toxikologie der Fluoridverbindungen: Anwendung der Fluoride im zahnärztlichen Bereich – was ist gesichert?
		18.15	Prof. Dr. Klaus Roland Jahn Fluorid-Prophylaxe aus zahnmedizinischer Sicht
		19.00 - 19.30	<i>Pause</i>
		19.30 - 20.30	Podiumsdiskussion zu offenen Fragen der Fluorid-Prophylaxe

Freitag, 9.11.2007

9.00	Dr. med. Brigitte Seul Der Einsatz homöopathischer Nosoden als Infektionsprophylaxe und Schutz vor chronischen Erkrankungen	15.45	Dr. med. Michael Teut Homöopathie in der ambulanten geriatrischen Versorgung (Homöopathische Behandlung als sinnvolle Erweiterung der Therapie, Kasuistiken zu wichtigen Anwendungsgebieten und zur homöopathischen Behandlungsstrategie)
10.00	Dr. med. Jacob Minah und Prof. Florence M. Margai The Use of Malaria Nosodes to Reduce the Prevalence of Malaria in Depressed Communities (Malaria-Prophylaxe mit der Malaria-Nosode, 1)	16.30 - 17.00	<i>Pause</i>
10.30 - 11.00	<i>Pause</i>	17.00	Dialogforum: Anthroposophische Medizin und Homöopathie – ähnlich oder gegensätzlich? Homöopathie und Anthroposophie verwenden teilweise die gleichen Arzneimittel – aber mit einem unterschiedlichen Konzept und möglicherweise auch unterschiedlichen Erfahrungen. Lohnt es sich, diese Erfahrungen auszutauschen? Mit Dr. med. Matthias Girke, Dr. med. Jens Uwe Goos, Curt Kösters und Lars Broder Stange. Moderation: Gerhard Bleul
11.00	Dr. med. Jacob Minah und Prof. Florence M. Margai Malaria-Prophylaxe mit der Malaria-Nosode (2)		
12.00	Diskussion der Vorträge und Podiumsdiskussion zur Prophylaxe in der Homöopathie		
13.00 - 15.00	<i>Mittagspause</i>		
15.00	Dr. med. Johannes Wilkens Homöopathie für ältere Menschen	ab 20.00	<i>gemeinsames Abendessen</i>

Samstag, 10.11.2007

9.00	Mag.a pharm. Petra Plunger MPH Homöopathie in der Versorgung chronischer Krankheiten: Die Perspektive der PatientInnen (Forschungsschwerpunkt „Alternative Heilverfahren“ an der Abteilung „Palliative Care und OrganisationsEthik“/ Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung – IFF der Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Standort Wien)	11.00	Diskussionsforum: Wissenschaftliche Homöopathie Die Idee zu einer Deutschen Wissenschaftsgesellschaft Homöopathie entstand aus dem Interesse, die Homöopathie als eigene Wissenschaft zu positionieren. Dazu gehört natürlich ein Netzwerk zu anderen Wissenschaften, besonders der naturwissenschaftlichen Medizin, aber auch zu den Geisteswissenschaften. Gruppen, die zu homöopathischen Themen arbeiten, sollten sich in dieser Gesellschaft zusammenfinden. Sie ist als Instrument zur Vernetzung von Forschungsideen angedacht, zur gegenseitigen Befruchtung und dem Dialog über die wissenschaftliche Homöopathie.
9.45	Raimund Kastner Die Bedeutung der Materia medica homoeopathica für die Menschheit		
10.30 - 11.00	<i>Pause</i>		
		12.30	Abschließende Diskussion der Vorträge und Foren
		ab 13.00	<i>Ausklang am Kongressbüffet</i>

Internationaler Coethener Erfahrungsaustausch

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 Cöthener Erfahrungsaustausch (ICE) findet seit 2001 einmal jährlich in Köthen (Anhalt) statt. Weitere Informationen: www.inhom.de.

	Themen / Publikationen	Termine
ICE 1	Wissenschaftliche Forschung in der Homöopathie und internationale Zusammenarbeit. Bericht: Gerhard Bleul. InHom. Köthen (Anhalt) 2001.	01.-05.05.2001
ICE 2	Wissenschaftliche Homöopathie in Europa / Scientific Homeopathy in Europe. Kongressband. Redaktion: Gerhard Bleul. InHom. Köthen (Anhalt) 2002.	19.-21.09.2002
ICE 3	Die homöopathische Behandlung krebserkrankter Patienten. Bericht: Gerhard Bleul. InHom. Köthen (Anhalt) 2003.	11.-13.09.2003
ICE 4	Kindliche Verhaltensstörungen / Behavioral disorders in children. InHom. Köthen (Anhalt) 2004. + <i>Audio-CD</i>	09.-11.09.2004
ICE 5	Der subjektive Faktor Arzt in der Homöopathie bei Fallanalyse, Mittelwahl und Heilungsverlauf. Dokumentation. Herausgeber: Gerhard Bleul. InHom. Köthen (Anhalt) 2005. + <i>Audio-CD</i>	29.09.-01.10.2005
ICE 6	Homöopathie im klinischen Alltag. Bericht: Gerhard Bleul. InHom. Köthen (Anhalt) 2006. + <i>Audio-CD</i>	25.-27.05.2006
ICE 7	Mit Homöopathie alt werden und jung bleiben. Dokumentation. Herausgeber: Gerhard Bleul, Christine Doppler und Lars Broder Stange. InHom. Köthen (Anhalt) 2008. + <i>Audio-CD</i>	08.-10.11.2007
ICE 8	<i>Vorschau</i> Schwere Pathologien – Kasuistik und Fallmanagement	20.-22.11.2008

