



7. Internationaler Coethener Erfahrungsaustausch (ICE 7)
8. - 10. November 2007 in Köthen (Anhalt)

*Mit Homöopathie alt
werden und jung bleiben*

Prävention und Geriatric in der homöopathischen Wissenschaft und Praxis

Gerhard Bleul, Christine Doppler und Lars Broder Stange (Hrsg.)
Dokumentation der Kongressbeiträge

Impressum

Europäisches Institut für Homöopathie (InHom)
Springstraße 28
06366 Köthen (Anhalt)
Mail: info@inhom.de
Web: www.inhom.de

Leitung und Geschäftsführung:
Gerhard Bleul
Arzt für Allgemeinmedizin
Homöopathie – Chirotherapie
Mail: gerhard@bleul.net

Schriftenreihe des
Europäischen Instituts für Homöopathie (InHom)
Lektorat und Gestaltung:
Mag. phil. Christine Doppler
Mail: christine.doppler@inhom.de

Der Kongress ist ebenfalls auf einer
Audio-CD dokumentiert, die bei
InHom bestellt werden kann (info@inhom.de).

© InHom. Köthen (Anhalt): Mai 2008

Homöopathie-Stiftung
des Deutschen Zentralvereins
homöopathischer Ärzte (DZVhÄ)



Der Druck der Dokumentation
wurde von der
Homöopathie-Stiftung
des DZVhÄ mitfinanziert.
Web: www.homoeopathie-stiftung.de

Inhalt

- **Vorwort** 3 *Gerhard Bleul*
Zu diesem Band
- **Prävention** 5 *Gerhard Bleul*
Prävention in der Homöopathie
13 *Michael Teut*
Integrative Prävention im
Medizinischen Versorgungszentrum
~~15 *Brigitte Seul*
Der Einsatz homöopathischer Nosoden
als Infektionsprophylaxe und
Schutz vor chronischen Erkrankungen~~
- 25 *Jacob Minah and Florence M. Margai*
The Use of Malaria Nosodes to Reduce
the Prevalence of Malaria in
Depressed Communities
- **Geriatric und
chronische
Krankheiten** 31 *Johannes Wilkens*
Homöopathie in der Geriatrie
47 *Petra Plunger*
Homöopathie in der Betreuung
chronisch kranker Menschen –
die Perspektive der PatientInnen
53 *Michael Teut*
Homöopathie in der ambulanten
geriatischen Versorgung
- **Materia medica** 57 *Raimund Friedrich Kastner*
Die Bedeutung der Materia medica
homoeopathica für die Menschen
- **Sonderveranstaltung I:
Vorträge und Podiumsdiskussion zur Fluorid-Prophylaxe**
67 *Franz-Xaver Reichl*
Toxikologie der Fluoridverbindungen
73 *Klaus-Roland Jahn*
Fluoride in der Kariesprävention –
Nutzen versus Risiko
75 *Christine Doppler*
Bericht über die Podiumsdiskussion zu
offenen Fragen der Fluorid-Prophylaxe
- **Sonderveranstaltung II:
Dialogforum Anthroposophische Medizin und Homöopathie**
77 *Matthias Girke und Lars Broder Stange*
Statements zum Thema
78 *Lars Broder Stange*
Bericht über das Dialogforum:
Anthroposophische Medizin und Homöopathie –
ähnlich oder gegensätzlich?
80 Bericht des DAMID über das Dialogforum
- **Anhang** 83 Programm ICE 7
85 Übersicht ICE 1 – 8: Themen und Termine

Der Beitrag wurde
auf Wunsch der Autorin
am 18. März 2016 entfernt.

Gerhard Bleul

Zu diesem Band

Der 7. Internationale Coethener Erfahrungsaustausch (ICE 7) des Europäischen Instituts für Homöopathie (InHom) fand vom 8. bis 10. November 2007 in Köthen (Anhalt) zum Thema „Mit Homöopathie alt werden und jung bleiben“ statt. Die Frage, ob die Homöopathie dazu führt, dass Menschen im Alter gesünder sind, wurde im Rahmen dieses Kongresses mit den beiden Schwerpunktthemen „Prävention in der homöopathischen Praxis“ und „Homöopathie für ältere Menschen“ erörtert. Im Rahmen des ICE 7 gab es drei Sonderveranstaltungen: eine Podiumsdiskussion zu offenen Fragen der Fluorid-Prophylaxe und ein Dialogforum „Anthroposophische Medizin und Homöopathie – ähnlich oder gegensätzlich?“ Darüber hinaus fand das Diskussionsforum „Wissenschaftliche Homöopathie“ statt.

Die Themenkomplexe **Prävention** und **Geriatric** sind eher Randgebiete der heutigen Homöopathie. Sie waren es aber nicht immer und sie sind wieder aktuell geworden durch die Ausrichtung der Gesundheitspolitik auf den Vorsorgegedanken – in Planung ist ein eigenes Präventionsgesetz – und die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur – die Menschen werden älter und viele sind chronisch krank.

Was kann die Homöopathie zur Krankheitsprävention beitragen? Wie kann die Homöopathie bei Alterskrankheiten helfen, auch wenn keine Heilung mehr möglich ist? Zehn Referentinnen und Referenten gaben ihre Antworten aus einem großen Spektrum theoretischer und praktischer Arbeiten.

Gerhard Bleul führte in das Kongressthema ein mit einem Überblick über die *Prävention in der Homöopathie*. Die homöopathische Lehre Hahnemanns umfasst neben einer klaren Einteilung akuter und chronischer Krankheiten, einer umfassenden Kenntnis von Arzneimittelwirkungen und einer genauen Methodik des therapeutischen Vorgehens auch eindeutige Anweisungen zur „Gesunderhaltung“, der Primärprävention. Aber auch zur Sekundär-, Tertiär- und Quartärprävention liefert die Homöopathie entscheidende Beiträge.

Am Beispiel eines großen Ärzte-Zentrums in Berlin zeigte **Michael Teut**, wie *Integrative Prävention im Medizinischen Versorgungszentrum* im Alltag der ambulanten Praxis aussehen kann: Früherkennungsmaßnahmen, individuelles Präventionscoaching, Mind-Body-Gesundheitstraining durch Bewegungs- und Sporttherapie, Verhaltenstherapie, Stressmanagement, Entspannungsverfahren, Yoga, Ernährungstherapie und Raucherentwöhnung sind Elemente des Vorsorgekonzepts im „Polikum“.

Über den *Einsatz homöopathischer Nosoden als Infektionsprophylaxe und Schutz vor chronischen Erkrankungen* sprach **Brigitte Seul**. In einem historischen Überblick, beginnend bei Hahnemann und Hering, zeigte sie, dass Nosoden von den ersten Anfängen der Homöopathie bis heute zum Arzneimittelschatz gehören und ihren besonderen Platz in Prävention und Therapie haben. Viele Fallbeispiele illustrierten die Anwendung auch von selteneren Nosoden wie Malandrinum und Streptococcinum.

Florence M. Margai (New York) und **Jacob Minah**, beide gebürtig in Sierra Leone (Westafrika), berichteten über ihre Pilot-Studie zur Wirksamkeit der Malaria-Nosode in D200 bei der Malariaprävention in ihrem Heimatland. Über 500 Probanden wurden in die

Studie aufgenommen und erhielten eine Aufklärung über allgemeine Vorsorge-Maßnahmen. Etwa die Hälfte der Studienteilnehmer bekam alle 4 Monate eine Gabe der Malaria-Nosode D200, die andere Hälfte Placebo. In den ersten beiden Studienphasen hatte die Verumgruppe signifikant weniger Malaria-Neuerkrankungen, dieser Unterschied glich sich aber im Verlauf des zweiten Halbjahrs wieder aus. Eine Folgestudie mit verändertem Studiendesign ist geplant.

Johannes Wilkens begann den zweiten Teil des Kongresses mit einem Vortrag zur *Homöopathie in der Geriatric*. An den drei wichtigen und häufigen Erkrankungen im Alter, der Demenz, dem Parkinson-Syndrom und dem Schlaganfall zeigte er das therapeutische Vorgehen anhand vieler Beispiele. Säuren, Phosphor- und Schwefelverbindungen sind nach dem Referenten die wichtigsten homöopathischen Mittel für die Demenz, Mangan- und Eisenverbindungen für den Morbus Parkinson und die Schlangengifte für den Apoplex. Ausführungen zu Herzerkrankungen – im Sinne einer „spirituellen Kardiologie“ – und Krebserkrankungen mit Hinweisen auf den Einsatz potenziierter Mistelpräparate rundeten diese erfahrungsreiche und praxisbetonte Darstellung ab.

Petra Plunger (Wien) stellte ein besonderes Forschungsprojekt vor. An der Abteilung für Palliative Care und OrganisationsEthik der Alpen-Adria Universität Klagenfurt hatte sie 10 Patientinnen und Patienten zu ihren Einstellungen und Erfahrungen bezüglich konventioneller und alternativer Heilverfahren befragt. Was die Homöopathie für die Versorgung bei chronischen Krankheiten bieten kann, wird hier aus der Patienten-Perspektive deutlich: Die gute Beziehung zum Arzt oder zur Ärztin trägt zum guten Ergebnis der homöopathischen Therapie bei, die Methode der langen, an Symptomen und der Biografie orientierten Anamnese sowie die Verlaufsanalyse unterstützen die Sinnfindung in der Krankheit und im Heilungsprozess. Schließlich werden die Patientinnen und Patienten durch die Möglichkeit der Selbstbehandlung in leichteren Fällen selbständiger und unabhängiger.

In seinem zweiten Vortrag *Homöopathie in der ambulanten geriatricen Versorgung* zeigte **Michael Teut**, wie mit wenigen charakteristischen Symptomen bei eher geringer Auskunftsfähigkeit der älteren Kranken die Anwendung der Repertorien von Phatak und der Werke von Boger (General Analysis und Synoptic Key) weiterhilft. Anhand von Hauptsymptomatik, Modalitäten und Begleitbeschwerden lässt sich mit der genannten Literatur das geeignete Mittel oft schnell bestimmen.

Raimund Kastner sprach im letzten Vortrag des Kongresses über *Die Bedeutung der Materia medica homoeopathica für die Menschen*. Er mahnte gleichermaßen das sorgfältige und genaue Studium der alten Quellen an wie eine spirituelle Ausrichtung der medizinischen Praxis, indem er sich auf schamanische Traditionen, die Mystik der Kabbala und vor allem auf die ayurvedische Medizin berief.

Drei Sonderveranstaltungen bereicherten den Kongress um weitere Aspekte.

Am ersten Abend hielten **Franz-Xaver Reichl** und **Klaus Roland Jahn** Vorträge zu Fragen der Fluorid-Prophylaxe, in denen sie differenziert, aber kaum kontrovers über den Einsatz von Fluoriden zur Karies-Vorsorge Stellung nahmen. Die anschließende Diskussion mit den Zuhörern zeigte die Zweifel, die viele homöopathische Ärzte bezüglich einer standardisierten Gabe arzneilich wirksamer Mittel an ganze Bevölkerungsgruppen haben. Auch wenn toxische Schäden nur bei extremer Überdosierung, also praktisch nicht vorkommen, wurde zur genauen Beobachtung subtiler Wirkungen der Fluoride aufgerufen, wie sie auch aus der homöopathischen *Materia medica* bekannt sind.

Am zweiten Abend gab es mit dem *Dialogforum Anthroposophische Medizin und Homöopathie – ähnlich oder gegensätzlich?* die erste Veranstaltung, in der Vertreter dieser beiden besonderen Therapierichtungen öffentlich über Gemeinsamkeiten und Unterschiede ihrer Methoden sprachen.

Teilnehmer waren **Matthias Girke** (Internist, Vorstand im Dachverband Anthroposophische Medizin in Deutschland - DAMID), **Jens-Uwe Goos** (niedergelassener anthroposophischer und homöopathischer Frauenarzt), **Lars Broder Stange** und **Curt Kösters** (homöopathische Allgemeinärzte und Vorstandsmitglieder des DZVhÄ). Moderator der Diskussion war Gerhard Bleul.

Den Abschluss des Kongresses bildete ein **Diskussionsforum**, in dem homöopathische Ärztinnen und Ärzte, die im Europäischen Institut für Homöopathie (InHom) mitarbeiten, über ihre Beiträge und Forschungsansätze berichteten und mit dem Plenum über die Vorstellung über eine **Wissenschaftsgesellschaft für Homöopathie** sprachen. Auf dem Podium personell vertreten waren Arzneimittelprüfung, Klinische Forschung, Falldokumentation, Qualitätsmanagement, Datenbankstrukturen, *Materia medica* Revision und Bibliothek. Beim anschließenden Erweiterten Vorstandstreffen des DZVhÄ fanden sich für diese Themen „Paten“, die an deren Weiterentwicklung bis zur Gründung einer berufspolitisch unabhängigen homöopathischen Wissenschaftsgesellschaft arbeiten wollen.

Die Organisation des Kongresses mit rund 80 Teilnehmerinnen und Teilnehmern lag in den Händen der Homöopathie- und Wissenschaftsservice Köthen GmbH. Die Vorträge des ICE 7 sind auf einer Audio-CD dokumentiert, die beim Europäischen Institut für Homöopathie (InHom) bestellt werden kann (Kontakt: www.inhom.de).

Prävention in der Homöopathie

Was hat die Homöopathie zur Prävention zu sagen? Ist die Homöopathie nicht eine Therapieform mit Arzneimitteln? Gehört Prävention überhaupt zur Homöopathie? Das erste Mal, dass ich dieser Frage systematisch nachgegangen bin, war nach einem Gespräch im Gesundheitsministerium im Jahr 2001, als gerade die Änderungen des Sozialversicherungsgesetzes beschlossen waren, in dem die Prävention nun einen besonderen Stellenwert bekam. Was hat die Homöopathie zur Prävention zu sagen? Im Organon der Heilkunst schreibt Samuel Hahnemann (§ 4): „Er [der Arzt] ist zugleich ein Gesundheit-Erhalter, wenn er die Gesundheit störenden und Krankheit erzeugenden und unterhaltenden Dinge kennt und sie von den gesunden Menschen zu entfernen weiß.“ Die Prävention in allen Formen ist integraler Bestandteil der homöopathischen Lehre und Praxis. Wenn sie möglich ist – und sie ist fast immer möglich – gehört ihr der erste Rang, vor der Therapie.

Die vier Formen der Prävention

Die Medizin kennt ursprünglich drei Arten der Prävention, die vor einigen Jahren durch eine vierte ergänzt wurden:

- Primärprävention
- Sekundärprävention
- Tertiärprävention
- Quartärprävention

Zu allen Formen der Vorbeugung hat die Homöopathie einen Beitrag zu leisten.

Zur **Primärprävention** gehören alle Maßnahmen, die beim Gesunden ansetzen, um ein Krankwerden zu verhindern, insbesondere eine „gesunde Lebensweise“, die Hahnemann „Lebensordnung“ nennt, und eine „ausgewogene Ernährung“, in der Homöopathie mit dem Begriff „Diät“ bezeichnet. Als Sonderform ist noch die Gabe homöopathischer Mittel an Gesunde anzuführen, die in besonderen Fällen vorgenommen wird, um Krankheiten zu verhindern.

Sekundärprävention sind alle Maßnahmen, die nach einer Krankheitsphase einsetzen, um das erneute Auftreten oder eine Komplikation zu verhindern, oder nach Feststellung einer Gesundheitsstörung eine manifeste Erkrankung vermeiden sollen. Hier sind ebenfalls vor allem „Lebensordnung“ und „Diät“ gefragt. Zur homöopathischen Sekundärprävention gehören auch die frühzeitige Behandlung der „latenten Psora“ und die Vermeidung von Heilungshindernissen.

Tertiärprävention will Komplikationen bei manifester und nicht mehr heilbarer chronischer Krankheit verhindern. In der Homöopathie bedeutet das eine palliative Anwendung der Arzneimittel, ein Vorgehen, über das nicht selten die Nase gerümpft wird, weil Homöopathie doch immer den Anspruch von Heilung hat und „Palliation“ diesen Anspruch ja aufgibt. Allerdings haben wir es gerade in der Allgemeinmedizin mit vielen chronisch Kranken zu tun, deren Krankheitsprozess so weit fortgeschritten ist, dass er nicht mehr vollständig reversibel ist. Und doch können wir mit einem palliativen Vorgehen für die Patienten sehr viel Gutes erreichen.

Der Begriff **Quartärprävention** wurde erst 1996 von Gisela C. Fischer eingeführt [7]. Damit ist die Bewahrung der Patienten vor einem Zuviel an medizinischer Intervention gemeint – ein Ziel, das in unserer Zeit

der fast allgegenwärtigen Medikalisierung nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. Es geht dabei um die Reduzierung nebenwirkungsreicher Pharmakotherapie oder, allgemeiner gesprochen, um die Vermeidung aller überflüssigen Eingriffe. Die Homöopathie ist eines der bedeutendsten Gebiete der Medizin mit geringsten Nebenwirkungen. Die gravierendste Nebenwirkung, die ihr vorgeworfen wird, ist die Verhinderung einer notwendigen schulmedizinischen Maßnahme. Wenn sie aber übertriebene oder nicht notwendige und doch nebenwirkungsträchtige Maßnahmen verhindern kann, ist sie Quartärprävention pur.

1. Primärprävention in der Homöopathie

Zum einen beschreibt Hahnemann im Organon der Heilkunst ausführlich die Prinzipien der „Lebensordnung“ und der „Diät“, prophylaktische Maßnahmen der homöopathischen Medizin vor und neben jeder Gabe einer Arznei. Zum anderen bedeutet Primärprävention hier auch die Gabe homöopathischer Mittel an Gesunde, während einer Epidemie, vor Operationen und Geburten und die als äußerst umstrittene, weil grundsätzlich nicht mögliche „homöopathische Impfung“.

„Uneigentlich“ chronische Krankheiten benennt Hahnemann im Organon § 77 [11]: „... diejenigen Krankheiten ..., welche Menschen erleiden, die sich fortwährend vermeidbaren Schädlichkeiten aussetzen, nämlich „gewöhnlich schädliche Getränke oder Nahrungsmittel, Ausschweifungen mancher Art ..., welche die Gesundheit untergraben, zum Leben nötige Bedürfnisse anhaltend entbehren, in ungesunden, vorzüglich sumpfigen Gegenden sich aufhalten, nur in Kellern, feuchten Werkstätten oder andern verschlossenen Wohnungen hausen.“

Als Ursachen nennt Hahnemann besonders auch „Mangel an Bewegung oder freier Luft, übermäßige Körper- oder Geistes-Anstrengungen, in stetem Verdrusse leben, u.s.w.“ Und er schreibt: „Diese sich selbst zugezogenen Ungesundheiten vergehen, (wenn nicht sonst ein chronisches Miasm im Körper liegt) bei gebesserter Lebensweise von selbst ...“.

„Mäßigkeit und Acht auf das, was deiner individuellen Konstitution in jedesmaliger Lage am besten bekommt ...“ sagt Hahnemann (Diätetisches Gespräch mit meinem Bruder, vorzüglich über den Mageninstinkt; in: Freund der Gesundheit, Band 1. 1792 [zitiert nach 5]) „... ist bei Leuten, die sich der Mäßigkeit,

als einer der edelsten Tugenden befleißigen, so wach, so lebhaft – sie hören die innere Stimme so deutlich, als irgend ein Thier, dem wir vorzüglichen Instinkt beimessen, so deutlich, daß sie den Bissen bestimmen können, wo sie zur Gesundheit eben genug haben, daß sie das halbe Glas Wein oder Bier sich versagen, was ihnen nicht bekommen würde. (Der Kranke mit schiefer Einbildung aber gehört nicht hierher.)“

H.-H. Abholz, Professor der Allgemeinmedizin, führt zur „Hausärztlichen Prävention – Ein Vorschlag für eine Systematik“ aus: „Fragt man z.B. Hausärzte, welche Art der Prävention sie betreiben, so sprechen sie ... von ... ‚Präventiven Gesprächen‘, ... von Patient zu Patient anders ausfallenden Unterstützungen bei Veränderung der Lebensführung, ... Nutzung salutogener Potenzen des Patienten ...“ [1].

1.1. Salutogenese

Salutogenese ist ein von Aaron Antonovsky geprägter Begriff [3, 4]. Als wichtigstes salutogenetisches Prinzip bezeichnet Antonovsky den Kohärenzsinn („Sense of coherence“). Er zeigt sich im Eingebundensein in soziale Gemeinschaften, in der positiven Gestaltung sozialer Bezüge, der positiven Bearbeitung früherer Erfahrungen und einer guten Konfliktfähigkeit. Drei Dimensionen zeichnen den Kohärenzsinn aus:

- Bedeutsamkeit (meaningfulness): Fähigkeit zur Übernahme von Verantwortung, zur Beteiligung an Entscheidungen, zu einem eigenen Lebensentwurf
- Handhabbarkeit (manageability): Gleichgewicht von Einsatz und Ergebnis im täglichen Leben
- Verstehbarkeit (comprehensibility): Erfahrung einer stimmigen Umwelt mit Regelmäßigkeiten und Spielräumen.

Eine positive präventive Beratung im Sinne der Salutogenese berücksichtigt nach Antonovsky diese drei Dimensionen:

- eigener Lebensentwurf
- Anpassung des Einsatzes im täglichen Leben an das zu erwartende Ergebnis
- Vermittlung der Umwelt als konsistent und Aufzeigen eigener Spielräume.

1.2. Individuelle Prophylaxe

In der Lehre der Homöopathie gilt das Prinzip der Individualisierung für Therapie und Prophylaxe. Jeder Mensch braucht eine individuelle, ihm gemäße Lebensweise und Ernährung.

Eine homöopathische „Lebensordnung“ bedeutet, dass allgemeine gesund erhaltende Maßnahmen individuell angepasst werden. Prophylaktische Ratschläge ergeben sich zwanglos aus den klassischen Fragen der homöopathischen Anamnese: Was tut Ihnen gut? Was bekommt Ihnen? – Was tut Ihnen nicht gut? Wogegen haben Sie eine Abneigung? Die Antworten darauf sind gleichzeitig Hinweise auf die individuelle primäre Prävention.

1.3. Sonderfall Epidemie

Das Prinzip der homöopathischen Therapie in einer Epidemie ist, das „epidemische Mittel“ zu finden und es allen an der Epidemie Erkrankten zu geben, wenn sie nicht individuelle Symptome haben oder eine chronische Krankheit vorliegt.

Auch Gesunde können während einer Epidemie das „epidemische Mittel“ erhalten, wenn zu erwarten ist, dass ihre mögliche Erkrankung ebenso verlaufen würde wie bei den schon Erkrankten.

FALLBEISPIELE

Grippe-Epidemie im Januar 2001

Drei Brüder liegen mit Fieber im Bett, Halsschmerz, hochroter Kopf und Hals, Schwitzen, matt, klopfende Kopf- und Ohrenscherzen; ein typisches Belladonna-Bild. Verordnung: Bell. D12, jeweils nach Bedarf bis zu 6x täglich wiederholen, bis die Beschwerden nachlassen. Die Schwester und die Mutter sind nicht erkrankt. Auf ihre Frage, ob sie etwas vorbeugend tun können, gebe ich die Empfehlung: Bell. D12, 2x täglich, bis zum Abklingen der Krankheitssymptome der restlichen Familie.

Streptokokken-Angina bei einem 4-jährigen Mädchen

Tonsillen geschwollen und gerötet, Schluckschmerz rechts, schmerzhaft Vergrößerung der Kieferwinkel-Lymphknoten, re. > li., Zunge gelb-weiß belegt, süßlicher Mundgeruch. Verordnung: Merc. D12. Auf die Frage, ob der 6-jährige Bruder zur Vorbeugung etwas bekommen kann, Empfehlung Merc. D12, 2x täglich.

In beiden Fällen wurden die Patienten innerhalb von 1-2 Tagen gesund und die vorbeugend behandelten Familienmitglieder erkrankten nicht.

1.4. Sonderfall „Eugenische Kur“

Die historischen Fakten sind in einem AHZ-Beitrag von Hildegard Faust-Albrecht zusammengestellt [6].

Samuel Hahnemann schreibt in Band 1 der Chronischen Krankheiten ([10] CK1: 172-173): „Schwangerschaft ist in allen ihren Graden so wenig eine Hinderung der antipsorischen Kuren, dass sie vielmehr da oft am nöthigsten und hülfreichsten ^{Anm. 1} werden. Am nöthigsten, weil die chronischen Uebel sich da mehr entfalten. In diesem an sich ganz naturgemäßen Zustande des Weibes offenbaren sich die Symptome der innern Psora oft am deutlichsten ^{Anm. 2}, wegen der dann gesteigerten Empfindlichkeit und Gefühligkeit des weiblichen Körpers und Gemüths; die antipsorischen Arzneien wirken daher hier bestimmter und merklicher, was dem Arzt die Weisung giebt, hier die Gaben derselben möglichst klein und in hoch potenzirter Verdünnung einzurichten und so auch in der Wahl möglichst homöopathisch zu Werke zu gehen.“

^{Anm. 1} „Auf welche gewissere Weise ließe sich wohl z.B. die Wiederkehr des Abortirens, welches fast einzig in der Psora seinen Grund hat, verhüten, und zwar dauernder verhüten, als durch eine zweckmäßige antipsorische Behandlung vor oder doch in der Schwangerschaft? Auf welche zuverlässigere Art ließen sich wohl die, auch bei richtiger Kindes-Lage und natürlich erfolgter Geburt nicht selten gefährlichen, auch wohl tödtlichen Zustände der Mutter im voraus hinwegräumen, als durch die zeitige, antipsorische Behandlung der Schwangeren? Selbst die unrichtige Lage des Kindes hat, wo nicht immer, doch höchst oft, ihren einzigen Grund in der

psorischen Kränklichkeit der Mutter, und der Wasserkopf des Kindes und andre körperliche Fehler desselben, gewiß! Nur die antipsorische Behandlung des kränklichen Eheweibes, wo nicht eher, doch wenigstens in der Schwangerschaft, vermag die Untüchtigkeit der Mutter, selbst zu säugen, oft im voraus hinwegzuräumen und beim Säugen die so häufigen bösen Brüste, das wund Saugen der Warzen, die häufige Neigung zur rothlaufartigen Entzündung der Brüste und ihrer Abscesse zu verhüten, so wie die Blut-Abgänge aus der Bährmutter beim Kinder-Stillen.“

Anm. 2 „Doch findet auch nicht selten der gerade umgekehrte Fall statt, daß das außer der Schwangerschaft stets kränkelnde, oft ununterbrochen kranke Weib während jeder Schwangerschaft und nur in solcher sich ungewöhnlich wohl befindet. Und hier ist wiederum die Zeit der Schwangerschaft sehr wohl zur antipsorischen Heilung zu benutzen, die dann gegen die erinnerlichen Symptome des Krankheitszustandes vor der Schwangerschaft gerichtet wird.“

„Eugenik“ ist ein von Francis Galton, einem Vetter von Darwin, 1883 geprägter Begriff und beschreibt die Absicht, die menschliche Rasse genetisch zu verbessern, z.B. durch Geburtenkontrolle von „Ungeeigneten“ und Förderung von Geburten unter „Geeigneten“ (frühe Heirat usw.).

Louis Vannier hat aus den Angaben Hahnemanns eine Empfehlung erarbeitet [27]: Sulfur C200, Tub. Koch C200 und Luesinum C200, alle 20 Tage im Wechsel, bei Tuberkulinkern alle 15 Tage Tub. Rest C200. 1955 korrigiert er sich in derselben Zeitschrift und empfiehlt statt der C200 die C7 oder C9 und erweitert die Empfehlungen für „das gonorrhoeische Terrain“ um Med. und Thuj. Die Reduktion der empfohlenen Potenzen geschah nach wiederholten schlechten Erfahrungen (Überreaktionen auf die Hochpotenzen), wurde aber von späteren Autoren nicht umgesetzt, vielleicht gar nicht bemerkt.

Erwin Schlüren [22]: „Man kann bei allen Frauen eine Eugenische Kur durchführen, die sich auf die Konstitution des Kindes günstig auswirkt. Dies ist besonders indiziert bei konstitutioneller Erkrankung früherer Kinder.“ Er empfiehlt in seinem homöopathischen Lehrbuch der Frauenheilkunde Sulf. D200, Lues. D200, Med. D200, Calc. D200 (oder Calc-p. bzw. Calc-f., je nach Konstitution der Mutter, Mittelfolge in 4-wöchigem Abstand.

Ergänzungen durch andere Autoren bezogen sich auf weitere Mittel nach der Symptomatologie der Mutter (Künzli), auf Defektkrankheiten in der Anamnese (Dorcsi), auf psorische Erkrankungen (zusätzlich Psor.), auf sykotische Erkrankungen (zusätzlich Thuj. und Med.) und auf eine Hautanamnese (zusätzlich Nat-m.).

Die „Eugenische Kur“ ist eine unhomöopathische Empfehlung, denn sie ist pauschal und nicht individuell. Nach mehrfachen schlechten Erfahrungen (Arzneiprüfsymptomen) habe ich sie seit 15 Jahren nicht mehr angewendet.

1.5. Geburtsvorbereitung

Weit verbreitet sind Empfehlungen zur homöopathischen Prophylaxe von Komplikationen einer Entbindung. Sie schließen eine Reihe von Mitteln ein, deren Einnahme oft regelmäßig schon Wochen vor dem Geburtstermin vorgeschlagen wird.

In vielen klassischen Arzneimittellehren finden sich Hinweise dazu, z.B. in der von S. R. Phatak [18] über Cimicifuga: „Zudem hat es Lebendgeburten bei Frauen ermöglicht, die vorher ohne erkennbaren Grund nur Totgeburten hatten. (Sollte [nach Clarke] in täglichen Dosen und tiefer Potenz, etwa der C1, in den letzten zwei Monaten vor dem Geburtstermin gegeben werden.)“

Erwin Schlüren, der auch zur Eugenischen Kur konkrete Vorschläge machte, schreibt [22]: „Zur Vorbereitung auf die Geburt und damit Erleichterung der Geburt gibt es sehr bewährte Mittel: Hauptmittel Caul. D3, 4 (3x tgl. 1 Tbl. 2-3 Wochen vor der Geburt, Vorsicht: Muttermundspasmus), Puls. D4, 6 (3x tgl. 7 Tr. 4-6 Wochen vor der Geburt). Bei Frauen mit sehr rigiden Weichteilen gibt man beide Mittel 6 Wochen vorher (2x tgl. im Wechsel) unter Einschaltung arzneifreier Tage.“

Ute Häusler-Gleis ist mit ihren „drei Möglichkeiten zur Prophylaxe bei Primiparae“ sehr viel näher an einer individuellen homöopathischen Prophylaxe [12]:

- das „Konstitutionsmittel nach der Vorgeschichte und der aktuellen Befindlichkeit der Schwangeren“ (Fallbeispiel Graphites),
- „ein Akutmittel für die Entbindung bei Frauen mit besonders auffallender Regelsymptomatik ... Häufig gebrauche ich Bell., Cham., Coff., die Magnesiumsalze ...,
- „eine Kombination von Konstitutions- und Akutmittel“. Bei Multiparae werden Symptome der vorangegangenen Schwangerschaften in die Mittelwahl mit einbezogen.

1.6. „Homöopathische Impfungen“

Leslie J. Speight, ein englischer Verleger, schreibt in einem Laienratgeber [24]: „In der Homöopathie gibt es keine solche Immunisierung (Inokulation fremder Materie), aber es gibt Arzneien, die Immunität gegenüber Infektionen aufbauen können.“

Dr. A. Pulford (1863-1948, Bradford, England) schrieb [zitiert nach 24]: „Keine Krankheit wird entstehen ohne eine Prädisposition für diese Krankheit. Die Abwesenheit der Prädisposition gegenüber einer bestimmten Krankheit macht uns immun dagegen. Homöopathie allein ist in der Lage, diese Prädispositionen zu entfernen.“

Dorothy Shephard (1885-1952, Edinburgh) habe die Pertussis-Nosode in 364 Fällen angewendet (täglich für 2 Wochen), keines der Kinder habe Keuchhusten bekommen.

Ein „anderer homöopathischer Arzt“ (so Leslie J. Speight) gab 82 Menschen (63 Kindern, 19 Erwachsenen) Lathyrus sativus, die sich „in nächster Nähe eines Polio-verdächtigen Gebietes“ aufhielten, 12 von ihnen hatten „direkten Kontakt“; keiner entwickelte die Krankheit. Die empfohlene Dosis der jeweiligen Nosode ist die C30, 3x an einem Tag im Abstand von jeweils 4 Stunden. – Kontraindikationen werden nicht genannt.

Ravi Roy und Carola Lage-Roy behaupten in ihrem „Homöopathischen Ratgeber Nr. 4: Die homöopathische Impfung“ [20]: „Die Krankheitsnosode als

„homöopathische Impfung“ bietet den sichersten Schutz. Dieser Schutz kann aber nur durchgeführt werden, wenn sich der Betreffende noch nicht akut mit dem Erreger infiziert hat. Eine weitere Voraussetzung für den erfolgversprechenden Einsatz der spezifischen Nosode ist die völlige Gesundheit des Kindes. Es darf im Moment der „homöopathischen Impfung“ an keiner schweren chronischen, subakuten oder akuten Krankheit leiden.“ Die empfohlene Dosis ist die C oder D200 (oder 1000) des „Hauptmittels“ („Genius epidemicus“) oder der Nosode in der „Doppelgabe“ (2x innerhalb von 5-10 Minuten), bei Bedarf wöchentlich wiederholt. Diesen viel versprechenden Vorschlägen konnten sich klassische Homöopathen nie anschließen. Der DZVhÄ hat sich in einer Presseerklärung Ende der 1990er Jahre eindeutig gegen solche Empfehlungen ausgesprochen: „Eine ‚homöopathische Impfung‘ gibt es nicht.“

D. Müller berichtet in einem Leserbrief an „Homöopathie aktuell“ von mehreren Tetanus-Todesfällen in Indien nach alleiniger „homöopathischer Impfung“ [16]. Auch diese Beobachtung mahnt zu großer Vorsicht bei vollmundigen Versprechungen.

1.7. Malaria-Prophylaxe

Jacob B. Minah und Florence M. Margai berichten auf diesem Kongress ausführlich über ihre Studien in Sierra Leone [14, 15, vgl. 25-29 in diesem Band]. Daher werde ich hier nicht weiter darauf eingehen.

1.8. Prophylaxe der Japanischen Enzephalitis

Srinivasulu Gadugu (M.D. Lecturer, Dept. of Organon of Medicine, Government Homoeopathic Medical College, Cuddapah, Indien) hat über seine Studie zur homöopathischen Prophylaxe der Japanischen Enzephalitis auf dem Liga-Kongress 2005 in Berlin berichtet [25]. Von 1993 bis 1999 gab es in Indien 5308 registrierte Fälle der J.E., 1511 Kinder starben.

1999 wurde ein Regierungsauftrag an homöopathische Ärzte vergeben, um eine homöopathische Prophylaxe zu entwickeln. Gemäß den Symptomen, der komplementären Verwandtschaft und dem zugrunde liegenden Miasma wurden die Arzneimittel Bell., Calc. und Tub. ausgewählt: Belladonna C200 jeweils 1x an Tag 1, 2 und 3, Calcium carbonicum C200 am 10. Tag und Tuberculinum 10M am 25. Tag für alle Kinder von 0-15 Jahren, jeden August in 3 aufeinander folgenden Jahren. Die Mortalität und die Morbidität der J.E. sanken dramatisch. Im Jahr 2000 gab es noch 343 Fälle mit 72 Toten, 2001 nur 30 Fälle mit 4 Toten, 2002 nur 18 Fälle und keinen Todesfall, 2003 und 2004 keine Fälle mehr.

Man mag einwenden, dass Epidemien manchmal spontan so verlaufen, dass sie einfach auftauchen und ohne ersichtlichen Grund auch wieder verschwinden. Dieser Einwand gilt aber für jede Form medizinischer Intervention, speziell natürlich auch für Impfungen.

2. Sekundärprävention

Sekundärprävention sind alle Maßnahmen, die

- nach einer Krankheitsphase eingesetzt werden, um das erneute Auftreten oder eine Komplikation zu verhindern, oder
- nach Feststellung einer Gesundheitsstörung eine manifeste Erkrankung vermeiden sollen oder
- Heilungshindernisse bei der Gabe homöopathischer Mittel verhindern.

KASUISTIK

Vermeidung weiterer Krankheitsphasen

Jürgen L. ist 45 Jahre und leidet an rez. Diarrhoe. Am 13.9.2001 berichtet er: Seit 2-3 Wochen Durchfall, vormittags bis zu 7 Mal, es kommt „nur Flüssigkeit“, schießt heraus, schmerzlos, der Drang setzt ein, sobald er isst. Das Abdomen ist weich, ohne Druckschmerz. – Der Patient spricht viel und wechselt schnell das Thema, ist nervös und gereizt. Er ist selbständiger Systemberater, macht sich Sorgen um seine Firma, aber größere Sorgen um seine Gesundheit, weil er fürchtet, es könnte eine unheilbare Krankheit sein. – Er hat diesen Durchfall immer wieder auch auf Kurzreisen.

Die Repertorisation (Rektum – Diarrhoe – vormittags, Diarrhoe – beim Essen, Diarrhoe – schmerzlos, Stuhl – wässrig – morgens, – herausschießend, – herausspritzend, Diarrhoe – Unregelmäßigkeiten beim Essen, sowie auch die Symptome: Angst – über Geschäfte, Furcht – Krankheit, unheilbar, Redseligkeit – wechselt das Thema) ergibt Podophyllum.

Er erhält am 13.9.2001 Podo. D6, was er 3-4x täglich für einige Tage einnimmt. 6 Wochen später berichtet er, dass der Durchfall seitdem nicht mehr auftrat, auch nicht auf seinen Reisen, wo er ihn sonst immer begleitete. Ein Beispiel, wie Homöopathie nicht nur die akute Krankheitsphase, sondern auch die chronische Neigung zu entsprechenden Rezidiven heilen kann.

2.1. Macht das Simile allgemein gesünder?

Diese Annahme hegen viele Homöopathen, sie konnte nach meinem Wissen aber bisher nicht zweifelsfrei belegt werden. Noch muss sie als unbewiesene, eigentlich auch unbeweisbare Behauptung angesehen werden. Leider ist die Behauptung einer allgemein präventiven Wirkung homöopathischer Behandlung kein Einzelfall und sie schaden dem Ruf einer wissenschaftlichen Homöopathie.

Ein Beispiel gibt Karl-Josef Müller, ein Autor, der sorgfältige Kasuistiken veröffentlicht und für das Verständnis seltener Mittel sehr viel getan hat [17]: „Melanomprophylaxe ... Sarah (17 J.). Ihre Mutter ist mit ihr gekommen wegen ihrer vielen dunklen Pigmente und Naevi und deren ‚potentieller Gefahr, bösartig zu degenerieren‘. ... eine Doppeldosis Carcinatinum C30/C200. ... Zum zweiten Termin nach sechs Wochen erschien Sarah nicht. ... Mutter: ... ‚So eine Absage hätte sie früher nie gemacht. ... Sie grenzt sich mehr ab, sagt zum ersten Mal, was sie will und was nicht ... zeigt weniger Pflichtbewusstsein.‘“ Der Autor stellt fest: „Sarahs Veränderungen waren ganz im Sinne einer Carcinatum-Wirkung: die begründete Hoffnung besteht, daß damit auch eine Entartungsprophylaxe bei ihren Pigmenten stattgefunden hat.“ So leicht sind Hoffnungen leider nicht zu begründen.

2.2. Arnica vor Operationen

D. Foubister empfiehlt in seinem Homöopathischen Tutorium der Kinderheilkunde [8] vor fast allen Operationen die dreimalige Gabe von Arnica C30 (am Vorabend, am Op.-Morgen und kurz vor Op.), bei Tonsillektomie, Zirkumzision und Hämorrhoiden-Op. Staphisagria C30, evtl. kombiniert mit Aesculus oder Arnica, bei Operationen an Knorpel und Periost 3x Ruta C30; postoperativ jeweils spezielle Mittel in der C30, in der Regel 3x täglich für 3 Tage.

Nicole Rafai führte im Jahr 2005 eine Studie zu „Arnica montana und Hypericum perforatum D30 nach operativer Weisheitszahnentfernung“ durch [19]. Sie war randomisiert, placebo-kontrolliert, doppelblind, mit sequentiell Design. 41 Patienten bekamen die kombinierte Gabe von Arn. D30 und Hyper. D30 unmittelbar präoperativ und täglich bis zum fünften postoperativen Tag. Es ging um den Einfluss auf das subjektive Schmerzempfinden, die maximale Schneidekantendistanz und die Ödembildung. Die Verum-Probanten zeigten während der postoperativen Verlaufsbeobachtung eine durchschnittlich bessere Mundöffnungsfähigkeit. In beiden Gruppen war die post-operative Schmerzempfindung gleich bzw. in der Verum-Gruppe durchschnittlich (nicht signifikant) geringer. Eine signifikante analgetische Wirksamkeit der Mittelkombination gab es nur am ersten postoperativen Tag. Auf den Wundheilungsverlauf hatte die homöopathische Prophylaxe keinen Einfluss.

Eine Studie, die die häufig geübte und wenig reflektierte homöopathische Prophylaxe von Operationsfolgen in Frage stellt.

2.3. Ledum nach Zeckenbiss

Will Taylor (Boston und New York, USA) hat im Internet einen Aufsatz „On the Genus Epidemicus“ veröffentlicht [26]. Als den Genius epidemicus für die Borreliose (Lyme Disease) sieht er das Arzneimittel Ledum an. Er schloss dies aus einer sorgfältigen Reperitorisation der bekannten Symptome des Stadium II der Borreliose, welche nach Ledum weitere Ericaceae, nämlich Kalmia und Rhododendron, als wichtige Mittel für diese epidemische Krankheit zeigte. Es legt die prophylaktische Gabe von Ledum nach jedem Zeckenbiss nahe, wie sie von vielen Therapeuten und Laien inzwischen geübt wird, ohne dass dieses Vorgehen jemals in einer größeren Fallbeobachtungsstudie überprüft worden ist.

Peter Alex sieht, im Gegensatz zu Will Taylor, Aurum arsenicosum als ein Genius-Mittel der Borreliose-Epidemie [2] und erklärt dies mit einer Arzneimittel-Analyse nach Jan Scholten. Können wir also Ledum nach Zeckenbiss geben, um eine Borreliose zu verhindern? Es ist eine offene Frage für die Homöopathie-Forschung.

2.4. Narkosekomplikationen

Zur Prophylaxe von Narkosekomplikationen wird in einigen Ratgebern der prophylaktische Einsatz von Nux vomica empfohlen. Weil Nux-v. bekannt ist als Mittel bei Alkohol-Kater und bei Folgen von Arzneimittel-Überdosierung, soll es auch bei „Narkose-Kater“ wirken. Aber wer bekommt ihn überhaupt, und wer

bekommt Nux-v.-Symptome? Diese Art breit gestreuter „Prophylaxe“ entfernt sich sehr von einer individuellen Homöopathie.

2.5. Vermeidung befürchteter Impffolgen

Ravi Roy und Carola Lage-Roy [21]: „Die Nosoden, insbesondere die Impfnosoden und die Nosoden der Krankheiten, gegen die geimpft wurde, spielen eine wichtige Rolle bei der Behandlung von Impfschäden, wobei die Krankheitsnosode gegenüber der Impfstoffnosode zu bevorzugen ist (Hering).“

Und weiter: „Schutzmaßnahmen bei Pflichtimpfungen ... Prießnitz-Umschläge, Obstessen, Ölziehen ... Ferner kann man prophylaktisch homöopathisch arbeiten, indem drei Tage vor der Impfung Thuja LM30 oder C200 täglich eine Gabe gegeben wird. Thuja verstärkt die Lebenskraft. Um etwaige psychische und körperliche Auswirkungen zu beseitigen, verabreicht man die entsprechende Nosode der Krankheit, gegen die geimpft wurde, in der C oder D200 bzw. LM30 nach der Impfung; je nach der Impfwirkung dosieren.“

Vermeidung befürchteter Impffolgen: Hinweise, dass die Impfnosode prophylaktisch wirken könnte, ergeben sich aus Erfahrungen mit Impfnosoden bei der Behandlung von Impffolgen [vgl. [9]: 7 Fälle].

2.6. Vermeidung von Post-Zoster-Neuralgien

Bei 20-40% der Zoster-Patienten über 60 kommt es zu einer Neuralgie (angeblich unter antiviraler Therapie bei 20%, ohne antivirale Therapie bei 40% [28]).

Kann die Behandlung mit dem Simile eine Neuralgie verhindern? – Etwa 10 eigene Fälle ohne Neuralgie sprechen dafür.

2.7. Diät und Lebensordnung bei Hahnemann

• Förderung der Heilung (Organon § 259)

„Bei der so nöthigen als zweckmäßigen Kleinheit der Gaben, im homöopathischen Verfahren, ist es leichtbegreiflich, daß in der Cur alles Uebrige aus der Diät und Lebensordnung entfernt werden müsse, was nur irgend arzneilich wirken könnte, damit die feine Gabe nicht durch fremdartig arzneilichen Reiz überstimmt und verlöscht, oder auch nur gestört werde ^{Ann.}.“

^{Ann.} „Die sanftesten Flötentöne, die aus der Ferne, in stiller Mitternacht, ein weiches Herz zu überirdischen Gefühlen erheben und in religiöse Begeisterung hinschmelzen würden, werden unhörbar und vergeblich, unter fremdartigem Geschrei und Tags-Getöse.“

• Hindernisse der Heilung (Organon § 260)

„Für chronisch Kranke ist daher die sorgfältige Aufsuchung solcher Hindernisse der Heilung um so nöthiger, da ihre Krankheit durch dergleichen Schädlichkeiten und andere krankhaft wirkende ... Fehler in der Lebensordnung gewöhnlich verschlimmert worden war ^{Ann.}.“

Im Folgenden sind bis auf geringe Ausnahmen alle von Hahnemann genannten Faktoren aufgelistet:

Anm. „Kaffee, chinesischer Tee, Kräutertee
Biere mit arzneilichen Gewächssubstanzen
mit arzneilichen Gewürzen bereite Liqueure
Punsch, gewürzte Schokolade
Riechwasser und Parfümerieen
stark duftende Blumen im Zimmer
aus Arzneien zusammengesetzte Zahnpulver und Zahnspiritus
Riechkißchen
hochgewürzte Speisen und Saucen
gewürztes Backwerk und Gefrornes mit arzneilichen Stoffen (Kaffee, Vanille u.s.w.)
rohe, arzneiliche Kräuter auf Suppen
Gemüße von Kräutern, Wurzeln und Keim-Stengeln (wie Spargel mit langen, grünen Spitzen, Hopfenkeime und alle Vegetabilien) mit Arzneikraft
Selerie, Petersilie, Sauerampfer, Dragun, alle Zwiebel-Arten, u.s.w.;
alter Käse
Thierspeisen, welche faulicht sind, oder (Fleisch und Fett von Schweinen, Enten und Gänsen, oder allzu junges Kalbfleisch und saure Speisen;
Salate aller Art) welche arzneiliche Nebenwirkungen haben
...
Stubenhitze
schafwollene Haut-Bekleidung
sitzende Lebensart in eingesperrter Stuben-Luft
öftere, bloß negative Bewegung (durch Reiten, Fahren, Schaukeln)
übermäßiges Kind-Säugen
langer Mittagsschlaf im Liegen (in Betten)
Lesen in wagerechter Lage
Nachtleben
Unreinlichkeit
unnatürliche Wohlust
Entnervung durch Lesen schlüpfriger Schriften
Onanism
unvollkommner, oder ganz unterdrückter Beischlaf;
Gegenstände des Zornes, des Grams, des Aergernisses
leidenschaftliches Spiel
übertriebne Anstrengung des Geistes und Körpers, vorzüglich gleich nach der Mahlzeit
sumpfige Wohngegend und dumpfige Zimmer
karges Darben, u.s.w. ...
Alle diese Dinge müssen möglichst vermieden oder entfernt werden, wenn die Heilung nicht gehindert oder gar unmöglich gemacht werden soll. Einige meiner Nachahmer scheinen durch Verbieten noch weit mehrer, ziemlich gleichgültiger Dinge, die Diät des Kranken unnötig zu erschweren, was nicht zu billigen ist.“

• Zweckmäßige Lebensordnung (Organon § 261)

„Die, beim Arzneigebrauche in chronischen Krankheiten zweckmäßigste Lebensordnung, beruht auf Entfernung solcher Genesungs-Hindernisse und dem Zusatze des hie und da nöthigen Gegentheils: unschuldige Aufheiterung des Geistes und Gemüths, active Bewegung in freier Luft, fast bei jeder Art von Witterung, (tägliches Spazierengehen, kleine Arbeiten mit den Armen), angemessene, nahrhafte, unarzneiliche Speisen und Getränke u.s.w.“

2.8. Vorschriften und Verbote?

Hahnemanns Nachfolger haben diese Art Vorschriften an moderne Verhältnisse angepasst. Sie bleiben diskussionswürdig, denn oft scheinen sie über das individuell Notwendige hinauszugehen.

So stellt Peter Sohn in seinen „Bemerkungen und Empfehlungen zur homöopathischen Diät und Lebensführung“ [23] in der ZKH 1993 zweispaltige Listen auf („erlaubt – zu meiden“) und ergänzt die Angaben Hahnemanns durch eigene Anweisungen:

„erlaubt: ... Verwendung naturgemäßer Kost, frischer, naturbelassener Produkte (aus dem kontrolliert biologischen Anbau) ... – zu meiden: Beim Essen lesen (oder telefonieren, TV) oder beim Lesen essen! Mehr als drei Mahlzeiten; nicht zuviel durcheinander essen. ...“ Oder: „erlaubt: ... Zähne mit Wasser bürsten; sonst aromaarme Zahncremes oder reines Meersalz ... – zu meiden: gewöhnliche Zahnpasten und Mundwasser ...“

3. Tertiärprävention

Tertiärprävention ist die Verhinderung von Komplikationen bei manifester und nicht mehr heilbarer chronischer Krankheit. Bei unheilbaren chronischen Krankheiten kann die so genannte palliative Anwendung homöopathischer Mittel den Krankheitsprozess verlangsamen und chemische Arzneimittel einsparen mit dem zusätzlichen Effekt der Verringerung von Arzneikomplikationen.

KASUISTIK Palliativbehandlung

Patientin: Elfriede L., w., 79 Jahre – Bisheriger Verlauf: Am 24.1.2001 plötzlich akute Verschlimmerung einer schon länger bestehenden Verwirrtheit, Lähmung der Beine, Inkontinenz. Krankenhausbehandlung und anschließende Rehabilitation mit den Diagnosen: „Zustand nach TIA, phobische Gangstörung bei vaskulärer Demenz auf dem Boden einer Leukenzephalopathie.“ Entlassungsmedikation: ASS 100 (1), Sulpirid 50 (1), Vitamin-B-Komplex (3), Citalopram 20 (Anti-depressivum, 1), Bromazepam 6 (1/2 + 1/4).

Ab 4.4.2001 zurück zu Hause. Schwindel, sagt in der Rückenlage, wenn nur die Füße bewegt werden, „ich falle“, hält sich krampfhaft am Bettgitter fest. Muskeltonus stark erhöht, Fußstellung in Supination und Überstreckung. Sie starrt in die Luft, blickt erschreckt, erkennt außer ihren Töchtern niemanden, kann sich allein nicht aufrichten und auch mit Hilfe nicht auf den Beinen stehen. Betahistin nach 4 Wochen mangels Erfolg beendet, Sulpirid und Vitamin-B-Komplex abgesetzt. Bromazepam auf 1,5 mg reduziert, Diazepam (2x5 mg) zusätzlich, bis Mitte Juli aber wieder langsam vollständig abgesetzt. Krankengymnastik 2-3x wöchentlich.

Moschus C30 alle 2 Tage. Am 12.6.2001 Absetzen von Citalopram, vom Neurologen Amitriptylin 25. Alle Maßnahmen bleiben erfolglos.

Konsultation am 20.6.2001. Spontanbericht: Liegt starr auf dem Rücken im Bett, hält sich krampfhaft am Bettgitter fest, sagt „Alles dreht sich“ oder „Ich falle, ich falle“ oder „Ich fall und bin tot“. Antworten auf gezielte Nachfrage: Sinnvolles Gespräch nicht möglich. Antworten unklar oder gar nicht. Beobachtungen: Jede Berührung verschlimmert das Schwindelgefühl, das passive Bewegen von Füßen und Händen macht Angst. Erschreckter Blick, Mund offen. Nacken überstreckt, Arme zittern leicht. Sie schläft viel und spricht kaum.

Eine Woche nach der einmaligen Gabe von Stram. D30 kann sie halbhoch sitzen, der Schwindel tritt nicht auf. Einen Tag später Anruf: Halluzinationen, fragt nach dem Hund, der schon lange tot ist, spricht von Löchern, in die jemand hineinfällt. Seit einer Woche täglich für 2-3 Stunden Schweißausbrüche. → Absetzen von Amitriptylin. Abwarten.

24.7.2001: Sie erkennt mich, weiß aber nicht, wo sie ist. Der Schwindel ist wieder stärker, es sei ihr „schlecht“, die Kontraktionen der Füße nehmen zu. → Stram. Q1, ab 31.7. täglich.

Im weiteren Verlauf wird die Patientin deutlich wacher, kann die Füße zumindest auf Zureden halbwegs lockern, der Schwindel klingt vollständig ab. Stramonium wird über 6 Jahre lang weiter gegeben, in stufenweise steigenden Q-Potenzen. Außer einer geringen Gabe von Bromazepam (die bei Absetzversuchen immer wieder auftretenden Entzugerscheinungen sind für die Angehörigen nicht akzeptabel) und ASS 100 keine weiteren Medikamente. Stabiler Zustand und problemloser Ablauf der täglichen Pflegemaßnahmen.

Diskussion von Eigenosoden

Hedwig Imhäuser [13] empfiehlt die Anwendung von Eigenblut-Nosoden außer bei akuten Infektionskrankheiten und Allergien bei Infektanfälligkeit, Folgezuständen von Infekten (einschl. Meningitis), von Impfungen (außer der Pockenimpfung) und von allopathischen Medikamenten (Fallbeispiel: schlechtes Gedeihen nach Penicillin-Behandlung). Auch mit Eigenurin-Nosoden hat sie positive Erfahrungen gemacht.

Die Gabe von Autonosoden ist seit Anfang des 19. Jahrhunderts (durch den Tierarzt Lux eingeführt) ein Randgebiet der Homöopathie geblieben. Auch die heute propagierten Tumor-Nosoden, Placenta-Nosoden und Nabelschnurblut-Nosoden haben keine allgemeine Anerkennung gefunden, ihre Wirksamkeit wurde nie in plausiblen Kasuistiken oder Fallbeobachtungsstudien aufgezeigt.

4. Quartärprävention

Dieser von Gisela C. Fischer 1996 eingeführte Terminus [7] bedeutet die Bewahrung des Patienten vor einem Zuviel an medizinischer Intervention. Die Vermeidung überflüssiger Eingriffe und die Reduzierung nebenwirkungsreicher Pharmakotherapie sind wesentliche Elemente der homöopathischen Praxis und ein generell wichtiger Aspekt einer ethischen Medizin.

H.-H. Abholz schreibt [1]: „... Darüber hinaus verstehen Hausärzte auch das Verhindern von Zuviel an Medizin als präventive Aktivität – mit dem Ziel, Nebenwirkungen – seien es körperliche oder solche über ein ‚Labeling‘ – zu verhindern.“

Dazu noch einmal Hahnemann (Organon § 54): „... Den Arzneien wurden nach Vermuthungen Wirkungen zugeschrieben (s. die vielen Arzneimittellehren!) welche diese innormalen Zustände aufheben, d.i. heilen sollten.“^{Anm.}

^{Anm.} „Um das Maß der Selbst-Verblendung zu überfüllen, wurden (recht gelehrt) stets mehrere, ja viele, verschiedene Arzneien in so genannten Recepten zusammengemischt, auch oft, und in großen Gaben eingegeben, und so das theuere, leicht zerstörbare Menschenleben, vielfach unter den Händen dieser Verkehrten gefährdet, vorzüglich da man auch Adlerlaß, Brech- und Purgirmittel zur Hülfe nahm, so wie Ziehpflaster, Fontanelle, Haarseile, Beizen und Brennen.“

5. Zusammenfassung

Homöopathische Primärprävention beinhaltet

- Lebensordnung, Diät, Mäßigkeit,
- Acht auf die individuelle Konstitution,
- das epidemische Mittel für (noch) Gesunde,
- aber nicht eine so genannte „eugenische Kur“ oder „homöopathische Impfungen“.
- Die Geburtsvorbereitung sollte nach streng individuellen Gesichtspunkten ablaufen und pauschale Empfehlungen vermeiden.
- Die Prophylaxe von großen Epidemien scheint mit homöopathischen Mitteln möglich zu sein, so zeigt es zumindest eine Studie zur Prophylaxe der Japanischen Enzephalitis in Indien.

Homöopathische Sekundärprävention bedeutet

- Vermeidung neuer Krankheitsschübe,
- individuelle Prophylaxe von Operations- und Impfolgen,
- noch nicht deutlich belegte Versuche zur Vermeidung des Angehens einer Infektion (Beispiel Borreliose).

Homöopathische Tertiärprävention geschieht

- durch Palliativ-Behandlung
- und, in engem Rahmen, mit Autonosoden.

Quartärprävention ist integraler Bestandteil der homöopathischen Praxis: Vermeiden schädlicher Eingriffe durch homöopathische Therapie.

In allen Bereichen der Prävention ist die Homöopathie erfolgreich anwendbar. Belege der Wirksamkeit sind zwar oft nicht in systematischen Untersuchungen gewonnen. Doch die Belege aus der Praxis sind vielfältig und überzeugend.

Literatur

- [1] Abholz HH: Hausärztliche Prävention – Ein Vorschlag für eine Systematik. Z Allg Med. 2006; 82: 50-55.
- [2] Alex P: Wesen, Erkennung und homöopathische Behandlung der Borreliose. AHZ 2007; 252: 124-136.
- [3] Antonovsky A: Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Übers: „Salutogenese“. Freiburg: VT-Verlag; 1998.
- [4] Antonovsky A: The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. In: Health Promotion International, 1996; 11: 11-18.
- [5] Eppenich H: Diätet(h)ik und Homöopathie. ZKH 1993; 37: 65-75.
- [6] Faust-Albrecht H: Die eugenische Kur in der homöopathischen Medizin. AHZ 1990; 235: 11-18.
- [7] Fischer GC: Schutz vor medizinischer Überversorgung. Z Allg Med 1996; 72: 1016-1022.
- [8] Foubister D: Homöopathisches Tutorium der Kinderheilkunde. Stuttgart: Sonntag; 1999.
- [9] Friedrich U: Beobachtungen zu Wirkung der BCG-Nosode. ZKH 1996; 40: 71-74.

- [10] Hahnemann S: Die chronischen Krankheiten, Band 1, 2. Aufl. Düsseldorf: J.E. Schaub; 1839.
- [11] Hahnemann S: Organon der Heilkunst, 6. Auflage, Paris 1842.
- [12] Häusler-Gleis U: Homöopathische Geburtsvorbereitung – Theorie und Praxis; in Documenta homoeopathica, Band 23; 2003: 103-113.
- [13] Imhäuser H: Homöopathie in der Kinderheilkunde, 9. Aufl. Heidelberg: Haug; 1970-1991.
- [14] Minah JB: Anfrage nach Unterstützung einer Forschungsarbeit an das Sekretariat des DZVhÄ (20. Oktober 2006)
- [15] Minah JB: Selbstversuche mit „Malaria-Nosode C200“. Homöopathie aktuell, 3/2003.
- [16] Müller D: Tetanus-Todesfälle in Indien nach alleiniger „homöopathischer Impfung“. Leserbrief an „Homöopathie aktuell“ (Heft 4/1994)
- [17] Müller KJ: Carcinotin – Kasuistiksammlung. Eigenverlag; 1993-1994, 28-31.
- [18] Phatak SR: Homöopathische Arzneimittellehre. Göttingen: Burgdorf; 1999.
- [19] Rafai N: Arnica montana und Hypericum perforatum D30 nach operativer Weisheitszahnentfernung. 2005. www.carstens-stiftung.de
- [20] Roy R, Lage-Roy C: Die homöopathische Impfung. Homöopathischer Ratgeber Nr. 4. 2. Aufl. Murnau: Lage & Roy; 1992.
- [21] Roy R, Lage-Roy C: Impffolgen und ihre Behandlung. Homöopathischer Ratgeber Nr. 15. Murnau: Lage & Roy; 1992.
- [22] Schlüren E: Homöopathie in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, 8. Aufl. Haug; 1977-1992.
- [23] Sohn FWPH: Bemerkungen und Empfehlungen zur homöopathischen Diät und Lebensführung. ZKH 1993; 337: 246-255.
- [24] Speight LJ: Homoeopathy and Immunization. No. 1 Concise Guide to Homoeopathy. Saffron Walden, Essex: Health Science Press: 1982 (1. Aufl.) - 1987 (3. Aufl.)
- [25] Srinivasulu G: Combating epidemics through miasmatic prescription (Japanes Encephalitis). AHZ 2005; 250: 88.
- [26] Taylor W: On the Genus Epidemicus. www.wholehealthnow.com/homeopathy_pro/wt10.html
- [27] Vannier L: Homéopathie et Grossesse. L'Homéopathie Française 1936; 16: 1-12.
- [28] Zhang AY et al.: New opportunities in preventative dermatology. J Am Acad Dermatol 2007; 56: 675-676.

Gerhard Bleul

Arzt für Allgemeinmedizin, Homöopathie, Chirotherapie. Vita: 1973-1980 Medizinstudium an der Universität Frankfurt am Main. 1980-1986 Assistenzarztzeit und Praxisvertretungen. 1986-2005 Allgemeinarzt in einer Kassenpraxis in einer Praxisgemeinschaft in Bad Camberg. Seit 2005 Kassenärztliche Praxis für Allgemeinmedizin in Selters. 1985-1990 Weiterbildung Chirotherapie. 1987-1993 Weiterbildung Homöopathie. Seit 1997 Weiterbildungsermächtigung für den Bereich Homöopathie, Leitung der Weiterbildungskurse zur Homöopathie in Wiesbaden, Weiterbildungsseminare mit Supervision zur Homöopathie. 1997-2003 Mitglied des Bundesvorstands des DZVhÄ. 1999-2004 Herausgeber der DZVhÄ-Buchreihe „Weiterbildung Homöopathie“. 2001 Mitbegründer der Homöopathie-Stiftung und des Europäischen Instituts für Homöopathie (InHom) des DZVhÄ. Seit 2002 Mitglied der Schriftleitung der Allgemeinen Homöopathischen Zeitung (AHZ).



- Kontakt: gerhard@bleul.net
- Praxis: www.hier-und-jetzt.org
- AHZ: www.medicinerverlage.de

Integrative Prävention im Medizinischen Versorgungszentrum

In Deutschland erleben wir eine zunehmende Überalterung der Gesellschaft. Frühzeitige und lebensbegleitende Maßnahmen zur Förderung des gesunden Alterns, der Gesunderhaltung, der Lebensqualität, der Mobilität und der Leistungsfähigkeit im Alter sind wichtige und erforderliche Maßnahmen. Prävention und Gesundheitsförderung sind lohnenswerte Investitionen in die Zukunftssicherung der sozialen Sicherungssysteme Deutschlands und bieten einen nachhaltigen individuellen und gesamtgesellschaftlichen Nutzen. Trotz großer medizinischer Fortschritte in Pharmakologie und Technologie sind die größten Effekte zu gesundheitlichen Verbesserungen in der Bevölkerung durch einfache Maßnahmen wie Verstärkung der körperlichen Aktivität, gesunde Ernährung und Nichtrauchen zu erwarten. Hier sind wir als Ärzte besonders gefordert. Es geht dabei nicht nur um Früherkennung, sondern um Begleitung, Anleitung und Motivation unserer Patienten. Im Folgenden lesen Sie eine knappe Zusammenfassung des Kongressvortrags.

1. Prävention im POLIKUM

Im Rahmen der Gründung des größten deutschen Medizinischen Versorgungszentrums, des POLIKUMS in Berlin, wurde vom Referenten von 2005 bis 2007 ein integratives Gesundheitstraining entwickelt, implementiert und mit der hausärztlichen Versorgung verknüpft.

Ressourcen

- + In den Gesundheitssystemen der westlichen Industrienationen werden große Ressourcen für die Behandlung von Erkrankungen und die Sekundär- und Tertiärprävention verwendet.
- + Nur ein sehr geringer Anteil wird für die Primärprävention und die Förderung eines gesundheitsfördernden Lebensstils investiert, die eine kostengünstige und nachhaltige Langzeitstrategie darstellen.



POLIKUM

Patienten erhalten im Rahmen der hausärztlichen Vorsorgeuntersuchungen ein Risikoassessment und eine Präventionsberatung. Liegen gesundheitliche Risikofaktoren vor, haben sie die Möglichkeit, am Gesundheitstraining teilzunehmen und so wirksame Lebensstilmodifikationen einzuüben.

BEISPIEL - Bewegung

- + In Deutschland sinkt bei Männern die regelmäßige Sportteilnahme (mehr als 2 Stunden oder mehr/Woche) von ca. 52 % in der Altersgruppe der 20-29jährigen kontinuierlich bis auf unter 30 % bei den 70-79jährigen, bei Frauen liegen die 20-29jährigen bei 40%, der Anteil sinkt auf 22% bei den 70-79jährigen (2, 3).
- + In amerikanischen Studien wurde errechnet, dass die lebenslang berechneten Mehrkosten der Gesundheitsversorgung, die durch Inaktivität entstehen, höher liegen, als die von Rauchern verursachten Kosten.

POLIKUM

Das Training verfolgt eine Mind-Body-Philosophie und besteht grundsätzlich aus den Bausteinen Bewegung, Ernährung und Ordnungstherapie, die miteinander verknüpft werden. Es werden folgende Kursmodule angeboten: Gewichtsreduktion, Stressmanagement,

Raucherentwöhnung, Bewegungstherapie (Nordic Walking, Zirkeltraining, Aquafitness, Seniorengymnastik), Rückenschule, Yoga, Qi Gong. Integratives Gesundheitstraining ergänzt die ärztliche Beratungstätigkeit aus präventiver Sicht ideal.

Präventionscoaching / -beratung

- + Risiken definieren
- + Perspektiven entwickeln
- + Ziele umsetzen
- + Individueller Behandlungsplan
- = Verhaltenstherapeutisches Setting



POLIKUM

Gesundheitstraining

- + Gewichtsreduktion (3 Monate)
- + Raucherentwöhnung (2 Monate)
- + Stressmanagement (2 Monate)
- + Rücken (2 Monate)
- + Bewegungstherapie (2 Monate)
- + Yoga (2 Monate)



POLIKUM

Wissenschaftliche Evaluation

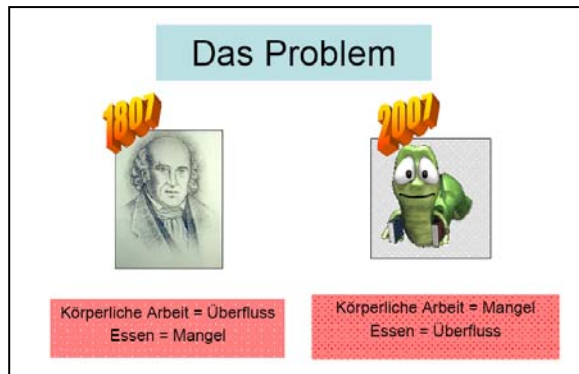
- + Prospektive systematische Evaluation der Kursangebote zu verschiedenen Zeitpunkten (0, 3, 6 und 12 Monate).
- + Erfassung verschiedener Parameter mit Hilfe von Assessments im RISKCHECK^{POLIKUM}
- + Kooperation mit dem Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Charité



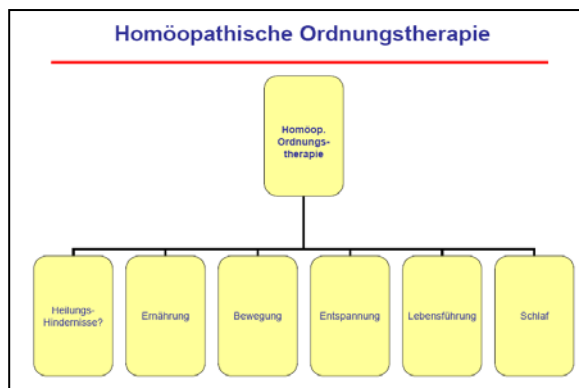
POLIKUM

2. Die Antwort der Homöopathie

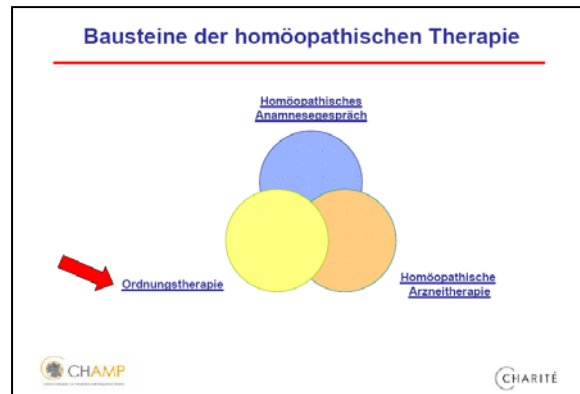
Bereits Hahnemann betrachtete die Ordnungstherapie (Lebensführung) als eine wichtige therapeutische Säule neben der arzneilichen Therapie.



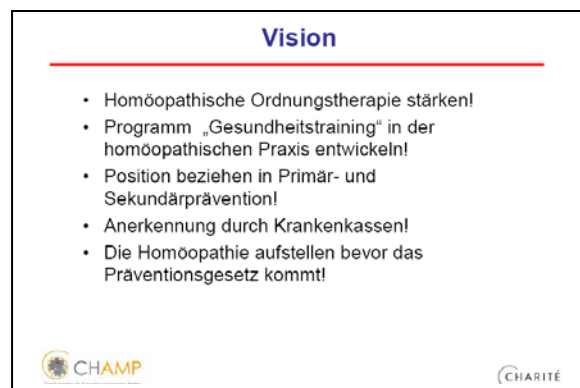
Auch für die homöopathische Einzelpraxis ist es möglich, in Kooperation mit Physiotherapeuten, Psychologen, Pädagogen, Ernährungstherapeuten, Yoga- und Qi-Gong-Lehrern ein eigenes entsprechendes Programm aufzubauen. Dazu ist prinzipiell ein MVZ nicht notwendig. Sind die Kursleiter adäquat qualifiziert, werden die Kurse von den Krankenkassen bezuschusst.



Für Ärzte ist es hilfreich, für die Gesundheitsberatung verhaltenstherapeutisch orientierte Gesprächstechniken zu lernen. Hierzu gehören insbesondere das Gesundheitscoaching, Zielvereinbarungen und die Technik des Motivational Interviewing.



Die Homöopathen sollten ihre Kompetenz in der nichtarzneilichen Prävention stärken. Möglich wäre es zum Beispiel, ein Programm „Gesundheitstraining“ speziell für die homöopathische Praxis zu entwickeln und sich somit besser auf die Herausforderungen der Zukunft vorzubereiten.



Dr. med. Michael Teut

Leiter der Charité Ambulanz für Prävention und Integrative Medizin (CHAMP), Berlin. Facharzt für Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnung Homöopathie, Homöopathie-Diplom des DZVhÄ. Qualifikation Ernährungsmedizin (Curriculum BÄK). Vita: Studium der Humanmedizin in Göttingen und Leiden (NL), begleitend Ausbildung in Klassischer Homöopathie und Phytotherapie, u.a. in Bombay. Forschungstätigkeit zur Neuroimmunologie der Multiplen Sklerose und zur Komplementärmedizin, Promotion zur Neuroimmunologie der Multiplen Sklerose. Seit 1996 medizinjournalistische Tätigkeit, u.a. für die Karl und Veronica Carstens-Stiftung, bis 2007 als Redakteur des Kompass Komplementärmedizin (KoKo).



2001-2004 Assistenzarzt in der Inneren Medizin (Klinikum Oldenburg und Kliniken Essen-Mitte). 2002-2004 Integration der Homöopathie in die Klinik für Innere Medizin und Altersheilkunde, Kliniken Essen-Mitte. 2005-2007 Praxistätigkeit und Leitung des Bereichs Allgemeinmedizin im MVZ POLIKUM Friedenau in Berlin. Klinische Spezialgebiete: Komplementärmedizin, Prävention, Geriatrie. Seit Oktober 2007 klinische und wissenschaftliche Tätigkeit am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité, Universitätsmedizin Berlin. Lehr- und Vortragstätigkeit im Bereich Homöopathie und Naturheilverfahren.

- Kontakt: michael.teut@charite.de
- POLIKUM Gesundheitszentren: www.polikum.de
- Charité Ambulanz für Prävention und Integrative Medizin (CHAMP): www.champ-info.de

HINWEIS

Dr. Brigitte Seul

„Der Einsatz homöopathischer Nosoden als Infektionsprophylaxe und Schutz vor chronischen Erkrankungen“

Der Beitrag wurde auf Wunsch der Autorin am 18. März 2016 entfernt.

The Use of Malaria Nosodes to Reduce the Prevalence of Malaria in Depressed Communities

This pilot study examined the effectiveness of Tropica Nosodes as a homeopathic prophylaxis in reducing malarial parasitic densities among residents in a low-income community in Freetown, Sierra Leone. A total of 731 participants were recruited in 2006. Based on their initial blood test results, healthy subjects were enrolled in a double blind randomized controlled trial that was implemented across four phases. Fifty-five percent of the subjects were in the homeopathic group and were administered five pellets of Malaria Nosodes every four months. The remaining 45% of the subjects in the control group were administered five placebo pellets during each phase. Within a one year period, the parasitic burden of malaria declined significantly among all residents however the efficacy of the homeopathic therapy could not be confirmed beyond the second phase of the study. Despite these setbacks, the preliminary findings of this study provided valuable insights about the malaria risk profiles in the community, and the challenges associated with the development of interventional programs aimed at reducing the disease burden.

Introduction

Malaria is a vector borne parasitic disease that threatens the lives of 40% of the world's population each year. Despite recent global efforts, the disease is still a major cause of morbidity and mortality in several poor countries particularly within Sub-Saharan Africa, where it annually afflicts nearly 400 million people resulting in 20-50% of all hospital admissions. Pregnant women and children have been most susceptible to the disease with reportedly high rates of maternal anemia, perinatal mortality, low birth weights, and developmental delays in young children (Samba, 2004; Guyatt, Snow, 2001; Holding, Kitsao-Wekulo, 2004). Though there are several types of malarial parasites, the most virulent, and the common cause of infections in the region is *Plasmodium falciparum*, which is transmitted by female anopheles mosquitoes.

Research is currently underway on several fronts to introduce new preventive measures, and produce and test the efficacy of new conventional drugs and vaccines to reduce the disease burden in endemic communities. Unfortunately, most of the strategies employed so far focus heavily on drug therapies that are either too expensive for most African residents or likely to yield adverse side effects when taken over a prolonged time period. As shown in Table 1 below, a comparison of the commonly used drug therapies illustrates the prices involved in treating patients per malarial episode and the potential side effects associated with these drugs. Chloroquine, which is the cheapest drug available, is no longer efficacious particularly for *P. falciparum* parasites.

Drug	Cost per treatment (Euros)	Efficacy	Potential side Effects
Resochin (Chloroquine)	2	Poor	Hearing Impairment
Pyrimethamin + Sulfadoxine (Fansidar)	5	Poor	Allergic reactions
Mefloquine/Lariam	52	High	Cardiac failure, Psychosis
Atovaquon + Proguanil (Malarone)	52	Limited data	Abdominal problems

Table 1: Comparison of Anti-Malarials (Therapies and Prophylaxes) by Costs, Efficacy and Potential Side effects

In the quest for safe and affordable therapies for malaria, this pilot study was conducted to examine the potential role of homeopathic-based therapies, in reducing the burden of the disease. Evidence-based studies documenting the efficacy of homeopathy and other alternative therapies in treating malaria in Africa are very limited (Van Erp, Brands, 1996; Wilcox, 1999; Mueller et al., 2001; Wilcox, Bodeker, 2004). One such study by Van Erp and Brands (1996) involving the homeopathic treatment of 75 patients for malaria showed clinical improvement among 90.7% of the subjects. In a subsequent study, the authors concluded that homeopathy had an effect that was comparable and slightly, but non-statistically, better than Chloroquine, the drug therapy that was in use at the time. Our study sought to establish the efficacy of Tropica Malaria Nosode, as a homeopathic prophylaxis, using a larger sample size of participants and over an extended period of time. If proven effective, the use of Malaria Nosode as alternative remedy would be relatively inexpensive when compared to the conventional drug therapies noted above. Specifically, a single bottle of Tropica Nosode consisting of 2000 globules (10g), would cost only about thirty-five Euros and would be enough to treat approximately 133 adults per year. The homeopathic pellets used in this study were specifically targeted toward the prevention of *P. falciparum* malaria.

Research Design and Method: Study Area and Population

The study was conducted between June 2006 and June 2007 in a low-income community called Kroo Bay, located in the capital city of Freetown, Sierra Leone. Kroo Bay was selected because of the significant health risks for malaria, high poverty rates and lack of affordable health care. The community is located in the Northwestern corner of Freetown in a coastal marshland alongside brackish waters that empty out into the Atlantic Ocean.

With approximately 12 000 people, Kroo Bay is a squatter settlement and the unsanitary conditions place residents at high risk for transmissible diseases such as malaria. Though residents are vulnerable to malaria all year round, the high transmission season of the disease usually starts in June and ends in January.

Design

The study utilized a double blind Randomized Controlled Trial (RCT) that was divided into four phases. Following the approval of the project by the Ethics committee, the first phase was implemented in June, 2006. After holding a series of organizational sessions and embarking on awareness campaigns, a community meeting was held at the Kroo Bay Health Center (KBHC) to discuss the objectives of the project. Thereafter, residents were recruited within a period of three weeks. Subjects included were healthy, at least 18 years of age, and resided within 10 kilometers of the KBHC. They were all provided with a written consent form, and enrolled after signing the form, as outlined and approved by the Ethics Committee.

Questionnaires were administered by four community workers to evaluate their personal case histories, previous malaria diagnoses, use of mosquito bednets, and previous treatment therapies. The weight and height measurements were taken by staff nurses at the KBHC followed by physical exams. Blood samples were taken by lab technicians based on the finger prick method. Each participant was then asked to return to the center the following week for the blood test result and treatment therapy. The blood samples were taken to the laboratory for malaria diagnosis. Approximately 10% of the slides were randomly selected and sent to an independent laboratory for cross validation of the results.

Following the analysis of the slides, subjects who tested positive for malaria, with clinical symptoms (high temperatures and high levels of parasitemia) were treated using Quinine and Paracetamol, the conventional treatment therapies recommended by the State Ministry of Health. The subjects with no major underlying illnesses, normal body temperatures and low parasitic loads were eligible for the clinical trial. These eligible subjects were randomized into two subgroups. The first group was given inactive placebo pellets and the second group given Tropica Nosode, the homeopathic prophylaxis.

In both groups, five pellets, similar in both taste and appearance, were administered on site to the subjects using the double blind approach. No food was to be taken 30 minutes prior to or after taking the medication. All participants were advised to report any symptoms of malaria including high fever to the nurses at the KBHC. All subjects were issued their program identification cards and asked to return for their second prophylactic treatment in four months. Thereafter, community workers visited the area regularly and filed a weekly report on the status of the participants.

After four months, the second phase was implemented during which all subjects were retested for malaria. Based on their physical examination and blood sample results, healthy subjects were given another round of placebo or homeopathic pellets. This same protocol was repeated again after four months, in Phase III and those with negative results were placed on the same regimen.

Finally in Phase IV, subjects completed the same assessments as in Phases I, II and III. In addition to receiving their pellets, a questionnaire was administered to each patient to evaluate their health status

and treatment seeking behaviors. The pilot study ended in June 2007, following which all data measures including, residential location, blood test results, health histories and socio-demographic attributes were compiled and analyzed statistically to evaluate the effectiveness of the therapy. All statistical analyses were performed using the Statistical Program for Social Sciences, Version 14.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL). The statistical techniques utilized in the study included the computation of the odds ratios and corresponding confidence intervals to evaluate the risk of malaria among the population subgroups.

Results

Participants

A total of 731 individuals registered for the program in Phase I based on the signed consent form and administration of the questionnaires. The average age of the participants was 38.6 years. About 73% of the participants were females and the remaining 27% were males. The mean height of the subjects was 4 feet 6 inches and the mean weight was 61 kilos. The average length of stay in the Kroo Bay Community was 18.5 years. Literacy levels were very low; more than half of the subjects had no formal education (55%), about 11% had only primary/elementary education, 25% had a secondary education, 6% had a technical or vocational education, and less than 0.5% had a college education. A review of their employment status showed that only a third (34%) was gainfully employed, mostly as petty traders selling small goods and vegetables in local markets.

Of the original 731 registrants, only 534 were formally enrolled in the clinical trial. The others did not meet the eligibility guidelines noted earlier, and some did not return for their follow-up blood test results. Table 2 summarizes the distribution of eligible participants across the treatment groups following randomization in the baseline period and the treatment received in the subsequent phases of the study.

Eligible Participants	Baseline Phase I	Follow-up Phase II	Follow-up Phase III	Follow-up Phase IV
Homeopathic	54% (n ₁ =289)	57% (n ₁ =237)	55% (n ₁ =194)	55% (n ₁ =167)
Placebo	45% (n ₂ =245)	40% (n ₂ =167)	43% (n ₂ =153)	43% (n ₂ =130)

Table 2: Distribution of Eligible Participants across Treatment Groups in Phases I, II, III & IV

Overall both groups were fairly well represented across the four phases with approximately 55% of the participants in the homeopathic group and the remaining 45% in the control group. The average rate of attrition in the study was about 15.6% per phase. This dropout rate was anticipated, and considered to be fairly reasonable for a number of reasons. Specifically, participants were deemed ineligible in subsequent phases if i) they had severe health conditions including clinical symptoms of malaria that warranted alternate treatment remedies; ii) if they were pregnant or gave birth during the project; and iii) if they could not be reached either because they had relocated or dropped out due to personal reasons.

Symptoms of Malaria, Sources and Types of Treatment Available to Residents

The frequency of previous malaria episodes and prior use of treatment therapies were assessed in Phase I based on self-reported measures on the questionnaires. On average, the number of malaria episodes reported by patients was 3.24 per year. This was fairly representative of the community, a malarious area with significantly higher risks of malaria. A frequency distribution showed that about 8% reported no episodes of malaria during the past year. Nearly 52% reported 1 to 3 episodes a year, and almost 40% reported more than 4 episodes a year though this could not be confirmed since they were based on self-reported accounts and possibly self-diagnosis of the condition.

When asked about where they sought treatment for malaria, the three most common sources of treatment were the government hospital (24%), local pharmacies (30%) and itinerant drug vendors (19%). The latter are locally untrained and illicit vendors in the community who sell various therapies for a host of diseases. One of the disturbing findings in Phase I was noted in terms of the therapies used by the subjects to treat malaria. About 57% of them indicated the use of chloroquine despite the growing resistance of *P. falciparum* parasites to this drug.

Quinine, which had been recently recommended by the government, was cited by only 10% of the respondents and some noted allergic reactions to this drug. These preliminary findings reaffirmed the need for addressing the health care needs of residents in this community through the development of reliable, affordable and effective malaria drug therapies.

Phase I: Malaria Morbidity in the Baseline Period

As noted earlier, the laboratory criteria for malaria diagnosis were based on evidence of malaria parasite on the blood films and an evaluation of the parasitic density. Using the lab test results confirming the presence or absence of parasitemia, a frequency analysis was performed. The results showed that 68% of the patients tested negative with no evidence of malaria parasites in their blood. About 29.9% had a positive reading with a mean parasitic density of malaria ($\bar{X} = 401/\mu\text{l}$). Only eight clinical cases of malaria (1.5% of the sample) were identified. Those individuals were treated promptly with quinine and asked to return for follow-up at the KBHC in subsequent weeks. Those who tested negative or had very low parasitic densities were randomized into two groups.

Phase II: Analyzing Malaria Morbidity by Treatment Group

The analysis of the malaria health outcomes in Phase II was based on the following subjects: i) those who were healthy in the baseline phase and subsequently assigned to either the placebo or homeopathic treatment group; and ii) those for whom we had complete health assessment data conducted in both phases I and II including the blood test results. Using the data from these subjects, the Fisher's Exact test was applied to analyze the association between the type of

treatment assigned in Phase I and the blood test result obtained in phase II.

The analysis showed that overall, 92.3% tested negative and 7.7% tested positive for malaria. Among those who tested positive, the mean parasitic density for *P. falciparum* was 344/ μl with one clinical case identified. When examining all of the patients by treatment group, 96.3% of those placed on the homeopathic pellets tested negative for malaria when compared to 86.7% of those in the placebo group. Among those testing positive, 13.3% were in the placebo group and only 3.7% were in the homeopathic group.

The findings were statistically significant ($p \leq 0.001$) suggesting a relationship between treatment type and malaria outcome, though the effect size was weak (0.18). When examining the risk estimates, the odds ratio for subjects in the placebo group was 3.622 (95% CI, 1.64 to 7.96) implying that these subjects were at least three times more likely to test positive than their counterparts in the homeopathic group.

Phase III: Analyzing Malaria Morbidity by Treatment Group

In Phase III, the analysis of malaria health outcomes by treatment group required the pre-processing of the data to include only the following participants: i) Those who were healthy in Phases I and II and subsequently assigned to either the placebo or homeopathic treatment group; and ii) those for whom we had complete health assessment data conducted in Phases I, II and III including the blood test results. A review of the data for these subjects showed that 82.5% tested negative and 17.5% tested positive for malaria. No clinical case of malaria was identified during this period. Among the patients who tested positive for malaria parasites, the mean parasitic density observed during this phase was 98.82/ μl , and significantly lower than the parasitic load observed in Phase II of the project.

Further examination of the patients by treatment group showed that there were no differences in disease risk among both the placebo and homeopathic patients. About 82% of the patients in the homeopathic group tested negative for malaria parasites, and 17% tested positive. Among the patients in the placebo group, 80% tested negative and 19.5% tested positive for the malaria parasites. The analysis based on Fisher's Exact test confirmed that there was no statistical relationship between the blood test diagnosis and the treatment received during this period ($p = 0.421$). Overall when examining the risk estimates for all subjects in Phase III, the odds ratio for subjects in the placebo group when compared to those in the homeopathic group was 1.1 (95% CI 0.66-1.82) implying the risks of getting malaria were nearly identical in both groups.

Phase IV: Analyzing Malaria Morbidity by Treatment Group

Malaria morbidity levels were evaluated using the same approaches used in the previous phases. The health outcomes by treatment group required the pre-processing of the data to include only the following

participants: i) Those who were healthy in phases I, II, III, and subsequently assigned to either the placebo or homeopathic treatment group; and ii) Those for whom we had complete health assessment data conducted in all four phases including the blood test results. Among the patients, 92.1% tested negative and 7.9% tested positive for malaria. Three patients had clinical symptoms of malaria during the health examination. Overall, the average parasitic density observed during this phase was 86.95/ μ l ($s=41.16/\mu$ l), the lowest level observed so far in the study.

Based on the treatment assigned in Phase III, Fisher's Exact tests were used to evaluate the risk of malaria. No statistical differences were found between the two groups ($p = 0.816$). Among those who received the homeopathic treatment in Phase 3, 92.1% tested negative for malaria and 7.9% tested positive. Among those who received the placebo pellets, 93.3% tested negative for malaria and 6.7% tested positive. These results were consistent with the findings obtained in Phase III. Similarly when using the risk estimates, the results showed that the risks were identical among the subjects in the homeopathic and control groups. The odds ratio for malaria risk among subjects in the placebo group when compared to the homeopathic group was 1.014 in Phase 4 (95% CI 0.948-1.084). These statistical findings revealed that even though the malaria parasitic count had decreased overall during the study, subjects in the homeopathic group did not enjoy any greater advantage over those in the control group.

Comprehensive Risk Analysis across all Phases

The information collected during all four phases of the pilot study were compiled into a comprehensive database for analysis to evaluate the malaria burden among residents over the one year period. This analysis was based on the blood test results obtained during each of the four phases measuring the parasitic densities of *P. falciparum* in the study. Further, the analysis was based on only those patients for whom we had accurate test results reported in all four phases of this study. This reduced the sample size for this comprehensive analysis to 184 subjects with 45% of them in the control group and the remaining 55% in the homeopathic group. A comparison of the blood samples across all participants in this subset data confirmed the trend in malaria prevalence levels during the study period. The results showed a significant reduction in mean parasitic density levels for malaria among patients participating in all four phases.

As shown in Table 3, the mean parasitic density for the smaller subset of participants decreased from 76/ μ l in Phase I, to 23.1/ μ l in Phase II, 18.5/ μ l in Phase III, and then 7.7/ μ l in Phase IV.

PHASES				
Measure: PARASITE				
PHASES	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
1	76.355	19.790	37.309	115.402
2	23.099	6.786	9.710	36.488
3	18.508	3.432	11.737	25.279
4	7.740	2.143	3.511	11.969

Table 3: Mean Parasitic Densities among Valid Subjects Participating in all Phases

This temporal trend was representative of the larger sample presented earlier in the individual phases. A test of the paired mean differences between the phases confirmed the observed reduction in parasitic density between the pre-intervention phase (Phase 1) and the post intervention phase (Phase IV) with a reported t of 4.125 ($p<0.0001$). The overall analysis of the mean parasitic density by treatment group also showed some observable differences, though not as dramatic as the findings across the phases. As shown in Table 4, the overall mean parasitic density for the homeopathic group was statistically lower (24.7/ μ l) than the results obtained for the placebo group (38.1/ μ l). A comparison across the four phases showed that the observed differences were most notable in the first and second phases in the study. However, by the fourth phase the advantages observed by the homeopathic group were no longer evident.

Treatment Type				
Measure: PARASITE				
Treatment Type	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Placebo	38.079	7.773	22.743	53.415
Homeopathic	24.772	6.969	11.022	38.523

Table 4: Mean Parasitic Densities by Treatment Type among Valid Subjects Participating in all Phases

Finally, a multivariate analysis of variance (MANOVA) using the repeated measures design was applied in an effort to explain the overall variability in the mean parasitic densities during the study period. The key factors used in the analysis were the treatment phases (4 categories) and the treatment type (Placebo or Homeopathic). The results from the repeated MANOVA confirmed that overall there was a significant reduction in the mean parasitic densities observed across the four phases of the study. However, the treatment type did not contribute significantly to the observed variability in mean parasitic densities particularly during the latter two stages of the pilot study.

Concluding Thoughts and Future Directions

This pilot study utilized a double blind RCT design to assess the prevalence rates of malaria, the treatment seeking patterns and the effectiveness of a homeopathic prophylaxis in reducing the disease burden among residents in Kroo Bay, a low-income settlement in Freetown, Sierra Leone. The initial prevalence rate of malaria was high, at 29.9%, a level that was fairly consistent with previous malaria risk models for this region. The baseline data also showed the ongoing use of Chloroquine by residents in this community despite widespread reports of their failure rates in treating *P. falciparum*.

The introduction of Tropica Malaria Nosode as a homeopathic prophylaxis was therefore considered to be an affordable and safer alternative if proven effective. The pilot study yielded promising results during the initial stages of intervention, with the risk of contracting malaria at least three times lower in the homeopathic group. However, these positive trends were not sustained in the third and fourth phases where malaria risks were identical among both groups. The failure to fully establish the efficacy of the homeopathic pellets in the subsequent phases could

have been due to several factors including the challenges encountered during the implementation of the project.

Chief among these were quality control issues in the labs which affected the microscopical interpretation of some blood films. The issues were later resolved, however, in future investigations we hope to utilize the malaria rapid diagnostic kits to detect the presence of parasitemia after which the positive slides would be sent to the labs to evaluate the parasitic density. For large samples, this will improve the turn around time for test results and allow technicians to interpret the positive slides with even better accuracy. Also the low literacy rates among the participants coupled with the traditional cultural practices may have affected patient compliance during the implementation of Phase II, which coincided with the religious month of Ramadan. The planning of future projects will require a more careful consideration of the religious calendars to avoid potential conflicts.

Despite these challenges, there were community-wide reductions in malaria incidence and parasitic counts among all study participants. Further, following the clinical intervention, all of the self reported measures among the subjects confirmed significantly high levels of positive health outcomes particularly among the homeopathic group. One could argue that the notable decreases in the mean density of malarial parasites among residents in both groups were probably due to our efforts to promote greater awareness among residents about malaria, and our team efforts to provide malarial health services for an entire year. The observed declines in parasitic levels were also possibly due to the real effects of the homeopathic pellets in reducing the burden of the disease, thus lowering the level of disease transmission within the community. Participants in the control group may have benefited from the secondary effects of the homeopathic prophylaxis resulting in community wide reductions. These trends, along with the effects of seasonality, are certainly worthy of further investigation. Doing so will help validate the research findings and establish the long term benefits of using Tropica

Dr. Jacob Minah, M.D.

He is a specialist pediatrician and a homeopath in Steinheim (Germany) where he holds his own private practice since 1991. Prior to 1991, he worked as a consultant pediatrician at St. Ansgar Krankenhaus (Hoexter, Germany), at the Maternity Children's Hospital in Riyadh (Saudi Arabia) and as the Chief Pediatrician and Medical Director of Government Hospital in Kenema (Sierra Leone). Dr. Minah travels nearly every year during his private holidays to Sierra Leone and other African countries to render free humanitarian assistance and health care treatment to residents in low-income communities. He recently established a non-profit organization, MALAMED, to promote research and the development of alternative treatment therapies for malaria in Africa.

• Email: drminah@t-online.de



Nosode in reducing the burden of malaria within endemic communities.

Acknowledgements

The authors gratefully acknowledge the Blackie Foundation Trust, United Kingdom, for sponsoring this project. Also, the authors would like to thank the study participants, the nurses, lab technicians and community workers, the local project coordinator, Mr Saffa Smart, and Prof. G.N. Gage, an epidemiologist from the College of Medicine and Allied Health Sciences, University of Sierra Leone.

References

- Guyatt HL, Snow RW. 2001. The epidemiology and burden of Plasmodium falciparum- related anemia among pregnant women in Sub-Saharan Africa. *Am J Trop Med Hyg* 64: 36-44.
- Holding PA, Kitsao-Wekulo PK. 2004. Describing the burden of malaria on child development: What should we be measuring and how should we be measuring it? *Am J Trop Med Hyg* 71 (Suppl.2): 71-79.
- Mueller O, Becher H, Van Zweeden AB, Ye Y, Diallo DA, Konate AT, Gbangou A, Kouyate B, Garenee M. 2001. Effect of Zinc supplementation on malaria and other causes of morbidity in West African children: randomized double blind placebo controlled trial. *BMJ* Volume 322: 7302-8.
- Samba EM. 2004. Bridging the Gap: Linking Research, Training and Service delivery to reduce the Malaria burden in Africa. *Am J Trop Med Hyg* 71 (Suppl.2): 71-79.
- Van Erp VMA, Brands M. 1996. Homeopathic Treatment of Malaria in Ghana. *British Homeopathic Journal* 85: 66-70.
- Wilcox ML. 1999. A clinical Trial of 'AM', a Ugandan herbal remedy for malaria. *Journal of Public Health Medicine* 21 (3): 318-324.
- Wilcox ML, Bodeker G. 2004. Traditional Herbal Medicines for malaria. *BMJ* Volume 329: 1156-9.

Prof. Florence M. Margai, PhD

She is Associate Professor and Chair of the Department of Geography at Binghamton University (State University of New York) where she teaches undergraduate and graduate courses in Environmental Health and Statistical Analysis. Her research interests include the geospatial analysis of environmental health hazards, pediatric health geographies, emergent/re-emergent diseases and health care challenges facing women and children in Sub-Saharan Africa. Prof. Margai has authored/co-authored three books. She has also published several articles on environmental health hazards in journals such as *Social Science and Medicine*, *Archives of Environmental and Occupational Health*, *Journal of World Health and Population*, *Professional Geographer*, *Environment and Behavior* and *Journal of Environmental Management*.

- Email: margai@binghamton.edu
 • Binghamton University: http://geography.binghamton.edu/html/florence_margai.htm



Homöopathie in der Geriatrie

In der Alexander von Humboldt Klinik Bad Steben, einer geriatrischen Rehabilitationsklinik der Regelversorgung, wird seit Jahren sowohl im Bereich der Homöopathie als auch der Anthroposophischen Medizin umfangreich geforscht. Die Klinik wurde 1999 gegründet und hat seither einige neue Impulse setzen können, die aber bisher in der Öffentlichkeit kaum beachtet worden sind. Wissenschaftlich intensiv ist der apoplektische Insult untersucht worden (mit Unterstützung der Carstens-Stiftung und dem Lehrstuhl für Innere Medizin der Universität Erlangen-Nürnberg). Die Gedanken zur Krebstherapie aus unserem Hause werden nun – nach anfänglicher Skepsis – dankbar aufgenommen. Es ist zu erhoffen, dass durch die für 2008 geplante enge Zusammenarbeit mit der Charité auch für den Bereich der Demenz und beim M. Parkinson neue Lösungsmöglichkeiten gefunden werden können.

Einleitung

Es gibt im Alter recht unterschiedliche Möglichkeiten zu erkranken. Grundsätzlich besteht polare Wahlfreiheit zwischen zu viel erhaltener Jugendlichkeit oder auch Embryonalität, dem Merkmal einer karzinomatösen Erkrankung, und einem Überschuss an Todeskräften bei den sog. Alterserkrankungen (Bild 1) wie Apoplex, Demenz und Parkinson. Letztere haben es mit einem zunehmenden Abbau der Kräfte zu tun. Hierbei zeigt sich eine klare Dreiteilung dieser Zerfallsprozesse (Bild 2). All diese drei Erkrankungen – so zumindest die landläufige Meinung – haben als Zentrum des pathologischen Befundes den Kopf, wo es natürlich auch zu pathologischen Korrelaten kommt. Sowohl beim Morbus Parkinson, beim Schlaganfall sowie aber auch bei der Demenz lassen sich konkrete Veränderungen im Gehirn erkennen. Und doch liegt bei diesen Erkrankungen in der Regel die eigentliche Ursache nicht im Kopf, sondern in Leber und Darm (Demenz), Herz und Blutkreislauf (Apoplex) und Niere (M. Parkinson).

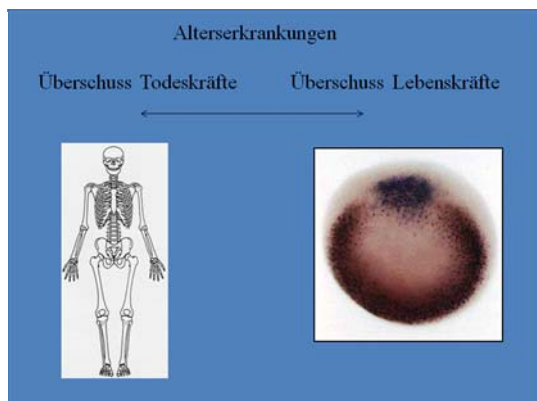


Bild 1

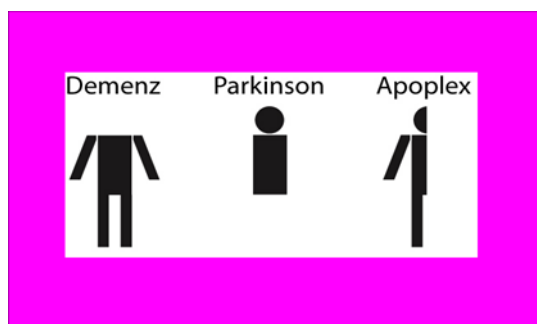


Bild 2

Teil I:

Erkrankungen mit Dominanz des Todesprozesses

1. Demenz

Schon fast ein gleich großes Erschrecken wie die Diagnose Krebs löst heutzutage die Diagnose Morbus Alzheimer aus. Ist hier die Zerstörung der „Raumstruktur“ der Leiblichkeit durch Einnistung eines „Fremdlebens“ charakteristisch, so dort die Zerstörung der „Zeitstruktur“ des Menschen. Die Krankheit **lässt die Vergangenheit mehr und mehr verlöschen, zerstört die Orientierung in der Gegenwart und nimmt die Zukunft**. Was aber führt zu dieser Zerstörung „der Zeitlichkeit“, der „Seinsgestalt“ des Menschen?

Wie immer in der heutigen Medizin wird nach einer „Ur-sache“ gesucht und in der extrazellulären Ablagerung von Abeta-Peptiden und der intrazellulären Ablagerung von pathologisch hyperphosphoryliertem Tau-Protein gefunden. Deren kaskadenhafte Bildung wird durch vielfältige endogene und exogene Faktoren angestoßen. Eine zentrale Ursache ist beim nicht familiär auftretenden Alzheimer die Imbalance zwischen der deutlichen Reduktion des cerebralen Glucoseverbrauches (bis zu 50%) und der Reduktion von zerebraler Durchblutung und Sauerstoffverbrauch. Als deren Folge kommt es zu einer mitochondrialen Dysfunktion mit Hemmung des Insulin-Degrading-Enzyms sowie Akkumulation und Abbauhemmung von BetaA4. Im Zitronensäurezyklus wird vermindert ATP produziert und das Tau-Protein kompensatorisch vermehrt hyperphosphoryliert. Demnach ist der M. Alzheimer eine Art „**cerebraler Diabetes**“ (Jacob). Gestützt wird diese These durch die inzwischen bekannten Risikofaktoren für die Ausbildung einer Demenz (Kornhuber und Wiltfang) und da steht die (Fehl-)Ernährung einmal mehr weit oben:

- Alkohol
- Diabetes mellitus
- Hypercholesterinämie
- Hyperhomocysteinämie
- Insulinresistenz
- Übergewicht

Umgekehrt gilt es als gesichert, dass gerade ein regelmäßiger Konsum von Fruchtsäften (nicht hingegen von Vitaminpräparaten!) eine erstaunliche Verringerung des Risikos um bis zu 76% mit sich bringt (Qi Dai).

So betrachtet, ist der Alzheimer gar keine Kopfkrankheit, sondern eher ein Problem von Leber und Darm.

Dazu passt, dass die von der Pharmaforschung entwickelten Acetylcholinesterasehemmer zwar auf einen wichtigen Neurotransmitter einwirken, das Acetylcholin, dieser aber vor allem an der motorischen Endplatte als Botenstoff des N. vagus über die Verschiebung der **Natrium-Kaliumkonzentration** einwirkt und auch als Hormon der Darmperistaltik angesehen wird, also eher ein „Bauch-Hormon“ (Wolff) darstellt.

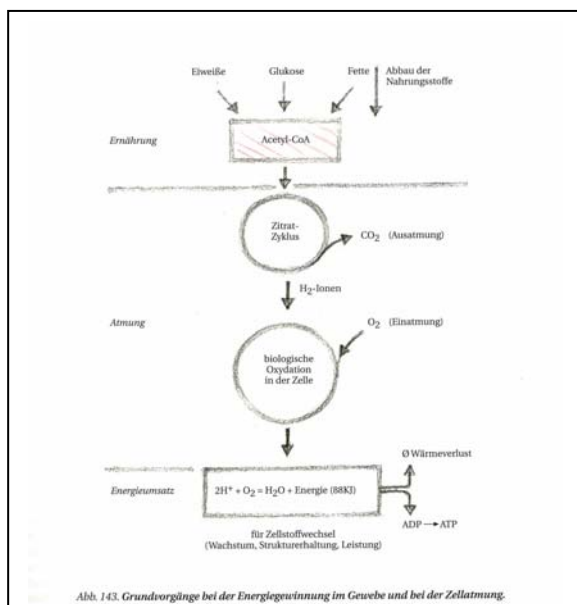
Ein anderer Weg der Forschung geht über die Regulation der Auswirkungen von GABA an den Rezeptoren im ZNS. Die γ -Aminobuttersäure (**GABA**) ist das biogene Amin der Glutaminsäure und der wichtigste hemmende Neurotransmitter im ZNS.

Der Wirkstoff Memantine reguliert die Anregung der Nervenzelle durch Glutamat (über **Calcium und Magnesium**). Memantin ist ein Derivat des Amantadins und einziger Vertreter der Klasse der NMDA-Rezeptor-Antagonisten (NMDA = N-Methyl-D-Aspartat). Interessant ist hier der Einsatz der Asparaginsäure, die biochemisch über eine Transaminierung in einer engen Beziehung zum Oxalacetat steht (und damit zum Zitronensäurezyklus).

Diese medikamentösen Wege stehen durchaus in einer Beziehung zur Ernährung: Essig (Acet-) und Spargel (Asparagin), mehr noch zu einem gestörten Verhältnis von Säuren (Acet-, Asparaginsäure, Aminobuttersäure, Oxalsäure) zu Basen.

Auch ein weiterer Punkt stützt die „Bauchtheorie“. Pflichtbewusste Menschen mit hohem Bildungsstandard („Kopfmenschen“) erkranken sichtlich seltener (Wilson).

Damit ergeben sich für eine homöopathische Therapie recht gute Anknüpfungspunkte. Einerseits ist die Beziehung zum Leber-Darmsystem deutlich, andererseits weist schon die erfolgreichste bisher veröffentlichte Langzeitstudie (10 Jahre) darauf hin, dass den (Frucht-)Säuren eine Schlüsselstellung zufällt (vgl. Qi Dal).



Aus J. W. Rohen: Morphologie des menschlichen Organismus

Der biochemische „Obstmarkt“ ist aber der „Zitronensäurezyklus“ und damit der Transfer von aktivierter Essigsäure (über **Phosphor, Mangan, Magnesium, Schwefel**) bzw. genauer Tricarbonsäure, also drei COOH-Gruppen (Ameisensäure) mit der Bildung von Pflanzensäuren als Zwischenprodukten: Aconitsäure, Bernsteinsäure, Fumarsäure (Pilze und isländisch Moos), Malatsäure (Apfel).

Demenztherapie besteht demnach einerseits in einer Verbesserung der Ernährungssituation, andererseits in einer Kräftigung der Zellatmung (Säuren im Zitronensäurezyklus) und in einer Aktivierung im Energieumsatz (Phosphor- und Schwefelverbindungen).

Im Mittelpunkt einer homöopathischen Therapie stehen die Säuren sowie Phosphor und Schwefelverbindungen. Das ist nach unseren bisherigen Erfahrungen tatsächlich auch der Fall. Wenngleich eigentliche Heilungen selten bleiben, treten doch häufig gute Besserungen ein. Grundlegend aktivierend nicht nur bei Arthrosen:

- **Formica rufa** (Ameisensäure): Hinweisend sind eine Neigung zu rez. feuchten Bronchitiden (**Ver-schleimung!**) und eine innere **hektische Unruhe**. Schweiß, Schwäche, Schnupfen mit verstopfter Nase sind weitere gute Symptome. Typisch ist die Verschlechterung durch nasskaltes Wetter. Bewährt als prophylaktische Therapie (auch gegen Krebs und Arthrose sowie Heuschnupfen!) in der D12.
- **Acidum phosphoricum** (Phosphorsäure): Bei dieser imponiert die bekannte passive Schwäche. Sowohl körperlich als auch geistig besteht eine ausgeprägte **Apathie** und Teilnahmslosigkeit. Sie meiden die Gesellschaft. Frühzeitiges Ergrauen der Haare, Diabetes und Dehydratation bestimmen das klassische Bild. Vielleicht das bewährteste Demenzmittel!
- **Nicotiana tabacum** (Nikotinsäure): Zum Zitronensäurezyklus gehört die Bildung von NADH₂ aus NAD Nicotinamid für die Atmungskette. Damit ist Nikotin wieder einmal zentral bei mangelnder Atmungsfunktion. Entsprechend ergeben sich auch mit Nicotiana tabacum immer wieder staunenswerte Verbesserungen gerade bei den sogenannten „**Ge-fäßwracks**“, kachektisch wirkenden Patienten. Sehr häufig waren diese tatsächlich auch Raucher. Weitere Erkrankungen durch „Sauerstoffmangel“ bestehen parallel: pAVK, Herzinfarkt, Apoplex. Es sind also insbesondere **sekundäre Demenzen**, die von Tabacum D12-D20 profitieren.
- **Acidum oxalicum** (Oxalsäure): Homöopathisch bekannt durch seine Beziehung zu plötzlichen blitzartig einschließenden auf kleine Stellen bezogene **Schmerzen** besonders im Epigastrium, Agg.: Berührung. Es sind dies die Patienten, die über Schmerzen klagen und am **liebsten an nichts denken!**, da sonst die Schmerzen wieder kommen. Eines der besten Mittel in der Schmerztherapie von onkologischen Patienten. Schwäche der Muskulatur. Nervöse Heiserkeit. Empfindliche Netzhaut auf Licht.
- **Acidum arsenicosum** (Arsenicum album): hagere, eingefallene, meistens eher hochgewachsene

Patienten. Zentral in der Demenz: Wahn, bestohlen worden zu sein. **Angst**, die nachts aus dem Bett treibt, besonders zwischen 0-2 Uhr. Psychisch unruhig, physisch Neigung zu brennenden Schmerzen. Asthma. Geschwüre im gesamten Verdauungsbereich. Krebserkrankung. Übelriechende Schweiß; Leberzirrhose. M. Raynaud.

- **Acidum nitricum** (Salpetersäure): Auch diese Patienten fühlen sich schwach und unglücklich. Sie jammern viel. Körperlich eher dünn und anämisch blass, weisen sie seelisch eine starke Reizbarkeit auf. Neigung zu fluchen und auf Klinik und Arzt zu **schimpfen**. Körperlich zeigen sich besonders Fissuren an Anus, Vagina und Mundwinkeln. Wie bei der Oxalsäure besteht eine Verschlechterung durch das Denken an die Beschwerden.
- **Acidum hydrofluoricum** (Flußsäure): Ein Mittel für die moderne Entwicklung hin zu Egoismus und Materialität. Vorzeitige Alterung mit **Fistelbildungen** an unterschiedlichen Stellen. Gleichgültig gegenüber geliebten Personen, also ausgesprochene seelische Stumpfheit bis Lieblosigkeit. Nächtliche Wanderungen bei Schlaflosigkeit. Neigung zu **Krampfadern** und Geschwüren. Narben mit Wulstbildung.
- **Acidum silicicum** (Silicea, Kieselsäure): Schüchterne, zaghafte, frierende Menschen mit nervöser Schwäche. Geistige Arbeit strengt sehr an. **Obstipation**, so dass man mechanisch nachhelfen muss. Stärkes Verlangen nach Wärme. Großer Kopf, dünner Hals, dünne Haare. In der Vorgeschichte zahlreiche Erkrankungen mit Eiterungen, Neigung zu Migräne.
- **Acidum sulfuricum** (Schwefelsäure): Reizbare ungeduldige, zitterige Patienten. In der Regel **Alkoholiker**. Neigung zu Ekchymosen schon nach kleinen Stoßverletzungen. Hitzewallungen zum Gesicht.
- **Aceticum acidum** (Essigsäure): Zunehmende Erschöpfung und Kraftlosigkeit mit Abmagerung und alabasterartiger Blässe bei schwerer Anämie. Patienten können als Folge der Schwäche kaum sitzen. Schwere zehrende Erkrankungen präfinal wie Magenkrebs und Leukämie. Starker unstillbarer Durst (vgl. Johannesevangelium, Kapitel 19: „Danach, da Jesus wusste, dass alles schon vollbracht war, spricht er, damit die Schrift erfüllt wurde: Mich duerstet!“²⁹ Es stand nun dort ein Gefäß voll Essig. Sie aber füllten einen Schwamm mit Essig und legten ihn um einen Ysop und brachten ihn an seinen Mund.³⁰ Als nun Jesus den Essig genommen hatte, sprach er: Es ist vollbracht! Und er neigte das Haupt und übergab den Geist.“). Fieber mit Nachtschweißen. Nach Narkosen und steter Übelkeit sowie seither bestehender dementieller Entwicklung.

Wenngleich noch viele andere Arzneimittel eine wichtige Rolle spielen (besonders hervorzuheben sind Helleborus, Juglans regia comp, Kalium phosphoricum, Bariumsalze etc), so kommt den Säuren die zentrale Stellung zu und es scheint – wie bei kaum einer anderen Erkrankung – die Demenztherapie eine Säure-(Basen-)Therapie zu werden.

Literatur

Jacob C: Morbus Alzheimer, Energiemangel und entzündliche Prozesse, 35-42. In: Zukunftsforum Demenz, 14. Workshop, 2004. Gefunden unter <http://www.zukunftsforum-demenz.de/workshop/index.html>

Kornhuber J, Wiltfang J: Was nützt Herz und Hirn? Praktische Prävention der Herz-Kreislauf-Risikofaktoren, 21-30. In: Zukunftsforum Demenz, 13. Workshop, Bad Schwalbach 2004. Gefunden unter <http://www.zukunftsforum-demenz.de/workshop/index.html>

Qi Dai et al.: Fruit and vegetable juices and Alzheimer disease: The Kame Project, The American Journal of Medicine (2006) 119,751-759.

Rohen JW: Morphologie des menschlichen Organismus. Stuttgart 2000.

Weili xu et al.: The effect of borderline diabetes on the risk of dementia and Alzheimer's disease. In: Diabetes 56: 211-216, 2007.

Wilson R et al.: Participation in Cognitively Stimulating Activities and Risk of Incident Alzheimer Disease. JAMA. 2002; 287: 742-748.

Wilson R et al.: Arch. Gen.Psychiatry 64: 1204-1212 (2007).

Wolff O: Grundlagen einer geisteswissenschaftlich erweiterten Biochemie. Stuttgart 1998.

2. Morbus Parkinson

Man hat oft das Gefühl, dem Parkinson gegenüber hilflos dazustehen. Schließlich sind zahllose Zellen (ca. 90%) in der Substantia nigra degeneriert, ehe es zum Parkinsonbild kommt. Gleichwohl bestehen auch hier einige Möglichkeiten. Es ist zu bedenken, dass der Stoffwechselweg der Dopagruppe zum Sympathicusast gehört, der wachen leistungsbezogenen Seite des Lebens und eigentlich seinen physiologischen zentralen Ort im Nebennierenmark hat (Bild 3), funktionell gesehen daher der M. Parkinson eine Art Nierenerkrankung darstellt.

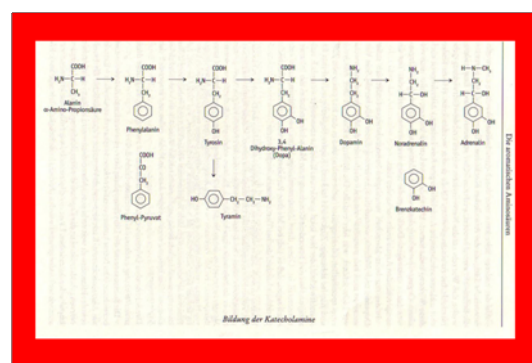


Bild 3 (Aus: O. Wolff, Biochemie)

Weiterhin zeichnet sich der M. Parkinson dadurch aus, dass ein „Schwellenübertritt“ nicht geleistet werden kann, die Patienten bleiben an der „Schwelle stehen“, die Schritte und die Schrift werden klein. Es fehlt an innerer Reifung (Wolff: melainesthai = gr. reif werden und schwarz werden). Stattdessen tritt eine zerebrale Bleichsucht auf (Depigmentierung und Degeneration der Substantia nigra). Wir selber konnten in Zusammenarbeit mit der Parkinsonselbsthilfegruppe als biographisches Element finden, dass eine

leistungsbezogene Erziehung („Ich liebe Dich nur, wenn Du etwas leistest“) zu finden ist, sich die Patienten in ihrer Leistungsfähigkeit erschöpft haben und nun von der Nachtseite, dem Parasympathicus, der vita passiva, dominiert und „geparkt“ werden.

Es versteht sich von selbst, dass diese Patienten dann ein „Dopingmittel“ brauchen, also eine Einstellung auf L-Dopa, die kaum zu umgehen ist. Dann aber kann durchaus sinnvoll homöopathisch variiert werden. Es gibt es in der Natur ein Korrelat zur Substantia nigra und das ist die Sepia, eine Art „schwarzer Substanz“. Bei passendem Typus ist Sepia auch bei dieser Erkrankung durchaus hilfreich.

Die weitere Parkinsontherapie ergibt sich schon aus der Schulmedizin heraus und muss entsprechend dem Schaubild nur in homöopathische Sprache transferiert werden (Bilder 4 und 5).

Beim Morbus Parkinson müssen die Bewegungsimpulse ins Fließen gebracht werden. Hier hat sich praktisch gezeigt, dass Elemente der Eisen-Reihe in einem guten Maße eine Verbesserung herbeiführen können (schon allein Ferrum phosphoricum D6 kann oft weiterhelfen). Ein zentraler Vertreter des Eisens – das Mangan – wird in der Homöopathie angewendet für die stärkste Form der Bleichsucht in der Kindheit und kann toxisch einen M. Parkinson auslösen.

Konventionelle Therapie:	
Anticholinergica:	Akineton, Tremarit, Artane
L-Dopa:	Madopar und Nacom
Amantadin:	PK-Merz
MAO-Hemmer:	Selegilin
Muterkornderivate (Dopaminagonisten):	Parkotil, Pravidel, Dopergin

Bild 4

Homöopathische Therapie	
Belladonna	Homöopathisches Anticholinergicum: (Speichelfluss, Schwitzen, im Frühstadium)
Gelsemium	Homöopathisches Amantadin
Secale	arteriosklerotische Grundlage
Agaricus muscarius	„froese-Symptome“
Zincum metallicum	Tremor
Caprum aceticum	resist gegen Alpridone, Halluzinationen bei L-Dopa-Überdosierung
Skorodil und andere Eisenverbindungen	Erschöpfungsdepression
Mercurius	extremes Speichelfluss und Zittern, bei v.a. Amalgam Vergiftung
Plumbum metallicum und metallicum	Salbengesicht, Entbarnung

Bild 5

FALLBEISPIEL

66-jähriger Patient mit Parkinson-Syndrom durch Arzneimittel (v.a. Neuroleptikainduktion), einer Psychose mit Zwangsstörungen und Depression.

Der Patient befand sich in der Behandlung eines Bezirkskrankenhauses zur Abklärung eines Parkinsonsyndroms. Da sich bei dem Patienten schwere Dyskinesien vorfanden, war der Verdacht auf eine Neuroleptikainduktion gegeben. EMG sowie ein CCT des Kopfes zeigten keinen auffälligen Befund. Im Verlauf keine Besserung.

Pyknischer adipöser Körperbau. Keine Dyspnoe. Sehr steif wirkendes Gangbild. Die Arme werden beim Laufen angewinkelt. Gesichtserthem. Fettige Haut. Hypomimie. Dyskinesien über den gesamten Rumpf. Keine Salivation. Deutliche psychomotorische Verlangsamung. Bradydichokinese. Starker Klopfschmerz der LWS bei bekanntem Schmerzsyndrom (bohrende Schmerzen).

Fallanalyse

Parkinsonartige Beschwerden sowie Hypomimie, dazu schmerzhaftes Knochengerüst zeigen Mangan an. Dyskinesien nach Neuroleptika werden oft gut gebessert durch Agaricus.

Verordnung

Therapie mit Agaricus D6 3x tgl 5 Globuli und Mangan D30 1x/tgl.

Verlauf

Innerhalb von wenigen Tagen ließ sich ein kompletter Wegfall der Dyskinesien (die bereits 1 Jahr bestanden!) beobachten. Parallel konnte trotz Reduktion und späterem kompletten Wegfall der Parkinsonmedikation, eine weitere Verbesserung des psychomotorischen Zustandes wie auch der allgemeinen Beweglichkeit erzielt werden. Schmerzmittel für die LWS wurden nicht weiter benötigt. Die Parkinsonstarre im Gesicht löste sich leicht. Die Allgemeinbeweglichkeit des Rumpfes und der Arme ließ sich deutlich verbessern.

Bei Parkinson-Patienten ist es geraten, ein Metall aus der Eisengruppe zu bedenken (z.B. Ferrum phosphoricum oder Kupfer, noch in Erprobung Ferrum hydroxydatum!). Parkinson-Patienten profitieren von einer Eisenverbindung. Viele Parkinson-Patienten werden durch die Neukönigsfelder-Mineraltabletten in ihren Allgemeinsymptomen gebessert. In diesen ist Mangan neben Kobalt oder Kupfer und Eisen und Zink enthalten (also fast alle Elemente der Eisenreihe). Wenn Patienten positiv auf die Neukönigsfelder Mineraltabletten ansprechen, kann sich eine weitere genauere Untersuchung auf ein Element der Eisenreihe empfehlen.

3. Apoplex

Das klinische Bild bedarf kaum der Anschauung, die Symptomatik ist bekannt. Der Apoplex – wie der Name ja schon sagt, niederschlagen – ist etwas Heftiges, eigentlich eine Art schwere innere **Verletzung**, die dann zu den charakteristischen Lähmungen führt. Grundsätzlich unterteilt man in zwei Ursachen. Einerseits Hirnbluten durch ein geplatzt oder verletztes arterielles Gefäß oder häufiger – in 90% der Fälle – die akute Mangel durchblutung durch Verengung und Verschluss eines Gefäßes. Kurz gesagt: Der eine Schlaganfall ist mehr rot, der andere ist mehr weiß.

Volker Fintelmann hat in seiner Alterssprechstunde den eigentlich bis heute aktuellen Satz geprägt: „Das erstaunliche Phänomen existiert, dass gegenüber

dem Schlaganfall die moderne Medizin noch keine wirkliche und keine zuverlässige Therapie entwickeln konnte, so dass hier immer der Spontanverlauf beobachtbar wird.“ Trotz Stroke-units.

In unserer ersten Apoplex-Studie an 180 Patienten wurde ersichtlich, dass wir vor allen Dingen die Schlangengifte benötigen (Bild 6). Daneben sind die wichtigsten Mittel dem Bereich der Pflanzenfamilien der Logoniaceen, der Nachtschattengewächse und der Korbblütler entnommen. Damit war erstmalig eine wissenschaftliche Untersuchung der praktischen Möglichkeiten erfolgt.



Bild 6

Warum aber stehen die Schlangengifte dabei so im Vordergrund? Koh 2006 und Stocker 1999 konnten umfassend zeigen, dass hier die zentralen Ansatzpunkte einer Therapie mit Schlangengiftproteinen liegen (Bild 7). So kann denn auch Eble konstatieren: „In faszinierender Weise enthalten die Schlangengifte sehr spezifische und effektive Hemmstoffe, die jeweils gegen fast jeden Blutgerinnungsfaktor, gegen fast jeden Rezeptor der Blutplättchen und gegen die essentiellen Bestandteile der Blutgefäßwand gerichtet sind.“

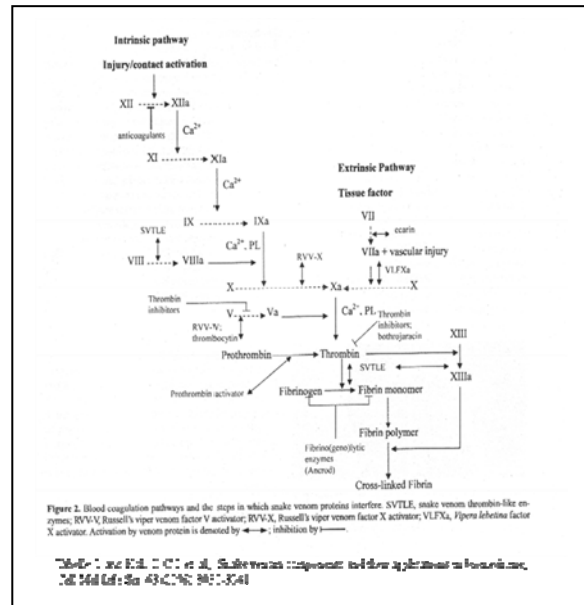


Bild 7

Nach einer ersten amerikanischen Studie mit dem von einer malayischen Grubenotter aufgereinigten Enzym (Ancrod) schien ein Durchbruch erzielt.

Eine physiologische Dosierung der Schlangengifte führt jedoch in der 2006 veröffentlichten europäischen Studie zu erheblichen Verschlechterungen der Ergebnisse bezüglich unerwünschter Blutungen (5,5 vs 2%) und auch der Sterblichkeitsrate (20 vs 14%) und einer geringeren neurologischen Wiederherstellung (+3,6 vs 5,2 Punkte) gegenüber einer Placebo-behandlung (Bild 8). Aus diesem Grunde wurde diese Arznei in Europa nicht zugelassen. Offensichtlich ist hier die physiologische Dosierung zu stark gewählt, benötigen zumindest die Europäer eine schwächere (homöopathische) Dosierung.

Vergleich der Studienergebnisse bei Gabe von Ancrod innerhalb von drei oder sechs Stunden

	Nordamerikanische Studie (STAT) mit Drei-Stunden-Zeitfenster	Europäische Studie (ESTAT) mit Sechs-Stunden-Zeitfenster
Studiendesign		
Zeitpunkt der Studie	1993 bis 1998 Publikation 2000	1996 bis 2000 Publikation 2006 (Abstract 2000)
Patienten	n = 555	n = 1222
Dosierung	in beiden Studien gleich	in beiden Studien gleich
Ein- und Ausschlusskriterien	in beiden Studien gleich	in beiden Studien gleich
Zeitfenster bis Therapiebeginn	drei Stunden	sechs Stunden
Studienergebnisse		
	Ancrod vd. Placebo	Ancrod vs. Placebo
vollständige funktionelle Fähigkeiten (primärer Endpunkt)	42% vs. 34% (p = 0,04)	42% vs 42% (p = 0,94)
Sterblichkeitsrate nach 90 Tagen	25% vs. 23% (p - 0,62)	20% vs. 14% (p - 0,023)
neurologische Wiederherstellung	+ 2,6 vs. + 0,4 Punkte (p - 0,07)	+ 3,6 vs. + 5,2 Punkte (p - 0,042)
unerwünschte Wirkung: symptomatische intrakranielle Blutung	19% vs. 1% (p - 0,01)	5,3% vs. 2% (p - 0,011)

Bild 8 (Quelle: Hennerici, G.M.; et al.: Intravenous ancrod for acute ischaemic stroke in the European Treatment with Ancrod Trial: a randomised controlled trial. Lancet 358, 1871-1878. 2006)

Nun wird sowohl von Seiten der klassischen Homöopathie als auch der anthroposophischen Therapie darauf hingewiesen, dass eine ergänzende Therapie mit Schlangengiften hilfreich sei, Schlaganfallfolgen zu lindern (Spielberger, Repertorium Synthesis unter der Rubrik Lähmungen).

Damit weist nicht nur der pathophysiologisch identifizierte „Genotypus“, sondern auch der homöopathische „Phänotypus“ Arzneimittelbild explizit auf eine Wirksamkeit der Schlangengifte beim Apoplex hin. Wenn aber drei unterschiedliche Medizinformen auf die Schlangen weisen, dann muss hier doch tatsächlich der Schlüssel für eine erfolgreiche Therapie liegen! Und es kommt in allem auf die Dosierung an!

Lähmung von oben nach unten (neurotoxisch) sind die Domäne der Naja, von unten nach oben gehende Lähmungen der Schwerpunkt der Vipera, von links nach rechts bewährt sich die Lachesis, von rechts nach links Crotalus horridus. So tragen gerade diese vier Schlangen die wichtigsten Schlaganfallfolgen in sich (Bild 9).

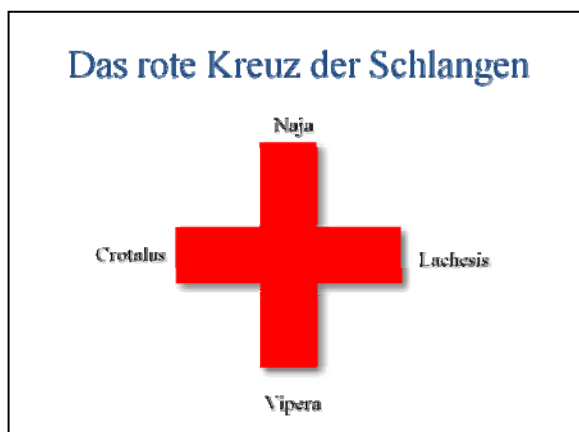


Bild 9

Auf diesen Erkenntnissen aufbauend erfolgte die zweite Schlaganfallstudie. In dieser zweiten Studie achteten wir verstärkt auf die Wirksamkeit der Schlangengifte und besonders jetzt auf die Wirksamkeit von Naja comp., einer Komposition aus diesen vier Schlangengiften in unterschiedlichen Potenzstufen. Wir erstellten eine bizenrische Studie mit Hilfe der Geriatrien in Bad Griesbach Stift Rottal (CA Dr. Garner) und Bad Steben (Alexander von Humboldt Klinik) an fast 400 Patienten.

Betrachtet man das Ergebnis, dann lässt sich eine klinisch relevante Besserung im Barthel-Index erkennen. Interessanterweise waren die besten Ergebnisse in der Kombination aus einem Schlangengift und Tabacum zu erzielen entsprechend den beiden zentralen Zielen oder Schwachpunkten nach einem Schlaganfall: einerseits der mangelnden Sauerstoffversorgung, was auf Tabacum weist, zum anderen der geradezu zwingend vorhandenen Gerinnungsstörung, die die Domäne der Schlangengifte darstellt.

Tabacum ist ein außerordentlich wichtiges Mittel in der Geriatrie, wird andererseits aber schon allein schulmedizinisch für ungefähr 1/3 aller Schlaganfälle verantwortlich gemacht (Bild 10).



Bild 10

Was jedoch wirklich überrascht, ist die Reduktion der Komplikationen, wie sie in Bad Steben festgehalten worden sind (Bild 11 und 12). Zum Stichwort sekundäre Prävention: Man bedenke, dass durch ASS 100 lediglich 10 von 1000 behandelten Patienten profitieren (Diener), d.h. 990 müssen mehr mit Nebenwirkungen als mit konkreten Hilfen rechnen!

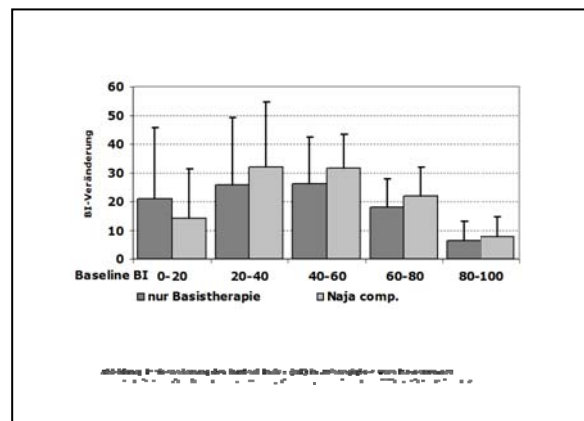


Bild 11

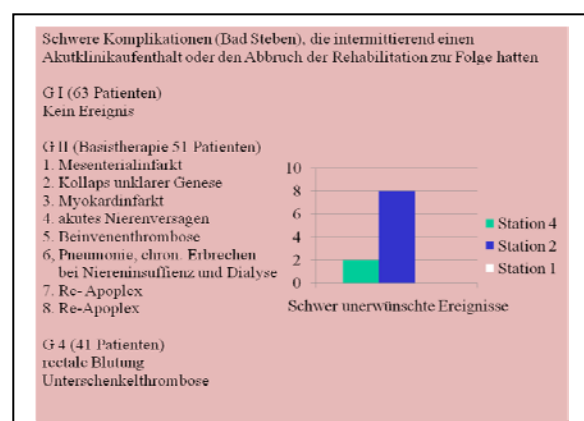


Bild 12

Das heißt, dass das Zentrum der homöopathischen Schlangentherapie tatsächlich in der Verbesserung der integrativen Kraft des Blutsystems liegt und damit muss zwangsweise eine Reduktion der Komplikation in diesem Bereich einhergehen.

Zum Vergleich seien die Studienergebnisse zur Wundheilung mit Arnica gezeigt. Das ist eine Studie, die ca. 10 Jahre zurückliegt (Bild 13).

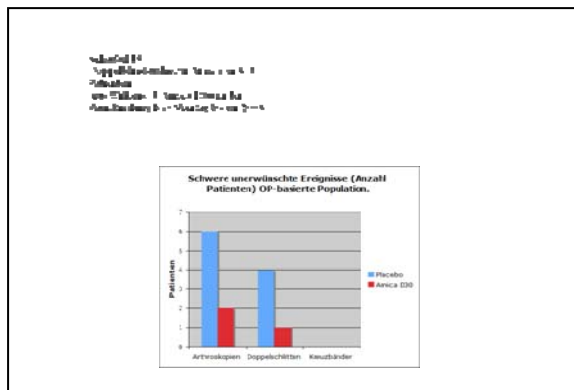


Bild 13

Und auch damals konnte eine erhebliche Reduktion gerade der Wundkomplikation mit Arnica D30 erzielt werden. Hier lässt sich deutlich erkennen – und das wird als zentraler Punkt für eine Salutogenese oft vergessen!! –, dass durch die ergänzende Gabe oder überhaupt durch die Gabe von anthroposophischen oder homöopathischen Medikamenten es deutlich seltener zu Komplikationen kommt. Dies ist ein ganz entscheidender Faktor der anthroposophischen und homöopathischen Therapierichtung – die Tendenz zu positiven Nebenwirkungen.

Aufbauend auf die zweite Studie konnte eine weitere dritte Studie geplant werden, diesmal nur Naja comp im Doppelblindversuch an drei Zentren in Bayern mit Unterstützung der Universität Nürnberg-Erlangen (Prof. Sieber). Hierfür werden 400 Patienten benötigt, im Augenblick konnten bereits 160 Patienten rekrutiert werden. Auf die Ergebnisse, die voraussichtlich in zwei Jahren vorliegen werden, darf man gespannt sein.

Nebenbei ließ sich ein klares Profil einer viel zu wenig beachteten Schlange zeichnen (Wilkens): Das ist das Gift der Vipera, wie gesehen zentral in Naja comp (in der D30), aber auch als D12 in einer wunderbaren Qualität als Ampullen zu bekommen (Globuli helfen hingegen weniger und nur schwächer) und hier das Hauptmittel für akute und auch chronische Folgen von Borreliosen.

Literatur

Brinkhaus B, Wilkens J: Homoeopathic arnica therapy in patients receiving knee surgery: Results of three randomised double-blind trials. In: Complementary therapies in medicine (2006) 14, 237-246.

Diener HC: Sekundärprävention. In: Hamann, Siebler von Scheidt, Schlaganfall, Klinik, Diagnostik, Therapie. Landsberg 2002.

Eble J: Gerinnungshemmende Wirkung von Schlangengiften. In: Chem. unserer Zeit, 2006, 40, 326-337.

Koh DCI et. al.: Snake venom components and their applications. In: Biomedicine, Cell.Mol.Life.Sci. 63 (2006) 3030-3041.

Spielberger F: Schlangengifte als Heilmittel. In: Der Merkurstab, Heft 3, Mai/Juni Stuttgart 1993.

Stocker K: Anwendung von Schlangengiftproteinen in der Medizin. In: Schweiz Med Wochenschr. 1999; 129: 205-216.

Teut M, Wilkens J: Homöopathische Schlaganfalltherapie, Stuttgart 2006.

Wilkens J, Lüdtke R, Stein F, Schuwirth W, Karenovic A: Vergleichende Untersuchung zur Behandlung des Schlaganfalls mit homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln in einer geriatrischen Reha-Klinik. Erfahrungsheilkunde 2002; 6: 397-404.

Wilkens J, Garner Ch, Stein F: Eine nicht-randomisierte Studie zur Behandlung des apoplektischen Insults mit einem anthroposophischen Kompositionsmittel Naja comp. In: Der Merkurstab Heft 1, 2008.

Wilkens J: Nicotiana tabacum, AHZ 2003.

Wilkens J: Vipera berus. Es ist an der Zeit, In: Erfahrungsheilkunde 12/2005.

Teil II:

Spirituelle Kardiologie: die Verbindung des Menschen als Raum- und Zeit-Wesen mit der Ewigkeit

Auch heute noch wünscht sich der Patient vom Arzt, herzlichst willkommen geheißen zu werden. Und doch müsste man dem modernen Bewusstsein entsprechend sagen: hirnglich willkommen. Zum Glück stützen hier Ärzte wie Patienten. Zumindest derjenige, der noch nicht gänzlich naturwissenschaftlich geprägt ist, empfindet (im Herzen) einen Zwiespalt. Rein naturwissenschaftlich gedacht ist tatsächlich heute das Zentrum des Bewusstseins das Gehirn und der Hirntod ist das entscheidende Kriterium auch für spätere Organentnahmen, also: hirnglich willkommen in der modernen Medizin. Dagegen steht das (noch) jedem Menschen immanente Gefühl, dass das Zentrum unseres Selbst tatsächlich das Herz darstellt.

Wohl bezüglich keines anderen Organs des menschlichen Organismus gibt es solche Unterschiede zwischen den Empfindungen der Poesie, der Theologie auf der einen Seite und den nüchternen Erfahrungen der Naturwissenschaft auf der anderen Seite. Kaum ein anderes Organ wird inzwischen so mechanisch gesehen wie das Herz und merkwürdigerweise – trotz der mechanischen Sichtweise – auch ganz hervorragend therapiert (zumindest, wenn man nur auf die Mechanik schaut!). Und das, obwohl man eigentlich glauben müsste, jeder Mensch hätte statt eines Herzens einen Ottomotor oder vielleicht auch einen Dieselmotor in seinem Brustkorb. Je mehr die Mechanik Triumphe feiert, desto mehr ist das Herz zu einem Motor degeneriert. Das Auto ist des Deutschen liebstes Kind, nicht die Kinder und auch nicht das eigene Herz, das lässt sich daran erkennen, wofür Geld ausgegeben wird. Und wie die Wirklichkeit, die einen umgibt, so auch die Theorien, die man entwickelt.

Eine solche Degradierung der Herzenskräfte hat es noch in keiner anderen Kultur so gegeben. In allen Religionen, aber auch in allen Kultursystemen, kommt dem Herzen eine zentrale Rolle zu und dieses findet man sowohl bei den Inkas, den Religionen des Ostens und der Mitte, im Islam genauso wie im Christentum und im Judentum. So findet sich in den Upanishaden, der alten Weisheitsdichtung Indiens der Satz: „Das Wesen, das im Herzen als Intelligenz wohnt, bete ich an als Brahman.“ (zitiert bei Reiter).

Im christlichen Kontext findet sich eine der bekanntesten Stellen in der Bergpredigt in Matthäus 5,8: „Selig, die reinen Herzens sind, denn sie werden Gott schauen.“ Und ähnlich äußern sich die christlichen Mystiker des Mittelalters, für die das Höchste im Menschen in dem Begriff „Purus intellectus“, also als reines Bewusstsein, beschrieben wird, und dieses Höchste der Menschen hat seinen Sitz im Herzen. Das Herz ist der Ort des inneren Lichtes der Erleuchtung und der Gotteserkenntnis.

Was aber kann das Herz für ein modernes Verständnis sein, das sich einerseits die alten Quellen und deren Weisheit erschließt und deren Wahrheit anerkennt, zum anderen aber auch die modernen Naturwissenschaften nicht ausschließen will. Um hier zu einer dynamischen Herz-Lehre zu kommen, helfen die Ausführungen von Prof. Hildebrand und einem der weltweit bekanntesten Anatomen, Prof. Johannes W. Rohen, die er vielfältig niedergelegt hat, weiter.

Soll ein Organ dynamisch betrachtet werden, so ist es hilfreich, die embryonale Entwicklung zu verfolgen. Das Herz entwickelt sich als erste Organanlage (!) im Menschen gegen Ende der dritten Woche. Anfänglich liegt es am vorderen Ende des späteren Kopfes (Angesicht zu Angesicht!) und macht dann einen langsamen caudalen Descensus durch. Es sinkt in den Brustkorb herunter. Nach der Geburt sinkt es noch weiter. Der Herzspitzenstoß ist beim Neugeborenen noch im 3. bis 4., beim Erwachsenen im 5. Interkostalraum zu finden.

Im Herzfeld bilden sich um den neunten Tag herum Bläschen und Stränge von regelmäßiger Gestalt und symmetrischer Form. Diese verschmelzen in einer zweiten Phase zu einem einheitlichen Herzschauch, um dann in einer dritten Phase erneut zu septieren und das rechte und linke Herz zu bilden. Nachdem sich gegen den 21. Tag der erste Herzschlag gebildet hat, kommt es zu einer Umlagerung der oberen Schlauchabschnitte nach unten und der unteren nach oben. Der anfänglich leicht S-förmig geformte Herzschauch besitzt vier Abschnitte mit dem sogenannten Sinus venosus, dem Vorhof, der Kammer und dem Bulbus cordis, aus dem der große Arterienstamm des Körpers hervorgehen wird.

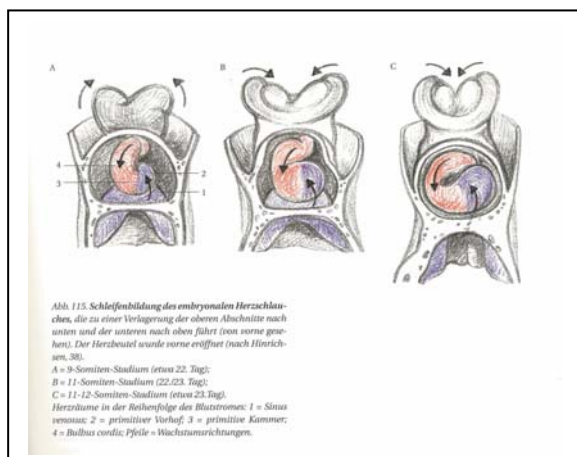


Bild 14 (Aus: Rohen, J.W., Morphologie des menschlichen Organismus, Stuttgart 2000)

Diese Vertauschung der Raumesrichtung von Oben und Unten findet sich in ähnlicher Weise in der Rechts-Links-Dimension wieder. In der Regel ist

unsere tätige und aktive Seite die rechte Seite. Entsprechend sollte man vermuten, dass auch das rechte Herz kräftiger ist als links, genau das Umgekehrte ist aber der Fall. Funktionell gesehen ist die linke Herzhälfte mehr mit der rechten und die rechte Herzseite mehr mit der linken Körperseite verwandt. Auch in der Hinten-Vorne-Richtung ergeben sich überraschende Entwicklungsschritte. Als aktiven Menschen liegt uns mehr der Fortschritt vor Augen und nicht der Rückschritt bzw. nicht die Rücksicht. Entsprechend sollte man aber erwarten, dass das Herz nach vorne ausströmt. Die Richtung des Ausstroms durch die großen Arterien geht aber wieder nach hinten. Alle drei normalen Raumesrichtungen werden also im Herzen in der Entwicklung negiert. Im Herzen finden wir – philosophisch-mathematisch gesprochen – die **Negation des Raumes** (Bild 15).

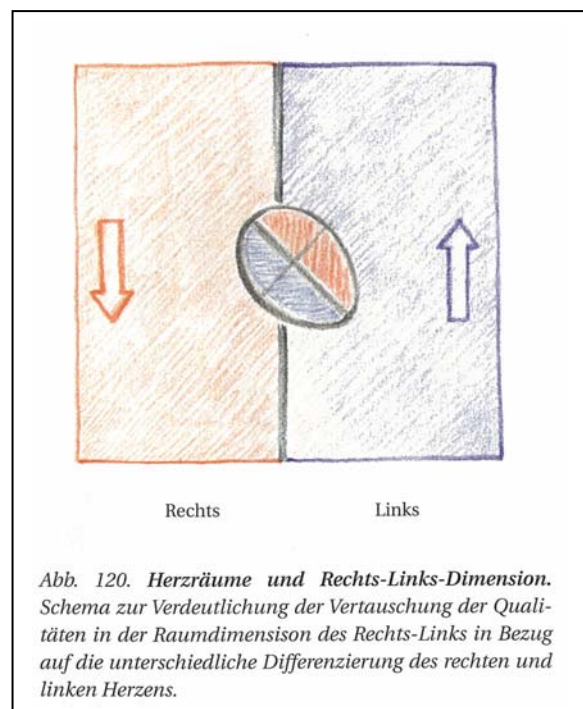


Bild 15 (Aus: Rohen, J.W., Morphologie des menschlichen Organismus, Stuttgart 2000)

Wie steht es dann um die zeitliche Dimension? Wieder zeigt sich hier ein überraschendes Ergebnis. Eigentlich muss man sagen, dass durch die rhythmischen Herzkontraktionen, die ungefähr mit dem 21. Tag anfangen, und die dadurch bedingte Quantelung des Blutstroms, also den Pulsschlag, das Zeitelement überhaupt erst in den Körper hineingebracht wird. Vorher besteht nur reines Strömen (und erst jetzt beginnt wohl auch das individuelle Leben!).

Ähnlich wie der Raum durch die drei Ebenen charakterisiert wird, so die Zeit durch die drei Zeitmodalitäten: Gegenwart, Vergangenheit, Zukunft. Was aber ist das Kennzeichen der Vergangenheit? Erfahrung, auf die ich zurückblicken kann, das Gewordene; vom Charakter her, wenn wir uns beobachten, wie wir die Vergangenheit empfinden – Strömen, reines Strömen. Und was ist Zukunft? Das, was zu dem bisherigen hin-zu-kommt. Dasjenige, was ich am Saum der Zeit schaffe – der Impuls, Im-Puls – die Systole. Und was bedeutet dann Gegenwart? Stille, Innehalten, Konzentration. Im Herzen sind alle drei Zeitqualitäten an einem Ort vereint.

Das Strömen der Vergangenheit, die Konzentration für einen Moment, der Impuls in die Zukunft. Die **Synchronizität** von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft lebt hier und damit eigentlich die **Negation der Zeit**; im Herzen lebt die Ewigkeit.

Sören Kirkegaard hat dieses Gewahrwerden der Ewigkeit wunderschön beschrieben: „Als mein Gebet immer andächtiger und innerlicher wurde, da hatte ich immer weniger und weniger zu sagen und zuletzt wurde ich ganz still.“ Negation des Raumes, Negation der Zeit – dies alles aufgehängt am Venenkreuz des Herzens – Purus intellectus cordis.

Und noch eine dritte wesentliche Funktion findet sich im Herzen. Rohen beschreibt das folgendermaßen: „Bei der Muskelkontraktion schließen sich die Segelklappen so, dass außer kontinuierlichen Blutströmungen ein bestimmtes Blutquantum herausgeschnitten wird. Im Herzen vollzieht sich damit eine Quantelung des Blutes. Da diese Blutvolumen dann durch die Kammerkontraktion in Druck gesetzt wird, springen die Taschenklappen auf und das jeweilige Blutquantum tritt in die großen Gefäße über. Die Notwende, die das Blut macht, die Ausstrombahn, liegt aber nicht in derselben Richtung wie die Einstrombahn, so dass eine Strömungsumkehr erfolgt. Das Herz ist also der Ort, wo sich die Blutströme neu ordnen, von außen nach innen, von innen nach außen. Zieht man nun in Betracht, dass nicht das gesamte Blutquantum ausgestoßen wird, sondern immer ein Teil zurückbleibt und sich mit dem neuen Quantum mischt, so kann man den ganzen Vorgang mit einem **Homöopathisierungsprozess** vergleichen.“

Das Quantum, das das Herz sich aus dem Blut herauschneidet, steht im Verhältnis zum gesamten Blutvolumen ungefähr im Verhältnis 1:100; das, was in der Kammer als Rest verbleibt und sich mit neuem mischt, etwa im Verhältnis 1:10. Das Herz – **ein Homöopathisierungsorgan!** Was aber wird homöopathisiert? Das Blut selbst und damit alle Erfahrungen, die das Blut speichert und zum Herzen trägt.

Hier treffen Raum und Zeit auf die „Ewigkeit“. Das Herz sieht mit den Augen des Geistes auf die Taten der Menschen in Raum und Zeit! Wem dieses alles zu mystisch klingt, der betrachte doch einmal das Herz in seinen Wirbelbildungen konkret im lebendigen Fließen entsprechend den Erkenntnissen der mathematischen Fakultät der New Yorker Universität (http://math.nyu.edu/~griffith/heart_anim/, Bild 16) oder auch die praktischen Veränderungen der Herztherapie in den letzten Jahrzehnten.

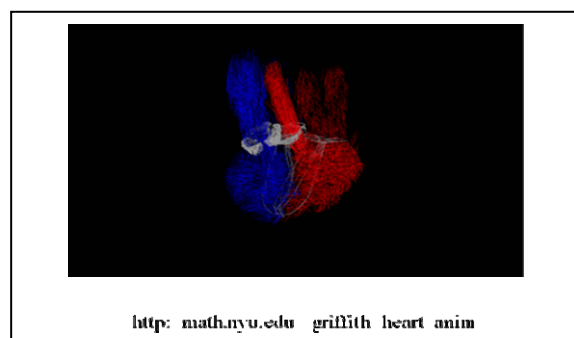


Bild 16

„Die Absage an alle nicht-mechanischen Kräfte in der Medizin hat allerdings auch zahlreiche Widersprüche hervorgebracht. Am deutlichsten zeigt sich das in der Herztherapie. Bei der Behandlung der weitverbreiteten Herzschwäche oder Herzinsuffizienz, einer der Haupttodesursachen in den westlichen Ländern, ließ sich das Pumpprinzip als Grundlage der Herzfunktion nicht verifizieren. Unter der Voraussetzung, dass eine Stärkung des Herzmuskels eine Verbesserung der Pumpkraft und damit eine bessere Blutzirkulation bewirke, müssten herzmuskelstärkende Medikamente bei Herzinsuffizienz eigentlich das Leben verlängern.

Wurden herzmuskelstärkende Mittel wie Digitalisglykoside oder entsprechende synthetische Substanzen jedoch über längere Zeit verabreicht, ließ sich in großen Therapiestudien keine Lebensverlängerung, mitunter sogar eine erhöhte Sterblichkeit beobachten. In der praktischen Medizin hat das Pumpenmodell versagt. Heute ist man dazu übergegangen, die Herzmuskelschwäche mit Arzneimitteln zu behandeln, die nicht primär auf das Herz, sondern z.B. auf das sich außerhalb des Herzens befindliche Flüssigkeitsvolumen einwirken oder paradoxerweise gar die Herzmuskelkraft vermindern (sogenannte Betablocker). In aller Stille hat sich so in der Herztherapie ein pragmatischer Paradigmenwechsel vollzogen.“ (Frank Meyer)

Kehren wir nun zu der qualifizierten Wahl des adäquaten homöopathischen Mittels bei den Herzkrankheiten zurück. Wesentlich ist als Vorarbeit, dass das Paradox der negativen Dialektik des Herzens im Ansatz verstanden wird, denn erst das führt zu einer adäquaten Geist-Seele und Physis verbindenden Therapie!

Denn was ist eigentlich die Krankheit des Herzens?

Das Herausfallen aus der negativen Zeit und den negativen Raum hin zur mechanischen Zeit und in die rein physische Raumeswelt: Drehung zum Linksherz, Rechtsherz; Zeitlich: Herausfall aus dem Rhythmus (De-synchronizität) und Hineinfall in die absolute Arrhythmie.

Rhythmus, das ist die Wiederholung einer ähnlichen Zeitfrequenz, Takt die Wiederholung des genau Gleichen (= Fixierung) und die Arrhythmie ist die reine Willkür (= die Anarchie) ohne Verbindung mit dem Ganzen.

Betrachtet sei nun eine Abbildung von Prof. Hildebrandt zur Übersicht über die Frequenzbereiche von Atem- und Herzrhythmus (Bild 17).

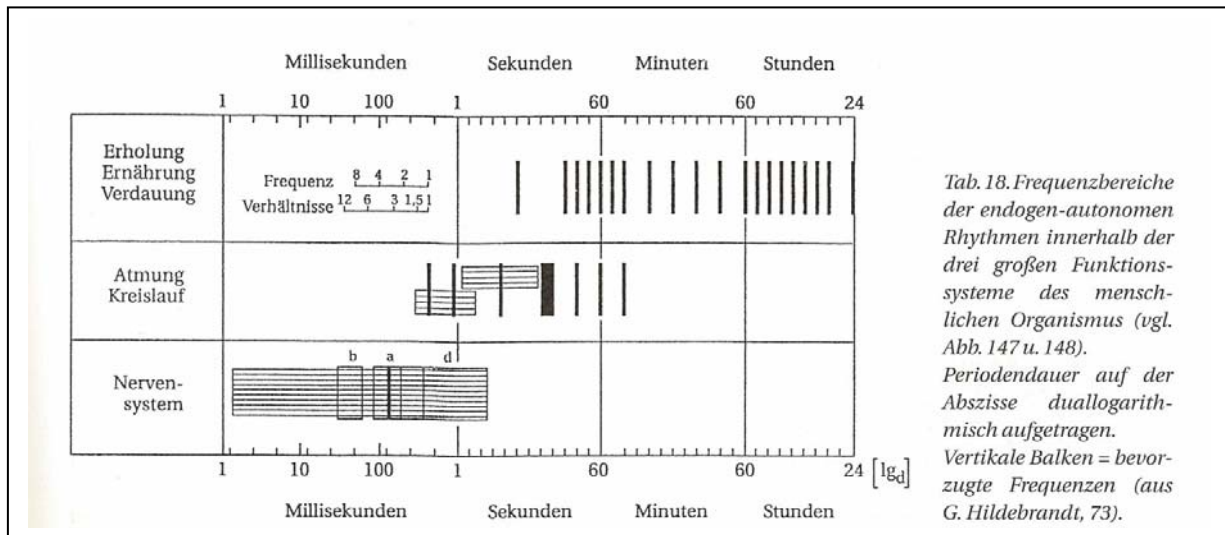
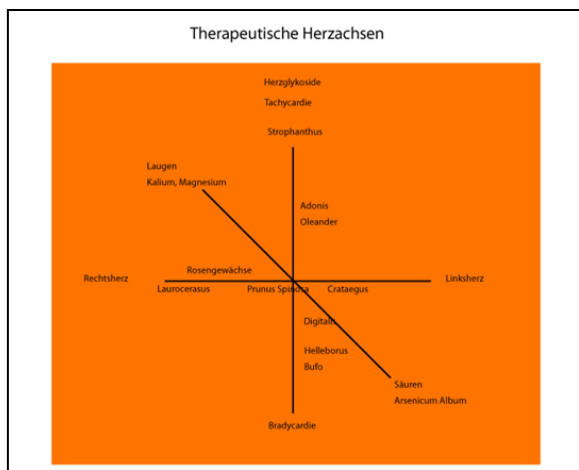


Bild 17

Man erkennt, dass sich der Puls als das Entscheidende, das beim Herzen auch äußerlich wahrgenommen werden kann, mehr in Richtung Stoffwechselrhythmus oder mehr in Richtung Informationsrhythmik verändern kann. Schwerpunkt im Bereich Informationsrhythmus bedeutet aber Pulsationssteigerung in Richtung Kopf; Pulsabschwächung Tendenz zum Stoffwechselrhythmus in Richtung Gliedmaßen. D.h. es lässt sich an der Pulszahl eigentlich schon sehr genau erkennen, wo das Herz sich (funktionell) gerade befindet. Bei der Bradykardie z.B. ist es mehr in Richtung Gliedmaßen, also in die Hose gerutscht. Beim schnellen Schlag des Herzens, beim Schock z.B., ist dem Menschen das Herz in den Kopf gestiegen. Der Kopf pulsiert.

Bradykarde Aktionen des Herzens finden wir oft bei Sportlern und Menschen, die aktiv sind, aber auch im Alter. Tachykardie – Menschen, die sehr nervös sind, unruhig, hastig, hektisch, aber auch kindlich. Das Herz findet also seinen adäquaten Ausdruck im Puls. Und das lässt sich nachlesen in den Arzneimittellehren oder auch im Repertorium unter „Allgemeines – Puls“ oder in der chinesischen Pulslehre, wo allein über die Form des Pulses genaue Unterscheidungen der Erkrankungen getroffen werden. Wichtig: Je schneller das Herz schlägt, desto nervöser und desto wacher – bis zur Angst hin. Und je langsamer der Puls schlägt, desto schläfriger, teilweise auch desto stumpfsinniger. In dieser vertikalen Achse – zwischen Überwachtheit und Stumpfsinn – lassen sich ganz vorzüglich alle uns bekannten **Herzglykoside** einordnen (Bild 18).



Beginnen wir mit Digitalis, dem meistbekannten, meistgebrauchten und missbrauchten Glykosid. Die Hauptnebenwirkung sind bekannt, die Bradykardie, auch die Herzdilatation, das Seufzen, die Schwäche. Auf der anderen Seite, polar zu Digitalis, ist ein Herzglykosid inzwischen kaum noch bekannt, das eine starke Beziehung hat zur Tachykardie, zur Nervosität, ja sogar bis zur Prüfungsangst – Strophanthus, die Nux vomica des Herzens, und nicht umsonst eines der wichtigsten Mittel nach einem Herzinfarkt. Dazwischen lassen sich die anderen Glykoside einordnen. Bei Bufo und Helleborus dominiert der Stumpfsinn, bei Convallaria und Adonis eher die Nervosität, bei Oleander eine Mitte zwischen Verlangsamung und Beschleunigung.

Lässt sich so eine Logik auch finden für die horizontale Ebene? Nun in der Tat: Die horizontale Ebene, das ist die Ebene der Rosengewächse. Man kann die Rosengewächse dahingehend betrachten, welche Anteile der Frucht aus dem Blatt und welche Anteile aus dem Stiel gebildet werden (Göbel). Man sieht dann sogleich eine deutliche Polarität zwischen den Rosengewächsen, wo das Blatt eine wesentliche Rolle für die Frucht bildet, wie z.B. bei den Prunus-Arten, im Gegensatz zu den Arten, wo der Spross die zentrale Rolle spielt, wie z.B. bei den Apfel- und Birnenarten. Das Erstaunliche ist nun, dass die Arten, die mehr vom Blatt gebildet werden, also mehr von den kosmisch empfangenden Organen, dass diese wie z.B. die Prunus-Arten, mehr mit dem rechten Herz verwandt sind, hingegen diejenigen, deren Frucht Sprossabkömmlinge (erdverbundener) sind, wie Apfel und Birne – und dazu gehört auch Crataegus – mehr zum linken Herzen gehörig sind. Laurocerasus ist das beste homöopathische Mittel bei der Rechtsherzinsuffizienz. Prunus spinosa ist hingegen nur wenigen bekannt. Dabei hat es alle wichtigen Symptome einer (Global-)Herzinsuffizienz: starker Urindrang, nächtliches Husten beim Hinlegen, Aszites, Ödeme der Füße, Anasarka. Hingegen ist bei der Linksherzinsuffizienz Crataegus geradezu unübertroffen, insbesondere in der Prophylaxe. Wir haben damit ein Rosen-Glykosid-Kreuz der Therapie.

Und doch, noch eine dritte Achse gilt es zu beachten: die Hinten-Vorne-Dimension. Nach vorne gehen wir: Fortschritt – aggredere – **Aggression**. Und das Aggressive ist insbesondere ausgebildet bei den

Säuren – ätzend. Bezüglich des Herzens sind dieses insbesondere die Fluorsäure (materielle Verhaftung) und auch Arsen, der Geiz. Aber denken Sie auch an Acidum nitricum, wo der Hass eine Rolle spielt. Man kann sagen, diese Ebene ist die Ebene der „Todsünden“: Hass, Geiz, materielle Verhaftung. Immer spielt bei den Säuren auch eine egoistische Tendenz eine wichtige Rolle. Diese Achse korreliert damit mit dem in den 70er Jahren gefundenen psychosozialen Risikofaktor der Typ-A-Personen (Ehrgeiz, Aggressivität, Zeitnot, Rivalität etc.), die ein doppelt so hohes Risiko für einen Herzinfarkt aufweisen als Typ-B-Personen.

Polar zu den Säuren stehen die Laugen für zu rückschrittige, **rücksichtsvolle** Menschen. Das weiß schon der Volksmund. Wir sprechen von ausgelaugten Menschen. Causticum, Kalium. Auch das Bienen Gift stellt eine Lauge dar (vgl. auch Ameisensäure und die Hektik der Ameise gegen das Phlegmatische der Biene).

Wesensverwandt den Laugen ist das Magnesium. Und in der Tat bewähren sich die Magnesium-Metalle und hier insbesondere Magnesium carbonicum außerordentlich häufig bei Herz-Rhythmus-Störungen (Magnesium chloratum: WPW-Syndrom). Man kann geradezu sagen, für Magnesium carbonicum ist eine key-note die Herzrhythmusstörung bei sanften „friedenstiftenden“ Menschen. Umgekehrt, die rücksichtslosen, auf ihren eigenen Vorteil bedachten, mit dem Vorteil aber auch, dass sie sehr gut im Leben dastehen, unsozial; die Fluorverbindungen – Fluor, das sich mit am härtesten mit allen materiellen Bestandteilen verbindet: Fluorkohlenwasserstoffe, Teflon usw. Fluor, das ist aber auch Verhärtung, Exostosen und am Herzen Verkalkungen, im Gesicht Telangiectasien, im Denken die Finanzen, das harte Geld, im Essen das Fleisch im Gegensatz zu dem mehr vegetarisch veranlagten Magnesium. Gelobt sei, was hart macht, aber gegen einen homöopathischen „Weichspüler“ am Herzen ist sicher nichts zu sagen. Übrigens sind Fluor und Magnesium häufig bei (Zahn-)Ärzten angesagt.

Nun, es lässt sich unschwer erkennen, dass diese drei Dimensionen des Herzens es in sich haben – und sie sind für eine sinnvolle Therapie ganz vorzüglich anwendbar. Wo befindet sich der Mensch funktionell? Mehr im Kopf oder im Bauch, mehr in der Vergangenheit (Hinterwand), mehr radikal der Zukunft zugewandt (Vorderwand), mehr linksbetont materiell „vertieft“ oder zu jung geblieben (Rechtsherz)? Ob man das Herz „am rechten Fleck“ trägt, ist tatsächlich von entscheidender Bedeutung.

Und was, wenn die Mitte, das Herz, verloren zu gehen droht, zu schwer wird? Wenn man das Herz nur noch an äußere Dinge verliert? Nun, dann ist zentral an Aurum zu denken, das Gold. Und wieder eine merkwürdige Sache. Aurum – der Tanz um das goldene Kalb. Und was macht Moses in Exodus 32.20? Er packte das Kalb, das sie gemacht hatten, verbrannte es im Feuer und zerstampfte es zu Staub, und den Staub streute er in Wasser und gab es den Israeliten zu trinken. Meines Wissens weltgeschichtlich gesehen die erste homöopathische Kardioversion, allerdings unvollständig, da Moses noch der Begriff der Potenzierung fehlte (die erst durch Golgatha weltgeschichtlich möglich wurde).

Eine weitere Auffälligkeit besteht in der Beziehung des Herzens zu den Farben der Wirklichkeit. „Selig, die reinen Herzens sind, denn sie werden Gott schauen“ oder – moderner – mit dem Kleinen Prinzen gesagt: „Man sieht nur mit dem Herzen gut.“ Was schauen aber die, die vielleicht mit dem Herzen größere Probleme haben? Der Internist Heinrich Bretschneider hat einmal in einem Artikel behauptet, dass Patienten, die einen Herzinfarkt erlitten haben, nicht mehr farblich visualisieren können. Ihre Vorstellungskraft sei grau geworden. Und tatsächlich zeigen ja auch viele Herzgifte eine ganz starke Beziehung zum Farbensehen oder zum veränderten Sehen. Man bedenke nur das Gelbsehen als Vergiftungserscheinung von Digitalis oder auch die modernen Komplikationen von Amiodaron, wo der Augenhintergrund regelmäßig gespiegelt werden muss (Optikusneuritis, Farbhöfe um Lichtquellen), die Komplikationen von Chinidin, die zu Nachtblindheit führen können. Und auch die wichtigsten homöopathischen Mittel, die bei Herzerkrankungen in Frage kommen, zeigen Veränderungen im Sehen. Fast alle Digitaloide haben eine Neigung zum Doppelsehen. Arsenicum album zum Grünsehen, Calcium carbonicum und Kalium carbonicum, aber auch Sulfur und Phosphor sehen den Fleck im eigenen Auge. Arsen klagt unter einer horizontalen Hemianopsie und die obere Hälfte geht verloren bei Nicotiana tabacum. Bei Prunus spinosa besteht eine Ziliarneuralgie und ein Gefühl im Augapfel, als ob er platzen wolle. Denken Sie an Gold und die vertikale Hemianopsie. Die stärksten Veränderungen des Sehens überhaupt, sei es Farbsehen blau, aber auch Trübsichtigkeit usw., finden sich unter China. Doch nicht nur im Sehen erscheint die Qualität des Herzens. Wir finden es auch wieder in der Wortwahl. Es gibt nur ein dreiwertiges Mittel für Unbarmherzigkeit: Digitalis. Und wer kann grausam sein? Arsen, Aurum, Calcium, Kalium, Jodatum, Lachesis. Und wer ist hartherzig und unerbittlich? Kalium iodatum, Laurocerasus, auch Scilla.

Wie auch immer man diese Beispiele fortsetzen wollte – eines ist deutlich zu erkennen: Homöopathie hilft, Theologie und Naturwissenschaft zu versöhnen und die Therapie konkret herzlicher zu gestalten. Immer wieder sagen die Patienten, wenn ich so pharmazeutisch-stoffliche Herzmittel reduziere und durch die homöopathischen und anthroposophischen Medikamente (teilweise) ersetze: „Herr Doktor, jetzt fühle ich mich (seelisch) wieder wohler.“

Kümmel spricht von einem Patienten, einem Professor, der erst nach dem Absetzen von Digitalis wieder frei zu reden vermochte und vorher nur noch vom Blatt ablas. Die seelische und geistige Gesundheit des Herzens wird viel zu sehr vernachlässigt, wir achten nicht darauf. Was hilft es dem Menschen, sein physisches Herz zu retten und er stürbe an seelischer und geistiger Herzlichkeit, ist man fast ketzerisch geneigt zu sagen?

Nun lassen sich die Erfahrungen der Herztherapie aus zwei Jahrhunderten hegelianisch aufheben. Vergangenheit: die Digitaloide, Gegenwart: die Schlangengifte (ACE-Hemmer) und Diuretika, dann bekommt man eine Ahnung, wohin die Zukunft der Herztherapie gehen wird. Und dazu muss man sich – wie gesehen – beim Herzen nur mit den Farben beschäftigen: In Negation der Farbe ins Schwarz und damit absteigend, wird ziemlich sicher alsbald von der Forschung ein neues Herzheilmittel aus dem Bereich

der Spinnengifte entwickelt werden. Homöopathisch helfen die Spinnengifte schon jetzt den Menschen, die ihren Schicksalsfaden nicht mehr zu entwirren zu vermögen, sich verstrickt haben, mehr von Instinkten abhängig sind (häufig auch schwarze Kleidung im Erscheinungsbild). *Aranea diadema*: versteckte Aggression aus Instinkten heraus, nicht aus Überlegungen – und denken Sie auch an den Puls: fadenförmig!

Aufsteigend kommen wir zu einem Edelstein, der alle Farben der Wirklichkeit und des Herzens in sich vereint: dem Turmalin. Der Turmalin hat wieder mehr das Laugenhafte, das Um-andere-besorgt-sein-Wollende und er hat den Segelklappenstern in sich (daher wohl auch die Faszination von einer bestimmten Automarke!), er verbindet das Herz neu mit seinen spirituellen Impulsen. Turmalin ist ein Aschenzieherstein, er reinigt das Herz von allen Aschen. Und Rubellit (roter Turmalin): in der eigenen AMP Schmerzen im 2. ICR rechts (also über der Aortenklappe!) und „Erzieher“ zur Sanftmut!

Das Herz ist wirklich etwas Besonderes und tatsächlich das entscheidende Kriterium des Menschseins, sowohl für das individuelle Leben als auch für den individuellen Tod. Denn wo findet sich die „Todesangst“ in massivster Form? Nach einem Schlaganfall? Nein. Bei der Krebserkrankung? Nur bedingt. Nein, bei den Herzerkrankungen! Und insofern bleibt auch bis auf weiteres jede Herztransplantation eine Angelegenheit für die höhere Justiz.

In den Upanishaden, der ältesten Weisheitsdichtung der Menschheit, steht geschrieben: „Wird der Leib schwach und scheinbar bewusstlos, dann taucht der Sterbende, während er seine Kräfte einzieht, hinab ins eigene Herz. Weder denkt er, noch erkennt er, und nun wird die Spitze des Herzens, wo die Nerven zusammenlaufen, vom Licht des Selbst erleuchtet, und geführt von diesem Lichte verlässt der Sterbende den Leib.“ (zitiert bei Reiter) Der Herztod, das ist die Erleuchtung, die allen Menschen zuteil wird.

Was hilft Ihnen homöopathisch bei diesen Patienten, die für eine Herztransplantation vorgesehen sind oder nach Herzoperationen nicht mehr wach in die Sphäre von Raum und Zeit zurückkehren: Anhalonium!

Dazu zwei Fallgeschichten:

FALLBEISPIEL 1

83-jährige Patienten, die vor vier Jahren eine Bioprothese implantiert bekam und aktuell aufgrund einer Schenkelhalsfraktur in der Klinik aufgenommen wurde. Postoperative Wundheilung per primam. Mobilisation unter Vollbelastung, anfänglich deutlich erschwert infolge einer schon vorbestehenden Demenz.

An weiteren Vorerkrankungen besteht ein Zustand nach Herzklappenersatz mit einer Bioprothese aus dem Jahr 2002. Seither ist sie körperlich und geistig stark verzögert durch das vorliegende hirnorganische Psychosyndrom, insbesondere sieht sie seit der Herzklappenoperation „Gespenster, weiße Gestalten, die sich um ihr Bett oder ihren Stuhl stellen“. Ansonsten sei sie immer recht gesund gewesen.

Verordnung

Anhalonium D6 als s.c. Injektion 1x tgl über eine Woche.

Verlauf

Hierunter war schon nach wenigen Tagen ein komplettes Sistieren dieser Symptomatik zu vermeiden. Drei Monate später bestellten die Angehörigen noch einmal drei Spritzen, da sie wieder weiße Gestalten sehe. Erneut rasche restitutio.

FALLBEISPIEL 2

77-jähriger Patient mit koronarer Zwei- bis Dreifäßerkrankung, HOPS sowie einer COPD

Anamnese

Bei einer Herzkatheteruntersuchung fand sich eine Zweifäßerkrankung. Diese wurde mit einer Koronarrevaskularisierung, der Anlage eines ACVB und einer Anastomisierung der linken Arteria mammaria auf den Ramus interventricularis anterior operativ versorgt. Die Operation verlief komplikationslos. Ein postoperatives passageres Vorhofflimmern konnte medikamentös konvertiert werden. Postoperativ Ausbildung eines HOPS (hirnorganisches Psychosyndrom, besser aber herzorganisches Psychosyndrom), das auch bei Entlassung persistierte.

Psychischer Befund

Bei der Aufnahme war eine eigentliche Kommunikation nicht möglich, **der Patient wirkte fahrig und ohne jegliche Orientierung zu Zeit und Raum.**

Verordnung

Anhalonium D6 s.c. 1x tgl über 1 Woche sowie Misteltherapie mit der Weißdornmistel

Verlauf

Patient kam mit noch bestehender Schwäche und einem prolongierten HOPS. Schwere Verwirrheitszustände insbesondere zur Nacht, in denen ihm frühere nicht verarbeitete Trennungs- und Todeserlebnisse nahestehender Angehöriger vor Augen standen. Kardial klagte er über eine linksthorakales Ziehen, wobei sich in den Kontroll-EKGs keine Veränderungen ergaben. Im Verlauf schnelles Aufklaren des Patienten und von Woche zu Woche stetige Besserung der Hirnleistung. Bei Entlassung zeigte er sich komplett geordnet und leistungsfähig.

Konsequenz

Soll der Anschluss an Raum und Zeit im Herzen wiedergefunden werden, dann ist an Anhalonium unbedingt zu denken.

Literatur

Bavastro P, Kümmel HC (Hrsg.): Das Herz des Menschen, Stuttgart 1999.

Condrau G, Hahn S, Meinhold WJ (Hrsg.): Das Herz, Rhythmus und Kreislauf des Lebens, Zürich und Düsseldorf 1997, hierin enthalten auch der Beitrag von Reiter.

Benesch F: Der Turmalin, eine Monographie, 3. Auflage, Stuttgart 2000.

Göbel T: Die Pflanzenidee als Organon, Niefern-Öschelbronn 1988.

Hildebrandt G: Zeiterleben und Zeitorganismen des Menschen, zitiert bei Cramer A, Herzensklänge. In: Condrau G et al. (Hrsg.), Das Herz, Rhythmus und Kreislauf des Lebens, Zürich und Düsseldorf 1997.

Meyer F: Und es ist doch keine Pumpe! Wunderorgan Herz. In: info 3, Nr.7-8, Juli-August 2007.

Rampold V: Anhalonium lewinii und Meskalin, Ruppichter-roth 2001.

Rohen JW: Morphologie des menschlichen Organismus, Stuttgart 2000.

Teil III:

Erkrankung mit Dominanz eines Übermaßes an „embryonalem Fremdleben“: das Karzinom



Das Karzinom lässt sich lebendig begreifen, wenn es als eine Art „Übermaß“ an Leben im Alter verstanden wird, oder noch pointierter ausgedrückt, als eine Art Schwangerschaft am falschen Ort zur falschen Zeit. Alle heute bekannten pathologischen Hinweise lassen sich unter diese Begrifflichkeit subsumieren (z.B. Carcino-**Embryonales**-Antigen, anaerobe Glykolyse usw.). Theologisch betrachtet stehen wir exakt bei dieser Erkrankung in dem Bereich der modernen „Dämonenaustreibung“: Bei keiner anderen Erkrankung ist schon die Begrifflichkeit davon gesättigt („böseartig“) und auch die Therapie erinnert an ein modernes „Exorzistentum“: Behandlung der Erkrankung durch die Onkologen mit allen Mitteln auf „Teufel komm raus“. Nun stellte sich auch hier die Frage, was lässt sich im „menschlichen Maße“ tun?

Seit gut 80 Jahren steht hier eine Pflanze im Vordergrund, und das ist die auf Rudolf Steiner zurückgehende Misteltherapie. Nur wurde eben bisher viel zu wenig bedacht, dass die Mistel eine Art „embryonal“ gebliebenen Baum darstellt und sich vom Wirtsbaum in einem hohen Maße ernährt! Damit aber **muss** eine potenzierte Arznei von der Eschenmistel eine andere Wirkung haben als eine potenzierte Mistel von der Weide. Das lässt sich durch meine Forschungen der letzten Jahre tatsächlich bestätigen und mehr und mehr konkret belegen.

Als ein Beispiel sei hierzu auf die Esche gewiesen (ausführlich zur Esche in dem aktuellen Artikel im Merkurstab sowie in meinen Mistelbüchern):

Die Eschenmistel

Betrachtet man das ärztliche Feld der Therapie, so gilt es als erstes, den Gedanken, dass jede Mistel einen vom Wirtsbaum geprägten Kraftimpuls in sich trägt, zu verifizieren.

Das bedeutete in meinem Fall, dass ich in einem ersten Schritt zur Selbstprüfung schritt und einfach an

Leib und Seele beobachtet habe, was sich durch die Injektion an mir selbst in den Tagen danach veränderte, also ein den homöopathischen Arzneimittelpfahrungen analoges erstes Vorgehen. In einem weiteren Zirkelschluss müssen dann diese Erfahrungen sich auch in der Umwelt zeigen lassen, um zunehmend dann speziellen Beziehungen zu den typischen Organen und Krebsformen zu weichen.

Die Mistel von der Esche

Eigene Arzneimittelpfprüfung mit Abnoba fraxini D10

1. Tag: Schmerzen in der linken Ferse am Abend, wie von einem langen Marsch.

2. Tag: starker „Muskelkater“ insbesondere der Beine. Gefühl im Kopf wie von einer durchzechten Nacht. Müdes Gefühl in den Füßen. „Zerschlagenheitsgefühl“. Taubheitsgefühl im linken Daumen medialseitig, später auch an den Fingern.

Stärkste Erschöpfung, sodass ich den ärztlichen Dienst abbrechen musste (zum bisher einzigen Mal in meinem Leben) und mich zu Hause ins Bett legte. Äußerliches Hitzegefühl um die Beine herum. Starkes Gespür für das eigene Knochengestell von den Hüften abwärts. Verzweiflung darüber, dass ich sowohl in der Klinik wie zu Hause dringend gebraucht werde und mich nicht teilen kann.

4. Tag: leichtes „Sticheln“ in den Fingern der linken Hand.

Man erkennt hier deutlich Beziehungen zum chronic fatigue syndrome, konnte hier aber auch die von Alters her bekannte Beziehung der Esche zu „müden Füßen“ bzw. die „chinaartige“ Wirkung deutlich erkennen.

In einem zweiten Schritt suchte ich nun derartige Symptome bei Patienten wiederzufinden. Das gelingt manchmal nicht ohne Rückschläge, aber auch aus diesen lässt sich viel lernen.

FALLBEISPIEL

In der Behandlung einer 65-jährigen Patientin, mit **Multipler Chemikalienunverträglichkeit (MCS)** bezeichnet, kam ich mit Cichorium Plumbo cultum D3 und anderen gezielt eingesetzten Medikamenten nicht wirklich entscheidend weiter. Daraufhin erfolgte die Injektion mit Abnobaviscum fraxini D10.

Bei der Wiedervorstellung 2 Wochen später berichtete sie von folgenden Erlebnissen:

Schon wenige Stunden nach der Injektion kam es zu starker innerer und äußerer Unruhe mit starken Muskelschmerzen und einem Gefühl, als ob es ihr die Beine wegzieht.

Am nächsten Tag musste sich die Patientin mit einem Taxi nach Hause fahren lassen, da sie nach einer Wegstrecke von 1 km völlig erschöpft war und keinen Schritt weiter zu gehen vermochte.

Also eine durchaus beeindruckende Wirkung, die zwar bezüglich ihrer Erkrankung keine Besserung erbrachte, meine eigenen Symptome der Arzneimittelpfprüfung aber bestätigte.

Eine weitere Präzisierung auf dem Weg zu einer „Typusbildung“ stellte die Fallschilderung des Homöopathen Andrei Golovadiouk dar.

Zum Thema „Differenzierte Misteltherapie“ möchte ich folgenden Fall schildern:

FALLBEISPIEL

Ein großgewachsener Patient, 55 Jahre, mit Gicht, Rückenschmerzen und chronischer Bronchitis, wurde von mir in den letzten 1,5 Jahren erfolgreich mit Kalium carbonicum behandelt. Es ging ihm ganz gut bis zu einer Nacht vor 4 Wochen, in der er einen schrecklichen Traum hatte. Es war eine grausame Geschichte mit Polizei (mehr wusste er nicht). Nach dieser Nacht war er seelisch am Boden, ganz kraftlos, überfordert, meinte, er hat sich die ganze Zeit nur der Arbeit und den Umständen geopfert, jetzt ist er aber am Ende.

Ich schaue im Repertorium: „Träume - Polizei“ – 11 Mittel, davon ein guter alter Eintrag von Allen – Fraxinus americana also die Esche (DD: Bamb.). Dazu noch Gicht des Patienten (da empfiehlt Rademacher europäische Esche Fraxinus excelsior) und die Mittelwahl wird klar.

Der Patient bekommt einmalig C30 und heute (nach 3 Wochen) berichtet er mir, dass es ihm seelisch viel, viel besser geht, dafür hätte er aber mehr Schleim im Hals.

Erstaunlicherweise hat mich der Fraxinus-Patient eine weitere Woche später wieder aufgesucht und zwar wegen eines neuen Symptoms, nämlich (jetzt wird es spannend!) wegen eines Entzündungs- und Knotengefühls in der linken Brust mit dem lokalen Schmerz beim Druck. Er fragte mich, ob die Männer in diesem Bereich auch die entsprechenden Drüsen haben und wollte, dass ich die Brust abtaste (es war eine leichte Schwellung zu spüren!). Psychisch geht es ihm nach wie vor ganz gut.

Im weiteren Verlauf zeigte sich bei diesem Patienten zwar wieder eine allgemeine Verschlechterung des körperlichen und seelischen Zustandes. Was sich aber deutlich gezeigt hat, ist eben dieses neue Symptom: „Druckschmerz und Schwellung der li. Brustdrüse“. Man kann annehmen, dass es sich dabei um ein Prüfungssymptom handelt, was nochmals die Affinität von Esche zur Brust (auch zur männlichen Brust!) bestätigt.

Diese Beziehung der Esche zum Mammakarzinom scheint bisher kaum bekannt zu sein. Es wird sich in den weiteren Falldarstellungen als absolut notwendige und sinnvolle Indikation ergeben.

Um nun mein Vorgehen in dem nächsten Fall verständlich zu machen, sei hier kurz die zentrale Stelle von Rudolf Steiner bezüglich der Pathogenese des Brustkarzinoms referiert:

„Nehmen Sie einen ganz konkreten Fall. Bei einem starken physischen Insult, sagen wir bei einem Stoß auf die Brustdrüse, setzt sich der Stoß nach innen so fort, daß er innerhalb der Haut – grob gesprochen – einen Wirkungsverlauf zeigt, der von außen seinen Ursprung hat, – also ein mechanischer Insult, der sich nach innen fortsetzt. Für einen Brustkrebs wird dies in den meisten Fällen der wirkliche Ursprung sein. Es könnte nur noch ein längerer Überhitzungs- oder ein Verbrennungsprozess sein. Immer wird es in dem Sinne – äußerlich gesprochen, wie ich es hier anführe – ein Insult sein, der das herbeiführt. Nun tritt in diesem Falle das ein, was sehr stark an der Stelle den Astralleib erscheinen lässt, der sonst absorbiert ist vom Ätherleib. Wenn der Astralleib plötzlich an der Stelle erscheint, dann zeigt er sich in, ich möchte sagen, Glimmerlicht; er tritt auf, wie wenn er brennen würde. Wird er so bemerkbar, dann hat man an der Stelle die Tendenz zur Bildung einer Sinneswirkung,

da entsteht ein Karzinom.“ Da ist es nicht eine Frage, dass man mindestens mit den sieben ersten Impfungen beginnen kann.

FALLBEISPIEL

Der 6-jährige Sohn einer 40-jährigen Patientin hatte mit seinem Fuß unbeabsichtigt gegen ihre rechte Brust getreten. Darauf entstanden starke Schmerzen und das Gefühl, als ob sich eine Verbindung in der Brust löst, dann eine Art Glühen und das Gefühl eines kleinen Knotens, der sich bildet, den sie nicht mehr als eigenen empfinden kann. Also exakt die Krebsgenese nach Steiner durch Stoß bei Mamma-Karzinom.

Nun bin ich bei diesem klassischen Typus Eschenmistel (entschiedene Aufopferung für die Familie und den Beruf bei hohen religiösen Ansprüchen) gleich zur Injektion mit Fraxini D10 gegangen. Schon nach der ersten Injektion wurde der Knoten an der rechten Brust als kleiner empfunden und es trat paradoxer Weise eine starke Wirkung auch auf die linke Brust ein, die die Patientin stark spürte.

Bei der 2. Injektion 1 Woche später fand sich eine ähnliche Wirkung. Dabei bestand insgesamt gesteigertes Wohlbefinden. Nach der dritten Injektion trat im direkten Anschluss das aufsteigende Gefühl wie von einer Migräne zum Kopf auf, dann starke Brustschmerzen links und ein wärmendes Empfinden für ihre Gebärmutter. Es drehte sich im Unterleib wie eine Spirale. Im Bereich der Wirbelsäule traten nach den Injektionen Verspannungen zwischen den Schulterblättern auf, „wie von einem Speer“ oder von einer Faust, die da hereindrückt.

Im weiteren Verlauf als Heilwirkung empfand die Patientin sich ruhiger, weniger hektisch und mehr in sich selbst ruhend. Nach jeder Injektionen fühlte sie sich am 2. Tag „sehr dankbar“. Ein Zustand, der einige Tage anhielt und intensiv gespürt wurde.

Mamma und Gebärmutter (2x die Mutter!) scheinen doch ganz entscheidende Kriterien der Mittelwahl für diese Mistel zu sein!

Das bestätigt sich dann auch in der täglichen Praxis. Nehmen wir dazu die Falldarstellung einer Kollegin, den sie mir vorstellte.

FALLBEISPIEL

45-jährige Patientin mit Mammakarzinom links pT2G2 pN0, Mx Bei der Patientin war bei o.g. Diagnose vor drei Jahren eine Operation erfolgt. Den Knoten hatte sie selbst ertastet. Seither fühlt sie sich trotz einer Misteltherapie mit Iscador Mali müde und schlapp.

Nach einem Vortrag von mir wechselte die Kollegin bei der Patientin von der Apfel- auf die Eschenmistel. Schon nach wenigen Injektionen fühlt diese sich wohler, sie friert nicht mehr, hat Kraft gefunden, ist auch psychisch stabiler geworden. Sie kam erst jetzt (durch die Eschenmistel!) aus ihrer Traurigkeit heraus.

Sie lebt alleine. Dreizehn Jahre umsorgte sie ihren Ehemann und war parallel als Sozialarbeiterin tätig. Der Vater war an einem Darmkarzinom gestorben. Es besteht eine schwierige Beziehung zur Mutter. Die Patientin wirft ihr Lieblosigkeit vor. Sie konnte inzwischen aber Frieden mit ihrer Mutter schließen. Sportliche, attraktive Frau mit blonden Haaren.

Ähnlicher Krebsort und Typ auch bei der nächsten Fallgeschichte, vor allem aber auch ihre beeindruckende Fähigkeit zur Fiebererzeugung.

FALLBEISPIEL

41-jährige Patientin mit einem invasiven duktalem Mamma-CA rechts außen unten G1, pT1c, N0 (0 von 8), M0, L1, V0, R0. Östrogen-Progesteronstatus stark positiv Her 2, neu score 1+, BET, Axilladisektion rechts, subkutane Mastektomie mit Implantateinlage, rechts thorakale Schmerzen im Bereich der Latissimusplastik, psychovegetativer Erschöpfungszustand postoperativ, Ein- und Durchschlafstörungen postoperativ. Die Patientin war an der rechten Brust erkrankt, zunächst einen ganz kleinen tastbaren Knoten, der dann innerhalb von wenigen Wochen auf die 3-fache Größe anwuchs. Postoperativ traten starke Schmerzen auf. Ein Schwellungszustand der rechten Brustseite persistierte. In der Familie sind keine Krebserkrankungen bekannt. Auf eine Misteltherapie mit Iscador mali, später auch Helixor A, reagierte sie mit Rötung und Schwellung. Seit den Mistelinjektionen ist sie bewusster geworden, sie kann auch öfters mal „Nein“ sagen. Gleichwohl ist sie weiterhin sehr schnell und stark erschöpft, die Schwellung im Bereich der rechten Brust blieb unverändert.

Sieben Jahre zuvor hatte sie zwei Abgänge im dritten bzw. fünften Monat zu betauern gehabt. Ein erwachsener Sohn. Nach den Abgängen bestanden Platzängste und eine Agoraphobie. Nach einer Hyperthermiebehandlung bekam sie wieder ihre alten Kopfschmerzen von der Halswirbelsäule zum Kopf hoch zur Stirn gehend, pulsierend. Eine homöopathische Behandlung war in einer Münchener Klinik mit Sepia erfolgt. Brünnette, aktive, freundliche, zugewandte Patientin von ca. 160 cm Größe.

Verordnung

Abnobaviscum fraxini D6 2x/Woche sowie Ferrum silicicum comp WALA 1x tgl 5 Globuli aufgrund der Neigung zu Aborten, der persistierenden Erschöpfung bei eher sportlichem Habitus.

Verlauf

Bereits nach den ersten Injektionen fühlt sie sich wohler und kräftiger. Auch könne sie jetzt ihre Brust wieder mehr spüren. Im weiteren Verlauf tritt einen Monat später nach einer Injektion 40° Fieber auf, dabei ge-schwollener, knallroter Bauch mit starken brennenden Schmerzen und dem Gefühl einer Glieder Grippe. Die heftigen Reaktionen nach den Injektionen halten auch die weiteren Monate an. Die Schwellungen an der Brust bilden sich zurück und sind nach einem Jahr nicht mehr zu erkennen. In den nächsten Jahren bleibt sie stabil. Kopfschmerzen treten nicht weiter auf.

Typus

Die Eschenmistel eignet sich am besten für sportliche, schlanke Frauen mit männlicher Komponente. Das Bild ähnelt dem bekannten homöopathischen Sepia, teilweise auch dem China-Typus. „Eschenmenschen“ vermögen über eine lange Zeit (wie die Weltenesche fast die ganze Welt) zu tragen, sie sind freundlich und der Familie wie der Umwelt zugewandt. Ohne sich selber in den Mittelpunkt zu stellen, dienen sie, sind extrem belastbar und flexibel in ihrem Wesen und bei der Umsetzung von Aufgaben. Eschenpatienten besitzen eine hohe Fähigkeit zur Opferkraft und stellen sich für die Aufgaben anderer zur Verfügung. In der Moderne finden sich hier viele Frauen, die parallel arbeiten und Familienpflichten übernehmen.

Durch Überforderung (Gabelung in zwei Aufgabenbereiche) bzw. durch das parallele Ausfüllen von beruflichen und häuslichen Pflichten, kommt es zu Erkrankungen. Im Vordergrund stehen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane, insbesondere des Uterus sowie muskuläre Erscheinungsformen des Rheuma (Weichteilrheumatismus). Störungen des Hormonhaushaltes. Karzinome des Uterus und besonders auch der weiblichen Brust.

Ebenso ist die Eschenmistel bei allen Krebsformen wirksam, bei denen ein Mangel an Kraft im Vordergrund steht und/oder man noch mit seinem Schicksal hadert (Nemesis). Entsprechend ist die Eschenmistel mit Gewinn zu Beginn einer Misteltherapie nach Operation, Chemotherapie und anderen Eingriffen einsetzbar. Fast regelmäßig lässt sich die Erfahrung machen, dass die Eschenmistel die Kraft schnell steigert. Gerade bei Patienten, die sehr erschöpft sind und denen es an Kraft fehlt, kann man mit der Eschenmistel Verbesserungen und auch Heilungen erzielen.

Literatur

Sommer M, Soldner G: Die Mistel und ihre Wirtsbäume. In: Anthroposophische Medizin in der Praxis 2, 1. Kapitel, Natur-Mensch-Verlag Bad Boll 2002.

Steiner R: GA 314, Physiologisch-Therapeutisches auf Grundlage der Geisteswissenschaft, 318, Dornach 1989.

Wilkins J: Misteltherapie, Differenzierte Anwendung der Mistel nach Wirtsbäumen, Stuttgart 2006.

Wilkins J, Böhm G: Misteltherapie bei Krebs, Die sanfte Revolution, München 2006.

Wilkins J: Die Esche. In: Der Merkurstab Heft 1, 2008.

Wilkins J, Sommer M, Soldner G, Teut M: Die Behandlung des Fibromyalgiesyndroms mit Weidenmistelextrakten. In: Der Merkurstab 2005: 58 (4): 264-272.

Wilkins J: Die Weidenmistel beim Blasenkarzinom. In: Der Merkurstab, Heft 5, 2007, 446-449.

Dr. med. Johannes Wilkins

In der Alexander von Humboldt Klinik in Bad Steben einerseits als Oberarzt für Homöopathie und anthroposophische Medizin tätig, andererseits in Privatsprechstunde in der Klinik. Schwerpunktpraxis für komplementärmedizinische Onkologie, neurologische Leiden wie MS, Parkinson und Apoplex, chronische Rückenschmerzen und Asthma und andere Atemwegsleiden. Vita: Studium der Theologie (Marburg und Tübingen). 1987 Heilpraktikerausbildung. 1988-1995 Studium der Humanmedizin in Erlangen. Seit 1998 Zusatzbezeichnung klassische Homöopathie. Seit 1998 interne Anerkennung „anthroposophische Medizin“. Seit 2002 Fortbildungsermächtigung Homöopathie. Seit 2002 Mentor für anthroposophische Medizin. Seit 2005 im erweiterten Vorstand von Natur und Medizin, dem Trägerverein der Carstens-Stiftung.

- Kontakt: dr.wilkins@humboldtlinik.de
- Alexander von Humboldt Klinik: www.humboldtlinik.de
- Natur und Medizin: www.naturundmedizin.de



