

Deutscher Zentralverein  
homöopathischer Ärzte

Europäisches Institut für  
Homöopathie (InHom)



8. Internationaler Coethener Erfahrungsaustausch (ICE 8)  
20. – 22. November 2008 in Köthen (Anhalt)

## **Schwere Pathologien: Kasuistik und Fallmanagement**

Gerhard Bleul, Christine Doppler und  
Angelika Gutge-Wickert (Hrsg.)  
Dokumentation der Kongressbeiträge

Schriftenreihe des  
Europäischen Instituts für Homöopathie (InHom)  
Köthen (Anhalt) 2010

## Impressum

Europäisches Institut für Homöopathie (InHom)  
Wallstraße 48  
06366 Köthen (Anhalt)  
Mail: [dialog@inhom.de](mailto:dialog@inhom.de)  
Web: [www.inhom.de](http://www.inhom.de)

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

© InHom. Köthen (Anhalt): Mai 2010.  
Ausnahmen im Copyright sind an den  
entsprechenden Stellen angegeben.

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](http://www.homoeopathie-stiftung.de)

# Inhalt

- **Einleitung**

- 3 *Gerhard Bleul*  
Bericht über den Kongress

- **Kasuistiken: Schwere Organpathologien**

- 5 *Gabriele Mengen*  
Kasuistik eines insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ II
- 11 *Martin Bündner*  
Schwere Organpathologien – Diabetes mellitus
- 17 *Ina Chammah*  
Morbus Basedow homöopathisch behandeln
- 25 *Claudia Stephan*  
Behandlung eines Jungen mit Hallervorden-Spatz-Syndrom (HSS)

- **Kasuistiken: Homöopathie bei Krebserkrankungen**

- 27 *Heinz Huber*  
Homöopathie und Krebs – Möglichkeiten und Schwierigkeiten

- **Kasuistiken: Neurologie und Psychiatrie**

- 35 *Almut Mehl-Przibylla*  
Multiple Sklerose homöopathisch behandeln
- 47 *Dietrich Braun*  
Ein Fall von multipler Sklerose – Phellandrium
- 53 *Marco Righetti*  
Paranoide Schizophrenie mit zunehmender Chronifizierung

- **Im Brennpunkt:  
Die homöopathische Falldokumentation – Impulsvorträge zur  
wissenschaftlichen Arbeit in der Homöopathie**

- 59 *Curt Kösters*  
Falldokumentation als Teil eines homöopathischen Dokumentationssystems
- 63 *Thorsten Stegemann*  
Strukturierte Fallaufnahme und vergleichende Begleitdokumentation  
in der Klinik
- 65 *Michael Teut*  
Ist Homöopathie wirksam? Kausalität am Einzelfall belegen
- 67 *Carl Rudolf Klinkenberg*  
Die Kasuistik als Weg zur Verifikation

- **Konsensuskonferenz Falldokumentation**

- 71 *Gerhard Bleul*  
Grundsätze und Elemente der Falldokumentation: Konsensus aus  
drei Konferenzen von DZVhÄ und InHom

- **Anhang**

- 82 Programm ICE 8
- 83 Übersicht ICE 1 bis ICE 10: Themen und Termine



Gerhard Bleul

## Bericht über den Kongress\*

**Schwere Pathologien: Kasuistik und Fallmanagement – ein interessantes Kongressthema lockte rund 80 Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Köthen ins neue Veranstaltungszentrum am Schloss. Angelika Gutge-Wickert, Koordinatorin des 8. Internationalen Coethener Erfahrungsaustausches (ICE 8), hatte ein ganz besonderes Programm zusammengestellt mit bekannten und weniger bekannten Referentinnen und Referenten, alle sehr erfahren in der homöopathischen Praxis – mit großem persönlichem Engagement.**

**Gabriele Mengen** eröffnete die Tagung mit einem Fall von Diabetes mellitus. Eine 70-jährige Frau entwickelte nach einer Cortison-Injektion ins Schultergelenk einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus. Nach der Gabe von *Carcinosinum* C 200 konnte die Insulindosis schnell reduziert und nach 14 Tagen abgesetzt werden. Die ehemaligen Schmerzen am rechten Oberarm traten noch einmal kurz auf und verschwanden dann. Erst nach fünf Jahren erschien die Patientin wieder mit erneut erhöhten Blutzuckerwerten. Eine erneute Gabe von *Carcinosinum* hatte keinen Effekt mehr, die Anwendung von *Acidum aceticum* Q1 konnte nicht verfolgt werden, weil die Patientin nicht mehr erschien. Ausführlich wurde die Frage diskutiert, ob der vorübergehende Erfolg überhaupt auf das homöopathische Mittel zurückgeführt werden kann, ob es sich letztlich um eine Unterdrückung gehandelt hat und welche Schwierigkeiten entstehen, wenn der Behandlungsauftrag eingeschränkt wird.

**Martin Bündner** berichtete über einen Fall von akut entgleistem Diabetes mellitus, den er auch in der AHZ publiziert hatte (*Sulfur* half schnell nach der Notaufnahme im Krankenhaus), und einen Diabetes-Fall von Clemens von Bönninghausen aus dem Jahr 1858. In dieser Publikation nannte Bönninghausen das *Aluminium metallicum* ein „Hauptmittel“ des Diabetes mellitus. 150 Jahre später ist dies weder verifiziert noch widerlegt, die homöopathische (Mit-)Behandlung des Diabetes steht auf sehr wackligen Beinen.

**Ina Chammah** stellte einen Fall von Morbus Basedow vor, einer Autoimmunerkrankung mit gravierenden Augen- und Allgemeinsymptomen, welche konventionell mit Thyreostatika über 12 bis 18 Monate behandelt wird. Die 35-jährige Patientin hatte einen sieben Wochen alten Säugling, den sie voll stillte. Die Diagnose wurde schon vor einem Jahr festgestellt, Beschwerden bestanden schon ein weiteres Jahr davor. Die begonnene Carbimazol-Therapie wurde in der Schwangerschaft abgesetzt, nach der Entbindung wurde die Hyperthyreose wieder manifest, Carbimazol sollte wieder eingenommen werden, weshalb der Patienten zum Abstillen geraten wurde. Dies wollte die Patientin nicht, daher kam sie zur homöopathischen Ärztin. Die Anamnese deckte eine jahrzehntelange Trauerreaktion auf. Der Morbus Basedow begann mit einem Infekt mit schmerzhaften Lymphknotenschwellungen an Hals und Leiste und großer Müdigkeit, die auch nach Thyreostase anhielt. Schon vier Tage nach der ersten Gabe *Iodum* C 200 trat Besserung ein, die trotz einer verfrühten Wiederholung der Gabe fortschritt und acht Jahre anhielt.

Einen sehr eindrücklichen Bericht über die Behandlung eines 7½-jährigen Jungen mit Hallervorden-Spatz-Syndrom gab **Claudia Stephan**. Diese Krankheit, die vor allem das Gehirn betrifft, wird autosomalrezessiv vererbt und geht mit Dystonien und Apnoen einher. Die Mittelwahl gelang mit den folgenden Symptomen: Vergiftung mit Eisen, Krämpfe, Faustballen; Konvulsionen nach Schlafmittelmissbrauch, nach Ärger und Verdruss; Asthma begleitet von Krämpfen und Spasmen; Verschlimmerung durch Alleinsein. *Cuprum metallicum* LM 6 wurde in Form von Globuli jeden 2. Tag gegeben, nach einer Woche wegen mangelnder Reaktion täglich, dann 3x täglich 3. Schon fünf Tage später konnten die Benzodiazepine auf orale Gabe umgestellt und im weiteren Verlauf ganz abgesetzt werden. Der Junge wurde zufriedener, begann zu lachen, konnte den Schleim selbstständig abhusten. Als nach sechs Wochen eine leichte Verschlimmerung auftrat, wurde auf *Cuprum* LM 18, 3x 3 gewechselt. Nach acht Wochen konnte der Junge entlassen werden.

Am zweiten Kongresstag sprach **Heinz Huber** über die homöopathische Krebsbehandlung, ihre Möglichkeiten und Schwierigkeiten. Erst in den letzten Jahren wurde diese Option entwickelt und in homöopathischen Kreisen akzeptiert. Dario Spinedi ist hier als Pionier besonders zu erwähnen. Eine homöopathische Behandlung sollte möglichst rasch nach Diagnosestellung eingeleitet werden, sie kann aber auch später im Verlauf noch sinnvoll begonnen werden. Eine Reihe von Fallberichten (u.a. Mammakarzinom, Oropharynxkarzinom, Prostatakarzinom) illustrierte das besondere homöopathische Vorgehen. Eine Abwägung aller Optionen sollte nach ehrlichen schulmedizinischen Kriterien erfolgen und nicht aus Angst.

Der Nachmittag war der **homöopathischen Falldokumentation** gewidmet. **Vier Impulsvorträge** führten aus unterschiedlicher Perspektive in das Thema ein:

- **Curt Kösters:** Fall-Dokumentation als Teil eines homöopathischen Dokumentationssystems mit der Vorstellung eines Konzepts zur elektronischen Dokumentation.
- **Thorsten Stegemann:** Strukturierte Fallaufnahme und vergleichende Begleitdokumentation mit Hilfe eines erweiterten Word-Dokumentes in der Klinik.
- **Michael Teut:** Ist Homöopathie wirksam? Kausalität am Einzelfall belegen. Thema „Einzelfallforschung“ mit der Sichtung der Literatur der letzten 30 Jahre.
- **Carl Rudolf Klinkenberg:** Falldokumentation als Verifikationswerkzeug zur Bestätigung von Prüfungssymptomen in der klinischen Anwendung.

\* Dieser Beitrag ist eine gekürzte Fassung des Kongressberichtes aus der AHZ 2009; 254 (2): 32–36.

Der angekündigte Impulsvortrag von **Claudia Witt** „Fall oder Falle – Was sagt die Epidemiologin?“ mit einem Plädoyer für die prospektive Beobachtungsstudie und die klassische Einzelfalldokumentation konnte per Video verfolgt werden, da die Referentin nicht anwesend sein konnte. Der Vortrag ist in dem vorliegenden Band nicht dokumentiert.

Am dritten Kongresstag gab es noch einmal drei hervorragende Fallberichte aus Neurologie und Psychiatrie.

**Almut Mehl-Pzybylla** sprach über den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse zur Multiplen Sklerose und berichtete den Fall einer Frau, die mit 39 Jahren ihren ersten MS-Schub bekam. Die Angst, im Rollstuhl zu landen, und allen eine Last zu sein, war das wichtigste Gemütssymptom. Das erste Mittel, *Natrium muriaticum*, führte zu einer Verringerung der Missempfindungen. Fünf Jahre später bekommt auch die Schwester eine MS, was die Patientin sehr ärgert, weil sie jetzt keine Sonderstellung in der Familie mehr hatte. Hier wird plötzlich die Causa der Schübe deutlich, viermal waren es Kränkungen mit Zurückweisung. Die Patientin erhält *Palladium C 200* und schon nach drei Tagen bessern sich die Beschwerden deutlich. Nach zwei Monaten sind erstmals seit 6 Jahren alle Missempfindungen verschwunden. Dann tritt eine Sinusitis auf wie früher, ohne neurologische Symptomatik, später Magenschmerzen wie mit 30 Jahren. *Palladium* wird mehrfach wiederholt, in ansteigenden Potenzen. Nach einer Therapiedauer von zwei Jahren hat die Patientin wieder großes Zutrauen zu sich: „Das mit der MS ist wohl vorbei.“

**Dietrich Braun** berichtete von einem weiteren Fall einer Multiplen Sklerose, der homöopathisch behandelt wurde. Ein 29-jähriger Mann lehnt nach der Erstbehandlung mit Cortison-Stoß eine weitere schulmedizinische Therapie ab.

Passager treten Geruchs- und Geschmacksverringering auf, dann zusätzlich blutiger Stuhlgang, histologisch wird eine unspezifische Colitis festgestellt. Ein neues Symptom – Vibrieren in der Wade – führt zur Wahl des Mittels: In dieser Rubrik sind nur *Phellandrium* und *Ambra* vertreten. Nach *Phellandrium D 12* bilden sich die Symptome schnell zurück, unter *Phellandrium C 30* und XM tritt – nach heftiger Erstreaktion – weitere ungewöhnliche Verbesserung ein.

Abschließend stellte **Marco Righetti** in einem Video eine Patientin mit chronisch-paranoider Schizophrenie vor. Ihr erster psychotischer Schub trat auf, als der geliebte Mann, mit dem sie fünf Jahre zusammengelebt hatte, sie verließ. Sie wurde in mehreren Kliniken jeweils über viele Monate stationär behandelt, bekam dann ein Neuroleptikum zur Dauereinnahme. Auffällige Symptome waren depressiver Rückzug, stiller Kummer, religiöse Hinwendung, göttliche Sendungsgefühle, Hellsehen, Angst sterben zu müssen u.a. und in der Klinikphase Beziehungs- und Beeinflussungsideen, bezog vieles auf sich, was nichts mit ihr zu tun hatte. Nach dem ersten Mittel (*Ignatia*) war nichts passiert. Beim zweiten Mittel hat sich nach den Worten der Patientin einiges verändert: „Ich bin viel positiver, es ging mir besser, nicht mehr so müde, optimistischer.“ Mit einem neuen Partner entstand der Wunsch nach Kindern. Nach *Sulfur XM* wurde sie schwanger, die erste Entbindung hatte sie mit 41 Jahren, die zweite mit 43 Jahren.

Die dritte und letzte **Konsensus-Konferenz Falldokumentation** von DZVhÄ und InHom fand zum Abschluss des zweiten Kongresstages statt. Die Ergebnisse werden am Ende dieses Bandes ausführlich dargestellt.

Die Organisation des Kongresses lag wie immer in den bewährten Händen der Homöopathie- und Wissenschaftsservice Köthen GmbH.

## Gerhard Bleul

Arzt für Allgemeinmedizin, Homöopathie, Chirotherapie. 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. 2005-2009 Kassenärztliche Praxis für Allgemeinmedizin in Selters (Taunus). Seit 2010 Praxissitz in Hünstetten-Kesselbach. 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: [post@gerhard-bleul.de](mailto:post@gerhard-bleul.de)
- Praxis: [www.gerhard-bleul.de](http://www.gerhard-bleul.de)
- AHZ: [www.medicinverlage.de](http://www.medicinverlage.de)

Gabriele Mengen

## Kasuistik eines insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ II

In diesem Beitrag wird der Behandlungsverlauf unter homöopathischer Therapie dargestellt. Die Patientin ist an einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ II nach einer Kortison-Injektion erkrankt. Aus dem Behandlungsverlauf und dem Behandlungsergebnis ergeben sich folgende Fragen:

1. Kam der Diabetes durch die Kortisongabe aus der Latenz und wurde er mit der homöopathischen Arznei wieder in die Latenz zurückgeführt?
2. Ist es möglich, den Diabetes homöopathisch zu unterdrücken?
3. Ab welcher Nachbeobachtungszeit gilt die Patientin als geheilt bzw. kann eine Heilung angenommen werden?

### Einleitung

Meiner Falldarstellung eines insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ II möchte ich eine generelle Beobachtung über die homöopathische Behandlung von Diabetes aus meiner Praxis voranstellen. Bezogen auf die Einteilung des Diabetes Typ I und Typ II lässt sich folgendes beobachten:

1. Bei allen Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ I konnte keine Reduzierung der Insulindosis erreicht werden.
2. Bei allen Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ II konnte die Insulindosis reduziert werden, und in dem hier dargestellten Fall komplett abgesetzt werden.

Zu der Beobachtung unter 1. lässt sich anmerken, dass es sich bei dem Diabetes mellitus Typ I gemäß Definition um einen absoluten Insulinmangel auf Grund der Zerstörung der Betazellen der Bauchspeicheldrüse handelt. Der Zelluntergang erfolgt in der Regel durch eine Autoimmunerkrankung, die zu einer Reduzierung der Betazellen auf unter 10% bis 0% des eigentlichen Zellbestandes führt.

Dieser Typus kann in jedem Alter auftreten, tritt jedoch gehäuft im Kindes- und Jugendalter auf (früher: juveniler Diabetes). Durch die irreparable Schädigung der Betazellen ist keine Insulinproduktion mehr möglich, und somit wird auch unter homöopathischer Therapie keine Heilung möglich sein.

Der unter 2. beobachtete Effekt beim Diabetes mellitus Typ II lässt sich daraus erklären, dass es sich bei diesem Typus um eine Störung des Zuckerstoffwechsels handelt.

Diese Störung erfolgt aus zwei möglichen Gründen. Zum einen ist die Insulinabgabe der Bauchspeicheldrüse gestört, zum anderen besteht eine Insulinresistenz, die sich auf Rezeptordefekte der Zellen oder eine gestörte Signalweitermittlung der Zellen begründet. Solange keine vollständigen irreparablen Defekte, sondern Störungen als Ursache vorliegen, ist eine Heilung möglich.

Der von mir vorgestellte Fall von Diabetes Typ II ist mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit durch eine Kortison-Injektion ausgelöst worden.

### Erstanamnese

Die Patientin stellte sich erstmals Ende März 2000 vor. Die 69-jährige Patientin konnte im Januar 2000 ihren rechten Arm nicht mehr heben. Diagnostiziert wurde ein Schulter-Arm-Syndrom. Hierauf bekam sie von ihrem Orthopäden eine Kortison-Injektion in das rechte Schultergelenk. Die Kortison-Injektion bewirkte, dass sie ihren Arm sofort wieder heben konnte.

Seit Anfang Februar 2000 entwickelte sie dann einen Diabetes mellitus Typ II mit BZ-Werten um 450. Von Mitte bis Ende Februar 2000 war sie in einer Klinik zur Insulineinstellung. Der HbA1c war bei der Aufnahme 12,2%. Die behandelnden Ärzte leiteten zunächst eine Insulintherapie mit 4-maliger Alt-Insulingabe und 2-maliger Basal-Insulingabe ein, worunter sich eine deutlich verbesserte Stoffwechsellage zeigte. Im weiteren Verlauf stellten sie die Patientin auf eine zweimalige Mischinsulingabe, zuletzt mit Profil III 24-0-12 IE ein. Während des stationären Aufenthaltes wurde eine antihypertensive Therapie wegen erhöhter Blutdruckwerte mit Delix 2,5 1x1 eingeleitet.

Die Patientin litt weiterhin an beiden Händen unter einem Karpaltunnelsyndrom. Ihre rechte Hand wurde 08/1999, ihre linke Hand 10/1999 operiert. Ihre linke Hand ist sehr gut verheilt, in ihrer rechten Hand hat sie seitdem eine Dupuytrensche Kontraktur und Arthrose in den Fingergelenken. Sie kann ihre rechte Hand kaum noch benutzen. Laut Sonographie vom Februar 2000 hat sie eine Cholelithiasis mit multiplen Konkrementen.

Im Weltgeschehen möchte sie helfen, spendet auch, meint aber, dass es nichts hilft.

Wenn sie Blut sieht, findet sie es furchtbar. Sie singt gerne bei der Gartenarbeit, liebt die Natur und sammelt gerne Kräuter. Sie sagt: „Ich möchte vom Spritzen befreit werden, aber wenn es sein muss, dann mache ich es.“ Sie beschreibt sich als hilfsbereit und sozial. Sie möchte nicht auffallen, und mag es nicht, wenn sich alles um sie dreht. Sie ist sehr gläubig. Sie liest gerne Familiengeschichten. Hat früher gerne getanzt, konnte sich immer über alles freuen. Geld war immer Nebensache, ihre Mutter sagte: "Wer reich ist, ist auch geizig". Sie ist schlicht erzogen. Sauber und ordentlich musste es sein. Von Anderen bekommt sie zu hören, sie sei zu ordentlich. Sie hat Furcht vor Gewitter und Angst, dass den Kindern was passieren könnte. Am linken Nacken hat sie eine fleischige Warze.

Nach ihrem Wunsch gefragt, sagt sie: „Dass ich keinem zur Last falle, und dass ich nicht mehr spritzen muss.“

## Familienanamnese

Mutter: mit 82 J. an Altersschwäche gestorben.  
 Vater: mit 65 J. an Gehirnsklerose gestorben.  
 Schwester: 1920 geb., mit 9 Mon. gestorben, bei Zahnung, alle Zähne kamen auf einmal.  
 Schwester: 1924 geb., mit 58 J. an Brustca. gestorben.  
 Bruder: 1935 geb., Rheuma.  
 Tochter: 1955 geb., hat Brustca.

## Auswertung

In meiner Arbeit liegt ein wesentlicher Anteil zur Arzneimittelfindung – neben dem Erfassen der repertorisationsrelevanten Daten – in der Beobachtung der Patienten, ihrer Energetik und der Resonanzen, die auf meiner intuitiven Ebene innere Arzneimittelbilder bzw. eine Arzneimittelidee wach werden lassen. Das „innere“ Arzneimittelbild, das während der Erstanamnese entstanden war, war *Carcinosinum*.

Die Repertorisation erfolgte auf Grund folgender Symptome:

1. Gemüt - Furcht - Gewitter, vor
2. Gemüt - gewissenhaft, peinlich genau in Bezug auf Kleinigkeiten
3. Gemüt - Mitgefühl, Mitleid
4. Gemüt - Natur - liebt
5. Urin - Zucker

Das Ergebnis der Repertorisation mit dem Radar-Programm ergab nachfolgende Arzneimittelhierarchie:

1. Gemüt - Furcht - Gewitter, vor	2	27
2. Gemüt - Gewissenhaft, peinlich genau in Bezug auf Kleinigkeiten	3	63
3. Gemüt - Mitgefühl, Mitleid	2	44
4. Gemüt - Natur - liebt	3	3
5. Urin - Zucker	2	100

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	carc.	lyc.	phos.	nat-c.	ign.	nat-m.	sil.	sulph.	nux-v.	lach.	sep.	ars.	calc.	nit-ac.	staph.
	28	27	26	24	22	22	22	22	21	20	20	19	18	18	18
1.	1	2	4	2	-	2	1	1	-	1	2	-	1	2	2
2.	1	2	-	3	3	1	3	3	2	1	1	4	1	-	3
3.	3	1	3	2	2	2	-	2	1	1	-	1	-	1	2
4.	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.	1	3	3	-	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	-

Tabelle 1

Die Arzneimittelidee von *Carcinosinum* deckte sich mit der Repertorisation. Daraus erfolgte am 03.04.2000 an die Patientin eine Einmalgabe *Carcinosinum* C 200 (3 Glob. von Gudjons). Delix 2,5 (1x1) wurde am gleichen Tag abgesetzt.

## Folgebeobachtung

Wie der nachfolgenden Tabelle 2 zu entnehmen ist, stabilisierte sich der Blutzuckerwert, so dass zuerst die Insulindosis reduziert werden konnte, und anschließend Amaryl abgesetzt werden konnte. Die Blutzuckerwerte blieben stabil. Weiterhin wurden folgende zusätzliche Beobachtungen gemacht:

13.04.2000: RR 120/60  
 18.04.2000: ab heute kein Insulin mehr, sondern 1 Tbl./die Amaryl 1 mg  
 27.04.2000: Amaryl wird abgesetzt  
 04.05.2000: Die Patientin arbeitet wieder im Garten. Blutzuckerwerte sind stabil.  
 18.05.2000: HbA1c 5,4  
 29.09.2000: rechter Oberarm morgens beim Aufstehen immer noch schmerzhaft. Sonst geht es der Patientin sehr gut. Vorerst letzter Patientenkontakt.

Die Patientin nahm nach dem 29.09.2000 keine weiteren Konsultationen in Anspruch, da der Behandlungsauftrag „Ich möchte vom Spritzen befreit werden“ für sie erfüllt war, und die anderen Symptome/Beschwerden für sie ohne Veränderungsbedarf waren. Die Blutzuckerwerte blieben fünf Jahre lang stabil.

Weiblich, geb. 1930					
Datum	Uhrzeit	Medikation	BZ - prSpran.	BZ - postpran.	HAM
02.04.2000	15:00	24-0-12 (I.E.)		140	
03.04.2000	11:00				Carc. C 200
03.04.2000	18:00	24-0-12	75		
04.04.2000	08:30	24-0-12	79		
05.04.2000	17:30	24-0-12	102		
06.04.2000	08:30	24-0-12	82		
06.04.2000	17:30	20-0-10	79	94	
07.04.2000	07:30	20-0-10	72	84	
09.04.2000	17:30	16-0-08	97	191	
10.04.2000	07:30	16-0-08	81	121	
12.04.2000	17:30	16-0-08	108	55	
13.04.2000	07:30	16-0-08	84	91	
13.04.2000		10-0-05			
16.04.2000	17:30	10-0-05	83	121	
17.04.2000	07:30	10-0-05	81	66	
18.04.2000	08:00	1 Tbl. Amaryl 1mg	74	84	Insulin abgesetzt
18.04.2000	12:00	-	62		
18.04.2000	17:30	-	87		
19.04.2000	18:00	1 Tbl. Amaryl 1mg	68		
20.04.2000	08:00	1 Tbl. Amaryl 1mg	73		
24.04.2000	18:00	1 Tbl. Amaryl 1mg	87		
25.04.2000	07:30	1 Tbl. Amaryl 1mg	78		
26.04.2000	18:00	1 Tbl. Amaryl 1mg	80		
27.04.2000	07:30	-	95		Tablette abgesetzt
27.04.2000	10:00	-	76		
03.05.2000	18:00	-	87	168	
04.05.2000	07:30	-	94	133	
11.05.2000	07:30	-	93		
14.05.2000	18:00	-	84	109	
15.05.2008	07:30	-	91	132	
04.06.2000	07:30	-	88		
18.06.2000	07:30	-	111	91	
18.06.2000	12:30	-	85	147	
18.06.2000	18:00	-	93	120	
19.06.2000	07:30	-	94		
29.06.2000	07:30	-	94		
07.07.2000	07:30	-	103		
19.07.2000	07:30	-	95		
30.07.2000	07:30	-	102		
06.08.2000	07:30	-	94		
08.08.2000	07:30	-		103	
08.08.2000	12:00	-		88	
08.08.2000	18:00	-		155	
09.08.2000	07:30	-	99		
21.09.2000	07:30	-	104		
27.09.2000	07:30	-	102		
28.09.2000	07:30	-	101		
28.09.2000	12:30	-		140	

Tabelle 2

Am 28.06.2005 stellte sich die Patientin erneut in meiner Praxis vor. Sie erzählte, dass es ihr in den letzten fünf Jahren sehr gut ergangen sei, dass jedoch seit ein paar Monaten der BZ wieder angestiegen sei (BZ über 200 postprandial). Seit drei Wochen nehme sie deshalb wieder morgens 1 Tbl. Amaryl 1 mg. Sonst habe sie keine weiteren Symptome, die ihr Beschwerden bereiten.

Die Dupuytren'sche Kontraktur, die Arthrose in den Fingergelenken und die Cholelithiasis waren unverändert, waren jedoch für die Patientin kein Anlass zur Behandlung. Es erfolgte eine erneute Gabe *Carcinosinum* C 200 (3 Glob. von Gudjons). Bei der nächsten Konsultation am 11.07.2005 waren die Blutzuckerwerte unverändert.

Weiblich, geb. 1930				
Datum	Uhrzeit	Medikation	BZ - präpran.	BZ - postpran.
28.06.2005	08:00	Amaryl absetzen	69	
01.07.2005	07:00		140	134
01.07.2005	19:00		98	281
08.07.2005	08:00		151	138
08.07.2005	19:30		100	232
31.08.2005	08:30		136	
31.08.2005	13:00		94	
31.08.2005	19:45		114	
14.09.2005	08:30		129	179
14.09.2005	13:00		74	134
14.09.2005	20:00		107	
20.09.2005	08:30		136	
08.11.2005	09:00		128	197
08.11.2005	13:15		127	208
08.11.2005	18:45		126	215
28.11.2005	09:15		125	
25.01.2006	morgens		132	188
25.01.2006	mittags		81	226
25.01.2006	abends		119	205
20.03.2006	08:00		148	197
20.03.2006	13:30		111	224
20.03.2006	20:00		95	271
27.04.2006	08:30		135	184
27.04.2006	13:15		99	181
28.04.2006	08:00		147	
29.05.2006	09:00		133	157
29.05.2006	13:00		90	160
29.05.2006	20:00		117	211
30.05.2006	08:00		139	
07.08.2006	morgens		143	141
07.08.2006	mittags		98	232
07.08.2006	abends		105	159
18.09.2006	08:30		161	168
18.09.2006	13:15		76	151
18.09.2006	19:30		96	243
19.09.2006	morgens		146	
04.12.2006	09:00			292
04.12.2006	14:00		189	302
04.12.2006	19:30		206	315
05.12.2006	08:00		211	
22.01.2007	morgens		220	268
22.01.2007	mittags		185	307
22.01.2007	abends		129	323
13.03.2007	08:30		154	236
13.03.2007	13:30		132	170
13.03.2007	18:30		99	280
15.03.2007	08:00		170	

Tabelle 3

Die Patientin bekam nun im Verlauf der nächsten 1½ Jahre verschiedene homöopathische Hochpotenzen in Einzeldosen, aber es stellte sich keine Veränderung ein. Die Blutzuckerwerte veränderten sich nicht, und auch sonst gab es keine weiteren Veränderungen, weder auf der körperlichen, der emotionalen, der mentalen, noch auf der psychischen Ebene.

Erschwerend kam hinzu, dass die Patientin schließlich den Diabetes von mir behandelt haben wollte. Die Gallensteine machten ihr keinerlei Beschwerden und an den Dupuytren hatte sie sich gewöhnt. Der Behandlungsauftrag bezog sich lediglich auf den Diabetes. Sie sagte immer, mir geht es gut, ich bin glücklich mit meinem Mann und meinen Kindern.

## Diskussion

Aus dieser Fallbeschreibung entstehen folgende Fragen:

1. Kam der Diabetes durch die Kortisongabe aus der Latenz und wurde er mit der homöopathischen Arznei wieder in die Latenz zurückgeführt?

2. Ist es möglich, den Diabetes homöopathisch zu unterdrücken?

3. Ab welcher Nachbeobachtungszeit gilt die Patientin als geheilt bzw. kann eine Heilung angenommen werden?

Um diese Fragestellungen beantworten zu können, ist es sinnvoll, sich in Erinnerung zu rufen, dass wir uns in einem Spannungsfeld in und zwischen den Newton'schen und den quantenphysikalischen Gesetzmäßigkeiten bewegen. Stark reduziert bedeutet die Newton'sche Gesetzmäßigkeit „Wenn ... dann ...“, die Quantengesetzmäßigkeit „Alles ist möglich.“ Es ist auch ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass diese Reduktion weder auf eine „Zwangsläufigkeit“ noch auf eine „Beliebigkeit“ hinausläuft.

### Zu 1.: Kam der Diabetes durch die Kortisongabe aus der Latenz und wurde er mit der homöopathischen Arznei wieder in die Latenz zurückgeführt?

Der Diabetes wurde mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch eine Kortisongabe ausgelöst. Ob hier von einer Latenz des Diabetes gesprochen werden kann, ist aus meiner Betrachtungsweise heraus schwer zu verifizieren. Gehen wir davon aus, dass alles in uns in der Latenz vorhanden ist (Quantengesetz), würde es bedeuten, dass jedes „Erscheinen“ einer Krankheit aus der Latenz heraus entsteht und jedes „Verschwinden“ einer Krankheit eine Rückkehr in die Latenz bedeutet. Für die Behandlung ist diese Frage meines Erachtens nach irrelevant, da wir immer noch über kein Wissen verfügen, was Krankheit wirklich ist bzw. was Gesundheit wirklich bedeutet.

Die Arbeitsweise der Homöopathie orientiert sich an dem „Erscheinen“ und dem „Verschwinden“ von Symptomen, wobei alle Symptomenebenen (Physis, Emotio, Ratio, Psyche) einbezogen werden. „Verschwindet“ ein Symptom, ohne dass ein anderes in Folge „erscheint“, gehen wir von einer Heilung aus.

Somit können wir behaupten, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit das homöopathische Arzneimittel, welches gegeben wurde, mit Erfolg verordnet wurde. Bei solchen Aussagen ist jedoch auf jeden Fall der symptomfreie Zeitraum von Relevanz (siehe zu 3.). Nach der Einmalgabe *Carcinosinum* stabilisierten sich die Blutzuckerwerte, so dass 24 Tage später eine Symptomenfreiheit hinsichtlich des Diabetes mellitus Typ II bestand. Diese Symptomenfreiheit hatte fünf Jahre Bestand. Es ist jedoch zu beachten, dass alle anderen Symptome (Dupuytren und Gallensteine) erhalten blieben. Auch hatte die Patientin in ihrem Lebensumfeld und in ihrer Lebensführung keine bedeutenden Veränderungen vorgenommen. Nach fünf Jahren trat der Diabetes wieder in „Erscheinung“.

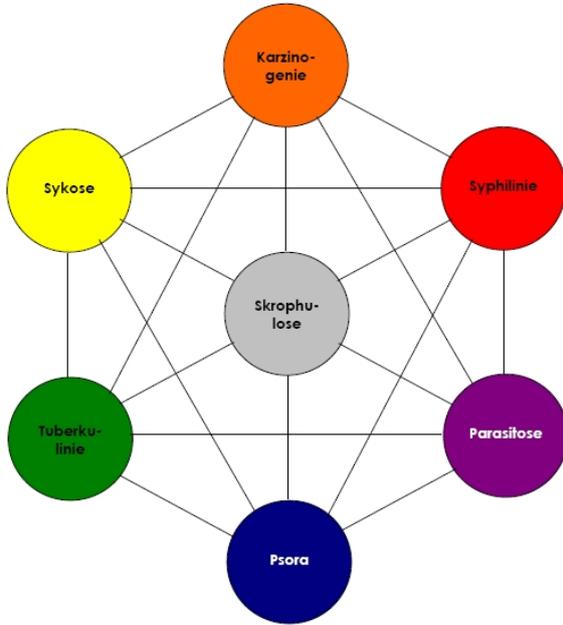
### Zu 2.: Ist es möglich, den Diabetes homöopathisch zu unterdrücken?

Alle homöopathischen Einzelmittel, die nach Wieder-Erscheinen des Diabetes auf Grund der vorliegenden Symptomatik und des Behandlungsauftrages gegeben wurden – ich verzichte hier bewusst auf eine

Aufzählung der verabreichten Mittel – brachten keine Veränderung hinsichtlich der Blutzuckerwerte.

Wenn man sich diesen Fall auf dem Hintergrund des dynamisch miasmatischen Modells von Peter Gienow anschaut, kann man folgende Überlegungen anstellen:

Dynamisch miasmatisches Modell nach Peter Gienow



Nach diesem Modell ist Kortison ein syphilitisches Mittel. Das heißt, die Patientin ist durch die Kortison-Injektion von dem syphilitischen Miasma (Kortison) ins tuberkuline Miasma (Diabetes) gerutscht. Der Diabetes mellitus gehört nach Gienow zum tuberkulinen Miasma.

Da die Patientin außerdem Gallensteine (tertiäre Sykose) und eine Dupuytren'sche Kontraktur (tertiäre Sykose) der rechten Hand hat, müsste nach diesem Modell ein AM gegeben werden, das die tertiäre Sykose behandelt, damit der Heilungsweg eingeschlagen werden kann. Das heißt, zuerst müssen der Dupuytren und dann die Gallensteine behandelt werden.

Erst danach ist eine Heilung des Diabetes (tub. Miasma) möglich. Bei einer Heilung des Diabetes wären nach der *Carcinosinum*-Gabe Symptome aufgetreten, die zum nächsten Miasma und damit zum nächsten Arzneimittel unterhalb der Carcinogenie geleitet hätten. Da sich aber lediglich der BZ normalisierte und keine weitere Symptomatik auftrat, gilt es in diesem Modell als Unterdrückung. Durch die *Carcinosinum*-Gabe wurde zwar ein Teil ihres carcinogenen Miasmas abgetragen, da sie jedoch nach fünf Jahren wieder ins tuberkuline Miasma (Diabetes) rutschte, und die Symptome der tertiären Sykose immer noch bestehen, kann man in diesem Modell nur von zeitweiliger Unterdrückung des Diabetes sprechen.

Es würde den Rahmen sprengen, das miasmatische Modell von Peter Gienow detaillierter zu erörtern,

auch will ich keine Bewertung vornehmen. Es ist jedoch innerhalb dieses Systems von einer systemimmanenten Logik, in bestimmten Situationen von Unterdrückung zu sprechen.

Wenn wir uns generell der Frage zuwenden, was ist Unterdrückung, kommen wir an einen Punkt, wo wir uns fragen müssen, was ist Unterdrückung im Gegensatz zu einer Neuerkrankung? Ist ein Symptom, das nach einer Arzneimittelgabe „verschwindet“, ein Symptom, das unterdrückt wurde? Oder ist es ein Symptom einer erneuten Erkrankung?

Ein mir wesentlicher Faktor in diesem Geschehen ist der Patient selbst, und sein Auftrag, der von ihm erteilt wird. Im vorliegenden Fall lag der Behandlungsauftrag eindeutig in der Behandlung des Diabetes. Nun stellt sich sogleich die Frage, ist es überhaupt möglich, ein Symptom für sich alleine zu behandeln?

Als langjährig klassisch homöopathisch arbeitende Ärztin kann ich diese Frage definitiv beantworten: Nein, es wird immer der Mensch als Ganzes behandelt. Das gewählte Arzneimittel wird immer auf die individuelle Person, bezogen auf das Krankheitsbild behandelt. Die Quantenphysik hat gezeigt, dass der Beobachter den Versuch (das Versuchsgeschehen) allein durch die Beobachtung beeinflusst. Das bedeutet, dass alle beteiligten Personen und auch alle andere Beteiligte Einfluss nehmen. An diesen Punkt gelangt, wage ich zu behaupten, dass es gemäß der Quantenmechanik sowohl Heilung als auch Unterdrückung und beides auch gleichzeitig sein kann. Was bedeutet diese Erkenntnis für die homöopathische Behandlung??? Diese drei Fragezeichen symbolisieren die mögliche Diskussion, die sich hier eröffnet, von mir jedoch offen gelassen wird.

### Zu 3.: Ab welcher Nachbeobachtungszeit gilt die Patientin als geheilt bzw. kann eine Heilung angenommen werden?

Dieser Fall eignet sich gut, um über die Dauer der Nachbeobachtungszeit unserer homöopathischen Therapieerfolge nochmals zu diskutieren. Er wirft auch genauso die Frage auf, ab wann von Heilung gesprochen werden kann.

- Wie gut ist das Instrumentarium, das wir besitzen, um die Kategorien Heilung, Wiedererkrankung und Neuerkrankung zu besetzen?
- Ist ein Diabetes, der behandelt wurde und „verschwand“, geheilt?
- Und was ist, wenn nach einem, nach zwei Jahren, oder gar nach fünf Jahren wieder ein Diabetes „auftaucht“?
- War der Diabetes unterdrückt?
- Ist er erneut gekommen?
- Oder ist es ein ganz neuer Diabetes?

Auch hier stellt sich wiederum die generelle Frage, was ist Krankheit, was ist Gesundheit.

Solange wir die Krankheit als etwas Isoliertes zu begreifen versuchen, werden wir weiter nach Definitionen ringen, um eine „Abgrenzung“ bzw. „Zuordnungsfähigkeit“ zu erlangen.

Wenn wir uns jedoch trauen, Gesundheit und Krankheit als zwei wichtige, zusammengehörige Prozesse im Lebensgeschehen zu begreifen, werden wir ahnen können, dass es sich bei Gesundheit um den Stabilisierungsprozess und bei Krankheit um den Heilungsprozess handelt.

Auch wenn wir es manchmal gerne anders haben wollen, so können wir doch ganz deutlich erkennen, dass Gesundheit und Krankheit in allererster Linie vom Patienten beeinflusst werden. Die Nachbeobachtungszeit und die begriffliche Zuordnung von Heilung dienen allein der interessierten eigenen und kollektiven Reflektion, im Dienste der ärztlichen Tätigkeit.

Bei der anschließenden Diskussion auf dem ICE 8 kam auch die Frage auf, ob der Diabetes nach intraartikulärer Injektion von Kortison nicht auch ohne HAM, nach Abklingen der diabetogenen Wirkung des

Kortisons, wieder verschwunden wäre. Ja, hätte ich kein Mittel verordnet, so würde ich hierauf antworten können ... (Oh, du lästiger Konjunktiv). Es taucht dann aber zwangsläufig die Frage auf, wie das erneute Auftreten des Diabetes nach fünf Jahren zu interpretieren ist.

An Rückmeldungen von Kollegen, die Erfahrungen mit der homöopathischen Behandlung von Diabetes haben, wäre ich sehr interessiert.

---

PS: Ich habe erfahren, dass die Patientin zu einem Kollegen gewechselt ist, da ihr die homöopathischen Mittel nicht mehr geholfen haben. Sie nimmt seit April 2007 1x täglich 1 Zuckertablette ein, und hat erklärt, dass es ihr damit gut gehe.

### Dr. med. Gabriele Mengen

Praktische Ärztin – Homöopathie. 1975-1982 Medizinstudium an der Freien Universität Berlin. 1982-1985 Assistenzarztzeit und Praxisvertretungen. 1984 Zusatzbezeichnung Homöopathie. Seit 1985 Privatpraxis in Detmold. 1990 Erlangung der Weiterbildungs-ermächtigung für Homöopathie. Dozentin bei Weiterbildungsseminaren. 1991 Dissertation an der Universität Münster mit dem Thema: „Übersicht über die Entwicklung der Homöopathie in der Bundesrepublik Deutschland von 1945-1988.“ 1993-1998 Kassenwartin des Landesverbandes NRW des DZVhÄ



1993-1998 Kassenwartin des Landesverbandes NRW des DZVhÄ

- Kontakt: dr.mengen@maeeutik.de



## Schwere Organpathologien – Diabetes mellitus

Guten Tag, liebe Zuhörerinnen und Zuhörer,

eine Heilung des Diabetes mellitus bei Organausfall, also die Wiederherstellung der gesunden Organfunktionen ohne Hilfsmedikation, gilt in der konventionellen Medizin als nicht möglich. Auch in der Homöopathie stellt die Behandlung des Diabetes mellitus keine Selbstverständlichkeit dar. Umso mehr freue ich mich, Ihnen heute zwei Kasuistiken über die erfolgreiche homöopathische Behandlung des Diabetes mellitus vorstellen zu dürfen. Anschließend möchte ich gerne noch auf einige Gedanken eingehen, warum die Behandlung des Diabetes mellitus auch in der Homöopathie eher ungewöhnlich ist.

### Kasuistik I

**Entgleister sekundär insulinpflichtiger Diabetes mellitus (entnommen aus der AHZ 2007; 252(6): 277-280) [2]**

#### 1. Symptomatik

Es handelt sich um eine 81-jährige Patientin mit folgenden Vorerkrankungen: Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II, Adipositas, Kompensierte Herzinsuffizienz, Arterielle Hypertonie, abgeheiltes trophisches Ulkus am linken Außenknöchel.

Am 01.02.2002 wird Frau C. K. durch ihren Hausarzt wegen eines seit 14 Tagen entgleisten Diabetes mellitus und seit dieser Zeit bestehenden Schwindels in die Medizinische Klinik stationär eingewiesen. Pathologische Laborwerte bei Aufnahme:  
Triglyzeride 496 mg%.  
HST 95,6 mg%.  
Kreatinin 1,64 mg%.

(Ich greife schon vor, da ich nicht nochmals auf diese Nebensymptomatik eingehen will: In den nächsten Tagen sind Harnstoff und Triglyzeride in ihrem jeweiligen Normbereich rückläufig. Kreatinin ist nur noch gering erhöht, 1,37 mg%, ohne dass jeweils eine spezifische konventionelle Therapie eingeleitet wurde.)

Schwindelsymptomatik:

- Der Schwindel besteht unaufhörlich, wobei das ganze Zimmer hin und her schwankt. Sie muss sich festhalten, um nicht zu stürzen.
- Weiterhin neigt die Patientin dazu, insbesondere nach links zu fallen.
- Der Schwindel verschlimmert sich im Stehen, aber auch beim Aufstehen aus dem Bett und von einem Stuhl, und er lässt beim Gehen nach.

Vor einem Jahr war es unter Antikoagulation mit Phenprocoumon (Marcumar®) zu einer rechts-occipitalen intracerebralen Blutung gekommen.

Bereits damals bestand in Folge der Erkrankung (wie auch aktuell) eine Fallneigung nach links, die aber nach Durchführung einer stationären neurologischen Rehabilitationsmaßnahme bis zum jetzigen Auftreten der hyperglykämischen Stoffwechsellage nicht mehr vorhanden war.

Der Insulinbedarf lag bis zur Entgleisung bei einem Wert von 30-0-24 i.E. Trotz Erhöhung der Dosis auf jeweils 60 i.E. Insulin morgens und abends und Reduktion der Ernährung auf 10 Broteinheiten gelang es dem Hausarzt seitdem nicht, den Blutzucker unter 490 mg% zu senken.

#### 2. Repertorisation [10]

- I. Schwindel, Gehen, besser (KD 161)
- II. Schwindel, Fallen, Neigung zum, links, nach (KD 159)
- III. Schwindel, Aufstehen, Bett, vom (KD 155)
- IV. Schwindel, Aufstehen, Sitz, vom (KD 156)
- V. Schwindel, Stehen, im (KD 169)

Als einzige Arznei verbleibt *Sulfur*.

#### 3. Materia-medica-Vergleich zu Sulfur

Samuel Hahnemann: „Die chronischen Krankheiten“, Band 5 [8]

Schwindel im Sitzen; beim Aufstehen, Wanken. [S. 332]  
Schwindel und Schwäche, [...] beim Aufstehen, zum Fallen. [S. 332]  
Starker Schwindel, [...] beim Aufstehen; sobald er zu stehen versuchte, fiel er jedes Mal sogleich wieder aufs Bett hin, [...]. [S. 332]  
Kurzer Schwindel zum seitwärts Fallen. [S. 332]  
Schwindel zum vorwärts Fallen, bei schnellem Aufstehen vom Sitzen. [S. 332]  
Schwindel im Gehen, [...] ein Schwanken auf die linke Seite, [...]. [S. 332]  
Schwindelige Unsicherheit im Kopf und Körper, [...] als wenn sie auf einem wankenden Boden stünde. [S. 332]  
Schwindel beim Gehen [...]; sie [...] musste sich anhalten, um nicht zu fallen. [S. 332]  
Schwindel, [...] beim Stehen, [...]. [S. 332]  
Schwindel [...], zum seitwärts Fallen, beim Gehen im Freien. [S. 332]

Constantin Hering: „Leitsymptome unserer Materia Medica“, Band 10 [9]

Schwindel: im Sitzen oder Stehen; [...] beim Aufstehen aus dem Bett; [...] mit Neigung nach links zu fallen; [...].

Die Besserung des Schwindels durch Gehen lässt sich in der aufgeführten Literatur nicht auffinden!

#### 4. Verlauf

Noch am gleichen Tag werden zwei Globuli *Sulfur* in der Potenz C 30 (Spagyros) in Wasser gelöst verabreicht. Bereits zehn Minuten nach Einnahme berichtet Frau K. bei Überprüfung der Umstände, unter denen sich der Schwindel zuvor verschlimmerte, dass dieser deutlich schwächer ist. Die Fallneigung ist zunächst nahezu unverändert, zwei Stunden später jedoch ebenfalls zum Erstaunen der Patientin deutlich weniger ausgeprägt.

In den nächsten Tagen nimmt die Symptomatik kontinuierlich ab und scheint am Abend des 03.02.2002 zu stagnieren, um sich am 04.02.2002 wieder etwas zu verstärken. Daher werden an diesem Tag erneut zwei Globuli *Sulfur* ebenfalls in der Potenz C 30 (Spagyros), wiederum in Wasser gelöst, wiederholt. In den zwei folgenden Tagen besteht kaum mehr Schwindel, am 07.02.2002 sind die Beschwerden völlig abgeklungen. Die Patientin verbleibt noch weitere sechs Tage in stationärer Behandlung.

Parallel zu dem geschilderten Rückgang der Schwindelsymptomatik sinkt ebenfalls der Insulinbedarf, bis er zuletzt zum Zeitpunkt der Entlassung bei einem Wert von 34-0-26 i.E. mit weiterhin sinkender Tendenz liegt. Die Patientin nimmt wieder 12 BE zu sich.

	ursprünglich	bei Entgleisung 01.02.2002	bei Entlassung 13.02.2002
Insulinbedarf (i.E.)	30-0-24	60-0-60	24-0-26 (↓)
Broteinheiten	12	10	12
Blutzucker (mg%)	150 - 200	490	150
HbA1c	-	11,6% Hb	-

Übersicht über die diabetische Entgleisung im Zeitverlauf

Die C-Potenz wird jedoch nicht nochmals wiederholt, da sie sich (noch) nicht ausgewirkt hat. Die während des stationären Aufenthaltes durchgeführten technischen Untersuchungen (Langzeit-EKG, Echokardiographie, Langzeit-Blutdruckmessung, Dopplersonographie der Karotiden, Oberbauchsonographie) zeigen keine eine Schwindelsymptomatik erklärenden Auffälligkeiten.

#### 5. Nachbemerkung

Völlig unerwartet besserte sich bei der Patientin ohne weitere äußere Einflüsse das Stoffwechselgeschehen quasi bis hin zur Ausgangssituation durch Behandlung mit *Sulfur*, welches allein aufgrund der Schwindelsymptomatik gewählt wurde. Ob eine weitere Reduktion von Insulin unter homöopathischer Behandlung möglich gewesen wäre, bleibt offen, scheint aber beim gegebenen Fall, der der Behandlung einer exazerbierten chronischen Erkrankung entspricht, nicht unwahrscheinlich.

Wenn man in der alten Literatur stöbert, lassen sich doch immer wieder Hinweise zur Behandlung schwerer Krankheiten auffinden. Im Zusammenhang mit dem Thema des Vortrags gibt beispielsweise Bönninghausen in der Allgemeinen Homöopathischen

Zeitung Hinweise darauf, dass der Diabetes mellitus der homöopathischen Behandlung zugänglich ist, ja sogar, dass es ein Mittel gibt, das der Symptomatik des Diabetes mellitus rundum entspricht.

Hören wir jedoch Bönninghausen selber dazu in „*Tabes dorsualis und Aluminium metallicum*“ (entnommen aus: AHZ 1858; 57: 12-13. [6]: „Ich habe Grund zu glauben, dass es mir gelungen ist, das Hauptmittel gegen Diabetes mellitus zu entdecken, muss mir aber die weitere Mittheilung noch vorbehalten, bis wiederholte Versuche und Erfahrungen jeden Zweifel beseitigt haben.“

Wie sich aus Bönninghausens Artikel ergibt, dürfen wir daraus entnehmen, dass *Aluminium metallicum* also das Hauptmittel zur homöopathischen Behandlung des Diabetes mellitus ist. In „*Aluminium metallicum*“ [3] weist er auf die Heilwirkung im metallischen Aluminium und nicht im (später eingeführten) Oxyd hin.

Wir haben das Glück, eine von Bönninghausen veröffentlichte Kasuistik zur homöopathischen Behandlung des Diabetes mellitus einzusehen, die ich in Teilen wiedergeben möchte.

#### Kasuistik II

„*Le Tabes Dorsualis et le Diabetes mellitus*“ (entnommen aus *L’Homoéop. Belge 1 (1858), H. 6, S. 93-99*) [5]

„Die Arznei [*Aluminium metallicum*] wird gleichfalls zur Heilung einer anderen Krankheit eingesetzt, die in der Allopathie ebenfalls quasi unheilbar ist, nämlich dem Diabetes mellitus.

Der Autor hatte das Glück, für diese Krankheit ein Heilmittel zu finden, welches wirksamer als die anderen ist. Dennoch ist es doch nicht das einzige, und die gründliche Prüfung der Indikationen für die anderen Mittel ist absolut unerlässlich.

Der Autor hat sich aufgrund dieses Umstandes erlaubt, eine praktische Erfahrung vorzustellen:

#### 1. Symptomatik

J.-H. B., 66 Jahre alt, Gutsbesitzer und Landmann zu F., nahe Bremen, war ehemals an einem Harnverhalt erkrankt und seit ungefähr einem Jahr mit einem Diabetes mellitus geschlagen.

Der Kranke empfand seit Entwicklung des Diabetes mellitus einen **unstillbaren Durst** und trank viel; aber trotz dieses letzten Umstands war die **Harnmenge viel reichhaltiger**, als man damit hätte rechnen können.\*

Mehrere Analysen hatten jedes Mal eine **große Menge Zucker im Harn** nachgewiesen.\*

\* Hervorhebung durch den Autor

Außerdem: **übermäßige Abmagerung, Mangel an Schweiß**; der Kranke **verlangt nach kalten und sauren Sachen. Schwellung der linken Ferse; Mattheit und Niedergeschlagenheit**; der Kranke **blieb unaufhörlich auf einem Bett oder einem Sofa liegen**.\*

Es war unmöglich, von dem Kranken weitere Details über seine Erkrankung zu erfahren, außer dass dessen Behausung weit abgelegen war. Über die bislang angewendeten Mittel weiß man nicht viel, ausgenommen die nachfolgend genannten, welche sind: *Acidum nitricum*, *Spiritus nitri atherens* und *China*.

Der Autor entschloss sich nicht dazu, nun sein Hauptmittel zu verabreichen, sondern ein anderes. Am 11. April 1858 kam es zu einer leichten Besserung des Allgemeinzustandes des Patienten, die jedoch ohne Einfluss auf den Urin des Patienten war. [Es bestand also weiterhin eine kritische Situation.]

Am 9. Mai wurde das Hauptmittel für den Diabetes mellitus verabreicht [*Aluminium metallicum*]. Dies führte im Weiteren nicht nur die allgemeine Besserung fort, sondern es kam auch zu einer merklichen Abnahme des Durstes und der Harnmenge, sowie des im Urin enthaltenen Zuckers.

Bis zum 29. Juni nahm die Genesung weiterhin Fortschritte. Nach dem zu diesem Zeitpunkt erfolgten Krankenbericht repetierte der Autor dasselbe Arzneimittel, aber in einer höheren Potenz (von Jenichen).

Der nächste Bericht vom 1. August gestaltete sich sehr zufrieden stellend. Der Durst und der Urin waren nahezu normal; von der Glucose waren keine Spuren nachweisbar. Beachtliche Steigerung der Kräfte. Der Kranke hatte regelmäßig die eine halbe Wegstunde von ihm entfernt liegende Kirche besuchen können, und seine Genesung erregte dermaßen Aufsehen, dass mehrere Ärzte kamen, um ihn über die vollführte Behandlung zu befragen. Nun erhielt er eine andere Arznei, welche in Bezug auf die vorherige stand [also ein Folgemittel]. Gemäß der Auskunft des Bruders des Patienten, der in Münster wohnt, nahm das letzte Mittel die Reste der Krankheit.

Folglich wurde eine Krankheit, gegen welche die Allopathie während eines ganzen Jahres alle ihre Schlagkraft vergeblich einsetzte, durch vier sorgsam gewählte Arzneigaben besiegt. Wenn der Autor zögert, die verwendeten Arzneien anzugeben, so ist es nicht, um Missbrauch zu verhindern. Vielmehr möchte er es sich immerhin vorbehalten, dies zu tun, sobald es ihm möglich ist, die genaue Charakteristik anzugeben.“

Sehen wir uns die Symptome des Patienten nochmals genau an:

- unstillbarer Durst, trinkt viel
- Harnmenge viel reichhaltiger als erwartet
- große Mengen von Glucose im Harn
- übermäßige Abmagerung
- Mangel an Schweiß
- Verlangen nach kalten und sauren Sachen
- Schwellung der linken Ferse
- Mattheit und Niedergeschlagenheit, bleibt unaufhörlich liegen

\* Hervorhebung durch den Autor

## 2. Materia-medica-Vergleich zu Alumina

Samuel Hahnemann: „Die chronischen Krankheiten“ [8]

[In „Aluminium metallicum“ [3] setzt Bönninghausen *Aluminium metallicum* mit *Alumina* gleich.]

- „Viel Durst, den ganzen Tag, auch beim Mittagessen.“ (432)
- „Vermehrte Harnabsonderung, mehre Tage.“ (639)
- „Schmerz in der Fußsohle, beim Auftreten, als wäre sie zu weich und geschwollen.“ (981)
- „*Große Abspannung des Körpers*, besonders nach Gehen im Freien, mit Gähnen, Dehnen und Recken, Schläfrigkeit und *Neigung zum Liegen*, wodurch aber die Mattigkeit vermehrt wird.“ (1055)

Eine Überlegung wert ist die Frage, warum Bönninghausen nicht unmittelbar die Arznei *Alumina* verabreicht hat:

Die den diabetischen Patienten individuell kennzeichnenden Symptome sind:

- Verlangen nach kalten und sauren Sachen
- Schwellung der linken Ferse

Die Nahrungsmittelverlangen haben bei der Mittwahl gegenüber dem Lokalsymptom höhere Priorität.

Ein Blick ins Therapeutische Taschenbuch [7] (SS. 51 und 52) zeigt jedoch schnell, dass *Alumina* in beiden Rubriken nicht verzeichnet ist:

„Hunger und Durst, Verlangen nach: Erquickendem“  
 „Hunger und Durst, Verlangen nach: Saurem“

*Carbo animalis*, *Phosphorus* und *Pulsatilla* decken sich in beiden Rubriken, so dass Bönninghausen vermutlich eine der drei Arzneien als erstes verabreicht hat.

Verfolgen wir jedoch die Spur mit *Alumina* weiter:

Befragt man z.B. das Synthetische Repertorium [1], so findet sich *Alumina* in der Rubrik „Allgemeinsymptome, Speisen und Getränke, kalte Getränke, kaltes Wasser, Verlangen“ zweiwertig und in der Rubrik „Allgemeinsymptome, Speisen und Getränke, Saures, Verlangen“ einwertig.

Meines Erachtens nach wäre aus heutiger Sicht die sofortige Verabreichung von *Alumina* somit legitim gewesen, insbesondere unter dem Gesichtspunkt, dass die erste Arznei keine grundlegende Besserung herbeigeführt hat.

Besonders interessant ist, wieso Bönninghausen diese Arznei *Alumina* als das Hauptmittel für den Diabetes mellitus betrachtet. Zur Klärung dieser Frage ist es erforderlich, die pathogenetischen Zeichen des Diabetes mellitus anhand der Arzneysymptome [8] aufzusuchen.

## 3. Typische Symptome bei Diabetes mellitus

Welche Symptome bei Diabetes mellitus auftreten, hängt mit dem Grad des Insulinmangels und den damit verbundenen Stoffwechselstörungen zusammen.

Die wichtigsten Symptome des Diabetes mellitus sind:

#### starker Durst

- „Viel Durst, den ganzen Tag, auch beim Mittagessen.“ (432)

#### vermehrtes Wasserlassen

- „Starkes Drängen zum Harnen.“ (634)
- „Viel und wasserfarbiger Harn.“ (638)
- „Vermehrte Harnabsonderung, mehre Tage.“ (639)
- „Ausleerung vielen strohgelben, hellen Harnes.“ (642)

#### Müdigkeit und Leistungsabfall

- „Große Abspannung des Körpers, besonders nach Gehen im Freien, mit Gähnen, Dehnen und Recken, Schläfrigkeit und Neigung zum Liegen, wodurch aber die Mattigkeit vermehrt wird.“ (1055)
- Ungemein matt und müde; er muß sich durchaus setzen.“ (1059)
- „Müde und schläfrig.“ (1066)

#### unerklärbare Gewichtsabnahme

- *Kein Symptomennachweis*

#### Heißhunger

- „Fast steter Hunger; er könnte immer essen.“ (418)
- „Sehr starker Hunger; er könnte immer essen.“ (419)
- Heißhunger; er zittert auf das Essen und kann es kaum erwarten.“ (420)

#### Neigung zu Infektionen

- „Leichte Verkältlichkeit, selbst im Zimmer, sie wird heiser, was sich durch Gehen im Freien mindert.“ (1040)

#### schlecht heilende Wunden

- „Kleine Verletzungen der Haut schründeten und entzündeten sich.“ (1054)

#### Wadenkrämpfe

- „Oeffterer Wadenklamm.“ (960)

#### Sehstörungen

- z.B. „Trübsichtigkeit, wie durch Nebel.“ (205)

#### Juckreiz

- „Jücken am ganzen Körper, besonders im Gesichte.“ (1044)

#### Potenzstörungen

- „Oefftere starke Erektionen und Pollutionen.“ (681)

#### Azetongeruch der Atemluft

- *Kein Symptomennachweis*

Die Prüfung wurde offensichtlich nicht so weit getrieben, dass es zu (Glucosurie [damals noch nicht messbar]) Gewichtsabnahme und Azetongeruch der Atemluft gekommen wäre.

Da also offensichtlich eine Arznei vorhanden ist, die den Symptomen des Diabetes mellitus in hervorragender Weise entspricht, stellt sich natürlich die Frage, wieso der Diabetes bislang eher eine Randscheinung in der homöopathischen Therapie darstellt.

Bönninghausen gibt hierauf selbst wieder eine Teilantwort. Sehen wir hierzu die „Briefliche Mittheilung des Herrn R.-Raths Dr. von Bönninghausen an Dr. Rummel“ (entnommen aus [4]) an:

„Ich benutze einen Augenblick der Ruhe, um Ihnen zwei Beobachtungen mitzuthellen, welche ganz verschiedener Art sind und deren eine sogar auf chemischem Boden erwachsen, dennoch beide für unsere Wissenschaft nützlich zu sein scheinen, deshalb habe ich auch nichts gegen deren Veröffentlichung.

[...] [Anm.: Er schreibt über den ersten Teil, bevor er nun zu dem für uns jetzt Eigentlichen kommt:]

Das Zweite betrifft eine Entdeckung von einem französischen Chemiker, welche in der Sitzung der Akademie der Wissenschaften zu Paris am 27. dieses Monats vorgetragen ist und wovon, wie mir scheint, die Homöopathie doppelten Nutzen ziehen kann. – Ich will zuvörderst die eigenen Worte des Berichterstatters im Journal des Débats, Léon Foucault, möglichst getreu zu deutsch hier voranschicken:

<<Herr Maumené, Professor der Chemie zu Reims, macht einen Vorschlag über die Anwendung eines reagirenden Gewebes zum medizinischen Gebrauche, um durch Aenderung der Farbe desselben die Anwesenheit von Zuckerstoff im Urin anzugeben. Dies sind Streifen von weißem Merino, zugeschnitten auf die reagirenden Papierstreifen, deren man sich in den Laboratorien bedient, und getränkt mit doppelsalzsaurem Zinn [...]. Wenn man eins dieser im Voraus also präparirten Merino-Streifen mit einer Flüssigkeit befeuchtet, welche nur die mindeste Quantität Zucker enthält, und dann an der Flamme einer Kerze erhitzt, so geht die weiße Farbe schnell in ein schwärzliches Braun über durch die Bräunung [...] des Zuckerstoffes. Herr Maumené hat sich überzeugt, daß weder der Harnstoff [...], noch die Harnsäure [...], noch auch sonst irgend ein Stoff, der sich im normalen Harn findet, eine ähnliche Farbenänderung [...] hervorbringt, dass mithin jederzeit, wo sich diese zeigt, auf die Anwesenheit eines zuckerhaltigen Harns [...] mit Sicherheit geschlossen werden darf.>>

[...] [Anm.: Jetzt kommt das Entscheidende für die weiteren Überlegungen:]

Ich habe oben gesagt, dass diese Entdeckung, an deren Richtigkeit wohl nicht zu zweifeln ist, für unsere Wissenschaft doppelten Vortheil verspricht, einmal nämlich, um gleich und ohne weitläufige chemische Prozeduren die Anwesenheit der zuckerigen Harnruhr zu konstatiren, dann aber auch, um in Bezug auf diese, stets unsicher zu heilende Krankheit [Anm.: So war zumindest die damalige Situation.], unsern Arzneischatz zu bereichern. Denn was bisher darüber bekannt geworden ist, ist nicht das Resultat von Versuchen an Gesunden, sondern nur ex usu in morbis geschöpft. Es ist nicht zu bezweifeln, daß mehrere unserer kräftigen Arzneien im Stande sind, dieser bösen Krankheit heilend entgegen zu wirken; aber wir kennen sie nicht, weil bei den Versuchen diese eigenthümliche Stoffveränderung des Urins nicht beachtet ist und der mühsamen und umständlichen chemischen Zerlegung wegen auch wohl schwerlich beachtet werden konnte. Wo nun aber ein so einfaches und leichtes Mittel gefunden ist, die Anwesenheit von Zucker im Harn zu entdecken, da wird es nicht schwer sein, das Mangelnde nachzuholen.“

Halten wir fest, warum sich aus dem bisher Gesagten Schwierigkeiten in der homöopathischen Behandlung des Diabetes mellitus ergeben:

- Ein Hauptproblem sieht Bönninghausen also bislang sowohl in der Diagnostik der Krankheit als auch in der Diagnose der für Diabetes mellitus heilsamen Mittel bei der Arzneimittelprüfung.
- Es gibt Arzneien (wenn vielleicht auch nur wenige), die zur Behandlung des Diabetes geeignet, aber noch nicht ausreichend bekannt sind.
- Es kann sich um einseitige Krankheiten handeln.
- Die Mittelwahl ist schwierig.
- Es existieren nur wenige Erfahrungen (wohl auch, weil solche Krankheitsfälle in homöopathischer Hand nicht allzu häufig sind).
- Diabetes wird heute unverzüglich behandelt [Anm.: z.B. mit Insulin], zum Warten besteht keine Geduld.
- Man geht von einem vollständigen Organausfall aus. Daher ist die Behandlung vermutlich nur in der Anfangsphase sinnvoll und erfolgreich.

Mit diesen Gedanken möchte ich nun gleich zur Diskussion übergehen. Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

## Literatur

- [1] Barthel H: Synthetisches Repertorium. Gemüts- und Allgemeinsymptome der homöopathischen Materia Medica. 5., völlig überarbeitete Auflage. Stuttgart, 2005.
- [2] Bündner M: Entgleister sekundär insulinpflichtiger Diabetes mellitus. AHZ 2007; 252(6): 277-280
- [3] Bönninghausen Cv: Aluminium metallicum. AHZ 1857; 54: 89-91 und 97-99.
- [4] Bönninghausen Cv: Briefliche Mittheilung des Herrn R.-Raths Dr. von Bönninghausen an Dr. Rummel. AHZ 1850; 39: 97-101.
- [5] Bönninghausen Cv: Le Tabes Dorsualis et le Diabetes mellitus. L'Homœop. Belge 1 (1858) H. 6, 93-99.
- [6] Bönninghausen Cv: Tabes dorsualis und Aluminium metallicum. AHZ 1858; 57: 12-13.
- [7] Bönninghausen Cv: Therapeutisches Taschenbuch für homöopathische Aerzte, zum Gebrauche am Krankenbette und beim Studium der reinen Arzneimittellehre. Münster: Coppenrath, 1846.
- [8] Hahnemann S: Die chronischen Krankheiten, ihre eigenthümliche Natur und homöopathische Heilung. 2. Aufl. 1839, Heidelberg: Haug-Verlag, 1991.
- [9] Hering C: Leitsymptome unserer Materia Medica. Band 10. Übers. und hrsg. von Renée v. Schlick. Aachen: von Schlick, 1988.
- [10] Kent JT: Kents Repertorium der homöopathischen Arzneimittel. 14. Aufl., Heidelberg: Haug-Verlag, 1998.

## Dr. med. Martin Bündner

Facharzt für Allgemeinmedizin, Homöopathie, Notfallmedizin. Niederlassung in eigener klassisch-homöopathischer Praxis in Tübingen. Mitherausgeber und Autor des Buches „Homöopathie in der Intensiv- und Notfallmedizin“. Zahlreiche homöopathische Publikationen. Für Ärzte zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ in vollem Umfang Weiterbildungsermächtigt. Homöopathischer Forschungsschwerpunkt: „Homöopathie in der (Unfall-)Chirurgie“.



- Kontakt: [info@dr-martin-buendner.de](mailto:info@dr-martin-buendner.de)
- Praxis: [www.dr-martin-buendner.de](http://www.dr-martin-buendner.de)



## Morbus Basedow homöopathisch behandeln

Nach einer Einführung in das heutige Krankheitsverständnis des Morbus Basedow wird eine Kasuistik vorgestellt. In der Kasuistik wird gezeigt, wie eine akute Hyperthyreose nach abruptem Absetzen des Thyreostatikums Carbimazol erfolgreich homöopathisch behandelt werden konnte. Im Anschluss werden weitere Erfahrungen mit der homöopathischen Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen dargestellt und einige grundlegende Überlegungen zu Erkrankungen der Schilddrüse angestellt.

### I. Krankheitslehre des Morbus Basedow

#### 1. Klinik

Morbus Basedow ist eine Autoimmunerkrankung mit thyreoidalen und extrathyreoidalen Manifestationen. Als thyreoidale Manifestationen äußern sich eine Struma und hyperthyreotische Symptome, wie Tachykardie, Tremor, Gewichtsverlust, gesteigerte Stuhlfrequenz und Schweißausbrüche. Typisch ist auch ein Schwirren über der Schilddrüse. Im Rahmen der extrathyreoidalen Manifestation entwickeln 25% der Betroffenen eine endokrine Orbitopathie mit den Symptomen des Exophthalmus, Lidretraktion und Sehstörungen. Wesentlich seltener (<1%) treten ein prätibiales Myxödem und eine Akropachie, kolbige Auftreibungen der Finger- und Zehenendglieder, auf.

Durch den chronischen Entzündungsprozess wird im Verlauf von einigen Jahren das gesamte Schilddrüsengewebe zerstört. Die Patienten zeigen dann klinische und laborchemische Zeichen einer Hypothyreose. Man spricht dann von einer „ausgebrannten Schilddrüse“.

#### 2. Diagnostik

##### Labor

Bei Verdacht auf einen Morbus Basedow führt eine laborchemische Untersuchung meist zu einer zuverlässigen Diagnose. Dabei finden sich folgende Auffälligkeiten:

- TSH vermindert
- FT3 und FT4 erhöht oder normal bei einer subklinischen Hyperthyreose
- TSH-Rezeptor-Antikörper (TRAK) – pathognomonisch, da 90-100% der Patienten diese Antikörper aufweisen [<10 U/l]

Zusätzlich oft nachweisbar:

- Thyreoidale Peroxidase (Anti-TPO-AK) [<100 U/l]
- Thyreoglob.-Autoantikörper [<100 U/l]

##### Bildgebende Verfahren

In der Schilddrüsensonografie findet sich eine diffus vergrößerte Schilddrüse mit echovermindertem Binnenmuster. Das Schwirren über der Schilddrüse findet sein Äquivalent in der Hypervaskularisation, die in der Dopplersonografie farblich dargestellt werden kann.

#### 3. Ätiologie

Pathophysiologisch liegt dem Morbus Basedow ein multifaktorielles Geschehen mit Beteiligung genetischer und immunologischer Faktoren zugrunde.

Bei genetisch prädisponierten Personen wird unter dem Einfluss von Umwelt- und psychosozialen Faktoren wie Stress, Infektionen, „life-changing events“, Bestrahlung oder Therapie mit IFN $\alpha$  ein Immunprozess aktiviert, der eine Überstimulation der Schilddrüse zur Folge hat.

#### 4. Leitlinien basierte Therapie

Die Therapie des Morbus Basedow wird zunächst medikamentös begonnen. Die thyreostatische, medikamentöse Therapie mit Thiamazol oder Propylthiouracil hemmt die Produktion von Schilddrüsenhormonen. Meist wird über einen Zeitraum von 12-18 Monaten ein Therapieversuch mit einem dieser beiden thyreostatischen Medikamente gemacht. In 50% der Fälle ist der immunologische Prozess innerhalb dieses Zeitraums zum Stillstand gekommen und die Patienten sind nach Absetzen des thyreostatischen Arzneimittels klinisch gesund. Patienten, die nach dem Absetzen der Medikation wieder klinisch auffällig werden, wird entweder eine Radiojodtherapie oder eine Strumektomie empfohlen, da die Prognose für eine spontane Ausheilung dann sehr gering ist. Als prognostisch schlecht gelten TRAK-Titer von >10 U/l und ein TPO-Titer von mehr als 500>U/l nach 6-12 Monaten Therapie.

Es soll an dieser Stelle betont werden, dass zu keinem Zeitpunkt der Therapie ein Versuch unternommen wird, den Autoimmunprozess zu stoppen. Das Therapieregime besteht aus einem ausschließlich symptomatischen Vorgehen. Der Entzündungsprozess, der das Schilddrüsengewebe schädigt, wird zu keinem Zeitpunkt gestoppt. Durch die Radiojodtherapie bzw. die Strumektomie, wird im Prinzip die Zerstörung des Schilddrüsengewebes vorweggenommen.

### II. Kasuistik

#### 1. Grund der Konsultation

Am 27.07.2000 stellt sich eine 35-jährige Patientin mit einem sieben Wochen alten Säugling in meiner Praxis vor. Sie erzählt, dass bei ihr im Februar 1999 ein Morbus Basedow diagnostiziert wurde.

Im Sommer 1998 hatte sie folgende Symptome an sich bemerkt: Unruhe, Gereiztheit, Adynamie und Müdigkeit.

Außerdem:

- Herzklopfen
- Händezittern
- Schweißausbrüche
- Hitzewallungen
- verschwommenes Sehen

Die Konsultation beim Hausarzt ergab den Verdacht des Morbus Basedow. Er erhob folgenden Befund:

- zweitgradige Struma mit leichtem Schwirren
- einen Blutdruck von 110/80 bei einem Ruhepuls von 120 Schlägen/min
- einen beginnenden Exophthalmus rechts

Die laborchemische Untersuchung bestätigte seine Verdachtsdiagnose:

- ↑ FT3 8,0 pg/ml [1,45-3,48]
- ↑ FT4 1,9 ng/ml [0,71-1,85]
- ↓ TSH basal 0,03µU/ml [0,49-4,67]
- ↑ TSH-Rezeptor Autoantikörper 185U/l [<10]
- ↑ Thyreoidale Peroxidase 2500 kU/l [<100]
- ↑ Thyreoglob.-Autoantikörper 620 kU/l [<100]

Der Kollege verschrieb ihr initial 30 mg Carbimazol. Im weiteren Verlauf nahm sie Carbimazol in einer Dosis vom 10 mg pro Tag. Nach einem ¾ Jahr unternahm sie unter ärztlicher Aufsicht einen Auslassversuch, weil sie schwanger wurde. Dieser Auslassversuch scheiterte jedoch, weil sie wieder hyperthyreotische Symptome bekam. So nahm sie das Carbimazol während der Schwangerschaft weiter. Nach der Geburt einer gesunden Tochter sagten ihr die behandelnden Ärzte, dass sie das Kind nicht stillen dürfe, weil das Carbimazol das Kind schädigen könne. Die Patientin war so entsetzt, dass das Carbimazol eine negative Wirkung auf das Kind haben könnte, dass sie das Medikament sofort abrupt absetzte. Da sie fest entschlossen war, das Kind zu stillen, lehnte sie jede weitere (schulmedizinische) Arzneitherapie ab. Zwei Wochen nach dem Absetzen des Thyreostatikums hat der behandelnde Hausarzt einen erhöhten FT4-Wert von 3,6 festgestellt. So kam sie fünf Wochen später mit hyperthyreotischen Symptomen zu mir in die Praxis.

Eine ausführliche Aufklärung über die Risiken einer unzureichend behandelten Hyperthyreose und die Vorstellung anderer Therapie-Optionen<sup>1</sup> führten nicht zur Umstimmung der Patientin, sodass ich schließlich einwilligte, einen homöopathischen Behandlungsversuch zu unternehmen.

Es folgen die wesentlichen Informationen aus der vollständigen homöopathischen Anamnese.

## 2. Soziale Anamnese

Die Patientin ist das dritte Kind von sechs Kindern. Im Alter von zehn Jahren ist sie mit ihrer Familie von Estland nach Deutschland emigriert. Die Großeltern, zu denen sie ein sehr enges Verhältnis hatte, blieben zunächst in Estland zurück. In den ersten Jahren war sie sehr traurig, konnte dies aber nicht ihren Eltern zeigen, da diese schon genug Sorgen hatten. Als Jugendliche hatte sie sich dann in Deutschland akklimatisiert und mit 22 Jahren einen Mann mit dem gleichen kulturellen Hintergrund geheiratet. Er hatte sich für einige Jahre bei der Marine verpflichtet, sodass sie ihren Beruf als Bürokauffrau aufgab und mit ihm nach Flensburg zog.

<sup>1</sup> Eine andere Therapiemöglichkeit wäre z. B. die Einnahme des anderen Thyreostatikums, Propylthiouracil, welches wegen seiner guten Verträglichkeit häufig in Schwangerschaft und Stillzeit gegeben wird.

Dort begann wieder eine unglückliche Zeit für die Patientin, da ihr Mann oft auf See war und sie sich wieder sehr einsam fühlte. Eine Schwangerschaft und die Geburt einer gesunden Tochter konnten ihr nicht über dieses Gefühl des Kummers hinweghelfen. Sie berichtet von lang gezogenen einsamen Spaziergängen mit dem Kinderwagen, die für diese Zeit kennzeichnend waren. Nachdem die Patientin ihr zweites Kind bekommen hatte, zogen sie zurück in das Umland von Braunschweig, wo ihre Familien wohnten und bauten ein Haus. Nach zehn Jahren „Kinderpause“ fing sie 1998 wieder an zu arbeiten. Diese erste Zeit im Büro war gezeichnet von Überforderung, da in den Jahren zuvor die Computer in die Büros Einzug gehalten hatten. Nach einigen Monaten bekam sie einen schweren Infekt mit schmerzhaften Lymphknotenschwellungen an Hals, Unterkieferwinkel und Leiste. Seitdem leidet sie an großer Müdigkeit und an den oben beschriebenen Beschwerden, die dem Basedow'schen Krankheitsbild zugeordnet werden können. Obwohl die Patientin durch die thyreostatische Therapie von den hyperthyreoten Symptomen befreit wurde, litt sie in den nächsten Jahren weiterhin an der Müdigkeit. Auch die Orbitopathie schritt weiter voran.

## 3. Krankheitsgeschichte

- Kopfschmerz nach der Schule ab dem Grundschulalter
- chronische Gastritis in der Flensburger Zeit:
  - Steingefühl im Magen
  - Übelkeit und Erbrechen morgens
- Herpes bei Fieber
- Tonsillitiden, meist rechtsseitig; in der Jugend häufig

## 4. Allgemeinsymptome

- Verlangen nach salzigen und deftigen Speisen
- Schlaf am Nachmittag verschlechtert (trotz des großen Müdigkeits- und Erschöpfungsgefühls seit dem Infekt im Sommer 1998)

## 5. Aktuelle Beschwerden

- Gereiztheit
- Müdigkeit und Erschöpfung gepaart mit großer innerer Unruhe und Nervosität
- Zittern der Hände
- Herzklopfen bei geringer Anstrengung
- Hitzewallungen und Schweiß bei geringer Anstrengung
- Unscharfes Sehen und Doppelbilder
- Schmerz im Auge wie von einem Sandkorn

## 6. Laborchemische Diagnostik im Überblick

Datum	FT3 [pg/ml]	FT4 [ng/ml]	TSH [µU/ml]	TRAK [U/l]	Anti-TPO-AK [kU/l]	TAK [kU/l]
Normal	1,45-3,48	0,71-1,85	0,49-4,67	<10	<100	<100
11.01.99	8,0	1,9	0,03	185	2500	620
04.07.00		3,6				

Tabelle 1: Schilddrüsenwerte

### III. Auswertung der Anamnese

Bei Patienten, die wie diese Patientin hochakute und potentiell gefährliche Zustände aufweisen, verfähre ich in der Regel so, dass ich die chronischen Symptome getrennt von den akuten Symptomen aufnehme und analysiere. So erhalte ich eine Auswahl an Arzneimitteln, die als „Konstitutionsmittel“ bzw. als „Akutmittel in Betracht kommen. Im zweiten Schritt überprüfe ich, inwieweit das „chronische Mittel“ die akuten Beschwerden abdeckt.

#### 1. Chronische Symptome

Summe der Symptome (sortiert nach Graden): Intensität wurde berücksichtigt (Radar Version: 10.0.032 / Radar licence: 32535)

1	Gemüt - Kummer - still
2	Kopf - Schmerz - Schulkindern; bei
3	Magen - Übelkeit - morgens - Aufstehen - agg.
4	Magen - Steines; Gefühl eines
5	Haut - Hautausschläge - Herpes - Fieber, bei
6	Allgemeines - Schlaf - nach dem Schlaf - nachmittags - agg.
7	Allgemeines - Speisen und Getränke - Salz - Verlangen

	nat-m.	calc.	ph-ac.	phos.	puls.	sep.
	7/16	4/8	4/8	4/7	4/7	4/5
1	3	-	2	-	2	1
2	2	2	3	-	2	-
3	1	1	-	1	-	2
4	1	3	2	1	1	1
5	3	-	-	-	-	-
6	2	-	-	1	2	-
7	4	2	1	4	-	1

Tabelle 2: Symptome

#### 2. Akute Symptome

Summe der Symptome (sortiert nach Graden): Intensität wurde berücksichtigt (Radar Version: 10.0.032 / Radar licence: 32535)

1	Gemüt - Reizbarkeit, Gereiztheit
2	Allgemeines - Müdigkeit
3	Gemüt - Ruhelosigkeit - bewegen - muß sich ständig
4	Extremitäten - Zittern - Hände
5	Brust - Herzklopfen - Anstrengung, bei - agg. - geringste; durch die
6	Schweiß - Anstrengung - während geringer Anstrengung
7	Auge - Schmerz - Fremdkörper; wie durch einen
8	Auge - Vorwölbung - Exophthalmus
9	Sehen - Diplopie, Doppeltsehen

	iod.	ars.	bell.	nat-m.	calc.	phos.
	7/14	7/11	7/11	6/13	6/12	6/11
1	3	3	3	3	3	3
2	1	1	1	3	2	3
3	2	2	2	-	-	-
4	2	2	2	3	3	3
5	1	1	1	1	1	1
6	3	2	1	2	3	3
7	1	1	2	2	2	1
8	3	1	1	2	2	2
9	2	2	2	3	1	1

Tabelle 3: Symptome

#### 3. Diskussion

- Wie aus der Repertorisation zu ersehen ist, hat *Natrium muriaticum* in der Repertorisation der chronischen Beschwerden einen sehr hohen Rang, sowohl in der Häufigkeit, wie auch in der Wertigkeit.
- Bei der Betrachtung der akuten Beschwerden des Morbus Basedow erscheint *Iodium* neben *Natrium muriaticum*.
- *Arsenicum album*, *Belladonna*, *Calcium carbonicum* und *Phosphor* fallen auch durch eine hohe Prävalenz auf.

Der Vergleich der Materia Medica mit ihrem Krankheitszustand ergibt, dass sowohl *Iodium* als auch *Natrium muriaticum* die Symptome, unter denen die Patientin zu dem Zeitpunkt litt, sehr gut abdecken. Dies kann sehr gut in den chronischen Krankheiten von Samuel Hahnemann [1] nachgelesen werden. Im Gegensatz zu *Iodium* deckt *Natrium muriaticum* auch die Beschwerden der Vergangenheit bei der Patientin ab. Somit scheint *Natrium muriaticum* sowohl ein gutes Akutmittel wie auch ein gutes chronisches Mittel zu sein. Vor diesem Hintergrund gibt es gute Gründe, *Natrium muriaticum* zu geben.

Zwei Überlegungen hielten mich davon ab:

1. Es wird gelehrt, dass *Natrium muriaticum* ein eher langsam wirkendes Mittel ist. Zu dem damaligen Zeitpunkt habe ich es diesem Mittel nicht zugetraut, eine schnelle Verbesserung der hyperthyreotischen Symptome zu bewirken. Mittlerweile habe ich bei anderen, weniger stark ausgeprägten Fällen, durchaus eine sehr schnelle Besserung innerhalb von wenigen Tagen gesehen. So wäre dieses Argument für mich heute kein Grund mehr, *Natrium muriaticum* in einem Krankheitsfall wie dem Beschriebenen nicht zu geben.

2. Zu Beginn der Erkrankung hatte die Patientin einen Infekt mit schmerzhafter Schwellung der Lymphknoten. *Iodium* deckt im Gegensatz zu *Natrium muriaticum* dieses Beschwerdebild sehr viel hochwertiger ab. *Iodium* gilt außerdem als ein sehr spezifisches Mittel für die Drüsen im Allgemeinen und die Schilddrüse im Speziellen.

Ich habe mich deshalb entschieden, *Iodium* während des akuten Stadiums der Behandlung zu geben. Im weiteren Verlauf plante ich, *Natrium muriaticum* zu geben.

#### IV. Verschreibung und Follow up

Am 27.07.2000 bekam die Patientin aus diesem Grund drei Globuli *Iodium* C 200. Zusätzlich sollte sie sich *Natrium muriaticum* in der C 200 besorgen, ohne es einzunehmen.

In den folgenden Tagen bestand täglicher Kontakt mit der Patientin. Schon am nächsten Nachmittag fiel der Patientin auf, dass sie weniger gereizt sei.

Am 01.08.2000 berichtete die Patientin, dass sie weiterhin weniger gereizt sei, kein Herzrasen und kein Händezittern habe. Der Ruhepuls lag bei 100 Schlägen/min. Unter starken Hitzewallungen litt sie weiterhin. Neu hinzugekommen seien schmerzhaftes Lymphknotenschwellungen am rechten Unterkieferwinkel, in der rechten Achsel und in der rechten Leiste. Die Schwellungen der Lymphknoten konnten als gutes Zeichen gedeutet werden, weil der Autoimmunprozess nach einem schweren Infekt mit Lymphknotenschwellung begonnen hatte. Es schien, dass der ursprüngliche Prozess wieder aktiviert worden ist, und nun die Chance zur Ausheilung bestand. Anstatt weiterhin in aller Ruhe die Reaktion auf das *Iodium* abzuwarten, habe ich die Patientin das Mittel verkleppert einnehmen lassen. Dies war, wie Sie im Folgenden an der Reaktion auf die Mittelgabe ersehen können, ein Fehler. Die Folgen des Fehlers sollen hier ausführlich dargestellt werden, damit Kolleginnen und Kollegen erstens lernen können, was passieren kann, wenn ein Mittel zu früh wiederholt wird, und zweitens ersehen können, was zu tun ist, wenn der Krankheitsverlauf durch eine zu frühe Mittelwiederholung gestört ist.

Am 03.08.2000 berichtete die Patientin, dass sie wieder sehr gereizt sei und den ganzen Tag eine große Müdigkeit verspüre. Der Puls sei wieder auf 120 Schläge/min. gestiegen und sie verspüre wieder Händezittern. Die Hitzewallungen seien gleich bleibend stark. Allerdings seien die Lymphknotenschwellungen zurückgegangen und sie habe keine weiteren hinzu bekommen. Das Kind sei auch unruhig und schweißig. Das Wiederauftreten der hyperthyreotischen Symptome und die Verschlechterung der Gemüts- und Allgemeinsymptome war eindeutig eine Folge der zu frühen Mittelwiederholung.

Was war zu tun? Ich habe beschlossen, von homöopathischer Seite her nichts zu unternehmen, sondern abzuwarten. Da die Patientin sehr gut auf das Mittel reagiert hatte, konnte ich mir sicher sein, dass die Reaktion auf die zu frühe Mittelwiederholung innerhalb weniger Tage nachlassen würde. Ich musste also nur Zeit gewinnen und durfte auf keinen Fall die Beurteilung der homöopathischen Kur durch weitere homöopathische Mittelgaben erschweren. Sollten die hyperthyreotischen Symptome bei Mutter oder Kind sich so stark entwickeln, dass gehandelt werden musste, plante ich, der Patientin einen Betablocker (z. B. das nicht kardioselektive Propranolol) zu geben, um noch Zeit zu gewinnen. Im weiteren Verlauf ging es der Patientin nicht schlechter. Nach zwei bis drei Tagen ging es ihr tendenziell besser.

Am 08.08.2000 berichtete sie schließlich, dass es ihr so gut ging wie lange nicht mehr. Sie verspürte keine Müdigkeit, kein Händezittern, und fühlte sich sehr ausgeglichen. Sogar die Hitzewallungen waren zu 40% besser. Auch bei dem Kind nahm die Patientin

eine Wendung zum Besseren wahr. Es schlief viel besser und war ganz ruhig.

Am 01.09.2000 hielt die Besserung ohne weitere Arzneimittelgabe an. Das Gespräch eröffnete sie mit den Worten, dass sie gar nicht wüsste, was sie sagen solle. Sie habe überhaupt keine Beschwerden mehr – auch nicht bei körperlicher Belastung. Das Sehen habe sich auch wieder normalisiert. Sie habe keine Missempfindungen am Auge und bemerke weder verschwommenes Sehen noch Doppelbilder. Ich hatte keine Veranlassung, *Iodium* zu wiederholen oder *Natrium muriaticum* zu geben, und wartete weiter ab.

Am 15.09.2000 rief die Patientin aufgelöst an und erzählte, dass ihr der Hausarzt bei einem Routinebesuch sehr große Angst gemacht habe, weil sie sich homöopathisch behandeln ließ. Er habe ihr in Aussicht gestellt, dass ihr ein Herzfehler drohe, wenn sie nicht sofort wieder das Thyreostatikum nähme. Seit dem Besuch vor drei Tagen gehe es ihr wieder sehr schlecht. Sie leide wieder unter allen Beschwerden wie vor der Gabe von *Iodium* mit Ausnahme der Augensymptome. Die laborchemische Kontrolle am 04.09.2000 ergab folgende Werte:

Datum	FT3 [pg/ml]	FT4 [ng/ml]	TSH [ $\mu$ U/ml]	TRAK [U/l]	Anti-TPO-AK [kU/l]	TAK [kU/l]
Normal	1,45-3,48	0,71-1,85	0,49-4,67	<10	<100	<100
11.01.99	8,0	1,9	0,03	185	2500	620
04.07.00		3,6				
04.09.00	7,4	2,1				

Tabelle 4: Schilddrüsenwerte

Sie hatte einen noch erhöhten FT4-Wert, aber im Vergleich zum Juli einen deutlich niedrigeren Wert. Und das bei gutem Allgemeinbefinden, normalen Puls- und Blutdruckwerten. Hier findet sich die Regel bestätigt, dass sich zunächst das Befinden ändert und sich erst im weiteren Verlauf der Befund normalisiert.

Da die Patientin im Monat zuvor auf die Wiederholung des *Iodium* C 200 so heftig reagiert hatte, habe ich mich diesmal für die einmalige Wiederholung des *Iodium* in der C 12 entschieden. Auch jetzt sah ich keine Veranlassung, zu *Natrium muriaticum* zu wechseln, da ich zunächst bei einem einmal gegebenen Arzneimittel bleibe, solange es positiv auf den Heilungsverlauf wirkt. Innerhalb von wenigen Tagen normalisierte sich das Befinden der Patientin. Eine laborchemische Kontrolle der Blutwerte nach einer Woche ergab keine Auffälligkeiten, sondern einen normalen FT4-Wert:

Datum	FT3 [pg/ml]	FT4 [ng/ml]	TSH [ $\mu$ U/ml]	TRAK [U/l]	Anti-TPO-AK [kU/l]	TAK [kU/l]
Normal	1,45-3,48	0,71-1,85	0,49-4,67	<10	<100	<100
11.01.99	8,0	1,9	0,03	185	2500	620
04.07.00		3,6				
04.09.00	7,4	2,1				
21.09.00		1,8				

Tabelle 5: Schilddrüsenwerte

Im März 2001 war der FT4-Wert auf 1,2 ng/ml gesunken.

Bis Juni 2001 blieb die Patientin in engem Kontakt zu mir. Sie klagte bis dahin über keine weiteren Beschwerden. Im Gegenteil, es ging ihr so gut wie lange nicht mehr – auf allen Ebenen. Da ich überzeugt war, dass die homöopathische Behandlung mit der Gabe von *Natrium muriaticum* fortzuführen sei, befragte ich sie immer sehr intensiv. Ich konnte aber keinen Grund finden, ihr *Natrium muriaticum* zu verabreichen.

Schließlich entließ ich die Patientin aus der engen Ärztin-Patientin-Beziehung, mit dem dringenden Rat, sich wieder bei mir zu melden, wenn sie merkt, dass es ihr wieder schlechter geht. Ich habe großen Wert darauf gelegt, dass diese Verschlechterung nicht auf die Schilddrüse bezogen sein muss, sondern sich auf den Magen oder einen ganz anderen Organbereich beziehen kann. Auch das Gefühl von Überforderung oder Kummergefühle erwähnte ich explizit. Die Patientin schien die Zusammenhänge verstanden zu haben und versprach, sich zu melden. Ich wusste, dass die Patientin über wenig Geld verfügte, und erklärte deshalb, dass sie für den Fall einer Verschlechterung ihres Zustandes schon das rechte Arzneimittel zuhause habe und dann nur ein kurzes (billiges) Gespräch nötig wäre. Die Patientin meldete sich daraufhin nicht mehr.

Da ich ihre Krankengeschichte zu Lehrzwecken vorstellen wollte, rief ich sie in den folgenden Jahren zweimal an.

Im Juni 2005 ging es ihr weiterhin sehr gut. Sie sah keine Veranlassung, die homöopathische Behandlung fortzusetzen. Sie stellte mir ihre Schilddrüsenwerte vom Dezember 2004 zur Verfügung. Im Folgenden ein Überblick über alle Werte:

Datum	FT3 [pg/ml]	FT4 [ng/ml]	TSH [µU/ml]	TRAK [U/l]	Anti-TPO-AK [kU/l]	TAK [kU/l]
Normal	1,45-3,48	0,71-1,85	0,49-4,67	<10	<100	<100
11.01.99	8,0	1,9	0,03	185	2500	620
04.07.00		3,6				
04.09.00	7,4	2,1				
21.09.00		1,8				
22.03.01		1,2				
03.12.04		1,1	2,04			

Tabelle 6: Schilddrüsenwerte

Als ich diesen Beitrag im Herbst 2008 vorbereitete, trat ich nochmals in Kontakt mit der Patientin. Sie erzählte mir, dass es ihr bis 2006 sehr gut gegangen war. Mitte 2006 bekam sie Magengeschwüre mit den bekannten Beschwerden, nachdem ihr Mann kurz zuvor arbeitslos geworden war. Sie hat sich zu diesem Zeitpunkt nicht bei mir gemeldet, weil sie das Gefühl hatte, kein Geld für die homöopathische Behandlung ausgeben zu können. Nach einem weiteren Jahr litt sie unter Haarausfall, Obstipation und Lethargie. Eine ausführliche Diagnostik ergab eine Hypothyreose bei Morbus Basedow.

## V. Diskussion

Dieser Fall zeigt, wie eine akute Hyperthyreose bei Morbus Basedow erfolgreich homöopathisch behandelt werden konnte und sechs Jahre lang zu Gesundheit und Wohlbefinden führte. Durch die zu früh gelockerte Ärztin-Patientin-Bindung konnte leider nicht auf den krankmachenden Umgang mit Kammersituationen Einfluss genommen werden. Ich denke, dass es dem Schema der Patientin entsprach, in Kammersituationen zu erstarren anstatt um Hilfe zu bitten.

Vor diesem Hintergrund erscheint *Natrium muriaticum* wieder als gutes homöopathisches Mittel für die Patientin und ich bedauere, den Zeitpunkt verpasst zu haben, ihr dieses Mittel zu verschreiben. Das Unvermögen, in Kammersituationen Hilfe zu suchen, führte nach der Arbeitslosigkeit ihres Mannes wahrscheinlich zu einem Wiederaufflackern des Autoimmunprozesses. Es entspricht meiner heutigen Erfahrung, dass der Autoimmunprozess wie auch andere Krankheitsfolgen durch Kummer mit der Gabe von *Natrium muriaticum* hätten gestoppt werden können.

Fraglich bleibt, inwieweit die anfängliche Gabe von *Natrium muriaticum* die Hyperthyreose erfolgreich behandelt hätte und den Umgang mit Kammersituationen verändert hätte.

Aus der Erfahrung, die ich in den letzten Jahren gewonnen habe, kann ich sagen, dass *Natrium muriaticum* (wenn es homöopathisch ist) bei hyperthyreotischen Symptomen sehr schnell eine Normalisierung des Zustandes bewirken kann. Gleichzeitig kann *Natrium muriaticum* einen Zustand der Erstarrung nach Kummer wieder in Fluss bringen und dem Patienten in erneuten Kammersituationen andere Reaktionsweisen ermöglichen.

## VI. Homöopathische Therapie von Schilddrüsenerkrankungen

Die homöopathische Therapie eines Morbus Basedow hat den Vorteil, dass sie regulatorisch wirkt und somit sehr häufig mit einer Reduktion der Autoantikörper verbunden ist. Dies hat den Vorteil, dass durch die Verminderung des Entzündungsprozesses das Schilddrüsengewebe in seiner Funktionsfähigkeit erhalten bleibt. In meiner Praxis habe ich häufig gesehen, dass während der homöopathischen Therapie die Autoantikörper sehr stark absinken bzw. in den Normbereich abfallen.

Meist werden Patienten von mir behandelt, die bereits eine thyreostatische Therapie erhalten. Nach einem halben bis Dreivierteljahr überprüfe ich die Schilddrüsen-Antikörper. Wenn sie deutlich abgesunken sind, schleiche ich das Thyreostatikum aus. Dies geht meist komplikationslos und ohne klinische Symptomveränderung vonstatten. Sollte es dennoch zu Zeichen der Hyperthyreose bzw. zu Druckgefühl im Halsbereich kommen, schafft die einmalige Gabe des Konstitutionsmittels schnelle Abhilfe.

Dieser erste Teil der Behandlung ist nicht wirklich schwierig, wenn man ein gutes chronisches Mittel für den Patienten gefunden hat. Problematisch ist vielmehr die langfristige Betreuung des Patienten.

Bei gefühlter Gesundheit (latente Psora) der Patienten besteht meist ein Compliance-Problem, sodass sie es nicht für nötig befinden, wegen neu aufkommender Beschwerden den Homöopathen zu konsultieren.

Genau hierin begründet sich das Hindernis für die vollständige Ausheilung der Erkrankung. Meiner Erfahrung nach bleibt über Jahre eine Latenz der Erkrankung bestehen. Wenn es dann zu einer Situation kommt, die den Patienten nachhaltig schwächt, kann der Autoimmunprozess wieder aufflammen und erneut zu einem Krankheitsbild des Morbus Basedow führen. Häufiger findet sich allerdings ein subklinischer Prozess, der nach ein bis zwei Jahren in eine sogenannte oben beschriebene „ausgebrannte Schilddrüse“ mündet.

Ich versuche in meiner Praxis den oben beschriebenen Verlauf zu verhindern, indem ich den Patienten von Anfang an eine über Jahre kontinuierliche Behandlung ans Herz lege.

In meiner Praxis habe ich insgesamt sehr gute Erfahrungen mit der Behandlung von Morbus Basedow, und Adenomen der Schilddrüse gemacht. Wie immer in der homöopathischen Therapie sehe ich nicht, dass es spezifische Mittel gibt, sondern dass immer die Ganzheit der Symptome mit dem Arzneimittelbild abgeglichen werden muss.

Im Gegensatz dazu habe ich eher schlechte Erfahrungen mit der Behandlung der Hashimoto Thyreoiditis gemacht. Meine Erfahrung ist, dass Patienten mit einer Hashimoto Thyreoiditis unter mehreren schwerwiegenden Erkrankungen leiden und eine Vielzahl von schulmedizinischen, stark unterdrückenden Therapien hinter sich haben.

## VII. Weitergehende Betrachtungen zur Stellung der Schilddrüse im Gesamtorganismus

Ferdinand Sauerbruch, der als großer Chirurg des letzten Jahrhunderts die Herz-Thorax-Chirurgie begründete, hat in seinen Memoiren ein eigenes Kapitel der Basedowschen Erkrankung gewidmet. Da er durch sein Wirken als Pragmatiker bekannt geworden ist, und nicht in dem Ruf eines theoretisierenden Psychologen steht, möchte ich seinen Worten hier besonderen Raum geben.

Im Folgenden sollen einige Zitate einen Einblick seiner Gedankengänge ermöglichen. Entnommen wurden diese Gedanken aus seiner Biografie „Das war mein Leben“. [2]

Durch Vortragen von zwei Beobachtungen versucht er dem Zuhörer zu vermitteln, dass erschütternde seelische Ereignisse ausschlaggebend sind für die Entstehung der Basedowschen Erkrankung: [3], [4]

### 1. Beobachtung

„In der Poliklinik hatten wir eine nette und ruhige Frau wegen einer Eiterung am Finger behandelt. Wenn ich nicht irre, war es ein sogenannter ‚Hausfrauenfinger‘. Sie hatte ein uneheliches Kind, für das sie vorbildlich sorgte und dem sie mit aller Mutterliebe zugetan war.“

Einige Tage nach ihrer Heilung wird uns die Frau morgens mit einem nahezu voll entwickelten akuten Basedow eingeliefert, von dem ich vorher nicht das geringste Anzeichen bemerkt hatte.

In der vorhergehenden Nacht war eine Feuersbrunst in ihrem Hause ausgebrochen, sie konnte nicht mehr über die Treppe fliehen, die Feuerwehr spannte die Fangtücher aus und, da sie sich nicht entschließen konnte, nahm ihr ein Feuerwehrmann das Kind aus den Armen und warf es hinunter in das Fangtuch. Sie selber sprang danach ebenfalls und kam auch wohlbehalten unten an.

Aber der Schreck, ihr Kind weggenommen und in den Abgrund geworfen zu sehen – den ihre Angst ihr wohl übertrieben tief erscheinen ließ –, entwickelte in wenigen Stunden bei ihr die bekannten Erscheinungen einer Überfunktion der Schilddrüse mit allen körperlichen und seelischen Zeichen.“

### 2. Beobachtung

„Im zweiten Weltkrieg sprach ich auf dem westlichen Kriegsschauplatz einen französischen Kollegen, der völlig fassungslos über folgendes Ereignis war:

Das Bataillon, das er ärztlich zu betreuen hatte, war das Opfer eines Stuka-Angriffes geworden. Vierundzwanzig Stunden danach hatte er ein paar Dutzend an Basedow leidende Offiziere und Soldaten zu behandeln.“

Im Weiteren versucht er die Bedeutung der Schilddrüse für das vagosympathische Nervensystem herauszuarbeiten: [5]

„Wenn aus irgendeinem Grunde das Nervensystem, insbesondere das Sympathische, stärker erregt wird, so werden seine vermehrten Antriebe in den von ihm abhängigen Organen, also auch in der Schilddrüse, ergiebiger Arbeit und anschließend Hyperplasie [!] hervorrufen.“

„... das vagosympathische System ist wiederum gebunden an das Nervensystem überhaupt und vor allem auch an zentrale seelische Vorgänge.“

„So ergibt sich eine lückenlose Kette vom psychischen Trauma bis zu den Organen der inneren Sekretion, einschließlich der Glandula thyreoidea.“

Weiter stellt er die Hypothese auf, dass Morbus Basedow primär keine Erkrankung der Schilddrüse ist, sondern die Schilddrüse lediglich EIN Erfolgsorgan dieser Erkrankung ist: [6]

„Das Dunkel dieser Widersprüche [Teilerfolge bei Thyreoidektomie] klärte nun v. Mikulicz auf: Schon die normale Schilddrüse beeinflusst ja so nachhaltig, wie kein anderes Organ, Herztätigkeit und Stoffwechsel, ja den ganzen Lebenslauf. Wenn sie nun unter dem Drucke des primär gestörten zentralen Nervensystems wuchert und mehr schafft, so muß diese Überarbeit klinisch auffällig in Erscheinung treten, und zwar vorzugsweise als vermehrte Leistung der Erfolgsorgane der Schilddrüsensekretion ...“

„Die Schilddrüse wirkt also wie ein Stromverstärker. Sie betont alle Abweichungen noch besonders. Wenn nun ... [der Chirurg] diesen von ihm sogenannten ‚Multiplikator‘ verkleinerte, so verringerte sich auch der Zuwachs an Krankheitsäußerungen wieder. Wir befreien in der Tat damit den Körper meist von der lästigen Tachykardie, von den Herzpalpitationen, von der inneren Unruhe und geben ihm im ganzen günstigere Aussichten auf Ausheilung auch der primären, der ursächlichen Störung.“

Sauerbruch merkt an, dass kritische Operateure zugeben, durch die Thyreoidektomie seien nur Teilerfolge zu erzielen: [7]

„...Wie stimmt aber damit überein, dass dem Basedowkranken doch die Strumektomie (Kropfoperation) nützt? Unkritische Chirurgen berichteten sogar von postoperativen Heilungen im Laufe von vier Wochen; kritische gaben freilich zu, daß nicht alle Merkmale, so gut wie nie die Glanzaugen und das feinschlägige Zittern völlig beseitigt werden. Nur Besserungen wurden erreicht. Damit stimmen die Ergebnisse von Nachuntersuchungen überein, die wir an von uns oder von sehr erfahrenen anderen Chirurgen Operierten angestellt haben.“

Der Gedankengang, dass die Schilddrüse ein Vermittlerorgan zwischen energetischem/emotionalem Körper und physischem Körper darstellt, ist besonders interessant an dieser Darstellung. Ohne Zweifel ist die Schilddrüse ein Erfolgsorgan des sympathischen und parasympathischen Nervensystems. Der Vergleich zu einem Stromverstärker ist sehr gelungen, da dies die Funktion der Schilddrüse sehr gut umschreibt.

Bei übermäßiger Belastung des vegetativen Nervensystems scheint es Mechanismen zu geben, die eine übermäßige Aktivierung der Schilddrüse bewirken. Diese übermäßige Aktivierung kann sehr schnell rückgängig gemacht werden, wenn die „innere Welt“ des Patienten wieder gerichtet wird.

Dies ist wahrscheinlich der Grund, weshalb dieses Krankheitsbild trotz der diskutierten Auto-Antikörper-Genese so gut homöopathisch behandelbar ist und auch dem unerfahrenen homöopathischen Therapeuten häufig Erfolge einbringt.

Bei anderen Erkrankungen, bei denen Auto-Antikörper nachgewiesen werden können, ist die homöopathische Behandlung oft langwierig und schwieriger und fordert die Kenntnisse eines erfahrenen Homöopathen, wie z. B. bei rheumatoider Arthritis oder Morbus Crohn.

Nähere Erkenntnisse zur Stellung der Schilddrüse werden dem naturwissenschaftlich denkenden Arzt (der aber das ganzheitliche Zusammenwirken von energetischem/emotionalem und physischem Körper betrachtet haben will) wahrscheinlich in den nächsten Jahren die Ergebnisse der Psycho-Neuro-Endokrinologie bringen.

Ob diese Erkenntnisse dann Veränderungen in der universitär ausgerichteten Medizin bewirken werden, bleibt offen.

Bis dahin ist meiner Meinung nach die homöopathische Behandlung des Morbus Basedow der schulmedizinischen Behandlung vorzuziehen.

#### Literatur

- [1] Hahnemann S: Die chronischen Krankheiten. Heidelberg Haug; 1997: Iodum: Band 3; 378-404. Natrium muriaticum: Band 4; 347-405.
- [2] Sauerbruch F: Das war mein Leben. Bad Wörlshofen, Kindler und Schiermeyer Verlag, 1951. Seite 341-352.
- [3] a. a. O., Seite 111.
- [4] a. a. O., Seite 374.
- [5] a. a. O., Seite 346.
- [6] a. a. O., Seite 350.
- [7] a. a. O., Seite 349.

#### Dr. med. Ina Chammah

Ärztin – Homöopathie. Seit 1999 privatärztliche Praxis in Braunschweig. 1986-1989 Studium der Chemie bis zum Vordiplom. 1989-1997 Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). 1991-1997 Teilnahme am studentischen homöopathischen Arbeitskreis (unterstützt von der Karl und Veronica Carstens-Stiftung und dem Niedersächsischen Landesverband homöopathischer Ärzte). 1997-1999 AiP in einer homöopathischen Gemeinschaftspraxis in Celle. Seit 1999 privatärztliche Praxis in Braunschweig. 2001 Zusatzbezeichnung Homöopathie, Februar 2007 Weiterbildungsermächtigung Homöopathie. 1999-2003 Leitung des studentischen Arbeitskreises Homöopathie an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Ab 2004 Dozententätigkeit für die Niedersächsische Akademie für Homöopathie und Naturheilverfahren (N.A.H.N) in Celle. Seit August 2007 Leitung der Weiterbildung Homöopathie in Braunschweig.



- Kontakt: Ina@chammah.de
- Praxis: www.homöopathische-ärzte.de



Claudia Stephan

## Behandlung eines Jungen mit Hallervorden-Spatz-Syndrom (HSS)

Im Folgenden wird der Fall eines 7½-jährigen Jungen mit der Diagnose Hallervorden-Spatz-Syndrom (HSS) knapp vorgestellt. Bei dem HSS handelt es sich um eine seltene erbliche Krankheit, bei der es durch eine abnorme Speicherung von Eisen im Hirngewebe (NBIA – Neurodegeneration with Brain Iron accumulation) zu fortschreitenden Bewegungsstörungen kommt.

Als ich den 7½-jährigen Patienten im Herbst 2006 zum ersten Mal sehe, hat er 17 kg Körpergewicht und ist seit sechs Monaten konstant in (intensiv-)medizinischer Betreuung im Kinderkrankenhaus.

### Beschwerden

- schubweises Fortschreiten der Grunderkrankung trotz aller Therapieansätze bei internationaler Recherche
- ausgeprägt dystone Phasen
- Ernährung per Nasensonde
- Zustand nach Pneumonie durch *Pseudomonas aeruginosa*
- ständig starke bronchiale Sekretion mit ungenügendem Husten
- kaum zu durchbrechende Dystonien mit spastischen Atemwegsbehinderungen und Apnoen

Die Schere schließt sich zwischen schwersten spastischen Atemwegsbehinderungen – durch Apnoen und das Sekret behinderte Atmung mit Zyanose – und der einzig wirksamen Relaxation mit dem Kurznarkotikum Dormicum und Morphin (atemdepressiv).

Die wirksamen Relaxantien Dormicum und Morphin führen zu Atemstillständen. Die Prognose ist zu dieser Zeit infaust.

Als ich den Jungen sehe, lässt die Dormicum-Wirkung gerade nach. In diesem Zustand ist das ganze Kind ein einziges dystones, spastisches verzweifertes Bündel, das zunehmend zyanotisch wird. Als die Mutter aus dem Behandlungsraum geht, um die Schwester zu holen, damit Dormicum nachgegeben wird, wird der Junge völlig verzweifelt noch agitierter und sagt "Mama! Mama!".

### Kurzanamnese

- blaue Skleren
- normale Geburt, zunächst normale Entwicklung
- zunehmende Entwicklungsverzögerung ab 1½ Jahren
- fiel immer auf den Kopf ab dem zweiten Geburtstag, trug Fahrradhelm
- liebt Musik, Hörbücher, Massagen, Kinofilme
- seit dem vierten Geburtstag zunehmende Spastik
- mit ca. drei Jahren wird die Diagnose des Hallervorden-Spatz-Syndroms gestellt.

Zurzeit ist er seit sechs Monaten wegen zunehmender Spastik mit Atemstillständen kontinuierlich stationär und seit vier Monaten auf der Intensivstation.

### Medikamente

- Baclofen-Pumpe mit 1200 mg
- Distraneurin 28 ml (max. TD 60 ml)
- Dormicum (Midazolam) i.v. 3 mg/p.o.5 mg
- Sedierung, Kurznarkose, Atemdepression min. 1h Intervall!
- Orap Pimozid antipsychotisch 10 mg (max. TD 16 mg)
- Morphin (schmerzhafte Dystonien), Atemdepression 16 mg (max.TD 0,8/Kg = 13,6)
- Nitoman 25-Tetrabenazin MAO Hemmer, gegen Dyskinesien 150 mg (normal 75 mg, max. TD 200 mg)
- Chloralhydrat 600 mg bei Bed. (max. TD 1500 mg)
- Movicol junior, ACC, Ulcogant

### Rubriken, die zur Verordnung führten:

- Allgemeines
- Vergiftung mit Eisen: *ars, calc.p., Chin., cupr., HEP, iod., ip., merc., nat.mur., Puls., Sulph., thea, veratr., Zinc.*

### Weitere Rubriken

- Allgemeines
- Konvulsionen Kleinkinder
- Konvulsionen nach Schlafmittelmissbrauch
- Konvulsionen nach Ärger und Verdruss
- Anklammern
- Atmung
- asthmatisch begleitet von Krämpfen und Spasmen an verschiedenen Stellen
- schwieriges Schlucken

(beide Male *Cuprum* einziges Mittel!)

### Verlauf

- ab 13.09.2006 *Cuprum met.* LM 6 Glob. DHU jeden 2.Tag 3; keine Reaktion
- ab 20.09.2006 *Cuprum* LM 6 1x3 tägl.; keine Reaktion
- ab 24.09.2006 *Cuprum* LM 6 3x3 tägl.
- ab 29.09.2006 Diazepam statt Dormicum
- 01.10.2006 hustet mehr, lacht häufiger, badet wieder in der Badewanne, wirkt fröhlicher, weniger Sekret
- 11.11.2006 *Cuprum* LM 18 3x3, geht ins Kino, lacht
- 27.11.2006 Entlassung

### Medikamente bei der Entlassung

Die Medikamente waren bei der Entlassung deutlich reduziert:

- Orap p. o.
- Baclofen dito
- Morphin 7 mg
- Chloralhydrat dito
- Nitoman 150 mg
- Diazepam bei Bedarf
- Valiquid 12 mg
- *Cuprum met.* LM 18 3x3

### Zustand des Jungen im Juni 2009

Letztes Telefonat mit der Mutter im Juni 2009: Das Kind lebt!!! Der Junge nimmt noch immer regelmäßig *Cuprum* LM 18. Seit seiner Entlassung im November 2006 war er nie wieder in stationärer Behandlung, sondern nur noch zu den üblichen Kontrollen im Krankenhaus. Als *Cuprum* zeitweise abgesetzt wurde, ging es ihm sofort schlechter.

### Claudia Stephan

Ärztin – Homöopathie. Jahrgang 1959. Seit 2009 lebe ich mit Kind und Tieren in Alt Ahrbeck (Burgdorf). Ich arbeite seit über 20 Jahren als klassische Homöopathin in eigener Privatpraxis. Wichtige Lehrer waren und sind Alfons Geukens, Beat Spring, Rajan Sankaran, Georgos Vithoukas, Andreas Richter und ganz besonders meine Kinder sowie meine Patientinnen und Patienten. Mein besonderes Interesse gilt der



Behandlung von Kindern und Familien. Seit vielen Jahren unterrichte ich mit meiner Kollegin Dorothea Weihe die Weiterbildungsgruppe in Hannover und wir leiten eine Supervisionsgruppe. Seit ca. 15 Jahren bilde ich Kolleginnen und Kollegen in meiner Praxis aus und unterstütze die Studierenden der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) mit ein bis zwei Vorlesungen pro Jahr.

- Kontakt: [claudia.steph@web.de](mailto:claudia.steph@web.de)

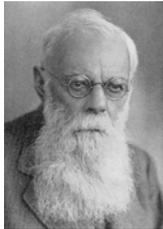
Heinz Huber

## Homöopathie und Krebs – Möglichkeiten und Schwierigkeiten

**Der folgende Beitrag ist auf der Basis meines Vortrags auf dem ICE 8 entstanden und wurde im April 2010 aktualisiert. Ich werde über die Möglichkeiten und auch die Schwierigkeiten in der homöopathischen Behandlung von Krebs referieren. Auf der einen Seite möchte ich in diesem Beitrag Grundsätzliches zu diesem Thema behandeln und auf der anderen Seite für meine Beispiele aus eigenen Erfahrungen schöpfen, die ich durch meine Arbeit sowohl als niedergelassener Allgemeinarzt als auch als Mitbegründer und Leiter der Hahnemann Klinik Bad Imnau und seit einem Jahr der Emil-Schlegel-Klinik in Bad Niedernau gewonnen habe.**

Die Grundidee der homöopathischen Behandlung von Krebs leitet sich aus folgenden Worten des Namensgebers der Klinik, Emil Schlegel, ab:

„Leidende [und von mir ergänzt: Therapeuten] müssen sich auf die Behandlung in vollem Maße geistig einlassen. Sie dürfen absolut nicht an die Unheilbarkeit des Zustandes glauben; auch ist ihnen nicht damit gedient, dass sie nur Linderungsmittel verlangen, es muss mit Entschlossenheit und Hingabe eine volle Heilung angestrebt und betrieben werden. Die Erfahrung hat gezeigt, dass auch in scheinbar hoffnungslosen Fällen doch überraschende Wendungen eintreten können, niemals aber lässt sich bestimmt vorhersagen, was noch möglich ist.“



### Möglichkeiten ...

Die Patienten, welche zu uns kommen, stehen meist am Ende einer langen Odyssee von Arzt zu Arzt, nach Operation, Chemo- oder Bestrahlungstherapie. Sie befinden sich im Spannungsfeld zwischen schlechter und schlechtester Prognose und dem Prinzip Hoffnung.

Genau dort versuchen wir anzusetzen. Als Schulmediziner treten wir mit diesem Rucksack voller Diagnosen und Prognosen an und bräuchten demnach gar nicht anfangen, noch einmal an Heilung zu glauben. Deshalb müssen wir, trotz des schulmedizinischen Wissens, diesen Rucksack absetzen und uns innerlich ganz auf die Behandlung einlassen.

Natürlich zeigt die Erfahrung: Diagnosestellungen mit Hinweisen auf drei, vier oder sechs Monate restlicher Lebenszeit gehen nicht selten in Erfüllung. Der erste und wichtigste Schritt ist daher, die Menschen wieder aus dieser Hoffnungslosigkeit herauszuführen, denn Heilung ist zu einem großen Teil von der Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit bestimmt.

Mit einem ganzheitlichen Konzept – und dies integriert auch uns Behandelnde – wollen wir der klassischen Homöopathie gerecht werden, indem wir uns anders als die Schulmedizin nicht etwa der Genesung, sondern der Heilung verschreiben. Während Letztere etymologisch als „Ganzwerden“ bestimmt ist, handelt es sich bei dem Begriff „genesen“ ursprünglich um ein Davonkommen aus einer Gefahr.

Im Zentrum unseres Ansatzes steht dabei das Verstehen und Verändern.

Viele der Tumorkrankheiten können als Hinweis auf eine Störung des psychischen Gleichgewichtes betrachtet werden und dem kranken Menschen als Chance dienen, wieder auf seinen eigentlichen Weg zurückzufinden. Bei jedem Menschen besitzt das zu Heilende einen anderen Schwerpunkt. Beim Einen sind äußere Einflüsse und erbliche Faktoren das Entscheidende, beim Anderen der seelische Aspekt.

Daher legen wir sehr viel Wert auf eine individuelle Behandlung. Die zeitlich sehr intensive homöopathische, ärztliche und therapeutische Betreuung sowie die Auszeit aus dem gewohnten Umfeld erleichtern es uns, auslösende Ursachen zu verstehen und die Weichen für eine Änderung im Leben zu stellen.

Es geht nicht nur darum, Symptome des Krebses zu behandeln, sondern den Krebs an sich beziehungsweise seine Ursache.

Dies versuchen wir durch Gruppengespräche, Achtsamkeitsübungen, durch Atemarbeit, Körperarbeit, Meditation, Tanztherapie, Malen, Basteln, Energieübungen, Gartenarbeit, Vollwerternährung und physikalische Therapien.

Unsere Ziele sind dabei, den Patienten eine Entwicklung zu ermöglichen, menschenwürdig mit ihnen umzugehen und ihre Lebensqualität zu steigern. Dazu gehört vor allen Dingen die Behandlung der allopathischen Nebenwirkungen, worauf ich später noch näher eingehen werde.

Zuletzt zähle ich hier auch die Palliation auf. Wenn man mit schwer- und todkranken Menschen umgeht, stellt sich natürlich oft die Frage: Was bringt meine Arbeit überhaupt? Viele Patienten sterben trotzdem. Hat meine Arbeit überhaupt eine Bedeutung? Kann ich den Menschen irgendetwas geben?

Viele Rückmeldungen von Patienten und Angehörigen zeigen, dass die Zeit in der Klinik eine wichtige Entwicklung ermöglicht hat, beispielsweise Frieden zu finden mit der Familie, weniger Schmerzen zu erleiden, bewusst zu bleiben bis zum Ende und nicht in einem Morphindelinium zu versinken, persönliche Dinge noch regeln zu können. Auch dieser Teil gehört zu unserer alltäglichen Arbeit.

## Krebsbehandlung in der Emil-Schlegel-Klinik

Ich möchte Ihnen nun vorweg vorstellen, wie ein optimales Konzept für eine Krebsbehandlung in der Emil-Schlegel-Klinik aussieht.

Die homöopathische Behandlung sollte natürlich im besten Fall so rasch wie möglich nach der Diagnosestellung – und sogar noch vor der schulmedizinischen Therapie – eingeleitet werden.

Trotzdem ist zu beachten, dass Ruhe und Zeit bleiben und ein überstürztes Handeln selten hilfreich ist. Viele der Betroffenen geraten durch die Diagnosestellung in einen Schockzustand. Durch die begründete Angst entsteht häufig ein großer Druck, der voreilige Entschlüsse zu Operationen und Therapien zur Folge hat. Meines Erachtens bleibt immer noch die Zeit, die Patienten aufzuklären, ihnen alle schulmedizinischen und homöopathischen Möglichkeiten und Notwendigkeiten aufzuzeigen und auf diese Weise eine eigenständige, besonnene Entscheidung zu unterstützen.

Die homöopathische Erstanamnese und Mittelgabe erfolgen idealerweise vor dem Beginn der Chemotherapie und der Bestrahlung. Sollte dies dann überhaupt noch nötig sein, kann der Patient auch während der tumordestruktiven Behandlung sehr gut homöopathisch begleitet werden. Wichtig ist zudem, dass Patienten auch nach der stationären Behandlung weiterhin – und das bedeutet über Jahre hinweg – homöopathisch betreut werden. Eine Möglichkeit, das zu gewährleisten, ist die Überweisung an einen Kollegen in der Nähe des Wohnorts der Patienten. Dabei stellen wir allerdings oft fest, dass diese Nachbehandlung schnell im Sande verläuft. Um langfristige Ergebnisse zu erzielen, muss der Kranke konsequent und korrekt betreut werden. Deshalb übernehmen wir häufig diese Aufgabe selbst.

### Fallbeispiel 1

Im Folgenden zeige ich Ihnen anhand eines Fallbeispiels, wie die homöopathische Behandlung eines Mammakarzinoms in unserem Sinne optimal verlaufen kann.

Es handelt sich um eine **damals 92-jährige Frau**, welche durch einen Verkehrsunfall am 27.04.2005 Prellungen und Hämatome an der rechten Brust erlitt.

Nachdem diese verheilt waren, fand am 06.07.2005 eine Mammographie statt, welche einen kleinen Tumor außerhalb der Hämatome zutage brachte.

Die genauere Untersuchung am 08.07.2005 erbrachte die Diagnose Brustkrebs: infiltrierendes, duktales Mammakarzinom mit mikrofokalem Infiltrationsmuster, rechts, Malignitätsgrad 3.

Die betreuenden Ärzte empfahlen direkt eine Operation und eine anschließende Strahlentherapie. Selbst überzeugte homöopathische Ärztin, entzog sich die Patientin der Schulmedizin und begab sich in homöopathische Behandlung.

Repertorisation und Mittelfindung stellten sich hier recht eindeutig dar. Erstens handelte es sich um einen harten Knoten, zweitens war dieser ätiologisch betrachtet, eindeutig als Folge der Stoßverletzung zu identifizieren und drittens war das hohe Alter der Patientin ein wichtiges Indiz. *Conium* ist hierbei das erste Mittel.

	Con.	Bor-	ber-	Phyt.
Total	3	2	2	2
Rubrics	3	2	2	2
Family	3	2	2	2
CHEST; CANCER; Mammae; hard; stony (2)	1	1	1	1
CHEST; CANCER; Mammae; contusion, from (2)	1	1	1	1
CHEST; CANCER; Mammae; old people or past the middle age (2)	1	1	1	1

An dieser Stelle sei angemerkt, dass ich *Conium*, aus dem Schierlingsgewächs gewonnen, allgemein für eines der wichtigsten Mittel für Krebs in der Brust, der Prostata und dem Uterus halte. Bei der Patientin wurde am 10.04.2006 – kaum ein Jahr nach der Diagnosestellung – eine Kontrolle durchgeführt mit dem Ergebnis: ohne Befund. Die Patientin ist bis jetzt (Stand 15.04.2010) bei bester Gesundheit. Ohne Zweifel ist dies ein äußerst erfreulicher Fall, entspricht jedoch zugegebenermaßen nicht der Regel.

### Das zu Heilende

Bevor wir uns den schwierigen Fällen zuwenden, halte ich es für sinnvoll, noch einmal zu Samuel Hahnemann zurückzukehren. Scheinbar banal stellt § 3 des Organons eine der wichtigsten Aussagen dar:

„Sieht der Arzt deutlich ein, was an Krankheiten, das ist, was an jedem einzelnen Krankheitsfalle insbesondere zu heilen ist (Krankheits-Erkenntniß, Indication), sieht er deutlich ein, was an den Arzneien, das ist, an jeder Arznei insbesondere, das Heilende ist (Kenntniß der Arzneikräfte), und weiß er nach deutlichen Gründen das Heilende der Arzneien dem was er an dem Kranken unbezweifelt Krankhaftes erkannt hat, so anzupassen, daß Genesung erfolgen muß, anzupassen sowohl in Hinsicht der Angemessenheit der für den Fall nach ihrer Wirkungsart geeignetsten Arznei (Wahl des Heilmittels, Indication), als auch in Hinsicht der genau erforderlichen Zubereitung und Menge derselben (rechte Gabe) und der gehörigen Wiederholungszeit der Gabe: – kennt er endlich die Hindernisse der Genesung in jedem Falle und weiß sie hinwegzuräumen, damit die Herstellung von Dauer sei: so versteht er zweckmäßig und gründlich zu handeln und ist ein ächter Heilkünstler.“

Ich stelle demnach zuerst einmal die Frage nach dem zu Heilenden in unserem speziellen Falle.

Meine Erfahrung hat gezeigt, dass keineswegs immer der Tumor an sich an erster Stelle steht. Im Empfinden des Patienten drängen sich nicht selten andere Leiden in den Vordergrund. Dabei kann es sich um die Nebenwirkungen der Chemotherapie handeln, die Angst vor der Krankheit oder aber auch um ganz andere Dinge. Es ist die Aufgabe des Arztes herauszufinden, was sich bei jedem Patienten individuell als das zu Heilende erweist.

In Bezug auf die Arznei, das Heilende, fordere ich ebenfalls, den Horizont der Behandlung über die bekannten Mittel bei chronischen Krankheiten hinaus zu erweitern.

Oft decken diese Mittel den Haltepunkt der Karzinomerkrankungen nicht. Die Wahrscheinlichkeit, dass *Ignatia* beispielsweise bei einem Mammatumor Wirkung zeigt, ist gering, da der Endpunkt dieser Arznei nicht in das Tumorgeschehen hineingreift.

Aus diesem Grunde setze ich zunehmend organotrope, tumorspezifische Mittel ein. Darüber hinaus erfordert die Besonderheit des Krebses auch eine spezielle, angepasste Dosierung, abweichend von derjenigen, die wir von der Behandlung der chronischen Krankheiten kennen, wir beginnen hier meist mit Q-Potenzen.

Wenn Hahnemann von den Hindernissen der Genesung spricht, weist er auf eines der für uns zentralsten Themen hin. Selbst wenn ein Patient das richtige homöopathische Mittel erhält, bestehen oft diese Faktoren, meist im persönlichen Lebensbereich, in der eigenen oder der Familiengeschichte, welche einer Heilung im Wege stehen.

So können eine Auszeit, ein Orts- und Umgebungswechsel bewirken, dass Menschen ihre eigene Situation überdenken, neue Entscheidungen treffen und ihr Leben positiv in Sinne ihrer Heilung umgestalten.

Bei der Behandlung stellen sich also folgende Fragen: Was ist das zu Heilende überhaupt? Was heißt Heilung? Sind die Heilungshindernisse überwindbar? Ist das zu Heilende der Körper oder ist das zu Heilende die Seele? Heißt Heilung immer Überleben?

Die Kriterien der Medizin sind eindeutig: Überleben heißt Heilung und Sterben heißt Nicht-Heilung und Misserfolg. Was Letzteres angeht, wäre vielleicht ein Umdenken in der Gesellschaft angebracht. Aber das soll heute nicht Thema sein.

## Fallbeispiel 2

Ich möchte Ihnen nun zum Thema einen Fall vorstellen:

Es handelt sich um einen damals **43-jährigen Mann**, der sich vom 23.09.-14.10.2007 stationär in der Hahnemann-Klinik aufhielt.

Er kam mit der Diagnose: „austherapiert“ ohne weitere operative Möglichkeiten.

### Chronologische Falldokumentation

Diagnose jetzt: Rezidiv eines Oropharynx-Karzinoms. Die Erstdiagnose und OP war 2002. Dann kam ein Rezidiv 12/06 mit Chemotherapie und Bestrahlung. 07/2007 erfolgte eine erneute Neckdissektion, und dann, kurz bevor er zu uns kam, zeigten das PET weitere Lymphknoten am Hals und im HNO Konzil und ein sichtbares Rezidiv am Gaumen.

Operative Möglichkeiten wurden von der HNO Klinik nicht mehr für sinnvoll erachtet. So kam er 2007 zu uns in die Klinik.

### Die Vorgeschichte

1998 waren erstmals Lymphknotenmetastasen am Hals aufgefallen. 2002 wurde der Primärtumor entdeckt. Der erste Lymphknoten fiel auf 1998, nach einer starken Sinusitis, und das Rezidiv erschien nach einer massiven Sinusitis im Dezember 2005 mit mehrmaligen Antibiotikumbgaben.

Ich frage die Patienten immer, was sie selbst über ihre Erkrankung denken. In etwa 70% der Fälle geben die Patienten eine klare Antwort, die uns Ärzten weiterhilft.

Nicht so bei diesem Patienten: Er konnte sich seine Krankheit nicht erklären. Das zu Heilende war nicht offensichtlich. Erst im Laufe der stationären Behandlung, der therapeutischen Gruppen- und Einzelgespräche trat ein lang andauernder Konflikt zwischen seinem Vater und der Schwiegermutter zutage, unter welchem der Patient nach eigenen Angaben aufgrund seines großen Harmoniebedürfnisses sehr gelitten habe.

Zeitlich gesehen, war ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Tumorentstehung und der Eskalation des Konfliktes auszumachen. Mit Hilfe des therapeutischen Angebotes konnte er sich dieser Probleme bewusst werden und wir bekamen so die Möglichkeit, diese in die homöopathische Mittelfindung einzubeziehen.

Die **aktuellen und tumorspezifischen Symptome** waren folgende:

- Der Tumor begann als Ulcus am Gaumen.
- Vor der Entdeckung des Tumors bemerkte er ein Jucken am Gaumen.
- Seine Füße waren immer zu heiß, so dass er die Schuhe ausziehen musste.
- Sein Durst auf große Mengen äußerte sich in einem Verlangen nach eiskalten Getränken.
- Zudem trat oft ein blutiges, tangiertes Nasensekret auf.
- Bei den Konsultationen lächelte er meist.

Zu den **chronischen Symptomen** zählte

- eine Neigung zum Erröten
- ein milder, mitfühlender, sehr harmoniebedürftiger, ängstlicher und sorgenvoller Charakter

Die Repertorisation ergab:

	Total	Phos	Nat-m	Sulph	Mercur	Acron	Calc.	Lyc.
Mund; JUCKREIZ; Gaumen (42)	42	1	1	1	1	1	1	1
Mund; ULZERA; Gaumen (39)	39	1	1	1	1	1	1	1
Gemüt; MITFÜHLEND (61)	61	1	1	1	1	1	1	1
LAUGHING; tendency; serious matters, over (24)	24	1	1	1	1	1	1	1
SPEISEN und Getränke; kalte; Getränke, Wasser ... (22)	22	1	1	1	1	1	1	1
EXTREMITIES; HEAT; Foot; sole; uncovers them (12)	12	1	1	1	1	1	1	1
VERFÄRBUNG; Rot; Gemütsregung, durch (15)	15	1	1	1	1	1	1	1
Magen; DURST; nachts (91)	91	1	1	1	1	1	1	1
Magen; DURST; große Mengen, auf (66)	66	1	1	1	1	1	1	1

Wir trennen die Symptome in tumorspezifische, aktuelle und chronische Symptome. Unser Ziel ist letztendlich jedoch, alle zusammenzuführen und ein Mittel zu finden, welches alles abdeckt.

Unsere differenzialdiagnostischen Überlegungen führten in erster Linie zu *Phosphor*. Auch *Carcinosinum* und *Staphisagria* kamen in Frage. Aufgrund der Repertorisation zogen wir zudem *Calcarea* in Betracht. Unter den tumorspezifischen Mitteln erwogen wir *Cistus canadensis*, was typischerweise die Lymphknoten im Halsbereich einschließt, *Hydrastis* und *Conium* aufgrund der Lokalisation des Tumors im Pharynxbereich.

Wir begannen demnach mit *Phosphor* in der Q3-Potenz und erhöhten diese im Zweiwochen-Takt bis hin zur Q6. Rasch stellte sich dann der Juckreiz am Gaumen wieder ein wie zu Beginn der Erkrankung. Dieser verging allerdings auch wieder ohne Veränderung der Behandlung. Auffällig waren die aufgetretenen Schweißperlen unter den Augen während des Kauens drei Tage nach der Q4-Gabe. Diese gaben uns den Hinweis auf *Conium*. Complete Repertory: Gesicht; SCHWEIß; Augen, unterhalb der (1) : CON.

Da allerdings die Borke im Bereich des Rezidivs kleiner wurde, fuhren wir mit *Phosphor* fort.

Nach der Entlassung aus der Klinik wurde der Patient gemäß unserer Empfehlung, *Phosphor* zu verabreichen und bei entsprechenden Symptomen an *Conium* und *Carcinosinum* zu denken, von einem Kollegen ambulant weiter behandelt. So bekam er aufgrund einer Schlafstörung in Zusammenhang mit der Q8 am 18.02.2008 einmalig *Carcinosinum* 200. Nach der Verbesserung kehrte er wieder zu *Phosphor* zurück. Bei HNO-Untersuchungen im Februar und Mai desselben Jahres waren keine Hinweise auf Rezidive zu finden.

Während eines weiteren stationären Aufenthaltes in der Klinik im August zeigte sich, dass er sich sehr gut fühlte und wieder arbeiten konnte. Sein Allgemeinbefinden war sehr gut und immer noch gab es keine Hinweise auf ein Rezidiv. Es handelte sich hier um einen Fall mit bestmöglicher Prognose, da die aktuellen und konstitutionellen Symptome mit Tumor- und Allgemeinsymptomen übereinstimmten.

### Fallbeispiel 3: ZKH 49(S1) im Jahr 2005

Nun möchte Sie mit einem bekannten Fall noch einmal auf den so genannten Haltepunkt von Arzneien aufmerksam machen. Viele von Ihnen haben sicher Dr. Jens Wursters Fall 10 in der ZKH 49(S1) von 2005 gelesen. Sein Patient hatte ein bereits operiertes Prostatakarzinom mit den Symptomen: krampfartige Schmerzen im Oberschenkel, ein Fuß kälter als der andere, eine Hodenprellung vor Jahren und das Sehen von ringförmigen Objekten. Dazu folgendes Ergebnis der Repertorisation:

	Total	Con	Phos	Calc	Car
PROSTATE; TUMORS; cancerous (14)	14	1	1	1	1
EXTREMITY PAIN; CRAMP, like; Thigh (11)	11	1	1	1	1
COLDNESS; Foot; one-sided, heat of other (11)	11	1	1	1	1
INJURIES, blows, falls and bruises; Glands, of (20)	20	1	1	1	1
VISION; CIRCLES, rings (34)	34	1	1	1	1

Unter der Gabe von *Conium* in der Q-Potenz über drei Monate erfolgte eine Besserung aller Beschwerden und zudem eine Reduktion der zirkulierenden Tumorzellen im Maintrac-Test.

Wegen zunehmender Magenbeschwerden, Blähungen und einer depressiven Grundstimmung wurde ein Wechsel auf *Lycopodium*, ebenfalls in der Q-Potenz, vollzogen. Wiederum schlug das Mittel an, die entsprechenden Symptome besserten sich, die zirkulierenden Tumorzellen stiegen allerdings wieder an, weshalb entschieden wurde, wieder auf *Conium* zurückzukehren mit Rückgang der Zellen im Maintrac-Test wie zuvor.

In solchen Fällen, meine ich, muss eine andere Strategie gefahren werden. James Compton Burnett fragt sich in seinem Buch „Die Heilbarkeit von Tumoren“: „Was ist die wahre Natur, die natürliche Vorgeschichte, die Pathologie der Krankheit, über die wir nachdenken? Was hat sie verursacht? Ist die Ursache noch vorhanden oder verschwunden? Ist das ausgewählte Mittel wirklich tauglich, eine wirklich ähnliche Krankheit zu produzieren wie die, die wir vor uns haben? Ist es tatsächlich wirklich homöopathisch zu dem krankhaften Prozess übereinstimmend, entsprechend und erreicht es ihn von Anfang bis Ende?“

Diese Fragen sollten uns dazu anregen, in schwierigen Fällen noch einmal genauer nachzufragen und nachzudenken. Denn wenn wir an einem Punkt angelangt sind, an dem wir nicht weiterkommen, handelt es sich vielleicht um eine Erkrankung, bei der der „Haltepunkt der Arznei“ eine Heilung verhindert.

Deshalb sind in der Tumorbehandlung auch vor allem die organspezifischen und tumorspezifischen Mittel in Betracht zu ziehen. Dies wäre auch ganz im Sinne Hahnemanns und seinem Konzept von der einseitigen Krankheit. Dabei ist nicht jede Tumorerkrankung eine einseitige Erkrankung. Sie kann ebenso aus dem konstitutionellen Gesamtgeschehen heraus entstehen.

Allerdings gibt es Fälle, in denen sie sich als einseitige Krankheit aus dem Konstitutionellen heraus entwickelt. Also müssen wir uns auf die Suche nach Mitteln machen, welche diesen einseitigen – hier den tumorspezifischen – Symptomen entsprechen.

Im Organon äußert sich Hahnemann dazu:

§ 172: „Eine ähnliche Schwierigkeit entsteht von der allzu geringen Zahl der Symptome einer zu heilenden Krankheit, ein Umstand der unsre sorgfältige Beachtung verdient, da durch seine Beseitigung fast alle Schwierigkeiten dieser vollkommensten aller möglichen Heil-Methoden (wenn man den noch nicht vollständigen Apparat homöopathisch gekannter Arzneien abrechnet) gehoben sind.“

§ 177: „Um nun auch diesem, obgleich sehr seltenen Falle mit gutem Erfolge zu begegnen, wählt man zuerst, nach Anleitung dieser wenigen Symptome, die hierauf nach bestem Ermessen homöopathisch ausgesuchte Arznei.“

## Fallbeispiel 4

Um die ergänzende Behandlung von konstitutionellem und tumorspezifischem Mittel zu erläutern, berichte ich Ihnen von einem weiteren Fall:

Eine damals **41-jährige Patientin** mit einem Mamma-karzinom rechts, die sich vom 07.05.-11.05.2007 stationär bei uns aufhielt. Der progrediente Knoten wurde 2006 entdeckt. Es folgten Operation, Chemotherapie und Bestrahlung.

Zu den **aktuellen Symptomen** zählten:

- ein großer Schock nach der Krebsdiagnose,
- eine enorme Angst vor Krebs,

- das Herzklopfen vor dem Essen.
- der Brustknoten selbst,
- eine Warze in Augennähe und weitere rote Warzen,
- die Angst davor, dass ihr und ihren Angehörigen etwas Schlimmes zustoßen könnte,

Unter den **chronischen Symptomen** fielen auf:

- Brustschmerzen vor der Menses,
- Kopfschmerzen bei Wetterwechsel,
- Reizbarkeit vor der Menses,
- eine pessimistische Grundeinstellung,
- ein Verlangen nach Eiern und Milch,
- kalte Füße abends im Bett,
- Heimweh,
- Angst vor Spinnen.

Wir bemühten uns zunächst immer, ein Mittel zu finden, das die Gesamtheit aller Symptome einschloss. Die Repertorisation wies uns auf *Calcarea* hin:

	Calc.	Phos.	Sil.	Merc.	Sep.	Nat-m.	Carc.	ArS.	Nit-ac.	Nux-v.	Psor.	Puls.	Thuja.
Brust; SCHMERZEN; Allgemein; Mammae; Menses; vor (40)	1												
Brust; KNOTEN; Mammae (66)	1												
Brust; KARZINOM; Mammae (103)	1												
Brust; ENTZÜNDUNG; Mammae, Mastitis; Brustwarzen (18)	1												
Haut; WARZEN; Rot (8)													1
FURCHT; allgemein; geschehen; etwas werde; Familie ... (9)													
Gemüt; FURCHT; allgemein; Krebserkrankung, vor (30)	1												
Gemüt; BESCHWERDEN durch; Schock (32)													
Brust; HERZKLOPFEN; Essen; nach (44)	1												
Augen; WARZEN, Kondylome; allgemein (18)													1
ALLGEMEIN; Wetter; agg.; Wetterwechsel (30)													
Gemüt; REIZBARKEIT, Gereiztheit; allgemein; Menses; vor (36)													
Gemüt; PESSIMIST (36)													
KÄLTE; allgemein; Beine; Füße; abends; Bett, im, und ... (38)	1												
Gemüt; FURCHT; allgemein; Tieren, vor; Spinnen, vor (9)													
Allgemeines; SPEISEN und Getränke; Milch; Verlangen (67)													
Allgemeines; SPEISEN und Getränke; Eier; Verlangen (21)													

Die differentialtherapeutischen Überlegungen führten uns außerdem zu *Phosphor*, *Carcinosinum* und *Thuja*, während wir wegen der wiederkehrenden Brustwarzenentzündung als tumorspezifische Mittel *Phytolacca* und *Conium* im Hinterkopf behielten.

Die Patientin regierte auf *Calcarea* Q3, am 03.05.2007 verabreicht, sehr rasch mit verminderter Angst, auch die nächste Potenz Q4 am 25.06.2007 hatte ein sehr gutes Allgemeinbefinden zur Folge bis zu dem Zeitpunkt, als bei der Mutter der Patientin eine sehr weit fortgeschrittene Krebserkrankung festgestellt wurde.

Alle Symptome stellten sich schlagartig wieder ein. Auch auf die C 200 am 14.09.2007 erfolgte keine Besserung.

Eine erneute Repertorisation mit Fokus auf die Symptome Kummer und Herzklopfen führte uns zu *Natrium muriaticum*, was wir ihr in der C 200 am 15.10.2007 verabreichten – ohne Wirkung. Auch die Rückkehr zu *Calcarea*, diesmal in der Q6, am 24.10.2007 brachte keine Veränderung.

Da die übergroße Angst der Patientin um ihre Familie, um sich, vor der Krankheit und dem Tod im Vordergrund stand, gaben wir ihr am 14.11.2007 nach einer erneuten Repertorisation *Aconit M*, was eine Besserung bewirkte – allerdings nur für zwei Wochen.

	Acon.	Nat-m.	Cell.	Phos.	Calc.	Nux-v.	Psor.	Nit-ac.	Merc.	Dig.	Op.
Gemüt; BESCHWERDEN durch; Schock (32)	1										
MIND; FEAR; happen; something will (98)	1										
MIND; FEAR; death, of (172)	1										
Brust; HERZKLOPFEN; Angst, mit (129)	1										
CHEST; PALPITATION heart; fright; after (17)	1										

Die Brustwarzen waren immer noch geschwollen und das Allgemeinbefinden äußerst schlecht. Auffällig war, dass scheinbar jede negative emotionale Erregung sich direkt in Brustschmerzen und -schwellungen niederschlug.

Die Repertoriensubrubriken:

- Brust; KNOTEN; Mammae; Emotion, durch jede (1): phyt und
- Brust; SCHMERZEN; Allgemein; Mammae; Emotionen, durch (2) : phyt.58, sac-I.55,

fürten zu *Phytolacca* als passendem Mittel.

In der C 30 am 28.11.2007 hatte dieses eine gute Wirkung auf die Brustschmerzen und das psychische Befinden. Seit dem 18.12. erhielt sie sechs Wochen lang (zweimal aufgefüllt) *Phytolacca* in der Q3: die Brustschmerzen verschwanden ganz, ebenso wie die Entzündungen, das Herzklopfen blieb allerdings.

Am 19.02.2008 gaben wir ihr noch einmal *Calcarea*, in der XM-Potenz und sie blieb trotz des absehbaren Todes der Mutter recht stabil, auch das Herzklopfen verschwand.

In der Folge bis heute (Stand 15.04.2010) waren vor allem Gaben von *Carcinosinum* und *Calcarea* hilfreich. Bis heute konnten keine Rezidive des Tumors festgestellt werden.

## Tumorspezifische Symptome und deren Mittel

Obwohl die Stärke der Homöopathie natürlich in der ganzheitlichen, den Menschen in seiner Gesamtkonstitution betreffenden Behandlung liegt, plädiere ich – ohne darauf zu verzichten – dafür, die Tumorsymptome im Sinne einer einseitigen Krankheit, also mit einem spezialisierten homöopathischen Wissen zu deuten.

Daher möchte ich Ihnen ein Auswahl solcher tumorspezifischen Symptome und deren Mittel präsentieren – ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

### Tumorsymptome

- bläulich: *carb-v, lach,*
- rot: *Lach, kreos, bell*
- rote Streifen: *bell, phos, rhus-t, sulph,*
- Hitze im Tumor: *calc, phos, phyt,*
- Blutung: *phos, kreos, lach, thuj, mill, ham,*
- harter Tumor: *calc-f, con,*
- blumenkohlartig: *thuja, med,*

### Tumorlokalisation

- Haut-Schleimhautübergänge: *Cundurango*
- Magenausgang, Cöcumbereich: *Ornithogallum*
- Mundhöhle: *Hydrastis*
- Zunge: *Kalium cyanatum*
- Stimmband: *Argentum nitricum*
- Pancreas: *Hydrastis*
- Prostata: *Conium, Lycopodium, Thuja, Sabal serr.*
- Uteruscarcinom: *Aurum muriaticum natronatum*
- Schilddrüse: *Iodsalze, Sponiga, Thuja*
- Leber: *Carduus marianus, Chelidonium, Hydrastis, Lycopodium*

Wie Sie sicher schon bemerkt haben, arbeite ich sehr viel mit Q-Potenzen. Ich empfehle, die Arzneien von Gudjons Zinsser aus Stanga im Tessin zu beziehen.

Ich habe eine sehr interessante und wichtige Erfahrung mit den Q-Potenzen gemacht, die ich mit Ihnen teilen möchte:

Nicht selten mussten wir erleben, dass ein Mittel bei einem Patienten in der Q3 sehr gut anschlägt, um dann bei der Erhöhung auf Q4 keine Reaktion mehr zu zeigen. Wir deuteten dies zu Beginn häufig damit, dass wir das falsche Mittel gewählt hätten und verließen es, meist mit negativem Ergebnis.

Mittlerweile ist uns klar geworden, dass die beste Möglichkeit darin besteht, Q4 zu versuchen und bei Ausbleiben der Wirkung direkt auf Q6 zu erhöhen.

Viele der vorgestellten Fälle zeigen, dass sich Homöopathie und Schulmedizin sehr gut ergänzen können. Durch Operationen, Chemotherapie und Bestrahlung werden bedrohliche Zustände abgewendet und Zeit und Möglichkeit für eine homöopathische Behandlung geschaffen.

Warnen möchte ich trotzdem vor einer schulmedizinischen Übertherapie aufgrund der Nebenwirkungen.

Die ärztlichen Entscheidungen sollten nach ehrlichen schulmedizinischen Kriterien und nicht aus Angst erfolgen. Denn auch wir Ärzte müssen uns eingestehen, dass wir Angst haben und dass dies oft dazu führt, dass wir zu schnell reagieren, handeln und helfen wollen.

Sobald eine Besserung eingetreten ist, ist es sinnvoll, die schulmedizinische Medikation zurückzustellen und den Patienten vor einer Übertherapie zu schützen. Die Nebenwirkungen der tumordestruktiven Therapien sind homöopathisch sehr gut behandelbar.

### Behandlung von Bestrahlungsfolgen

- Bestrahlung: *Radium bromatum* D 30, täglich 5 Globuli in der Bestrahlungszeit.
- Bei Folgen von Bestrahlung: *Radium bromatum* D 200 einmalig.
- Bei homöopathischer „Ähnlichkeit“ ist *Phosphorus* eines der Hauptmittel.  
Quelle: Rubrik Murphy: Generalities, Cancer

### Behandlung von Operationsfolgen

- *Staphisagria* C 200, 5 Globuli möglichst rasch nach der Operation, Reduktion der Wahrscheinlichkeit einer Tumorverschleppung (ähnlich der perioperativen Einnahme von Cimetidin)
- *Arnica* D 30, 5 Globuli täglich, möglichst rasch nach der Operation, wenn Gewebstraumata und Blutungen sehr stark sind.

### Behandlung von Nebenwirkungen der Chemotherapie: Erbrechen und Übelkeit

- *Cadmium sulfuricum* D 30, täglich 3 x 5 Globuli bei Erbrechen, Abmagerung. Berührung des Mundes löst Erbrechen aus, Bewegung verschlimmert
- *Arsenicum album* D 30, täglich 5 Globuli, bei Übelkeit, Unruhe, Angst und Schwäche, Ruhe verschlimmert
- *Nux vomica* D 30, täglich 5 Globuli, bei Erbrechen mit Reizbarkeit und Frieren
- *Ph-ac* hat sich oft bewährt bei:
  - seelischer Apathie
  - Schwäche
  - Abneigung Gesellschaft
  - Folgen enttäuschter Liebe
  - Verlangen nach Obst und Saftigem

### Folgen des Schocks und der Diagnose

- *Aconit* D 200, einmalig 5 Globuli, wenn die Todesangst im Vordergrund steht.
- *Ignatia* D 200, einmalig, wenn die Sorge nicht mehr aus den Gedanken zu verdrängen ist und zu Schlafstörungen führt.
- *Opium*: wenn der Schock wie erstarren lässt und andere gut gewählte Mittel nicht wirken, Wahnidee im Himmel zu sein.

### Schwierigkeiten im homöopathischen Vorgehen ...

Zum Schluss werde ich noch explizit auf die Schwierigkeiten eingehen, die sich beim homöopathischen Vorgehen, im Umgang mit den Patienten und im Umgang mit uns selbst als Behandelnde ergeben.

#### • Dokumentation

Hier bedarf es einer sehr exakten und übersichtlichen Dokumentation, die meines Erachtens nur digital und in einem Programm mit sehr vielen Schreiboptionen erfolgen kann. Wir haben uns hier zu einer Dokumentation in einer speziell entwickelten Word-Version entschieden. Nur so kann eine qualitativ hochwertige Supervision und Aufarbeitung auch nach mehrjährigem Verlauf erfolgen.

#### • Inter- und Supervision

auf unterschiedlichen Ebenen führen zu einer großen Qualitätssteigerung.

#### • Unterschiedliche Schulen

Man kann hier nicht alle homöopathischen Schulen kritiklos anwenden und sich zum Beispiel nur auf die seelischen Symptome verlassen. Die sehr erfahrenen Ärzte wie beispielsweise Dr. Spinedi und die Dres. Pareek geben uns hier den Weg vor.

#### • Die Sicherheit in der Verschreibung

steigt mit der Erfahrung. Meines Erachtens sollten Kollegen erst Krebs behandeln, wenn sie mindestens fünf Jahre Erfahrung haben und in eine Supervision bei krebserfahrenen Kollegen eingebunden sind. Auf diesem Gebiet scheint mir auch eine Spezialisierung der homöopathischen Ärzte sinnvoll und notwendig.

#### • Umgang mit dem Patienten

Das Hin- und Herschwanken zwischen Hoffnung und Hoffnungslosigkeit, die Problematik der Heilungshindernisse und die Notwendigkeit einer Auszeit für den Patienten wurden oben schon erwähnt. Immer notwendiger wurde es für mich, hier keine Kompromisse mit dem Patienten einzugehen. Eine Krebsbehandlung beginne ich nicht mehr ambulant, da ich schon zuviel negative Erfahrung in der rein ambulanten Behandlung gemacht habe.

#### • Umgang mit uns

Auch wir Behandelnde machen ähnliche Prozesse wie unsere Patienten durch. Collet und Lester haben diesen Prozess folgendermaßen aufgeschlüsselt:

- Das Anfangsstadium: Furcht, Angst, Schock, Verleugnung, Schuld, Hoffnung und Verzweiflung.
- Das Folgestadium: Einsicht in die Unabwendbarkeit, Niedergeschlagenheit und Depression.
- Das Finalstadium: Akzeptanz des Sterbensmüssens.

Wenn wir bereit sind, uns diesen Prozessen bewusst zu stellen, können wir sehr viel für unsere Patienten tun. Laufen diese jedoch unbewusst ab, schaden wir nicht selten unseren Patienten durch Überreaktion, Distanz oder Übermedikation im Palliativprozess. Darüber hinaus müssen wir auch eine Möglichkeit finden, die Schwere der Verantwortung und den hohen Zeitaufwand zu bewältigen. Dies gelingt sicher leichter in einem Team.

Die eigenen Erfahrungen lassen sich annäherungsweise durch eine Statistik aus dem Jahre 2005 in der Hahnemann Klinik Bad Innu darstellten:

auswertbare Fälle	129	
davon Krebsfälle	73	57%
davon weit fortgeschrittene und metastasierte Fälle mit schlechtester Prognose:	43	59%
davon leben nach 3 Jahren noch mit teilweise sehr guter Lebensqualität	17	40%
davon sehr gute Verläufe mit Remission (von den metastasierten Fällen)	6	13%
Stillstand	20	46%

## Schlussfolgerungen

- Die Homöopathie kann Krebs heilen, aber Wunderheilungen sind nicht unser Alltag. Sie liegen zwischen 5% und 15%.
- Wir müssen uns mit allen Kräften bemühen, die Anzahl dieser Fälle zu vermehren.
- Der Alltag in der Krebsbehandlung ist auch geprägt von Rezidiven, Progress, „Enttäuschung“ und „Misserfolgen“. Hier müssen wir, wie Burnett immer wieder schreibt: „Tapfer weitermachen“.

## Literatur

Burnett J C: Die Heilbarkeit von Tumoren durch Arzneimittel. Schriftenreihe der Clemens von Bönninghausen-Akademie (Bd. 3): 1996.

Hahnemann S: Organon der Heilkunst. 6. Auflage. Haug: 1998.

Lester D, Abdel-Khalek A: The Collett-Lester Fear of Death Scale: a correction. In: Death Studies, 1091-7683, Volume 27, Issue 1, 2003, Pages 81-85.

Murphy R: Homoeopathic Remedy Guide. H.A.N.A. Press: 2000.

Schlegel E: Die Krebskrankheit. Ihre Natur und Ihre Heilmittel. Emryss Verlag: 2008.

Wurster J: Die Behandlung metastasierter Tumoren. In: ZKH 2005; 49: S32-S41.

## Heinz Huber

Arzt für Allgemeinmedizin - Homöopathie. Langjährige klinische Ausbildung in Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie, Psychosomatik. Über 15 Jahre Notarzt. Ausbildungen in Körperakupunktur, Ohrakupunktur, Neuraltherapie und schließlich Homöopathie vor 25 Jahren. Homöopathische Lehrer waren neben Prof. Dorcsi in Wien, Dr. Schlüren und Dr. Hess vor allem Dr. Spinedi. Regelmäßige Supervisionen bei Dr. Springer (München), Dr. Righetti (Zürich) und Henny Heudens Mast (Belgien). Volle Weiterbildungsermächtigung in Homöopathie und Allgemeinmedizin. Ständige Ausbildung von Assistenten seit über 15 Jahren und Supervisionstätigkeit. 1988-2009 Tätigkeit als selbstständig niedergelassener Allgemeinarzt in Calw. 1997-2003 Gründung und Leitung des "Ärztlichen Zentrums für klassische Homöopathie" in Stuttgart. 2004 Gründung und Leitung der Hahnemann Klinik Bad Imnau. 2009 Gründung der Emil-Schlegel-Klinik und des Homöopathischen Kompetenzzentrums Bad Niedernau.



- Kontakt: [huber@emil-schlegel-klinik.de](mailto:huber@emil-schlegel-klinik.de)
- Web: [www.emil-schlegel-klinik.de](http://www.emil-schlegel-klinik.de)

## Multiple Sklerose homöopathisch behandeln

Die Multiple Sklerose ist die häufigste chronische Erkrankung des Zentralnervensystems und die häufigste atraumatische Erkrankung des Zentralnervensystems. Vor der Darstellung einer MS-Kasuistik werden zunächst einige Informationen zur Erkrankung Multiple Sklerose und zur Beurteilung des Krankheits- bzw. Behandlungsverlaufs gegeben. Betrachtungen zu *Palladium* beschließen den Beitrag.

### I. Einleitung

Bei dieser vielgestaltigen Krankheit ist Folgendes wichtig zu wissen:

- Was ist ein Schub?
- Was ist nur eine Reaktivierung?
- Wie schätze ich den Behandlungserfolg ein?
- Welche Stellung nehme ich ein zu den Versprechen der Pharmaindustrie?

Es wird auch bei dieser Erkrankung, wie sehr oft in der Medizin, mit der Angst der Patienten gearbeitet.

In den letzten Jahren hat ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Bis vor etwa 10 Jahren galt die MS als eine fokal-entzündliche, demyelinisierende Erkrankung der weißen Substanz mit begleitender Gliose. Heute weiß man, dass auch dünn myelinisierte Areale der grauen Substanz in erheblichem Maß betroffen sind, also Cortex und Hirnnervenkerne. Die axonale Schädigung ist gerade zu Beginn der Erkrankung viel größer als bisher angenommen. Es finden sich sowohl entzündliche als auch neurodegenerative Aspekte. Diese haben große Bedeutung bei den unterschiedlichen individuellen Krankheitsverläufen.

### 1. Aktueller Stand der Diskussion: einige gute Nachrichten

- **Die MS, die heute diagnostiziert wird, hat etwas von ihrem Schrecken verloren.**

Sie hat nicht mehr zwangsläufig etwas zu tun mit der MS aus früheren Lehrbüchern, auch wenn es immer noch schlimme foudroyante Verläufe gibt.

Die Verknüpfung MS = Rollstuhl oder Pflegebedürftigkeit ist tief verwurzelt in unseren Köpfen und bei den Patienten, entspricht aber nicht mehr dem Gros der Patientenschicksale. Das ist nicht etwa so, weil die Therapien so gut anschlagen, es liegt insbesondere an der verbesserten Diagnostik. Durch die heutigen diagnostischen Möglichkeiten, speziell beim MRT, nimmt die MS, die diagnostizierbar ist, zu und damit der Anteil der leichteren Verläufe.

Man spricht hier von dem Eisbergeffekt, unterhalb der Wassergrenze verbirgt sich die Masse der milden Krankheitsverläufe, welche durch die verfeinerte Diagnostik feststellbar werden, früher sah man nur die oberhalb der Wasseroberfläche liegenden schweren Krankheitsfälle.

Man geht davon aus, dass zwei Drittel der heute diagnostizierten MS-Erkrankungen milde Verläufe sind.

Früher wurde ein Patient, der mit einer Opticusneuritis kam, zwar behandelt, aber in der Regel wurde keine weitere umfangreiche Diagnostik gemacht und der Patient ohne Aufklärung nach Hause entlassen. Man hatte zwar den Verdacht auf das Vorliegen einer MS, aber man wollte den meist jungen Menschen nicht beunruhigen, zumal man therapeutisch nichts in der Hand hatte.

Und tatsächlich kam der Krankheitsprozess bei vielen dieser Patienten, die eine MS hatten, es aber nicht wussten, oft zum Stillstand. 45-80% aller Patienten mit Sehnerventzündung entwickeln innerhalb der nächsten 15 Jahre eine klinisch sichere MS.

- **Die Autoimmunhypothese ist ins Wanken geraten.**

Sie war immer eine Hypothese, aber sie wurde so oft wiederholt und war in Lehrbüchern zu lesen, dass niemand darauf kam, sie noch in Frage zu stellen.

2004 wurde von dem Neuropathologen Prineas jedoch in einem frischen MS-Herd, den er 24 Stunden nach seinem Entstehen untersuchen konnte, kein einziger Lymphozyt nachgewiesen. Dies führte zu folgender Überlegung:

Wenn das stimmt, läuft die Entstehung eines MS-Herdes eventuell genau umgekehrt ab als bisher angenommen und die Lymphozyten sind nicht die Verursacher der Entzündung, sondern kommen, um die Entzündung einzudämmen.

Wenn das so ist, wäre die ganze MS-Therapie am Wanken, welche ja auf die Modulation bzw. Suppression der Lymphozytenaktivität abzielt.

Dem gegenüber stehen natürlich, so sagen andere, entgegengesetzte histopathologische Befunde.

- **Zusammenhang zwischen MS und Psyche**

Der Zusammenhang zwischen MS und Psyche ist auch schulmedizinisch immer anerkannter, z.B. der Zusammenhang zwischen Schub und Stress. Es gibt wissenschaftliche Arbeiten, die den Bezug von belastenden Ereignissen und Schub aufzeigen. Früher sind Patienten, die auf diesen Zusammenhang hinwiesen, belächelt worden.

Es würde zu weit führen, alle diskutierten möglichen Ursachen einer MS hier zu besprechen. Deutlich ist, dass die MS eine heterogene Krankheit ist und ihr möglicherweise verschiedene Pathomechanismen oder Ätiologien zu Grunde liegen.

## 2. Zur Entstehung

Die pathophysiologischen und immunologischen Vorgänge beim Entstehen einer demyelinisierenden Erkrankung kennt man bis heute nicht im Detail.

Diskutiert werden neben dem Autoimmunmodell:

- **Viren: Masern, Röteln und speziell der Epstein Bar-Virus**

Es soll keinen MS-Patienten geben, der nicht AK gegen EBV hat. Das Risiko, an einer MS zu erkranken, ist nach EBV-Infektion angeblich 5 Mal höher, EBV-AK sind vor Ausbruch einer MS hochsignifikant erhöht, viele MS-Schübe sind von einem Anstieg der AK begleitet. Die EBV-Stress-Hypothese besagt: EBV hat in seinem Eiweißmantel eine spezielle Aminosäuren-Kette, die identisch ist mit der Kette eines Eiweißmoleküls, das im Gehirn nur bei Stress gebildet wird. Infiziert sich ein Mensch irgendwann einmal mit dem EBV, werden die Lymphocyten allergisiert. Entsteht nun später in Stresssituationen dieses Stresseiweiß in der weißen Hirnsubstanz, richten sich die Lymphocyten gegen dieses und greifen so die Hirnsubstanz an.

- **Erbliche Veranlagung**

Sicher ist, dass bei der MS eine erbliche Veranlagung eine Rolle spielt, eine exakte Voraussage über das MS-Risiko von Kindern MS-Kranker ist aber noch nicht möglich. Verschiedene Gene sind für die Krankheitsentstehung verantwortlich, Krankheitsausbruch und -verlauf werden aber durch verschiedene, bisher nicht bekannte, vererbungsunabhängige Faktoren beeinflusst.

- **Seelische Traumata**

Es besteht ein auffälliger Zusammenhang zwischen der Erstmanifestation und massiven seelischen Traumen, aber auch massiven körperlichen oder geistigen Anstrengungen ein bis zwei Jahre vorher.

## 3. MS-Herd

Der typische MS-Herd hat vier Kennzeichen: Er erscheint rund oder oval, zeigt meist eine längliche Form, in seinem Zentrum ist immer eine Vene. Im Herd sind die Markscheiden zerstört, bei weitgehendem Erhalt der Nervenfasern. Astrozyten bilden Narbengewebe. Das Narbengewebe ist weniger Wasser abstoßend als intakte weiße Hirnsubstanz, daher mit Liquor angereicherter, was zu einem stärkeren Signal im MRT führt. Es gibt im Wesentlichen drei unterschiedliche Möglichkeiten, wie ein frischer MS-Herd sich weiterentwickelt. Dies hängt ab vom Ausmaß des Untergangs von Oligodendrozyten.

- Werden nur Ausläufer der Oligodendrozyten zerstört, ist eine notdürftige Remyelinisierung möglich, der Herd hinterlässt eine kaum sichtbare Narbe – Schattenherd, gilt als „nahezu ausgeheilt“. Sie stellen die Mehrzahl der sichtbaren Herde im MRT dar und täuschen eine höhere Schädigung der weißen Hirnsubstanz vor als in Wirklichkeit vorliegt.  
Prognose: günstig  
MRT: T1 weiß. T2 weiß.
- Wird der ganze Zelleib zerstört, ist eine Remyelinisierung nicht möglich, es bildet sich eine Narbe,

also Bindegewebe, durch das die nackten Axone laufen – „chronisch inaktiver Herd“. Hier ist nicht nur die Nervenleitgeschwindigkeit reduziert, es kommt auch zu einer schlechten Ernährung der Axone und früherem Untergang.

MRT: T1 weiß. T2 schwarz. Sog. black holes.  
Prognose: ungünstig.

- Es kann vorkommen, dass sich die Narbenbildung nur auf das Zentrum beschränkt, darum herum bleibt ein Saum mit Entzündungszellen erhalten, hier schwellt die Entzündung immer weiter und neigt dazu, immer wieder aufzuflackern – „chronisch aktiver Herd“.  
MR: ringförmige KM-Anreicherung,  
Prognose: eher ungünstig?

## 4. Symptome

Die MS-Symptome wurden im Wesentlichen durch die langsamere Nervenleitgeschwindigkeit erklärt. Heute weiß man, dass das Ausmaß der Zerstörung der Nervenzellen unterschätzt wurde, dass der Axonuntergang in frischen Herden am ausgeprägtesten ist, aber auch in chronisch aktiven Herden kommt es zu einem kontinuierlichen Untergang von Axonen.

Das Ausmaß des axonalen Untergangs korreliert mit dem permanenten klinischen Defizit des Patienten. Es herrscht die Annahme, dass dieser Untergang der Axone der Boden für den späteren Übergang in eine chronisch progrediente Verlaufsform ist.

Spinale Symptome sind relativ häufig und machen etwa 50% der Erstmanifestationssymptome aus. Spinale Symptome sind: Gefühlsstörungen, Kribbelparästhesien, Spannungs- und Druckgefühle, wie ein zu enger Strumpf, Lhermitte-Zeichen.

MRT hat in der Diagnostik heute einen hohen Stellenwert, regelmäßige MRT-Untersuchungen sind in der Schulmedizin und in Studien ein wichtiger Bestandteil zur Beurteilung der Krankheitsaktivität und des Therapieeffektes.

Aus meiner Sicht trifft dies auch für die homöopathische Behandlung zu.

Denn Symptomenarmut heißt nicht zwangsläufig günstiger Verlauf, die MS kann auch klinisch stumm fortschreiten und plötzlich explodieren, was dann, miasmatisch betrachtet, einem syphilitischen Geschehen entspricht.

## 5. Schub

Ein Schub im eigentlichen Sinn ist ein neues Symptom bzw. eine erstmalig auftretende Kombination von Symptomen, die auf einen oder mehrere frische MS-Herde zurückzuführen sind.

Es heißt: Kein Schub ohne mindestens einen frischen Herd.

Was ist aber mit den chronisch aktiven Herden? Diese flackern ja immer mal wieder auf und machen Symptome, ist das auch ein Schub?

## International anerkannte Schubdefinition

Neue Symptome oder eine Reaktivierung bereits zuvor aufgetretener klinischer Ausfälle und Symptome, die

- subjektiv berichtet werden oder durch die Untersuchung objektiviert werden können und mindestens 24 Stunden anhalten,
- mit einem Zeitintervall von 30 Tagen zum Beginn vorausgegangener Schübe auftreten,
- nicht durch Änderungen der Körpertemperatur oder im Rahmen von Infekten zu erklären sind.

In dieser Definition werden also ein richtiger Schub und eine Reaktivierung gleich behandelt. Ihnen liegt aber ein ganz unterschiedliches morphologisches Korrelat zugrunde: Im einen Fall ein frischer Herd, im anderen Fall ein älterer Herd, der nicht zur Ruhe kommt. Wenn dies in Pharmastudien nicht getrennt wird, dann ist die Aussage einer Studie ungenau.

Die Wirkung eines neuen Medikaments wird daran festgemacht, ob es in der Lage ist, die Schubfrequenz zu senken, d.h. die Schubzahl als Maß für Herdproduktion = Krankheitsaktivität. Die Wirkung des Medikaments auf die Aktivität der älteren Herde wird nicht gemessen. Wenn aber beide Aspekte nicht getrennt werden, ist die Aussage der Studie ungenau. Die Reaktivierungen machen etwa zwei Drittel aller „Schübe“ aus.

Besonders Rückenmarksherde sind sehr labil, werden schon bei Wetterbelastungen oder Stressbelastung wieder aktiv, zudem können die spinalen Herde und deren Symptome aus anatomischen Gegebenheiten durchaus variieren und so einen echten Schub vortäuschen. Die Herde im Halsmark liegen oft nahe der Mittellinie. Wenn sich im Rahmen einer Reaktivierung ein Ödem bildet, kann dies unterschiedliche Ausmaße annehmen und auch auf die Gegenseite übergreifen, aufgrund der anatomischen Enge in diesem Bereich. Dies führt peripher zu deutlich veränderten Symptomen.

## 6. Zu den Verlaufsformen

Es werden vier Formen unterschieden:

- rein schubförmig verlaufende MS: relapsing remitting MS (RRMS)
- schubförmig beginnend, dann sekundär progrediente Verlauf: secondary progressive MS (SPMS)
- primär progrediente MS: primary progressive MS (PPMS) 10%
- primär progrediente MS mit zusätzlich aufgesetzten Schüben: progressive relapsing MS (PRMS)

Bei der MS sind ein entzündlicher und ein degenerativer Prozess zu unterscheiden. Am Anfang steht die Ausbildung der Entzündungsherde im Vordergrund, die Herdproduktionsrate nimmt aber im Laufe der Jahre ab und es kommt vermehrt zum Absterben der Axone, die ja ungeschützt waren. Hier ist die Schwelle zum chronisch progredienten Schub.

Der sekundär chronisch progrediente Verlauf kommt oft zum Stillstand, vor der Rollstuhlpflichtigkeit.

Der primär chronisch progrediente Verlauf nimmt eine Außenseiterposition ein.

Die unterschiedlichen Verlaufsformen erklären sich aus den verschiedenen Krankheitsfaktoren, die jeweils verschieden stark ausgeprägt sein können:

- Krankheitsaktivität = Herdproduktion pro Jahr, (Größe und Zahl) nimmt im Laufe der Jahre ab
- Krankheitsaggressivität = Ausmaß der Zerstörung im Herd. Es kann zu einer Remyelinisierung kommen oder es gehen die Oligodendrozyten vollständig unter.
- Entzündungsaktivität in den Herden: Schwelt der Entzündungsprozess weiter oder ist er erloschen.
- Lokalisation der Herde

## 7. Prognose

Der Krankheitsverlauf ist sehr variabel und schwer vorhersagbar, von einem einzelnen Schub bis zu rasch progredientem Verlauf.

Es gibt keine Prognosemarker, aber es gibt einige recht gesicherte Beobachtungen, die sich auch ableiten lassen aus dem bisher bekannten Wissen über MS und im Einzelfall eine Vorhersage erlauben.

Man kann 9 wichtige Prognose-Kriterien benennen:

- Eine schubförmige MS verläuft günstiger als eine primär progrediente MS.
- Eine MS, die mit Gefühlsstörung oder Sehnervenstörung beginnt, hat einen eher günstigen Verlauf.
- Je geringer die jährliche Herdproduktionsrate, desto günstiger der Verlauf.
- Weniger Herde im MRT zu Beginn sind günstiger.
- Bilden sich die Symptome vollständig zurück, als Zeichen der Remyelinisierung, ist die Prognose damit günstiger.
- Wiederaufflackern alter Herde ist günstiger als echte Schübe mit neuer Symptomatik.
- Das Fehlen von schwarzen Löchern spricht für einen günstigen Verlauf.
- Der Charakter der MS offenbart sich in den ersten fünf Jahren.
- Eine MS, die unter extremen Lebensbedingungen auftrat, zeigt günstigeren Verlauf als die aus heiterem Himmel.

2004 zeigte eine Studie von Pittcock, erschienen in den „Annals of Neurology“, dass die meisten unbehandelten Erkrankten innerhalb von zehn Jahren nur geringfügige körperliche Symptome entwickelten.

## 8. Zur Therapie

### • Cortison

Manchmal schmilzt unter Cortison die Symptomatik dahin, wie „Schnee in der Sonne“. Dies führte wohl dazu, dass Cortison eingesetzt wurde, obwohl bis Ende der 80-er Jahre keine Studie vorlag, die die Cortisonwirkung belegte. Einige sagen, die Symptomatik bildet sich nur schneller, aber nicht besser zurück.

Es gibt berechtigte Zweifel, dass der Heilungsprozess günstig beeinflusst wird. Denn wenn das Umgebungsödem zu schnell abklingt unter der Einwirkung

von Cortison, kommt es zu einer zu schnellen und unvollständigen Narbenbildung. Damit wird also die Entstehung von chronisch aktiven Herden gefördert. In England und in den USA wartet man heute erstmal ab, schaut, ob es sich um einen leichten Schub handelt, der sich von alleine wieder zurückbildet.

2006 gab es tierexperimentelle Arbeiten, die zeigten, dass sich unter Cortison die Remyelinisierung von Axonen verzögerte. Wenn das beim Menschen auch so ist, würde Cortison den Übergang in ein sekundär progredientes Stadium fördern.

Würde sich zudem sicher herausstellen, dass MS keine Autoaggressionskrankheit ist, dann wäre der Einsatz von Cortison kontraproduktiv.

Würde sich herausstellen, dass die Virushypothese stimmt, wäre der Einsatz ebenfalls heikel. Die Virushypothese besagt: Es werden verschiedene Erreger als Auslöser diskutiert aufgrund der intrathekalen Antikörperproduktion: Masern, Röteln, Borrelien, Epstein-Barr. Der Nachweis von Erregern im Gehirn ist nicht spezifisch, da es eine hohe Durchseuchungsrate in der gesunden Population gibt, antivirale und antibiotische Therapien brachten jedoch nicht den Erfolg. Unbestritten ist, dass vorangehende Virusinfektionen die akuten Schübe triggern können. Ich persönlich habe oft auch keine schnelle Rückbildung unter Cortison gesehen

#### • Interferone

Beta-Interferone sind entzündungshemmend, die Schubrate und die Herdrate konnten um ein Drittel gesenkt werden. Es gibt Vermutungen, wie es wirkt, nämlich, dass das Beta-Interferon das Gamma-Interferon hemmt. Es gibt nur ein menschliches Beta-Interferon, aber gentechnisch hergestellt gibt es:

Beta-Interferon 1b: Betaferon

Beta-Interferon 1a: humanidentisch, Avonex/ Rebif

Beta-Interferone werden von den Firmen als gut verträglich beschrieben, die Realität sieht oft anders aus: Nebenwirkungen wie

- grippeähnliche Symptome, Abgeschlagenheit. Von den Herstellern wird daher empfohlen: je 500 mg Paracetamol 4 Stunden vor, zur und 4 Stunden nach der Injektion einzunehmen.
- Reizungen und Verhärtungen an den Einstichstellen,
- vermehrt Depressionen,
- Spastik kann sich verstärken,

Die Bildung von AK bei Beta-Interferon kann zudem die Wirksamkeit beeinflussen.

#### Kritische Anmerkungen:

Praktisch alle Studien, die dem Wirkungsnachweis dienen, werden von der Pharmaindustrie selbst bezahlt, geplant, überwacht und ausgewertet. Schub- und Herdreduktion als Kriterien zur Wirksamkeit sind oft nicht das, was die Patienten interessiert, sie wollen Aussagen zum Krankheitsverlauf, zur Langzeitbehinderung. Studien zum Krankheitsverlauf, ob dieser gebremst wird oder nicht, und zur Langzeitbehinderung werden nicht durchgeführt, würden mindestens zehn Jahre dauern, das ist offensichtlich zu lang auf dem umkämpften Markt.

Zudem ist Schub nicht gleich Schub, handelt es sich um einen echten Schub oder um eine Reaktivierung? Herd ist nicht gleich Herd, handelt es sich um weiße Flecken oder schwarze Löcher? Ein überzeugender Zusammenhang zwischen Herden und Schüben und dem Langzeitverlauf kann nicht aufgezeigt werden.

Der MS-Epidemiologe Christian Confavreux aus Frankreich kam zu dem Resultat, dass es nicht mög-

lich ist, von der Reduktion der Schubzahl auf eine Verzögerung der Krankheitsprogression zu schließen. Interessanterweise ist ja aufgrund der massiven Nebenwirkungen keine zuverlässige Verblindung bei den Studien zu Beta-Interferonen möglich.

Langzeitriskiken sind nicht bekannt, aber es gibt ernste Bedenken. Durch die Entwicklung von AK kommt es zu einer Abschwächung der injizierten, aber auch der körpereigenen Beta-Interferone, diesen wird aber in der Krebsabwehr eine wichtige Rolle zugeteilt

#### • Copaxone / Glatirameracetat

Dies ist ein Immunmodulanz, dessen genauer Wirkmechanismus nicht bekannt ist. Es senkt die Schubrate um ein Drittel und wird täglich unter die Haut gespritzt. Die Nebenwirkungen sind etwas geringer als bei Interferonen, es gibt keine grippeähnlichen Beschwerden, aber Reaktionen an der Einstichstelle. Postinjektionsreaktionen: anfallsartige Gesichtsrötung, Herzrasen, Todesangst.

2004 kam eine Studie der Cochrane Collaboration zu dem Ergebnis: „Es konnte kein günstiger Effekt von Glatirameracetat auf die Krankheitsprogression nachgewiesen werden, und das Medikament verringert das Risiko von Schüben nur unwesentlich, darum kann der Routineeinsatz in der klinischen Praxis derzeit nicht empfohlen werden.“

#### • Azathioprin

Bisher gibt es nur Studien mit geringen Patientenzahlen, es gibt bis heute keine doppelblinde Placebo kontrollierte Studie. Azathioprin hat einen milden therapeutischen Effekt. „Weder Fortschreiten der Erkrankung noch Schubrate konnten statistisch signifikant beeinflusst werden.“ (Zitat der „British and Dutch Multiple Sclerosis Azathioprine Trial Group“. Lancet 1988, II 179-83). Nebenwirkungen: verstärkte Infektanfälligkeit, erhöhtes Tumorrisiko.

#### • Immunglobuline

Dafür gibt es keine überzeugenden Studienergebnisse, sie werden als Mittel der 2. Wahl empfohlen.

#### • Natalizumab, Tysabri

Es ist ein AK, der ein Adhäsionsmolekül blockiert, so dass die Lymphocyten nicht die Blut-Hirnschranke überwinden können. Nebenwirkungen: progressive multifokale Leukoencephalopathie.

Das Medikament wurde in den USA von den Herstellern freiwillig vom Markt genommen, 2006 wieder zugelassen, für MS mit hoher Krankheitsaktivität, die nicht mehr auf die Interferone ansprechen, schubförmeriger Verlauf mit rascher Verschlechterung.

#### • Immunmodulatorische Stufentherapie der MS

- Schubförmige MS: möglichst früh Dauertherapie mit Beta Interferonen oder Copaxone.
- Wenn sich die Krankheit dennoch verschlimmert: Mitoxantron, das neben der zytostatischen auch eine immunsuppressive Wirkung hat und das für die sekundär progrediente MS seit 2002 zugelassen ist.
- Als letzter Versuch ist dann Cyclophosphamid möglich.
- Für die primär progrediente MS gibt es keine offiziell zugelassenen Medikamente. Beta-Interferone und Copaxone sind für die primär progrediente MS nicht zugelassen.

## II. Die homöopathische Behandlung der MS

Die homöopathische Behandlung der MS, also das Stellen einer Arzneimitteldiagnose, ist oft erschwert durch die Überfülle an Symptomen, speziell der neurologischen Symptome, die für die Patienten die Krankheit repräsentieren. Die Schilderung der Patienten ist oft nur hierauf fokussiert, oder aber sie schildern einige Symptome und deren Modalitäten gar nicht, weil sie sich schon so sehr daran gewöhnt haben.

In weit fortgeschrittenen Fällen sind viele MS-typische Ausfälle vorhanden, es fehlen aber zunehmend individuelle Symptome, d.h. es werden immer einseitigere Erkrankungen. Hier ist der Einstieg meist nur über die individuellen Lokalsymptome möglich. Manchmal kann man aber auch ungewöhnliche Lokalsymptome finden, die sich von den gewöhnlichen Lähmungsmustern unterscheiden, z.B. in den Modalitäten.

Gelingt es, im Gemütsbereich oder im allgemeinen Bereich auffällige Symptome zu finden, ist die Arzneydiagnose meist sicherer.

### 1. Kasuistik

Es folgt nun die Kasuistik eines vorwiegend psorisch geprägten MS-Falls, wobei familienanamnestisch auch syphilitische Aspekte deutlich werden.

#### Patientin, geboren 1962

Erstdiagnose der MS 2001 an der FU Klinik Berlin BFK

Damalige Symptome: Kribbelparästhesien und Dysästhesien an beiden Füßen. Diese zogen sich hoch über Unter- und Oberschenkel bis zum Bauchnabel, zudem perianales Taubheitsgefühl.

Neurologischer Status 2001: positives Lhermitte-Zeichen, MER lebhaft, li-betont, Parästhesien und Dysästhesien caudal abwärts ab Th11. EDSS Score 1,0 (keine Behinderung, minimale Abnormalität im Funktionssystem der Sensibilität).

MRT/HWS: Nachweis von mindestens 4 Myelonläsionen, z.T. mit Schrankenstörung, vereinbar mit einer chron. entzündlichen demyelinisierenden Erkrankung.

MRT/cerebral: Im li. crus cerebri eine wenige Millimeter durchmessende, in der T2 Gewichtung hyperintense Läsion, ohne KM-Enhancement in der T1 Gewichtung. Periventrikulär einzelne länglich konfigurierte in T2 hyperintense, in T1 nicht KM anreichernde Läsionen.

Liquor: oligoklonale Banden positiv, im Blut negativ.

Die Patientin hatte bereits 1999 ähnliche Symptome an Beinen und Füßen, welche sich aber im Verlauf von 1 ½ Jahren komplett zurückgebildet hatten. Ein damaliges cerebrales MRT und die Messung des NLG zeigte einen unauffälligen Befund, MRT der HWS wurde nicht durchgeführt.

2001 erhielt die Patientin eine i.v. Cortison-Stoß-Therapie, ohne dass sich die Missempfindungen hierunter deutlich zurückbildeten. Die Rückbildung erfolgte dann langsam über einen langen Zeitraum und war nie komplett.

Ihr wurde bereits damals eine Interferon-Behandlung angeraten, sie begann aber mit einer Copaxone Therapie (Glatirameracetat).

Die Patientin kam im März 2003 in meine Behandlung, da man ihr wegen weiterhin bestehender sensibler Symptome riet, endlich eine Interferon Behandlung aufzunehmen. Sie hielt dies jedoch für nicht gerechtfertigt.

### 2. Homöopathische Anamnese

Seit 2001 immer wieder leichte MS-Symptome, Taubheit der Füße, die Beine hochziehend, bis zum Bauch. An der linken Stirnseite eine taube Stelle, zeitweise Taubheit der Fingerkuppen, rechte Dig. 3-5.

Diese Taubheitsgefühle zogen auch nach Beginn der Copaxone-Behandlung den rechten Arm hoch. Gefühl von Regentropfen auf dem Handrücken. Wacht gelegentlich davon auf, dass die Außenkante des rechten Fußes taub ist. Oft morgens taube Füße, nach dem Aufstehen und Laufen besser, Taubheit an den Fußsohlen, wie Sand in den Socken. Taubheit der Hautareale schlimmer nach dem Mittagessen, besser abends. Sie berichtet dann, schon jahrelang Taubheit der Fersen zu haben. Seit 2001 immer wieder elektrisierendes Gefühl in den Beinen, besonders wenn sie beim Laufen stehen bleibt, Weiterlaufen bessert, wie ein Strom von unten nach oben, kommt und geht schnell.

Weihnachten 2002 beginnt die Haut stellenweise zu brennen, besonders am linken Nacken-Schulterbereich am Trapeziusrand. Zeitweise flächenhaftes Brennen, wie Sonnenbrand, auch an den Oberarmen, Rücken, Schultern, Hüften. Kälte bessert das Brennen, Wärme verschlechtert es.

Blase und Darm sind nicht betroffen, keine fassbaren Paresen, jedoch Angabe von leichter Schwäche bei längerer Beanspruchung, bis dahin auch keine Opticusneuritis.

Neben diesen neurologischen Beschwerden bestehen: Oft Kopfschmerzen, zeitweise so massiv, dass sie sich übergeben und ins Bett legen muss. Vom Nacken hochziehend, setzen sich die Schmerzen bds. an Schläfe und Stirn fest, sie setze sich dann hin und reibe die Stirn. Das Reiben der Stirn habe ihr schon als Kind bei Kopfschmerzen geholfen. Kalte Luft, Ruhe, nicht bewegen und flach liegen bessert. Bei der vorhandenen Übelkeit meint sie, nicht essen zu können, aber essen bessert. Der Ehemann zwingt sie dann dazu.

Ohrenprobleme mit permanentem Jucken und Brennen im Gehörgang, vermehrte Ohrschmalzproduktion, wie sie meint, was aber nicht objektivierbar ist. Ohrenscherzen bei kaltem Wind. Sie neigt dazu, sich zu verschlucken, selbst beim Sprechen, beim Essen von sauer eingelegten Speisen. Plötzliches Herzflattern, ruhig atmen bessert, keine weiteren Modalitäten. Menses zeitweise schmerzhaft, insgesamt aber sehr unauffällig bei bekannter Endometriose.

#### • Gemüt

Sie beschreibt sich als ungeduldig, wenn sie etwas haben will, dann müsse es schnell gehen. Sie hat große Angst, zu versagen. Sie weine leicht und könne so maßlos enttäuscht sein, stelle aber auch hohe Ansprüche. Sie habe jede Weihnachten geweint,

aus Rührung oder weil sie enttäuscht war. Wenn sie etwas durchsetzen möchte, sind Tränen auch ein Mittel, welches sie einsetzt.

Wenn sie unsicher sei, brauche sie Bestätigung von anderen. Sie könne keine Entscheidungen treffen, ohne den Rückhalt von anderen. Sie kann es nicht ertragen, wenn jemand mit ihr nicht klarkommt. Sie sei sehr ehrgeizig, will etwas erreichen, aber eigentlich nicht viel dafür tun.

Sie stehe gerne vor den Kunden und halte Vorträge, obwohl sie Panik habe und Angst vor Zurückweisung. Sie habe keine enge Freundin. Kummer bespreche sie, wenn überhaupt, mit der Mutter, behalte es aber eher für sich. Ihr größter Kummer war: Sie sei drei Jahre Einzelkind gewesen, dann war die Mutter mit der kleineren schwer kranken Schwester immer im Krankenhaus, sie selber sei ab dem Moment „nebenher“ gelaufen.

Sie hatte einen unerfüllten Kinderwunsch, war deswegen auch schon einmal in homöopathischer Behandlung, brach diese selber nach drei Monaten ab. Schildert dies aber nicht als Kummer, später im Laufe der Behandlung wird dies als Kummer doch deutlich, mit unterdrückten Tränen.

Als Kind war sie schüchtern, ist lange nicht alleine zur Schule gelaufen, als sie nach dem Studium einen Job suchte, musste die Mutter für sie dort anrufen.

Ängste bestehen vor Vereinsamung im Alter, dass dem Ehemann etwas passiert, vor Dunkelheit im Wald, vor Spinnen. Ebenso vor Alleinsein, es war für sie noch mit 20 Jahren schwierig, nachts alleine zu sein, dachte, da ist jemand, ein Einbrecher z.B.

Sie bekommt Unruhe in warmen Räumen, sitzt im Kino am Rand, denn sie drohe umzukippen, wenn es zu warm wird. Frische Luft bessert.

Beobachtung: Sie lacht beim Erzählen über ernste Dinge.

#### • Allgemeines

Großes Verlangen nach frischer Luft, fröstelig, spürt tiefe Kälte vom Magen her, immer kalte Füße, gern in heißer Badewanne, großes Bedürfnis nach Wärme. Früher war sie gern in der Sonne, jetzt meidet sie diese oder braucht früh einen Sonnenhut.

Feuchte Hitze ist besonders unangenehm. Wind gerne, ist gerne am Meer. Ist nicht sehr bewegungsfreudig. Die Symptome sind immer morgens schlimmer und bei Kälte.

Trinkt wenig, ist durstlos,

AV: fettes Fleisch,

DES: dunkle Schokolade, tafelfeise; Salat mit Balsamico-Essig,

Sie hat abendliche Blähungen mit Besserung nach Blähungsabgang.

Früher hatte sie eine Warze an der Fußsohle und am rechten Zeigefinger. Weiterhin bestehen weiße Flecken an den Nägeln.

EA: übliche Kinderkrankheiten, viel Anginen als Jugendliche bis zur TE mit 16 Jahren

Sinusitiden etwa 1x jährlich. Nie Fieber gehabt. Mit über 20 Jahren Scharlach.

Endometriose, aber keine typischen Schmerzen, Ovarcyste rechts wurde 1993 entfernt.

FA:

1 Schwester (-3J.) an Herzfehler verstorben mit 1,5 J.  
1 Schwester (-5J.) hat seit dem 2. LJ Asthma, 2002 eine Opticusneuritis 2006 an MS erkrankt.

Mutter: Herzschwäche,

Vater: Herzinfarkt 67-jährig, art. Hypertonus, Alkoholmissbrauch, Niktionabusus, 2004 an Ösophagus-Ca. verstorben.

Die Patientin erhält nun folgende Arzneimittel: *Natrium muriaticum* C 30 und C 200, da mir sowohl die neurologische Symptomatik wie auch das chronische und mentale Bild hiervon zunächst gut abgedeckt erschienen. Die Patientin fühlt sich auch subjektiv hierunter besser, es kommt seltener zum Auftreten der Taubheitsgefühle und dem Brennen.

### 3. Weiterer Verlauf

2004 erkrankt der Vater an Ösophagus-Ca., sie entwickelt zeitgleich brennende Dysästhsien im Gesicht, welche die Seite wechseln, mal besser werden und nach zwei Tagen wiederkommen.

Im Verlauf wirkt hier *Natrium muriaticum* C 200 nicht mehr, ich wechsele auf die Q-Potenz 2, nachdem zusätzlich das Lhermitte-Zeichen wieder auftaucht, als Zeichen eines Herdes im Halsmark. Zeitgleich mit dieser Verschlimmerung liegt der Vater im Sterben.

Nach der Q-Potenz hat sie das Gefühl am Oberschenkel, als ob sie etwas Kaltes, Nasses anhätte. Oder wie wenn sie im Salzwasser gebadet und anschließend das Salz nicht abgeduscht hätte, oder auch wie eine Bandage drum herum. Sie berichtet jetzt, dass sie das auch schon von früher kenne. Sie hat wieder vermehrt Kopfschmerzen vom Schulter-Nackengebiet hochziehend, geht zur craniosacralen Therapie und entwickelt unmittelbar danach eine Opticusneuritis, mit trübem Sehen, sieht Streifen, Schatten neben den Gegenständen, hat Schmerzen um das Auge. Zudem Pieken am Bauch, wie von Tausend Nadeln.

Sie erhält *Sepia* C 30, leichte Besserung erfolgt, aber aus Angst vor Verlust der Sehfähigkeit lässt sie sich dennoch sechs Tage je 1000 mg Cortison geben. Dennoch nimmt jetzt die Taubheit der Füße zu.

Ich kehre zunächst auf *Natrium muriaticum* zurück, zumal sie berichtete, wie sehr sie der kürzliche Tod des Vaters mitnimmt.

Es zeigt sich keine befriedigende Besserung. Die Sehfähigkeit des Auges wird sehr langsam etwas besser, die Taubheitsgefühle wechseln in Ort und Intensität, zeitweise tritt wieder vermehrtes Brennen auf, wieder das Lhermitte-Zeichen.

Insgesamt alles Zeichen einer Aktivität des Krankheitsgeschehens.

Die Patientin erhielt in den folgenden Monaten noch *Alum.* C 30, hier hatte ich die lange anhaltende Taubheit der Fersen im Blick, eine Zwischengabe *Sulph.* C 30, auch noch in Q2 und Q3, anschließend *Phos.* aufsteigend bis Q4. Diese Mittelwahl wurde unter-

stützt durch das seit Kindheit bestehende Symptom „Kopfschmerz gebessert durch Reiben“.

Der Verlauf ist weiterhin wechselhaft, besonders in psychischen Belastungssituationen (d. h. für sie viel Arbeit, denn sie möchte eine höhere Position im Unternehmen einnehmen, sie möchte mehr Anerkennung, aber auch Rückhalt) treten vermehrt Hyp- und Dysästhsien auf, welche auch wieder abnehmen.

Unsicher bleibt für mich die Frage, inwieweit das eine Reaktion auf die Mittelgabe ist oder nicht doch der Spontanverlauf.

Die Patientin ist insgesamt gar nicht so unzufrieden, anders als ich. Dann berichtet sie eines Tages: Sie hatte eine anstrengende Schulung zu geben, alles lief nicht so, wie sie es wollte, das Schlimmste aber war, dass die Leute rein und raus gingen, Türen knallten, als würde sie da vorne gar nicht stehen. Diese Missachtung sei schlimmer, als hätte sie eine Teilnehmerfrage nicht beantworten können.

Im Frühjahr 2006 tritt eine erneute heftige Verschlechterung auf mit akuter Opticusneuritis, heftigen Taubheitsgefühlen und Lhermitte-Zeichen. Sie selber sieht das im Zusammenhang mit der Beförderung zweier Kollegen. Sie fühlt sich dabei übergangen und ungerecht behandelt. Schließlich hat sie zeitgleich Stress mit einer Freundin, welche ihr viele Vorwürfe machte.

Phos. half in dieser Situation überhaupt nicht. Sie erhält eine Zwischengabe *Opium* (neu hinzugetretene Verstopfung, Stuhl schwer abzusetzen, gut gewählte Mittel wirken nicht). Sie entwickelte daraufhin für kurze Zeit eine alte Ischias-Symptomatik, welche zügig verschwindet, das Lhermitte-Zeichen erlischt sehr schnell, die Sehstörung bessert sich eher allmählich.

Nach einem Urlaub berichtet sie Folgendes: Ihre Schwester hat jetzt auch eine diagnostizierte MS. Dass sie selber jetzt nicht mehr die einzige in der Familie ist, die MS hat, ärgert sie maßlos.

Das war wenigstens etwas Besonderes, was nur sie hatte. Sie hatte dadurch einen gewissen Status und endlich mal Beachtung in der Familie. Keinerlei Mitgefühl war spürbar, das erschütterte sie auch selber und sie sprach es mir gegenüber auch aus.

In der Kindheit waren immer die Schwestern etwas Besonderes, die ältere Schwester, die an einem Herzfehler starb, die jüngere Schwester, die an schwerem Asthma litt.

Hinzu trat Ärger mit den Freunden im Urlaub. Sie weint beim Erzählen über die völlige Ignoranz der Freunde: „Komplett ignoriert zu werden von denen war so schlimm“. Es sei so wichtig, was andere von ihr denken. Jetzt sei sie überheblich geworden und hätte auch verbal ausgeteilt. Den Rest des Urlaubs habe sie auch ihre MS-Symptomatik übertrieben, so dass man doch Rücksicht auf sie nehmen musste.

Das Thema Anerkennung bzw. mangelnde Anerkennung wurde nun sehr deutlich. Zudem war die Patientin mehr in der Lage, über Kränkung, nicht gebührende Anerkennung als möglichen Schubauslöser selber offen zu sprechen, ebenso wie über andere nicht so

angenehme Persönlichkeitszüge. Rückblickend war zu sehen:

- 1999 massive Kränkung am Arbeitsplatz
- 2001 Kränkung, als sie aus dem Team gekickt wird, damit ein anderer Kollege Karriere machen kann.
- 2004 Tod des Vaters, hier ist eine mögliche Kränkung nicht klar zu eruieren.
- 2006 Auswirkung der Beförderung zweier Kollegen „an ihr vorbei“, was sie als massive Kränkung erlebte, da sie meinte, selber mindestens an der Reihe zu sein.

Sie beschreibt wörtlich als ganz zentral das Gefühl, zurückgesetzt zu werden, nicht genug Anerkennung zu bekommen. Und das schon seit der Kindheit durch die Krankheiten der Schwestern.

16.06.06 Sie erhält *Palladium C 200*. Bereits nach drei Tagen deutliche Besserung der Taubheitsgefühle an den Füßen, Beinen und Fingern. Auch psychisch fühlt sie sich leichter, so gut, wie seit Jahren nicht mehr.

10.08.06 Sie berichtet, dass sie keine Taubheitsgefühle mehr an den Händen und Füßen verspüre. Kurzzeitig hatte sie das Gefühl von heißen Oberschenkeln, was zügig wieder verschwand. Helles Licht am PC ist noch unangenehm im Auge. Sie war Bergwandern, trotz Anstrengung und Hitze habe sie sich gut gefühlt. Sie hatte kurz eine Erkältung, ausgelöst durch Ventilatoren im Büro, Schmerzen in der Stirnhöhle, nahm selber Sinupred, hatte keinerlei Verschlechterung der neurologischen Symptomatik im Rahmen des Infekts.

19.10.06 Wiederholung *Palladium C 200* aufgelöst, da sie schlechter schläft und wieder leichte Taubheit der Füße verspürt. Sie war zuvor plötzlich auf eine Dienstreise geschickt worden und hatte da einen „blöden Job“ machen müssen, sie habe Angst davor gehabt. Sie habe aber keine MS-Symptomatik bekommen, wie sonst. Dafür Magenschmerzen, wie sie sie vor 30 Jahren hatte. Davon hatte sie in der Anamnese nie berichtet. Sie habe auch zwei Monate durchgearbeitet und gedacht, jetzt müsste was an Symptomatik kommen, dies blieb aber aus.

21.10.06 Erkältung, keine MS-Symptome. Die letzten beiden Male nach Mitteleinnahme kurzzeitig Augenschmerzen wie bei der Opticusneuritis und schleimigen Durchfall für drei bis vier Tage.

06.11.06 Sie geht wegen Schmerzen im linken Auge und leichter Sehstörung zum Augenarzt. Sie hat das Gefühl, wie geblendet zu sein, als hätte sie in die Sonne geguckt, dabei Schmerzen ums Auge. Es ist keine Opticusneuritis, sie erhält *Palladium C 200* aufgelöst für drei Tage.

09.11.06 Augenschmerz nur langsam besser, VEP nicht so gut, schlechter als am 6.11. Sie erhält *Palladium M* aufgelöst für drei Tage. Als möglichen Auslöser berichtet sie, ihr Chef habe gewechselt, das löste Existenzangst aus, sowie wiederum Angst, bei ihm keine Anerkennung zu finden.

14.11.06 Das linke Auge schmerzt immer noch, beim Arbeiten am PC sehe sie noch immer schlecht, sie habe auch mehr Schmerzen im Stirnbereich als im Auge, laut Augenärztin sei es keine Neuritis, sie emp-

fiehlt dennoch Cortison. Nun gebe ich *Palladium XM* aufgelöst drei Tage.

Bereits am 15.11.06 ist das linke Auge, das Sehen viel besser ebenso der frontale Kopfschmerz. Sie hat wunderbar geschlafen.

30.11.06 Psychisch geht es ihr schlechter, Probleme im Büro, wieder fehlt ihr die gebührende Anerkennung, sie sehe links wieder unschärfer, habe auch kurzzeitig Taubheitsgefühle, diese kommen und gehen. Tageslicht blendet, sie braucht Sonnenbrille. Ich verordne *Palladium XM* aufgelöst, zunächst tgl. Einnahme für fünf Tage. Es erfolgt keine befriedigende Besserung.

Da ich von der Richtigkeit der Mittelwahl aufgrund der anfänglichen Reaktionen überzeugt bin, erhöhe ich die Potenzstufe noch einmal. Sie erhält jetzt *Palladium LM* einmalig.

19.12.06 Seit 4 Tagen gehe es ihr richtig gut!

18.01.07 Sie habe eine innere Zufriedenheit mit dem Mittel, Spaß an der Arbeit, habe eigenständig am 08.01.09 das Mittel wiederholt, da sie nach einem Personalgespräch wieder das Gefühl von Sand in den Socken verspürte. Diese Missempfindung verschwand sofort nach der Mittelgabe. Je nach Belastung kommen leichte Taubheitsgefühle wieder, so wie ganz zu Beginn der MS. Besser sei es an freien Tagen, schlechter, wenn sie danach die Arbeit wieder aufnehme.

Nun soll sie das Mittel je nach Bedarf bei Verschlechterung verkleppert einnehmen.

31.05.07 An folgenden Daten hat sie das Mittel eingenommen: 15.03., 17.03., 01.04., 04.04., 18.04. 15.05. Immer sei es danach besser gegangen. Sie war im April und Mai wandern in den Alpen und konnte richtig gut laufen, bergsteigen, keine schlappen Beine, kein Problem mit der Wärme, nur das linke Auge wurde bei körperlicher Anstrengung schlechter, erholte sich bei Ruhe aber schnell. Jetzt werde der Ehemann operiert, sie hat panische Angst, dass er nicht wieder aufwacht. Denkt, eigentlich gehe es ihr jetzt so gut, das kann nicht sein, da kommt jetzt was.

10.09.07 Sie hat das Mittel etwa alle vier Wochen eingenommen, so die Hitze des Sommers gut überstanden, war nicht mehr erkältet. Sie hat schon wieder neuen Chef, der beschäftigt alle rund um die Uhr, kommt sich da ausgenutzt vor und nicht beachtet mit ihrer Leistung. Jetzt reagiere das Auge wieder, sie sehe wieder schlechter, zudem am linken Arm ein Gefühl, wie eingeschnürt. Soll nun das Mittel 1x wöchentlich verkleppert nehmen.

18.10.07 Das Auge wurde schnell besser, ebenso der Arm. Sie war in Südtalien, ist 60 km pro Tag Rad gefahren, mit 1.200 Höhenmetern, kein Muskelkater, nur das Auge war kurzfristig schlechter durch die Anstrengung. Auf der Arbeit total gelangweilt, weil nichts zu tun ist, Gefühl, die brauchen mich nicht, das löst gleich ein ungutes Gefühl in ihr aus, welches sie nicht näher beschreiben kann. Sie erhält einmalig *Palladium CM*.

25.02.08 Sie sei momentan total wetterfällig, sobald es etwas wärmer sei, habe sie Kopfschmerzen über

den Augen. In den letzten Wochen habe sie einen Kunden gehabt, der sie fertig gemacht habe. In dieser Zeit habe sie wieder diese Magenschmerzen bekommen wie früher und dabei gedacht, dass sie eigentlich in solchen Situationen früher mit MS-Symptomen reagiert hätte. Jetzt blieb sogar das Auge stabil. Sie hatte von sich aus *Palladium CM* 1x wöchentlich eingenommen.

Sie hat angefangen, Gitarre zu spielen und zu singen. Immer mal wieder habe sie jetzt Kopfschmerzen an der Nasenwurzel wie in der Kindheit, strahlt aus zwischen Augebraue und Auge, mit dem Gefühl, der Kopf platze gleich. Reiben an der Nasenwurzel bessert deutlich, kalte Finger auf der Stirn bessert etwas. Sie stehe endlich kurz vor der Beförderung und meint: „Das mit der MS ist wohl vorbei.“

22.05.08 Ferse links ist wieder taub seit dem 12.05. Sie hatte einen Persönlichkeitstest machen müssen und jetzt das Feedback-Gespräch. Bei dem Test habe sie Angst gehabt, dass jetzt rauskomme, sie sei gar nicht so gut. Aber nach dem Test war alles gut und sie habe auch keine MS-Symptomatik gekriegt, wohl aber jetzt, wo es zum Feedback-Gespräch kam.

Aber es gab noch weitere Belastungen, wie die Erkrankung des Ehemannes während des Urlaubs. Sie hat sich über den verdorbenen Urlaub geärgert und eigentlich kein Mitleid mit dem Ehemann, das erschrecke sie.

Wieder auf der Arbeit habe sie bemerkt, dass einer Kollegin eine tolle Aufgabe zugeteilt wurde, was bei ihr dazu führte, sofort zu denken, der Chef achte diese Kollegin mehr.

Das machte sie unzufrieden und es traten erneut Missempfindungen auf: Nässegefühl am Oberschenkel, sowie Elektrisieren am Oberschenkel, rechter Fuß außen und linke Zehen taub, Wange leicht taub. Sie soll *Palladium CM* 1-3x tgl. verkleppert einnehmen, bis eine deutliche Besserung einsetzt, dann zurück auf 1x wöchentlich.

02.06.08 Es geht ihr deutlich besser, sie ist ganz glücklich.

01.09.08 Sie ist gleich zwei Stufen befördert worden! Aber es hat ewig gedauert, bis in der Firma die Hausmail kam, die alle darüber informierte. Das hat sie geärgert: „Was nützt ein Titel, wenn keiner es weiß.“ Bei dem Persönlichkeitstest habe sie manche Fragen danach beantwortet, was wohl am besten bei anderen ankommt: „Ich bin ja nicht doof“.

#### 4. Betrachtungen zu dieser Kasuistik

Dieser Fall macht meines Erachtens vielerlei deutlich:

- Es ist möglich, MS homöopathisch zu behandeln.
- Auch parallel zu immunmodulatorischen Mitteln der Schulmedizin, in diesem Fall Copaxone, ist die Wirkung des richtigen homöopathischen Mittels möglich.
- Der Patientin ging es immer wieder schlechter und diese Verschlechterungen konnten durch die Copaxone-Injektionen nicht aufgefangen werden. Ich

hatte den Eindruck, dass Copaxone hier gar keinen Einfluss auf das Krankheitsgeschehen hat. Die Patientin hat es im Jahr 2008 auch zunehmend unregelmäßiger genommen, in den Urlauben und am Wochenende gar nicht mehr und erwägt, es jetzt ganz wegzulassen.

- Es kommen grundsätzlich alle homöopathischen Mittel in Frage.
- Das Entdecken solcher Mittel, für die nur wenig neurologische Symptome bekannt sind, ist schwierig. In diesem Fall wurde mir erst im Verlauf der Behandlung und durch die äußeren Ereignisse die individuelle Reaktion der Patientin und damit das Mittel deutlicher.  
Ein Aspekt dieser Problematik ist, dass die Patienten mit sehr auffälligen Beschwerden kommen, die sie als bedrohlich erleben und diese Symptome lange in den Mittelpunkt der Konsultation stellen. Des Weiteren bedarf es sehr viel Vertrauen, Dinge über sich preiszugeben, die sozial nicht so anerkannt sind. Dieses Vertrauen wächst oft erst mit der Zeit.  
Über rein körperliche Symptome wäre das Mittel in diesem Fall nicht zu finden gewesen. Zwei körperliche Symptome, außerhalb der neurologischen Symptome – wie seit der Kindheit Besserung durch Reiben, hier der Kopfschmerzen – sowie die Ovarcyste, verankern bzw. bestätigen die Wahl.
- Dieser Fall zeigt m. E. deutlich die psychische Veranlassung der Beschwerden.
- Es gibt keine Dosierungsschemata.

### III. Einige Betrachtungen zu Palladium

#### 1. Beschreibung und Verwendung

Palladium ist ein Edelmetall, das aus Platin isoliert wurde. Wollaston entdeckte es 1803, es wurde nach einem neu entdeckten Asteroiden Pallas benannt. Das Wort Palladium stammt aus einer griechischen Legende und bezeichnet die Statue von Pallas Athene, von der angenommen wurde, dass sie die Macht hatte, die Sicherheit der Stadt zu gewährleisten, die diese Statue besaß. Eine große Holzstatue mit geschlossenen Füßen stellt Pallas dar, einen Speer in der einen, Spindel und Spinnrocken in der anderen Hand.

Palladium ist ein silbrig weißes Metall, in kubischer Struktur oder eine schwarze schwammige Masse, die sich zu einer kompakten Masse komprimieren lässt.

Palladium ist das leichteste der Platinmetalle, ist weich und geschmeidig, wenn es allmählich erwärmt und abgekühlt wird. Kalte Bearbeitung steigert seine Härte erheblich. Es nimmt bei Zimmertemperatur sehr viel Wasserstoff auf, wird dabei härter, fester, weniger geschmeidig. Aufgrund der H<sub>2</sub>-Aufnahme wird es in der organischen Chemie als Reduktionsmittel eingesetzt. Es reagiert mit einzelnen Mineralsäuren.

Verwendet wird es als Katalysator z.B. in der Motorindustrie bei Abgaskatalysatoren, in Legierungen für

Schmuck. Weißgold ist eine Legierung von Gold, der durch Zusatz von Palladium die Farbe entzogen wurde. Verwendung findet es auch im Amalgam, in der Uhrmacherei in der Unruh, als Katalysator in Oxidationsprozessen und als Metall in chirurgischen Instrumenten, im Kommunikationsbereich als elektrische Kontakte für Telefon-Relais.

Verwendung in der Medizin: Palladium wird im Körper schlecht resorbiert. Palladiumchlorid wurde früher in der TBC-Therapie eingesetzt.

#### 2. Palladium in der Homöopathie: Allgemeines

Arzneimittelprüfungen: Hering, 1850

Vermeulen hebt hervor, dass sich die Symptome, die allgemein als Leitsymptome von *Palladium* gelten, deutlich unterscheiden von den Symptomen der AZM-Prüfung. Die Prüfsymptome sind ausschließlich o. hauptsächlich links. *Palladium* aber gilt als rechtsseitiges Mittel. Keines der charakteristischen Gemütsymptome wurde in den Prüfungen erzeugt. Einige wenige klinische Fallberichte bilden, an Stelle der AZM-Prüfungen, somit die Grundlage des Arzneimittelbildes von *Palladium*

Hering schrieb: „*Platinum* und *Palladium*, die beide in Pulverform geprüft wurden, haben in ihren Wirkungen so große Ähnlichkeit, dass sich die Frage stellte, ob denn auch entsprechende Unterschiede zu finden sein würden. Diese Informationen können nur durch häufige Anwendung von *Palladium* in der Praxis geliefert werden.“

Auf diese Unterschiede möchte ich hinweisen, ange-regt durch diese Kasuistik und durch eine Ergänzung und Stellungnahme von Rainer Wilbrand zu *Palladium*, die er in der Übersetzung von M. Tylers homöopathische AZM-Lehre gemacht hat. Auch E. A. Farrington erwähnt Unterschiede in seiner klinisch homöopathischen Arzneimittellehre.

So stellt sich m. E. ein eigenständigeres Bild von *Palladium* dar.

#### 3. Zu den Hauptsymptomen von Palladium

Prüfungssymptom von Hering: „Es schien ihm auch, mehrfach, als sei er größer gewachsen.“ Ein Symptom, welches wir auch von *Platinum* kennen, dieses Gefühl von Größe, physisch wie psychisch. Beide, *Plat. und Palladium*, gelten als stolz und hochmütig. Die Dinge um sie herum seien klein und unbedeutend.

Hier gibt es einen wesentlichen Unterschied: Dass *Palladium* hochmütig ist, wird von den Prüfungen nicht gedeckt. Hering spricht in den „Guiding Symptoms“ von „wounded pride“ – „verletzter Stolz“, im Zusammenhang mit der „Einbildung, vernachlässigt zu werden“. Man kann auch denken, dass der Prüfer wohl eher gekränkt, aber nicht unbedingt hochmütig war.

Für Stolz hatte Kent in seinem Repertorium keine eigene Rubrik, er verweist auf Rubriken wie „hochmütig, Demütigung, Folgen von“. So findet man *Palla-*

*dium* unter der Rubrik „hochmütig“, auch wenn das in der Prüfung so nicht vorkommt.

Weiterhin typisch für *Palladium* ist das Verlangen nach der guten Meinung anderer, misst der Meinung anderer große Bedeutung bei, will im Mittelpunkt des Interesses stehen.

Rubrik (Rb):

haughty, wounded, wishes to be flattered  
wounded selfesteem, wishes to be flattered  
(Synthesis)

Diese Rubrik ist eine Ergänzung aus Knerr „Rep. of Herings Guiding Symptoms“. Dort lautet die Rb: pride, wounded wishes to be flattered, unter Rb: pride taucht bei Knerr aber *Pall* nicht auf. Diese Rb ist offensichtlich aus zwei heterogenen Symptomen zusammengemischt worden.

Diese lauten bei den „Guiding Symptoms“:

- imagines herself neglected, wounded pride ( hysteria)
- feels best in company and wants to be flattered

Eigentlich sollten beide Bestandteile getrennt betrachtet werden.

Zu sehen sind aus meiner Sicht die Wesenszüge Stolz, nicht Hochmut und das Gefühl, vernachlässigt zu werden,

Morrison schreibt: „Der Hochmut von *Palladium* zeigt sich v.a. darin, was sie von anderen erwarten, nicht hochmütig dem Behandler gegenüber, der Hochmut besteht in dem beständigen Bedürfnis, einbezogen zu werden, dem ständigen Bedürfnis nach Schmeicheleien, Aufmerksamkeit, in diesem Sinne mehr eine passive Arroganz, anstelle der negativen Arroganz von *Platinum*, die Subtilität ihrer Arroganz und ihres Hochmut besteht in ihren Erwartungen. Sie sind durch die geringste Kleinigkeit beleidigt. Wenn jemand ihre Arbeit in irgendeiner Form kritisiert, oder wenn sie denken, jemand habe sie kritisiert, so ist dies eine schwere Beleidigung.“

„Ehrgeiz“ ist ein anderes gutes Wort zur Beschreibung von *Palladium*.

Rb.: Bildet sich ein, vernachlässigt zu sein.

Rb: Contemptuous/verachtungsvoll, verächtlich, das ist eine Rb, die mit der Rb haughty weitgehend identisch ist, hier findet sich bei Kent kein *Palladium*, wohl aber im Syntheseis, als Nachtrag Bogers.

Das Prüfsymptom lautet: „very impertinent, makes a face like a savage“.

In Oehmes Übersetzung: „sehr unverschämt, macht ein Gesicht wie ein Wilder“.

So ist dann bei Kent *Palladium* auch in der Rubrik Impertinence/Frechheit, unverschämt sowie Insolent/unverschämt zu finden.

So kam *Palladium* wohl als verachtungsvolles Mittel in das Repertorium, ohne dass es in den Prüfsymptomen so auftaucht.

Hering: „Alles, was man sagt oder tut, verletzt sie, sie zittert, ihr Gesichtsausdruck verändert sich, auch ihre Augen, als würde sie verrückt werden.“

Deutlich wird hieraus, es sind Personen, die leicht beleidigt sind, ein leichtes Opfer für Kränkungen sind, ob real oder eingebildet.

Rb: Selbstüberhebung, Egotism,  
Auch über diese Rubrik gibt es verschiedene Auffassungen, Georg von Keller versteht sie als „Selbstüberhebung, spricht immer von sich selbst“.  
Kokelenberg spricht in seinem „Kents Comparative Repertory“ von dieser Rb als  
„eine Art Egozentrik- die eigene Person wird als Zentrum allen Geschehens gesehen“.

In diesem Sinn wäre *Palladium* hier durch die Prüfsymptome abgedeckt.

Deutlich wird, dass *Palladium* angewiesen ist auf die Bewunderung und Anerkennung durch andere. Prüfsymptom: „Sie halten viel auf die Meinung anderer und legen viel Gewicht darauf, was andere denken, daher sind sie in Gesellschaft so aufgeregt.“  
„Und ihre Beschwerden sind am nächsten Tag schlimmer“

Bei einem solchen Verhalten kann man durchaus auf ein mangelndes Selbstbewusstsein schließen, in der entsprechenden Rb ist *Palladium*, aber nicht *Plat*. Obwohl die halbe Materia medica dort vertreten ist.

Voegeli („Leit- und Wahlanzeigende Symptome“): „heftiges Verlangen, sich auszuzeichnen, bewundert zu werden, überall der Erste zu sein. Herabsetzung bringt überall Symptome hervor, mit Bevorzugung der Beckenorgane“.

Rb: Vanity/Eitelkeit, schenkt der äußeren Erscheinung viel Aufmerksamkeit.

H. V. Müller schreibt in einem Artikel der ZKH 1986: „*Palladium* findet es sehr schwierig, zuzugeben, dass sie älter wird, und sie tut alles, um attraktiv auszusehen. Sie umgibt sich mit jüngeren Männern, als Beweis ihrer ungeminderten Attraktivität, und hat sich in frühem Stadium einer Schönheitsoperation unterzogen. Sobald sie sich eingesteht, dass sie älter wird, schließt sie sich gewöhnlich von der Außenwelt ab und wird nicht selten Selbstmord begehen, weil ihr Leben bedeutungslos geworden ist. *Pall* hat eine Vorliebe für die Farbe Ultramarin, kein *Palladium* ist ohne diese Farbe.“

Rb: Irritability/Reizbarkeit,  
Clarke: verschafft sich Luft in gewaltigen Ausdrücken  
Hering: Prüfsymptom: „Starke Neigung grobe Sprache und Kraftausdrücke zu verwenden“

Zu sehen ist auf der Gemütsebene also ein Mittel, das sich auszeichnet durch geringes Selbstbewusstsein, dem Gefühl vernachlässigt zu werden, und dem Wunsch, geschmeichelt zu werden, mit einem übersteigerten Geltungsbedürfnis. Dies unterscheidet sich deutlich von der Gemütssymptomatik bei *Platinum*.

Für Lippe waren die Gemütssymptome der beste Wegweiser, das Hauptcharakteristikum auf der Gemütsebene ist für ihn „liebt Zustimmung“, „was die Person zu leichter Beute von wirklichen oder eingebildeten Kränkungen macht“ und leicht einem Zustand von „verletztem Stolz und eingebildeter Verachtung“ Platz macht, „Reizbarkeit, die oftmals in heftigen Ausbrüchen ihr Ventil findet. Solch einem Patien-

ten geht es in Gesellschaft besser und er zeigt Verschlechterung nach der Party oder einer gesellschaftlichen Unterhaltung.“ „Wird dieser Gemütszustand, der sich von dem Hochmut von *Plat.* unterscheidet, in Verbindung mit Uterus- und Ovarialbeschwerden gefunden, ist er eine sichere Indikation für *Palladium.*“

#### 4. Zu den körperlichen Symptomen von *Palladium*

Kopfschmerzen dehnen sich von einem Ohr zum anderen aus. Über den Scheitel  
Kopfschmerzen > durch Druck.

Tendenz zu uterinen und ovariellen Störungen, Herabdrängende Uterusbeschwerden, als ob die Gebärmutter heraus kommen will, noch mehr Bezug zum Ovar, speziell das rechte Ovar, als Platinum.

Clarke: „Hauptcharakteristikum von *Palladium* sind Affektionen des re. Ovars, einhergehend mit Schmerzen, die durch Druck gebessert werden, Skinner heilte mit *Palladium* eine Frau, die während der Meneses an starken Schmerzen in der re. Eierstockgegend litt. Erleichterung verspürte sie einzig dann, wenn ihre Schwester ihrer Bitte nachkam, sich auf die schmerzhafteste Stelle zu setzen, diese Besserung durch Druck unterscheidet den *Palladium*-Schmerz von dem Ovarialschmerz bei *Plat.*“

Clarke: eigentümliche Symptome sind:

- Es scheint ihm, als ob er gewachsen wäre.
- Ahnung, als ob sich etwas Schreckliches zutragen sollte,
- Gefühl, als ob die Gedärme eingeklemmt u. verschiedentlich ineinander verschlungen wären.
- Gefühl, als ob ein Tier bisse und kleine Teile der Gedärme abreiße,

Juckreiz ändert Ort beim Kratzen.

Es finden sich einige wenige neurologische Symptome, wie Gefühllosigkeit des re. Arms, Taubheitsgefühl im li. Arm, wie gelähmt, Spannung in der li. Wade.

Seite: Rechts

*Palladium* ist ein kaltes Mittel

Modalitäten:

< durch Kälte (Ischiasbeschwerden), Bewegung, nach Anstrengung, nach Aufregung in Gesellschaft, verletzter Stolz, fehlende Zustimmung.

> durch Berührung (Kopfschmerz), Druck (Ovarial- und Nierenschmerzen), Reiben (Ovarialschmerz, brennender Fleck auf Wangenknochen re.) Ruhe, frische Luft, nach Schlaf.

#### IV. Zum Abschluss eine miasmatische Betrachtung zur MS

##### Vorwiegend psorisch geprägte Verläufe

Schwäche, Depression, Fatigue-Syndrom, schubförmiger Verlauf mit guter Remission, kein schnelles Fortschreiten der MS, eher benigne Verläufe.

##### Vorwiegend syphilitisch geprägte Verläufe

Die Schübe hinterlassen von Anfang an ausgeprägte Defekte, auch im MRT sichtbar, black holes, geringe

Tendenz zur Remyelinisierung, frühe axonale Degeneration, chronisch progrediente Verläufe sind fast immer syphilitisch geprägt.

##### Sykotisch geprägte Verläufe

Die Sykosis ist nicht so deutlich an der MS-Pathologie beteiligt, aber MS Patienten können natürlich auch sykotisch belastet sein.

#### Quellenverzeichnis

Barnett MH, Prineas JW: Relapsing and remitting multiple sclerosis: pathology of the newly forming lesion. In: Annals of Neurology 55: 458-468.

Boericke W: Handbuch der homöopathischen Materia medica. Haug: 1992.

Clarke JH: Arzneimittellehre. Der neue Clarke. 2001.

Confavreux C et al.: Relapses and progression of disability in multiple sclerosis. In: New England Journal of Medicine: 2000, 343(20):1430-1438.

Farrington EA: Klinische Homöopathische Arzneimittellehre. 1913.

Hering C: Guiding Symptoms Of Our Materia Medica. Reprint Edition. New Dehli: B. Jain Publishers; 1974 (1881 Philadelphia, U.S.).

von Keller G: Gesammelte Aufsätze und Vorträge zur Homöopathie. Greifenberg 2002.

Müller HV: Die Thanatophobie: Stellungnahme zu den Einblendungen ZKH 1986; 30(5): 215-216.

Multiple Sklerose Therapie Konsensus Gruppe (MSTKG), Immunmodulatorische Stufentherapie. In: Der Nervenarzt 2004.

Murphy R: Homoeopathic Remedy Guide. H.A.N.A. Press: 2000.

Pittcock SJ, Mayr WT, Mc Clelland RL et al.: Change of MS-related disability in a population-based cohort. A 10-year follow-up study. In: Neurology 2004(62): 51-59.

von der Planitz, C, Lorz T: Homöopathie bei Multipler Sklerose. Urban & Fischer: 2007.

Sankaran R: Die Seele der Heilmittel. 2000.

Tyler M: Homöopathische Arzneimittelbilder. Urban & Fischer: 2004.

Vermeulen F: Prisma. Das Arcanum der MM. Emrys Verlag: 2006.

Weihe W: Multiple Sklerose – eine Einführung. Carus Verlag: 2007.

Zettl UK: Multiple Sklerose – State of the Art. In: psychoneuro 2008; 34 (3): 119-121.

#### Almut Mehl-Przibylla

Ärztin – Neurologie, Psychiatrie, Homöopathie. Jahrgang 1962. Medizinstudium in Würzburg und Berlin. Approbation 1987. Facharztausbildung, parallel Homöopathie-Ausbildung. 1996 Niederlassung in eigener Praxis für Neurologie und Psychiatrie mit Schwerpunkt Klassische Homöopathie. Seit 2004 Privatpraxis. Seit 1999 Dozentin im Berliner Verein homöopathischer Ärzte. Seit 1995 parallel fachärztliche Gutachtertätigkeit.



- Kontakt: mehl-p@web.de
- Praxis: www.mehl-przibylla.de



Dietrich Braun

## Ein Fall von multipler Sklerose – Phellandrium

Es wird über einen 34-jährigen Patienten mit Multipler Sklerose berichtet, der nach der initialen Diagnostik in einer neurologischen Klinik im September 2003 standardmäßig mit 5x500 mg Cortison behandelt wurde, dann aber bis Ende 2008 nur noch homöopathische Mittel erhielt. Der Verlauf war schubförmig mit kompletten Remissionen. Die jährlichen Befunde im MRT verschlechterten sich nur in zwei von fünf Jahren, blieben aber in den anderen Jahren stabil. Eine Komplizierung der gesamten Krankheitssituation durch blutigen Stuhlgang mit Verdacht auf Colitis Ulcerosa im Mai 2008 konnte endlich durch die Gabe von *Phellandrium* aufgefangen werden.

Auch der Verlauf der neurologischen Symptomatik stellt sich unter *Phellandrium* sehr günstig dar. Wegweisend zu *Phellandrium* war das Gefühl des Vibrierens in den Waden. Erkenntnisse über ein mehr „auf sich Achten“ verhalfen ihm zu einem besseren Gesundheitszustand. Auf die Original-Prüfung von *Phellandrium* durch Hartlaub und Trinks [3] wird eingegangen, die ungenügende Berücksichtigung der Quelle in den Repertorien wird geschildert, besonders auch auf die teilweise unzureichende Übersetzung in die englische Sprache hingewiesen. Vorschläge zur Erweiterung der Repertoriumseinträge von *Phellandrium* werden gemacht.

Vor einem Jahr auf dem Kongress in Ettlingen (2007) fragte mich Angelika Gutke-Wickert, ob ich für diesen ICE- Kongress in Köthen etwas vorzutragen hätte. Leichtsinnigerweise sagte ich ja. Ich dachte damals an den Patienten, über den ich heute sprechen will. Damals ahnte ich noch nicht, durch welche Höhen und Tiefen ich mit dem Patienten erst noch gehen musste.

Er ist seit Dezember 2003 in meiner Behandlung. Es handelte sich damals um einen 29-jährigen wissenschaftlichen Assistenten. Er erkrankte im August 2003 mit Taubheitsgefühlen der Füße, die progredient bis zu den Knien aufstiegen.

Die Erstdiagnose erfolgte in der Neurologischen Klinik Bethel bei Bielefeld durch den typischen Liquorbefund mit positiven oligoklonalen Banden und durch MRT-Befunde von einem unifokalen Herdbefund auf Höhe der Cella media hyperintens (periventrikulär – siehe Abbildung) mit positiver Kontrastmittelkinetik sowie geringgradigen Myelonläsionen auf Höhe HWK 4, hypertintens, verdächtig auf entzündlichen Plaque.

Die Erstbehandlung in der Neurologischen Klinik erfolgte mit einer Cortisonstoßtherapie mit 5x500 mg Urbason i.v. Darunter bildete sich das klinische Bild nur leicht zurück.

Danach erfolgte als Therapie nur die Gabe homöopathischer Mittel durch den Autor. Es wurden je nach aktueller Symptomatik und Repertorisierungen viele verschiedene Mittel gegeben. Der Patient hatte einen schubförmigen Verlauf mit vollständigen Remissionen.

Im Jahr 2005 hatte er über mehrere Monate einen fast vollständigen Verlust des Riech- und des Geschmackvermögens. Sein betreuender Neurologe führte dies auf eine chronische Infektion im Nasen-Rachenbereich zurück. In den letzten Jahren traten zusätzlich zu den Anfangssymptomen auch in den Schüben eine Taubheit der Fingerspitzen auf.

Die jährlich durchgeführten MRT- Bilder des Schädels und der HWS zeigten im Schädelbereich 2005 (Abbildung 1) und im HWS-Bereich 2006 progrediente Befunde.

In den anderen Jahren – 2004 und 2006 bis 2008 – konstante Befunde ohne Entzündungsaktivität (Abbildungen 2, 3 und 4).

Die MRT-Befunde hatten sich also insgesamt eher langsam leicht verschlechtert. Mit der homöopathischen Behandlung konnte man also nicht zufrieden sein, obwohl die subjektiven Symptome sich zwischen den Schüben jeweils komplett zurückgebildet hatten.

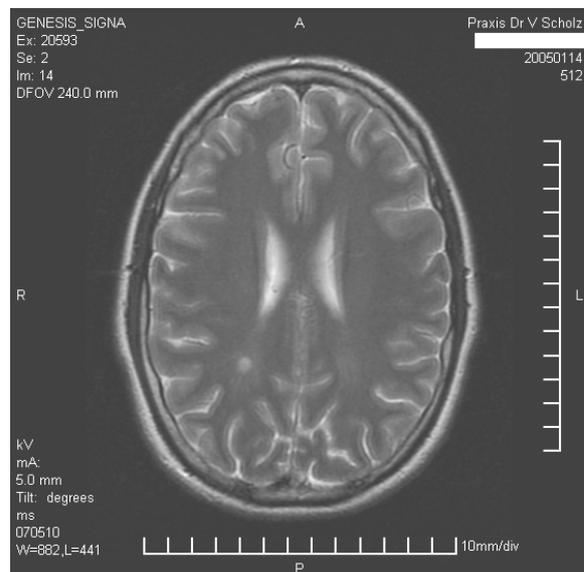


Abbildung 1: Ein Herdbefund rechts periventrikulär 2005

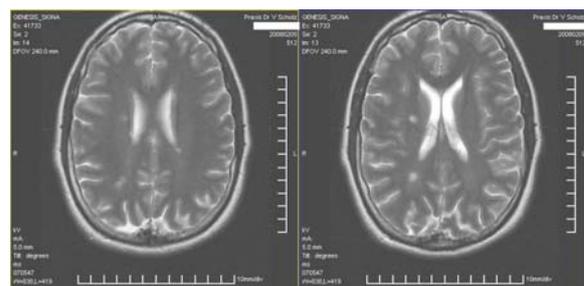


Abbildung 2:  
Nun finden sich bereits mehrere Herde periventrikulär rechts 2008.

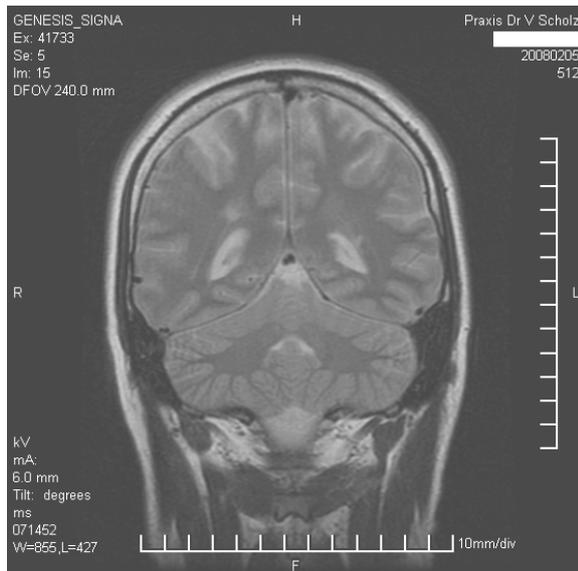


Abbildung 3: Herdbefunde besonders apikal des re. Seitenventrikels

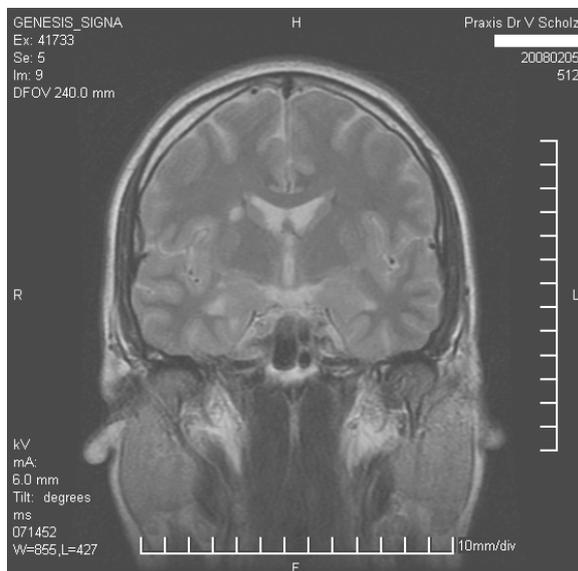


Abbildung 4: Herdbefund nahe des rechten Seitenventrikels

Nach meiner Zusage zu diesem Vortrag erlebte mein Patient und auch ich eine **heftige Krise** und zwar **im Mai 2008**. Zusätzlich zu seinen Symptomen der Multiplen Sklerose bekam er einen blutigen Stuhlgang. Er wurde endoskopiert und ein Gastroenterologe stellte makroskopisch die Diagnose Colitis ulcerosa. Dies warf den Patienten und auch mich in ein tiefes Tal. Ich dachte auch: Was soll ich im November dann in Köthen erzählen?

Nun, so ist es mit der Homöopathie: Berge und Täler, manchmal im schnellen Wechsel. Erfreulicherweise konnte ich den Patienten von einer lokalen Mesalazin-Therapie abhalten. Die Histologie sprach von einer unspezifischen Entzündung. Ein zweiter Gastroenterologe stellte dann auch anhand einer zweiten Coloskopie und weiterer Biopsien die Diagnose einer unspezifischen Proktitis. Ich gab ohne durchschlagenden Erfolg *Lachesis*, *Carbo vegetabilis* und *Pulsatilla*.

Am 28. August 2008 tritt die Behandlung in eine besondere Phase. Neben den bisher bereits geschilderten Beschwerden fand er jetzt Worte für eine **Empfindung in den Waden**, die er vorher nicht richtig beschreiben konnte: Er spricht von **Vibriieren**. Im Repertorium Synthesis 9.2 [5] finden sich *Ambra* und *Phellandrium*; im Complete [6] nur *Phellandrium*.

Bei der Differenzierung dieser beiden Mittel unter Zuhilfenahme aller bisherigen Symptome ergab sich folgendes Bild:

### Ein Fall von multipler Sklerose – Kleine Arzneimittel

Die Symptome in Normalschrift stammen aus Synthesis 9.2 [5]. GROSSBUCHSTABEN entstammen dem Repertorium Universale [6]

1	1234	1	Extremitäten - Vibration; Gefühl von - Unterschenkel - Waden	2
2	1234	1	Gemüt - Beschwerden durch - Kränkung, Demütigung	70
3	1234	1	Gemüt - Angst - Gesundheit; um die	115
4	1234	1	AUGEN - CHARAKTERISTISCHE SYMPTOME, EIGENTÜMLICHKEITEN - SCHMERZ - brennender, beißender Schmerz	386
5	1234	1	Nase - Geruch, Geruchssinn - verloren	105
6	1234	1	Husten - Trocken	403
7	1234	1	MAGEN - CHARAKTERISTISCHE SYMPTOME, EIGENTÜMLICHKEITEN - DURSTLOSIGKEIT	245
8	1234	1	REKTUM - CHARAKTERISTISCHE SYMPTOME, EIGENTÜMLICHKEITEN - SCHMERZ - brennender Schmerz	296
9	1234	1	HAUT - CHARAKTERISTISCHE SYMPTOME, EIGENTÜMLICHKEITEN - RISSE, tiefe	294
10	1234	1	ALLGEMEINES - CHARAKTERISTISCHE SYMPTOME, EIGENTÜMLICHKEITEN - FETTLIBIGKEIT	163

	phel.	nat-ar.	m-ambo.	med.	positr.	ozone	bufo	oind.	ambr.	ail.
	520	399	366	361	356	348	343	335	332	329
1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
2	1	-	1	-	1	-	-	-	1	-
3	3	1	-	2	1	1	1	-	-	-
4	3	4	1	1	-	3	1	4	4	1
5	1	2	1	1	1	-	1	1	-	1
6	1	3	1	1	1	1	2	1	2	1
7	1	1	3	1	-	1	1	3	1	1
8	1	4	1	1	1	1	-	3	1	-
9	3	2	1	1	3	1	1	1	1	3
10	1	1	-	1	1	1	1	1	1	1
11	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3

Die Strategie ist nach **Hahnemann, Organon, 6. Auflage** [2]

§ 167: ... untersucht den nun geänderten Krankheitszustand auf's Neue und bringt den Rest der ursprünglichen Symptome mit den **neu entstandenen** in Verbindung, zur Aufzeichnung eines neuen Krankheitsbildes.

§ 168: ... und so fährt man, wenn auch diese Arznei zur Herstellung der Gesundheit nicht völlig ausreichen sollte, mit **abermaliger Untersuchung des noch übrigen Krankheitszustandes** und der Wahl einer, dafür möglichst passenden, homöopathischen Arznei fort, ...

§ 183: ... es muß der *Status morbi*, wie er jetzt ist, aufgezeichnet, und nach ihm ein zweites homöopathisches Mittel gewählt werden, was gerade auf den heutigen, auf den jetzigen Zustand passt, welches um desto angemessener gefunden werden kann, da die Gruppe der Symptome zahlreicher und vollständiger geworden ist.

#### 17.09.2008

**Phellandrium C 12** DHU, jeden Tag morgens 5 Globuli wurde verschrieben.

Wie der Patient berichtete, wurden die Beschwerden noch am selben Tag besser. Das Blut im Stuhl verschwand, die Taubheit der Fingerspitzen und der Fußsohlen bildeten sich zurück. Er nahm selber nach einigen Tagen **Phellandrium C 30** DHU. Nach 20 Tagen kam er wieder in meine Praxis. Es war nun das erste Mal wieder Blut im Stuhl und auch die Taubheitsgefühle wurden gerade wieder stärker. Daraufhin verabreichte ich ihm **Phellandrium XM** Schmidt-Nagel.

#### 08.10.2008

Es habe eine Erstreaktion an Füßen, Fingerspitzen und im Stuhlgangsbereich für zwei Tage gegeben, dann sei alles viel besser gewesen. Insgesamt sei er etwas schlapper und müder. Bei einem Kurzurlaub an der Nordsee habe er ein innerliches Vibrieren gespürt, dann sei es ihm wie immer an der Nordsee sehr gut gegangen. Da er nun ins Ruhrgebiet umziehen wollte, gab ich ihm **Phellandrium XM** als Reserve mit.

#### 25.10.2008

**Phellandrium XM** genommen.

Wieder gab es eine auffällige Erstreaktion. Es trat in den ersten Tagen ein verstärktes Taubheitsgefühl unter den Fußsohlen und in den Beinen bis zu den

Knieen auf. Irritierend war ein neu aufgetretenes Taubheitsgefühl an der rechten Handfläche. Dieses Symptom galt es weiter zu beobachten. Er war sehr kraftlos, erschöpft und niedergeschlagen. Nach drei Tagen bildeten sich die Symptome weitgehend zurück. Die Energie wurde ab 17.11. sehr gut. Er fühle sich wirklich gesund. Dies alles trotz kürzlich vollzogenen Umzugs und Antreten einer neuen Arbeit im Ruhrgebiet.

#### Nachtrag 20.12.2008

Wörtlicher Bericht des Patienten: „Ich habe mich bislang nicht gemeldet, weil es mir in den letzten Wochen sensationell gut ging. Komplett beschwerdefrei. Sie wissen ja, wie das ist in Zeiten, in denen es einem gut geht – da vergisst man schon einmal, andere zu informieren, weil man es sehr schnell als ganz ‚normal‘ annimmt.“ Ergänzend möchte ich darauf hinweisen, dass ich immer wieder mit dem Patienten über seine **Lebensweise und Ernährung** gesprochen habe. Ein wichtiger Schritt war für ihn, als er in einem Schub, als er bis zu 12 Stunden am Tag arbeitete, sich auch öfters für eine Stunde auf sein Sofa zu Hause zurückzog. Außerdem achtete er mehr auf sich, indem er z.B. für ein ruhigeres Arbeitszimmer in der Universität für sich eintrat und es auch erreichte.

Auch bei anderen Patienten habe ich die Erfahrung gemacht, dass dieses Mehr-zu-sich-selbst-Kommen sehr wichtig ist. Ich denke z.B. an eine Patientin, die sich einen Hund kaufte, und glücklich war, jeden Tag eine Weile ohne ihre Kinder alleine an der frischen Luft verbringen zu können. Oder ich denke an eine sportliche Gymnastik- und Jazz-Dance-Lehrerin, deren Kind neben der homöopathischen Behandlung dadurch an seiner Neurodermitis gesundete, dass sie auf die Idee kam, hinter dem Kinderwagen hinterher zu joggen und so ihren Neigungen endlich wieder nachkam.

Interessant finde ich, dass **Hahnemann** auch etwas zur **Lebensordnung** sagte. Ich lasse hier bewusst die Dinge weg, die er zur eindeutigen Arznei-Wirkung vorsichtshalber empfahl, wegzulassen, wie alle Nahrungsmittel, die evtl. arzneilich wirken könnten.

Hahnemann, **Organon, 6. Auflage** [2]

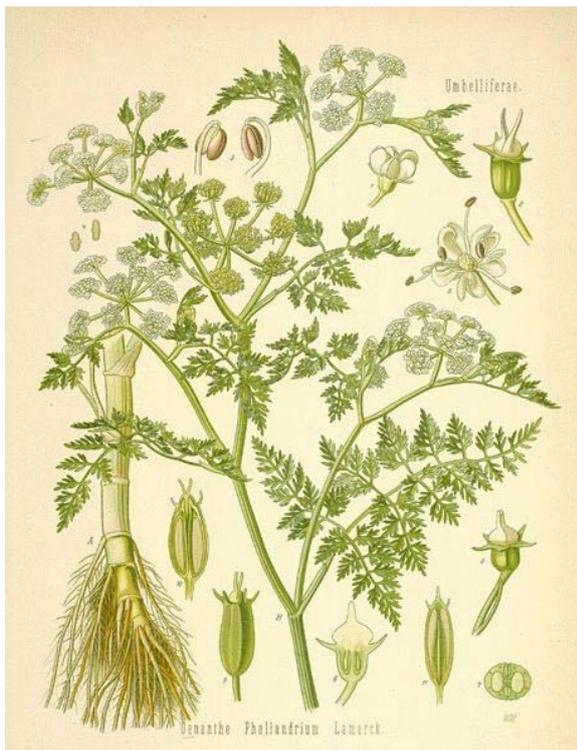
§ 260: Für chronisch Kranke ist die ... Aufsuchung solcher Hindernisse der Heilung um so nöthiger, ... Fehler in der Lebensordnung ...<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ... alle Zwiebel-Arten, u.s.w.; alter Käse und Thierspeisen, welche faulicht sind, (Fleisch und Fett von Schweinen, Enten und Gänsen, oder allzu junges Kalbfleisch ... als jedes Übermaß, selbst das des Zuckers und Kochsalzes, ... Stubenhitze, ... sitzende Lebensart in eingesperrter Stuben-Luft, oder öftere, bloß negative Bewegung (durch Reiten, Fahren, Schaukeln), ... langer Mittagsschlaf im Liegen ... Lesen in wagerechter Lage, Nachtleben, ... Gegenstände des Zornes, des Grammes, des Ärgernisses, leidenschaftliches Spiel, übertriebene Anstrengung des Geistes und Körpers, ... u.s.w. Alle diese Dinge müssen möglichst vermieden oder entfernt werden, wenn die Heilung nicht gehindert oder gar unmöglich gemacht werden soll. ...

§ 261: Die, beim Arzneigebräuche 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 Spaziergehen, kleine Arbeiten mit den Armen), angemessene, nahrhafte, unarzneiliche Speisen und Getränke u.s.w.**

§ 262: In hitzigen Krankheiten hingegen – außer bei Geistesverwirrung – **entscheidet der feine, untrügliche, innere Sinn des hier sehr regen, instinktar-tigen Lebens-Erhaltungs-Triebes, so deutlich und bestimmt, daß der Arzt die Angehörigen und die Krankenwärter bloß zu bedeuten braucht, dieser Stimme der Natur kein Hinderniß in den Weg zu legen**, sei es durch Versagung dessen, was der Kranke sehr dringend an Genüssen fordert, oder durch schädliche Anerbietungen und Überredungen.

### Phellandrium aquaticum (Umbelliferae – Doldenblütler)



Die deutsche Bezeichnung von Phellandrium aquaticum lautet: Wasserfenchel. Er ist in ganz Europa verbreitet. Phellandrium gehört zu den Umbelliferae – Doldenblütlern. Verwendet werden in der Homöopathie die Samen.

Weiteres zur Botanik und zur historischen Verwendung findet sich in Madaus G: Lehrbuch der biologischen Heilmittel, Leipzig 1938. Nachdruck Ravensburg: mediamed Verlag 1989. Und im Internet unter: [www.henriettesherbal.com/eclectic/madaus/phellandrium.html](http://www.henriettesherbal.com/eclectic/madaus/phellandrium.html)

Weitere Umbelliferae sind unter anderem: *Aethusa*, *Apium graveolens*, *Cicuta*, *Conium* und *Sumbulus moschatus*. Bei diesen Mitteln findet sich öfter eine Wirkung auf das Nervensystem.

Die Beschreibung der ersten homöopathischen Prüfung von *Phellandrium* findet sich mit 374 Symptomen in der **Reinen Arzneimittellehre** von D. Carl Georg Christian Hartlaub, D. Carl Friedrich Trinks, Leipzig: F. A. Brockhaus. Band 1 1828; Band 2 1829, Band 3 1831. Band. 2, Seiten 138-142.



DR. KARL F. TRINKS.

Bei Durchsicht der Prüfung ist es erstaunlich, festzustellen, wie viele Symptome nicht weitergetragen wurden in die Repertorien und die Arzneimittellehren als Sekundär- und Tertiärliteratur. Zusätzlich erschreckt es, welche Übersetzungsfehler sich bei der Übersetzung vom Deutschen in das Englische ergaben.

#### Beispiele:

Das Symptom meines Patienten: **Vibriieren in der Wade** lautet in der Prüfung [3]: Dröhnen in der Wade (Symptom 297). Dies wurde nicht in die Repertorien aufgenommen.

Das allgemeine Empfinden des Vibrierens, unter dem *Phellandrium* im Repertorium [5, 6] aufgeführt ist, liest sich im Original: Ein besonderes Gefühl im ganzen Körper, als wenn alle Gefäße in zitternder Bewegung wären (Symptom 300). [3] Dies wurde allerdings bereits von Vermeulen in das Repertorium Synthesis 9.2 wortgetreu nachgetragen. In manchen Arzneimittellehren wird behauptet, *Phellandrium* wäre ein rechtsseitig wirkendes Mittel. Nun, in der Original-Prüfung erscheinen 40 rechtsseitige und 37 linksseitige Symptome – also besteht keine besondere Seitenpräferenz, die Seitigkeit links ist durchaus im Repertorium Synthesis [5] nachzutragen.

**Hartlaub und Trinks [3] führen mehrere Beispiele über phytotherapeutische Berichte über die Heilung von Schwindsucht durch *Phellandrium* an. Sie selber konnten aber „in der eitrigigen Lungen-sucht auch nicht die mindeste heilsame Wirkung“ beobachten.**

Sankaran ordnet heute *Phellandrium* in das tuberkulnische Miasma ein – nach meiner Meinung ist das zumindest nicht die ganze Wahrheit.

Ein Gemütssymptom der Prüfung wurde nur in Allens Encyclopedia of Pure Materia Medica weitergegeben: Es ist ihr bange, und alles verdrießt sie, woran sie denkt; doch arbeitet sie emsig fort (n. 4 St.). (Symptom 2) [3]. She was apprehensive, and everything that she thought about fretted her, although she continued active at her work [1]. Heute würden wir diesen Vorgang vielleicht Verdrängung nennen. Ist dies nicht ein Symptom unserer Zeit? Weiterarbeiten, egal wie es einem geht oder sogar jetzt erst recht noch mehr arbeiten?

### Ein Beispiel für die Übersetzungsproblematiken:

In Herings „Guiding Symptoms“ [4] findet sich: Sound in brain as if striking a piece of silver – also ein Geräusch im Gehirn, als wenn man auf ein Stück Silber schlägt.

In Allens “Encyclopedia” [1]: A sound in the brain, as if one were beating on a metal that was freely swinging, in der Originalprüfung: Ein Tönen im Gehirne, als wenn man auf ein frei schwebendes Blech schlägt (Symptom 59) [3]

Diese Ungenauigkeiten in den Übersetzungen sind kein Einzelfall. Für mich ist es erschreckend. Als Deutsche, die wir die meisten Original-Prüfungen lesen und verstehen können – mir scheint, wir haben da eine besondere Pflicht.

### Vorschläge zu Ergänzungen im Repertorium Synthesis 9.2 [5]:

**Allgemeines – Schmerz – Stellen; an kleinen Prüfung [3]:**

**Ein Spannen und Brennen auf einer sehr kleinen Stelle des unteren linken Augenlides (n. 3/4 St.). (Symptom 73) [3]**

**Spannen an der linken Wange auf einer kleinen Stelle, das durch Reiben vergeht (n. 21/4 St.). (Symptom 108) [3]**

**Beißen, wie Flohbiss, auf einer kleinen Stelle oben an der rechten Kopfseite, das durch Reiben vergeht (n. 3/4 St.). (Symptom 323) [3]**

In den Arzneimittellehren wird der Gebrauch von *Phellandrium* schwerpunktmäßig bei Lungenabszessen, Endzuständen von Tuberkulose und bei Mastitis bei stillenden Müttern empfohlen. Zusätzlich finden sich besondere Schwerpunkte in der Prüfung wie Schwindel, Beschwerden des Kopfes und der Augen.

Hier noch einige Symptome der Prüfung [3], die bisher nicht im Synthesis 9.2 [5] enthalten sind:

Gesicht – Ausdruck – **mürrisch**

**Kopf - Schweregefühl - Fallen des Kopfes; mit - Seite fallen; als würde der Kopf auf eine – Seite, gegen die sie sich wendet**

Kopf - Hitze - Schläfen - **links**

Kopf - Hitze - Schläfen - **links , erstreckt sich, übrigen Kopf, mit Schweiß**

Kopf - Hervorwölben; Gefühl etwas würde sich aus dem Kopf - Stirn

- **dass sie nicht darüber wegsehen kann**

**Augen - Schmerz - Lider - brennend**

**Sehen - Trübsichtigkeit, trübes Sehen - Nähen agg.**

**Mund - Geschmack - bitter - Bier - schmeckt bitter  
Mund - Schmerz - Zunge - Zungenspitze - beißend  
Mund - Schmerz - Zunge - Zungenspitze - brennend**

**Kehlkopf und Trachea - Flüssigkeiten kommen in den Kehlkopf hinein (Verschlucken )**

Magen - Durst - **nachmittags**

Magen- Durstlos - Frost - **während / vor dem / nach**

Träume - Blitz - **hineingefahren neben ihm**

Träume - **Lustbarkeiten**

Träume - **Raufereien - Schläge, in denen er viele Schläge bekam**

### Literatur

- [1] Allen TF: Encyclopedia of Pure Materia Medica; Encyclopaedia Homeopathica 2.2.3. Archibel 2008.
- [2] Hahnemann S.: Organon der Heilkunst. Encyclopaedia Homeopathica 2.2.3. Archibel 2008.
- [3] Hartlaub CGC, Trinks N: Phellandrium: Reine Arzneimittellehre Bd. 2. Leipzig: Brockhaus; 1829; 138-142. Encyclopaedia Homeopathica 2.2.3. Archibel 2008.
- [4] Hering C: Guiding Symptoms Encyclopaedia Homeopathica 2.2.3. Archibel 2008.
- [5] Schroyens F: Synthesis 9.2 Archibel 2007.
- [6] Van Zandvoort R: Repertorium Universale III. Rev II. Archibel 2007.

### Dr. med. Dietrich Braun

Mein Leben begann 1953 in Braunschweig – einer Stadt, in der Hahnemann für ein Jahr lebte. Mein Medizinstudium absolvierte ich in Kiel, war ein Jahr als wissenschaftlicher Assistent in der Physiologie tätig und seither wohne und arbeite ich wieder in Braunschweig. Nach meiner Facharzt-Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin interessierte ich mich durch eine eigene schwere Erkrankung sehr für die Homöopathie. Kurse in Freudenstadt bei Gawlik, Spiekeroog-Wochen bei Künzli, Fortbildungen bei Geukens und Saine folgten. Bei der Gründung der Akademie für Naturheilverfahren und Homöopathie in Celle war ich dabei, brachte auch die Lehrpraxis für Homöopathie in Celle mit auf den Weg. Als zweiter Vorsitzender war ich sieben Jahre im Landesvorstand des DZVHÄ Niedersachsen tätig. Seit 1997 leite ich einen Arbeitskreis in Braunschweig zum Erwerb des Zusatztitels Homöopathie und des Diploms. Seit vielen Jahren prüfe ich in Hannover im Auftrag der Ärztekammer Niedersachsen für den Zusatztitel Homöopathie. Weitere berufliche Interessengebiete sind Ayurveda, Dorn-Therapie und die alte indische Astrologie – Vedische Astrologie nach dem APA-System. Ich bin verheiratet mit meiner Freundin seit Studienzeiten, einer Allgemeinärztin. Zwei Töchter studieren Medizin.



- Kontakt: Dietrich.Braun@t-online.de



Marco Righetti

## Paranoide Schizophrenie mit zunehmender Chronifizierung

Die Falldokumentation zeigt den Langzeitverlauf einer Patientin mit einer chronifizierten paranoiden Schizophrenie unter homöopathischer Behandlung. Die psychiatrische Symptomatik und Vorgeschichte mit diversen psychischen Traumata wird durch die homöopathische Anamnese ergänzt. Homöopathischer Zugang, Auswahl und Gewichtung der Symptome, Vorgehen und Überlegungen zur Mittelwahl werden dargestellt. Der Langzeitverlauf zeigt ein ausgezeichnetes Ergebnis unter klassischer homöopathischer Behandlung. Im Rahmen des ICE 8 erfolgte die Falldarstellung mit Hilfe von zwei Videoaufnahmen (2000/2008). Aus Datenschutzgründen werden in diesem Beitrag einige Angaben etwas verschlüsselt und gekürzt.

### 1. Jetziges Leiden

Bei der Erstkonsultation 1997 ist die Patientin 33 Jahre alt und steht seit zwei Jahren unter Dauermedikation mit Leponex, zunächst 300 mg/d, seit längerem 250 mg/d ohne Besserung. Zuweisung für homöopathischen Therapieversuch auf Empfehlung der behandelnden Psychiaterin.

Trotz hoher Neuroleptikadosen leidet die Patientin unter einer unglaublichen Ambivalenz und Entscheidungsunfähigkeit:

Sie weiß nicht, wie sie sich am Morgen kleiden soll und treibt mit ihrem Hin und Her Freund und Psychiaterin „an den Rand des Wahnsinns“. Genauso unentschieden ist sie in Bezug auf einen Wohnungswechsel und hat das Gefühl, die Chancen vertan zu haben. Sie ist auch unzufrieden mit ihrem Arbeitsplatz, möchte die Stelle kündigen, aber traut sich keinen Wechsel zu.

### 2. Krankheitsentwicklung

Einige Jahre vor Beginn der Psychose massiver Vergewaltigungsversuch mit Strangulationsmarken am Hals: Patientin ließ Stuhl und Urin und kam wohl nur deshalb davon. Drei Jahre später Tod des Vaters an Krebs.

Anfang der 90er Jahre nach mehrjähriger Beziehung („er war der Richtige“) plötzliche, unerwartete Trennung auf Wunsch des Partners. Die Patientin reagierte mit depressivem Rückzug, stillem Kummer, 10 kg Gewichtsverlust und religiöser Hinwendung.

Im Auslandsurlaub wurde die Patientin zum ersten Mal psychotisch: Beten zum toten Vater, telepathische Verbindung zu ihm und anderen, Gedankenlesen, göttliche Sendungsgefühle, spürt göttliche Energien in sich, überall geistiger Durchblick, möchte allen helfen. Angst ermordet zu werden (Verfolgungsideen) und sterben zu müssen, weil sie die neuen Chancen nach dem Zugtrauma vertan habe. Von Suizidimpulsen konnte sie ihr Bruder zurückhalten, weil Suizid eine Sünde sei. Rückreise in die Heimat zur Suche eines Sterbeplätzchens.

Erste psychiatrische Hospitalisation für vier Monate unter der Diagnose: Akute depressiv gefärbte schizophreiforme psychotische Störung. In der Klinik vermutlich akustische und optische Halluzinationen, Derealisations- und Depersonalisationszustände.

Sie erlebt ihr eigenes Gesicht und fremde Gesichter verzerrt, hat das Gefühl, eine andere Person zu sein, die eigene Wohnung ist ihr fremd und sie ist sich selber fremd.

Medikation mit Leponex (Neuroleptikum) und Gamonil (Antidepressivum). Ca. neun Monate nach Austritt Abschluss der Psychotherapie und Medikation, danach wieder zwei Jahre recht gesund.

In der Folge neue Beziehung zu einem älteren, dominanten und beherrschenden Mann. Auf längerer Auslandsreise erneute Überflutung von Erinnerungen an die Vergewaltigung, Hilfe im Gebet mit religiöser Frau. Der Zustand der Patientin war „nie mehr gut seit dieser Reise“. Trennung vom Partner und Fixierung auf ihn, Beginn der Kleiderambivalenz, depressiv und erschöpft.

Im folgenden Jahr zweite bis vierte psychiatrische Hospitalisation: Zunächst nur fünf Tage Klinik bei starker Verunsicherung und hoher Ambivalenz: Soll ich rein oder raus? Bald weitere Verschlechterung, Stellenverlust, Trennungsverleugnung, hohe Ambivalenz und erneute Hospitalisation. Diagnose: akute schizophreiforme psychotische Störung. Beziehungs- und Beeinflussungsideen: Jemand verlange etwas Unheimliches von ihr, sie fühle sich wie von Fäden gezogen, höre Stimme des Freundes, Illusionen über Bild an Wand, könne mit Freund dank telepathischer Fähigkeiten kommunizieren. Depersonalisation: Ihr Kopf und ihre Augen sind ihr fremd. Depressiert, da keine eigene Familie, während Freundinnen heirateten. Austritt gegen den Rat der Ärzte.

Weiterhin hochgradige Ambivalenz bis zu selbstgefährlichem Stehenbleiben auf der Straße. Schließlich langer Klinikaufenthalt von fast fünf Monaten. Diagnose: Paranoide Schizophrenie. Langsame Besserung unter Leponex, nach Entlassung weiter 300 mg/d. Zunächst Austritt in psychiatrische Tagesklinik, nach einem halben Jahr neue Stelle, aber dort Probleme mit Vorgesetztem: Entwertungen und/oder ungenügende Leistungen? Schließlich interner Wechsel auf eine unbefriedigende Bürostelle. Anhaltende Ambivalenz und Entscheidungsunfähigkeit in vielen Belangen.

Schließlich fünfte Hospitalisation. Diagnose: Paranoide Schizophrenie mit zunehmendem Residuum im Verlauf. Austritt nach zwei Monaten weiter unter Leponex 300 mg, später 250 mg/d. Nach einigen Monaten Beginn der homöopathischen Therapie. Patientin hielt sich für einen chronischen, unheilbaren Fall.

### 3. Hinweise und Fragen zum weiteren Vorgehen

An dieser Stelle erfolgt eine wichtige Weichenstellung für das weitere Vorgehen. Zunächst ist es wichtig zu klären, ob die Voraussetzungen für die homöopathische Behandlung einer schweren psychischen Erkrankung gegeben sind in Bezug auf Stabilität und Anamnese-fähigkeit der Patientin, hinreichenden Behandlungs- und Betreuungsrahmen, Kenntnisstand des Behandlers usw., was hier bejaht werden kann. Sodann ist die Auswahl und Wertigkeit der Symptome bei Psychosen zu reflektieren: Welchen Wert haben welche psychischen Symptome? Welchen die übrigen Symptome?

Die Anamnese weist auf deutliche Traumata und Auslöser hin. Zudem zeigen sich jeweils prominente akute Psychosesymptome. Andererseits besteht jetzt schon länger eine ausgeprägte Ambivalenz, Entscheidungs- und Handlungsunfähigkeit.

Stehen nun für die Mittelwahl die Auslöser/Traumata oder die auffälligen Psychosesymptome oder die jetzige Entscheidungsunfähigkeit oder eine Kombination davon im Vordergrund? Die genannten Ansätze sind in Repertorisation 1 zusammengefasst (vgl. Anlage 1): Kummersymptome (Symptome 1-5, DD: *Ign, Nat-m, Aur, Carc* u.a.), Vergewaltigungsversuch im Zug (6/7: Schreck und Urin-/Stuhlverlust: *Op?*), aktueller Antagonismus (8/9: *Anac* u.a.), dominante individuelle Psychosesymptome (10-14 u.a.m.: *Stram, Hyos* u.a.).

Die Frage stellt sich: Finden wir den Zugang zur Mittelwahl aus diesen Angaben oder muss im Gegenteil vor Behandlungsbeginn eine vollständige Symptomenaufnahme erfolgen, weil all diese Ansätze für die aktuelle Mittelwahl von zweifelhafter Relevanz und Verlässlichkeit sind und diese wahrscheinlich auf „konstitutioneller Basis“ erfolgen muss? Vor der definitiven Klärung dieser Frage erfolgt hier zunächst die Vervollständigung der chronischen Anamnese.

### 4. Persönliche Anamnese

Aufgewachsen in geordneten Verhältnissen, schöne Kindheit. Die Patientin war Vaters Tochter, fröhlich, kontaktfreudig, offen, initiativ, viele Spiele und Ideen (Zirkus, Singvorstellungen mit Nachbarskindern). Schon mit 7 bis 8 Jahren erfand sie Geschichten und erzählte sie dem Bruder. In der Adoleszenz schrieb sie Gedichte und Geschichten. Pubertätskonflikte mit Vater, konnte heftig ausrufen. Mit 16 Jahren Schwangerschaft – Vater und Gynäkologe beschlossen die Interruptio über den Kopf der Patientin. Trennung vom Freund, weil er sie zu wenig stützte, Trauer allein. Ausbildung in der Werbebranche als Texterin, dort hochgearbeitet: offen, direkt, kommunikativ.

Somatische Anamnese: Rezidivierende Anginen ab Pubertät bis ca. 1990, rezidivierende Harnwegsinfekte bis 1994.

### 5. Weitere homöopathische Anamnese

Psychische Symptome: früher harter Kopf, konnte etwas „durchstieren“, wusste, was sie wollte, gesellig, gern unter Leuten, ergriff Initiative, viel selbstsicherer. Jetzt unsicher, muss 100 Leute fragen, kann sich

nicht entscheiden. Ängste? Einmal in einem Autotunnel, einmal im Cockpit, sonst keine Klaustrophobie. Angst vor Medikamentenreduktion.

Allgemeines: eher frostig, gern am Meer (unklar, ob Meer >).

Nahrungsmittel: sehr gern Süßes, Teigwaren, gern Brot, Fleisch, Salat.

Schlaf: früher langer Morgenschlaf, jetzt Mühe, aufzustehen (Leponex-bedingt?). Hin und wieder Träume, etwas falsch zu machen.

Haut: seit ca. vier Jahren bläschenförmiger Ausschlag an Händen palmar (dyshidrotisches Ekzem vermutet, später Diagnose als Psoriasis palmaris et plantaris). Kleine schuppige Dermatose Okziput (Ekzem? Leichte Psoriasis?), etwas brüchige Nägel. Wenig Sommersprossen um Nase. Zwei kleine Warzen (ohne spezifische Lokalisation).

Kopf: gel. mäßige Kopfschmerzen, eher frontal. Emotionaler Stress, Irresolution, Brüten über Arbeitssituation <, Ruhe/Liegen >. Relativ viel Amalgam.

Extr.: gel. einschlafende Arme/Hände nachts.

Menses: regelmäßig, eher stark, Dysmenorrhoe erste 2 Tage (Unterbauch-Schmerzen/-Krämpfe).

### 6. Vorgehen und Mittelwahl

Zuerst sind nochmals die unter 3. erwähnten Fragen zu stellen und zu klären: Welche Symptome sind bei Psychosen wichtig für die Mittelwahl? Und erfolgt die Mittelwahl aufgrund der Auslöser, der psychotischen Akut- oder der Residualsymptome oder sind die konstitutionellen Symptome die Basis für die Verschreibung? Bereits Hahnemann schrieb im berühmten § 211 des Organons, dass für die Mittelwahl die Symptome des Geistes- und Gemütszustandes oft am meisten den Ausschlag geben. Nirgends erwähnt er indessen, dass die oft prominenten und für die psychischen Krankheiten [Unterstreichungen M. Righetti] pathognomonischen Symptome wahlanzeigend sind. Auch wenn er nicht explizit darauf hinweist, so macht er doch sprachlich einen klaren Unterschied zwischen Gemütszustand und Gemütskrankheit. Im Weiteren sind die Allgemein- und die (individuellen) Lokalsymptome von Bedeutung. Die Wertigkeit der Symptome entspricht also weitgehend jener bei somatischen Krankheiten: Die für die jeweilige Krankheit typischen – hier die psychotischen – Symptome sind für die Mittelwahl von geringerer Bedeutung als die individuellen, auch wenn sie wie hier noch so ausgeprägt sein mögen.

Bei unserer Patientin erschien mir zunächst der mehrmalige Liebeskummer als Auslöser sehr deutlich. Diese Überlegung führte zur ersten Mittelwahl: Wiederholte akute Liebesenttäuschung als Causa, stiller Kummer, Brüten und Rückzug als Reaktion, dazu die Ambivalenz (innere Gegensätzlichkeit) und Religiosität führten zu *Ignatia*: Gabe als C 200. Diese Wahl ist an sich gut nachvollziehbar. Sie war aber falsch und ohne Wirkung.

Zu Beginn der homöopathischen Behandlung litt die Patientin an einer chronifizierten Psychose. Die Hauptsymptome zu Beginn (Ambivalenz, Unentschlossenheit) haben für die Mittelwahl eine zweifelhafte Bedeutung, weil sie komplexe, unsicher beurteilbare und unspezifische psychotische Symptombildungen darstellen. In dieser Situation sind die chronischen individuellen Auffälligkeiten der Patientin

Grundlage für die Mittelwahl. Ob früher in den akuten Psychosephasen ein Akutmittel indiziert gewesen sein mag, lässt sich nicht sicher sagen, doch spricht der Langzeitverlauf stark für einen „Einmittel-Fall“.

Bei der Repertorisation 2 (vgl. Anlage 2) sind im mittleren Drittel die besseren, unten die weniger verlässlichen Symptome (geringere Intensität, tiefere Wertigkeit) aufgelistet (Reihenfolge gemäß Kent-Reperitorium).

In unserem Fall sind insgesamt keine herausragenden, kaum § 153er und nur mäßig ausgeprägte Symptome für die Mittelwahl vorhanden. Wie bei großen Symptomenlisten nicht selten, steht *Sulfur* an erster Stelle. Tatsächlich passen hier die besseren Symptome gut zu *Sulfur* (*desire salad* ist durch *raw* gedeckt). Auch bei den weniger deutlichen Symptomen ist *Sulfur* gut vertreten und es deckt sogar den Liebeskummer gut ab. Es passt zudem gut zur prä-morbiden Persönlichkeit, zur phantasiereichen Geschichtenerzählerin in der Jugend und zur Werbetexterin. Auch das Kleiderthema ist bei *Sulfur* zwar mit einer etwas anderen Färbung, aber doch gut besetzt (*delusion rags are beautiful*) und nicht repertorierte Symptome wie rezidivierende Harnwegsinfekte und Dysmenorrhoe passen ebenfalls zu *Sulfur*. Zudem spricht kaum etwas gegen *Sulfur* und nichts deutlich für ein anderes Mittel.

## 7. Verlauf

Die Einmalgabe von *Sulfur* C 200 (8/97) war ein Volltreffer und führte zu rascher Besserung. Bei der ersten Kontrolle nach vier Wochen hatte sich der psychische Zustand soweit stabilisiert, dass sie nur noch 150 mg/d Leponex einnahm. Kleiderambivalenz, Entscheidung- und Konzentrationsfähigkeit waren deutlich besser, bis sich die Patientin um eine neue Stelle bewarb und sie nach der Zusage eine (nachvollziehbare) Angst vor dem eigenen Mut befiel. Real konnte sie die neue Arbeitsstelle dann indessen gut meistern. Wichtig bei der Verlaufsbeurteilung sind auch die Nebensymptome: Dysmenorrhoe > 50% besser, Kopfschmerzen >, Dermatosen an Händen und Okziput >.

### Langzeitverlauf über 10 Jahre

Allgemeiner Verlauf und Psyche: Die Patientin erhielt nach Bedarf *Sulfur* in aufsteigenden C-Potenzen (Kent'sche Leiter, etwas adaptiert), zeitweise in Q-Potenzen. Die psychische Symptomatik verschwand überraschend schnell, die Patientin gewann an Selbstvertrauen und Stabilität und wirkte bald völlig gesund. Leponex konnte innerhalb von einem ¾ Jahr auf 12,5 mg reduziert werden, diese Minidosis behielt die Patientin noch ein Jahr – wohl länger als nötig – bei, seit über acht Jahren ist die Patientin nun frei von Psychopharmaka. Auch bei erheblichen Belastungssituationen (unerfüllter Kinderwunsch, Sterilitätsbehandlung, Geburten, familiäre Spannungen, Tod des Bruders) blieb die Patientin stabil und hatte nie auch nur Anzeichen eines Rückfalls. Inzwischen hat sie zwei kleine Söhne und arbeitet Teilzeit. Die auswärtige psychiatrische Behandlung hat sie längst abgeschlossen, Konsultationen bei mir finden nach Bedarf alle paar Wochen bis Monate statt.

Die Psoriasis wanderte unter *Sulfur* gemäß Hering'scher Regel von den Händen nach unten in die

Schamhaare und blieb dort mit hartnäckigem Jucken ziemlich therapieresistent stehen. Trotz Bedenken (Angst vor Unterdrückung und Rückfall) gab ich schließlich lokal Daivonex (Vitamin-D-Säure) mit dem erstaunlichen Resultat, dass die Psoriasis weiter nach unten auf die Fußsohlen befördert wurde (Hering'sche Regel!), wo bis heute gewisse Restsymptome vorhanden sind. Bei großen Belastungen und geringer Pflege flackern die Herde an den Füßen gelegentlich etwas auf und wandern bis in die Schamhaare hoch. Ein vorsichtiger Versuch mit *Psor* – im Verlauf einziges Mittel neben *Sulfur* – als Q 3 und C 30 brachte keine Veränderung.

Dysmenorrhoe und Sterilität: Die Dysmenorrhoe wurde deutlich besser. Nach der psychischen Besserung kam bei der Patientin ein Kinderwunsch auf, sie wurde aber trotz intensiver Sterilitätsbehandlung nicht schwanger, sodass sie nach dem 40. Geburtstag aufgab. Etwas später wurde die Patientin in einer ruhigeren Phase nach Gabe von *Sulfur* XM doch noch schwanger und gebar noch spät zwei Söhne. Psychisch blieb die Patientin auch nach den Geburten stabil. Bakterielle Infekte traten im Verlauf seltener und harmloser auf. Es kam zu einer eitrigen Angina, je zwei bis drei Sinusitiden und Harnwegsinfekten. Auch hier erfolgreiche Behandlung mit *Sulfur* außer zwei Infekten, die aus äußeren Gründen (Abwesenheit usw.) antibiotisch behandelt wurden. Die Kopfschmerzen sind weitgehend verschwunden.

## 8. Beurteilung

Zusammenfassend ist die Patientin psychisch und auch somatisch in ausgezeichneter Verfassung. Das hervorragende Resultat der individuellen homöopathischen Behandlung könnte darauf beruhen, dass die Patientin eine recht gesunde und stabile prä-morbide Persönlichkeitsstruktur hatte und dass bei ihr ein einziges Mittel, *Sulfur*, von A bis Z durchzugehen scheint. Angesichts der geheilten Psychose sind die minimalen Restsymptome der Psoriasis plantaris eine Bagatelle. Der Verlauf zeigt, dass die Homöopathie auch bei schweren psychischen Krankheiten eine ausgezeichnete Wirkung haben kann und generell bei psychischen Störungen neben Psychotherapie und Psychopharmaka eine wichtige dritte Therapieoption darstellt.

### Dr. med. Marco Righetti

Medizinstudium in Zürich 1973-1980, Staatsexamen 1980. Beginn der Homöopathieausbildung 1977 bei Künzli. 1988 Weiterbildung zum Facharzt Psychiatrie-Psychotherapie FMH und zum Fähigkeitsausweis Homöopathie SVHA-FMH. Seit 1988 in eigener Praxis tätig als homöopathischer Grundversorger und Psychiater-Psychotherapeut mit Schwerpunkten bei psychiatrisch-psychosomatischen und chronisch-somatischen Krankheiten. 1988-2004 Präsident und Mitglied der Ausbildungskommission SVHA. Seit 1991 Leitung der Homöopathieausbildung SVHA an der Universität Zürich. Seit 1990 Supervisionsgruppen und zahlreiche Seminare und Kurse in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Veröffentlichungen u.a. zur Forschung in der Homöopathie.



- Kontakt: rig@bluewin.ch

**Auslöser + Psychose**

Dr.med. Marco Righetti (7394)

~~...~~- Chron. Schizophrenie AN

Diese Analyse umfaßt 395 Arzneimittel und 14 Symptome. Intensität wurde berücksichtigt

auf: op. carc. ign. lach. sep. phos. stram. sulph. nat-sil. kali-p. nat-m. tyos.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Summe der Symptome (sort.nach Graden)	16	9	9	8	8	8	8	8	8	8	8	7	7
01. MIND - AILMENTS FROM - love; disappointed	3	-	1	4	2	1	1	1	1	2	1	4	3
02. MIND - BROODING	1	1	1	3	1	1	-	1	1	1	1	1	-
03. MIND - COMPANY - aversion to	2	1	1	3	2	3	1	1	2	3	1	4	2
04. MIND - GRIEF - silent	2	-	1	3	-	1	-	-	1	1	-	3	-
05. GENERALS - EMACIATION - grief; after	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
06. MIND - AILMENTS FROM - fright	2	3	1	2	2	2	3	2	1	-	1	2	2
07. RECTUM - INVOLUNTARY stool - fright; after	-	3	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-
08. MIND - ANTAGONISM with herself	1	1	-	-	-	2	-	-	-	-	1	-	-
09. MIND - IRRESOLUTION	1	1	2	3	3	2	2	-	2	1	1	2	1
10. MIND - PRAYING	3	1	1	-	-	2	-	3	1	1	-	-	1
11. MIND - RELIGIOUS AFFECTIONS - too occupied with religion	2	-	2	2	3	3	-	4	3	-	2	1	3
12. MIND - CLAIRVOYANCE	-	1	1	-	1	-	2	1	-	1	1	-	1
13. MIND - DELUSIONS - murdered - will be murdered; he	-	2	1	1	-	-	1	2	-	-	-	-	2
14. MIND - CONFUSION of mind - identity, as to his	1	-	-	-	1	-	1	1	1	1	-	-	-

⊕ weitere Psychose - Symptome

Dr. med. Marco Righetti (7394)

~~\_\_\_\_\_~~ - Chron. Schizophrenie AN

Diese Analyse umfaßt 636 Arzneimittel und 36 Symptome.

Intensität wurde berücksichtigt

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
01. MIND - AILMENTS FROM - love; disappointed	1	1	1	1	1	4	-	2	-	1	4	-	1	3	3	2	2	2	3	-	-	-
02. MIND - BROODING	1	1	1	1	1	1	-	1	-	1	3	-	1	2	1	2	1	1	-	1	1	1
03. MIND - COMPANY - aversion to	1	2	3	2	1	4	2	2	-	1	3	-	3	1	2	2	2	-	3	-	1	1
04. MIND - GRIEF - silent	1	1	1	1	1	3	2	-	-	1	3	-	1	2	2	2	1	-	1	-	-	-
05. GENERALS - EMACIATION - grief; after	1	1	1	1	1	3	2	-	-	1	2	-	1	1	-	2	-	2	-	-	-	-
06. MIND - AILMENTS FROM - fright	1	1	2	3	1	3	2	2	3	1	2	1	2	3	2	-	2	2	-	1	1	3
07. RECTUM - INVOLUNTARY stool - fright; after	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
08. MIND - ANTAGONISM with herself	1	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3
09. MIND - IRRESOLUTION	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	3
10. MIND - PRAYING	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	1	1	1	1	3
11. MIND - RELIGIOUS AFFECTIONS - too occupied with religion	1a	1	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	3
12. MIND - CLAIRVOYANCE	1a	3	3	3	2	1	2	3	1	2	2	1	1	1	2	-	2	1	1	-	-	1
13. MIND - DELUSIONS - murdered - will be murdered; he	1	-	-	1	2	1	-	1	1	1	1	1	1	-	-	-	2	1	1	-	-	1
14. MIND - CONFUSION of mind - identity, as to his	1	-	-	1	2	1	-	1	1	1	1	1	1	-	-	-	2	1	1	-	-	2
15. MIND - IDEAS - abundant	1	-	-	2	2	3	2	3	1	-	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	3
16. GENERALS - FOOD and DRINKS - bread - desire	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1
17. GENERALS - FOOD and DRINKS - farinaceous - desire	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
18. GENERALS - FOOD and DRINKS - meat - desire	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
19. GENERALS - FOOD and DRINKS - raw food - desire (salad)	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
20. GENERALS - FOOD and DRINKS - sweets - desire	1	3	2	3	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1
21. GENERALS - HISTORY; personal - tonsillitis; of recurrent	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22. HEAD - ERUPTIONS - Occiput	1	3	1	2	2	1	1	1	3	-	-	-	1	-	-	-	3	2	-	-	-	-
23. EXTREMITIES - ERUPTIONS - Hands - vesicles	1	2	2	2	1	2	1	2	2	-	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
24. SLEEP - WAKING - late; too	1	3	3	1	3	2	1	1	2	-	1	2	3	2	1	1	1	2	1	1	1	1
25. MIND - ANXIETY - business; about	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
26. MIND - COMPANY - desire for	1	1	2	3	2	4	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
27. MIND - OBSTINATE	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	3	2	1	1	3	2	2	2	2
28. GENERALS - SEASIDE; at the - amel.	1	2	2	2	3	3	2	2	2	1	2	1	2	3	2	1	1	3	2	3	3	1
29. GENERALS - HEAT - lack of vital heat	1	2	2	2	3	3	2	2	3	1	1	2	3	3	2	2	1	3	2	3	3	2
30. HEAD - PAIN - excitement - emotional; after	1	2	2	2	3	3	3	2	1	1	1	1	1	3	2	2	2	3	2	3	3	2
31. FACE - FRECKLES	1	3	2	3	2	3	1	2	1	1	1	1	1	3	2	2	2	3	2	3	2	2
32. EXTREMITIES - NAILS; complaints of - brittle nails - Fingernails	1	2	1	2	1	2	1	1	2	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
33. EXTREMITIES - NUMBNESS - Upper limbs - night	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
34. EXTREMITIES - ERUPTIONS - Hands - Palms - desquamation of	1	3	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
35. SKIN - WARTS	1	3	2	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
36. DREAMS - UNSUCCESSFUL EFFORTS	1	3	2	1	3	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	3	3	1	3	3	1

Summe der Symptome (sort.nach Graden)

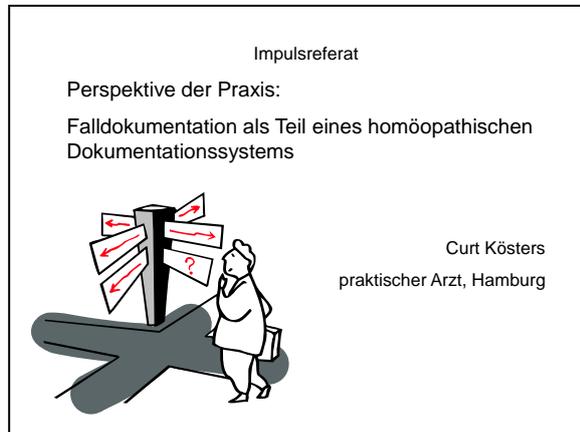
Psychose + Auslöser  
Chron. Symptome  
Chron. Kontrolle  
Tranzungs/Kontroll  
Tranzungs/Kontroll  
(Kleider, Beruf)



Curt Kösters

## Fall-Dokumentation als Teil eines homöopathischen Dokumentationssystems

Ein praktikables Falldokumentationssystem ist von großer Bedeutung für die Zukunft der Homöopathie. Praktisch umsetzen lässt sich das aber nur, wenn es für den Arzt in der Praxis kein zusätzlicher Aufwand ist, sondern ein nützliches Werkzeug in der eigenen Praxis. Die Daten für das zentrale Dokumentationssystem müssen also nebenbei anfallen. Wie sieht ein solches Werkzeug in der Praxis aus?



Eine Falldokumentation wird als Grundlage einer guten Verifikation von Symptomen gebraucht – auch im Zusammenhang mit den Überlegungen zur Materia-medica-Verifikation. Aber auch ganz schlicht für die Öffentlichkeitsarbeit und als Ausgangspunkt für die Forschung braucht es eine gute Falldokumentation.

Dokumentierte Fälle werden ebenfalls benötigt, wenn Anträge beim Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gestellt werden. Der Erhalt unserer Arzneimittelvielfalt hängt davon ab, dass wir Fälle vorweisen können, auch zu selteneren Mitteln.

Das muss alles mit bedacht werden, wenn man so ein System konzipiert – wer will mit welchen Daten nachher etwas anfangen können.

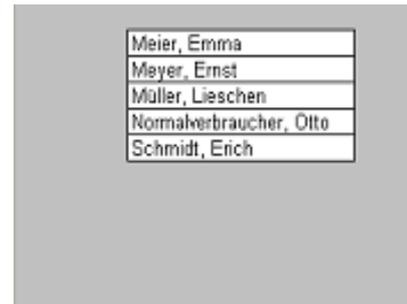
Eine Falldokumentation wird aber nur funktionieren, wenn wir das in der Praxis auch machen. Was mit Sicherheit nicht gehen wird, ist, zu sagen, dass die Fälle für den höheren Zweck dokumentiert werden sollen.

Es wird nur funktionieren, wenn wir unmittelbar und für unsere eigene Praxis etwas davon haben. Wir müssen merken, dass die elektronische Dokumentation uns für unsere Arbeit Vorteile bietet gegenüber einer Papierdokumentation.

Ich möchte Ihnen jetzt die Screenshots eines Falldokumentationsprogrammes vorstellen. Und: Ich möchte Ihnen dieses Dokumentationsprogramm verkaufen.

Das einzige Problem bei diesem Programm: Dieses Programm gibt es noch gar nicht. Das ist nur eine Wunschvorstellung von mir.

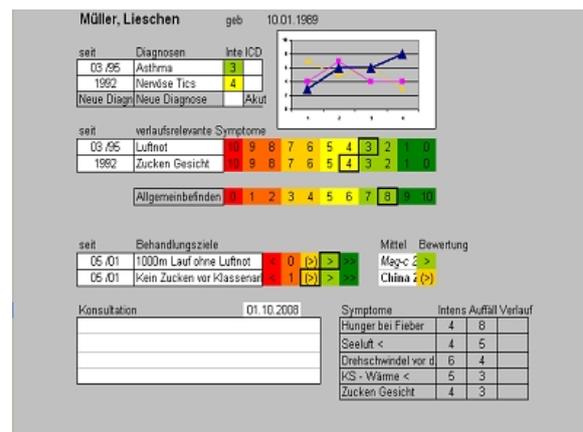
Ich beginne also mit dem Startbildschirm, wie er dann auf dem Rechner der homöopathischen Ärzte in der Praxis erscheint. Das sind die aktiven Patienten.



Wenn ich einen Patienten aus dieser Übersicht anklicke, erscheint die Behandlungsübersicht.

Die Behandlungsübersicht enthält die Diagnosen (mit Intensität), eine Symptomübersicht und die verabreichten Mittel.

Besonders hervorgehoben sind Symptome, die ich für verlaufsrelevant halte: das Allgemeinbefinden und die Behandlungsziele. Relevant für die Beurteilung des Verlaufs sind ja oft die Symptome, die für die Mittelwahl gar nicht so entscheidend sind, weil sie eher unspezifisch und allgemein sind.



In der Behandlungsübersicht halte ich fest, wo wir in der gesamten Therapie stehen. Eine entsprechende grafische Darstellung der verlaufsrelevanten Symptome und des Allgemeinbefindens erleichtert mir den Überblick über den langfristigen Verlauf.

Die Behandlungsziele und deren grafische Markierung gehen auf den Evaluationsbogen zurück, der im Wesentlichen auf Überlegungen von Franz Bensch beruht.

Hier kann ich natürlich auch neue Diagnosen eingeben und die Daten zur aktuellen Konsultation.

**Müller, Lieschen** geb. 10.01.1989

seit	Diagnosen	Inte ICD
03.196	Asthma	5
1992	Nervöse Tics	4
01.10.2008	Sinusitis	5

seit verlaufsrelevante Symptome

seit	Symptome	Inte	Auffäll	Standardsymptom	Verlauf					
03.196	Luftnot	9	8	7	6	5	4	3	2	1
1992	Zucken Gesicht	9	8	7	6	5	4	3	2	1

Allgemeinbefinden: 1 2 3 4 5 6 7 8

seit	Behandlungsziele	Mittel	Bewertung
05.101	1000m Lauf ohne Luftnot	0	(?) >
05.101	Kein Zucken vor Klassenar	1	(?) >

Konsultation: 01.10.2009

Symptome	Intens	Auffäll	Verlauf
Kopfschmerz Rücken<	6	0	Verlauf
KS Erschütterung<	7	0	Verlauf
Durstlos, trockener Mund	3	4	Verlauf
Verf. salzig	5	5	Verlauf
Hunger bei Fieber	4	8	
Seeluft <	4	5	

Aus den Daten zur aktuellen Konsultation entsteht auch automatisch die Liste der aktuellen Symptome. Diese kann ich dann noch sortieren durch die Festlegung von Intensität und Auffälligkeit. Ferner kann ich hier auch festlegen, welche Symptome verlaufsrelevant sind (hier für eine akute Diagnose).

Für die Verschreibung gehe ich dann auf den nächsten Bildschirm.

**Müller, Lieschen** geb. 10.01.1989 AKUT Sinusitis

Symptome	Intens	Auffäll	Standardsymptom
KS Druck>	5	6	
Verf. salzig	5	5	
Durstlos, trockener Mund	3	4	
Lippen platzen auf	7	3	
Lichtempfindlich	3	3	
KS Liegen<	4	3	
KS Erschütterung<	7	1	
Kopfschmerz Rücken<	6	0	

Verschreibung Potenz Firma

Freigabe Abrechnung

Dort muss ich die Symptome dann in eine standardisierte Sprache übersetzen. Das entspricht dann den Rubriken des Repertorioms.

Möglicherweise sind hier aber Standardsymptome ein sinnvoller Zwischenschritt – das geht auf eine Idee von Gerhard Bleul zurück.

Die Standardsymptome oder Rubriken sind direkt mit einem Repertorium verknüpft. Es erscheinen hier also nach der Eingabe automatisch die in Frage kommenden Mittel.

Die Grade der jeweiligen Symptome bei dem Mittel sind ebenso farblich markiert, wie die Symptome des Patienten. Ich suche ja ein Mittel, das ein möglichst ähnliches Intensitätsmuster der gleichen Symptome hat, wie mein Patient.

**Müller, Lieschen** geb. 10.01.1989 AKUT Sinusitis

Symptome	Intens	Auffäll	Standardsymptom	Phos	Salzh	Nat-m	Mitteldetails
KS Druck>	5	6	KS Druck>	=	KS Druck>	KS Druck>	KS Druck>
Verf. salzig	5	5	Salz, Verlangt	=	Salz, Verlangt	Salz, Verlangt	Salz, Verlangt
Durstlos, trockener Mund	3	4	Durstlos, trockener Mund	=	Durstlos, trockener Mund	Durstlos, trockener Mund	Durstlos, trockener Mund
Lippen platzen auf	7	3	Lippen aufgesprungen	=	Lippen aufgesprungen	Lippen aufgesprungen	Lippen aufgesprungen
Lichtempfindlich	3	3	Photophobie	=	Photophobie	Photophobie	Photophobie
KS Liegen<	4	3	KS Liegen<	?	KS Liegen<	KS Liegen<	KS Liegen<
KS Erschütterung<	7	1	KS Erschütterung<	=	KS Erschütterung<	KS Erschütterung<	KS Erschütterung<
Kopfschmerz Rücken<	6	0					

Verschreibung Potenz Firma

Freigabe Abrechnung

An dieser Stelle kann ich durch einen Klick auf die Mitteldetails natürlich auch noch tiefer einsteigen.

Aufgrund des vergleichbaren Symptomenprofils entscheide ich mich hier für *Natrium muriaticum* und kann die Verschreibung in diesem Bildschirm auch gleich dokumentieren. Hier kann ich auch die Abrechnungsdaten festhalten und ich kann hier ebenfalls festlegen, ob ich den Fall für das zentrale Dokumentationssystem zur Verfügung stelle.

Und der nächste Bildschirm betrifft dann schon nicht mehr den Arzt in seiner Praxis – der gehört zu dem zentralen Dokumentationssystem.

Evaluation Nat-m 0

Fall	Intens	Auffäll	Nat-m	Score
KS Druck>	5	6	KS Druck>	80
Verf. salzig	5	5	Salz, Verlangt	120
Durstlos, trockener Mund	3	4	Durstlos, trockener Mund	75
Lippen platzen auf	7	3	Lippen aufgesprungen	65
Lichtempfindlich	3	3	Photophobie	95
KS Liegen<	4	3	KS Liegen<	?
KS Erschütterung<	7	1	KS Erschütterung<	55

Hier werden die Symptome und die Rubriken aufgelistet zu dem Mittel. Da das System alle Verschreibungen erfasst – die erfolgreichen und die weniger erfolgreichen – kann daraus automatisch ein Score gebildet werden.

Wenn ein Symptom eines bestimmten Mittels an einer erfolgreichen Verschreibung beteiligt war, bekommt es einen Punkt, bei einem Misserfolg bekommt es einen Punkt abgezogen.

Das funktioniert genauso wie bei Genen eines Genoms. Die erfolgreichen Symptome melden sich heraus.

Ob dann ein neues Symptom, das bisher für das Mittel noch nicht bekannt war, dem Mittel auch noch zugeordnet werden soll – darüber muss dann noch ein Experte entscheiden, der die Möglichkeit hat, sich den ganzen Fall auch noch mal aufzurufen.

Admin	Nat-m	>>	w	1989
Sinusitis				
Konsultation				01.10.2008
Kopfschmerz Bücken<				
KS Erschütterung<				
Durstlos, trockener Mund				
Verl. salzig				
KS Liegen<	4	3	KS Liegen<	?

PS: Direkt im Anschluss an den Vortrag wurde ich von ca. fünf Kollegen angesprochen, die fragten, wo sie dieses vorgestellte Programm nun käuflich erwerben könnten.

Falldokumentation als Teil eines homöopathischen Dokumentationssystems



### Curt Kösters

Arzt – Homöopathie. 1958 in Ellwangen geboren. 1977 bis 1985 Medizinstudium an der Freien Universität Berlin. 1985/86 Durchführung von toxikologischen Studien für eine Umweltschutzorganisation. 1987 bis 1989 klinische Ausbildung. Beschäftigung mit Homöopathie seit 1982. Homöopathische Ausbildung in Berlin und Hamburg. Praxisassistenten und Studienaufenthalt in Indien.



Seit 1991 private Praxis in Hamburg. Seit 2004 im Vorstand, seit 2008 Vorsitzender des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte (DZVhÄ). Beschäftigung mit dem Thema Falldokumentation seit 1993.

- Kontakt: [curt.koesters@hamburg.de](mailto:curt.koesters@hamburg.de)
- DZVhÄ: [www.welt-der-homoeopathie.de](http://www.welt-der-homoeopathie.de)



Thorsten Stegemann

## Strukturierte Fallaufnahme und vergleichende Begleitdokumentation mit Hilfe eines erweiterten Word-Dokumentes in der Klinik

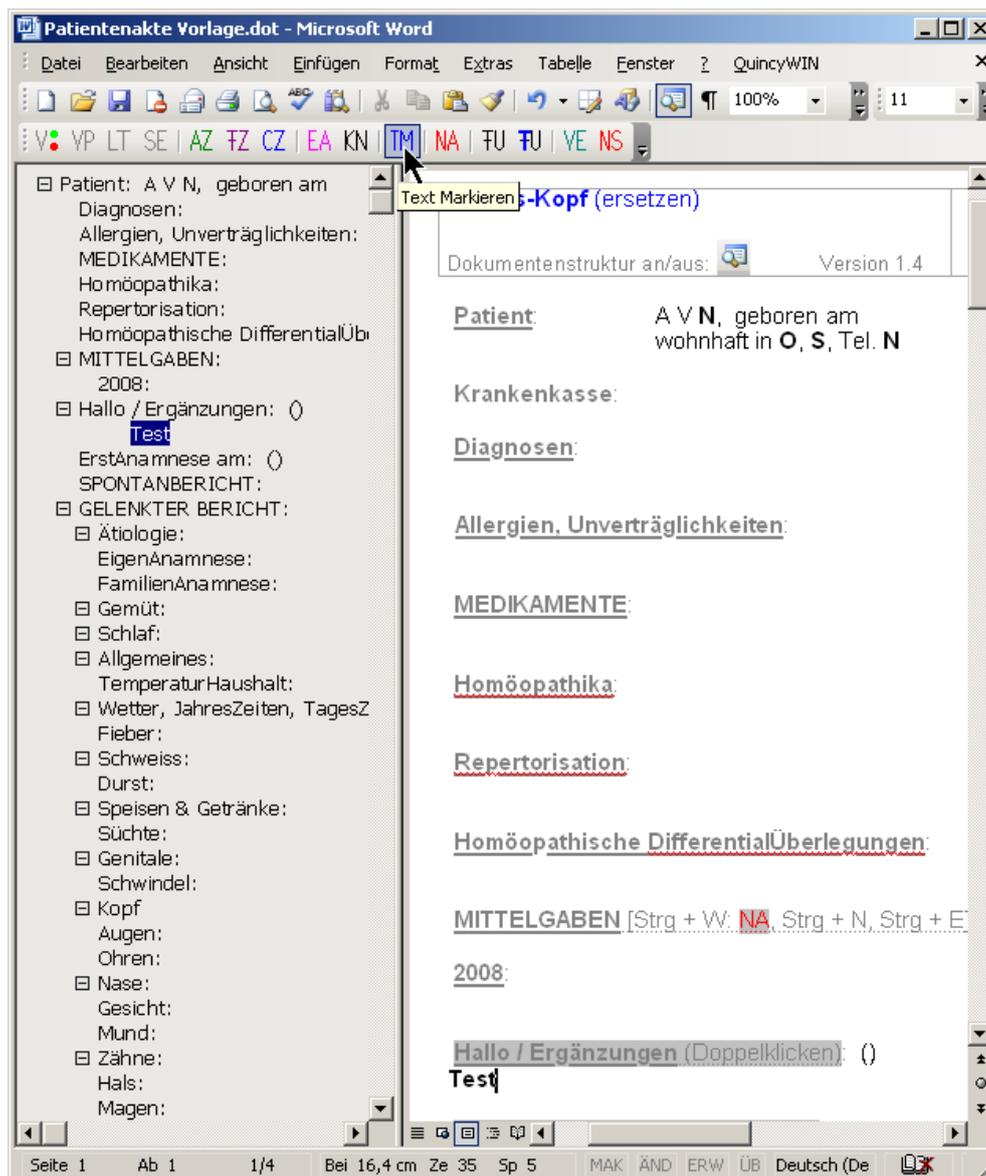
In der Hahnemann-Klinik erfolgt die Falldokumentation mit einem Word-Dokument. Dieses beinhaltet ein aktuelles Photo des Patienten, um sich später schneller erinnern zu können. Die behandelnden Kollegen schreiben die Aussagen des Patienten in der Regel wortwörtlich mit, kommentieren diese gesondert und fügen Bildschirmfotos<sup>1</sup> von Repertorisationen usw. ein.

Microsoft Word bietet die Möglichkeit, die Ansicht eines Dokumentes zu teilen, so dass man z.B. beim Eintrag eines FollowUps im unteren Bereich seine aktuellen Aufzeichnungen im Blick behalten und im oberen Bereich zu einer früheren Aufzeichnung usw. scrollen kann:



Darüber hinaus können mit Word Texte in bis zu neun Gliederungs-Ebenen (Überschriften) und den eigentlichen Text gegliedert werden. Neuere Word-Versionen ab Version 97 können die Überschriften in einer Übersicht am linken Bildschirmrand anzeigen (Ansicht – Dokumentstruktur )<sup>2</sup>.

Aus diesem Grunde wurde unsere Vorlage zunächst als Gliederung strukturiert, so dass die einzelnen Bereiche und hervorgehobene Textpassagen in dieser Übersicht angezeigt werden. So sieht der Behandler auf einen Blick das Wesentliche und kann mit einem Klick auf einen Eintrag in der Übersicht zu dem entsprechenden Text springen:



Um den Behandler in der Anamnese-Führung zu unterstützen, wurden zu jedem Item (Überschrift) alle zu erfragenden Ausprägungen angefügt und nicht druckbar formatiert (erkennbar an der gepunkteten Unterstreichung). So kann man sich diese Gedächtnisstützen bei Bedarf anzeigen lassen, sie stören aber nicht bei einem Ausdruck:

**Schlaf** (Einschlafstörungen (wodurch), Durchschlafstörungen (wann, wie lange), Lage, zudecken/aufdecken, Gähnen, Schnarchen, Zähneknirschen, Speichelfluss, Nachtschweiss, Sprechen, Wandeln, Erwachen, Träume, Aufschrecken).  
schlafe in Seitenlage

Zur Verlaufsbeurteilung gibt es eine ausdrückbare Tabelle, in der der Patient seine Beschwerden mit einer Skala von 0-10 beurteilen kann. Auch hier werden die Werte beim Eintragen des Behandlers nicht druckbar formatiert, so daß dem Patienten bei weiterem Bedarf eine "leere" Tabelle ausgedruckt werden kann.

Dann wurden diverse Makros erstellt. Dabei handelt es sich um kleine Programme, die in einer Word-eigenen Programmiersprache geschrieben wurden und die über eine eigene Symbolleiste (oder entsprechende Tastatur-Kürzel) aufgerufen werden können:

VP LT SE PE AZ FZ CZ EA KN TM NA FU FU VE NS

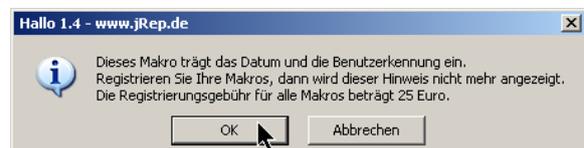
Damit ist es zum Beispiel möglich, schnell zu bestimmten Bereichen zu springen, wie z.B. zur Labor-Tabelle, oder einen markierten Text in bestimmte Bereiche zu kopieren. Damit können z.B. Mittelwirkungen unter die Arznei in der Arznei-übersicht kopiert werden. Bei komplexen Fällen lassen sich so die erhobenen Symptome in bis zu drei verschiedenen Symptom-Ebenen sortieren.

Beim Eintragen eines neuen FollowUps werden automatisch das aktuelle Datum und das Kürzel des Behandlers (in der Klinik wird ein Patient meist von mehreren Kollegen betreut) eingetragen. Ist seit der letzten Konsultation mehr als ein Tag vergangen, werden die vergangenen Tage ebenfalls eingetragen. Das Gleiche passiert beim Eintrag eines Medikaments:

19.04.2010 Mo (TS) Tel.  
20 Tage vergangen  
Mittel hatte durchschlagenden Erfolg

Die so erweiterte Falldokumentation wird von den Kollegen sehr geschätzt und kann bei Bedarf schnell an neue Bedürfnisse angepasst werden. Allerdings handelt es sich dabei immer noch um eine erweiterte Textverarbeitung und keine Datenbankanwendung.

Interessenten können eine Vorlage von der Webseite<sup>3</sup> des Autors laden. Sie ist voll funktionsfähig, zeigt aber bei jedem Makro-Aufruf ein entsprechendes Hinweisfenster an:



## Anmerkungen

- <sup>1</sup> Zum Beispiel mit dem Freeware-Programm <http://Lightscreen.sourceforge.net> für Windows
- <sup>2</sup> Leider ist es nicht möglich, das Dokument zu teilen und gleichzeitig die Dokumentstruktur anzeigen zu lassen.
- <sup>3</sup> <http://jRep.de/html/akte.htm>

## Thorsten Stegemann

Arzt – Homöopathie. Verheiratet, drei Kinder. 3-jährige Weiterbildung in Nordbayern. Absolvent des Dreimonatskurses 2005. Seit 2007 Mitarbeit in der Hahnemann-Klinik. Entwicklung des Homöopathie-Programms [www.jRep.de](http://www.jRep.de) mit Stefan Raess. Entwicklung von GlobeRep, einem neuen transparenten Online-Repertorium.



- Kontakt: [Th.Stegemann@jRep.de](mailto:Th.Stegemann@jRep.de)
- Hahnemann-Klinik: [www.hahnemann-klinik.de](http://www.hahnemann-klinik.de)

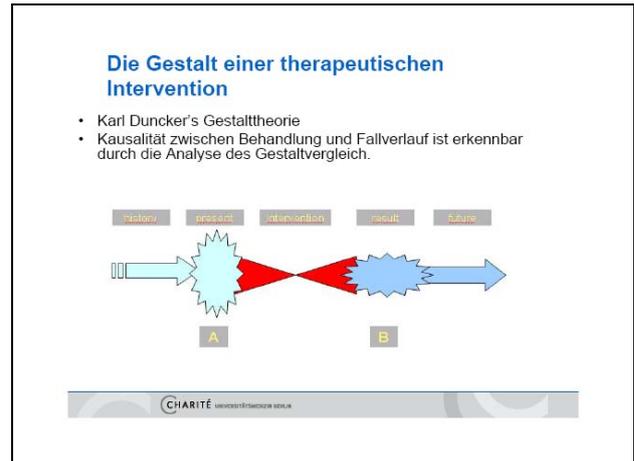
## Ist Homöopathie wirksam? Kausalität am Einzelfall belegen

Der Vortrag von Michael Teut liegt als Power-Point-Version vor. Die einzelnen Folien der Präsentation sehen Sie nachstehend. Weitere Informationen erhalten Sie beim Autor und in der folgenden Literatur:

- Teut M: Scientific case studies in homeopathy. In: New directions in homeopathy research - advice from an interdisciplinary conference. Hrsg. von Claudia Witt und Henning Albrecht. KVC-Verlag, Essen 2009.
- Teut M: Die Beurteilung therapeutischer Kausalitäten durch Cognition Based Medicine. ZKH 54 (01); 2010.
- Kiene H: Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung: cognition based Medicine. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 2001 ([http://www.ifaemm.de/Abstract/PDFs/CBM\\_Buch.pdf](http://www.ifaemm.de/Abstract/PDFs/CBM_Buch.pdf)).

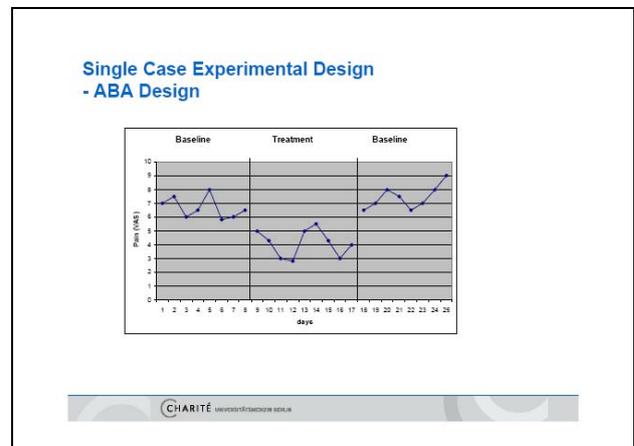


Folie 1

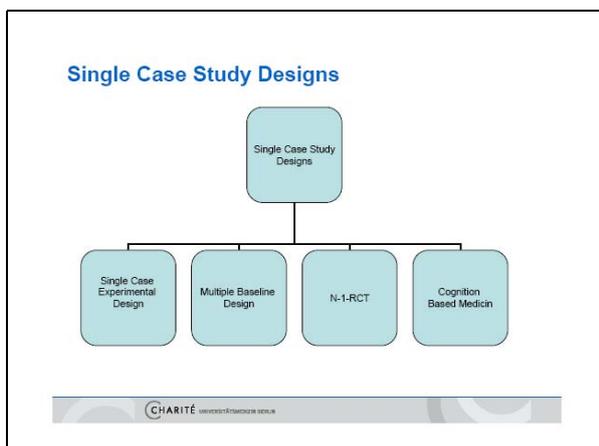


Folie 4

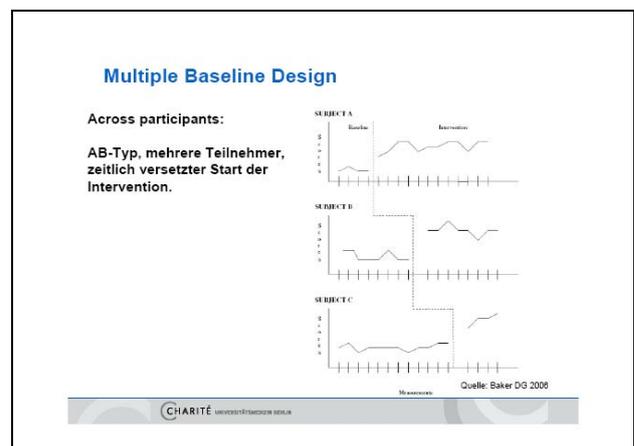
Folie 2



Folie 5



Folie 3



Folie 6

### N-of-1-RCT

Multiple randomisiert zugeteilten Paaren von Behandlungsphasen (z.B.: Verum/Placebo oder Therapie1/Therapie2) = Cross-Over-Design.

Doppelte Verblindung

Statistische Testung

z.B. Praxistest von EBM-Leitlinien

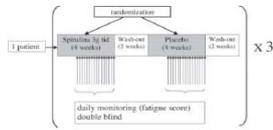


Figure 1. Study design.

CHARITÉ UNIVERSITÄT MEDIZIN BERLIN

Folie 7

### Wirksamkeitsbeurteilung im homöopathischen Einzelfall – Was ist zu beachten?

- Geeignet: AB-Designs, MBD across participants, CBM
- Repräsentative Patientenauswahl (= klar definierte Ein-/Ausschlusskriterien)
- Prospektive Dokumentation
- kontinuierliches Assessment der Zielparameter
- Einheitliche Datenstruktur
- Wirksamkeitsbeurteilung anhand definierter Kriterien
- Dokumentation und Einschätzung von Bias-Faktoren
- Kontrollsystem (unabhängige Begutachtung)
- Generalisierbarkeit durch Fallserien (Metaanalysen)

CHARITÉ UNIVERSITÄT MEDIZIN BERLIN

Folie 10

### Cognition Based Medicine

Ursache und Wirkung stehen in einem Gestaltbezug.

Dieser ist auf Zeit und Raum bezogen nicht beliebig sondern potentiell einsichtlich.

Zeit und Ort der Ursache gehen unmittelbar und anschaulich in Zeit und Ort der Wirkung ein.

Eigenschaften des Inhalts (z.B. Form, Charakter, Material etc.) gehen aus der Ursache in die Wirkung über.

Formentsprechungen zwischen Ursache und Wirkung.

CHARITÉ UNIVERSITÄT MEDIZIN BERLIN

Folie 8

### Bewertung

- Hoher Arbeitsaufwand
- Häufig fragliche Aussagekraft
- In einzelnen Fällen aber klares Ergebnis
- Kaum Erfahrungen in Homöopathie
- ANFANGEN!

CHARITÉ UNIVERSITÄT MEDIZIN BERLIN

Folie 11

### Abbildende Korrespondenzen

Abbildender Kausalitätsbezug im seriellen Experiment

Bsp: Foto – Original

- Vorher-Nacher-Zeitverhältnis
- Zeitmuster-Korrespondenz
- Raummuster-Korrespondenz
- Morphologische Korrespondenz
- Dosis-Wirkungs-Korrespondenz
- Prozessuale Korrespondenz
- Homöopathische Korrespondenz
- Dialogische Korrespondenz

### Kausalgestalten

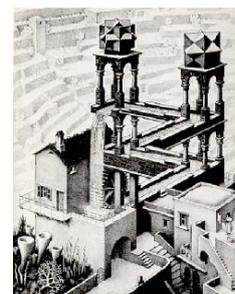
Prozessgestalt, deren Abschnitte durch Geschlossenheit miteinander verbunden sind.

Bsp: Regentropfen – Wasser – Nase Straße

- Funktionelle Kausalgestalt
- Funktioneller Therapieprozess

CHARITÉ UNIVERSITÄT MEDIZIN BERLIN

Folie 9



CHARITÉ UNIVERSITÄT MEDIZIN BERLIN

Folie 12

### Dr. med. Michael Teut

Facharzt für Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnung Homöopathie, Homöopathie Diplom DZVhÄ, Qualifikation Ernährungsmedizin (Curriculum BÄK). 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. Assistenzarzt in der Inneren Medizin, Klinikum Oldenburg und Kliniken Essen-Mitte (2001-2004). Integration der Homöopathie in die Klinik für Innere Medizin und Altersheilkunde, Kliniken Essen-Mitte (2002-2004). Praxistätigkeit und Leitung des Bereichs Allgemeinmedizin im MVZ POLIKUM Friedenau in Berlin von 2005-2007.

Klinische Spezialgebiete: Komplementärmedizin, Prävention, Geriatrie. Seit Oktober 2007 klinische und wissenschaftliche Tätigkeit am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Oberarzt, Leitung der Charité Ambulanz für Prävention und Integrative Medizin (CHAMP). Lehr- und Vortragstätigkeit im Bereich Homöopathie und Naturheilverfahren.



- Kontakt: Michael.Teut@charite.de
- CHAMP: www.champ-info.de

Carl Rudolf Klinkenberg

## Die Kasuistik als Weg zur Verifikation\*

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
ich spreche über "Die Kasuistik als Weg zur Verifikation". In der Homöopathie spricht man von Verifikation, wenn ein Symptom, das in der Arzneiprüfung auftrat, bei einem Kranken geheilt wird. Wenn also das Prüfungssymptom den Praxistest besteht.

### 1. Was heißt Verifikation?

Für eine Verifikation muss das Mittel den Patienten nicht endgültig geheilt haben. Es müssen auch nicht alle Symptome verschwinden. Verifikation heißt, dass das Mittel ein oder mehrere Prüfungssymptome eindeutig weggenommen hat.

- Hierzu eine **Kasuistik von E. E. Case**:<sup>1</sup>

Eine dunkelhaarige Witwe, 64 Jahre alt, hatte seit einigen Jahren Husten. ... Der Auswurf ist grün mit salzigem Geschmack. Nach dem Husten fühlt sich die Brust schwach und leer an. ... Sie erwacht morgens mit reichlichem Schweiß, schwach und erschöpft.  
29.3.1913. Eine Dosis *Stannum M* von Boericke & Tafel.  
18.5.: Der Husten ist verschwunden und sie kommt schnell wieder zu Kräften.



Im Kent ist *Stannum* bei den Symptomen hochgradig vertreten: Grünlicher Auswurf 3-wertig, salziger Auswurf 2-wertig, Leeregefühl der Brust 3-wertig, Schwäche in der Brust und Schwäche in der Brust nach Husten sind jeweils 3-wertig im Kent.<sup>2</sup>

Diese spezifischen Husten- und Brustsymptome von *Stannum* wurden erneut verifiziert.

Aber: Die Patientin ist noch nicht geheilt. Sie hat neue Symptome:

Schwaches, nagendes Gefühl im Magen um 11 Uhr. Verstopfung mit vergeblichem Stuhlrand.  
Eine Dosis *Sulfur M* heilte die restlichen Symptome.

*Stannum* hat nicht alle Symptome weggenommen. Für eine Verifikation muss es das auch nicht.

Ich unterscheide zwei Dinge:

- (1) Einzelne Symptome einer chronischen Krankheit werden im Behandlungsverlauf eindeutig verifiziert.
- (2) Oder eine chronische Krankheit wird über Jahre mit einem oder meist mehreren Mitteln geheilt.

Das relativiert Fragen wie: "Was ist Heilung? Bedeutet Heilung, dass *alle* Symptome des Kranken geheilt sind? Dass der Patient auf Jahre nie wieder chronisch krank werden darf?"

### 2. Die Kasuistik als Werkzeug der Verifikation

Verifikationen werden als Kasuistiken vorgestellt oder sie werden aus einer Kasuistik entnommen. Ich nenne Ihnen heute die Angaben, die eine Kasuistik meiner Meinung nach enthalten muss, damit man sie als Verifikation verwenden kann.

Welche Angaben der Fallbericht enthält, variiert je nach Epoche und Autor.

Manche Fälle sind sehr lang, wie z.B. der mehrseitige Fall von Carlos Cámpora „Ein Fall von Schizophrenie und seine Heilung mit *Cenchrus contortrix*“<sup>3</sup> mit sehr ausführlicher Darstellung der Geistes- und Gemüts-symptome – oft in eigenen Worten des Patienten –, der Allgemeinsymptome, mit Angaben zur Vorgeschichte, eine detaillierte Fallanalyse, Repertorisation und Differentialdiagnose der Arzneien, ein ausführlicher Verlauf.

Oder der Fall wird wie in vielen Lehrbüchern aufgebaut mit Spontanbericht, gelenktem Bericht und aktiver Befragung.

Viele Fälle vor 1930 sind ähnlich wie der gerade gezeigte prägnante Fall von Case. Schauen Sie noch einmal, wie wenige Angaben Case macht:

Case nennt das Alter des Patienten, das Geschlecht (Witwe), er macht eine Bemerkung zur Konstitution (dunkelhaarig), er nennt das Datum der Behandlung, die Hauptbeschwerde, seit wann sie besteht, alle charakteristischen Symptome und uncharakteristische, aber intensive Symptome (schwach und erschöpft), die heilende Arznei, den Namen des Herstellers und einen kurzen Verlauf. Selbst diese kurze Kasuistik enthält also eine Menge an Informationen!

Fehlt etwas? Die Arzneiwahl wurde in diesen frühen Kasuistiken meist nicht begründet, ein *Materia-medica*-Vergleich nur selten gemacht.

- Hier ein **Fall von C. M. Boger**:

Hartnäckige Rückenschmerzen,  
< beim Hinlegen, > beim Gehen,  
mehrere Mittel brachten keine Besserung.  
Vorgeschichte von rezidivierender Angina. *Tabacum CM* heilte.<sup>4</sup>



\* Erstpublikation: ZKH 2009; 53(1): 22-27

In dem genannten Fall ist noch annähernd eine Kasuistik erkennbar, aber von Boger gibt es auch das:

*Ferrum iod.* D 2. Weiche Struma bei anämischen Mädchen in der Pubertät. Zwei sofortige Heilungen.<sup>5</sup>

Boger schreibt nur noch *ein* geheiltes Symptom auf. Wir sind jetzt von einem sieben Seiten langen Fallbericht bei einer einzigen Zeile angelangt!

Wenn Boger seine geheilten Fälle so kürzt, heißt das, für die Dokumentation einer Verifikation dürfen wir unsere Fälle auf eine Zeile kürzen?

#### • ZKH 1987 bis 1994

Die früheren Herausgeber der ZKH haben das wahrscheinlich so gesehen. Von 1987 bis 1994 wurden in der ZKH Verifikationen veröffentlicht, die sich an diese Vorbilder der Literatur anlehnen.

Im Kapitel „Verifikationen und klinische Symptome“ stehen keine langen Kasuistiken, sondern die Verifikation extrahiert aus einer Kasuistik. Außerdem wird die Materia-medica-Quelle genannt.

- Ein **Beispiel von Georg von Keller**, die Bestätigung eines Prüfungssymptoms:

*Indigo*  
Nasenbluten beim Niesen (H.F., männl., 39 J.)  
Verabreichte Potenz: Q 6 (Zinsser)  
"Gegen 7 Uhr bekam ich heftiges Niesen, welches bis 7 ¼ Uhr anhielt, und darauf stellte sich ein heftiges Nasenbluten ein, welches bis gegen 8 Uhr anhielt." (o. V. Arzneimittelprüfungen. Homöopathische Vierteljahrschrift 10. 1859: 83. G. v. Keller, Tübingen.<sup>6</sup>)



Der ganze Fall ist auf eine Zeile reduziert.

- Noch ein **Beispiel, von K. S. Srinivasan**, die Bestätigung eines klinischen Symptoms:

*Berberis vulgaris*  
Neigung, von Mücken gestochen zu werden; besonders ... die Arme; starkes Jucken. Die Patientin sagt: "Ich ziehe die Mücken förmlich an." (R., weibl., 24 J.)  
Verabreichte Potenz: 200 (*Schwabe*)  
"... 6 Wochen nach ... der Prüfung berichtete die Probandin als auffallend: Trotz Reiterurlaub mit vielen Bremsen und Schnaken bei extremer Hitze ... kein einziger Mückenstich. Sonst voller Stiche von jedem Frühsommer an." (G. Bayr. Eine Prüfung von *Berberis vulgaris* D 3 und D 30. AHZ 228; 1983: 185. Srinivasan, Chennai.<sup>7</sup>)



In diesen Verifikationen stehen nur folgende Angaben: Ein charakteristisches Symptom, das Geschlecht, Alter, die Arznei, der Hersteller, die Materia-medica-Quelle und der Autor.

Die Kollegen, die Verifikationen einreichten, waren fast ausschließlich renommierte Homöopathen wie Will Klunker, Georg von Keller, K. S. Srinivasan, Klaus-Henning Gypser, Martin Furlenmeier usw.

#### • Kowalski

Inwieweit hängt eigentlich die Akzeptanz einer Verifikation vom Renommee des Homöopathen ab? Peter Kowalski aus Tönisberg teilt seinen Fall so mit:



#### *Lobelia inflata*

Bei der Periode, ein heftiger Schmerz im Kreuzbein, und nur dort, oder Gefühl einer großen Schwere in den Geschlechtsteilen.  
AHZ 2008; 254(4). P. Kowalski, Tönisberg (Deutschland).

Was sagen Sie dazu? Sie kennen Herrn Kowalski nicht? Glauben Sie ihm diese Mitteilung trotzdem? Hier werden nur die Arznei, das geheilte Symptom, indirekt das Geschlecht und der Autor genannt. Kowalski schreibt nichts über die Patientin selbst, ihr Alter, das Datum der Behandlung oder die Nachbeobachtungszeit – nichts.

Ich meine: So geht das nicht. Der Kollege soll den Fall doch mal genauer aufschreiben!

- Die nächste **Mitteilung** kommt von **Constantin Hering**:

#### *Lobelia inflata*

Beim Monatlichen, ein heftiger Schmerz im Kreuzbein selber, und sonst nirgends, oder Gefühl einer großen Schwere in den Geschlechtsteilen. AHZ 1869; 78(7). C. Hering, Philadelphia (USA).<sup>8</sup>



Was denken Sie über diese Mitteilung, ist sie glaubwürdig? Ich denke ja. Ich halte Constantin Hering für sehr kompetent. Dasselbe gilt für Mitteilungen z.B. von Adolf Lippe oder Pierre Schmidt. Ich nehme an, auch Sie glauben deren Mitteilungen. Weil Sie diesen Kollegen vertrauen, weil Sie andere Fälle und Bücher von ihnen kennen, die ihre Glaubwürdigkeit zeigen.

Hering liefert immerhin ein klinisches Symptom eines eher seltenen Mittels. Ich würde diesen Fall von Hering, oder besser dieses Fällchen in die Materia medica übernehmen.

Und warum reichte mir das nicht, was Herr Kowalski schreibt? Ich weiß nicht, ob seine Angaben zuverlässig beobachtet sind. Hering glaube ich das, aber von Herrn Kowalski möchte ich mehr Informationen.

Übrigens: Den Kowalski habe ich erfunden, den gibt es gar nicht. Sie sehen nur an diesem Beispiel, dass Verifikation nicht gleich Verifikation ist, sondern auch von der mitteilenden Person abhängt.

Ich fasse zusammen:

(1) Es gibt einerseits Fälle von mehreren Seiten, andererseits kann eine Verifikation effektiv in drei Sätzen – denken Sie an Case – oder in einem Satz – Beispiel ZKH – vermittelt werden.

(2) Der Autor der Verifikation ist möglicherweise völlig unbekannt.

### 3. Angaben für Verifikationen

Um eine schriftlich eingereichte Verifikation dennoch beurteilen zu können, müssen Fälle meiner Meinung nach folgende Angaben enthalten:<sup>9</sup>

- **Arznei**
- **Verifiziertes Symptom / geheiltes klinisches Symptom**
- **Patient**  
Alter, Geschlecht, Beruf; keine genauen Lebensverhältnisse
- **Datum**  
der Behandlung
- **Hauptbeschwerde**  
ggf. Diagnose; Dauer und Schweregrad der Krankheit. Keine detaillierte Anamnese, kein detaillierter Krankheitsverlauf.
- **Charakteristische Symptome**  
nach Hahnemann, das heißt: näher bestimmte (§ 153, § 165), seltene (§ 178) oder besonders auffallende Symptome (§ 95, § 153 ORG).  
Aus der Fallbeschreibung muss hervorgehen, warum diese Symptome charakteristisch sind. Besonders markante, sicher beobachtete Symptome können *kursiv* gesetzt werden.  
Alle charakteristischen Symptome sollten genannt werden, auch solche, die nicht zur Arzneiwahl führen oder die nicht repertorisierbar sind. Auf diese Weise werden bisher unbekannte Arzneisymptome gefunden.
- **Intensive uncharakteristische Symptome**  
wie eine starke Abmagerung, Schwäche, Schwindel, Blässe, Atemnot. Diese Symptome machen das Gesamtbild vollständig und zeigen, unter welchen Begleitsymptomen die Arznei wirkt.  
Die übrigen uncharakteristischen Symptome, d.h. unbestimmte, häufige Symptome wie Kopfschmerz, Appetitlosigkeit, gestörter Schlaf (§ 153 ORG) müssen nicht genannt werden.
- **Auffallende pathologische Befunde**  
wie rissiger Mundwinkel, Landkartenzunge. Ggf. Labor, Diagnostik.
- **Ätiologie**  
Der Auslöser der Krankheit, ein Kummer, unterdrückter Hautausschlag usw. muss speziell begründet werden.
- **Frühere Krankheit**  
als wesentlicher Hinweis für die Arzneiwahl, z.B. bei spezifischer Infektion (Nosode).

- **Familiäre Krankheit**  
als wesentlicher Hinweis für die Arzneiwahl, z.B. Tuberkulose in der Familie.
- **Arznei**  
Potenz, Dosierung, Hersteller
- **Begründung der Arzneiwahl**  
stichwortartig; keine Differentialdiagnose der in Frage kommenden Arzneien, keine Repertorisation.
- **Materia-medica-Quelle**
- **Parallelbehandlung**  
z.B. Akupunktur, Gesprächstherapie. Es muss begründet werden, warum die Heilung auf die Arznei und nicht auf die Parallelbehandlung zurückgeführt wird.
- **Verlauf**  
Kurze zusammenfassende Darstellung. Detaillierte Ereignisse aus dem Behandlungsverlauf wie eine EV, interkurrente Erkrankungen, Heilung nach der Hering'schen Regel usw. können weggelassen werden.
- **Nachbeobachtungszeit**  
*Optional*
- **Konstitutionelle Symptome**  
Beispiel: Verlangen nach frischer Luft ohne Krankheitswert.
- **Auffällige körperliche Merkmale**  
(indikative Symptome); z.B. Leberfleck, Arcus senilis.

### 4. Ein Beispielfall: Asthma bronchiale, *Kalium iodatum*

#### • **Arznei (*Kalium iodatum*) und verifizierte Symptome**

- Atemnot (Asthma) < durch Wärme, < im warmen Raum, < abends, > frische Luft
- reichlicher grüner Schnupfen, < abends; mild, schleimig
- grüner Auswurf
- (Allgemein: < Wärme, < abends, grüne Absonderungen)

#### • **Patient, Datum, Hauptbeschwerde, charakteristische Symptome (*kursiv*)**

08.02.2007: Herr B., 39 Jahre, Schreinermeister, etwas adipös, leidet seit 20 Jahren an allergischem Asthma, das sich in den letzten Jahren weiter verschlimmert.

*Asthma < in warmen, stickigen Räumen*, beim Eintreten in einen warmen Raum, bei Wetterwechsel zum Warmen, besser in frischer kühler Luft. Allgemeine Abneigung gegen warme Räume. *Atemnot < abends*, durch *Staub*, verschiedene Nahrungsmittel (Paprika, Apfel), bei Anstrengung. Ständiges Pfeifen über den Bronchien, nachts Engegefühl. Grünlicher Auswurf. Husten nach warmem Essen oder bei warmem Wasserdampf. Weitere Symptome: *Reichlicher grüner Schleim aus der Nase* morgens und tagsüber. *Nase abends verstopft*. Niesen beim Sehen in die Sonne. Im Frühjahr und August/September Heuschnupfen mit starkem Augenjucken und -brennen. Oft Angina. Häufige Anginen in der Kindheit. Als Kleinkind Impfung gegen Tuberkulose.

Cortison und ein Antiallergicum wurden initial abgesetzt. *Puls.*, *Tub.* und *Iod.* beenden die Infektanfälligkeit und die Augensymptome, bessern die Allergien, führen aber zu keiner endgültigen Ausheilung des Asthmas.

- **Mittelgabe und Dosierung**

21.03.2008: *Kalium iodatum* C 30 (Gudjons) morgens und abends jeweils ein Globulus pur.

- **Begründung der Arzneiwahl**

< Wärme (im Zimmer, warmes Essen, heißer Wasserdampf), > frische Luft, < Wetterwechsel, < abends.<sup>10</sup>  
Reichliche grünliche, kalte, *nicht reizende* nasale Absonderungen.<sup>11</sup>

- **Materia medica**

Verstopfung der Nase ... Häufiger Abgang gelben dicken Schleims aus der Nase.<sup>12</sup>  
Discharge from nose of greenish black or yellow matter. Oppression of breathing, awakening patient in morning hours.  
Asthma in young people that have not gotten their growth.  
Expectoration greenish.<sup>13</sup>

- **Verlauf**

Das Mittel wird fünf Wochen gegeben. Keine Parallelbehandlung.  
Schon nach vier Tagen kein Schnupfen mehr, innerhalb von zehn Tagen sind alle asthmatischen Symptome verschwunden. Kein Niesen mehr in der Sonne, keinerlei allergische Reaktionen auf Lebensmittel oder Staub.

- **Nachbeobachtung**

6 Monate

Liebe Kolleginnen und Kollegen, durch Verifikationen verbessern wir unsere Materia medica und machen die Mittelwahl immer sicherer. Ich lade Sie ein, dokumentieren Sie Ihre Heilungen.

Seit Januar 2009 gibt es wieder eine Rubrik „Verifikationen“ in der ZKH. Schicken Sie Ihre Kasuistik an die Herausgeber der ZKH. Tragen Sie durch Heilungsteilungen zur Verbesserung der Materia medica bei!

## Dr. med. Carl Rudolf Klinkenberg

Facharzt für Allgemeinmedizin, Arzt für Homöopathie. Jahrgang 1961. Praktiziert seit 1986 Homöopathie und ist in Privatpraxis niedergelassen. Er studierte bei Will Klunker, Klaus-Henning Gypser u.a. Für seine "Leitlinien zur Krebsbehandlung" 1999 den 1. Emil-Schlegel-Preis. Veröffentlichungen weltweit über Grundlagenforschung, Krebs, ADS und weitere Themen. Dozent in der ärztlichen Weiterbildung. Internationale Seminar- und Vortragstätigkeit. Präsident des Internationalen Hahnemann Congress 2007. Präsident des 9. Internationalen Coethener Erfahrungsaustausches (ICE 9).



- Kontakt: c.klinkenberg@web.de
- Web: www.klinkenberg-homoeopathie.de

## Anmerkungen

<sup>1</sup> Some Clinical Experiences of Erastus E. Case, M.D.; 1991: 180.

<sup>2</sup> Die Prüfungssymptome „grünlicher und salziger Auswurf“ werden verifiziert.

Die „Schwäche und Leerheit in der Brust nach Husten“ ist ein klinisches Symptom von *Stannum*, das hier bestätigt wird. Schon in der Prüfung gibt es Hinweise auf das Symptom – ein Beispiel dafür, wie klinische Symptome Prüfungssymptome genauer charakterisieren.

Materia medica *Stannum*, Prüfungssymptome:

Scharriger Husten, anfänglich lösend, mit **grünlichem** Auswurf von widrigem, süßlichem Geschmacke ... (RA VI 123).

**Salzig** schmeckender Brust-Auswurf (RA VI 125).

\*Schwächegefühl in der Brust, wie ausgeweidet, – besonders **nach** Reden oder **Hustenauswurf** (Jahr GHG: Symptomenkodex. 591).

Nach Husten und Auswurf fühlt sich der Patient sehr hohl und leer (Guernsey. Keynotes. 239).

Materia medica *Stannum*, klinische Symptome:

Von Zeit zu Zeit, ein Kotzhusten, wie aus Schwäche der Brust, ohne allen andern Husten-Reiz und ohne Auswurf ... mit einem heisern, ganz schwachen Laute, weil's ihm **an Kraft der Brust fehlte** (RA VI A221). Vormittags, Schleim in der Luftröhre, welcher durch leichte Husten-Stöße ausgeworfen wird, **bei einer ungemainen Schwäche der Brust**, als wäre sie ausgeweidet ... (RA VI A222)

Er athmet kurz und, wiewohl es ihm nicht an Luft fehlt, doch mühsam, aus Schwäche der Athem-Werkzeuge, bei großer **Leerheit der Brust** (RA VI A238). [Hervorhebungen vom Verfasser]

<sup>3</sup> Cámpora C: ZKH 2007; 51(2): 52-60.

<sup>4</sup> Backache persistent, worse when lying down, better walking, had defied many remedies. History of angenoid attacks. *Tabacum* <sup>CM</sup> cured. Boger CM: Collected Writings. Hrsg. Bannan R. London: Churchill Livingstone; 1994: 280.

<sup>5</sup> *Ferrum iod.* 2x. Soft goitre in chlorotic girls at the age of puberty. Two very prompt cures. Boger CM: Collected Writings. Hrsg. Bannan R. London: Churchill Livingstone; 1994: 326.

<sup>6</sup> ZKH 1987; 31(6): 232.

<sup>7</sup> ZKH 1988; 32(1): 27.

<sup>8</sup> Hering C: AHZ 1869; 78(7).

<sup>9</sup> Dabei geht es mir ausschließlich um die Falldokumentation aus Sicht der Verifikation. Für eine Datensammlung für Studien oder für den wissenschaftlichen Beweis der Homöopathie gelten andere Kriterien.

<sup>10</sup> Quellen: Boger CM: A Synoptic Key To Materia Medica. Reprint Edition, New Dehli: B. Jain Publishers; 1994 (1915 Parkersburg, U.S.). Hartlaub CGC, Trinks CF: Reine Arzneimittellehre. Euskirchen: Verlag Homöopathisches Wissen; 1999 (1828-31 Leipzig). Hering C: Guiding Symptoms Of Our Materia Medica. Reprint Edition. New Dehli: B. Jain Publishers; 1974 (1881 Philadelphia, U.S.)

<sup>11</sup> Bhanja KC: Masterkey zur homöopathischen Materia medica. Übers. Ahlbrecht J. Verlag für Homöopathie B.v.d. Lieth. Hamburg; 2005 (1947 Calcutta, Indien), 306. [Hervorhebungen vom Verfasser]

<sup>12</sup> Hartlaub CGC, Trinks CF: a.a.O.

<sup>13</sup> Hering C: GS. 428, 433.

Gerhard Bleul

## Grundsätze und Elemente der Falldokumentation: Konsensus aus drei Konferenzen des DZVhÄ und InHom\*

Bislang wurden drei Konsensuskonferenzen zur Falldokumentation veranstaltet: 2002 in Basel, 2004 und 2008 in Köthen (Anhalt). In diesen Konferenzen haben Vertreterinnen und Vertreter des DZVhÄ und InHom unter der Moderation des Autors Grundsätze und Elemente der Falldokumentation in der Homöopathie diskutiert. Die Ergebnisse dieser drei Konsensuskonferenzen sind im folgenden Beitrag zusammenfassend dargestellt.

1. Konferenz am 3. Mai 2002 in Basel während der gemeinsamen Jahrestagung von SVHA und DZVhÄ	2. Konferenz am 21. Mai 2004 in Köthen während der gemeinsamen Jahrestagung von ÖGHM und DZVhÄ	3. Konferenz am 21. November 2008 in Köthen während des 8. Internationalen Coethener Erfahrungsaustausches
Cees Baas (Eindhoven) Hans Baitinger (Nürnberg) Claudia Becker-Witt (Berlin) Gotthard Behnisch (Detmold) Gerhard Bleul (Bad Camberg) Franz Bonsch (Freiburg) Jacques Imberechts (Brüssel) Rolf Janert (Aspach) Curt Kösters (Hamburg) Peter Minder (Binningen) Heinz Möller (Stuttgart) Urs Rentsch (Liestal) Werner Schade (Dohma) Frank Ulbrich (Schlangenbad)	Gerhard Bleul (Bad Camberg) Franz Bonsch (Freiburg) Oliver Frohnert (Essen) Andreas Gärtner (Albershausen) Lisa Harth (München) Ose Hein (München) Rolf Janert (Aspach) Johann Kleber (Ebersberg) Carl Rudolf Klinkenberg (Ettlingen) Peter König (Eisenstadt) Curt Kösters (Hamburg) Jürgen de Laporte (Esslingen) Christoph Laurentius (Berlin) Stefanie Regensburger (München) Werner Schade (Dohma) Karin Schick (Berlin) Dierk Wittig Hans Zwemke (Berlin)	Gerhard Bleul (Selters) Heinz Huber (Bad Imnau) Carl Rudolf Klinkenberg (Ettlingen) Curt Kösters (Hamburg) Marco Righetti (Zürich) Thorsten Stegemann (Bad Imnau) Michael Teut (Berlin) sowie Diskussions-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer aus dem Plenum

### I. Ziele einer Falldokumentation

Ziel einer Falldokumentation ist

- einerseits die vollständige Rekonstruktion des Falles für den Arzt/die Ärztin,
- andererseits auch die Nachvollziehbarkeit des Falles für andere,
- darüber hinaus die Beantwortung bestimmter Fragen der Forschung.

Jeder homöopathische Fall kann als eine Fallstudie verstanden werden, die strukturiert und nach festgelegten qualitativen und auch quantitativen Kriterien abgebildet werden kann, um sie in Bezug auf gezielte Fragestellungen auswerten zu können. Zugleich soll die Arbeit in der Praxis durch die Falldokumentation qualitativ verbessert werden. Letztlich wird der Umfang der Dokumentation von jedem Arzt und jeder Ärztin auf Basis der individuellen Notwendigkeiten und Rahmenbedingungen selbst bestimmt. Die hier veröffentlichten Kriterien sind daher als Empfehlungen und als Anregung für das Qualitätsmanagement zu verstehen.

### II. Zweckbestimmungen einer Falldokumentation

Folgende Situationen/Fragestellungen werden durch die Empfehlungen der Konsensuskonferenzen abgedeckt:

#### 1. Eigene Praxis: Minimalstandard

Der Minimalstandard für die eigene Praxis ist die einfachste Form der Dokumentation und dient ausschließlich der vollständigen Rekonstruktion des Falles durch den Praxisinhaber/die Praxisinhaberin. Es handelt sich um Basisinformationen, die auch unter Zeitdruck dokumentiert werden können.

#### 2. Eigene Praxis: Qualitätsstandard

Der Qualitätsstandard in einer Praxis soll weiteren Anforderungen genügen, nämlich der Fallrekonstruktion durch andere (v.a. Kolleginnen und Kollegen in der Praxis, aber auch Supervisoren), und eine eventuelle spätere Auswertung für wissenschaftliche Zwecke oder Publikationen ermöglichen.

Die folgenden vier Situationen verlangen die Pseudonymisierung des Patienten/der Patientin und stellen weitere besondere Anforderungen. Der Patient/die Patientin sollte einer anonymen und pseudonymisierten Auswertung seiner Daten zustimmen. Die Zustimmung ist zu dokumentieren.

### 3. Präsentation von Fällen in der Lehre

Die Präsentation von didaktischen Fällen zu Unterrichtszwecken (Lehre) geschieht mündlich, schriftlich oder durch Wiedergabe elektronischer Medien in einem Kreis von Weiter- oder Fortbildungsteilnehmern.

### 4. Supervision im Rahmen der Weiterbildung

Für die Supervision im Rahmen der Weiterbildung sind bestimmte Elemente eines Falles obligatorisch zu dokumentieren, damit der Fall für den Supervisor nachvollziehbar ist und für den an der Weiterbildung teilnehmenden Autor ein Lerneffekt erzielt wird.

### 5. Publikation von Fallberichten

Wird ein Fallbericht publiziert, sind ebenfalls besondere Anforderungen an den Autor/die Autorin zu stellen. Sie sollen als „Hinweise für Autorinnen und Autoren von Kasuistiken“ in der AHZ bekannt gemacht werden.

### 6. Forschung

Für Forschungsvorhaben müssen die Anforderungen an die Kasuistik im Sinne der wissenschaftlichen Fragestellung definiert werden. In einer Konsensuskonferenz wurde ein allgemeiner Kriterienkatalog benannt, nach dem eine wissenschaftliche prospektive oder retrospektive Beurteilung möglich ist. Anstatt indikations-spezifischer Outcome-Parameter wird allgemein die Beschwerdeintensität aus Sicht des Patienten auf der numerischen Ratingskala von 0 (nicht vorhanden) bis 10 (maximale Intensität) empfohlen.

## III. Elemente einer Falldokumentation

Die Elemente der Falldokumentation für alle sechs genannten verschiedenen Anforderungen sind im Folgenden in Tabellenform einzeln aufgelistet und in der abschließenden Tabelle zusammengefasst.

1. Elemente der Falldokumentation: Minimalstandard Praxis	
Pat.-ID	Name, Adresse, Geschlecht, Geburtsdatum
Arzt-ID	nicht nötig
Fall-ID	alle Daten der Behandlung
Anamnesebericht	Stichworte [evtl. sinnvolle Auswahl wörtlicher Patientenaussagen]
Symptome	wesentliche Klagen des Patienten, wahlanzeigende Symptome [Definition: bestimmte Symptome eines Krankheitsfalles, welche charakteristisch für den Krankheitsfall und gleichzeitig für ein entsprechendes Arzneimittel sind und somit dessen Wahl nahelegen]
Diagnose	Krankheitsname(n), bisherige Dauer der Krankheit, Ätiologie (mit Angabe der Sicherheit)
Konstitution	nicht nötig
frühere Krankheiten	sofern relevant für die Arzneiwahl
familiäre Krankheiten	sofern relevant für die Arzneiwahl
Befund	relevante körperliche Befunde relevante Laborbefunde relevante apparative Diagnostik
Arznei	Arzneiname, Potenz, Applikationsform [evtl. Begründung der Wahl]
Begleittherapie	andere Arzneimittel, weitere Verfahren
Verlauf	jede Folgekonsultation, Veränderung aller Hauptsymptome, neue Therapiewahl mit Begründung, bisher nicht genannte Symptome und evtl. deren Verschwinden (neue, alte, intra-kurative, NB-Symptome) [optional: Effekte während des Verlaufs (z.B. Heringsche Regel), Vergleich des Behandlungsergebnisses mit dem erstgenannten Therapieziel]

<b>2. Elemente der Falldokumentation: Qualitätsstandard Praxis</b>	
<b>Pat.-ID</b>	Name, Adresse, Geschlecht, Geburtsdatum
<b>Arzt-ID</b>	Name (bei mehreren Ärzten)
<b>Fall-ID</b>	alle Daten der Behandlung
<b>Anamnesebericht</b>	sinnvolle Auswahl wörtlicher Patientenaussagen, vollständige Symptome, Gesamtheit der Symptome [optional: umfassende wörtliche Mitschrift]
<b>Symptome</b>	wesentliche Klagen des Patienten, charakteristische Symptome [Definition: den Einzelfall bezeichnende, von anderen ähnlichen Krankheitsfällen unterscheidende Symptome (nach Hahnemann auffallende, sonderliche, ungewöhnliche, eigenheitliche Symptome, ORG § 153)] wahnanzeigende Symptome, weitere deutliche Symptome, verlaufsrelevante Symptome, alle ärztlichen Beobachtungen
<b>Diagnose</b>	Krankheitsname(n), bisherige Dauer der Krankheit, akut / chronisch, Stadium (sofern zu unterscheiden), Intensität der Hauptbeschwerde nach Einschätzung des Patienten/der Patientin auf der numerischen Ratingskala (0-10) [optional: Beschwerdeintensität der Nebenbeschwerden] [optional weitere Outcome-Parameter], Therapieziele, Ätiologie (falls relevant), erweiterte Diagnoseliste (begleitende Symptome, außerhalb des Behandlungsauftrags)
<b>Konstitution</b>	Körperbau, körperliche Merkmale, Eigenschaften ohne Krankheitswert
<b>frühere Krankheiten</b>	alle, besonders sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>familiäre Krankheiten</b>	alle, besonders sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>Befund</b>	relevante körperliche Befunde, relevante Laborbefunde, relevante apparative Diagnostik
<b>Arznei</b>	Begründung der Wahl, Ausschluss anderer Arzneimittel (differenzierender MM-Vergleich), Arzneiname, Hersteller, Potenz, Applikationsform, Einnahmевorschrift
<b>Begleittherapie</b>	andere Arzneimittel, weitere Verfahren, Selbstbehandlung
<b>Verlauf</b>	jede Folgekonsultation, Veränderung aller Hauptsymptome, Veränderung aller Symptome (evtl. Skala), neue Therapiewahl mit Begründung, bisher nicht genannte Symptome und evtl. deren Verschwinden (neue, alte, intrakurative, NB-Symptome), Effekte während des Verlaufs (z.B. Heringsche Regel), Intensität der Hauptbeschwerde nach Einschätzung des Patienten auf der numerischen Ratingskala (0-10) [optional: Intensität der Nebenbeschwerden] [optional weitere Outcome-Parameter, Vergleich des Behandlungsergebnisses mit dem erstgenannten Therapieziel. Nachbeobachtungszeit nach Therapieende]

<b>3. Elemente der Falldokumentation: Präsentation in der Lehre</b>	
<b>Pat.-ID</b>	Pseudonymisierung des Patienten/der Patientin durch Codierung, Geschlecht, Alter (evtl. Geburtsjahr)
<b>Arzt-ID</b>	Name
<b>Fall-ID</b>	wesentliche Daten der Behandlung
<b>Anamnesebericht</b>	Stichworte / Sinnvolle Auswahl wörtlicher Patientenaussagen, vollständige Symptome, Gesamtheit der Symptome [evtl. möglichst umfassende wörtliche Mitschrift]
<b>Symptome</b>	wesentliche Klagen des Patienten, charakteristische Symptome, wahlanzeigende Symptome, wesentliche ärztliche Beobachtungen [optional: weitere deutliche Symptome]
<b>Diagnose</b>	Krankheitsname(n), bisherige Dauer der Krankheit, akut / chronisch, Stadium (sofern zu unterscheiden), Ätiologie (mit Angabe der Sicherheit), Therapieziele, Intensität der Hauptbeschwerde nach Einschätzung des Patienten/der Patientin auf der numerischen Ratingskala (0-10) [optional: Intensität der Nebenbeschwerden], [optional weitere Outcome-Parameter], [evtl. erweiterte Diagnoseliste (begleitende Symptome), außerhalb des Behandlungsauftrags]
<b>Konstitution</b>	nicht nötig
<b>frühere Krankheiten</b>	sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>familiäre Krankheiten</b>	sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>Befund</b>	relevante körperliche Befunde [evtl. relevante Laborbefunde, relevante apparative Diagnostik]
<b>Arznei</b>	Begründung der Wahl, Arzneiname, Potenz, Applikationsform, Einnahmever-schrift [evtl. Ausschluss anderer Arzneimittel (differenzierender MM-Vergleich)]
<b>Begleittherapie</b>	andere Arzneimittel, weitere Verfahren, Selbstbehandlung
<b>Verlauf</b>	jede Folgekonsultation, Veränderung aller Hauptsymptome, neue Therapiewahl mit Begründung, bisher nicht genannte Symptome und evtl. deren Verschwinden (neue, alte, intrakurative, NB-Symptome), Effekte während des Verlaufs (z.B. Heringsche Regel), Intensität der Hauptbeschwerde nach Einschätzung des Patienten auf der numerischen Ratingskala (0-10) [optional: Intensität der Nebenbeschwerden], [optional weitere Outcome-Parameter], Vergleich des Behandlungsergebnisses mit dem erstgenannten Therapieziel, Nachbeobachtungszeit nach Therapieende

<b>4. Elemente der Falldokumentation: Supervision im Rahmen der Weiterbildung</b>	
<b>Pat.-ID</b>	Pseudonymisierung des Patienten/der Patientin durch Codierung, Geschlecht, Geburtsdatum
<b>Arzt-ID</b>	Name
<b>Fall-ID</b>	wesentliche Daten der Behandlung
<b>Anamnesebericht</b>	sinnvolle Auswahl wörtlicher Patientenaussagen, vollständige Symptome, Gesamtheit der Symptome [evtl. möglichst umfassende wörtliche Mitschrift]
<b>Symptome</b>	wesentliche Klagen des Patienten, charakteristische Symptome, wahlanzeigende Symptome, wesentliche ärztliche Beobachtungen [optional: weitere deutliche Symptome]
<b>Diagnose</b>	Krankheitsname(n), bisherige Dauer der Krankheit, akut / chronisch, Stadium (sofern zu unterscheiden), Ätiologie (mit Angabe der Sicherheit) Therapieziele, Intensität der Hauptbeschwerde nach Einschätzung des Patienten/der Patientin auf der numerischen Ratingskala (0-10) [optional: Intensität der Nebenbeschwerden], [optional weitere Outcome-Parameter], [evtl. erweiterte Diagnoseliste (begleitende Symptome, außerhalb des Behandlungsauftrags)]
<b>Konstitution</b>	nicht nötig
<b>frühere Krankheiten</b>	sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>familiäre Krankheiten</b>	sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>Befund</b>	relevante körperliche Befunde [evtl. relevante Laborbefunde, relevante apparative Diagnostik]
<b>Arznei</b>	Begründung der Wahl, Ausschluss anderer Arzneimittel (differenzierender MM-Vergleich), Arzneiname, Potenz, Applikationsform, Einnahmевorschrift
<b>Begleittherapie</b>	andere Arzneimittel, weitere Verfahren
<b>Verlauf</b>	jede Folgekonsultation, Veränderung aller Hauptsymptome, neue Therapiewahl mit Begründung, bisher nicht genannte Symptome und evtl. deren Verschwinden (neue, alte, intrakurative, NB-Symptome), Effekte während des Verlaufs (z.B. Heringsche Regel), Intensität der Hauptbeschwerde nach Einschätzung des Patienten auf der numerischen Ratingskala (0-10) [optional: Intensität der Nebenbeschwerden], [optional weitere Outcome-Parameter], Vergleich des Behandlungsergebnisses mit dem erstgenannten Therapieziel, Nachbeobachtungszeit nach Therapieende

<b>5. Elemente der Falldokumentation: Publikation</b>	
<b>Pat.-ID</b>	Pseudonymisierung des Patienten/der Patientin durch Codierung, Geschlecht, Alter [evtl. Geburtsjahr]
<b>Arzt-ID</b>	Name, Adresse
<b>Fall-ID</b>	wesentliche Daten der Behandlung
<b>Anamnesebericht</b>	Stichworte / Sinnvolle Auswahl wörtlicher Patientenaussagen, vollständige Symptome, Gesamtheit der Symptome [optional: möglichst umfassende wörtliche Mitschrift]
<b>Symptome</b>	wesentliche Klagen des Patienten, charakteristische Symptome, wahlanzeigende Symptome, wesentliche ärztliche Beobachtungen [optional: weitere deutliche Symptome, verlaufsrelevante Symptome]
<b>Diagnose</b>	Krankheitsname(n), bisherige Dauer der Krankheit, akut / chronisch, Stadium (sofern zu unterscheiden), Intensität der Hauptbeschwerde nach Einschätzung des Patienten/der Patientin auf der numerischen Ratingskala (0-10) [optional: Intensität der Nebenbeschwerden], [optional weitere Outcome-Parameter], Therapieziele, [evtl. Ätiologie], [optional: erweiterte Diagnoseliste (begleitende Symptome, außerhalb des Behandlungsauftrags)]
<b>Konstitution</b>	nicht nötig
<b>frühere Krankheiten</b>	sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>familiäre Krankheiten</b>	sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>Befund</b>	relevante körperliche Befunde, relevante Laborbefunde, relevante apparative Diagnostik
<b>Arznei</b>	Begründung der Wahl, Arzneiname, Potenz, Applikationsform, Einnahmenvorschrift. [evtl. Ausschluss anderer Arzneimittel (differenzierender MM-Vergleich)], [evtl. Arzneihersteller]
<b>Begleittherapie</b>	andere Arzneimittel, weitere Verfahren, Selbstbehandlung
<b>Verlauf</b>	jede Folgekonsultation, Veränderung aller Hauptsymptome, neue Therapiewahl mit Begründung, Nachbeobachtungszeit nach Therapieende, bisher nicht genannte Symptome und evtl. deren Verschwinden (neue, alte, intrakurative, NB-Symptome), Effekte während des Verlaufs (z.B. Heringsche Regel), Intensität der Hauptbeschwerde nach Einschätzung des Patienten auf der numerischen Ratingskala (0-10) [optional: Intensität der Nebenbeschwerden], [optional weitere Outcome-Parameter], Vergleich des Behandlungsergebnisses mit dem erstgenannten Therapieziel, Nachbeobachtungszeit nach Therapieende

<b>6. Elemente der Falldokumentation: Forschung</b>	
<b>Pat.-ID</b>	Pseudonymisierung des Patienten/der Patientin durch Codierung, Geschlecht, (evtl. Geburtsdatum oder nur:) Geburtsjahr
<b>Arzt-ID</b>	Name, Adresse, Tätigkeitsgebiet
<b>Fall-ID</b>	Daten der Behandlung, Datum des Berichts
<b>Anamnesebericht</b>	sinnvolle Auswahl wörtlicher Patientenaussagen, vollständige Symptome, Gesamtheit der Symptome [optional: möglichst umfassende wörtliche Mitschrift]
<b>Symptome</b>	wesentliche Klagen des Patienten, charakteristische Symptome, wahlanzeigende Symptome, verlaufsrelevante Symptome, wesentliche ärztliche Beobachtungen [optional: weitere deutliche Symptome]
<b>Diagnose</b>	Krankheitsname(n), bisherige Dauer der Krankheit akut / chronisch, Stadium (sofern zu unterscheiden), Intensität der Hauptbeschwerde nach Einschätzung des Patienten/der Patientin auf der numerischen Ratingskala (0-10) [optional: Intensität der Nebenbeschwerden], weitere Outcome-Parameter nach Fragestellung, Therapieziele, Nachbeobachtungszeit nach Therapieende. [optional: Einschätzung des Fallverlaufs und der Prognose prospektiv] [optional: erweiterte Diagnoseliste (begleitende Symptome, außerhalb des Behandlungsauftrags)]
<b>Konstitution</b>	nicht nötig
<b>frühere Krankheiten</b>	evtl. alle, oder: sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>familiäre Krankheiten</b>	evtl. alle, oder: sofern relevant für die Arzneiwahl
<b>Befund</b>	relevante körperliche Befunde, relevante Laborbefunde, relevante apparative Diagnostik
<b>Arznei</b>	Begründung der Wahl, Ausschluss anderer Arzneimittel (differenzierender MM-Vergleich), Arzneiname, Potenz, Applikationsform, Einnahmевorschrift, [optional: Hersteller]
<b>Begleittherapie</b>	andere Arzneimittel, weitere Verfahren, Selbstbehandlung
<b>Verlauf</b>	jede Folgekonsultation, Veränderung aller Hauptsymptome, neue Therapiewahl mit Begründung, bisher nicht genannte Symptome und evtl. deren Verschwinden (neue, alte, intrakurative, NB-Symptome), Effekte während des Verlaufs (z.B. Heringsche Regel), Intensität der Hauptbeschwerde nach Einschätzung des Patienten auf der numerischen Ratingskala (0-10) [optional: Intensität der Nebenbeschwerden], weitere Outcome-Parameter, Vergleich des Behandlungsergebnisses mit dem erstgenannten Therapieziel, Nachbeobachtungszeit nach Therapieende. Eine Wirksamkeitsbeurteilung verlangt zwingend die kritische Einschätzung von Bias-Faktoren, z.B. die Abgrenzung von Effekten anderer Therapien oder vom Spontanverlauf.

## Elemente der Falldokumentation: Übersicht 1-6

	1. Praxis: Minimal- standard	2. Praxis: Qualitäts- standard	3. Lehre: Präsentation	4. Lehre: Super- visionsfall	5. Lehre: Publikation	6. Forschung
<b>Patienten-ID</b>						
Name	x	x				
Adresse	x	x				
Code			x	x	x	x
Geschlecht	x	x	x	x	x	x
Geburtsdatum	x	x		x		(x)
Alter			x		x	
Geburtsjahr					(x)	x
<b>Arzt-ID</b>						
		Name (bei mehreren Ärzten)	Name	Name	Name, Adresse	Name, Adres- se, Tätigkeits- gebiet
<b>Fall-ID</b>						
Daten der Behandlung	alle	alle	wesentliche	wesentliche	wesentliche	wesentliche
Datum des Berichts						x
<b>Anamnesebericht</b>						
Stichworte	x		x		x	
sinnvolle Auswahl wörtlicher Patien- tenaussagen	(x)	x	x	x	x	x
möglichst umfas- sende wörtliche Mitschrift		(x)	(x)	(x)	(x)	(x)
vollständige Symptome		x	x	x	x	x
Gesamtheit der Symptome		x	x	x	x	x
<b>Symptome</b>						
wesentliche Kla- gen des Patienten	x	x	x	x	x	x
charakteristische Symptome		x	x	x	x	x
wahlanzeigende Symptome	x	x	x	x	x	x
weitere deutliche Symp- tome		x	(x)	(x)	(x)	(x)
verlaufsrelevante Symptome		x			(x)	x
ärztliche Beob- achtungen		alle	wesentliche	wesentliche	wesentliche	wesentliche

	1. Praxis: Minimal- standard	2. Praxis: Qualitäts- standard	3. Lehre: Präsentation	4. Lehre: Super- visionsfall	5. Lehre: Publikation	6. Forschung
<b>Diagnose</b>						
Krankheits- name(n)	x	x	x	x	x	x
bisherige Dauer der Krankheit	x	x	x	x	x	x
akut / chronisch		x	x	x	x	x
Stadium (sofern zu unterscheiden)		x	x	x	x	x
Schweregrad bzw. Beschwer- degrad, möglichst auf einer Skala (0-10) durch Arzt oder Patient (vermerken!)		x	(x)	(x)	x	x
Ätiologie (mit Angabe der Sicherheit)	x	x	x	x	x	x
erweiterte Diag- noseliste (beglei- tende Symptome, außerhalb des Behandlungsauf- trags)		x	(x)	(x)	(x)	(x)
Therapieziel		x				x
Outcome- Parameter		x				x
<b>Konstitution</b>						
Körperbau		x				
körperl. Merkmale		x				
Eigenschaften ohne Krankheits- wert (Kriterien aufführen, Praxis- relevanz!)		x				
<b>frühere Krank- heiten</b>		x			(x)	(x)
sofern relevant für die Arzneiwahl	x	x	x	x	x	x
<b>familiäre Krank- heiten</b>		x			(x)	(x)
sofern relevant für die Arzneiwahl	x	x	x	x	x	x
<b>Befund</b>						
relevante körperli- che Befunde	x	x	x	x	x	x
relevante Labor- befunde	x	x	(x)	(x)	x	x
relevante appara- tive Diagnostik	x	x	(x)	(x)	x	x

	1. Praxis: Minimal- standard	2. Praxis: Qualitäts- standard	3. Lehre: Präsentation	4. Lehre: Super- visionsfall	5. Lehre: Publikation	6. Forschung
<b>Arznei</b>						
Begründung der Wahl	(x)	x	x	x	x	x
Ausschluss anderer Arzneimittel (differenzierender MM-Vergleich)		x	(x)	x	(x)	x
Arzneiname	x	x	x	x	x	x
Hersteller		x			(x)	(x)
Potenz	x	x	x	x	x	x
Applikationsform	x	x	x	x	x	x
Einnahmевор-schrift		x	x	x	x	x
<b>Begleittherapie</b>						
andere Arzneimittel	x	x	x	x	x	x
weitere Verfahren	x	x	x	x	x	x
Selbstbehandlung		x	x		x	x
<b>Verlauf</b>						
jede Folgekon-sultation	x	x	x	x	x	x
Veränderung aller Hauptsymptome	x	x	x	x	x	x
Veränderung aller Symptome (evtl. Skala)		x		(x)		(x)
neue Therapie-wahl mit Begrün-dung	x	x	x	x	x	x
Bisher nicht ge-nannte Symptome und evtl. deren Verschwinden (neue, alte, intra-kurative, NB-Symptome)	x	x	x	x	x	x
Effekte während des Verlaufs (z.B. Heringsche Regel)	(x)	x	x	x	x	x
Vergleich des Behand-lungsergebnisses mit dem erstge-nannten Thera-pieziel	(x)	x	x	x	x	x
Nachbeobach-tungszeit nach Therapieende		x	x	x	x	x

**Gerhard Bleul**

Arzt für Allgemeinmedizin – Homöopathie, Chirotherapie. Kontakt: post@gerhard-bleul.de

- **Anhang**



## Internationaler Coethener Erfahrungsaustausch 20.-22. November 2008, Köthen (Anhalt)

### Schwere Pathologien – Kasuistik und Fallmanagement

Kasuistiken sind das Herzstück der Homöopathie. Welchen Stellenwert haben Einzelfall und individuelles Fallmanagement in der modernen Homöopathie? Homöopathische Ärzte präsentieren Kasuistiken schwerer Pathologien und diskutieren die Falldokumentation in Wissenschaft und Praxis.

#### Donnerstag, 20.11.2008

ab 14.30 *Eintreffen und kleiner Imbiss*

#### Kasuistiken: Schwere Organpathologien

15.00-16.30 **Diabetes mellitus**

Dr. med. Gabriele Mengen (Praktische Ärztin, Detmold) und Dr. med. Martin Bündner (Facharzt für Allgemeinmedizin, Tübingen)

16.30-17.00 *Pause*

17.00-18.00 **Morbus Basedow**

Dr. med. Ina Chammah (Praktische Ärztin, Braunschweig)

18.00-19.00 **Eisenspeicherkrankheit**

Claudia Stephan (Praktische Ärztin, Lehrte)

ab 19.00 *kleiner Abendimbiss*

20.00

*Kammerkonzert im Schloss Köthen*

#### Freitag, 21.11.2008

#### Kasuistiken: Homöopathie bei Krebserkrankungen

9.30-11.00 **Homöopathische Krebsbehandlung (1): Möglichkeiten und Schwierigkeiten**

Heinz Huber (Facharzt für Allgemeinmedizin, Hahnemann Klinik, Bad Imnau)

11.00-11.30 *Pause*

11.30-13.00 **Homöopathische Krebsbehandlung (2): Möglichkeiten und Schwierigkeiten**

Heinz Huber (Facharzt für Allgemeinmedizin, Hahnemann Klinik, Bad Imnau)

13.00-15.00 *Mittagspause (individuell)*

#### Im Brennpunkt: Die homöopathische Falldokumentation

15.00-16.30 **Impulsvorträge zur wissenschaftlichen Arbeit in der Homöopathie:**

**Perspektive der Praxis: Falldokumentation als Teil eines homöopathischen Dokumentationssystems**

Curt Kösters (Praktischer Arzt, 2. Vorsitzender im Vorstand des DZVhÄ, Hamburg)

#### Perspektive der Klinik: Falldokumentation in der Hahnemann Klinik

Heinz Huber (Facharzt für Allgemeinmedizin, Hahnemann Klinik, Bad Imnau)

#### Ist Homöopathie wirksam? Kausalität am Einzelfall belegen

Dr. med. Michael Teut (Facharzt für Allgemeinmedizin, Charité Ambulanz für Prävention und Integrative Medizin CHAMP, Berlin)

#### Falldokumentation als Verifikationswerkzeug

Dr. med. Carl Rudolf Klinkenberg (Facharzt für Allgemeinmedizin, Ettlingen)

#### Fall oder Falle – Was sagt die

#### Epidemiologin? Falldokumentation aus epidemiologischer Sicht

PD Dr. med. Claudia Witt (Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité, Berlin)

16.30-17.00 *Pause*

17.00-19.00

#### Konsensuskonferenz Falldokumentation

Leitung: Gerhard Bleul (Facharzt für Allgemeinmedizin, Selters)

ab 20.00

*gemeinsames Abendessen*

#### Samstag, 22.11.2008

#### Kasuistiken: Neurologie und Psychiatrie

9.00-11.00 **Multiple Sklerose, homöopathisch behandelt**

Almut Mehl-Przybylla (Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Berlin) und Dr. med. Dietrich Braun (Kinder- und Jugendarzt, Braunschweig)

11.00-11.30 *Pause*

11.30-13.00

#### Chronische schizophrene Psychose – Falldarstellung mit Video

Dr. med. Marco Righetti (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Zürich)

ab ca. 13.00

*Ausklang und kleiner Imbiss*

#### Organisation, Information und Anmeldung

Homöopathie- und Wissenschaftsservice Köthen GmbH  
Springstraße 28, D-06366 Köthen (Anhalt)

Fon: +49-(0)3496-30 37 02

Fax: +49-(0)3496-30 37 06

Mail: info@wiserv-koet.de

#### Veranstaltungsort

Veranstaltungszentrum Schloss Köthen, Schlossplatz 5

#### Veranstalter

DZVhÄ – Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte  
(www.welt-der-homoeopathie.de)

InHom – Europäisches Institut für Homöopathie  
(www.inhom.de)

#### Planung und Koordination

Angelika Gutge-Wickert (Praktische Ärztin, Apothekerin, Beisitzerin Weiterbildung im Vorstand des DZVhÄ, Berlin)



# Internationaler Coethener Erfahrungsaustausch

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

	Themen / Publikationen	Termine
ICE 1	Wissenschaftliche Forschung in der Homöopathie und internationale Zusammenarbeit. Bericht: Gerhard Bleul. InHom. Köthen (Anhalt) 2001.	01.-05.05.2001
ICE 2	Wissenschaftliche Homöopathie in Europa / Scientific Homeopathy in Europe. Kongressband. Redaktion: Gerhard Bleul. InHom. Köthen (Anhalt) 2002.	19.-21.09.2002
ICE 3	Die homöopathische Behandlung krebskranker Patienten. Bericht: Gerhard Bleul. InHom. Köthen (Anhalt) 2003.	11.-13.09.2003
ICE 4	Kindliche Verhaltensstörungen / Behavioral disorders in children. InHom. Köthen (Anhalt) 2004. + <i>Audio-CD</i>	09.-11.09.2004
ICE 5	Der subjektive Faktor Arzt in der Homöopathie bei Fallanalyse, Mittelwahl und Heilungsverlauf. Dokumentation. Herausgeber: Gerhard Bleul. InHom. Köthen (Anhalt) 2005. + <i>Audio-CD</i>	29.09.-01.10.2005
ICE 6	Homöopathie im klinischen Alltag. Bericht: Gerhard Bleul. InHom. Köthen (Anhalt) 2006. + <i>Audio-CD</i>	25.-27.05.2006
ICE 7	Mit Homöopathie alt werden und jung bleiben. Dokumentation. Herausgeber: Gerhard Bleul, Christine Doppler und Lars Broder Stange. InHom. Köthen (Anhalt) 2008. + <i>Audio-CD</i>	08.-10.11.2007
ICE 8	Schwere Pathologien – Kasuistik und Fallmanagement. Dokumentation. Herausgeber: Gerhard Bleul, Christine Doppler und Angelika Gutge-Wickert. InHom. Köthen (Anhalt) 2010.	20.-22.11.2008
ICE 9	Die Werkzeuge der Praxis - sicheres Arbeiten mit Repertorium und Materia medica	08.-10.10.2009
ICE 10	200 Jahre Organon	11.-13.11.2010