

Bericht über den ICE 16: Homöopathische Langzeitbehandlung und die Bedeutung von Disposition und Lebensstil*

Für die Behandlung chronischer Krankheiten über einen langen Zeitraum gibt es sehr unterschiedliche Ansätze. Es beginnt bei der Wahl der Arzneimittel. Für manche Therapeutinnen und Therapeuten gelten vor allem oder ausschließlich wahlanzeigende sonderliche Symptome. Andere legen besonderen Wert auf eine miasmatische Betrachtung im Sinne einer ererbten oder erworbenen Krankheitsdisposition. Daraus ergeben sich ganz unterschiedliche Vorgehensweisen auch bei der Dosierung, der Wiederholung der Gaben und der Mittelwechsel. Daneben spielen begleitende Therapien und Änderungen in der Lebensweise eine mehr oder weniger bedeutende Rolle. Die Referentinnen und Referenten zeigten in ausführlichen Vorträgen ihren ganz individuellen Ansatz, meistens anhand von Behandlungsverläufen über viele Jahre.

**Erster Kongresstag
Donnerstag, 22. September 2016**

**ERNST TREBIN
Konstitution und Prägung**

Grundlagen der Krankheitsdisposition sind die Genetik (ererbte chronische Miasmen) und die Sozialisation (biografische Prägung). Es gibt eine Übertragung von Verhaltensmustern und Traumata über Generationen hinweg.

Der Referent nutzt ein Modell der klassischen fünf Miasmen: Psora, Sykose, Syphilinie, Tuberkulinie und Karzinogenie, die er in einem Pentagramm zusammengestellt hat. Diesen Miasmen ordnet er die Gruppen der Metallsalze zu, mit denen er in der Behandlung chronischer Krankheiten die besten Erfahrungen gemacht hat. Die Kaliumsalze beispielsweise sieht er als Mittel der Karzinogenie, die er charakterisiert durch ca. 20 Faktoren wie Krebserkrankungen in der Familie, traumatisierende Erfahrungen, frühe Verantwortungsübernahme; Pflichtbewusstheit, Schuldgefühle, Krebsphobie, autoaggressives Verhalten, Verlangen nach Schokolade, hoher Muskeltonus, Brustspannen, Nävi, schweres Bewältigen von Influenza oder Mononukleose. An einigen Fällen zeigt er konkret sein Vorgehen in der Praxis.

* Dieser Bericht ist in modifizierter und gekürzter Fassung in der ZKH erschienen unter WissHom. ZKH 2016; 60 (4): 203–204.

**MATTHIAS KLÜNDER
Individualisierung und Miasmen – ein Widerspruch? Das dynamische Miasmenmodell nach Vijayakar**

Hahnemann definierte drei Miasmen, sah sie als Folgen einer Infektion und nannte für Sykose und Syphilis nur wenige Arzneien, für die Psora eine ganze Reihe von „antipsorischen“ Arzneien. J. H. Allen sah die Heredität der Miasmen im Vordergrund, fügte mit der Pseudo-Psora ein weiteres Miasma hinzu. Der Miasmenbegriff aber ist nicht mehr zeitgemäß, viele definieren ihn auf eigene Weise. Es gibt unklare, teilweise widersprüchliche Zuordnungen zu den Miasmen.

Vijayakar geht weg von der Infektion zur Reaktion. Es gibt drei Verteidigungsmechanismen: Entzündung, Verhärtung und Ulzeration. Die Reaktion des Organismus auf eine schädliche Einwirkung wird vom genetischen Apparat gesteuert: Entzündungsreaktion, Anpassungsreaktion und Zerstörung (Apoptose, Nekrose). Diese zelluläre Abwehrreaktion zeigt das Miasma. Die Krankheitsprogression verläuft von der Psora bis zur Syphilis, die Heilungsreaktion verläuft umgekehrt.

Vijayakar benannte des Weiteren Parameter, welche die Konstitution beschreiben: Intro- oder Extravertiertheit, Wille und Durchsetzungsvermögen, Strebsamkeit und nicht-strebsame Einstellung, Intellekt, Moralempfinden, Toleranzen und Empfindlichkeiten, Emotionen, Benehmen, Beziehungen, warm/kalt, Durst/durstlos, rechts/links, Geschwindigkeit der Pathologie, Toleranzen auf bestimmte Umwelteinflüsse.

Die Basis der Konstitution zeigt sich in der Psora, am leichtesten in der Kindheit zu erkennen. Die sykotische Reaktion dient der Abwehr, die syphilitische Reaktion kommt schnell, ist zerstörerisch und wird zuerst behandelt. Anhand eines Falles eines 50-jährigen Mannes mit Neuroborreliose wird das Vorgehen gezeigt.

MARIA SCHULLER
Miasmenlehre in der Behandlungsführung

In einem Fallbericht von einem kleinen Jungen mit einer funktionslosen, verkleinerten und zystisch veränderten linken Niere sowie mit einer kompensatorisch vergrößerten rechten Niere ohne weitere individuelle Symptome schildert die Referentin ihr Vorgehen.

Sie unterscheidet fünf chronische Miasmen: Psora, Sykose, Syphilinie, Tuberkulinie und Kanzerinie. Die Familienanamnese wird ausführlich aufgenommen und bewertet, die Erkrankungen gemäß der Miasmantik kategorisiert. Mütterlicherseits dominiert die Kanzerinie, väterlicherseits die Tuberkulinie. Lukas selbst hatte schon mit zwei Monaten, also sehr früh, die Windpocken (kanzerinisch) sowie die Nierenanlagestörung. Erste überbrückende Verordnung: Solidago D3. Das erste individuelle Mittel sollte ein Mittel der Kanzerinie sein, daher wurde Carcinotin LM18 verordnet, 1x wöchentlich 2 Tropfen. Zusätzlich organotrop Calcium fluoratum D12, 2x wöchentlich 1 Tablette.

Verlauf: Kurze Zeit nach Therapiebeginn schlief er sehr gut, der Blutdruck blieb bei 95/60. Der Nephrologe war einverstanden mit dem Aufschieben der Operation und der Dauerantibiose.

Bei Fieber und Zahnungsbeschwerden wurden akut gewählte Zwischenmittel gegeben.

Mit 18 Monaten wurden Colibakterien im Urin gefunden und ein Antibiotikum gegeben, wegen anhaltender Leukozyturie folgte die Gabe von Thuja LM18, 2x wöchentlich 2 Tropfen. Ein Gerstenkorn kam und ging, der Windelausschlag verschwand. Mit 2 Jahren Diagnose eines Hodenhochstands, Gabe von Syphilinum LM18, 2x wöchentlich 2 Tropfen. Drei Monate später war der rechte Hoden im Skrotum, der linke Hoden noch pendelnd. Mit 3 Jahren war die Nierenbeckenaufweitung zurückgegangen, ebenso war der Harnleiter jetzt normal weit, die linke Niere aber funktionslos. Es folgte die Gabe von Bacillinum testium C200, in größeren Abständen wiederholt, mit Steigerung auf C1000.

Befund mit 4 Jahren: Reflux beiderseits rückläufig, Blutdruck stabil, kaum Harnwegsinfekte. Bei auftretenden minimalen Urinbefunden half immer Solidago D3. Mit 4 und 5 ½ Jahren jeweils einmal kurz Antibiotikum bei Harnwegsinfekt, seitdem trat dies nicht mehr auf. Mit 6 Jahren war die linke Niere ein weitgehend parenchymloser hydronephrotischer Sack, rechts wurde kein wesentlicher Reflux mehr festgestellt, die rechte Niere war leicht hypertrophiert mitgewachsen. Jetzt ist der Patient 17 Jahre alt und gesundheitlich stabil.

Zweiter Kongresstag
Freitag, 23. September 2016

ROLAND METHNER
Ein Langzeit-Fall von Hashimoto-Thyreoiditis: Ist ein Simile ausreichend?

„Die Standardmeinung zu den Miasmen ist: Das Wissen über sie ist wichtig, hilfreich, notwendig. Meine Meinung: Sie sind überflüssig.“

Die Klassiker der Miasmen-Theorien sind Hahnemann, Kent, J. A. Allen, Burnett, Patel, Banerjea, Jus, Risch/Laborde, die modernen Vertreter sind Ortega, Vijayakar, Gienow, Sankaran, Klein. Fast alle beziehen sich auf Hahnemann, auf Kent oder auf Allen. Jedes dieser 14 Modelle unterscheidet sich nach Ansicht des Referenten fundamental von allen anderen, er sieht eigentlich keine Gemeinsamkeiten – jeder scheinere sein eigenes Miasmen-Weltbild zu haben.

An 400 Patienten habe er die verschiedenen „miasmatischen“ Zuordnungen von 175 Symptomen bzw. Krankheitsbildern mit über 60 Parametern untersucht. Sein Fazit: Alle derzeitigen Miasmensysteme sind falsch und unvollständig. Alle Systeme lassen ihre Entstehungsgeschichte und ihre Methodik im Unklaren, fokussieren auf eine Strategie für alle Erkrankungen und scheinen primär auf gutem Glauben zu beruhen.

Es folgt ein Fallbericht einer Autoimmunthyreoiditis (AIT). Diese Erkrankung ist in den letzten 20 Jahren von < 1% auf heute bis zu 30% bei Frauen angestiegen. Schon vor Auftreten der AIT können Zyklusanomalien und Aborte auftreten. Typisch ist ein zweiphasiger Verlauf, oft wird erst die Phase 2 (Müdigkeit, Frostigkeit, Gewichtszunahme) erkannt. Die Thyreoiditis ist

meist symptomarm, hat oft keine Lokalsymptome. Anfangs sind die Autoantikörper (TPO-AK, TG-AK, TRAK) stark erhöht. Weitere relativ unspezifische Hinweise sind: schlechtes Gedächtnis, Obstipation, brüchige Nägel, Gallensteine, Dysmenorrhoe, erhöhter Cholesterinspiegel, Muskel- und Gelenkschmerzen, Infektanfälligkeit und Allergien.

Das subjektive Befinden und die objektiven Werte können auseinanderfallen, daher ist eher auf die subjektiven Symptome zu achten. Aber wenn die Antikörper wiederholt bzw. konstant ansteigen, läuft die homöopathische Behandlung nicht korrekt.

Im vorgestellten Behandlungsfall handelt es sich um eine 55-jährige Frau. Erstdiagnose der ATI vor fünf Jahren, jetzt Schilddrüsen-Unterfunktion. Hauptsymptom: Engegefühl im Bereich der Schilddrüse.

Seit fünf Monaten L-Thyroxin 75. Sie lebt seit 14 Jahren in Hamburg, um ihren krebserkrankten Vater zu pflegen, die Mutter ist vor 15 Jahren gestorben. Sie fühlt sich allein (die Geschwister wohnen weiterhin am Heimatort): „Es zehrt an meinen Kräften, ich lebe nicht mein Leben.“

Schon vor Beginn der Behandlung beim Referenten bekam sie Carcinotin, von ihm dann Phosphorus, Calcium carbonicum, Thuja, Natrium muriaticum. Zu Verlaufsparemtern wurden bestimmt: Druckgefühl der Schilddrüse, Laborwerte, Energielosigkeit, Menstrualbeschwerden und sechs weitere Parameter.

Thuja wurde als erstes Mittel gewählt, Iodum als Zwischenmittel gegeben wegen seines Geniesymptoms „Durst“. Mit dem Abschlussmittel, wiederum Thuja, wird die Patientin beschwerdefrei.

Fazit: Mehrere Mittel sind nötig. Die Verlaufsparemter sind wichtig. Die Schilddrüsen-Werte können als Verlaufsparemter hilfreich sein. Die Patientin hat gut mitgearbeitet, sich regelmäßig gemeldet, selbständig ihre Mittel genommen und die Schilddrüsen-Hormone variiert. Auch ohne miasmatische Überlegungen ist eine gute Verschreibung möglich.

MICHAEL LEISTEN

Breche die Regeln, aber niemals das Prinzip!

Autoimmunerkrankungen könnten klassifiziert werden als

1. Organspezifische Krankheiten
2. Systemische Krankheiten oder nicht-organspezifische Krankheiten
3. Intermediäre Krankheiten

Dazu gehören Amyotrophe Lateralsklerose, Alopecia areata, Colitis ulcerosa, Hashimoto, Psoriasis, M. Crohn u. v. a. Aber warum wendet sich das Immunsystem gegen körpereigene Strukturen?

Die Ursachen sind unklar – vielleicht gibt es eine angeborene „Empfänglichkeit“, eine genetische Disposition oder äußere Einflüsse (Stress, Infektion, Schwangerschaft, zehrender Lebensstil – Impfungen, Amalgam, toxische Stoffe, Radioaktivität, Elektrosmog). Der konventionelle Ansatz ist symptomatisch, entzündungshemmend und immunsupprimierend.

Autoimmun-Erkrankungen (AIE) sind oft „einseitige Krankheiten“. Meist werden sie dem syphilitischen oder tuberkulösen Miasma zugeordnet. Viele sagen, eine miasmatische Betrachtungsweise sei zwingend notwendig, aber Miasmen-Theorien stehen auf einer entpersonalisierten Über-Ebene und leben von Interpretation.

Zu beachten sind die Erkenntnisse der Salutogenese: Sport, Visualisierung, Spaziergehen, Musik und Gesang, gute Ernährung, Stressabbau. Aber bei den AIE ist der gesunde Lebensstil nicht so stark wirksam wie bei anderen Erkrankungen.

Der Verlauf von AIE ist in der Regel progredient, eine Stagnation ist möglich, aber eine Remission eher selten. Sowohl die schleichenden Prozesse als auch die schweren Schübe sind schwer zu beeinflussen. Die Fortschritte bei der Therapie sind sehr langsam, wir brauchen viel Geduld, Geduld, Geduld, Disziplin, Beharrlichkeit.

Konsequenzen für die Patientenführung: Wir sollten regelmäßige, aber nicht so engmaschige Termine vereinbaren und regelmäßig motivieren. Die Allgemeinsymptome werden besser, bevor sich die Symptome der Krankheit verbessern. Oft sind häufige Gaben des passenden Mittels nötig.

Als Zeitpunkt der Wiederholung schlägt der Referent schon das erkennbare Nachlassen der Wirkung vor, nicht erst den Stillstand der Wirkung.

In Fallberichten einer Psoriasis und einer Multiplen Sklerose wird die Strategie erläutert.

JÖRG HILDEBRANDT
Das Wasser des Heiligen Leonhard

Der Referent hat eine doppelblinde AMP an Gesunden (mit positivem Votum der Ethikkommission) sowie eine einfach-blinde Triturationsprüfung bis zur C3-Verreibung (zusammen mit Susanne Diez) durchgeführt. Das Arzneimittel war zur C30 potenziertes Quellwasser von Bad Leonhardspfunzen in Bayern, und zwar das native Quellwasser und das in Flaschen abgefüllte enteise Wasser, pharmazeutisch hergestellt von Remedia in Eisenstadt, dort zu erwerben.

52 Probanden nahmen das Mittel, 38 Protokolle von 33 Probanden waren auswertbar. Es entstanden 660 Rubriken (inkl. Placebo-Rubriken, die erst nach der Auswertung wieder gestrichen wurden).

Symptome der gelösten Mineralien (Na, Cl, Fe u. a.) zeigten sich ebenso wie „Wasserthemen“. Ein später damit behandelter Patient fragte sich, wie sich wohl ein Wassertropfen fühlt, bevor er einen Wasserfall herabstürzt.

St. Leonhard nativ bewirkt Verstopfung der Ohren, besonders bei „Stress“, oft von Nackenverspannung ausgehend, Herzrhythmusstörungen (bei einem Probanden Bigeminus), Panikattacken, Burnout. Das in Flaschen abgefüllte Wasser zeigte periphere Lähmung oder Druck am Hals, wie in Ketten, das Gefühl, gefangen zu sein.

Sankt Leonhard gilt übrigens als der Beschützer der Gefangenen und der Nutztiere, eine ihm gewidmete Kirche in der Steiermark (Österreich) trägt eine Kette rund um das Gebäude.

Resümee: Es gab einen Unterschied zwischen dem nativen und dem enteisten Wasser. Auffallend waren das „Wasserthema“, Themen der gelösten Ionen sowie Themen des Sankt Leonhard. Auch das Gefühl, nicht gesehen zu werden, war ein Charakteristikum. Ein Patient hatte schon in der Kindheit dieses Gefühl und von seinen Kindern fühlte er sich nicht gesehen, was nach Einnahme des Mittels verschwand. Eine

weitere Auffälligkeit war der Eindruck, noch einen vorgegebenen Weg gehen zu müssen bzw. weiter im Strom zu schwimmen, bis man am Ziel (ein Prüfer sagt, am Meer) ankommt.

Wasser steht am Übergang zwischen dem Mineral- und dem Pflanzenreich, es hat Charakteristika von beiden Reichen.

Am Nachmittag des zweiten Tages liefen drei Seminare parallel: das Dozentenseminar von Heiner Frei, das Seminar „Evaluation der Integrierten Versorgung“ und das Fallseminar von André Saine.

ANDRÉ SAINE
Langzeitfall-Seminar: Ein wichtiger Fortschritt in der homöopathischen Behandlung von Patienten mit schweren, fortschreitenden und hartnäckigen Krankheiten mit Fluxionspotenzen nach Fincke

Was wir in der Behandlung brauchen, sind eine sehr gute Kenntnis der Pathologie und große Genauigkeit der Verschreibung. Die Posologie (Dosierung und Gabenwiederholungen) sollte einwandfrei (impeccable) sein. Eine miasmatische Einordnung ist unnötig, Ziel ist, das zur Symptomatik genau passende homöopathische Mittel zu wählen.

Fincke, der die nach ihm benannten Potenzen entwickelt hat, ist 1851 von Sachsen in die USA ausgewandert. Schon in seiner Jugend war er ein auffällig guter Schüler mit großer Begabung für Mathematik. Seine Potenzen stellte er her, indem er fließendes Wasser in eine konventionell produzierte Hochpotenz leitete. Nach einer genau berechneten Zeit ist dann eine definierte höhere Potenzstufe erreicht. Eine Stunde Fluxionsprozess entspricht etwa der Steigerung der Potenz um 5M. Fincke benutzte Wasser der Nassau-Quelle, nach seiner Auffassung hat jedes Wasser seine eigenen Eigenschaften, aber dies interferiert nicht mit den darin gelösten Hochpotenzen.

Saine verwendet bevorzugt hohe Fincke-Potenzen, Fluxionspotenzen, die er häufig, in der Regel mehrmals wöchentlich vom Patienten eigenständig einnehmen lässt. Bei nachlassender Wirkung wird die Potenz erhöht.

In einer Reihe von beeindruckenden Fallberichten von Parkinsonpatienten zeigte er, was in

solchen schweren Fällen an Verbesserung möglich ist. Ein Musiker zum Beispiel, der wegen des Zitterns in seinem linken Arm nicht mehr dirigieren und nicht mehr Klavier spielen konnte, war nach drei Jahren homöopathischer Behandlung wieder in der Lage, sein Orchester über mehrere Tage bei mehreren Konzerten zu leiten und hatte keine neurologischen Auffälligkeiten mehr.

SUSANNE DIEZ

Langzeitbehandlung von Familien: Überlegungen zu Konstitution und Miasma

Als Hausärztin betreut die Referentin über Jahrzehnte ihre Patienten, deren Eltern und Kinder und eventuell auch Enkelkinder. Es entsteht ein „lebendiges Beziehungsnetz“, auch mit uns als Therapeuten.

Sehr oft spielen in den Familien Kriegstraumata eine Rolle. Besonders bei Kindern mit schweren Krankheiten sind immer wieder schwere Traumata der Großeltern und Urgroßeltern festzustellen. Familienangehörige sind in gewisser Weise anwesend, auch wenn sie nicht körperlich da sind. Leben ist Beziehung, man kann es nicht solitär betrachten. Es ergeben sich viele neue Fragen: Was gehört zum Patienten selbst, was ist mitgebracht von den Vorfahren? Gibt es Arzneien, die sich in den Familien häufen? Gibt es Familienarzneien?

Die besonderen Herausforderungen an Therapeuten sind Neutralität und Verschwiegenheit. Die Vertrauensfunktion soll nicht gefährdet werden. Zu vermeiden sind Verwicklungen in familiäre Krisen sowie die Superautoritätsrolle. Übertragung und Gegenübertragung spielen im therapeutischen Prozess eine große Rolle.

Am Beispiel von zwei Familien zeigte die Referentin die Verbindungen und Verwicklungen im System, die Krankheiten, traumatische Erfahrungen und Belastungen einzelner Familienmitglieder und deren Auswirkung auf andere. Hier hilft ihr die miasmatische Betrachtung in dem Sinne, dass auch Krankheitsaspekte der Vorfahren in die Mittelwahl einfließen. Somit ist die Behandlung von Familien auch ein gesellschaftlicher Auftrag.

Dritter Kongresstag Samstag, 21. November 2015

CURT KÖSTERS

Die ursprüngliche Konzeption des Miasmenbegriffs bei Hahnemann und dessen praktische Anwendung und mögliche Erweiterung (nach Dimitriades) heute

Als Miasmen werden einerseits hereditäre Erkrankungen, andererseits unterschiedliche Reaktionsformen bezeichnet (z. B. Schwäche der Psora, das Überschießende der Sykose, Destruktion der Syphilis).

Bei wissenschaftlichen Begriffen aber ist es wichtig, dass sie eindeutig sind und allgemein verstanden werden. In der Krankheitslehre Hahnemanns werden akute Miasmen und festständige Krankheiten (wie Pocken, Masern, Keuchhusten, Scharlach, Mumps, Pest, das gelbe Fieber der Küstenländer, die ostindische Cholera) benannt. Als nicht festständig bezeichnete er Spitalfieber, Kerkerfieber, Lagerfieber, Faulfieber, Nervenfieber, Schleimfieber.

Was sind nun die Vorteile eines Miasmenkonzepts? Eventuell eine höhere Zeiteffektivität, präzisere Mittelfindung, Behandlung von Frühstadien, prophylaktische Behandlung.

Nach den Erfolgen bei akuten Krankheiten hat Hahnemann das Miasmenkonzept daher auf die chronischen Krankheiten übertragen. Seine Liste von drei chronischen Miasmen war aber nicht vollständig. Wir kennen heute weitere chronische festständige Krankheiten: Tuberkulose, Malaria, Borreliose, AIDS u. v. a. Auf Hahnemann kann man sich in der eigenen Miasmenlehre demnach nicht berufen. Und doch können die Konzepte funktionieren. Es lohnt sich, Hahnemanns Konzept von den festständigen Krankheiten weiter zu verfolgen.

Der Referent fordert klare Definitionen und eine neue Terminologie bei den Konzepten und Vorstellungen bezüglich chronischer Krankheiten. Man darf neue Begriffe einführen, sie müssen aber genau definiert werden. Begriffe, die unnötig sind oder nicht verstanden werden, sind schädlich.

PODIUMSDISKUSSION
Begriffsbildung und Miasmenverständnis
Moderation: Gerhard Bleul

Auf dem Podium waren vertreten: Jörg Hildebrandt, Susanne Diez, Roland Methner, André Saine, Curt Kösters, Ernst Trebin, Maria Schuller und Matthias Klünder.

Alle erklärten zu Beginn noch einmal kurz den eigenen methodischen Hintergrund und die Vorgehensweise in der Praxis. Von der totalen Ablehnung einer Miasmen-Theorie (Saine, Methner, Kösters) über fallabhängige Nutzung verschiedener Theorien (Hildebrandt, Diez) bis zu klarem Bekenntnis zu einer besonderen miasmatischen Methodik (Trebin, Schuller, Klünder) waren alle Meinungen vertreten.

Einig war man sich in der gegenseitigen Wertschätzung und dem gemeinsamen Ziel, die beste Behandlung für den Patienten zu finden, was übrigens auch bei den schon vorher geäußerten Diskussionsbeiträgen aus dem Plenum immer wieder betont wurde.

Aber den Begriff „Miasma“ zu verwenden, ohne zu sagen, was genau damit gemeint ist, ob es sich um ein „Infektionsmiasma“, ein „Reaktionsmiasma“ eine familiäre Belastung oder ein „Empfindungsmiasma“ handelt, wird nach diesem Kongress den Teilnehmerinnen und Teilnehmern nicht mehr so leicht möglich sein.

Zur Person

Gerhard Bleul



Arzt für Allgemeinmedizin, Homöopathie, Chirotherapie

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

Von 1997 bis 2003: 2. Vorsitzender des DZVhÄ. 2001: Mitbegründer des Europäischen Instituts für Homöopathie (InHom) und der Homöopathie-Stiftung des DZVhÄ in Köthen (Anhalt). Gründungsmitglied der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie (WissHom) und Sprecher deren Sektion „Weiterbildung, Fortbildung und Lehre“. Mitarbeit in den Arbeitsgruppen Lernziele und E-Learning.

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

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

Kontakt

Mail: post@gerhard-bleul.de

Web: www.gerhard-bleul.de

Anschrift: Neukirchner Straße 9a

D – 65510 Hünstetten