

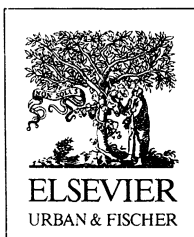
Micha Bitschnau, Anton Drähne (Hrsg.)

# Homöopathie in der Frauenheilkunde

**Integrative Therapiekonzepte für Klinik und Praxis**

**Mit Beiträgen von**

Leo Auerbach, Cornelia Bajic, Dagmar Bancher-Todesca, Micha Bitschnau, Mathias Brunbauer, Ute Bullemer, Kinga Chalubinski, Ursula Denison, Daniela Dörfler, Anton Drähne, Henning Droege, Jörg Feiler, Cornelia Fischer, Michael Frass, Georg Freude, Günter Freundl, Elisabeth Friedrich, Ulrich Gembruch, Walter Glueck, Jutta Gnaiger-Rathmanner, Elisabeth Hacket-Balluch, Jürgen Hansel, Engelbert Hanzal, Hanns Helmer, Kora Hirtenlehner-Ferber, Anton Horvat, Heinrich Hümmer, Martin Imhof, Elmar Joura, Viktor Jenni, Eva-Maria Jung, Herbert Kiss, Tomas-Hendrik Knocke-Abulesz, Petra Kohlberger, Peter König, Michael Krause, Martha Krumpl-Ströher, Elisabeth Kucera-Sliutz, Martin Langer, Katharina Leithner-Dziubas, Sepp Leodolter, Markus Lipovac, Franziska Maurer, Margit Mayer, Rosemarie Mayr, Andrea Mazanek, Eva Pritz, Helmut B. Retzek, Michaela Riegler-Keil, Heinrich Salzer, Christine E. Sam, Josef M. Schmidt, Peter Schneck, Katharina Schuchter, Brigitte Seul, Paul Sevelda, Dario Spinedi, Beat Spring, Marianne Springer-Kremser, Susanne Stoeckl-Gibs, Gabriele Stolz-Sedemund, Clemens Tempfer, Gertrud Unfried, Beate Vollmer, Thomas Waibel, Katharina T. Walch, Gerlinde Wawra-Pözl, Monika Weigert, Frank Wieland, Uta Willimowski, Jens Wurster, Dieter Zakel, Maria Zeller, Michaela Zorzi



**URBAN & FISCHER**  
München · Jena

---

**Zuschriften und Kritik an:**

Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag, Lektorat Komplementäre und Integrative Medizin, Karlstraße 45, 80333 München  
Dr. med. Micha Bitschnau, Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Krankenhaus Hietzing, Wolkersbergenstraße 1, 1130 Wien  
Dr. med. Anton Drähne, Johannerstraße 17, 53113 Bonn

---

**Wichtiger Hinweis für den Benutzer**

Die Erkenntnisse in der Medizin unterliegen laufendem Wandel durch Forschung und klinische Erfahrungen. Herausgeber und Autoren dieses Werkes haben große Sorgfalt darauf verwendet, dass die in diesem Werk gemachten therapeutischen Angaben (insbesondere hinsichtlich Indikation, Dosierung und unerwünschten Wirkungen) dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Das entbindet den Nutzer dieses Werkes aber nicht von der Verpflichtung, seine Verordnung in eigener Verantwortung zu treffen.

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**Alle Rechte vorbehalten**

1. Auflage November 2007

© Elsevier GmbH, München

Der Urban & Fischer Verlag ist ein Imprint der Elsevier GmbH.

07 08 09 10 11 5 4 3 2 1

Für Copyright in Bezug auf das verwendete Bildmaterial siehe Abbildungsnachweis. Der Verlag hat sich bemüht, sämtliche Rechteinhaber von Abbildungen zu ermitteln. Sollte dem Verlag gegenüber dennoch der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar gezahlt.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Um den Textfluss nicht zu stören, wurde bei Berufsbezeichnungen die grammatikalisch maskuline Form gewählt. Selbstverständlich sind in diesen Fällen immer Frauen und Männer gemeint.

Planung und Lektorat: Elisabeth Harth, Stefanie Regensburger, München

Layout: mogwitz|design, München

Herstellung: Antje Arnold, München

Satz: Kösel, Krugzell

Druck und Bindung: LegoPrint, Lavis

Fotos/Zeichnungen: s. Abbildungsnachweis

Umschlaggestaltung: SpieszDesign, Büro für Gestaltung, Neu-Ulm

Titelfotografie: ©Getty Images

ISBN-13: 978-3-437-56570-0

ISBN-10: 3-437-56570-2

---

Aktuelle Informationen finden Sie im Internet unter [www.elsevier.de](http://www.elsevier.de) und [www.elsevier.com](http://www.elsevier.com)

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>I</b>	<b>Einleitung . . . . .</b>	<b>1</b>	3.3	Geschlechtsspezifische Vorurteile bei Therapeuten . . . . .	24
<b>1</b>	<b>Zur Geschichte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe . . .</b>	<b>3</b>	3.4	Einfluss des Geschlechts bei homöopathischen Arzneimittelprüfungen . . . . .	25
1.1	Einleitung . . . . .	3	3.4.1	Geschlechterverhältnis bei homöopathischen Arzneimittelprüfungen . . . . .	25
1.2	Die Anfänge der Frauenheilkunde und Geburtshilfe . . . . .	3	3.4.2	Beispiel einer Arzneimittelprüfung . . . . .	26
1.2.1	Vom Mythos zum Logos: Die Anfänge wissenschaftlichen Denkens in der Geburtshilfe und Frauenheilkunde . . . . .	3	3.5	Schlussfolgerung . . . . .	27
1.2.2	Frauenheilkunde und Geburtshilfe in den frühen Kulturen . . . . .	5	<b>4</b>	<b>Wissenschaft in der Homöopathie . . . . .</b>	<b>29</b>
1.2.3	Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der Antike . . . . .	6	4.1	Homöopathische Forschung . . . . .	29
1.2.4	Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Mittelalter . . . . .	7	4.1.1	Untersuchungen an Zellen . . . . .	30
1.3	Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der Neuzeit . . . . .	8	4.1.2	Tierexperimente . . . . .	30
1.3.1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der Renaissance . . . . .	8	4.1.3	Das Gedächtnis des Wassers . . . . .	30
1.3.2	Frauenheilkunde und Geburtshilfe im 18. Jahrhundert . . . . .	9	4.1.4	Clusterforschung . . . . .	30
1.3.3	Frauenheilkunde und Geburtshilfe im 19. Jahrhundert . . . . .	10	4.1.5	Metaanalysen . . . . .	30
1.3.4	Frauenheilkunde und Geburtshilfe im 20. Jahrhundert . . . . .	11	4.2	Placeboforschung . . . . .	31
<b>2</b>	<b>Geschichte der Homöopathie</b> . . . . .	<b>15</b>	4.2.1	Entgiftung . . . . .	31
2.1	Die Homöopathie als Vermächtnis Hahnemanns . . . . .	15	4.2.2	Behandlung von Diarrhoe . . . . .	31
2.2	Kurze Biographie Hahnemanns . . . . .	16	4.2.3	Sterilitätsbehandlung . . . . .	31
2.3	Hahnemanns Begründung, Entwicklung und Abgrenzung der Homöopathie . . . . .	17	4.2.4	Behandlung von Senfgasverbrennungen . . . . .	32
2.4	Die Ausbreitung der Homöopathie in Deutschland . . . . .	18	4.2.5	Rezidivierende Rhinopharyngitis . . . . .	32
2.5	Die Verbreitung der Homöopathie in anderen Ländern . . . . .	20	4.2.6	Therapie von Allergien . . . . .	32
<b>3</b>	<b>Homöopathie und Frauen . .</b>	<b>23</b>	4.2.7	Intensivmedizin . . . . .	33
3.1	Vorgeschichte . . . . .	23	<b>5</b>	<b>Evidence-based Medicine (EBM) . . . . .</b>	<b>35</b>
3.2	Geschlechtsspezifischer Umgang mit Gesundheit und Krankheit . . . . .	23	5.1	Was ist Medizin? . . . . .	35
			5.2	Was ist Evidenz? . . . . .	36
			5.2.1	Naturwissenschaftliche Grundlagenforschung . . . . .	36
			5.2.2	Biostatistik . . . . .	37
			5.3	Historische Entwicklung der EBM . . . . .	37
			5.4	EBM in der Praxis . . . . .	38
			5.4.1	Umwandlung des Informationsbedarfs in eine beantwortbare klinische Frage . . . . .	38

5.4.2	Suche nach der besten Evidenz . . .	39	<b>2</b>	<b>Homöopathische Arznei-</b>	
5.4.3	Kritische Beurteilung			<b>mittelprüfung (HAMP) . . . .</b>	<b>57</b>
	der Evidenz . . . . .	40	2.1	Einleitung . . . . .	57
5.4.4	Integrationsvorgang:		2.2	Homöopathie und Placebo . . . .	58
	Vorstellungen der Patientin		2.2.1	HAMP als erste placebokon-	
	und beste wissenschaftliche			trollierte Doppelblindstudie . . . .	58
	Evidenz . . . . .	40	2.2.2	Placebo-Definition . . . . .	58
5.4.5	Evaluierung der Effizienz		2.2.3	Nachprüfungen . . . . .	59
	der Schritte 1 – 4 und deren		2.3	Durchführung einer HAMP . . . . .	59
	ständige Verbesserung . . . . .	41	2.4	Qualitätskontrolle durch	
5.5	Schlussbetrachtung . . . . .	41		systematisches Vorgehen . . . . .	60
<b>6</b>	<b>Evidence-based Medicine</b>		2.5	Ablauf einer HAMP . . . . .	61
	<b>und Homöopathie . . . . .</b>	<b>43</b>	2.5.1	Prüfplan . . . . .	61
6.1	Hahnemann und die Anfänge		2.5.2	Prüfungsdesign . . . . .	61
	wissenschaftlicher Medizin . . . .	43	2.6	Zusammenfassung . . . . .	63
6.2	Homöopathie und Wissenschaft		<b>3</b>	<b>Herstellung homöopathischer</b>	
	in der heutigen Zeit . . . . .	43		<b>Arzneimittel . . . . .</b>	<b>65</b>
6.2.1	Mögliche Fehlerquellen in		3.1	Pharmakopoe . . . . .	65
	der Homöopathie . . . . .	44	3.2	Ausgangsstoffe . . . . .	66
6.2.2	Grenzen der homöopathischen		3.2.1	Zubereitung . . . . .	66
	Therapie . . . . .	45	3.2.2	Darreichungsformen . . . . .	66
6.3	Argumente für eine		3.2.3	Prüfung der Identität . . . . .	67
	wissenschaftliche Evaluation		3.2.4	Pflanzliche Ausgangsstoffe . . . .	67
	der Homöopathie . . . . .	45	3.2.5	Ursprüngliche Ausgangsstoffe	
6.3.1	Hinterfragen des eigenen			und Herstellung nach HAB . . . .	67
	therapeutischen Handelns . . . . .	45	3.2.6	Verarbeitung der	
6.3.2	Positionierung unter anderen			Ausgangsstoffe . . . . .	69
	Therapieformen . . . . .	46	3.3	Hahnemanns Weg zur Entdeckung	
6.4	Evidenz und Homöopathie . . . . .	47		der Potenzierung von Arzneien . .	70
<b>II</b>	<b>Methodik der Homöo-</b>		3.4	Potenzformen . . . . .	70
	<b>pathie . . . . .</b>	<b>49</b>	3.4.1	C- und D-Potenzen . . . . .	70
<b>1</b>	<b>Prinzipien der</b>		3.4.2	Q-/LM-Potenzen . . . . .	71
	<b>Homöopathie . . . . .</b>	<b>51</b>	3.5	Potenzierverfahren . . . . .	72
1.1	Einleitung . . . . .	51	3.5.1	Mehrglasmethode . . . . .	72
1.2	Simile-Prinzip . . . . .	52	3.5.2	Einglasmethode nach	
1.3	Arzneimittelprüfung . . . . .	52		Korsakoff . . . . .	73
1.4	Verwendung potenziierter		3.5.3	Manuelle Verfahren/ Maschinenverschüttelungen . . .	73
	Arzneimittel . . . . .	53	3.5.4	Maschinelle Verfahren . . . . .	73
1.5	Miasma . . . . .	53	3.5.5	Fluxionspotenzen . . . . .	74
1.5.1	Bedeutung der Miasmentheorie		3.5.6	Gemischte Methode . . . . .	75
	in der Frauenheilkunde . . . . .	53	3.6	Bedeutung des Herstellungs-	
1.5.2	Die drei chronischen Miasmen			prozesses für die Therapie . . . . .	75
	(Psora, Syphilis, Sykosis) . . . . .	55	3.7	Ausblick . . . . .	76

<b>4</b>	<b>Homöopathische Behandlung</b> . . . . .	<b>79</b>	1.3	Infektionen . . . . .	108
4.1	Anamnese . . . . .	79	1.4	Lichen sclerosus et atrophicus . .	109
4.1.1	Akute Krankheiten . . . . .	80	1.5	Zyklus- und Blutungsstörungen . . . . .	110
4.1.2	Chronische Krankheiten . . . . .	80	1.6	Entwicklungs- und Funktionsstörungen . . . . .	111
4.2	Arzneimittelfindung . . . . .	82	1.7	Verdacht auf sexuellen Missbrauch . . . . .	113
4.2.1	Homöopathische Symptomenlehre . . . . .	83	1.7.1	Begriffsbestimmung . . . . .	113
4.2.2	Fallanalyse . . . . .	84	1.7.2	Sexueller Missbrauch aus kindergynäkologischer Sicht . . .	113
4.2.3	Materia Medica . . . . .	87	1.8	Homöopathische Aspekte in der Kindergynäkologie . . . . .	114
4.3	Potenzwahl und Dosierung . . . .	87	1.8.1	Entwicklungs- und Funktionsstörungen aus homöopathischer Sicht . . . . .	114
4.3.2	C-Potenzen und Kent'sche Skala .	88	1.8.2	Störungen in der Geschlechts- differenzierung . . . . .	114
4.3.3	Q-Potenzen . . . . .	88	1.8.3	Entwicklungsstörungen . . . . .	116
4.3.4	Mittelwechsel . . . . .	89	1.8.4	Homöopathische Kasuistiken . . .	116
4.3.5	Homöopathische Verschlimmerung . . . . .	89			
<b>5</b>	<b>Verlaufsbeurteilung und Folgeverschreibung</b> . . . . .	<b>91</b>	<b>2</b>	<b>Menarche und Menstrua- tionsbeschwerden</b> . . . . .	<b>123</b>
5.1	Verlaufsbeurteilung . . . . .	91	2.1	Physiologische Geschlechts- entwicklung . . . . .	123
5.1.1	Hering'sche Regel . . . . .	92	2.2	Kinder- und jugendgynäko- logischen Untersuchung . . . . .	124
5.1.2	Einzelmittelgabe . . . . .	93	2.3	Menstruation . . . . .	125
5.1.3	Reaktionen auf Arzneimittelgaben (C-Potenzen) nach Kent . . . . .	93	2.3.1	Normaler Zyklus . . . . .	125
5.2	Folgeverschreibung bei der Gabe von C-Potenzen . . . . .	97	2.3.2	Zyklushygiene . . . . .	126
5.2.1	Keine Arzneiwiederholung während der Besserung . . . . .	97	2.4	Blutungsstörungen . . . . .	127
5.2.2	Arzneiwiederholung . . . . .	98	2.4.1	Vaginale Blutungen im Kindesalter . . . . .	127
5.2.3	Auftreten neuer Symptome . . . .	98	2.4.2	Blutungsstörungen bei jungen Mädchen nach der Menarche . . .	127
5.2.4	Wechsel der Potenzhöhe . . . . .	98	2.5	Menstruationsbeschwerden bei jungen Frauen . . . . .	129
5.2.5	Arzneimittelwechsel . . . . .	98	2.6	Teenagerschwangerschaften . . .	129
5.3	Verschreibung von Q-Potenzen . .	99	2.7	Menarche und Menstruations- beschwerden aus homöo- pathischer Sicht . . . . .	131
5.4	Beurteilung des Heilungs- verlaufs . . . . .	100	2.7.1	Menarche und Pubertas praecox . . . . .	131
			2.7.2	Späte Menarche und Pubertas tarda . . . . .	132
<b>III</b>	<b>Praxis</b> . . . . .	<b>103</b>			
<b>1</b>	<b>Kindergynäkologie</b> . . . . .	<b>105</b>			
1.1	Entwicklungsperioden . . . . .	105			
1.2	Physiologische und abnorme Genitalbefunde . . . . .	107			
1.2.1	Beurteilung des Hymens . . . . .	107			
1.2.2	Mayer-Rokitansky-Küster- Hauser-Syndrom (MRKHS) . . . . .	108			
1.2.3	Labiensynechie . . . . .	108			

2.7.3	Menstruationsbeschwerden (Dysmenorrhoe) . . . . .	133	3.9	Homöopathie und Schwangerschaft . . . . .	193
2.8	Homöopathische Kasuistiken . . . . .	134	3.9.1	Individuelle Patientinnenbetreuung . . . . .	193
<b>3</b>	<b>Schwangerschaft . . . . .</b>	<b>137</b>	3.9.2	Homöopathische Schwangerschaftsbegleitung . . .	194
3.1	Vorsorge und Screening in der Schwangerschaft . . . . .	138	3.9.3	Akute Beschwerden/Notfälle . . .	197
3.1.1	Einleitung . . . . .	138	3.9.4	Homöopathische Kasuistiken . . .	199
3.1.2	Präkonzeptionelle Beratung . . . .	138	<b>4</b>	<b>Vulvovaginale Infektionen</b>	<b>221</b>
3.1.3	Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft . . . . .	139	4.1	Einleitung . . . . .	221
3.1.4	Pränataldiagnostik/ Ultraschalluntersuchungen . . . .	140	4.2	Diagnostik . . . . .	222
3.2	Abortus . . . . .	143	4.3	Klinische Bedeutung vaginaler Infektionen . . . . .	223
3.2.1	Diagnostik und Differenzial- diagnostik (Schwangerschafts- nachweis) . . . . .	144	4.4	Spezielle Krankheitsbilder . . . .	224
3.2.2	Spontaner Abort . . . . .	144	4.4.1	Vulvovaginale Candidose (Soorinfektion) . . . . .	224
3.2.3	Habituellem Abort . . . . .	146	4.4.2	Chronisch-rezidivierende vulvovaginale Candidose . . . . .	225
3.2.4	Die verschiedenen Arten des Abortgeschehens und ihre Behandlungsmöglichkeiten . . . .	146	4.4.3	Bakterielle Vaginose . . . . .	225
3.2.5	Methoden der Abortinduktion . .	149	4.4.4	Trichomoniasis . . . . .	227
3.3	Blutungen in der Schwangerschaft . . . . .	149	4.4.5	Mukopurulente Zervizitis . . . . .	227
3.3.1	Blutungen im ersten Trimenon . .	150	4.5	Homöopathische Therapie . . . .	228
3.3.2	Blutungen im zweiten Trimenon . . . . .	151	4.5.1	Therapienotstand . . . . .	228
3.3.3	Blutungen im dritten Trimenon . . . . .	151	4.5.2	Akute Therapie . . . . .	230
3.3.4	Schlussbemerkung . . . . .	156	4.5.3	Chronische Therapie . . . . .	230
3.4	Extrauterin gravidität (EUG) . . . .	157	4.5.4	Homöopathische Kasuistiken . . .	231
3.5	Erkrankungen in der Schwangerschaft . . . . .	162	<b>5</b>	<b>Geburt . . . . .</b>	<b>253</b>
3.5.1	Gestationsdiabetes . . . . .	162	5.1	Geburtseinleitung . . . . .	254
3.5.2	Hypertensive Erkrankungen in der Schwangerschaft . . . . .	169	5.1.1	Indikationen/Kontraindikationen	254
3.6	Fetale Wachstumsretardierung und intrauterine Gefährdung durch chronischen Versorgungs- mangel . . . . .	175	5.1.2	Medikamentöse Methoden . . . .	254
3.7	Frühgeburtlichkeit . . . . .	180	5.1.3	Nicht medikamentöse Methoden . . . . .	258
3.8	Lageanomalien . . . . .	188	5.1.4	Aufklärung zur Geburtseinleitung	258
3.8.1	Querlage . . . . .	189	5.2	Physiologie und Anomalien der Wehentätigkeit . . . . .	259
3.8.2	Beckenendlage . . . . .	190	5.2.1	Physiologie der Wehentätigkeit . . . . .	259
			5.2.2	Anomalien der Wehentätigkeit . .	262
			5.3	Damriss/Episiotomie . . . . .	263
			5.3.1	Damriss . . . . .	263
			5.3.2	Dammschnitt (Episiotomie) . . . .	263
			5.3.3	Versorgung des Dammrisses . . . .	265
			5.4	Vaginal-operative Entbindungen	266
			5.4.1	Forceps-Zangenentbindung . . . .	266
			5.4.2	Vakuum-Saugglockengeburt . . . .	267

5.4.3	Vakuum versus Forceps . . . . .	267	6.3.7	Harnwegsinfektionen . . . . .	300
5.5	Geburtshilfliche Notfälle . . . . .	267	6.4	Harnentleerungsstörungen . . . .	301
5.5.1	Blutungen im dritten Trimenon/ während der Geburt . . . . .	267	6.4.1	Harnverhalt . . . . .	301
5.5.2	Blutungen in der Nachgeburts- periode . . . . .	269	6.4.2	Harninkontinenz . . . . .	301
5.5.3	Eklampthischer Anfall . . . . .	271	6.5	Beckenringlockerung . . . . .	301
5.5.4	Appendizitis während der Schwangerschaft . . . . .	271	6.6	Psychische Veränderungen . . . .	302
5.5.5	Amnioninfusionssyndrom (Fruchtwasserembolie) . . . . .	272	6.6.1	„Babyblues“ . . . . .	302
5.5.6	Notfalltransfusionen . . . . .	272	6.6.2	Postpartale Depression . . . . .	302
5.6	Homöopathie in der Geburtshilfe . . . . .	276	6.6.3	Postpartale Psychose . . . . .	302
5.6.1	Geburtsverlauf . . . . .	276	6.7	Stillen . . . . .	302
5.6.2	Die homöopathische Geburtsbegleitung . . . . .	277	6.7.1	Physiologische Grundlagen . . . .	302
5.6.3	Blasensprung am Termin ohne Wehentätigkeit . . . . .	277	6.7.2	Medikamenteneinnahme in der Stillphase . . . . .	303
5.6.4	Gefahr der Übertragung . . . . .	278	6.7.3	Stillberatung . . . . .	304
5.6.5	Geburtsverletzung . . . . .	278	6.7.4	Stillprobleme . . . . .	304
5.6.6	Die homöopathisch geleitete Geburt . . . . .	279	6.7.5	Infektiöse Mastitis (Mastitis puerperalis) . . . . .	304
5.6.7	Falsch angewandte Homöopathie in der Geburtshilfe . . . . .	282	6.7.6	Brustabszess . . . . .	305
5.6.8	Homöopathische Kasuistiken . . .	284	6.8	Das Wochenbett aus homöopathischer Sicht . . . . .	305
<b>6</b>	<b>Wochenbett . . . . .</b>	<b>293</b>	6.8.1	Forderung nach einem „sanften“ Wochenbett . . . . .	305
6.1	Definition . . . . .	294	6.8.2	Uterus, Vulva und Vagina . . . . .	307
6.2	Uterusrückbildung (Involutio uteri) . . . . .	294	6.8.3	Brust . . . . .	309
6.2.1	Physiologie . . . . .	294	6.8.4	Hämorrhoiden . . . . .	310
6.2.2	Störungen der Uterusrückbildung . . . . .	295	6.8.5	Kokzygodynie . . . . .	310
6.3	Besondere Infektionen im Wochenbett (Puerperalfieber) . . . . .	296	6.8.6	Erschöpfung/Schwäche . . . . .	310
6.3.1	Endomyometritis . . . . .	296	6.8.7	Homöopathische Kasuistiken . . .	311
6.3.2	Puerperalsepsis und Endotoxinschock . . . . .	298	<b>7</b>	<b>Homöopathische Akutbe- handlung in der Schwanger- schaft und Geburtshilfe . . .</b>	<b>327</b>
6.3.3	Toxisches Schock-Syndrom . . . .	299	7.1	Tradition homöopathischer Akutmittel . . . . .	327
6.3.4	Wundinfektionen . . . . .	299	7.2	Leitsymptome bei akuten Beschwerden in der Schwan- gerschaft . . . . .	328
6.3.5	Septische Ovarialvenen- thrombose (Beckenvenen- thrombophlebitis) . . . . .	300	7.2.1	Hyperemesis gravidarum . . . . .	328
6.3.6	Parametriaie Phlegmone und Abszedierung . . . . .	300	7.2.2	Erschöpfung/Schwäche . . . . .	330
			7.3	Leitsymptome des geburtshilflichen Notfalls . . . . .	330
			7.3.1	Blutungen . . . . .	330
			7.3.2	Untypischer Schmerz . . . . .	332
			7.4	Möglichkeiten und Grenzen der homöopathischen Behandlung beim geburtshilflichen Notfall . .	332

7.4.1	Schwangerschaftsbedingte Hypertonie/Präeklampsie . . . . .	332	9.2.4	Kalendermethode (Knaus-Ogino) . . . . .	382
7.4.2	Posthämorrhagischer fetaler Schock . . . . .	333	9.2.5	Vor- und Nachteile der Methoden der periodischen Abstinenz . . . . .	382
7.4.3	Koagulopathien . . . . .	333	9.2.6	Zykluscomputer . . . . .	383
7.4.4	Eklamptischer Anfall und HELLP-Syndrom . . . . .	333	9.2.7	Coitus interruptus . . . . .	384
7.4.5	Placenta velamentosa, Varicositas vulvae et vaginae, vorzeitige Placentalösung . . . . .	334	9.3	Mechanische/chemische Verhütungsmethoden . . . . .	384
7.5	Homöopathische Kasuistiken . . . . .	334	9.3.1	Diaphragma . . . . .	384
<b>8</b>	<b>Sterilität und Kinderwunschbehandlung . . . . .</b>	<b>341</b>	9.3.2	Portiokappe . . . . .	385
8.1	Ursachen der Sterilität . . . . .	341	9.3.3	Vaginalschwamm . . . . .	385
8.2	Diagnostische Abklärung vor der Kinderwunschbehandlung . . . . .	342	9.3.4	Spermizide . . . . .	386
8.2.1	Andrologische Abklärung . . . . .	342	9.3.5	Kondom (Präservativ) . . . . .	386
8.2.2	Genetische Abklärung bei beiden Partnern . . . . .	344	9.3.6	Intrauterinpessar (IUP) . . . . .	386
8.2.3	Ursachen weiblicher Sterilität . . . . .	344	9.4	Sterilisation . . . . .	388
8.2.4	Anamneseerhebung . . . . .	350	9.4.1	Sterilisation des Mannes (Vasektomie) . . . . .	388
8.2.5	Diagnostik . . . . .	350	9.4.2	Sterilisation der Frau (Tubenligatur) . . . . .	389
8.2.6	Stimulation der Eizellreifung . . . . .	352	9.5	Hormonelle Kontrazeption . . . . .	389
8.3	Techniken der Kinderwunschbehandlung . . . . .	352	9.5.1	Orale Ovulationshemmer („Pille“) . . . . .	389
8.3.1	Lutealphasenunterstützung . . . . .	352	9.5.2	Alternative Applikationen von Ovulationshemmern . . . . .	391
8.3.2	Artifizielle Insemination . . . . .	353	9.5.3	Minipille . . . . .	392
8.3.3	In-vitro-Fertilisation (IVF) . . . . .	354	9.5.4	Depotgestagene . . . . .	393
8.3.4	Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) . . . . .	362	9.6	„Notfall“-Kontrazeption . . . . .	394
8.4	Kinderwunschbehandlung aus homöopathischer Sicht . . . . .	362	9.6.1	Postkoitalpille . . . . .	394
8.4.1	Einleitung . . . . .	362	9.6.2	Postkoitale IUP-Insertion . . . . .	395
8.4.2	Homöopathische Aspekte bei der Behandlung ungewollter Kinderlosigkeit . . . . .	363	9.7	Kontrazeption aus homöopathischer Sicht . . . . .	395
8.4.3	Homöopathische Kasuistiken . . . . .	365	9.7.1	Beratung . . . . .	395
<b>9</b>	<b>Kontrazeption . . . . .</b>	<b>377</b>	9.7.2	Homöopathische Überlegungen zur Empfängnisverhütung durch hormonelle orale Kontrazeptiva oder Spirale . . . . .	396
9.1	Begriffsbestimmung . . . . .	378	<b>10</b>	<b>Klimakterium . . . . .</b>	<b>401</b>
9.2	Natürliche Empfängnisverhütung . . . . .	378	10.1	Die Lebensphasen einer Frau . . . . .	401
9.2.1	Temperaturmethode . . . . .	380	10.1.1	Reproduktive Phase/ Menstruationszyklus . . . . .	401
9.2.2	Symptomthermale Methode (STM) . . . . .	380	10.1.2	„Wechsel“ . . . . .	402
9.2.3	Schleimmethode . . . . .	382	10.2	Klinik des Klimakteriums . . . . .	403
			10.2.1	Dysfunktionelle Blutungen . . . . .	404
			10.2.2	Vegetative Symptome („Wechselbeschwerden“) . . . . .	405



10.2.3	Osteoporose . . . . .	406	<b>12</b>	<b>Beckenbodeninsuffizienz</b>	<b>463</b>
10.2.4	Atrophie im Urogenitalbereich . .	412	12.1	Klinik und Diagnostik . . . . .	463
10.3	Diagnostik während des Klimakteriums . . . . .	413	12.2	Konventionelle Behandlungsmöglichkeiten . . . . .	466
10.4	Hormonsubstitution im Klimakterium – (k)ein Dilemma . . . . .	414	12.2.1	Konservative Therapie . . . . .	466
10.4.1	Möglichkeiten und Grenzen der Hormon(ersatz)therapie . . . . .	414	12.2.2	Operative Therapie . . . . .	466
10.4.2	Individuelle Therapieentscheidung („maßgeschneiderte HRT“) . . . .	415	12.3	Homöopathische Aspekte bei der Therapie des Descensus uteri et vaginae . . . . .	467
10.4.3	Nutzen-Risiko-Bilanz einer HRT (ERT) . . . . .	417	12.3.1	Beckenbodeninsuffizienz als systemische Erkrankung . . . . .	467
10.4.4	Schlussbetrachtung . . . . .	417	12.3.2	Symptomatologie . . . . .	467
10.5	Das Klimakterium aus homöopathischer Sicht . . . . .	417	12.3.3	Konservative Behandlung . . . .	469
10.5.1	Einleitung . . . . .	417	12.3.4	Homöopathische Kasuistik . . . .	470
10.5.2	Individuelle Therapie- entscheidung . . . . .	418	<b>13</b>	<b>Benigne Veränderungen der Brust</b> . . . . .	<b>473</b>
10.5.3	Grundzüge der homöopathischen Therapie klimakterischer Beschwerden . . . . .	418	13.1	Einleitung . . . . .	473
10.5.4	Homöopathische Kasuistiken . . .	420	13.2	Mammadiagnostik . . . . .	473
<b>11</b>	<b>Blasenfunktionsstörungen und -infektionen</b> . . . . .	<b>437</b>	13.3	Klinische Einteilung gutartiger Brusterkrankungen . . . . .	474
11.1	Anatomie und Physiologie . . . . .	437	13.4	Spezielle Krankheitsbilder . . . .	474
11.1.1	Anatomie der Harnblase . . . . .	437	13.4.1	Fibroadenome . . . . .	474
11.1.2	Physiologie und Pathophysiologie der Harnentleerung . . . . .	439	13.4.2	Zysten . . . . .	475
11.2	Harninkontinenz . . . . .	439	13.4.3	Absonderungen der Brustwarze .	475
11.2.1	Belastungsinkontinenz . . . . .	439	13.4.4	Benigne Ductektasien . . . . .	476
11.2.2	Dranginkontinenz . . . . .	445	13.4.5	Sklerosierende Adenose und radiäre Narben . . . . .	476
11.2.3	Mischinkontinenz . . . . .	445	13.4.6	Mastopathie . . . . .	476
11.2.4	Diagnostik und Differential- diagnostik . . . . .	446	13.4.7	Atypische lobuläre Hyperplasie (ALH)/atypische duktale Hyperplasie (ADH) . . . . .	477
11.2.5	Therapie . . . . .	448	13.4.8	Mastodynie/Mastalgie . . . . .	477
11.3	Harnverhaltung . . . . .	452	13.4.9	Infektionen der Mamma . . . . .	478
11.4	Harnwegsinfektion (HWI) . . . . .	453	13.4.10	Mikrokalk . . . . .	478
11.5	Homöopathische Aspekte bei der Therapie von Blasenfunktionsstörungen . . . . .	455	13.5	Mammakarzinom-Risiko . . . . .	478
11.5.1	Einleitung . . . . .	455	13.6	Homöopathische Aspekte bei der Behandlung gutartiger Brustveränderungen . . . . .	479
11.5.2	Harninkontinenz . . . . .	455	13.6.1	Einleitung . . . . .	479
11.5.3	Blasenentleerungsstörungen . . .	460	13.6.2	Miasmatischer Hintergrund gutartiger Brustverän- derungen . . . . .	480
11.5.4	Blasenentzündung . . . . .	460	13.6.3	Homöopathische Kasuistiken . . . . .	481

<b>14</b>	<b>Abnorme Blutungen . . . . .</b>	<b>487</b>	15.12.1	Häufigkeit von Veränderungen der Vulva und Vagina in der Praxis . . . . .	520
14.1	Terminologie . . . . .	487	15.12.2	Dermatosen . . . . .	520
14.2	Ätiologie . . . . .	489	15.12.3	Infektionen der Vulva . . . . .	521
14.3	Diagnostik . . . . .	489	15.12.4	Polypen/Myome . . . . .	521
14.4	Therapie abnormer Blutungen . .	489	15.12.5	Homöopathische Kasuistiken . . . . .	522
14.5	Homöopathische Therapie . . . . .	492	<b>16</b>	<b>Unterbauchschmerz . . . . .</b>	<b>531</b>
14.5.1	Einleitung . . . . .	492	16.1	Schmerzqualität . . . . .	531
14.5.2	Operative Interventionen und Homöopathie . . . . .	492	16.1.1	Somatischer Schmerz . . . . .	531
14.5.3	Abnorme Blutung und Miasma . .	494	16.1.2	Viszeraler Schmerz . . . . .	531
14.5.4	Homöopathische Kasuistiken . . .	495	16.2	Einteilung des Unterbauch- schmerzes aus gynäkologischer Sicht . . . . .	532
<b>15</b>	<b>Erkrankungen von Vulva und Zervix . . . . .</b>	<b>511</b>	16.2.1	Schmerz bei physiologischen Abläufen . . . . .	532
15.1	Untersuchung der Vulva . . . . .	512	16.2.2	Schmerz der Adnexe . . . . .	533
15.1.1	Vulvoskopie . . . . .	512	16.2.3	Schmerz des Uterus . . . . .	534
15.1.2	Biopsie . . . . .	512	16.2.4	Schmerz des Darms . . . . .	535
15.2	Dermatosen der Vulva . . . . .	512	16.3	Schmerz in der Schwangerschaft	537
15.2.1	Lichen sclerosus . . . . .	512	16.4	Homöopathische Therapie des Unterbauchschmerzes . . . . .	538
15.2.2	Lichen simplex chronicus . . . . .	514	16.4.1	Abklärung von Unterbauch- beschwerden . . . . .	538
15.2.3	Lichen planus . . . . .	514	16.4.2	Chronischer und subakuter Unterbauchschmerz . . . . .	539
15.2.4	Psoriasis . . . . .	515	16.4.3	Akuter und perakuter Unterbauchschmerz . . . . .	539
15.2.5	Morbus Paget der Vulva . . . . .	515	16.4.4	Repertorisation der Schmerz- symptomatik . . . . .	540
15.3	Virale Infektionen an der Vulva . . . . .	515	16.4.5	Homöopathische Kasuistiken . .	541
15.3.1	Herpes genitalis . . . . .	515	<b>17</b>	<b>Mammakarzinom . . . . .</b>	<b>551</b>
15.3.2	HPV-assoziierte Veränderungen an der Vulva . . . . .	516	17.1	Einleitung . . . . .	551
15.4	Bakterielle Infektionen der Vulva . . . . .	519	17.2	Diagnostische Methoden . . . . .	552
15.4.1	Follikulitis . . . . .	519	17.2.1	Screening . . . . .	552
15.4.2	Bartholinitis . . . . .	519	17.2.2	Mikrokalzifikationen . . . . .	553
15.5	Pigmentierte Läsionen der Vulva . . . . .	519	17.2.3	Knoten . . . . .	554
15.6	Malignes Melanom der Vulva . . .	519	17.2.4	Interdisziplinäres diagnostisches Konsilium . . . . .	555
15.7	Vaginale intraepitheliale Neoplasien (VAIN) . . . . .	519	17.3	Einteilung und Therapie . . . . .	555
15.8	Erythroplakie der Zervix . . . . .	520	17.3.1	Therapie des duktales Carcinoma in situ (DCIS) . . . . .	555
15.9	Ovula Nabothi . . . . .	520	17.3.2	Therapie des invasiven Mamma- karzinoms . . . . .	556
15.10	Zervixpolypen . . . . .	520			
15.11	Zervixmyome . . . . .	520			
15.12	Homöopathische Aspekte bei der Behandlung von Erkrankungen der Vulva und Zervix . . . . .	520			

17.3.3	Therapie des prämenopausalen hormonsensitiven Mamma- karzinoms . . . . .	559	19.3	Uterussarkom . . . . .	624
17.3.4	Therapie des hormonrezeptor- negativen Mammakarzinoms . . .	560	19.4	Additive homöopathische Behandlung von malignen Uterustumoren . . . . .	626
17.3.5	Therapie des postmenopausalen hormonsensitiven Mamma- karzinoms . . . . .	561	19.4.1	Zervixkarzinom . . . . .	626
17.4	Therapie(notstände) bei (zunächst) nicht operablen Mammakarzinomen . . . . .	561	19.4.2	Endometriumkarzinom . . . . .	629
17.5	Additive homöopathische Therapie . . . . .	562	19.4.3	Homöopathische Kasuistiken . . .	629
17.5.1	Einleitung . . . . .	562	<b>20</b>	<b>Vulva- und Vaginal- karzinom . . . . .</b>	<b>635</b>
17.5.2	Tumoren als „einseitige“ Erkrankungen . . . . .	564	20.1	Vulvakarzinom . . . . .	635
17.5.3	Strategie bei der begleitenden Homöotherapie des Mamma- karzinoms . . . . .	565	20.2	Vaginalkarzinom . . . . .	636
17.5.4	Potenzwahl und Dosierung . . . .	568	20.3	Additive homöopathische Behandlung von (malignen) Tumoren der Vulva und Vagina . .	637
17.5.5	Miasmatische Betrachtungen bei der homöopathischen Krebsbehandlung . . . . .	568	20.3.1	Therapiestrategie . . . . .	637
17.5.6	Unterstützende Maßnahmen . . .	569	20.3.2	Vulvakarzinom . . . . .	638
17.5.7	Homöopathische Kasuistiken . . .	569	20.3.3	Vaginalkarzinom . . . . .	638
<b>18</b>	<b>Ovarial- und Tuben- karzinom . . . . .</b>	<b>589</b>	<b>21</b>	<b>Maligne Trophoblast- erkrankungen . . . . .</b>	<b>641</b>
18.1	Klinik und Diagnostik . . . . .	589	21.1	Konventionelle Behandlung . . . .	641
18.2	Therapie . . . . .	593	21.2	Additive homöopathische Behandlung der Blasenmole und des Chorionkarzinoms . . . . .	643
18.2.1	Operative Therapie . . . . .	593	21.2.1	Blasenmole/Chorionepitheliom . .	643
18.2.2	Chemotherapie . . . . .	596	21.2.2	Chorionkarzinom . . . . .	644
18.2.3	Nachsorge . . . . .	597	<b>22</b>	<b>Tumorthherapie . . . . .</b>	<b>645</b>
18.3	Therapienotstände . . . . .	598	22.1	Zytostatikatherapie . . . . .	645
18.4	Additive homöopathische Be- handlung des Ovarialkarzinoms .	598	22.1.1	Alkylantien . . . . .	646
18.4.1	Risikofaktoren . . . . .	598	22.1.2	Antimetabolite . . . . .	646
18.4.2	Einseitige Krankheit . . . . .	598	22.1.3	Antitumor-Antibiotika . . . . .	646
18.4.3	Symptomatologie . . . . .	599	22.1.4	Alkaloide . . . . .	646
18.4.4	Möglichkeiten und Grenzen der additiven homöopathischen Behandlung . . . . .	599	22.1.5	Topoisomerase-Hemmer . . . . .	646
18.4.5	Homöopathische Kasuistiken . . .	601	22.1.6	Nebenwirkungen der Zytostatikatherapie . . . . .	647
<b>19</b>	<b>Tumoren des Uterus . . . . .</b>	<b>617</b>	22.1.7	Supportive Therapie (Antiemese) . . . . .	647
19.1	Zervixkarzinom . . . . .	617	22.2	Radiotherapeutisches Management gynäkologischer Tumore . . . . .	650
19.2	Endometriumkarzinom . . . . .	622	22.2.1	Entwicklung der Strahlentherapie . . . . .	650
			22.2.2	Diagnostik . . . . .	651
			22.2.3	Strahlentherapeutische Techniken . . . . .	651

22.2.4	Strahlentherapie des Zervixkarzinoms . . . . .	652	23.4.2	Angebote für das Personal . . . . .	683
22.2.5	Strahlentherapie des Endometriumkarzinoms . . . . .	653	23.4.3	Psychosomatische Versorgung und interdisziplinäre Zusammenarbeit . . . . .	684
22.2.6	Strahlentherapie des Mammakarzinoms . . . . .	654	23.5	Homöopathie und Psychosomatik in Frauenheilkunde und Geburtshilfe . . . . .	684
22.2.7	Nachsorge . . . . .	654	23.5.1	Einteilung psychosomatischer Beschwerden in der Frauenheilkunde . . . . .	684
22.3	Schmerztherapie . . . . .	655	23.5.2	Homöopathisches Krankheitskonzept psychischer Störungen . . . . .	684
22.3.1	Reduktion der Schmerz auslösenden Ursache . . . . .	655	<b>24</b>	<b>Prämenstruelles Syndrom (PMS) . . . . .</b>	<b>687</b>
22.3.2	Erhöhung der Schmerzschwelle . . . . .	655	24.1	Begriffsgeschichte . . . . .	687
22.3.3	Ausreichende Dosierung von Opioiden . . . . .	655	24.2	Klinik und Diagnostik . . . . .	687
22.3.4	Neurogene Schmerzen . . . . .	655	24.2.1	Einteilung . . . . .	687
22.3.5	WHO-Stufenschema . . . . .	656	24.2.2	Symptomatik . . . . .	688
22.4	Additive homöopathische Tumorthherapie . . . . .	656	24.3	Therapie . . . . .	688
22.4.1	Möglichkeiten und Grenzen einer additiven homöopathischen Therapie . . . . .	656	24.3.1	Lokal wirksame Therapeutika bei Betonung der Schmerzkomponente . . . . .	688
22.4.2	Zytostatikatherapie . . . . .	657	24.3.2	Psychotrope Substanzen . . . . .	689
22.4.3	Strahlentherapie . . . . .	660	24.3.3	Diät und Nahrungsmittelergänzungen . . . . .	689
22.4.4	Schmerztherapie . . . . .	661	24.4	PMS aus homöopathischer Sicht . . . . .	690
22.4.5	Homöopathische Kasuistiken . . . . .	661	24.4.1	Definition und konventionelle Behandlung . . . . .	690
<b>23</b>	<b>Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe . . . . .</b>	<b>671</b>	24.4.2	PMS und Homöopathie . . . . .	690
23.1	Begriffsbestimmung . . . . .	671	24.4.3	Homöopathische Kasuistiken . . . . .	692
23.2	Psychosomatische Grundhaltung . . . . .	672	<b>25</b>	<b>Ess-Störungen . . . . .</b>	<b>699</b>
23.2.1	Bio-psycho-soziales Modell (Uexküll) . . . . .	672	25.1	Häufigkeit von Ess-Störungen . . . . .	699
23.2.2	Emotionelle Bedeutung der Genitalorgane . . . . .	673	25.2	Übergänge von anorektischem zu bulimischem Verhalten . . . . .	700
23.2.3	Reifungs- und Entwicklungskrisen im weiblichen Lebenszusammenhang . . . . .	673	25.3	Ätiologie und Pathogenese . . . . .	701
23.2.4	Arzt-Patientin-Beziehung . . . . .	675	25.3.1	Soziokulturelle Faktoren . . . . .	701
23.3	Psychosomatische Krankheitslehre . . . . .	676	25.3.2	Psychosoziale Faktoren . . . . .	701
23.3.1	Psychosomatische Symptome . . . . .	676	25.3.3	Familiäre Faktoren . . . . .	702
23.3.2	Somatopsychische Reaktionen . . . . .	678	25.3.4	Genetische und biologische Faktoren . . . . .	702
23.3.3	Psychosozial vernetzte Probleme . . . . .	680	25.4	Anorexia nervosa . . . . .	702
23.4	Therapie . . . . .	682	25.4.1	Klinik und Diagnostik . . . . .	702
23.4.1	Therapieangebote für Schwangere . . . . .	682	25.4.2	Komorbidität . . . . .	703

25.5	Bulimia nervosa . . . . .	703	26.5.1	Gewichtung der Ursachen . . . . .	721
25.5.1	Klinik und Diagnostik . . . . .	703	26.5.2	Psychotherapeutische Begleitung ungewollt kinderloser Paare . . . . .	721
25.5.2	Komorbidität . . . . .	706	26.5.3	Strategien zur Problem- bewältigung . . . . .	722
25.6	Diagnostische Abklärung . . . . .	706	26.5.4	Homöopathische Behandlung . . . . .	722
25.7	Therapie . . . . .	706	26.6	Schlussbemerkung . . . . .	723
25.7.1	Behandlungsstrategien . . . . .	707			
25.7.2	Verlauf und Prognose . . . . .	708	<b>27</b>	<b>Psychische Störungen in der Schwangerschaft . . . . .</b>	<b>725</b>
25.8	Homöopathische Behandlung der Ess-Störungen . . . . .	708	27.1	Psychische Schwangerschafts- komplikationen . . . . .	725
25.8.1	Möglichkeiten und Grenzen der homöopathischen Therapie . . . . .	708	27.2	Angststörungen . . . . .	726
25.8.2	Anorexia nervosa . . . . .	708	27.3	Affektive Störungen . . . . .	727
25.8.3	Bulimia nervosa . . . . .	709	27.4	Schizophrene Störungen . . . . .	728
25.8.4	Adipositas . . . . .	710	27.5	Zwangsstörungen . . . . .	728
25.8.5	Symptomatologie der Ess-Störungen . . . . .	711	27.6	Negieren der Schwangerschaft . . . . .	728
<b>26</b>	<b>Psychosoziale Dynamik bei unerfülltem Kinderwunsch . . . . .</b>	<b>715</b>	27.7	Spezielle psychische Aspekte . . . . .	729
26.1	Infertilität als Krise . . . . .	715	27.8	Homöopathische Aspekte der psychischen Störungen in der Schwangerschaft . . . . .	730
26.1.1	Befindlichkeit der Paare . . . . .	716	27.8.1	Psychodynamik der Schwangerschaft . . . . .	730
26.1.2	Psychische Ursachen der Kinderlosigkeit . . . . .	716	27.8.2	Psychogenetische Symptome in der Schwangerschaft . . . . .	730
26.1.3	Stressfaktoren . . . . .	716	27.8.3	Homöopathische Behandlungsstrategie . . . . .	731
26.2	Psychotherapeutische Begleitung – Systemische Familientherapie . . . . .	717	27.8.4	Homöopathische Kasuistiken . . . . .	733
26.2.1	Dynamiken in Familiensystemen . . . . .	718	<b>28</b>	<b>Vom „Babyblues“ bis zur Wochenbett- depression/-psychose . . . . .</b>	<b>739</b>
26.2.2	Innerlich dem Kind einen Platz geben . . . . .	718	28.1	Inzidenz und Prävalenz . . . . .	739
26.2.3	Abschied vom eigenen Wunschkind . . . . .	719	28.2	Symptomatik . . . . .	740
26.3	Diagnose „Infertilität“ . . . . .	719	28.2.1	Post-partum-Blues („Babyblues“) . . . . .	740
26.3.1	Trauerprozess . . . . .	719	28.2.2	Wochenbettdepression . . . . .	740
26.3.2	Auswirkung von Infertilität auf die Paarbeziehung . . . . .	719	28.2.3	Psychotische Störung . . . . .	740
26.4	Psychische Belastungen der Kinderwunschbehandlung . . . . .	720	28.3	Ätiologie und beteiligte interagierende Faktoren . . . . .	740
26.4.1	Stressfaktoren während einer IVF-Behandlung . . . . .	720	28.3.1	Hormonelle Faktoren . . . . .	740
26.4.2	Positive Stressbewältigung . . . . .	720	28.3.2	Psychosoziale und intrapsychische Faktoren . . . . .	740
26.4.3	Warten auf den Schwanger- schaftstest . . . . .	720	28.4	Behandlungskonzepte . . . . .	743
26.5	Homöopathische Aspekte der psychosozialen Dynamik bei unerfülltem Kinderwunsch . . . . .	721	28.4.1	Post-partum-Blues („Babyblues“) . . . . .	743

28.4.2	Post-partum-Depression . . . . .	743	30.3.4	Begleitung von Geburten . . . . .	767
28.4.3	Post-partum-Psychose . . . . .	744	30.3.5	Postpartale Konsultation . . . . .	767
28.5	„Babyblues“ und Wochenbett- depression aus homöopathischer Sicht . . . . .	744	30.4	Sexualität nach Operationen . . .	768
28.5.1	Besonderheiten der Anamnese und Fallanalyse . . . . .	744	30.4.1	Körperbild und weibliche Identität . . . . .	768
28.5.2	Symptomatologie der Wochen- bettdepression . . . . .	745	30.4.2	Operationen und ihre Auswirkungen . . . . .	770
28.5.3	Homöopathische Kasuistiken . . .	747	30.4.3	Präoperative Konsultation . . . . .	772
<b>29</b>	<b>Psychische Störungen beim Älterwerden . . . . .</b>	<b>751</b>	30.5	Sexualität im Alter . . . . .	773
29.1	Alterungsprozess als Krise . . . . .	751	30.5.1	Physiologische Veränderungen . .	773
29.2	Psychische Störungen im Klimakterium . . . . .	752	30.5.2	Realität . . . . .	773
29.2.1	Affektive Störungen . . . . .	752	30.5.3	Fachärztliche Begleitung . . . . .	775
29.2.2	Weitere psychisch-klimakterische Beschwerden . . . . .	753	30.6	Die weibliche Sexualität aus homöopathischer Sicht . . . . .	776
29.3	Psychische Störungen im höheren Lebensalter . . . . .	753	30.6.1	Begriffsbestimmung . . . . .	776
29.3.1	Depressive Erkrankungen . . . . .	753	30.6.2	Sexualmedizin in der homöopathisch-gynäkologischen Praxis . . . . .	776
29.3.2	Angsterkrankungen . . . . .	754	30.6.3	Spezielle sexualmedizinische Fragestellungen . . . . .	776
29.3.3	Sexuelle Störungen . . . . .	754	<b>31</b>	<b>Störungen der Sexualität . .</b>	<b>779</b>
29.3.4	Demenz . . . . .	755	31.1	Weibliche Sexualität und ihre Störungen . . . . .	779
29.4	Homöopathische Aspekte der psychischen Störungen beim Älterwerden . . . . .	755	31.2	Libido- und Lubrikations- störungen . . . . .	780
29.4.1	Begriffsbestimmung des „Älterwerdens“ . . . . .	755	31.2.1	Beschreibung und Definition . . .	780
29.4.2	Die ältere Patientin in der homöopathischen (gynäkologischen) Praxis . . . . .	756	31.2.2	Realität . . . . .	781
<b>30</b>	<b>Die Sexualität der Frau . . .</b>	<b>761</b>	31.3	Orgasmusstörungen . . . . .	781
30.1	Physiologische Grundlagen und sexuelle Störungen . . . . .	761	31.3.1	Physiologie und Definition des Orgasmus . . . . .	781
30.2	Sexualität in der Schwangerschaft . . . . .	762	31.3.2	Realität . . . . .	781
30.2.1	Physiologie und Klinik . . . . .	762	31.4	Ursachen für Störungen von Libido, Lubrikation und Orgasmus . . . . .	782
30.2.2	Realität . . . . .	763	31.5	Dyspareunie . . . . .	783
30.2.3	Komplikationen . . . . .	763	31.5.1	Beschreibung und Definition . . .	783
30.2.4	Beratung und Therapie . . . . .	764	31.5.2	Realität . . . . .	784
30.3	Sexualität nach der Geburt . . . . .	765	31.6	Vaginismus . . . . .	784
30.3.1	Veränderungen . . . . .	765	31.6.1	Terminologie . . . . .	784
30.3.2	Realität . . . . .	766	31.6.2	Realität . . . . .	784
30.3.3	Komplikationen . . . . .	766	31.7	Ursachen von Störungen der Penetration wie Dyspareunie und Vaginismus . . . . .	784
			31.8	Empfehlungen zu Prophylaxe und Therapie . . . . .	785

31.9	Homöopathische Therapie sexueller Störungen . . . . .	786	32.8	Erkennen eines sexuellen Missbrauchs und die korrekte ärztliche Vorgehensweise . . . . .	796
31.9.1	Angst als Auslöser sexueller Störungen . . . . .	786	32.8.1	Voraussetzungen . . . . .	796
31.9.2	Libido- und Lubrikationsstörungen in der gynäkologisch-homöopathischen Praxis . . . . .	786	32.8.2	Allgemeine Grundsätze . . . . .	796
<b>32</b>	<b>Sexueller Missbrauch und Vergewaltigung . . . . .</b>	<b>789</b>	32.8.3	Untersuchungsablauf . . . . .	798
32.1	Definition . . . . .	789	32.8.4	Untersuchung von Kindern bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch . . . . .	800
32.2	Instutionalisierte Gewalt . . . . .	790	32.8.5	Zusammenfassung . . . . .	801
32.3	Sexueller Missbrauch/sexuelle Gewalt im sozialen Nahraum . . . . .	790	32.9	Sexueller Missbrauch: homöopathische Therapie . . . . .	801
32.4	Ursachen sexueller Gewalt . . . . .	791	32.9.1	Häufige Beschwerdebilder nach sexuellem Übergriff . . . . .	801
32.5	Auslöser und Risikofaktoren für sexuelle Gewalt . . . . .	792	32.9.2	Bewältigungsstrategien . . . . .	801
32.6	Folgen von sexuellem Missbrauch und sexueller Gewalt . . . . .	792	32.9.3	Homöopathische Behandlungsstrategie . . . . .	802
32.6.1	Einteilung „typischer Folgen“ sexuellen Missbrauchs nach Entwicklungsphasen . . . . .	793	32.9.4	Homöopathische Kasuistiken . . . . .	803
32.6.2	Psychische Folgen des sexuellen Missbrauchs . . . . .	794	<b>IV</b>	<b>Anhang . . . . .</b>	<b>815</b>
32.7	Zum Umgang mit sexuell missbrauchten Patientinnen in der gynäkologischen Sprechstunde/Ambulanz . . . . .	795	33.1	Ärztliche Organisationen . . . . .	817
			33.2	Internationale Organisationen . . . . .	817
			33.3	Homöopathische Bibliotheken . . . . .	818
			33.4	Zeitschriften . . . . .	818
			33.5	Homöopathie an Kliniken . . . . .	819

## 2 Geschichte der Homöopathie

Josef M. Schmidt

- 2.1 Die Homöopathie als Vermächtnis Hahnemanns
- 2.2 Kurze Biographie Hahnemanns
- 2.3 Hahnemanns Begründung, Entwicklung und Abgrenzung der Homöopathie
- 2.4 Die Ausbreitung der Homöopathie in Deutschland
- 2.5 Die Verbreitung der Homöopathie in anderen Ländern

### 2.1 Die Homöopathie als Vermächtnis Hahnemanns

Wie kaum ein anderes Heilsystem ist die Homöopathie, was ihre methodischen Prinzipien betrifft, das Werk eines einzigen Mannes. Im Gegensatz etwa zur Traditionellen Chinesischen Medizin, zum Ayurveda oder zu magisch-alchemistischen Praktiken, deren Ursprünge sich im Dunkel der vorgeschichtlichen Zeit verlieren, kann die Homöopathie ihren **Begründer**, ihr Geburtsjahr und das sie konstituierende Grundlagen-Werk eindeutig benennen. Dies ist für eine Heilkunde, die sich gleichwohl als Wissenschaft begreift, höchst ungewöhnlich, zumal das moderne Ideal eines egalitär-demokratischen Wissenschaftsbetriebs davon ausgeht, dass sich der aktuelle Stand einer Disziplin stets aufs Neue aus dem freien Spiel der Beiträge und Diskurse zahlloser Forscherteams ergibt, ohne an historische Daten oder Persönlichkeiten gebunden zu sein. Demgegenüber lässt das ungebrochene, jahrhundertelange Festhalten homöopathischer Ärzte an den Kern-Aussagen Hahnemanns und seiner treuen Schüler die Homöopathie leicht als patriarchalisch, autoritär und dogmatisch, mithin als unzeitgemäß oder obsolet erscheinen. Hier besteht offenbar historischer Klärungsbedarf. Die Zeit, in der Samuel Hahnemann (1755–1843), der Begründer der Homöopathie, lebte, unterschied sich in mehrerlei Hinsicht von der gegenwärtigen Nach-Moderne. Aus technologischer, sozialer und

politischer Sicht entbehrten die Menschen damals nicht nur zivilisatorische Selbstverständlichkeiten wie elektrischen Strom, Motoren, Telefon usw., sondern auch Sozialversicherungen, Chancengleichheit, Wahlrecht, ja sogar einen eigenen, deutschen Staat. Medizinisch gesehen wusste man weder etwas von Zellulärpathologie, Bakteriologie oder Chemotherapie noch von Radiologie, Genetik oder Psychoanalyse. Beflügelt durch die Aufbruchstimmung der Aufklärung und ein naives Vertrauen in die Vernunft beauferten sich Mediziner und Philosophen stattdessen, die Natur des Menschen geistig, aber auch empirisch zu durchdringen und möglichst in ein geschlossenes **System** zu bringen. In Ermangelung objektiver Qualitätsstandards oder statistisch-quantitativer Instrumente konnte aber jedes der so entstandenen medizinischen Systeme gleichermaßen für sich Rationalität und – mit der Beteuerung praktischer Wirksamkeit – exklusive Gültigkeit beanspruchen. Das nahezu einzig hilfreiche Kriterium zur Beurteilung eines Heilsystems war und blieb daher bis ins vorige Jahrhundert die Einschätzung des jeweiligen Begründers oder Vertreters als wissenschaftliche Autorität und sittlich-charakterliche **Persönlichkeit**.

Entsprechend dieser geistesgeschichtlichen Rahmenbedingungen war es für Hahnemann selbstverständlich, sich mit seinen Publikationen von Anfang an nicht nur als kritischen, scharfsinnigen und innovativen Geist in Fachkreisen zu profilieren, sondern



auch als selbstlosen, integren und sich um das körperlich-seelisch-geistige Wohl der Kranken sorgenden Menschenfreund zu stilisieren. Wichtige fachliche Verdienste, die er noch in seiner vorhomöopathischen Zeit erwarb, waren etwa seine gerichtsmedizinischen Monographien (1786, 1787), chemische Entdeckungen wie die „Hahnemannsche Weinprobe“ auf Bleizucker (1787) oder das „Mercurius solubilis Hahnemanni“ (1788), seine Schriften zur öffentlichen Gesundheit (1792, 1795) oder sein vierbändiges Apotheker-Lexikon (1793–1799). In geistig-moralischer Hinsicht wurde Hahnemann zeit seines Lebens nicht müde, offensichtliche Missstände der Medizin wie den exzessiven Einsatz von Aderlässen oder Purgiermitteln, gedankenlose Rezeptgemische, Aberglauben, aber auch den Schlendrian und die Gewinnsucht selbstherrlicher Modeärzte anzuprangern. In dezidierter Abgrenzung sowohl von der medizinisch wie auch ethisch unhaltbaren Theorie und Praxis der „alten Schule“, die er ab 1813 „Allopathie“ nannte, beschrieb Hahnemann selbst retrospektiv seinen Weg zur Entdeckung der Homöopathie als den eines Wahrheitssuchers, der – frei von niederen Absichten – in seinem Streben allein von höheren Zielen, ja letztlich von der Vorsehung Gottes geleitet wurde. Die durch solche Rhetorik erwirkte **Sonderstellung** Hahnemanns verlieh und verleiht bis heute – in den Augen seiner Jünger – seiner Person und damit seiner Lehre ein besonderes Gewicht.

## 2.2 Kurze Biographie Hahnemanns

Geboren wurde Samuel Hahnemann am 10. April 1755 in Meißen, als Sohn eines in bescheidenen Verhältnissen lebenden, aufklärerisch geprägten Porzellanmalers. Nach dem Abitur an der Fürstenschule St. Afra studierte Hahnemann ab 1775 Medizin in Leipzig, Wien, Hermannstadt und Erlangen, wo er 1779 promovierte. Die ersten Jahrzehnte seiner Praxis- und Publikationstätigkeit verliefen äußerst bewegt und unstet. Bis 1805 wechselte er über zwanzig Mal seinen Wohnort: Leipzig, Hettstedt, Dessau,

Gommern, Dresden, Lockwitz, Leipzig, Stötteritz, Gotha, Georgenthal, Molschleben, Göttingen, Pyrmont, Wolfenbüttel, Braunschweig, Königsutter, Altona, Hamburg, Mölln, Machern, Eilenburg, Wittenberg, Schildau. Die Orte liegen fast alle in Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Niedersachsen. Erst ab 1805, im Alter von 50 Jahren, wurden seine Aufenthaltszeiten länger und die Motive für seine Ortswechsel klarer (1805 Torgau, 1811 Leipzig, 1821 Köthen, 1835 Paris). Über die Hintergründe seiner häufigen Umzüge äußerte sich Hahnemann nie genau, doch spielten Konflikte mit der jeweiligen Ärzte- und Apothekerschaft eine entscheidende Rolle, zumal er schon früh seine Medikamente selbst dispensierte.

In Gommern hatte Hahnemann 1782 Henriette Kückler (1764–1830) geheiratet, die Stieftochter des Apothekers, in dessen Labor er chemische Studien durchführte. Henriette Hahnemann begleitete ihn durch 47 Jahre Ehe und brachte insgesamt elf Kinder zur Welt, von denen eines bei der Geburt und eines im Säuglingsalter starb. So hatte die Familie schließlich acht erwachsene Töchter und einen Sohn (Friedrich), der auch homöopathischer Arzt wurde. Nachdem Hahnemann 1796 in einem Aufsatz in Hufelands Journal die Prinzipien der Homöopathie und 1810 das „Organon der rationellen Heilkunde“ veröffentlicht hatte, **habilitierte** er sich an der Universität Leipzig mit einer medizinhistorischen Analyse griechischer, lateinischer und arabischer Quellen zur Verwendung der Heilpflanze *Veratrum album* und hielt ab 1812 siebzehn Semester lang Vorlesungen über seine neue Heilmethode. Zusammen mit seinen Studenten führte er in dieser Zeit viele Arzneimittelprüfungen durch und publizierte deren Ergebnisse in seiner sechsbändigen „Reinen Arzneimittellehre“ (1811–1821). Als er auch in Leipzig auf das Selbstdispensier-Verbot verwiesen wurde, zog Hahnemann 1821 nach Köthen, wo ihm sein Patient und Freimaurerlogen-Bruder Herzog Ferdinand von Anhalt-Köthen das Selbstdispensieren gestattete und ihm zudem den Hofrattitel verlieh. Hahnemann hatte dort bald eine gut gehende Praxis, sodass er einen Assistenzarzt zu seiner Entlastung beschäftigte. Die Patienten kamen teil-

weise von weit her oder korrespondierten mit Hahnemann, der – abgesehen vom Hofe des Herzogs, von dem er ein ansehnliches Gehalt bezog – keine Hausbesuche mehr machte. Während dieser Zeit entstand Hahnemanns vierbändiges Werk „Die chronischen Krankheiten“ (1828–1830).

1829, zu seinem fünfzigjährigen Doktorjubiläum, erschienen Gäste aus aller Welt. Hahnemann erhielt unter anderem ein „Gratulationsdiplom“ der Erlanger medizinischen Fakultät, die Ehrenmitgliedschaft der Naturforschenden Gesellschaft von Altenburg sowie eine zweibändige Sammlung seiner „Kleinen medizinischen Schriften“, herausgegeben von Ernst Stapf. Darüber hinaus wurde zu diesem Anlass der Vorläufer des heute noch bestehenden „**Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte**“ gegründet. Im Jahr darauf verstarb seine Frau Henriette.

1835 heiratete Hahnemann, in seinem achtzigsten Lebensjahr, zum zweitenmal. Die 34-jährige französische Malerin und Dichterin Mélanie d’Hervilly (1800–1878) war Ende 1834 von Paris nach Köthen gereist, um sich von ihm homöopathisch behandeln zu lassen. Nach drei Monaten ließen sich die beiden trauen und nach weiteren fünf Monaten teilte Hahnemann sein Vermögen unter seinen Kindern auf und zog mit seiner neuen Gattin nach Paris. Mélanie Hahnemann hatte sich rasch in die Homöopathie eingearbeitet, sodass beide dort eine ausgedehnte Praxis führen konnten. Die Patienten kamen aus allen Teilen Europas und allen gesellschaftlichen Schichten, auch viele Adelige und prominente Künstler waren darunter. Bis zu seinem Tod mit 88 Jahren hielt Hahnemann Sprechstunden ab, korrespondierte mit seinen Patienten und machte auch wieder Hausbesuche.

Hahnemann wurde 1843 auf dem Friedhof von Montmartre beerdigt. 1898 wurde sein Sarg zum Prominenten-Friedhof Père Lachaise überführt.

## 2.3 Hahnemanns Begründung, Entwicklung und Abgrenzung der Homöopathie

Analog zum Aufschwung der Künste und Wissenschaften, besonders der Physik, Chemie und Philosophie, wollte Hahnemann auch die Medizin, die immer noch eine „Vermutungskunst“ (Francis Bacon) geblieben war, in den Rang einer sicheren **Wissenschaft** erheben.

Dazu mussten als erstes die Hindernisse beseitigt werden, für die die Ärzte selbst verantwortlich waren. So drang Hahnemann zunächst auf eine genauere Kenntnis der verordneten Arzneimittel, die Verhinderung von Verfälschungen, eine verbesserte Nomenklatur der Heilpflanzen, die Beseitigung von Surrogaten, eine Ablehnung der Verordnung von Arzneimischungen und die Sicherstellung einer guten Mitarbeit der Patienten. Zum anderen sollten die Krankheitszustände der Patienten nicht mehr nach spekulativen Einteilungen klassifiziert, sondern genau beobachtet und differenziert beschrieben werden. Eine rationale, verantwortungsvolle Therapie dürfe sich, so forderte Hahnemann, weder auf Zufallsfunde, „parempirische“ Laienpraxis (im Sinne unkritischer Ansammlung von Erfahrungen) noch auf Aberglauben, Signaturenlehre oder auf naturphilosophische Spekulationen berufen.

Doch auch den sich abzeichnenden naturwissenschaftlichen Ansatz einer Reduktion von Krankheitserscheinungen auf Materielles, Mechanik und Messbares verwies Hahnemann in seine Grenzen. Zwar könne die Chemie die Inhaltsstoffe der Arzneisubstanzen exakt analysieren, Verfälschungen aufdecken, Dosierungen verfeinern und eine gewisse Standardisierung gewährleisten. Auch Gallen- oder Blasensteine bzw. verschluckte Säuren könnten am besten mechanisch oder chemisch beseitigt werden. Doch lassen sich auf diese Weise keine inneren Krankheiten heilen, die meist weder mechanisch noch chemisch erklärbar, sondern dynamischen (unsichtbaren) Ursprungs sind. Aus der Sichtung und Kritik der bis dato vorliegenden therapeutischen

Möglichkeiten erwuchs schließlich die verzweifelte Suche nach einem neuen Heil-Prinzip.

Zum **Simile-Prinzip** kam Hahnemann letztlich durch seinen Selbstversuch mit Chinarinde (1790). Die Rinde des China-Baumes war zum einen als Spezifikum gegen Wechselfieber bekannt, zum anderen rief sie bei ihm gerade jene Symptome hervor, die er noch von seinem Jahre zuvor selbst durchgemachten Wechselfieber her kannte. Aufgrund dieser und ähnlicher Beobachtungen folgerte Hahnemann schließlich 1796: So wie eine natürliche Krankheit durch eine ihr ähnliche natürliche Krankheit ausgelöscht und damit geheilt werden kann (etwa die Kuhpocken durch die Menschenpocken), so müsste dies auch durch eine künstlich erzeugte Arznei-Krankheit möglich sein. Jeder dynamische (nicht-chirurgische) Krankheitszustand sollte also mit einem individuell-spezifischen Mittel behandelt werden, das in einer vorausgegangenen Prüfung an Gesunden ähnliche Symptome hervorgebracht hat. Da durch Verordnung eines ähnlich wirkenden Mittels eine vorübergehende Verschlimmerung des Zustandes des Patienten zu befürchten und tatsächlich zu beobachten war, sollten nur kleinste Gaben verabreicht werden.

Damit war 1796 die Homöopathie in ihren Grundprinzipien konstituiert: Einzelmittel, Arzneimittelprüfungen an Gesunden, das Ähnlichkeitsprinzip „Similia similibus“ und die Verwendung kleinster Gaben.

Die Verkleinerung der Gaben, die zunächst lediglich der Wirkungsabschwächung dienen sollte, führte schließlich zu einer unerwarteten Entdeckung, für die Hahnemann 1827 den Begriff „**Potenzieren**“ prägte. Bei schrittweiser Verdünnung, Verreibung und Verschüttelung von Arzneisubstanzen (meist im Verhältnis 1:100) beobachtete er nicht etwa eine Abnahme ihrer homöopathischen Arzneikraft, sondern eine Zunahme – als ob eine in der Materie schlummernde Kraft durch mechanische Bearbeitung befreit bzw. „vergeistigt“ würde! Um das optimale Verhältnis zwischen Verdünnung und Verschüttelung sowie der Gabenwiederholung herauszufinden, stellte Hahnemann zahlreiche Versuche an, deren Endergebnis die 50000er- oder Q-Potenzen

waren, wie sie im Manuskript der sechsten Auflage seines „Organon der Heilkunst“ 1842 beschrieben sind.

Nachdem sich gezeigt hatte, dass die Homöopathie in ihrer allgemeinen Form chronische Krankheiten nur vorübergehend, nicht aber dauerhaft heilen konnte, modifizierte Hahnemann 1828 seine Lehre noch durch eine spezielle Theorie, derzufolge alle (nicht-venerischen) chronischen Krankheiten auf einem Befall mit **Psora** (Krätz-Miasma, übertragbar durch Ansteckung oder Erbschaft) beruhen. In Analogie zur Syphilis stellte er sich die „innere Krätzkrankheit“ als Systemkrankheit vor, die verschiedenste Hautsymptome erzeugen kann, die nach nur symptomatischer Behandlung jedoch solange wiederkehren, bis das Miasma durch antipsorische Homöopathika getilgt wird.

Als sich abzeichnete, dass diese späteren Ergänzungen für den Großteil seiner Schüler nicht nachvollziehbar waren, legte Hahnemann fortan größten Wert auf die Verteidigung und Reinerhaltung seiner vollständigen Lehre. War die Homöopathie zunächst als Angebot einer neuen, rationalen, empirisch überprüfbaren Heilmethode aufgetreten, bekam sie ab den 1820er Jahren einen dogmatischen, unerbittlichen, ja eifernden Zug. Aus dem „Versuch über ein neues Prinzip“ wurde „der einzig heilbringende Weg“ bzw. ein „ewiges Naturgesetz“, und Abweichungen oder Relativierungen von Seiten kritischer Anhänger wurden als „unhomöopathische Verbrechen“ verworfen und mit Hahnemanns Bannstrahl (1832/33 gegen die Leipziger „Bastard-Homöopathen“) belegt. Nach seiner Übersiedelung nach Paris 1835 verzichtete er allerdings ganz auf Interventionen und Anteilnahme an der weiteren Entwicklung der Homöopathie in Deutschland.

## 2.4 Die Ausbreitung der Homöopathie in Deutschland

Nachdem Hahnemanns erste homöopathische Schriften von der Ärzteschaft kaum beachtet wurden und auch sein 1811 angebotener Ärztekurs mangels Nachfrage nicht zustande kam, lehrte er seine neue

Heilmethode ab 1812 Medizinstudenten der Universität Leipzig. War er bis dahin vermutlich der einzige Homöopath gewesen, gewann er nun seine ersten Schüler. Der aus seiner akademischen Lehrtätigkeit hervorgegangene Kreis von früh begeisterten Jüngern wie Johann Ernst Stapf (1788–1860), Gustav Wilhelm Gross (1794–1847) oder Franz Hartmann (1796–1853) blieb Hahnemann in der Regel auch in all seinen späteren Entwicklungen treu. Bereits praktizierende Ärzte, die erst in den 1820er Jahren die Homöopathie kennen lernten, wie Moritz Müller (1784–1849), Carl Gottlob Caspari (1789–1828) oder Friedrich Rummel (1793–1854), erwiesen sich dagegen als kritischer und distanzierter gegenüber Hahnemann, besonders nach seinen umstrittenen Modifikationen der Lehre (\* I.2.3).

Die frühe **Spaltung** seiner Anhängerschaft in Hahnemannianer und so genannte freie oder kritische Homöopathen differenzierte sich in den 1830er Jahren noch weiter, als neben der ersten, seit 1822 bestehenden, orthodox-homöopathischen Ärztezeitschrift, Stapfs „Archiv für die homöopathische Heilkunst“, 1832 die liberale, heute noch existierende „Allgemeine homöopathische Zeitung“ und 1834 die kompromisslos-kritische Zeitschrift der so genannten Spezifiker, die „Hygea“, gegründet wurden – jeweils als Sprachrohr einer der drei Hauptrichtungen jener Zeit. Ihren vorläufigen Höhepunkt erreichte die Emanzipationsbewegung der kritischen Homöopathen 1836, als kurz nach Hahnemanns Weggang nach Paris der Zentralverein homöopathischer Ärzte einstimmig die von Paul Wolf (1795–1857) verfassten „Achtzehn Thesen für Freunde und Feinde der Homöopathie“ annahm. Darin wurden unter anderem die Grundprinzipien der Homöopathie (\* I.2.3) anerkannt, die Psora-Theorie und das Konzept des Potenzierens aber verworfen.

Die Hoffnung, durch Konzentration auf naturwissenschaftlich-rational nachvollziehbare Elemente der Homöopathie und gleichzeitige Abstoßung vermeintlich irrationaler Elemente von der sich machtvoll etablierenden Schulmedizin anerkannt zu werden, erfüllte sich für die kritischen Homöopathen dennoch nicht. Gleichwohl sind die (inoffiziellen) positiven **Einflüsse** der Homöopathie auf die akade-

mische Medizin des 19. Jahrhunderts unverkennbar, von der Vereinfachung der Verordnungen, der Verkleinerung der Arzneigaben und der Erforschung von Arzneivergiftungen bis zur Relativierung der Hypothesenpathologie und zum so genannten therapeutischen Nihilismus. Umgekehrt fühlten sich auch Homöopathen genötigt, nach Art der Schulmedizin nicht mehr nur individuelle Symptome, sondern ebenso die Ätiologie, pathologische Anatomie, Konstitution, Meteorologie usw. zu berücksichtigen bzw. die Organspezifität oder den „Charakter“ von Arzneien herauszuarbeiten.

Einen Versuch der konzeptuellen **Verbindung** beider Schulen stellte die in den 1880er Jahren von Rudolf Arndt und Hugo Schulz formulierte Biologische Reizregel dar, wonach individuelle „kleine Reize die Lebenstätigkeit anfachen, mittelstarke sie fördern, starke sie hemmen und stärkste sie aufheben“. Theodor von Bakody (1825–1911) versuchte ab 1873 von seiner Professur für vergleichende Pathologie an der Universität Budapest aus, die Ähnlichkeit von natürlichen und Arzneikrankheiten (und damit das Simile-Prinzip) naturwissenschaftlich zu belegen. Aus Versuchen wie diesen, Brücken zu bauen, speiste sich die in Deutschland bis in die 1950er Jahre dominierende naturwissenschaftlich-kritische Richtung der Homöopathie, deren Hauptvertreter Hans Wapler (1866–1951) und Alfons Stiegele (1871–1956) waren. 1925 erhielt die Homöopathie, im Rahmen der damaligen Krise der Medizin, einen gewaltigen Fürsprecher in dem renommierten Berliner Chirurgen August Bier (1861–1949), der die damals populäre Reizkörperbehandlung als „eine Art von Homöopathie“ interpretierte und erfolgreich praktizierte. Trotz beträchtlicher finanzieller und ideologischer Unterstützung durch das Reichsgesundheitsamt während der Zeit des Nationalsozialismus gelang es in der 1936–1939 stattfindenden Überprüfung der Homöopathie den damaligen Studienleitern nicht, die Wirksamkeit potenziert Substanzen in Arzneimittelprüfungen nach modernen Standards nachzuweisen.

Die Ära der **klassischen Homöopathie** begann in Deutschland in den 1950er Jahren mit dem Auftreten Schweizer Ärzte wie Adolf Voegeli (1898–1993),

Rudolf Flury-Lemberg (1903–1977) oder Jost Künzli von Fimmelsberg (1915–1992), eines Schülers von Pierre Schmidt (1894–1987), der selbst 1920 in New York und Philadelphia die Homöopathie nach der Kentschen Schule gelernt hatte. Grundlagenwerke wie das Kentsche Repertorium oder dessen „Lectures on Homoeopathic Philosophy“ wurden ins Deutsche übersetzt und in Repertorisations-Kursen inhaltlich und praktisch erschlossen. In den 1980er und 1990er Jahren wurden, wohl mitbedingt durch ein generell wiedererwachendes Interesse an alternativen Heilverfahren, homöopathische Ausbildungsinstitute (in Detmold und Celle) sowie die Karl und Veronika Carstens-Stiftung gegründet, Lehraufträge für Homöopathie an Universitäten vergeben, die Homöopathie in den Gegenstandskatalog der Ärztlichen Prüfung aufgenommen und die homöopathische Weiterbildung im Sinne der klassischen Homöopathie reformiert. Getragen von dieser Renaissance, wurde 1996 die Jubiläumsfeier zum 200-jährigen Bestehen der Homöopathie in festlichem Rahmen in der Frankfurter Paulskirche unter der Schirmherrschaft des Bundesgesundheitsministers zelebriert. Auch der 2005 in Berlin abgehaltene Kongress der „Internationalen Liga homöopathischer Ärzte“ setzte neue Maßstäbe, indem er rund 1000 Kollegen aus aller Welt versammelte.

## 2.5 Die Verbreitung der Homöopathie in anderen Ländern

Die Verbreitung der Homöopathie in den einzelnen Ländern der Welt verlief höchst **unterschiedlich**, je nach den historischen, kulturellen, ökonomischen, politischen, medizinischen, sozialen und religiösen Rahmenbedingungen und Kräften vor Ort. Obwohl die inhaltlichen Argumente der Vertreter und Kritiker der Homöopathie nur wenig variierten, gab es große Unterschiede, was das Vorhandensein von charismatischen Arzt-Persönlichkeiten, wohlwollenden Machthabern und Mäzenen, politisch aktiven Patientenvereinen, einen freien medizinischen Markt sowie interessierte Pharmaunternehmen und Verleger betrifft. Aus den variablen nationalen Konfigurationen dieser

und ähnlicher Faktoren resultierten erstaunliche zeitliche Verschiebungen in der jeweiligen Institutionalisierung der Homöopathie in Form von Gesellschaften, Ausbildungsstätten, Krankenhäusern, Apotheken, Zeitschriften, Lehrbüchern und Kongressen sowie in der Professionalisierung der homöopathischen Ärzteschaft, einschließlich deren Verhältnis zu homöopathischen Laienpraktikern, oder in der staatlichen Anerkennung.

In der Regel gelangte die Homöopathie in den 1820er und 1830er Jahren direkt von Deutschland aus über bestimmte „Sendboten“ in die europäischen Nachbarländer (Matthias Marenzeller 1816 in Österreich, Adam 1823 in Russland, Sébastian Des Guidi 1828 in Frankreich, Frederick Quin 1827 in England usw.), von wo aus sie dann in den 1840er und 1850er Jahren in die überseeischen Gebiete getragen wurde. In den Vereinigten Staaten von **Amerika** wurde die Homöopathie allerdings bereits 1825 von Hans Burch Gram in New York und von Wilhelm Wesselhoeft und Heinrich Dettwiler ab 1828 in Pennsylvania praktiziert, wo Constantin Hering (1800–1880) 1833 die „Hahnemann-Gesellschaft“ gründete und 1835 die erste Homöopathie-Schule der Welt, die deutschsprachige „Nordamerikanische Akademie der homöopathischen Heilkunst“ errichtete. Ihre Blütezeit erreichte die Homöopathie in den USA gegen Ende des 19. Jahrhunderts, als jeder siebte amerikanische Arzt von einem homöopathischen College graduiert war. 1898 zählte man 20 homöopathische Colleges, 140 homöopathische Krankenhäuser, 57 homöopathische Dispensatorien, 9 nationale, 33 bundesstaatliche und 85 lokale homöopathische Gesellschaften sowie 31 homöopathische Zeitschriften.

Die Verbreitung der Homöopathie konnte primär durch Ärzte (z.B. in Frankreich) bzw. Militärärzte (z.B. in Italien), Laienheiler (z.B. in Brasilien), Missionare (z.B. in Indien) oder durch den Klerus (z.B. in Russland) erfolgen. In **Indien** fand sie unter anderem gerade deshalb so rasche Aufnahme, weil sie im Gegensatz zur modernen westlichen Medizin stand (die mit dem politischen Feind Großbritannien assoziiert wurde). Seit dem 1973 erlassenen „Homoeopathic Central Council Act“ ist die Homöopathie dort anderen Heilsystemen gleichgestellt und erfreut sich

uneingeschränkter staatlicher Unterstützung. In 23 von 32 indischen Bundesstaaten wurden zuletzt 2536 homöopathische Polikliniken in staatlicher Trägerschaft gezählt (Ayurveda: 8671; Schulmedizin: 27495). Mit etwa 140000 homöopathischen Ärzten, 125000 ausgebildeten Laienhomöopathen (zusammen 17 Prozent des registrierten Heilpersonals) und 250000 nichtregistrierten homöopathischen Heilern verfügt Indien heute international über die meisten Homöopathen sowie den größten homöopathischen Arzneimittelmarkt.

Aufgrund der **Verschiedenheit der Entwicklung** der Homöopathie an verschiedenen Orten zu verschiedenen Zeiten lässt sich kein einheitliches Muster ihrer Verbreitung angeben, dem überregionale und überzeitliche Gültigkeit zukäme. Doch zeigt ihre Geschichte, dass über die Akzeptanz einer Heilmethode in einer freien Gesellschaft eine Menge von **externen Faktoren** mitentscheiden. Dazu zählen das Auftreten überzeugender Persönlichkeiten, medienwirk-

same Selbstdarstellung im Hinblick auf die Ängste und Hoffnungen von Patienten, das Ansprechen des religiösen und kulturellen Hintergrundes bestimmter Bevölkerungsgruppen einerseits, politische, ökonomische, soziale und mediale Unterstützung und Protektion sowie vertrauensfördernden Professionalisierung und Institutionalisierung andererseits. Klinische Wirksamkeits-Nachweise und naturwissenschaftliche Erklärungsmodelle zum Wirkmechanismus sind aus medizinisch-akademischer Sicht zwar das Entscheidende, aus der Perspektive der Gesellschaft als ganzer aber nur zwei unter mehreren Gesichtspunkten.

Allen Aspekten gemeinsam ist jedoch, und das sollte die Medizin nie vergessen, der unabdingbare Bezug zum Patienten, um dessen Wohl sich doch die ganze Auseinandersetzung dreht und der zuletzt – durch Abstimmung mit den Füßen – seinem persönlichen Helden die Siegespalme überreichen wird.