



Georg Ivanovas

Wissenschaftliche Homöopathie am Beispiel des Konzepts der Unterdrückung

Die Frage, was wissenschaftliche Homöopathie ist oder sein könnte, wird in der homöopathischen Gemeinschaft unterschiedlich beantwortet. Auf der einen Seite gibt es die Neuerer, die einzelne wissenschaftliche Entdeckungen mit homöopathischen Prinzipien zu neuen Lehrgebäuden zusammenschustern und oft noch „Aude sapere“ darunter schreiben, um zu zeigen, dass es sich dabei um „genuine“ Homöopathie handelt. Auf der anderen Seite stehen die Scholastiker, die sich ganz der Auslegung von Hahnemanns *Organon* verschrieben haben, die jede Abweichung von den Prinzipien des 5. oder 6. *Organons* in Wortwahl und Inhalt als Ketzerei betrachten. Für sie ist das *Organon* „das Evangelium nach Hahnemann“, wie es Ernst spöttisch nennt (29). Den Scholastikern scheint es schon frevelhaft zu sein, Hahnemann als zwar visionären, aber dennoch in seiner Zeit verhafteten Arzt und Wissenschaftler zu sehen.

Zwischen Scholastik und Beliebigkeit

Neben diesem homöopathischen Spektrum, das sich zwischen Willkür und religiöser Exegese entfaltet, gibt es noch die normale wissenschaftliche Medizin, die auf den Prinzipien der Anatomie und Physiologie aufbauend, die Homöopathie untersucht, sie mit Laborversuchen, reproduzierbaren Experimenten und statistischen Studien auf Plausibilität und Wirksamkeit abklopft.

Natürlich interpretiert jede Gruppe den Wissenschaftsbegriff auf eine andere, eigene Weise, sodass

stets genug Material für Zwist vorhanden ist. Diskussionen zwischen den verschiedenen Richtungen sind meist merkwürdig; Überzeugungen werden mit Wissen, Modelle mit Wirklichkeit verwechselt. Selten scheint klar, was Wissenschaft im homöopathischen Kontext eigentlich meinen könnte.

In diesem Artikel will ich den Versuch unternehmen, einige Prinzipien einer genuinen wissenschaftlichen Homöopathie zu erarbeiten. Ein solches Unterfangen stößt in der Regel auf wenig Gegenliebe. Die Traditionalisten kritisieren meist, dass Hahnemannsche Konzepte nicht angemessen wiedergegeben werden. Die Neuerer kritisieren, dass eine zu strikte Wissen-

schaftlichkeit nicht angemessen ist. Sie postulieren, ganz im Missverständnis von Feyerabends *Wider den Methodenzwang*, eine Art logische Beliebigkeit. Und schließlich stört die biologischen Wissenschaftler, dass mit Konzepten gearbeitet wird, die sie weder kennen noch gutheißen mögen.

Ich möchte für dieses undankbare Unterfangen den Begriff der **Unterdrückung** genauer untersuchen. Er eignet sich, weil er in der Homöopathie sehr häufig verwendet wird, wobei kein entsprechendes Pendant in der orthodoxen Medizin existiert. Die Homöopathie rühmt sich, Krankheiten zu heilen (was gut ist), während sie der Schulmedizin vorwirft, diese nur zu unterdrücken (was schlecht ist). Pikanterweise gibt es einige Homöopathen, die behaupten, dass auch eine homöopathische Therapie zu einer Unterdrückung führen könne.

Was ist Unterdrückung?

Als Unterdrückung wird in der Regel ein Vorgang bezeichnet, bei dem ein bestimmtes Symptom durch eine Behandlung verschwindet, die Krankheit als solche jedoch fortbesteht, sich an anderer Stelle und/oder in stärkerer Form wieder zeigt.

Das Konzept der Unterdrückung ist zunächst einmal sehr komplex. Es umfasst eine ganze Reihe von Hypothesen und Annahmen über das Wesen von Gesundheit und Krankheit, die einer genauen Klärung bedürfen. Erschwerend kommt hinzu, dass der Begriff der Unterdrückung von manchen Kollegen geradezu inflationär verwendet wird. Da wird die Eröffnung eines Abszesses zur Unterdrückung einer Eiterung und das Waschen schmutziger Füße zur Unterdrückung von Schweiß. Manche sehen eine Unterdrückung sogar immer dann gegeben, wenn nicht homöopathisch behandelt wird.

Das ist alles nicht unproblematisch. Nehmen wir den Fall einer neurotischen, (platz-) ängstlichen Patientin. Wird diese, rein behaviouristisch, einer angstbesetzten Situation ausgesetzt – beispielsweise in ein ausverkauftes Rockkonzert mitgenommen – so kann diese Erfahrung Änderungsprozesse in Gang setzen.

Wenn diese positiv sind, die Patientin anschließend ihr Leben in die Hand nimmt und neue Wege geht, war es eine gute Therapie, eventuell sogar eine homöopathische (Angst mit Angst). Wenn sie jedoch angstfrei, dafür aber psychotisch wird, war es dann eine Unterdrückung? Und was ist mit depressiven Patienten, die nach einer kurzfristigen Antidepressiva-Einnahme ihr Leben nachhaltig besser meistern? Ist es eine Unterdrückung, deren negative Folgen sich nach Jahrzehnten zeigen können?

In der homöopathischen Literatur finden sich reihenweise Beispiele, wo jeder nicht-homöopathische Eingriff als Unterdrückung gewertet und für Erkrankungen nach 10, 15 oder 20 Jahren verantwortlich gemacht wird. Natürlich ist das hochgradig spekulativ und zu einem erheblichen Ausmaß beliebig.

Therapie erster und zweiter Ordnung

Detailliert untersucht wurde dieses Thema im Rahmen der Familientherapie. Die systemische Psychotherapie entstand aus der Beobachtung, dass die Behandlung einer einzelnen Person im therapeutischen Rahmen oft gute Fortschritte machte. Diese Besserung hatte jedoch oft keinen Bestand, sobald die Patientin wieder in den Kontext der Familie zurückkehrte; oder, in Fällen einer anhaltenden Verbesserung, kam es immer wieder zu einer Verschlechterung eines anderen Familienmitgliedes. Man erkannte, dass Symptom und Krankheit nicht isoliert gesehen werden können, sondern in einem größeren Zusammenhang verstanden werden müssen. In dieser Sicht ist die Krankheit ein Ausdruck der familiären Konstellation. Die Erkrankte ist sozusagen eine Stellvertreterin der Familiendynamik, ein Indexpatient, in dem sich die Störung des gesamten Systems widerspiegelt.

Eine Therapie, die sich allein der Besserung des Patienten verpflichtet fühlt, wird als **Therapie erster Ordnung** bezeichnet. Darunter versteht man eine Besserung einer vordergründigen Symptomatik, ohne dass es zu einer Änderung des symptom erzeugenden Kontexts kommt. Ein klassisches Beispiel wäre ein „trockener Alkoholiker“, also ein Alkoholiker, der zwar keinen Alkohol mehr trinkt, aber gleichermaßen Suchterscheinungen zeigt (Kaffee, Arbeit usw.) und (fast) dieselbe Reizbarkeit aufweist. In einem solchen Fall ist die familiäre Situation zwar meist gebessert, aber die Familie in ihrer Struktur und Kommunika-

tion weitgehend unverändert. Eine untergründige Problematik schwellt weiter.

Eine **Therapie zweiter Ordnung** ist eine Therapie jenes Kontexts, der das Symptom hervorbringt. Dabei kann die therapeutische Intervention in jedem Teil des Familiensystems erfolgen. Sie kann den Indexpatienten betreffen, ihn aber auch völlig unberücksichtigt lassen.

Abhängigkeiten und Kontext

Auch wenn dieses Modell hier nur vereinfacht dargestellt ist, so lassen sich einige wesentliche Charakteristika herausarbeiten. Man kann das Konzept der Therapie erster und zweiter Ordnung leicht mit dem Modell der Unterdrückung kombinieren. Eine Unterdrückung bestünde dann, wenn eine Therapie erster Ordnung zu einer sekundären Verschlechterung der Gesamtsituation führt.

Nehmen wir das Beispiel eines Einzelkindes mit atopischem Ekzem, dessen Eltern in einer krisenhaften Beziehung leben, ständig bereit, sich zu trennen. Der unterschwellige oder offene Familienstress führt beim Kind zu asthmatischen Attacken. In einem solchen Fall ist es durchaus üblich, dass die Sorge um die Erkrankung des Kindes die Eltern kooperativer werden, enger zusammenrücken lässt. Entspannt sich die Situation, werden auch die stressinduzierten Asthmaanfälle des Kindes seltener. Das asthmatische Symptom wird sozusagen zum Indikator für den Stresspegel der Familie. Gleichzeitig bekommt das Kind aber auch eine gewisse Macht über die kommunikativen Vorgänge in der Familie. In der klassischen Psychosomatik wird dies als „sekundärer Krankheitsgewinn“ bezeichnet – ein Ausdruck, der noch auf Freud zurückgeht.

In ganz ähnlicher Weise können die Angina-pectoris-Anfälle des Vaters die pubertierenden Kinder in Schach halten oder die Angstattacken der Mutter die außerhäuslichen Aktivitäten des Vaters. All das folgt einem geläufigen Schema, das in der täglichen Praxis häufig zu sehen ist.

Eine Therapie erster Ordnung wäre es nun, wenn das asthmatische Kind mit inhalativen Kortikosteroiden behandelt wird. Diese führen zu einer erheblichen Besserung der asthmatischen Symptomatik, verbessern jedoch nicht die langfristige Prognose des Asthmas (14, 24). Eine Unterdrückung wäre es, wenn durch die Verbesserung des Asthmas die unterschwelligen

Spannungen in der Familie wieder vermehrt zum Vorschein kämen. Das Kind, als das schwächste Glied in der Kette, könnte dann eine andere Immunerkrankung entwickeln, beispielsweise einen M. Crohn. Die „Familienkrankheit“ könnte jedoch auch auf ein anderes Mitglied überspringen, wenn die Robustheit des Kindes inzwischen gestiegen ist. Der Vater könnte einen Herzinfarkt erleiden oder die Mutter eine psychiatrische Störung usw. Die psychosomatische und systemische Literatur ist voll von detaillierten Fallgeschichten, die solche Prozesse beschreiben.

Von einer „homöopathischen Unterdrückung“ würde man sprechen, wenn eine homöopathische Behandlung zu einer Besserung der asthmatischen Symptome führen, sich dafür aber ein Crohn entwickeln würde. Vergleichbare Verläufe sehen wir immer wieder.

Aus der Sicht der systemischen Psychotherapie wäre es aber auch eine Unterdrückung, wenn die Verbesserung der asthmatischen Symptomatik des Kindes von einem Herzinfarkt des Vaters oder der Psychose der Mutter gefolgt würde. Natürlich, und dies ist eine essenzielle Voraussetzung, benötigt man für eine solche Hypothese eine angemessene Familiendynamik. Wenn es dem Kind besser geht und die Familie sich positiv entwickelt, wäre es natürlich Unsinn, den Herzinfarkt des Vaters nach 20 Jahren als Folge der Unterdrückung des Asthmas des Kindes zu werten.

Das heißt, das Konzept der Unterdrückung ist sehr stark vom räumlichen und zeitlichen Beobachtungsrahmen abhängig. Zusammenhänge müssen sinnvoll und nachvollziehbar sein, um eine Beliebigkeit der Argumentation zu vermeiden.

Das Lebenskraftmodell der Unterdrückung

In der Homöopathie wird die Unterdrückung in der Regel als eine **Unterdrückung der Lebenskraft** definiert. Das ist in der Regel kein befriedigender Zustand. Dies soll ein kleines Gespräch verdeutlichen, das ich mit einem Kollegen während der H1N1-Grippe führte: Wir redeten über unsere ersten Erfahrungen mit der „Epidemie“, ihren Ablauf und die Wirkung der homöopathischen Therapie. Dabei verwendete ich den Begriff „Immunsystem“. Er wies mich scharf zurecht, indem er sagte: „Ich dachte, du bist Homöo-

path? Ich rede nicht vom Immunsystem. Ich rede von der Lebenskraft!“

Das ist zwar eine etwas zugespitzte, aber in der Homöopathie durchaus verbreitete Haltung. Es wird gewissermaßen eine fiktive, alternative, jedoch überlegene Physiologie postuliert, die als Grundlage des therapeutischen Handelns dient.

Nun ist es in der Medizin nichts Außergewöhnliches, mit fiktiven Modellen zu arbeiten. Die klassische Psychiatrie betrachtete stets die Schizophrenie und die endogene Psychose, die heute unter dem Begriff „affektive Störung“ firmiert, als ein körperliches Geschehen, obgleich es für fast 100 Jahre keine Belege für eine solche Annahme gab. Aber in der Homöopathie wird der Begriff der Lebenskraft sehr willkürlich verwendet. Er besitzt die Funktion eines Erklärungsprinzips. Das heißt, er kann alles erklären, aber selbst nicht erklärt werden (1).

Die Eingeschränktheit des Lebenskraft-Modells lässt sich am Beispiel der systemischen Psychotherapie gut aufzeigen. Man könnte, ganz analog, die Beziehungen und Abhängigkeiten innerhalb der Familie durch eine fiktive „Familienkraft“ erklären und daraus ein ganzes therapeutisches System entwickeln. Aber ein solches System wäre deutlich schlechter als das kybernetische Modell, das in der systemischen Psychotherapie verwendet wird.

Etwas überspitzt kann man sagen: Je weniger Homöopathen bereit sind, sich mit der real existierenden Physiologie auseinander zu setzen, desto eher werden sie mit der Lebenskraft argumentieren.¹

Hahnemanns Beispiel der Unterdrückung

Hahnemanns Ausgangsbeispiel für das Konzept der Unterdrückung war die Syphilis. In den *Chronischen Krankheiten* schreibt er, dass die syphilitische Primärläsion, der Schanker, über Jahre bestehen bleibt, wenn man ihn einfach in Ruhe lässt (15). Das heißt,

dass ohne äußere Einflussnahme die Syphilis nicht in das II. oder III. Stadium fortschreitet. Das ist eine Behauptung, die allem Lehrbuchwissen widerspricht. Sie wäre völlig unglaubwürdig, wenn Hahnemann nicht generell ein so guter Beobachter gewesen wäre. Wenn also tatsächlich all unser Lehrbuchwissen falsch wäre und Hahnemanns Beobachtung zuträfe, müsste man versuchen, dieses Phänomen zu erklären. Man könnte beispielsweise postulieren, dass der Schanker eine erste Verteidigungslinie der Immunabwehr darstellt, die es dem infizierten Organismus ermöglicht, die Infektion zumindest unter Kontrolle zu halten. Ein von außen kommender Eingriff in dieses labile Gleichgewicht könnte die Abwehr zerstören, was zu einem Eindringen der Bakterien in die Blutbahn führen würde. Die Folge wären die typischen Sekundär- und Tertiärstörungen der Syphilis. Das hört sich nicht ganz unplausibel an, ist aber zunächst einmal nichts anderes als eine unbelegte Hypothese. Zumindest aber ist es eine Hypothese, die mit wissenschaftlichen Werkzeugen überprüft werden kann.

Man könnte natürlich auch behaupten, dass eine Unterdrückung der Lebenskraft den Schanker verschwinden lässt und zur sekundären Lues führt. Das wäre, in der Tat, ein einfacheres Modell, denn wir bräuchten uns nicht um irgendwelche physiologischen Gegebenheiten, wie die Bakteriämie, zu kümmern. Aber eine solche Behauptung wäre, seien wir einmal ehrlich, wenig überzeugend. Das physiologische Modell ist einfach aussagekräftiger.

Das Schichtenmodell der Unterdrückung

Ein differenzierteres Modell der Lebenskraft und ihrer Unterdrückung stammt von Vithoulkas. Er unterscheidet eine geistige, emotionale und körperliche Ebene, die quasi ineinander geschachtelt sind (36: S. 20–21). Diese Ebenen durchdringen 10 hierarchische Schichten, die auf der körperlichen Ebene

¹ Der Umgang mit dem Begriff der Lebenskraft erinnert (mich) an einen Fritschen-Witz aus meiner Kindheit: In einer sehr religiösen Grundschule, wie es sie damals noch gab, fragt die Lehrerin: „Wer gibt uns unser täglich Brot?“ Fritschen meldet sich: „Unsere Eltern!“ „Nein“, sagt die Lehrerin, „es ist das liebe Jesulein.“ Ein anderes Mal fragt sie: „Wer beschert uns den Regen?“ Das ewig vorlaute Fritschen antwortet: „Die Wolken!“ „Nein“, sagt die Lehrerin, „es ist das liebe Jesulein.“ Wieder ein anderes Mal fragt sie: „Was ist das? Es hat einen buschigen Schwanz und springt von Ast zu Ast.“ Fritschen, ein wenig klüger geworden, aber immer noch vorlaut, meint nur launig: „Also ich würde sagen, dass es ein Eichhörnchen ist. Aber wie ich den Verein hier kenne, ist es wieder das liebe Jesulein.“

in absteigender Reihenfolge von Gehirn, Herz, Hypophyse, Leber, Lunge, Nieren, Eierstöcken/Hoden, Wirbel, Muskeln, Haut gebildet werden. Jede dieser körperlichen Ebenen besitzt eine emotionale und geistige Entsprechung. Die Lungenkrankheit korreliert beispielsweise mit Kummer (emotional) und Letargie (geistig) (36: S. 22). Eine Unterdrückung der Symptomatik auf einer Ebene, sagen wir der emotionalen Nierenebene, kann somit zu einer Verschiebung der Erkrankung auf eine höhere Ebene führen, beispielsweise die emotionale Lungenebene oder die geistige Nierenebene oder so ähnlich.

Es mag durchaus hilfreich sein, ein solches Modell zu verwenden, um die Wertigkeit einer Symptomatik abzuschätzen. Die Frage ist aber, ob dieses Modell tatsächlich physiologischen Gegebenheiten entspricht. Die Unterteilung des Menschen in Körper, Emotion und Geist mag zwar klassisch hinduistisch-buddhistische Tradition sein, aber im Kontext der westlichen Wissenschaft ist dieses Modell eher weniger stichhaltig. Man könnte also pointiert fragen, ob es sich bei diesem Modell um Wissenschaft oder Poesie handelt.

Das Keimblattmodell der Unterdrückung

Einen anderen Weg, die Unterdrückung zu erklären, geht Vijayakar. Auch er postuliert verschiedene Ebenen, die phylogenetisch aus den drei Keimblättern hervorgegangen sind. Die Unterdrückung schreitet in der Reihenfolge Ektoderm, Entoderm, Mesoderm fort, um dann bestimmte Funktionsbereiche zu beeinflussen. Auf der vierten Unterdrückungsebene kommt es beispielsweise zu einer gemeinsamen Störung von Endothel und mesodermalen Strukturen (Lungenparenchym, Nephritis, Lymphangiitis oder Tuberkulose) (35: S. 33). Diese fortschreitende Unterdrückung entsteht durch eine geschwächte lokale Immunität, die zu einer Verschiebung von Toxinen über die verschiedenen Ebenen führt. Vijayakar schreibt:

„Einleitend bemerkt sei, dass eine jedwede Erkrankung ihre Symptome immer nur in einem Gewebe oder Organ ausdrücken kann, in dem die Immunabwehr geschwächt ist. So hat eine Person mit einer Schädigung der Immunkraft im Atemtrakt eine Tendenz zu Erkäl-

tungen. Sie wird an häufigem Husten und Katarrhen leiden. Wenn es nun zu einer Verlagerung der Immunschwäche auf den Gastrointestinaltrakt kommt, wird das Individuum verstärkt an Durchfall oder Dysenterie leiden. Diese **gestörte Immunabwehr** (auf lokal-zellulärer und auf der Gewebeebene produzierter Toxine, die ihrerseits durch aktive Transportmechanismen höher und höher entlang der 7 Ebenen transportiert werden); zu diesem aktiven Transport, der per Definition gegen einen Gradienten geschieht und energieabhängig ist, werden zellwandständige intrinsische und extrinsische Proteine benötigt. Die hierzu benötigte Energie wird in Form von ATP von den Mitochondrien der Zellen zur Verfügung gestellt. Jedes Mal, wenn also demgemäß eine Erkrankung unterdrückt wird, werden Toxine innerhalb der Ebenen nach oben verschoben und die normalerweise für die Ernährung der Zelle benötigte Energie muss für den Abtransport von Toxinen verwendet werden. Daraus resultiert eine Schwäche, was uns wiederum auf die Tatsache hinweist, dass jede Behandlung, die mit allgemeiner Schwäche einhergeht, zu einer Unterdrückung führt. **Jede Behandlung die andererseits ein Wohlbefinden erzeugt und die existierende Schwäche durch eine Verdrängung der Toxine entlang der natürlichen Flussrichtung beseitigt, wird den bereits existierenden Ernährungsgradienten stärken und somit den Patienten in Richtung Heilung voranbringen** (siehe auch die Erklärungen im Kapitel Ernährungsgradient).

Aus den vorgenannten Gründen wird ein nur partiell ähnliches Medikament zwar die Symptome beseitigen, gleichzeitig aber Schwäche produzieren und nur das korrekte, konstitutionelle *Simillimum* wird beides, Krankheit und Schwäche, beseitigen und dem Patienten das Verlangen und die Kraft zum Arbeiten und zur Bewältigung seiner täglichen Aufgaben wiedergeben; dies sind deshalb die wichtigsten Parameter bei der Fallbeurteilung nach getroffener Erstverordnung.“ (35: S. 27–28)

Jede Ebene der Unterdrückung hat dann noch eine miasmatische, also eine psorische, sykotische oder syphilitische Ausprägung.

Das Vijayakarsche Modell basiert weitgehend auf unserer bekannten Physiologie. Das heißt, es ist hinterfragbar und potenziell falsifizierbar. Insofern ist es

wissenschaftlicher als das undifferenzierte Lebenskraftmodell und auch als das Schichtenmodell.²

Ob das Keimblattmodell einer detaillierten physiologischen Analyse standhält, erscheint eher fraglich. Es wirkt inkohärent, erratisch. Aber die eingehende Analyse der einzelnen Modelle soll nicht der Gegenstand dieses Artikels sein, sondern die Frage, wie wir mit Modellen arbeiten.

Bedeutung von Modellen

Was sollte ein Modell leisten?

- Es sollte die beobachteten Phänomene besser erklären als ein anderes Modell.
- Es sollte zu besseren Prognosen der kommenden Entwicklungen führen.
- Es sollte neue Denkwege und Fragestellungen, ein besseres Verständnis innerer Zusammenhänge ermöglichen.
- Es sollte mit den Prinzipien der wissenschaftlichen Erkenntnis vereinbar sein.
- Sollte ein Modell aus irgendwelchen Gründen die traditionelle Sichtweise infrage stellen, so sollte es Strategien und Überlegungen bereitstellen, die eine Überprüfung dieses Modells erlauben.

In der Homöopathie und den meisten regulativen Therapien besteht zumindest Einigkeit darüber, dass prognostische Modelle, die ja in der orthodoxen Medizin nicht existieren, hilfreich sein können. Es wurde aber wenig untersucht, wie hilfreich sie wirklich sind. Beispielsweise gibt das Schichtenmodell eindeutige Anweisungen, wie Symptome beobachtet werden sollen. Es beschreibt dezidiert, wie eine Krankheit sich im Laufe der Zeit entwickelt. Die Frage ist nun, ob sich mit diesem strikten Modell der Verlauf von Krankheiten und Therapien besser beschreiben und prognostizieren lässt, als mit einem eher lockeren, gefühlten Modell, das die meisten Homöopathen verwenden.

Das psychosomatische Modell

Ein wesentliches Kriterium des Schichtenmodells ist, dass es ermöglicht, die mittel- und langfristigen Folgen einer Unterdrückung einigermaßen abzuschätzen. Dies trifft vor allem für jene Bereiche zu, die Vithoulkas als emotional und geistig bezeichnet. Da es in der orthodoxen Medizin keine vergleichbaren Modelle gibt, tut sie sich einigermaßen schwer mit dem Thema, wie eine Pathologie fortschreitet und welche Rolle unterdrückende Maßnahmen spielen. Dass eine rein somatische Sicht auf Krankheitsprozesse, wie sie von der orthodoxen Medizin oft vertreten wird, schwer haltbar ist, wurde oft genug nachgewiesen und lässt sich selbst an biochemischen Beispielen zeigen. So wird das C-reaktive Protein, ein Indikator für entzündliche Prozesse, durch Trauer und Ärger erhöht (32) und auch die Blutgerinnung wird durch Erregung intensiviert (18). Auf der anderen Seite stehen die Theorien der psychosomatischen Medizin. Diese erklären somatische Prozesse meist durch das Verhalten und Erleben der Patienten, was oft ebenso wenig zufriedenstellend ist. Ganz unbefriedigend ist aber die derzeit offizielle Haltung, die von **Komorbidität** spricht, bei der „Körper“ und „Psyche“ zusammen erkrankt sind. Hier eine kleine Kostprobe am Beispiel der Depression (16):

- Eine somatische Störung verursacht biologisch eine Depression (Hyperthyreoidismus);
- eine somatische Störung geht einer Depression bei genetisch empfindlichen Personen voraus (z. B. ist es bekannt, dass ein Cushing-Syndrom einer endogenen Depression (major depression) vorausgehen kann);
- eine Depression entwickelt sich auf der Basis einer körperlichen Erkrankung (z. B. Krebs);
- eine depressive Störung geht einer somatischen Störung voraus und ist eventuell verursachend (Somatisierung);
- die somatische Störung und die Depression sind nicht kausal miteinander verknüpft, sondern treten zufällig zusammen auf.

² Der sogenannte „kritische Empirismus“ geht auf Karl Popper zurück. Er besagt, dass es einen letzten Beweis für Hypothesen nicht geben kann. Eine Hypothese kann allenfalls widerlegt, falsifiziert werden. Je mehr Falsifikationsversuche eine Hypothese übersteht, desto wahrscheinlicher wird sie einen Sachverhalt richtig beschreiben. Eine Hypothese, die per se nicht falsifizierbar ist, auch theoretisch nicht, kann nicht als wissenschaftlich gelten. Eine Lebenskraft, die weder quantifizierbar, noch qualifizierbar, noch sonst irgendwie fassbar ist, würde unter solche nicht falsifizierbaren Hypothesen fallen.

In diesem Modell der Komorbidität sind verschiedene Theorien bunt gemischt. Die Organsysteme, das Empfinden und Verhalten haben eher zufällig miteinander zu tun und Entwicklungsprozesse können schlecht damit abgeschätzt werden. Ganz im Gegensatz dazu sind beim Schichtenmodell die unterschiedlichen Ebenen gegliedert, besitzen eine eindeutige Hierarchie.

Hierarchien des Lebens

Das Thema der Hierarchien ist derzeit ein heißes Thema in der biologischen Grundlagenforschung. Meist wird von einem Modell ausgegangen, das als **modular** bezeichnet wird, wie beispielsweise das Schichtenmodell von Vithoukka. Eine solche modulare Hierarchie besitzt eine klar definierte hierarchische Gliederung, bei der die einzelnen Elemente bausteinartig übereinander stehen.

Diese modulare Form des Denkens ist uns geläufig. Die abendländische Tradition ist sozusagen auf einem modularen Verständnis aufgebaut. Der Mensch ist die Krone der Schöpfung, der Kaiser der oberste Befehlshaber, der Papst besitzt die letzte Einsicht in religiösen Fragen, im Gehirn sitzt ein Homunkulus, ein entscheidendes Ich, und das Genom stellt die Quelle des Seins dar. So, beispielsweise, lauten einige Traditionen und Mythen des modularen Denkens. Auch in der Homöopathie hat sich in den letzten Jahrzehnten ein modulares Denken durchgesetzt, das von einem Primat einer letztlich undefinierten Psyche ausgeht. Die Psyche wird als das Wesentliche oder gar Höchste verstanden. All die leidenschaftlichen Diskussionen um Geist und Körper, um den freien Willen des Ichs, die, ausgelöst durch die moderne Hirnforschung, in fast allen Bereichen der Natur- und Geisteswissenschaft tobten, sind an der Homöopathie irgendwie spurlos vorbeigegangen. Diese Diskussionen hätten die Sicht, dass Gemütssymptome das oberste und wichtigste Modul sind, durchaus erschüttern können. Aber solche Diskussionen finden in der Homöopathie irgendwie nie statt.

Neben der modularen Sichtweise gibt es auch Richtungen, die eine andere Form von Hierarchie postulieren, eine eigenständige, „biologische Hierarchie“ (30). Sie gehen davon aus, dass das Verhalten eines Systems durch das Zusammenspiel der einzelnen

Komponenten entsteht und nicht durch das Verhalten der Einzelkomponenten ‚bestimmt‘ wird. Die Gesetzmäßigkeiten dieser Interaktion sind nicht modular, bei der eine höhere Ebene eine niederere Ebene „kommandieren“ kann, wie in Büro, Schule oder Militär. Das Verhalten solcher Systeme wird als **emergent** bezeichnet und die Interaktion der Elemente als **dynamisch**.

Das Vijayakarsche Toxinmodell geht ein wenig in die dynamische Richtung. Aber zu viel ist in diesem Modell ungeklärt. Sicher spielen Toxine eine Rolle. Aber welche? Und was ist mit Toxinen gemeint? Selbstverständlich können Schuhcreme oder Friseurchemikalien im Organismus (18, **Homöopathie KONKRET** 1.08) als Toxine bezeichnet werden. Vermutlich sind sie auch nicht gerade gesund, wenn sie über Jahrzehnte im Körper verbleiben. Aber besitzen sie wirklich einen schädigenden Effekt? Und wenn ja, sind Toxine wirklich die einzigen Mediatoren eines Unterdrückungsphänomens? Ist ein relativer ATP-Mangel und eine Mangelversorgung der Zellen tatsächlich der schädigende Mechanismus, wie Vijayakar behauptet?

Gleichgültig welches Modell zur Einschätzung pathologischer Entwicklungen wir benützen, und wir benötigen eines um richtig homöopathisch zu therapieren, müssen wir unsere Konzepte hinterfragen, sie weiterdenken und auf ihre Stichhaltigkeit untersuchen. Ansonsten öffnen wir einer therapeutischen Beliebigkeit Tür und Tor.

Das physiologische Modell der Unterdrückung

Hier soll an einigen Beispielen gezeigt werden, wie sich Unterdrückungsphänomene durch ganz einfache physiologische Prozesse beschreiben lassen:

a) Gastritis

Nehmen wir das Beispiel einer Gastritis. Die Hemmung der Magensäure-Sekretion führt zu einem Anstieg des pH-Wertes im Magen. Als Folge kommt es zum Überleben fakultativ schädlicher Bakterien und Viren in Magen und Ösophagus, also von Erregern, die bei einem normalem Magen-pH absterben wür-

den. Eine Konsequenz ist die Zunahme von ambulant erworbenen Pneumonien (20) und anderen Erkrankungen (8).

Dies ist ein sehr einfaches Beispiel, bei dem eine unterdrückende Behandlung zu einer Erkrankung in einem anderen Organsystem führt. Beide Erkrankungen scheinen zunächst völlig unverbunden zu sein, denn was hat eine Pneumonie schon mit der Behandlung einer Gastritis zu tun? Der Zusammenhang wird nur durch eine genaue physiologische Analyse verständlich. Man könnte natürlich sagen, dass die Pneumonie durch die Unterdrückung der Lebenskraft des Magens entstanden sei. Aber das ist nicht gerade erhellend. Außerdem ist die „Verschiebung“ der Erkrankung vom Magen zur Lunge rein anatomisch bedingt und beruht nicht auf dem Prinzip der hierarchischen Vithoulkas-Kategorie. Es kommt auch zu keiner Toxinausscheidung, die sich über Keimblätterschichten verteilt, obgleich die Unterdrückung der Gastritis in der Tat zu einer verminderten lokalen Immunität führt.

Das heißt, die üblichen homöopathischen Modelle der Unterdrückung beschreiben die beobachtete Situation nicht angemessen und deutlich schlechter als das physiologische Modell.

b) Fieber

Das klassischste Beispiel der Unterdrückung ist die antipyretische Therapie. In den Naturheilverfahren wurde die Unterdrückung des Fiebers immer schon als potenziell schädlich betrachtet, jedoch meist auf der Basis individueller, anekdotischer Beobachtungen. Dass die hippokratische und Galensche Kochung³ ebenfalls durch Fieber zustande kam, war eher weniger hilfreich für die Beurteilung des Fiebers durch die wissenschaftliche Medizin, die ihm im Grunde nur einen störenden Effekt zuschreibt.

Allein die Darwinsche oder evolutionäre Medizin war von der Sinnhaftigkeit des Fiebers überzeugt (25). Die evolutionäre Medizin geht von der Prämisse aus, dass die Robustheit eines Organismus das Produkt von Milliarden von Generationen ist (21), und dass jeder Regelkreis, den die biologische Forschung fin-

det, nur im Kontext einer evolutionären Betrachtung Sinn macht (37). Wenn also Fieber bei allen höheren Spezies zu beobachten ist, so muss es einen Sinn haben. Ansonsten wäre es durch die natürliche Selektion längst „ausgemeldet“ worden. Über Eingriffe wie die Antipyrese urteilt die evolutionäre Medizin wie folgt: “A priori ist es unwahrscheinlich, dass ein zellulärer Mechanismus, der das Ergebnis einer tausendjährigen Evolution ist, plötzlich besser funktioniert, wenn eine Chemikalie des 21. Jahrhunderts oder eine andere Substanz aus beziehungslosen Gründen von außen zugeführt wird; solch eine Substanz wird eher Verwüstung erzeugen als Verwüstung verhindern“ (34).⁴

Noch ist es ein Indizienprozess, der belegt, dass fiebersenkende Therapien mehr schaden als nützen. Aber in den letzten Jahren sind die Indizien so zahlreich geworden, dass man schon fast von einem „rauchenden Colt“ sprechen kann. Hier eine kleine Übersicht:

- Wagner Jauregg gewann 1927 den Nobelpreis für Medizin für seine Behandlung der Syphilis mit künstlichem Fieber.
- Kinder mit Windpocken, die antipyretisch behandelt wurden, erholten sich schlechter und hatten am 4. Tag mehr Symptome als Kinder, die ein Placebo erhalten hatten (9).
- Antipyrese verlängerte die Krankheitszeichen bei Personen, die an Influenza A erkrankt waren (27).
- Fieber über 38,3 Grad vor Beendigung des ersten Lebensjahrs führt zu weniger allergischen Erscheinungen im Alter von 6 bis 7 Jahren (39).
- Kinder anthroposophischer Eltern, die wenig oder keine Antipyretika erhalten hatten, entwickelten signifikant weniger Allergien (12).
- Die Verwendung von Paracetamol im ersten Lebensjahr und in der späteren Kindheit korreliert mit einem höheren Risiko für Asthma, Rhinokonjunktivitis und Ekzem im Alter von 6 bis 7 Jahren (2).
- Fieber induziert durch eine Interleukin-6-Signalübertragung eine Lymphozytenwanderung durch hochendotheliale Venolen, was die Immunantwort verbessert (5).

³ Das Galensche Krankheitsmodell geht davon aus, dass Krankheit dann entsteht, wenn sich die vier Säfte (Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle) entmischen. Einen solchen entmischten Saft muss der Körper mit Hilfe des Fiebers „kochen“ und ausscheiden.

⁴ “A priori, it is unlikely that a cellular mechanism, which is the result of tens of thousands of years of evolution, will suddenly improve when an external 21st century chemical or other agent is introduced for completely unrelated reasons; such an agent is more likely to wreak rather than to prevent havoc.”

- Die Hemmung der COX-1- und COX-2-Enzyme, wie beispielsweise durch Paracetamol oder Acetylsalicylsäure, reduziert die Bildung von auf Borrelia spezialisierten Antikörpern (3).

Es gibt also sowohl physiologische Modelle, als auch Laborversuche, als auch klinische Erfahrung, als auch randomisierte Studien, die das Unterdrückungspotenzial einer fiebersenkenden Therapie belegen.

c) Impfungen

In der Studie über die COX-Hemmer folgern die Autoren, dass Impfungen möglicherweise weniger wirksam seien, wenn gleichzeitig Paracetamol oder Acetylsalicylsäure eingenommen wird, da die COX-Hemmer die Immunreaktion behindern würde. Dieses Argument ist durchaus richtig. Aber es greift letztlich zu kurz. Es muss darüber hinaus vermutet werden, dass es durch die Gabe von antipyretischen Mitteln zu vermehrten Komplikationen nach einer Impfung kommen kann. Das gilt sicher für Lebendimpfstoffe, da auf der einen Seite fakultativ infektiöses Material in den Körper eingebracht wird, gleichzeitig aber – durch die Antipyretika – die Immunantwort behindert wird. Da aber auch bei Totimpfstoffen häufig eine fieberhafte Reaktion zu beobachten ist, kann auch bei ihnen, zumindest als Anfangshypothese, eine größere Komplikationswahrscheinlichkeit durch antipyretische Maßnahmen angenommen werden. Sollte diese Annahme zutreffen, wäre ein (großer) Teil der Diskussionen um Impfkomplicationen verfehlt. Das Problem wäre dann nämlich nicht die Impfung selbst, sondern die flankierenden Maßnahmen.

Auch hier sehen wir, dass eine differenzierte Vorstellung des Unterdrückenden, ein detailliertes physiologisches Modell, zu deutlich besseren Schlussfolgerungen führt als ein pauschales Lebenskraft-Modell.

d) Das Paradox: Infektionstheorie und Hygienehypothese

Die bisherigen Beispiele demonstrierten eher einfache Prozesse der Unterdrückung. Auf der Basis des physiologischen Modells können aber auch komplexe Entwicklungen verstanden werden. Einen Einstieg in dieses Verständnis von Komplexität ermöglicht die sogenannte **Erregertheorie** (germ theory) (10). Sie besagt, dass viele, wenn nicht die meisten akuten und chronischen Erkrankungen durch Erreger verursacht

werden. Ein klassisches Beispiel ist der *Helicobacter pylori* als Ursache des Magengeschwürs. In ähnlicher Weise werden für immer mehr Erkrankungen infektiöse Ursachen angenommen, beispielsweise für Krebs (6), Alzheimer (40), Diabetes (31), multiple Sklerose, Lupus erythematodes oder rheumatoide Arthritis (26). Selbst Fettleibigkeit (38), das chronische Erschöpfungssyndrom (17) und psychiatrische Erkrankungen sollen durch Infekte wie Toxoplasmose (4) oder eine einfache Grippe (13) hervorgerufen werden können.

Selbstverständlich handelt es sich nicht um einfache kausale Zuordnungen. Das heißt, die Infektion ist nicht die alleinige Ursache für die chronische Erkrankung. Das funktioniert nicht einmal bei dem einfachen Beispiel *Helicobacter*/Magengeschwür. Ein umfassenderes Verständnis immunologischer Prozesse ist erforderlich. Interessanterweise kommt diese Sicht der pathologischen Entwicklung sehr nahe an das Krankheitsverständnis Hahnemanns heran, deutlich näher als beispielsweise an die Vorstellungen von Vitthoukas.

Die Bedeutung immunologischer Prozesse lässt sich allein daran erkennen, dass nicht-steroidale Entzündungshemmer, allen voran die Acetylsalicylsäure, bei vielen chronischen Krankheiten hilfreich sind. Das betrifft Arteriosklerose, Herzinfarkt (28), Apoplex (23), alle möglichen Arten von Krebs (33, 22), Katarakt (7), Alzheimer (11) und viele andere. Diese Wirkung der Entzündungshemmer scheint zunächst paradox zu sein. Auf der einen Seite führen sie zu einer Unterdrückung und zur Chronifizierung; bei chronischen Beschwerden scheinen sie aber einen protektiven Effekt zu besitzen.

Noch komplizierter wird es, wenn wir die sogenannte **Hygienehypothese** hinzunehmen. Diese These besagt, dass der Kontakt mit vielen Keimen gesundheitsfördernd ist und chronischen Erkrankungen vorbeugt. Die Hygienehypothese ist somit das genaue Gegenteil der Erregertheorie.

Das physiologische Modell scheint also inkonsistent und widersprüchlich zu sein. Aber das trifft nur zu, wenn wir von linearen und/oder vereinfachenden Vorstellungen ausgehen. Wenn wir die biologischen Vorgänge so modellieren, wie sie sind, nämlich rekursiv und dynamisch⁵, dann erweisen sich diese Paradoxien als nichts anderes als unsere falschen Konzepte.

Für ein zufriedenstellenderes Verständnis immunologischer Abläufe benötigen wir also ausgefeiltere Modelle. Diese Modelle müssen, wie gezeigt wurde, ein klares Konzept von Unterdrückung und deren Beitrag zur Entwicklung von chronischen Krankheiten besitzen.

Dass in der Homöopathie ein solches Konzept schon immer existierte, während die orthodoxe Medizin sich noch nicht einmal darum bemüht, zeigt wieder einmal die Bedeutung der empirischen Medizin, die ja in universitären Kreisen heutzutage eher als unwissenschaftlich belächelt wird.

Ausblick

In der Formulierung unserer diagnostischen und therapeutischen Strategien können wir zwei Wege wählen. Der eine wäre der Versuch, unsere Modelle mit der real existierenden Physiologie in Einklang zu bringen. Das wäre, außer was die Frage der Potenzierung betrifft, über weite Strecken bereits jetzt möglich. Erforderlich wäre jedoch eine genaue Analyse unseres eigenen Modells im Einklang mit dem heutigen Wissen. Man könnte sich beispielsweise fragen, was denn ein Miasma sei oder worin denn bei einer antibiotischen Therapie oder der Entfernung einer Warze die Unterdrückung eigentlich bestehe. Man müsste also versuchen, homöopathische Konzepte biologisch zu untermauern. Dies würde unweigerlich zur Abänderung einiger geliebter Vorstellungen führen (müssen).

Der andere und heute in der Homöopathie meist begangene Weg wäre, die Modelle so sehr zu vereinfachen, dass sie letztlich widerspruchsfrei sind. Diesen Vorteil besitzt das Konzept der Lebenskraft. Der Preis dafür ist jedoch sehr hoch. Zum einen stellt sich die Frage nach der Realität dieses Modells. Zum anderen tauchen die Widersprüche aber immer dann auf, wenn man versucht, konkretere Prozesse, wie beispielsweise das Phänomen der Unterdrückung, damit zu beschreiben.

Ich persönlich bin der Überzeugung, dass die Homöopathie in der heutigen Wissenschaft ankommen muss und sich nicht weiter im Raum einer hypothetischen Physiologie mit Konzepten aus dem 18. Jahrhundert bewegen sollte. Aber sicher werden das einige Kollegen als After-Homöopathie betrachten.

Georg Ivanovas
Praktischer Arzt
Platia Riga Feraiou 13
71201 Heraklion
Kreta, Griechenland
homeopathy@ivanovas.com

Die ausführliche Literaturliste und weiterführende Links finden Sie auf der Wissenschaftsseite der **Homöopathie KONKRET** unter <http://www.homoeopathie-konkret.de/wissenschaft.html>

⁵ Der rekursive Charakter lebendiger Prozesse und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die therapeutische Praxis wurde in der **Homöopathie KONKRET** 2.08 eingehend erläutert. Der Artikel ist frei verfügbar unter <http://www.homoeopathie-konkret.de/Resources/Wissenschaft-2.08.pdf>.