

## Fusions-Ent-täuschung

Die Fusionspläne zwischen ZÄN und EHK, initiiert aus dem ehrlichen Wunsch nach einer Bündelung der Kräfte für den Erhalt unserer Verfahren in einer schwierigen Zeit, sind – nachdem sie erheblich ins Stocken geraten waren – nun letztendlich an der engen vertraglichen Kopplung der EHK an den Haug-Thieme-Verlag gescheitert, zumal die Verträge nicht einfach aufzukündigen und nur mit Wohlwollen des Verlages zu verändern sind. Nachdem uns endlich Einblick in das Vertragswerk gewährt wurde, zeigte sich, dass die Nachteile für den ZÄN erheblich gewesen wären, da die EHK, und jeder fusionierte Verband als ihr Rechtsnachfolger, in wesentlich stärkerem Maße finanziell und organisatorisch an den Verlag gebunden ist, als auf den ersten Blick ersichtlich.

Dies hat sicherlich historische Gründe, bedenkt man den enormen Einsatz und die herausragende Leistung, die Herr Dr. phil. FISCHER als ehemaliger Besitzer des Haug-Verlages und Geschäftsführer und Senior der EHK immer aufgebracht hat. Wie sich auf der letzten Mitgliederversammlung der EHK gezeigt hat, birgt diese historisch wohlbegründete Situation in der jetzigen Zeit allerdings einiges an Sprengstoff; im Vorstand der EHK hat die Diskussion um Zukunft und Rolle der Gesellschaft in Relation zur Verlagsgruppe sogar zu einer personellen Veränderung geführt.

Wieder einmal liegen wir im Trend der Zeit: Auch die Fusionspläne der Deutschen Bank mit der Dresdner Bank sind gescheitert – der Spiegel spricht zwar von Gesichtsverlust und Blamage; für die Angestellten, die ihre Arbeitsplätze gefährdet sahen, und die Kleinanleger, die nach der Fusion die Bank hätten wechseln sollen, mag sich das Scheitern der Fusion positiver darstellen. Die Fusion von BMW mit Rover, von vornherein eine Fusion ungleicher Partner, hat sich im Nachhinein als Fehlentscheidung erwiesen; mit beträchtlichen Verlusten für BMW, und auch die Arbeitnehmer bei Rover müssen um ihre Existenz bangen. Natürlich gibt es auch andere, erfolgreiche Fusionsmodelle, die sich

zum Vorteil für den neuen Konzern erwiesen haben.

Auch wurde in der Wirtschaft schon erfolgreich vorgelebt, dass – und bist du nicht willig, so brauch ich Gewalt – der Vorteil dabei durchaus auf einer Seite liegen kann, wenn bislang autonome Konzerne einfach von einem größeren Fisch geschluckt werden. Der Begriff der „feindlichen Übernahme“ ist seit Mannesmann und Vodafone in aller Munde. Auch von einem EHK-Vorstandsmitglied wurde schon geäußert, man werde eine „Fusion durch Einigung oder Fusion durch Liquidierung des ZÄN“ erreichen. Starke Worte!

Dies sollte Anlass geben, sich einige philosophische Betrachtungen über die globale Tendenz zur Megamania auf dem Wirtschaftsmarkt zu machen. Wer profitiert von Fusionen, erweitert sich für den Abnehmer die Palette des Angebots, werden die Waren dadurch billiger, kommt es zu einer Verbesserung von Serviceleistungen, verbessern sich Kommunikation und Arbeitsbedingungen für die Arbeitnehmer? Manchmal entsteht der Eindruck, dass der Nutzen für die Allgemeinheit eher zu vernachlässigen ist, meist werden nämlich anlässlich einer Fusion erst einmal Arbeitsplätze wegrationalisiert, der Gewinn für Aktionäre und Börsenspekulanten allerdings steigt oft beträchtlich.

Wie sich im Nachhinein erwiesen hat, hätte der ZÄN im Falle der Fusion die eigene Zeitschrift verloren, die Geschäftsstelle aufgeben müssen und ein erhebliches Mitspracherecht des Verlages bei der Kongressgestaltung hinnehmen müssen. Auch wäre der Freudenstädter Herbstkongress der Fusion mit Sicherheit zum Opfer gefallen, der ja ohnehin der EHK immer ein Dorn im Auge war.

Abgesehen von der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit, die sich der ZÄN erhalten hat, muss natürlich auch die Frage nach Nachteilen für unsere Mitglieder aus dem Scheitern der Fusion gestellt werden. Hätten



Dr. med. Antonius Pollmann  
1. Vorsitzender des ZÄN

wir als größerer Verband niedrigere Kursgebühren anbieten können? Unsere Kursgebühren, die schon auf dem Selbstkostenniveau gehalten sind, hätten nicht weiter reduziert werden können; auch hätte eine Fusion nicht automatisch zu einer Verbesserung und Ausweitung des Kursprogramms geführt. Sicherlich wäre es berufspolitisch gesehen von Vorteil gewesen, mit einer starken Stimme zu sprechen; aber nun muss es eben weitergehen wie bisher, dass der ZÄN selbst die berufspolitische Vertretung der Verfahren übernimmt, während die EHK die berufspolitische Aufgabe an die Hufelandgesellschaft für Gesamtmedizin delegiert. Allerdings hätte der neue Verband 1.000 Mitglieder mehr gezählt und 500 Mitglieder hätten die Kosten für die Doppelmitgliedschaft eingespart.

Jetzt bleibt also alles so, wie es ist. Im ZÄN-Vorstand findet die Fusion derzeit keine Mehrheit mehr und auch in den Reihen der EHK äußert man mehrheitlich nicht mehr den Willen zur Fusion, zumal jetzt die Hoffnung darauf gesetzt wird, mithilfe des großen Bruders Haug-Thieme-Verlag eine bessere PR und größere Unterstützung des rückläufigen Baden-Badener Kongresses zu erhalten. Zwar hätte man gerne auch den ZÄN mit übernommen bzw. als konkurrierende Veranstaltung Freudenstadt von der Landkarte getilgt.

Vor der feindlichen Übernahme brauchen wir uns im ZÄN nicht zu fürchten, zumal wir mit fast 8.000 Mitgliedern wirtschaftlich autark sind und wir in Freudenstadt einen kostengünstigen und krisensicheren Kongressort haben. Wir im ZÄN werden unsere Linie mit Autonomie und Offenheit weiter verfolgen,

gerne weiter mit der EHK im engen Gespräch bleiben, aber mit Verlagen und Industrie eher locker kooperieren.

Zum Schluss vielleicht noch die Frage, welchen Vorteil es hätte, wenn der Fußballverein Mannheim mit dem Fußballverein Heidelberg fusionieren würde? Gäbe es 22 Spieler pro Mannschaft? Oder würde man den Eintrittspreis halbieren? Würde ein Stadion geschlossen und aus Gründen der Kostenersparnis Trainer entlassen? Würde man sich auf die Hälfte der Spiele beschränken? Konkurrenz belebt eben doch manchmal das Geschäft: Eine Fusion im selben Marktsegment ohne existentielle Not des Unternehmens ist zumindest für die Endverbraucher nicht immer von unmittelbarem Vorteil.

Wir werden weiterhin unter weitgehendem Verzicht auf Gewinnoptimierung Fort- und Weiterbildung zum Selbstkostenpreis anbieten – als eigenständiger Verband und gemeinnütziger Verein können wir uns das leisten. Wir bleiben innovativ und avantgardistisch, indem wir unsere Ausbildung in Regulationsmedizin, die schon bald Nachahmer findet, weiter ausbauen; wir werden Ihnen eine Ausbildungsreihe in ayurvedischer Medizin anbieten und auch bald ethnomedizinische Veranstaltungen in Freudenstadt bieten können. Die Freudenstädter Kongresse werden wir Ihnen jedenfalls als Mekka der Naturheilverfahren, Stätte für fachlichen Austausch und interdisziplinäre Kommunikation erhalten.

Ihr  
Dr. Antonius Pollmann  
1. Vorsitzender des ZÄN



## 278

### Mit Akupunktur gegen Pollinosis

Viele Menschen können dem Frühling nur wenig abgewinnen. Nicht, weil sie sich nicht an den Farben und den angenehmen Temperaturen erfreuen würden, aber die blühenden Bäume und Blumen, genauer gesagt, die Pollen, machen ihnen das Leben zur Qual. Die medikamentöse Behandlung von Allergien

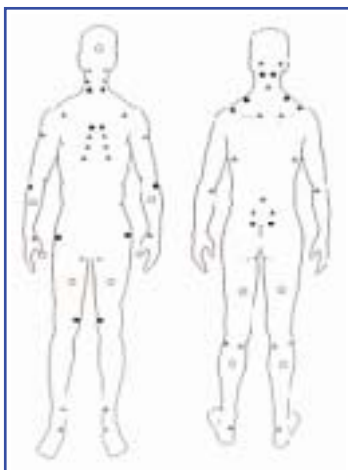


– auch mit naturheilkundlichen Mitteln – ist nicht selten unbefriedigend bzw. der Erfolg nur von kurzer Dauer. Aber, haben Sie es schon einmal mit Ohrakupunktur versucht? Ohrakupunktur zählt zu den erfolgreichsten Therapieverfahren bei Pollinosis. Mehr zu diesem Thema finden Sie in unserer Rubrik Praxis auf Seite 278.

## 280

### Schmerzen am ganzen Körper – Fibromyalgie

Etwa 1,6 Millionen Menschen in Deutschland – davon etwa 85 % Frauen – leiden an Fibromyalgie, Tendenz steigend. Das Krankheitsbild ist in aller Regel sehr komplex: neben starken Muskelschmerzen klagen die Patienten über Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Obstipation, Tinnitus und anderes mehr. Viele Fibromyalgie-Patienten haben eine wahre Operations-Odyssee hinter sich. In ihrer Arbeit gehen



G. W. Bock und T. Heintze auf die multikausale Entstehung des Fibromyalgie-Syndroms ein und stellen ihr ganzheitliches Therapiekonzept vor, bestehend aus: Gesprächstherapie, Akupunktur, Neuraltherapie, Entgiftungsmaßnahmen, Hayscher Trennkost und anderem mehr.

## Praxis

Rheumatoide Arthritis **274**

Fortbildungsveranstaltungen in den EU-Mitgliedsstaaten können steuerlich geltend gemacht werden **274**

Bronchitiden bei Kindern und Jugendlichen homöopathisch behandeln **277**

Pollinosis-Behandlung mit Sekundeneffekt **278**

Mehr Vitamine und Mineralien zur Gesundheitsprävention **278**

## Originalarbeiten

### STUDIEN

*G. W. Bock, T. Heintze:* Fibromyalgie-Syndrom – ein ganzheitsmedizinisches Entstehungs- und Therapiemodell **280**

Kommentar von Dr. med. O. Kuhnke zum Artikel **291**

*J. Bielenberg:* Interaktionen von Cannabinoiden mit Cytochromen **292**

**SERIE** *F. Diederich, A. Steinforth, E. T. Peuker:* Traditionelle afrikanische Medizinkonzepte: Besessenheit und Heilung im zar-bori-Kult **302**

## Aus dem ZÄN

99. ZÄN-Kongress ärztlicher Naturheilverfahren vom 14.-20. September 2000 (Überblick) **313**

Laudatio zum 80. Geburtstag von Dr. med. Ruth Schmitz-Harbauer **314**

Gratulation zur 25-jährigen Vorstandstätigkeit von Dr. med. Jürgen Huneke **315**

## Serie

### ERNÄHRUNGSTHERAPIE

Gibt es einen Zusammenhang zwischen Osteoporose und Kalzium? **316**

### Kongressberichte

Schlafstörungen – eine unterschätzte Krankheitsursache **318**

Interdisziplinäre Behandlungsmodelle chronischer Kopf- und Rückenschmerzen **320**

## Varia

**SERIE** Internet-News **326**

**KLEINANZEIGEN 325**

**BUCHBESPRECHUNGEN 328**

**IMPRESSUM 331**

Der ZÄN vertritt die Methoden der Naturheilverfahren und die Verfahren seiner angeschlossenen Gesellschaften. In der Ärztezeitung für Naturheilverfahren stellt er darüber hinaus neue Verfahren vor bzw. Anschauungen und Meinungen zur Diskussion.

## 292

### Cannabis – von der Rauschdroge zur Arzneipflanze

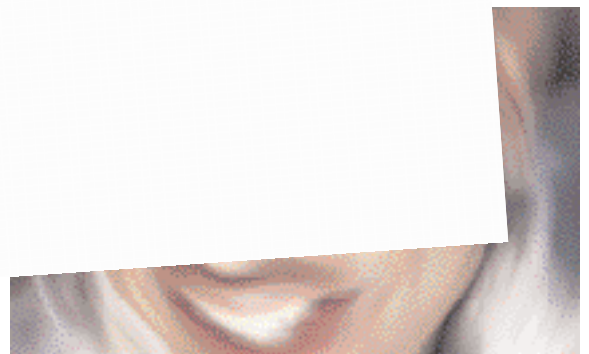
Cannabis, Haschich, Marihuana, wer kennt es nicht. Dass Cannabis aber mehr kann, als nur ein paar „schöne Stunden“ – im Rausch – zu bescheren, dass hat sich erst in den letzten Jahren herumgesprochen. Mit seinen etwa 400 Inhaltsstoffen zeigt Cannabis vielfältige pharmakologische Wirkungen beim Menschen, die medizinisch gesehen durchaus von Interesse sein könnten. Allerdings zeigen die verschiedenen Inhaltsstoffe auch Wechselwirkungen mit anderen bioaktiven Substanzen, die, wie J. Bielenberg in seiner Arbeit aufzeigt, erst genau untersucht werden sollten, bevor Haschisch Eingang in die Therapie finden kann.



## 302

### Ekstase, Trance, Besessenheit

Der Begriff „Besessenheit“ hat im deutschen Sprachraum einen sehr negativen Beigeschmack. Im Gegensatz dazu gibt es in Afrika eine große Zahl von Menschen, die dem Phänomen der Besessenheit kulturelle, religiöse und medizinische Bedeutung beimessen. Besessenheitskulte und entsprechende Rituale gibt es in ganz Afrika. In der Arbeit von F. Diederich et al. wird das Phänomen der Besessenheit am Beispiel der zar-bori-Kulte beschrieben und diskutiert. Die Autoren gehen dabei insbesondere auf die medizinischen und ethischen Aspekte der „Besessenheitskulte“ ein.



# LESERSERVICE

An die  
 Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren  
 Dipl.-Biol. Jens Meyer-Wegener  
 Landsberger Straße 495  
 81241 München

**Fax:**  
**089**  
**83964255**

Meine Frage lautet:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Liebe Leserinnen und Leser!**

Ein Arzneimittel kann nur dann wirken, wenn es vom Patienten auch eingenommen wird. Das gilt im übertragenen Sinne auch für eine Zeitschrift: Eine Zeitschrift kann nur dann ihren Zweck erfüllen, wenn sie gelesen wird. Aber *ob* die Zeitschrift gelesen wird beziehungsweise *wie* sie gelesen wird, erfahren wir nur durch ein entsprechendes „Feed-back“.

Mit anderen Worten: Wir freuen uns über jeden **Leserbrief!** Bitte schreiben Sie uns, was Ihnen an der Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren gefällt, und natürlich auch, was Ihnen nicht gefällt. Machen Sie Vorschläge zu Themen, die Sie interessieren. Schreiben Sie uns Ihre Erfahrungen.

Zudem möchten wir Ihnen einen neuen Service anbieten:

Sollten Sie **Fragen** zu naturheilkundlichen Themen haben, bitte schreiben Sie uns (Seite heraustrennen, beschreiben, faxen!). Wir werden Ihre Frage an einen Experten der jeweiligen Fachrichtung beziehungsweise der jeweiligen Naturheil-methode weiterleiten und Ihnen umgehend eine Antwort zusenden.

Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit! Ihre Redaktion der Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren.

**Absender:**

---

---

Name

---

---

Straße

---

---

PLZ/Ort

**Praxisstempel**

P. Cornelius, Geltendorf:

### Gefährdung der Bevölkerung durch Aluminium

Zum Artikel von Dr. med. H. G. Vogelsang, Krefeld, aus Heft 3/2000, S. 143

Aluminium ist, wie vom Fragesteller bereits gesagt, das häufigste Element der Erdoberfläche. CO<sub>2</sub> ist von jeher Bestandteil der Atmosphäre und entsteht auch laufend, neben anderen zum Teil noch aktiveren Säuren, bei vielen Zersetzungs Vorgängen in der reichlich mit Aluminiumverbindungen durchsetzten Humusschicht. Daher waren alle Menschen und Tiere in der gesamten Entwicklungsgeschichte ständig mit Aluminium-Ionen konfrontiert und sind daher mit Sicherheit an diese Exposition hinreichend angepasst. Auch mit jeder vom Wind aufgewirbelten Staubwolke atmen wir Aluminium-Verbindungen ein, aus welchen in der Lunge durch die dort noch viel höheren CO<sub>2</sub>-Konzentrationen und im Magen durch die Salzsäure Aluminium-Ionen freigesetzt werden. Besonders exponiert sind Menschen in noch wenig zivilisierten Gebieten, die wegen Wassermangel ihre Nahrungsmittel kaum reinigen können. Trotzdem kommen Hirnleistungsschwächen gerade in den Ländern der so genannten dritten Welt am wenigsten vor.

Mit Sicherheit ist also Aluminium nicht die Ursache einer vorzeitigen Verblödung.

Vielleicht ist es eine Ironie des Schicksals, dass in allen medizinischen Lexika die – ach so unbekannt – Ursache der Alzheimerischen Krankheit von dem auf Alzheimer folgenden Schlagwort genannt wird.

In dem Kapitel „Silberamalgam“ meines Buches über die Nosoden (1) habe ich die Zusammenhänge ausführlich dargestellt. Hier eine kurze Zusammenfassung: Schon Kußmaul (2) nennt für die Neurasthenia mercurialis die Symptome: „Psychische Fehlleistungen, Affektinkontinenz mit fortschreitendem Gedächtnisschwund, Persönlichkeitsverfall und Schriftbildverfall“. Jeder Mediziner müsste wissen, dass genau dieses auch die Symptome der Alzheimerischen Krankheit sind, aber, da es verboten ist, das Amalgam als Krankheitsursache zu beschuldigen, und die medizinische Forschung sich streng nach dem Dogma von Wilhelm Busch „dass nicht sein kann, was nicht sein darf“ richtet, kann diese Ursache nicht gefunden werden.

Zusätzlich werden diese Zusammenhänge noch dadurch verschleiert, dass durch den gleichzeitig enorm gestiegenen Verbrauch an Nikotin, Zucker und Schweinefleisch, den bedeutendsten Risikofaktoren für Gefäßkrankheiten, auch die klinisch von der Alzheimerischen Krankheit nur schwer abgrenzbare Multiinfarkt-Demenz an Häufigkeit enorm zugenommen hat. Freilich müssen sich die forschenden Wissenschaftler nach der von den Geldgebern formulierten Themenstellung ihrer Aufträge richten. Stammen die Forschungsgelder von der Pharma-Industrie, so können die Aufträge nur auf die Entwicklung von umsatzträchtigen Arzneien ausgerichtet sein. Die Erforschung eventuell vermeidbarer Krankheitsursachen droht hingegen umsatzkräftige Arzneien zu erübrigen und muss daher zwangsläufig von der Pharma-Industrie bekämpft wer-

den; denn schließlich wird ja von den Politikern ihr ständiges Wachstum gefordert.

Zum Abschluss noch ein Fallbeispiel: Im Januar 1989 wurde mir die damals knapp 12-jährige Patientin D. E. wegen Konzentrationsstörungen vorgestellt. Ihr Gebiss war damals schon reichlich mit Amalgamfüllungen „saniert“. Nach der vollständigen Entfernung und der isopathischen Ausleitung des Amalgams berichtet die Mutter, dass sich ihre Tochter nun im Diktat um 2 Notenstufen verbessert habe. Damit stellt sich die Frage, ob etwa der häufige, auf die Pubertät zurückgeführte Leistungsknick im Schulalter nicht viel mehr durch die meistens in diesem Alter zugefügte Amalgambelastung verursacht wird.

#### Literatur:

Breenkötter, Dr. med. dent. W.: Hatte Stock doch Recht? Fragen an die Medizingeschichte. Biologische Medizin, Heft 4/1984, S.194f.

- (1) Peter Cornelius: Nosoden und Begleittherapie. 3. Auflage, Pflaum-Verlag, München 1999, S. 13-18.
- (2) Denning: Lehrbuch der inneren Medizin.

# EAV

### Rheumatoide Arthritis

#### *Reduziert eine mediterrane Ernährungsweise das Risiko?*

**D**er Verzehr von Olivenöl und gekochtem Gemüse kann möglicherweise das Risiko einer Entwicklung von rheumatoider Arthritis verringern. Zu diesem Ergebnis kommen Dr. A. LINOS et al. von der Medizinischen Fakultät der Universität Athen in einer im American Journal of Clinical Nutrition veröffentlichten Studie.

Bei der rheumatoiden Arthritis, auch chronische Polyarthritiden genannt, handelt es sich um eine chronische, entzündliche Erkrankung mit weitgehend unbekannter Ätiologie. Verschiedene Faktoren, wie beispielsweise Vererbung, Hormonhaushalt und Ernährung, haben Einfluss auf die Pathogenese. Im Rahmen der Studie wurde die Ernährungsweise von 145 an rheumatoider Arthritis erkrankten Patienten mit der einer Kontrollgruppe von 188 gesunden Patienten verglichen.

Die Studienteilnehmer lebten in Süd Griechenland, wo rohes oder gekochtes, mit Olivenöl zubereitetes Gemüse ein hauptsächlich Bestandteil der täglichen Ernährung ist. In dieser Region werden mehr Fisch und Hülsenfrüchte und weniger Fleisch verzehrt als in den westlichen Industriestaaten.

Die Probanden wurden ihrer Ernährungsweise entsprechend in vier Gruppen eingeteilt. In der Gruppe mit dem größten lebenslangen Olivenölkonsum nahmen die Studienteilnehmer täglich etwa 43 Gramm zu sich. Für diese Personen bestand ein 2,5-fach niedrigeres Risiko, an einer rheumatoiden Arthritis zu erkranken als in der Gruppe mit der niedrigsten Olivenölaufnahme. Für die Teilnehmer mit dem höchsten Konsum an gekochtem Gemüse (2,9 Portionen pro Tag) wurde nachgewiesen, dass ihr Risiko, eine rheumatoide Arthritis zu entwickeln, um das Vierfache niedriger war als in der Gruppe mit dem geringsten Verbrauch (0,85 Portionen pro Tag). Diese inverse Korrelation

zwischen dem Verzehr von gekochtem Gemüse bzw. Olivenöl und dem Risiko einer rheumatoiden Arthritis besteht nachweisbar unabhängig von der übrigen Ernährung.

Wenngleich keine Untersuchungen zu möglichen Mechanismen durchgeführt wurden, so gehen die Autoren davon aus, dass der Schutz

### Fortbildungsveranstaltungen in den EU-Mitgliedsstaaten können steuerlich geltend gemacht werden

#### *Bahnbrechendes Urteil des Europäischen Gerichtshofes seit kurzem wirksam*

**B**ei Fachkongressen im Ausland können Zweifel bestehen an der betrieblichen/beruflichen Veranlassung insbesondere dann, wenn die Veranstaltungen an beliebten Erholungsorten stattfinden, so der Hinweis 117a der Einkommenssteuer-Richtlinien, auf den das Finanzamt bei der Ablehnung von Dienstreisen ins Ausland bislang immer Bezug nahm. Selbst das Halten eines Vortrags war nach Ansicht des Fiskus für sich genommen nicht geeignet, die Teilnahme an einem Fachkongress als unmittelbar beruflich veranlasst zu sehen.

Damit soll jetzt Schluss sein! In dem bahnbrechenden Urteil mit dem Aktenzeichen C-55/98 heißt es: „Artikel 59 EG-Vertrag (nach Änderung jetzt Artikel 49 EG) steht der Regelung eines Mitgliedsstaats entgegen, wonach für die Bestimmung des zu versteuernden Einkommens vermutet wird, dass Fortbildungsveranstaltungen an üblichen Urlaubsorten in anderen Mitgliedsstaaten in so erheblichem Umfang Urlaubszwecken dienen, dass die Ausgaben für die Teilnahme an diesen Veranstaltungen nicht als berufliche Aufwendungen abzugsfähig sind, während für Fort-

vor einer rheumatoiden Arthritis – zumindest in hohem Maße – dem hohen Ölsäuregehalt des Olivenöls zuzuschreiben ist. In anderen Studien wurde nachgewiesen, dass Ölsäure die Bildung von stark entzündungsfördernden Metaboliten hemmt. Auch die im Olivenöl enthaltenen natürlichen Antioxidantien könnten zu der schützenden Wirkung beitragen. *HKH*

Linus, A. et al.: Dietary factors in relations to rheumatoid arthritis: a role for olive oil and cooked vegetables? *AJCN* 1999; 70(6): 1077-1082

bildungsveranstaltungen an üblichen Urlaubsorten in dem betreffenden Mitgliedsstaat eine solche Vermutung nicht gilt.“ Mit anderen Worten: Das Gericht widerspricht der pauschalen Unterstellung, dass Weiterbildung im Ausland – zumindest in den EU-Mitgliedsstaaten – überwiegend der Erholung dient. Fortbildung ist Fortbildung, auch wenn sie an einem Ort stattfindet, der überwiegend zu Urlaubszwecken genutzt wird.

Sollten Sie also in Ihren Steuerbescheiden aus den letzten Jahren Aufwendungen für Fortbildungsveranstaltungen im Ausland haben, die nicht anerkannt wurden, können Sie diese unter Berufung auf das Urteil des EuGH neu beantragen. Voraussetzung: Ihr Steuerbescheid ist noch nicht bestandskräftig geworden und bei der Auslandsreise handelte es sich um eine Reise in einen EU-Mitgliedsstaat. Im Falle einer Reise zum Ärztekongress in Davos könnte sich der Fiskus nach wie vor stur stellen, da die Schweiz ja nicht zur EU gehört. Doch dann wird das Finanzamt erklären müssen, warum z.B. das ferne Griechenland gegenüber der naheliegenden Schweiz bevorzugt werden darf. Wir werden sehen. *MW*







## Bronchitiden bei Kindern und Jugendlichen homöopathisch behandeln

### Anwendungsbeobachtung belegt Wirksamkeit und Verträglichkeit eines Komplexhomöopathikums

In der Homöopathie kommen bei Affektionen der Atemwege, die mit dem Leitsymptom Husten einhergehen, diverse pflanzliche und anorganische Substanzen in unterschiedlicher Potenzierung zum Einsatz, etwa Drosera (Sonnentau), Tartarus stibiatus (Brechweinstein), Belladonna (Tollkirsche), Ipecacuanha, Lobelia inflata (aufgeblasene Lobelie), Kalium carbonicum oder Arsenum jodatum (Arsentrijodid). Immer häufiger und mit großem Erfolg werden dabei Kombinationspräparate eingesetzt, deren Zusammensetzung und Potenz sich nach der spezifischen Symptomatik der Erkrankung richtet. Basis des therapeutischen Einsatzes ist dabei, dass die individuellen klinischen Symptome mit dem Arzneimittelbild übereinstimmen sollten – also mit derjenigen Symptomatik, die sich in abgeschwächter Form bei gesunden Personen unter dem Einfluss des Arzneimittels einstellen würde.

### Anwendungsbeobachtung überprüft Einsatz in der Praxis

In einer Anwendungsbeobachtung, an der 17 Allgemeinärzte, zehn Kinderärzte und ein HNO-Arzt teilnahmen, wurde die Wirksamkeit des Komplexhomöopathikums Droperteel\* – es enthält die Einzelsubstanzen Drosera, Lachesis (Buschmeister), Carbo vegetabilis (Holzkohle), Dactylopius coccus (Cochenille) und Kalium carbonicum – bei Kindern mit Bronchitis unterschiedlicher Genese, Stauungsbronchitis und Pertussis überprüft.

\* Biologische Heilmittel Heel GmbH, Baden-Baden

Insgesamt wurden die Behandlungsdaten von 201 Patienten dokumentiert, bei denen 205 individuelle Erkrankungen auftraten. In etwa 70 Prozent der Fälle wurde Droperteel zur Therapie von Bronchitiden eingesetzt, wobei die obstruktiven gegenüber den spastischen Formen dominierten. Zumeist handelt es sich um akute oder chronisch rezidivierende Erkrankungen, die überwiegend infektiösen Ursprungs waren. Als Adjuvans wurde das Homöopathikum zudem in 25 Prozent der Fälle bei Pertussis und in fünf Prozent der Fälle bei Stauungsbronchitis eingesetzt. Die Behandlung begann bei mehr als der Hälfte der kleinen Patienten in der ersten Erkrankungswoche, bei 80 Prozent innerhalb des ersten Monats. Häufig begann die Behandlung mit einer Akutdosierung (eine Tablette stündlich oder eine Tablette alle 15 Minuten über zwei Stunden), die dann von einer Regeldosierung (meist 3 x 1 Tablette täglich) abgelöst wurde. In 40 Prozent der Fälle erhielten die Kinder von Beginn an nur die Regeldosierung.

### Wirksam und ausgezeichnet verträglich

Die therapeutische Wirksamkeit der Medikation wurde von den behandelnden Ärzten in über 90 Prozent der Fälle als mindestens gut eingestuft. Lediglich in drei individuellen Fällen blieb die homöopathische Behandlung der Bronchitis ohne Erfolg. Die Behandlungsergebnisse bei Bronchitiden

wurden insgesamt von den Ärzten trendmäßig etwas günstiger eingeschätzt als bei der adjuvanten Therapie der Stauungsbronchitis oder der Pertussis. Besonders erstaunlich war der schnelle Wirkungseintritt der homöopathischen Medikation: Bezogen auf alle Patienten führte die Behandlung in 75 Prozent der Fälle bereits innerhalb der ersten Woche zu einer teilweisen oder vollständigen Remission der Symptomatik. Nach vier Wochen war das bei nahezu allen Patienten der Fall – bis auf die erwähnten drei Therapieversager.



Überragend fiel auch die Bewertung der Verträglichkeit aus: In fast 60 Prozent der Fälle beurteilten die behandelnden Ärzte die Verträglichkeit von Droperteel als ausgezeichnet, in 40 Prozent der Fälle als gut. Lediglich zwei individuelle Behandlungen gingen mit einer mäßigen Verträglichkeit einher. In keinem Fall – auch nicht in den beiden letztgenannten Fällen – wurden unerwünschte Arzneimittelwirkungen dokumentiert.

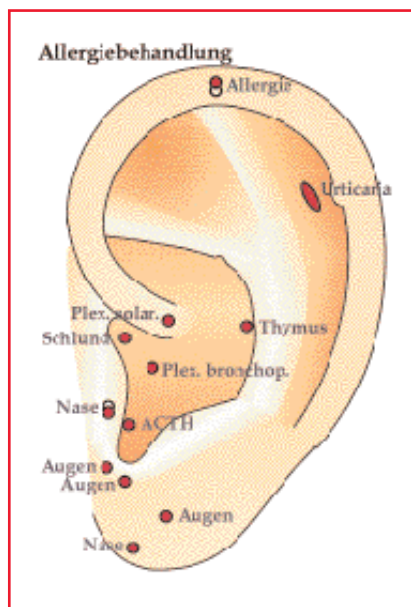
Insgesamt, das zeigen die Ergebnisse der Anwendungsbeobachtung deutlich, erwies sich das Homöopathikum als sichere, nebenwirkungsfreie Option bei der Behandlung von Bronchitiden vor allem obstruktiver Charakteristik bei Kindern und Jugendlichen. CS

Gegenheimer, L. und Weiser, M: Antihomöotoxische Behandlung von Bronchitiden im Kindes- und Jugendalter. EHK 3/2000; 171-174

## Pollinosis-Behandlung mit Sekundeneffekt

### Ohrakupunktur sehr wirksam bei Allergien

Ohrakupunktur zählt zu den erfolgreichsten Therapien in der Behandlung der Pollinosis, noch dazu ist die Behandlung relativ einfach. Am besten führt man die Behandlung durch, wenn gerade Beschwerden bestehen; so kann am sofortigen Abklingen der Symptomatik die richtige Lage der Nadel nachvollzogen werden.



Der wichtigste Punkt ist der Allergiepunkt, der sich sowohl auf der Helix als auch unterhalb der Helixkrempe im Bereich der Vegetativen Rinne befindet, er wird auch Ohrspitze oder Histaminpunkt genannt. Der Punkt wird anhand seiner Druckdolenz oder mittels elektrischer Punktdetektion, Very-Point-Technik oder RAC exakt lokalisiert und mit einer kleinen Akupunkturnadel punktiert. Bessert sich die Symptomatik nicht augenblicklich, sollte die Nadelage korrigiert und in einer geänderten Stichrichtung wieder bis zum Perichondrium vorgeschoben werden, ggf. muss die Korrektur mehrfach wiederholt werden. Im akuten Stadium ist mit dieser Technik regelhaft binnen weniger Sekunden eine deutliche Bes-

serung der Beschwerden zu verzeichnen – nachzusehen im Lehrvideo und selbst nachvollziehbar.

Weiterhin wesentlich in der Allergiebehandlung sind die Punkte ACTH oder Thymus, die in gleicher Weise exakt lokalisiert werden müssen und nur bei Empfindlichkeit genadelt werden. Wie der Autor herausfand, bringt auch hier häufig erst eine mehrfache Korrektur der liegenden Nadel den optimalen Behandlungserfolg. Sollten noch Beschwerden übrig bleiben, nachdem die Punkte Allergie, ACTH und Thymus genadelt wurden, können diese dann mit organotropen Punkten wie Augen, Nase oder Rachen mit

gleicher Stichtechnik nahezu vollständig beseitigt werden.

Das Behandlungsintervall wird von der Dauer des freien Intervalls bestimmt, zunächst werden in den meisten Fällen zwei bis drei Behandlungen pro Woche erforderlich sein; aber viele Patienten bleiben bereits nach sechs oder sieben Behandlungen anhaltend beschwerdefrei. Wie Sie die Behandlung im Einzelnen mit Punktauswahl, Punktlokalisierung, Stichtechnik und Behandlungsmodalitäten durchführen, wird Ihnen im Lehrvideo „Ohrakupunktur mit Sekundeneffekt“, Kasette 2 (ISBN 3-932190-54-8) zur Kopfschmerz-, Allergie- und Suchtbehandlung, anschaulich und „live“ am Patienten demonstriert.

Dr. med. Antonius Pollmann  
1. Vorsitzender des ZÄN

## Mehr Vitamine und Mineralien zur Gesundheitsprävention

### Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung hat ihre Zufuhrempfehlungen korrigiert

Viele Ernährungswissenschaftler haben schon lange darauf gewartet: Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) hat in Zusammenarbeit mit österreichischen und schweizerischen Ernährungsgesellschaften neue Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr herausgegeben. Dabei wurde erstmals zwischen nutritiven, also ernährungsphysiologischen, und präventiven Aspekten von Nährstoffen und Nahrungsinhaltsstoffen unterschieden. Die nutritiven Eigenschaften, so die DGE, „sollen die Gesundheit und Lebensqualität nahezu aller gesunder Personen erhalten und fördern sowie die lebenswichtigen physischen und psychischen Funktionen sicherstellen“. Bei den präventiven Aspekten wurden langfristige gesundheitsfördernde Eigenschaften von Nährstoffen berücksichtigt, etwa die Osteoporoseprophylaxe durch Vitamin K oder die Verhinde-

rung eines Neuralrohrdefektes bei Embryonen durch Folsäure.

Insgesamt hat die DGE in ihren neuen Empfehlungen die Referenzwerte für die Zufuhr von Vitaminen und Mineralstoffen zum Teil deutlich nach oben korrigiert.

Die wichtigsten Änderungen:

- Die empfohlene Zufuhr von **Calcium** für Kinder von 13 bis 15 Jahren wurde von 1.000 auf 1.200 Milligramm täglich erhöht.
- Die neue Zufuhrempfehlung für das Spurenelement **Fluor** wurde auf 3,8 Milligramm täglich erhöht.
- Erwachsene, so die Empfehlung, sollen nun statt 12 täglich 15 Milligramm **Vitamin E** zu sich nehmen.
- Die neue Zufuhrempfehlung für **Beta-Carotin** liegt jetzt bei 2 bis 4 Milligramm täglich, hat sich also nahezu verdoppelt.

- Die empfohlene Zufuhr von **Vitamin C** wurde von bisher 75 auf jetzt 100 Milligramm pro Tag erhöht, für Raucher sogar auf 150 Milligramm.
- Erstmals wurde ein Richtwert für **Alkohol** genannt. Danach sollen Männer nicht mehr als 20 und Frauen nicht mehr als 10 Gramm Alkohol täglich zu sich nehmen.

Allerdings: Auch die besten Empfehlungen sind nutzlos, wenn sie nicht umgesetzt werden. Um etwa in den Genuss des Gesundheitsschutzes durch Vitamine zu gelangen, sollte man täglich fünf Portionen Gemüse oder Obst zu sich nehmen. Ob diese Nahrungsempfehlung für den Großteil der Bevölkerung realistisch ist, ob man also langfristig ohne Supplemente auskommt, mag dahingestellt sein. CS ■

Pressemitteilung der DGE 7/2000 vom 20. Februar 2000

## Umstrittene Studie zu Vitamin C

Eine aktuelle amerikanische Studie bringt den bisher tadellosen Ruf von Ascorbinsäure (Vitamin C) in Verfall. Forscher der Universität Südkalifornien wollen im Rahmen einer Studie an über 500 Personen herausgefunden haben, dass das Vitamin zu einer Verdickung der Arterienwände führt und damit das Infarktrisiko deutlich erhöht. Als kritisch wurde dabei die tägliche Menge von 500 Milligramm genannt.

Weltweit reagierten Wissenschaftler mit heftiger Kritik auf die Studie der Kalifornier. Kein Wunder – schließlich ist es die erste Untersuchung überhaupt, die eine mögliche negative Wirkung des Vitamins ins Spiel bringt und damit allen bisherigen wissenschaftlich gesicherten Daten widerspricht. Auch das Studiendesign steht im Kreuzfeuer der Kritik. So wird beispielsweise bemängelt, dass aus der Untersuchung nicht hervorgeht, wie viele Patienten die angeblich kritische Vitamin-C-Dosis von 500 Milligramm überhaupt zu sich genommen hätten. Des Weiteren fehlten Angaben darüber, wie sich die Gefäßwände verändert hätten und ob diese Veränderungen überhaupt klinisch relevant seien.

Auch deutsche Ernährungsexperten stehen nach wie vor fest zur Ascorbinsäure. In ihrer jüngsten Veröffentlichung zu den Referenzwerten für die Nährstoffzufuhr hat die DGE gerade eine Tagesdosis von 1.000 Milligramm Vitamin C als sicher und unbedenklich bezeichnet. CS

# Dr. Klein

# Fibromyalgie-Syndrom – ein ganzheitsmedizinisches Entstehungs- und Therapiemodell

G. W. Bock, T. Heintze

## Zusammenfassung

Der Autor beschreibt ein Entstehungsmodell des Fibromyalgie-Syndroms, in dem eine chronische Stressreaktion, hervorgerufen durch ein schweres frühes Trauma, Störfelder, Belastungen durch Umwelttoxene und mikrobielle Erreger, über verschiedene Zwischenschritte die diversen Symptome verursacht. Durch ein ganzheitsmedizinisches Therapiekonzept kann eine Beschwerdelinderung von etwa 60-80 Prozent erzielt werden.

**Schlüsselwörter:** Fibromyalgie-Syndrom, Muskelschmerzen, Darmdysbiose, Ganzheitsmedizin

## Summary

The author describes a pathogenetic model for the fibromyalgia syndrome in which the aetiology of the various different symptoms is traced – via intermediate steps – to a chronic stress reaction caused in turn by a severe early trauma, disturbance fields, stress due to environmental noxae and microbial pathogens. The symptoms can be reduced by about 60 to 80 % by applying a holistic therapeutic concept.

**Key words:** Fibromyalgia syndrome, muscle pains, intestinal dysbiosis, holistic medicine

## Resumen

El autor describe el surgimiento del síndrome fibromiálgico en el cual una reacción de estrés crónica, provocada por un grave trauma anterior, campos perturbadores, cargas por toxas ambientales y microbios patógenos, después de varios pasos intermedios causa los diferentes síntomas. A través de un concepto terapéutico integral se puede conseguir un alivio del padecimiento en aprox. un 60 hasta 80 %.

**Términos claves:** Síndrome fibromiálgico, dolores musculares, disbiosis intestinal, medicina integral

## Einleitung

„Ich habe am ganzen Körper Schmerzen wie rohes Fleisch“ – so oder ähnlich schildern etwa 1,6 Millionen (1) Betroffene ihre Hauptbeschwerden. Überwiegend sind Frauen betroffen. Volkswirtschaftlich betrachtet verursacht die Fibromyalgie jährliche Kosten von 4,41 Mrd. DM in Deutschland (1).

In unserer Klinik bilden Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom (FS) inzwischen etwa 20 Prozent der Patienten. Die Tendenz ist in den letzten Jahren steigend, was neben dem gestiegenen Bekanntheitsgrad dieser Erkrankung auch an der zunehmenden Belastung mit diversen Noxen und erhöhtem Stress liegen kann.

## Symptomatik

Neben starken Muskelschmerzen – daher rührt auch das frühere Synonym „Weichteilrheuma“ – klagen die Patienten gehäuft über Müdigkeit, Kopfschmerzen, Migräne, Rückenschmerzen, Traurigkeit, Missempfindungen, Schwindelgefühle, diffuse Bauchbeschwerden, Stuhlunregelmäßigkeiten, insbesondere Obstipation, Menstruationsschmerzen, Raynaud- und Sicca-Symptomatik, Tinnitus, Sehstörungen, Herzbeschwerden und gehäufte Infektanfälligkeit. Viele dieser Patienten sind adipös. Häufig sind die Beschwerden so zahlreich, dass die Anamneseerhebung sehr aufwendig ist. In der Vorgeschichte findet sich auch oft eine Operations-Odyssee, 14-20 Operationen sind keine Seltenheit.

Viele Patienten haben sich von den sie behandelnden Ärzten unverstanden gefühlt, so dass es gelegentlich schwierig ist, das Vertrauen der Patienten zu gewinnen. Manche berichten auch erst nach einigen Tagen über massive Muskelschmerzen, weil sie selbst dieses Symptom inzwischen für unglaublich halten.

## Diagnostik

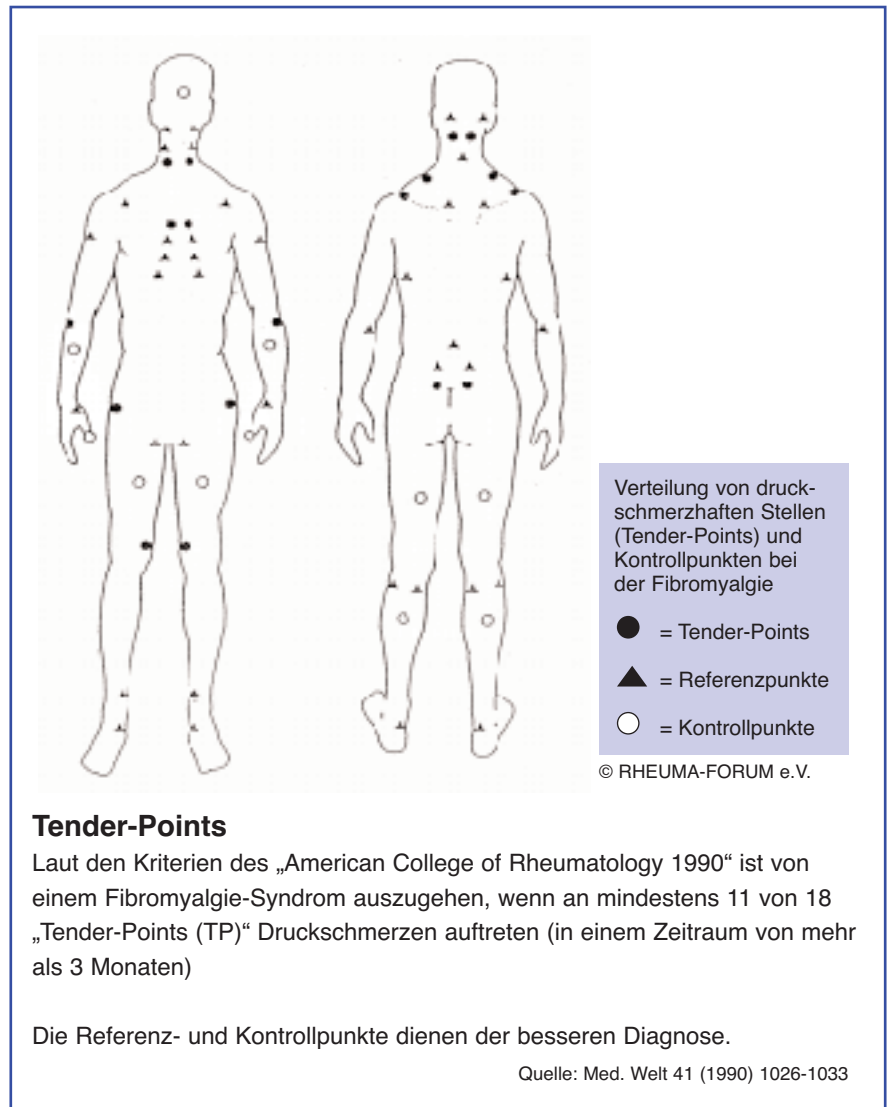
Das Fibromyalgie-Syndrom ist primär eine klinische (Ausschluss-)Diagnose. Neben den entsprechenden Symptomen müssen 11 der von der ACR 1990 beschriebenen 18 Tender-points deutlich druckschmerzhaft sein (s. Abb. 1 – „Tender-points“). Sind weniger Tender-points vorhanden, so handelt es sich möglicherweise um ein beginnendes Fibromyalgie-Syndrom. Laborchemisch finden normalerweise außer regelmäßigen Hinweisen auf eine Darmdysbiose keine spezifischen Auffälligkeiten.

Selbstverständlich müssen differentialdiagnostisch verschiedene Erkrankungen ausgeschlossen werden. Zu nennen sind insbesondere rheumatische Erkrankungen, Polymyalgia rheumatica, Arthrose, Osteoporose, Metastasen und psychiatrische Erkrankungen. Darüber hinaus gibt es fließende Übergänge zum Chronic-Fatigue-Syndrom und Multiple-Chemical-Sensitivity-Syndrom. Manche neurologischen Ausfälle lassen auch an eine Multiple Sklerose denken.

## Entstehung

### 1. Genese und Wirkung einer chronischen Stressreaktion

Bis heute ist unklar und heftig umstritten, was die Fibromyalgie verursacht. Wir gehen von einem polyätiologischen Geschehen aus, bei dem eine dekompensierte chronische Stressreaktion eine wesentliche Rolle spielt



### Tender-Points

Laut den Kriterien des „American College of Rheumatology 1990“ ist von einem Fibromyalgie-Syndrom auszugehen, wenn an mindestens 11 von 18 „Tender-Points (TP)“ Druckschmerzen auftreten (in einem Zeitraum von mehr als 3 Monaten)

Die Referenz- und Kontrollpunkte dienen der besseren Diagnose.

Quelle: Med. Welt 41 (1990) 1026-1033

Abb. 1: ACR-Tender-Points

(s. Abb. 2.4 – „Fibromyalgieentstehungs- und Therapiemodell nach G. BOCK“). Möglicherweise gibt es auch verschiedene Subgruppen von Fibromyalgiekranken.

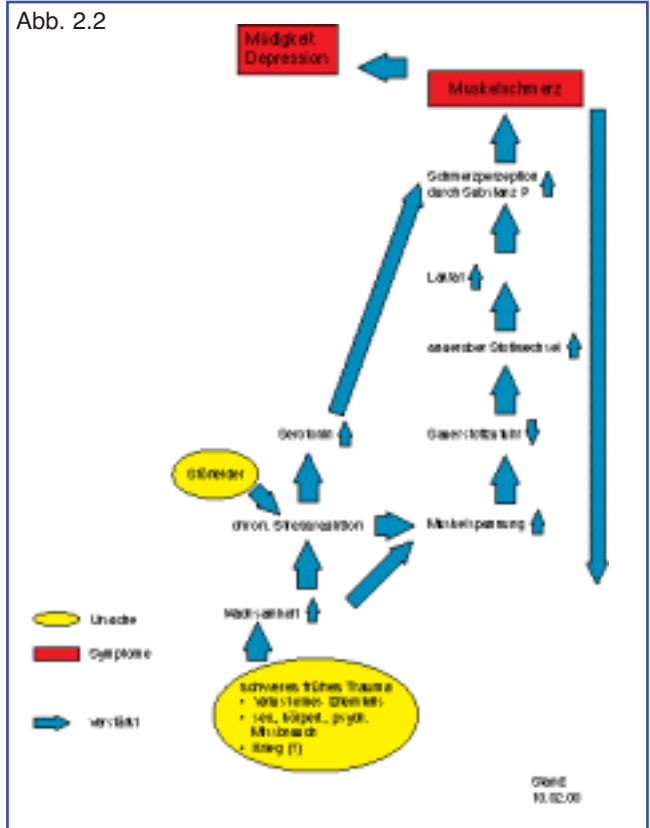
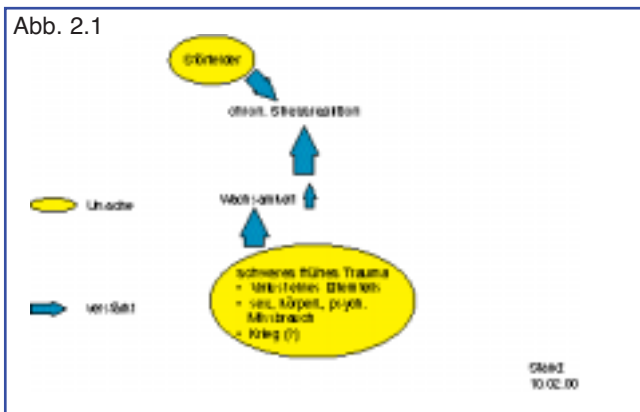
Wir haben beobachtet, dass sich bei über 80 Prozent dieser Patienten ein schweres Trauma in der Kindheit findet und sich häufig zumindest ein Teil der Beschwerden bis in die Kindheit hinein zurückverfolgen lässt. Sehr häufig ist ein Elternteil früh verstorben oder/und es gab sexuellen Missbrauch, körperliche oder seelische Misshandlungen. Gelegentlich gab es auch sehr belastende Kriegser-

lebnisse. Dies führt zu einer Erhöhung der Wachsamkeit und dies wiederum zu einer chronischen Stressreaktion.

Nahezu alle diese Patienten weisen Störfelder im Sinne der Neuraltherapie nach HUNEKE auf. Neben zahlreichen Narben sind hier besonders der Zahn-Mund-Kiefer-Bereich, die Nasennebenhöhlen und der Urogenitalbereich hervorzuheben. Auch dies stellt für den Körper chronischen Stress dar (s. Abb. 2.1).

Durch chronischen Stress kommt es zu Konzentrationsveränderungen der Neurotransmitter Serotonin, Tryptophan, Melatonin, ACTH und Sub-

Abb. 2.1 - 2.5:  
**Fibromyalgieentstehungs- und Therapiemodell**  
 [nach G. Bock]



stanz P. Die erhöhte Serotoninkonzentration bewirkt eine erhöhte Schmerzperzeption durch Substanz P, die den Muskelschmerz übermittelt. Infolge der erhöhten Wachsamkeit und der chronischen Stressreaktion kommt es zu einer Anhebung der allgemeinen Muskelspannung, was eine Abnahme der Sauerstoffzufuhr, eine Zunahme des anaeroben Stoffwechsels, eine Zunahme der Laktatkonzentration und wiederum eine Zunahme der Schmerzperzeption durch Substanz P zur Folge hat. Die so entstandenen vermehrten Muskelschmerzen führen in einem Circulus vitiosus wiederum zu einer erhöhten Muskelspannung, bedeuten erneuten (chron.) Stress, ermüden und fördern eine depressive Reaktion (s. Abb. 2.2).

Bei diesen Patienten kommt es bedingt durch die chronische Stressreaktion zu einer überschießenden ACTH-Ausschüttung auf verschiedenste Stimuli. Sie reagieren mit einer Stressreaktion auf kleine Reize in Situa-

tionen, in denen es „eigentlich“ nicht adäquat ist. Möglicherweise rührt dies daher, dass zur Zeit des kindlichen Traumas eine Stressreaktion äußerst sinnvoll, vielfach sogar überlebenswichtig war. Die erhöhte ACTH-Sekretion führt zu einem erhöhten Cortisolspiegel und dieser zu einer Schwächung des Immunsystems mit vermehrter Infektanfälligkeit. Außerdem begünstigt dies eine Darmdysbiose und möglicherweise den vermehrten Befall von Escherichia coli mit Bakteriophagen, was die Zerstörung der E. coli mit daraus resultierender Endotoxin-Lipid-A-Freisetzung bewirkt. Endotoxin-Lipid-A wirkt auf die Darmwand toxisch und ist durch seine starke Toxizität bereits ab 10 pg/ml im Serum möglicherweise für die Entstehung von Müdigkeit, Depressionen, Parästhesien, Temperaturerhöhung, Konzentrationsstörungen und Herzrhythmusstörungen zumindest mitverantwortlich. Durch die Toxizität von Endotoxin-Lipid-A

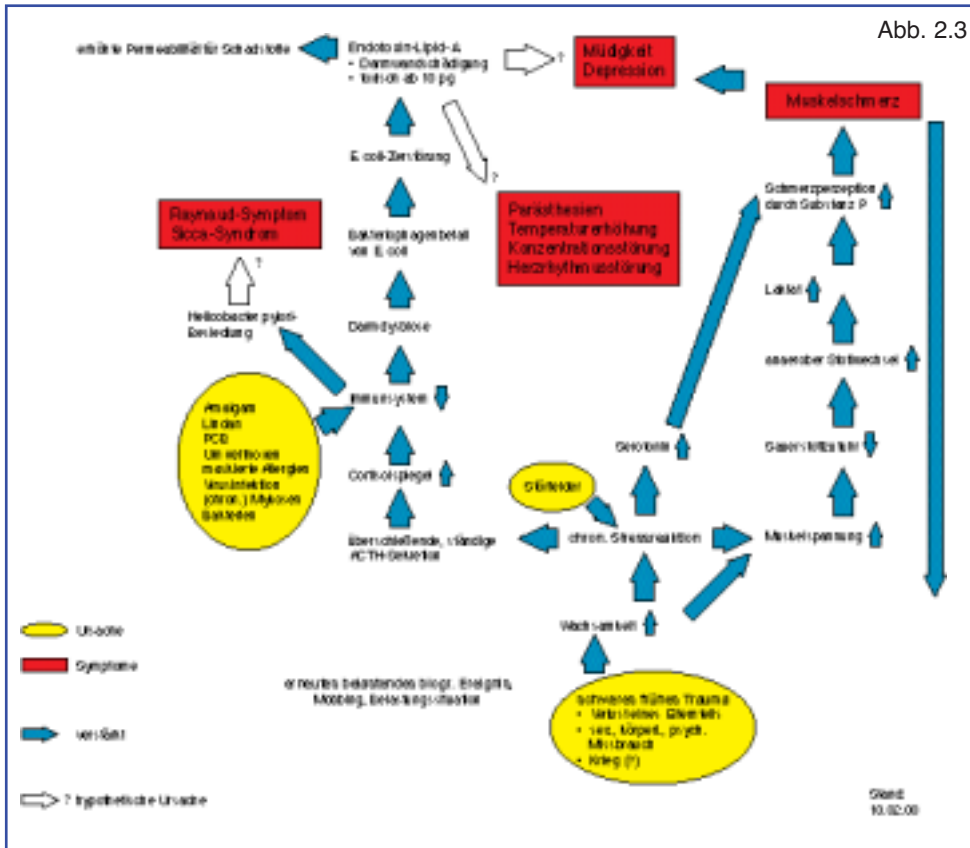
kommt es möglicherweise auch zu einer Darmwandpermeabilitätsstörung, was zusätzlichen immunologischen Stress für das Immunsystem des Darmes bedeutet und die Entstehung von Nahrungsmittelallergien begünstigt.

Eine verminderte Immunabwehr begünstigt möglicherweise die Besiedlung des Magens mit Helicobacter pylori. Es gibt beschriebene Besserungen einer Raynaud- bzw. Sicca-Symptomatik nach erfolgreicher Eradikationstherapie. Ggf. spielt bei den Fibromyalgiepatienten mit Raynaud- und Sicca-Symptomatik dieser Mechanismus eine Rolle.

Ungünstig auf das Immunsystem und als weiterer Faktor einer chronischen Stressreaktion wirkt sich ferner eine Dauerbelastung durch Umwelttoxinen und mikrobiologische Organismen aus. Zu nennen sind hier insbesondere Amalgam, Lindan, PCB, chronische Virus-, Bakterien- und Pilzinfektionen (s. Abb. 2.3.).





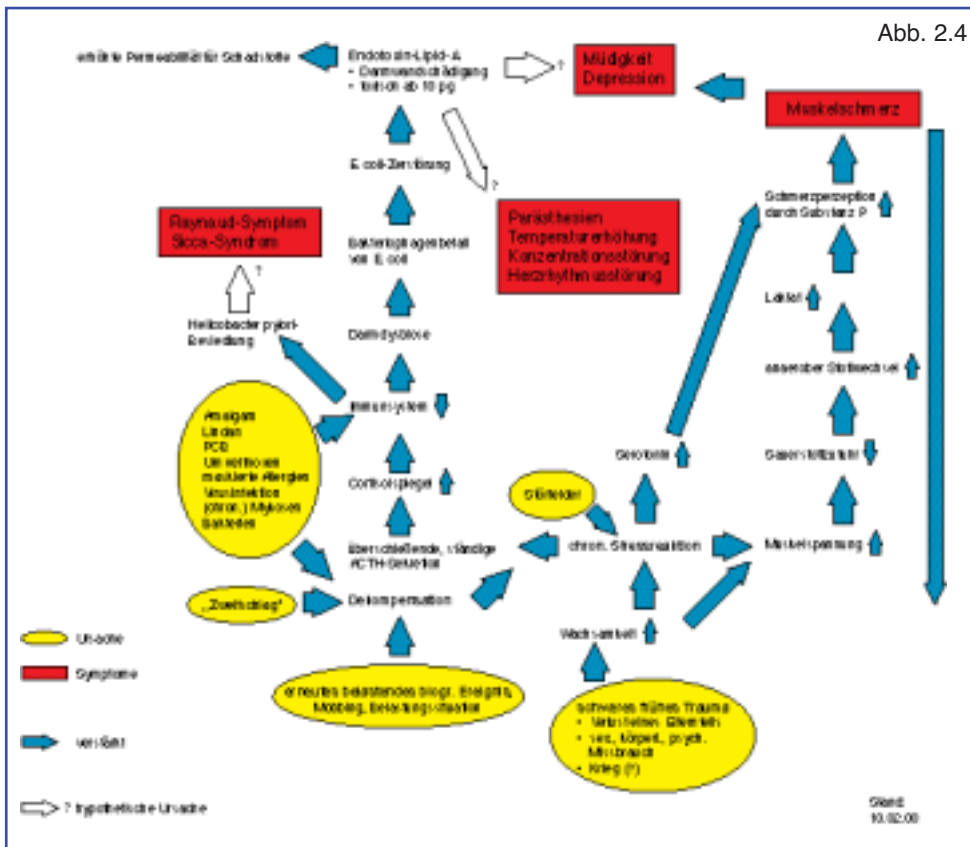


## 2. Dekompensation der chronischen Stressreaktion

Erfahrungsgemäß „funktionieren“ die meisten dieser Patienten lange Zeit im gesellschaftlichen Leben und leisten häufig überdurchschnittlich viel. Irgendwann kommt es jedoch zur Dekompensation. Wegen ihrer massiven Beschwerden ist es ihnen nicht mehr möglich zu arbeiten und das Hilfesuchen bei verschiedenen (Fach-)Ärzten und Heilpraktikern beginnt. Wir denken, dass zu dieser Dekompensation mehrere Faktoren beitragen: Anamnestisch lässt sich häufig ein erneutes belastendes biografisches Ereignis eruieren. Manchmal gab es auch eine starke Erinnerung an frühere Traumata.

Häufig bringt auch ein „Zweiterschlag“ das System aus dem Gleichgewicht. Zu nennen sind hier das Auftreten (und die Therapie) von malignen Erkrankungen sowie Operationen.

Eine akute Belastung mit Amalgam, insbesondere nach Amalgamanisierung ohne entsprechenden Kofferdamschutz und gleichzeitige Ausleitung kann, wie auch eine akute Belastung durch Umweltnoxen oder Mikroben, zu einer Dekompensation führen. Amalgam, andere Umweltnoxen und Mikroben können, wenn es sich um eine langjährige Einwirkung handelt, auch eine chronische Stressreaktion mit den oben beschriebenen Folgen verursachen (s. Abb. 2.4).



## Therapie

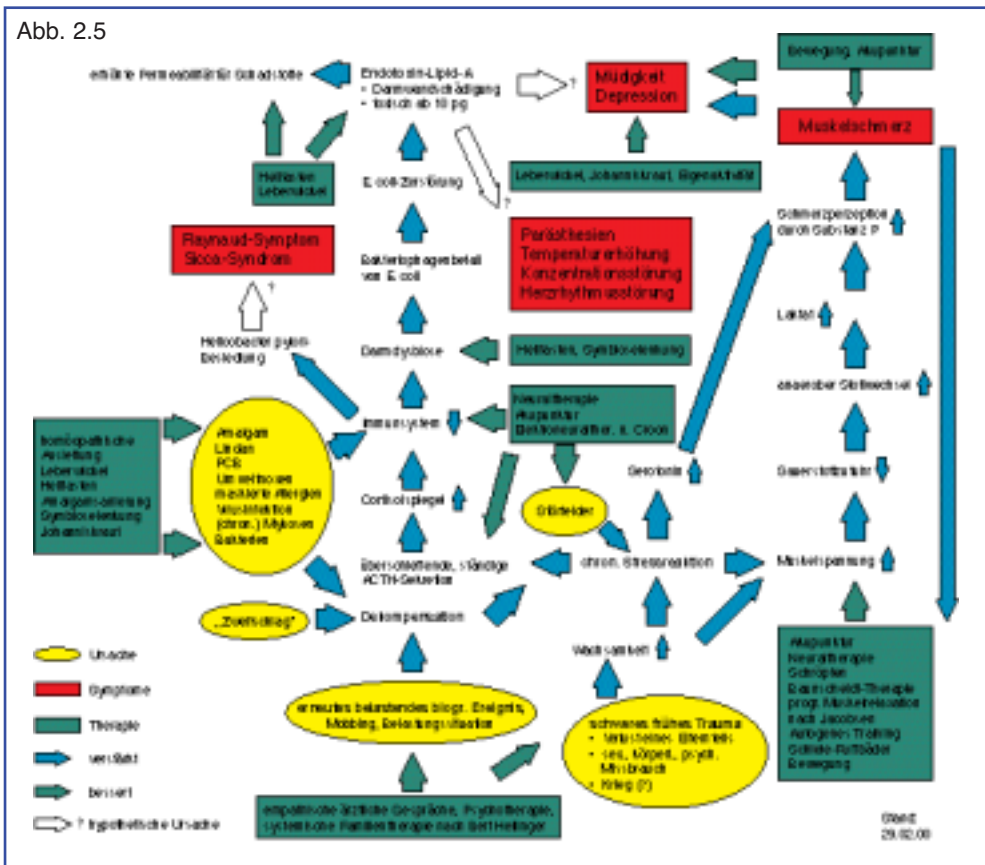
Viele Patienten sind mit Amitryptilin vorbehandelt, einige berichten über eine Besserung. Allgemein wird eine Besserung der Beschwerden um 30 Prozent beschrieben. NSAR sind in der Regel wirkungslos.

In unserer überregionalen, ganzheitsmedizinischen Klinik blicken wir auf eine über 10-jährige Erfahrung in der Behandlung der Fibromyalgie zurück. Bewährt hat sich folgendes ganzheitsmedizinisches Konzept (s. Abb. 2.5):





Abb. 2.5



1. Besonders wichtig ist es uns, die Patienten empathisch anzunehmen, ihnen ihre Beschwerden zu glauben und diese ernst zu nehmen.
2. In empathischen Gesprächen bieten wir unseren Patienten an, über das in der Vergangenheit Erlebte und aktuelle Konfliktsituationen zu reden. Viele Patienten spüren die heilende Wirkung des Weinens. Häufig sind auch familiensystemische Hinweise im Sinne von BERT HELLINGER sehr hilfreich.
3. Eine wichtige Rolle in unserem Therapiekonzept spielt Bewegung. Wir bieten unseren Patienten Krankengymnastik an, wodurch ein positiver Zugang zur – für die Patienten zunächst schmerzhaften – Bewegung erzielt werden kann. Darüber hinaus ermuntern wir die Patienten zu regelmäßigen Spaziergängen durch die Natur nach der Entlassung.
4. Durch Akupunktur etwa 2-3-mal/Woche lässt sich oft eine Schmerz- und Beschwerdelinderung erzielen.

5. Eine Linderung der Muskelverspannung, Besserung der Stimmung und des Immunsystems lassen sich hierdurch gut erreichen. Besonders bewährt haben sich z.B. die Punkte LG 20, PaM 1, Di 4, Lu 7, MP 6, Gb 36, M 42, Le 2 und Le 3.
5. Durch Neuraltherapie nach HUNEKE etwa 2-3-mal/Woche mit Lidocain 1% an druckschmerzhafte Punkte, Muskel- und Sehnenansätze, in Myogelosen, in YNSA-Zonen und von HUNEKE beschriebene indikationsabhängige Punkte erzielen wir eine deutliche Schmerz- und Beschwerdelinderung. Gleichzeitig lassen sich hiermit vorhandene Störfelder entstoren. Wichtig ist hier insbesondere eine Entstoreung der Zahnstörfelder.
6. Unsere Patienten erhalten täglich gezielte Elektroneuraltherapie nach CROON. Hierdurch kommt es in der Regel zu einer deutlichen Besserung des Energieniveaus der Patienten. Auch lassen sich Störfelder gut thera-

pieren und das Immunsystem profitiert. Zudem bietet der nach je 10 Behandlungen durchgeführte Elektroneuraltest nach CROON eine gute Verlaufskontrolle, zeigt noch vorhandene Störfelder an und weist auf „Schwachstellen“ hin.

7. Mit täglichen feuchtheißen Leberwickeln versuchen wir, die Entgiftungsfunktion der Leber zu steigern. Möglicherweise ist ein Grund für die wohlthuende Wirkung die vermehrte Entgiftung von Endotoxin-Lipid-A. Darüber hinaus wirkt dies antidepressiv und schlaffördernd.

8. Wir versuchen homöopathisch die Entgiftung über Leber und Nieren von z.B. Amalgam mit z.B. Berberis D12 oder Komplexpräparaten wie Phönix solidago und Ceres Taraxacum comp. zu steigern. Ausleitend wirken auch Vitamin C und Selen. Manche Patienten berichten über eine Erstverschlimmerung. Eine Ausleitung mit DMPS wird von uns selten durchgeführt, da die massive Schwermetallmobilisation eine deutliche Beschwerdezunahme verursachen kann.

9. Durch Schröpfmassage, Baunscheidttherapie und Massage erreichen wir über die reflektorische Wirkung hinaus eine verbesserte Durchblutung der Muskeln, was zu einem vermehrten Abtransport von Schmerzstoffen führt mit nachfolgender Schmerzlinderung und Entspannung.
10. Wir bieten den Patienten bei uns Heilfasten an. Hierdurch wird sehr intensiv entschlackt, der Darm wird entlastet und kann sich wieder regenerieren. Möglicherweise ist ein weiterer Mechanismus der beschwerdelindernden Wirkung des Heilfastens eine bessere Immunlage, u.a. gegen Bakterien tragende E. coli. Je nach Be-

# Originalarbeit

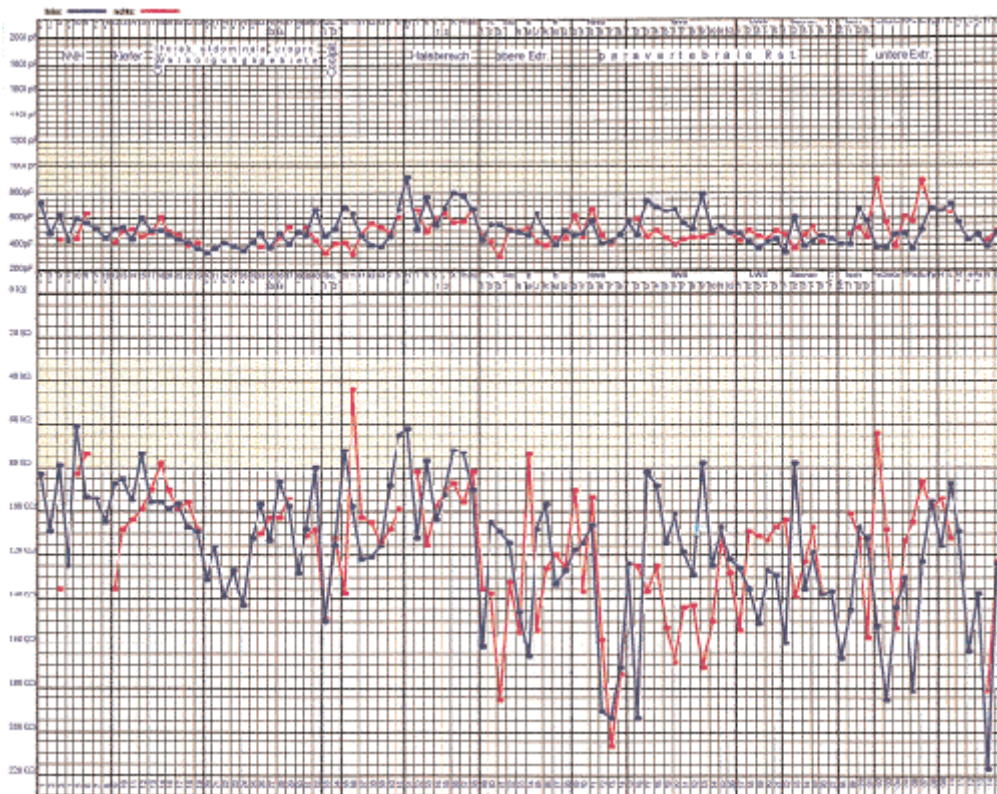


Abb. 3.1: **Elektroneuraltest nach Croon vom 22.4.99, Therapiebeginn.**

67-jährige Pat. mit Fibromyalgie-Syndrom, deutlich erniedrigtes Energieniveau, Schwachpunkte bes. im Bereich des vegetativen Systems, des re. Oberkiefers, der Leber, des Zwerchfells, des Dünndarms, des Hinterkopfes, Plexus brachialis bds., N. medianus li., C5, C6, C7, Th2, Th6, Th9, S1, N. ischiadicus li., N. femoralis li., N. tibialis li., Leber und beider Nieren. (s. Patientenbeispiel)

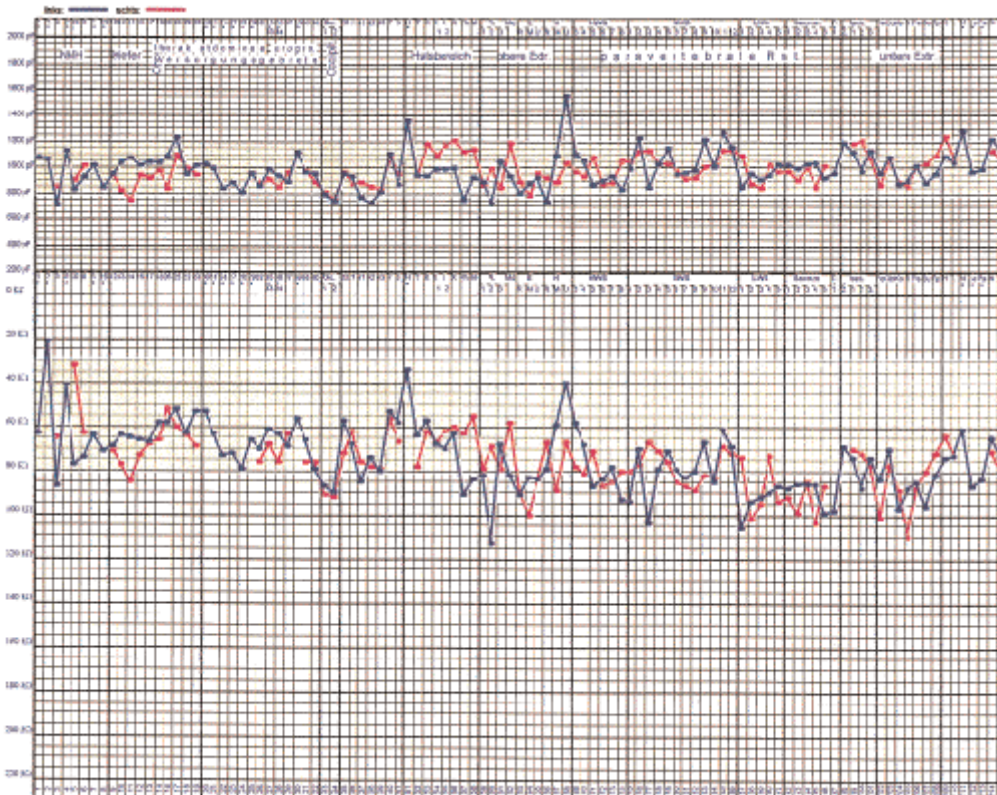


Abb. 3.2: **Elektroneuraltest nach Croon vom 26.5.99 nach 31 Behandlungen, Therapieende.**

Dieselbe Pat., Energieniveau überwiegend im Normbereich, leichte Schwachpunkte im Bereich des vegetativen Systems, des re. Unterkiefers, des Hinterkopfes, der li. Hüfte, N. phrenicus li., Pl. brachialis li., N. medianus re., C5, C6, C8, Th1, Th3, Th5-Th9, L1-Os coccygeus, N. ischiadicus li., N. femoralis bds., N. tibialis bds., Leber und Pankreas vorhanden.

fund kann mit einer Symbioselenkung eine normale Darmflora aufgebaut werden.

11. Danach erhalten die Patienten bei uns in der Regel Haysche Trennkost. Durch diese ausgewogene, ballaststoffreiche und naturbelassene Ernährung fühlen sich ebenfalls viele Patienten deutlich wohler. Die Trennkost ist reich an Basenbildnern und sekundären Pflanzenwirkstoffen.

12. Durch Eigenbluttherapie 1-mal/Woche beabsichtigen wir eine Stärkung des Immunsystems.

13. Darüber hinaus injizieren wir den Patienten homöopathisch aufbereitete xenogene Präparate je nach Indikation zur Immunsystemstärkung, Verbesserung der cerebralen Funktion, z.B. NeyNormin.

14. Je nach Indikation erhalten die Patienten bei uns mehrmals wöchentlich KNEIPPSche Güsse oder aufsteigende warme SCHIELE-Fußbäder. Dies stärkt ebenfalls die Abwehrkräfte und fördert die Entspannung und Ausleitung.

15. Mit Fußreflexzonenmassage versuchen wir, besonders belastete Körperregionen zur Regeneration anzuregen.

16. Wir bieten den Patienten 2-mal wöchentlich Autogenes Training sowie Progressive Muskelrelaxation nach JACOBSON an, was den Patienten zur Entspannung dient und was diese auch zu Hause gut durchführen können.

17. Johanniskraut hat neben seiner antidepressiven Wirkung auch eine antimikrobielle Wirkung, die wir uns bei chronischer mikrobieller Belastung zu Nutze machen.

18. Wir ermutigen die Patienten, die positiven Seiten ihrer Erkrankung anzuschauen. Viele sind, nicht zuletzt wegen ihrer Biografie, sehr feinfühlig, nehmen Veränderungen früh wahr und besitzen häufig enorme künstlerische Fähigkeiten.

19. Wir geben Natriumbicarbonat, um die Entsäuerung zu fördern. Wir streben damit einen Urin-Ziel-pH von 7,0 bis 7,4 an.

## Müller Göppingen 115 x 260

## Patientenbeispiel

**Anamnese:** 1933 geb. weibl. Pat., überall Muskel-, Knochen- und Gelenkschmerzen, bes. Schultern und Knie. 1990 und 1993 stat. Aufenthalt in unserer Klinik wegen „tendomyotischen Syndroms“, danach jeweils deutliche Besserung der Beschwerden und Beweglichkeit. Z.n. Tonsillektomie, Z.n. Cholezystektomie, Z.n. Narbenhernien-OP, Z.n. Briden-Op., Z.n. Hallux rigidus-Op., 2x Hörsturz bds., 2x Thrombose, Refluxösophagitis bekannt, verheiratet, 1 gesunde 40-jährige Tochter, seit 1993 berentet, massive Belastung durch pflegebedürftigen Vater, mit dem sie „fast verheiratet“ sei, familiäre Konflikte.

**Aufnahmebefund:** adipös (BMI bei Aufnahme 36 kg/m<sup>2</sup>), bds. schwerhörig, hoch stehende Lungengrenzen, Varikosis mit Unterschenkelödemen bds., reizfreie Narben, ausgeprägte Myogelosen im Schulter-/Nackenbereich, LWS klopfschmerzhaft, ISG-, Leisten- und Kniedruckschmerz bds., alle Tender-points pos.

**Labor:** Harnsäure 6,9 mg/dl, Cholesterin 249 mg/dl, Nüchternblutzucker 124 mg/dl, BSG 24

**Elektroneuralsomatogramm nach CROON bei Aufnahme:** Messung des Hautwiderstandes: deutlich erniedrigtes Energieniveau, Schwachpunkte bes. im Bereich des vegetativen Systems, des re. Oberkiefers, der Leber, des Zwerchfells, des Dünndarms, des Hinterkopfes, Plexus brachialis bds., N. medianus li., C5, C6, C7, Th2, Th6, Th9, S1, N. ischiadicus li., N. femoralis li., N. tibialis li., Leber und beider Nieren.

Durchschnittlicher Hautwiderstand 140 kOhm, schlechtester Wert 220 kOhm, bester Wert 45 kOhm (Normwert 30-80 kOhm).

Messung der Hautkapazität: durchschnittlicher Wert 500 pF, schlechtester Wert 270 pF, bester Wert 900 pF (Normwert 800-1.200 pF) (s. Abb. 3.1).

**Nach fünfwöchiger oben beschriebener Therapie** deutliche subjektive

Besserung: Abnahme der Muskelschmerzen um 70 %, Schmerzreduktion der Knie und Schultern um 50 %, Verbesserung des Laufens um 50 %, Verbesserung des Schlafes um 60 %, Zunahme der Belastbarkeit um 80 %, Gewichtsabnahme um 8 kg.

**Elektroneuralsomatogramm bei Entlassung:** Messung des Hautwiderstandes: Energieniveau überwiegend im Normbereich, leichte Schwachpunkte im Bereich des vegetativen Systems, des re. Unterkiefers, des Hinterkopfes, der li. Hüfte, N. phrenicus li., Pl. brachialis li., N. medianus re., C5, C6, C8, Th1, Th3, Th5-Th9, L1, Os coccygeus, N. ischiadicus li., N. femoralis bds., Knie bds., N. tibialis bds., Leber und Pankreas vorhanden.

Messung des Hautwiderstandes: durchschnittlicher Wert 75 kOhm, schlechtester Wert 115 kOhm, bester Wert 20 kOhm.

Messung der Hautkapazität: Werte überwiegend im Normbereich, durchschnittlicher Wert 1.000 pF, schlechtester Wert 700 pF, bester Wert 1.550 pF (s. Abb. 3.2).

## Therapieergebnisse

Etwa 70 Prozent unserer Fibromyalgie-Patienten berichten am Ende des in der Regel drei- bis vierwöchigen Aufenthaltes über eine Reduktion der Schmerzen um ca. 60 bis 80 Prozent, die oft zahlreichen Begleitsymptome sind ebenfalls deutlich gebessert, teilweise auch ganz beseitigt. Die Patienten fühlen sich wesentlich kräftiger, ausgeglichener, die depressive Erschöpfung in der Regel nicht mehr vorhanden. In Anbetracht des oft langjährigen und sich in der Regel ambulant und stationär als therapieresistent erwiesenen Beschwerdebildes sehen wir dies als großen Erfolg an. Die meisten Patienten sind für die erprobte Linderung sehr dankbar.

In unserer Klinik führen wir zur Zeit eine Erhebung zum Langzeitnutzen der Therapie nach 6 und 12

Monaten durch. Erste Ergebnisse deuten auf eine längerfristige Beschwerdelinderung hin, eine abschließende Beurteilung ist zur Zeit jedoch noch nicht möglich.

Im Elektroneuralsomatogramm nach CROON zeigt sich bei fast allen Patienten eine deutliche Anhebung und Harmonisierung des Energieniveaus (s. Abb. 3.1 und 3.2 – „Elektroneuraltest nach CROON“). Dies spiegelt wider, dass wesentliche Störfelder entstört werden konnten und die Patienten sich wesentlich energievoller fühlen. ■

## Literatur

1. Deutsche Fibromyalgie-Vereinigung – Arztmappe 1998/99, 7. Auflage, S. 124
2. ACR-Tender-Points. Med. Welt 41 (1990) 1026-1033



Für die Autoren:  
Guido W. Bock  
Asklepios Klinik Dr. Walb  
Zum Hohen Berg 20  
35315 Homberg/Ohm



### Kommentar zum Artikel

**D**iese klinische Entität ist in ihrer Bedeutung noch nicht allzu lange Zeit bekannt und als solche wohl erst seit ca. 15 Jahren erfasst.

Wie die Autoren ausführen – und das ist ja die Crux in der Praxis des niedergelassenen Arztes – handelt es sich um ein sehr schillerndes „chamäleonartiges“ Krankheitsbild. Wechselnde Symptome, Lokalisation, Intensität und Beeinflussbarkeit durch ärztliche oder nichtärztliche (z.B. physiotherapeutische) Interventionen treiben Behandler wie Patienten oft zur Verzweiflung.

Im Lauf der letzten Jahre hat sich im Bereich der niedergelassenen Praxis herauskristallisiert, dass überwiegend Frauen mittleren Alters befallen sind, wobei nicht selten auch monokuläre Beschwerden (Lumbalgie, Cervicalgie) am Anfang der „Karriere“ stehen.

Oft sind vegetative Symptome und funktionelle Störungen gerade des Magen- Darm-Traktes zu beobachten. Die Autoren berichten ja auch, dass in ihrem aufgefalten und inten-

siven Therapiekonzept die Darm-sanierung eine zentrale Rolle spielt. Zur Erinnerung sei noch angemerkt, dass die Hauptkriterien des generalisierten Weichteilrheumatischen Syndroms (= Fibromyalgie-Syndrom) die folgenden sind:

1. Mindestens drei Monate anhaltende lokalisierte Schmerzsyndrome an mehr als 3 Stellen des Bewegungsapparates.
2. Nachweis von Tendomyosen sowie Tendinosen und Insertionstendinosen (mind. 5) einschließlich Schmerzen im Bereich der costosternalen Übergänge.

U.a.m.

Die Vielfalt der von den Autoren genannten Maßnahmen, die sie im Rahmen der klinischen Behandlung durchführen, steht durchaus im Einklang mit den Empfehlungen von konventioneller medizinischer Seite, geht mit gutem Grund jedoch auch darüber hinaus.

Die Berücksichtigung der visceromuskulären Gegebenheiten ist sicherlich neben eingehender Herddiagnostik

und -therapie als wichtige Grundlage in einem vernetzten Therapiekonzept zu fordern.

Wenngleich allgemein bisher eine psychische Genese und daraus resultierende Therapie durchaus postuliert wurde, so überrascht doch der von Heintze und Bock gefundene hohe Anteil von 80 Prozent der Patientinnen, welche psychisch alteriert sind bzw. waren.

Erfreulicherweise bietet die Therapie mit modernen Johanniskrautpräparaten (neben verbalen Interventionen) hier eine Alternative zur herkömmlichen Amitriptylin- bzw. Doxepin-Behandlung.

Insgesamt darf man den Autoren nicht nur zu der klaren Aussage ihrer Arbeit gratulieren. Vielmehr auch zu der enormen Mühe, die sie im Rahmen regulationsmedizinischen Handelns zur Heilung der andernorts oft missverstandenen Kranken aufwenden.

**Dr. med. O. Kuhnke**  
Vorstandsmitglied des ZÄN

## Hypo-A

# Interaktionen von Cannabinoiden mit Cytochromen

J. Bielenberg

## Zusammenfassung

Bei der kontroversen Diskussion um die Legalisierung von Cannabis ist der Interaktion von Cannabinoiden mit den Cytochromen bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden. In der internationalen Literatur gibt es jedoch Hinweise, dass der Metabolismus von Arzneimitteln, die über die Cytochrom-Isoenzyme P450, 2C und 3A metabolisiert werden, u.a. durch Cannabidiol beeinflusst werden kann. Vor der Legalisierung von Cannabis sollten daher Interaktionen von Wirkstoffen aus dieser Pflanze mit Arzneistoffen und endogenen Substanzen intensiver untersucht werden.

**Schlüsselwörter:** Cannabis, Cannabidiol, Cytochrome, Arzneimittel-Wechselwirkungen

## Summary

Within the framework of the discussion on legalization of cannabis, little attention has been given to date to the interaction of cannabinoids with the cytochromes. The international literature contains evidence that metabolism of medical drugs that are metabolized via the cytochrome isoenzymes P450, 2C and 3A can be influenced by cannabidiol, among other substances. This underlines the contention that the interactions of active substances derived from cannabis with medical drugs and endogenous substances should be subjected to more intensive investigation before this plant is legalized.

**Key words:** Cannabis, cannabidiol, cytochrome, interactions with medical drugs

## Resumen

En el debate controversial en torno a la legalización del cáñamo, hasta ahora se ha dedicado poca atención a la interacción de los cannabinoides con los citocromos. En la literatura internacional, sin embargo, existen referencias en el sentido de que el metabolismo de medicamentos metabolizados a través de los isoenzimas de citocromos P450, 2C y 3A puede ser influido entre otras cosas por la cannabidiola. Antes de una legalización del cáñamo se deberían investigar, por lo tanto, las interacciones de agentes activos contenidos en dicha planta con medicamentos y sustancias endógenas.

**Terminos claves:** Cáñamo, canabidola, citocromos, interacciones de medicamentos

## ZNS-Effekte und endokrinologische Wirkungen durch Cannabinoide

Im Rahmen der Diskussion um die Freigabe weicher Drogen ist der Problematik der Cannabisabhängigkeit und -psychose sehr viel Aufmerksamkeit geschenkt worden. Befürworter der Freigabe argumentieren mit der relativen Ungefährlichkeit der Cannabispräparate, mit der Entkriminalisierung der Drogenkonsumenten und mit der Austrocknung des illegalen Drogenmarktes. Gegner führen das Abhängigkeitspotential und den potentiellen Einstieg in eine Drogenkarriere als Argumente gegen eine Legalisierung an.

Der Vorschlag des Wissenschafts- und Technologieausschusses des britischen Oberhauses (house of Lords), es den britischen Ärzten zu ermöglichen, Cannabis für medizinische Zwecke auf Rezept zu verordnen, z.B. bei chronischen Schmerzen und bei Multipler Sklerose, wurde vom Britischen Ärzteverband auf das Heftigste kritisiert, da die Lords nicht zwischen Cannabis und Cannabinoiden unterschieden hätten und wiesen auf toxische Komponenten im Rohcannabis hin.

Prof. TONY MOFFAT, wissenschaftlicher Leiter des britischen Apothekerverbandes, bezeichnete Cannabis als „schmutzige Substanz“, da es eine Vielzahl verschiedener Inhaltsstoffe beinhaltet, die potentiell toxisch sind. Er forderte die Isolierung und Standardisierung der nützlichen Cannabinoide sowie intensivere Forschungsarbeit.



## Originalarbeit

### Gesundheitliche und soziale Auswirkungen des Cannabiskonsums

Die öffentliche Diskussion um die politische Bewertung von Cannabis, die nach einer ersten Legalisierungsdebatte in den 70er und 80er Jahren deutlich nachgelassen hat, wurde Anfang der 90er Jahre mit Beschluss des Landgerichts Lübeck vom Dezember 1991, einen Cannabisfall an das Bundesverfassungsgericht weiterzuleiten und dem Urteil desselben, erneut angestoßen. Das Bundesverfassungsgericht kam zu dem Schluss, dass: „Obwohl sich die vom Cannabiskonsum ausgehenden Gesundheitsgefahren aus heutiger Sicht geringer darstellen, als es der Gesetzgeber beim Erlass des Gesetzes (BtMG) angenommen hat, verbleiben dennoch auch nach dem jetzigen Erkenntnisstand nicht unbeträchtliche Risiken, so dass die Gesamtkonzeption des (Betäubungsmittel-)Gesetzes in Bezug auf Cannabisprodukte auch weiterhin vor der Verfassung Bestand hat“. (Bundesverfassungsgericht, Beschluss des zweiten Senats vom 9. März 1994)

Das Münchner Institut für Therapieforchung (IFT) kam in einer Expertise zur Liberalisierung des Umgangs mit illegalen Drogen zum Ergebnis, dass durch den Konsum von Cannabisprodukten die Gefahr einer psychischen Abhängigkeit, die Möglichkeit der Psychoseauslösung, Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit und die Gefahr eines „amotivationalen Syndroms“ besteht [12]. Insbesondere jugendliche Drogenkonsumenten werden der Studie zufolge durch Cannabisgebrauch physisch und psychisch hoch belastet.

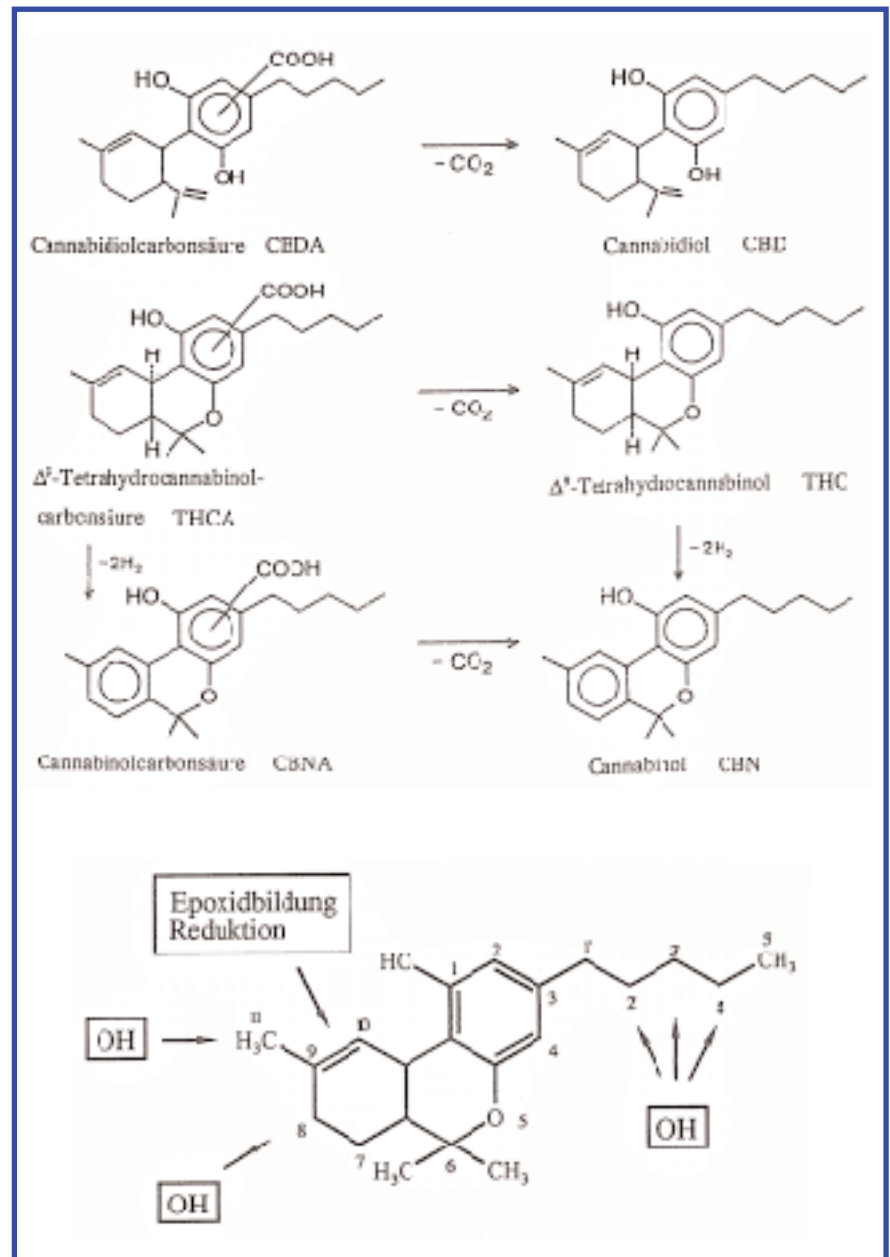
### Inhaltsstoffe

Es wurden über 400 Inhaltsstoffe aus verschiedenen Cannabispflanzen isoliert und identifiziert. Rund 60 besitzen eine Cannabinoid-Grundstruktur. Die Hauptinhaltsstoffe sind das psy-

chotroph unwirksame Cannabinol (CBN), das anxiolytisch wirksame Cannabidiol (CBD), die sedativ wirksame Cannabidiolcarbonsäure (CBDA) und das Tetrahydrocannabinol (THC) bzw. dessen Carbonsäure (THCA). Die halluzinogene Wirkung ist auf den Gehalt an isomeren Tetrahydrocannabinolen zurückzuführen. Marihuana enthält ca. 0,5-2 %, Haschisch 2-10 % und Haschischöl 25-65 % THC [2] (Abb.).

### Pharmakologische Effekte

HOLLISTER bemängelte in der Acta Psychiatrica scandinavica 1988, dass oft die nötige Sachlichkeit in der kontroversen und emotionsgeladenen Diskussion um mögliche Gesundheitsschäden von Cannabis aufgrund der vorgefassten Meinung vieler Forscher zu wünschen übrig ließe. So weist die internationale medizinische Literatur eine Vielzahl widersprüch-



Primäre Metabolisierung von Δ<sup>9</sup>-THC





licher Forschungsergebnisse auf [19]. Cannabis zeigt beim Menschen vielfältige pharmakologische Wirkungen, die sich in ihrem Erscheinungsbild äußerst komplex darstellen.

### Der „Cannabis-Rausch“

Nach dem Rauchen von Marihuana oder Haschisch kommt es schnell zu einer Erhöhung der Herzfrequenz, gefolgt von der Rötung der Augenbindehaut und einem leichten Anstieg des Blutdruckes. Bei hohen Dosen kann eine orthostatische Hypotonie auftreten, die zu Schwindelgefühlen führt. Diese Effekte korrelieren mit dem „High-Gefühl“. Das High-Gefühl wird meistens in Form akustischer und optischer Wahrnehmungsveränderungen erlebt. Die akustischen Wahrnehmungen werden subjektiv als schärfer empfunden. Die emotionale Wirkung von Musik wird verstärkt. Die Farbwahrnehmung ist intensiviert, die Zeit- und Raumwahrnehmung verändert. Konzentrations- und Gedächtnisleistung sind verringert, besonders das Kurzzeitgedächtnis. Der Denkfaden reißt häufig ab, so dass man vergisst, was man sagen wollte. Cannabis intensiviert vorhandene Gemütsverfassungen und ändert sie nicht. Erstmalige Cannabiskonsumenten vermissen meistens ein ausgeprägtes Rauscherlebnis [17]. Möglicherweise führt erst mehrmaliges Rauchen durch Enzyminduktion zu psychotomimetisch wirksamen Konzentrationen an Metaboliten.

THC wirkt über spezifische THC-Rezeptoren, die in Bereichen des Kleinhirns, des Hippocampus und der Großhirnrinde anzutreffen sind [3]. Bislang wurden zwei Subtypen von Cannabinoid-Rezeptoren beschrieben, CB1 (zentral) und CB2 (peripher).

Bei den psychotropen Cannabis-effekten stehen beruhigende, entspannende, stimmungshobende, aber auch ängstlich, dysphorisch und aggressiv stimmende Effekte im Vordergrund.

Die Wirkung setzt beim Rauchen



nach wenigen Minuten ein, dauert 4 Stunden an und ist deutlich abhängig von der Dosis. 50  $\mu\text{g}/\text{kg}$  gerauchtes oder 120  $\mu\text{g}/\text{kg}$  oral verabreichtes THC rufen eine milde Sedation und Euphorie hervor, 100  $\mu\text{g}/\text{kg}$  (240  $\mu\text{g}/\text{kg}$  oral) verursachen Verwirrungen und Halluzinationen. Ab 300  $\mu\text{g}/\text{kg}$  (600  $\mu\text{g}/\text{kg}$  oral) überwiegen dysphorische Zustände. Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Brennen im Hals, Reizhusten, Mundtrockenheit und Gliederschwere sind die unangenehmen Begleiterscheinungen [2].

### Toxizität

Die akute Toxizität von Cannabis ist gering. Eine tödliche Überdosierung von Cannabis wurde bisher beim Menschen nicht beobachtet. Einzelfallberichte beschreiben eine bei atypischen Rauschverläufen potenziell erhöhte Suizidneigung [17].

Nach dem Rauchen reichert sich THC in der Lunge an, gefolgt von einer Verteilung in Leber, Galle, Nieren und Nebennieren. THC wird im fettreichen Gewebe bis zu 8 Tage gespeichert und innerhalb von 30 Tagen ausgeschieden. Tägliche Einnahme bewirkt nach 27 Tagen eine Kumulation um den Faktor 10! Das Phänomen des Auftretens von Nachräuschen, so genannten Flashbacks, bei denen es sich um rauschartige Zustandsbilder handelt, ohne dass Cannabisprodukte

konsumiert worden sind, lässt sich mit großer Wahrscheinlichkeit auf kumulative Effekte zurückführen. Flashbacks können noch lange nach Absetzen der Droge vorkommen. Flashbacks sind häufiger nach LSD und anderen Halluzinogenen beschrieben worden und scheinen nach ausschließlichem Cannabiskonsum eher selten zu sein.

Andere Theorien führen die Echo-Räusche auf eine Bahnung abnormer Wahrnehmungsmuster durch länger dauernde Einwirkung der Droge auf bestimmte Nervenzellen des Gehirns zurück. Cannabis hat ferner einen über die Rauschphase hinausgehenden Effekt auf das Kurzzeitgedächtnis. Dosisabhängig besteht eine verminderte Merkfähigkeit für Wortsequenzen sowie im visuellen und akustischen Bereich. Veränderungen im Bereich der Sexualhormone, z.B. auf Testosteron und Spermienzahl sind nicht auszuschließen. Neuere Untersuchungen konnten diese Ergebnisse jedoch nicht bestätigen. Dennoch scheinen Cannabinoide offensichtlich akut die Hormonfreisetzung auf der Ebene der Hypothalamus-Hypophysen-Achse zu beeinträchtigen. Bei einem gelegentlichen Cannabiskonsum sind keine über die kurzfristig auftretenden akuten endokrinen Effekte hinausgehenden Veränderungen des Hormonsystems zu erwarten, bei chronischen Konsumenten muss potenziell mit einer Beeinträchtigung der Spermatogenese bzw. des Menstruationszyklus gerechnet werden. Diese Effekte sind reversibel und haben keine Auswirkungen auf die Fruchtbarkeit [17]. Bei Rhesusaffen zeigte sich eine erhöhte Embryotoxizität [4]. THC überwindet die Plazentarschranke und geht in die Muttermilch über. Geburtsgewichte und Schwangerschaftsdauer waren bei Marihuana-Raucherinnen kleiner bzw. kürzer [5]. Die in früheren Studien beschriebenen, potenziellen teratogenen Effekte von THC beim Menschen konnten durch neuere Erhebungen nicht bestätigt werden [13/14].

Die signifikante Beeinträchtigung der Verkehrstauglichkeit bis zu 24 Stunden nach dem Konsum ist der Grund, dass eine gesetzliche Rechtsgrundlage geschaffen worden ist, die nach Verkehrskontrollen bei Nachweis von Cannabinoiden den Führerscheinentzug rechtfertigen. Cannabis beeinträchtigt akut (abhängig von der Dosis, von der Art der erforderlichen Leistung und dem Gebrauchsmuster) die Fahrtauglichkeit.

### Cannabispsychosen

Cannabispsychosen sind in besonderem Maße Gegenstand wissenschaftlicher Forschung gewesen. Die ersten Publikationen gehen auf die 30er Jahre zurück. STRINGARIS teilte 1933 die Cannabis-Psychosen in zwei Gruppen ein, in die episodischen Verwirrheitszustände mit halluzinatorischen und deliranten Abläufen und akuten Erregungszuständen und in chronische Cannabis-Psychosen mit monate- und jahrelangem Verlauf.

Andere Formen erinnern an beginnende Schizophrenien, wobei besonders die chronischen Formen eine deutliche schizophrenieartige Symptomatik aufweisen. Nach schwedischen Studien spielt Cannabis eine ursächliche Rolle in der Entstehung von Schizophrenien. Cannabiskonsumern erkrankten 2,4-mal häufiger an Schizophrenie als Nichtkonsumenten. Chronische Raucher wiesen ein sechsfach höheres Risiko auf [6]. Die Tatsache, dass häufig die Krankheitsbilder ohne Defektbildung ausheilen, dass andere Psychosen aber chronisch-progredient verlaufen, macht den Schluss legitim, dass neben einer chronischen Einnahme auch eine individuelle Prädisposition, also eine cannabisaggravierte Psychose vorliegen müsse. Eine Untersuchung an 720 Cannabis konsumierenden amerikanischen Soldaten in der BRD ergab, dass 112 Patienten eine schizophrene Symptomatik aufwiesen, besonders diejenigen, die 25-200 g Cannabis pro

Monat rauchten. Andere Untersuchungen, die stichprobenartig an 237 Patienten mit drogeninduzierten Psychosen und in einer Gruppe von 219 schizophrenen Patienten durchgeführt wurden, fanden ebenfalls einen hohen Anteil von Cannabiskonsumern (15). Der gleichzeitige Konsum anderer Drogen (Alkohol/LSD/Weckamine) relativiert allerdings die Aussagekraft beider Untersuchungen [4].

Zahlreiche Studien bezüglich psychischer Konsequenzen chronischen Cannabiskonsums kamen nach kontroverser Diskussion in jüngster Zeit zu dem Ergebnis, dass eine abgrenzbare Cannabispsychose nicht besteht und dass es sich bei derart bezeichneten Psychosen um Schizophrenien handelt. In jüngeren aussagekräftigen Studien zeichnet sich die Tendenz ab, dass ein relativ geringes Konsumausmaß keine nennenswerte Verschlechterung der Plussymptomatik nach sich zieht, ein stärkerer Konsum dagegen schon [15/16]. Hinsichtlich der Plussymptomatik (Wahn und Halluzination) entwickelten in zwölfmonatiger Behandlungszeit Cannabiskonsumern signifikant häufiger einen Rückfall bzw. eine Symptomverschlechterung im Vergleich zu nichtkonsumierenden Patienten [15].

### Wechselwirkungen zwischen Cannabis-Inhaltsstoffen und Arzneimitteln

Bei der Diskussion um die Legalisierung von Cannabis ist ein weiterer wichtiger Aspekt bisher kaum berücksichtigt worden: die Interaktion von Cannabisinhaltsstoffen mit zahlreichen Arzneimitteln über die Arzneistoff abbauenden Enzymsysteme. Bei dem erheblichen Ausmaß des Cannabiskonsums in unserer Gesellschaft sollte diesem Sachverhalt unter dem Aspekt der Arzneimittelsicherheit mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die Induktion hepatischer Enzymsysteme könnte ferner der Schlüs-

sel für das Verständnis zentralnervöser Cannabis-Effekte sein, da diese Enzymsysteme unter anderem in den Neurotransmitterstoffwechsel involviert sind. Genetische Variationen in der Expression dieser Enzymsysteme könnten individuelle Prädispositionen für das Auftreten von Cannabis-Psychosen liefern.

### Interaktionen von Cannabinoiden und Tetrahydrocannabinol mit hepatischem Cytochrom P450

Neuere Beobachtungen sprechen dafür, dass Delta-9- und Delta-8-THC zunächst in 11-Hydroxy-THC überführt werden und dass diese Substanz der **eigentliche** psychotrope Wirkstoff ist. Der Metabolismus des THC ist inzwischen sehr gut untersucht und man hat 100 Metaboliten gefunden. Dabei sind das 7- und 6- $\beta$ -Hydroxy-THC die häufigsten Metabolite. Einige Metabolite sind über die Interaktion mit Cannabinoid-Rezeptoren pharmakologisch aktiv. Nach NARIMATSU sind drei hepatische Cytochrom-P450-Isoenzyme am Abbau von THC zu verschiedenen Hydroxy-Derivaten bei der Ratte beteiligt, wobei das 7-Hydroxy-THC der Hauptmetabolit ist. Der Metabolismus von Cannabinoiden scheint bei der Ratte und dem Menschen identisch zu sein [7]. Der größte Teil des 7-Hydroxy-THC wurde durch das Cytochrom P450 2C11 gebildet.

Für die Bildung des 6- $\beta$ -Hydroxy-THC ist das Cytochrom P450 3A verantwortlich. Exzellente Korrelationen bestehen zwischen den hepatischen mikrosomalen Cytochrom-P450-2C9- und 3A-Gehalten und der 7-Hydroxy- und 6- $\beta$ -Hydroxy-THC-Konformation [8].

BORNHEIM und Mitarbeiter ziehen aus diesem Phänomen den Schluss, dass zahlreiche wichtige Arzneimittel über die Interaktion mit den spezifischen Cytochromen die pharmakolo-





## Originalarbeit

gische Antwort auf die Gabe von THC modifizieren können und dass andererseits THC in den Stoffwechsel vieler Arzneistoffe über die Interaktion mit Cytochrom-P450-2C- und 3A-Unterfamilien eingreifen kann [8]. Noch komplexer wird die Problematik der Interaktion von Cannabinoiden mit Arzneimitteln durch die Beobachtung, dass Cannabidiol, ein weiterer wichtiger nicht psychoaktiver Inhaltsstoff von Cannabis indica, den THC-Metabolismus bei Mäusen signifikant modulieren kann, indem es die Aktivität von Cytochrom 2C11 senkt. Dies geschieht über eine Reduzierung der hepatischen Enzymkonzentration [9]. Dadurch verringert Cannabidiol die Bildung des psychoaktiv wirksamen 11-OH-Delta-9-THC. Für Cannabidiol ist nachgewiesen, dass es über die Interaktion als Inhibitor der Cytochrome 2C und 3A in den Metabolismus zahlreicher Arzneimittel eingreifen kann. Die folgende Übersicht stellt eine Sammlung von Arzneistoffen dar, die über das Cytochrom 2C und 3A metabolisiert werden und für die erhöhte Wirkspiegel und verstärkte bzw. reduzierte pharmakologische Effekte (wenn der Metabolit pharmakologisch

aktiv ist) in Verbindung mit THC auftreten können. Vor einer Legalisierung von THC sollte eine Interaktion von Cannabinoiden mit Cytochromen, die in wichtige physiologische Reaktionen involviert sind, unbedingt ausgeschlossen werden.

Für einige der klinisch beschriebenen Interaktionen von Tetrahydrocannabinol und anderen Cannabinoiden konnte bereits ein pharmakokinetischer Mechanismus nachgewiesen werden. So führt Marihuana-Rauchen zu einer signifikanten Erhöhung der Cocain-Plasmaspiegel. Kombinierte Gabe führte zu einer signifikanten Zunahme der Herzfrequenz und des Blutdruckes [20]. Für den Protease-Inhibitor Ritonavir wurde in Verbindung mit dem THC-Präparat Dronabinol ein Anstieg der Plasmakonzentration von Dronabinol um den Faktor 3 (THC-Monografie Drugdex) beobachtet. Sowohl Ritonavir als auch Dronabinol werden über das Cytochrom 3A metabolisiert. Ob die zahlreichen beschriebenen Interaktionen mit anticholinerg wirksamen Arzneimitteln, wie

- Benzotropin
- Biperidin

- Chlordiazepoxid
- Amitryptilin
- Clomipramin
- Desipramin
- Doxepin
- Fenoterol
- Imipramin
- Orphenadrin
- Oxybutynin
- Scopolamin
- Trihexyphenidyl,

in Form überadditiver Effekte auf die Herzfrequenz eine pharmakodynamische oder pharmakokinetische Ursache haben, ist bisher nicht eindeutig geklärt.

In einigen Studien wurde bei Cannabis-Rauchern ein gehäuftes Auftreten von chronischer und akuter Bronchitis beobachtet [21]. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass THC den Plasmaspiegel von Theophyllin durch Erhöhung der Clearance-Rate senkt [22].

### Fazit

Die Vermarktung von Alkohol als Vehikel zum kollektiven Glückserlebnis in den Werbespots der Medien, die

### Arzneistoffe, die über das Cytochrom Isoenzym P450 2C metabolisiert werden

Clomipramin	Piroxicam
Cyclophosphamid	Proguanil
Dapson	Sulfinpyrazol
Diazepam	Tamoxifen
Diclofenac	Taxol
Ethosuximid	Tenoxicam
Ibuprofen	Testosteron
Mephentoin	Tetrahydrocannabinol
Naproxen	Tolbutamid
Nifedipin	Trimethadion
Phenylbutazon	Warfarin
Phenytoin	

### Arzneistoffe, die über das Cytochrom P450 3A metabolisiert werden

Amiodaron	Dihydroergolam	Miconazol
Coffein	Diltiazem	Midazolam
Cannabidiol	Enalapril	Nifedipin
Canrenoat	Ethylmorphin	Paracetamol
Carbamazepin	Erythromycin	Prednison
Cocain	Estradiol	Propafenon
Codein	Estrogens	Tamoxifen
Corticosteron	Ethinylöstradiol	Taxol
Cortisol	Ethosuximid	Terfenadin
Cyclophosphamid	Etoposid	Testosteron
Cyclosporin	Etoposid	Tetrahydrocannabinol
Dantrolen	Glyceroltrinitrat	Theophyllin
Dapson	Ketoconazol	Triazolam
Dextromethorphan	Lidocain	Verapamil
Diazepam	Lovastatin	Vinblastin
Digitoxin	Mephentoin	Warfarin

Quelle: Spatzenegger, M.; Jacger, W.: Clinical Importance of hepatic cytochrome P450 in Drug metabolism. Drug metabolism Reviews 27(3), 1995: 397-417.

Verharmlosung der gesundheitlichen Schädigung durch Äthanol sowie die Ignoranz staatlicher Institutionen bezüglich des erheblichen Abhängigkeitspotenzials, die sich in fehlenden Warnhinweisen bezüglich der Gesundheitsrisiken durch Alkoholika auf Spirituosen, Bier und Wein analog den Zigarettenpackungen manifestiert, sollten uns nicht verleiten, den Konsum von Cannabisprodukten in der gleichen Weise zu bagatellisieren. Die Interaktion mit Cytochromen durch Cannabinoide ist in der medizinischen Literatur nachgewiesen und gibt Anlass zu der begründeten Annahme, dass der Konsum von Cannabisprodukten nicht nur Interaktionen mit zahlreichen Arzneimitteln verursacht, sondern auch in den Stoffwechsel zahlreicher durch Cytochrome synthetisierter und metabolisierter endogener Substrate wie Steroide oder Neurotransmitter eingreift. Vor einer möglichen Legalisierung von Cannabis sollten auch diese Gesichtspunkte mit in die Diskussion einbezogen werden und weitere Studien diese Problematik untersuchen. ■

### Literatur

1. Tossmann, H.-P.: Cannabiskonsum und Cannabisabhängigkeit. Hamburgische Landesstelle gegen Suchtgefahren e.V. 1994
2. Kovar, A.: Cannabis – was ist das? Deutsche Apothekerzeitung 132; 2302-7 (1992)
3. Matsuda, L. A.: Nature 346, 561 (1990)
4. Täschner, K. L.: Das Cannabis-Problem. 3. Auflage, Deutscher Ärzteverlag, Köln 1986
5. Fried, P. A.: Toxicol. Teratol. 4, 451 (1985)
6. Rydberg, U., et al.: Proceedings of the 4<sup>th</sup> World-congress on biological psychiatry. Elsevier, New York, S. 1259 (1986)
7. Narimatsu, K., et al.: Cytochrome P450 – Isoenzymes in metabolic activation of Tetrahydrocannabinol by rat liver microsomes. Drug Metab. Disp. 18, 943-48 (1990)
8. Bornheim, I., et al.: Human hepatic microsomal metabolism of Delta 1-Tetrahydrocannabinol. Drug metabolism and Disposition 20(2), 241-6 (1992)
9. Narimatsu, S., et al.: Suppression of Liver microsomal Drug-metabolizing Enzym activities in adult female rats pretreated with Cannabidiol. Biol. Pharm. Bull 16(4), 428-30 (1993)
10. Watanabe, S., et al.: Biochem. Pharmacool. 36, 3371 (1987)
11. Lerena, A., et al.: Relationship between personality and debrisoquin hydroxylation capacity. Acta Psychiatr. Scand. 87, 23-28 (1993)
12. Bühringer, G., et al.: Expertise zum Umgang mit illegalen Drogen. Institut für Therapieforschung. IFT-Berichte 65 (1993)
13. Zuckerman, B., et al.: Effects of maternal marihuana and cocaine use on fetal growth. The new England J. of Medicine 320 (12), 762-68 (1989)
14. Day, N., et al.: The effects of prenatal tobacco and marihuana use on offspring-growth from birth through three years of age. Neurotoxicity and Teratology 14(6), 407-414 (1992)
15. Linszen, DH., et al.: Cannabis abuse and the course of recent – onset schizophrenia disorders. Archives of General Psychiatry. 51(4), 273-279 (1994)
16. Martinez-Arevalo, et al.: Cannabis consumption as a prognostic factor in schizophrenia. British J of Psychiatry 164(5), 679-681 (1994)
17. Kleiber, D.; Kovar, K. A.: Auswirkungen des Cannabiskonsums. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart 1997
18. Del Castillo, J.; Anderson, M.; Rubbotom, G. M.: Nature 253, 365 (1975)
19. Hollister, L. E.: Cannabis – 1988
20. Lukas, S. E., et al.: Marihuana smoking increases plasma cocaine levels and subjective reports of euphoria in male volunteer. Pharmacol Biochem. Behav. 48/3, 715-21 (1994)
21. Benowitz, N. L.; Nguyen, T.; et al., Clin. Pharmacol. Therap. 28, 115-120 (1980)
22. Jusko, et al.: Drug evaluations: Tetrahydrocannabinol 1979



Jens Bielenberg, Apotheker  
Sandkuhle 3  
25524 Itzehoe

# Schlichtiger

# Traditionelle afrikanische Medizinkonzepte: Besessenheit und Heilung im zar-bori-Kult

F. Diederich, A. Steinforth, E.T. Peuker

## Zusammenfassung

Bei der medizinethnologischen Betrachtung des Phänomens „Besessenheit“ werden Ursache von Krankheit und Heilungserfolge mit dem Wirken immaterieller Entitäten in Verbindung gebracht. Von diesen wird angenommen, dass sie durch ihren direkten Einfluss auf den Menschen Veränderungen im individuellen Befinden bewirken können. Auf der Basis dieser Vorstellungen haben sich innerhalb medizinethnologischer Konzepte verschiedene Formen des Umgangs mit der „Besessenheit“ entwickelt. Dies Arbeit widmet sich dem in weiten Teilen Nord-, West- und Nordostafrikas auftretenden Komplex der zar- und bori-Kulte als ein Beispiel solcher Besessenheitskonzepte.

**Schlüsselwörter:** Ethnomedizin, zar-bori-Kult, afrikanische Medizin, Besessenheit

## Summary

In the ethno-medical approach to the phenomenon “possession“, the aetiology of the ailment and of its successful healing are seen in connection with the activities of immaterial entities. It is assumed that these entities are capable of influencing individual wellbeing by exercising a direct influence on a person. On the basis of such ideas, various ways of handling “possession“ have developed within the ethno-medical conceptual framework. This paper focuses on the complex of Zar and Bori cults represented in large parts of northern, western and north-eastern Africa as an example of such concepts of “possession“.

**Key words:** Ethnomedicine, Zar-Bori cult, African medicine, possession

## Resumen

En la contemplación del fenómeno de la “obsesión“ desde la perspectiva etnomédica, se establece un enlace de las causas de la enfermedad y los éxitos de curación con la actuación de entidades inmateriales. Se presume que los mismos, a través de su influjo directo sobre el hombre, pueden provocar cambios en el estado de salud individual. En base a dichas ideas se han desarrollado dentro de los conceptos etnomédicos distintas formas del trato de la “obsesión“. El presente trabajo se dedica al complejo de los cultos zar y bori, presentes en gran parte de Africa del Norte, Occidental y del Nordeste, como un ejemplo de tales conceptos de obsesión.

**Terminos claves:** Etnomedicina, culto zar-bori, medicina africana, obsesión

## Einleitung

Im ethnologischen Kontext verweisen indigene Medizin- und Therapie-Modelle meist auf größere gesellschaftliche Zusammenhänge, wie auf das Konzept des Menschen, auf zu Grunde liegende religiöse Systeme, Mythologie, Kosmologie und die Sozialstruktur – und gewinnen dadurch zusätzlich an wissenschaftlicher Relevanz.

Medizinkonzepte sind in den meisten Fällen kulturgebunden – in diesem Kontext sind Phänomene von „Besessenheit“ von großem Interesse, da hier Ursache von Krankheit und Heilungserfolg mit dem Wirken (kulturspezifisch verschiedener) immaterieller Entitäten in Verbindung gebracht wird. Von diesen wird angenommen, dass sie durch ihren direkten Einfluss auf den Menschen Veränderungen im individuellen Befinden bewirken können. Dies gilt besonders für afrikanische Medizinkonzepte und verdient insofern die Aufmerksamkeit ethnomedizinischer Betrachtung. Diese Arbeit hat sich den Komplex der zar- und bori-Kulte als ein Beispiel solcher Besessenheitssysteme gewählt, die – mit einigen lokalen Abweichungen, aber dennoch einem hohen Maß an Konstanz – in weiten Bereichen Nord-, West- und Nordostafrikas auftreten.

## Der Begriff der „Besessenheit“

Wie viele komparativ benutzte Termini in der Ethnologie verdient auch jener der *Besessenheit* eine kritische

Betrachtung. Bis heute gibt es noch kein hinreichendes Erklärungskonzept für das interkulturelle Phänomen *Besessenheit*. Gängige ethnologische Definitionen definieren das Phänomen der Besessenheit z.B. als

„[...] Zustand, bei dem das Ich einer Person wenigstens erlebnismäßig von einer übermenschlichen Macht oder einem Geist besetzt oder ausgelöscht wird, so dass der Geist oder die Macht die Stelle des Ichs einnimmt, der Mensch nur noch als Sprachrohr oder Medium für die von außen eindringende Macht dient. [...] Besessenheit setzt immer eine Art Trance voraus, in der das menschliche Ich ausgeschaltet wird. [...]“  
(Thiel, J.F. in Hirschberg 1988: 53)

Diese – hier gekürzte – Definition kann natürlich bestenfalls als Richtlinie für ein tiefer gehendes Verständnis dienen. Der oft allzu diffuse und pauschale Charakter derartiger Definitionen zeigt sich unseres Erachtens insbesondere in Hinblick auf die Tatsache, dass die obige Definition auf den Begriff der *Trance* verweist. Dieser wiederum ist ein Terminus, der auf den Themenkomplex *Ekstase* und

*Seelenreise* zurückgeht – also auf Termini, die ihrerseits zumindest in Anwendung auf die hier zur Diskussion stehenden afrikanischen Phänomene irreführend sind, sondern eher in den Kontext des nordasiatischen Schamanismus einzuordnen sind (20).

Die Aussagekraft und leidliche Sinnfälligkeit eines komparativen Begriffes wie *Besessenheit* erschließt sich am besten aus der jeweiligen indigenen – und damit kulturspezifischen – Interpretation eines konkreten Vorganges. Er verdient Berechtigung, sobald ein greifbares kulturelles Phänomen in und aus seinem kulturellen Kontext als *Besessenheit* – im Sinne der Annahme einer Übernahme oder Überlagerung des menschlichen Ichs bzw. der seelisch-geistigen Kontrollinstanzen eines Individuums durch eine immaterielle, transzendente Macht – interpretiert wird. Die tatsächlichen äußerlichen Ausprägungen (oder gar Ursachen) dieses Vorganges, die viele Definitionen zu spezifizieren versuchen, unterliegen dagegen zu großen kulturellen Abweichungen, um sie allgemein darstellen zu können. Insofern

soll hier bei der Auseinandersetzung mit *Besessenheit* versucht werden, den Begriff unabhängig von allzu unscharfen *Trance*-Vorstellungen zu sehen und sich bei der Definition auf die obigen wichtigen Gesichtspunkte zu beschränken. Zu einer präzisen Benennung des tatsächlichen kulturspezifischen Phänomens können nur indigene Termini dienen. Sind indigene Interpretationen weniger eindeutig, bietet sich der von ARNOLD LUDWIG geprägte Begriff der „Außergewöhnlichen Geisteszustände“ oder „Altered States of Consciousness“ an (26).

### Afrikanische Medizinkonzeptionen

Bis zur Mitte unseres Jahrhunderts wurden die heilkundlichen Konzepte Afrikas, die zumeist auf mündlicher Überlieferung basierten, kaum zur Kenntnis genommen. Das Forschungsinteresse galt zumeist dem Bereich der religiösen und magischen Praktiken. Die Forschung im Bereich der einheimischen traditionellen Heilkunde und



Krankenbehandlung wurde erst ab dem Ende der 70er Jahre intensiviert.

Eine Erkrankung wird in Afrika gemeinhin als durch etwas „von außen“ Verursachtes angesehen; immer spielen auf das Individuum wirkende Kräfte eine Rolle. Die Vorstellungen reichen dabei von materiell-irdischen bis hin zu übernatürlichen Ursachen. Eine Trennung von Körper und Geist nach kartesianischem Muster ist diesem Weltbild fremd, Krankheit wird daher als „totale Befindlichkeit“ erfahren. Als Auslöser für eine Erkrankung werden Verletzung religiöser Vorschriften, Schadenszauber oder Missachtung der Ahnen angesehen; die Diagnose einer Erkrankung erfolgt zumeist durch Wahrsagerei. Die Behandlung führen Heiler mit unterschiedlicher Spezialisierung wie Knochenrichter, Gesundbeter, „Fetischeure“ oder Hebammen entsprechend der Diagnose durch. Die Heilmethoden reichen von der Divination bis hin zur Phytotherapie, welche bei vielen Ethnien Afrikas hoch entwickelt ist. In diese Vorstellungswelt fügen sich auch die wichtige medizinische Funktionen erfüllenden Besessenheitskulte ein.

### Afrikanische Besessenheitskulte – ein Überblick

Im afrikanischen Raum gibt es eine große Anzahl von Gemeinschaften, in deren Ritual dem Phänomen der *Besessenheit* eine wichtige Rolle zukommt. Die Erscheinungsformen afrikanischer Besessenheitskulte sind ausgesprochen vielfältig, ihre Verbreitung scheint den Kontinent in seiner größtmöglichen Nord-Süd- und West-Ost-Ausdehnung zu umspannen. Mit Besessenheit verbundene Heilkulte existieren bei Khoisan-Gruppen in der Kalahari ebenso wie bei den Tuareg-Gruppen im nord- bzw. westafrikanischen Sahel. Die Besessenheit des Menschen durch eine transzendente Macht ist ebenso Mittelpunkt des in West-, Zentral- und Teilen Ostafrikas weit verbreiteten *Mami-Wata*-Kultes, auch wenn die medizinische Komponente hier eine eher untergeordnete Rolle spielt. Beim besonders in Benin als offizielle Religion verbreiteten *Wodu* [auch: *voodoo* (engl.) und *vodou* (franz.)] nimmt das Besessenheitsphänomen eine zentrale Rolle ein und verfügt ebenfalls über einige medizinische Relevanz. Ähnliches gilt

für den *houka*-Kult der Songhay-Zerma in Ghana (10) – eine filmische Dokumentation dieses Kultes bietet der Film „Les maîtres fous“ von JEAN ROUCH (1953/54).

Von der großen Vielzahl der in Afrika verbreiteten Besessenheitskulte mit medizinischer Funktion ist der *zar-bori*-Kult der bei weitem größte und am weitesten verbreitete (15). Aus diesem Grund soll dieser Komplex hier exemplarisch vertieft betrachtet werden.

### Der Komplex der zar-bori-Kulte – Entstehung

Der heutige *zar-bori*-Kult ist aus der Vermischung zweier eigenständiger Konzepte – dem äthiopischen *zar* und dem westafrikanischen *bori* – entstanden (siehe Infobox 1). Aus der Verbindung von *zar* und *bori* entsteht insofern ein aus autochthonen und islamischen Elementen zusammengesetzter synkretistischer Kultkomplex, der zwar über abweichende regionaltypische Ausprägungen verfügt, durch seine zahlreichen Verbindungen aber dennoch als ein Gesamtphänomen angesprochen werden kann. Hiervon zeugt insbesondere die Übereinstimmung in den überlieferten Entstehungsmythen der beiden Kultzweige. Auf der religiösen Basis des männlich dominierten Islam wurde der Kult in der Folgezeit besonders von Frauen bevorzugt, aber auch von sozial unterprivilegierten Gruppen, die den *zar-bori* im Laufe der Zeit zu einem zwar islamisch beeinflussten, jedoch in seinem Kern von diesem weitgehend unabhängigen Heilkult weiterentwickelten. Im Falle beider Wurzeln des heutigen Kultes fungiert der Islam wahrscheinlich indirekt als Vehikel zur Verbreitung, wobei freiwillige oder erzwungene Migration sowie ein steigendes Maß an überregionalem Austausch – z.B. Fernhandel, Pilgerreisen – ebenfalls begünstigend wirkten.

#### Historische Entwicklung des zar-bori-Kultes

#### Infobox 1

Die historischen Wurzeln des ursprünglichen *zar*-Kultes finden sich in der Kultur der Amhara in Äthiopien, wo der Begriff *zar* 1838 zum ersten Male von europäischen Reisenden (als Bezeichnung für eine bestimmte Spezies von Geisterwesen) aufgeschrieben wird (Constantinides, 1991; Tumbina 1991); früheste Zeugnisse finden sich aber bereits in mittelalterlichen äthiopischen Quellen. Der Kult hat sich – vermutlich durch die Eroberungen MUHAMMAD ALIS 1821 (Constantinides 1991) – bis ins frühe 19. Jahrhundert von Äthiopien bis nach Ägypten ausgebreitet. Der aus dem früh islamisierten Westafrika (genauer aus Hausaland in Nigeria und Niger) stammende *bori*-Kult dagegen ist mit einiger Sicherheit auf den vorislamischen *iskoki*-Kult der Maguzawa und Arna (3) zurückzuführen und breitet sich vermutlich schon ab dem 15. Jahrhundert durch den transsaharanischen Sklavenhandel von West- nach Nordafrika aus. Im Sudan kommt es schließlich auf der Basis des *tumbura*-Kultes der Azande zu einer Vermengung des eigentlichen *zar*- mit dem *bori*-Kult. Das im Vergleich höhere Alter des *tumbura* zeigt sich in der Darstellung, das *tumbura* sei „the grandmother of the *zar*“ (Constantinides, 1991).







Heute ist der *zar-bori*-Kult in vielen islamischen Ländern Nordafrikas (Äthiopien, Ägypten, Sudan, Somalia, Tunesien) sowie des Nahen Ostens (z.B. Kuwait, Saudi-Arabien) und in Westafrika (Nigeria, Niger) in jeweils regionaltypischen Ausprägungen anzutreffen. Vergleichbare und vermutlich durch den *zar-bori*-Komplex beeinflusste Phänomene lassen sich auch im Iran, Marokko und Mali sowie – mit Einschränkungen – in Algerien und in der Türkei nachweisen (1, 2).

Hier sei ergänzend angemerkt, dass im Einzelnen weitergehende Differenzierungen des kultischen Gesamtkomplexes möglich sind – so lässt sich z.B. im Sudan zwischen *zar-bori* und *zar-tumbura* unterscheiden (siehe auch Infobox 1), wobei Unterschiede in der rituellen Praxis und in der sozialen Zusammensetzung als deinstinktives Kriterium angeführt werden können. Im Rahmen dieser Übersichtsarbeit soll jedoch auf nuancierte Unterscheidungen verzichtet werden.

### Soziale Struktur

Viele Quellen sprechen besonders den *zar*-Komplex als ein mehr oder weniger den weiblichen Bevölkerungsteilen vorbehaltenes Phänomen an. Tatsächlich ist dies zwar für einige regionale Kultformen zutreffend, kann aber im Rahmen der Gesamtheit des Kultkomplexes nicht behauptet werden. Der feste Kern einer *zar-bori*-Gemeinschaft besteht aus den Mitgliedern zumeist unterer bis mittlerer Bevölkerungsschichten, wobei sich hierbei starke regionale Unterschiede ergeben: So werden die Kultmitglieder im Sudan häufig als Nachkommen von Sklaven charakterisiert, in Nigeria (10) rekrutieren sich die Mitglieder zumeist aus der „gesellschaftlichen Peripherie“, insbesondere aus sozial stigmatisierten Gruppen. Im sudanesischen *zar-tumbura* finden sich wesentlich mehr Männer als Frauen, wogegen der Kult im südlichen Ägypten fast ausschließlich weibliche Anhän-

### zar- und bori-Geister

#### Infobox 2

*Zar*-Geister besitzen – ebenso wie die *bori* – eine ausgeprägte Persönlichkeit mit stark individuellen Charakteristika (Echard, 1991; Tremearne, 1968; Krings, 1997). Sie verfügen über einen eigenen Namen, ein typisches Kostüm, bestimmte Gewohnheiten, einen Ursprung und eine persönliche Geschichte, jedoch keinen materiellen Körper. Sie werden mit festgelegten Instrumenten (im *bori* meistens die Trommel, im *tumbura* dagegen die *rababa*, ein sechssaitiges Saiteninstrument) bzw. tradierten Melodien und Rhythmen gerufen und verehrt oder machen sich durch solche bemerkbar. Sie sind in festen Hierarchien organisiert, die in der Regel als Spiegelbild traditioneller Herrschaftssysteme des Diesseits erscheinen. Ihre Zahl ist unbegrenzt (Krings, 1997), da durch aktuelle Veränderungen ständig neue Geister hinzukommen, wie besonders die Tuareg-, Fulbe- und Europäergeister des *bori* der Hausa erkennen lassen (Krings, 1997), deren Adaption in den Kreis der *bori*-Geister durch neuere politische Entwicklungen nachvollziehbar ist.

ger hat (28). In Äthiopien und Ägypten hat der Kult weitgehend ländlichen Charakter, im Sudan und in Westafrika sowie in einigen arabischen Ländern ist er aber auch als urbanes Phänomen anzutreffen – aufgrund großer regionaler Schwankungen lässt sich diesbezüglich keine allgemeine Aussage treffen: Zwar ist der Islam generell an der Peripherisierung des Kultes beteiligt, hierbei jedoch oft nur in eingeschränktem Maße „erfolgreich“.

### Organisation der Kultgemeinschaften

In Westafrika verfügt der *bori* über eine straffe überregionale Struktur, in der der *sarki* (hausa: „König“) als oberste Kontrollinstanz über einer Anzahl von Regionalleiterinnen (*iya*, *inna* oder *sarauniya* genannt) steht, die wiederum über verschiedene weitere Ämterstufen hinweg das Gros der initiierten Kultmitglieder (*yan bori*, also „Kinder des *bori*“) dirigieren. Diverse Hofämter im Umfeld des *sarki* vervollständigen die überregionale Gesamtverwaltung des Kultes (3, 10).

Der *zar* ist in vergleichbarer Form strukturiert, weist jedoch im Nordosten Afrikas eine weniger rigide Struktur auf und entbehrt häufig der überregionalen Instanzen.

Die meisten Anhänger des *zar-bori* betrachten die *bori*- und *zar*-Geister als Ergänzung ihres islamischen oder christlichen Weltbildes und fügen sie in die bestehenden Kosmologien ein; für strenggläubige Muslime und Christen dagegen ist die Teilnahme an Besessenheitszeremonien gemäß den üblichen religiösen Dogmen inakzeptabel, da die Kulte allgemein als heidnisch bzw. als volks- oder abergläubisch, also im Widerspruch zur offiziellen Lehre interpretiert werden. In verzweifelten gesundheitlichen Not-situationen wenden sich aber – wie viele Berichte bestätigen – auch Würdenträger christlicher wie auch islamischer Konfession an die Spezialisten der Besessenheitskulte.

Die Teilnahme an den verschiedenen Ritualen des *zar-bori* ist heute nicht allein den eigentlichen, initiierten Kultmitgliedern vorbehalten, sondern steht auch anderen Interessierten – und Hilfe Suchenden – offen.

### Besessenheit und Heilung im zar-bori-Kult

Der *bori*- und der *zar*-Kult tradieren identische sykretistische Entstehungsmythen, in denen die *zar*- bzw. *bori*-Geister als Abkömmlinge jener Kinder von Adam und Eva dargestellt werden, die Eva ihrer besonderen Schönheit wegen vor der Eifersucht Gottes verbarg – weshalb Gott sie zur Strafe unsichtbar machte (15). Nach dieser Darstellung sind die Geister also die unsichtbaren Geschwister der Menschen, wobei dieses Konzept jedoch die Frage nach dem konzeptionell entscheidenden Kriterium der Körperlosigkeit jener Wesen unbeantwortet lässt. Eine der verschiedenen anderen Bezeichnungen für *zar*- bzw. *bori*-Geister lautet in Anlehnung an diese Mythe auch *sullah* (arab. „Heilige“, siehe (1)). Hieraus wird ersichtlich, dass die *zar* und *bori* insofern nicht als singular menscheneindliche Wesen, sondern als ambivalente Entitäten von anerkanntem religiösen Charakter konzeptionalisiert werden (Infobox 2).

Das Konzept der Geister im *zar-bori* präsentiert sich in Form unsichtbarer Wesenheiten von immaterieller körperlicher Zusammensetzung, die als Bestandteil der religiösen Weltordnung gelten und durch ihre strukturelle Verwandtschaft mit dem Menschen auch wie dieser von ambivalentem, also teils übelmeinendem, teils wohlwollendem Charakter sind. Sie sind in festen Hierarchien organisiert, die in der Regel als Spiegelbild traditioneller Herrschaftssysteme des Diesseits erscheinen.

### Besessenheit – emische Sichtweise

Die Besessenheit durch einen *zar*- oder *bori*-Geist kann auf unterschiedliche Weise hervorgerufen werden. Gemäß einem gängigen Motiv halten sich die Geister häufig an dunklen, schmutzigen Orten auf – KRINGS (10)

nennt hier exemplarisch Marktplätze, Busbahnhöfe, Termitenhügel, Baobab-Bäume, wobei er allerdings [mit Verweis auf TREMEARNE, (24)] darauf hinweist, dass als ihre eigentliche Heimat eine Stadt der Geister namens *Jan gari* genannt wird, in der die *bori* in einer nach Hausamann organisierten Gesellschaft leben.

*Zar* und *bori* befallen häufig unvorsichtige Menschen, die diese latent gefährlichen Plätze aufsuchen; generell können die Geister durch besondere Schutzamulette oder das Hersagen einfacher Formeln abgewehrt werden [meistens der *fatiha*, der ersten Suren des Koran; (8)].

Die eigentlichen Ursachen für eine Besessenheit sind sehr unterschiedlich: Häufig wird sie als eine legitime Strafe für persönliche Verfehlungen oder Ermahnung der Geister dargestellt, wird manchmal allerdings auch als ungerechtfertigt betrachtet, was an den erforderlichen therapeutischen Maßnahmen jedoch nichts ändert. Generell glaubt man, dass aggressive, extrovertierte Menschen leichter befallen werden als ruhige und ausgeglichene (1). Auch die Besessenheit durch mehrere Geister zur selben Zeit ist möglich, wie ein Beispiel von I. ABDALLA zeigt – bei dem eine Frau von siebzehn Geistern gleichzeitig besessen wird, die ihrerseits wieder hierarchisch organisiert sind und von einem „spokesman“ repräsentiert werden.

Eine Besessenheit kann sich in verschiedenen Arten von (westlichen) Symptomen ausdrücken, insbesondere durch Migräne, Apathie, Unfruchtbarkeit, Krämpfe, unerklärlichen Bewusstseinsverlust, neurotische Zwangsvorstellungen, Depressionen, Lähmungserscheinungen, epilepsieartige Anfälle oder auch Glossolalie. Die Ursache dieser Krankheitssymptome, die Besessenheit nämlich, wird häufig erst nach vielen vergeblichen Therapierungsversuchen durch verschiedene medizinische und/oder religiöse Spezialisten erfolgreich diagnostiziert.

In der Besessenheit wird zwischen Geist und Mensch eine Beziehung etabliert, die häufig metaphorisch als Reiter-Pferd-Beziehung charakterisiert wird (1, 10). Während der Krankheit – und ebenso während der mehr oder weniger intendierten Besessenheit im Rahmen ritueller Aktivitäten – verlieren die von den Geistern „gerittenen“ Akteure nach eigenen Angaben häufig das Bewusstsein, agieren ihrem eigenen Empfinden nach vollkommen fremdgesteuert und erlangen erst hinterher wieder die Kontrolle über ihr Handeln.

### Therapieformen

Die Therapie von durch *zar* hervorgerufene Krankheiten erfolgt durch Spezialisten, einen „Master“ bzw. häufiger eine „Mistress of the *zar*“. Im *bori* werden diese Spezialisten *yan bori* („Kind des *bori*“) genannt.

Die Behandlung, bei der neben den Spezialisten und dem Patienten meistens noch andere Helfer anwesend sind, hat teilweise theatralischen Charakter und weist ein hohes Maß an Öffentlichkeit auf. Durch eine einleitende *zar*-Zeremonie, zu der magische Formeln, Gesänge und Tänze gehören, stellen die Spezialisten die Identität des Geistes fest und ermitteln die erforderlichen Gaben und Handlungen, um den *zar* zu besänftigen und somit die Leiden des Patienten zu beenden (1). Die hierdurch erzielte Versöhnung mit dem Geist, der danach freiwillig den Körper des bzw. der Besessenen verlässt, wird als Ursache für den Heilerfolg betrachtet.

Ein zentrales Element sudanesischer und ägyptischer *zar*-Therapien ist die rituelle Hochzeit der Patientin mit dem – in der Regel als männlich konzeptionalisierten – Geist, mit dem sie angeblich auch sexuelle Kontakte pflegt (28). Handelt es sich um einen männlichen Patienten, so wird er dennoch in Brautgewänder gekleidet, wie KENNEDY (8) ausführt.

Die Hochzeitszeremonien des *zar*

enden nicht selten mit der völligen Erschöpfung der Patienten und dauern in vielen Fällen 7 Tage. Diese Erschöpfungszustände begründen sich – abgesehen von den kräftezehrenden rituellen Tänzen und der eigentlichen Besessenheit – auch in der hohen Raumtemperatur, da man davon ausgeht, dass Hitze der Befreiung von einem *zar*-Geist zuträglich ist. Die hierbei angewandten langwierigen Rituale sind mit hohen Kosten – teilweise bedingt durch ausgiebige Tieropfer und andere kostspielige Gaben – verbunden, so dass eine mehrtägige Behandlung die Verwandten der Patienten häufig vor finanzielle Probleme stellt. KENNEDY (8) berichtet in diesem Zusammenhang von einem ägyptischen Fallbeispiel, bei dem während der siebentägigen Dauer des Rituals einige Dutzend Hühner, ein Hahn und am letzten Tage noch ein Lamm oder Schaf geopfert werden mussten.

Das *girka*-Ritual im nigerianischen *bori* ist ein kombiniertes Heilungs- und Initiationsritual (10). Man geht davon aus, dass die Krankheit nur überwunden werden kann, wenn der Patient in Zukunft als Medium des betreffenden Geistes fungiert. Die Initiation dauert 7 Tage und erfordert die rituelle Tötung bestimmter Tiere. Als Gabe für die Aussöhnung mit ihren „Reittieren“ verlangen die Geister neben den zu tötenden Tieren häufig kostspielige und prestigeträchtige Geschenke (8) wie Parfüm oder Kaffee, da den Geistern eine besondere Verbindung zu Gerüchen nachgesagt wird, aber auch bestimmte Kleider, Schmuck und Ähnliches. Der Konsum der betreffenden Güter, der durch das besessene Individuum geschieht, ist gesellschaftlich sanktioniert und wird nur im Freiraum der rituellen Aktivität toleriert.

Zur Prophylaxe gegen einen Rück-

fall nach einmal überstandener Krankheit durch Besessenheit sind Patientinnen und Patienten angehalten, immer wieder an *zar*- bzw. *bori*-Ritualen teilzunehmen. In jedem Falle werden regelmäßige jährliche Ritualhandlungen zur Verehrung des jeweiligen persönlichen Geistes dringend angeraten. Ein durch das *girka*-Ritual in den *bori* Initiierter wird automatisch Teil der Kulthierarchie und ist – neben einem gewissen Verhalten gegenüber seinen Initiatoren und allen anderen Höhergestellten innerhalb der Hierarchie – insbesondere dazu verpflichtet, seinem Geist in regelmäßigen Abständen als „Pferd“ zu dienen (10).

Im Falle chronischer Krankheiten, die auch nach ausgiebiger Behandlung durch *zar*-Spezialisten nicht völlig geheilt werden können, werden die entsprechenden Patienten meistens ebenfalls selbst in den *zar*-Bund initiiert

## Ratiopharm

und zu Spezialisten ausgebildet, da sie ja durch ihre fortwährende Besessenheit bereits eine enge Beziehung zu dem betreffenden *zar* unter Beweis gestellt haben.

### Funktionen des *zar-bori-Kultes*

Es liegt im Sinne des westlichen Betrachters, eine Unterscheidung zwischen sozialen und medizinischen Effekten afrikanischer Besessenheitskulte treffen zu wollen. In der Tat werden viele in unserem Sinne soziale Missstände (insbesondere gestörte soziale Beziehungen) im indigenen Kontext durchaus als Krankheit interpretiert, die durch den Einfluss von Geistern hervorgerufen und durch Beschwichtigung derselben geheilt werden können. Es muss hier eine offene Frage bleiben, inwiefern die soziale Marginalisierung und Diskriminierung gewisser Gesellschaftsgruppen emisch implizit bereits als Krankheitsbild verstanden wird, oder ob sich auf der Basis dieses Missverhältnisses nur wesentlich leichter Symptome einstellen, die in den jeweiligen Kontexten als Folge von Besessenheit interpretiert werden. Nichtsdestoweniger scheint zumindest partiell ein Bewusstsein über die politische Instrumentalisierbarkeit der kultischen Gemeinschaft zu bestehen, von der zunehmend auch Gebrauch gemacht wird.

Ein – wenn auch vordergründiger – Gesichtspunkt ist hier zunächst der auch für den westlichen Beobachter naheliegendste: die Unterhaltung – sowohl *bori-* als auch *zar-*Rituale dienen in wachsendem Maße auch als „Entertainment“ und werden als folkloristische Aufführungen inszeniert (6).

Von ähnlichem Charakter ist die religiöse Komponente, deren Konsequenzen jedoch einen direkten Rückfluss auf die medizinische Fragestellung aufweist. Der Kult bietet die Möglichkeit direkter spiritueller, numinoser Erfahrung ohne Vermittlung

durch einen religiösen Spezialisten. Dies scheint ein nicht unwesentlicher Vorteil dieser Kulte gegenüber den Dogmen der Schriftreligionen zu sein. Dies impliziert auch und nicht zuletzt die Möglichkeit einer direkten Einflussnahme auf das eigene Schicksal, da Opferhandlungen zu Ehren der betreffenden Geister vielfach als Mittel zur Erreichung persönlicher Ziele eingesetzt werden (3). Gleichzeitig wird im Kultzusammenhang ein großes Maß an traditionellem Wissen in die kulturelle Ordnung integriert, so z.B. phytotherapeutische Heilmethoden, die durch Zurückführung auf bestimmte Geister gesellschaftlich legitimiert werden.

In Hinblick auf seine scheinbar eher indirekten Begleitmomente stellt sich das Phänomen der Besessenheit als eine von wenigen Möglichkeiten dar, den strengen Regeln der Rollenkonformität zu entkommen, die insbesondere Frauen einengen. So existiert die bei den Hausa übliche strenge Geschlechtertrennung im *bori* nicht, auch der gesellschaftlich wenig geachtete Berufsstand der Musiker gewinnt hier an Bedeutung (10). Die Besessenheit schafft insofern auch ein soziales Forum für andere marginalisierte und gesellschaftlich periphere Gruppen, was in neuerer Zeit in Nigeria insbesondere auch Homosexuelle und Prostituierte einschließt (10), und am Beispiel der *Arna* in Hausaland religiöse Minderheiten betrifft. Es entsteht ein gesellschaftlicher Freiraum außerhalb der strengen Wertesysteme, die eine freiere soziale – und religiöse – Betätigung erlauben.

In Westafrika ist eine wachsende politische Bedeutung des „maskulinisierten“ *bori-Kultes* als überregionale Organisation zum Protest gegen staatliche Herrschaft zu beobachten, ein Phänomen, das auch schon im Widerstand gegen den Kolonialismus von einiger Bedeutung war (3). In Äthiopien und (eingeschränkt) auch im Sudan trägt der *zar* vielfach implizit feministische Züge und dient als Forum der Auflehnung gegen die konser-

vative und maskulin dominierte Gesellschaftsordnung (28).

### Medizinische Funktionen

Gemäß einer Studie (15) leiden 40 Prozent aller Frauen in Khartoum, Sudan, an psychischen Gesundheitsproblemen, wobei 17 Prozent sogar dringend therapeutischer Behandlung bedürfen. Ob die Teilnahme an *zar-* bzw. *bori-*Ritualen als adäquate indigene Behandlungsmethode derartiger gesundheitlicher Missstände dienen kann, soll weiter unten in aller gebührenden Vorsicht diskutiert werden.

Die Krankheitsbilder, die in den entsprechenden kulturellen Zusammenhängen als Besessenheit diagnostiziert werden, fallen nach der Interpretation durch die westliche Medizin meistens in den Bereich emotionaler, nervöser oder psychosomatischer Störungen. Hierbei werden Neurosen, wie Hysterie, Angstzustände und neurotische Depression, und gewisse Psychosen (8), wie z.B. Schizophrenie, mit besonderer Häufigkeit genannt. Seitens der westlichen Medizin werden diese psychischen Defekte häufig auf Unfruchtbarkeit oder anderweitig hervorgerufene Lebenskrisen (z.B. durch Ehelosigkeit, unbefriedigende Eheverhältnisse oder weibliche Rollenkonflikte, aber ebenso soziale Ausgrenzung) zurückgeführt.

Doch die *zar-* und *bori-*Gemeinschaften bieten auch außerhalb des eigentlichen Besessenheitskontextes medizinische Hilfe. Die initiierten Spezialisten der einzelnen Kulte sind nicht selten auch mit anderen, insbesondere phytotherapeutischen Heilmethoden vertraut (3) und konstruieren innerhalb der Gemeinschaft insofern ein Netzwerk medizinischer Grundversorgung.

Ein erster psychologischer Effekt der Besessenheit liegt demnach in der Aufmerksamkeit, die dem bzw. der Besessenen geschenkt wird – bisweilen sogar in Verbindung mit materiel-

len Geschenken. Diese ernsthafte Beachtung wird vielfach – so KENNEDY (8) – als ein Schlüssel der Unterprivilegierten zur Erfüllung ihrer vernachlässigten Bedürfnisse interpretiert.

Gemäß gängigen westlichen Interpretationen ermöglichen die mit der Beschwörung verbundenen Tranceerlebnisse den Patientinnen und Patienten darüber hinaus eine Bewältigung ihrer Alltagsprobleme, schaffen ein neues Selbstverständnis und Selbstbewusstsein und konstituieren insofern eine indigene Form von Psychotherapie oder gar Psychiatrie (15). Abreaktion und Suggestion, aber auch Projektion werden hierbei als therapeutische Mittel eingesetzt. Gleichzeitig erlaube die Besessenheit – wie MURRAY LAST (13) ausführt – dem Patienten, die tatsächlichen Ursachen für erlittenes psychisches Leid zu formulieren, die somit als Aussage eines anderen Wesens erscheine und somit schneller akzeptiert werde.

Der *zar-bori*-Kult wird als „*Cult of affliction*“, Leidenskult, charakterisiert, bei dem persönliches Leid als Erscheinungsform einer hohen spirituellen Macht anerkannt wird. Aus diesem Grunde werden *zar* und *bori* durch Verehrung und Besänftigung zu domestizieren versucht, also nicht durch Exorzismus ausgetrieben, sondern durch Adorzismus überwunden.

### Besessenheit aus ethischer Sicht?

Bereits eingangs ist darauf hingewiesen worden, dass die westliche Medizin auf der Basis von biochemischen bzw. molekularbiologischen Modellen noch keine letzten Endes befriedigende Interpretation des Phänomens der Besessenheit vorgelegt hat. Nicht ohne Grund zielen daher immer mehr medizinethnologische Arbeiten über Besessenheit auf psychosomatische, psychotherapeutische und psychiatrische Zusammenhänge ab.

Problematisch erscheint in jedem Falle die „Übersetzung“ kulturtypi-

scher Krankheitsbilder in die vermeintlich nüchterne Begrifflichkeit und das damit zusammenhängende Verständnis von Krankheit, was besonders in Hinsicht auf den Zusammenhang der Besessenheit deutlich wird. Es ist nicht ohne implizite kulturspezifische Wertungen möglich, fremde Krankheitsphänomene auf der Basis der eigenen Praxis zu klassifizieren. Viele der emisch als Besessenheit diagnostizierten Symptome erfahren bei ihrer Übersetzung in die Begrifflichkeit der westlichen Medizin implizit eine umfassende Abwertung.

Wenn die Quintessenz medizinethnologischer Untersuchung eines Phänomens wie der *zar*- und *bori*-Kulte in der Erkenntnis gipfelt, dass ein Großteil der beteiligten Individuen an Hysterie leide (8), scheint eine grundsätzliche Zielsetzung ethnologischer Forschung verfehlt – ein unvoreingenommenes Verständnis des Anderen nämlich. Und begriffliche Kategorien wie Krankheitsbezeichnungen sind viel zu leicht mit einem schier unüberschaubaren Wust von inhaltlichen Kategorien verwoben, die voneinander zu trennen nur unter größten definitivischen Problemen möglich erscheint. Als Alternative hierzu bietet sich aber nur das Eingeständnis einer völligen Unbestimmbarkeit an, die jedoch ebenfalls kein akzeptables Ziel ernsthafter wissenschaftlicher Untersuchungen sein kann.

Vorsicht ist geboten, wenn die ersehnte Komparabilität von Syndromen scheinbar allzu leicht zu Lasten der tatsächlichen kulturellen Spezifität hergestellt wird.

### Schlussbemerkung

Die obigen Darstellungen sollten die Komplexität des Phänomens afrikanischer Besessenheitskulte bereits in einiger Ausführlichkeit dargestellt haben. Zentral für die Argumentation dieser Arbeit ist die Feststellung, dass das Phänomen als solches entschieden über den herkömmlichen Medizin-

begriff hinausweist. Ein Verständnis der Heilsysteme des *zar-bori* setzt eine Auseinandersetzung mit den jeweils kulturell konzeptionalisierten Krankheitsbildern voraus, welche die „Therapierung“ sozialer Missstände ebenso wie psychische Konfliktsituationen und psychosomatische Leiden mit einschließen. Aber auch eine Reduktion des Wirkungsfeldes von *zar* und *bori* auf rein suggestive Heilmethoden erscheint unangebracht, wie KENNEDY betont:

„The processes involved seem more complex than such familiar explanatory catchwords as „suggestion“, „group support“, and „catharsis“ would indicate. This suggests that more intensive research of such techniques as the *zar* might be of some use to Western theories of psychotherapy.[...] Yet, the *zar* is apparently effective not only with the hysterical and anxiety reactions but with depressive neuroses, psychosomatic ailments, and even some psychotic conditions.“ (Kennedy, 1977)

Bei *bori* und *zar* ist das zentrale Moment die Adoration, was für den Patienten ebenso wie für den behandelnden Spezialisten sogar materiell lukrativ sein kann, wenn man die teilweise extrem kostspieligen Opfergaben berücksichtigt (15). An anderer Stelle wird dem allerdings entgegengehalten, dass tatsächliche Gaben für Behandelnden bzw. Behandelten weniger häufig sind als vielmehr bestimmte Aktivitäten oder das Tragen bestimmter Kleidung (8). Dennoch ist die Aufmerksamkeit, die den sogar bisweilen irrationalen Wünschen von Patienten entgegengebracht wird, mit einiger Sicherheit von positiver suggestiver Wirkung, da hierdurch die vielfach zu Grunde liegende *gender*-Problematik zumindest punktuell ausgeglichen wird.

So weit zur Auswertung des Materials. Im Verlaufe der Arbeit hat sich gezeigt, dass das von uns gewählte Thema mit zunehmender Tiefe der Recherche eine immer komplexer werdende Vielschichtigkeit an den Tag legte, was insbesondere durch die

großen regionalen Differenzierungen bedingt scheint. Da es unsere Grundmotivation war, einen Überblick in die medizinethnologische Relevanz von afrikanischen Besessenheitskulten zu geben, halten wir es für legitim, das Beispiel von *zar* und *bori* heranzuziehen, wengleich die kulturelle Spezifität zu Gunsten einer größeren Bandbreite kultureller Ausprägungen zurücktritt.

Es zeigt sich, dass der spontanen – weil komparativ arbeitenden – Beurteilbarkeit für den kulturell Außenstehenden Grenzen gesetzt sind. ■

## Literatur

1. Abdalla, I. H. (1991). Neither friend nor foe: The malam practitioner – yan bori relationship in Hausaland. In Lewis, I., Ahmed Al-Safi, Sayyid Hurreiz (Hg.) (1991). *Women's Medicine. The Zar-Bori Cult in Africa and beyond*. Edinburgh University Press, Edinburgh: 37-48.
2. Constantinidis, P. (1991). The history of zar in the Sudan: theories of origin, recorded observation and oral tradition. In: Lewis, I., Ahmed Al-Safi, Sayyid Hurreiz (Hg.) (1991). *Women's Medicine. The Zar-Bori Cult in Africa and beyond*. Edinburgh University Press, Edinburgh: 83-99
3. Echard, N. (1991). The Hausa bori possession cult in the Ader region of Niger: its origins and present-day function. In: Lewis, I., Ahmed Al-Safi, Sayyid Hurreiz (Hg.) (1991). *Women's Medicine. The Zar-Bori Cult in Africa and beyond*. Edinburgh University Press, Edinburgh: 1: 64-80.
4. Frankenberg, R., Leeson, J. (1976). Disease, Illness and Sickness: Social Aspects of the Choice of Healer in a Lusaka Suburb. In: Loudon, J.B. (Hg.) (1976). *Social Anthropology and Medicine*. Academic Press, London / New York: 223-258.
5. Hamer, J., Hamer, I. (1977). Spirit possession and its sociopsychological implications among the Sidamo of Southwest Ethiopia. In: Landy, D. (Hg.) 1977: 367-375.
6. Hirschberg, W. (Hg.) (1988). *Neues Wörterbuch der Völkerkunde*. Dietrich Reimer Verlag, Berlin.
7. Hurreiz, S. (1991). Zar as a ritual psychodrama: from cult to club. In: Lewis, I., Ahmed Al-Safi, Sayyid Hurreiz (Hg.) (1991). *Women's Medicine. The Zar-Bori Cult in Africa and beyond*. Edinburgh University Press, Edinburgh: 147-155.
8. Kennedy, J. G. (1977). Nubian Zar Ceremonies as Psychotherapy. In: Landy, D. (Hg.) (1977). *Culture, Disease, and Healing. Studies in Medical Anthropology*. Macmillan, New York: 375-384.
9. Kleinmann, A.J. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley.
10. Krings, M. (1997). *Geister des Feuers. Zur Imagination des Fremden im Bori-Kult der Hausa*. LIT, Hamburg.
11. Landy, D. (Hg.) (1977). *Culture, Disease, and Healing. Studies in Medical Anthropology*. Macmillan, New York.
12. Last, M. (1976). The Presentation of Sickness in a Community of non-Muslim Hausa. In: Loudon, J.B. (Hg.) (1976). *Social Anthropology and Medicine*. Academic Press, London / New York: 104-149.
13. Last, M. (1991). Spirit possession as therapy: bori among non-Muslims in Nigeria. In: Lewis, I., Ahmed Al-Safi, Sayyid Hurreiz (Hg.) (1991). *Women's Medicine. The Zar-Bori Cult in Africa and beyond*. Edinburgh University Press, Edinburgh: 49-63.
14. Lewis, I. (1971). *Ecstatic Religion. An Anthropological Study of Spirit Possession and Shamanism*. Penguin, Harmondsworth.
15. Lewis, I. (1991). Zar in context: the past, the present and future of an African healing cult. In: Lewis, I., Ahmed Al-Safi, Sayyid Hurreiz (Hg.) (1991). *Women's Medicine. The Zar-Bori Cult in Africa and beyond*. Edinburgh University Press, Edinburgh: 1-16.
16. Lewis, I., Ahmed Al-Safi, Sayyid Hurreiz (Hg.) (1991). *Women's Medicine. The Zar-Bori Cult in Africa and beyond*. Edinburgh University Press, Edinburgh.
17. Loudon, J.B. (Hg.) (1976). *Social Anthropology and Medicine*. Academic Press, London / New York.
18. Makris, G.P. & Ahmed Al-Safi (1991). The tumbura spirit possession cult of the Sudan. In: Lewis, I., Ahmed Al-Safi, Sayyid Hurreiz (Hg.) (1991). *Women's Medicine. The Zar-Bori Cult in Africa and beyond*. Edinburgh University Press, Edinburgh: 118-136.
19. Morsy, S.A. (1991). Spirit possession in Egyptian ethnomedicine: origins, comparison and historical specificity. In: Lewis, I., Ahmed Al-Safi, Sayyid Hurreiz (Hg.) (1991). *Women's Medicine. The Zar-Bori Cult in Africa and beyond*. Edinburgh University Press, Edinburgh: 189-208.
20. Peuker, E.T., Filler, T., Diederich, F. (1999). Schamanismus in der westlichen Welt. Ein Grenzbereich zwischen Esoterik und alternativer Medizin? In: *Ärztzeitschrift für Naturheilverfahren* 12 (1999): 838-849.
21. Pfeleiderer, Beatrix, Katarina Greifeld & Wolfgang Bichmann (1995). *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Dietrich Reimer Verlag, Berlin.
22. Rahim, S.I. (1991). Zar among middle-aged female psychiatric patients in the Sudan. In: Lewis, Ioan et al. (Hg.) 1991: 137-146.
23. Thiel, Franz-Josef (1984). *Religionsethnologie. Eine Einführung*. Dietrich-Reimer Verlag, Berlin.
24. Tremearne, Arthur J. (1968). *The Ban of the Bori. Demons and Demon-Dancing in West and North Africa*. Frank Cass & Co., London. (erste Ausgabe 1914).
25. Tubinana, Joseph (1991). Zar and buda in northern Ethiopia. In: Lewis, Ioan et al. (Hg.) 1991: 19-33.
26. Walker, Sheila S. (1972). *Ceremonial Spirit Possession in Africa and Afro-America. Forms, Meanings, and Functional Significance for Individuals and Social Groups*. E.J. Brill, Leiden.
27. Wall, Lewis L. (1988). *Hausa Medicine. Illness and Well-Being in a West-African Culture*. Duke University Press, Durham/London.
28. Wieland-Karimi, Almut (1997). Musliminnen und Besessenheit – eine religiös-soziale Nische. In: Völger, Gisela (Hg.) (1997). *Sie und Er. Frauenmacht und Männerherrschaft im Kulturvergleich*. Rautenstrauch-Joest-Museum, Köln. 215-220.



Für die Autoren:  
 Dr. med. Elmar T. Peuker  
 AG Komplementärmedizin  
 Institut für Anatomie  
 WWU Münster  
 Vesaliusweg 2-4  
 48149 Münster

# 99. ZÄN-Kongress vom 14.-20. Sept. 2000 in Freudenstadt

## Leitthema:

- Behandlung abdomineller Schmerzen
- Behandlung des älteren Patienten

## Weiterbildung:

- Naturheilverfahren
- Homöopathie
- Psychosomatische Grundversorgung
- Chirotherapie
- Spezielle Schmerztherapie
- Psychotherapie
- Hypnose / Hypnotherapie
- Regulationsmedizin
- Biologische Tiermedizin

## Fortbildung:

- Abrechnung
- Akupunktur
- Applied Kinesiology
- Ayurveda
- Bachblütentherapie
- Brain Gym
- Elektroakupunktur nach Voll
- Elektroneuraltherapie und -diagnostik
- Homotoxikologie
- HOT / UVB
- Internet-Workshop
- Klassische Naturheilverfahren
- Neuraltherapie nach Huneke
- Neurolinguistisches Programmieren
- Ozonkurs
- Orthomolekulare Medizin
- Qigong
- Regulationsthermographie
- Sauerstofftherapie
- Tibetische Medizin
- etc.

Das komplette Programm  
wird in der Juni-Ausgabe  
abgedruckt!



# ZÄN

## Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e.V.



Am Promenadenplatz 1  
72250 Freudenstadt  
Tel. 0 74 41 / 91 858 -0  
(von 9.00 - 15.00 Uhr)

Fax 0 74 41 / 91 858 -22  
E-Mail:  
ZAEN-Freudenstadt@t-online.de  
<http://www.zaen.org>

## Zum 80. Geburtstag von Dr. med. Ruth Schmitz-Harbauer

**M**it dieser Laudatio würdigen wir die enormen Verdienste unserer Kollegin Dr. med. RUTH SCHMITZ-HARBAUER anlässlich ihres runden Geburtstags am 5 April. Wenn wir sonst bei einer Dame den Jahrgang eher verschweigen, so wissen wir doch bei unserer Jubilarin, dass sie über solche Eitelkeit hinaus ist – weil ihr bisheriges Leben köstlich gewesen ist im Sinne von Mühe und Arbeit.

RUTH SCHMITZ-HARBAUER gehört zu jener Generation, die ihr Studium noch in den Kriegsjahren begann und nur unter den Nöten und Entbehrungen der Nachkriegszeit zu Ende bringen konnte. Ihre frühe Verwitwung bedeutete für sie eine weitere Herausforderung, auch als alleinerziehende Mutter zweier Kinder.

Schon bald führte sie ihr Weg zu den Naturheilverfahren: In dem FELKE-Bad Sobernheim, ihrer ersten Arbeitsstelle, konnte sie die Wirkkräfte der Natur – Erde, Licht, Luft, Wasser – an vielen Patienten miterleben; was richtungsweisend wurde für ihren Weg als Ärztin für Naturheilverfahren. Den meisten von uns ist RUTH SCHMITZ-HARBAUER durch ihren über 28-jährigen aktiven Einsatz in der Deutschen Ärztesgesellschaft für Akupunktur, DÄGfA, wie auch in der Internationalen Gesellschaft für Elektroakupunktur nach VOLL, EAV, bekannt. Nur wenige Naturheilärzte dürften über ein so weites Spektrum verfügen wie sie: Akupunktur und EAV, Neuraltherapie und Homöopathie und selbstverständlich klassische Naturheilmethoden mit Diätetik und Ordnungstherapie.

Wer RUTH SCHMITZ-HARBAUER in Seminaren und Vorträgen erlebt hat, wird einen unvergesslichen, motivierenden Eindruck behalten haben: dies nicht nur dank ihrer fundierten Kenntnisse und Erfahrung, sondern ebenso dank ihrer lebhaften, didaktisch klaren und originellen Themendarstellung, ihrer Praxisbezogenheit und der stets durchleuchtenden Allgemeinbildung und geistig-religiösen Verankerung.

RUTH SCHMITZ-HARBAUERS Engagement führte sie zu sehr verantwortlichen und arbeitsintensiven Funktionen in der DÄGfA. Als Vizepräsidentin leitete sie über 10 Jahre das Fortbildungszentrum und baute es zu einer Organisationsform aus, die dem ständig wach-

senden Nachstrom an Mitgliedern und Kursisten gerecht werden konnte. Aufgrund ihrer Weitsicht und Durchsicht gewann die DÄGfA – nach einem vorübergehenden Tief – Anfang der 80er Jahre einen wesentlich durch RUTH SCHMITZ-HARBAUERS Wirken getragenen Aufschwung: Die Mitgliederzahl wuchs in die tausende; der Ruf der DÄGfA im In- und Ausland stieg von Jahr zu Jahr. Die DÄGfA ist innerhalb der internationalen Dachorganisation ICMART die größte nationale Gesellschaft, und bildet auch im ZÄN das größte Kontingent. Nicht nur die Organisation und Durchführung der Kurse, sondern auch die Gestaltung der Curricula und der Kursskripten sowie die Heranziehung und Ausbildung von Nachwuchsdozenten bilden bis heute den Grundstock der umfassenden DÄGfA-Fortbildung. Das Angebot von mehr als 200 Kursen jährlich schon in den 80er Jahren war eine organisatorische Meisterleistung,

die von dem bescheidenen Kursbüro in der eigenen Krefelder Wohnung aus mit Unterstützung nur einer Mitarbeiterin bewältigt wurde. Solch hoher persönlicher Einsatz wurde erbracht neben einer frequenten Privat- und Kassenpraxis, laufenden Seminarverpflichtungen und Präsenz und Vortragstätigkeit bei vielen nationalen und internationalen Tagungen: Zeugnis von Idealismus, Unermüdlichkeit und Kreativität.

Auch in der EAV-Gesellschaft hat sich RUTH SCHMITZ-HARBAUER aktiv eingebracht; neben den vielen Referaten auch durch ihr Mitwirken im erweiterten Vorstand. Seit den 70er Jahren gehörte sie zu den Freudenstädter Tagungen unabdingbar dazu!

Seit 1991 ist RUTH SCHMITZ-HARBAUER Ehrenpräsidentin der DÄGfA und wird wegen ihrer Mütterlichkeit und ihrem weisen Umgang mit der nachgerückten jungen Generation besonders geschätzt und verehrt. Als Würdigung ihres vielschichtigen Engagements erfuhr sie viele Ehrungen; so wurden ihr u.a. die Hufeland- und die Bundesverdienst-Medaille und der Bachmann-Preis für Akupunktur verliehen.

Unsere große Hochachtung gilt der Jubilarin auch dafür, dass sie weiterhin in ungebrochener Frische in ihrer Praxis aktiv ist, mit ihren Kursen das DÄGfA-Programm und die MEDICA mitgestaltet und nach wie





vor die verschiedensten Tagungen der Naturheilverfahren, der DÄGfA und der EAV durch ihre Beiträge bereichert. All den Kolleginnen und Kollegen, die unter den heutigen unerfreulichen Kassenarzt-Bedingungen leiden, kann RUTH SCHMITZ-HARBAUER als überzeugendes Vorbild dienen: Kraft des in schwierigen Zeiten errungenen tapferen Stehvermögens gelangte sie zu dem, was wir an ihr bewundern an Integrität und Menschlichkeit.

Ich weiß sehr viele dankbare Schüler, Freunde, Kolleginnen und Kollegen, Mitstreiter in Sachen Naturheilverfahren und Akupunktur und nicht zuletzt zahllose Patienten hinter mir, wenn ich RUTH SCHMITZ-HARBAUER noch viele erfüllte Jahre bei guter Gesundheit und geistiger Frische wünsche.

*Dr. med. Jochen Gleditsch*

## 25-jährige Vorstandstätigkeit von Dr. med. Jürgen Huneke

**G**eboren am 23.01.1937 im ostwestfälischen Bad Driburg. Nach Abitur und Studienjahren in Münster und Innsbruck 1966 Staatsexamen an der westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Ein Jahr als Medizinalassistent an der Universitäts-Frauenklinik in Münster mit Promotion bei Herrn Prof. GÖKE, der schon sehr früh als einer der ersten Universitätsprofessoren die Neuraltherapie anerkannte und die Injektionen an den Plexus Frankenhäuser einführte und über die Neuraltherapie verschiedene Doktorarbeiten durchführen ließ. Anschließend folgte eine vierjährige Tätigkeit als Assistenzarzt überwiegend in der Inneren Medizin am Kreiskrankenhaus Halle/Westfalen.

Aufgrund der verwandtschaftlichen Verbindungen zum Hause HUNEKE in Düsseldorf wurde das Interesse für Neuraltherapie schon sehr früh geweckt. Wiederholte Hospitation in den Semesterferien und in der Assistenzzeit bei FERDINAND HUNEKE.

1966 erstmals Teilnahme am Neuraltherapiekongress in Freudenstadt, seitdem regelmäßige Teilnahme an den Frühjahrs- und Herbstkongressen sowie an Tagungen in Baden-Baden. 1972 Berufung in den Vorstand der Internationalen Medizinischen Gesellschaft für Neuraltherapie. Seit 1970 in eigener Praxis in Bad Meinberg niedergelassen mit dem Schwerpunkt der Neuraltherapie. Parallel zu seiner Praxistätigkeit Leiter des Kursanatoriums Bärenstein. Dort wurde besonders die Schrothkur durchgeführt. Es zeigte sich, dass während oder nach einer solchen Schrothkur die Neuraltherapie besser anschlug. Offenbar wurden Regulationsstörungen beseitigt.

Von 1975-1985 zweiter Vorsitzender, ab 1985 bis

2000 Präsident der Internationalen Medizinischen Gesellschaft für Neuraltherapie.

Seit 10 Jahren wurde unter seiner Leitung die Bad Meinberger Woche abgehalten. Dort wurde die Neuraltherapie im kleinen Kreis intensiv vermittelt. Auch die Geselligkeit kam dabei nicht zu kurz, wozu sein Privathaus immer zur Verfügung stand. Von ihm wurde auch der „Neuraltherapeutische Stammtisch“ in Freudenstadt eingerichtet, der sich seitdem bei unseren Mitgliedern und Gästen großer Beliebtheit erfreut.

JÜRGEN HUNEKE war neuen Dingen immer aufgeschlossen. So erhielten wir über das Auswärtige Amt in Bonn vor zwei Jahren die Nachricht, dass in Curitiba/Brasilien ein Physiker eine Ionenpumpe entwickelt habe zur Entkalkung von Arterien. Mein Vetter und ich haben uns die Apparatur vor Ort angesehen und selbst ausprobiert, leider konnten wir diese Effekte nicht nachvollziehen.

In den letzten Jahren galt die besondere Aufmerksamkeit von JÜRGEN HUNEKE der Kontaktpflege zu ausländischen Gesellschaften, durch Vorträge und Organisation von Tagungen – vornehmlich in Kanada, Mexiko, Spanien und England.

Ein besonderes Verdienst von JÜRGEN HUNEKE ist neben seinem großen Organisationstalent die Integration und das „Fingerspitzengefühl“, mit Andersdenkenden umzugehen.

Ab dem Frühjahr 2000 ist er Ehrenpräsident der Neuraltherapeutischen Gesellschaft.

Für die Zukunft wünsche ich ihm die alte Schaffenskraft in der Praxis und viel Freude beim Golfspiel und bei der Jagd.

*Dr. med. Holger Huneke*



### Aktuelles aus der Reformhaus-Fachakademie



## Zusammenhang zwischen Osteoporose und Kalzium?

In China und Japan werden nur wenig Milch und Milchprodukte verzehrt. Da gleichzeitig die Osteoporosehäufigkeit gering ist, wird eine positive Beziehung zwischen Osteoporose und Calciumaufnahme angezweifelt. Dem widersprechen neuere Publikationen aus China. Danach wird das Risiko für Osteoporose in den Städten ähnlich hoch eingestuft wie in westlichen Ländern.

**D**as Auftreten von osteoporosebedingten Oberschenkelhalsfrakturen hängt neben der Zufuhr an Kalzium außer von der Rasse noch vom Hormonstatus und der Struktur des Hüftknochens ab. Mit der Ernährung lässt sich positiv Einfluss nehmen: Hormonelle Veränderungen lassen sich durch den hohen Phytoöstrogen-Gehalt in Soja- und Vollkornprodukten, vor allem Roggen, in der Zeit der Wechseljahre etwas auffangen. So können Bratlinge und Brotaufstriche aus Tofu (Soja, „quark“), vegetarischer Leberkäse oder Teewurst auf Sojabasis gemeinsam mit Roggenvoll-

kornbrot und Roggenknäckebröten neben Kalzium auch Phytoöstrogene liefern. Ein besonderes Augenmerk verdient in diesem Zusammenhang die ordnungsgemäße Sauerteigführung beim Brot: Kurze Gehzeiten bei der industriell üblichen Fertigung erlauben nicht die volle Entfaltung der Phytase-Aktivität. Daher bleibt ein Großteil der nativen Phytinsäure erhalten, die wiederum Kalzium bindet. Wurstwaren, Limonaden und Cola-Getränke enthalten beachtenswerte Phosphatmengen, die das wichtige Kalzium/Phosphatverhältnis zu Ungunsten von Kalzium verschieben.

Alternativen bieten Käse und vegetarische Brotaufstriche. Als Getränke eignen sich Fruchtsaftchorlen.

Die im Winterhalbjahr verschlechterte Vitamin-D-Versorgung als Folge der qualitativ und quantitativ veränderten Sonneneinstrahlung lässt sich durch Nahrungsergänzungen, z.B. Multivitamin-Energetikum, ausgleichen. Bei älteren Menschen ist die Bildung von Vitamin D durch das Sonnenlicht vermindert.

### NAHRUNGSERGÄNZUNG Zinkaufnahme durch Lebensmittel

Zink ist Bestandteil von etwa 300 Enzymen, aber auch Nicht-Enzymproteinen wie Insulin. Zink ist an der Regulation verschiedener Stoffwechselprozesse z.B. von Nukleinsäuren, Eiweißen, Kohlenhydraten und Lipiden beteiligt. Zink greift in den Metabolismus von Hormonen ein und spielt offensichtlich eine Rolle bei der Regulation des Zellwachstums und der Zelldifferenzierung.

Die wünschenswerte Empfehlung der DGE wurde in den aktuell erschienen Referenzwerten nach unten korrigiert. Bei Männern (25-51 Jahre) wird sie mit 10 mg/Tag, früher 15mg/Tag, angegeben und bei Frauen mit 7 mg/Tag, früher 12mg/Tag, bei einer durchschnittlichen Absorptionsrate von 30 Prozent. Die Bioverfügbarkeit von Zink aus der Nahrung kann zwischen 5-40 Prozent variieren. Ein höherer Bedarf wie im Wachstum und während einer Schwangerschaft führt im Allgemeinen zu einer verstärkten Resorption.

Die hauptsächlichen Quellen der Zinkaufnahme sind Fleisch und Wurstwaren (33%), gefolgt von Milch und Milchprodukten (16%). Die zinkreichsten Fleischsorten sind Rind- und Hammelfleisch. Die pflanzlichen Lebensmitteln sind an der Zinkaufnahme folgendermaßen beteiligt: Brot und Backwaren mit 22,5%; Kartoffeln,

## Rezepte

### Rosmarintarte

(etwa 12 Stücke)

**Teig:** 250 g Weizenvollkornmehl, 125 g Butter oder ungehärtete Pflanzenmargarine, 1 Ei, 1 Prise Weinsteinbackpulver, Meersalz, 3 EL Wasser

**Belag:** 2 mittelgroße Zwiebeln, 5 Knoblauchzehen, 2 EL kaltgepresstes Pflanzenöl, 500 g Quark 20 % F., 2 Eier, 2 EL Milch, schwarzer Pfeffer, Hefestreuwürze, 3 EL Rosmarinnadeln, 100 g geriebener Emmentaler

Aus Mehl, Butter oder Margarine, Ei, Backpulver, Salz und Wasser einen geschmeidigen Teig kneten. Eine Kugelformen und ca. 30 Min. kalt stellen.

Zwiebel und Knoblauch kleinschneiden, in heißem Öl andünsten.

Quark mit Eiern, Milch, Pfeffer und Hefestreuwürze glatrühren. Rosmarinnadeln und geriebenen Käse zugeben. Teig ausrollen. Eine gefettete Springform damit belegen, Rand hochziehen. Quarkfüllung darauf verteilen. Im vorgeheizten Backofen bei 180°C ca. 45 Min. backen.

Pro Stück: ca. 250 Kcal, 1.000 KJ

ReformhausKUCHSTUDIO



### LEBENSMITTELKUNDE

#### Gewürze – mehr als nur Geschmack

Als Gewürze werden getrocknete Pflanzenteile bezeichnet, die als geschmacksgebende Speisezutaten Verwendung finden. Sie wurden bereits seit der Antike oft auf abenteuerliche Weise über die großen Handelsstraßen nach dem Westen gebracht. Rückkehrende Kreuzfahrer machten den Gebrauch orientalischer Gewürze wie Muskat, Pfeffer, Nelken und Zimt auch in Deutschland bekannt. Da es

außer Pökeln und Trocknen keine Möglichkeit der Haltbarmachung für Fleisch gab, versuchte man mittels der verschiedenen scharfen Gewürze den oft nicht mehr angenehmen Eigengeruch des Fleisches zu überdecken. Die Verwendung von Gewürzen blieb früher in der Regel den Wohlhabenden vorbehalten, da sie als Kostbarkeiten mit Gold aufgewogen wurden.

Im Allgemeinen fördern Gewürze die Durchblutung der Verdauungs-

organe, regulieren die Darmbewegung, wirken gegen Blähungen und nicht selten krampflösend und antibiotisch. Zu Ihren Hauptinhaltsstoffen zählen ätherische Öle wie in Anis, Fenchel, Kümmel; Wacholderbeeren, Dill, Schwarzkümmel. Daneben Bitterstoffe wie in Wermut und Beifuß, die die Sekretion der Verdauungssäfte fördern. Gerbstoffe sind enthalten in Wacholderbeeren, Basilikum und Bohnenkraut und helfen bei nervösen Magenbeschwerden. Im Chili ist Capsaicin enthalten, das die Schärfe dieser Frucht prägt. Capsaicin ist kreislaufaktivierend und durchblutungsfördernd. Flavonoide wie in Estragon, Paprika und Kümmel sind für Aroma und Geschmack zuständig.

Im Handel werden neben den reinen Gewürzen auch Gewürzzubereitungen und -mischungen angeboten. Gewürzmischungen bestehen ausschließlich aus Gewürzen. Gewürzzubereitungen sind Mischungen von Gewürzen mit anderen geschmacksgebenden Zutaten wie Bierhefe oder Salz. Sie können aber auch Stoffe zur Erhaltung der Rieselfähigkeit beinhalten wie Kalziumstearat oder Hülsenfruchtmehl als Füllstoff z.B. bei Curry oder getrocknete Ringelblumenblüten bei Safran. In den Gewürzen aus dem Reformhaus finden sich keine solchen Verfälschungen. ■

Obst und Gemüse mit 9%. Der Zinkgehalt des Getreides ist vom Ausmahlungsgrad abhängig, da Zink vorwiegend in den Randschichten des Getreidekorns angereichert ist, d.h. dass Vollkornprodukte größere Mengen Zink enthalten.

Im Allgemeinen ist Zink aus tierischen Quellen besser verfügbar, da Komplexbildner wie Histidin, Cystein und andere Aminosäuren bei eiweißreicher Kost die Absorption fördern. Erniedrigt wird die Zinkaufnahme durch Phytinsäure aus Getreide. So sollten Vollkornprodukte wie Müsli oder Vollkornbrot mit Milchprodukten kombiniert werden.

### Seminare für gesundes Leben an der Reformhaus-Fachakademie

<b>Ausbildung für Arzthelferinnen zur „Ernährungs- und Diätberaterin“</b> Anerkannt durch den ZÄN und den Berufsverband der Arzthelferinnen (BdA)	<b>Nächster Start: 16.06.2000 und 22.09.2000</b>
<b>Ausbildung „Gesundheitsberater/in – ganzheitliche Gesundheit“</b> Wertvolles Wissen aus Naturheilkunde, Ernährung, Bewegung und Entspannung, Psychosomatik, Kneippsche Anwendungen und Pflanzenheilkunde	<b>Nächster Start: 05.06.2000 und 28.08.2000</b>
<b>Praktisches Vorgehen bei Lebensmittel-Allergien</b> Milch-, Ei-, Soja-, Nussallergien, Pseudoallergien, Kreuzallergien. Mit Rezepten	<b>04.06. - 06.06.2000</b>
<b>Yoga</b> Anspannen, Entspannen, Gleichgewicht finden	<b>28.07. - 30.07.2000</b>
Weitere Informationen bei der Reformhaus-Fachakademie, Gotische Str. 15, 61440 Oberursel (Tel: 06172-3009-822 bzw. Fax: 06172-3009-819) E-Mail: rfa@reformhaus.de Internet: www.reformhaus.de/rfa	

KONGRESSBERICHT

## Schlafstörungen – eine unterschätzte Krankheitsursache

Fast ein Drittel aller Erwachsenen in der Bundesrepublik leidet an chronischen Schlafstörungen. Doch nur ein kleiner Teil der Patienten, die aufgrund von Erschöpfungszuständen, allgemeinem Unwohlsein und Antriebsschwäche einen Arzt aufsuchen, sprechen den Arzt von sich aus auf ihre Schlafprobleme an.

Diejenigen Patienten, die sich mit diesem Problem an ihren Hausarzt wenden, werden heute in aller Regel entweder mit mittellang wirksamen Benzodiazepinhypnotika oder mit sedierend wirkenden Antidepressiva oder Neuroleptika behandelt. Also mit Substanzgruppen, die zwar hochwirksam sind, aber z.T. starke Nebenwirkungen und Überhangeffekte zeigen. Wie Prof. E. RÜTHER, Göttingen, auf einer Pressekonferenz



Prof. Dr. Eckardt Rütger  
Göttingen

in Berlin verlauten ließ, gehen daher gerade praktische Ärzte, auf der Suche nach einer „idealen Therapie von Insomnien“, immer mehr zum Einsatz von pflanzlichen Hypnotika – z.B. Baldrian – über. Diese Phytopharmaka sind nach Einschätzung von Experten (HAJAK und RODENBECK, European Experts Evaluation, Göttingen 1999) in ihrer Wirksamkeit durchaus mit den Benzodiazepinen

\* Sedonium®, Lichtwer Pharma, 1 Dragee enthält 300 mg Baldrianwurzel-Trockenextrakt.

vergleichbar. Sie verbessern die Leistungsfähigkeit und Tagesbefindlichkeit, ohne jedoch den Patienten mit starken Nebenwirkungen zu belasten.

### Hoch dosierter Baldrianextrakt mit Benzodiazepinen vergleichbar

Doch bislang gab es keine wissenschaftliche Studie, in der ein Baldrian-Präparat mit einem Benzodiazepin im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und Verträglichkeit verglichen wurde.

Das hat sich mittlerweile geändert: In einer kontrollierten Studie wurde nunmehr die Wirksamkeit und Verträglichkeit eines hoch dosierten Baldrianextrakts (LI 156\*, 600 mg/Tag)

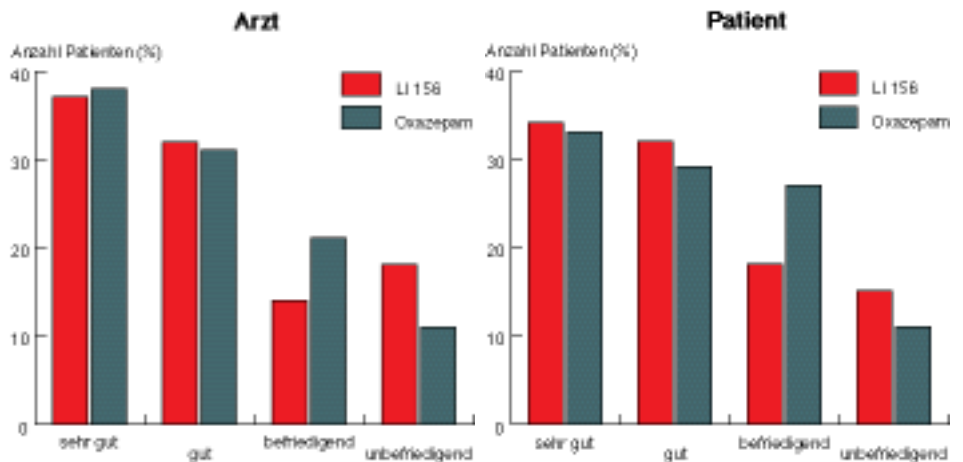
im Vergleich zu Oxazepam geprüft. Die Ergebnisse erlauben den Schluss, dass der Pflanzenextrakt bei der Behandlung leichter und mittelschwerer Schlafstörungen eine gleich wirksame, jedoch verträglichere Alternative zu Benzodiazepinen darstellt.



Dr. Dr. Gismar Ziegler  
Stuttgart

Nach Aussage von Dr. Dr. G. ZIEGLER, Stuttgart, wurden in die Studie 202 Patienten mit einer nicht-organischen Insomnie aufgenommen. Rund die Hälfte der Patienten wurde bereits vor mehr als 2 Monaten und etwa ein Viertel während der letzten 2 Monate vor Studienbeginn wegen Schlafstörungen behandelt. Benzodiazepine, wie z.B. das Vergleichspräparat Oxazepam, waren die häufigste Vormedikation in der Studiengruppe. Über einen Behandlungszeitraum von

### Wirksamkeit und Verträglichkeit von Baldrianextrakt LI 156 vs. Oxazepam



Beurteilung der Wirksamkeit durch Arzt und Patient (Per-Protokoll-Analyse)

## Kongressberichte

6 Wochen wurden die Patienten entweder mit 600 mg Baldrianextrakt LI 156 pro Tag oder mit 10 mg/Tag Oxazepam therapiert. Primärer Studienparameter zur Beurteilung der Wirksamkeit der beiden Vergleichspräparate war die Schlafqualität, bestimmt mithilfe des Schlafbogens SF-B nach GÖRTELMEYER.

In beiden Behandlungsgruppen nahm die Schlafqualität signifikant zu ( $p < 0,001$ ) und lag bei beiden Präparaten im Wertebereich gesunder Kontrollpersonen. Die Ergebnisse sind konsistent mit einer Vorgängerstudie von VORBACH et al., 1996, die eine deutliche Überlegenheit des hoch dosierten Baldrianextrakts LI 156 versus Placebo nachweisen konnte. Auch die Analyse aller weiteren Skalen des SF-B bestätigt übereinstimmend, dass

sich der Zustand der Patienten unter der Therapie mit Baldrian und Oxazepam gleichermaßen verbesserte. Am Studienende wurde das Krankheitsbild bei 67,4 Prozent in der Baldriangruppe und bei 61,8 Prozent in der Oxazepamgruppe durch den Prüf- arzt als „sehr viel besser“ oder „viel besser“ beurteilt. Bei keinem der Patienten wurde eine Verschlechterung des Zustandsbildes festgestellt (s. Abb.). Beide Präparate zeigen im Rahmen der Studie ein gutes Sicherheitsprofil. Baldrian wurde jedoch in der subjektiven Beurteilung durch Patient und Prüf- arzt als besser ver- träglich eingeschätzt.

Die Ergebnisse der Studie belegen, dass Baldrian – vorausgesetzt es wird hoch dosiert – eine wichtige Alternative zu Benzodiazepinen, wie z.B.

Oxazepam, in der Behandlung leichter und mittelschwerer Schlafstörungen darstellt. Ein wesentlicher Vorteil des Baldrianextraktes (LI 156, 600 mg/ Tag) ist die mögliche langfristige Anwendung in der Therapie akuter und chronischer Schlafstörungen. Im Gegensatz zu den Benzodiazepinen oder den modernen Nicht-Benzodiazepin- Hypnotika, die aufgrund ihres Neben- wirkungsprofils nur über einen kurzen Zeitraum von maximal 4 Wochen eingesetzt werden sollten, zeigen Baldrianpräparate weder ein Abhängig- keitspotential noch Reboundeffekte. MW

Gesunder Schlaf mit hoch dosiertem Baldrianextrakt LI 156. Pressekon- ferenz der Fa. Lichtwer, 24. März 2000, Berlin.

### Wissenschaftliche Naturheilkunde

#### Einladung zum Symposium „Stress und Krankheit“

– Was leistet die Integrative Medizin –

<b>Datum/Uhrzeit</b>	Samstag, den 17. Juni 2000	
<b>Ort</b>	Haus der Technik e.V., Hollestraße 1, 45127 Essen	
<b>Veranstalter</b>	Kliniken Essen-Mitte, Innere Medizin V, Naturheilkunde und Integrative Medizin, Tel.: 0201 / 805 40 02, Fax: 0201 / 805 40 05	
09.00	Beginn	Christa Nickels
09.15	Begrüßung	Dekan der Med. Fakultät
09.30 - 10.00	Auswirkungen von Stress auf das Gehirn	Prof. Dr. Gerald Huether
10.00 - 10.50	Die Entwicklung der Mind/Body-Medizin in den USA	Prof. Dr. Herbert Benson
10.50 - 11.00	Diskussion	
11.00 - 11.30	Pause	
11.30 - 12.00	Stress und das Immunsystem	Prof. Dr. Manfred Schedlowski
12.00 - 12.30	Integrative Medizin in der stationären Akutversorgung	PD Dr. Gustav Dobos
12.30 - 13.00	Ist die „Evidence-Based-Medicine“ das Ende der persönlichen Arzt-Patienten-Beziehung?	Dr. Hermann Schulte-Sasse
13.00 - 13.30	wissenschaftliche Evaluation Integrativer Medizin: Konzept und Anforderungen	Prof. Dr. Karl-Heinz Jöckel
13.30 - 13.45	Abschlussdiskussion	

SCHMERZTHERAPEUTISCHES KOLLOQUIUM

# Interdisziplinäre Behandlungsmodelle chronischer Kopf- und Rückenschmerzen

Chronische Kopf- und Rückenschmerzen sind heute mehr denn je nicht nur ein psychosoziales und medizinisches, sondern ganz besonders auch ein volkswirtschaftliches Problem. Etwa 6 Millionen Menschen in Deutschland leiden an starken chronischen Schmerzen, 10 Millionen an Migräne, 14 Millionen an Spannungskopfschmerzen. Jeder dritte Bundesbürger klagt aber Rückenschmerzen. Allein durch die „Kreuzbeschwerden“ werden pro Jahr 165 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage verursacht, die Folgekosten werden auf 42 Mrd. DM pro Jahr geschätzt.

Mit den Worten „Wir müssen uns damit anfreunden, dass chronische Störungen einer interdisziplinären, multifaktoriellen Behandlung bedürfen“, begrüßte Dr. D. P. LOEBEL vom Schmerztherapeutischen Kolloquium Alsfeld/Grünberg die Teilnehmer des Symposiums „Naturheilverfahren bei Kopf- und Rückenschmerzen“. Seiner Erfahrung nach ist das so genannte biopsychosoziale Modell (nach ENGLER, 1977) zwar in aller Munde, aber kaum einer wendet es in der Praxis an. Biologische, psychische und soziale Faktoren kommen als Ursache einer Schmerzerkrankung in Frage, es liegt daher nahe, diese Faktoren auch im Rahmen der Therapie mit zu berücksichtigen und umzusetzen, so LOEBEL.

In seinem Vortrag ging LOEBEL auf ein sehr altes und zugleich sehr vielseitig verwendbares Behandlungsverfahren ein – die Hypnose. Leider wird die therapeutische Hypnose immer noch von vielen Menschen mit der Showhypnose gleichgesetzt. Sein besonderes Anliegen sei, so LOEBEL, diese Mythen und Zerrbilder abzubauen und die Hypnose als vollwertiges therapeutisches Verfahren in der ärztlichen Praxis zu etablieren.

In wissenschaftlichen Untersuchungen konnte längst gezeigt werden, dass Hypnose nicht nur zu sub-

jektiv empfundenen Veränderungen, sondern auch zu objektiven, messbaren Veränderungen im Körper führt.

LOEBEL gab seiner Überzeugung Ausdruck, dass sich die Hypnose – insbesondere die moderne Form der Hypnose, auch Hypnotherapie genannt – sehr gut mit fast allen anderen Verfahren kombinieren lässt. Bereits in die therapeutische Gesprächsführung können Elemente der Hypnose sehr wirkungsvoll mit einbezogen werden.

## Rationale Phytotherapie in der Schmerzambulanz

Im Bereich der unkonventionellen medikamentösen Schmerzbehandlung stehen die Homöopathie und die Phytotherapie an erster Stelle. Auf z.T. bedeutende Qualitätsunterschiede unter den „Phytos“ ging dabei Prof. D. LOEW, Frankfurt, in seinem Vortrag über rationale Phytotherapie ein.

Während es seiner Kenntnis nach derzeit kein pflanzliches Mittel gibt, das – auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse – wirksam bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen zum Einsatz gebracht werden kann, bietet die Phytotherapie bei den degenerativen rheumatischen Erkrankungen und bei Weichteilrheuma

mehrere rationale, d.h. wissenschaftlich fundierte, Arzneimittel an.

Als Beispiel für ein gut untersuchtes und bewährtes Analgetikum nannte er die Weidenrinde. Sowohl die Inhaltsstoffe – mit Salicin als Hauptwirkstoff – als auch der Metabolismus und der Wirkmechanismus seien bestens bekannt. Die Weidenrinde kann



Prof. Dr. med. Dr. med. dent.  
Dieter Loew, Frankfurt/Main

in Anlehnung an die Monografie sehr wirkungsvoll bei fieberhaften Erkrankungen und leichten unspezifischen Kopfschmerzen z.B. bei Wetterfühligkeit mit Erfolg eingesetzt werden. Für die Behandlung rheumatischer Erkrankungen seien die derzeit auf dem Markt befindlichen Präparate zu niedrig dosiert, so LOEW (und die Angaben in der deutschen Monografie seien zu niedrig angesetzt). Nebenwirkungen sind aufgrund des Metabolismus – Salicin ist eine Pro-Drug-Verbindung – nicht zu erwarten.

Auch die Teufelskralle als Antiphlogistikum und NSAR-Ersatz – ist von ihren Inhaltsstoffen her sehr gut untersucht. Dabei hat sich – wie bei vielen anderen Phytos – gezeigt, dass der Gesamtextrakt wirksamer als die einzelnen Inhaltsstoffe, z.B. Procumbid und Harpagosid, ist. Die wissenschaftlich anerkannte Indikation für die Teufelskralle sind Lumbalgien, Rückenschmerzen.

Diese und andere rationale Phytopharmaka unterscheiden sich, nach Aussage von LOEW, ganz wesentlich von den so genannten traditionellen Arzneimitteln, die schon seit langem auf dem Markt sind (daher „traditio-

nell“), deren Qualität und Wirksamkeit aber nicht nach geltendem Arzneimittelrecht geprüft sind.

### Schmerztherapie auf den (Akupunktur-)Punkt gebracht

Bei einem Schmerz-Symposium darf natürlich auch die Akupunktur nicht fehlen. Wie Prof. H. F. HERGET, Gießen, bemerkte, ist die physiologische Wirkung der seit Jahrtausenden bekannten Nadeltechnik mittlerweile über jeden Zweifel erhaben. In wissenschaftlichen Untersuchungen konnten eine Veränderung des Hautwiderstandes, die Ausschüttung von Endorphinen, eine Temperaturdifferenz sowie



Prof. Dr. med. Dr. med. dent.  
Horst Ferdinand Herget, Gießen

Biophotonenemission gemessen werden. Auf den ganzen Organismus bezogen wirkt die Akupunktur nervös-reflektorisch, durchblutungsfördernd, spasmolytisch und analgetisch.

Nach HERGET ist bei der Akupunktur besonders wichtig, „dass wir uns an der individuellen Konstitution und Disposition des Patienten orientieren.“ Dazu gehört, dass der ganze Mensch untersucht wird, dass nicht nur einzelne Punkte, sondern der ganze Meridian in die Behandlung mit einbezogen wird, und anderes mehr. Darüber hinaus gelte der alte Leitsatz der Chinesen: Akupunktur kann nur das heilen, was gestört ist, nicht was zerstört ist!

In seinem Vortrag legte HERGET statistische Erhebungen aus der Schmerz-

ambulanz in Gießen vor, denen zufolge die Akupunktur – und zwar Körper- und Ohrakupunktur in Kombination – bei Kopfschmerzen sehr wirksam eingesetzt werden. Als grobe Leitlinie gab er den Teilnehmern mit auf den Weg: „Die Schmerztherapie im Kopfbereich machen wir fast ausschließlich über Yang-Meridiane. Über die im hinteren Bereich: Dünndarm und Blasen-Meridian; seitlich: Dreifacherwärmer und Gallenblasen-Meridian und im vorderen Bereich: Dickdarm und Magen-Meridian.“

Zum Abschluss des Symposiums brachte Frau Dr. G. HILDENBRAND den Teilnehmern auch noch eine zweite Säule der Traditionellen Chinesischen Medizin näher: Das Qigong. Qi ist gleichbedeutend mit Lebenskraft. Und immer dann wenn Qi gehemmt oder im Überfluss vorhanden ist, leidet der Mensch an einer Krankheit, so die Überzeugung der alten Chinesen. Aber nicht nur durch Akupunktur oder Arzneidrogen, sondern auch durch gezielte Bewegungsübungen kann der Fluss der Energie im Körper wieder harmonisiert werden. In praktischen Übungen unter Anleitung von Frau



PD Dr. med. Gisela Hildenbrand  
Bonn

HILDENBRAND konnten die Teilnehmer einige dieser Bewegungsübungen – sozusagen am eigenen Leibe – ausprobieren und kennenlernen. MW ■

Schmerztherapeutisches Kolloquium  
„Naturheilverfahren bei Kopf- und Rückenschmerzen“ mit Patientenforum, Alsfeld, 25. März 2000

# Gaschler

## Aus Industrie und Forschung Kurznachrichten

Das unter dieser Rubrik zur Veröffentlichung kommende Material wird von den Firmen zur Verfügung gestellt.  
Deshalb erscheinen diese Meldungen außerhalb der Verantwortung der Schriftleitung.

### Rheumatischer Formenkreis

Die Produktgruppe ALLYA® zur Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises wurde erweitert. Neben den bereits eingeführten ALLYA® Tabletten und dem Injektionspräparat zur Segmenttherapie ALLYA® Cpl.-Injektos wird seit Februar 2000 die dritte Darreichungsform ALLYA® extern die therapeutische Bandbreite noch vergrößern.

ALLYA® extern ist eine lokal anzuwendende Rheumasalbe, die vor allem bei folgenden Indikationen Anwendung findet: Zervikal- und Lumbalsyndrom, Sehnenscheidenentzündungen, Verstauchungen, Bandscheibenschäden, Muskelhartspann und zur Nachbehandlung nach chiropraktischen Eingriffen.

Somit können Sie Ihre Rheumapatienten rundum mit dem naturheilkundlichen Arzneimittel sowohl oral, parenteral als auch topisch behandeln. ALLYA® extern ist in einer 40-g-Tube in jeder Apotheke erhältlich zum Preis von DM 12,95.

**Pascoe Pharmazeutische Präparate GmbH**  
Postfach 10 07 55; 35337 Gießen  
Tel.: 0641 / 7960-0, Fax: 0641 / 7960-690  
E-Mail: [webmaster@pascoe.de](mailto:webmaster@pascoe.de)  
Internet: <http://www.pascoe.de>

### Iberogast® feiert 40. Geburtstag

Das bewährte Magen-Darm-Präparat Iberogast® aus dem Hause Steigerwald Arzneimittelwerk GmbH, Darmstadt, feiert dieses Jahr 40. Geburtstag und erscheint in neuem Design sowie mit optimierter Verpackung.

Auf dem neu gestalteten Umkarton findet der Patient detaillierte Angaben zu Dosis, Art und Dauer der Anwendung inklusive Hinweis auf die abgestufte Dosierung für Säuglinge und Kinder. Der Arzneimittelname „Iberogast“ und der Anwendungsbereich sind ab sofort auch in Blindenschrift vermerkt. Der erweiterte Beipackzettel informiert die Patienten in sieben Sprachen und enthält zusätzlich die für

Diabetiker wichtige Angabe, dass bei Iberogast® keine Brot-einheiten zu berücksichtigen sind.

Die bewährte Rezeptur ist unverändert geblieben. Iberogast® enthält als einziges Magen-Darm-Therapeutikum Frischpflanzenauszüge aus *Iberis amara* (Bittere Schleifenblume).

Viele Magen-Darm-Beschwerden werden durch eine gestörte Motilität der Magen-Darm-Muskulatur bedingt. Iberogast® moduliert die gestörte Motilität zuverlässig. Die pflanzlichen Inhaltsstoffe wirken – auch bei Säurebeteiligung – stark, schnell und umfassend auf alle wichtigen Symptome von Reizmagern und Reizdarm.

Iberogast® ist kostengünstig und erstattungsfähig. Ein weiterer Pluspunkt ist die optimale Verträglichkeit: Auch nach nunmehr 40-jähriger Erfahrung sind bis heute weder Nebenwirkungen noch Wechselwirkungen oder Gegenanzeigen bekannt. Die Anwendung kann auch für Säuglinge unter 3 Monaten oder Diabetiker unbedenklich empfohlen werden.

**Steigerwald Arzneimittelwerk GmbH**  
Postfach 101 345; 64213 Darmstadt  
Tel.: 06151 / 3305-0, Fax: 06151 / 3305 410

### Rezepturänderung bei Klimaktoplant® H

Die Deutsche Homöopathie-Union stellte die Rezeptur des Fertigarzneimittels Klimaktoplant® im Rahmen des Nachzulassungsverfahrens zum 01.01.2000 um. Das Präparat heißt jetzt Klimaktoplant® H. Es wird weiterhin zur hormonfreien und nebenwirkungsarmen Therapie klimakterischer Beschwerden eingesetzt. Durch die einzelnen Wirkstoffe können mit Klimaktoplant® H sowohl die vielschichtigen somatischen als auch psychischen Beschwerden im Klimakterium behandelt werden. Aufgrund der natürlichen Bestandteile eignet sich das homöopathische Arzneimittel besonders für die Langzeittherapie von Beschwerden im Verlaufe des Klimakteriums.

**Deutsche Homöopathie-Union (DHU)**  
Postfach 41 02 80; 76202 Karlsruhe  
Tel.: 0721 / 4093-181, Fax: 0721 / 4093-263

## Schwörer



## Aus Industrie und Forschung Kurznachrichten

### Schnelle Wärme hilft bei Schmerzen des Bewegungsapparates

Das Kytta-Thermopack eignet sich gut für die schnelle und saubere Anwendung bei Wirbelsäulensyndromen mit ihren muskulären Verspannungen, zur unterstützenden Behandlung von subakuten und chronischen Formen rheumatischer Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie bei degenerativen Gelenkerkrankungen. 100 g einer Packung enthalten an arzneilich wirksamen Bestandteilen: 21,71 g Hochmoortorf, getrocknet; 21,71 g kieselsäurehaltigen Fango; 43,41 g Hartparaffin (siehe Gebrauchsinformation).

Die Anwendung ist denkbar einfach: Die Moor-Fango-Paraffin-Packung wird 30 Minuten im Backofen bei 100 Grad erwärmt und auf das schmerzende Körperteil (Rücken, Schulter, Knie etc.) gelegt. Da das Kytta-Thermopack bis zu 15-mal wieder verwendet werden kann, besteht ein sehr günstiges Preis-Leistungs-Verhältnis. Es gibt das Kytta-Thermopack in zwei verschiedenen Formaten – 25 x 20 cm und 38 x 12,55 cm – zum jeweiligen Preis von DM 39,24. Bei 15-maliger Anwendung liegen die Kosten pro Behandlung unter DM 2,70. Das Kytta-Thermopack ist ein erstattungsfähiges Medizinprodukt!

**Merck Produkte, Kytta Marketing**  
Rösslerstraße 96; 64293 Darmstadt  
Tel.: 06151 / 856-0

### Die Übersäuerung des Magens

Salzsäureüberschuss im Magen zeigt die bekannten Symptome wie Sodbrennen oder Magendruck.

Duoventrinetten® N Kautabletten bewirken eine schnelle, zuverlässige Abhilfe bei diesen Symptomen. Die arzneilich wirksamen Bestandteile wie Aluminiumhydroxid neutralisieren die Magensalzsäure.

Wismutsalze zeigen eine hohe Wirksamkeit gegen Helicobacter. Sie können dazu beitragen, eine potentielle Ursache von Gastritis und peptischem Ulcus zu beseitigen. Durch die Elimination des Bakteriums können vor allem die hohe Rezidivrate gesenkt und damit erstmals die Ulcuskrankheit selbst behandelt werden.

Die Schleimstoffe des enthaltenen Leinsamens haben abdeckende und dadurch schleimhautschützende Wirkung. Der

Gehalt an mehrfach ungesättigten Fettsäuren (Linol- und Linolensäure) trägt weiterhin zur Wundheilung bei.

Milchzucker (Lactose) stabilisiert den pH-Wert im Dünn- und Dickdarm und schafft auf natürliche Weise das optimale Milieu zur Regeneration der gestörten Darmflora oder zur Neuansiedlung von Darmsymbionten, ohne dass unerwünschte Begleiterscheinungen zu erwarten sind.

**Pharma Schwörer GmbH, Goethestr. 29**  
69257 Wiesenbach, Tel. 06223 / 4347, Fax 06223 / 47438

### „Wechseljahre & Seelisches Erleben“

Mit negativen Vorstellungen besetzt, stellen die Wechseljahre für Frauen in der Regel immer noch eine drohende Gefahr am Horizont dar. Viele von ihnen befürchten, dass sie mit dem Eintritt in diese Lebensphase an Attraktivität verlieren, weniger Wertschätzung von ihrer Umwelt erfahren oder gar ihre Weiblichkeit einbüßen. Kein Wunder also, wenn Frauen sich während der Wechseljahre verunsichert fühlen und ihre seelische Ausgeglichenheit ins Wanken gerät.

Diesem Thema widmet sich der Ratgeber „Wechseljahre & Seelisches Erleben“ des Phytopharmakaherstellers Schaper & Brümmer. Das mit seinen pflanzlichen Gynäkologika Remifemin® und Remifemin® Plus in der Indikation „Wechseljahre“ kompetente Unternehmen will betroffenen Frauen Mut machen, sich mit dieser Lebensphase auseinander zu setzen. Hierbei bietet der Ratgeber – ohne Patentrezepte geben zu wollen – Anregungen, wie Frauen eine positive Einstellung zu sich selbst und den Wechseljahren entwickeln können, und zeigt Möglichkeiten auf, das seelische Wohlbefinden wieder zu finden. In einem sich anschließenden Praxisteil werden darüber hinaus Anleitungen für verschiedene Entspannungsmethoden gegeben, welche bei Beschwerden infolge seelischer Unausgeglichenheit helfen. Ärzte können den Ratgeber für ihre Patientinnen über den Außendienst des Unternehmens erhalten oder direkt anfordern bei:

**Schaper & Brümmer GmbH & Co. KG**  
Bahnhofstraße 35; 38251 Salzgitter (Ringelheim)



# Neomed

### Neue Studie über Rotweinblätter- extrakt bei Venen- erkrankungen

**Die chronische Veneninsuffizienz (CVI) muss in den westlichen Industrienationen mittlerweile zu den Volkskrankheiten gezählt werden. Allein in Deutschland leiden etwa 12 Mio. Menschen – besonders Frauen – an Unterschenkelödemen oder nächtlichen Wadenkrämpfen infolge einer Varikosis. Bei 5,3 Mio. liegt eine chronische Veneninsuffizienz mit Hautkomplikationen vor.**

Nach Einschätzung der Wissenschaftler ist die Prognose der CVI umso besser, je früher die Erkrankung diagnostiziert und behandelt wird, z.B. mit Bewegungs-, Kompressions- und Ernährungstherapie in Verbindung mit pflanzlichen Ödemprotektiva. Und dennoch sollen gerade diese

**Die CVI wird heute in drei Schweregrade untergliedert  
[nach Widmer]**

#### Schweregrad I

- abendliches Schweregefühl in den Beinen
- nächtliche Wadenkrämpfe
- Corona phlebectatia paraplantis
- sichtbare Varikosis

#### Schweregrad II a

- zusätzlich Purpura jauna dócre (Hyperpigmentierung des distalen Unterschenkels)

#### Schweregrad II b

- zusätzlich Dermatoliposklerose, Dermatolipofasziotiklose

#### Schweregrad III

- zusätzlich abgeheiltes oder florides Ulcus cruris

Verfahren im Rahmen der Gesundheitsstrukturreform grundsätzlich aus dem kassenärztlichen Leistungsspektrum herausgenommen werden. Was bleibt, ist die Operation.

\* Antistax®, Pharmaton GmbH, 1 Kapsel enthält 360 mg Extrakt aus dem roten Weinlaub (folia vitis viniferae).

Die hohe Inzidenz der chronischen Veneninsuffizienz korreliert mit den klassischen „zivilisationsbedingten Risikofaktoren“ in breiten Kreisen der Bevölkerung: Bewegungsmangel, einseitige Ernährung, Übergewicht, stehende Tätigkeit. Kommt dazu eine erblich bedingte Bindegewebsschwäche, dann sind die Krampfader gewissermaßen programmiert. Nicht alle Varizen verursachen allerdings Beschwerden. Erst wenn die Pumpleistung der Venen messbar eingeschränkt ist oder bestimmte Symptome auftreten, spricht man von einer chronischen Veneninsuffizienz (CVI).

Je nach Schweregrad der CVI reicht die Therapie vom einfachen Training der Wadenmuskelpumpe über eine Kompressionstherapie bis hin zu den verschiedenen operativen Maßnahmen (Venenstripping, Crossektion, Saphenektomie). Ödemprotektiva, insbesondere pflanzliche Venentherapeutika, haben ihre Berechtigung speziell in den CVI-Stadien I und IIa. In Verbindung mit einer umfassenden Bewegungs- und Ernährungsberatung, zudem rechtzeitig und langfristig eingenommen, können sie die Progredienz der Erkrankung deutlich senken.

Die Phytotherapie kennt eine ganze Reihe von ödemprotektiven Heilpflanzen, deren Wirksamkeit allerdings in vielen Fällen bislang nur empirisch belegt ist.

Jetzt konnte die Wirksamkeit und Verträglichkeit von rotem Weinlaub-Extrakt (AS 195)\* bei Patienten mit CVI in den Stadien I und IIa in einer randomisierten, plazebo-kontrollierten Doppelblind-Studie dokumentiert werden. Die Studie unter Leitung von Prof. H. KIESEWETTER, Charité Berlin, wurde nach den geltenden GCP-Richtlinien durchgeführt und Anfang dieses Jahres in der Zeitschrift Arzneimittel-Forschung/Drug Research publiziert.

In die Studie wurden 257 Patienten mit CVI in den Stadien I und IIa – Durchschnittsalter zwischen 50 und 60 Jahre – aufgenommen. Die Patienten

wurden randomisiert und entsprechend dem Studienprotokoll in drei Gruppen aufgeteilt: 86 Patienten bekamen den Extrakt aus rotem Weinlaub in der Dosierung 360 mg pro Tag (entspr. 1 Kapsel pro Tag), 84 Patienten bekamen den Extrakt in der Dosierung 760 mg pro Tag (entspr. 2 Kapseln pro Tag) und 87 Patienten erhielten Plazebo. Die Dauer der Untersuchung betrug 12 Wochen. Als Hauptzielkriterium wurde die Volumenveränderung des unteren Beines zu Beginn der Behandlung und nach 12 Wochen Therapie definiert. Dieser Wert wurde mithilfe der Plethysmographie (Wasserverdrängungsmethode) bestimmt.

Ergebnis: Nach 12 Wochen zeigte sich bei den Patienten der 360-mg-Gruppe eine Reduzierung des Volumens um durchschnittlich 42,2 ml, bei den Patienten der 760-mg-Gruppe um 66,2 ml. Im Gegensatz dazu war bei den Patienten der Plazebo-Gruppe im gleichen Zeitraum (die Behandlung erfolgte in den Sommermonaten Juli und August) eine Volumenzunahme von 33,7 ml festzustellen. Die Unterschiede waren statistisch signifikant und klinisch relevant – wie Prof. KIESEWETTER betonte. Nach Absetzen der Medikation gingen die Werte langsam in Richtung Ausgangspunkt zurück.

Zusammenfassend bezeichnete KIESEWETTER das Extrakt aus rotem Weinlaub daher als überaus sinnvolle Alternative zu anderen pflanzlichen Ödemprotektiva und zu Kompressionsstrümpfen. Weinlaubextrakt ist ebenso wirksam wie beispielsweise Rosskastanienextrakt, aber besser verträglich. Und: Weinlaubextrakt ist in der Wirksamkeit durchaus vergleichbar mit der Wirksamkeit von Kompressionsstrümpfen, die Compliance sei jedoch bei dem Phytopharmakon aus verständlichen Gründen sehr viel höher. MW

H. Kieseetter et al.: Efficacy of Orally Administered Extract of Red Vine Leaf AS 195 in Chronic Venous Insufficiency (Stages I-II), *Arzneim.-Forsch/Drug Res.* 50 (I), 2, 109-117 (2000)



## Online-Abrechnungstipps Naturheilverfahren

Die Idee ist gut, die Aktualität lässt sehr zu wünschen übrig: Für rund 100 komplementärmedizinische Schulen, Verfahren oder Techniken hat das Arzneimittelunternehmen Ratiopharm Abrechnungsvorschläge nach GOÄ online publiziert ([www.ratiopharm.de/html/arzt/alternativ/index.htm](http://www.ratiopharm.de/html/arzt/alternativ/index.htm), letztes Update 1998). Grundlage der Tipps ist der Abrechnungsführer Naturheilverfahren von *Klaus Weber*, der als Buch bereits aktualisiert wurde. Zur Ideenanstregung und manchmal auch zum Staunen (über die Vielfalt von Verfahren . . .) ist die Online-Version aber allemal geeignet.

Weber, Klaus G.: Abrechnung von Naturheilverfahren in der GOÄ. Mit Hinweisen auf Abrechnungsmöglichkeiten außerhalb der bisherigen Systeme. 3., überarb. u. erw. Aufl. 1999. Hippokrates. ISBN 3-7773-1364-5. @

## CD-ROM Interaktive Anatomie

Mit der CD-ROM „Sobotta interaktiv – Bewegungsapparat“, von Prof. *R. Putz* und Prof. *R. Pabst* bei Urban & Fischer herausgegeben, wagt sich der Verlag auf Neuland vor. Anspruchsvolles Konzept: die Grenzen statischer Darstellungen von Anatomie-Atlanten überwinden und mit der dreidimensionalen Darstellung von Knochen, Gelenken und Muskeln in Bewegungsaktion der Wirklichkeit so nahe zu kommen wie sonst nur noch mit Skelett oder anatomischen Präparaten möglich. Das interaktive multimediale Lernprogramm ist in die Themenbereiche „Passiver Bewegungsapparat“, „Aktiver Bewegungsapparat“ sowie „Topografie“ gegliedert. Ergänzend wird umfangreiches anatomisches Grundlagenwissen und die Histologie des Bewegungsapparates vermittelt. Zusätzliches Vertiefungswissen zur Radiologie, Entwicklung und klinische Bezüge runden das Programm ab. Angenehm im Vergleich zum „klassischen“ Sobotta auf CD-ROM: Es gibt Lerntexte zur gesamten Anatomie des Bewegungsapparates. So beeindruckend die im virtuellen Raum beweglichen 3D-Abbildungen auch sind, eines wird rasch klar: Den Visualisierungsbedarf, der bei Lernprozessen hinsichtlich Manueller Medizin oder bei den An-



„Articulatio temporomandibularis – zeigt eindringlich die komplizierte Bewegung des Kiefergelenks“

sprüchen der funktionellen Anatomie wünschenswert ist, erfüllt das Programm noch nicht. Auf dem langen Weg bis dahin dürften eher grundsätzlich neue Konzepte „digitaler Anatomie“, wie z.B. der Voxelman der Universität Hamburg, zum Tragen kommen ([www.uke.uni-hamburg.de/institute/imdm/idv/gallery](http://www.uke.uni-hamburg.de/institute/imdm/idv/gallery)).

CD-ROM „Sobotta interaktiv – Bewegungsapparat“. Urban & Fischer, März 2000, DM 98,-. ISBN 3-437-42280-4. Benötigt wird ein Standard-PC ab Win 3.x. @

## Bad Heilbrunner Selbstmedikationsdatenbank Online: Vorteilhaft oder nicht?

Letztlich ist es nichts Neues, wenn eine weitere Sammlung von – despektierlich ausgedrückt – „Phyto-Tipps“ das Licht der Welt erblickt. Wenn diese Datensammlung jedoch nicht nur von einer akademischen Institution – der Forschungsstelle für Gesundheitserziehung an der erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln – und einem OTC-Unternehmen – der Bad Heilbrunner Reform-Diät-Arznei GmbH & Co. – aufgebaut und gesponsert wurde, dann ist das schon bemerkenswerter ([www.tee.org](http://www.tee.org)).



Die Autoren der „Bad Heilbrunner Selbstmedikationsdatenbank“ ([www.uni-koeln.de/ew-fak/For\\_ges/Veroeffentlichungen/datenbank.html](http://www.uni-koeln.de/ew-fak/For_ges/Veroeffentlichungen/datenbank.html)) wollen „interessierten Laien die Möglichkeit geben, sich selbstständig über Heilpflanzen, aber auch Vitamine und Mineralstoffe zu informieren. Die Datenbank mit ihren rund 200 Einträgen ist damit auch zur Unterstützung der Selbstmedikation geeignet“. Die genauere Betrachtung zeigt jedoch: Um vor allem die medizinischen Inhalte zu verstehen, sind fast ein akademischer Abschluss sowie etliche Fachlexika notwendig. Die für Laien kaum nachvollziehbare Heterogenität der Information dürfte ebenfalls abschreckend wirken. So sind Verbraucher mit Interesse an der abführenden Wirkung von Aloe-Präparaten kaum daran interessiert, dass „die Blüte sechs Staubblätter und einen oberständigen, dreifächrigen Fruchtknoten, mit länglichem Griffel und einfacher Narbe“ besitzt. Es nützt auch nicht viel, dass die Datenbank jetzt mit rot markierten Nebenwirkungshinweisen ergänzt worden ist.

An dieser Stelle soll nicht die Kompetenz von Pädagogen oder Informatikern infrage gestellt werden. Auch die Datenbank selbst muss nicht unbedingt kommentiert werden, da sie im Wesentlichen auf den BGA-Monografien und wenigen anderen Standardwerken fußt. Kritisch ist jedoch, dass sich auf Dutzenden so genannter Gesundheits-Portale im Internet, die wöchentlich von Millionen Verbrauchern/ Patienten besucht werden, Hyperlinks zu dieser Datenbank finden. Dies bedeutet, dass diese Phyto-Informationen zehntau-

sendfach perzipiert werden. Und wenn dabei nicht allerhöchste Anforderungen an die Qualität der Informationen gestellt werden, besteht die Gefahr, dass ein solches Werk zu nicht mehr als einem Einkaufsführer für Wellness-bewegte Konsumenten wird. Mit mündigen und aufgeklärten Patienten hat dies dann nichts mehr zu tun. @

## Mailingliste Pharmakognosie

Dr. *John Wilkinson* von der Middlesex Universität in Enfield/ UK ist Professor für Pharmakognosie und Phytochemie. International stark frequentiert ist seine „Phytopharmacognosy Internet Discussion Group“ ([www.phytochemistry.freemove.co.uk/frames/phyto.htm](http://www.phytochemistry.freemove.co.uk/frames/phyto.htm)), eine Drogenkunde-Mailingliste, auf der sich alle Interessierten frei eintragen können (die Kommunikation der Mitglieder von Mailinglisten wird über eMails abgewickelt, die jeweils an alle Mitglieder weitergeleitet werden). Ein Vortrag von Wilkinson, „The Potential of Herbal Products for Nutraceutical and Pharmaceutical Development“ ([www.phytochemistry.freemove.co.uk/frames/ibc.htm](http://www.phytochemistry.freemove.co.uk/frames/ibc.htm)), liefert einige Hintergründe zu der auch in Deutschland fortschreitenden Vermarktung von Produkten, bei denen die Grenze zwischen Lebensmittel und Arzneimittel verschwimmt (functional food). @

---

# elha

### ... und noch 'ne Liste

Es ist ganz offensichtlich zur Zeit Mode geworden, die in Deutschland auf dem Markt befindlichen Arzneimittel in Listen zu verpacken, sie einzuordnen nach dem alt bewährten Motto: „Die guten ins Töpfchen und die schlechten ins Kröpfchen“.

Nach der altbekannten Negativliste und verschiedenen – vergeblichen – Versuchen, eine Positivliste zu erstellen, ist es erst vor kurzem einer Krankenversicherung wieder einmal gelungen, mit einer Liste in die Schlagzeilen zu kommen.



Und jetzt dieses Buch der Stiftung Warentest, das im Kern auch nichts weiter ist als eine Liste. Das „Handbuch Medikamente“ ist „kein Buch gegen Medikamente, sondern ein Buch für die Einnahme der richtigen Medikamente bzw. für die richtige Einnahme von Medikamenten.“ (S.1) Und weiter heißt es da in der Einleitung: „Das Handbuch erklärt alles Wichtige und

Wissenswerte zu den in Deutschland meist verordneten Arzneimitteln. (...) Das Buch soll nicht den professionellen Rat von Fachleuten ersetzen, es soll vielmehr Ihre Eigenverantwortung im Rahmen der Therapie stärken und Ihrem Schutz als Arzneimittelkonsument(in) dienen.“

Ein hoher Anspruch! Aber bevor wir der Frage nachgehen, ob die Autoren dieser Aufgabe im konkreten Fall gerecht werden, muss noch etwas Grundsätzliches geklärt werden. Welche Kriterien haben die Autoren bei der Auswahl der Arzneimittel herangezogen und wer autorisiert die Autoren zu der Bewertung, die in diesem Buch vorgenommen wird?

Dazu heißt es in dem Kapitel „Methodik“: „Die Auswahl der hier beschriebenen Medikamente orientiert sich weitgehend an den im Arzneiverordnungs-Report 1999 (AVR) zusammengestellten 2000 meist verordneten Mitteln in Deutschland.“ Und an anderer Stelle: „Wir haben mit Unterstützung kompetenter Fachleute alle aufgeführten Medikamente bewertet und hierbei 4 Bewertungsstufen zugrunde gelegt.“ Die Liste der wissenschaftlichen Gutachterinnen und Gutachter (im Anhang) umfasst 12 Ärzte aus den verschiedensten Fachbereichen, zuzüglich dem Schlussgutach-

ter, Herrn Prof. Dr. rer. nat. Gerd GLAESKE. Ohne an der Kompetenz dieser Wissenschaftler und Ärzte zweifeln zu wollen, bleibt die Frage der Autorisierung (vergleichbar einer Kommission E und D etc.) dennoch unbeantwortet. Und was den Arzneiverordnungsreport anbelangt, würde es den Rahmen dieser Buchbesprechung sprengen, auf all die kritischen Stimmen einzugehen, die sich ausführlich mit der Qualität bzw. den Schwachstellen dieses Werkes befasst haben.

Nun zu einem konkreten Beispiel, das aus verständlichen Gründen an dieser Stelle aus dem Bereich der Phytotherapie genommen werden soll:

**Johanniskrautextrakt** – dazu heißt es in dem Buch der Stiftung Warentest: „Johanniskraut wurde an Patientinnen und Patienten mit einer „echten“ Depression geprüft, nicht nur mit einer niedergeschlagenen Stimmung. In den meisten dieser Untersuchungen läßt sich für Johanniskraut kein eindeutiger therapeutischer Nutzen erkennen. Inzwischen haben neuere Studien mit einem konzentrierten speziellen Extrakt, welcher z.B. in dem Präparat Jarsin enthalten ist, im Vergleich zu zwei Standard-Antidepressiva in niedriger Dosierung eine antidepressive Wirksamkeit gezeigt.“ In der Tabelle bekommt dieses Präparat, neben den anderen Johanniskrautpräparaten, sodann die Bewertung „mit Einschränkung geeignet“, das entspricht der zweitschlechtesten Bewertungsstufe, gleich nach „wenig geeignet“! Und die Begründung lautet: „Der therapeutische Nutzen ist noch nicht endgültig nachgewiesen.“ Ganz abgesehen davon, dass es mittlerweile eine Vielzahl von Studien – Doppelblindstudien, Vergleichsstudien etc. – gibt, die die Wirksamkeit von hochdosiertem Johanniskraut bei leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen belegen, hat auch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte bislang *eine* Zulassung (für Jarsin) mit der ausdrücklichen Nennung eben dieser Indikationen erteilt. Andere Johanniskrautpräparate befinden sich noch im Zulassungsverfahren. Die Beschreibung im Vorspann ist daher für den Leser wenig informativ (eher tendenziös) und die Bewertung in der Tabelle ist nicht korrekt, weil nicht differenziert genug.

**Bewertung der Bewertung:** Das Kapitel über Johanniskraut erklärt durchaus nicht „alles Wichtige und Wissenswerte“ (vergleiche oben) zu diesem Thema und die Informationen tragen weniger dazu bei, die „Eigenverantwortung im Rahmen der Therapie zu stärken“, als vielmehr den Leser zu verwirren bzw. zu verunsichern.

Das ist nur ein Beispiel – auch andere wissenschaftlich geprüfte und zugelassene Pflanzenwirkstoffe schneiden in dem Buch denkbar schlecht ab – warum nur?

## Rase

Und nun noch eine Bemerkung zum Schluss. In der Einführung schreiben die Autoren: „Wenn Ärztin oder Arzt Ihnen ein Mittel verschrieben haben, das in diesem Buch mit ‚wenig geeignet‘ bewertet ist, sollten Sie dieses Mittel nicht ohne Rücksprache mit Ärztin oder Arzt absetzen, sondern gemeinsam überlegen, ob ein anderes Mittel eventuell sinnvoller wäre.“ Diese mahnenden Worte haben die Autoren in ‚weiser Voraussicht‘ sogar in einem Kasten besonders hervorgehoben. Aber es wird ihnen wenig nützen. Denn stellen Sie sich vor: Ein Patient bekommt ein Medikament vom Arzt verschrieben. Er holt dieses Medikament in der Apotheke ab und macht es zu Hause auf, um erst einmal den Beipackzettel zu lesen. Schon in den vergangenen Jahren war dies der Moment, wo ein nicht unerheblicher Teil aller Medikamente (im Wert von 6 Milliarden DM!) ungenutzt im Schrank landeten.

Heute können wir diese kleine Geschichte um ein Kapitel ergänzen. Der Patient liest den Beipackzettel, doch bevor er das Medikament einnimmt, erinnert er sich daran, dass er ja das Buch der Stiftung Warentest im Schrank stehen hat. Er nimmt es aus dem Regal und schlägt nach. Und siehe da: Er findet sein Medikament und dahinter die Bewertung ‚wenig geeignet‘. Spätestens jetzt wandert das Mittel in den Schrank! Ob der Patient tatsächlich seinen Arzt aufsucht, um mit ihm zu überlegen, ‚... ob ein anderes Mittel eventuell sinnvoller wäre‘, ob der Arzt überhaupt die Zeit und die Worte findet, seinem Patienten zu erklären, dass er seit Jahrzehnten gute Erfolge mit diesem Präparat gemacht hat (auch wenn ihm die entsprechenden wissenschaftlichen Studien nicht bekannt sind), und so weiter und so fort, das alles ist Spekulation. Aber das ist eine plausible Spekulation, die ernste Zweifel an dem Nutzen und der Zweckbestimmung dieses Buches aufkommen lassen.

Und dabei wäre doch alles so einfach: Schließlich gibt es doch ein Amt, das über die ‚Eignung‘ von Arzneimittel zu entscheiden hat. Und es gibt Ärzte, die den therapeutischen Nutzen von Arzneimitteln – und das ist durchaus nicht das gleiche wie die therapeutische Wirksamkeit! – aus ihrer langjährigen Erfahrung in der Praxis wirklich bewerten können. Mit einem Wort: Handbuch Medikamente, Stiftung Warentest; Bewertung: ‚wenig geeignet‘.

**Stiftung Warentest: Handbuch Medikamente. Über 5000 Arzneimittel für Sie bewertet. Gebunden, 767 Seiten, DM 78,-. Stuttgart 2000, ISBN 3-931908-12-7**

## Marketing kann zur Überwindung der Krisen in Arztpraxen beitragen

„Wenn sich das Umfeld ändert (GSG, NOG, EBM, Praxisstrukturen), so Der Arzt & sein Recht, 3/97, S. 1, „so muss man das ‚Unternehmen Arztpraxis‘ eben den Marktbedingungen anpassen. Das ökologische Gesetz des Lernens besagt: Wer sich nicht mit mindestens der gleichen Geschwindigkeit ändert wie seine Umweltbedingungen, dem droht das Schicksal der Dinosaurier. Umsatzrückgänge sind in der Vertragspraxis der Zukunft bei zunehmendem Konkurrenzdruck, steigendem Leistungsbedarf, demografischen Veränderungen und gedeckeltem Gesamthonorar sicherlich nicht zu vermeiden.“

Änderungen der inneren Einstellung der Ärzte und des Leistungsspektrums allein reichen nicht aus. Entscheidend für eine wirtschaftlich stabile Arztpraxis der Zukunft wird immer mehr die Kommunikation mit den Patienten sein. Untersuchungen haben ergeben, dass Patienten die Arbeitsqualität besonders an sekundären Merkmalen messen. Hierzu gehört: Welchen Eindruck macht die Praxis? Wie werden die Patienten vom Personal behandelt? Nimmt sich der Arzt ausreichend Zeit und war das Beratungsgespräch verständlich? Wirkte der Arzt vertrauenserweckend und kompetent? Zu den wirtschaftlichen Komponenten der Zukunft gehören Spezialisierung und überregionaler Einzugsbereich. Dies alles fokussiert auf Selbstzahler bzw. Privatpatienten.

Mit den Facetten der Patientenkommunikation beschäftigt sich aus juristischer Sicht das Buch von BARTH. Des Werk kommt zur rechten Zeit, wollen und müssen doch immer mehr Ärzte über ihr spezielles Dienstangebot informieren, und zunehmend suchen Patienten händierend nach Informationen. BARTH stellt dar, vergleicht und wägt ab, so dass ein differenzierter Überblick über rechtlich zulässige, aber auch wünschenswerte Möglichkeiten geboten wird. Es ist freilich keine leichte Kost. Man muss sich schon Zeit nehmen, um sich mit dem 586 Seiten starken Buch auseinanderzusetzen. Hilfreich sind ein ausführliches Inhaltsverzeichnis sowie ein gut erarbeitetes Stichwortregister.

Mediziner-Marketing erscheint im Springer Verlag in gewohnt guter Ausstattung. BARTH beeindruckt mit seiner Themenvielfalt und der sehr tiefgehenden Recherche in guter Qualität. Obwohl der Arzt sich an manchen Stellen viel-

leicht Übersichten und mehr praktische Hinweise wünschen würde, ist des Buch uneingeschränkt empfehlenswert. Es gehört in die Hand jedes Kammer- und KV-Funktionärs. Das Werk ist auch für Zahnärzte interessant, so dass ihm eine weite Verbreitung zu wünschen ist. Es hat die Chance, einen wichtigen Beitrag für die so notwendige, vernünftige Liberalisierung des Marketings – und der Werbung im besonderen – in Ärzte- und Zahnärzteschaft zu leisten.

*Dr. Frank A. Stebner, Rechtsanwalt, Salzgitter*

**Barth, Dieter: Mediziner-Marketing: Vom Werbeverbot zur Patienteninformation. 586 Seiten, geb., DM 119,00, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong 1999, ISBN 3-540-65748-7**

### Qigong in der Volksrepublik China

Wer sich für Qigong interessiert, vielleicht auch schon praktische Erfahrungen mit Qigong gemacht hat und sich darüber hinaus für Medizingeschichte und kulturelle Zusammenhänge interessiert, der sollte einmal einen Blick in das Buch: „Qigong in der VR China“ von THOMAS HEISE werfen.

Wohlgermerkt dient dieses Buch nicht dazu, eine oder mehrere Qigong-Techniken praktisch zu erlernen; auch wird derjenige, der sich besonders für das in Deutschland weit verbreitete Qigong Yangsheng von JIAO GUORUI begeistert, vielleicht eine eingehendere Beschäftigung mit diesem vermissen.

Aber dieses Buch widmet sich ja dem Qigong in seinem Herkunftsland, in China; und es stellt einen interessanten und wissenschaftlich fundierten Abriss über die Wurzeln, die wechselvolle Geschichte und den medizinischen Stellenwert des Qigong in den letzten 2000 Jahren dar; es spannt den Bogen dabei vom Schamanismus des sagenhaften dritten vorchristlichen Jahrtausends bis hin zum „Qigong-Fieber“ der 80er Jahre im kommunistischen China. Dabei werden verschiedene Übungsstile vorgestellt und nicht nur bezüglich der Technik, sondern auch inhaltlich beschrieben. Der Autor hat während seines zweijährigen TCM-Studiums in China neben praktischen Erfahrungen auch eine umfangreiche Qigong-Bibliothek erworben, die in diesem Werk ausgewertet und aufgearbeitet wurden. Auch der medizinische Kontext des Qigong und seine Stellung im Lehrgebäude der Traditionellen Chinesischen Medizin werden eingehend bearbeitet.

Illustriert und bereichert wird der ausführliche medizin-historische Teil auch durch eine Fülle beeindruckenden Bildmaterials und ein sehr ausführliches und akribisch geführtes Literaturverzeichnis. Das Buch bietet eine Fülle interessanter Querverweise zum Zeitgeschehen und stellt auch immer wieder Bezüge zum religiösen und philosophischen Kontext des Qigong her.

Insgesamt also ein überaus bereicherndes und informatives Werk für jeden, der sich näher mit der Geschichte des Qigong und der chinesischen Medizin befassen möchte.

**T. Heise: Qigong in der VR China. Kartoniert, 272 Seiten, DM 98,-, Verlag für Wissenschaft und Bildung (VWB), Berlin 1999, ISBN 3-86135-137-4**

### Praxisleitfaden Phytotherapie

Das praktische Nachschlagewerk der Phytotherapie im handlichen Kitteltaschenformat. Die Herausgeber bieten:

- Grundlagen der modernen, rationalen Phytotherapie mit Hinweisen auf die aktuelle arzneimittelrechtliche Situation;
- ausführlicher Monografierteil mit allen wichtigen Heilpflanzen, jeweils mit Farbfoto;
- sinnvoll ausgewählte Therapieempfehlungen zu den wichtigsten Indikationen in der Praxis: differenziert und fundiert;
- Vorschläge zur Präparateauswahl inklusive Dosierung unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Kommission E und der Arzneimittelrichtlinie sowie aktueller wissenschaftlicher Studienergebnisse;
- Berücksichtigung auch negativ monografiertes Pflanzen und traditioneller Drogen;
- eine Fundgrube für bewährte Rezepturen, zur individuellen Verordnung von Tees, Tinkturen, Umschlägen etc.;
- Adressverzeichnis, Übersichtstabellen, Glossar und ausführlicher Index.

Unverzichtbar für jeden Therapeuten, der seine Patienten ausschließlich oder begleitend zur schulmedizinischen Therapie „natürlich“ behandeln will. Der Praxisleitfaden Phytotherapie ist eine Verordnungshilfe, die sich durch ihre wissenschaftlich fundierte Praxisnähe deutlich von den bisherigen Lehr- und Handbüchern abhebt.

**Schilcher/Kammerer: Praxisleitfaden Phytotherapie. Ca. 600 S., über 100 vierfarbige Abb., geb., ca. DM 88,-/öS 642,-/SFr 80,-; Urban & Fischer, München 2000, ISBN 3-437-55340-2 (Erscheint im August 2000)**



# Impressum / Hinweise für die Autoren

## Verlag:

Medizinisch Literarische Verlagsgesellschaft mbH  
Postfach 1151/1152, D-29501 Uelzen  
Tel. 0581 / 808 -150 (Verlagsleitung); Fax 0581 / 808-158  
E-Mail: ML.Verlag.Uelzen@t-online.de; <http://www.MLVerlag.de>  
Buch- u. Abo-Service/Buchhaltung 808-151, E-Mail: b.burandt@mlverlag.de;  
Anzeigen/Buchhaltung 808-152, E-Mail: m.zipser-jess@mlverlag.de;  
Lektorat/Rezensionen 808-154, E-Mail: s.cdb@mlverlag.de;

## Druck:

Druckerei Buchheister KG, Postfach 1204, 21302 Lüneburg

## Herausgeber:

Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e.V. Sitz Stuttgart  
Geschäftsstelle: Am Promenadenplatz 1, 72250 Freudenstadt  
Tel. 07441 / 91 858 0, Fax 07441 / 91 858 22

## Chefredaktion:

Dipl.-Biologe Jens Meyer-Wegener, Landsberger Str. 495, 81241 München  
Tel.: 089 / 83 96 42 25, Fax: 089 / 83 96 42 55,  
E-Mail: meyer-wegener@t-online.de.

## Redaktion:

Dr. rer. nat. Claudia Schöllmann, Rainer H. Bubenzer  
Dr. med. H. P. Legal, Auslandskorrespondent, Kongressberichterstatler

## Grafische Gestaltung:

daedalus design Stefan Oestreich, Manzingerweg 8, 81241 München

## Schriftleitung:

Prof. Dr. med. Martin Hörning, Arminiusstr. 9, 32839 Steinheim  
Tel.: 05233 / 956 131, Fax: 05233 / 956 112,  
E-Mail: Martin.Hoerning@t-online.de.  
Dr. med. Antonius Pollmann, Schafsbecken 7, 29320 Hermannsburg  
Tel.: 05052 / 97 57 67, Fax: 05052 / 97 57 69

## Wissenschaftlicher Beirat:

Dr. med. K. Ch. Schimmel, Batzerstr. 11, 81375 München  
(Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats)  
Dr. med. W. Schmitz-Harbauer, Bismarckstr. 114, 47799 Krefeld  
(Moderne Naturheilverfahren)  
Dr. med. M. Adler, Rathausstraße 2, 57078 Siegen-Geisweid  
(Weiterbildung Naturheilverfahren)  
Dr. med. M. Thyson, Kaiserlauterner Str. 16, 67098 Bad Dürkheim  
(Internationale Medizinische Gesellschaft für Elektroakupunktur nach Voll e.V.)  
Dr. med. H. Huneke, Erwin-v.-Witzleben-Straße 17, 40474 Düsseldorf-Nord  
(Internationale Medizinische Gesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke –  
Regulationstherapie e.V.)  
Dr. med. R. H. Croon, Auf der Steinkaut 48-50, 61352 Bad Homburg  
(Deutsche Gesellschaft für Elektroneurodiagnostik und -therapie  
nach Croon e.V.)  
Dr. med. Franz-Anselm Graf von Ingelheim, Bischof-Blum-Platz 10  
65366 Geisenheim  
(Internationale Gesellschaft für Homotoxikologie und antihomotoxische  
Therapie e.V.)  
Dr. med. R. Stange, Krankenhaus Moabit, Turmstr. 21, 10559 Berlin  
(Ärztgesellschaft für Naturheilverfahren (Physiotherapie), Berlin-  
Brandenburg e.V.)  
Dr. med. K. Buxbaum, Am Lachgraben 22, 63303 Dreieich  
(Internationale Ärztgesellschaft für Sauerstofftherapie und Forschung e.V.)  
Prof. Dr. med. R. Berz, Einöde 2, 88416 Bellamont  
(Deutsche Gesellschaft für Thermographie e.V.)  
Dr. med. J. Beck, Werderstr. 80A, 74899 Sinsheim  
(Internationale Ärztliche Arbeitsgemeinschaft für Ultravioletbestrahlung des  
Blutes HOT und UVB e.V.)  
Dr. med. G. Dandekar, Schabhalde 9, 88142 Wasserburg  
(Ayoga-International e.V.)  
Prof. Dr. H. Schilcher, Alfred-Naumann-Anger 17, 81737 München  
(Phytotherapie)

## Originalien und Mitteilung:

Zuschriften mit Originalien (wissenschaftlichen Beiträgen). Referate, redaktionelle Nachrichten und Verbandsangelegenheiten werden an das Redaktionssekretariat der Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren erbeten. (Anschrift siehe oben)  
Die Schriftleitung behält sich den Zeitpunkt der Veröffentlichung vor. Grundsätzlich werden nur Erstveröffentlichungen angenommen. Grundsätzlich werden nur solche Arbeiten angenommen, die vorher weder im Inland noch im

Ausland veröffentlicht worden sind. Die Manuskripte dürfen auch nicht gleichzeitig anderen Blättern zum Abdruck angeboten werden. – Mit der Annahme des Manuskriptes erwirbt der Verlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfrist die ausschließliche Befugnis zur Wahrnehmung der Verwertungsrechte im Sinne des § 15 f. des Urheberrechtsgesetzes. – Übersetzung, Nachdruck – auch von Abbildungen –, Vervielfältigungen auf fotomechanischem oder ähnlichem Wege oder in Magnetton-Verfahren, Vortrag, Funk- und Fernsehsendungen sowie Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen – auch auszugsweise – sind nur mit schriftlicher Zustimmung des Verlages gestattet. – Für den persönlichen Gebrauch dürfen von Beiträgen oder Teilen von diesen einzelne Kopien hergestellt werden.

## Wichtige Hinweise für Autoren:

- Jede Arbeit soll eine Zusammenfassung enthalten, die beim Abdruck dem Text vorgeschaltet wird. Diese wäre von Ihnen selbst zu verfassen. Sie sollte aber 15 Druckzeilen nicht überschreiten.
- Die Arbeit sollte von den Charakteristika des mündlichen Vortrages befreit und noch vom Autor so bearbeitet werden, daß sie druckreif vorliegt (wenn möglich auf Diskette).
- In der Regel gilt als maximale Länge für jede Arbeit 3-4 Schreibmaschinen-seiten (1zeilig, 70 Anschläge pro Zeile).
- Pro Arbeit sollten max. 5 Abbildungen zur Publikation vorgelegt werden.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Verantwortung übernommen, Rücksendung erfolgt nur, wenn Rückporto beigefügt ist. Editorials drücken die persönliche Meinung des Autors, jedoch nicht unbedingt die von Herausgeber oder Schriftleitung aus.

Alle Manuskripte werden von der Schriftleitung nach medizinisch-wissenschaftlichen und vom Lektor des Verlages nach stilistisch-sprachlichen Gesichtspunkten redigiert. Die Nennung von Markenzeichnungen läßt keinerlei Rückschlüsse zu, ob es sich um geschützte Zeichen handelt.  
Bei Leserschriften behalten wir uns die Veröffentlichung oder Kürzung aus redaktionellen Gründen vor.

## Sonderdrucke:

Von Originalbeiträgen erhalten die Verfasser auf Verlangen 10 Hefte kostenlos. Dies muss jedoch mit den Einreichen des Manuskriptes ausdrücklich vermerkt werden. Wird eine höhere Stückzahl gewünscht, so erfolgt für diese eine Berechnung.

## Nachdruck:

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdruckes, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung bleiben dem Verband nach Massgabe der gesetzlichen Bestimmungen vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, ist nur mit genauer Quellenangabe gestattet und bedarf bei Originalbeiträgen der schriftlichen Genehmigung des Verbandes.

## Anzeigenpreisliste:

Ab 1.1.2000 gilt die Liste Nr. 37.  
Erfüllungsort und Gerichtsstand Uelzen.

## Erscheinungsweise: monatlich

## Bezugsbedingungen:

Der Bezugspreis beträgt jährlich 98,- DM einschl. UST. Studentenpreis 73,50 DM. Preise jeweils zuzüglich Versandkosten. Einzelhefte werden zum Preis von je 12,- DM abgegeben. Abonnementsgebühren sind nach Rechnungserhalt fällig oder zahlbar netto Kasse.

Im Falle höherer Gewalt oder bei Störungen des Arbeitsfriedens besteht kein Anspruch auf Kürzung bzw. Rückzahlung des Bezugsgeldes.

Die Kündigung des Jahresabonnements kann nur schriftlich mit einer Frist von 6 Wochen zum Jahresende beim Verlag erfolgen; nach diesem Termin eingehende Abbestellungen werden für das nächste Jahr vorgemerkt.  
Für die Bearbeitung aller Zuschriften bitte die Lesernummer angeben.

## Haftung:

Sämtliche Angaben in diesem Heft sind nach bestem wissenschaftlichen Können der einzelnen Autoren gemacht. Eine Gewähr wird für diese Beiträge nicht übernommen. Im Einzelfall bleibt es dem Leser überlassen, diese Aussagen einer eigenen Prüfung zu unterziehen. Die Arzneimittel- und Gerätehersteller haften selbst für ihre in den Anzeigen gemachten Angaben. Ebenfalls übernimmt der Verlag keine Haftung für Schäden, die durch fehlerhafte oder unterbliebene Ausführungen im Text oder in den Anzeigen entstehen.

## Zahlungen:

Postbank Hamburg, Kto.-Nr. 2 392 16-201 BLZ 200 100 20  
Sparkasse Uelzen, Kto.-Nr. 5 405, BLZ 258 501 10  
Gerichtsstand Uelzen.