

Homöopathie versus Hypo-sensibilisierung



Nach aktuellen Erhebungen liegt die Lebenszeitprävalenz atopischer Erkrankungen zwischen 25 bis 30%. Rund 16% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind von Heuschnupfen, Neurodermitis oder Asthma bronchiale betroffen [1].

Dabei wird eine Vielzahl von Faktoren für die Zunahme atopischer Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten verantwortlich gemacht.

Die Behandlungen von Allergien in der Homöopathie hat eine lange Tradition. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts haben homöopathische Ärzte interessante Beiträge zur Forschung geliefert, wie beispielsweise C.H. Blackley, der Pollen als Ursache des Heuschnupfens erkannte und das Prinzip der Hyposensibilisierung andeutete. Auf der Suche nach einer effektiven Behandlungsstrategie vermischten sich in der Folge Prinzipien der Homöopathie, Isopathie und Hyposensibilisierung (vgl. meinen Beitrag in diesem Heft).

In der modernen, konventionellen Therapie allergischer Erkrankungen gilt die Hyposensibilisierung (spezifische Immuntherapie, SIT) als Eckpfeiler der Behandlung bei IgE-vermittelten Allergien. Ein Blick in die aktuelle Leitlinie [2] zeigt, dass es um die Evidenz für eine Behandlung mit SCIT oder SLIT (subcutane bzw. sublinguale Immuntherapie) sehr unterschiedlich bestellt ist: Je nach Sensibilisierungen bzw. verwendetem Präparat gibt es teilweise keine, teilweise aber auch gute wissenschaftliche Daten, die die Therapieempfehlungen bestimmen. Interessant dabei ist, dass „die Wirksamkeit einer SIT in Anbetracht der möglichen Nebenwirkungen und Kosten der Therapie nicht unter der einer Pharmakotherapie bzw. eines Antihistaminikums liegen sollte“ und daher „eine Schwelle von 20% über Placebo als akzeptabel gewählt“ wurde [2: 39]. Als Kriterium für die Zulassung eines SIT-Präparats gilt das Vorhandensein *einer*

placebokontrollierten Studie (RCT), die diese Schwelle erreicht.

Die Latte wurde hierbei offenbar nicht besonders hoch gelegt, sodass man nicht das Gefühl hat, die Homöopathie als mögliche (Alternativ-) Behandlungsform müsse ihr Licht unter den Scheffel stellen. Von Ausnahmen abgesehen – beispielhaft seien die Heuschnupfen-Studien von Wiesenauer erwähnt [3] – kann die Homöopathie zwar kaum RCTs zum Thema Allergie vorweisen, allerdings viele gut dokumentierte Kasuistiken, die die Wirkung der Homöopathie eindrucksvoll zeigen (vgl. dazu die Beiträge von **Klaus Holzapfel** und **Heiner Frei**). In der Homöopathie geht es dabei nicht nur um eine (eben signifikante) Besserung bestimmter Scores, sondern um eine tiefgreifendere Behandlung mit dem Ziel der Beschwerdefreiheit – und letztendlich sogar Heilung (Organon § 1).

Schwieriger wird es allerdings beim Thema „Etagenwechsel“: Lässt sich mit klassischer Homöopathie tatsächlich ein allergisches Asthma zuverlässig verhindern, wenn die Beschwerden der allergischen Rhinokonjunktivitis nur ordentlich behandelt werden? RCTs zu dieser Fragestellung gibt es nicht. Daher müssen an diesem Punkt korrekterweise auch die Möglichkeiten einer SIT diskutiert werden, denn für die sekundärpräventiven Aspekte wie die Reduktion von Neusensibilisierungen und das verminderte Asthmarisiko gilt die Wirksamkeit einer SCIT als „evidence based“ [4]. Seit einigen Jahren wird auch die SLIT, welche durch die orale Einnahme für die Patienten wesentlich angenehmer als eine „Spritzkur“ ist, zunehmend häufiger eingesetzt. Die Studienlage hierzu ist sehr abhängig vom verwendeten Präparat. Eine laufende Studie mit über 800 Kindern, die unter gräserpollenallergischer Rhinitis leiden, soll demnächst entsprechende Effekte zeigen [5]. Damit wird sich vermutlich der Trend verstärken, schon im Kindesalter möglichst früh zu hyposensibilisieren, um das Asthmarisiko zu verringern.

Aus dem Blickwinkel der Homöopathie erscheint der Etagenwechsel durchaus plausibel.

Die Hering'schen Regeln zeigen den Heilungsverlauf „von innen nach außen“ auf (hier: von den Bronchien zur Haut). Aber ist die Entwicklung einer Pathologie – insbesondere bei atopischen Erkrankungen – wirklich immer so linear zu denken? Schließlich gibt es Patienten, die „nur“ ein allergisches Asthma haben, ohne jemals Haut- oder Schleimhautaffektionen bemerkt zu haben; Patienten, die mal ein Ekzem, mal saisonal bedingte Heuschnupfenbeschwerden, mal Symptome einer Nahrungsmittelallergie haben etc. „Mischen“ sich gar verschiedene Miasmen, wenn Patienten unter Allergien und sonstigen chronischen Beschwerden leiden? Letztlich bietet auch die Homöopathie hier bis heute keine völlig überzeugende, einheitliche Theorie an. Aus der Praxis heraus können jedoch typische Verläufe beschrieben werden: Wenn das chronische Mittel auch die allergischen Symptome – z.B. bei Heuschnupfen – kuriert, handelt es sich um einen kohärenten Verlauf: Dies wäre der Idealfall in der Therapie. Häufiger scheinen allerdings inkohärente Verläufe zu sein, wenn wechselnde Arzneifolgen notwendig wer-

den. Während letztere bei der Bönninghausen-Methode quasi systemimmanent ist, könnte man dies bei Anwendung der Kent'schen Methodik als Manko empfinden – oder handelt es sich nicht einfach um ein zwangsläufiges Phänomen bei Allergien allgemein?

Jedenfalls verfügen wir über einige, methodisch ausgereifte Handwerkszeuge, um Allergien erfolgreich homöopathisch zu behandeln. Ob man zu einem Spezialrepertorium für Heuschnupfen, dem *Therapeutischen Taschenbuch* von Bönninghausen, dem *Synoptic Key* oder dem Kent'schen Repertorium greift, hängt auch von der Erfahrung des jeweiligen Therapeuten und dem zu behandelnden Symptomenbild ab. Schließlich ist eine genaue Kenntnis und Weiterentwicklung der *Materia medica* wichtig, wie der abschließende Beitrag von **Georg Haggmüller** zeigt. Dies sollte uns alle ermutigen, gut zu dokumentieren und die Erfolge auch zu publizieren.

Christian Lucae

•• Literatur

- [1] **KIGGS – Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Robert Koch Institut)**. http://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KIGGS-Dokumente/kiggs_tn_broschuere_web.pdf
- [2] Leitlinie zur (allergen-) spezifischen Immuntherapie bei IgE-vermittelten allergischen Erkrankungen. *Allergo J Int* 2014; 23: 282 (AWMF-Leitlinien-Register-Nummer 061–004)
- [3] **Wiesener M, Lütke R**. Eine Metaanalyse der homöopathischen Be-

handlung der Pollinosis mit *Galphimia glauca*. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 1997; 147(14): 323–327

[4] **Jacobsen L, Niggemann B, Dreborg S, Ferdousi HA, Halken S, Host A, Koivikko A, Norberg LA, Valovirta E, Wahn U, Möller C (The PAT investigator group)**. Specific immunotherapy has long-term preventive effect of seasonal and perennial asthma: 10-year follow-up on the PAT study. *Allergy* 2007; 62(8): 943–948

[5] **Valovirta E, Berstad AK, de Blic J, Bufe A, Eng P, Halken S, Ojeda P, Roberts G, Tommerup L, Varga EM, Winnergard I; GAP investigators**. Design and recruitment for the GAP trial, investigating the preventive effect on asthma development of an SQ-standardized grass allergy immunotherapy tablet in children with grass pollen-induced allergic rhinoconjunctivitis. *Clin Ther* 2011; 33(10): 1537–1546