

# Homöopathie in der brandenburgischen psychiatrischen Klinik: Zwei Fälle von Kalium bromatum und Ferrum carbonicum

Von Andrea Bitter, Julia Geisler, Claudia Thiele

## ●● Zusammenfassung

Die homöopathische Herangehensweise bei Patienten einer psychiatrischen Klinik wird anhand von 2 Kasuistiken erläutert. Die Patienten besserten sich unter Kalium bromatum und Ferrum carbonicum.

## ●● Schlüsselwörter

Psychiatrie, Kalium bromatum, Ferrum carbonicum.

## ●● Summary

The individualized homeopathic approach in a psychiatric clinic is demonstrated in 2 cases. Patients got better with kalium bromatum respectively ferrum carbonicum.

## ●● Keywords

Psychiatry, kalium bromatum, ferrum carbonicum.

## Hintergrund

Angermünde ist eine Kleinstadt im Nordosten Brandenburgs. Die Uckermark ist aufgrund einer hohen Arbeitslosigkeit durch Abwanderung der Industrie und Landflucht nach der Wende strukturschwach. Aber Angermünde hat etwas Besonderes: Eine psychiatrische Klinik mit Pflichtversorgungsauftrag, die auch mit komplementären Behandlungsmethoden wie Ohrakupunktur und Kräutertees arbeitet. Seit über 5 Jahren konnte sich auch die Homöopathie als Teil des psychiatrischen-psychotherapeutischen Behandlungskonzepts etablieren.

Warum gerade hier? Homöopathie wurde seit 2005 immer wieder durch engagierte Ärzte angewendet. Das jetzige Team, bestehend aus drei homöopathisch arbeitenden Stationsärztinnen, begann 2011. Vorgefunden wurden ein aufgeschlossener Chefarzt, zwei freundliche, aber skeptische Oberärzte und ein begeisterungsfähiges Pflegeteam.

Nach erheblicher Aufbauarbeit neben der Stationsarbeit werden seither Patienten aus dem gesamten psychiatrischen Formenkreis additiv zu Psychopharmaka oder ausschließlich homöopathisch behandelt. Fortbildungen werden auch für das Kollegium gehalten, das zunehmend Erfahrungen mit den „kleinen weißen Perlen“ sammelt. Herr Dr. Sandner, der Chefarzt, setzte sich für den Ausbau von Räumlichkeiten für die ungestörte homöopathische Anamnese sowie die Einrichtung einer homöopathischen Sprechstunde für die ambulante Weiterbetreuung von Patienten ein. Eine homöopathische Arzneimittelsammlung, ein Repertorisationspro-

gramm und Fachliteratur sowie Fortbildungen wurden finanziert. Derzeit werden 2 der 4 Stationen kontinuierlich homöopathisch betreut und es gelingen eine gegenseitige Supervision sowie die strukturierte Dokumentation der Kasuistiken (**Abb. 1**). Bewerbungen von homöopathisch geschulten Ärzten werden weiterhin besonders berücksichtigt, denn die Nachfrage nach Homöopathie ist größer als die Kapazitäten des Teams.

Im Folgenden wird die klinische Arbeit exemplarisch auf der Basis von 2 Kasuistiken vorgestellt.

## Kasuistik 1: Kalium bromatum – Auch ein hoffnungsloser Fall muss nicht aufgegeben werden

### Aufnahmebefund eines Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Der 48-jährige Patient mit einer bekannten Borderline-Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (F60.30) wird nachts aus der internistischen Rettungsstelle aufgrund psychotischen Wahns mit Suizidalität übernommen. 2 Monate zuvor hatte der Patient sich am rechten Unterarm so stark mit einem Cuttermesser geschnitten, dass es zur Verletzung der Beugesehnen kam, die chirurgisch versorgt werden musste. Nach langsamer Wundheilung mit Infektion ist die Hand nun dauerhaft bewegungseingeschränkt.

Während eines seiner letzten stationären Aufenthalte griff der Patient mit einer zerbrochenen Bierflasche Kranken-

Verlaufsbeobachtung der homöopathischen Behandlung								
Name:	Diagnosen:		Ziele:					
Stationärer Aufenthalt von	bis:							
Status bei Aufnahme	VAS	Visite am:	VAS	Visite am:	VAS	Visite am:	VAS	Visite am:
Homöopath. Arznei am:								
Sonstige Medikation/Behandlungen:								
Problem								
Problem								
Problem								
Problem								
Stimmung								
Antrieb / Energie								

Ich erkläre mich nach Aufklärung über Wirkungen und Nebenwirkungen mit einer homöopathischen Behandlung sowie ggf. mit der anonymisierten Veröffentlichung meiner Daten einverstanden. Das Informationsblatt habe ich erhalten.

Datum / Unterschrift

Abb. 1 Strukturierte Dokumentation der homöopathischen Behandlung (angepasst nach Arbeiten von Wisshom und der Reha-Klinik Bethel-Welzheim) [5].

schwwestern an und schlitzte sich an mehreren Körperstellen mit Scherben auf. Der Patient ist als schwer gestörter, selbst- und fremdgefährdender „Borderliner“ langjährig in der Klinik bekannt. Er ist seit der Jugend alkoholabhängig, zeitweilig auch abhängig von Benzodiazepinen sowie ein starker Raucher (ca. 75 py; pack year).

Zu seinen internistischen Erkrankungen zählt eine Morbus-Crohn-Erkrankung. Bei Aufnahme klagt er über 20-mal täglich auftretenden grünlich-wässrigen, blutig-schleimigen Durchfall sowie Bauchschmerzen, weswegen er die Rettungsstelle nachts aufgesucht hätte. Im Aspekt erscheint der Patient kachektisch, die Haut leicht ikterisch. Er weist am gesamten Körper tiefe, ältere Narben nach Selbstverletzungen mit scharfen Gegenständen oder brennenden Zigaretten auf. Er geht gebeugt, wirkt vorgealtert und verwahrlost, jedoch sauber. Der Patient ist ledig. Er arbeitete einige Jahre in einer Maurerfirma, ist jedoch seit über 20 Jahren arbeitslos, gilt als schwer vermittelbar und lebte seither in verschiedenen Obdachlosenheimen.

### Eskalation

Seine bekannte Medikation wurde zur Krisenintervention mit Zyprexa velotabs (Olanzapin), Melperon und notfallmäßig auf Drängen des Patienten mit Benzodiazepinen ergänzt (Tab. 1). Über die ersten 5 Tage erhielt er *Absinthum* D12 2-mal täg-

lich 5 Globuli. Ausschlaggebend für die Arzneiwahl von *Absinthum* waren neben der Angst um seine Gesundheit die quälende Wahnvorstellung, ermordet zu werden (Barthel, [1]), die extreme Ruhelosigkeit und der Alkoholismus. Alkoholentzugskrämpfe, die aus einem Voraufenthalt bekannt sind, werden ebenfalls durch diese Arznei gedeckt. D12 war die über die Anstaltsapothekendeckung am schnellsten verfügbare Potenz.

Es kam jedoch zu einer Verschlechterung der wahnhaften Symptomatik. Der Patient hielt sich nicht an Absprachen, trank exzessiv Alkohol bei Ausgängen, lehnte seine Medikamente ab und wurde übergriffig. Der Patient zeigte sich zunehmend gequält von den Stimmen, die er hörte. Er beschrieb überwiegend männliche Stimmen, die ihn bedrohten oder aufforderten, sich umzubringen. Hinter jedem Geräusch hinter verschlossenen Türen wähnte er eine Guillotine, die ihn köpfen sollte. Diesbezüglich sprach er ständig das Personal an, lehnte jedoch gleichzeitig seine Medikation ab. Es musste eine richterliche Unterbringung veranlasst werden.

Da die antipsychotische Medikation bisher noch keinen Effekt gezeigt hatte, überdachten wir die homöopathische.

### Arzneimittelwahl und Diskussion

Unsere Repertorisation ergab neben *Kalium bromatum* 6 Polychreste (Abb. 2). Differenzialdiagnostisch war *Lachesis* am in-

teressantesten, weil wir es bereits bei anderen Borderline-Patienten erfolgreich eingesetzt hatten. Die Zwiespältigkeit, das „Hinterrückse“ und das Aggressive, das wir häufig in den Selbstverletzungen dieser Patienten sehen, passen häufig. In der Arzneimittellehre wird *Kalium bromatum* als eine Arznei für besonders tief pathologische Zustände beschrieben und spiegelt am besten das Bild des „vollkommen fertigen“ Patienten wider (s. Arzneiexploration unten). Er erhielt *Kalium bromatum* C30 Globuli als Einmalgabe am Tag 5 nach Aufnahme.

### Stationärer Verlauf

Am Tag nach Mittelgabe erschien der Patient deutlich weniger gequält und sprach das Pflegepersonal seltener wegen der Guillotine an. In den nächsten Tagen stabilisierte sich der Patient kontinuierlich und schneller als erwartet. Er erhielt nun bei Bedarf – meistens innere Unruhe – *Kalium bromatum* C30, das er bis zu zweimal täglich einforderte. Der zusätzliche Bedarf an Melperon verringerte sich, andere beruhigende Medikation war nicht mehr notwendig. Er gab nach wenigen Tagen an, keine Stimmen mehr zu hören. Erstaunlicherweise normalisierte sich der Durchfall ohne Veränderung der Medikation bei Morbus Crohn sowie unter Substitution der Natriumspiegel. Mit zunehmender psychischer Stabilität durfte er wieder Ausflüge ins Gelände und nach Angermünde unternehmen. Hierbei kam es zweimal zu Trinkrückfällen, die er be-reute. Der Patient war zunehmend auflockerbar und sogar zu Scherzen aufgelegt. Das pflegerische und ärztliche Team gab die Rückmeldung, ihn seit Jahren nicht so ausgeglichen erlebt zu haben. In den letzten 2 Wochen seines Aufenthalts trank der Patient keinen Alkohol mehr. Er beteiligte sich adäquat und gelassen an gemeinsamen Sportaktivitäten oder Gesellschaftsspielen.

Der Patient wurde nach Ablauf seiner richterlichen Unterbringung in sein Obdachlosenheim entlassen (Abb. 3). Er erhielt *Kalium bromatum* C30 in wässriger Lösung (Konservierung durch Zugabe von Glycerol 85%) zur Einnahme bei Bedarf mit nach Hause. Zuletzt nahm er bei abendlicher Unruhe seine Arznei bis zu dreimal wöchentlich.

Tab. 1 Repertorisation mit RADAR [1].

Aufnahmemedikation	Medikation während akuter Krise (Tag 1–8)	Entlassmedikation
Melperon 25mg 1–1–1–1	1–1–1–2 + bei Bedarf 1–3×/d	1–1–1–2
Haloperidol decanat 50mg i.m. alle 4 Wochen	am Tag 7 planmäßig erhalten	beibehalten, bei Folgeaufenthalt auf 3-wöchentlich geändert
Mirtazapin 15mg 0–0–0–1	Mirtazapin abgesetzt Tag 5	
	NaCl von 2 Tbl. auf 8 Tbl./d gesteigert	2–0–0–0
	Olanzapin velotabs von 7,5 auf 20mg/d gesteigert	2×10mg
	Oxazepam 5mg 5× u. Lorazepam 1mg 2× erhalten	–
	Absinthum D12 5 Glb. 1–0–1 Tag 1 bis Tag 5	–
	Kalium bromatum C30 ab Tag 5	Kalium bromatum C30 (bei Bedarf)

Sonstige Medikamente (belassen): Akineton 4mg 1–0–0; Salofalk 1000mg 1–0–1–1; Tamsulosin 0,4mg 1–0–0. Abgesetzt wurden: Metoprolol 23,5mg 1–0–0 (Tag 6); Pantozol 40mg 1–0–0 (Tag 42).

Arzneiname	kali-br	phos	plb	bell	ars	lach	rhus-t	stram	lyc	hyos
<b>Erfüllte Kriterien</b>	<b>4/4</b>	<b>4/4</b>	<b>4/4</b>	<b>4/4</b>	<b>4/4</b>	<b>4/4</b>	<b>4/4</b>	<b>3/4</b>	<b>4/4</b>	<b>3/4</b>
<b>01. Gemüt - Alkohol, alkoholische Getränke – schl. (Complete 49)</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>02. Gemüt - Wahnideen, Einbildungen - ermordet - er wird (Complete 45)</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>03. Gemüt - Wahnideen, Einbildungen - Stimmen – hört (Complete 81)</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>04. Stuhl, Stuhlgang - schleimig - blutig:(Complete)</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>

Abb. 2 Repertorisation Tag 5.

Verlaufsbeobachtung der homöopathischen Behandlung										
	Tag 1: Aufnahme	VAS	Tag 5	VAS	Tag 6	VAS	Tag 11	VAS	Tag 15	VAS
<b>Homöopathische Arznei:</b>	Start mit: Absinthum D12 2 × tgl. 5 Globuli		Kalium bromatum C30 3 Globuli		Kalium bromatum C30 Lsg bis 2 × /d bei Bedarf		bei Bedarf bis 2 × /d		bei Bedarf bis 2 × /d	
Sonstige Medikation/ Behandlungen	siehe Tabelle 1									
<b>Problem Wahn</b>	hört Stimmen, solle umgebracht werden durch Köpfen, Todesangst	9	wähnt eine Guillotine im Nebenzimmer, für ihn aufgebaut	10	erscheint weniger wahnhaft, provozierendes parasuizidales Handeln	9	deutlich gebessert, nur 1 × ggü. Personal wahnhafte Äußerung	3	keine Wahnsymptomatik	0
<b>Problem ängstliche Unruhe, Erregung</b>	fast ständig in Bewegung, kommt fortwährend zum Personal	8	agitiert, schreit aus Angst Personal an	10	agitiert, schreit nicht mehr	9	deutlich weniger unruhig	3	nur mehr kurze Unruhephasen ca. 2 × /Tag	2
<b>Problem Diarrhö</b>	grünlich-wässrige, blutig-schleimige Durchfälle 15–20 × /d	10	ca. 15 × /d	10		?		?	seit gestern 2–3 × /d hellbrauner Stuhlgang von normaler Konsistenz	2
<b>Problem Suchtdruck (Alkohol)</b>	vor Aufnahme tgl. hoher Alkoholkonsum	10	Tag 3: 1,43% Tag 4: 1,48%	10	Ausgangssperre, weiter hoher Suchtdruck	10	Ausgangssperre aufgehoben ab Tag 13	4	gestern geschafft, 2 Flaschen Bier weiterzuschenken	3
<b>Problem Hyponatriämie Antrieb / Energie</b>	127 mmol/l (ab Tag 1 Substitution) gesteigert	8	extrem gesteigert	10	119 mmol/l	9	131 mmol/l	3	133 mmol/l (Tag 14)	2

VAS = Visuelle Analogskala: 0 (gut / kein Problem) – 10 (schlecht / maximale Stärke des Problems)

Abb. 3 Dokumentation der Verlaufparameter unter homöopathischer Behandlung während der ersten beiden Wochen des stationären Aufenthalts.

### Poststationärer Verlauf

Der sonst nur inkompliant erlebte Sucht- und Borderline-Patient erschien zum vereinbarten poststationären Termin, war weiterhin guter Dinge und gab an, seinen Trinkdruck mit Kaffee, Kuchen und Rauchen zu besänftigen. Er finde Ausgleich in der Natur, beim Angeln. Er berichtete, seine „Tropfen“ bei abendlicher Unruhe mit Todesangst einzunehmen. Sie halfen bei visuellen Halluzinationen gut, z.B. wenn er eine schwarze, *angsteinflößende Maske* auf sich zukommen sehe.

Das Team entschloss sich, den stabilisierten, jedoch rückfallgefährdeten Patienten zur intervallmäßigen Krisenprävention geplant aufzunehmen. Während des Aufenthalts und einer Nachbeobachtungszeit von 3 Monaten blieb der Patient ohne Trinkrückfall und ohne Selbstverletzung und erschien nicht psychotisch. Ob *Kalium bromatum* auch den chronischen Verlauf nachhaltig positiv beeinflussen kann, wird sich zeigen.

### Exploration Arzneibild Kalium bromatum

Laut Boger [2] ist *Kalium bromatum* eine Arznei, die ihre Hauptwirkung auf der Gemüts- und Nervenbahn hat. Er nennt depressive Wahnideen dickgedruckt im ersten Absatz. Es werden Nachtangst, Melancholie und Reue, aber auch Gleichgültigkeit und Stumpfsinn nachfolgend aufgezählt. Alle diese Eigenschaften finden wir beim oben besprochenen Patienten.

Körperlich nennt Boger in der Arzneibeschreibung eine schneidende Kolik mit rasch eintretendem Kollaps (er suchte aufgrund der Bauchschmerzen die Rettungsstelle auf; Hyponatriämie von 117mmol/l →Kollaps). Auch Phatak [3] spricht von „suizidalen Wahnideen“.

In einer gezielten Befragung des stabilisierten Patienten entdeckten wir weitere für *Kalium bromatum* typische Symptome, wie die Akne in der Kindheit, eine sexuelle Dysfunktion (nach Prostataktomie), häufige Schwindelzustände sowie die nächtliche Verschlimmerung vieler Symptome. Ein homöopathisch arbeitender Kinderarzt berichtete vom häufigen Einsatz der Arznei bei Waisenkindern. Auch unser Patient kennt seine leiblichen Eltern nicht; er wuchs in einer Adoptivfamilie auf.

## Kasuistik 2: Ferrum carbonicum – dissoziative Störung

### Aufnahmebefund

Ein 23-jähriger Patient stellt sich vor mit „Panik- und Bewegungsstörungen“, ca. 6–7 Anfälle pro Tag, sowohl tagsüber als auch nachts. Diese seien rezidivierend seit 5 Jahren bekannt, momentan durchgehend seit 1,5 Jahren täglich auftretend. Eine internistische, neurologische und HNO-ärztliche Abklärung erfolgte ohne hinweisende Befunde. Seither werden die Anfälle unter der Diagnose einer dissoziativen Störung (F44.8) geführt. Für den Patienten ist eine ausschließlich psychische Ursache schwer anzunehmen. Keine sonstigen Erkrankungen, keine Medikation.

Die Anfälle würden sich folgendermaßen ereignen: Ihm ziehe sich die Nase zu, als würde sie jemand zuhalten. Außerdem verspürte er ein Knotengefühl in der Nase, manchmal auch als ob jemand den Knoten von außen gemacht hätte, sodass er keine Luft mehr bekomme. Dieser Zustand halte dann für etwa 10 Sekunden an. Sein Magen verkrampfe sich. Fremdanamnestisch wird eine Verlangsamung der Motorik bei sonst vollem Bewusstsein beobachtet. Subjektiv das Gefühl, nicht sprechen und nicht schlucken zu können. Die Hände würden sich verkrampfen, er könne sie nicht mehr richtig steuern. Die Anfälle gingen stets mit Herzrasen, Hyperventilation und Angst vor dem Umfallen einher. Er beschreibt Angst vor der Angst und Todesangst. Objektiv wurde ein bläuliches Anlaufen des Patienten beobachtet und dass ihm Gegenstände währenddessen auf den Boden fielen. Er wirke dabei abwesend und würde nicht sprechen. Zeitweise schlage der Patient heftig gegen eine Wand und habe Speichel am Mund sowie einen abwesenden Blick. Mögliche Auslöser sind Grübeln oder Wut.

Der erste Anfall sei aufgetreten, als er mit seinem Vater auf dem Weg zur Arbeit gewesen sei, wo beide arbeiteten. Er reflektiert, dass es ihm nicht gefalle, mit dem Vater im gleichen Betrieb zu arbeiten. Der Patient zeigt sich vor allem bei beruflichem Stress instabil und unsicher. Ein starker Wunsch nach mechanischer Arbeit mit Vorliebe zu Eisen besteht. In der Vergangenheit verschiedene traumatische

Kindheitserlebnisse durch extreme Demütigung und Mobbing, vor allem durch männliche Mitschüler. Schwierigkeiten, eigene Grenzen der Belastbarkeit wahrzunehmen, und größere Probleme, diese der Umwelt gegenüber zu äußern, ohne sich schuldig zu fühlen – daraus resultiert starke innere Anspannung.

### Verlauf

Nach 7 Wochen stationärer, psychotherapeutischer Behandlung traten weiterhin mindestens 5 Anfälle pro Tag auf. Eine homöopathische Anamnese erfolgte und die Gabe von *Ferrum carbonicum* C30 2 Wochen vor der Entlassung; im Anschluss Sistieren der Anfälle für 9 Tage; am 9. Tag 3 leichte Anfälle tagsüber unter starker Anspannung. Daraufhin wurde *Ferrum carbonicum* C30 wiederholt und die Anfälle sistierten bis zur Entlassung, auch gab der Patient an, weniger zu grübeln. 6 Wochen später gab der Patient in einem Telefonat an, dass zwischenzeitlich insgesamt nur 3 Anfälle aufgetreten seien (**Abb. 4**).

### Zur Arzneiwahl Ferrum carbonicum

Anregung nach Scholten [4]:

- **Carbonicum-Anteil:** Problematik des Selbstwerts und des Selbstvertrauens. Schwierigkeiten mit der Identifikation der Vaterfigur. Dauerhaftes Gefühl, unterlegen zu sein. Im Kontakt schüchtern, verlegen, Suche nach Sicherheit. Problematik durch den Beruf ausgelöst. Schwierigkeiten bei der Berufswahl. Orientierung am Beruf des Vaters.
- **Ferrum-Anteil:** Väterliche Dominanz. Angst vor fremden Aggressionen, Angst vor Konflikten und Zornesausbrüchen, eigene Unterdrückung von Wut und Zorn, stark angepasst, Widerspruch und Aggressionen werden unterdrückt, starkes Pflichtbewusstsein, großes Durchhaltevermögen, nur unterbrochen durch die Anfälle, wirkt hart, zeitweise nicht erreichbar im Kontakt, freudlos. Deutliche Angst vor negativer Bewertung anderer und Abqualifizierung. Entschlossen in mechanischen Dingen, kaum darüber hinaus Interessen, starke Selbstbeherrschung, vor allem gegenüber Emotionen und Disziplinen. Stundenlanges Arbeiten. Starke Affinität zu Eisen.

Verlaufsbeobachtung der homöopathischen Behandlung										
	Erstanamnese: Tag 46 nach stationärer Aufnahme	VAS	Tag 53	VAS	Tag 53	VAS	Tag 59	VAS	Tag 80 (Telefonat)	VAS
Homöopathische Arznei	<i>Ferrum carbonicum</i> C30 3 Globuli				<i>Ferrum carbonicum</i> C30 3 Globuli					
sonstige Behandlung	Psychotherapie seit Aufnahme; keine sonstigen Medikamente									
Problem „Motorische Anfälle“	2–5 × Nacht und 3–4 × Tag jeden Tag		keine seit Arzneimittelgabe		3 „kleine Anfälle“		keine Anfälle nach Arzneimittelwiederholung (Tag 53)		2 „kaum merkbare Anfälle“, nur nachts seit Tag 53	
Problem Grübeln		7		4		4		3		3
Problem Schlaf	Ein- und Durchschlafprobleme, „ständig unterbrochener Schlaf“ Gesamtschlafdauer (GSD): max. 6 h	8	„Schlafe richtig gut“ GSD: 8–10 h	1	keine Ein- oder Durchschlafstörungen GSD: 8–10 h	0	-	0	-	0
Stimmung		4		0		1		1		1
Antrieb / Energie		5		2		2		2		2

VAS: Visuelle Analogskala 0 (gut / kein Problem) – 10 (schlecht / maximale Stärke des Problems)

Abb. 4 Dokumentation der Verlaufparameter unter homöopathischer Behandlung im Fall eines Patienten mit dissoziativer Störung.

## Diskussion

In beiden Kasuistiken aus dem Stationsalltag in Angermünde wird der personotrope Ansatz, wie er in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Therapie mithilfe der Homöopathie ergänzt werden kann, gezeigt. Rund die Hälfte unserer psychiatrischen Patienten auf den Stationen mit homöopathisch ausgebildeten Ärzten wurde bisher homöopathisch mitbehandelt. Davon sprachen etwa ⅔ positiv auf die Homöopathie an. Weitere Versorgungsforschung wäre hier sinnvoll und notwendig.

### Online zu finden unter:

<http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-110481>

### ●● Literatur

- [1] **Barthel H, Hrsg.** Synthetisches Repertorium 5. Aufl Stuttgart Haug 2005
- [2] **Boger C. M.** Synoptic Key zur homöopathischen Materia Medica. Hamburg: von der Lieth 2008
- [3] **Phatak S.** Homöopathisches Repertorium. München: Elsevier 2006
- [4] **Scholten J.** Homöopathie und die Elemente. 2010
- [5] **Ergebnisdokumentation chronische Krankheit.** Arbeitskreis Dr. Georg Haggenmüller; 2015



Medizinisch-Soziales Zentrum  
Uckermark gGmbH  
Krankenhaus Angermünde  
Rudolf-Breitscheid-Str. 37  
16278 Angermünde

Im Bild v.l.n.r.: **Dr. med. Andrea Bitter** aus Österreich (Allgemeinmedizinerin, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Homöopathie-Diplom ÖGHM und ECH, Zusatzbezeichnung Homöopathie, Weiterbildungsermächtigung Homöopathie für 6 Monate). **Dr. med. Julia Geisler** aus Freiburg (im 5. Weiterbildungsjahr zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Homöopathie-Diplom Anwärterin). **Dr. med. Claudia Thiele** aus Berlin (im 3. Weiterbildungsjahr zur Fachärztin für Allgemeinmedizin, Homöopathie-Diplom des DZVhÄ).

### Priv. Allgemeinmedizin & Homöopathie

Wer hat Lust, meine Praxis mit gutem Patientenstamm in Hamburg, sehr gute Lage, schöne große Räume, zu übernehmen? Auch Praxisgemeinschaft möglich.

E-Mail: [HinaHamburg@web.de](mailto:HinaHamburg@web.de)