**Zeitschrift:** Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband

**Band:** 94 (1996)

**Heft:** 11

**Artikel:** Homöpathie und Schulmedizin

**Autor:** Mattmann

**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-950626

**Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

**Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

**Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

**Download PDF:** 04.08.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch**

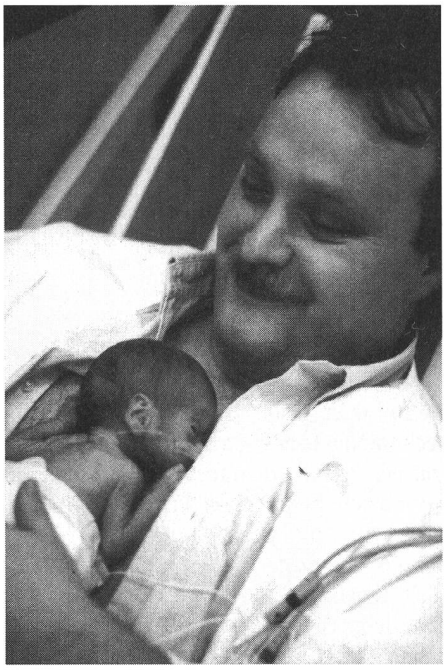

Foto: Barbara Bavatz

*Monate getan hatte. Als sie es mir endlich gaben, durchflutete mich Erleichterung. Die Erschütterung wechselte in übertriebene Ruhe und stechende Klarheit. Ich hielt sein entstelltes Händchen in meiner Hand und dachte – das ist keine grosse Sache. Ich streichelte seine verunstaltete Augenbraue, das eingesunkene Gesicht, und schnell, zu schnell nahmen sie es wieder von mir weg» (3).*

Für die Hebammen ist das Dilemma fast unlösbar: Die einen sollen überleben und tragen dennoch oft Behinderungen davon. Den andern wird das Dasein verweigert, weil aufgrund pränataldiagnostischer Massnahmen Behinderung festgestellt wurde.

## Erheben Sie Einspruch

Felder plädiert dafür, dass die Aufgaben der Hebamme und der Pflegenden insbesondere darauf ausgerichtet werden, die natürliche Gesundheit, Lebendigkeit, Menschlichkeit und Würde sowohl der Frau als auch des Kindes zu schützen, zu unterstützen und notfalls zu verteidigen.

«Ergreifen Sie das Wort: Mischen Sie sich ein, wenn Sie in ein ethisches Dilemma geraten, erheben Sie Einspruch und fragen Sie immer wieder: «Weshalb tun Sie das, wie begründen Sie das?». Damit können sie wenigstens eine ethische Diskussion auslösen», rät die Sozialethikerin Dr. *Ruth Baumann-Hölzle.* Eine Hebamme aus dem Publikum gibt zu bedenken, dass sich Eltern trotz guter Information oft nicht wirklich vorstellen können, wie es dann wirklich sein wird, ein Kind mit Trisomie oder einem Herzfehler zu haben. Baumann «erinnert daran, welch grossen Zwängen besonders die Frauen ausgesetzt seien. Sie könnten die Verantwortung für oder gegen einen Abort nicht alleine tragen. Und um längerfristig eine Verbesserung herbeizuführen, sei es sinnvoll, die Eltern auch nach einem Geschehen zu fragen: «Was hätten Sie von uns gebraucht?». Sonst würde sich nichts ändern.

Die Psychologin *Harsha Adler* wirft in die die Diskussion ein, dass Ethik ein Prozess sei, dass uns im Alltag aber oft die Zeit fehle, um diesen Prozess zu durchlaufen. «Ausserdem spielt neben der Ratio und den Gefühlen immer noch das Schicksal mit. Das anzuerkennen hilft mit, mögliche Schuldgefühle abzubauen.»

Ein Blick in das Publikum zeigt: Die Hebammen und Pflegenden sind inspiriert und begeistert von dem sanften Umgang mit Frühgeborenen – und gleichzeitig haben sie ihre eigene Arbeitssituation vor Augen, die zu oft noch keinerlei Behutsamkeit zulässt. Wie also könnte eine Verbesserung am eigenen Arbeitsort erreicht werden? Dr. Klaube rät: «Fragen Sie doch immer wieder freundlich Ihren Chef:

«Warum – muss das Kind intubiert werden? Warum darf man das Kind erst ab 2000 g Körpergewicht stillen? Warum darf ein beatmetes Kind nicht aus dem Inkubator herausgenommen und in die Arme der Mutter gelegt werden?» Und lassen Sie sich die Antworten begründen.»

Am Schluss gibt Harsha Adler den Teilnehmenden noch folgendes chinesische Wort auf den Weg: Die Weisen leben sorgfältig – Sorgfältig gehen Sie mit der Welt um – Mit Sorgfalt für alle – Füllen sie ihre Herzen.

### Literaturverzeichnis


(1) Strobel Kornelia: Frühgeborene brauchen Liebe. 1988. Kösel

(2) Rümhofer, Heidi: Hoffnung für eine Handvoll Leben. 1995. H. Fischer

(3) Jeanne McDermott: Kindergesicht. In: Spuren, Nr. 41. 1996, S. 32

(auch lesenswert:)

Körner-Armbruster Angela: Totgeburt weiblich. Ein Abschied ohne Begrüssung. 1994. Goldmann


# Homöopathie und Schulmedizin

B. Hochstrasser, Pl. Mattmann, Psych. Uniklinik Burghölzli Zürich

## Einleitung

Alternative Heilmethoden zur modernen naturwissenschaftlichen Medizin werden in der westlichen Welt zunehmend populärer. Gemäss einer Studie von SERMEUS (2) konsultierten 6–24% der Bevölkerung von neun europäischen Ländern einen komplementärmedizinischen Heilpraktiker. Homöopathie war dabei die häufigste Therapieform, gefolgt von Akupunktur und manueller Therapie.

Als mögliche Gründe für die wachsende Beliebtheit alternativer Heilmethoden nennt ALDRIDGE (4) den psychosozialen Ansatz, das Verständnis der Gesundheitssuche des Patienten als Sinngebung und die Tatsache, dass bei komplementärmedizinischen Heilverfahren der Patient und Konsument aktiv in die Therapieentscheidungen und Prozesse miteingeschlossen wird.

Die Homöopathie als die in Europa am längsten etablierte alternative Heilmethode weist eine grosse Anzahl von Publikationen auf, die allerdings nach HORNUNG (5) zum überwiegenden Teil wissenschaftlichen Standards nicht genügen. Meistens handelt es sich um kasuistische Berichte, wie es der Vorgehensweise der Homöopathie entspricht. Die Mehrzahl der homöopathischen Arzneimittelbilder wurde im 19. und 20. Jahrhundert entwickelt, wobei diese allerdings nach CAMPELL (6) einer erneuten Überprüfung bedürfen.

Der Vergleich homöopathischer und naturwissenschaftlicher therapeutischer Verfahren erweist sich aus mehreren Gründen als problematisch: Das in der naturwissenschaftlichen Medizin bewährte methodische Modell des randomisierten Doppelblindversuchs ist nach RIGHETTI (9) ungeeignet, denn «in der Homöopathie lässt sich der Krankheitsbegriff weder in eine klinische Diagnose hineinzwängen, noch lässt sich in der Regel eine standardisierte Arznei gegen bestimmte klinische Diagnosen finden». Eine Untersuchung spezifischer Risikogruppen, basierend auf einer einheitlichen Diagnostik und hinsichtlich spezifischer Outcome-Kriterien, ist also nicht durchführbar, da die erwähnten Therapieformen ungleiche «diagnostische Systeme» verwenden.

Ein methodischer Ansatz, der nach HORNUNG (5) dem Prinzip der Individualität der

Behandlung gerecht wird, wurde von GIBSON ET AL. (14) benutzt: In einem randomisierten Doppelblindversuch wurde 46 Patienten mit Polyarthritis zusätzlich zur Weiterführung einer limitiert wirksamen Therapie mit Antirheumatika ein individualisiertes homöopathisches Mittel oder ein Placebo verabreicht. Dabei zeigten die homöopathisch behandelten Patienten signifikante Verbesserungen gegenüber den plazebobehandelten in mehreren Parametern, jedoch wurde die Analyse nicht stratifiziert nach Antirheumatikatherapie durchgeführt. Störend für den Homöopathen war zudem die Tatsache, nicht zu wissen, ob sein Patient Verum erhielt, da zur Validierung des Arzneimittelbildes und der Therapie die Beobachtung der therapeutischen Reaktion ein wichtiges Kriterium darstellt. Aus diesem Grunde wird die blinde Substanzabgabe von vielen Homöopathen abgelehnt, zumal auch angenommen wird, dass die wissentliche Bejahung der Behandlung durch den Patienten für den therapeutischen Effekt wichtig sei.

## *Erfolgversprechende Untersuchungsmethodik*

Die Entwicklung einer erfolgversprechenden, zwischen konventioneller und homöopathischer Behandlung vergleichenden Untersuchungsmethodik lässt sich am ehesten an einem Themenbereich vollziehen, der trotz den Unterschieden in Nosologie und Therapie gemeinsam definierbare Ausgangskriterien anbietet. Die Beobachtung von Schwangerschaft und Geburt eignet sich besonders gut zu diesem Zwecke, da ihr positiver Ausgang in jedem Fall die Geburt eines gesunden Kindes ist.
Als weitere Erfolgskriterien für den Schwangerschaftsausgang können a) qualitative Parameter des Schwangerschaftsverlaufs (Beschwerden, Komplikationen), b) Indikatoren des Geburtsverlaufs (Fortschreiten der Wehentätigkeit, Öffnung des Muttermundes), c) die Rate der operativen Eingriffe (Sectio, Zangen- und Vakuumextraktion), d) die Rate medikamentöser Interventionen, e) die Rate geburtsassoziierter Pathologien (Dammriss, Hämorrhagien, Infektionen) und f) das subjektive Geburtserlebnis herangezogen werden.
Voraussetzung hierfür ist, dass sie klar und systematisch registriert werden. Als kindliche Parameter eignen sich Gewicht und Grösse des Kindes, Apgar-Score und Nabelschnur-pH; zur Beurteilung des Verlaufs des Wochenbetts können die Rate von Wochenbettpathologien und die Stilltätigkeit herangezogen werden.
Angesichts der erwähnten methodischen Schwierigkeiten bleibt als praktikable Lösung für eine solche vergleichende Untersuchung des konventionellen und homöopathischen Therapieansatzes nur ein offenes Studien-Design, wobei der Vergleichbarkeit der untersuchten Populationen und der grösstmöglichen Kontrolle potentiell beeinflussender Variablen besondere Aufmerksamkeit zuteil werden muss.

## *Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung*

Schwangerschaft und Geburt sind an sich normale Prozesse mit einem typischen Verlauf. Bei Vorliegen bestimmter Ausgangssituationen oder interkurrenter Ereignisse sind sie allerdings störanfällig, was sich in Schwangerschaftsbeschwerden und -komplikationen, pathologischen Geburtsverläufen, mütterlicher und kindlicher Morbidität und Mortalität ausdrückt.
Seit der Mitte dieses Jahrhunderts hat sich die Müttersterblichkeit und die perinatale Mortalität in der westlichen Welt wesentlich gesenkt. Nach ACKERMANN (21) ist der wichtigste Parameter für die Überlebenschance das Geburtsgewicht des Neugeborenen.
Wesentliche mütterliche Faktoren, die in der Schweiz mit einem niedrigen Geburtsgewicht assoziiert sind, sind das Alter der Mutter (erhöhtes Risiko bei Alter unter 20 Jahren oder Alter über 35 Jahren), die Nationalität (Ausländerinnen haben häufiger untergewichtige Neugeborene), der Sozialstatus der Mutter (höhere soziale Schichten haben weniger untergewichtige Kinder) und der Zivilstand der Mutter (alleinstehende Mütter haben häufiger untergewichtige Kinder). Dieselben Faktoren beeinflussen die Säuglingssterblichkeit direkt, unabhängig vom Geburtsgewicht. Die Frühgeburtsrate wird durch sozioökonomische Verhältnisse (15, 25), interkurrente oder vorbestehende Krankheiten (26), vorbestehende Schwangerschaftsanamnese und höheres Alter (22) beeinflusst. Es zeigt sich, dass offensichtlich dieselben Risikofaktoren mit verschiedenen pathologischen Schwangerschaftsausgängen assoziiert sind.
Als Faktoren, die zur Senkung der perinatalen und mütterlichen Morbidität und Mortalität beigetragen haben, werden verbesserte sozioökonomische Verhältnisse, Ernährung, allgemein besserer Gesundheitszustand der Bevölkerung (22), Fortschritte in der Geburtsbetreuung und die Schwangerschaftsvorsorge angesehen (21, 24).
Untersuchungen haben wiederholt belegt, dass Schwangerschaftsvorsorge perinatale Mortalität, Mangelgeburtsrate und Frühgeburtlichkeit deutlich senkt (23, 30), besonders bei Erstuntersuchungen in der Frühschwangerschaft (31). Gemäss Gortmaker erklärt sich der Einfluss der Schwangerschaftsvorsorge auf die perinatale Mortalität durch ihre Einflussnahme auf die Mangelgeburtsrate.

## *Schulmedizinische Schwangerschaftvorsorge und Geburtshilfe*

Heutzutage werden Vorsorgeuntersuchungen und Betreuung in der Schwangerschaft auf die besonderen Risiken jeder Schwangeren ausgerichtet. SCHNEIDER UND KÖNIG (22) empfehlen aus praktischen Gründen die Berücksichtigung von 5 Risikokategorien. Entsprechend einem Flussdiagramm schlagen sie mindestens 14 Kontrolluntersuchungen vor, die dazu dienen, den Verlauf der Schwangerschaft und des Wachstums des Kindes zu überprüfen, die wesentlichen Befundrisiken zu erheben und bei entsprechenden Befunden ärztlich zu intervenieren.
Mit der Senkung der geburtsbezogenen Mortalität sind andere Parameter zur Evaluation von Schwangerschaftsbetreuung und Geburtsbegleitung in den Vordergrund getreten. Abort, Früh- und besonders Mangelgeburtsraten sind wichtige Schwangerschafts-Ausgangskriterien. Nach SCHNEIDER sollen auch die Rate von Sectio, Zangen-, und Vakuumextraktionen, der Verlauf der Wehentätigkeit und der Muttermundsentwicklung und das subjektive Erleben der Geburt gewürdigt werden. Als auf das Kind bezogene Parameter sind neben Geburtsgewicht und Entwicklung des Kindes der postnatale Apgar-Score und der Nabelschnur-pH entscheidend.
Zur naturwissenschaftlich begründeten Schwangerschaftsvorsorge und Geburtshilfe gibt es unzählige wissenschaftliche Publikationen, und die untersuchten Behandlungsstrategien finden heute in der schulmedizinischen Schwangerschaftsbetreuung und Geburtshilfe allgemein Anwendung.

## *Homöopathische Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung*

Die Indikation für eine homöopathische Intervention während Schwangerschaft und Geburt stellt das Vorhandensein einer «konstitutionellen Schwäche» der Schwangeren dar. Diese zeigt sich in einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, die sich meist auf allen Ebenen des Organismus in Symptomen und Zeichen äussert:

auf der geistigen, psychischen und physischen Ebene. Erfahrungsgemäss entwickeln heute rund 80–90% der Schwangeren eine konstitutionelle Schwäche. Diese kann unter der Geburt zu einer «energetischen Blockade» führen, die sich einerseits in den schulmedizinisch diagnostizierbaren Geburtspathologien (uterine oder zervikale Dystokie, regelwidriger Geburtsmechanismus, mangelnder Geburtsfortschritt) und andererseits im Auftreten individueller Geistes-, Gemüts-, Allgemein- und Lokalsymptome äussert. Eine «konstitutionelle Schwäche» oder «Traumatisierung während der Geburt» kann sowohl bei der Mutter als auch beim Kind zu Pathologien und Gesundheitsstörungen während des Wochenbetts führen.
Die Erfolgskriterien der homöopathischen Behandlung während Schwangerschaft und Geburt beziehen sich entsprechend der Kriterien homöopathischer Heilung auf die Gesamtsymptomatik der Schwangeren, wobei der subjektiven Befindlichkeit grösste Wichtigkeit zukommt. Weitere Kriterien sind die Entwicklung des Kindes und im Wochenbett Länge und Qualität der Stillzeit.

## *Kontrollierte Studien in der homöopathischen Geburtshilfe*

Zur homöopathischen Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung gibt es wenige Studien. Diese beziehen sich vor allem auf homöopathische Interventionen unmittelbar vor oder während der Geburt, die auf eine Verbesserung der Wehentätigkeit abzielen.
Im Tierversuch untersuchte WOLTER (36) die Wirksamkeit von Caulophyllum D30 bei Wehenschwäche an 42 Mutterschweinen im Doppelblindversuch mit Placebo. 79% der homöopathisch behandelten Schweine erfüllten die genannten Erfolgskriterien, im Vergleich zu keinem der placebobehandelten.
DEGUILLAUME (37) verabreichte 34 schwangeren Frauen im Doppelblindversuch mit Placebo Caulophyllum DH5 alle 15 Minuten bei Vorliegen von falschen Wehen oder Dystokien. Als Erfolgskriterium wurde die Beendigung der falschen Wehentätigkeit oder Dystokie innerhalb 2 Stunden nach der Medikamentengabe gewertet. Homöopathisch behandelte Frauen erfüllten dieses Erfolgskriterium zu 76,5% im Vergleich zu 11,8% der placebobehandelten Patientinnen. Diese Analyse wurde allerdings ohne Berücksichtigung der vorhergehenden schulmedizinischen Interventionen gemacht.
Ebenfalls sind Charakteristika der Frauen wie Alter, Parität und vorhergehende Schwangerschaftsverläufe nicht bekannt. AULAS (38) kritisierte zudem die Durchführung dieses Versuchs, die seiner Meinung nach Anlass gab zur Vermutung, dass der Doppelblindcode vorzeitig gebrochen wurde. Ebenfalls ist die kleine Zahl der Probandinnen zu bemängeln. Es stellt sich zudem die Frage, inwiefern das verwendete Erfolgskriterium Aussagekraft bezüglich des Geburtsverlaufs besitzt.

In der Zeitspanne von 1983 bis 1984 untersuchte ARNAL-LASERRE (18) gesamthaft 93 Schwangere im Doppelblindversuch einer homöopathischen Kombinationstherapie zu Placebo.
Die Behandlung bestand aus der doppelblinden Verabreichung von Placebo versus einer homöopathischen Kombination von Aceta Racemosa, Arnica, Caulophyllum, Gelsemium und Pulsatilla in einer Potenz von CH5, welche ab dem 9. Schwangerschaftsmonat 2mal täglich und mit Beginn von Kontraktionen jede Viertelstunde während 2 Stunden oder bis zur Beendigung der kontraktionsbedingten Schmerzen eingenommen wurden. Als Erfolgskriterien wurden die Anzahl Dystokien und die Geburtsdauer beurteilt. Ausgeschlossen aus der Analyse wurden Schwangere, deren Behandlungsdauer nicht 15 Tage umfasste oder welche eine zusätzliche schulmedizinische Therapie bzw. eine Sectio benötigten. Die homöopathisch behandelte Gruppe zeigte eine signifikant kleinere Anzahl Dystokien und eine kürzere Geburtsdauer im Vergleich zu den placebobehandelten Frauen. Die Autorin führt an, dass die Parität und das Einhalten des Geburtstermins beider Gruppen vergleichbar waren. Eine Stratifizierung der Analyse nach Alter und vorheriger Schwangerschaftsanamnese wurde jedoch nicht vorgenommen. Zusätzlich erscheint es problematisch, dass die Notwendigkeit von schulmedizinischen Interventionen nicht als Outcome gewertet wird.
VINTOSKOVSKY UND POPOV (39) untersuchten 102 Schwangere unter prophylaktischer homöopathischer Therapie, 104 Schwangere unter prophylaktischer konventioneller Therapie und 151 Frauen ohne Therapie, die ein erhöhtes Risiko für uterine Kontraktionsstörungen und daraus folgende Hämorrhagien aufwiesen. Einschlusskriterien waren folgende Indikatoren eines erhöhten Risikos für Wehenschwächen: primäre Sterilität, vorausgehende chronische Adnexinfektion, vorausgehender induzierter Abort oder häufige Spontanaborte, Menstruationszyklusstörungen, drohender Abort in der gegenwärtigen Schwangerschaft u.a.m.
Ausschlusskriterien waren Frauen mit fetoplazentaler Insuffizienz, Abnormitäten der fetalen Entwicklung, Mehrlingsschwangerschaften, Hydramnios, Placenta praevia, Präeklampsie und schwerwiegender Allgemeinerkrankung. Ebenso wurden Frauen ausgeschlossen, die eine Übertragung nach der 40. Schwangerschaftswoche aufwiesen. Die Frauen wurden randomisiert den drei Behandlungsstrategien zugeteilt. Bezüglich Alter und Parität waren die Untersuchungsgruppen vergleichbar.
Die homöopathische Behandlung bestand aus einer Mischung von Pulsatilla, Secale, Caulophyllum, Aceta racemosa und Arnica ab zwei Wochen vor Termin und während der Geburt. Die herkömmliche Behandlung bestand aus Synestrol, Galascorbine, Glutamat, Thyamin, Pyridoxin, Linetol und Glutathion, beginnend 10 Tage vor Termin. Bei Beginn der Geburt wurde die traditionelle Medikation in erhöhter Dosis zusätzlich gegeben. Die Geburt wurde kardiotokographisch überwacht. Oxytocin und Progesteron wurden benützt zur Behandlung von Wehenschwächen und zur Weheninduktion und bei frühzeitigem Blasensprung.
Die homöopathische Behandlung reduzierte jedoch signifikant falsche Wehentätigkeit und ineffektive Weheninduktion und verzeichnete einen geringeren Blutverlust. Keine statistisch signifikanten Unterschiede fanden sich in der Sectiorate oder dem Einsatz uterotoner Medikamente. Die Zangenextraktion wurde am häufigsten in der nicht therapierten Gruppe benützt, gefolgt von der traditionell therapierten Gruppe. Keine Zangenextraktion fand sich in der homöopathisch behandelten Gruppe. Wegen der geringen Anzahl von Zangenextraktionen gesamthaft liess sich jedoch kein sinnvoller statistischer Vergleich zwischen den Untersuchungsgruppen durchführen. Die Apgar-Scores der Neugeborenen waren in allen Gruppen vergleichbar. Als Kritikpunkt muss man erwähnen, dass kein Doppelblinddesign verwendet wurde. Aus homöopathischer Sicht wiederum lässt sich anführen, dass eine Medikamentenkombination und keine individualisierte Therapie durchgeführt wurde. Trotzdem weist diese Untersuchung darauf hin, dass homöopathische Medikation in der verabreichten Kombination nicht weniger wirksam ist als die schulmedizinische Therapie.

Der ungekürzte Artikel *«Homöopathie und Schulmedizin in der Schwangerschafts- und Geburtsbetreuung»* ist in den Schweiz. Med. Wochenschriften 1994; 124 (Suppl. 62): 28–35, erschienen und bei Schwabe & Co. AG, Steinertorstrasse 13, 4010 Basel, zu beziehen.

Die Literaturliste können Sie gegen ein frankiertes und an Sie adressiertes Couvert **in der Redaktion** bestellen.