Weibliche Fertilitätsstörungen

Vergleich homöopathischer Einzelmittel- mit konventioneller Hormontherapie

I. Gerhard, G. Reimers, C. Keller, M. Schmück

Kurzfassung

21 Frauen mit hormonell bedingter oder idiopathischer Sterilität wurden nach klassischer Repertorisation mit homöopathischen Einzelmitteln behandelt. Ihnen wurden 21 Frauen zugeordnet, die während desselben Zeitraums wegen derselben Art der Sterilität mit Hormonen behandelt worden waren. Beide Patientengruppen entsprachen sich in allen Kriterien, von denen durch frühere Studien bekannt war, daß sie die Schwangerschaftsprognose beeinflußten (Alter, Dauer des Kinderwunsches, Art der Sterilität, Uterus-, Tuben-, andrologischer Faktor, Bodymass-Index, Art der Zyklusstörung). In beiden Gruppen traten 6 Schwangerschaften ein (28,5%). In der Homöopathie-Gruppe endeten alle Schwangerschaften mit einer Geburt, in der Hormongruppe lediglich 2, während 4 Patientinnen eine Fehlgeburt erlitten. In der Homöopathie-Gruppe konnte bei 50% der Frauen eine Normalisierung der Hormonstörungen erreicht werden und bei 19% der Patientinnen eine Besserung verschiedener funktioneller Beschwerden. In 10% traten vorübergehend Nebenwirkungen auf. In der Hormongruppe traten keine Besserungen ein, außerdem verschlechterte sich der Allgemeinzustand bei 29% der Patientinnen. Die Kosten-Nutzen-Analyse für die erzielten Schwangerschaften ergab bei vergleichbarem ärztlichem Zeitaufwand eine Reduktion der Medikamentenkosten um mindestens den Faktor 10.

Summary

Twenty-one women with unexplained infertility or sterility caused by hormonal disorders were treated with homeopathic single remedies after classical repertorisation. They were matched with 21 women who were treated with hormones for the same type of sterility during the same period of time. Both groups of patients matched in all criteria that were known to influence pregnancy prognosis by previous studies (age, duration of childnessless, type of sterility, uterine, tubal, andrological factor, body mass index, type of menstrual disorder). Six pregnancies occurred in each group (28.5%). In the group treated with homeopathic drugs, all patients delivered a baby, while in the group treated with hormones only two patients gave birth and four had an abortion. In 50% of the women treated with homeopathy the hormonal disorders could be eliminated and in 19% of them various functional disorders could be improved. Transient side-effects were noted in 10% of those patients. In the group of patients treated with hormones, however, no amelioration could be achieved, but the general condition of 29% of them even deteriorated. Cost-benefit analysis for pregnancies achieved showed that the expense for drugs was at least ten times less in the group treated with homeopathy, the amount of time spent on each patient being the same in both groups.

Schlüsselwörter

Weibliche Fertilationsstörungen,
Homöopathische Einzelmittel
Hormonstörungen

Obwohl Schlüren bereits 1977 sein Lehrbuch über die Homöopathie in der Frauenheilkunde veröffentlichte, gibt es bis heute keine Studien, die über die Wirksamkeit der Homöopathie bei gynäkologischen Erkrankungen berichten. Bei diversen Literaturrecherchen konnten nur zwei recht mangelhafte Arbeiten gefunden werden, die angaben, daß bei Uterus myomatosus mit Hilfe der Homöopathie ein Wachstumsstillstand der Myome und eine Besserung der Hypermenorrhoe erzielt werden konnte (Popov 1992), bzw. daß Ovarialzysten in ihrer Größe zu reduzieren waren (Gimeno 1991). Da an unserer Klinik seit einigen Jahren die Akupunkturbehandlung als Alternative zur medikamentösen Therapie zur Verfügung stand und positive Ergebnisse sowohl bei weiblicher als auch männlicher Fertilitätsstörung zu verzeichnen waren (Gerhard u. Postneek 1988, 1992, Gerhard et al. 1992a, b), wurde in einer ersten Pilotstudie auch die Homöopathie überprüft (Gerhard et al. 1993a). Inzwischen liegen einige gute Studien mit positiven Ergebnissen zur Wirksamkeit der Homöopathie vor (Kleijnen et al. 1991, Brigo 1987, Wiesenauer et al. 1989, Reilly et al. 1986, Maiwald et al. 1988, Bordes u. Dorfmann 1986). Nach wie vor ist jedoch der Wirkungsmodus der homöopathischen Mittel nicht bekannt (Righetti 1988, Weingärtner 1992). Da die Homöopathie kein allgemein anerkanntes Therapieverfahren ist, war es nicht möglich, eine randomisierte Studie durchzuführen. Um den Erfolg dieser Therapie mit den herkömmlichen Behandlungen vergleichen zu können, wurde in der vorliegenden Studie das Verfahren der Matched Pairs angewandt.

Abbildung 1 Die Autorin der Studie mit zwei Babys

Material und Methodik

Seit Juni 1990 ist an der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg die homöopathische Behandlung von Frauen mit Kinderwunsch möglich. Im Rahmen der routinemäßigen Sterilitätsdiagnostik waren bei allen Frauen folgende Untersuchungen durchgeführt worden: vom 2.–5. Zyklustag nach spontaner oder medikamentös induzierter Menstruation wurden die basalen Hormone bestimmt: LH, FSH, Prolaktin, Testosteron, DHEAS, Östradiol-17β, TSH, T3, T4. 30 min nach Stimulation mit 200 µg TRH i. v. wurden die Konzentrationen von Prolaktin und TSH erneut gemessen. Bei Frauen mit Hyperandrogenämie (Testosteron > 400 pg/ml und/oder DHEAS > 4500 ng/ml) wurde ein ACTH-Test durchgeführt mit Bestimmung der Konzentrationen von 17-Hydroxyprogesteron, 21-Desoxycortisol, Androstendion, Cortisol, DHEA, DHEAS, Testosteron, Dihydrotestosteron basal und 60 und 120 min nach 0,25 mg ACTH i. v. Zwischen dem 20. und dem 25. Zyklustag erfolgten dreimalige Bestimmungen von Progesteron, Östradiol-17β und Prolaktin. Am Ovulationstermin oder, bei anovulatorischen Patientinnen, nach Vorbehandlung mit Östrogenen wurde der Sims-Huhner-Postkoitaltest durchgeführt. Er galt als positiv, wenn mindestens ein gut propulsiv bewegliches Spermium bei 400facher Vergrößerung 8–12 Stunden nach sexuellem Verkehr im Muttermundschleim nachweisbar war. Bei negativem Ausfallen des Sims-Huhner-Postkoitaltestes wurde der Kremer-in-vitro-Spermienpenetrationstest durchgeführt, wobei auch Donorsperma und Donormukus eingesetzt wurden.

Die Tubendiagnostik erfolgte bei den Patientinnen in der Regel mithilfe der Hysterosalpingographie oder, falls diese schon länger als ein halbes Jahr zurücklag, mit der Chromolaparoskopie. Wie wir in früheren Untersuchungen zeigen konnten (Gerhard u. Runnebaum 1992a, b, Gerhard et al. 1993c, Eckrich u. Gerhard 1992), wirken sich auch Schadstoffbelastungen auf die weibliche Fertilität aus. Aus diesem Grund wurden bei der Mehrzahl der Patientinnen verschiedene Pestizide im Vollblut überprüft (Pentachlorphenol, Hexachlorcyclohexan, Hexachlorbenzol, DDE, DDD, DDT, polychlorierte Biphenyle). Außerdem wurde ein Schwermetall-Ausschwemmtest mit dem Chelatbildner Dimercaptopropionsulfonsäure (DMPS) (Gerhard et al. 1992c) durchgeführt. Im basalen und stimulierten Urin wurden die Konzentrationen von Cadmium, Blei, Quecksilber, Arsen und Kupfer gemessen und auf die Kreatininausscheidung bezogen. Genaueres zur Labormethodik ist den bereits oben zitierten Arbeiten zu entnehmen.

In die vorliegende Studie wurden nur solche Patientinnen aufgenommen, bei denen länger als zwei Jahre Kinderwunsch bestand und bei denen folgende Kriterien erfüllt waren:

- sicher ein gut durchgängiger Eileiter (Hysterosalpingographie und/oder Chromolaparoskopie)
- normales bis höchstens leicht eingeschränktes Spermiogramm
- normaler Kremer-in-vitro-Spermien-Penetrationstest
- im Sims-Huhner-Postkoitaltest mehr als ein mobiles Spermium bei 400facher Vergrößerung

Tabelle 1 Vergleich der wichtigsten Variablen der Homöopathie- und Hormongruppe (je n = 21)

		Homöopathie	Hormontherapie
Alter (Jahre)	25-30	8	8
	31-35	10	11
	36-40	3	2
KW Dauer (Jahre MW)		4,95	4,83
Diagnosen			
Primäre Sterilität		13	13
Sekundäre Sterilität		8	8
patholog. Tubenfaktor		1	2
Endometriose		3	3
Myome		4	1
Eingeschr. Andrologie		6	2
Zyklusstörungen			
Sekundäre Amenorrhö		2	3
Oligo-/Amenorrhö		1	0
Anovulation		0	1
Hormonstörungen			
Hyperandrogenämie		2	1
Hyperprolaktinämie		2	1

– Ausschluß eines Hypophysentumors, einer Hypo- oder Hyperthyreose, einer vorzeitigen Ovarialinsuffizienz, einer schweren hypothalamisch-hypophysären Regulationsstörung.

Den Frauen mit Kinderwunsch war in der Sprechstunde entweder eine Therapie mit den herkömmlichen Hormonpräparaten angeboten worden oder eine homöopathische Behandlung. In der Regel handelte es sich um Frauen, die schon verschiedene Hormonkuren hinter sich hatten und bisher erfolglos behandelt worden waren. Waren die Frauen mit der homöopathischen Therapie einverstanden, so erhielten sie nach typischer Repertorisation ein Einzelmittel. Kontrollen mit Beurteilung der Basaltemperaturkurve und der Beschwerdeliste (Zehner-Analogskala) erfolgten alle 4–6 Wochen. Je nach Symptomatik konnte auf andere Einzelmittel umgestellt werden. War innerhalb von 3–4 Monaten keine Schwangerschaft eingetreten, so wurden die Hormone, der Postkoitaltest und die Follikelreifung durch Ultraschall genauso wie im Diagnostikzyklus kontrolliert. 6–7 Monate nach Beginn der homöopathischen Therapie wurde diese abgeschlossen und den Frauen empfohlen, noch 3 Monate den Langzeiteffekt abzuwarten, ehe sie mit einer hormonellen Therapie oder der In-vitro-Fertilisation fortfuhren.

Insgesamt 21 Frauen wurden klassisch homöopathisch auf diese Art von einem Arzt betreut. Jeder Homöopathie-Patientin wurde aus ca. 600 Frauen der Hormonsprechstunde eine Hormontherapie-Patientin zugeordnet, die ihr in folgenden Kriterien entsprach: Alter (± 1 Jahr genau), Dauer des Kinderwunsches, Art der Sterilität, Uterus-, Tuben-, andrologischer Faktor, Bodymassindex und Art der Zyklusstörung (Tab. 1). Diese Frauen wurden je nach Hormonstörung individuell therapiert, wobei neben der Therapie mit Antiöstrogenen auch sog. Gonadotropinkuren, GnRH-Analoga, die pulsatile GnRH-Therapie, Inseminationen und In-vitro-Fertilisationen eingesetzt wurden (Näheres s. Gerhard et al. 1988a, b, c, 1990b, 1991, 1992e, Junkermann et al. 1989, Matt et al. 1992). Als Erfolge wurden Schwangerschaften, Normalisierung von hormonellen oder Menstruationsstörungen sowie nicht mehr nachweisbare Myome am Ende der Therapie gewertet.

Tabelle 2 Erfolgsrate in den beiden Therapiegruppen

	Gruppen			
	Homöopathie		Hormontherapie	
Erfolge	n	%	n	%
Schwangerschaften	6 von 21	29	6 von 21	29
Baby-Take-Home-Rate	6 von 21	29	2 von 21	10
Myomreduktion	2 von 4	> (50)	1 von 1	> (14)
Hormonstörung behoben	3 von 6		0 von 6	
durchschnittliche Therapiedauer (Monate)	4,8		16,5	

Ergebnisse

Homöopathie-Gruppe

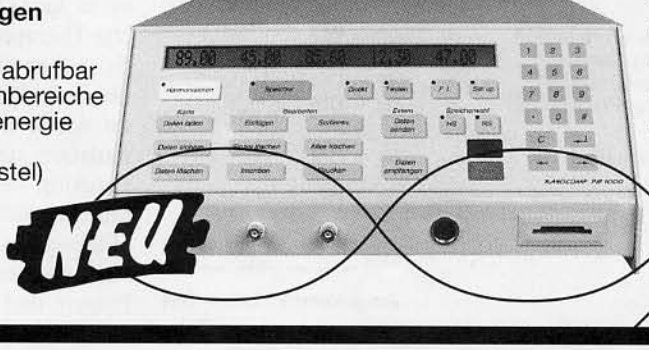
Hier ergaben sich bei 21 Frauen 6 Schwangerschaften (28,5%) (Tab. 2): Es konzipierten von den Frauen mit primärer Sterilität zwei bei sekundärer Amenorrhö, eine mit funktioneller Sterilität und eine mit Endometriose. Bei zwei Frauen mit sekundärer Sterilität traten Schwangerschaften ein, einmal

Integrale Schwingungstherapie...

durch natürliche Stimulans körpereigener Schwingungen mit RAYOCOMP PS 1000

- 5 Frequenzen gleichzeitig abrufbar
- Speicherkarten für Systembereiche
- Resonanzen ohne Fremdenergie
- mit Zeitprogrammierung
- präzise Einstellung (1/100stel)
- einfache Bedienung

Weitere Informationen für Ärzte und Heilpraktiker auf Anfrage.



Einsatzspektrum:
- Therapie
- Diagnose
- Laboranalysen
- Forschung

RAYONEX GmbH • Postfach 4060 • D-57356 Lennestadt

nach zwei Extrauteringraviditäten und einmal nach einem früheren Abort. Aus den 6 Schwangerschaften gingen 6 gesunde Kinder hervor. Aborte traten nicht auf. Somit ergibt sich eine Baby-Take-Home-(BTH)-Rate von 28,5%. Insgesamt zehn Frauen hatten einen Uterus myomatosus oder hormonelle Störungen. Bei 2 von 4 Frauen mit Myomen konnten sonographisch keine Myome mehr nachgewiesen werden. Eine Oligomenorrhö, eine Hyperandrogenämie sowie eine sekundäre Amenorrhöe bei 6 Frauen mit Zyklus- und Hormonstörungen normalisierten sich. Somit konnte ein Erfolg bei 50% der Frauen mit Hormonstörungen registriert werden. Die durchschnittliche Therapiedauer betrug 4,8 Monate. Nebenwirkungen konnten nur bei 2 Patientinnen (10%) in Form von vorübergehender verstärkter Hautunreinheit festgestellt werden. Im Gegensatz dazu ließen sich anhand der subjektiven Analogskalen bei vier Patientinnen (19%) folgende Besserungen nachweisen: bei jeweils einer Patientin Steigerung der Libido, deutliche Verminderung von chronischen Kopfschmerzen und Obstipation, Abheilen einer chronischen Konjunktivitis und Lymphadenitis, deutliche Verbesserung von Heuschnupfen und Kopfschmerzen.

Tabelle 3 Gegenüberstellung der Arzt- und Medikamentenkosten für die 12 schwangeren Frauen der Homöopathie- und Hormontherapie-Gruppen.

Homöopathie-Gruppe:				
— Zeit: 25 Beratungen à 45 min ergeben ca. 19 Stunden pro Stunde 100,— DM				1.900,— DM
— Medikamente:				
Schwangerschaft mit Thuja, Sepia				20,— DM
Schwangerschaft mit Causticum				10,— DM
Schwangerschaft mit Sulfur				10,— DM
Schwangerschaft mit Lachesis				10,— DM
Schwangerschaft mit Ignatia, Sepia, Lycopodium				50,— DM
Schwangerschaft mit Sulfur, Nux vomica				10,— DM
				insgesamt 2.010,— DM
Hormontherapie-Gruppe:				
— Zeit: 154 Beratungen à 10 min ergeben ca. 26 Stunden pro Stunde 100,— DM				2.600,— DM
— Medikamente:				
Schwangerschaft mit	20 Amp. Humegon®	=	780,— DM	
	1 Insemination	=	150,— DM	
				930,— DM
Schwangerschaft mit	38 Amp. Humegon®	=	1.490,— DM	
	1 Proluton Depot®	=	70,— DM	
	1 Suprefact® nasal	=	170,— DM	
				1.730,— DM
Schwangerschaft mit	In-vitro-Fertilisation	=	2.000,— DM	
wegen	Überstimulation 5 Tage stationäre Behandlung à 380,— DM			
	2 Decapeptyl®	=	980,— DM	
	4 Monate GnRH-Pumpe	=	4.300,— DM	
				9.180,— DM
Schwangerschaft mit	50 Amp. Humegon®	=	1.950,— DM	
	1 Packg. Duphaston®	=	110,— DM	
	10 Amp. Fertinorm®	=	400,— DM	
	3 Amp. Pregnesin®	=	70,— DM	
				2.530,— DM
Schwangerschaft mit	1 In-vitro-Fertilisation	=	2.000,— DM	
	1 Packg. Dyneric®	=	57,— DM	
	100 Kapsel Pravidel®	=	241,— DM	
	1 Packg. Progynon C®	=	5,— DM	
				2.303,— DM
Schwangerschaft mit	1 Insemination	=	150,— DM	
	7 Amp. Leuprorelin®	=	3.500,— DM	
	3 Amp. Pregnesin®	=	70,— DM	
	10 Amp. Humegon®	=	400,— DM	
				4.120,— DM
				insgesamt 23.323,— DM

Hormontherapie-Gruppe

Hier ergaben sich bei 21 Frauen 6 Schwangerschaften (28,5%): Es konzipierten von den Frauen mit primärer Sterilität zwei bei sekundärer Amenorrhöe, eine mit Endometriose, eine mit dem Syndrom der polyzystischen Ovarien und eine mit funktioneller Sterilität. In der Gruppe der Frauen mit sekundärer Sterilität trat eine Schwangerschaft bei einer Patientin ein, die früher zwei Fehlgeburten gehabt hatte. Aus den 6 Schwangerschaften gingen nur zwei gesunde Kinder hervor, 4 endeten als Frühaborte. Dies ergibt eine BTH-Rate von 9,5%. Das Myom bei der einzigen Patientin mit Uterus myomatosus war nicht mehr nachweisbar. Eine Normalisierung von Hormonstörungen gab es in keinem Fall. Die durchschnittliche Therapiedauer betrug 16,5 Monate. Es ließen sich folgende Änderungen der Befindlichkeit erfassen: eine Patientin wurde wegen hormoneller Überstimulation stationär aufgenommen, eine Patientin bekam Zysten im Ovar (Therapieabbruch), eine Patientin litt unter Hitzewallungen, Libidoverlust und Atemnot, eine andere unter Hitzewallungen und vaginalem Juckreiz, eine dritte nur unter Hitzewallungen. Das

heißt bei 6 Patientinnen (29%) resultierte eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens.

Im folgenden soll überschlagsmäßig ein Kostenvergleich nur für die schwangeren Frauen der beiden Therapiegruppen durchgeführt werden. Die Analyse bezieht sich lediglich auf die Zeit des Therapeuten und die verwendeten Medikamente. Nicht berücksichtigt wurden sämtliche erforderlichen Hormonuntersuchungen und US-Kontrollen, die in der Homöopathiegruppe praktisch zu vernachlässigen, in der Hormongruppe aber sehr häufig waren (Tab. 3). Während die Arztkosten vergleichbar sind (homöopathische Beratung dauert länger, ist dafür seltener), unterscheiden sich die Medikamentenkosten um mehr als den Faktor 10. Die genauere Auswertung aller Patientinnen und auch der zusätzlich anfallenden Kosten für Ultraschall- und Hormonuntersuchungen wird diesen Unterschied noch vergrößern.

Diskussion

Da es sich bei der homöopathischen Behandlung nicht um eine anerkannte Therapieform handelt, mußten unsere Patientinnen freiwillig nach adäquater Aufklärung dieser Behandlung zustimmen. Es war deshalb eine randomisierte Zuteilung zur homöopathischen bzw. hormonellen Therapie nicht möglich. In Frage kam diese Behandlung nur für solche Frauen, bei denen organische Sterilitätsursachen ausgeschlossen waren, das heißt, es mußte mindestens ein funktionstüchtiger Eileiter vorliegen, das Spermiogramm mußte normal oder durfte nur leicht eingeschränkt sein und der Sims-Huhner-Postkoitaltest mußte positiv sein. Aus früheren Untersuchungen wußten wir, daß bei fast allen Hormonstörungen spontane Schwangerschaften möglich sind (Gerhard et al. 1990a, Balasch et al. 1986, Dickey et al. 1993). Deshalb beschränkten wir die homöopathische Behandlung nicht auf eine bestimmte Gruppe von Frauen mit funktioneller Sterilität oder hormoneller Störung, sondern boten diese Behandlung allen an, die keine organische Sterilitätsursache hatten. Aufgrund eigener größerer Untersuchungen der letzten Jahre und der Literatur war bekannt, welche Faktoren die Prognose im Hinblick auf die Schwangerschafts- und Abortrate beeinflussen, so daß diese Faktoren als Paarungskriterien ausgewählt werden konnten.

Zunächst mußte das Alter berücksichtigt werden. Die Schwangerschaftsrate liegt bei Frauen unter 25 Jahren mit 51% mehr als doppelt so hoch wie bei den Frauen über 35 Jahren mit 21% (Gerhard et al. 1990a). Während die Schwangerschaftsrate also mit zunehmendem Alter signifikant abfällt, steigt die Abortrate mit zunehmendem Alter signifikant an: Bei den unter 25jährigen Frauen betrug sie 9%, bei den über 35jährigen Frauen 43%. Auch andere Autoren geben eine Abortrate von 31% bei über 36jährigen an und von 16% bei unter 36jährigen Frauen (Tulandi et al. 1981). Generell ist die Abortrate bei sterilen Frauen doppelt so hoch wie in der Normalbevölkerung (Jansen 1982).

Mit zunehmender Dauer des Kinderwunsches nimmt die Schwangerschaftsrate signifikant ab bei unveränderter Abortrate: bei den unter 29jährigen Frauen treten nach kurzer Kinderwunschdauer (unter 2 Jahren) in 48% Schwangerschaften ein, nach langer Kinderwunschdauer (über 6 Jahre) nur in 18%. Dieselben Zahlen betragen bei den Frauen über 29 Jahre 3 bzw. 20%. Die Schwangerschaftsrate ist bei den sekundär sterilen Frauen signifikant höher als bei den primär sterilen mit leicht erhöhter Abortrate.

Daß die Funktionsfähigkeit der Tuben vor einer hormonellen oder homöopathischen Therapie gewährleistet sein muß, ist einleuchtend. Obwohl das Spermiogramm nur eine beschränkte Aussage im Hinblick auf einen Schwangerschaftseintritt hatte, wurde es von uns als Paarungskriterium miteinbezogen, ebenso wie der Postkoitaltest. In unserer früheren Studie war die Schwangerschaftsrate bei einer Spermienanzahl unter 20 Mio./ml mit 17%

Praxistips

- Im Hinblick auf kritische Diskussionen um die Wirksamkeit und therapeutischen Effizienz der Homöopathie wurde am Beispiel der weiblichen hormonell bedingten oder idiopathischen Sterilität eine vergleichende Untersuchung durchgeführt.
- Nach einer standardisierten, in der konventionellen Frauenheilkunde üblichen Diagnostik wurde eine Gruppe von Frauen mit individuell gewählten homöopathischen Arzneimitteln therapiert, die andere Gruppe wurde mit Hormonen behandelt.
- In beiden miteinander vergleichbaren Kollektiven traten jeweils 6 Schwangerschaften ein (n = 21 Frauen); in der Homöopathie-Gruppe endeten alle Schwangerschaften mit einer Geburt, in der Hormongruppe nur zwei bis 4 Frauen mit Aborten.
- Die Kosten/Nutzen-Analyse für die erzielten Schwangerschaften ergab bei vergleichbarem ärztlichen Zeitaufwand eine Reduktion der Medikamentenkosten um mindestens den Faktor 10.
- Die vergleichende Untersuchung zeigt, daß es nicht das homöopathische Arzneimittel gibt, welches zur Behandlung weiblicher Fertilitätsstörungen eingesetzt wird; es muß in der Homöopathie streng individuell vorgegangen werden.
- Die Untersuchung liefert einen weiteren positiven Beitrag für die Diskussion, wonach auch eine homöopathische Behandlung „wirtschaftlich, ausreichend und wirksam" ist.

Obwohl unsere Arbeit nicht geeignet ist, einen Wirksamkeitsnachweis für homöopathische Therapie zu erbringen, so sollte im Hinblick auf die Belastung für die Patientin und die hohen Kosten unseres Gesundheitssystems diese Behandlungsform durchaus ernstgenommen werden (Gerhard 1993). Nach sauberer Diagnostik und damit korrekter Indikationsstellung halten wir es für angebracht, Frauen mit idiopathischer oder hormonell bedingter Sterilität homöopathisch zu behandeln. Auch in einem größeren Patientenkollektiv konnten wir zeigen, daß die Abortrate bei Schwangerschaften, die unter homöopathischer Therapie eintraten, erfreulich niedrig war (Gerhard et al. 1993b). Bei gleicher Effektivität wie die der Hormontherapie könnten in bestimmten Patientenkollektiven erhebliche Kosten eingespart werden, wenn zunächst homöopathische Mittel eingesetzt würden. Aufgrund der guten Ergebnisse der vorliegenden Pilotstudie erscheint es uns jetzt ethisch vertretbar, Frauen mit idiopathischer oder hormonell bedingter Sterilität in randomisierte Therapiestudien aufzunehmen, um zu prüfen, inwieweit es sich bei dem Homöopathie-Erfolg um einen Placebo-Effekt oder um eine echte Medikamentenwirkung handelt.

Danksagung

Der größte Dank gebührt dem Direktor der Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen, Prof. Dr. med. Dr. h. c. B. Runnebaum, der, obwohl überzeugter und hervorragender Grundlagenforscher und Wissenschaftler, die Methoden der Erfahrungsheilkunde nicht von vorneherein ablehnte, sondern uns die Möglichkeit gab, sie zu erproben. Die Autoren möchten der Karl-und-Veronika-Carstens-Stiftung für die großzügige Unterstützung des Homöopathieprojektes an der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg danken. Diese ermöglichte, daß die zunächst in einem kleinen Rahmen geplante Studie in immer weitere Bereiche und Fragestellungen ausgedehnt werden konnte. Auch der Fa. Heel danken wir für die einjährige Finanzierung einer wissenschaftlichen Stelle. Den ärztlichen Mitarbeiterinnen, Informatikern, Doktoranden und Sekretärinnen sei Dank gesagt für ihre Aufgeschlossenheit dieser an der Universität noch neuen Methode gegenüber und den Hilfen bei der Betreuung der Patientinnen, Erhebung der Daten, Auswertung und Niederschrift des Datenmaterials.

Literatur beim Verfasser

Für die Verfasser: Prof. Dr. I. Gerhard, Ruprecht-Karls-Universität, Frauenklinik, Voßstraße 9, 69115 Heidelberg

PASCOE
Homöopathie · Phytotherapie

Für die Firma Pascoe, ein traditionsreiches Familienunternehmen mit einem breiten Angebot von in Fachkreisen anerkannten naturheilkundlichen Arzneimitteln suchen wir einen/eine

Leiter/in medizinische Information (Dr. med.)

Der Stelleninhaber ist für die Führung unseres Außendienstes verantwortlich, der naturheilkundlich orientierte Ärzte und Heilpraktiker fachlich informiert. Er sollte deswegen über fundierte medizinische Kenntnisse auch der Naturheilkunde verfügen und Freude an der Leitung eines hochqualifizierten und zum Teil akademisch ausgebildeten Mitarbeiterstabes haben.

Der Leiter Med. Information berichtet direkt dem Geschäftsführer. Ihn erwarten alle Vorteile eines überschaubaren Unternehmens mit Zukunft, wie kurze Entscheidungswege, breites Aufgabenspektrum, starker Teamgeist und viel persönlicher Freiraum.

Bitte senden Sie Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen an die von uns beauftragte Beratungsgesellschaft. Dort steht Ihnen für telefonische Vorabinformationen Herr **Berthold Wichrowski** gerne zur Verfügung.

BERTHOLD WICHROWSKI
MANAGEMENT CONSULTING IM GESUNDHEITSWESEN
UNTERGRÜNDEMICH 3 · 51491 OVERATH · TELEFON 02206/41 29

Neue Postleitzahlen ab 1. Juli 1993

Unsere neuen Postleitzahlen lauten:

G. Braun Fachverlage GmbH & Co. KG
Karl-Friedrich-Straße 14-18
76133 Karlsruhe

oder

G. Braun Fachverlage GmbH & Co. KG
Postfach 1709
76006 Karlsruhe

BITTE FORDERN SIE DIE AKTUELLE „LYMPH-INFO-MAPPE" AN:

LYMPHDIARAL®
Tropfen/L Salbe

PASCOE
Homöopathie
Phytotherapie

PASCOE, Pharmazeutische Präparate GmbH
Postfach 100755, 35337 Gießen
Telefon: 06 41/79 60 925
Telefax: 06 41/79 60 954