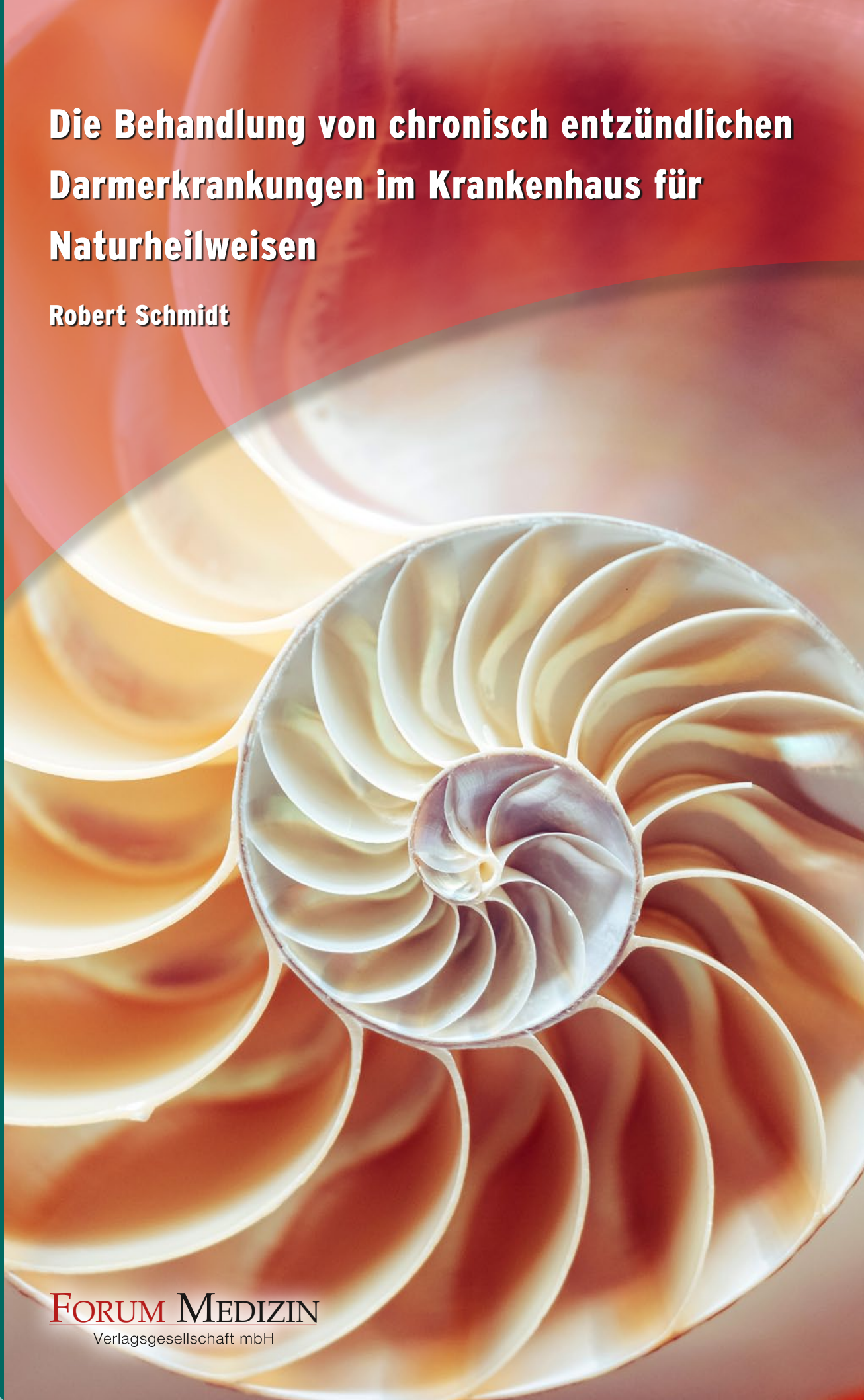


Die Behandlung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen im Krankenhaus für Naturheilweisen

Robert Schmidt



Die Behandlung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen im Krankenhaus für Naturheilweisen

Robert Schmidt

In Deutschland sind rund 400.000 Patientinnen und Patienten von Morbus Crohn (CD) oder Colitis ulcerosa (CU) betroffen. In der Regel manifestiert sich die Erkrankung im jungen Erwachsenenalter und erfordert eine dauerhafte schulmedizinische Therapie, die aber nur selten zu einer anhaltenden Remission führt und von den Betroffenen häufig als belastend empfunden wird. Daher ist die Nachfrage nach komplementärmedizinischen Behandlungsoptionen in dieser Patientengruppe verständlicherweise groß, ein integratives Behandlungskonzept würden mehr als 90 % dieser Patienten begrüßen.

Das Krankenhaus für Naturheilweisen (KfN) in München ist die größte Einrichtung für eine stationäre integrative Versorgung im deutschsprachigen Raum. Es verfügt über 110 Betten und ist spezialisiert auf die integrative Behandlung chronisch kranker Patienten. Aus schulmedizinischer Sicht ist das KfN eine internistische Fachklinik, komplementärmedizinisch kommen vor allem die klassischen Naturheilverfahren nach Kneipp, die ausleitenden Verfahren und die Homöopathie zum Einsatz. Es werden aber auch Elemente aus anderen komplementärmedizinischen Behandlungsansätzen integriert, wie etwa Neuraltherapie, Orthomolekulare Medizin oder Anthroposophie.

Auf eine besonders große Vielfalt kann unsere Abteilung für Physikalische Medizin verweisen, hier reicht das Spektrum von manueller Therapie über reflektorische Verfahren bis hin zum Einsatz osteopathischer Techniken, um nur einige Verfahren exemplarisch zu nennen. Patienten mit chronischen Erkrankungen aus nahezu allen schulmedizinischen Fachgebieten können durchschnittlich einmal pro Jahr für etwa 10–14 Tage stationär aufgenommen werden. Auf diese Weise und dank unserer Krankenhausambulanz können wir den Patienten eine langfristige komplementärmedizinische Begleitung im Sinne der Integrativen Medizin anbieten.

Im Folgenden sollen die einzelnen komplementärmedizinischen Therapiebausteine, die im KfN bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) zum Einsatz kommen, aufgeführt und (kurz) erläutert werden.

Ordnungstherapie

Die Ordnungstherapie gehört, neben der Ernährungstherapie, der Hydro-/Thermotherapie, der Bewegungstherapie und der Phytotherapie, zu den fünf Säulen der klassischen Naturheilkunde nach Kneipp. Der *Mind-Body-Medicine* aus dem angloamerikanischen Sprachraum vergleichbar versteht man darunter die Lehre von der gesunden Lebensführung. Entspannung bzw. Reduktion der subjektiv empfundenen Stressbelastung, Bewegung und Ernährung sind mittlerweile als Faktoren für den Krankheitsverlauf bei CED anerkannt. Rund 70–90 % der Erkrankten geben eine besondere Belastungssituation als Auslöser für einen akuten Schub an. Chronischer Stress erhöht das Risiko für einen erneuten Schub innerhalb von 8 Monaten sogar um das Dreifache. Im Mittelpunkt der Ordnungstherapie stehen daher Lebensstilveränderungen und eine dauerhafte Integration gesundheitsfördernder Elemente aus den

Bereichen *Ernährung, Bewegung, Entspannung* und *Stressbewältigung*. Ziel ist die Förderung der Eigenkompetenz der Patienten und des sog. internalisierten Kontrollverhaltens, d.h. des Bewusstseins des Patienten, dass er aktiv sein Krankheitsgeschehen beeinflussen kann. Mittlerweile sind zahlreiche hieraus resultierende positive psychoneuroimmunologische Interaktionen bekannt. In Studien wurde hierdurch eine signifikante und nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität nachgewiesen. Ein stationärer Aufenthalt im KfN ist dabei ein optimaler Anlass, um mit dem Patienten wiederholt mögliche Verhaltensänderungen zu besprechen, einzuüben und so tiefer gehende Umstellungen zu etablieren.

Interessant zu wissen ist zum Beispiel auch, dass sich zwar bei Morbus Crohn ein Nikotinstopp positiv auf den Krankheitsverlauf auswirkt, aber bei der Colitis ulcerosa ein aktiver Nikotinabusus sogar einen gewissen protektiven Effekt hat. Natürlich ist von einem Nikotinabusus trotzdem unbedingt abzuraten.

Ernährungstherapie

Bei einem leichten Schub einer CED verordnen wir gerne initial ein kurzes (fünftägiges) therapeutisches Fasten (nach Buchinger), ggf. mit Gemüsebrühe statt -säften, aber in der Regel mit Abführmaßnahmen. Unabhängig davon ist das Fasten ein idealer Einstieg in eine nachhaltige Ernährungsumstellung. Langfristig sollte eine leichte vollwertige und arachidonsäurearme Kost etabliert werden, d.h. deutlich reduzierter Konsum von Fleisch, Wurst, Milch und Milchprodukten. So kann die Synthese proinflammatorischer Eicosanoide reduziert werden. Synergistisch wirkt dabei eine erhöhte Aufnahme von omega-3-Fettsäuren mit der Nahrung, z.B. über fetten Seefisch oder Raps- oder Leinöl (2–3 EL pro Tag). In Remission und bei Fehlen von Stenosen sollte auf eine ballaststoffreiche Kost geachtet werden. Raffinierte Kohlenhydrate (Zucker, Weißmehl), Carrageen (langkettige Kohlenhydrate aus Rotalgenzellen, die in der Lebensmittelindustrie als Stabilisatoren eingesetzt werden) und chemisch aufbereitete, gehärtete Fette sollten dagegen vermieden werden, da ein ungünstiger Effekt bei CED sehr wahrscheinlich ist. Zu empfehlen sind Ausschlussdiäten bzgl. Intoleranzen gegenüber bestimmten Lebensmitteln, am häufigsten gegen Weizen (69 %), Milch und Milchprodukte (48 %), Hefe (31 %) und Mais (24 %). Bei etwa jeweils 14 % der Erkrankten liegt eine Intoleranz gegen Bananen, Tomaten, Wein oder Eier vor. Zudem steigt die Wahrscheinlichkeit einer Fruktose- und/oder Laktoseunverträglichkeit mit zunehmender Krankheitsaktivität.

Bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen liegt überproportional häufig ein Lactasemangel vor, insbesondere Milcheiweiß wird als potentielles nutritives Allergen diskutiert. Lebensmittel, die reich an schwefelhaltigen Aminosäuren sind (dazu zählen unter anderem etwa Eier, Käse, Milch, aber auch Nüsse oder Kohlgemüse), können die Dickdarmschleimhaut belasten, da durch bakterielle Degradation im Verdauungstrakt Sulfide entstehen. Wichtig ist aber natürlich auch, dass nicht nur aus reiner Angst vor möglichen Unverträglichkeiten eine unnötig einseitige Diät eingehalten wird; diese könnte eine ohnehin schon vorliegende Malnutrition noch weiter verschärfen.

Um eine nachhaltige Ernährungsumstellung zu erzielen, werden im KfN regelmäßig Ernährungsvorträge durchgeführt, bei Bedarf erfolgt eine individuelle Ernährungsberatung. Nicht zu vergessen ist, dass mindestens sechsmonatiges Stillen das Risiko für das Auftreten einer CED reduziert (um 23 %).

Hydro-Thermotherapie/Hyperthermie

Eine spezielle Form der Thermotherapie stellt die moderate Ganzkörperhyperthermie (mGKHT) dar. Das Krankenhaus für Naturheilverfahren ist die größte Einrichtung für mGKHT im deutschsprachigen Raum. Pro Jahr werden im KfN zwischen 2.000 und 2.500 mGKHTs durchgeführt. An Behandlungsplätzen stehen vier sogenannte Heckel-Betten zur Verfügung, in denen die Körperkerntemperatur mittels Infrarot-A-Strahlung kontrolliert in den Fieberbereich bis max. 40,5 °C angehoben wird, und drei Überwärmungsbäder nach Schlenz, in denen der Wärmeeintrag über die Wassertemperatur erfolgt. Die Ganzkörperhyperthermie setzt sich zusammen aus einer Erwärmungsphase, die im Heckel-Bett maximal 120 Minuten dauert, im Überwärmungsbad deutlich kürzer, gefolgt von einer Wärmestauphase für jeweils ca. 30 Minuten. Da es sich um einen passiven Wärmeeintrag handelt und nicht aktiv Fieber ausgelöst wird, spricht man auch nicht von einer Fiebertherapie, sie ist dieser aber in ihrer Wirkweise sehr ähnlich. Die Prozedur an sich ist für die Patienten zwar anstrengend, wird aber letztlich gut vertragen. Während eines stationären Aufenthalts führen wir bei entsprechender Indikation durchschnittlich drei mGKHTs durch. Während des Fastens wäre eine gleichzeitige Hyperthermiebehandlung aber zu anstrengend.



Abb. 1: Ernährungskonzepte werden regelmäßig in Vorträgen vermittelt

Die Hyperthermie führt grundsätzlich zu einer Anregung von Stoffwechselprozessen (auch in bradytrophen Geweben) und zu einer tiefgreifenden Entspannung der Muskulatur, auch der glatten, unwillkürlichen Darmmuskulatur. Wahrscheinlich über NMDA-Rezeptoren führt sie zu einer Schmerzreduktion, zudem konnte ein stimmungsaufhellender Effekt nachgewiesen werden. Sie verstärkt zahlreiche Immunprozesse, insbesondere die Migration von Lymphozyten an Orte von Entzündungsherden oder malignen Prozessen. Ein wesentlicher Aspekt für den Einsatz bei CED ist die Reduktion von Entzündungen. Auch wenn die antiphlogistische Wirkung bei chronisch proliferativen Erkrankungen wie etwa der Rheumatoiden Arthritis oder der ankylosierenden Spondylitis als unbestritten gilt, ist der Wirkmechanismus an sich noch ungeklärt. Im Oktober 2018 erschien die erste offizielle *Leitlinie zur Ganzkörperhyperthermie* der *Deutschen Gesellschaft für Hyperthermie e.V.* Die Indikation mGKHT bei CED befindet sich (noch) im niedrigsten Evidenzgrad, d.h. hier besteht der Bedarf nach weiterführenden Studien.

Die Hydro- und Thermotherapie verfügt selbstredend über weit mehr therapeutische Möglichkeiten. Im KfN erhalten die Patienten mit CED regelmäßig warme Auflagen auf die Leber (Heublumensack) zur Unterstützung der Stoffwechselaktivität sowie Bauchöwlwickel mit eigens kreierten Ölen zur Regulierung der Darmtätigkeit. Der Übergang zur Phyto- bzw. Aromatherapie ist dabei natürlich fließend. Je nach Allgemeinzustand des Patienten ergänzen wir den individuellen Therapieplan zudem um reflektorisch wirkende, vegetativ regulierende Kneippsche Güsse.

Physikalische Therapie/Bewegungstherapie

Gerade unsere Physikalische Abteilung bietet eine große Vielfalt möglicher therapeutischer Verfahren an. Bei CED denken wir in erster Linie an die reflektorischen Verfahren wie Fußreflexzonen- oder Bindegewebsmassage. Für viele Patienten sind aber die individuelle Physiotherapie mit osteopathischen Techniken, angelehnt an die kraniosakrale oder viscerale Therapie das Highlight des Aufenthalts im KfN. Die Physikalische Abteilung zeichnet auch verantwortlich für die gruppentherapeutischen Angebote. Neben den Bewegungstherapien wie etwa Nordic Walking oder medizinische Trainingstherapie zählen hierzu auch die Entspannungs- und Atemgruppen, von denen unsere CED-Patienten sehr profitieren.



Abb. 2: Ganzkörperhyperthermie im KfN

Phytotherapie

Im KfN verwenden wir als antientzündliches Phytotherapeutikum in erster Linie Weihrauchpräparate mit einer Tagesdosis von 2.400 mg (3 × 2 Kapseln à 400 mg). Die im Weihrauch enthaltenen Boswelliasäuren wirken über ihren Einfluss auf den Arachidonsäurestoffwechsel letztlich hemmend auf die Leukotrienbiosynthese und damit antientzündlich. Zudem wirken sie mild schmerzlindernd. Um synergistische Effekte zu erzielen sollte man die Einnahme von Weihrauch mit einer hochdosierten Zufuhr von omega-3-Fettsäuren (2–3 g täglich) und einer arachidonsäurearmen Kost kombinieren. Man sollte dem Weihrauch sechs bis acht Wochen Zeit geben, bevor man seine Wirkung beurteilt. Der Weihrauch ist zur langfristigen Einnahme gedacht, relevante Nebenwirkungen sind nicht zu befürchten, allerdings ist er in Deutschland bisher nur als Nahrungsergänzungsmittel erhältlich. Die Studienlage hinsichtlich des Einsatzes von Weihrauch bei CED ist aber (noch) nicht so umfassend und eindeutig wie etwa bei einem etablierten Kombinationspräparat aus Myrrhe, Kamille und Kaffeekohle. Dieses zeigte sich Mesalazin in der Remissionserhaltung nicht unterlegen, der Kaffeekohleanteil kann dabei nicht nur bei Durchfällen ganz akut Linderung verschaffen, zudem sind auch spasmolytische Effekte nachgewiesen. Ebenso eignen sich Heidelbeermuttersaft bzw. getrocknete Heidelbeeren oder auch Blutwurz (Tormentilla) mit ihren adstringierend und mild antiseptisch wirkenden Gerbstoffen zur Behandlung bei akuten Schüben mit Diarrhoe. Mit Blutwurz-Tee können auch Einläufe durchgeführt werden, mit denen Entzündungen bis zur linken Colonflexur retrograd erreicht und damit topisch behandelt werden können. Auch Flohsamen verfügen über eine antientzündliche Wirkung auf die Darmschleimhaut und wirken gleichzeitig als Quellmittel stuhlregulierend. Bei bekannten Stenosen dürfen Flohsamen nicht eingesetzt werden, andere medizinische Präparate sollten mit mindestens einer Stunde Abstand eingenommen werden, da es durch Bindung zu einer Wirkungsabschwächung kommen könnte. Heilerde (naturreiner Löss) besitzt eine sehr große Absorptionsfähigkeit mit adstringierender, antidiarrhöischer Wirkung. Heilerde kann daher besonders bei Diarrhöen im Rahmen akuter Schübe eingesetzt werden, bei Obstipation ist die Gabe eher ungünstig.



Abb. 3: Gruppenkurs Bewegungstherapie am KfN

Aufgrund des hohen Gehalts an Mineralien besteht bei höhergradiger Niereninsuffizienz eine Kontraindikation. Andere Medikamente sollten auch hier mit einem zeitlichen Abstand von wenigstens einer Stunde eingenommen werden. Curcumin wirkt *in vitro* antioxidativ und antiinflammatorisch und könnte daher ebenfalls als systemische Therapie in Betracht gezogen werden (ca. 2 g p.o. täglich).

Orthomolekulare Medizin

Im Mittelpunkt der Orthomolekularmedizin steht die Verwendung von Vitaminen und Mineralstoffen. Einerseits geht es bei CED um den Ausgleich möglicher Mangelzustände bei Malnutrition, vor allem bei Morbus Crohn, bei dem häufig das terminale Ileum oder auch noch weitere Dünndarmabschnitte betroffen, ggf. chronisch entzündlich verändert sind oder gar operativ entfernt werden mussten. Daher sollte an einen Ausgleich eines möglichen Mangels an Vitamin A, D, B₁₂, Folsäure, Eisen, Zink, Selen, Magnesium, Calcium und Kalium gedacht werden.

Die immunmodulierende Wirkung und Bedeutung von Vitamin D bei chronisch entzündlichen Erkrankungen wird immer deutlicher, der Spiegel sollte im hochnormalen Bereich liegen. Individuell kann dabei der Substitutionsbedarf sehr unterschiedlich sein. Ab einer Tagesdosis von 4.000 I.E. sollten regelmäßige Spiegelkontrollen erfolgen. Um eine möglichst schnelle Normalisierung der Vitamin D-Spiegel im akuten Krankheitsschub zu erzielen (innerhalb von 2 Wochen), werden zum Teil hohe initiale Aufsättigungsdosierungen empfohlen ((IU) = $40 \times (75 - \text{Serum-25-OHD3}) \times \text{KG}$). Die errechnete Dosis soll dann an drei Wochentagen (Mo/Mi/Fr) zu jeweils 20.000 IU gegeben werden, gefolgt von einer einwöchigen Erhaltungsdosis mit 20.000 IU (siehe auch Diskussion hierzu in der aktuellen S3-Leitlinie *Colitis ulcerosa*).

Ein Zinkmangel ist bei aktiver CED häufig und kann selten sogar zu einer Acrodermatitis enteropathica mit akral und periorifiziert betonter Dermatitis führen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine etwaige Prednisolon-Therapie nicht nur einen Mangel an Vitamin C, B₆ und E, sondern auch einen Zinkmangel (mit)verursachen kann. Zudem kann eine orale Zinkgabe die Permeabilität der Darmschleimhaut signifikant reduzieren und damit die Rezidivrate positiv beeinflussen, etwa 10–40 mg Zink täglich.

Ein Vitamin B₅-Mangel (Panthotensäure) ist eigentlich selten, kann aber bei Malnutrition durchaus vorkommen. Es spielt u. a. eine wichtige Rolle bei der Wundheilung und sollte daher bei CED bei Mangel substituiert werden. Ein *burning feet syndrom* kann auf einen Vitamin B₅-Mangel hindeuten. Fettige Durchfälle sind ein Hinweis auf eine Fett-Malabsorption, dann sollte auch an eine ggf. erforderliche Vitamin K-Substitution gedacht werden. Ernährungstherapeutisch sollte bei Fett-Malabsorption der Einsatz der leichter verdaulichen MCT-Fette erwogen werden.

Bei Mangel- und Fehlernährung und chronisch-entzündlichen Prozessen zeigt sich ferner häufig ein reduzierter Antioxidantienstatus (dieser kann auch laborchemisch bestimmt werden). Neben sekundären Pflanzenstoffen und Vitamin E (z. B. 400 I.E. tgl. p.o.) ist hier natürlich das Vitamin C hervorzuheben. Der Mensch hat im Laufe der Evolution die Fähigkeit zur körpereigenen Vitamin C-Produktion verloren und ist auf eine Zufuhr von außen angewiesen.

Die meisten Tiere können Vitamin C noch selbst herstellen. Große Hunde oder kleine Kälber, die etwa das Körpergewicht eines Menschen haben, stellen 1 bis 2 g täglich her, bei Krankheit aber immerhin bis zu 10 g. Dies spricht, neben den grundsätzlichen Überlegungen, doch sehr für einen gesundheitlichen Nutzen hochdosierter Vitamin C-Gaben beim Menschen im Krankheitsfall, auch wenn hier noch keine abschließenden wissenschaftlichen Studien vorliegen. Daher applizieren wir im KfN gerne während eines stationären Aufenthalts wiederholt intravenös hochdosiertes Vitamin C (7,5 g) als Kurzinfusion. Im ambulanten Rahmen können (während eines entzündlichen Schubes) 1–2 g täglich per os eingenommen werden.

Mikrobiologische Therapie

Der Wirkstoff *Escherichia coli Stamm Nissle 1917* ist ein natürlicher Darmkeim und stellt eine sichere, wirksame Ergänzung zu Mesalazin bzw. eine gute Alternative bei Mesalazinunverträglichkeit in der Remissionserhaltung bei Colitis ulcerosa dar. Obwohl es auch Studien mit positiven Effekten der probiotischen Intervention auf die Remissionsinduktion bei Patienten mit leicht bis mittelschwer aktive Colitis gibt, liegen keine ausreichenden Daten für eine Therapieempfehlung bei dieser Indikation vor. Das Probiotikum VSL#3 wird zur Behandlung der chronisch rezidivierenden oder refraktären Pouchitis empfohlen, allerdings (noch) nicht zur Primärprävention der Pouchitis. Beim Morbus Crohn besteht derzeit keine gesicherte Indikation für den Einsatz von Probiotika.

Wir haben bei der Indikation CED auch gute Erfahrungen mit einem Bakterienlysat aus *E. coli* und *Enterococcus faecalis* oder alternativ mit einem Präparat aus den Stoffwechselprodukten von *E. coli* gemacht. Wir setzen diese beiden Produkte als immunmodulierende Darmwandtherapeutika mit positivem Effekt auf das Mikrobiom ein. Das Ziel ist es, die Barrieremechanismen der Darmschleimhaut zu stärken und damit einer überschießenden Entzündungsreaktion in der Darmwand gegen die eigentlich physiologische Darmflora und Nahrungsantigene bei CED entgegenzuwirken. Dies wird auch durch die *Hygiene-Hypothese* unterstützt, die eine Zunahme der Häufigkeit von CED nach dem Zweiten Weltkrieg nicht nur mit der Zunahme potenzieller Antigene durch Lebensmittelzusätze, sondern auch mit der Abnahme des *natürlichen Trainings* des darmassoziierten Immunsystems durch optimierte (Lebensmittel-)hygienische Umstände in Zusammenhang bringt.

Ausleitende Verfahren (trockenes Schröpfen)

Die Schröpfzonen für den Darm liegen im Bereich der unteren LWS und des Gesäßes beidseits. Hier kann versucht werden reflektorisch auf den Darm Einfluss zu nehmen. Über eine Behandlung der zugeordneten Segmente der Körperoberfläche können in den entsprechenden inneren Organen die Durchblutung und der Lymphfluss angeregt und damit die Regeneration unterstützt werden. Es können auch abdominal in den Schmerzregionen Schröpfköpfe von ventral aufgesetzt werden. Die Schröpfgläser werden nach etwa 15–20 Minuten wieder abgenommen, die Behandlung kann mehrmals wöchentlich wiederholt werden. Schröpfköpfe können auch vom Patienten selbst angewendet werden, entsprechende Sets für den Hausgebrauch gibt es relativ günstig zu erwerben.

Neuraltherapie

Wir verwenden für die Neuraltherapie ein 0,5 %iges Lidocain-Kochsalz-Gemisch. Bei CED kann eine intrakutane Quaddeltherapie von ventral und dorsal in den jeweils schmerzhaften Arealen von Höhe Segment Th 9 bis Höhe Segment L 3 eingesetzt und mehrfach während eines stationären Aufenthalts wiederholt werden. Bei Erkrankung der oberen Darmabschnitte kann auch eine epigastrische, bei vorwiegend rektosigmoidem Befall eine epidural-sakrale Injektion erwogen werden. Bei schmerzhafter Gelenkbeteiligung können Lokalbehandlungen genauso symptomlindernd wirken wie bei sekundären segmentalen Störungen, wie dies etwa bei Myogelosen der Fall ist. Wenn Narben im zeitlichen Zusammenhang mit dem Neuauftreten einer CED oder einer deutlichen Verschlechterung einer bestehenden CED assoziiert sind, sollte eine Unterspritzung der Narbe im Sinne einer Störfeldtherapie versucht werden.

Homöopathie

Die klassische Homöopathie nach Hahnemann ist ein eigenständiges Medizinkonzept, das versucht, für den Patienten die Arznei zu finden, die beim Gesunden möglichst ähnliche Symptome hervorrufen kann (Ähnlichkeitsprinzip). Die individuelle Fallaufnahme sollte dabei das jeweils ganz individuelle Erscheinungsbild der Erkrankung samt Modalitäten und Begleitsymptome möglichst vollständig erfassen. Daher lassen sich auch keine allgemeingültigen Empfehlungen für eine homöopathische Arznei bei CED geben. Bei morgendlicher Diarrhö mit dünnem, schleimigem Stuhl mit viel Blähungen und Brennen im After könnte zum Beispiel an Aloe vera gedacht werden. Mercurius solubilis kommt in Betracht, wenn der Patient über viele, kleine, blutige Stühle klagt, die als scharf und wundmachend empfunden werden. Auch das ständige Gefühl, als würde noch etwas nachkommen und auffällig klebriger Nachtschweiß würden zu diesem Arzneimittelbild passen. Für Lycopodium wiederum wäre ein aufgetriebener Leib, der beengende Kleidung als sehr unangenehm empfinden lässt, Koliken von ca. 16–20 Uhr sowie dünne, übelriechende Stühle oder auch Obstipation mit dem Gefühl, als würde etwas zurückbleiben, treffend. Diese Beispiele können natürlich nur einen rudimentären Eindruck der möglichen homöopathischen Behandlung bei CED geben. Die Homöopathie wird dabei im KfN ganz im Sinne der Integrativen Medizin nicht alternativ, sondern komplementär zu Naturheilkunde und Schulmedizin eingesetzt.

Autor:

Robert Schmidt, Chefarzt
Krankenhaus für Naturheilweisen
Seybothstraße 65
81545 München
E-Mail: Schmidt.Robert@kfn-muc.de
www.krankenhaus-naturheilweisen.de

Literatur

Aktualisierte S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn“ der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS), August 2021 – AWMF-Registernummer: 021-004

S3-Leitlinie „Colitis ulcerosa“ – Living Guideline: Überprüfung: April 2021 – AWMF-Registriernummer: 021-009

Deutsche Gesellschaft für Hyperthermie e.V. (Hrsg.): Leitlinie zur Ganzkörperhyperthermie. Version 1.0 (Okt 2018). In: Forum Hyperthermie 2018; 1: 5-24

Langhorst J, Wulfert H et al.: Systematic Review of Complementary and Alternative Medicine Treatments in Inflammatory Bowel Diseases. J Crohns Colitis. 2015 Jan; 9(1): 86-106

Kasper H, Burghardt W: Ernährungsmedizin und Diätetik. Elsevier Verlag, 12. Auflage, München 2014

Reiter B, Kleef R: Hyperthermie – Symposium aus Anlass des 80. Jahrestages der Verleihung des Nobelpreises für Medizin an Julius Wagner-Jauregg. Forsch Komplementärmed 2007; 14:365–370; online verfügbar unter: www.karger.com/Article/Pdf/109942