PC 1 als homöopathische Arznei bei AIDS

Erfahrungen aus der staatlichen Klinik Baboua in Zentralafrika

Klaus Schustereder

Gliederung des Textes:

I. Eingangstext

Die alltägliche Realität im Kampf gegen AIDS in Afrika zeigt, daß wir den meisten Betroffenen mit Antiretroviralen Substanzen (ARV) auf diesem Kontinent niemals eine realistische Chance auf Heilung anbieten werden können. Die Gründe dafür sind vielfältig. Die hohe Replikationsdynamik und Mutationsfähigkeit des AIDS Virus und die damit verbundenen Konsequenzen sind eine Herausforderung für die virologische Gemeinschaft. Für Afrika jedoch sind die mangelnde Infrastruktur, das geringe Bildungsniveau und im Vergleich zur westlichen Welt häufig völlig andere kulturelle Weltanschauungen schwer überwindbare Hindernisse um mit ARV im Kampf gegen AIDS Fortschritte zu machen.

Entscheidend um einen hohen Impact im Kampf gegen AIDS zu erlangen ist, ob die angebotenen therapeutischen Mittel mit den infrastrukturellen Bedingungen eines Landes, seinem Bildungsniveau sowie den kulturellen Weltanschauungen seiner Völker kompatibel sind. Die Kompatibilität von ARV in einem solchen Kontext ist gering.

Das homöopathische Arzneimittel PC1 vereint die notwendige Kombination an Qualitäten die erforderlich sind um im Kampf gegen AIDS zukünftig einen wesentlichen Beitrag zu leisten. PC1 ist effizient, billig und nicht toxisch.
PC1 ist keine gewöhnliche homöopathische Arznei. Der Entdecker von PC1 behauptet eine Simillimum gegen das gesamte Krankheitsbild von AIDS gefunden zu haben. Ein Simillimum wirkt bekanntlich auf einen Krankheitsprozeß nicht in antagonistische Weise. Falls PC1 tatsächlich eine Arznei ist, die das gesamte Krankheitsbild von AIDS abdeckt und individuell Menschen hilft, müßte PC1 bei dem immensen Impact von AIDS auch soziokulturelle Auswirkungen haben. Die von Hahnemann entwickelte Methode an gesunden Probanden Arzneimittel zu verabreichen und so durch die Gesamtheit der Symptome das Arzneimittelbild zu skizzieren, wäre bei einem Simillimum für das gesamte Krankheitsbild von AIDS folglich unzureichend. Neben individuellen Arzneimittelprüfungen würde sich erst durch zusätzliche detaillierte Beschreibungen der kulturellen, wirtschaftlichen, soziologischen, etc. Auswirkungen von AIDS ein vollständiges Arzneimittelbild ergeben. Dieser Gedanke ist neu in der Homöopathie.

In der westlichen Welt ist AIDS als Krankheit mit enormen sozialen, kulturellen und

wirtschaftlichen Auswirkungen bekannt. Weniger bekannt ist, wie sich die Folgen von AIDS in der afrikanischen Alltagsrealität präsentieren.

Im folgenden werden die Erfahrungen mit PC1 aus dem stattlichen Krankenhaus Baboua im Nord-Westen der Zentralafrikanischen Republik beschrieben.

II. Landeskundlicher, wirtschaftlicher und soziokultureller Hintergrund des Distriktes Baboua

Die Zentralafrikanische Republik (im Folgenden als ZAR bezeichnet) ist laut einer Statistik der Vereinten Nationen das 5. ärmste Land der Welt. Die ZAR hat ca. 3,5 Millionen Menschen und ist flächenmäßig ca. zweimal so groß wie Deutschland. Die Nachbarländer dieses Landes sind Kamerun, der Tschad, der Sudan und die beiden Kongostaaten. Neben Französisch ist Sango die zweite Nationalsprache. Der Großteil der Bevölkerung lebt von Subsistenzwirtschaft. Die HIV Rate variiert zwischen 5 % und 30 %. Die HIV Prävalenz der Bevölkerung des Distriktes Baboua liegt bei 20 %. Die dominierende Ethnie in unserem Distrikt sind Gbaya. Neben Gbaya gibt es die nomadisch lebenden Mbororo. Das durchschnittliche Einkommen in unserer Region liegt unter 1 US Dollar. Elektrizität ist der Luxus einiger weniger. Die Straßen sind meist schlecht präparierte Schotterpisten. Die Analphabetenrate bei Männer liegt bei 60 % und bei Frauen um die 75 %. 1 mal wöchentlich gibt es einen Markt. Der nächste Supermarkt ist 550 km weit entfernt.

Die Gbaya werden von Ethnologen zu den acephalen Gesellschaftsformen gerechnet. „Kopflose Gesellschaften“ zeichnen sich durch das Fehlen von Herrschaftsstrukturen aus. Innergesellschaftlich werden alle Menschen als gleich betrachtet. Ein weiteres Charakteristikum von acepahlen Gesellschaften ist, daß Herrschaftsstrukturen gezielt verhindert werden. Innerhalb der Familie gibt es hierarchische Unterschiede. Der älteste Mann ist das Familienoberhaupt. Die Männer jagen und bewirtschaften gemeinsam mit den Frauen das Feld. Die Frauen kümmern sich weiters um die Kinder, kochen das Essen, waschen die Wäsche holen Wasser vom nächstgelegenen Fluß oder Brunnen und kümmern sich um das Feuerholz. Der Druck der innerfamiliär bei den Gbayas ausgeübt wird, kann sehr stark sein. Individuelle Bedürfnisse müssen ständig familiären Bedürfnissen untergeordnet werden. Das Einkommen jedes Einzelnen muß an die Familie abgegeben werden.

Viele Krankheiten werden von den Gbayas als bösartiger, zauberartiger Einfluß durch einen anderen Menschen verstanden. Traditioneller Heiler haben große Bedeutung.

AIDS wird von den Gbayas als „Grande Maladie“ (große Krankheit) bezeichnet. Für die meisten Gbaya existiert AIDS im Sinne eines westlichen Krankheitsverständnisses nicht. Wer an AIDS erkrankt, riskiert ausgegrenzt zu werden. Die Angst des Kranken, der Familie und der Gesellschaft vor AIDS ist groß. Bei einer HIV Prävalenz von 20 % in unserer Region, ist keine Familie von AIDS verschont geblieben. Jede Familie hat das

langsame Sterben einer Tochter oder eines Sohnes miterlebt. Das durchschnittliche Lebensalter bei Diagnosestellung liegt zwischen 20 und 30 Jahren.

ARV sind hauptsächlich in der Hauptstadt Bangui erhältlich. Bangui ist 550 km von Baboua enfernt. In Baboua wird den AIDS Kranken das Antibiotikum Trimethoprim-Sulfamethoxacol zur Behandlung opportunistischer Infekte angeboten. ARV Medikamente gibt es im Krankenhaus Baboua nicht.

Seit Juni 2005 biete ich den Menschen im Krankenhaus Baboua neben dem Antibiotikum Trimethoprim-Sulfamethoxacol auch PC1 an.

III. Klinische Erfahrungen mit PC1

Die therapeutische Effizienz von PC1 ist von zwei Faktoren abhängig:

Dem Krankheitsstadium
Der miasmatischen Last des Patienten

Die WHO hat AIDS in die Stadien I - IVA und IVB eingeteilt. Diese Klassifikation wird für die Verschreibung von ARV eingesetzt. Sie erwies sich auch als sehr hilfreich zur Dokumentation des Krankheitsverlaufes von Patienten unter PC1.

Definition der Stadien!

WHO klinisches Stadium I

- Asymptomatische Infektion
- Persistierende generalisierte Lymphadenopathie
- Akute retrovirale Infektion
- Leistungsskala 1:
- Asymptomatisch, normale Aktivität

WHO klinisches Stadium II

- Ungeplanter Gewichtsverlust <10%
- Geringe Manifestationen an Haut und Schleimhäuten (Seborrhoe, Pruritus, Pilzinfektionen der Nägel, Ulcera im Mund & Pharynx, angulare Cheilitis)
- Herpes Zoster während der letzten 5 Jahre
- Wiederholte Infektionen der oberen Atemwege
- Leistungsskala 2: Symptome, aber fast völlig ambulatorisch

WHO klinisches Stadium III

- Ungeplanter Gewichtsverlust > 10%
- Chronische Diarrhöe > 1 Monate
- Fieber > 1 Monat (dauernd oder intermittierend)

- Orale Candidiasis
- Orale haarige Leukoplakie
- Lungen-Tbc im vergangenen Jahr
- Schwere bakterielle Infektionen
- Vulvovaginale Candidiasis
- Leistungsskala 3: Bettlägerig < 50% des Tages

WHO klinisches Stadium IV (A)

- HIV Wasting Syndrome
- Pneumocystis carinii Pneumonie
- Toxoplasmose des Gehirns
- Kryptosporidiose mit Diarrhöe > 1 Monate
- Isosporiose mit Diarrhöe > 1 Monat
- Extrapulmonäre Kryptokokkose
- Zytomegalovirus Erkrankung nicht Leber, Milz,
- Herpes simplex an Haut & Schleimhäuten
- Progressive multifok. Leukoenzephalopathie

WHO klinisches Stadium IV (B)

- Disseminierte endemische Mykose
- Candidiasis der Speiseröhre, Trachea, Bronchien
- Atypische disseminierte Mykobakteriose
- Non-typhöse Salmonellen Sepsis
- Extrapulmonäre Tuberkulose
- Lymphoma
- Kaposi's Sarkoma
- HIV-Enzephalopathie
- Leistungsskala 4: Bettlägerig > 50% des Tages

Im Krankenhaus Baboua gibt es keine modernen labortechnischen Analysemethoden. Weiters gibt es keine bildgebenden Verfahren. Wir verifizieren die Verdachtsdiagnose HIV positiv mit zwei verschiedenen AIDS Test:

AIDS Test DETERMINE
AIDS Test UNIGOLD

Nur wenn beide AIDS Tests positiv sind, gilt ein Patient als HIV positiv.

Jene Patienten die zur Sprechstunde kommen leiden meist unter folgenden Beschwerden:

Anorexie, Kachexie, Müdigkeit, Gelenksschmerzen, Muskelschmerzen, Diarrhö, Vertigo, Kopfschmerzen, Husten und Thoraxschmerzen, die meistens in Zusammenhang mit

Tuberkulose auftreten. Die Patienten leiden häufig unter verstärkten und häufigen Malariaanfälle.

Der therapeutische Effekt von PC1 bei Patienten im Stadium II und III mit geringer miasmatischer Last ist sehr anschaulich. Die Mehrheit der Patienten in diesen Stadien berichten nach ca. 7 - 10 Tagen über eine deutliches Hungergefühl. Wenn ausreichend Lebensmittel vorhanden sind, wird die Gewichtszunahmen häufig nach 3 - 4 Wochen optisch deutlich. Ab der dritten bis vierten Woche sind der Großteil der Patienten meistens leistungsfähiger. Häufig können die Patienten nach 3 - 4 Wochen Therapie mit PC1 schon zu Fuß in die Sprechstunde kommen und lassen sich nicht mehr wie zuvor von einem Moped ins Krankenhaus fahren. Ca. 4 - 5 Wochen nach Therapiebeginn sind Gelenksbeschwerden und Muskelschmerzen so gering, daß sie oft von den Patienten nicht mehr erwähnt werden. Der Schwindel verbessert sich sehr individuell. Bei manchen Patienten konnte ich ein Verbesserung bereits nach 1 Wochen feststellen, andere wiederum litten unter Schwindel auch noch 4 - 5 Wochen nach Therapiebeginn. PC1 scheint nicht gezielt gegen Diarrhö zu helfen. Erst mit einer Besserung des Allgemeinzustandes verringert sich die Diarrhö und kommt individuell schnell zum Stillstand.

Die klinische Besserung von Patienten mit geringer miasmatischer Last im Stadium II und III unter PC1 ist besonders ausgeprägt in den ersten 4 - 6 Wochen nach Therapiebeginn. In diesen 4 - 6 Wochen kann der Leidensdruck der Patienten soweit verringert werden, daß die meisten Patienten wieder zu ihrem früheren Lebensrhythmus zurückfinden. Der weiter Verlauf bzw. die Langzeitbesserung unter PC1 hängt entscheidend von soziokulturellen Gegebenheiten ab (siehe Soziokulturelle Effekte von AIDS und PC1)

Entscheidend mit Einsetzen einer erhöhten Eßleistung ist, ob ausreichend nährreiche Lebensmitteln für den Patienten zur Verfügung stehen. Viele kommen in die Sprechstunde und sagen: „Ich habe Hunger, aber leider zu wenig zu essen“. Nur wer ausreichend zu essen hat, kann auf eine konsequente Verbesserung seines Krankheitszustandes hoffen.

Bei Patienten mit hoher miasmatischer Last z.B. mit einer Krankheitsgeschichte von Syphilis, Gonorhoe oder parallel bestehender Tuberkulose bzw. häufigen Malariaanfällen ist meiner Erfahrung nach PC1 weniger effizient, verglichen zu jenen Patienten ohne diese Belastung. Patienten mit hoher miasmatischer Last suchen folglich aufgrund ihres höhern und länger dauernden Leidensdruckes auch über einen längeren Zeitraum gezielt den Kontakt zum Arzt.

Patienten im fortgeschrittenen Stadium gemäß der WHO Klassifikation IVA und IVB weisen deutlich wenigere und auch langsamere Heilerfolge auf. Besonders gering ist der Effekt von PC1 bei einem Befall des zentralen Nervensystems wie dies z.B. bei HIV-Enzephalopathie oder Toxoplasmose des Gehirns. Diesen Patienten kann mit PC1 nicht mehr geholfen werden. Selbiges gilt auch für ARV. Aufgrund der hohen Toxizität von

ARV besteht außerdem die Gefahr, daß diesen Patienten mit ARV eher geschadet als geholfen wird.

IV. Soziokulturelle Effekte von AIDS und PC1

a) Bildungsnotstand als entscheidendes Hindernis im Kampf gegen AIDS

Patienten die unter PC1 eine Verbesserung ihres Krankheitszustandes erleben, nehmen ihre Arbeit wieder auf. Im Falle von männlichen Patienten ist das vor allem die Arbeit auf dem Feld und bei den Frauen die häuslichen Aufgaben. Um einen Langzeiterfolg unter PC1 zu erreichen, muß die Aufgabe des Arztes in der Sprechstunde zweierlei sein.

Auf die Wichtigkeit der kontinuierlichen Einnahme von PC1 auch ohne Krankheitszeichen hinzuweisen.

Die Menschen bezüglich dem Gebrauch von Kondomen zu sensibilisieren.

Beides ist in die Kultur der Gbaya schwer integrierbar. Bei den oben erwähnten Analphabetenraten und einem völlig anderen Krankheitsverständnis ist für die Gbaya schwer nachvollziehbar, warum jemand bei fehlendem Leidendruck weiter zum Arzt gehen soll. Die Basis für eine kontinuierliche Einnahme von PC1 oder ARV ist eine gute Arzt - Patienten Beziehung. In der Behandlung von AIDS hat der Arzt einer pädagogischen Aufgabe nachzukommen. Eine hohe Analphabetenrate kann diese Aufgabe des Arztes sehr erschweren. Das Austeilen einer Broschüre ist wenig effizient, denn die meisten Patienten können nicht lesen. Weiters ist die Gefahr für den Patienten stigmatisiert zu werden real. Denn, wer mit einer spezifischen Broschüre gegen AIDS aus dem Büro des weißen Doktors kommt, könnte AIDS krank sein. Der Gebrauch von Kondomen ist für eine Kultur ohne westlicher Krankheitsvorstellung schwer verständlich. Ein Beispiel (und ich könnte viele davon zitieren): In unserem Haus haben wir einen Kopierer. Ein Lehrer der Dorfschule bat mich, ein Blatt mit Rechenaufgaben zu vervielfältigen. Ich nehme ihn mit in mein Büro. Zuerst mache ich unseren kleinen Generator an um den Kopierer einzuschalten. Dann lege ich das Blatt in den Kopierer und mache 30 Kopien. Der Dorflehrer steht neben mir und ich gebe ihm die 30 Kopien. Er lächelt mich etwas verlegen an um fragt dann: „Ihr Weißen haben eigentümliche Zauber. Ihr drückt auf einen Knopf und schon spuckt das Ding 30 Blätter aus“. Ich bringe dieses Beispiel weil es deutlich macht, wie schwer es für die Menschen hier sein muß, zu verstehen was ein Virus ist. Schließlich muß noch verstanden werden, wie das Virus durch Vaginalsekret oder durch das Ejakulat von den Geschlechtspartner übertragen wird. Die pädagogische Aufgabe des Arztes wird noch zusätzlich durch sprachliche Hindernisse erschwert. Für die Menschen in unserer Region ist Französisch die dritte Sprache nach Gbaya und Sango. In Gabya und Sango gibt es Termini wie Virus, Pilze oder Bakterien nicht. Unterrichtssprache der ZAR ist Französisch. Bei einer Analphabeten raten von 60 - 75 % ist klar: Das Schulsystem funktioniert nicht! Summa summarum heißt das: Sensibilisierung und Aufklärung gegen AIDS wird durch mangelnde Bildung unproportional erschwert. Basis für ein erfolgreiches Vorgehen in der AIDS Bekämpfung muß eine Erhöhung des Bildungsniveaus sein.

b) Unvollständige Reintegration als Überlebensvorsaussetzung

Die Sensibilisierung auf den Gebrauch von Kondomen muß integraler Bestandteil der Arbeit des Arztes im Kampf gegen AIDS sein. Vor allem für Frauen ergeben sich dadurch oft Konfliktsituationen die zu einer unvollständigen Reintegration führen. Weiters entstehen durch externe Hilfsangebote wie z.B. dem Angebot von Lebensmitteln weitere Konflikte:

Beispiel:

Victorie Z. ist 35 Jahre alt. Sie kommt aus dem Dorf Fambele, 35 km von Baboua. Victorie hat zwei Kinder. Ihr Mann ist vor einem Jahr gestorben. Sie ist seit dem Tod ihres Mannes alleinstehend. Victorie kommt mit ihren beiden Kindern zu Fuß aus Fambele zu mir in die Sprechstunde. Ihre Beschwerden sind: Müdigkeit, Kopfschmerzen, Gelenksschmerzen und Schwindel. Sie hat wenig Appetit und in den letzten Monaten Gewicht verloren. Wir machen in meinem Büro einen AIDS Test. Der Test ist positiv. Ich gebe ihr PC1 und bitte sie in 4 Wochen wieder zu kommen. Schon drei Wochen später kommt sie wieder. Sie hat deutlich weniger Gelenks und Kopfschmerzen. Der Schwindel ist weg. Sie leidet unter weniger Müdigkeit. Victorie berichtet sie habe sehr viel Hunger und könnte den ganzen Tag essen. Leider hat sie nicht die finanziellen Mittel Essen zu kaufen. Ihr Feld ist wenig ertragreich. Als im letzten halben Jahr die Müdigkeit immer mehr wurde, konnte sie auch immer weniger am Feld arbeiten. Das Feld ist folglich wenig ertragreich. Ich entschließe mich ihr Essen vom World Food Programm (WFP) mitzugeben. Victorie kommt nun alle 14 Tage zu mir in die Sprechstunde. Sie berichtet mir, niemand in ihrem Dorf habe bisher Essen vom (WFP) bekommen. Ihre Nachbarn haben zuerst gemerkt, daß Victorie nun überhaupt nicht mehr auf das Feld geht um zu arbeiten, aber trotzdem immer zu essen hat. Schließlich entdeckten die Nachbarn die Lebensmittel. Die Vorstellung der Gbaya „Jeder Gbaya hat ein Manjokfeld“ ist weit verbreitet. Wer nicht sein eigenes Manjokfeld hat und dennoch genug zu essen hat, wird schnell verdächtigt Nahrungsmittel von anderen gestohlen zu haben. Victorie leidet unter dem Druck der auf sie ausgeübt wird. Körperlich geht es ihr besser. Ca. 3 Monate nach Beginn der Therapie erzählt mir Victorie, daß sich Männer wieder für sie interessieren. Ich versuche ihr zu erklären, sie müsse nun beim Geschlechtsverkehr aufpassen und ich geben ihr Kondome mit. 14 Tage später kommt sie wieder und sagt: „Der Mann hat das Kondom nicht akzeptiert. Er hat mich bedrängt, doch ich bin davon gelaufen“. Sie erzählt mir weiter: „Im Dorf spricht man schlecht über mich. Die Leute sagen ich bin schlecht weil ich nicht am Feld arbeite und dennoch zu essen habe. Außerdem wies ich einen Mann ab und das machen Frauen bei uns im Dorf nicht“.

Analyse: Victorie geht es mit PC1 körperlich besser. Sie versteht sie muß ihre Sexualgewohnheiten ändern um zu überleben und sie muß weiter ihre Therapie einnehmen. Ich helfe ihr mit Lebensmittel. Sie stellt Bedingungen an den Mann mit dem sie schlafen will. Sie kommt weiter zu mir in die Sprechstunde, obwohl sie kein sichtbaren Krankheitszeichen mehr hat. Kulturelle Anschauungen (jeder muß sein eigenes Feld haben, Frauen müssen sich dem Mann unterordnen, wer nicht krank

aussieht kann auch nicht krank sein) ihrer Mitmenschen machen sie zur Außenseiterin. Der Druck der Gesellschaft kann enorm sein.

c) AIDS bricht traditionelle Gewohnheiten auf

Einer meiner ersten Patientinnen war Antoinette A. Als wir uns kennenlernten war Antoinette ca. 26 Jahre alt. Sie hatte die klinischen Zeichen von AIDS im Stadium II. Nach acht Wochen unter PC1 fand sie zu ihrem führen Lebensrhythmus zurück. Antoinette war Mutter eines vier Monate alten Sohnes. Sie stillte ihren Sohn, was ein Infektionsrisiko für ihn darstellte, denn das HIV Virus kann über die Muttermilch übertragen werden.

Bei den Gbayas gibt es unter Frauen eine Tradition: Wenn Frauen sich zu einer Frauenrunde treffen, werden die Kinder von einer stillenden Frau zu den anderen stillenden Frauen weitergereicht. Jedes Kind bekommt somit Milch von jeder stillenden Frau.

Ich wußte anfangs nichts von dieser Tradition. Nur per Zufall erfuhr ich davon und fragte eines Tages Antoinette in der Sprechstunde, ob auch sie ihr Kind in der Frauenrunde an andere Mütter weiterreichen würde, bzw. ob sie selber Kinder von anderen Müttern stillen würde. Sie bejahte die Frage. Ich versuchte ihr zu erklären, dass sie als HIV-pos. Mutter andere Kinder mit ihrer Milch krank machen könnte. Leider war ich mit meinen Erklärungsversuchen wenig erfolgreich. Jedesmal wenn Antoinette in die Sprechstunde kam, fragte ich sie von neuem, ob sie noch immer andere Kinder von der Frauenrunde stille, bzw. ihr Kind anderen Frauen gebe. Irgendwann sagte sie dann: „Herr Doktor, nein, das mache ich nicht mehr“. Ich wußte, daß sie mir mit dieser Antwort nur einen Gefallen tun wollte. Die Wahrheit war es nicht.

d) AIDS und Hilfsprogramme wie z.B das World Food Programm

Mit Verringerung der Anorexie unter PC1 nach etwa 10 bis 14 Tagen braucht der Patient dringend nährreiche Lebensmittel. Im Krankenhaus Baboua bieten wir den AIDS Patienten Lebensmittel vom Welternährungprogramm (WFP) an. In einer Gesellschaft unter gleichen, wie im Fall Victorie bereits angedeutet, kann die Ausgabe von Lebensmittel für die Patienten innerhalb der Gesellschaft erhebliche Folgen haben. In acephalen Geslleschaften hat der AIDS Kranke nur zwei Möglichkeiten wie er auf den gesellschaftlichen Druck reagieren kann.

Die Lebensmittel verstecken
Lebensmittel schnell zu verkaufen und den finanziellen Erlös zu verstecken!
Die Lebensmittel mit anderen teilen.

e) AIDS, Sexualität, Frauen und Menschenrechte

Als Leiter eines staatlichen Krankenhauses habe ich den Status eines Staatsangestellten und werde regelmäßig zu den Treffen von Funktionären eingeladen. Funktionäre sind Staatsangestellte. Sie übernehmen Verwaltungsaufgaben gemäß dem von den

Franzosen während der Kolonialzeit eingesetzten Verwaltungssystems. Aufgrund ihre Staatsanstellung haben Funktionäre trotz der nur sporadisch gezahlten Gehälter in der Regel etwas mehr Geld als die durchschnittliche Dorfbevölkerung.

Bei unseren Treffen diskutieren wir zuerst fachliche Fragen und gehen anschließend gerne ein Bier trinken. Bei so gut wie jedem Treffen wird über Frauen gesprochen. Letztens wurde ich gefragt, ob ich schon eine afrikanische Frau „gekostet“ habe. Ich wußte natürlich sofort was gemeint war. Ich sagte: „Nein, ihr wißt doch, daß ich verheiratet bin“. Wir unterhielten uns weiter. Einer meinte: „Mais, Monsieur le Docteur, c`est pas de grande chose“ (Das ist keine große Sache). Ich frage ihn: „Michelle, wie meinst du das?“ Und er erklärte: „Das ist doch eine Sache auf 3 Minuten“.

Häufig hört man Männer sagen: „Consumer les Femmes“ (Frauen konsumieren). Die Dominanz der Männer über die Frauen ist in den meisten afrikanischen Gesellschaften enorm. Frauenbewegungen in europäischem Sinne sind in der ZAR noch kaum bekannt.

Das häufig geringe Mitbestimmungsrecht der Frauen wann und wie Sex gelebt wird, steht in direktem Zusammenhang mit dem Infektionsrisiko. Die Infektionsgefahr steigt, wenn die Frau noch nicht ausreichendes Vaginalsekret produziert hat. Je weniger die Frau auf den Geschlechtsverkehr vorbereitet ist, um so größer ist das Risiko beim Penetrieren in die Vagina Mikroläsionen mit Blutungen hervorzurufen. Blut enthält bekanntlich wie Vaginalsekret HIV Viren. Die Konzentration von HIV im Blut ist allerdings höher als im Vaginalsekret. Durch Mikroläsionen und dem Austreten von Blut erhöht sich somit das Risiko sich zu infizieren.

Frauen werden sich aus Schutz gegen AIDS dem in Afrika häufig herrschenden patriachalen System auflehnen müssen. PC1 fördert diesen Prozeß durch das Hervorbringen von gesunden Frauen. Verletzung von Frauenrechten sind nur ein Beispiel. AIDS in seiner Gesamtheit beleuchtet eine Reihe von Menschenrechtsverletzungen.

f) Langzeiterfahrungen mit PC1

Die Hauptherausforderung einer erfolgreichen Langzeittherapie mit PC1 liegt in einer konsequenten Medikamenteneinnahme. Viele Patienten setzen das Medikament nach klarer Besserung ihrer Beschwerden ab. Hier handelt es sich um ein klassisches Complianceproblem, wie es bei Patienten mit chronsichen Krankheiten häufig beobachtet wird.

Die Erfahrung hat gezeigt, daß viele Patienten im Stadium II und III nach 8 - 12 Wochen nicht mehr zur Sprechstunde kommen. Die Gründe dafür sind:

Symptomfreiheit wird von den Kranken als geheilt interpretiert.
Die Anreisewege sind weit
Reisen kostet Geld

Reisen ist in unserer Region wegen Banditen gefährlich
Das Medikament kostet nicht viel, aber dennoch etwas Geld (umgerechnet 1 US $)
Zum Arzt zu gehen ohne offensichtlich krank zu sein ist der Familie und dem Freundeskreis suspekt. Die Patienten werden schnell verdächtigt und beschuldigt.

Gute Langzeitresultate mit PC1 wird man nur bei jenen Patienten haben, die

Intellektuell verstehen was AIDS ist und wie es übertragen wird
Dem Druck der sich durch gesellschaftliche Normen aufbaut wiedersetzen können

Die Langzeitresultat mit PC1 im Krankenhaus Baboua sind sehr bescheiden. Die Mehrzahl der Patienten reinfiziert sich früher oder später und sterben. Nur sehr wenige schaffen jenen notwendigen Sprung in ihrer Individualentwicklung der das Überleben sichert.

V. Analyse der Impacts von AIDS und PC1

Der Fall Victorie ist nur ein Fall stellvertretend für viele Frauen. AIDS legt mangelnde Frauen- bzw. Menschenrechte offen. AIDS beleuchtet aber auch das katastrophale Bildungsniveau, die infrastrukturelle Situation eines Landes und die für die Individualentwicklung oft lähmenden Normen einer Gesellschaft.

Das Entwicklungsmoment das sich automatisch beim Zusammenprall von AIDS und therapeutischen Interventionen (sei es in medikamentöser Form oder durch das Angebot von Lebensmittel) ergibt, mündet in ein erhöhtes Verantwortungsbewußtsein des Patienten. Individualentwicklung wird zum zentralen Thema. Mit konsequenter Besserung der körperlichen Verfassung des Patienten erleben die Patienten unter PC1 eine Reintegration in die Gesellschaft. In jenen Fällen bei denen die Krankheit verschwiegen bzw. abgestritten wurde, ist nun die Welt vorerst wieder in jene Bahnen zurückgelenkt wie vor Ausbruch der Krankheit.

Egal ob ein AIDS Kranker PC1 oder ARV als Therapie einnimmt, vorrangiges Ziel muß in eine Stärkung der Persönlichkeit des Patienten sein. Nur wer den Schritt schafft und konsequent die Therapie weitermacht und gleichzeitig lernt seine Sexualgewohnheiten zu ändern und sich dem Druck der Gesellschaft zu widersetzten weiß, wird langfristig überleben.

Die Erfahrung zeigt, daß nur eine Minorität die notwendige Individualentwicklung schafft.

Resümee zum Impact von AIDS und PC1:

AIDS in seiner Gesamtheit legt in eindringlicher Weise das Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern, katastrophales Bildungsniveau, infrastrukturelle Defizite bzw. lähmende Gesellschaftliche Zwänge offen.

AIDS scheint in den Ländern der dritten Welt einen enormen Transformationsprozeß hervorzurufen. PC1 stoppt diesen Prozeß nicht. Die Erfahrung zeigt, daß die Dynamik von PC1 diesen Transformationsprozeß unterstützt. ***Gemäß der Ähnlichkeitsregel sollte das nicht verwundern.***

AIDS und PC1 fördern einen Selektionsprozeß dessen Resultat in einer erhöhten Individualität resultiert.

VI. PC1 und ARV - der Beginn einer Annäherung von Schulmedizin & Homöopathie

Der Einsatz von ARV setzt bestimmte Bedingungen voraus. Aufgrund ihrer hohen Toxizität sind prätherapeutische Blutanalysen obligat. Weiters sind Blutanalysen auch im Verlauf der Therapie verbindlich, den die Anzahl der CD4 Leukozyten und die Viruslast sind neben der klinischen Besserung die entscheidenden Parameter, ob die Therapie erfolgreich ist oder nicht.

Zur Messung von CD4 Zellen und Viruslast sind hochentwickelte (meist auch teuere und anfällige) Technologien notwendig. Der Einsatz dieser Technologien erfordert Elektrizität und Kompetenz.

Um die Realität etwas zu veranschaulichen, hier einige Daten:

In der ZAR gibt es drei CD4 Zählmaschinen und seit Herbst 2006 im Institut Pasteur in der Hauptstadt Bangui auch ein Gerät zur Bestimmung der Viruslast. Die Zählung von CD4 Leukozyten kostet ca. 7.000 FCFA (ca. 11 Euro) und die Bestimmung der Viruslast kostet ca. 24.000 Euro (ca. 35 Euro). Das Land ist 2 mal so groß wie Deutschland. Durchschnittlich sind 20 % der Bevölkerung HIV positiv. Selbst wenn hunderte CD-4 Zählmaschinen in der ZAR zur Verfügung stehen, müßten die Patienten tagelange Anreisewege auf sich nehmen um ARV zu erhalten. Eine Alternative wäre Blutproben zu Therapiezentren mit adäquaten Analysemethoden zu schicken. Schlechte Straßenverhältnisse stellen allerdings eine große Hürde dar.

Beispiel:

Das nächstgelegene CD4 Gerät steht in Bouar. In der Regenzeit dauert eine Reise von Baboua nach Bouar (Distanz 104 km) ca. 4 Stunden. Die Kosten für eine Hin- und Rückfahrt betragen 50 Euro. Blutentnahmeröhrchen sind teuer. Eine weiteres Problem ist, daß sich bald im Dorf herumsprechen würde, daß das Auto des weißen Doktor nach Bouar fährt um Blut von AIDS Patienten zu analysieren. Die Patienten hätten folglich Angst ins Krankenhaus zu kommen um die Blutabnahmen vornehmen zu lassen, weil ihre Anonymität nicht gewährleistet werden kann.

Analyse:

Neben den infrastrukturellen Problemen verkomplizieren kulturelle und ökonomische Hürden den Einsatz von ARV!

Neben den notwendigen infrastrukturellen und bildungstechnischen Voraussetzunge,

haben ARV den Nachteil körpereigene Abwehrprozesse nicht zu fördern. Weiters zwingt die hohe Mutationsfähigkeit des Virus aufgrund neu entstehender Resistenzen zu ständigen Neuentwicklungen von ARV. ARV sind außerdem sehr teuer.

Im Vergleich zu den ARV hat PC1 eine Reihe von Vorteilen:

PC1 steigert die körpereigenen Abwehrfunktionen, denn der Effekt von PC1 ist nicht eine Vernichtung des Virus, sondern über erhöhte Immunkompetenz die Viruslast zu verringen.
PC1 bedarf keiner prätherapeutischen Analysen.
PC1 ist nicht toxisch.
PC1 ist billig.
PC1 ist oral resorbierbar.
PC1 ist ähnlich Effizienz wie ARV.

Punkt 1 ist eine These und muß verifiziert werden.

Wenn PC1 tatsächlich die behaupteten therapeutischen Effekte haben soll, so muß davon ausgegangen werden, daß Abwehrprozesse nicht auf molekularer Ebene, sondern auf (wie von Homöopathen behauptet) einer subtileren Ebene reguliert werden. Diese Ebene könnte z.B. als Supramolekulare Ebene bezeichnet werden und macht in keine Weise die modernen Erkenntnisse der Molekularbiologie und Immunologie obsolet. Das Gegenteil ist der Fall. Das Postulieren einer supramolekularen Ebene mit organisatorischen bzw. regulativen Fähigkeiten könnte das Tor für die Zusammenarbeit von Homöopathen und Immunologen öffnen. Die Regulation und Koordination des Zytokin-Zell Netzwerkes ist in der Immunologie ein Rätsel. Zwar werden ständig neue Zytokine entdeckt die mit Zellen des Immunsystem, Nervensystem, endokrinen Systems und vermutlich auch anderen Körperzellen kommunizieren, doch ist nicht geklärt wie eine Abwehrreaktion koordiniert wird.

Wenn PC1 tatsächlich auf der Ebene subtiler abwehrregulatorischer Phänomene interveniert, so müßte doch indirekt der Effekt von PC1 durch die Messung von CD4 Leukozyten und ganz besonders der Viruslast bewiesen werden können.

Die klinische Erfahrung zeigte, daß die Effizienz von PC1 von zwei Faktoren abhängt:

Dem Krankheitsstadium
Der miasmatische Last des Patienten

Die homöopathische Miasmenlehre ist in der allgemeinen Biologie, der Immunologie oder der Medizin nicht bekannt. Bei der Behandlung von AIDS Patienten mit PC1 zeigte sich, daß die Summe aller neben AIDS parallel existierenden Krankheiten und Traumata ein potentielles Heilungshindernis darstellen können.

Beispiel:
Eine Patientin hat AIDS. In der Anamnese zeigt sich weiters, daß die unter chronischen Unterleibsbeschwerden leidet. Außerdem hustet sie. Sie erzählt weiter sie habe täglich ab 18 Uhr Fieber. Die Patientin leidet außerdem unter der Diagnose AIDS. Sie hat große Angst bald zu sterben.

Analyse:

- Grunderkrankung AIDS
- Chronische Unterleibsbeschwerden sind meist das Resultat unvollständige ausgeheilter Geschlechtserkrankungen v.a. Gonorrhö
- Der Husten wird durch das Sputum der Patientin als TB erkannt
- Mittels einem dicken Tropfen werden Plasmodien bei de Patientin nachgewiesen
- Die Patientin ist von der Diagnose HIV pos. traumatisiert.

Wenn Patienten mit hoher miasmatischer Belastung langsamer gesund werde als Patienten mit einer niedrigeren, muß die Krankheitsgeschichte bei der Bestimmung von Parametern wie CD4 Leukozyten und Viruslast berücksichtigt werden.

Der entschiedene Unterschied zwischen PC1 und ARV ist, daß PC1 gezielt einen Abwehrprozeß triggert, nämlich den gegen AIDS. ARV hingegen wirken gezielt antagonistisch gegen die Virusvermehrung.

Die Triggerung eines gezielten Abwehrprozesses wird übrigens auch dadurch bestätigt, daß bei Dominieren eine miasmatischen Last z.B Dominieren der Malaria gegenüber den AIDS Symptome bei vorheriger gezielter Behandlung der Malaria mit PC Malaria und anschließender Behandlung der AIDS Erkrankung PC1 effizienter wirkt als bei Übergehen der Malariazeichen und sofortiger Gabe von PC1.

Eine weitere Erfahrung könnte PC1 für Immunologen interessant machen. AIDS ist als eine Immunschwäsche bekannt, doch zwei Erfahrungen haben gezeigt, daß ein Zusammenhang zwischen Detoxikationsprozessen und Immunologie bestehen muß. Im Rahmen einer Pilotstudie zu PC1 am Nationalen Refernzzentrum für AIDS und Geschlechtserkrankung in Bangui wurde eine verringerte Toxizität von ARV bei gleichzeitiger Einnahme von PC1 festgestellt. Weiters scheinen die zahlreichen Nebenwirkung von Trimethoprim- Sulfamethoxacol unter PC1 geringer zu sein.

Diese Beobachtung muß durch immunologische und toxikologische Forschung weiter untersucht werden. Zukünftig könnte die große Chance und möglicherweise das Interesse der Pharmaindustrie an PC1 hauptsächlich darin liegen, die Toxizität von ARV zu verringern.

Vier Aspekte könnten PC1 und andere Medikamente der PC Reihe das Tor zur Zusammenarbeit mit diversen Zweigen der schulmedizinischen Wissenschaften öffnen.

Der indirekte Nachweis der Effizienz von PC1 mittel labortechnischer Methoden wie der Zählung von CD4 Leukozyten und Viruslast.

Der statistisch signifikante labormedizinische Nachweis der Wirksamkeit von PC1 wäre der Beweis, daß Abwehrprozesse von einem supramolekularen Organisationssystem koordiniert werden.

Der statistische Nachweis, daß Patienten mit hoher miasmatischer Last langsamer unter PC1 gesund werden, müßte zu einer Anerkennung der Miasmenlehre auch in der Schulmedizin, der Biologie und ganz besonders in der Immunologie führen.

Die Mitwirkung von immunologischen Prozessen bei Detoxifikation

VII. Schlußtext

Ein schneller weltweiter Einsatz von PC1 ist trotz seines hohen therapeutischen Potentials unwahrscheinlich. Pharmakonzerne sind mit Milliarden Dollar Beträgen weltweit im Kampf gegen AIDS involviert. Finanzielle Interessen der Industrie werden es diversen zukünftigen Therapiekonkurrenten, sei die Therapie auch noch so effizient, nicht leicht machen. Entscheidend wir wohl sein, ob sich Menschrechtsbewegungen und von der Industrie unabhängigen Gemeinschaften mit finanzkräftigen Förderern mittels moderner Kommunikationsmittel weltweit so vernetzen können, um sich zu jener Kraft zu Formen, damit ein weltweites Distributionssystem selbst in entlegene ländliche afrikanische Gebiete Wirklichkeit wird. Langfristig hätte eine derartige Etablierung eines Medikamentes aus der homöopathischen Ecke wohl den weiteren Effekt, das biomedizinische Modell gegen ein holistischeres Menschenbild zu ersetzten. In diesem neuen Menschbild wird wohl dem menschlichen Organismus das unendlichen Potential zur Heilung und zur individuellen Entwicklung eingeräumt werden müssen.