

Biophysikalische Allergietherapie

— Grundlagen und Ergebnisse —

P. Schumacher

Zusammenfassung

Jede in unserem Kosmos vorkommende Substanz weist neben der stofflich-chemischen auch eine nichtmaterielle physikalisch-informations Komponente auf. Da diese Komponente elektromagnetische Qualitäten besitzt, kann sie wie jede andere elektromagnetische Welle elektronisch „verarbeitet“ werden. Die Bioresonanztherapie benützt diese Eigenschaft, um patienteneigene Schwingungen in Therapie-Schwingungen umzufunktionieren.

C. Smith konnte anhand zahlreicher wissenschaftlich exakt durchgeführter Experimente beweisen, daß auch bei allergischen Reaktionen nicht nur die Allergensubstanz, sondern ebenso deren homöopathische Hochpotenzen, ja sogar deren spezifische Frequenzen alleine ausreichen, um schwerste allergische Reaktionen auszulösen. Im Schwingungssystem eines Allergikers scheint also eine Art biophysikalische „Prägung“ (Engramm) von einer als Allergen bezeichneten Substanz vorhanden zu sein, die durch Kontakt die allergischen Reaktionen auslöst.

Diese „Prägung“ kann durch die Bioresonanztherapie gelöscht werden, indem man den Patienten mit der genauen Inversschwingung des Allergens konfrontiert. Diese Löschung des Allergie-Engramms bedeutet für den Patienten, daß durch diese Substanz keinerlei Allergie-Reaktion mehr ausgelöst wird.

Schlüsselwörter

Biophysikalische Information, Engramm, Entlastungstherapie

Summary

Every substance in our cosmos has besides the material-chemical also an immaterial physical-informative component. As this component has electromagnetic qualities it can be treated like any other electromagnetic wave. The Bioresonance-Therapy uses this quality in order to transform the patient's own electromagnetic waves into therapy waves.

C. Smith could prove in numerous scientifically exact experiments that also in case of allergic reactions not only the allergy substance, but also the homeopathic potency and even their specific frequencies are already sufficient to cause allergic reactions.

In the oscillation system of an allergic person seems to be some kind of biophysical „stamping“ (engram) of a substance known as allergene which causes through contact the allergic reaction.

This „stamping“ can be cancelled by the Bioresonance-Therapy in confronting the patient with the exactly inverted oscillations of the allergene. This cancellation means for the patient that the substance known as allergene does not cause any further allergic reaction.

Keywords

Biophysical information, engram, relief therapy

In einer Zeit, in der Allergien weltweit immer mehr an Bedeutung gewinnen und alljährlich Milliarden-summen für die Allergieforschung aufgewendet werden, klingt die Behauptung, man könne Allergien heilen extrem provokant! Die Bioresonanztherapie ist aber tatsächlich in der Lage Allergien nicht nur zu behandeln, sondern völlig zu eliminieren.

Im Laufe der Entwicklung dieses neuartigen Therapieverfahrens wurden Erfahrungen gemacht und Erkenntnisse gewonnen, die bisher unbekannte oder bestenfalls erahnte Dimensionen unseres Wissens eröffnen und eine völlig neue Ära unseres Allergieverständnisses einzuleiten in der Lage sind.

Um Zugang zu der Materie zu finden ist zumindest für denjenigen, der gewöhnt ist, bisher ausschließlich in materiellen Dimensionen zu denken, freilich ein gewisses Umdenken erforderlich, zumindest die Bereitschaft eines Verstehenwollens, denn wir bewegen uns hier in einem Bereich, den man gedanklich zuerst begreifen und akzeptieren muß, um die Zusammenhänge wirklich verstehen zu können.

1. Biophysikalische Information als allgemeingültiges Phänomen

Die Erfahrungsheilkunde kennt eine Reihe faszinierender Phänomene, die unzweifelhaft erkennen lassen, daß

jede in unserem Kosmos vorkommende Substanz, aus welchen Bereichen auch immer sie stammt, neben der stofflich-chemischen auch eine nicht materielle, physikalisch-informations Komponente aufweist. Zu diesen Phänomenen gehören z. B. die verschiedenen Testmöglichkeiten mit den Techniken der Elektroakupunktur oder der Auriculomedizin, die Phänomene der Kinesiologie, aber auch die Tatsache der eindeutigen und reproduzierbaren Wirksamkeit völlig materiefreie homöopathischer Hochpotenzen. Alle diese zunächst erstaunlich anmutenden, aber jederzeit reproduzierbaren Phänomene sind nur denkbar unter der Annahme ubiquitärer, immaterieller, aber höchst spezifischer biophysikalischer Informationen.

Wir wissen heute, z. B. durch die Forschungen der Quantenphysik und Biophysik (*Adey, del Giudice, Ludwig, Popp, C. Smith* u. a.), daß dieser materiefreie Anteil unseres Kosmos den Charakter eines ultrafeinen Schwingungsspektrums hat und notwendig und verantwortlich ist für alle Steuerungs- und Regulationsvorgänge und für die Milliarden in jeder Sekunde ablaufenden physikalischen Wechselwirkungen auf dieser Welt. Die hier angesprochenen und in diesen Bereichen wirksamen Signale sind „ultrafein“, d. h. es handelt sich um unvorstellbar schwache, mit konventionellen Meßmethoden nicht mehr nachweisbare Schwingungen (daher auch die Akzeptanzschwierigkeiten seitens der wissenschaftlich orientierten Medizin). Trotzdem haben diese Signale aber ganz offensichtlich (auch) elektromagnetische Qualitäten, d. h. sie lassen sich wie jede andere elektromagnetische Welle behandeln, über Kabel leiten, über ein Sender-Empfängersystem übertragen usw.

Die Bioresonanztherapie benützt diese Eigenschaften um — nach einer Idee von Dr. *F. Morell* — das Schwingungsmuster des Patienten (auch Lebewesen haben natürlich ein spezifisches Muster biophysikalischer Schwingungen) über Kabel abzuleiten, in einem elektronischen Gerät (BICOM-Gerät) zu bearbeiten, u. a. zu invertieren, d. h. in das exakte Spiegelbild zu verwandeln und in dieser Form als hochwirksame Therapieschwingung wieder an den Patienten zurückzuleiten. Jeder Anwender der Bioresonanztherapie kennt und schätzt dieses Therapieprinzip und weiß um seine vielfältigen Wirkungen im Organismus.

Dieselbe Möglichkeit — Ableitung einer spezifischen Schwingungsinformation und Inversion derselben mittels elektronischer Spiegelschaltung im BICOM-Gerät — gilt natürlich nicht nur für die Schwingungssysteme lebender Systeme, sondern grundsätzlich für jede Substanz unseres Kosmos.

2. Allergie als Phänomen biophysikalischer Information

Es ist schon lange bekannt, daß allergische Reaktionen bei entsprechend hochsensiblen Menschen schon durch unvorstellbar kleine Mengen des Allergens ausgelöst werden können (z. B. anaphylaktischer Schock eines Milchallergikers bei Betreten eines Raumes, in dem Milch gewärmt wurde). *C. Smith* konnte anhand zahlreicher wissenschaftlich exakt durchgeführter Experimente beweisen, daß bei hyperergisch reagierenden Personen nicht nur die Allergen-substanz selbst, sondern auch deren homöopathische Präparationen bis in den Bereich der bereits sicher materiefreien Hoch- und Höchstpotenzen wirksam ist, ja daß sogar spezifische elektrische Frequenzen alleine ausreichen können, um schwerste allergische Reaktionen auszulösen.

Damit ist bewiesen, daß das Phänomen „Allergie“, also die abnorme Andersreaktion eines Lebewesens auf eine bestimmte, als Allergen definierte Substanz, neben dem allseits bekannten biochemisch-immunologischen Aspekt auch eine sehr wesentliche biophysikalisch-informationselle Seite hat.

Immer wenn in lebenden Systemen immaterielle Informationssignale wirksam sind, haben diese Steuerungs- und Regulationsfunktionen (ggf. auch Störfunktionen), sind also dem materiellen Bereich übergeordnet.

Alle Erfahrungen der letzten Zeit lassen erkennen, daß auch allergische Mechanismen im Körper nur dann ablaufen können, wenn entsprechende immaterielle biophysikalische Steuerungsimpulse wirksam sind. Im Schwingungssystem des betreffenden Lebewesens scheint eine Art biophysikalische „Prägung“ erforderlich zu sein, eine fixierte Information, wonach das spezifische Schwingungsspektrum einer bestimmten Substanz als „Allergen“ registriert ist und deren Vorhandensein und Ak-

tivierung Voraussetzung ist, daß allergische Mechanismen im Körper ablaufen.

Als praktikables Denkmodell für diesen Vorgang hat sich der ursprünglich aus der Gedächtnisforschung stammende Begriff Engramm* bewährt. Ein „Allergie-Engramm“ entsteht als biophysikalische Prägung auf der Basis einer erblichen Disposition durch wiederholten Kontakt mit einer den Organismus in irgendeiner Weise irritierenden Substanz. Nicht jeder Mensch neigt dazu, Allergien zu entwickeln (= Allergie-Engramme zu bilden) und nicht jede Substanz hat Allergenpotenz!

Erst durch die Prägung des Allergie-Engramms wird die betreffende Substanz für diesen Menschen zum Allergen. Das einmal geprägte Engramm bleibt erhalten, es ist inaktiv, solange kein Allergenkontakt stattfindet, es wird aktiviert durch die spezifische Information, für welche es geprägt ist und löst dann durch Steuerungsimpulse über die bekannten Mechanismen (z. B. Antikörperbildung → Mastzellensensibilisierung → Histaminfreisetzung usw.) in der Substanzebene des Körpers die allergische Reaktion aus. Die Schwere dieser Reaktion, also der allergischen Symptomatik am Patienten, ist abhängig vom Aktivitätsgrad des Engramms, der von Fall zu Fall, aber auch beim selben Patienten in weiten Grenzen schwanken kann. Der Grad der toxischen Belastung einerseits, der Zustand des Immunsystems bzw. des Terrains andererseits und schließlich die Leistungsfähigkeit der Ausscheidungsorgane, haben wesentlichen Einfluß auf den Grad der Allergiereaktion!

Typisch für ein Engramm ist neben der Spezifität — es ist ausschließlich

* Engramm = Gedächtnisspur, die durch Reize (vermutlich durch bioelektrische Vorgänge) in jede organische Substanz als bleibende Veränderung „eingeschrieben“ werden kann und auf spätere ähnliche Reize eine gleiche Wirkung wie auf den Originalreiz veranlaßt (Definition aus Meyers Neues Lexikon, Ausgabe 1978).

für eine bestimmte Schwingungsinformation geprägt — die Manipulierbarkeit und Lösbarkeit, d. h. es kann durch geeignete Informationen oder Techniken abgerufen, verstärkt, abgeschwächt oder ganz eliminiert werden.

Die „adäquate Information“ für jedes Allergie-Engramm ist ausschließlich das biophysikalische Schwingungsmuster (= Frequenz-Amplitudenspektrum) des Allergens. Mit Hilfe dieses spezifischen Signals läßt sich mit geeigneten Methoden das Engramm „abrufen“, d. h. sein Vorhandensein feststellen.

Damit ergibt sich die Möglichkeit einer außerordentlich exakten und einfachen Diagnostik.

In den letzten Jahren wurde auf der Basis dieser biophysikalischen Erkenntnisse ein neues Testverfahren entwickelt (Bioresonanz-Allergietest), das sich in der Praxis bereits außerordentlich bewährt hat. Der Test ist technisch einfach, in einem Wochenendseminar leicht erlernbar und bietet die Möglichkeit das Vorhandensein oder Fehlen eines Allergie-Engramms direkt nachzuweisen und damit die Voraussetzung für die dort ansetzende biophysikalische Therapie zu schaffen. Nur die exakte Identifikation des Allergens eröffnet die Möglichkeit das entsprechende Engramm zu beeinflussen und schließlich zu löschen!

3. Biophysikalische Allergietherapie

Zentrale steuernde Instanz jeglichen allergischen Geschehens ist das Allergie-Engramm! Eine Therapie, die hier ansetzt, muß jeder anderen Behandlungsmethode weit überlegen sein, weil sie wirksam ist, noch bevor irgendeine Reaktion im materiellen Bereich des Körpers einsetzt.

Die im BICOM-Gerät erzeugte Spiegelbildschwingung des Allergens bietet diese einzigartige Möglichkeit des Eingriffs an höchstmöglicher Stelle.

Bei der physikalischen Inversion einer beliebigen Schwingung bleibt das charakteristische Frequenz-Amplitudenmuster unverändert. Exakt dieses Muster ist aber der einzige spezifische Identifikationscode, welcher das entsprechende Engramm aufruft und der Beeinflussung zugänglich macht.

Wird nun das vom Gerät kommende invertierte Muster dem Originalmuster im Schwingungssystem des Patienten gegenübergestellt, so kommt es — nach einem allgemeingültigen physikalischen Gesetz — durch das Spiegelbildmuster zu einer Reduzierung des Originalmusters.

Die mehrmalige Konfrontation mit der Inversschwingung des Allergens bewirkt ganz offensichtlich beim Patienten einen kontinuierlichen Abbau des Allergie-Engramms (siehe Abb. 1) mit Senkung seines Aktivitätsgrades. Für den Patienten bedeutet das Abschwächung seiner allergischen Symptome. Bei Einhaltung gewisser Regeln kann das Engramm und damit die Allergie schließlich völlig und auf Dauer gelöscht werden (siehe Abschnitt 4).

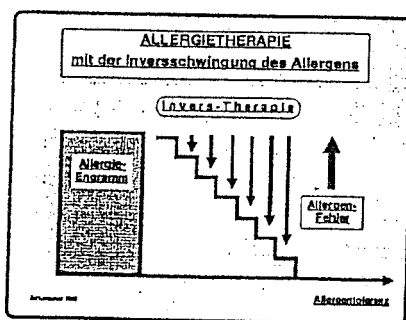


Abb. 1

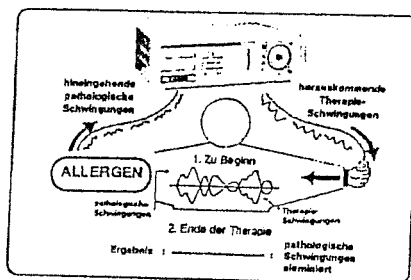


Abb. 2

Um nochmals zu präzisieren: Wirkprinzip dieser Therapie ist ausschließlich die Inversschwingung (= Spiegelbildschwingung) des Allergens. Sie wird mittels elektronischer Spiegelschaltung im BICOM-Gerät aus der Originalschwingung des Allergens erzeugt und in mehreren Therapiesitzungen über Kabel und Elektrode dem Patienten zugeleitet (Abb. 2).

Der Vorgang ist sehr einfach und stellt lediglich eine Variante der Eigenschwingungstherapie dar, wie sie mit dem BICOM-Gerät üblicherweise appliziert wird: Das Allergen befindet sich in einer Becherelektrode am Eingang des Gerätes, der Patient ist in diesem Falle nur am Ausgang angeschlossen. Er erhält die im BICOM-Gerät invertierte Information des Allergens über zwei Hand- und Fußelektroden. Alle für die Allergietherapie notwendigen Geräteeinstellungen sind in einem eigenen Programm zusammengefaßt, das im integrierten Computer des BICOM-Gerätes gespeichert ist und auf einfachen Knopfdruck abgerufen werden kann.

4. Varianten der Allergietherapie

Unabhängig von der Art des Allergens und den Besonderheiten des Falles im einzelnen beinhaltet jede Allergietherapie zwei vom Ansatz her verschiedene Situationen, die nicht miteinander verwechselt werden sollten. Sie unterscheiden sich vor allem durch den Zustand des Allergie-Engramms:

Als Entlastungstherapie bezeichnen wir jene Therapiephase, in welcher es darum geht, die körperlichen Auswirkungen einer Allergieaktion zu vermindern. Das Allergie-Engramm ist dabei — infolge vorausgegangenen oder noch bestehenden Allergenkontakts — in aktiviertem Zustand.

Ziel der Therapie ist hier eine Entlastung der Situation durch Absenken der Aktivität des Allergie-Engramms

und damit Beruhigung der überschießenden Abläufe im Körper des Patienten.

Die Therapie mit der Inversschwingung des Allergens als eigentliches allergieabbauendes Prinzip wird dabei gerne mit zumindest einen Durchgang der entlastenden und harmonisierenden Therapie mit den Eigenschwingungen des Patienten also mit der üblichen Bioresonanztherapie kombiniert.

Bei hyperergischen Patienten, speziell mit chronischen allergischen Leiden wie Neurodermitis, Asthma etc., ist in dieser Phase der Therapie besondere Vorsicht am Platze. Das in diesen Fällen überaktive Allergie-Engramm kann schon auf Minimalreize reagieren und massive Verschlechterungsreaktionen auslösen. Bei solchen Patienten hat es sich bewährt mit schwächeren Geräteeinstellungen (z. B. die Hälfte der im Allergieprogramm vorgesehenen Verstärkung und Therapiezeit) zu beginnen und je nach Verträglichkeit zu steigern.

Die eigentliche und bleibende Elimination der Allergie durch Löschen des Allergie-Engramms ist eine von der Entlastungstherapie zu unterscheidende Therapiesituation. Sie ist erst dann möglich, wenn das Allergie-Engramm inaktiv ist, d. h. nicht durch Allergenkontakt aktiviert worden ist. (Man beachte den Unterschied zwischen „inaktiv“ und „gelöscht“! Ein inaktives Engramm kann durch die Allergeninformation jederzeit aktiviert werden. Löschung bedeutet völlige Elimination des Engramms, d. h. das Allergen wird ab diesem Zeitpunkt reaktionslos vertragen.)

Nur ein inaktives Engramm kann gelöscht werden, jeder winzigste Allergenkontakt würde aber zur Aktivierung führen, daher ist in dieser Phase der Therapie absolute Allergenkarrenz erste und unabdingbare Voraussetzung für den Erfolg.

Die zur völligen Löschung erforderliche Anzahl der Therapiesitzungen kann schwanken. Nach unseren Er-

fahrungen sind fast immer 6 bis 8 Therapiesitzungen zu je 4 Minuten ausreichend. Die Therapien werden durchschnittlich zwei- bis dreimal wöchentlich durchgeführt, Gesamtdauer der Behandlung für ein Allergen also 3 bis 4 Wochen. Die Therapie wird erst abgeschlossen, wenn der vorher positive Test eindeutig negativ geworden ist.

Die Löschung des Allergie-Engramms einer bestimmten Substanz bedeutet für den Patienten, daß durch diese Substanz keinerlei Allergie-Reaktion auf der Substanzebene mehr ausgelöst wird, daß die Substanz also in der Folge symptomlos vertragen wird.

Diese zweifellos spektakulären Erfolge sind durchaus voraussagbar, allerdings müssen die Voraussetzungen genau bekannt sein, ohne deren Berücksichtigung ein Erfolg nicht möglich ist:

Wichtigste Bedingung, die dem Patienten immer wieder vor Augen gehalten werden muß, ist die absolute Allergenkarrenz während der Therapiephase. Der Patient muß verstan-

den haben, daß der Abbau des Allergie-Engramms mittels der Spiegelbildschwingung durch Kontakt mit der Originalschwingung wieder aufgehoben wird. Wir beginnen aus diesem Grund auch immer erst dann mit der eigentlichen Eliminationstherapie, wenn die absolute Allergenkarrenz vom Patienten und seiner Familie sicher beherrscht wird. Die Art des Allergens spielt dabei grundsätzlich keine Rolle, naturgemäß ergeben sich die größten Schwierigkeiten bei den zentralen Allergien, wo es darum geht so verbreitete Stoffe wie Milch oder Weizeneiweiß bis zum letzten Molekül zu meiden.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für den Therapieerfolg ist die Beschränkung auf jeweils nur ein Allergen. Die Erfahrung hat gezeigt, daß der Erfolg ausbleibt, wenn versucht wird mit mehreren Substanzen gleichzeitig zu therapieren. Bei Multiallergikern muß gemeinsam mit dem Patienten ein Therapieplan erstellt werden, in welchem die Reihenfolge der zu therapierenden Substanzen festgelegt ist.

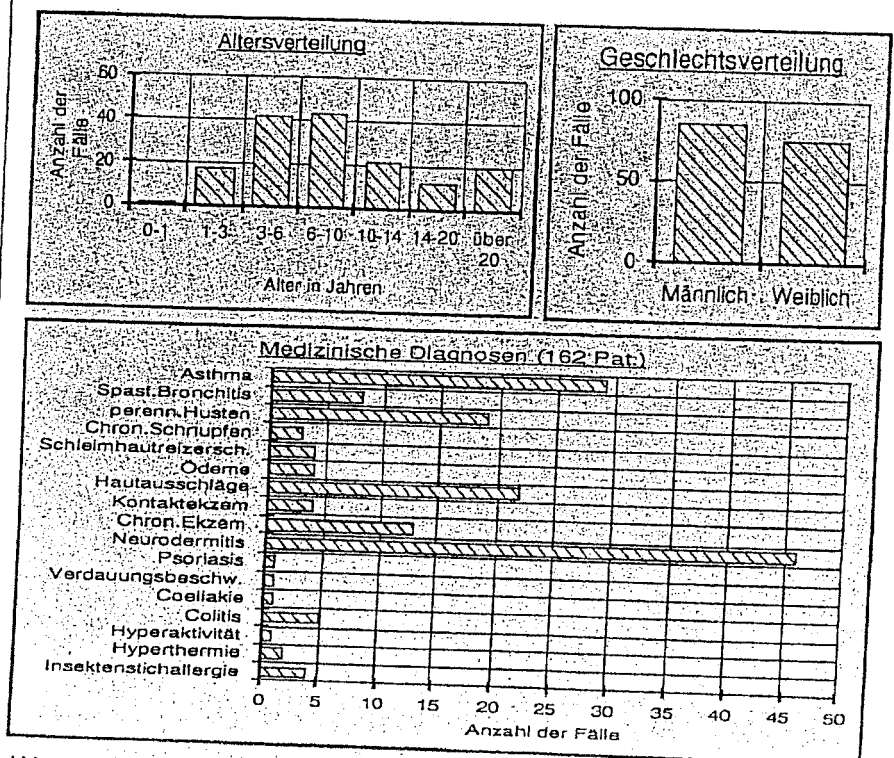
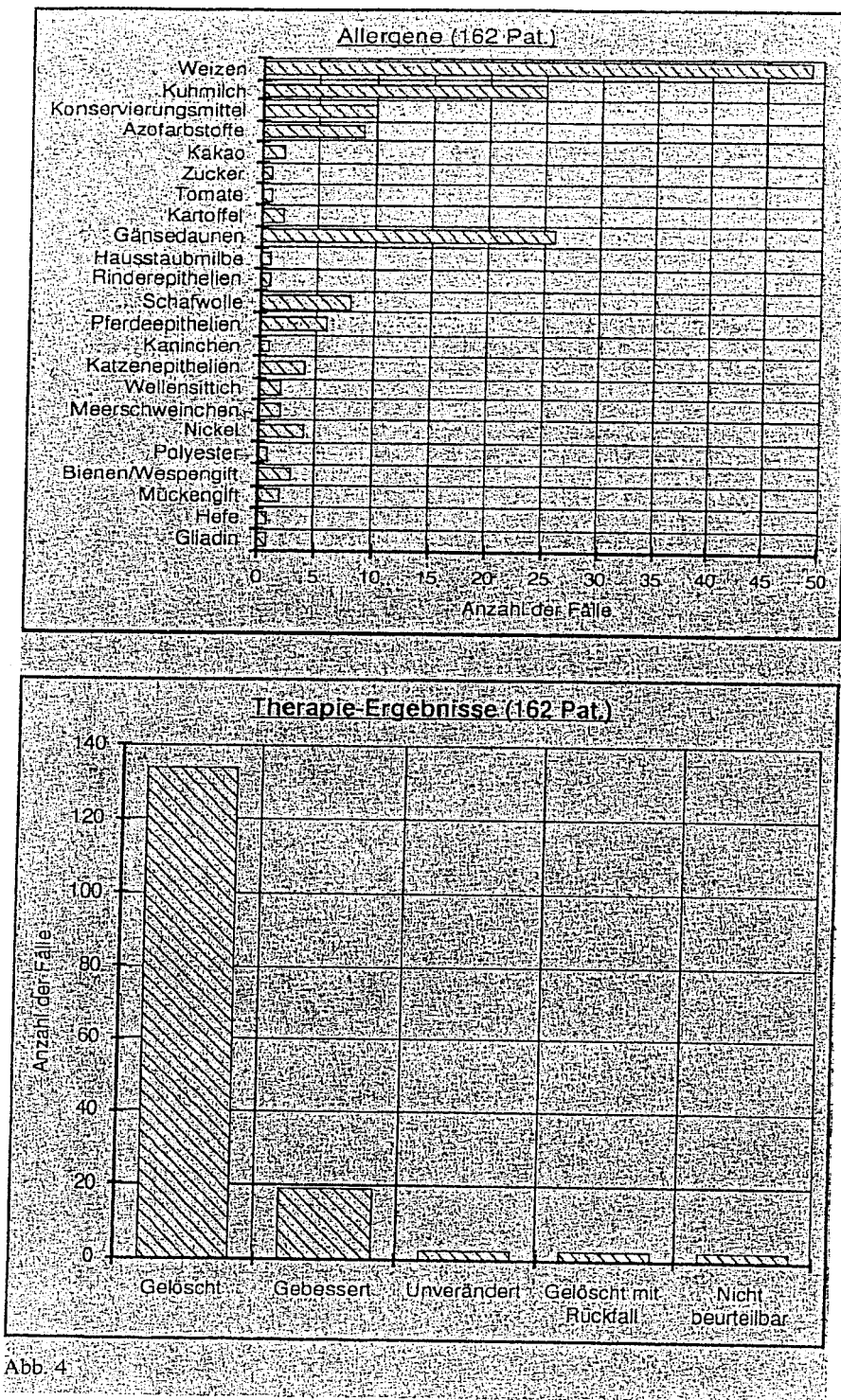


Abb. 3



Bei fehlerfreier Durchführung der Therapie ist der Patient anschließend für dauernd von seiner Allergie befreit. Wenn wir im weiteren Verlauf Rückfälle erlebt haben, war bisher immer durch Rekonstruktion ein Allergenfehler während der Therapiephase eruierbar.

5. Beweise

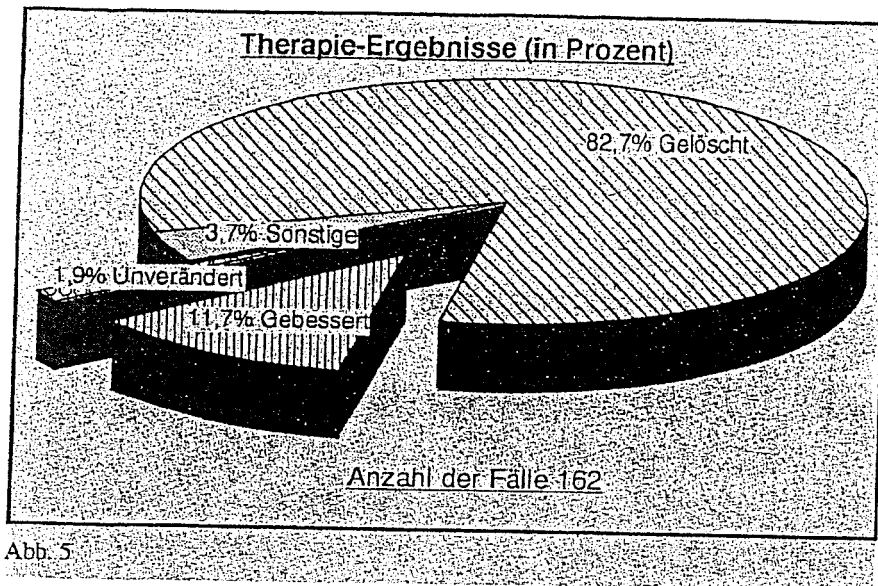
Für den einzelnen Patienten, dem sein Allergen als Auslöser lästiger bis lebensbedrohender Krankheitserscheinungen nur zu gut bekannt ist, ist die Tatsache, daß er diesen Stoff nach der Therapie auf Dauer reaktionslos verträgt, ein ans Wunderbare grenzendes Erlebnis und bedarf keines weiteren Beweises.

Um ein neuartiges, speziell ein derart revolutionierendes Therapiekonzept als Methode glaubhaft zu machen, bedarf es zumindest eines größeren statistischen Zahlenmaterials. Die erste exakte statistische Studie über die Wirksamkeit der biophysikalischen Inversschwingungstherapie bei Allergien ist in Ausarbeitung und wird Ende 1990 publiziert.

Das bisher ausgewertete Material betrifft 162 Patienten (Abb. 3, 4, 5) mit verschiedenen Allergien, die in unserer Praxis einer Löschtherapie unterzogen wurden. Die folgenden Grafiken geben einen vorläufigen Überblick über die Zusammensetzung des Patientenmaterials und die Therapieergebnisse. Genauere Details müssen später der Originalpublikation entnommen werden. (Eine parallel durchgeführte Studie bei 150 Pollinosepatienten wurde hier nicht berücksichtigt. Die Beurteilung des Therapieerfolges ist bei der Pollinose naturgemäß erst nach der nächsten kompletten Pollensaison möglich, die statistische Bearbeitung dieses Materials ist für 1991 vorgesehen.)

Nach Beendigung der Therapieserie wurde jeder Patient zunächst routinemäßig nachuntersucht. Die endgültige Beurteilung des Therapieergebnisses erfolgte 4 bis 10 Monate später durch den Patienten selbst bzw. dessen Eltern in Form einer Fragebogenaktion. Die wenigen Therapieversager und Rückfälle sind ausnahmslos auf Karenzfehler während der Therapiephase zurückzuführen.

Nähere Einzelheiten sind einer späteren Publikation zu entnehmen. Schon jetzt lassen die Ergebnisse aber zweifelsfrei erkennen, daß unter der Voraussetzung einer exakt stimmenden Allergendiagnose, richtiger Durchführung von seiten des Arztes und entsprechender Mitarbeit des Patienten, der Erfolg der Therapie mit großer Wahrscheinlichkeit vorausgesagt werden kann.



Die Bioresonanztherapie bietet also tatsächlich die phantastische Möglichkeit Allergien nicht nur zu behandeln, sondern wirklich zu heilen. Und das geschieht ohne die geringste Belastung des Patienten auf rein physikalischem Weg mit Hilfe der Substanz, gegen welche die Überempfindlichkeit besteht!

Ein hoffnungsvoller Beginn eines neuen physikalisch orientierten Zeitalters der Medizin?

Korrespondenzadresse:
Dr. med. P. Schumacher, c/o Grubmühl-
feldstraße 32, D-8035 Gauting

Biophysikalische Allergietherapie

Retrospektive Praxisstudie

P. Schumacher
Zusammenfassung R. Moyses

Einleitung:

Dr. P. Schumacher, Innsbruck, hat zwischen Sep. 89 und Okt. 90 eine Studie mit rund 200 Allergiepatienten durchgeführt, die hier zusammenfassend dargestellt werden soll.

In seinem Buch *Biophysikalische Therapie der Allergien*¹, in welchem diese Studie detailliert und neben zahlreichen anderen wertvollen therapeutischen Hinweisen zur Allergiebehandlung beschrieben wurde, schreibt er: "Unser eigenes Erfahrungsgut umfaßt inzwischen weit über 1000 derartige Einzelpatienten, von denen jeder die völlige Elimination seiner Allergie - in welcher Form auch immer sie sich ausgewirkt hatte - erlebt hat.

Dazu kommen die vielen Patienten, die von anderen Kollegen behandelt wurden. Diese Kollegen - Ärzte und Heilpraktiker - haben die Methode in unseren Seminaren erlernt und wenden sie teilweise schon seit mehreren Jahren erfolgreich in ihren Praxen an.

Ein zahlenmäßiger Überblick ist schwer zu gewinnen, doch zeigen die zahlreichen Rückmeldungen an uns, daß die Methode auch andernorts mit großem Erfolg angewandt wird. Unabhängig von diesem persönlichen Erfahrungsgut erschien es uns, zumindest am Beginn dieser Entwicklung, notwendig, ein entsprechendes statistisch bearbeitetes Zahlenmaterial vorzulegen."

Daß ein Wirkungsnachweis auch durch retrospektive Praxisstudien erbracht werden kann, zeigt B. Schneider², wenn er als Alternative zu den schulmedizinischen Doppelblindversuchen vorschlägt, "die Wirksamkeit durch systematische Beobachtung der Erfolge und Mißerfolge bei der praktischen Anwendung zu beurteilen." Eine solche Studie hat Schumacher bereits 1991 publiziert und damit verständlicherweise großes Aufsehen erregt.

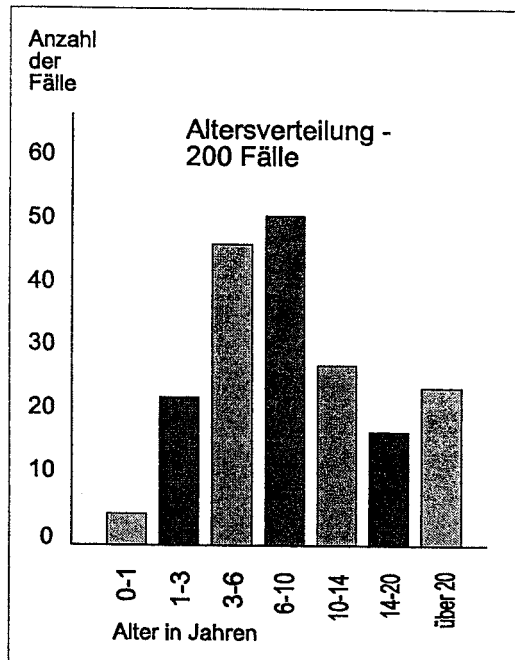
Auswahl der Patienten:

Es wurden alle innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten einer *BICOM* Allergie-Therapie unterzogenen Patienten, meist Kinder und Jugendliche, unabhängig von Alter, Diagnose,

¹Sonntag Verlag, Stuttgart, 1994;

²Prof. B. Schneider, Medizinische Hochschule Hannover: *Erfahrungsheilkunde* 11/1994;

Schwere der Krankheit und Art des Allergens in einer Liste erfaßt. Voraussetzung für die Einbeziehung in diese Studie waren eine gesicherte Allergiediagnose durch einen oder mehrere Allergietests und der erkennbare und gesicherte Zusammenhang zwischen Allergie und Allergiereaktion. Es handelte sich also nicht um eine bestimmte Auswahl, sondern um das spontane Patientengut innerhalb des festgelegten Zeitraums.



Insgesamt wurden 164 Patienten erfaßt mit 204 Behandlungsfällen. Die Ergebnisse wurden mit Hilfe eines Fragebogens zusammengetragen. Abgeschickt wurden die Fragebogen jeweils 5 Monate nach Abschluß der Therapie. Patienten mit mehreren Allergien erhielten für jedes behandelte Allergen einen separaten Fragebogen, so daß jede Therapieserie gesondert beurteilt werden konnte.

Die Aktion erstreckte sich über 6 Monate. Der zeitliche Abstand zwischen Therapie und der Befragung betrug also maximal 11 Monate und minimal 5 Monate. Von 204 ausgesandten Fragebogen wurden 200 zurückgesandt. Das ergibt eine Rücklaufquote von 98%.

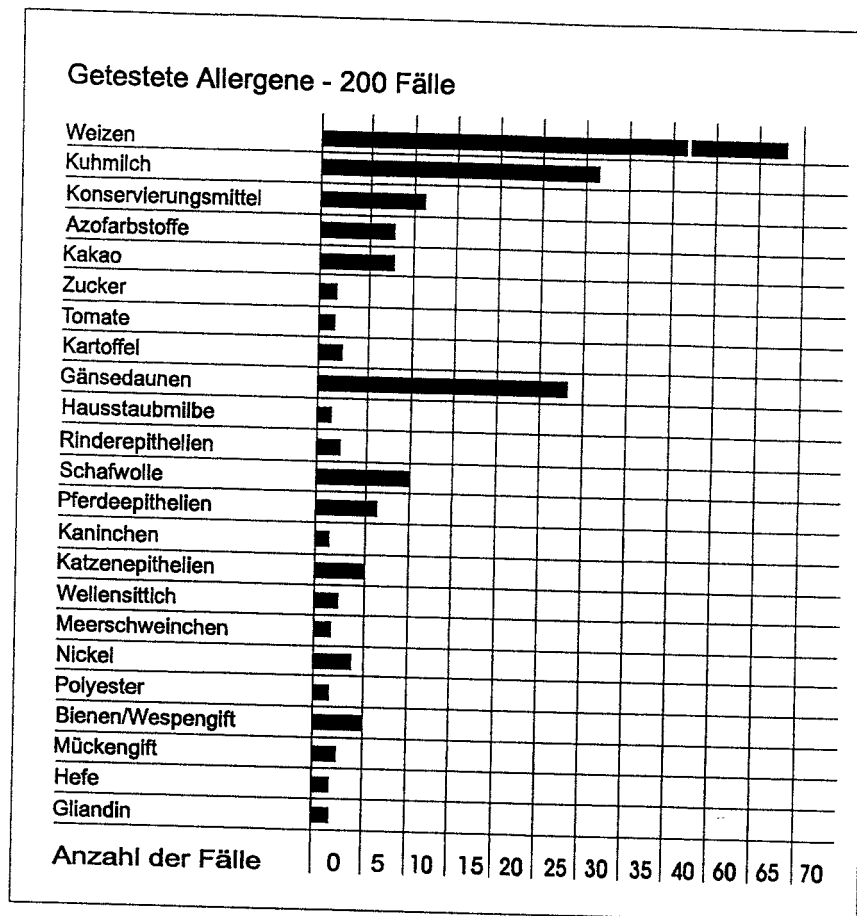
Gefragt wurde nach Verträglichkeit, Nebenwirkungen der Therapie, Rückfälle und Gesamtbeurteilung des Behandlungserfolges. Da es sich in der Studie überwiegend um Kinder und Jugendliche handelte, wurden die Fragebögen meist von den Eltern ausgefüllt.

Altersverteilung und Häufigkeit der festgestellten Allergien gehen aus den Tabellen hervor. Erwartungsgemäß standen bei den Nahrungsmittel-Allergien Weizen und Kuhmilch im Vordergrund, bei Inhalationsallergenen Gänseedaunen. Heuschnupfen wurde aufgrund der speziellen Besonderheiten aus diesem Konzept ausgeklammert.

Therapie

Für die Allergietherapie wurde bei allen Patienten einheitlich und ausschließlich nur eine *BICOM* Therapie mit den Inverssschwingungen des diagnostizierten Allergens und einer 8-fachen Verstärkung durchgeführt. Voraussetzung für den Beginn der Therapie war auch eine sichere und fehlerfreie Allergiekarenz.

Die Karez konnte nach Abschluß der Therapie beendet werden. Der Patient brauchte nach der Therapie den Kontakt mit dem Allergen nicht mehr meiden, erhielt aber Anweisung, über eventuell erneut auftretende allergische Reaktionen sofort zu berichten.



Beurteilung der Behandlungserfolge

Die Beurteilung wurde dem Patienten bzw. der Familie selbst überlassen. Es standen folgende Kriterien zu Auswahl:

1. Die Allergie ist verschwunden, das heißt, der Patient hat seit Abschluß der Therapie das Allergen reaktionslos vertragen. Die vorher beobachteten allergischen Reaktionen sind trotz Allergenkontakt nicht mehr aufgetreten.
2. Die Allergie ist gebessert, das heißt, die Erscheinungen der Allergie sind noch erkennbar, aber graduell wesentlich weniger ausgeprägt.
3. Die Allergie besteht unverändert weiter, ein Therapieerfolg ist nicht erkennbar.
4. Es ist ein Rückfall eingetreten, das heißt, nach anfänglichem Verschwinden der Symptome ist die Allergie gegen dasselbe Allergen wieder aufgetreten.
5. Der Therapieerfolg ist derzeit nicht beurteilbar.

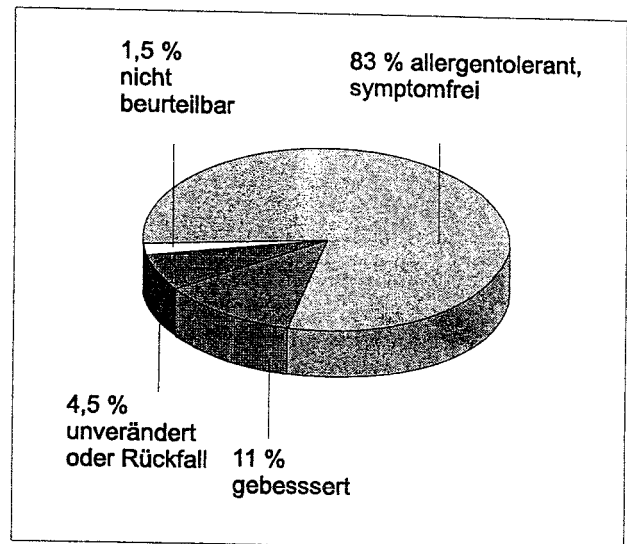
Ergebnisse

83,0 % der Fälle wurden erfolgreich behandelt, das heißt, die vorher beobachteten Reaktionen sind trotz Allergenkontakt nicht mehr aufgetreten. Der Patient konnte das Allergen uneingeschränkt und auf Dauer reaktionslos vertragen.

11,0 % der Fälle waren gebessert. Die Erscheinungen der Allergie sind noch erkennbar, jedoch graduell wesentlich weniger ausgeprägt.

4,5 % der Fälle waren Therapieversager. Ein Therapieerfolg war nicht erkennbar oder nach anfänglicher Besserung ist dieselbe Allergie wieder aufgetreten.

1,5 % der Fälle waren nicht beurteilbar.



Diskussion

Bei jüngeren Patienten, die eine bessere Reaktionslage zeigen und bei denen keine zusätzlichen schweren Belastungen vorliegen, kann auf vorbereitende, unterstützende oder zusätzliche Therapiemaßnahmen verzichtet werden. Bei Erwachsenen mit multiplen Belastungen ist oft ein anderer Therapieansatz erforderlich.

Die Gruppe, die als "gebessert" beurteilt wurde, umfaßte insgesamt 22 Fälle. Eine nähere Untersuchung ergab, daß die noch vorhandenen Symptome fehlgedeutet wurden und mit dem eigentlichen Allergiegeschehen nur mittelbar verknüpft waren. So waren zum Beispiel 8 Fälle dieser Gruppe Neurodermitispatienten, bei denen an den betroffenen Hautpartien noch Restmykosen bestanden, die allergieinduzierte Neurodermitis als Ursache aber geheilt war.

Bei den restlichen 14 Patienten dieser Gruppe ergab die Nachkontrolle, daß entweder unspezifische Symptome mit allergiebedingten Erscheinungen verwechselt wurden, wie zum Beispiel unspezifischer Infekthusten bei Asthmapatienten oder unspezifische Bauchschmerzen nach abgeheilter allergischer Colitis, oder daß noch Symptome von Seiten nicht erkannter Allergien vorhanden waren.

Eine Nachkontrolle der Gruppe der Therapieversager mit unveränderten Symptomen oder mit Rückfall ergab, daß bei 7 Fällen Karenzfehler während der Therapiephase vorlagen, das heißt, es wurde keine strenge und konsequente Trennung vom Allergen durchgeführt. In 2 Fällen aus dieser Gruppe konnte ein Dauerfehler nachgewiesen werden.

Peter Schumacher

Biophysikalische Therapie der Allergien

Erweiterte
Bioresonanztherapie

3., durchgesehene
Auflage

1994



Sonntag

Peter Schumacher

Biophysikalische Therapie der Allergien

Erweiterte Bioresonanztherapie

3., durchgesehene Auflage

Allergien sind heilbar

Allergien nehmen weltweit zu. Allergien entwickeln stets variierende und maskierte Formen – nicht zuletzt umweltbedingt. Die Belastungen von Asthma bronchiale, Heuschnupfen oder Neurodermitis reduzieren die Lebensqualität des Patienten oft dramatisch. Chemische Suppression oder Hyposensibilisierungsbehandlung zeigen unzureichende Erfolge bei erhöhten Nebenwirkungen und Gefahren.

Anhand **langjähriger, sorgfältig dokumentierter Erfolge** aus eigener **kinderärztlicher Praxis** weist der Verfasser nach, daß Allergien vollständig und nachhaltig heilbar sein können, wenn man sie als

biophysikalisches Phänomen erkennt und **nach physikalischen Gesetzen behandelt**.

Auf der Basis der als **»Bioresonanztherapie«** bewährten Konzeption vermittelt dieses Buch umfassend und systematisch Grundlagen und Praxis der biophysikalischen **»Löschung«** von Allergien – ohne Fremdstoffen und belastende Nebenwirkungen, insbesondere unter dem Aspekt der Kinderheilkunde.

Allergien biophysikalisch erkennen und löschen

ISBN 3-87758-165-X



9783877581650

Nur um diesen Patienten das Gegenteil beweisen zu können, mußte eine Vielzahl von Blütenpollen in den Pollinose-Testsatz aufgenommen werden. Auch hier sind praktisch immer unscheinbare, aber zur *gleichen Zeit blühende* Gräser die eigentliche Allergie-Ursache. Den negativen Test mit den entsprechenden angeschuldigten Blütenpflanzen-Antigenen benötigen wir jedoch, um den Patienten von den tatsächlichen Zusammenhängen überzeugen zu können.

Meteorologische Faktoren spielen für die Exposition und damit für das wechselnde Beschwerdebild des Pollenallergikers eine besondere Rolle. So beeinflusst z. B. die Niederschlagsmenge durch Reinwaschung der Luft den aktuellen Pollengehalt, andererseits führt Nebelbildung in Verbindung mit Inversionsvorgängen oft zu sehr hohen Pollenkonzentrationen in Erdnähe.

Sonniges Wetter und hohe mittlere Tagestemperaturen steigern die Pollenemission der Pflanzen beträchtlich. Die Zeit der stärksten Pollenemission liegt in den frühen Morgenstunden (morgendlicher Höhepunkt des Heuschnupfens).

Die Stärke und Richtung des Windes spielt bei manchen Pollinosepatienten eine große Rolle. Seit wir Pollenallergien biophysikalisch eliminieren können, haben wir beobachtet, daß nicht selten nach Löschung der wichtigsten z. B. Gräserallergien, noch leichte Beschwerden zurückbleiben, die nur gelegentlich und anfallsweise auftreten und auffallend oft mit bestimmten Windsituationen korreliert sind. Wir glauben, daß in diesen Fällen seltenere Pollen (die oft auch per Test nicht identifizierbar sind) aus größeren Entfernungen schubweise herangeweht werden. Diese Patienten können z. B. beschwerdefrei durch blühende Wiesen gehen, Symptome treten nur auf, wenn sie gerade in eine vom Wind hergewehrte Wolke von Pollen geraten, die für sie noch als Allergene wirken.

4. Therapie

Die Pollinose ist, wie erwähnt, die häufigste und wirtschaftlich bedeutendste allergische Erkrankung. Schon aus diesem Grunde existieren unzählige, teils sinnvolle, teils sinnlose Therapieversuche.

Eine echte Allergenkenz ist während der Pollensaison kaum möglich, eine Verminderung der Pollenexposition durch die verschiedensten **technischen Maßnahmen** (Filter, Ionisationsgeräte etc.) wird immer wieder versucht, bringt aber kaum je merkbare Erleichterung.

Auch an Versuchen, die Reaktionsfähigkeit des Patienten selbst zu verändern, fehlt es nicht. Ansatzpunkte sind vorwiegend der **psychische Bereich**, aber auch durch **diätetische Maßnahmen** wird versucht, eine allgemeine Umstimmung und damit eine Veränderung der Allergiebereitschaft zu erzielen.

Fast jeder Heuschnupfenpatient steht heutzutage während der Pollensaison unter irgendeiner **Chemotherapie** (Antihistamine, Mastzellenstabilisatoren wie DNCG etc., bis zur hochdosierten Depot- oder Dauertherapie mit Corticoiden). In jedem Fall handelt es sich lediglich um eine symptomverhindernde, »zudeckende« Therapie, die an der Allergie selbst nichts zu ändern vermag.

Die von den klinischen Allergologen ganz allgemein empfohlene und weltweit millionenfach praktizierte spezifische Immuntherapie (= **Hypo-sensibilisierungsbehandlung**) ist zwar eine kausale Behandlung, hat aber unseres Erachtens **nur solange eine Berechtigung, solange nicht wirksamere und ungefährlichere Methoden bekannt sind**. Die Therapie mit regelmäßigen Injektionen langsam steigender Allergendosen muß mehrere Jahre hindurch konsequent durchgeführt werden. Sie ist daher stark belastend für den Patienten (aber auch für den Arzt) und ist schließlich mit einem beträchtlichen Risiko in Form einer u. U. lebensbedrohenden anaphylaktischen Reaktion behaftet.

Die orale Methode mit allmählich gesteigerter Allergenzufuhr in Tropfenform hat sich als völlig unwirksam erwiesen (WALIN).

Von der Hyposensibilisierung zu unterscheiden ist die von Tinturier entwickelte »**Gegensensibilisierung**«. Sie bringt, ebenso wie die verschiedenen anderen Varianten der **Eigenblutbehandlung**, teilweise gute Ergebnisse. Auch **Homöopathie, Akupunktur und Neuraltherapie** werden vielfach und mit Erfolg eingesetzt.

Die Vielfalt der beschrittenen Therapiewege zeigt aber, daß bislang eine optimale Methode noch nicht gefunden ist.

4.1 Biophysikalische Therapie des Heuschnupfens

Auch der Heuschnupfen als klassische Typ-I-Allergie ist der biophysikalischen Therapie gut zugänglich. Es gibt aber einige Besonderheiten, die Beachtung erfordern, obwohl die Einführung der neuen Therapievarianten, gerade bei der Pollinosetherapie beträchtliche Vereinfachungen gebracht hat.

4.1.1 Löschtherapie mit der Inversschwingung des Allergens und Allergenkenz (Programm 999)

Diese Therapieform wurde von uns (und vielen anderen Therapeuten) bis zum Jahre 1992 routinemäßig durchgeführt. Wegen der Karenzprobleme konnte jeweils nur in der pollenfreien Zeit, also in den Wintermonaten, behandelt werden. Außerdem war während dieser Zeit auch der Kontakt

mit Heu (Ställe, Scheunen, Kleinhäutiere, die in Heu gehalten oder mit Heu gefüttert werden etc.) zu vermeiden.

Bei Einhaltung aller Regeln waren die Ergebnisse gut. Schwierigkeiten ergaben und ergeben sich generell und bei jeder Art von Heuschnupfenbehandlung vor allem durch die **große Zahl der möglichen Allergene**. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, wie wichtig es ist, wirklich alle für diesen Patienten als Allergen wirkenden Pollen festgestellt zu haben und in der Therapie zu berücksichtigen.

Ein weiteres Problem ergab sich durch die Verwendung von **Mischantigenen**, die speziell bei Patienten mit zahlreichen Pollenallergien damals als unverzichtbar erschienen.

Im Winter 1989/90 wurden in unserer Praxis ca. 130 Patienten mit Wiesengräserallergie aus Gründen der Zeitersparnis und Ökonomisierung mit einer Mischung von sechs Gräserpollenallergenen (Wiesenhäfer, Knäuelgras, Schwingel, Raygras, Lieschgras und Rispengras) behandelt. Wir nahmen damals (in Anlehnung an die Angaben in der allergologischen Literatur) an, mit dieser Mischung die praktisch wichtigsten Gräserarten erfassen zu können.

Mehr als die Hälfte dieser Patienten meldete jedoch während der Gräserblüte im nächsten Sommer immer noch Pollinosisymptome. Diese wurden zwar durchschnittlich als wesentlich leichter als in früheren Jahren angegeben, aber die Allergie war bei diesen Patienten nicht völlig gelöst, wie dies bei der anderen Hälfte der Fall war.

Die Nachtestung bei der Mißerfolgsgruppe ergab in allen Fällen negative Tests für die behandelten Allergene, daneben aber in jedem Fall positive Ergebnisse für ein oder mehrere Gräser, die in der Therapiemischung nicht enthalten waren (siehe Tabelle).

Bei 44 Patienten mit unbefriedigendem Therapieerfolg bei Anwendung einer 6-Gräsermischung wurden bei der Nachtestung folgende **zusätzliche Pollenantigene** festgestellt:

• Straußgras	30 mal	(Bei den meisten Patienten bestanden gleichzeitig Allergien gegen zwei oder mehrere dieser Gräser)
• Kammgras	17 mal	
• Ruchgras	24 mal	
• Wiesenfuchsschwanz	4 mal	
• Honiggras	1 mal	

Auf Grund dieser Erfahrungen wurde eine neue Liste der 12 wichtigsten Wiesengräser erstellt (siehe Tabelle auf Seite 141).

Aus den Pollenantigenen dieser 12 Gräser wurde ein **Mischantigen** hergestellt, das ab Sommer 1990 in den Basistestsätzen enthalten war und von uns in der Pollensaison 1991 routinemäßig zur Therapie aller Wie-

sengräserallergien eingesetzt wurde. Eine Analyse der Behandlungsergebnisse in dieser Saison brachte uns neue, wichtige Erkenntnisse zu einer Optimierung der Pollinostherapie:

4.1.1.1 Therapieergebnisse 1991

In der Zeit von November 1990 bis April 1991 wurden 115 Patienten mit Pollenallergien in der eingangs beschriebenen Weise (Inversschwingungsmethode mit Programm 999) behandelt. Bei 24 dieser 115 Patienten wurden getrennt voneinander zwei Allergien gegen verschiedene Pollen behandelt. Bei 2 Patienten waren es drei unterschiedliche Pollenallergien, sodaß sich eine Gesamtzahl von 145 Behandlungsfällen ergibt. Es handelte sich, entsprechend der Fachrichtung unserer Praxis, vorwiegend um Kinder. Etwas mehr als ein Viertel waren Jugendliche oder Erwachsene. Die meisten Patienten hatten Heuschnupfensymptome schon seit mehreren Jahren, dementsprechend waren in den meisten Fällen bereits mehrere erfolglose Versuche mit anderweitigen Therapien vorausgegangen (erfolglose Hyposensibilisierungsbehandlung über zwei oder mehr Jahre wurden von 22 Patienten angegeben).

Die Verteilung der jeweils per Test ermittelten und für die Therapie verwendeten Allergene zeigt Abb. 53. Erwartungsgemäß stehen die Allergene gegen die verschiedenen Wiesengräser bei weitem im Vordergrund, gefolgt von den Frühblühern Erle, Weide und Birke. Die relativ geringe Bedeutung der Roggenpollen in unserem Material hängt zweifellos mit den geographischen Gegebenheiten und den Besonderheiten der Flora unseres Gebirgslandes Tirol zusammen. Weide- und Ahmwirtschaft stehen im Vordergrund, Roggen wird in unseren Tälern kaum angebaut und auch die Windverfrachtung, die in der Ebene oft mehrere

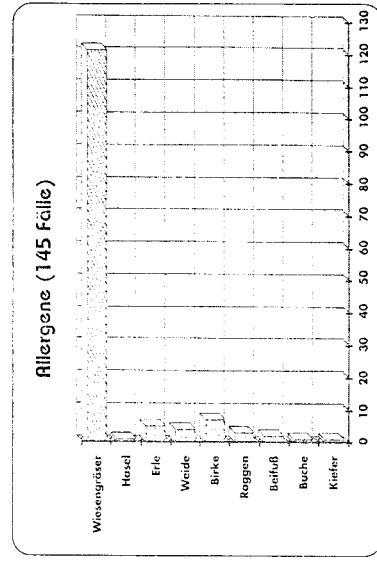


Abb. 53: Allergenverteilung. In der Alpen- und Voralpenregion, aus welcher die meisten unserer Patienten stammen, stehen Weide- und Ahmwirtschaft im Vordergrund. Daher das auffallende Überwiegen der Allergien gegen die verschiedenen Wiesengräser, gefolgt von den Frühblühern Erle, Weide und Birke. In einer Allergenaufstellung mit Patientenmaterial aus Mitteleuropa oder Norddeutschland würde z.B. eine stärkere Betonung der Roggenpollen auffallen. Wieder andere Schwerpunkte würde eine Studie im mediterranen Raum ergeben usw.

hundert Kilometer betragen kann, spielt im Gebirge eine geringere Rolle. Eine Allergenaufstellung mit Patientenmaterial aus Mittel- oder Norddeutschland ergäbe mit Sicherheit ein anderes Bild. Wieder andere Schwerpunkte würde eine Studie im mediterranen Raum ergeben usw. Nach Beendigung der Pollensaison, im Oktober 1991, wurden alle Patienten über den Therapieerfolg befragt. Die von den Patienten (bzw. bei Kindern von deren Eltern) erhaltenen Beurteilungen wurden in vier Gruppen eingeteilt:

- »Gelöscht« = In der Pollensaison 1991 sind keinerlei auf Pollinose verlässliche Symptome mehr aufgetreten.
 - »Deutliche Besserung« = Die Pollensaison 1991 verlief fast ohne Beschwerden, bis auf geringe Restsymptome an einzelnen Tagen.
 - »Besserung« = die Beschwerden waren insgesamt besser als in früheren Jahren, es bestanden aber noch deutliche Restsymptome.
 - »Unverändert« = Die Pollinosesymptome waren in der Saison 1991 gleichstark (oder eventuell noch stärker) wie in früheren Jahren.
- Eine Aufschlüsselung der Ergebnisse dieser Befragung zeigt Abb. 54.

Bei Addieren der Gruppe 1 (»gelöscht«) und Gruppe 2 (nur mehr geringe Restsymptome) ergeben sich ziemlich genau **60%** der behandelten Patienten, bei welchen wir von einem **befriedigenden Therapieerfolg** sprechen können. Die restlichen 40% müssen als Mißerfolg gewertet und kurz analysiert werden:

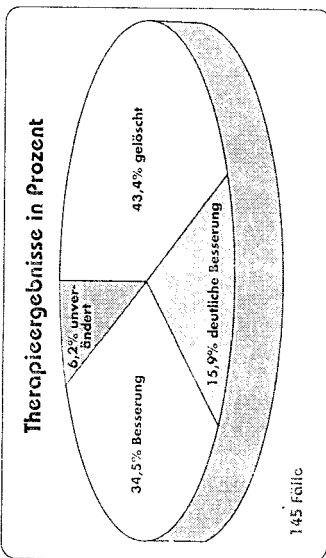


Abb. 54: Therapie-Ergebnisse (Pollinosetherapie 1991). Ca. 94% der Patienten gaben zwar eine spürbare Besserung der Heuschnupfensymptome in der nächsten Pollensaison an. Ein wirklich befriedigender Erfolg im Sinne einer Löschung oder Reduzierung der Symptome auf Minimalbeschwerden nur an einzelnen Tagen (»Deutliche Besserung«) ist aber nur bei ca. 60% zu registrieren. Eine Verbesserung dieser Ergebnisse ist möglich einerseits durch eine Ausweitung der Diagnostik, andererseits durch mögliche Vermeidung von Mischantigenen.

vor. Ein Vergleich mit den Ergebnissen der im ersten Abschnitt im Detail besprochenen allgemeinen Allergiestudie mit einer Löschrquote von nahezu 90% legt nahe, daß hier **pollinosespezifische Faktoren** eine entscheidende Rolle spielen müssen.

In Frage kommen vor allem zwei Besonderheiten der Pollinose, einerseits die große Zahl von möglichen Allergenen, andererseits die damit in Zusammenhang stehende, oft nicht zu umgehende Verwendung von Mischantigenen zur Therapie.

Das Problem der Vielzahl von Allergenen

Die Pollinose ist eine allergische Erkrankung, bei welcher eine Vielzahl von Allergenen am Zustandekommen einer uniformen Symptomatik beteiligt sein kann.

Man sollte sich niemals sicher sein, beim Testen wirklich alle für diesen Patienten relevanten Pollenallergene zu erfassen. Selbst für die erfahrenen Experten, welche in den einzelnen Ländern für die Pollenwarndienste verantwortlich sind, gibt es immer eine Gruppe unidentifizierbarer Pollen, die durchaus als Allergene in Frage kommen können, für die es aber natürlich weder für diagnostische, noch für therapeutische Zwecke entsprechende Präparationen gibt.

Aber auch die bekannten und identifizierbaren Pollenallergene sind so zahlreich, daß es außerordentlich umfangreicher und zeitaufwendiger Testungen bedürfte, um sicher zu sein, wirklich alle in Frage kommenden Allergene erfaßt zu haben.

Es ist also nötig das Verfahren zu ökonomisieren, d. h. eine gewisse **vernünftige Beschränkung** anzustreben.

Wir testen derzeit bei jedem Pollinosepatienten die frühblühenden Sträucher und Bäume (Hasel, Weide, Erle und Birke), die 12 wichtigsten Wiesengräser (zuerst in der im Basistestsatz enthaltenen Mischung, bei positivem Test alle Gräser einzeln), die wichtigsten Getreidepollen, speziell Roggen und Mais und schließlich die Unkräuter Beifuß und Gänsefuß.

Damit sind die bei weitem bedeutsamsten und für den Großteil der Patienten in Frage kommenden Pollenallergene erfaßt und es wird aufgrund dieser Information zunächst für die nächste Pollensaison ein Behandlungsplan erstellt. Ist in dieser Saison das Ergebnis unbefriedigend, so muß das Testspektrum wesentlich erweitert werden.

Für diesen Zweck der erweiterten Testung beim Problempatienten haben wir unsere eigene Allergensammlung auf mehr als 100 Pollenallergene ausgebaut und auf Grund der damit gemachten Erfahrungen einen eigenen **Pollen-Testsatz** konzipiert.

(Nähere Angaben dazu finden sich in dem Buch „Die Testsätze nach Dr. P. Schumacher“, erschienen im Eigenverlag, Innsbruck, 1998.)

In dem speziellen Pollentestsatz sind auch eine Anzahl von Pollen enthalten, die an sich kaum als Antigene in Frage kommen, wie z.B. die Pollen ausschließlich insektenbestäubter Blütenpflanzen.

Wie bereits erwähnt, werden diese von uns nur dann in den Test miteinbezogen, wenn der Patient auf Grund seiner eigenen Beobachtungen gerade diese Pollen als Ursache seiner Pollinosebeschwerden anschildert und durch negativen Testausfall von seinem Irrtum überzeugt werden soll.

Die therapeutische Verwendung von Mischantigenen

Die Erfahrungen bei der Therapie anderer Allergien haben gezeigt, daß eine sichere und dauerhafte Löschung einer Allergie nur bei **Beschränkung auf ein einziges Allergen** möglich ist. Das betrifft sowohl die Therapie mit der Inverssschwingung des Allergens, als auch die Methoden ohne Karenz.

Auch bei der Pollinose sind mit Sicherheit die besten Therapieergebnisse zu erzielen, wenn ausschließlich Einzelallergene für jede Therapieserie verwendet werden.

Das geht aus einer Aufschlüsselung unserer Behandlungsergebnisse sehr klar hervor:

Bei 25 der insgesamt 145 Behandlungsfälle wurde mit Einzelallergenen behandelt. In allen Fällen wurde bei der Befragung der Patienten nach Ende der Pollensaison eine völlige Löschung der Allergie angegeben

Die Ergebnisse bei den 120 mit Mischantigenen (es handelte sich ausschließlich um Wiesengräserallergene) behandelten Patienten sind wesentlich schlechter. Abb. 55 zeigt, daß durchschnittlich mit 50% unbefriedigenden Ergebnissen zu rechnen ist.

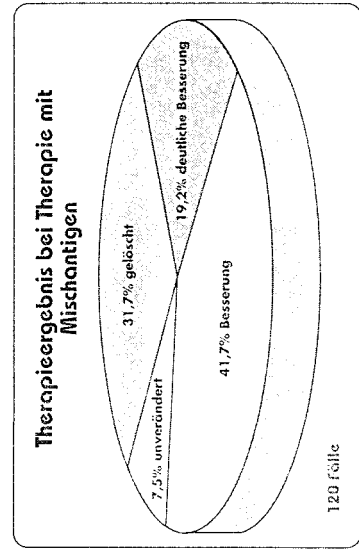


Abb. 55: Die Ergebnisse bei den 120 mit Mischantigenen (es handelte sich ausschließlich um Wiesengräserallergene) behandelten Patienten sind wesentlich schlechter. Die Auswertung zeigt, daß durchschnittlich mit 50% unbefriedigenden Ergebnissen zu rechnen ist.

4.1.2 Therapiemethoden ohne Allergenkenz

Gerade in der Behandlung des Heuschnupfens haben die neuen Methoden, die eine Allergenkenz nicht mehr erforderlich machen, eine große Vereinfachung und Erleichterung gebracht. Sie sind auch während der Pollensaison einsetzbar, also dann, wenn der Patient seine Beschwerden hat, und erfordern wesentlich weniger Therapiesitzungen.

Speziell bewährt hat sich das Verfahren mit erhöhter Verstärkung der Allergeninformation (Programm 998), sowie die Therapie im Frequenzband 24 kHz (Programm 978).

Beide Methoden sind technisch sehr einfach und wenig zeitaufwendig. Akupunkturkenntnisse sind nicht erforderlich, eine Hilfsperson wird nicht benötigt. Die Therapie kann einsetzen, sobald die Diagnose gestellt ist, es können auch mehrere Allergien nacheinander in einer Therapiesitzung gelöscht werden. Damit erlebt der Patient den Erfolg der Therapie sehr unmittelbar und eindrucksvoll, außerdem ist die Entscheidung, ob Therapie mit Einzelallergenen oder Mischantigenen durchgeführt werden soll, sehr viel einfacher geworden.

Wir selbst vermeiden nach Möglichkeit allzu große Allergenakumulierungen am selben Tag, aber schon die Möglichkeit drei oder mehr Allergien unmittelbar nacheinander und auf derart einfache Weise löschen zu können, bringt große Zeitersparnis und Erleichterung.

Nachdem in den letzten Jahren die Pollinosetherapie immer in den Wintermonaten durchgeführt wurde, konnte ein Überblick über die Ergebnisse immer erst nach Ablauf der nächsten Pollensaison gewonnen werden. Die Pollensaison 1993 brachte erstmals die Möglichkeit, den Behandlungseffekt unmittelbar zu erleben und zu registrieren. Wir konnten feststellen, daß der Löseffekt in der Regel nach der ersten, spätestens nach der zweiten Therapie zu beobachten war. In vielen Fällen verschwanden die Pollinosesymptome etwas verzögert, d. h. es bestand für mehrere Tage noch ein **entzündliches Nachstadium** mit Schwellung der Nasenschleimhaut und vermehrter Nasensekretion, die jetzt aber nicht mehr wäßrig, sondern dickflüssig, nicht selten auch grünlichgelblich-eitrig war. Die Erklärung für diese, die echten Pollinosesymptome um einige Tage überdauernden Schleimhautsymptome, liegt zweifellos in der entzündlichen Spätreaktion der Allergie. Dieser - über verschiedene Zellen und Mediatoren ablaufende - Mechanismus beschäftigt die Allergologie derzeit sehr stark. Er wird beim Kapitel »Asthma bronchiale« näher besprochen (siehe auch Abb. 70), spielt aber offensichtlich auch bei der Pollinose eine nicht unbedeutende Rolle. Sogar die Spätreaktion klingt nach Löschen der

giekrankheiten« wie Neurodermitis, chronisches Asthma bronchiale und die verschiedenen Colitisformen haben **neben der primär auslösenden allergischen Komponente** fast immer einen komplizierten individuell psychologischen Unterbau.

Je länger die Krankheit besteht, umso mehr wird der psychische Bereich in das Krankheitsgeschehen miteinbezogen und kann schließlich - zumindest scheinbar - dominant werden. Viele Theorien, die sich mit der psychogenen Verursachung allergischer Krankheitsbilder beschäftigen, beziehen aus dieser Tatsache ihre Argumente.

In vielen Fällen chronischer Allergien ist die seit frühester Kindheit erfahrene **Überbegriffung durch die Familie** Ursache komplexer, höchst ambivalenter, teils bewußter, zum Großteil aber unbewußter intrapsychischer Strömungen und Verhaltensmuster.

Besonders die Ambivalenz gegenüber den entscheidenden Bezugspersonen - Mutter, Vater, Ehepartner - kann groteske Formen annehmen. Die Rebellion gegen die eigene Krankheit, die einerseits als notwendig empfunden, im Laufe der Zeit aber immer unerträglichere Überbegriffung durch die Umgebung, kann durchaus zu selbstzerstörerischen Tendenzen, aber auch zu Bestrafungstendenzen den Bezugspersonen gegenüber führen.

Diese Patienten haben zwar die selbstverständliche und ihnen bewußte Sehnsucht, irgendwann einmal gesund zu werden. Sie suchen deshalb auch einen oder viele Ärzte, Therapeuten, Gesundheits usw. auf. Ihr Unterbewußtsein wehrt sich aber gegen jede Möglichkeit, eine Besserung oder Heilung herbeizuführen und das umso mehr, je größer die Hoffnung auf einen endgültigen Erfolg ist. Aus diesem Grund kommt das Phänomen der psychologischen Therapieumkehr auch dort besonders augenfällig zum Tragen, wo Therapien eingesetzt werden, die wirklich berechnete Hoffnung auf echte Heilung rechtfertigen.

Bei Kindern ist die echte psychologische Therapieumkehr eher selten. Die komplexe intrapsychische Konfliktverarbeitung braucht in der Regel viele Jahre, bis sie sich nach außen in dieser Form bemerkbar macht.

Bei besonders gelagerten Fällen, wobei häufig eine neuropathische Konstitution des Kindes mit einer besonders komplizierten Familiensituation zusammentrifft, kann es aber auch schon bei Kleinkindern dazu kommen.

Dazu ein Beispiel: Pat. E. C., geb. 1989

Seit dem Abstillen in der 8. Lebenswoche besteht eine, vorwiegend im Gesicht und in den Gelenkbeugen lokalisierte Neurodermitis. Das Kind kam im Alter von 2 Jahren in unsere Behandlung, es wurde eine chronische Kuhmilchallergie bei gleichzeitiger Candidamykose des Darms diagnostiziert und entsprechend (Allergenkarrenz, Darmsanierung, Lösungstherapie) behandelt. Die Haut besserte sich zunächst, bald begann das Kind aber (mehr oder weniger unabhängig vom Hautzustand) exzessiv zu kratzen.

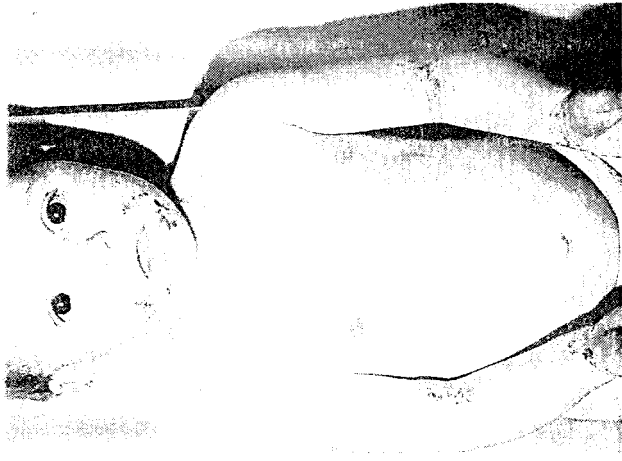


Abb. 46: Kuhmilch-Neurodermitis ohne Besserungstendenz. Therapie-Umkehr durch komplexe Familienverhältnisse mit stark ambivalenter Mutterbeziehung. Im Vordergrund stehen die, in keinem Verhältnis zur Schwere der Erkrankung stehenden, Kratzeffekte und Artefakte.

zen. Der weitere Verlauf war gekennzeichnet von diesem Verhalten: Kaum zeigte sich eine leichte Besserung des Hautzustandes, kratzte das Kind solange, bis exzessive Blutkrusten zutage traten (Abb. 46).

Im Laufe der Zeit stellte sich heraus, daß die Familie in einem starken Spannungsfeld lebte. Eine dominante Großmutterfigur stand in Konkurrenz zu der eher schwachen Mutter des Kindes. Die Krankheit des Kindes mit gegenseitigen Schuldzuweisungen spielte in den Auseinandersetzungen meist eine große Rolle. Eine Familientherapie wurde abgelehnt, zahlreiche weitere Behandlungsversuche bei diversen Handlungsfeldern und Gesundheitsberufen blieben gleichermäßen erfolglos.

8. Ergebnisse der biophysikalischen Allergie-Therapie

Für den einzelnen Patienten, dem sein Allergen als Auslöser lästiger bis lebensbedrohender Krankheitserscheinungen nur zu gut bekannt ist, ist die Tatsache, daß er diesen Stoff nach der Therapie auf Dauer reaktionslos trägt, ein ans Wunderbare grenzendes Erlebnis und bedarf keines weiteren Beweises.

Unser eigenes Erfahrungsgut umfaßt inzwischen weit über 1000 derartige Einzelpatienten, von denen jeder die völlige Elimination seiner Allergie - in welcher Form auch immer sie sich ausgewirkt hatte - erlebt hat. Dazu kommen die vielen Patienten, die von anderen Kollegen behandelt wurden. Diese Kollegen - Ärzte und Heilpraktiker - haben die Methode in unseren Seminaren erlernt und wenden sie teilweise schon seit mehreren Jahren erfolgreich in ihren Praxen an. Ein zahlenmäßiger Überblick ist schwer zu gewinnen, doch zeigen die zahlreichen Rückmeldungen an uns, daß die Methode auch andernorts mit großem Erfolg angewandt wird. Unabhängig von diesem persönlichen Erfahrungsgut erschien es uns,

zumindest am Beginn dieser Entwicklung, notwendig ein entsprechendes **statistisch bearbeitetes Zahlenmaterial** vorzulegen.

Ein völlig neues Therapiekonzept als Methode glaubhaft zu machen, ist ohnehin ein schwieriges Unterfangen, weil Vorurteile und Ungläubigkeit in allen Bereichen der Wissenschaft, nicht zuletzt in der Medizin, nach wie vor unausrottable sein dürften.

Um wenigstens einen Versuch zu wagen, aber auch um selbst einen Überblick über unsere Therapie-Ergebnisse zu gewinnen, wurde in den Jahren 1989/90 eine **zahlenmäßig ausgewertete Studie** konzipiert. Anwendung fand die damals mehr oder weniger allein gültige Methode der Löschtherapie mit Programm 999 unter Beachtung strenger Allergenkarrenz.

Die Ergebnisse wurden 1991 publiziert und sollen hier nur in den wichtigsten Details wiedergegeben werden.

Die **Auswahl der Patienten** erfolgte in der Weise, daß **alle** während eines Zeitraumes von 6 Monaten in unserer Praxis einer Allergie-Löschtherapie unterzogenen Patienten, unabhängig von Alter, Diagnose, Schwere des Krankheitsbildes und Art des Allergens in einer Liste erfaßt wurden. Voraussetzung zur Aufnahme in die Studie war eine **gesicherte Allergendiagnose**. Dazu wurde nicht nur der eindeutig positive Ausfall eines oder mehrerer Allergietests (wir selbst bevorzugten, wie bereits erwähnt, den »Allergen-Resonanztest«) gefordert, in jedem Falle mußte außerdem der Zusammenhang zwischen Allergen und Allergiereaktion (z. B. Hautausschlag, Husten, Bronchospasmus usw.) durch deutliche Besserung oder Verschwinden der Symptome durch Allergenkarrenz, in vielen Fällen auch durch deutlich erkennbare Verschlechterung auf Karenzfällen (im Sinne einer ungewollten Provokation) bewiesen sein.

Bei allen Patienten wurde einheitlich und ausschließlich eine biophysikalische **Allergie-Löschtherapie mit der Inverserschwingung des Allergens** (bei Anwendung von Bicom-Programm 999) durchgeführt. Eine sichere und fehlerfreie Allergenkarrenz war (damals noch) Bedingung, um mit der Therapie zu beginnen.

Nach Abschluß der Therapieserie und negativem Ausfall des vor der Therapie positiv gewesenem Allergietests wurde die **Allergenkarrenz beendet**, d. h. der Patient mußte ab diesem Zeitpunkt den Kontakt mit der betreffenden Substanz nicht mehr vermeiden. Er erhielt Anweisung über eventuell in der Folge neuerlich auftretende allergische Erscheinungen zu berichten.

In einer **Fragebogenaktion** wurden schließlich alle Patienten über Verträglichkeit und eventuelle Nebenwirkungen der Therapie, den weiteren Verlauf nach Abschluß der Therapieserie, eventuelle Rückfälle und schließlich über ihre **Gesamtbeurteilung des Behandlungserfolges** befragt. Die Befragungsaktion wurde 5 Monate nach Abschluß der oben-

erwähnten, über 6 Monate geführten Patientenliste, gestartet. Die Zeitspanne zwischen dem Ende der Therapie und der Befragung betrug also maximal elf-, minimal fünf Monate.

Wurden beim selben Patienten innerhalb des Befragungszeitraumes Löschtherapien gegen **mehrere Allergene** durchgeführt, so erhielt der Patient für jedes behandelte Allergen einen gesonderten Fragebogen, sodaß jede Therapieserie einen eigenen Behandlungsfall darstellte und vom Patienten gesondert beurteilt wurde.

Insgesamt wurden im Rahmen dieser Studie **204 Behandlungsfälle bei 164 Patienten** erfaßt. Von den 204 ausgesandten Fragebogen erhielten wir 200 ausgefüllt zurück, das entspricht einer **Rücklaufquote von 98%**! Bei den behandelten Krankheitsbildern handelte es sich – wie erwähnt – nicht um eine von uns getroffene Auswahl, sondern um das spontane Patientenutag an Löschtherapien innerhalb einer Zeitspanne von 6 Monaten. Erwartungsgemäß fand sich ein Überwiegen der allergischen Manifestationen an der **Haut** (Hautausschläge, Ekzeme, Neurodermitis), gefolgt von **inhalationsallergischen Manifestationen** wie Asthma, spastische Bronchitis, perennierender Husten etc.

Die Häufigkeitsverteilung der Allergene ließ deutlich ein Überwiegen jener Stoffe erkennen, mit welchen die Menschen unseres Kulturkreises üblicherweise täglich in Kontakt kommen: Bei den Nahrungsmitteln standen **Weizen und Kuhmilch** weit im Vordergrund, interessanterweise gefolgt von den (gleichfalls bereits zu unserer täglichen Nahrung gehörenden) **chemischen Zusatzstoffen** wie Azofarbstoffen und Konservierungsmitteln.

Bei den Inhalationsallergenen zeigte sich, entsprechend der in unserer Bevölkerung üblichen Verwendung von Federbetten und -kissen, insbesondere ein deutliches Überwiegen der **Gänsedaunen**. Das Hausstaubmilbenantigen, dem von der klassischen Allergologie eine so große Bedeutung zugemessen wird, ist in unserer Statistik dagegen nur ein einziges Mal vertreten. Auf die sehr deutlichen Differenzen zwischen unserer Zusammenstellung und den üblicherweise publizierten Allergiestatistiken wird später noch näher eingegangen.

Der **Heuschnupfen** wurde aufgrund seiner speziellen Besonderheiten aus diesem Konzept ausgeklammert und in einer eigenen Studie bearbeitet, diese wird im zweiten Abschnitt näher erörtert.

Nach Abschluß der Therapieserie wurde bei jedem Patienten eine **Kontrolle des Allergen-Resonanztests** durchgeführt, die ausnahmslos ein negatives Ergebnis zeigte.

Die **Beurteilung des Behandlungserfolges** wurde in unserer Studie bewußt dem Patienten selbst überlassen. Sechs Monate nach Abschluß der Therapie wurde er (bzw. die Familie) detailliert befragt, wobei folgende Möglichkeiten zur Auswahl standen:

- Die Allergie ist gelöscht, d. h. der Patient hat seit Abschluß der Therapie das Allergen reaktionslos vertragen. Die vorher beobachteten allergischen Reaktionen sind trotz Allergenkontakt nicht mehr aufgetreten.
- Die Allergie ist gebessert, d. h. die Erscheinungen der Allergie sind noch erkennbar, aber graduell wesentlich weniger ausgeprägt.
- Die Allergie besteht unverändert weiter, d. h. ein Therapieerfolg ist nicht erkennbar.
- Es ist ein Rückfall eingetreten, d. h. nach anfänglicher Löschung ist die Allergie gegen dasselbe Allergen wieder aufgetreten.
- Der Therapieerfolg ist derzeit nicht beurteilbar, z. B. weil inzwischen kein Allergenkontakt stattgefunden hat.

Die Auswertung der von den Patienten zurückgesandten Beurteilungen zeigt Abb. 47.

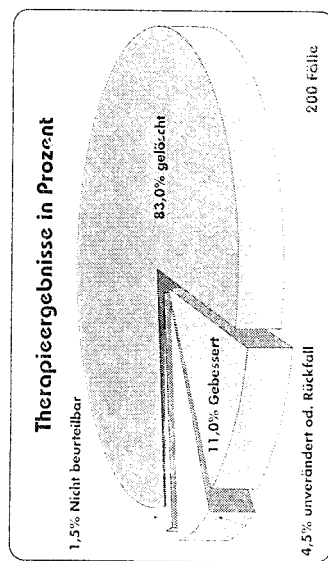


Abb. 47: Ergebnisse der 1991 veröffentlichten Studie zur Wirksamkeit der biophysikalischen Allergie-Löschtherapie. Bei mehr als 80% der behandelten Patienten bestand nach Ende der Therapie absolute Allergentoleranz, d. h. das Allergen wurde unbeschränkt und auf Dauer reaktionslos vertragen. Bei den 4,5% Therapieversagern wurden ausnahmslos Karenzfehler während der Therapiephase festgestellt. Die Aussage »nicht beurteilbar« bedeutet, daß während des Beurteilungszeitraumes kein Allergenkontakt stattgefunden hatte (es handelte sich ausschließlich um Insektenstichallergien).

therapeutischen Maßnahme erreicht werden konnte!

Wir glauben mit unseren Ergebnissen beweisen zu können, daß dieses Ziel sehr wohl erreichbar ist, jedenfalls spricht eine Erfolgsquote (= **Heilungsquote**) von mehr als 80% doch eine sehr deutliche Sprache. Dabei ist bei genauer Analyse der einzelnen Fälle die Erfolgsquote noch höher

anzusetzen, als es sich bei oberflächlicher Auswertung der Fragebogen ergibt:

Spricht man von »Löschtherapie«, so kann die Antwort auf die Frage nach dem Erfolg der Behandlung folgerichtig nur ein klares »Ja« oder »Nein« sein, denn »gelöscht« heißt in Bezug auf den Allergiemechanismus und die durch ihn ausgelösten Symptome die **völlige und zweifelsfreie Elimination**. Die Beurteilung »gebessert« ist im Zusammenhang mit einer »Löschung« eigentlich eine inkonsequente Antwort, bedeutet aber streng genommen »nicht gelöscht«.

Eine Analyse der 22 Fälle, bei welchen der Therapieerfolg mit **»gebessert«** beurteilt wurde, läßt erkennen, daß in fast allen Fällen Fehldeutungen zugrundeliegen, **Fehldeutungen** von Symptomen, die mit der behandelten Allergie bestenfalls mittelbar verknüpft sind.

Die größte Gruppe dieser 22 Fälle betrifft 8 Neurodermitispatienten, bei welchen die allergie-induzierte Neurodermitis zwar abgeheilt war, auch das betreffende Allergen wieder reaktionslos vertragen wurde (also ein deutlicher Löscherfolg), an den früher von der Neurodermitis befallenen Hautpartien aber noch **»Restmykosen«** bestanden. (Der Begriff »Restmykose« wird in Abschnitt zwei bei der detaillierten Besprechung der Neurodermitis ausführlich erläutert). Der Ausdruck »Restmykose« ist sinngemäß erst dann berechtigt, wenn die Neurodermitis von der Ursache her wirklich geheilt ist. Wer die Zusammenhänge aber nicht kennt, glaubt an ein Weiterschweilen der Neurodermitis, zumal die Pilzherde in der Regel an den vorwiegend von der Neurodermitis befallenen Hautstellen (Gelenkbeugen, Hals, Hände etc.) lokalisiert sind.

Bei 5 Patienten aus der Beurteilungsgruppe **»Allergie gebessert«** stellte sich bei Nachkontrolle heraus, daß **unspezifische Symptome mit allergiebedingten Erscheinungen verwechselt** wurden. Das betraf vor allem unspezifischen Infekthusten bei Asthmapatienten, deren Allergiekomponente gelöscht war oder gelegentliche unspezifische Bauchschmerzen nach abgeheiltem allergischer Colitis.

Ähnliche Verwechslungen konnten bei weiteren 4 Patienten aus dieser Gruppe festgestellt werden. Alle waren Multiallergiker und hatten nach Löschen eines Allergiemechanismus naturgemäß restliche **Symptome von seiten noch unbehandelter Allergien**.

Nach erfolgreich absolvierter Löschtherapie wurde von allen Patienten das betreffende Allergen wieder unbeschränkt reaktionslos vertragen. Lediglich bei 4 Patienten (2%) wurde in weiterer Folge eine gewisse **men-genabhängige Unverträglichkeit** dieser Substanz beobachtet, die aber nie zu einem echten Rückfall führte.

Die **echten Rückfälle nach abgeschlossener Therapie** (7 Fälle = 3,5%) sind leicht zu analysieren: In jedem einzelnen Fall konnte bei nachträglicher Befragung ein **Karenzfehler** während der Therapiephase ermittelt

werden, sei es, daß die Trennung von Katze oder Meerschweinchen nicht streng genug gehandhabt wurde, heimlich Kuchen gegessen wurde usw. Es verblieben 2 Fälle, bei welchen die **Therapie erfolglos** war, d. h. die Allergiesymptome nach Therapieende unverändert weiterbestanden. In beiden Fällen wurde ein **Dauerfehler während der Therapiephase** als Ursache der Unwirksamkeit der Therapie ermittelt.

Erfreulicherweise gab es **keinen einzigen Therapieversager infolge falscher Allergendiagnose!** Wir werten dies als Bestätigung unseres Diagnosekonzepts und der strengen Kriterien vor Beginn der Löschtherapie. Unter genauer Berücksichtigung aller Fakten wird also eine **echte Erfolgsquote von über 90%** erreicht, ein Wert, der für eine Therapiestatistik unglaublich klingt, aber anhand des Patientenmaterials eindeutig dokumentierbar ist.

Die Studie wurde 1991 publiziert. Das Echo war erwartungsgemäß kontrovers. Breite Zustimmung gab es bei den Insidern der Bioresonanztherapie und verwandter Methoden. Hier wurde die Studie sogar mit einem Forschungspreis prämiert.

Die Schulmedizin reagierte begreiflicherweise durchwegs negativ. Sofern die Studie überhaupt zur Kenntnis genommen wurde, reichten die Urteile von *»unglaubwürdig«* über *»unbrauchbar«* bis zur Bewertung als *»retter Betrug«*. Von einem Lehrstuhlinhaber der Medizin wurde die Methode in den Bereich der *»Semiotik«* verwiesen, von anderer Seite wurde folgende Formulierung gewählt: „Die Methode muß als Spekulation und Irreführung des Patienten gelten. Die Vorstellung über die Wirkungsweise stammt aus der *Myistik* (Erkrankungen werden angeblich durch körperreine elektromagnetische Schwingungen hervorgerufen).“

Zum Teil wird der Vorwurf erhoben, in den Patienten würden falsche Hoffnungen erweckt, die statistischen Angaben über die Wirksamkeit der Methode seien in keiner Weise belegt. Es gäbe auch keine Angaben darüber, „auf welche Weise die elektromagnetischen Schwingungen ertübt und invertiert werden“ usw.

Insgesamt lassen sich zwei festzementierte Gewohnheiten der »wissenschaftlichen Medizin« erkennen:

- Ein neuer Denkansatz wird nur akzeptiert, wenn er perfekt in das herkömmliche Paradigma paßt. Ansonsten sind Zeit und Mühe zu schaden, sich damit zu befassen.
- Statistische Dokumentation, die auf irgendeine Weise nicht den weltweit anerkannten strengen »Regeln der Wissenschaftlichkeit« entspricht, wird von vornherein nicht zur Kenntnis genommen, auch wenn hier Phänomene bearbeitet werden, die der wissenschaftlichen Medizin bisher unbekannt sind und offensichtlich andere Bewertungsmaßstäbe erfordern.

Im Laufe des letzten Jahres sind immerhin an einigen Universitäten Bestrebungen erkennbar, sich mit dem Phänomen der »Löschbarkeit« von Allergien näher zu befassen und klinische Vergleichsstudien – hier schulmäßige Allergologie – hier biophysikalische Methoden – zu projektieren. Interessanterweise geschieht das ausschließlich an Orten, wo qualifizierte Kollegen erfolgreich mit der Methode arbeiten und wo die (geheilten) Patienten offensichtlich einen gewissen Druck auf die Öffentlichkeit, auf die Krankenkassen und schließlich auch auf die Universitätsinstitute ausüben.

Die bisher erkennbaren Ansätze lassen – so erfreulich sie an sich sind – einige **Befürchtungen** aufkommen, die vorwiegend mit den **grundverschiedenen Grundlagen der beiden Methoden** zusammenhängen.

So muß z. B. jedes klinisch wissenschaftliche Studienprojekt zunächst Kriterien festlegen, nach denen die für die Studie in Frage kommenden Patienten ausgewählt und in die Studie aufgenommen werden.

Das setzt – im Falle einer vergleichenden Allergiestudie – eine Allergiediagnostik voraus, die für beide Therapieansätze relevante Ergebnisse bringt.

Nun hat sich aber gezeigt, – und ist auch den Vertretern der klinischen Allergologie bewußt – daß in vielen Bereichen, speziell auf dem Sektor der Nahrungsmittelallergien, die klassischen klinischen Testmethoden wenig verlässlich sind.

Ein statistischer Vergleich mit den biophysikalischen Diagnosemethoden erscheint aber solange als sinnlos, solange bei divergierenden Ergebnissen nicht bewiesen ist, welche der beiden Ansätze *de facto* die richtige ist.

Um dem Diskussionspunkt über die Relevanz der diversen diagnostischen Methoden zu entgehen, wäre eine Beschränkung auf solche Patienten zu fordern, die ihre Allergien aus eigener Erfahrung (nicht aber aufgrund irgendwelcher, wie auch immer gearteter Tests) genau kennen. (Beispiel: Asthma-reaktion bei – oder nach – jedem Kontakt mit Katzen, Pferden, Meerschweinchen etc. oder juckender Hautausschlag nach Ingestion ganz bestimmter Nahrungsmittel oder Medikamente etc.) Derartige »akute« Allergieformen sind häufig, lassen sich zwar durch aufmerksame Unterlassung jedes Allergenkontakts vermeiden, bisher aber kaum kausal behandeln.

Die Bioresonanztherapie hat – wie es sich zeigte – die Möglichkeit, durch ein positives Therapieergebnis (also »Löschung« der Allergie), den Beweis zu erbringen, daß ihre Diagnose richtig war. Aus diesem Grunde sollte jede vergleichende Studie immer auch eine Therapiestudie beinhalten.

Als Kriterium zur Beurteilung des Therapieerfolges sollte ausschließlich der **Nachweis der Allergentoleranz nach Abschluß der Therapie** herangezogen werden. Dieser Nachweis ist durch **Allergenprovokation** unschwer zu erbringen.

Ein Faktum, das immer wieder zu Mißverständnissen führt und deshalb nochmals mit aller Deutlichkeit hervorgehoben werden soll, ist das Verhalten der immunologischen Tests nach Abschluß der biophysikalischen Allergietherapie:

Immunologische Tests werden durch die biophysikalische Allergietherapie nicht beeinflusst, d. h. Pricktests oder RAST-Befunde, die vor der Therapie ein positives Ergebnis zeigten, bleiben auch nach Abschluß der Therapie in der Regel positiv, obwohl die Patienten inzwischen völlig beschwerde- und erscheinungsfrei sind und den betreffenden Stoff jetzt und auf Dauer reaktionslos vertragen.

Diese Diskrepanz führt immer wieder zur Verunsicherung, speziell der Patienten. Eine wiederholt erlebte Standardsituation ergibt sich z. B. wenn ein, mit der Methode nicht vertrauter, daher ungläubiger Arzt dem Patienten beweisen will, daß die von einem anderen Kollegen durchgeführte Therapie im Spiegel der etablierten Schulmedizin tatsächlich völlig unwirksam und im Grunde genommen ein »raffiniertes Schwindel« oder Ähnliches sei. Selbst die wiederholten Beteuerungen des Patienten, daß die Allergie ja jetzt völlig verschwunden sei und er keinerlei Reaktionen auf das Allergen mehr beobachte, können den skeptischen Kollegen meist nicht überzeugen. Schlagworte wie »Placebo-Effekt« oder »Spontanheilungstendenz« sind dann die (vorwiegend der eigenen Beruhigung dienenden) Argumente.

Für den Insider ist das Verhalten der immunologischen Tests in keiner Weise überraschend. Die biochemisch-immunologischen Mechanismen verlaufen unvergleichlich träger als die biophysikalisch gesteuerten Vorgänge in der »Informationsebene«. Abgesehen davon wissen wir aus vielen Beispielen, daß der Nachweis spezifischer IgE-Antikörper durchaus nicht als sicherer Beweis für eine klinisch relevante Allergie gegen diesen Stoff dienen kann. Das Problem der »**falsch positiven immunologischen Allergietests**« wurde bereits besprochen und wird uns auch weiterhin immer wieder beschäftigen.

Das »Löschen« einer Allergie, d. h. das Wiederherstellen einer uneingeschränkten Allergentoleranz, ist ein bisher in der Medizin unbekanntes Phänomen.

Dieser neuen und andersartigen Situation sollte auch eine statistische Bearbeitung Rechnung tragen. Geht man von der simplen Fragestellung aus, ob die Bioresonanztherapie tatsächlich - wie sie behauptet - Allergien »löschen« kann, so ergibt sich konsequenterweise für jeden einzelnen Fall ein **einfaches Ja-/Nein-Modell**.

Die bei üblichen Therapiestudien notwendigen Maßnahmen zur Ermittlung einer **Besserungsquote** und deren statistischer Signifikanz gegenüber einer Kontrollgruppe, wären hier eine unnötig lange - Zeit und Kosten erfordernde - Fleißaufgabe.

Junge und zukunftsorientierte Wissenschaftler wären sicherlich gut beraten, hier Pionierarbeit zu leisten. Es könnte sein, daß sie bald an der Spitze eines neuen Wissenschaftszweiges stehen, der sich in Zukunft als außerordentlich fruchtbar erweisen dürfte.