



GEORG-GOTTLOB-STIFTUNG

DEUTSCHE MS-HILFE

MULTIPLE SKLEROSE für LAIEN

von Hildegard Gottlob, Heilpraktikerin, Daimlerstr. 10, 45133
Essen-Bredeney, Tel. 0201/ 42 06 84, Handy: 0177/ 42 06 84 5
unter Mitarbeit von Helena Hejda, Heilpraktikerin

Multiple Sklerose ist eine mehr oder weniger fortschreitende und/oder in Schüben verlaufende noch unheilbare Lähmungs-Erkrankung des Zentralnervensystems, deren Ursachen noch nicht vollständig erforscht sind. Was bei der Multiplen Sklerose im Zentralnervensystem (ZNS) abläuft, weiß man allerdings inzwischen ziemlich genau. Warum der Körper zum Anriff gegen sich selbst übergeht, hat die Wissenschaft bisher nicht verstanden. Aber wer MS hat, behält sie ein Leben lang.

Voraussetzung für eine langfristige Therapie ist die ausreichende Kenntnis des/ der Betroffenen über

- a) den Krankheitsvorgang- und möglichen Krankheitsverlauf,
- b) Möglichkeiten, Wirkungen, Nebenwirkungen und Wirkmechanismen von schulmedizinischen Therapien.
- c)

Diese wichtigen Informationen findet der Leser in verständlicher Sprache in diesem

„Multiple Sklerose für Laien.“

Zur Anatomie und zur Physiologie (Funktion) des Zentralnervensystems

Das Zentralnervensystem besteht u.a. aus dem Gehirn (Encephalon) und dem Rückenmark (Myelon).

Man kann das Zentralnervensystem mit einer großen Elektrozentrale vergleichen. Befehle z. B. zum Gehen, Stehen, für Handbewegungen und auch zur Funktion der einzelnen Organe werden im Zentralnervensystem gebildet und über Nervenfasern weiter geleitet.

Kleinste Funktionseinheit des Gehirns ist die Nervenzelle (Neuron). Diese Nervenzelle leitet ihre Signale (Impulse) über einen langen Fortsatz (Axon) zur nächsten Nervenzelle weiter.

Die unvorstellbar dünnen Nervenfasern kann man mit einer Stromleitung vergleichen, durch die Befehle und Signale weiter geleitet werden.

Die Nervenfasern (Axone) des Zentralnervensystems besitzen ebenso wie ein Elektrokabel eine Isolierschicht. Diese Isolierschicht bezeichnet man als Markscheide. Diese Isolierschicht (Markscheide) besteht aus einer Eiweiß/Fettschicht. Die Substanz der Isolierschicht (Markscheide) wird als Myelin bezeichnet.

Eine ordnungsmäßige Funktion der Nervenfasern ist nur möglich, wenn die Isolierschichten (Markscheiden) intakt sind. Erkrankt jemand an MS. ist das nicht der Fall.

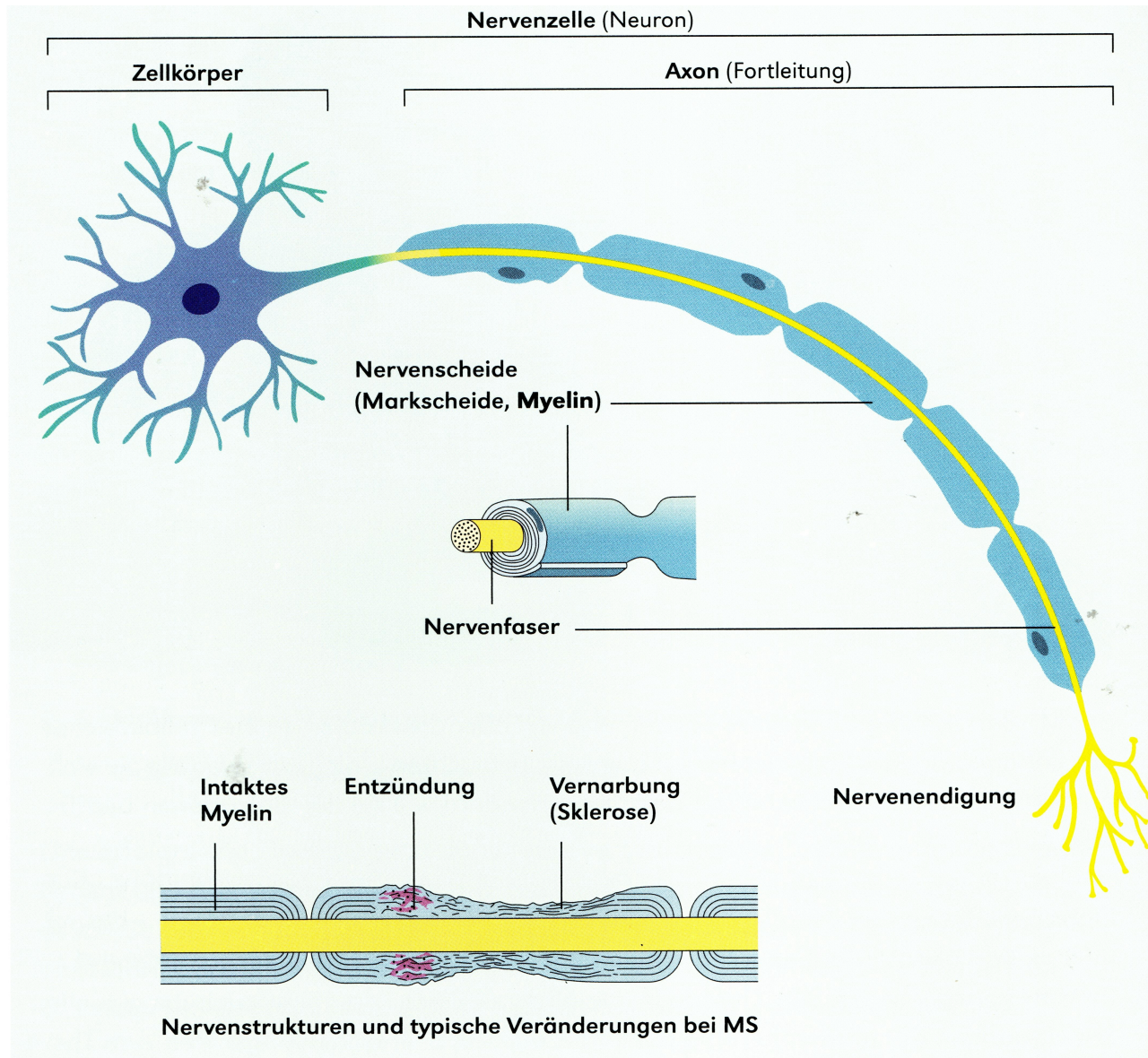
Der Krankheitsvorgang bei der Multiplen Sklerose

Es entzündet sich im Zentralnervensystem die Isolierschichten (Markscheiden) der Nervenfasern an einer Stelle, oder an einigen bis mehreren oder vielen Stellen. Die Markscheiden schwellen an, quellen auf und zerfallen schließlich zu Narben, wenn nicht von selbst oder durch Medikamente eine Unterdrückung der

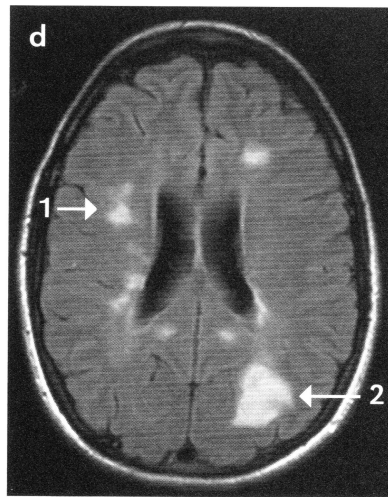
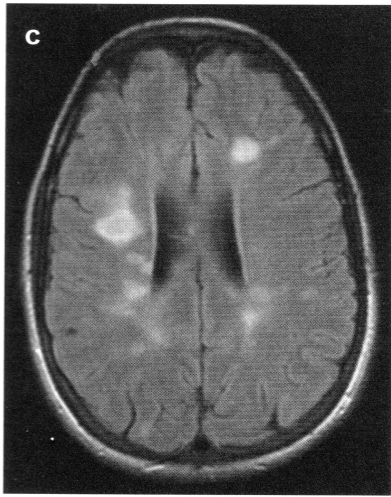
Entzündung erfolgt. Die betroffene Nervenfaser wird im Bereich der Entzündung hart und narbig = sklerotisch. Daher spricht man von Sklerose, und da das an vielen = multiplen Stellen geschieht von

MULTIPLER SKLEROSE.

Man spricht auch von einer Entmarkung der Nervenfaser. d.h. die Nervenfaser verliert ihre Isolierschicht. Die entzündeten und/oder vernarbten Stellen fließen zusammen und bilden größere Herde. Diese größeren entzündeten und/oder vernarbten Stellen bezeichnet man dann als Plaques.



Diese Plaques lassen sich von einer Größe von 1,5 mm an aufwärts bei der Kernspintomographie = MRT feststellen, und dabei kann man auch zwischen frischen und alten Plaques unterscheiden. Die Plaques stellen sich in der Kernspintomographie = MRT als weiße, oft kreisrunde Stellen dar, in denen keine Hirnsubstanz mehr erkennbar ist.



MRT-Verlaufsuntersuchung:
Bei der Erstuntersuchung (c) sind ca. 10 Herde zu erkennen. Bei der Folgeuntersuchung nach 6 Monaten (d) ist der Herd (1) kleiner geworden. Jedoch ist ein zusätzlicher frischer Herd (2) zu erkennen.

Es gibt jedoch folgende Ausnahmen: Die Myelinumhüllung der Nervenfaser besteht aus mehreren aufeinanderliegenden Schichten. Falls nur wenige dieser Schichten entzündet sind, besteht noch eine geringe Isolierung der Nervenfaser. Der Körper besitzt die Fähigkeit die verbliebenen, nicht von der akuten Entzündung betroffenen Myelinfasern wieder aufzubauen. In solchen Fällen heilt die entzündete Stelle im Gehirn spontan ohne Vernarbung und ohne bleibende Schäden ab.

Die Nervenfaser bildet nur dann eine Narbe = Sklerose, wenn durch die vorausgegangene Entzündung das gesamte Myelin um diese Nervenfaser zugrunde gegangen ist.

Die entzündete oder später vernarbte Nervenfaser kann ihre Funktion nicht mehr wahrnehmen. Je nach Art und Anzahl der befallenen Nervenfasern kann es dann bei den Betroffenen zu folgenden Symptomen kommen:

Symptome der MS

Das Zentralnervensystem steuert fast alle Funktionen des Körpers. MS ist eine Erkrankung des Zentralnervensystems. Deshalb ist bei MS eigentlich nichts unmöglich. Es kann hier allerdings nur eine kleine Zahl von Symptomen aufgeführt werden.

- **Sehstörungen**, die auftreten, wenn der Sehnerv oder Teile des Sehnervs betroffen sind. Diese Sehstörungen sind nicht durch eine Brille zu korrigieren, bilden sich aber evtl. wieder zurück, wenn der befallene Sehnerv sich wieder erholt. Eine Entzündung des Sehnervs = Neuritis optica sollte stets und sehr schnell vom Neurologen mit Cortison behandelt werden.
- **Blasenstörungen** in Form von Starthemmung bei dem Versuch die Blase zu entleeren oder bei übermäßigem Harndrang bis zur Unfähigkeit, die Blasenentleerung überhaupt kontrollieren zu können. Blasenstörungen treten dann auf, wenn die Steuerzentrale im Gehirn oder im Rückenmark von der Entzündung und/oder Vernarbung betroffen ist. Die Starthemmung zur Blasenentleerung bezeichnet man als Harnretention. Die teilweise oder völlige Unfähigkeit, die Entleerung der Blase ausreichend kontrollieren zu können, nennt man relative, teilweise oder völlige Harninkontinenz. Blasenstörungen sind meist kein Fall für den Urologen, sondern für den Neurologen.
- **Parästhesien** = Gefühlsstörungen = Sensibilitätsstörungen in Form von Kribbeln, Taubheit, Pelzigsein, Ameisenlaufen oder auch Brennen und gegebenenfalls Schmerzen an einer oder mehreren Stellen der Körpers. Die Betroffenen haben das Gefühl von "Eingeschlafensein" von Gliedern oder Gelenken oder das Gefühl, als hätten sie z.B. einen strammen Verband um das Knie oder einen dicken Handschuh an, oder sie haben das Gefühl, als hätten sie z.B. vom Zahnarzt eine Betäubungsspritze erhalten und fühlen

ihre Zunge, ihre Lippe oder ihre Wange nicht mehr. Teilweise treten auch Spannungsgefühle, Einschnürungsgefühle und/oder Schmerzen im Bereich des Brustkorbs auf.

- **Schwindel und/oder Gleichgewichtsstörungen = Ataxien** = Bewegungsunsicherheiten, Taumeln, Schwanken, Gleichgewichtsstörungen oder Schwindelgefühle durch den Fortfall regulierender Einflüsse des Zentralnervensystems, d.h. der Betroffene schwankt, oder er geht wie ein Betrunkener. Manche MS-Kranke schleifen mit den Füßen über den Boden, bleiben an kleinsten Unebenheiten oder Teppichkanten hängen und haben das Gefühl wie Blei oder Beton in den Gliedern. Insbesondere bei **Schwindel** und **Gleichgewichtsstörungen** handelt es sich meist um eine Ataxie, die von Herden und/oder Vernarbungen im Kleinhirn ausgeht.
- **Fußheberparese** = Das Nichtmehrhochbekommen oder Schlechter-Hochbekommen der Füße bezeichnet man als Fußheberparese.
- **Dauerhafte Gangstörungen.**
- **Intentionstremor**, d.h. Zittern der Hand, des Armes und/oder der Finger bei gezielten Bewegungen, in fortgeschrittenen Fällen auch Zittern des Oberkörpers, der Beine und/oder des Kopfes
- **Spastizität** = Verkrampfungen in Form von meist spastischen mehr oder weniger unvollständigen Lähmungen. Dabei kann sich z.B. die Hand zur Faust schließen oder die Beine werden angezogen und können nicht mehr oder nur noch mühsam gestreckt werden. Eine nicht mehr rückgängig zu machende Verkrümmung der Gliedmaßen bezeichnet man als Kontraktur.
- **Klonus**: Das unwillkürliche schnelle Auf- und Abbewegen eines oder beider Füße oder sogar des unteren Beines bezeichnet man als Klonus.
- **Sprachstörungen und/oder anhaltende Müdigkeit (Fatigue) bzw. Gedächtnis und Konzentrationsstörungen**
- **Schmerzen**: Ein Teil der Betroffenen hat Schmerzen z.B. in den Beinen oder im Rücken oder auch Kopfschmerzen, ohne daß sich an der schmerzenden Stelle eine organische Ursache für den Schmerz finden lässt. In solchen Fällen ist evtl. das Schmerzzentrum im Zentralnervensystem von der MS befallen und wertet dort Signale vom Körper falsch, nämlich als Schmerzen, aus oder täuscht dem Betroffenen Schmerzen vor, wo gar keine sind. Der Betroffene aber empfindet tatsächlich Schmerzen. Da diese Schmerzen aber in Wirklichkeit nicht an der Stelle vorhanden sind, wo sie empfunden werden, sondern dem Betroffenen die Schmerzen nur von seinem Schmerzzentrum vorgetäuscht werden, sind die üblichen Schmerzmittel in diesen Fällen oft wirkungslos.

Die vorgenannten Symptome kommen nicht nur bei MS vor, müssen sich aber nicht zwangsläufig einstellen und/oder können auch ganz ausbleiben oder sich evtl. zurückbilden.

Verlauf der MS

Die MS ist weitgehend unberechenbar. Es ist die Krankheit mit den 1000 Gesichtern. Jeder Betroffene hat seine eigene MS, und jede MS ist anders.

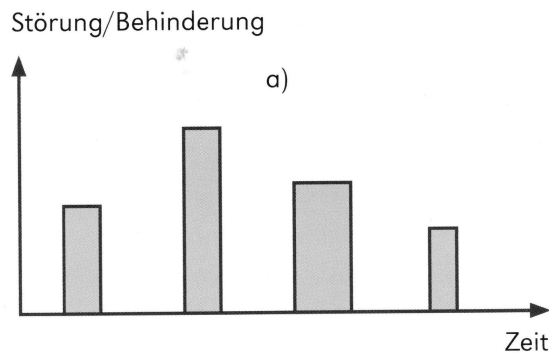
Im Frühstadium überwiegt ein schubförmiger Verlauf, d.h. die Symptome treten nur in Schüben auf. Die Schübe und damit die Symptome bilden sich teilweise von selbst und zum Teil auch unter einer medikamentösen Therapie wieder zurück. Dabei kann man nicht sagen, ob sich Schübe und Symptome unter dem Einfluß der Medikamente zurück gebildet haben oder sich auch von selbst wieder zurück gebildet

hätten. Man kann und sollte aber nicht riskieren, ob sich Schübe und Symptome von selbst wieder zurück bilden, sondern einen Schub unbedingt behandeln lassen.

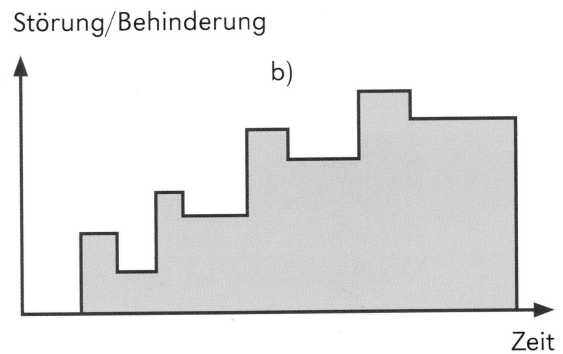
Später bleibt dann oft von jedem Schub etwas zurück, oder es kommt in einem Teil der Fälle zu der mehr oder weniger schnell oder langsam fortschreitenden Form der Multiplen Sklerose.

Die fortschreitende Form bezeichnet man als **chronische Progredienz**. Und auch die chronische Progredienz kann noch durch Schübe verstärkt werden.

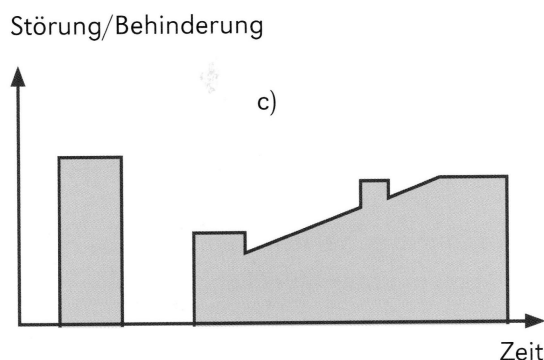
Schubförmiger Verlauf mit a) vollständiger



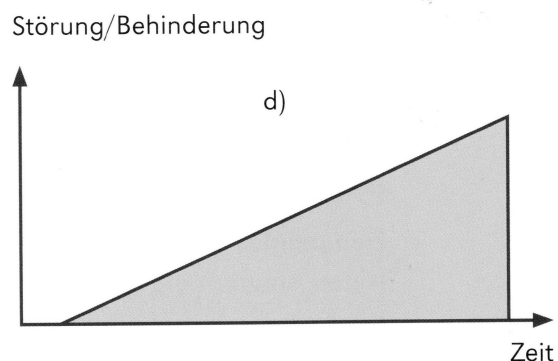
b) teilweiser Rückbildung der Symptome



c) Sekundär chronisch-progredienter Verlauf



d) Primär chronisch-progredienter Verlauf



Es gibt auch sehr milde Verlaufsformen mit nur einem oder wenigen Schüben und nur ganz wenigen milden Symptomen, die Jahre oder jahrzehntelang nichts oder kaum etwas von ihrer MS spüren.

Der Anteil der MS-Betroffenen, die Zeit ihres Lebens nur vorübergehend geringfügige Symptome hatten, wird zwischen 10% und 20% geschätzt. Bezieht man in solche Schätzungen den Anteil solcher Verläufe mit ein, bei denen es nur zu minimalen, das normale Leben nicht beeinträchtigenden Behinderungen kommt, so gibt es bis zu 40% gutartiger („benigner“) Verläufe der MS.

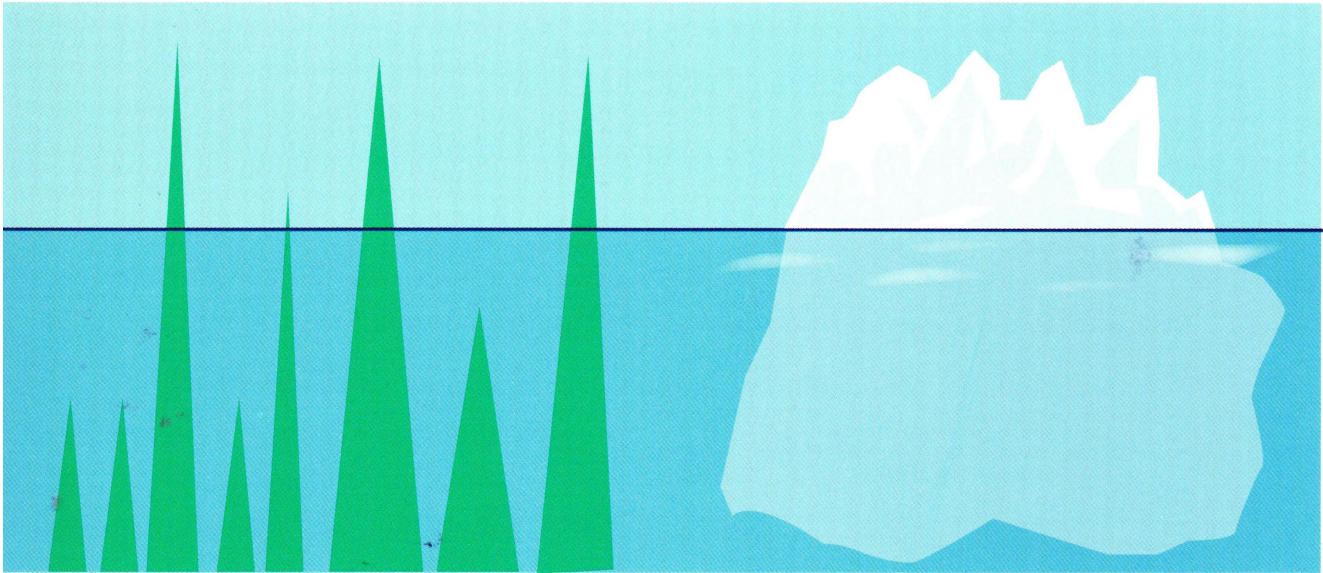
In weit fortgeschrittenen Fällen ist der MS-Kranke infolge seiner meist spastischen Lähmungen auf fremde Hilfe und die Benutzung von Gehhilfen und noch später auf einen Rollstuhles angewiesen.

Die Krankheit kann sich auch in sogenannten stummen Regionen des Gehirns abspielen, d.h. in Bezirken, die an der Steuerung der Bewegungen nicht teilnehmen.

So gibt es voll arbeitsfähige Personen, bei denen im Wege der Kernspintomographie (MRT) massiv weiße Flecken (Plaques) im Gehirn nachgewiesen werden. Das sind die Stellen, an denen die Entzündung abgelaufen ist und Hirnsubstanz durch die MS zugrunde gegangen ist.

Bei anderen MS-Kranken wird in der Kernspintomographie (MRT) nur ein kleiner Herd nachgewiesen.

Gleichwohl sitzen die Betroffenen unter Umständen mit verkrampften Händen fest im Rollstuhl, haben keine Kontrolle über ihre Blase und sind ständig auf fremde Hilfe angewiesen.



Multiple Sklerose ist mit einem Eisberg vergleichbar: Vieles, was die Krankheit ausmacht, tritt gar nicht in Erscheinung. Man spricht in diesem Fall von stummen Herden.

Die Diagnose

Wenn die Diagnose MS gestellt werden kann, ist die Krankheit Multiple Sklerose bereits vorhanden. Das heißt, es ist bereits zu Schädigungen der Nervenfasern durch die Krankheit MS gekommen.

Die Diagnose wird gestellt aus der Untersuchung des Nervenwassers, und dem Vorhandensein der typischen Krankheitssymptome, und dem Nachweis von MS-Herden durch die Kernspintomographie. Oft vergehen seit dem Auftreten der ersten Symptome Jahre bis die richtige Diagnose gestellt werden kann.

Flüchtige Sehstörungen durch die Entzündung des Sehnerven im Rahmen der MS bekommt oft nur der Augenarzt zu Gesicht. Der Augenarzt verordnet dann evtl. eine Brille, die eines Tages nach dem subjektiven Eindruck des Patienten nicht mehr benötigt wird, nachdem sich die Entzündung des Sehnerven wieder zurück gebildet hat.

Oft wird die verordnete Brille überhaupt nicht benötigt. **Denn eine Fehlsichtigkeit durch die Entzündung des Sehnerven lässt sich durch eine Brille weder korrigieren noch beeinflussen.**

Mit Störungen beim Gehen, oder wenn plötzlich ein Bein nachgeschleppt wird stellen sich die Kranken oft beim Orthopäden vor. Mit Störungen der Blase gehen die Kranken zum Urologen. Ärzte verschiedener Fachrichtungen bekommen den Kranken zu sehen und therapieren die vermeintlichen organischen Störungen nach ihren Kräften und ihrem Wissen. Die Symptome ändern sich dadurch aber oft nur wenig, weil sie MS-bedingt sind. Gar nicht selten wird der Kranke dann als Simulant abgestempelt und zum Psychiater überwiesen.

Der Psychiater ist meist gleichzeitig Neurologe und sollte schon bei den entsprechenden, wenn auch manchmal nur verwaschenen Symptomen an die Diagnose MS denken. Trotzdem kommt es auch hier noch zu Fehldiagnosen und der Kranke erhält Glücksspielen in Form von Psychopharmaka.

Die Psychopharmaka sind oft mit der Nebenwirkung Ataxie (starke Bewegungsunsicherheiten) und/oder Tremor (Zittern) und anderen MS-typischen Beschwerden behaftet.

Unter der Gabe von Psychopharmaka auftretende MS-typische Beschwerden werden dann als Nebenwirkung der Medikamente verkannt.

In Wirklichkeit handelt es sich hier um MS-typische Symptome, die allenfalls durch die Psycho-pharmaka mit der entsprechenden Nebenwirkung noch verstärkt werden.

Wenn dann eines Tages doch die richtige Diagnose MS gestellt wird, bricht oft für den Betroffenen eine Welt zusammen. Außerdem wurde viel kostbare Zeit vertan vom Krankheitsbeginn bis zur Diagnosestellung, - Zeit in der man die MS hätte bekämpfen können.

Die Blut-Hirn-Schranke, Anatomie und Physiologie

Blut-Hirn-Schranke = Gesamtheit von Strukturen, die zwischen dem strömenden Blut des Körpers und dem Gewebe des Zentralnervensystems liegen.

Die Blut-Hirnschranke spielt eine Rolle bei Austauschvorgängen von Stoffen zwischen Blut und Nervenzellen und dient dem Schutz der Zellen und Fasern des Zentralnervensystems vor schädlichen Stoffen.

Der Schutz ist allerdings nicht vollkommen. So können gewisse Gifte und auch Alkohol die Blut-Hirn-Schranke überwinden. Könnte Alkohol die Blut-Hirn-Schranke z.B. nicht überwinden, so hätte der Genuss von alkoholhaltigen Getränken keinerlei Einfluss auf das Befinden des Menschen. Man könnte dann weder leicht angeheitert, noch beschwipst und schon gar nicht betrunken werden.

Die Lymphozyten

Die Lymphozyten sind ein Teil der weißen Blutkörperchen (Leukozyten) und damit ein Teil der körpereigenen Immunabwehr. Sie spielen eine Rolle bei der Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere bei Viruserkrankungen. Lymphozyten bilden auch die Gedächtniszellen für bisher durchgemachte Krankheiten

Die Gedächtniszellen unter den Lymphozyten können sich einen bestimmten Krankheitserreger merken. Tritt dieser Krankheitserreger z.B. nach Jahren noch einmal auf, so werden die Gedächtniszellen unter den Lymphozyten den Krankheitserreger erkennen und sofort vernichten.

Diesen Gedächtniszellen unter den Lymphozyten ist es zu verdanken, dass wir alle nur einmal im Leben z.B. an Masern, Diphtherie oder Keuchhusten erkranken können. Das macht auch den Sinn von Impfungen aus. Bei Impfungen wird ein bestimmter, abgeschwächter oder abgestorbener Krankheitserreger in den Körper gebracht. Lymphozyten lernen diesen Krankheitserreger kennen und werden ihn beim späteren ernsthaften Auftreten sofort wiedererkennen und vernichten.

Vorgang bei Beginn der Erkrankung

Die MS selbst ist nicht erblich, aber die Erbanlage muss nach heutigen Erkenntnissen vorhanden sein. Jeder trägt die Anlage für irgendwelche Krankheiten in sich.

Es muss nach heutigen Vermutungen Jahre oder Jahrzehnte vor Beginn der MS- Erkrankung eine Virus-Erkrankung abgelaufen sein. Von dieser Viruserkrankung ist eine Information wie ein Stempel im Zentralnervensystem zurückgeblieben. Das können evtl. Masern oder auch Mumps oder eine andere Erkrankung sein. Auf diesem Gebiet wird weiter geforscht.

Eine weitere Voraussetzung für die Erkrankung an MS ist, dass die weiter oben beschriebene Blut-Hirn-Schranke krankhaft durchlässig wird und diese dann krankhaft undichte Blut-Hirn-Schranke den auch weiter oben beschriebenen Lymphozyten (Teil der körpereigenen Abwehr) zeitweise oder ständig Zutritt zum Zentralnervensystem gibt.

Die dann in das Zentralnervensystem eingewanderten Lymphozyten treffen auf die Information der durchgemachten Viruserkrankung, auf einen Restgiftstoff des Virus. Der Restgiftstoff oder der Stempel der durchgemachten Viruserkrankung ist für sich allein ebenso unschädlich wie der Lymphozyt allein.

Der Lymphozyt versucht die Information und/oder den Restgiftstoff der durchgemachten Viruserkrankung im Zentralnervensystem abzubauen und greift dabei die Substanz der Markscheiden an. Da der Lymphozyt normalerweise die Blut-Hirn-Schranke nicht passieren kann, erkennt er die Markscheiden (Hülle um die Nervenfasern) nicht als körpereigene Substanz.

Diese körpereigene Substanz, nämlich die Markscheiden, werden daraufhin von dem myelinaggressiven Lymphozyten angegriffen.

Die Markscheiden entzünden sich daraufhin, quellen auf und vernarben schließlich. Dies ist dann die Krankheit MS

Lymphopenie

Als **Lymphopenie (Lymphozytopenie)** bezeichnet man einen Mangel an Lymphozyten im Blut. Lymphopenien können u.a. durch eine Langzeit-Immuntherapie der Multiplen Sklerose ausgelöst werden, wenn sich nämlich diese Immuntherapie darauf richtet, die Lymphozyten zu hemmen, damit diese Lymphozyten die Markscheiden nicht angreifen können.

Bei einer Lymphopenie steigt wegen des Mangels an Lymphozyten das Risiko, an Virusinfektionen zu erkranken.

Hierzu an anderer Stelle mehr.

MS ist also, - bevor es überhaupt zu einer Erkrankung des Zentralnervensystems kommt, - eine Erkrankung der Blut-Hirn-Schranke. Die Blut-Hirn-Schranke aber besteht aus völlig anderen Zellen als die Zellen des Zentralnervensystems. Die Blut-Hirnschranke besteht weitgehend aus Bindegewebszellen. Das Zentralnervensystem aber besteht aus Nervenzellen.

Die Gefäßwände

Bei einer größeren Anzahl von MS-Kranken haben die Verfasserinnen die sogenannte bioelektronische Funktionsdiagnostik durchgeführt. Es handelt sich dabei um eine wissenschaftlich leider noch nicht anerkannte Messmethode, bei der Wirksamkeit und Verträglichkeit von Medikamenten elektronisch beim Patienten gemessen werden können. Der Patient braucht hierbei das Medikament nicht einzunehmen. Mit dieser Methode kann man feststellen, ob ein bestimmtes Medikament vom Patienten angenommen oder abgelehnt wird.

Bei Routinemessungen fiel zunächst immer wieder auf, dass die MS-Kranken offenbar das Medikament Cinnamomum homaccord N (biologisch-homöopathisches Mittel der Fa. Heel) brauchten. Cinnamomum homaccord wird in der biologischen Medizin üblicherweise eingesetzt bei Gefäßwandschwäche. Gefäßwandschwäche liegt z.B. dann vor, wenn die Patienten leicht blaue Flecken haben, wenn sie sich gestoßen haben.

Die Patienten wurden dann auch gefragt, ob sie bei leichtem Anstoßen zu blauen Flecken neigen. Dies wurde von den Patienten, bei denen Cinnamomum homaccord N positiv gemessen wurde, auch bejaht.

Die große Zahl, der MS-Kranken bei denen die Eigenschaft "leicht blaue Flecken" zutraf, lässt daran denken, dass es sich hier um eine fast gesetzmäßige Gefäßwandschwäche handelt, die mit der MS selbst etwas zu tun haben könnte.

Bei weiteren Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass die Eigenschaft "leicht blaue Flecken zu haben" = "Gefäßwandschwäche im Bereich der feinen Haargefäße" erst kurz vor Beginn der Erkrankung aufgetreten war und sich verstärkt vor Beginn eines Schubes oder im Krankheitsschub zeigte.

Daraus wurde Folgendes geschlossen:

Es muss zunächst eine Gefäßwandschwäche vorhanden sein. Dann wird die Blut-Hirn-Schranke, die

weitgehend aus den gleichen Zellen wie die Blutgefäße besteht, undicht. Danach wandern Lymphozyten in das Zentralnervensystem ein.

Die Lymphozyten haben normalerweise im Zentralnervensystem nichts zu suchen. Diese Lymphozyten treffen im Zentralnervensystem auf den Restgiftstoff oder den Stempel einer speziellen durchgemachten Virusinfektion.

Durch dieses Zusammentreffen werden die Lymphozyten "scharfgemacht" gegen das körpereigene Myelin. Aus Myelin aber bestehen die Markscheiden, die Umhüllung der Nervenfasern. Und dieses Myelin wird von den "scharfgemachten" Lymphozyten bei einer sogenannten Antigen-Antikörperreaktion angegriffen und zerstört. Dies ist dann die Krankheit Multiple Sklerose.

Der individuelle Krankheitsverlauf

Die Frage des Einsatzes einer Langzeittherapie in der Schulmedizin ist bei MS vor allem deshalb so schwierig zu beantworten, weil beim Auftreten der ersten typischen Symptome seriöse Angaben über den weiteren Verlauf im Einzelfall nicht oder nur sehr unvollkommen möglich sind. Zahlreiche Unsicherheitsfaktoren fließen hier ein:

- unterschiedliche Sicherheit der Diagnose,
- verschiedene Verlaufsformen der Erkrankung,
- nicht vorhersagbarer Verlauf, spontane Symptomrückbildung,
- Symptomschwankungen und Befindlichkeitsschwankungen,
- Krankheitsaktivität ohne sofortige typische Symptome (der Entzündungsprozess beginnt in der Regel bereits vor dem Auftreten typischer Symptome),
- unterschiedliche Geschwindigkeiten des Fortschreitens der Erkrankung,
- unterschiedliches Ansprechen auf schulmedizinische Therapie,
- unterschiedliche Nebenwirkungen,

Sogenannte wissenschaftliche Aussagen über den spontanen Verlauf der Erkrankung stammen allerdings von Durchschnittsberechnungen. Dem unmittelbar Betroffenen - gerade auch in der Anfangsphase der Erkrankung, wenn die entscheidenden Weichen für eine Langzeitbehandlung gestellt müssen - nützt dies aber nur wenig bei der Beantwortung seiner Kernfrage:

Welchen Krankheitsverlauf habe ich selbst zu erwarten?

Die sichere Einstufung eines Krankheitsverlaufes als „gutartiger“ oder „rasch fortschreitender Verlauf“ kann daher immer nur nach langer Beobachtung erfolgen.

Schulmedizinisch therapeutisches Vorgehen bei MS

Schon allein, weil die genaue auslösende Ursache der MS noch immer unbekannt ist, gibt es keine kausale, also auf die Ursache gerichtete, „heilende“ Therapie, geschweige denn eine Vorbeugung („Schutzimpfung“). Die Behandlung konzentriert sich daher darauf, den Verlauf der Erkrankung mit dem Ziel zu beeinflussen, die unmittelbaren Beschwerden zu lindern, das Fortschreiten der Krankheit zu verlangsamen und das Ausmaß der Behinderung herabzusetzen. Hierzu stehen verschiedene Behandlungsansätze zur Verfügung:

- Behandlung akuter Krankheitsschübe,
- Beeinflussen des langfristigen Verlaufes der Krankheit,
- symptombezogene Behandlung,
- alternative – und Außenseitertherapie, jedoch als sinnvolle Ergänzung zur Schulmedizin,
- psychische und soziale Betreuung.

Die Wirksamkeit eines Medikamentes bei MS kann man an verschiedenen Parametern erkennen:

- Weniger Schübe,
- weniger frische Entzündungsherde im MRT,
- Verlangsamung des Fortschreitens der Behinderung,

Da sich bei MS die Symptome zum Teil auch von selbst, das heißt ohne Medikamente wieder zurück bilden, ist es außerordentlich schwer, die Wirkung eines Präparates sicher zu beurteilen. Einzelfallbeobachtungen beweisen unter diesen Umständen keinesfalls, dass das eine oder andere Mittel auch wirksam ist: Die Besserung könnte auf zufälligen Schwankungen der Krankheit beruhen.

MS-Betroffenen mit schwerer Körperbehinderung, nützt die an anderer Stelle beschriebene Immuntherapie nichts. **Eine bereits eingetretene Schädigung kann nicht mehr behoben werden.**

Die Immuntherapie kann jedoch evtl. eine **zukünftige** Verschlechterung verhindern oder abmildern.

Die schulmedizinische Therapie

Ein wirksames, wissenschaftlich allgemein anerkanntes Mittel, das die MS heilen oder mit Sicherheit zum Stillstand bringen könnte, gibt es derzeit noch nicht. Es wird aber auf diesem Gebiet seit vielen Jahren weltweit geforscht.

Gegen die Symptome Taubheitsgefühl oder das Gefühl «auf Watte zu gehen» gibt es in der Schulmedizin keine wirklich wirksamen Medikamente.

Hierzu äußert sich die Schulmedizin wie folgt:

*Ataxie (gestörte Bewegungsabstimmung) und Tremor:
Für diese Beschwerden gibt es bislang keine gut wirksame medikamentöse Behandlung. Oft hilft Krankengymnastik und vereinzelt wurde über günstige Auswirkungen durch technische Hilfsmittel wie das Anbringen von Gewichten im Bereich von Ellenbogen- oder Kniegelenken berichtet. Bei starkem Tremor zum Beispiel in einem Arm soll es sich wie bei ausgeprägten ataktischen Störungen gelegentlich bewährt haben, ein Gewicht von etwa zwei Kilogramm an den betreffenden Unterarm zu binden. Ansonsten wurden bei Tremor zwar verschiedene Medikamente wie Propranolol (Handelsname z. B. Dociton) oder niedrige Dosen eines Antiepileptikums eingesetzt, ohne dass über wirklich überzeugende Erfolge berichtet wurde.*

Die Verfasserinnen setzen gegen diese Ataxie und den Tremor jedoch sehr spezifische homöopathisch verdünnte biologische Mittel ein, durch die es in vielen Fällen gelingt, Ataxie und/oder Tremor zumindest zu lindern. Darüber später mehr an anderer Stelle.

Cortison

Cortison wirkt u.a. abschwellend und entzündungshemmend. Außerdem macht Cortison die Blut-Hirn-Schranke wieder so dicht, wie sie es eigentlich sein soll, aber nur, so lange ein hoher Cortisonspiegel im Körper vorhanden ist.

Es gibt auch Fälle, in denen Cortison nicht wirkt. Das ist z.B. der Fall, wenn bereits zu viele Lymphozyten im Zentralnervensystem ihr Unwesen treiben. Das passiert auch dann, wenn bei Auftreten eines Schubes zu lange mit dem Beginn einer hochdosierten Cortisontherapie gewartet wird.

Bei jeder Cortisontherapie ist darauf zu achten, dass ein Magenschutzmedikament gegeben wird, es kann sonst, insbesondere unter hohen Cortisongaben zu einem zunächst unbemerkten Magengeschwür kommen. Zum Schutz gegen Thrombose, die ebenfalls eine Nebenwirkung von Cortison sein kann, ist etwas zu geben, was die Blutplättchen (Thromozyten) daran hindert, miteinander zu verkleben und damit eine Thrombose zu verursachen.

Weiter steigt unter hochdosiertem Cortison üblicherweise der sogenannte Blutzuckerspiegel an, das Blut ist vom Arzt daher regelmäßig auf Zucker zu untersuchen.

Ein Zuckerkranker darf Cortison eigentlich nur im Krankenhaus unter ständiger ärztlicher Aufsicht erhalten.

Langzeit-Immuntherapie der Multiplen Sklerose

Die von der Schulmedizin eingesetzte Langzeit – Immuntherapie birgt das Risiko der weiter oben beschriebenen Lymphopenie. Dies Risiko einer Lymphopenie ist offenbar nicht unerheblich. Und wenn die Lymphozyten durch eine solche Langzeit-Immuntherapie gehemmt werden, hat der betroffene Patient praktisch keine Abwehrkräfte mehr gegen eine unter Umständen gefährliche Viruserkrankung. Zu dieser Langzeit-Immuntherapie im Einzelnen:

1. Betainterferone (Betaferon, Avonex, Rebif)

Seit etlichen Jahren setzt die Schulmedizin zur Bekämpfung des schubförmigen Verlaufes der MS auch bevorzugt Betaferon, Avonex oder Rebif ein. Diese Mittel sind Botenstoffe zwischen den Zellen und sollen bewirken, dass der Abstand zwischen den einzelnen MS-Schüben verlängert wird. Diese Interferone sind aber leider kein Heilmittel. Es geht auch nicht um die Verbesserung des Zustandes der Betroffenen, sondern nur um eine evtl. mögliche, jedoch nicht garantierte Verlangsamung des Verlaufes der Multiplen Sklerose.

Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Mittel eine positive Wirkung im Sinne einer Verlangsamung der MS bewirken, liegt jedoch nur bei ca. 30%. Es gilt in jedem Einzelfall, den möglichen Nutzen dieser Mittel gegen die Risiken und Nebenwirkungen abzuwägen. Viele Betroffene, die ihre Hoffnung auf diese Mittel setzen, haben nur massive Nebenwirkungen in Form von z.B. verstärkter Spastik, grippeähnliche Erscheinungen und/oder verstärkten Gehbehinderungen.

2. Copaxone (Glatirameracetat)

Bei Copaxone handelt es sich um einen Stoff, mit dem die weiter oben beschriebenen myelinaggressiven Lymphozyten getäuscht werden sollen. Die so getäuschten Lymphozyten greifen dann das Myelin der Markscheide nicht mehr an und bremsen andere myelinaggressive Lymphozyten.

Bestehende Zerstörungen im Zentralnervensystem können durch Copaxone nicht rückgängig gemacht werden, d.h. bestehende Symptome werden durch Copaxone nicht gebessert.

Copaxone dient damit auch lediglich einer Senkung der Schubrate für etliche MS-Betroffene.

Copaxone ist allerdings täglich unter die Haut zu spritzen.

3. Immunglobuline wie Octagam und Sandoglobulin

Diese Immunglobuline werden etwa seit dem 01.01.2002 von den gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr bezahlt.

Nach einem Vortrag von Dr. Pöhlau (Chefarzt der Kamilluslinik in Asbach/Westerwald) gibt es bei Immunglobulinen folgende Wirksamkeiten.

$\frac{1}{3}$ der behandelten Patienten hatte Besserungen in den ersten sechs Monaten und war danach stabilisiert (keine weiteren Besserungen nach 6 Monaten). Aber 14 % der Patienten hatten diese Besserung auch nach Gabe eines Scheinmedikamentes (Placebo). Um eine Wirksamkeit auszurechnen sind also von diesem einen Drittel ($\frac{1}{3} = 33,3\%$) die das Medikament erhalten haben, die 14% abzuziehen, die auch nach der Gabe eines Scheinmedikamentes die gleiche Besserung hatten. Damit verbleibt eine Wirksamkeit von von nicht einmal 20%.

16% der mit den Immunglobulinen behandelten Patienten erfuhren eine Verschlechterung.

Der Rest der behandelten Patienten erfuhr keine Veränderung hinsichtlich ihrer MS.

Diese Zahlen sind leider nicht sehr ermutigend.

4. Immunsuppressiva

Die Immunsuppressiva wie z.B. Imurek, Azathioprin, Endoxan und Mitoxantron sind eigentlich Chemotherapie und Zellgifte. Sie sollen die körpereigene Abwehr und damit auch die Lymphozyten im Zentralnervensystem hemmen, weil diese Lymphozyten das Nervensystem schädigen.

Aber durch die Therapie mit den Immunsuppressiva werden nicht nur die gegen das Zentralnervensystem gerichteten Lymphozyten geschädigt, sondern die gesamte körpereigene Immunabwehr wird aus dem Gleichgewicht gebracht. Dadurch werden die Kranken anfällig für jede geringfügige Infektionskrankheit, besonders aber anfällig für Viruserkrankungen.

Bei vielen Kranken schreitet die MS trotz der Gabe der vorgenannten Immunsuppressiva unaufhaltsam fort, oder es kommt trotz solcher Stoffe wie Azathioprin zu weiteren Krankheitsschüben.

Zur Basistherapie der Schulmedizin der Immuntherapie gehören also:

- **Rebif®**
- **Betaferon®**
- **Avonex®**
- **Copaxone®**
- **Fampyra®**, ein relativ neues Mittel zur Verbesserung der Gehfähigkeit, aber mit häufigen Nebenwirkungen, nämlich laut roter Arzneimittelliste:

Sehr häufig: Harnwegsinfekte, Häufig: Schlaflosigkeit, Angst, Schwindel, Kopfschmerzen
Gleichgewichtsstörungen, Parästhesie, Tremor, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung,
Rückenschmerzen. Gelegentlich: Krampfanfall.

Wer jedoch eines dieser vorgenannten Mittel erhält, gut verträgt und tatsächlich einen Stillstand seiner Erkrankung feststellt, sollte dann auch bei diesem Präparat bleiben und nicht experimentieren, ob nicht das eine oder andere Mittel ihr/ ihm besser bekommt.

Eskalationstherapie der Schulmedizin in der Immuntherapie:

Eine Eskalationstherapie sollte nur bei solchen MS-Betroffenen Anwendung finden, die unter der vorgenannten Basistherapie immer noch oder wieder schwere MS – Schübe haben.

Mittel der Eskalationstherapie:

- Mitoxantron, hierzu später mehr;
als Therapiemöglichkeit **der nicht-schubförmigen MS**
- Tysabri = Natalizumab

Zugelassene Anwendungsgebiete für Tysabri (Indikationen)

In der [EU](#) und in der [Schweiz](#) ist Tysabri zur Behandlung von hochaktiver, schubförmig verlaufender MS bei folgenden Patientengruppen zugelassen:

- Bei Patienten mit hoher Krankheitsaktivität trotz angemessener Behandlung mit einem [Interferon](#)-Beta-Präparat. Bei den Patienten sollte es während der Behandlung im vorangegangenen Jahr zu mindestens einem MS-Schub gekommen sein. Sie sollten ebenfalls eine bestimmte Krankheitsaktivität in einer [Kernspin - Aufnahme](#) (MRT) des Gehirns aufweisen,

- bei Patienten mit rasch fortschreitender schubförmig verlaufender MS. Bei den Patienten sollte es im vorangegangenen Jahr zu mindestens zwei MS-Schüben mit Fortschreiten der Behinderung gekommen sein. Sie sollten ebenfalls eine verstärkte Krankheitsaktivität im [MRT](#) des Gehirns aufweisen.

Tysabri darf nicht zusammen mit anderen Arzneimitteln eingesetzt werden, welche das Immunsystem schwächen könnten.

Die Zulassung in den [USA](#) enthält den Hinweis, Tysabri nur bei Patienten einzusetzen, die auf eine vorherige Behandlung nicht angesprochen haben. Da diese Einschränkung in den USA jedoch nur Empfehlungscharakter hat, kann Tysabri in den USA auch bei normal verlaufender schubförmiger MS als Ersttherapie verordnet werden.

Bei der Behandlung von [akuten MS-Schüben](#) ist Tysabri nicht wirksam.

Außerdem gibt es bei der Anwendung von Tysabri folgende weitere Risiken:

TYSABRI wurde mit erhöhtem Risiko für die Entwicklung einer PML-Krankheit in Verbindung gebracht. Die Prognose bei PML ist gegenwärtig schlecht. Wenn es nicht gelingt die Funktion des Immunsystems massiv zu verbessern, führt PML oftmals innerhalb von durchschnittlich 3 bis 20 Monaten zum Tod.

PML ist eine seltene, aber schwerwiegende Infektion des Gehirns mit dem sogenannten JC-Virus, das im Gehirn die Myelinscheiden (Markscheiden) angreift. Die PML hat damit Ähnlichkeiten mit der multiplen Sklerose. Der Verlauf ist allerdings schneller und endet oftmals rasch tödlich.

Vor jeder Gabe von Tysabri (wird einmal monatlich als Tropf in die Vene verabreicht) ist das Blut in einem Speziallabor auf PML zu untersuchen. Tysabri sollte erst verabreicht werden, wenn die Blutuntersuchung PML-negativ verlaufen ist.

➤ Gilenya = Fingolimod

Gilenya soll Lymphozyten in Lymphknoten zurück halten. Die so zurückgehaltenen Lymphozyten können damit keinen Schaden mehr im Zentralnervensystem anrichten. Es kann aber dann leicht zu der oben beschriebenen Lymphopenie kommen, d.h. der Betroffene hat unter Umständen keine körpereigene Abwehr mehr gegen eine Viruserkrankung.

Außerdem kann Gilenya schädigend auf das Herz wirken.

Daher sollte laut Prof. Gold aus Bochum eine erstmalige Gabe von Gilenya nur unter Dauer-EKG - Überwachung und stündlicher Messung von Blutdruck und Puls erfolgen. Dies ist praktisch nur im Rahmen eines stationären Krankenhaus-Aufenthaltes machbar.

Auch ist es unter der Gabe von Gilenya schon zu einem Fall einer PML – Erkrankung gekommen.

Die Prognose bei PML ist gegenwärtig schlecht. Wenn es nicht gelingt die Funktion des Immunsystems adäquat zu verbessern, führt PML oftmals innerhalb von durchschnittlich 3 bis 20 Monaten zum Tod.

PML ist eine seltene, aber schwerwiegende Infektion des Gehirns mit dem sogenannten JC-Virus, das im Gehirn die Myelinscheiden angreift. Die PML hat damit Ähnlichkeiten mit der Multiplen Sklerose. Der Verlauf ist allerdings schneller und endet oftmals rasch tödlich.

➤ Aubagio = Teriflunamid

Aubagio ist eines der neuen MS-Medikamente. Aber auch hier gilt wie für die übrigen Immuntherapien: Aubagio hält die Lymphozyten in den Lymphknoten zurück. Diese gehemmten Lymphozyten können damit keinen Schaden mehr im ZNS anrichten. Dies hört sich zunächst gut an. Es kann aber leicht zu der oben beschriebenen Lymphopenie kommen, d.h. der Betroffene hat dann unter Umständen keine körpereigene Abwehr mehr gegen eine Viruserkrankung.

➤ Fumarat, neues erst in 2014 zugelassenes Mittel Handelsname TECFIDERA®

Eine Wirkung in Form einer Hemmung des Fortschritts der MS ist erst nach 2-3 Monaten Einnahme zu erwarten. Eine Hemmung des Fortschritts aber bedeutet auch bei diesem Mittel weder eine Linderung der Symptome, geschweige denn eine Heilung, sondern nur ein langsames Fortschreiten der Krankheit und der durch die Krankheit entstehenden Behinderungen. Und auch ein verlangsamtes Fortschreiten bedeutet nicht Stillstand, sondern nur ein verlangsamtes Fortschreiten. Die Schulmedizin versucht dies so zu erklären, dass der Betroffene zum Beispiel dann statt 4 MS-Schüben im Jahr nur noch 2 MS-Schübe zu erwarten habe. Aber genau weiß dies niemand. Denn niemand kann voraussagen, wieviele Schübe der Betroffene im Jahr mit oder ohne dies Medikament hätte. Es handelt sich daher insoweit nur um eine Annahme bzw. Vermutung.

Mögliche Nebenwirkungen von Fumarat sind auch hier: Es kann leicht zu der oben beschriebenen Lymphopenie kommen, d.h. der Betroffene hat dann unter Umständen keine körpereigene Abwehr mehr gegen eine Viruserkrankung.

Weitere mögliche, aber sicher nur extrem seltene Nebenwirkung wäre eine PML-Erkrankung. PML aber ist eine seltene, schwerwiegende Infektion des Gehirns mit dem sogenannten JC-Virus, das im Gehirn die Myelinscheiden angreift. PML hat damit Ähnlichkeiten mit der Multiplen Sklerose. Der Verlauf ist allerdings schneller und endet oftmals rasch tödlich.

Eine weitere mögliche und ebenfalls nur extrem seltene Nebenwirkung wäre evtl. Nokardiose, dies ist eine Pilzerkrankung, die das Bein eines Nokardiose-Erkrankten dann evtl. wie folgt aussehen lässt:



Madura – Fuß

Diese nicht völlig auszuschließende Nebenwirkung Nokardiose tritt vor allem bei Immuntherapie als Lungenentzündung, oder nach Generalisation als [Hirnabszess](#), Herzzinnenhautentzündung mit Schädigung der Herzklappen oder [Empyem](#) (Ansammlung von Eiter in einem Gewebshohlraum) auf. In Südamerika vorkommende Nocardien-Arten verursachen den sogenannten [Madura-Fuß](#).

➤ Mitoxantron, Handelsname Novantron®

In einigen, wenigen Fällen, vermag Mitoxantron etwas bei MS zum Positiven zu bewirken. Mitoxantron sollte aber nur in völlig ausgebrannten Fällen eingesetzt werden, bei denen kein anderes Mittel mehr anspricht. Denn Mitoxantron hat zum Teil fürchterliche Nebenwirkungen wie Schädigung des Herzmuskels und Schädigung der Zellen, die für eine Immunabwehr gebraucht werden. Die körpereigene Immunabwehr aber ist für den Menschen unverzichtbar. Ohne ausreichende Immunabwehr würden wir uns mit jeder Krankheit anstecken und hätten dem nichts entgegen zu setzen. Von Mitoxantron ist keine Besserung der Symptome zu erwarten und auch keine Heilung der Krankheit MS.

Die Verfasserinnen konnten verschiedene Fälle einer an sich stabilen MS beobachten, die sich aber gleichwohl von ihren Ärzten mit Mitoxantron haben behandeln lassen. In diesen Fällen ist nach Gabe von Mitoxantron keinerlei Besserung aufgetreten.

Nach diesseitiger Auffassung sollte Mitoxantron daher nur bei solchen Personen eingesetzt werden, die ständig auf den Rollstuhl angewiesen sind und bei denen die MS trotz der Gabe von Cortison ständig und ohne jede Spur einer Besserung weiter fortschreitet.

Therapieabbrüche

Die Entscheidung, ob und welches Medikament und/oder Mittel der/die MS-Betroffene bei sich anwendet anwenden lässt kann immer nur der/die Betroffene in Zusammenarbeit mit dem jeweils zuständigen Therapeuten selbst entscheiden.

**Der Therapeut trägt zwar, – wie immer wieder betont wird – die Verantwortung.
Das Risiko aber trägt allein der Patient.**

Eine Entscheidung zur (Langzeit-) Immuntherapie sollte notwendigerweise über Jahre angelegt sein. Gleichwohl bricht ein ungewöhnlich hoher Anteil von Betroffenen eine Therapie vorzeitig ab, etwa 10-20% innerhalb des ersten halben Jahres, ca. 40% innerhalb von 5 Jahren. Diese hohe **Abbruchrate** ist unabhängig von der Medikation, vom Alter und Geschlecht der Betroffenen, von ihrer Bildung oder Persönlichkeitsstruktur

„Medikamente und Mittel wirken allerdings nicht bei Betroffenen, die sie nicht nehmen“.

Die **Gründe dafür eine Therapie abubrechen** sind durchaus nicht immer zwingend:

- Anhaltende Nebenwirkungen, besonders lokale Hautreaktionen, grippeähnliche Nebenwirkungen, Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit, Depression, Laborwertverschlechterung sind bei 50-60% der Abbrechenden der Hauptgrund.
- Fehlende Wirkung, d. h. unveränderte Schubhäufigkeit und Krankheitsfortschreiten sind der Grund bei 30-40 %. Bei solch massivem Therapieversagen mag der Abbruch jedoch richtig und verständlich sein.
- Mangelnde Motivation, den Aufwand regelmäßiger Selbstinjektionen Belastungen ggf. auftretender Nebenwirkungen durchzuhalten, sind nicht selten.
- Falsche Erwartungen: Die Immuntherapie heilt nicht, sie „bremst“. Die Wirkung der Medikamente setzt in der Regel erst nach einem viertel bis einem halben Jahr ein. Auch unter Therapie können noch Schübe auftreten.
- Und das Gegenteil: Fehleinschätzung des erreichten Erfolges bei einer chronischen, unregelmäßigen Erkrankung wie MS, deren Verlauf im Einzelfall nach wie vor nicht vorhersehbar ist. Die Schübe, welche eine Therapie verhindert haben, bemerkt man ja nicht.
- Dies kann den Betroffenen in trügerischer Sicherheit wiegen. Im Laufe der Zeit sinkt die Bereitschaft zur Weiterführung der Behandlung mit der Folge: Therapiemüdigkeit.

Behandlung der Symptome:

Durch Lioresal, Baclofen, Dantamacrin, Sirdalud, Carbamazepin u.a.m. bzw. durch die Wirkstoffe dieser Mittel soll eine durch MS entstandene Spastik gehemmt werden, so dass die Kranken besser beweglich sind oder in den Gelenken nicht abknicken oder umknicken.

Durch Mylepsinum und Mittel, die man bei Morbus Parkinson (Schüttellähmung) einsetzt, soll ein evtl. vorhandener Tremor (Zittern) gedämpft oder unterdrückt werden.

Diese, auf die Symptome gerichteten Mittel bewirken hinsichtlich der Krankheitsvorgänge im Zentralnervensystem offenbar nichts.

Alle Symptome der MS sind jedoch verursacht durch krankheitsbedingte Fehlsteuerungen des Gehirns und/oder des Rückenmarks.

Durch spezielle Krankengymnastik soll die Beweglichkeit steif werdender Muskeln und Gelenke erhalten werden, Spastik soll gedämpft werden. Stumme Regionen im Gehirn sollen, soweit das möglich ist, lernen, Hirnfunktionen von ausgefallenen und/oder durch die Krankheit geschädigten Hirnteilen zu übernehmen.

MS-Kranke haben einen Anspruch auf sogenannte Rehabilitations = Wiederherstellungsmaßnahmen. Davon wird reger Gebrauch gemacht. Viele MS-Kranke begeben sich in jährlichen, teilweise auch in halbjährlichen Abständen in MS-Fachkliniken.

Diese Fachkliniken z.B. in Anholt, Hachen, Asbach, Bad Laasphe u.a.m. versuchen ihr Bestes zu geben. Aber es ist, zumindest bei fortgeschrittenen Fällen keine Wiederherstellung zu erreichen. Und auch der Aufenthalt in der Fachklinik oder im Krankenhaus schützt nicht vor einem Schub oder einer weiteren Verschlimmerung der Krankheit.

Man sieht MS-Betroffene, die während ihrer Reha-Maßnahme einen Schub erleiden. Und man sieht MS-Betroffene, denen es am Ende der Reha-Maßnahme schlechter geht, als zu deren Beginn.

Dies ist kein Vorwurf an die Fachkliniken, wenn die Verschlechterung oder der Schub sofort erkannt und nicht als "Schwäche" fehlgedeutet wird.

Aber MS ist eben unberechenbar.

Alternative und Außenseitertherapie

können nur eine sinnvolle Ergänzung zu einer unabdingbar notwendigen schulmedizinischen Therapie sein.

Viele MS-Kranke werden von selbst nicht MS-betroffenen Schulmedizinern oft darauf verwiesen, dass sie zu warten hätten bis ein wirksames, ausreichend erprobtes Mittel gegen die MS gefunden sei.

Inzwischen gibt es zahlreiche neue Mittel. Aber all diese neuen Mittel, sollen den Verlauf der Erkrankung nur verzögern, aber kaum einen Stillstand und/oder eine Rückbildung bewirken können. Außerdem sind all diese neuen Mittel mit dem Risiko erheblicher Nebenwirkungen behaftet. Nebenwirkungen, welche von den Betroffenen zunächst oftmals nicht wahrgenommen werden, die aber gleichwohl nicht ungefährlich sind.

Daher ist es kaum verwunderlich, daß viele MS-Kranke sich alternativen und Außenseitermethoden zuwenden und sich auch von Scharlatanen, Quacksalbern und sogar Gesundheitsbetern Hoffnungen machen lassen und das Geld dafür aus der Tasche ziehen lassen.

Die Verfasserinnen haben sich nun als auf MS spezialisierte Heilpraktikerinnen mit den entsprechenden Fachkenntnissen Gedanken über mögliche alternative Therapien gemacht, bzw. solche Gedanken und Therapiemöglichkeiten von anderen übernommen.

Ein Ansatzpunkt der Behandlung besteht darin, zu versuchen mit der Zuführung eines bestimmten biologisch-homöopathischen Organpräparates die Blut-Hirn-Schranke besser abzudichten und zu schützen. Dies Präparat wäre Arteria cerebri media GL D5 (5. Dezimalpotenz = D5). Mit diesem Präparat ist es offenbar tatsächlich gelungen, krankhafte Defekte in der Blut-Hirnschranke vorübergehend (so lange der Patient das Mittel erhält) zu schließen. **Dies ist jedoch nur ein Beispielmittel und sollte von den Betroffenen nicht auf eigene Faust und ohne therapeutische Beratung durch die Verfasserinnen genommen werden.**

Seit 1993, d.h. seit mehr als 20 Jahren konnte festgestellt werden, dass sich MS-Kranke, die nur das Mittel Arteria cerebri media GL D5 (Wala) und Cinnamomum homaccord N (Heel) zur Bekämpfung der allgemeinen Gefäßwandschwäche bei regelmäßiger Einnahme erhielten, wohler fühlten, und diese Stabilisierung auch offenbar über eine gewissen Zeit erhalten werden konnte.

Die Verfasserinnen konnten auch die Erfahrung machen, dass Schmerzen bei MS-Kranken, die auf Schmerzmittel nicht ansprachen, weil die Schmerzen nur im kranken Schmerzzentrum vorhanden sind, nach der Gabe des biologischen Organpräparates Thalamus GL D5 in der homöopathischen Verdünnung eine Besserung oder Linderung erfuhren.

MS-Kranken mit Blasenstörungen durch MS-bedingte Fehlsteuerungen des entsprechenden Zentrums im Gehirn führten die Verfasserinnen neben dem auf die Blase wirkenden Lathyrus sativus D4 der DHU, das Organpräparat Cerebrum regio motorica GL D5 oder das Organpräparat Pons GLD5 wiederum in homöopathischer Verdünnung zu, - und hatten Teilerfolge.

Aber auch hier gilt: **Erst therapeutische Beratung, dann erst das Mittel einsetzen.**

Alle hier genannten biologisch/homöopathischen Arzneimittel gibt es auf Bestellung nur in der Apotheke ohne Rezept.

Von entscheidender Bedeutung ist für MS-Kranke vor allem auch das seelische Gleichgewicht. Wenn es der Seele nicht gut geht, kann es auch dem Körper nicht gutgehen. Das gilt vor allem und ganz besonders bei MS. Seelische Belastungen können geradezu einen Schub auslösen.

Gegen die große Müdigkeit und die schnellere Erschöpfung bei MS (Fatigue) hilft im Übrigen nur sich auszuruhen. Bei MS geht ein Teil der Hirnsubstanz verloren bzw. steht den Betroffenen nicht mehr zur Verfügung. Wenn man nun das Gehirn mit einer Batterie vergleicht, so ist diese Batterie nicht mehr voll aufladbar und damit auch weniger leistungsfähig., d.h. diese „wiederaufladbare Batterie“ muss in kürzeren Abständen wieder geladen werden. Bezogen auf die MS heißt dies **„AUSRUHEN!“**

Weiter ist es für MS-Betroffene wichtig, sich vor seelischen Belastungen und Stress zu hüten. MS-Betroffene müssen einfach lernen "abzuschalten" und Dinge, über die man sich normalerweise aufregen würde, gelassener zu sehen.

Das ist sicher leichter gesagt als getan. Aber wenn der MS-Betroffene und die Menschen in seiner nächsten Umgebung wissen, dass jede Aufregung schadet und an den Dingen im übrigen nichts ändert, kann das seelische Abschalten trainiert werden.

Nur auf dies seelische Abschaltelernen kann sich eigentlich eine evtl. Psychotherapie richten, und nicht auf irgendwelche verschütteten Probleme in der Vergangenheit und/oder Kindheit. Vergangene Probleme und Ereignisse kann man nicht ungeschehen machen. Und MS wird durch die Aufarbeitung von Problemen und/oder Ereignissen in der Vergangenheit nicht geheilt oder gelindert. Im Gegenteil kann mit der Problemaufarbeitung eine so schwere Belastung entstehen, dass es durch diese Belastung zu einem Schub kommen kann.

**Jeder von uns verbringt den Rest seines Lebens in der Zukunft
und nicht in den Problemen der Vergangenheit,**

Für einen MS-Betroffenen ist es von entscheidender Bedeutung für sein seelisches Gleichgewicht in der Gegenwart zu leben und nicht in der Vergangenheit oder einer fernen Zukunft.

Weiter sollten MS-Kranke sich nicht impfen lassen. Man sieht immer wieder MS-Betroffene, denen es nach Impfungen viel schlechter geht. Dies kommt dadurch, dass bei MS der Körper anders reagiert.

Auch Wärmeanwendungen wie Fangopackungen und starke Sonnenbestrahlung schaden vielen MS-Betroffenen mehr, als dass sie nützen.

Kraftanstrengungen und Training und jegliche Form der Überanstrennung und Erschöpfung führen oftmals zu Verschlechterungen des Gesundheitszustandes.

Fußreflexzonenmassage sollte ebenfalls nicht angewandt werden. MS ist unberechenbar.

MS-Kranke sollen auch keine Medikamente nehmen, die Leidensgenossen gut getan haben, denn bei jeder MS reagiert der Körper anders, und jede MS ist anders. Es sollte zunächst in jedem Falle Rücksprache mit dem Behandler geführt werden.



Mitglied im Bundesverband Deutscher Stiftungen e.V.
Mildtätige Stiftung im Sinne der Abgabenordnung (AO). Spenden sind steuerbegünstigt seit 1989,
zuletzt festgestellt für 2012 mit Bescheid des zuständigen Finanzamtes Essen-Süd vom 13.07.2013 Nr. 112/5738/0666

Copyright by Hildegard Gottlob und Helena Hejda 03/2014
Weitergabe, Nachdruck, und Vervielfältigung auch auszugsweise nur mit unserer ausdrücklichen Genehmigung

Quellenangaben:
Prof. Dr. Hayo Schipper, Langzeit-Immuntherapie der Multiplen Sklerose, rote Liste, Internet
Multiple Sklerose für Laien aus 2010 von Hildegard Gottlob unter Mitarbeit von Helena Hejda aus 2010