

VITALSEE WEBINAR 02.02.2026 Medizinische Fallbesprechungen:

1. Von Aderlass bis Menopause

In diesem Vortrag werden vier klinisch-praktische Themen intensiv beleuchtet: die differenzierte Anwendung des Aderlasses (inklusive Indikationen, Volumina, naturheilkundliche Varianten und zeitliche Aspekte), die Behandlung dialyseassoziiierter Polyneuropathie (Pathogenese, Symptomatik und Therapiepfade mit Fokus auf Schmerzmodulation und Schwermetallproblematik), ein vierstufiges Eskalationskonzept für Menopause-Beschwerden (von Lebensstil über Phytotherapie und Phytohormone bis zu bioidentischen Hormonen) sowie die ganzheitliche Betrachtung eines Post-Herpes-Zoster-Falles (Nervenschmerz, vegetative Dysregulation, psychische Belastung und Immunstärkung). Durchgängig wird auf präzise Indikationsstellungen, die Bedeutung der Dosis und des Zeitfaktors sowie auf evidenznahe und erfahrungsbasierte Maßnahmen Wert gelegt.

Aderlass: Indikationen, Methoden und Abgrenzungen

Dr. Josef Hutter positioniert den Aderlass als therapeutische Option in ausgewählten Konstellationen: bei Eisenüberladung (Hämochromatose), bei Fettleber (Steatosis hepatis) und in weiteren internistischen Szenarien. Er warnt vor unreflektiert großen Blutabnahmemengen und betont, wie entscheidend das Volumen für die Kreislaufbelastung ist.

Während 400–500 Milliliter bei Hämochromatose üblicherweise gut toleriert werden, sind dreiviertel Liter in der Klinik zwar beobachtet, aber unnötig belastend. Der Kernpunkt: kleinere Mengen, dafür häufiger, können gleichermaßen effektiv und schonender sein – sinnbildlich: 3 x 5 ist 15, aber 5 x 3 ist auch 15.

Bereits ein halber Liter ist kreislaufrelevant und kann massive Müdigkeit auslösen; daher ist eine differenzierte Dosierung und Frequenz entscheidend.

Es wird fein zwischen verschiedenen Aderlass-Varianten unterschieden:

- **Schulmedizinischer Aderlass:** z.B. bei Hämochromatose, Kupferspeicherkrankheit oder Polycythaemia vera, aber auch im Rahmen der Blutspende. Polycytomia vera wird als semi-gutartige Leukämieform erläutert, die alle Zellreihen (Leukozyten, Erythrozyten, Thrombozyten) erhöht.
- **Naturheilkundlicher Aderlass:** aus der Diagnostik der Naturheilkunde heraus, etwa zur „Abkühlung“ bei „hitzigem Blut“, Wechselbeschwerden, Bluthochdruck oder Hyperlipidämie.

- **Aderlass nach Hildegard von Bingen:** mit zusätzlichen Regeln wie Mondphasen (z.B. innerhalb der ersten sechs Tage nach Frühmond) und spezifischen Venenbezügen (Kopf-, Herz-, Lebervene). Historisch sind bis zu 70 Aderlasspunkte beschrieben (Bibliothek Admont), ein Wissen, das im Verschwinden begriffen ist.

Als Begleittherapie für Fettleber empfiehlt Dr. Hutter L-Carnitin ausdrücklich und langfristig: Die positive Wirkung zeigt sich erst über Zeit; nach 3 Monaten sei „noch nichts passiert“.

Die Maxime lautet: L-Carnitin konsequent (z.B. „L-Carnitin 101“) und Geduld – mit bildgebender Kontrolle frühestens nach einem Jahr („wir halten das nächste Mal den Ultraschallkopf in einem Jahr drauf“). Wenn sich die Leberenzyme (Gamma-GT, GPT, GOT) normalisieren, stabilisiert sich der Ferritinwert in der Regel, ausgenommen genetisch determinierte Hämochromatose.

In stabilen Verläufen kann der Aderlass auf etwa einmal jährlich reduziert werden. Darüber hinaus wird die Relevanz des „richtigen Zeitpunktes“ betont: Ein korrekt getakteter Aderlass kann mehr Eisen ausleiten als ein ungünstig gewählter Termin.

Phänomene wie die sichtbare Schichtung des Blutes nach Hildegard werden als empirisch beobachtet, wenngleich naturwissenschaftlich nicht restlos erklärbar.

2. Behandlung der dialysebedingten Polyneuropathie

Polyneuropathie wird als Erkrankung der peripheren Nerven mit Schädigung der Isolierung beschrieben. Häufige Ursachen sind Diabetes mellitus und Chemotherapie.

Bei Diabetes führen Schädigungen der Isolierzellen zu Rückzug des Nerven, Taubheitsgefühlen, Schmerzen sowie Wundheilungsstörungen, besonders an den Füßen.

Nach Chemotherapie schädigen Toxine Nerven und Nervenscheidenwände, was oft zum Absterben sensibler Nervenenden in Füßen und Händen führt.

Es existiert eine große Gruppe unklarer Genese („wir wissen nicht woher“), darunter selten über Darmtoxine. Eine kleine, aber relevante Gruppe betrifft Dialyse-Patienten. Hier wird eine Schwermetallthematik – speziell Aluminiumbelastung – hervorgehoben, die die Nervenisolierung beschädigt.

Therapeutisch werden mehrgleisige Strategien skizziert:

- **Schmerzmodulation:** PEA ist „definitiv eine Möglichkeit“ bei neuropathischem Schmerz und funktionell vergleichbar mit Gabapentin, jedoch nur sinnvoll, wenn tatsächlich Nervenschmerz vorliegt.

- **Nervenunterstützung:** Alpha-Liponsäure, L-Carnitin, B-Vitamine und Omega-Fettsäuren werden als nervenstärkende Maßnahmen empfohlen. Die Dosierungen können in Standardgaben („eins null eins“) erfolgen; Alpha-Liponsäure und L-Carnitin sind durchgängig möglich. Dennoch gilt: Wo der Nerv bereits regressiert ist, kehrt er nicht zurück.
- **Hochtontherapie:** generell sehr zu empfehlen. Leihgeräte (z.B. Schufried in Wien) können auf Verordnungsschein bezogen werden. Patienten berichten häufig über deutlich weniger Schmerzen und ein verbessertes Allgemeinbefinden; der Grundton liegt im unhörbaren Hochfrequenzbereich.

Zentrales Problem bei Dialyse-Patienten ist die Schwermetallausleitung: Der übliche Haupteliminationsweg – die Niere – ist insuffizient. Prinzipiell sind Darm und in nachrangiger Rolle die Leber alternative Wege.

Chlorella/Spirulina können als „Chelatbinder“ dienen, um Metalle an den Darm zu koppeln. Standardprotokolle (z.B. Niere „öffnen“ mit Orthosiphon) sind hier jedoch nicht sinnvoll, da „was hin ist, ist hin“ (F.X. Mayr) – eine dialysepflichtige Niere eliminiert keine Schwermetalle mehr, selbst Restharn nicht.

Entlastende Maßnahmen sollten kurartig (maximal 6–8 Wochen), danach mit mindestens einem Monat Pause erfolgen, um Auszehrung zu vermeiden.

3. Ein Stufenkonzept zur Unterstützung in der Menopause

Die Menopause wird als natürlicher Übergang beschrieben – mit individuell stark schwankenden Beschwerdebildern über 7 bis 10 Jahre. Es gibt nicht „den“ richtigen Weg, sondern ein an die Symptomlast adaptiertes Eskalationskonzept in vier Stufen. Die Behandlung folgt der Dynamik der Beschwerden und der Patientinnenpräferenz.

- **Stufe 1: Nicht-medikamentöse Maßnahmen**
 - Thermoregulation: Kneipp-Anwendungen kühlen das Allgemeinsystem; im Wechsel mit Sauna fördern sie die Temperatursteuerung.
 - Bewegung: steigert Endorphine, unterstützt Serotoninsynthese, baut Stresshormone ab – zentrale Bedeutung für Lebensqualität und Risikoprofil.
 - Aderlass bei Hitzewallungen: Der Blutverlust „kühlt das heiße Blut“; Frequenz alle 2–4 Monate als Ersatz für den natürlichen Menstruationsverlust.

- **Stufe 2: Ausgleichende Phytotherapie**
 - Maca: drüsenstärkend, hormonell ausgleichend, ohne selbst hormonell zu wirken.
 - Mönchspfeffer: unterstützt den hormonellen Umstieg, häufig hilfreich.
 - Weitere Pflanzen: Frauenmantel, Hirtentäschel; Salbei ist besonders gut gegen Schwitzen.
 - Bei depressiver Verstimmung/Schlafstörungen: Griffonia (reich an 5-HTP, Vorstufe von Serotonin/Melatonin). Dazu Entspannungsübungen.
 - Aufklärung stärkt die Selbstwirksamkeit: Frauen sollen Expertinnen ihres Körpers werden.
- **Stufe 3: Phytohormone**
 - Pueraria (Phytoöstrogen) und Yams (Phytoprogesteron) als gezielte modulare Optionen.
 - Traubensilberkerze: wirkt an der Hypophyse, dem Steuerzentrum der Hormonachse.
 - Bei Restzyklus: Blutlaborkontrolle an Tag 12/16 und Tag 21/22 zum Vergleich der Zyklushälften.
- **Stufe 4: Bioidentische Hormone**
 - Reservedosis und nur für eine Minderheit nötig. Verteilung laut Erfahrung: ca. 30% entspannt mit Stufe 1; Stufe 1 + 2 decken etwa 60% ab; weitere 30% sprechen gut auf Phytohormone an; maximal 5–10% benötigen bioidentische Hormone.

Begleitthemen:

- Cholesterin in der Menopause:

Häufiger Anstieg, weil weniger Sexualhormone produziert werden; Cholesterin ist Grundbaustein für Östrogen, Testosteron, Cortisol/Cortison, Adrenalin, Noradrenalin, Aldosteron.

Saisonalität: Im Winter höher, da Cholesterin für Vitamin D benötigt wird, welches im Sommer vermehrt gebildet wird. Leberfunktion kann den Spiegel mitbestimmen; Leberunterstützung ist sinnvoll.

Curcuma kann regulierend und antiinflammatorisch wirken. Ein erhöhter Spiegel kann auch Stress widerspiegeln (erhöhter Bedarf für Stresshormonsynthese); L-Arginin kann beim Abbau von Stresshormonen helfen.

- Klinische Prioritäten:

Cholesterin ist überbewertet; der stärkste Risikofaktor für Herzinfarkt/Schlaganfall ist Bewegungsmangel.

Wichtige Marker: HbA1c, glomeruläre Filtrationsrate, Homocystein, Lipoprotein(a), Harnsäure. Cholesterinsenkung ist besonders in der Sekundärprophylaxe sinnvoll (z.B. nach Herzinfarkt/Schlaganfall, bei Stents). Bei Plaques, positiver Familienanamnese und Gefäßverengungen kann eine Senkung diskutiert werden.

Einige Länder (z.B. Schweden) haben Grenzwerte (z.B. 230 mg/dl) wieder angehoben, da niedrige Cholesterinspiegel mit vermehrter Demenztstehung einhergehen können – Cholesterin ist für die Hirnmyelinisierung wichtig.

- Uro-/Gynäkologische Aspekte:

Bei Scheidentrockenheit und Infektanfälligkeit ist Pueraria das Mittel der Wahl (Östrogenwirkung zur Schleimhautstärkung). Einnahmepraxis: oft 3 Monate, dann 1 Monat Pause zur Vermeidung von Schmierblutungen; manche Frauen kommen mit einer Kapsel alle drei Tage gut zurecht, um übermäßigen Östrogen-Trigger zu vermeiden.

Yams kann bei Zwischen- oder Dauerblutungen (auch unter Hormonspirale) hilfreich sein. Zwischenblutungen bei Hormonspirale sind möglich. Hinweis: Pueraria mirifica ist vielen Gynäkologen unbekannt.

Kulturelle und psychische Dimension:

- Übergang von der „roten“ in die „weiße“ Phase. In Einzelfällen können psychotherapeutische Interventionen entscheidend sein, etwa wenn das Altern nicht akzeptiert wird oder wenn eine depressive Komponente die Beschwerden überlagert.

4. Post-Herpes-Zoster-Syndrom: Schmerz, Psyche und Immunsystem

Fallskizze:

Acht Wochen nach Herpes Zoster bestehen wechselnde Nervenschmerzen, ausgeprägte innere Unruhe, Zitterigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen, gelegentliche Panikattacken, Übelkeit mit Oberbauchdruck, Durchfälle und hohe innere Anspannung.

Die Patientin kennt vegetative Überreaktionen aus vorangegangenen Schicksalsschlägen. Es kam zu Arbeitsunfähigkeit; psychiatrisch wurde Mirtazapin sowie bedarfsweise Xanor (Benzodiazepin) verordnet.

Mirtazapin wird als „Schlafmittelchen“ bei Angststörungen eingeordnet; beide Substanzen erfordern wegen Gewöhnungs-/Suchtpotenz eine vorsichtige, begleitete Reduktion.

Hinweis aus der Praxis: Bei Mirtazapin sind 22,5 mg bereits eine hohe Dosis; insbesondere das Absetzen der letzten 5 mg kann starke Rebound-Phänomene auslösen.

Die Patientin ist eigenverantwortlich und in gutem Kontakt mit ihrem Psychiater, möchte Medikamente möglichst vermeiden.

Therapieachsen:

- Neuropathischer Schmerz: PEA „definitiv eine Möglichkeit“.
Schema: mindestens 3x täglich 1, Steigerung bis 3x täglich 2, dann Ausschleichen/Reduktion entsprechend Ansprechen.
- Immunstatus: Herpes Zoster gilt als Opportunist und Hinweis auf Immunschwäche. Konsequenz: immunstärkende Maßnahmen, die zugleich darmstärkend wirken.
Beispiele: Curcuma, Granatapfel, Murdannia, Morinda, Aloe; Vitamin C (Infusionen mit kurzer antioxidativer Wirksamkeit oder gepuffertes Vitamin C peroral).
Zusätzlich Zink und Selen prüfen und bei Bedarf substituieren. Historisch ist bei Herpes Zoster das Ausschließen konsumierender Erkrankungen Teil der ärztlichen Sorgfalt. Stresshormone (Adrenalin, Noradrenalin, Cortison, Kortisol) sind immunsuppressiv – der Stressabbau ist somit immunologisch relevant.
- Vegetativum/Angst: Bewegung, „Ausschüttung von Müdigkeit“, Herzgespann; bei Panikattacken Rosenwurz (wirkt sympathikoton angenehm) oder Ashwagandha; Morinda wirkt mild angstlösend. Safran wäre sehr gut bei Angststörungen, ist derzeit aber nicht zugänglich. Griffonia kann als antidepressiver Baustein erwogen werden; Mirtazapin wirkt vornehmlich anxiolytisch.

Realistische Erwartungssteuerung: Nicht jeder Mensch ist „reparierbar“; die Idee einer vollständigen „Vollkasko-Restitution“ wird als Illusion bezeichnet. Der Fokus liegt auf pragmatischer Linderung, Stärkung der Resilienz und sorgfältiger Priorisierung nebenwirkungsarmer Maßnahmen.