WissHom
Wissenschaftliche Gesellschaft für Homöopathie
Scientific Society for Homeopathy

WissHom-Kongress
ICE 12

12. Internationaler Coethener Erfahrungsaustausch (ICE 12)
25. - 27. Oktober 2012 in Köthen (Anhalt)

Wissenschaft und Praxis – eine dynamische Beziehung

Kongressband

Angelika Gutge-Wickert und Ulrike Kessler (Hrsg.)

Schriftenreihe der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie (WissHom)
Köthen (Anhalt) 2013

Impressum

Schriftenreihe der
Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie (WissHom)

Wissenschaftliche Gesellschaft für Homöopathie e. V. (WissHom)
Wallstraße 48
06366 Köthen (Anhalt)
Deutschland
www.wisshom.de

Lektorat, Satz und Gestaltung:
Mag. phil. Christine Doppler (Berlin)
lektorat@wisshom.de
www.christine-doppler.net
Die Personenbezeichnungen in den Beiträgen
beziehen sich in der Regel gleichermaßen auf Frauen und Männer.

Umschlag-Gestaltung:
setz it. Richert GmbH (Sankt Augustin)
www.setzit.de

Druck:
Repro Central – Martin & Richter GbR (Berlin)
www.repro-central.de

© WissHom. Köthen (Anhalt): 2013
Ausnahmen im Copyright sind jeweils angegeben.

Editorial

Der Internationale Coethener Erfahrungsaustausch (ICE) fand vom 25. bis 27. Oktober 2012 zum 12. Mal in Köthen (Anhalt) statt. Mit dem ICE 12 hat die Wissenschaftliche Gesellschaft für Homöopathie (WissHom) – die 2010 gegründete Nachfolgeorganisation des Europäischen Instituts für Homöopathie (InHom) – ihren zweiten Kongress ausgerichtet.

Das Thema „Wissenschaft und Praxis – eine dynamische Beziehung“ wurde in seinen unterschiedlichen Aspekten beleuchtet: Wie kann eine auf den individuellen Patienten ausgerichtete Medizin wie die Homöopathie von einer wissenschaftlichen Betrachtungsweise profitieren? Kann es Heilung oder gar Heilungsgewissheit geben? Das waren die zentralen Fragestellungen des Kongresses. Namhafte Forscherinnen und Forscher aus dem In- und Ausland stellten ihre Arbeiten im Rahmen von Vorträgen mit Simultanübersetzung und in Vertiefungsseminaren vor.

Die im vorliegenden Kongressband versammelten Beiträge sollen Ihnen einen lebendigen Eindruck davon vermitteln, wie vielseitig homöopathische Forschung heute ist.

Angelika Gutge-Wickert (Berlin)
Apothekerin und Ärztin - Homöopathie
2. Vorsitzende WissHom

Ulrike Kessler, MSc (Basel)
Beratung für Aus- und Weiterbildung
Vorstand Finanzen WissHom

Köthen (Anhalt), im Dezember 2013

Inhalt

2 Impressum

Vorwort

3 *Angelika Gutge-Wickert und Ulrike Kessler*
Editorial

5 Inhaltsverzeichnis

Bericht

7 *Klaus von Ammon und Ulrike Kessler*
Kongressbericht ICE 12

Vorträge

9 *Susanne Diez*
Die Subjektivität als ein Grundprinzip der Homöopathie

17 *José Teixeira*
An Introduction to the Physics of Liquid Water

20 *Muchitsch, Ilse*
Wasser, ein ungewöhnliches Molekül: Fakten, Interpretationen und Auswirkungen in Biologie und stark verdünnten Lösungen

25 *Clare Relton*
Homeopathy clinical research: the dynamic relationship between science and practice

30 *Andreas Holling, Klaus Roman Hör, Anton Rohrer und Anne Sparenborg-Nolte*
Ein Überblick: Pflanzenverwandtschaft und Arzneigruppenbildung – welche Rolle spielt die Herkunft einer Arznei bei der Arzneimittelwahl?

31 *Andreas Holling*
Welche Rolle spielt die Herkunft einer Arznei?
Empfindungsmethode / Systematische Homöopathie nach Sankaran

35 *Klaus Roman Hör*
Massimo und die Lilien – Pflanzenverwandtschaft und Arzneigruppenbildung

37 *Anne Sparenborg-Nolte*
Arzneiverwandtschaften in der klassischen Homöopathie: Fallanalyse nach Kent

39 *Curt Kösters*
HeilungsUNgewissheit in der homöopathischen Praxis

44 *Anton Rohrer*
Apriorische Heilungsgewissheit – eine praktische Annäherung

52 *Michael Leisten*
Methodische Einblicke in die konstruktivistische Didaktik oder „Wie Homöopathie zeitgemäß lehren und lernen?“

57 *Ulrike Kessler*
Constructive Alignment in der homöopathischen Aus- und Weiterbildung

60 *Irmgard Schnittert*
Integrative Medizin in der homöopathisch-naturheilkundlichen Allgemeinarztpraxis

Abstracts

63 *Elizabeth Thompson*
Prescribing homeopathy for cancer patients – a best case series

64 *Dominik Müller*
MMRH – Materia Medica Revisa Homoeopathiae

65 *Carlos Néstor Cámpora*
Homeopathic case documentation: a concrete case study from the Argentinian database BRECHA (Banco de Reporte y Estudio de Casos Homeopáthicos de Argentina)

Klaus von Ammon (Bern, CH) und Ulrike Kessler (Basel, CH)

Kongressbericht ICE 12*

Der Internationale Coethener Erfahrungsaustausch (ICE) fand vom 25. bis 27. Oktober 2012 zum 12. Mal in Köthen (Anhalt) statt. Veranstaltet wurde der Kongress von der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie (WissHom), der 2010 gegründeten Nachfolgeorganisation des Europäischen Instituts für Homöopathie (InHom).

In kurzer Zeit hat WissHom es geschafft, ein lebendiges Forum für wissenschaftliche Arbeitskreise und Projektgruppen zu werden, die allen in der homöopathischen Forschung und Lehre Tätigen offen stehen.

Der ICE 12 diente jedoch nicht nur der Begegnung für die Mitarbeitenden, die sich sonst im Rahmen ihrer Arbeitsgruppen hauptsächlich im Internet und über Telefonkonferenzen treffen, sondern auch dem Austausch mit internationalen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die sich unter dem Kongressmotto „**Wissenschaft und Praxis – eine dynamische Beziehung“** spannenden Themen widmeten.

Unter anderem waren es Fragestellungen, wie eine Medizin, die so auf den individuellen Patienten ausgerichtet ist wie die Homöopathie, überhaupt von wissenschaftlichen Methoden profitieren kann, ob es Heilung oder gar Heilungsgewissheit geben kann, oder wie eine wissenschaftliche Betrachtungsweise zur Beantwortung dieser Fragen beitragen kann. Viel gelobt wurden dabei die gute Mischung aus spannenden Vorträgen und interaktiven Arbeitsgruppen sowie die Möglichkeit, sich in informellem Rahmen in der Kaffeepause, vor oder nach dem Konzert, wie auch beim gemeinsamen festlichen Abendessen mit den Vortragenden auszutauschen. Erstmals wurden dieses Jahr auch wissenschaftliche Poster präsentiert, die von den etwa 120 Teilnehmenden des Kongresses sehr interessiert aufgenommen wurden.

Der ICE 12 startete am Donnerstag fulminant mit einem Vortrag von **Susanne Diez** (Österreich), die unter dem Titel „Subjektivität als ein Grundprinzip der Homöopathie“ philosophische Betrachtungen anstellte, wie der Dialog zwischen Arznei und Arzt, Patient und Symptom, intersubjektiv zur Wissenschaft der Homöopathie beitragen könnte.

Im zweiten Vortrag sprach der Physiker **José Teixeira** (Frankreich) über verschiedenste Eigenschaften von Wasser: über Wasseranomalien, wie z. B. das Dichtemaximum bei 4° C, über Wasserstoffbrückenbindungen, deren extrem kurze Lebenszeit und deren tetrahydrische Symmetrie, die unter Zugabe von bereits 8% Alkohol komplett verschwindet. In Eis hingegen liegt Wasser in hexagonaler Form vor, wie bei Schneeflockenkristallen. Teixeira betonte, dass jede Form von Clusterbildungen in reinem Wasser aus wissenschaftlicher Sicht völlig auszuschließen ist. Die Auswirkungen auf biologische Systeme und stark verdünnte Lösungen sowie Einblicke in pharmazeutische Aspekte der Arzneiherstellung und in die relevante Literatur wurden am nächsten Tag im Seminar von **Ilse Muchitsch** (Österreich) und dem Referenten ermöglicht.

Clare Relton aus Sheffield (Großbritannien) stellte ihren bewegten Werdegang zur Homöopathie-Forscherin an den Beginn ihres Referats, das mit diesem persönlichen Rückblick Erwartungen an eine Forschung entwickelte und formulierte, die sich an den Bedürfnissen der Praxis orientiert und so wiederum in der Lage ist, die Praxis wissenschaftlich zu inspirieren.

In interessanter Parallele zentrierte sich **Ulrike Kessler** (Schweiz) – sowohl als Lernende als auch als Lehrende auf die praktische Ausbildung orientiert – auf Inhalte und Art der Überprüfungen von Lernergebnissen, bestimmen diese doch sowohl Lern- als auch Lehrverhalten. Sie betonte dabei die hohe Eigenverantwortung der Studierenden für ihre eigene Ausbildung in der Annäherung an eine zunehmend selbständig geführte homöopathische Praxis und zeigte dies am Beispiel der Falldokumentation: kennen, können, zeigen, ausführen und tun.

Anschließend fand eine erste **Poster-Begehung klinischer Arbeiten** statt:

Für die **WissHom-Sektion „Forschung“** zeigte Folker Wenzel (Deutschland) eine bessere Verträglichkeit der Knochenmark-Entnahme bei Stammzellen-Spenderinnen bei selbst verordnetem Arnika. Klaus von Ammon (Schweiz) stellte erste 10-Jahres-Ergebnisse der Berner AD(H)S-Studie vor und Michael Frass wies in einer Pilotstudie den positiven Einfluss individueller Homöopathie bei Patienten mit WHO-Grad IV-Tumoren (Glioblastom, Lungenkarzinom, Osteosarkom) nach. Eine Pilotstudie von Philipa Fibert (Großbritannien) ergab vergleichbare Ergebnisse für die Anwendung des einfachen, allgemein verwendbaren MYMOP- und des 84 Fragen umfassenden Conners-Global-Index zum Erfassen der Beschwerden aufmerksamkeitsgestörter, autistischer und hyperaktiver Kinder.

Auch die **Sektion „Qualitätsförderung“** von WissHom war mit interessanten Posterpräsentationen vertreten: Rainer Schäferkordt (Deutschland) präsentierte die Ergebnisse seiner Online-Umfrage zum Projekt Falldokumentation mit den Schwerpunkten Übersichtlichkeit und Geschwindigkeit des Zugriffs, und Hans Baitinger (Deutschland) warb für eine neue Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung der Zeichenebene „hinter“ den Gemeinsamkeiten der von Patienten geäußerten zusammengesetzten Symptome, während Harald Fritz (Deutschland) für ein neues wissenschaftliches Projekt einer Sammlung homöopathischer Anamnesen zur computergestützten sprachlichen und inhaltlichen Auswertung warb.

Für die **Sektion „Lehre“** zeigte Ulrike Kessler (Schweiz) wie Kohärenz, Transparenz und Ausrichtung auf die Interessen der Lernenden wesentlich die Qualität homöopathischer Ausbildung bestimmen.

---

* Der vorliegende Text ist eine überarbeitete Version des Kongressberichts aus der ZKH (WissHom. ZKH 2013; 57 (1): 54 f.

Markus Herrmann fasste die Erfahrungen im Wahlfach Homöopathie an der Universität Magdeburg über vier Jahre als einen Ort des Lernens ärztlicher Basiskompetenzen mit persönlicher Erfahrung nach Einnahme einer Arznei und des kritischen Dialogs von konventionellen und komplementären Sichtweisen zusammen.

Am Abend gab Claudia Klinkenberg im Spiegelsaal des Schloss Köthen ein Cembalorezital, das den „Jungen Wilden“ von Barock bis Rock gewidmet war.

Am Freitagmorgen gab **Dominik Müller** (Deutschland) einen Zwischenbericht zum Projekt Materia Medica Revisa Homoeopathiae (MMRH) und zeigte, basierend auf Arzneimittel-Prüfungen, anhand zweier gegensätzlicher Kasuistiken aus dem 19. und (späten) 20. Jahrhundert den folgenreichen Unterschied zwischen induktiver und deduktiver Vorgehensweise bei der homöopathischen Verschreibung auf.

Zeitgemäßes Lernen und Lehren in der homöopathischen Aus- und Weiterbildung standen im Mittelpunkt von **Michael Leistens** (Deutschland) Vortrag zur konstruktivistischen Didaktik, die das selbständige, auch spielerische Erarbeiten von Lernformen und -inhalten betont, da das Tun besser als Zusehen oder Zuhören Erlerntes als Erlebtes festigt. Dass dabei jede Person ihre eigene Welt „konstruiert“, ist der Preis dessen, dass jede von demselben „Gegenstand“ etwas anderes lernt. Umso lebhafter wird Austausch, der „Wissen“ vertieft.

Elizabeth Thompson (Großbritannien) brachte ihre 10 besten Kasuistiken aus etwa 250 Neu- und 3.000 Folgekonsultationen pro Jahr aus Bristol mit, die einen integrativen Ansatz im klinischen Alltag und erstaunliche deduktive Ansätze im homöopathischen Vorgehen eindrucksvoll belegten.

Als letzte Vorbereitung zu den Seminaren gab es einen Vierer-Block mit pointierten **Impuls-Vorträgen** zu verschiedenen homöopathischen Arbeitsmethoden:

Sankaran (Andreas Holling, Deutschland), Mangialavori (Klaus Roman Hör, Deutschland), Genuine Homöopathie (Anton Rohrer, Österreich) und Kent (Anne Sparenborg-Nolte, Deutschland).

Die parallel stattfindenden Seminare am späten Vor- und am frühen Nachmittag waren überwiegend gut besucht und sehr lebhaft.

Am Nachmittag fand gleichzeitig ein Workshop für Studierende mit **Irmgard Schnittert** (Deutschland) zum „Praxiskonzept Integrative Therapie“ statt.

Am frühen Abend präsentierten Delegierte der Seminare ihre Ergebnisse im Plenum zur Diskussion.

Am Samstag früh begeisterte **Carlos Néstor Cámpora** (Argentinien) mit einer äußerst eindrucksvollen und in jeder Hinsicht sorgfältig dokumentierten und aufgearbeiteten Kasuistik einer 66-jährigen nahezu gehunfähigen und praktisch verwahrlosten Intellektuellen, die im Verlauf der 11-jährigen sehr intensiven homöopathischen Behandlung mit Höchstpotenzen zur Tango tanzenden und nach Europa reisenden Schriftstellerin wurde. Ein Glanzstück aus dem Fundus der argentinischen Datenbank BRECHA (Banco de Reporte y Estudio de Casos Homeopáthicos de Argentina)!

Anschließend widmete sich **Curt Kösters** (Deutschland) stellvertretend der HeilungsUNgewissheit in der homöopathischen Praxis, die er jedoch nicht ganz so scharf vertrat wie es der ursprünglich vorgesehene Referent, Christoph Laurentius, der krankheitsbedingt verhindert war, in seinem Abstract formuliert hatte.

Anton Rohrer (Österreich) stellte dem fehlenden Antipoden die apriorische Wirkungsgewissheit bei mit ihren Symptomen passenden Patienten aufgrund der empirisch gewonnenen Arzneimittelprüfungs-Ergebnisse überzeugend entgegen.

Die abschließende **Podiumsdiskussion** verlief erstaunlich harmonisch und brachte bei allen Unterschieden das Gemeinsame individueller Homöopathie zum Ausdruck.

Dr. med. Klaus von Ammon

Klaus von Ammon ist, nach Medizinstudium in Hamburg, Marburg/Lahn und München (TU), 1989-1996 Oberarzt und Lehrbeauftragter für Neurochirurgie mit Schwerpunkt Onkologie am Universitätsspital Zürich gewesen. Seit 2000 hat er eine Arztpraxis für klassische Homöopathie und ist seit 2001 wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Komplementärmedizin (IKOM) an der Universität Bern mit den Aufgaben von Forschung, Lehre und Dienstleistung. Seit 2010 Sprecher der WissHom-Sektion Forschung. Konsiliartätigkeit am Inselspital (Neonatologie, Onkologie und Neuropädiatrie), Entwicklung eines fächerübergreifenden komplementärmedizinischen Curriculums, Unterricht für Pflegende (2001-2010), Medizin- (seit 2001) und Homöopathie-Studierende (seit 2005). Versorgungsforschung im Rahmen öffentlicher Aufträge (1999-2005 Bundesamt für Gesundheit, 2009-2010 Schweizerischer Verein homöopathischer Ärzte, 2010-2012 „CAMbrella“ EU FP7-Projekt) und klinische Forschung mit Schwerpunkt „Aufmerksamkeitsgestörte Kinder mit und ohne Hyperaktivität“ (Publikationen seit 2005).

Kontakt: klaus.vonammon@ikom.unibe.ch
Website: www.ikom.unibe.ch

Ulrike Kessler, MSc

Geboren 1956, hat Ulrike Kessler in Freiburg im Breisgau Chemie studiert, praktizierte jedoch 27 Jahre lang Homöopathie in Deutschland und der Schweiz. Langjährige Unterrichtstätigkeit, zahlreiche Vorträge, Seminare und Publikationen, Leitung von Praktikumskursen, Supervisionsgruppen und Einzelsupervisionen. 2007 bis 2010 Studium an der University of Central Lancashire (Großbritannien), Abschluss als MScHom mit einer Arbeit über die Qualität homöopathischer Ausbildung. 2010 bis 2012 stellvertretende Sprecherin der Sektion Forschung der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie (WissHom), seit 2012 WissHom-Vorstand Finanzen. Ebenfalls seit 2012 selbständige Tätigkeit als Beraterin für Aus- und Weiterbildung.

Kontakt: info@ulrikekessler.ch
Website: www.ulrikekessler.ch

Susanne Diez (Wien, A)

Die Subjektivität als ein Grundprinzip der Homöopathie

Alles, was wir vom Patienten in der homöopathischen Anamnese erfahren, sowie alle Ergebnisse homöopathischer Arzneimittelprüfungen sind Wahrnehmungen (innere Gefühle und Empfindungen und äußere Eindrücke) und daher vor allem subjektiver Natur. Deshalb ist die Subjektivität neben der Ähnlichkeitsrelation als Grundprinzip der Homöopathie zu postulieren. Dem, was im logischen Urteil der Satz von der Identität leistet, entspricht hier die Verhältnisrelation der Ähnlichkeit. Die unbedingte Gewissheit eines logischen Urteils kann jedoch für eine Ähnlichsetzung nie gelten, da diese in ein unendliches Netz von Bedingungen, Perspektiven und Verhältnissen eingebunden ist, wie es ganz praktisch auch allem Lebendigen entspricht. Jeder Versuch, die Homöopathie als Wissenschaft zu formulieren, wird daher um die schwierige Frage der Verallgemeinerungsmöglichkeiten („Objektivierung") subjektiver Erfahrungen und Erlebnisse nicht herumkommen.

I. EINLEITUNG

Philosophie verstehe ich nicht als theoretisierenden Selbstzweck, sondern immer orientiert an praktischen Fragen und Aufgaben.

Daher sind meine praktischen Ausgangspunkte:

1. Meine eigenen Erfahrungen als Homöopathin in der täglichen Praxis als Leitfaden für die Reflexion der homöopathischen Theorie.
2. Die Rezeption der Homöopathie in der Öffentlichkeit, wobei ich vor allem deren Kritikpunkte als Anregung verstehe, eigene blinde Flecken zu hinterfragen. Ich neige dazu, die Argumente der Kritiker ernst zu nehmen und weniger als Angriff denn als quasi kostenlose Information und Hilfestellung für das eigene Weiterdenken anzunehmen.
3. Nicht zuletzt weisen die Streitpunkte zwischen den verschiedenen Homöopathie-Schulen selbst zu jenen strittigen Themen, die sich offenbar der Eindeutigkeit entziehen und zum Nachdenken einladen.

Es ist wichtig, an der Wissenschaftlichkeit der Homöopathie festzuhalten – die Wissenschaftlichkeit muss jedoch begründet werden können.

Real gibt es viele Schwierigkeiten, die Homöopathie als wissenschaftliche Methode nach den Regeln einer derzeit herrschenden positivistischen neuzeitlichen Naturwissenschaft zu etablieren. Wissenschaft ist aber auch in Hinsicht auf die Homöopathie gekennzeichnet durch: Überprüfbarkeit, Nachvollziehbarkeit, Wiederholbarkeit, Voraussagbarkeit – basierend auf einer genauen Vorschrift des praktischen Vollzugs zur Erzeugung von Daten (Experiment, Praxis). Die Überprüfung erfolgt dabei durch die direkte Wahrnehmung, die unmittelbare Erfahrung (Evidenz), sowie durch die gemeinschaftliche Überprüfung, Bestätigung oder Widerlegung dieser Ergebnisse. Schwierig wird es für die Homöopathie mit den Kriterien der Falsifizierbarkeit, der Widerspruchsfreiheit und vor allem auch mit der Forderung der Messbarkeit.

Wenngleich es für den Patienten, der sich in homöopathische Behandlung begibt, zumeist nicht von vorrangiger Wichtigkeit ist, ob die gewählte Methode als wissenschaftlich beweisbar wirksam gilt, hat doch die testierte Unwissenschaftlichkeit unabweisbare gesellschaftliche Konsequenzen. Und wenn auch für uns Homöopathen der Nachweis der Wissenschaftlichkeit in der täglichen Praxis, in der wir die Wirksamkeit der Homöopathie täglich erfahren, ebenfalls zweitrangig und lediglich theoretisch erscheinen mag, so bleibt doch die gesellschaftliche wissenschaftlich fundierte Anerkennung unserer Methode ein wesentliches Argument.

Dies ist zum einen insbesondere notwendig, **um unsere Arbeitsbasis zu sichern wie**

- unsere Forschung, z. B. Arzneimittelprüfungen mit ihren Besonderheiten
- die Verfügbarkeit und Herstellung unserer Arzneien
- die rechtlich abgesicherte Anwendung bei allen Indikationen
- die Stellung der homöopathischen Behandlung in der Bezahlung durch die Krankenversicherungen, um auch sozial schwächeren Personen homöopathische Behandlung zukommen lassen zu können.

Dies ist aber zum anderen auch **aus ethischen Gründen** erforderlich.

Willkür und Beliebigkeit sind ebenso wie jeder Relativismus, der alle Prinzipien und damit auch Geltungsansprüche zurückweist, unbrauchbare Bestandteile einer Methode, die glaubwürdig sein soll, das heißt argumentativ nachvollziehbar und begründbar sein muss. Diese Glaubwürdigkeit muss Grundlage des ethischen Anspruchs sein, den die Homöopathie als ärztliche Methode an sich stellt. Nicht zuletzt dieser ethische Anspruch ist es auch, der die Homöopathie dazu veranlasst, gegen jede Haltung eines vereinfachenden „*Wer heilt, hat recht*", am Diskurs der Wissenschaften teilhaben zu wollen. Der wissenschaftlichen Akzeptanz der Homöopathie stehen neben dem bisher ungeklärten Wirkmechanismus homöopathischer Arzneien unter anderen zwei wesentliche Kriterien der Homöopathie im Wege:

Die Individualität der Symptome und die Konzeption der Lebenskraft als einheitsstiftendes Prinzip.

II. INDIVIDUALITÄT UND SUBJEKTIVITÄT

Die zahlreichen Studien zum Beweis der Wirksamkeit der Homöopathie scheitern immer wieder daran, dass **der je individuelle „Einzelfall"** nicht durch eine verallgemeinernde Methode ausreichend erfasst werden kann. Das ist natürlich richtig, trifft jedoch die Problematik nicht im Kern.

Ich glaube, dass eine andere und viel wichtigere Tatsache bisher nicht ausreichend Beachtung fand,

nämlich dass wir in der Homöopathie nicht nur „Einzel*fälle*“ behandeln, sondern „Subjekte“, und dass dieser Umstand mit allen sich daraus ergebenden Konsequenzen bisher nicht ausreichend ernst genommen wurde. Der Patient der Homöopathie ist nicht nur Individuum, sondern vor allem auch Subjekt.

Ich möchte im nächsten Schritt die **Individualität** des jeweiligen Einzel**falls** von der **Subjektivität** differenzieren:

INDIVIDUALITÄT
Der individuelle Einzel“fall“
„ES“

Von außen beobachtbares Objekt
Monologisch erforschbar

SUBJEKTIVITÄT
Subjekt als das Zentrum des
Einheitserlebens des **„ICH“**

Introspektiv erlebbar
Im Dialog unvollständig mitteilbar

Als **Subjekt** verstehe ich in diesem Zusammenhang jenes lebendige Wesen, das „Ich“ sagt und von sich als Ich redet, sich als dieses Ich-sagende Wesen mitteilt – sprachlich, aber auch nonverbal durch Verhalten und Handlungen, durch Zeichen und Symptome. Subjektivität ist demnach die Seinsweise eines Subjekts, das ich als **Zentrum des Einheitserlebens eines „Ich“** definiere, jenes Subjekts, das von sich sagen kann: „*Ich fühle, ich empfinde, ich denke, ich stelle mir vor …*“. Es ist **ein introspektives Ich**, das sich und die Welt auf seine je eigene Weise für sich erlebt und ganz aus diesem subjektiven inneren Erleben heraus auf die Welt reagiert, sich zu ihr verhält und in ihr handelt. Dieses Subjekt, dieser Patient, ist es auch, der *krank ist*, und *nicht eine Krankheit hat.*

Die Symptome unserer Patienten, die wir in der homöopathischen Anamnese erheben, sind vor allem subjektiv empfundene (Schmerzen und deren Modalitäten, Empfindungen, Ängste, Befürchtungen …), was nicht ausschließt, dass manche Symptome auch (oder vielleicht sogar nur) vom aufmerksamen Betrachter sozusagen „objektiv“ beobachtet werden können (z. B. Schweiß auf der Nase, rote Lippen, Bläschenausschlag an den Handflächen …). Doch auch für den Fall, dass wir uns lediglich auf diese beobachtbaren Symptome beschränken wollten, die nicht sprachlich vermittelt werden müssen (was die Möglichkeiten der Homöopathie stark einschränken würde), bleiben wir bei der Beobachtung und Gewichtung dieser Symptome auf unsere eigene subjektive Wahrnehmung angewiesen, die das Wahrgenommene in ihren eigenen Erlebens- und Erfahrungshorizont stellt.

Individuelle Einzel*fälle* können prinzipiell nach den Regeln der neuzeitlichen Naturwissenschaft untersucht werden (Pflanzen, Tiere …) – diese Daten können *von außen beobachtet* und in messbaren Parametern quantifiziert werden. Diese Beobachtung eines „ES“ ist *ein monologischer Prozess*, der ein Ding erforscht, ohne mit diesem Objekt je sprechen zu müssen. Der Forscher sammelt Daten mithilfe seiner (instrumentell verlängerten) Sinne. Subjekte jedoch, die *Qualitäten innerlich (!) empfinden, erleben und erfahren*, entziehen sich in eben dieser Subjektivität ihres eigenen erlebten Daseins jeder naturwissenschaftlichen Kategorisierung. Die erlebten Qualitäten erschließen sich nur *im wechselseitigen Dialog* zwischen Subjekten – im Versuch, zu verstehen, zu deuten und Symbole zu entziffern.

Zu beachten ist: SUBJEKTIVITÄT bedeutet NICHT SUBJEKTIVISMUS!

SUBJEKTIVITÄT

- Perspektive der Betrachtung: „innerlich individuell“
- *„Meine Erkenntnis ist meine Wahrheit und du erlebst deine Wahrheit.“*
- Die Welt besteht aus einer unendlichen Vielzahl von Perspektiven und Bezügen, die alle ihre **jeweilige** Berechtigung haben.
- Wir leben auch in einer gemeinsamen Welt, über die wir uns mitteilen können.
- Wir anerkennen die uns alle verbindenden Wahrheiten der Gesetze der Natur.

SUBJEKTIVISMUS

- Verallgemeinerung des Subjekts
- Verabsolutierung des Subjekts zum Mittelpunkt der Erkenntnis: *„Meine Erkenntnis ist das Maß **aller** Erkenntnis und Wahrheit.“*
- Gefahr von Beliebigkeit, Willkür, Machtmissbrauch, postmoderner Relativismus

Nebstbei bemerkt hat die seinerzeit von Mathias Dorcsi begründete „Wiener Schule“ eher intuitiv immer schon diesen Unterschied erkannt, indem nie von „Fällen“ oder „Kasuistiken“ sondern immer nur von Krankengeschichten und Patienten gesprochen wurde.

Ein „ES- OBJEKT“ kann von einem distanzierten Beobachter / Forscher monologisch mithilfe seiner sensomotorischen „gesunden“ Sinne beobachtet und erforscht werden -
„sinnlich empirisch wahrnehmbar“ („naive Empirie“)

– beobachterunabhängige Beobachtung
– Trennung: Subjekt – Objekt
– fest-gestelltes Objekt

geschlossen; Gewissheit.
Identität, Widerspruchsfreiheit „entweder - oder“

neuzeitliche materialistische Naturwissenschaft

Das innere Erleben eines SUBJEKTS kann nur in der dialogischen Begegnung mit einem anderen fühlenden, empfindenden und erlebenden Subjekt mitgeteilt und empathisch nachvollzogen werden

... Anamnese als Gespräch ...

– intersubjektive Lebenswirklichkeit
– Beziehungsgeflecht, Relationen, Wechselseitigkeit
...
– Zeitlichkeit , Prozesse, Ereignis ...

offen; Möglichkeit; Potenzial...
„sowohl als auch“
Ähnlichkeit

„(Natur)Wissenschaft des 20. / 21. Jahrhunderts“

Zur Verdeutlichung des grundlegenden Unterschiedes zwischen Subjekt und Einzelfall hilft ein Grundschema von Ken Wilber, das zeigt, wie sich im Blick auf die Phänomene der Welt grundsätzlich vier Kategorien unterscheiden lassen:

1. **Das Einzelne (individuell)**
2. **Das Allgemeine (kollektiv)**
3. Die Perspektive **von außen auf ein Objekt der empirischen** (= sinnlich wahrnehmbaren, materiellen) Wirklichkeit, → Reduktion der Erkenntnis auf empirische Sinnesempfindungen (nur die Welt der Materie ist „wirklich"), Quantifizierbarkeit …
4. Die Perspektive **eines Subjekts nach innen, Tiefenstruktur** des Bewusstseins, Bilder, Symbole, Sinnzusammenhänge, Qualitäten …

	Innen	Außen
Individuell einzeln	**ICH** Innerlich individuell Inneres Bewusstsein Tiefenstruktur des subjektiven Bewusstseins	**ES (singular)** Äußerlich individuell empirisch-sensomotorisch „beobachtbar"- von außen auf ein Objekt
Kollektiv allgemein	**WIR / WIR** Innerlich sozial Kulturell Intersubjektives Bewusstsein	**ES (plural)** Äußerlich sozial „Systeme" „holistisch"

Grundschema von Ken Wilber

Ganzheitlichkeit in diesem Sinn kann daher niemals nur eine Gesamtheit aller empirischen Vernetzungen (quasi an der „Oberfläche", „holistisch") bedeuten, sondern nur die Ganzheit aller vier Perspektiven. Da jedoch die Tiefenstrukturen prinzipiell unabschließbar sind, muss in der Ganzheit immer auch ein Rest an Ungewissheit bleiben, was mit positivistischer Wissenschaftlichkeit unvereinbar ist. Der Grundsatz der Gestaltwahrnehmung, dass das Ganze mehr ist als die Summe aller seiner Teile, gilt hier in radikaler Konsequenz.

Diese Erkenntnis hat wesentliche Auswirkungen auf die Beurteilung von Postulaten der homöopathischen Theorie, wie z. B. den „vorurteilslosen Beobachter", die Heilungsgewissheit … sowie natürlich auf die Möglichkeit, Homöopathie in einer neuzeitlichen (positivistischen, materialistischen) Naturwissenschaft zu etablieren.

Bleibt die große Aufgabe: Wie kann die Homöopathie also vernünftig begründet bleiben, nachprüfbar, nachvollziehbar und in ihrem Handeln begründbar und transparent sein – ohne der Reduktion der heute immer noch gültigen neuzeitlichen Naturwissenschaft zu erliegen oder von dieser als Parawissenschaft abqualifiziert zu werden.

Im nächsten Schritt soll die Erkenntnis, **dass es in der homöopathischen Behandlung nicht nur um die Beobachtung eines Einzelfalls sondern *auch* um den Dialog mit einem Subjekt geht, anhand des Beziehungsdreiecks PATIENT – ARZNEI – THERAPEUT kurz überprüft und gezeigt werden.**

III. PATIENT – THERAPEUT – ARZNEI

1. Der Patient

Die *existentielle* Erfahrung des Krankseins ist etwas grundsätzlich Anderes als eine Krankheit quasi als Objekt zu „haben", das beseitigt werden kann. Im Krank*sein* ist die Krankheit kein Objekt, das eine Distanzierung des Subjekts zulässt. Der Kranke kann nicht seine Krankheit beschreiben wie ein Ding, das außerhalb ist, sie lässt ihn nicht unbehelligt, sie ergreift ihn, nimmt ihn in Besitz.

Als existentielle Erfahrung ist Kranksein immer eine *individuelle und radikal subjektive* Erfahrung dieses individuellen Daseins.

Die Empfindung dieser Erfahrung, immer auch eine Leiberfahrung, ist die jemeinige Empfindung, die mitgeteilt, aber nicht geteilt werden kann. Sie ist niemals verallgemeinerbar. Kranksein ist daher immer schon individuell und subjektiv, betrifft den in der Erfahrung damit vereinzelten Menschen. Nicht die von der jeweiligen Existenz des Kranken abstrahierbare Wahrheit *über* ihn, oder *hinter* seinen Beschwerden und Symptomen stehen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit des Homöopathen, sondern er wendet sich ganz der Wahrheit des Kranken zu. Die Zuwendung zu dieser Wahrheit verlangt allerdings nach einer anderen Haltung und nach einem anderen Umgang mit ihr, als es die Allgemeingültigkeit objektivierbarer naturwissenschaftlicher Forschungsergebnisse gestattet. Der Fluchtweg in die sichere Distanz des (ärztlichen) „reinen", also eigenschaftslosen Subjekts, das über sein krankes Objekt ein Urteil fällt – der vorurteilslose Beobachter – ist versperrt.

Die Erfahrung des Krankseins ist *ganzheitlich*, sie betrifft immer den Menschen als Ganzen und als Einheit. Das Kranksein betrifft nicht nur einen Teil des Kranken, ebenso wie das Sehen nicht nur das Auge und die Sehbahnen betrifft oder das Tasten nicht bloß die Tastorgane mit ihren Schaltkreisläufen.

Dieses innere Erleben kann – wenngleich niemals restlos und unmissverständlich – mitgeteilt und empathisch nachvollzogen werden, niemals jedoch lässt es sich wie ein Objekt, ein „Es", vollständig beobachten und beschreiben. Während ein „Es-Objekt" von einem distanzierten Beobachter/Forscher quasi **monologisch** lediglich mithilfe der Evidenz seiner (auch instrumentell verlängerten) sensomotorischen „gesunden" Sinne beobachtet und erforscht werden kann, kann das innere Erleben eines Subjekts im obengenannten Sinn nur erfragt werden – in einer **dialogischen Begegnung eines Subjekts mit einem anderen fühlenden, empfindenden, erlebenden Subjekt**.

2. Der Therapeut – der vorurteilslose Beobachter?

Der „vorurteilslose Beobachter" Hahnemanns stand in der Tradition der Aufklärung: Die Aufklärung diskreditierte jede Form des Vorurteils als negativ. Allein die vorurteilslose Rationalität sollte zur Begründung herangezogen werden können und als Grundlage der Erkenntnis dienen. Ihre Stoßrichtung ging dabei vor allem gegen die Begründung eines Urteils durch eine Autorität, vor allem gegen die der christlichen Überlieferung.

Damit schob die Aufklärung unter anderem in naiver Weise jede Gültigkeit von Überlieferung und Tradition beiseite, ungeachtet der Tatsache, dass menschliches Dasein immer irreduzierbar in der Überlieferung situiert ist. Damit entlarvt sich die geforderte Vorurteilslosigkeit der Aufklärung selbst als Vorurteil [1]. Dazu ist anzumerken, dass Hahnemann Rationalität als Vernünftigkeit im Wesentlichen mit Empirie gleichsetzte [2].

Hahnemann bezeichnete den „*vorurtheilslosen Beobachter*“ als jemanden, der *„... die Nichtigkeit übersinnlicher Ergrübelungen kennend, die sich in der Erfahrung nicht nachweisen lassen, – ... auch wenn er der scharfsinnigste ist, an jeder einzelnen Krankheit nichts [nimmt], als äußerlich durch die Sinne erkennbare Veränderungen im Befinden des Leibes und der Seele ...“* [3]. Die Phänomene sollen für sich selbst sprechen können, man möge keine Theorie in sie hineinlegen, die sich selbst nicht zeigt, es solle nichts „hinter“ den Phänomenen gesucht werden, die Phänomene seien sozusagen die Krankheit selbst, bzw. sie seien *„dieses nach außen reflectirende Bild des inneren Wesens der Krankheit ...“* [4].

Damit beschrieb er einerseits den streng am Phänomen orientierten Zugang (im Unterschied zu einem phänomenologischen Zugang im Sinn der Phänomenologie) der homöopathischen Methode, andererseits beschrieb er damit aber auch den vorurteilslosen Beobachter quasi als „tabula rasa“, wie ein „objektives“ Messgerät, das sich dem beobachteten Objekt (dem Kranken) als davon unbeeinflusstes Subjekt gegenüberstellt.

So ermöglicht die Trennung des beobachtenden Subjekts vom beobachteten Objekt genau jene Subjekt-Objekt-Spaltung, die dem naturwissenschaftlichen Denken leider immer noch inhärent ist, obwohl Quantenphysiker wie Heisenberg, Bohr, Pauli u. a. dieses Modell in den 20er-Jahren des vorigen Jahrhunderts eindeutig physikalisch widerlegt haben.

Das am Kranken beobachtete Phänomen solle vom homöopathischen Arzt *beobachterunabhängig beobachtet* werden. Dabei versteht Hahnemann unter „Phänomen“ schlichtweg das sinnlich, empirisch Wahrnehmbare.

Es wird übersehen, dass es sich nicht nur bei vielen Symptomen um subjektive Symptome des Kranken handelt, die in ihrer Subjektivität für einen unbeteiligten Beobachter nicht zugänglich sein können (lediglich die Auswirkungen der subjektiven Zustände können so beobachtet werden), sondern dass das Beobachten durch einen Beobachter (ein Subjekt!) selbst ein subjektiver Vorgang ist.

Die Behauptung der beobachterunabhängigen Beobachtung wäre aber unabdingbare Voraussetzung dafür, die Homöopathie als (natur-)wissenschaftliches Konzept zu konstituieren. Genaugenommen wäre es nur bis 1929 so gewesen! Doch die Erkenntnisse der Quantenphysiker haben bis jetzt nicht wirklich Eingang in die populäre Wissenschaft gefunden, so wie es oft schon war, dass sich scheinbar bequeme, gewohnte Denkmodelle hartnäckig in der Gesellschaft halten – Angst vor Neuem?

Wolfgang Pauli (1900 – 1958)
Quantenphysiker, Nobelpreis für Physik 1945

...die Physik Newtons funktioniert nur begrenzt – und sie funktioniert gar nicht, wenn man sie auf die **innere Struktur** der Materie anwendet...

... es geht mir um die **ganzheitlichen Beziehungen zwischen ‚Innen' und ‚Außen'**, welche die heutige Naturwissenschaft nicht enthält (die aber die Alchemie vorausgeahnt hat ...)... Dabei bin ich mir klar, dass hier die drohende Gefahr eines Rückfalls in primitivsten Aberglauben besteht ... und dass alles darauf ankommt, die positiven Resultate und Werte der ratio festzuhalten". (Pauli 1954)

... ich glaube, dass es das Schicksal des Abendlandes ist, **die beiden Grundhaltungen, die kritisch rationale, verstehen wollende ... und die mystisch irrationale ... immer wieder miteinander in Verbindung zu bringen.** In der Seele des Menschen werden immer beide Haltungen wohnen ... (Pauli, „Mainzer Testament")

In der **Phänomenologie und Hermeneutik** (besonders sei hier auf Gadamer hingewiesen) ist das Vorurteil eine Verstehensbedingung: Grundbedingung jedes Verstehens ist das Verstehen selbst, jenes Vorverständnis, „Vorurteil“, das um seine Zeitlichkeit und Geschichtlichkeit nicht reduzierbar ist, und ohne welches ein Verstehen gar nicht möglich ist. Gadamer unterscheidet dieses positive und legitime Vorurteil natürlich von jeder Form einer Vorverurteilung (als falsches Vorurteil), sei es durch unbedachte Übernahme des Urteils einer Autorität oder aus „Übereilung“ [5].

Hahnemann meint wohl mit seinem Vorurteilsbegriff die „illegitimen“ Vorurteile, beachtet aber nicht, dass ja sowohl der Patient wie auch der Therapeut immer schon in ihr je eigenes Verständnis von Welt im Sinn von Lebenswelt eingelassen sind. Dieses Vorverständnis kann gar nicht beseitigt werden, es soll auch nicht beseitigt werden, da es ja Verstehen überhaupt erst in einen Kontext setzt und ermöglicht, jedoch bedarf es in der Verstehenspraxis immer wieder, sich dessen inne zu werden.

Auch wenn nun die Gesamtheit der für die Arzneifindung herangezogenen Symptome keineswegs eine einfache Summe aller Teile ist, sondern durch die Gewichtung der Symptome gemäß ihrer individuellen Spezifität die Gestalt der möglichsten Individualisierung erreicht, bleibt das so beschriebene Individuum dabei ein von einem getrennten Subjekt beobachtetes und beschriebenes Objekt, methodisch gesehen frei von allen relationalen Bezüglichkeiten. Das hat den Vorteil, dass es als derart beschriebenes Objekt *festgestellt* werden kann in einer verabsolutierten Beschreibung (genau wie in der neuzeitlichen naturwissenschaftlichen Methode), über dieses Objekt lassen sich dann auch gesetzmäßige Aussagen und Voraussagen machen.

Diese Sichtweise verfehlt aber den Menschen in seiner Lebenswirklichkeit, in seiner Zeitlichkeit und in seiner Subjektivität. Als Subjekt spricht er jedoch aus sich heraus, und als aus sich Sprechender spricht er zu jemandem, zum Therapeuten, in den er hineinspricht und ihn anspricht. Ebenso übersieht die Sichtweise der Objektivität die Wirklichkeit und Wirksamkeit der Begegnung zwischen Patient und Therapeut, die kein Zusammenschalten zweier, wenn auch noch so komplizierter Maschinen ist.

Die Überlegung zeigt, dass Hahnemanns phänomenologischer Ansatz weiterentwickelt werden muss.

Seine Behauptung der Vorurteilslosigkeit dagegen muss als ein aus seiner Zeit heraus verständlicher Irrtum verworfen werden – und diese Vorurteilslosigkeit ist gerade von großen Physikern, nicht von Philosophen (!) als Illusion entlarvt worden:

Denn es ist EINSTEIN, der feststellt, dass die Theorie entscheidet, was man beobachten kann. Wir sind immer Teilnehmer, nie nur objektive Beobachter.

ANAMNESE ALS GESPRÄCH: DIE HOMÖOPATHISCHE ANAMNESE IST EIN DIALOGISCHES GESCHEHEN, das sich zwischen zwei Subjekten ereignet:

Der methodologische Zugang, um dieses Kranksein in seiner Existenzialität, Subjektivität und Ganzheitlichkeit zu erfassen, sind das **Anamnesegespräch** und die ***teilnehmende* Beobachtung** als Wahrnehmung des sich ereignenden Geschehens.

Für Gadamer ereignet sich Hermeneutik im Gespräch zwischen einem „Ich“ und einem „Du“, als wechselseitige Annäherung an eine gemeinsame Wahrheit im Sinn einer „Horizontverschmelzung“, in dem sich jeder der Erfahrung des Anstoßes des Anderen aussetzt, darauf antwortet (auch wenn er schweigt!), ja antworten muss auf die Anforderung des Anderen.

Im offenhaltenden Anamnesegespräch sind Patient und Therapeut einander ausgesetzt und beide sind Angesprochene, die sich im wechselseitigen Anspruch halten durch ihr Anderssein. Beide sind Geführte im Gespräch und die hermeneutische Wahrheit entsteht aus dem gelingenden wechselseitigen Verstehen, aus der je gegenwärtigen Einsicht in das **Ineinandergreifen der jeweiligen Vorverständnisse**. Die im Gespräch entstehende Wahrheit ist keine nachträgliche reflexive Wahrheit, die sich über ein Objekt festschreiben lässt. Im Vollzug des Gesprächs heben sich die Subjekt- und Objektebene wechselseitig auf.

Aber jedes Verstehen ist gebrochen durch einen unüberwindlichen Hiatus der wechselseitigen Fremdheit der einander im Anamnesegespräch begegnenden Menschen, wenngleich im Sich-gegenseitig-Einlassen und Sich-einander-Aussetzen im Gespräch und in der Begegnung mit dem Anderen eine gemeinsame Teilhabe an einem gemeinsamen Sinn geschieht. Im Fall der Homöopathie ist das die heilsame Arznei, die sich als Wahrheit aus dem Anamnesegespräch entbirgt und von sich aus hervortritt als gemeinsame „Sache“, als Teilhabe am gemeinsamen sachlichen Sinn. Auch wo diese Verständigung glückt, bleibt diese sich aus dem Verstehen entbergende Wahrheit jedoch niemals eine absolute Wahrheit, sondern ist Konkretion (H. Rombach) des unwiederholbaren Ereignisses dieser Begegnung.

3. Die Arznei

Die Daten unserer Arzneien entstammen vorwiegend und im klassischen Sinn der Arzneimittelprüfung.

Im Gegensatz zu einer Prüfung eines Medikaments nach naturwissenschaftlichen Prüfungskriterien wird von keiner erwarteten oder bereits vorhersehbaren Wirkung der Arznei ausgegangen, die durch die Prüfung bestätigt werden könnte, sondern eine Arzneimittelprüfung entspricht einer immer wieder neuen erstmaligen Erfahrung der Wirkung einer Arznei, deren Symptome an den Probanden gesammelt, gesichtet und gewertet werden.

Die Bestätigung der Arzneiwirkung erfolgt dann nicht in einer Prüfung oder in einem Experiment, sondern bereits durch die Wirkung am Kranken.

Die hypothetische Arzneiwirkung lässt sich nur am kranken Menschen verifizieren und es gibt keine Versuchsanordnung zur Verifikation der Heilwirkung *vor* der Anwendung der Arznei am Patienten.

Das Prüfergebnis besteht nun ebenfalls in zumeist subjektiven vom Prüfer berichteten Symptomen, Beschwerden, Veränderungen des Befindens, Empfindungen usw. Diese Symptome sind hauptsächlich qualitativer Art und lassen sich genauso wenig verallgemeinern und quantifizieren wie die in der Anamnese mit einem Patienten erfahrenen Symptome. Außerdem sind nahezu alle diese Symptome sprachlich verfasst, diesbezügliche Ausnahmen stellen sichtbare, beobachtbare Veränderungen am Organismus dar. Für die subjektiven und sprachlich geäußerten Symptome gibt es kein objektives Kriterium, um diese Symptome zu messen und dementsprechend zu bewerten, sondern sie müssen als Phänomene aufgefasst werden, die sich nur in ihrer je subjektiven und individuellen Weise beobachten und beschreiben lassen.

Während bei einer klinischen Prüfung genau jenes Ergebnis relevant ist, das sich von allen individuellen Gegebenheiten abstrahieren lässt und als verallgemeinerbare Wirkung einer Prüfsubstanz gelten kann, interessiert bei der homöopathischen Arzneimittelprüfung ganz im Gegenteil jedes subjektive individuelle Symptom, das möglichst auch im genau vom Probanden verwendeten Wortlaut erfasst und gesammelt werden soll.

Auch die Subjektivität und Individualität der Prüfer ermöglicht einerseits naturgemäß keinerlei Standardisierung der probandenbedingten Prüfbedingungen, andererseits steht ja auch gerade die individuelle Reaktion der jeweiligen Probanden im Blickpunkt der Aufmerksamkeit. Es gibt auch keine Arzneisymptome, die bei jedem Probanden und unter standardisierten Bedingungen jederzeit und wiederholbar auftreten. Somit ist keine experimentelle Reproduzierbarkeit gegeben im Sinn der (alten, seit über 80 Jahren überholten!) Naturwissenschaft.

Jedes Prüfungssymptom erscheint vor dem Hintergrund der Lebenswirklichkeit des Prüfers. Diese besteht aus seiner individuellen körperlichen, seelischen und geistigen Verfasstheit, besonders auch seiner Empfindlichkeit, Wahrnehmungsfähigkeit und Beobachtungsgabe sowie nicht zuletzt seiner verbalen Ausdrucksfähigkeit. Die Mitteilung des Symptoms steht immer schon in einem Deutungs- und Bedeutungszusammenhang, ist als eine Übersetzung einer primär nicht sprachlichen Empfindung in Worte also immer schon interpretiert, und erscheint so vor dem Hintergrund mannigfacher Kontexte. Diese Kontexte sind subjektive Zusammenhänge, Zustände und Empfindungen, die sich jeder Standardisierung entziehen.

Ebenso sind soziale, kulturelle, geschichtliche und sprachliche Bedeutungszusammenhänge als unvermeidliche, ja sogar für jedes Verstehen konstitutive Vorgegebenheiten, d. h. legitime Vorurteile im hermeneutischen Sinn, zu berücksichtigen.

Die Symptome aus den Arzneimittelprüfungen sind daher (wie die Symptome am Kranken) niemals verobjektivierbare, verallgemeinerbare und quantifizierbare reine Daten und Fakten. Sie verlangen immer ihre hermeneutische Übersetzung und Auslegung.

Die homöopathische Arzneimittelprüfung entspricht daher nicht den Kriterien einer klinischen Prüfung oder eines naturwissenschaftlichen Experiments im Sinne neuzeitlicher Wissenschaft. Vielmehr handelt es sich um ausführliche und sorgfältige Beobachtungen und Beschreibungen von Wirkungen potenzierter Arzneien an Menschen, die diese Arznei nicht zu Heilzwecken einnehmen und so an sich selbst prüfen. Die daraus abgeleiteten Schlüsse für die homöopathische Behandlung Kranker sind induktiv.

Da die Beobachtungsperspektive auf das Individuelle und Subjektive gerichtet ist, kann von diesem nicht abstrahiert werden, wodurch keine Verallgemeinerungen möglich sind. Außerdem sind die Ergebnisse der Arzneimittelprüfungen aus zuvor genannten Gründen nicht exakt und eindeutig, sondern lassen einen subjektiven Spielraum der Deutung offen. Deshalb lassen sich aus den homöopathischen Arzneimittelprüfungen keine allgemeinen Gesetze ableiten.

Die Versuchsanordnung der homöopathischen Arzneimittelprüfung entspricht somit vielmehr einem aufmerksamen „Lesen im Buch der Natur“ (einer Leitidee mittelalterlichen Naturverständnisses, [6]) als einem neuzeitlich naturwissenschaftlichen Zugang, der im Experiment „die Natur auf die Folter spannt“.

Kant verlangte von der Naturwissenschaft:

„*Die Vernunft muß mit ihren Prinzipien, nach denen allein übereinkommende Erscheinungen für Gesetze gelten können, in einer Hand, und mit dem Experiment, das sie nach jenen ausdachte, in der anderen, an die Natur gehen, zwar um von ihr belehrt zu werden, aber … in der Qualität … eines bestallten Richters, der die Zeugen nötigt, auf die Fragen zu antworten, die er ihnen vorlegt.*“ [7]

Im Experiment hat die Natur klar und eindeutig zu antworten auf die Erkenntnisintention. Diese Erkenntnisintention ist aber nicht die offene Fragestellung einer rezeptiven Haltung, sondern ist von Begriffen und Hypothesen geleitet, die bereits in die Natur hineingedacht werden. Jedoch gerade dieser nicht messende, quantifizierende, nichtsdestoweniger nachvollziehbare und keineswegs beliebige homöopathische Zugang zur Arznei steht in Analogie zu einem Zugang zum Kranken, der dem Menschen in seiner Lebenswirklichkeit gerecht wird.

IV. HOMÖOPATHIE ALS GANZHEITSMEDIZIN: DIE KONZEPTION DER LEBENSKRAFT ALS EINHEITSSTIFTENDES PRINZIP?

Es erscheint für einen Mediziner schwer verständlich, wie eine Krankheit behandelt oder sogar geheilt werden soll, deren spezifische (pathognomonische) Krankheitssymptome gar nicht zur Arzneiwahl herangezogen werden. Dazu gehört auch die Behauptung der Homöopathie, bei nahezu allen Krankheitszuständen helfen, wenn auch nicht immer heilen zu können. Im wissenschaftlichen Verständnis bedeutet das „*die Nennung sehr unspezifischer Wirkungen mit Listen möglichst breiter Indikation*“ [8] und dient als ein Merkmal der „Glaubensmedizin“. Dieser Eigenart der Homöopathie liegt das systemimmanente Verständnis der **Einheit des Organismus** zugrunde, was mehr bedeutet als ein Bedenken aller Interaktionen und Wirkungen. Nun wird aber diese Einheit definitionsgemäß durch die Lebenskraft hergestellt, die trotz ihrer scheinbar rationalen Formulierung geheimnisvoll, weil unauffindbar bleibt. Dieser Einwand ist ernst zu nehmen, da mit dem Wegfallen der Lebenskraft die behauptete Einheit des Organismus, auf den die „Krankheitspotenz“ wie auch die homöopathische Arznei wirkt, völlig unklar bleibt – noch dazu, wo diese Einheit selbstverständlich als Einheit des Körpers wie der emotionalen und mentalen Zustände gesehen wird. Daran ändert auch die Auffassung, die homöopathische Heilung entspräche einer Autoregulation des Organismus, wenig.

Damit klingt sofort auch das Problem der Verbindung zwischen Körper und Geist mit all seinen schwierigen Fragestellungen an, die die Philosophie des Geistes bewegen und verschiedene Ansätze und Argumentationen ermöglichen. Meiner Meinung nach ist dieser Einwand gegen die Argumentation der Einheit des Organismus sehr grundlegend, da sich darauf die Totalität der Symptome als „Inbegriff“ des Krankseins des Patienten begründet.

Die starke Polarität zwischen einem wissenschaftlichen Anspruch der Homöopathie, der sich materialistisch und positivistisch zu begründen versucht, mit einem gleichzeitigen Anspruch, sich auf die jeweilige „leib-seelische“ Besonderheit des lebendigen Individuums, eines Subjekts, zu beziehen, das trotz der Einmaligkeit seines Krank*seins* in der Heilung einem allgemeinen Gesetz folgen sollte, ist philosophisch gesehen in vielerlei Hinsicht eine widerspruchsvolle Kapriole, deren Herausforderung man nur mit Hinweis auf die Logik ablehnen oder mit Hinsicht auf die täglich erlebte Widersprüchlichkeit alles Lebendigen mutig und vielleicht auch trotzig gegen die Vorherrschaft des neuzeitlich definierten Verstandes, der in seinem Reduktionismus das Leben des Lebendigseins beraubt, annehmen kann.

Diesem Gegensatz im methodischen Gebäude der Homöopathie folgend, kam ich zur Einsicht, dass sich in der von Hahnemann formulierten Homöopathie die alte Leib/Seele-Thematik zeigt, ohne als solche problematisiert zu werden. Diese Thematik beschäftigt die „Philosophie des Geistes“ heute intensiver denn je. Indem sich die argumentative Begründung der Homöopathie auf der Ebene positiv gegebener Beobachtungen hält (auch die Lebenskraft kann als postulierte besondere physikalische Kraft verstanden werden – angesichts der Tatsache, dass sie sich bisher nie auffinden ließ, eine allerdings unhaltbare Konstruktion) könnte der Versuch unternommen werden, sie auf einer positiven Ebene ohne „spekulativen“ oder „metaphysischen“ „Überbau“ zu formulieren.

Dieser Versuch scheitert jedoch nicht erst an der Konzeption der Lebenskraft (die „innerhalb“ der Homöopathie als unhinterfragte Prämisse, quasi als „Blackbox“, bis heute einfach hingenommen wird und so der scheinbar logischen Argumentation dient), sondern am Herzstück der Homöopathie selbst, an der Subjektivität des Zugangs, der die positivistische Position einer rein sinnlichen Wahrnehmung von sich her überschreitet.

Denn der Grundzug aller Symptome, der Symptome des Patienten wie der Symptome der Arzneimittelprüfungen, die in der Ähnlichkeitsrelation miteinander verglichen werden, ist eben deren irreduzible Subjektivität als Empfindungsqualitäten oder als intentionale Zustände, mentale Zustände, die sich niemals restlos auf objektive Tatsachen zurückführen lassen. Damit scheint mir das Problem der „Qualia“ in der Diskussion um die Homöopathie zentral zu sein.

Ich stelle die These auf, dass die Subjektivität als existentielle Weise des In-der-Welt-Seins (die Welt ist dabei allen Subjekten in der je eigenen Seinsweise dennoch gemeinsam), als Teilhabe an und Teilnahme in der Welt, das eigentliche Grundprinzip der Methode der Homöopathie ist, noch *vor* jeder Formulierung des ebenfalls wesentlich der Homöopathie zugrunde liegenden Ähnlichkeitsprinzips. Diese Subjektivität als Modus des Daseins steht einer Objektivität nicht gegenüber, sondern impliziert die objektive Perspektive auf das auch sinnlich wahrnehmbare Subjekt, das durch diese allein jedoch nur äußerst unvollständig beschrieben werden kann.

Das so verstandene Subjekt, das kein Subjekt eines Objekts ist, ist in der Welt immer schon mit den Dingen und bei den Dingen, sowie mit und bei anderen Subjekten, ungetrennt im Erleben und Empfinden. Daher ist der kranke Mensch im eigentlichen Sinn auch nicht „Gegenstand“ der Homöopathie, sondern diese geschieht, „glückt“, jeweils im Vollzug der Begegnung zwischen Therapeut und Patient und Arznei, als „homoion pathos“.

V. WAS KANN DAS KONZEPT DER SUBJEKTIVITÄT FÜR DIE HOMÖOPATHIE LEISTEN?

1. **Die Subjektivität als einheitsstiftendes Prinzip ersetzt das fragwürdige Konzept der einheitsstiftenden Lebenskraft, da das Subjekt, wie zuvor dargestellt, immer schon eine Einheit ist, und zwar leiblich, seelisch und mental.**

   Auch wenn ich selbst persönlich keinerlei Problem mit der Vorstellung einer Lebenskraft habe, die sich auch aus der aristotelischen Bestimmung der Bewegung ableiten ließe, so sind doch alle vitalistischen Konzepte einer heutigen Philosophie fremd, während spätestens seit Heidegger und seit Gadamers Hermeneutik die Subjektivität in die Philosophie (wenigstens in die europäische) Eingang gefunden hat und eine vernünftige Rezeption zulässt**.**

2. **Aus dem Konzept der Subjektivität folgt fast wie selbstverständlich das Ähnlichkeitsprinzip** als logisches Wirkprinzip, da ja auf der Ebene der Subjektivität niemals der Satz der Identität A=A gelten kann, sondern nur Ähnliches (und niemals Identisches) in Interaktion treten kann. An der Ausformulierung und genaueren Bestimmung dieser Ähnlichkeitsstruktur muss aber noch weitergearbeitet werden, damit sie auch heutigen Nachvollziehbarkeitskriterien standhalten kann.

3. Das Ernstnehmen der Subjektivität als einem grundlegenden Prinzip homöopathischer Therapie zeigt deutlich, **dass alle Versuche, die Homöopathie als Wissenschaft im derzeit aktuell immer noch gültigen Schema einer positivistischen,** wenngleich von der Quantenlogik längst entthronten **neuzeitlichen Naturwissenschaft unterzubringen, scheitern müssen.**

4. **Gleichzeitig bietet das Ernstnehmen des kranken Menschen als Subjekt eine echte Alternative (gerne auch: wesentliche Ergänzung) zu einer modernen Medizin, die den Menschen auf ein Objekt und auf seine Materialität reduziert.**

   Um den Unsicherheitsfaktor der Subjektivität möglichst auszuschalten, beruhen die Diagnosen der „Schulmedizin“ vor allem auf Messdaten. Dadurch kam es in der modernen Medizin zunehmend zu der von uns allen beklagten Entmenschlichung, Mechanisierung, Ökonomisierung usw.

5. Daraus folgt jedoch auch, **dass andere Kriterien für die notwendige Vernünftigkeit und Glaubwürdigkeit der homöopathischen Forschung und Therapie formuliert werden müssen**.

   Während die neuzeitliche Wissenschaft als Methodik nur die Mathematik für alle Gegenstände der Wissenschaft gelten ließ, muss wieder auf die **Methodenvielfalt,** wie sie schon Aristoteles forderte, zurückgegriffen werden. Der Mensch als Subjekt kann nicht in der Reduktion auf Mathematik (Quantifizierbarkeit) und auch nicht in der Reduktion seiner Erfahrung und seines Erlebens auf sinnliche Wahrnehmbarkeit (positivistisch, materialistisch) erfasst werden.

6. Mögliche **Arbeitshypothesen zum vernünftigen Umgang mit subjektiven Qualitäten gibt es mehrere,** die den Rahmen dieses Vortrags jedoch sprengen würden und die im Wesentlichen in zukünftiger Forschung zu erarbeiten sein werden. Die (zu Recht) in Misskredit geratene „Spekulation“ und „Metaphysik“ bedarf wie das „Übersinnliche“ einer Neuformulierung und eines neuen Kontexts, der die Erkenntnisse weder der naturwissenschaftlichen noch der geisteswissenschaftlichen usw. Forschung unbeachtet lässt.

Wissenschaftlichkeit in diesem Sinn wird sich daran orientieren müssen, dass Erfahrung sich nicht nur auf Sinneswahrnehmungen beschränkt, sondern auch auf die Evidenz (unmittelbare Einsicht) des Erlebens, die Erlebtes auch „einfach“ so nehmen kann, wie es ist, wie es sich eben von sich selbst her zeigt (als Phänomen), in welcher Weise auch immer.

Dass auch Erfahrungen und Erlebnisse dieser nichtsinnlichen Art nachvollziehbar sind, wenn bestimmte genaue Handlungsanweisungen (Übungsanleitungen) eingehalten werden – „*Wenn du das wissen willst, tue dies*“ – führt zu „experimentellen“ Daten im materiellen Bereich wie auch im nichtmateriellen Erlebnis- und Erfahrungsbereich.

Diese Ergebnisse aus den solcherart generierten Erfahrungen müssen aber ebenfalls klare Kriterien aufweisen:

- praktisch brauchbar
- vergleichbar
- überprüfbar
- nachvollziehbar
- wiederholbar (im Sinne von ähnlich)
- gemeinschaftliche Bestätigung/Widerlegung

Im Unterschied zu einer positivistischen neuzeitlichen Naturwissenschaft werden diese Ergebnisse aber auch evidente und den obengenannten Kriterien entsprechende nicht-sinnliche (nichtmaterielle) Erfahrungen mit einbeziehen müssen und aufgrund der Unschärfe der mit einbezogenen Tiefenstruktur des Bewusstseins, die einen „Spielraum“ offen hält, nicht die Identität als Wahrheitskriterium heranziehen, sondern die **Ähnlichkeit**.

Die Überprüfung der Ergebnisse – der Daten, der Befunde – durch andere Menschen muss jedoch gewährleisten, dass diese die Stufe der Injunktion und der Wahrnehmung in angemessener Weise durchgeführt haben. Echte Erkenntnis muss auch falsifizierbar sein (Popper) – die Falsifizierbarkeit darf aber nicht auf Sinnesdaten beschränkt werden! Zusätzlich bleibt bei diesem Ansatz jedoch auch ein Spielraum für Zufall und Freiheit offen, für Potenzialität und Kreativität, für Aufhebung der Gegensätzlichkeit in der „Steigerung“.

Abschließen möchte ich mit einer Einladung an alle, gemeinsam an der Wissenschaftlichkeit der Homöopathie in diesem Sinne weiterzuarbeiten – was nicht unbedingt eine leichte Aufgabe ist, jedoch eine sehr lohnende, weil menschengerechte, sanfte, wertschätzende und im besten Sinn künstlerische. Und was die dazu hilfreiche Philosophie betrifft, die immer noch vielen immer wieder Angst macht, möchte ich mit einem wunderbaren Satz von Allen Watts schließen, der in seinem Buch „Der Weg des Zen“ schrieb:

„Durch Denken erlangst du es nicht, und ohne Denken kannst du es nicht.“

Literatur und Anmerkung

[1] Gadamer, Hans-Georg. Wahrheit und Methode. 276 ff.

[2] Anmerkung:
Empirie: 1. erfahrungsmäßig, evident (direkt aus der Erfahrung verifizierbar), 2. „naive Empirie“: reduziert auf Sinneserfahrung. Wissenschaft muss sich auf Evidenz und Erfahrung stützen – aber es gibt viele Möglichkeiten der Erfahrung, nicht nur Sinneserfahrung!

[3] Hahnemann, Samuel. Organon § 6.

[4] Hahnemann, Samuel. Organon § 7.

[5] Gadamer, Hans-Georg. Wahrheit und Methode. 276.

[6] Gloy, Karen. Das Verständnis der Natur, Band I, 146 ff.

[7] Kant, Immanuel. Kritik der reinen Vernunft, Band XIII.

[8] Köbberling, Johannes. Der Begriff der Wissenschaft in der Medizin. 27.08.2006: http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/konfer/wissmed3.htm

Mag. phil. Dr. med. univ. Susanne Diez

Geboren 1956, lebt und arbeitet Susanne Diez in Wien als ärztliche Homöopathin und Psychotherapeutin in eigener Praxis.

Ihr besonderes Interesse im Bereich der Homöopathie gilt derzeit der Neudefinition der Wissenschaftlichkeit der Homöopathie, den Arzneimittelprüfungen sowie der Verreibungserfahrung.

- Medizinstudium an der Universität Wien
- 1980 Promotion
- ab 1984 Zusatzausbildungen Homöopathie und Psychotherapie
- zwischen 1984 und 1993 Kassenpraxis als praktische Ärztin (Wien)
- seit 1993 Privatpraxis für Homöopathie und Psychotherapie
- seit 1992 Lehrbeauftragte der Österreichischen Gesellschaft für Homöopathische Medizin (ÖGHM), Lehrtätigkeit im In- und Ausland
- 2007 Abschluss des Studiums der Philosophie an der Universität Wien mit einer Diplomarbeit zur Wissenschaftlichkeit der Homöopathie: „Die Subjektivität als ein Grundprinzip der Homöopathie – philosophische Überlegungen zur Homöopathie“
- Veröffentlichung mehrerer Artikel in Fachbüchern und Fachzeitschriften

Intensive Beschäftigung mit Kunst seit der Jugend sowie leidenschaftliche Reisetätigkeit.

Kontakt: susanne.diez@chello.at

José Teixeira (Saclay, F)

An Introduction to the Physics of Liquid Water

Water is familiar to everybody as it is almost the only liquid naturally present on the Earth surface. However, compared to the volume or to the mass of the planet, its amount is rather small, about 1300 million km^3, what represents a large cube with an edge measuring 1100 km or an average thickness of 2.6 km, much smaller than the Earth radius (6300 km).

One of the main characteristics of water on Earth is that it existsnaturally in the 3 forms: solid, liquid and gas with everyday observed transitions between them. A consequence is the well-known water cycle bringing water from oceans to atmosphere through fields, rocks, rivers and living organisms which cannot exist without its presence. In its molecular form, water accounts for about 65% of the human body.

Historically, water always fascinated people of many civilizations. It was considered until the end of the 18th century as a simple “element”. It is possible to say that the scientific knowledge of water starts in 1780 when H. Cavendish and A. Lavoisier discovered that water can be decomposed into two gases, oxygen and hydrogen, and that, conversely, the combination of these two gases generates water.

Since then, water has been studied very much in detail and under diverse conditions: under high and negative pressures, at high and low temperatures, in critical conditions, containing all kinds of solutes and mixtures, etc. Studies have been performed mostly by physicists but also in Chemistry, Geology, Atmosphere Sciences, Hydrology, Planetology, Biology, Engineering, because it concerns many human activities.

For sure, water is the most studied substance and essentially all its properties have been measured and quantified at all scales. Present studies relate mostly to interfacial water, i.e. water under confinement in tiny pores or interacting with surfaces. The study of the general properties of hydrogen bonds, although more general, is important for a better knowledge of water at atomic scale.

In physics, the motivation for the studies has been for long time the so-called anomalies. Indeed, many properties of water show unusual, sometimes unique, temperature dependence at very low temperature. For example, density has a maximum at 4° C (11° C, in the case of deuterated water), as depicted in the Figure 1.

The anomalous behaviour of water concerns only the pure liquid. Addition of solutes or other liquids suppress it. For example, the addition of 8% of ethanol to water is sufficient to erase completely the anomalies making water a “normal” liquid.

As an example, the Figure 2 shows the sound velocity of water-ethanol mixtures as a function of temperature. While in pure water a maximum is observed at 55° C, increasing concentrations of ethanol totally suppress the maximum beyond a concentration of the order of 8%.

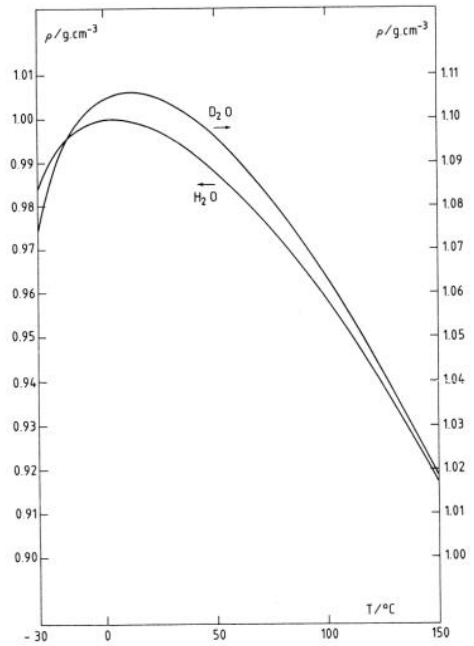


Figure 1. Densities of H_2O and D_2O as a function of temperature. Taken from G. S. Kell, *J. Chem. Eng. Data* **20,** 97 (1975).

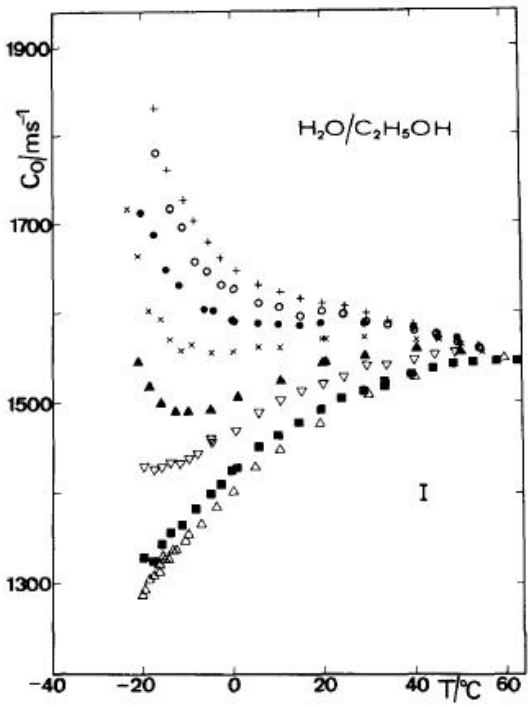
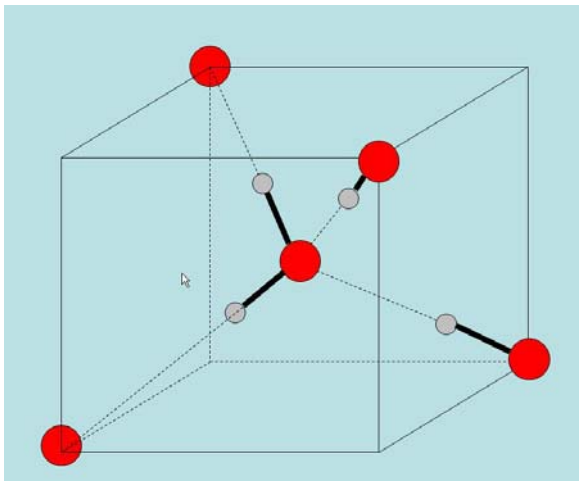


FIG. 2. Sound velocity in $(H_2O)_{1-x}(C_2H_5OH)_x$ solutions as function of temperature. △: pure water; ■: $x=0.0051$; ▽: $x=0.0201$; ▲: $x=0.0320$; ×: $x=0.0488$; ●: $x=0.0617$; ○: $x=0.0717$; +: $x=0.0825$.

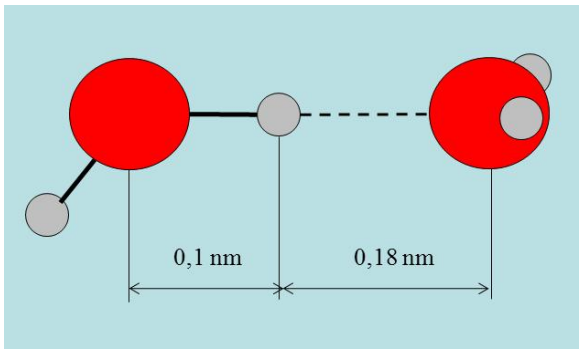
The origin of water anomalies is understood if one takes into account the molecular structure. Water molecule is formed by one oxygen and two hydrogen atoms. Because of the electronic distribution, its shape is a V with arms of 0.1 nm forming between them an angle of 104°. This angle is, by coincidence, very close to the angle formed by the diagonals of a cube (109°).

Moreover, the hydrogen atom forms very easily bonds with neighbouring molecules. The two facts together generate a tetrahedral structure where neighbouring molecules occupy alternate sites at the corners of cubes as shown in the next figure.



This “tetrahedral” structure is very common in Nature. With small differences, it is the same observed in quartz or in diamond, among many other cases. It is at the origin of the ice and snow flakes that grow easily on cold surfaces revealing the molecular hexagonal structure imposed by hydrogen bonds.

The next figure represents two water molecules forming a hydrogen bond, i. e. sharing one hydrogen atom.



Finally, one must take into account that the hydrogen of the bond vibrates mainly in the direction perpendicular to the line O-H...O, going eventually sufficiently far from the ideal alignment to break the bond. The consequence is a very short lifetime of the bonds. In liquid state, it is of the order of 1 ps = 10^{-12} s, incidentally, totally incompatible with any long relaxation process.

Other forms of water do exist, but in all cases, the tetrahedral local structure is an essential brick. For example, clathrates (or hydrates) that are formed in permafrost or at the bottom of oceans or amorphous ices formed under confinement or under radiation, like in comets. Anomalies of water can be understood with these few properties. For example, at high temperature, say above room temperature, many possible hydrogen bonds are broken and water molecules can interpenetrate more than when, at low temperature, the tetrahedral arrangement generates a very open network with only 4 neighbours of each molecule. Because of that, ice has a density lower than the liquid what allows a rapid melting of icebergs and other winter ices.

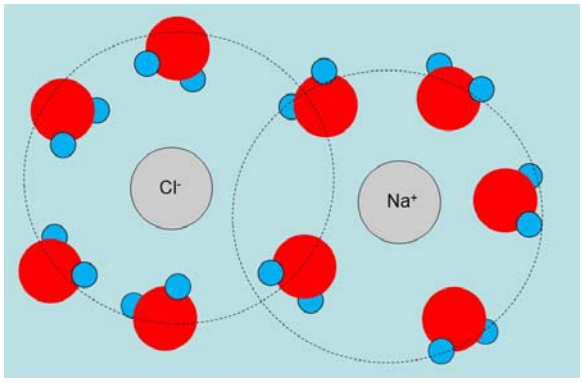
To summarize, the essential properties of liquid water reduce to three. Each of them is not rare but the ensemble is typical of water and explains its behaviour:

- a large number of hydrogen bonds
- a local tetrahedral symmetry
- a short lifetime of the bonds

In old times (namely W. Roentgen) water anomalies were interpreted by “mixture models” which assume that water is a mixture of tiny ice-like aggregates embedded in a kind of ideal liquid without the known anomalies. Obviously, modulating the amount of the tiny aggregates, the density maximum at 4° C is easily “explained” but it has been always hard to accept that ice can subsist at high temperature even in small sizes. With the advent of X-ray scattering, the problem has been solved. Since several decades, it is well established that water is a homogeneous liquid with the only density fluctuations associated to compressibility. In other words, the presence of any kind of clusters in pure water is totally excluded because incompatible with experimental facts.

Most of the remarkable properties of water derive from the hydrogen bond network. For example, the high specific heat of water explains, among other consequences, the stability of Earth climate or the almost constant body temperature of animals. The high specific heat results from the formation of bonds: their number depends strongly on temperature and their energy is rather high.

Another important property of water molecules is a large electric dipole at the origin of a very high dielectric constant. Because of the last, water is an extremely good solvent, solubilizing many substances, namely salts that are decomposed into two ions (for example, the anion Cl^- and the cation Na^+ in the case of NaCl). Their charges are screened by a few water molecules that orient conveniently the dipoles in order to reduce to zero the electrical field generated by the ions beyond one or two hydration layers (see figure).



Electrical properties of water are extremely important in Biology. The surface of proteins are more or less hydrophilic forming bonds or not with surrounding water molecules. Small changes of environmental pH of the solvent may change substantially the charge distribution in the protein, defining different interactions with water at the origin of the large variety of biological actions and chemical reactions.

The huge complexity of biological systems justifies specific studies of each case making more difficult general statements. In most cases the role of water is determinant.

A large branch of Biophysics today takes into account in detail, at molecular scale, the interactions of water, or more generally, the aqueous medium, in describing biological processes.

José Teixeira, PhD, Docteur-ès-Sciences

José Teixeira is Directeur de recherche at the Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) at the Laboratoire Léon Brillouin, the French facility for neutron scattering that uses neutrons from the research reactor Orphée at Saclay, suburb of Paris.

He is a specialist of water, its thermodynamic and transport properties, structure and molecular dynamics. His present domain of research is confined water or water under external conditions that limit its dynamics. This activity concerns the behaviour of water molecules around ions, colloids and macromolecules as well as solid interfaces and porous materials. In the domain of homoeopathy he gave advices for Boiron (France) and collaborated with other groups, namely using thermoluminescence or Rayleigh scattering techniques.

He taught at the Universities of Paris, Versailles, Grenoble, Lisbon and Coimbra and contributed also to low temperature solid state physics, fractals and physics of colloids.

He is the author of more than 200 papers and several chapters of books. He was the General Secretary of the French Physical Society and Deputy Director of the Laboratoire Léon Brillouin.

E-mail: jose.teixeira@cea.fr
Contact: Laboratoire Léon Brillouin (CEA/CNRS)
CEA Saclay
91191 Gif-sur-Yvette Cedex
France

Ilse Muchitsch (Wien, A)

Wasser, ein ungewöhnliches Molekül: Fakten, Interpretationen und Auswirkungen in Biologie und stark verdünnten Lösungen

Homöopathie ist ein fester Bestandteil unserer medizinischen und pharmazeutischen Kultur und wert, intensiv nach den Kriterien modernster Wissenschaft beforscht zu werden. Was haben wir von zeitgemäßer Homöopathie-Forschung aus pharmazeutischer und physikalischer Sicht zu erwarten? Im folgenden Beitrag sind die wesentlichen Aspekte meines Seminarvortrags zusammengefasst.

Es war mir ein Anliegen, gerade in Köthen – der Stadt, in der Hahnemann Medizingeschichte schrieb – den Bogen ausgehend von Originalvorschriften der Reinen Arzneimittellehre zu den Fakten der Arzneimittelherstellung nach den gültigen Gesetzesvorschriften der Arzneibücher HAB und EUAB bis zu den modernsten Analysemethoden der Physik zu spannen. Eine Herausforderung, der ich gerne gefolgt bin, da es auch für mich bei der Vorbereitung einige Erkenntnisse gab, die ich Ihnen nicht vorenthalten möchte.

Vom Veranstalter wurde ich unter anderem gebeten, durchaus auch kritische Worte zu finden und in der Homöopathie die „Spreu“ der nicht mehr zeitgemäßen Interpretationen vom „Weizen“ der Naturwissenschaft zu trennen sowie Zukunftsaspekte zu skizzieren, die für die Homöopathie-Forschung ins Auge gefasst werden sollten. Wenn wir anstreben, von der „scientific community“ ernst genommen zu werden, sollten wir auch deren Sprache verstehen, um neue Wege der Kommunikation und Didaktik einzuschlagen.

1. Fakten

Historische Fakten, wie Hahnemanns Organon oder die Reine Arzneimittellehre, standen als Ausgangsorientierung am Beginn meines Vortrags. Aber auch Fakten der internationalen Arzneibücher und wissenschaftlich überprüfbare Grundpfeiler der Chemie und Physik wurden besprochen. Ausgehend von

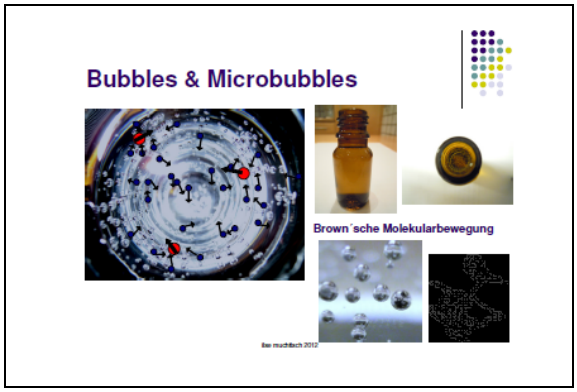
- **Organon § 6**
  Es ist von dem **„vorurtheillosen Beobachter“** die Rede, der die „Nichtigkeit übersinnlicher Ergrübelung kennen sollte, die sich in der Erfahrung nicht nachweisen lassen …“
  und
- **Organon § 264**
  Der **wahre Heilkünstler** muss die **vollkräftigsten, ächtesten Arzneien** in seiner Hand haben, um sich auf ihre Heilkraft verlassen zu können,

zeigte ich am Beispiel der Herstellung einer Urtinktur von Atropa belladonna nach den Originalvorschriften der Reinen Arzneimittellehre Hahnmanns anhand von Fotos, dass sich bei der Mischung von Pflanzenpresssaft mit Alkohol überraschenderweise ziemlich stabile Luftbläschen (Bubbles) bilden.

In der Pharmazie oder Pharmakognosie stehen meistens die aktiven Substanzen, wie z. B. Atropin oder Scopolamin, bei Atropa belladonna im Vordergrund, weniger Bedeutung wird den sekundären Inhaltsstoffen beigemessen.

Als Vertreter dieser Substanzklasse sind uns z. B. Saponine bekannt. Saponine werden aufgrund ihrer Eigenschaft so bezeichnet, da sie beim Schütteln mit Wasser oft einen seifenartigen Schaum ergeben. Diese oberflächenaktiven Eigenschaften, die feinste Gasbläschen (Bubbles) stabilisieren können, wurden in diesem Vortag besprochen.

Sehr kleine Bläschen, sogenannte Microbubbles, unterliegen der Brown´schen Molekularbewegung und sind deshalb auch Ziel von neuen Untersuchungen hinsichtlich ihrer Oberflächenphänomene. Diese Eigenschaften können durch Messungen mittels Rayleigh-Streuung erfasst werden, wie in den neuesten Untersuchungen von E. Duval bewiesen wurde [Long-lived submicrometric bubbles in very diluted alkali halide water solutions, E. Duval et al, Phys. Chem. Chem. Phys. 14, 4125 (2012)].



In der Folge setzten wir uns mit den Wasserstoffbrückenbildungen von Wasser, Alkohol, Glycerin, Saccharose und Lactose auseinander.

Ethanol ist in jedem Verhältnis mit Wasser mischbar. Bei einer Mischung kommt es in der entstehenden Lösung zu einer Volumenkontraktion: Aus 50 ml Ethanol und 50 ml Wasser entstehen 97 ml Ethanol-Wasser-Gemisch. Die Ursache ist die Ausbildung

zusätzlicher Bindungskräfte (Wasserstoffbrückenbildung, van-der-Waals-Kräfte) zwischen den Molekülen, wodurch diese einen kleineren Raum einnehmen. Die Ausbildung dieser intermolekularen Bindung ist exotherm, weswegen beim Zusammengießen eine Temperaturerhöhung messbar ist. Die Wasser-Ethanol-Bindungen sind stärker als die Bindungen Wasser – Wasser. Statistisch gesehen muss beim Mischen eine Wasser-Wasser-Bindung zerstört werden, um eine Wasser-Alkohol-Bindung zu bilden.

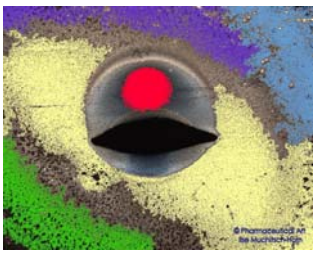
Die Folge ist, dass die tetraedrische Anordnung von Wassermolekülen zusammenbricht und die "ungewöhnlichen" Eigenschaften von Wasser verschwinden. Schon geringe Mengen an Ethanol in Wasser verursachen eine sehr große Wirkung.

Teixeira und andere haben gezeigt, dass schon ab etwa 7 Mol% Ethanolbeimengung die Mischung keine der "Anomalien" des Wassers mehr zeigt [Analysis of sound velocity in supercooled H_2O, D_2O and water-ethanol mixtures, O. Conde, J. Teixeira and P. Papon, Laboratoire de Physique termique, École Physique et Chimie.10, Rue Vauquelin, 75231 Paris, Cedex 05, France].

Weiters wurde darauf hingewiesen, dass die Lebensdauer der Wasserstoffbrückenbindung nur einige Picosekunden (10^{-12} s) beträgt, und dies gegen eine Clusterbildungstheorie in reinem Wasser spricht. Die Frage nach dem in der homöopathischen Arzneiherstellung verwendeten Wasser – **Aqua purificata** – und Reinheitskriterien wurde anhand der Originalliteratur besprochen.

In der homöopathischen Pharmazie gelten die Vorschriften des HAB (Homöopathisches Arzneibuch) und des EUAB (Europäisches Arzneibuch).

Alle Arzneien, Verfahrenstechniken, Lösungsmittel, Analysemethoden u. v. a. werden in diesen Pharmakopöen beschrieben. Definition des EUAB: Homöopathische Zubereitungen werden aus Substanzen, Stoffen oder konzentrierten Zubereitungen nach einer homöopathischen Verfahrenstechnik hergestellt.



Zum nächsten Teil leitete ein Zitat von Marcel Proust über:

„The real voyage of discovery consists not in seeking new landscapes, but in having new eyes."

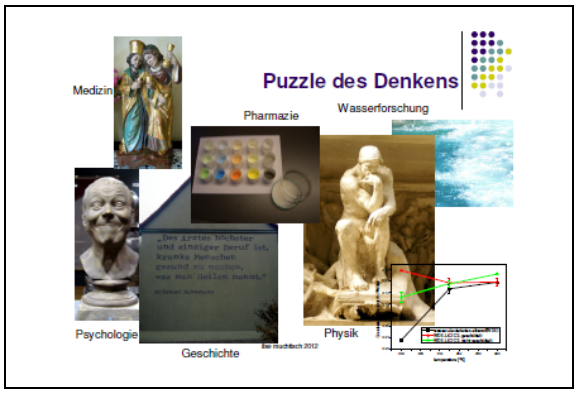
Auf die Homöopathie umgelegt, könnte man sagen, dass wir aus heutiger Sicht der naturwissenschaftlichen Forschung kein neues Konzept für die Homöopathie zu suchen brauchen, sondern nur die Augen für bereits Entdecktes öffnen sollten.

2. Interpretationen

2.1. Puzzle des Denkzuganges zur Homöopathie

Jeder, der sich mit Homöopathie beschäftigt, hat je nach Ausbildung einen unterschiedlichen Zugang zu Lehrinhalten und Meinungsprozessen und dadurch andere persönliche Erfahrungen.

In meinem Interdisziplinären Homöopathischen Arbeitskreis der Österreichischen Apothekerkammer, Landesgeschäftsstelle Wien, versuche ich seit Jahren, den Dialog zwischen Pharmazeuten, Ärzten, Physikern, Biochemikern und Psychologen zum Thema Homöopathie und Forschung zu führen. Die zuweilen heftig geführten Diskussionen gründeten oft auf einer persönlichen Sichtweise und den damit verbundenen Erfahrungen.



Homöopathie ist ein komplexes System, das aus verschiedensten Teilaspekten zusammengesetzt betrachtet werden kann:

- Pharmazeuten sehen die verschiedensten Arzneien, Inhaltsstoffe und ihre Herstellung im Vordergrund.
- Ärzte sehen ihre PatientInnen, Repertorisierungsvarianten und klinischen Studien als wichtig an.
- Physiker blicken in die Tiefe der Materie und sind über Aussagen wie „Homöopathie ist ein Quantenphänomen", „Wasser denkt mit" oder „Cluster speichern Informationen" verwundert.
- Psychologen meinen in der Anamnese bereits therapeutische Prozesse zu sehen.
- Und für Biochemiker sind Grenzflächenphänomene keine Neuigkeit.

Homöopathie ist ein Komplex, der verschiedenste Forschungszugänge erforderlich macht. Wenn wir WissHom (www.wisshom.de) und HomResearch (www.homresearch.org) als Drehscheiben mit dem Attribut der Wissenschaftlichkeit ansehen, so ist es sinnvoll, einen kurzen Stopp einzulegen, um nachzudenken, warum einige Vertreter der Wissenschaft Probleme mit Homöopathie haben.

Sometimes you have to stop before …

Um verstanden zu werden, erachte ich es für notwendig, dem Gegenüber Platz für Gegenargumente einzuräumen. Möglicherweise haben sich unreflektierte Lehrmeinungen in der Didaktik eingeschlichen, die einfach nicht hinterfragt wurden. Es wurden einige „Stolpersteine" kurz besprochen.

Verstehen wir die Sprache der Wissenschaft in der Homöopathie? Manch ein Gesprächspartner könnte „sauer" reagieren, wenn wir längst widerlegte Fakten als Argumente verwenden.

2.2. „ACID“

Avogadro Number
Clusters in pure water
Information
Disaster of „energy“

- **Avogadro-Zahl**

Diese ist nicht für die Erklärung des Wirkungsbereichs über C12 geeignet! Die Avogadro-Zahl ist historisch eine sehr wichtige Entdeckung. Der absolute Wert selbst hängt vom System und den Einheiten ab. Die genaue Definition lautet: die Anzahl der Moleküle, die in einem Mol einer gegebenen Substanz vorhanden sind.

- Moleküle Pro Mol: $6x10^{23}$
- Wasser (H_20)
  Molmasse = 16+2 = 18
  (1 Sauerstoff + 2 Wasserstoff-Atome)
  in 18 g Wasser $\rightarrow$ $6x10^{23}$ Moleküle enthalten
- Saccharose ($C_6H_{12}O_6$):
  Molmasse = 72+12+96 = 180
  180 Gramm Zucker $\rightarrow$ $6x10^{23}$ Moleküle
- Auf Grund von Verunreinigungen auch in reinstem Wasser (Luft, Gefäße, Arbeitsbedingungen) kann man maximal eine Reinstoffkonzentration in Wasser bis 10^{-4} erreichen. Darüber hinaus werden die Verunreinigungen mitgerechnet.
- Falls wir argumentieren, dass wir mit Verdünnungen jenseits der Avogadro-Zahl arbeiten, so ist dies eine in der Praxis nicht nachzuvollziehende Aussage.

- **Strukturen im Wasser: Existieren Cluster?**

Unter Cluster versteht man in der Physik ein "kohärentes Aggregat". Darunter ist eine charakteristische Ansammlung von Molekülen zu verstehen, die länger aneinander haften, als es für das Lösungsmittel (die Flüssigkeit) typisch wäre. Das älteste Beispiel sind winzige Aggregate von Eis im Wasser (wie Eis „on the rocks", aber mikroskopisch klein). Dieses Erklärungsmodell stammt von W. Röntgen (im 19. Jahrhundert), um die maximale Dichte von Wasser zu erklären. Die Idee wurde aber immer schlecht akzeptiert. Seit 1976 ist bekannt, dass Cluster in flüssigem Wasser nicht existieren. José Teixeira dehnt dieses Ergebnis bis zu dem Bereich von bis zu -20° C aus.

- **Information?**

Was kann in Wasser überhaupt gespeichert werden? Es mag nach einer Binsenweisheit klingen, aber Speicherung bedeutet zwangsläufig, dass sich etwas über längere Zeit mehr oder weniger nicht ändert. Wasser und andere Materialien können möglicherweise "Informationen" enthalten, aber auf subtilere Weise, als vermutet wird. Zum Beispiel kann die Menge von ^{17}O- oder ^{2}H-Isotopen etc. etwas über die Herkunft von Wasserproben aussagen. Ein bekanntes Beispiel ist die Isotopenanalyse von Eisproben in der Antarktis, welche die Rekonstruierung des Wetters vor Millionen von Jahren ermöglicht hatte. Ein weiteres Beispiel könnten die Verformungen von kristallinem Eis sein. Das kann auf vergangene Ereignisse wie Stöße und Erzeugung hoher Drücke interpretiert werden. Stattdessen, im Gegensatz zu Benveniste, gilt es als völlig ausgeschlossen, dass Wasser irgendwelche Informationen länger als Picosekunden behält!

- **Disaster of „energy“**

Einer der heikelsten Punkte in der Diskussion stellte das Thema „Energie“ im Zusammenhang mit Homöopathie dar. In den meisten Erklärungsmodellen treffen wir auf dieses Wort. „Quantenenergie“ wird ebenso zitiert wie „Energieübertragung“ und „Potenzierungsenergie“. An dieser Stelle war es mir ein Anliegen, Energie anhand des Beispiels „Mischung Wasser-Alkohol“ zu definieren. Die dabei entstehende **freie Energie G** wird folgendermaßen berechnet:

G = H-TxS

G = free energy (Gibbs)
H = enthalpy
T = temperature
S = entropy

Um ein Desaster in der Energiediskussion zu vermeiden, muss die jeweils genannte Energie präzise definiert werden.

3. Auswirkungen in Biologie und stark verdünnten Lösungen: Bubbles, Potenzierung und Trituration

Grenzflächen- und Oberflächenvergrößerung, wie sie bei Potenzierung und Triturationen in der Arzneimittelherstellung entstehen, wurden als Denkmodell vorgestellt.

Viele große Moleküle (Tenside, Membranphospholipide, Gallensalze, etliche Biomoleküle) enthalten hydrophobe und hydrophile Teile. In Wasser können sie eine große Vielfalt von Strukturen bilden. Mizellen aller Formen, Vesikel (im Fall einer dritten Verbindung), Membranen, kontinuierliche Phasen wie Flüssigkristalle, etc. Diese Moleküle wandern auf natürliche Weise zu freien Schnittstellen (Wasser/Luft), um sich dann an den Grenzflächen von Microbubbles zu verteilen. Alkohole können einige solcher Strukturen stabilisieren. In den meisten solcher "amphiphilen" oder "Tensid"-Molekülen ist die hydrophile Seite polar und teilweise mit einer hohen Dichte von elektrischen Ladungen versehen. Das Gleichgewicht kann infolge von Wasser-Dipolen und deren Gegenionen sehr komplex sein.

Die Potenziale, die Wechselwirkungen zwischen solchen Strukturen verursachen, sind bekannt: DLVO-Potenzial. Die DLVO-Theorie (benannt nach Derjaguin, Landau, Verwey, Overbeek) ist eine theoretische Beschreibung, die sich mit der Stabilität kolloidaler Systeme auf der Grundlage von attraktiven und repulsiven, zum Beispiel sterischen, elektrostatischen oder van-der-Waalsschen Wechselwirkungen zwischen den dispergierten Teilchen beschäftigt. Das Screening der Ladungen wird durch ein Modell von Debye und Hückel beschrieben.

Die Oberflächenvergrößerung stellt ein wichtiges biologisches Prinzip dar. Sie ist ein Beispiel für eine allgemeine und wesentliche Erscheinung der lebenden Materie.

Die Bedeutung der Oberflächenvergrößerung zeigt sich bei allen Austausch- und Transportprozessen im Organismus, in den Organen und in den Zellen. Durch die jeweils vergrößerte Oberfläche wird die Aufnahme und Abgabe von Stoffen vervielfacht, Transporte werden beschleunigt und der Energieumsatz wird gesteigert.

- **Grenzflächenphänomene**

Eine Vielzahl technischer Prozesse und Produkte wird durch Grenzflächen bestimmt. Mikroskopische und molekulare Grenzflächenphänomene entscheiden über die makroskopische Funktionalität. Das Gleiche gilt für Zukunftstechnologien wie z. B. Mikrostrukturen in der Verfahrenstechnik. Aus diesem Grund liegt ein Schwerpunkt in der Forschung auf dem Gebiet von Grenzflächen.

- **Komplexe Systeme**

Komplexe Systeme erfordern eine ganzheitliche Betrachtungsweise. Das bedeutet, dass man ein Problem nicht dadurch lösen kann, dass man es in kleine Teilprobleme zerlegt, diese analysiert und die Teillösungen wieder zusammensetzt, da es eine Dynamik zwischen den Einzelteilen gibt, die sich nicht skalieren lässt. Wir müssen anerkennen, dass Theorien nur begrenzte Domänen beschreiben und in ihrer Deutungsmacht eingeschränkt sind. Ein gutes Beispiel dafür sind Schwärme, denn ein Individuum verhält sich anders als die Masse, gleich ob in unserer Gesellschaft oder in einem Fischschwarm.

Zusammenfassend machte ich auf die Komplexität der Arzneizubereitung in der Homöopathie aufmerksam. Aufgrund der Fülle der Ausgangsmaterialien und Lösungsmittel ist eine generalisierte Aussage über Verteilungsphänomene der Arznei problematisch. Allerdings deuten aktuelle Forschungsberichte darauf hin, dass Strukturanalysen Erklärungsmodelle liefern können.

4. Was ist der Stand der Forschung?

Über den Stand der Forschung zum Thema „Wasser und Homöopathie“ brachte ich gemeinsam mit José Teixeira, Docteur-ès-Sciences (Université de Grenoble) und Directeur de recherche (CNRS – Centre national de la recherche scientifique, Saclay, Frankreich), einen Überblick über die wichtigsten Publikationen, die im Zusammenhang mit Homöopathie stehen.

Long-lived submicrometric bubbles in very diluted alkali halide water solutions

E. Duval et al., Phys. Chem. Chem. Phys. 14, 4125 (2012).

Der Autor zeigt experimentell durch Rayleigh-Streuung, dass Proben von reinem Wasser oder von niedriger Konzentration von Salzlösungen nach Potenzierung eine große Anzahl von gasförmigen Microbubbles enthalten, die in der Flüssigkeit aufgrund ihrer geringen Größe für sehr lange Zeit erhalten bleiben. Der experimentelle Nachweis stammt aus einer sorgfältigen Bewertung des Landau-Placzek Verhältnisses zwischen Rayleigh- und Brillouin-Streuung. Unser Interesse könnte sich auf das Verhalten der Schnittstellen Flüssigkeit/Luft konzentrieren. Ihre Fläche ist sehr groß und kann eine wichtige Rolle bei der Verteilung der Tensidmoleküle spielen.

Thermoluminescence of ultra-high dilutions of lithium chloride and sodium chloride

L. Rey, Physica A: Statistical Mechanics and its Applications, Volume 323, 15 May 2003, pp. 67-74.

Dieses Experiment zeigt, dass Verdünnungsreihen einer Salzlösung nicht in Richtung des Signals von reinem Wasser konvergieren. Da alle Verdünnungen durch Verschütteln hergestellt werden, ist es wahrscheinlich, dass dieses Verfahren eine große Rolle spielt. Es sieht so aus, dass die Konzentration des Salzes nicht unter ein gewisses Maß reduziert werden kann. Andere Experimente, zum Beispiel Schütteln in anderen Atmosphären als Luft, sollten angedacht werden, um zu erklären, warum es einen limitierenden Effekt der Lösung gibt.

Des Weiteren wurden folgende Publikationen kritisch hinterfragt und diskutiert:

Human basophil degranulation triggered by very dilute antiserum against IgE

J. Benveniste et al., Nature publishing group, Nature Vol 333, 1988.

Electromagnetic Signals are produced by Aqueous Nanostructures derived from Bacterial DNA Sequences

L. Montagier et al., Nanectis Biotechnologies, S. A. 98, rue Albert Calmette, F 78350 Jouy en Josas, France (Vironix LLC, L. Montagnier 40 Central Park South, New York, NY).

High-field 1H T1 and T2 NMR relaxation time measurements of H2O in homeopathic preparations of quartz, sulfur and copper sulfate

S. Baumgartner et al., Received: 18 March 2009 / Revised: 11 April 2009 / Accepted: 18 May 2009 / Published online: 17 June 2009.

Extreme homeopathic dilutions retain starting materials: A nanoparticulate perspective

P. Chikramane et al., Department of Chemical Engineering, Indian Institute of Technology (ITT), Department of Biosciences and Bioengineering, Indian Institute of Technology.

A new quantum theory to explain homeopathy

Tournier A. PhD, Homeopathy Research Institute, Facilitating scientific research in homeopathy, Newsletter, Issue 7, Winter 2007.

Dynamics of hydration water in proteins

Teixeira J., Ph. D, Laboratoire Léon Brillouin, CEA Saclay, F-91191 Gif-sur-Yvette Cedex, France.

5. Zusammenfassung

Abschließend möchte ich ein erfreuliches Resümee über den ICE 12 „Wissenschaft und Praxis – eine dynamische Beziehung“ ziehen, indem ich durchaus die Kriterien, die ich in einem Interview für den DZVhÄ skizzierte, wiedergefunden habe (September 2012, vgl. www.wisshom.de).

Ein Hauptunterschied zwischen wissenschaftlichem **Handeln** und **Denken** liegt in der Rolle, die bestimmte Vorstellungen dabei spielen.

Beim **denkenden Analysieren** von Zusammenhängen geht es um Feststellungen, wie die Welt sich uns darstellt, oder genauer, wie die Welt aus heutiger Sicht funktioniert. Analysen dürfen daher weder von Wunschvorstellungen geleitet noch von Illusionen durchzogen sein. Daher müssen Analysen der Realität entsprechen.

Handeln ist und soll von Wunschvorstellungen geleitet sein – denn beim Handeln geht es um die Gestaltung der Welt.

Erfreulicherweise konnte ich die Umsetzung der Grundpfeiler **Denken** und **Handeln** im Sinne der Homöopathie bei der 8. Generalversammlung des **European Committee for Homeopathy** im November 2012 in Brüssel miterleben, wo unter der neuen Präsidentschaft des Österreichers Dr. Thomas Peinbauer eine neue Weichenstellung der Präsentation „Homöopathie“ erfolgte.

Sowohl Analyse im Sinne der Wissenschaft als auch Gestaltung im Sinne von Didaktik und Lehre werden als Grundpfeiler der Homöopathie in Zukunft wichtig sein, wenn wir ein hohes Ausbildungsniveau erreichen wollen. Die Motivation hierfür liefern uns unsere PatientInnen, die mich tagtäglich veranlassen, über die Faszination Homöopathie nachzudenken.

Mag. pharm. Ilse Muchitsch

Ilse Muchitsch ist seit dem Abschluss des Pharmaziestudiums (Diplomarbeit in Biochemie) in Wien als Apothekerin tätig, ihr Schwerpunkt ist die homöopathische Pharmazie.

Sie ist Leiterin des Interdisziplinären homöopathischen Arbeitskreises für Pharmazie – Medizin – Biochemie – Physik – Psychologie der Österreichischen Apothekerkammer, Landesgeschäftsstelle Wien, und von HomResearch. Im Rahmen dieser Organisationen werden seit zwölf Jahren Fortbildungsveranstaltungen, Vorlesungen an der Universität Wien (Department Pharmazie) und Arbeitskreise veranstaltet, die sich wissenschaftlichen Erklärungsmodellen, Didaktik und der homöopathisch-pharmazeutischen Praxis widmen.

Ilse Muchitsch ist darüber hinaus Autorin der Österreichischen Apothekerzeitung.

- 2008 Organisation des Kongresses „Water – Information – Meeting – Vienna“ (Pharmaziezentrum Wien)
- 2008 und 2009 Ausstellungen „Pharmaceutical Art“: Ausstellung in der Wiener Hofburg gemeinsam mit Univ.-Prof. Tobias Kühne und in Bozen (Südtiroler Herbstgespräche)
- 2010 Vortragsserie „Pharmazeutische Homöopathie“ beim Verband angestellter Apotheker (VAAÖ), Graz
- 2011 Akkreditierte Fortbildung der Österreichischen Apothekerkammer, Landesgeschäftsstelle Wien, Universität Wien, Department Pharmazie: „Homöopathie extrem“ (Strahlentherapie, Onkologie, Intensivmedizin) gemeinsam mit Univ.-Prof. Dr. Michael Frass

Kontakt: ilse.muchitsch@homresearch.org
Website: www.homresearch.org

Clare Relton (Sheffield, UK)

Homeopathy clinical research: the dynamic relationship between science and practice

In the lecture as well as in the seminar at the ICE 12 Congress I described the challenges and opportunities of being a homeopath treating patients in routine healthcare – collecting data on my own practice for the purpose of routine audit and being a researcher in a busy academic environment in the UK doing 'science' working on pragmatic trials design and contributing to the evidence base for homeopathy. Most importantly, I discussed the interface between routine practice and the 'scientific' evaluation of treatment by homeopaths.

Thank you very much for inviting me to speak. I will talk to you about my journey as a homeopath into research – the dynamic relationship between the worlds of clinical practice and scientific research. This journey starts with my early experiences of 'homeopathy' research, my experiences designing homeopathy clinical trials, and concluding with my thoughts on the place of homeopathy research in academia, and how the homeopathy profession can strengthen the foundations of homeopathy clinical research.

'Homeopathy' & 'Research': early experiences

Homeopath

After experiencing homeopathic treatment for myself and my family in my 20s, I trained as a non medical homeopath in the UK, qualifying in 1994 and set up a private practice in my local city. I then set up a private multi disciplinary complementary medicine centre and in 1999 started work as a homeopath in an NHS Menopause Clinic.

Homeopathy & research

I first connected the concepts 'homeopathy' and 'research' during my homeopathy training. The lecturer was describing the proving of the homeopathic remedy 'Belladonna' and mentioned that there were 8 people involved. I was shocked at such a small number. I knew nothing about 'provings' or qualitative research methods. I associated research with big numbers, with large quantities, i.e. the 'quantitative' world of research methodology. This lecture started me wondering about the research that underpinned homeopathy.

Gold standard trial

My next experience was as a homeopath in a double blind placebo randomised controlled trial of 'homeopathy' for patients with chronic fatigue syndrome (CFS) (1). We all knew many patients with a diagnosis of CFS who wanted treatment, yet when the trial began there were problems recruiting enough patients. Then some trial participants decided to quit the trial after the first consultation and have treatment outside the trial in order to avoid the possibility of receiving placebo. The homeopaths found it was difficult to establish strong therapeutic relationships in the context of the trial. Furthermore, at follow up appointments, if the patient was not improving we did not know if this was due to an incorrect homeopathic prescription or because the patient was receiving placebo. This frustration led some homeopaths to subvert the blinding by prescribing a homeopathic remedy that all patients with CFS would react to. Those patients who did not react were thus deemed to be in the placebo group. If we 'knew' that a patient was receiving placebo, then we focussed on helping patients using all our other therapeutic skills: nutritional advice, counselling, etc. The final trial results were that both verum and placebo groups improved, with the verum group doing better than the placebo group, but the difference between the groups was not statistically significant (1).

Questions

This particular experience left me with a number of questions: why were patients in the trial less trusting than patients normally? What was the trial testing – the therapeutic system of homeopathy, treatment by homeopaths, homeopathic remedies? (2) Should or could this trial have compared 'placebo' homeopaths versus real homeopaths alongside placebo versuss real remedies? How could this trial inform real world decision making regarding CFS and homeopathic treatment? Should there have been a 'no treatment' group included in the design? Why was this regarded as 'gold standard' research? Is there a trial design that can test routine homeopathic treatment without making patients/clinicians behave differently from how they behaved in routine healthcare?

Auditing routine practice

One condition of working as a homeopath in an NHS Community Menopause clinic was that I had to collect routine data from patients for 'audit' purposes using two forms (outcome measures) with every patient – the Kupperman Menopausal Index and Measure Your Medical Outcome Profile (MYMOP). I was very reluctant to do this – I thought it would take too much time, patients would not want to do it, patients would not get better and people would find out I was a rubbish homeopath etc. – but I did it.

Outcome measures

The Kupperman Menopausal Index was disliked by patients (it asked predefined, closed questions such as 'do you have this, that etc.' and patients found many of these questions irrelevant to them and their condition). However, patients seemed happy to fill in the MYMOP outcome measure (which used open ended questions):

"*Choose one or two symptoms (physical or mental) which bother you the most. Write them on the lines. Now consider how bad each symptom is, over the last week, and score it by circling your chosen number".*

Patient generated data

Patients generated their own priorities for treatment- it was a patient centred outcome. My colleague and I found that this one page questionnaire provided

information that was helpful to both myself and the patient. For example, patients wrote down that they had sexual problems e.g. low libido or vaginal dryness – symptoms that they had not been able to mention verbally during the consultation. MYMOP seemed to fit both our patients and us – it felt like a meaningful activity – so we 'MYMOPed' every patient consultation for 8 years.

Publishing our audit data

Later on as a trainee researcher, we analysed the data from three years of MYMOP data from this clinica (3). This publication later on was used to build the rationale for trials of treatment by homeopaths for menopausal hot flushes in the UK (3) and in India (4). I will talk later about the value of collecting routine data using patient centred outcome measures (such as MYMOP).

Academia and an apprenticeship in health research

Training

In 2003, 9 years after qualifying as a homeopath, I was lucky to obtain a funded training fellowship from the UK Department of Health. I enrolled on an MSc (Masters in Science post graduate degree) in the academic discipline of 'Health Services Research' and joined the University of Sheffield (but continued practicing as a homeopath part time).

Health Services Research (HSR)

is a relatively new discipline which has been evolving since its introduction in the late 1980s in the UK, USA and Canada. The most widely used definition of HSR comes from the American Academy for Health Services Research and Health Policy:

"Health services research is the multidisciplinary field of scientific investigation that studies how social factors, financing systems, organisational structures and processes, health technologies, and personal behaviours affect access to health care, the quality and cost of health care, and ultimately our health and well-being. Its research domains are individuals, families, organizations, institutions, communities, and populations." (AcademyHealth, 2002)

Early HSR was performed by clinicians, economists, and other social scientists who developed an interest in the field. HSR currently draws on and uses a wide range of methods from many disciplines including sociology, economics, statistics, epidemiology, psychology, history, biology, medicine, nursing, biostatistics, clinical sciences and political science.

HSR at Sheffield

The Health Services Research section was part of the Faculty of Medicine at the University of Sheffield, a well established university in the UK with a large medical school training doctors in conventional medicine (who by the way in their five years of training to become doctors, these undergraduates have a single one hour lecture on Complementary & Alternative Medicine).

Supremacy of trials

In 2004 I obtained my MSc in Health Services Research – a research training which emphasised the primacy of the randomised controlled trial (RCT) as a method of establishing a causal link between intervention and outcome. This training also emphasised the superior weight given to evidence from experimental research (RCTs) compared to non experimental (e.g. observational studies).

Systematic review – trials vs observational data

For the dissertation component of my MSc in Health Services Research I conducted a systematic review of homeopathy for menopausal and Pre Menstrual Syndrome disorders. This review identified a disparity between the observational evidence (reporting the outcomes of treatment by homeopaths) which was associated with considerable benefit, and the experimental evidence (trials of homeopathic remedies compared to placebos) which provided a confusing and poor picture of the homeopathy for menopausal problems.

Real world trials?

I wondered if it would be possible to design and conduct research into the clinical and cost effectiveness of homeopathy for menopausal hot flushes that would replicate real world clinical practice as well as use a rigorous RCT design to assess whether there was a causal link between the observed improvement and the intervention itself. Was it possible to produce 'scientific' evidence of benefit of homeopathy in the treatment of women with menopausal complaints? Was it possible to produce evidence that would justify NHS spending on our NHS Homeopathy Service at the Community Menopause Clinic in Sheffield?

My research agenda

The research question driving my PhD thesis was "*What type of clinical trial design can provide the information needed to make decisions about the provision of homeopathy in a publicly funded healthcare system?"* I took an essentially pragmatic approach to this research question; identifying four key perspectives in the UK publicly funded healthcare system – the NHS – and attempting to identify what is essential or key to each perspective if a particular clinical trial design is going to work.

Untangling the debate

The first step was to untangle the debate around homeopathy and its provision in the NHS. What was meant by the term 'homeopathy' in this debate? There are multiple meanings of the term 'homeopathy': homeopathic remedies, the principles of homeopathy, treatment by a homeopath are very different things. Treatment by a homeopath is not the same as homeopathic remedies or the therapeutic system of homeopathy, but a distinct 'complex intervention' which includes a variety of ingredients (e.g. consultational empathy, in depth enquiry into bodily complaints, disclosure by the patient, the remedy matching process, and homeopathic remedies) any or all of which may account for the effectiveness of treatment by a homeopath.

Homeopathy – remedies vs homeopaths

In the UK, 'homeopathy' has been provided free by the NHS for over 60 years, yet there is debate regarding its continuing provision. This debate focuses on the efficacy of homeopathic remedies and the cost effectiveness of the provision of homeopathy. However homeopathy in the NHS is provided by homeopaths and although they use homeopathic remedies the bulk of the cost of homeopathy is the cost of treatment by the homeopath; thus the central questions from the perspective of the NHS relates to

questions as to the clinical and cost effectiveness of treatment by a homeopath rather than the efficacy of homeopathic remedies.

Pragmatic trials of treatment by homeopaths

Therefore in order to inform the debate evidence was required of RCTs of the clinical and cost effectiveness of treatment by a homeopath – ideally pragmatic randomised controlled trials which allow the complexity and proper functioning of the intervention. I then conducted a review of systematic reviews in order to identify evidence that could be used to inform decision making regarding the NHS provision of homeopathy. Of the 150+ RCTs identified only one pragmatic RCT of treatment by a homeopath was identified which reported that treatment by a homeopath was equivalent to usual care for patients with IBS. Thus although the debate focusssed on the efficacy of homeopathic remedies, what should really be being discussed about is the effectiveness of treatment by homeopaths and there was only one relevant RCT.

Standard pragmatic RCT design

Fibromyalgia Syndrome

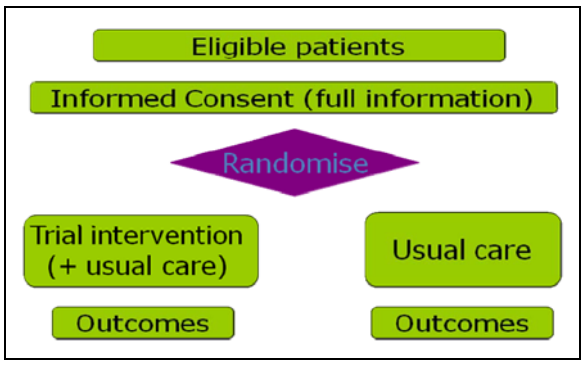
During my MSc I worked with an NHS rheumatology consultant, an NHS hospital and a homeopath on a trial of the effectiveness of 'homeopathy' for patients with Fibromyalgia Syndrome (FMS) – a chronic musculoskeletal pain disorder of unknown aetiology, characterized by widespread pain and muscle tenderness, and often accompanied by fatigue, sleep disturbance and depressed mood.

Homeopathy for FMS

There have been several RCTs of homeopathic treatment for patients with this diagnosis, both of which have shown promising initial results. Bell (5) demonstrated that homeopathic treatment is significantly better than placebo in lessening tender point pain and improving the quality of life and global health of persons with Fibromyalgia. Fisher (6) conducted a double blind randomised cross over trial with 30 patients who received the homeopathic medicine Rhus Tox or placebo. In the intervention group the mean number of tender points reduced by 25% and pain and sleep as recorded on visual analogue scales improved compared with those on placebo. Based on this evidence and other clinical evidence we hypothesise that homeopathic treatment may be efficacious in reducing pain severity and increasing quality of life in patients with Fibromyalgia.

Standard design

We decided to conduct an exploratory and pragmatic study to evaluate the comparative effectiveness of treatment by a homeopath in order to estimate parameters necessary for a definitive Phase III study. We used a standard pragmatic RCT design – comparing treatment by a homeopath (plus usual care) to usual care alone. All participants would be required to provide baseline information which would mean a visit to the hospital to fill in a detailed questionnaire and to have a tender point count (yes, patients are prodded with a stick in a number of places to test how many tender/ painful areas they have).



We obtained the necessary approvals (scientific review, NHS Research Ethics Committee approval & research governance) and began recruiting patients to the trial.

Tears and the ethics of standard pragmatic RCT designs

The research nurse expressed distress about the recruitment process – describing how after obtaining all the baseline information from patients at the hospital, she would then open the sealed envelope with their treatment allocation (homeopathic treatment + usual care vs usual care alone) and hope/pray that the patient would receive the trial treatment.

Why? Because patients only wanted to participate in the study because it meant that they might get something more than the standard treatment (which often was not very effective). Thus, half the patients in this study were disappointed that they did not receive the intervention that they wanted. So what happened? Well despite high levels of FMS patients, recruitment was slow, and there were higher drop out rates in the treatment as usual group, and considerable ethical issues – in that expectations were raised (and then dashed for half). Interestingly, the usual care group actually got worse – and we did not know if this was a record of the natural progression of the disease or because they were disappointed with not getting the treatment they wanted.

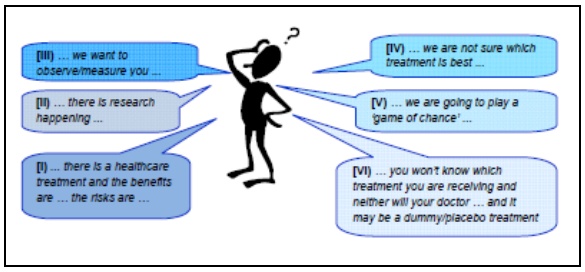
Problems with clinical RCTs

As I studied RCTs I found that it wasn't just homeopathy trials that had problems. I found that (i) the majority of randomised controlled trials (RCTs) had problems recruiting sufficient numbers of patients (7), with many trials closing prematurely due to slow recruitment; (ii) the profile of those recruited was often different (healthier, younger, less ethnic minorities, better off etc.) to the eligible treatment population, i.e. the population to whom the results would be generalised; and (iii) recruitment to trials was usually expensive and slow.

Deconstructing informed consent: the patient perspective

My early experiences as a homeopath in the CFS homeopathy trial (1) highlighted for me the importance of what patients were told when being recruited to research. So I started to explore what happened. Standard informed consent procedure for RCTs provides **all** potential trial participants with **full** information **prior** to participation in the trial and randomisation i.e. regardless of their eventual group allocation.

In plain language, we see that this information provides potential participants with at least six different key messages:

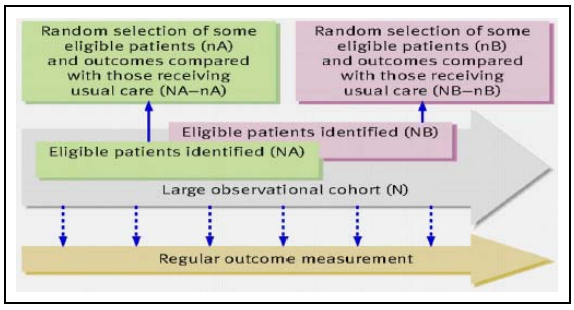


Patients are told that [I] *'there may be a treatment available for you ... 'regardless* of whether they are allocated to the treatment being trialled. Patients are also given the messages that [II] there is research happening and [III] and that the researchers want to collect information. If the study design is a randomised controlled trial then clinicians also admit to [IV], not knowing which treatment is best and that treatment allocation (treatment as usual / new treatment / placebo treatment) will be decided by chance [V]. On top of this, in placebo RCT designs, patients are told [VI] that they may receive a placebo but they won't know whether they do or not. Each of these messages is dissonant with the types of messages provided in routine healthcare, and with the establishment of the therapeutic relationship.

"Cohort multiple RCT design

In collaboration with my supervisor Professor Jon Nicholl (a national expert on RCT design), we created an RCT design to address the research question – *what is the clinical and cost effectiveness of treatment by a homeopath for women with menopausal hot flushes who cannot take HRT?*. Professor Nicholl was keen to explore the idea of trials that were embedded within long term observational cohort studies and I wanted an RCT design where real world healthcare was uncontaminated by the research design – that is to say patients were not told about treatments that they might not then get, nor were they told that their treatment would be decided by chance (the toss of a coin). Thus we co-created and piloted the innovative 'cohort multiple RCT' design (partly derived from the randomised consent design (8), obtained the necessary approvals and approached 1200 women aged 45 - 65 to fill in a questionnaire about the 'midlife health'. We eventually identified 48 women with severe/ frequent menopausal hot flushes and randomly selected 24 to be offered treatment by a homeopath. 17/24 agreed. Information on all 48 patients was obtained before random selection to group and at the end of the trial. The design was published in the BMJ (9).

"Cohort multiple RCT" design BMJ publication



Once the design was published, we then published the hot flush RCT (9). Over the last two years a number of researchers have started using the design (and have obtained funding from the UK and Canadian Departments of Health). The design is being used to conduct clinical trials of a range of interventions (including acupuncture, pharma drugs, behavioural interventions etc), and in a range of conditions (depression, obesity, falls in the elderly, Irritable Bowel Syndrome (IBS), prevention of Cardio Vascular Disease etc.). A number of other researchers in the UK and Canada are planning to use the design to conduct research into the management of localised prostate cancer, suicide prevention in young at risk adults etc.

While I was studying I was supported by the Department of Health funding for my PhD fellowship and was allowed a free rein to pursue my research interests in homeopathy. Once my fellowship was over, I was then given the opportunity to implement the cohort multiple RCT design for a wide range of long term health conditions including obesity. We created the South Yorkshire Cohort http://clahrc-sy.nihr.ac.uk/south-yorkshire-cohort.html. This is a large recruitment (and trials) facility comprising 22,715 adults from the South Yorkshire population who have provided baseline data, consent to be contacted again, consent to have their data used comparatively and consent for access to their routine health records. This now provides a recruitment facility for multiple trials in multiple long term conditions.

Challenge of funding homeopathy research

Alongside this design work, I sought funding to conduct further research into homeopathy. With the cmRCT design work for obesity and long term conditions research I was given the opportunity to develop my skills in research design and protocol writing and grant funding applications. Despite support from key academics in the field of CAM research (including Professor Kate Thomas) obtaining funding to conduct homeopathy research is extremely challenging. The reasons for this are multiple – three of the reasons are briefly discussed here: (I) the socio-cultural context of homeopthy in the UK, (2) lack of clinician researchers in UK academic settings and (3) lack of routine outcome data on the homeopathy profession.

(1) The socio-cultural context of homeopathy

Just after I started my PhD the Lancet journal ran the front page headline *"Now doctors need to bold and honest with their patients about homoeopathy's lack of benefit",* with a long and virulent editorial 'heralding the end of homeopathy' (10). This signalled the start of a sustained and concerted campaign of attack against homeopathy in the UK – all aspects – the homeopathy profession, the professional training of homeopaths in UK universities, the selling of homeopathic remedies in pharmacies in the UK, the existence of homeopathy in the NHS and homeopathy clinical research etc. It was an interesting time to be a novice homeopathy researcher in a UK university which trained conventional medical doctors. I realised that my profession was becoming stigmatised with the poor quality study (11) often cited as proof that 'homeopathy' did not work.

(2) Lack of clinician researchers in acad. settings

One way of increasing homeopathy research in academic settings is to provide support/fellowships/ studentships for homeopaths to undertake postgraduate training – Masters and PhDs. We have been able to obtain funding from various sources for PhDs studentships for practising homeopaths (University Faculty studentships, private funding, Homeopathy Research Institute funding) which has been fantastic.

(3) Lack of routine data

There are new areas where significant amounts of research funding being provided and calls for new ideas, new interventions in these challenging areas i.e. obesity, dementia, alzheimers etc. – areas where the cost to society in the next 10 – 50 years is going to be significant. Frustratingly, my research colleagues and I have often not been able to put in bids for research funding as we have no routine data to report (published or unpublished). Over the last few years, my colleagues and I have been developing a programme to improve communication between all stakeholders in homeopathy – patients, healthcare professionals, researchers, media and homeopaths. This programme is called 'Making Cases Count' and consists of a team of homeopathy researchers who provide support and guidance to homeopaths to help them select validated outcome measures (such as MYMOP) so that they can collect routine data (numbers and words) from patients and then analyse the results and write reports and communicate this information to other stakeholders (patients, healthcare providers and insurers, researchers etc., using a credible language that is easily understood and homeopaths (in the UK) are supported with prizes for the best reports. For more information see: http://www.makingcasescount.org/

Conclusions

Confusion in the exisiting evidence

Much of the published homeopathy research which is regarded as high quality relates to double blind RCTs of homeopathic remedies. The cost of homeopathic remedies is minimal, but the cost of treatment by homeopaths is signficant. Therefore, in order to inform debates about the provision of homeopathy in publicly funded healthcare systems such as the NHS or healthcare insurance reimbursement of homeopathy, then research relating to treatment by homeopaths is of greater relevance. However, there is very little 'high quality' i.e. RCT evidence of treatment by homeopaths.

Appropriate RCT design

RCTs of treatment by homeopaths should ensure that the patient and clinician/homeopath experiences are not altered by the RCT design, thus alternative RCT designs should be considered (12).

More homeopaths in academia

In order to generate relevant high quality evidence, more academic homeopaths are required. However, identifying funding for homeopathy research is very challenging at the moment. One cost effective way to fund this research is to provide support/fellowships/ studentships for homeopaths to undertake postgraduate training – Masters and PhDs – in academic settings. We need to encourage and support homeopaths to enter into research – public health, health economics and decision science, health services research, health policy etc.

Routine data collection

In order for respond to calls for research into areas which many find challenging then access to routine patient data is vital. Homeopaths must be trained, supported, and rewarded for collecting and publishing routine data on the clinical practice.

Bibliography

1. Weatherley-Jones E, Nicholl J, Thomas KJ, et al. (2004), 'A randomised, controlled, triple-blind study of the efficacy of homeopathic treatment for Chronic Fatigue Syndrome trial', Journal of Psychosomatic Research, 56,189-197.
2. Relton C, O'Cathain A, Thomas KJ. Untangling the debate. *Homeopathy* 2007 92: 152-155.
3. Relton, C., Weatherley-Jones, E. (2005), 'Homeopathy service in a NHS community menopause clinic: audit of clinical outcomes', Journal of the British Menopause society, 11, 2, 72-3.
4. Nayak C, Singh V, Singh K, et al. Management of Distress During Climacteric Years by Homeopathic Therapy. Journal of Alternative and Complementary Medicine. 2011, 17(11): 1037-1042. doi:10.1089/acm.v 2010.0301.
5. Bell IR et al. Improved clinical status in Fibromyalgia patients treated with individualised homeopathic remedies versus placebo. Rheumatology 2004.
6. Fisher P, Greenwood A, Huskisson EC, et al. Effect of homeopathic treatment on fibrositis (Primary Fibromyalgia). Br Med J 1989; 299: 365–366.
7. Campbell, M. (2007), 'Recruitment to randomised trials: Strategies for trial enrolment & participation study (STEPS)' http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/project/1564.asp
8. Zelen, M. (1979), 'A new design for randomized clinical trials' New England Journal of Medicine, 300, 1242-5.
9. Relton C, Torgerson D, O'Cathain A, Nicholl J. Rethinking pragmatic RCTs: introducing the 'cohort multiple RCT' design. *BMJ* 2010 340:c1066.
10. Horton, R. (2005), 'The end of homoeopathy', Lancet, 366, 9487, 690.
11. Shang, A., Huwiler-Muntener, K., Nartey, L. et al., (2005), 'Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy', Lancet, 366, 9487, 726-32.
12. Relton C, O'Cathain, Nicholl J. A pilot 'cohort multiple randomised controlled trial' of treatment by a homeopath for women with menopausal hot flushes'. Contemporary Clinical Trials (2012).

Dr Clare Relton

I originally studied Philosophy at the University of Newcastle upon Tyne, UK, and then worked in management training/personal development. After having my sons, I worked as a homeopath for 15 years. I joined the University of Sheffield (ScHARR) in the UK in 2003 when I was awarded a Department of Health Pre Doctoral Training Fellowship. I then obtained an MSc in Health Services Research and PhD in pragmatic clinical trial design. I have been in the Public Health section of ScHARR since 2009. I currently am leading/facilitating a number of projects in the field of public health.

For more information please go to:
Sheffield School of Health & Related Research (ScHARR), Faculty of Medicine, University of Sheffield, UK
http://www.shef.ac.uk/scharr/sections/ph/staff/profiles/clare

Andreas Holling (Münster, D), Klaus Roman Hör (Waldmünchen, D), Anton Rohrer (Großlobming, A) und Anne Sparenborg-Nolte (Marburg, D)

Pflanzenverwandtschaft und Arzneigruppenbildung – welche Rolle spielt die Herkunft einer Arznei bei der Arzneimittelwahl?

Abstract

Definitiv gibt es gemeinsame Symptome innerhalb einer Pflanzenfamilie. Aber was fangen wir damit an? Durchaus unübersichtliche Kontroversen gibt es über die Frage, ob es eine Verschreibung nach Familien geben kann und wie man die Charakteristika einer Familie identifiziert. In Impulsvorträgen und einem Seminar haben vier Referenten aus der Sicht ihrer jeweiligen Herangehensweise dargestellt, welche Rolle die Verwandtschaftsbeziehungen von Mitteln bei Verschreibungen spielen.

In dem Seminar wurde auch diskutiert, wie die jeweiligen Aussagen methodisch begründet werden:

- Welchen praktischen Nutzen haben die unterschiedlichen Sichtweisen für die Kollegen in der Praxis?
- Gibt es Ansätze, um die erkennbaren methodischen Differenzen zu klären? Wenn nicht sofort, dann wenigstens als Perspektive?
- Welche Rolle spielen Hypothesen über Mittel und die Verifikation durch erfolgreiche Verschreibungen?
- Welche Generalisierungen und Extrapolationen der Materia Medica sind methodisch in welcher Weise begründbar?

Diskutiert wurden diese Fragen u. a. am Beispiel der lilienartigen Gewächse – dazu gehören Colchicum autumnale, Helonias dioica, Lilium superbum, Lilium tigrinum, Paris quadrifolia, Sabadilla officinarum, Sarsaparilla officinalis, Veratrum album, Trillium pendulum und Xerophyllum tenax.

Andreas Holling vertritt die Sankaran-Methode, Klaus Roman Hör die Technik von Mangialavori, Anton Rohrer die genuine Sichtweise und Anne Sparenborg-Nolte die Fallanalyse nach Kent.

Impulsreferate

Andreas Holling

Welche Rolle spielt die Herkunft einer Arznei? Empfindungsmethode / Systematische Homöopathie nach Sankaran (vgl. Beitrag und Vita in diesem Band, 31 ff.)

Dr. med. Klaus Roman Hör

Konzept der Pflanzenfamilie(-verwandtschaft) und ihre Auswirkung auf die Arzneimittelwahl bei M. Mangialavori (vgl. Beitrag und Vita in diesem Band, 35 f.)

Dr. med. Anton Rohrer

Konzept der Arzneiverwandtschaft in der Genuinen Homöopathie (vgl. Vita in diesem Band, 49)

Dr. med. Anne Sparenborg-Nolte

Von der Arzneisubstanz zur Wirkung der homöopathischen Arznei (vgl. Beitrag und Vita in diesem Band, 37 f.)

Andreas Holling, Klaus Roman Hör, Anton Rohrer und Anne Sparenborg-Nolte. Pflanzenverwandtschaft und Arzneigruppenbildung. ICE 12. Köthen (Anhalt) 2012. www.wisshom.de. 2013.

Andreas Holling (Münster in Westfalen, D)

Welche Rolle spielt die Herkunft einer Arznei? Empfindungsmethode / Systematische Homöopathie nach Sankaran

Hahnemann hatte zwei Haltungen, die sich in seinen Wahlsprüchen ausdrückten: „Aude sapere“ (zu verstehen als „Wage es, deinen eigenen Verstand zu benutzen“) und fast gegenteilig: „Macht’s nach, aber macht‘s genau nach.“ Genau in diesem Spannungsverhältnis befindet sich die Homöopathie – und nicht nur die Homöopathie. In vielen gesellschaftlichen Gruppen gibt es Richtungen mit einerseits stärkerer Innovation, in der man das Gegebene in Frage stellt und man eigenem, manchmal neuem Denken und Wahrnehmen vertraut, und andererseits eine konservative Richtung, bei der das Bewahren des Bewährten im Vordergrund steht.

Einleitung

Schon C. M. F. von Bönninghausen führte etwas Neues ein – ihn kann man als „Erfinder des Allgemeinsymptoms“ bezeichnen:

„ *...dass* ***das Charakteristische*** *sich nie in einem einzelnen, auch noch so vollständigen Symptome ausspricht, [...], und dass* überhaupt ***der Werth oder Unwerth der meisten Zeichen erst durch mühsame Vergleichung des Ganzen****, [...], aus der blossen reinen Arzneimittellehre* ***beurtheilt werden kann****.“ [Bönninghausen, Vorwort TTB]*

Bönninghausen hat erstmals beschrieben, dass sich einige Genius-Symptome wie ein roter Faden in der Reihe der Symptome durchziehen. C. M. Boger hat Bönninghausens Arbeiten weitergeführt.

Rajan Sankaran hat als Schüler von S. R. Phatak seine Entdeckungen von dieser Basis aus gemacht. Das Folgende bezieht sich auf die Neuerungen Sankarans: Im ersten Schritt wurden die psychischen Symptome, welche sich ab den 80er Jahren weltweit im Focus der innovativen Lehrer befanden (G. Vithoulkas, J. Becker, M. Mangialavori, J. Scholten), auf einen möglichen roten Faden hin erforscht. Diese waren bei Bönninghausen und Boger noch nicht verallgemeinert worden.

Über die Wahnidee zur Empfindung

Die erste Hypothese war, dass sich psychische Symptome mittels des roten Fadens der „Wahnidee“ auf einen Nenner bringen ließen. Der nächste Schritt war, Arzneien nach ihrer natürlichen Verwandtschaft zu gruppieren und zu studieren. Das gelang zunächst gut bei den mineralischen Mitteln (Metalle, Säuren etc.).

Das gleiche Vorgehen auf Pflanzen zu übertragen misslang. Erst mit der **Entdeckung der gemeinsamen Empfindungen der Pflanzenfamilien** um das Jahr 2000 wurde dies möglich. Die Analyse lief über groß angelegte Symptomenvergleiche – überwiegend mit Hilfe von Software (MacRepertory) – erste Hypothesen wurden mit Materia Medica und klinischen Fällen abgeglichen.

Das Ergebnis war, dass es in der Regel nicht möglich war, einen gemeinsamen Nenner in den psychischen Symptomen innerhalb einer Pflanzenfamilie zu finden. Es waren die Empfindungen (z. B. Verletzung für die Compositae), welche eine viel grundlegendere Rolle spielten. Psychische Symptome konnten als sekundäre Phänomene einer primären Empfindung verstanden werden.

Mit dieser Entdeckung begann Sankaran, Ebenen des Erlebens zu unterscheiden. Darin spielte die sehr archaische und allem zugrunde liegende Vital-Empfindungsebene eine große und neue Rolle.

Hier erlebt der Patient zentrale Empfindungen, welche schwer zu verbalisieren sind (weil vorsprachlich, „vormenschlich“). Hier wird die Beobachtung der Gesten und der Körpersprache des Patienten sinnfällig und zu einem Schlüssel des Verständnisses. Mit der Ermittlung einer dominanten (Vital-)Empfindung schließen sich fast alle (besonders auch die auffälligen) Symptome kohärent auf und weisen auf ihren gemeinsamen Nenner. In dem (unbewussten) Erleben der Empfindungsebene können Patienten manchmal sehr eindrucksvolle und völlig irrationale Details ihres Erlebens zum Ausdruck bringen. Hier (aber nur hier!) können direkte Hinweise („source language“) auf das heilsame Mittel zum Ausdruck kommen

Das sind Bezüge zur Natur der Ausgangssubstanz, die wegen ihrer merkwürdigen und auffälligen Spezifität meist nicht repertorisierbar sind, obwohl sie alle Kriterien des § 153 des Organon in höchstem Maße erfüllen. Diese Goldkörner im sensiblen Wahrnehmungskosmos des Patienten können nun zusammen mit den neuen Erkenntnissen Sankarans genutzt werden. Sie sind jedoch nur im Zusammenklang mit den anderen Symptomen des Falles für eine Verschreibung zu verwerten.

Dieses Vorgehen, das sich hier in dem kurzen Beitrag nicht ausführlich genug darstellen lässt, hat sich bei mir und zahlreichen sehr erfahrenen und jahrzehntelang tätigen Kollegen (Anne Schadde, Willi Neuhold, Jayesh Shah, Roger Morrison, Annette Sneevliet – um nur einige zu nennen) vielfach in der täglichen Praxis bewährt. Insbesondere konnten damit schwierige Fälle, die bis dahin nur partiell auf die homöopathische Therapie reagierten, gelöst werden.

Beispiel Liliales – Lilienähnliche Pflanzen

Im Folgenden wird an dem Studium der Liliales – (Lilienähnliche Pflanzen) – gezeigt, welcher rote Faden durch die Arzneifamilie läuft und daher als übergeordnete Kategorie zum Auffinden und Verstehen der Mittel geeignet ist.

Die durchgehenden Motive finden sich im Bereich der Empfindungen. Der Ausgangspunkt der Untersuchung ist eine Suche im Repertorium mittels der Software MacRepertory. Damit kann man z. B. alle

Rubriken finden, die nicht mehr als 40 Mittel haben und welche mindestens 3 Liliales beinhalten. Aus dieser fast „statistischen“ Forschung fand Sankaran eine Häufung einer bestimmten Empfindung: **Druck nach unten, Völle, Schwere**

Weitere gemeinsame Empfindungen waren:

eingeengt, gequetscht, festgemacht, gedrückt, gewürgt, verwickelt, unterdrückt, gezwungen, Einengung der Körperöffnungen

Zusätzlich wurden Geistes- und Gemütssymptome betrachtet:

Besserung durch Bewegung, durch vermehrte Aktivität – oder durch Wunsch nach Aktivität, Besserung durch „sich erschöpfen“ (auspowern), **muss gehen**, Drang zu **hüpfen**, zu **rennen**, aus dem Bett zu steigen, zu **entkommen**, ängstliche Sorge treibt ihn **von Ort zu Ort**, beschäftigt, **gebessert durch Aufstehen** aus dem Bett oder aus einem Sessel, **als müsse sie fliegen, hält sich fest**. Allgemein **viel Aktivität** – aber keine Empfindung.

Daran schloss Sankaran eine Untersuchung einzelner Arzneien an:

Lilium tigrinum [bei Phatak]
Charakteristika: **voll, Völlegefühl, Gefühl von Schwere oder Auspressen in Uterus, Ovarien, Herz usw.**

Dann suchte er nach dieser oder einer ähnlichen Empfindung bei anderen Mitteln:

Sarsaparilla
Baucheingeweide fühlen sich anfangs an, als würden sie zusammengezogen, dann, als würden die Gedärme **hinausgepresst** [Hahnemann]

Helonias
Hitze oder Druck nach oben im Scheitel, als sei der Schädel **zu voll** [Phatak]

Paris
Schmerz, als würden die Ohren **hinausgedrückt** oder mit einem Keil gewaltsam **auseinandergebracht**; ... [Phatak]

Aloe
Stuhl wird **hinausgepresst**, oder **zurückgehalten** [Allen, Encyclopedia]

Lilium tigrinum
dass sie verrückt werde, falls sie sich nicht an sich selbst **festhalte** [Lil-t.]
ausgeschlossen sein: Gefühl von Im-Stich-Gelassensein; Angst vor dem Alleinsein, Kind möchte, dass **seine Mutter es an der Hand hält**
muss sich beschäftigt halten, um sexuelle Begierde zu unterdrücken (**muss festhalten, sonst entkommt es**)

Sabadilla
Wahnidee, zu **fallen**, dass sie falle, wenn sie sich nicht an etwas **festhalte**
Schwindel: **festhalten** an etwas, muss sich
springt aus dem Bett und rennt ungestüm umher
Drang, **aufzuspringen** und ungestüm umher zu rennen

Helonias
Hände **halten** den Bauch: Drang dazu, dass

Veratrum album
Schwindel: **festhalten**, muss sich an etwas
Arm Zittern, versucht sich an allem **festzuhalten**
wild, tanzt umher, **muss gehalten werden**
Delirium: Bett, **springt** plötzlich aus dem Bett und entflieht
Flucht, Versuche zu entkommen; Haus, möchte aus dem Haus **heraus**
Impulse, krankhafte: **herumzurennen**, Dromomanie
Träume: vom **Herumspringen**
Gewalttätigkeit ... jagt die Familie aus dem Haus

Agraphis
aus einem Fall: muss **gehalten** werden; schlief besser, wenn **eingewickelt**, möchte nicht eingeengt, behindert sein

Paris
nach einer Stunde Empfinden im ganzen Kopf, wie **hinausgeblasen**, oder als seien Schläfen und Augen **von innen nach außen gepresst**. [Hughes]
springt von einem zum nächsten Thema; redet einfach nur um des Redens willen
Neigung, andere mit Grobheit und Verachtung zu behandeln

Veratrum viride
springt plötzlich aus dem Bett und entflieht
möchte im Bett bleiben; weigert sich aufzustehen und sich anzuziehen ...

Trillium pendulum
Träume von **Schlittenfahrten (? sich festhalten?)**
Besserung durch festes Bandagieren

[Literaturquellen zu den angegebenen Symptomen: vgl. Rajan Sankaran, Einblicke ins Pflanzenreich. Band 1 und 2: 2003, Band 3: 2008]

Hypothese der zentralen Empfindung

Aus dem Gefundenen hat *Sankaran* nun eine zusammenfassende Hypothese der zentralen Empfindung erstellt:

Gefühl von Hinauspressen, Gequetschtsein – wie eine Zahnpasta, die aus einer Tube gequetscht wird.
Das Gegenteil sollte auch da sein: festes Zurückhalten
also Hinauspressen und Zurückhalten

Hinweis auf die körperliche und psychische Charakteristik von *Lilium tigrinum: „Female Sexual Organs: Bearing down, with sensation of heavy weight and pressure in uterine region, as if whole contens would press out through vagina; > by pressure of hand against the vulva* [Clarke]

Psychisch? Was wäre wohl die Reaktion darauf, sich hinausgezwängt zu fühlen? Antwort: Man wird versuchen, sich festzuhalten. Psychische Symptome zum Thema Festhalten:

Lilium tigrinum
Angst davor, alleine zu sein; Kind **möchte dass seine Mutter es and der Hand hält** [Complete]

Sabadilla
Wahnidee vom **Fallen**, davon, dass sie fiele, **wenn sie sich nicht an etwas festhielte** [Complete]

Veratrum album
Wildheit ... muss **gehalten** werden [Hering]

Hypothese: Gefühl des Ausgeschlossenwerdens und der Wunsch zum Integrierteren

FESTHALTEN – HINAUSDRÄNGEN

innere Organe hinaus gezwängt
zusammenschnürende Schmerzen: Herz, Kopf, Brust, Uterus
drückend wie Last
Öffnen und Schließen
Umklammern

Die Liste der zu den Liliales gehörenden homöopathisch relevanten Mittel:

- *Veratrum album*
- *Lilium tigrinum*
- *Crocus sativus*
- *Colchicum autumnale*
- *Paris quadrifolia*
- *Sabadilla*
- *Sarsaparilla*
- *Helonias*

Thema Religiosität

Zweifel am eigenen Seelenheil (Lil-t., Verat., Croc.)
Wortbedeutung: Rückverbindung, Rückhalt – als Adam und Eva gehorsam waren, waren sie integriert – dann hinausgeworfen, vertrieben, hinausgedrängt.
Religion vermittelt ein Gefühl von Zugehörigkeit und Einbezogenheit.

Das Gegenteil davon ist: ausgeschlossen, ausgestoßen, exkommuniziert.

Das psychische Hauptgefühl von *Lilium tigrinum* kann man vielleicht folgendermaßen formulieren: „Falls ich meinem Sexualtrieb nachgebe, dann werde ich ausgeschlossen – also muss ich ihn unterdrücken."

Veratrum album
Wahnidee, er sei in Kommunikation mit Gott – Selbstgefälligkeit, Angeberei, Zurschaustellung ... Festhalten an der verlorenen Position

Paris
kompensatorisches Verhalten, Aufmerksamkeit auf sich lenken zu wollen, Selbstgefälligkeit – in einem Fall: mit Gott zum Essen ausgehen

Colchicum
empfindlich für schlechtes Benehmen

aus einem Fall *Crocus*
sie war Herz und Seele einer Party

aus einem *Sarsaparilla*-Fall
Mutter muss ihre Tochter (Patientin) zwingen, zu Parties zu gehen

ZUSAMMENFASSUNG:

DAS BEDÜRFNIS NACH ANSCHLUSS AN DIE GRUPPE ODER DIE GESELLSCHAFT ODER DIE RELIGION KÖNNTE DER GRUND FÜR DAS AUFMERKSAMKEITSHEISCHENDE VERHALTEN SEIN.

Aufmerksamkeitsheischendes Verhalten als Lebhaftigkeit, Selbstgefälligkeit, Geschwätzigkeit ...

Gefühl, etwas Besonderes zu sein – die Gegenseite zum Draußenstehen und Ausgeschlossensein.

Beispielfall von Rajan Sankaran

Patientin, akute depressive Episode mit Suizidversuch

Angst, ängstliche Sorge.
Habe alles, bin trotzdem unglücklich.
Habe Familie, Ehemann, Kind, bin trotzdem unglücklich.
Möchte da **herauskommen**.
Bekomme Kopfschmerzen, als würde mir der **Kopf gespalten.**
...
In meinem Magen habe ich ein Gefühl wie ein Loch, Angst.
Dauernde ängstliche Sorge, dass etwas passieren könnte.
(Die Patientin hat **ruhelose Finger.** Kaut an den Fingernägeln.)

P: Die Beine zittern. Etwas ist ganz **eilig**. Als sei jemand im Krankenhaus und stürbe im nächsten Moment, soviel Angst ist da.

A: In welcher Situation haben Sie Schrecken am stärksten erlebt?
P: Wenn mein Mann seine Beherrschung verliert, dann habe ich großen Schrecken – 20 Jahre Ehe. Mein Mann wurde sehr aggressiv. Er ist schnell zornig. Er brüllt laut herum, schreit und schimpft: "Du kannst überhaupt nichts! Wenn ich sterbe, landest du auf der Straße."
Er hatte mich so sehr in Schrecken versetzt, dass ich überhaupt nicht mehr mit irgendjemandem reden konnte.

A: Wenn er brüllt, was passiert dann?
P: Dann sitze ich im Badezimmer, aber für wie lange?
Werde kalt, bekomme Panik.
Kalte Hände.

A: Und was passiert, wenn Sie auf der Straße sitzen würden?
P: Dinge ändern sich im Verlauf der Zeit. – Jetzt lebe ich gut.

A: Und was passiert dann?
P: Ein Leben in **Armut**. Keine Freunde mehr. Von dem Bild wird nichts mehr übrig sein.
Ich habe mir **teure** Klamotten gekauft. Wenn es mir schlecht geht, **kaufe** ich immer viel ein.

A: Träume?
P: Traum von einem Schrecken: **Ich falle** und möchte mich an etwas **festhalten**.
Plötzlich stehe ich auf – und sehe, von wo ich herabfalle, vom sechsten Stock.
Vor der Hysterektomie hatte ich den Drang nach körperlicher Liebe. Ich habe Träume von Sex – von körperlicher Liebe.
…
P: Sorge und Angst, **nicht erwünscht zu sein**.
Demotiviert zu werden.
(Patientin macht eine wegwerfende Geste mit der Hand.)

Im Prinzip bin **ich nicht erwünscht und ungeliebt.**
Meine Eltern haben sich mehr um meinen Bruder gesorgt.
(Geste: „raus und weg")

Zwei Monate nach *Veratrum album*

Ich fühle mich wohl.
Ich schlafe gut.
Habe keine Kopfschmerzen.
Bin 80-90% ruhiger.
Habe einen vollkommenen Schlaf.
Keine Träume.
Bin völlig leer, blank.
Ich wache auf und bin erfrischt.
Früher hatte ich Träume, die mich quälten.
Meine Stimmung ist viel besser – 80-90%.

Ein Jahr später

Ich fühle mich deutlich besser.
Habe keine Kopfschmerzen, nur seit einer Woche leichte Schmerzen.
Geben Sie mir etwas, um meine Nerven zu beruhigen. Um mich ruhig zu machen.
Früher konnte ich mich nicht wehren. Jetzt bleibe ich gelassen.

Fazit

- Die Homöopathie ist **alt.** Sie hat ihre Wurzeln in der **Empirie**, den unmittelbaren **Phänomenen** der Erkrankung. Der Mensch hat ein natürliches Bedürfnis, **wissenschaftlich** tätig zu werden, Muster zu erkennen, seine Wirklichkeit ständig zu konstruieren und diese Konstrukte mit der Erfahrung abzugleichen – schon Bönninghausen hat damit angefangen.
- Die sogenannten modernen Methoden kreieren **vielfältige Modelle und Werkzeuge, das wirksamste Mittel zu finden** – die Validität dieser Methoden und Hilfsmittel beweist sich nur am **konkreten Erfolg beim Patienten**.
- Damit die Homöopathie sich nicht weiter in Schulen **aufspaltet**, sondern **Neues integriert** werden kann und neue Standards entstehen, müssen wir viele Gelegenheiten schaffen, in denen **wir uns gegenseitig zuhören.**

Andreas Holling

Arzt für Allgemeinmedizin, Homöopathie; seit 1986 homöopathische Privatpraxis in Münster in Westfalen

- Ausbildungen bei J. Künzli, H. Gerd-Witte, J. Becker, G. Lang, G. Vithoulkas, J. Scholten, J. Shah, R. Sankaran
- langjährige Ausbildungstätigkeit für die Zusatzbezeichnung Homöopathie in Münster
- Autor der HomöoQuest-Lernkartei
- ab 1992 intensive Ausbildung bei Jayesh Shah
- ab 2001 bei Rajan Sankaran in Bombay (6 Clinical Workshops 2001-2008)
- seitdem überwiegende Anwendung der Sankaran-Methode in der eigenen Praxis
- regelmäßige Seminare über die neue Methode in Münster, Kassel, München, Freiburg, Aarau, Mönchengladbach, Berlin, Kiel
- Leitung des 3-Jahres-Kurses Systematische Homöopathie nach Sankaran
- Mitveranstalter der Münchener Sankaran-Tage
- auf Scholten und Sankaran aufbauend Entwicklung eines eigenen Konzeptes zum Periodensystem der Elemente (Dimensionen)

Kontakt: andreas@praxisholling.de
Website: www.praxisholling.de

Andreas Holling. Welche Rolle spielt die Herkunft einer Arznei? Empfindungsmethode / Systematische Homöopathie nach Sankaran. ICE 12. Köthen (Anhalt) 2012. www.wisshom.de. 2013.

Klaus Roman Hör (Waldmünchen, D)

Massimo und die Lilien
Pflanzenverwandtschaft und Arzneigruppenbildung

Massimo Mangialavori initiierte die „Komplexe Betrachtungsweise“ der Homöopathika: Er studiert den Ausgangsstoff, er analysiert physikalisch-chemisch alle Bestandteile. Aber auch und gerade Elemente aus der Mythologie, der Philosophie, der Analogie und Symbolik, der Alchemie, der empirischen Medizin und weiteren Bereichen fließen in seine Studien ein. Das große Verdienst Mangialavoris ist es jedoch, sich von den Einzelsymptomen abzuwenden und Themen zu definieren, die ein Mittel oder eine Mittelgruppe unverwechselbar kennzeichnen.

Dottore Massimo Mangialavori, Jahrgang 1958, kann trotz seiner relativen Jugend auf ein abwechslungsreiches und sehr interessantes Leben zurückblicken. Geboren in Neapel, sollte er – protegiert von seinem bekannten, chirurgisch tätigen Onkel – Herzchirurg werden.

Doch der Eleve fühlte sich unwiderstehlich von magischer Medizin und Schamanismus angezogen und fand Aufnahme in einer Art Hochschule für Schamanismus in den südamerikanischen Anden, wo er tiefgreifende Erfahrungen sammeln durfte, die sein gesamtes Denkgebäude veränderten. Der kolumbianische Arzt Dr. Hermann Duke führte ihn in die Homöopathie ein.

Zurück in Italien, verließ er den Karrierepfad, studierte Homöopathie, chinesische Medizin und Diätetik. Zunehmende Zweifel an der europäischen Homöopathie mit Polychresten regten seinen Forschergeist an und er begann, sogenannte „Kleine Mittel“ zu studieren, über die wenig bis nichts bekannt war.

Anstatt aber AMPs damit anzustellen, initiierte er eine sogenannte **„Komplexe Betrachtungsweise“** der Homöopathika.

Darunter versteht er die Berücksichtigung a l l e r Kenntnisse über ein Mittel. Er studiert den Ausgangsstoff. Er analysiert physikalisch-chemisch alle Bestandteile. Aber auch und gerade Elemente aus der Mythologie, der Philosophie, der Analogie und Symbolik, der Alchemie, der empirischen Medizin, der Volksheilkunde, der Biologie, Mineralogie, Toxikologie und vor allem der Anthropologie fließen in seine Mittelstudien ein. Letztere ist für ihn nachgerade entscheidend, da jedes Mittel in seiner Sichtweise ein kleines, aber vollständiges anthropologisches Modell darstellt.

Bezogen auf unsere **Lilienthemen** bedeutet das folgendes:

Die Mythologie berichtet uns, dass die Göttin Aphrodite in ihrer Eifersucht auf die Schönheit der Lilie ihr einen hässlichen, übergroßen Eselsphallus einpflanzte, um sie zu entstellen.

Massimo findet als ein fundamentales Thema die Eigenschaft, sich sehr nett, zuvorkommend und sympathisch zu zeigen, aber im Inneren etwas Abstoßendes, Hässliches zu spüren, das die Patienten unbedingt loswerden wollen – sei es Stuhl, Auswurf, Schweiß oder quälendes Gedankengut.

Die auffallende Schönheit macht Lilien zum religiösen Symbol der Jungfräulichkeit, Unbeflecktheit, Makellosigkeit, Reinheit, ja Heiligkeit.

Die **Lilienpatienten** bei Massimo klammern sich überwiegend an Religion, an Gott, der ihnen Kraft zum Ertragen ihres Leidens geben kann und soll. Sie unterwerfen sich dem Willen Gottes: „Dein Wille geschehe.“

Lilien wachsen gern auf schwefelhaltigem Boden. Die Alliaceen z. B. sammeln sehr viel Schwefel in ihrer Zwiebel. Der Schwefel wird mit dem Diabolus assoziiert, dem Verführer zur Sünde – dem Teufel.

Massimos Lilienpatienten zeigen eine deutliche Ambivalenz zwischen ihrem aufrichtigen Charakter, ihrem sympathischen Wesen, ihrem loyalen Verhalten und einem gestörten Verhältnis zu ihrer Sexualität, mit Masturbationsneigung, lasziven Gedanken und Phantasien, Triebhaftigkeit und daraus resultierenden Schuldgefühlen, Selbstverachtung und Selbstentwertung, moralischen Bedenken und neurotischen Verwerfungen mannigfacher Art.

Als Heilpflanzen der Volksmedizin wurden sie bei traumatischem Gewebeverlust über Jahrhunderte hinweg erfolgreich eingesetzt.

Massimo stellt in den Live-Events all seiner Lilienpatienten einen schwerwiegenden Verlust fest, meist durch den Tod eines innig geliebten Menschen. Sie fühlen sich wie amputiert und tatsächlich kann er von einer guten Wirkung von Lilienmitteln beim sogenannten Phantomschmerz berichten.

Die lautere Reinheit, die Unschuld, für die die Lilien als Symbol gelten, werden gemeinhin als Attribute der kindlichen Unschuld betrachtet.

Tatsächlich behandelt Massimo viele Kinder mit Lilienmitteln und stellt gerade bei ihnen eine Art Ambivalenz fest zwischen ihrem sympathischen Auftreten, ihrem einnehmenden Wesen einerseits und einem tiefsitzenden Kummer andererseits, der nicht artikuliert wird, sondern sich zum Beispiel in Schlaflosigkeit und Affektabilität äußert.

Das große **Verdienst** Massimos ist es jedoch, sich von den Einzelsymptomen abzuwenden und dafür Themen zu definieren, die ein Mittel oder eine Mittelgruppe, eine Familie also, unverwechselbar kennzeichnen.

Nun stellt die Familie der Liliaceae eine sehr große Gruppe dar, zumal er auch rücksichtslos noch die Asparagales mit den Alliaceae und Convallaria und auch noch die Dioscorales mit Aletris und Dioscorea villosa unter die Liliaceen subsumiert. Nun ist diese Gruppe also zu groß, um alle Vertreter unter einen „Themen-Hut“ zu bringen.

Trotzdem definiert er klare Themen, die für alle Liliengewächse gelten müssen, sogenannte **„Fundamental Themes“** (FT). Sie müssen in jedem Patienten zu finden sein.

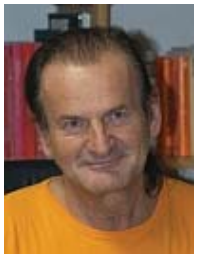
Themen sind für ihn Symptomengruppen, die ein Konzept ausdrücken, das dem Archetypus des Patienten nahe kommt. Hier zeigt sich Massimo als fundierter Tiefenpsychologe, der sehr wohl in der Lage ist, eine klare und verständliche Analyse der intrapsychischen Situation und der Handlungsweise eines Patienten darzustellen.

Ein weiteres und bedeutsames **Novum** ist seine Auffassung von Ähnlichkeit zwischen Mitteln auf biologischer, physikalischer und chemischer Ebene. Sind sie also „von Natur aus ähnlich“, so spricht er von einer „horizontalen Ebene der Ähnlichkeit“. So wären sich alle Pflanzen aus der Ordnung der Liliales „von Natur aus ähnlich“, also alle Vertreter der Trilliaceen, Colchicaceen, Iridaceen, Smilacaceeen und Agaven – sie sind z. B. alle Zwiebelgewächse mit vielen biologischen Gemeinsamkeiten.

Darüberhinaus jedoch stellt er eine sogenannte Ähnlichkeit in der „vertikalen Ebene“ fest und formuliert diese infolge von Gemeinsamkeiten seiner „Fundamental Themes“. Die Mittel dieser Ebene stammen meist aus allen Bereichen des Lebens – also Mineral, Pflanze und Tier.

Die Mittel sind hier durch die gemeinsamen „Fundamental Themes“ miteinander verbunden und das ist eine unglaublich spannende Geschichte.

Dr. med. Klaus Roman Hör



Jahrgang 1950, wurde Klaus Roman Hör 1980 infolge eines einschneidenden Erlebnisses auf die homöopathische Heilweise aufmerksam.

Zuerst unter Dr. Michael Barthel und Dr. Willibald Gawlik als Tutoren, ließ er sich weiter von Dr. Vassilis Ghegas über viele Jahre hinweg schulen, um sich dann Dr. Massimo Mangialavori und dessen komplexer Sicht der Homöopathie zuzuwenden.

Seit nunmehr 29 Jahren als Zahnarzt und homöopathischer Arzt in Waldmünchen (Bayern) niedergelassen, wendet Klaus Roman Hör die Homöopathie im gesamten Behandlungsspektrum der Allgemeinmedizin und Geburtshilfe an.

Klaus Roman Hör ist seit 20 Jahren auch in der Ausbildung homöopathischer Ärzte im DZVhÄ tätig. Der Qualitätszirkel/Arbeitskreis Regensburg besteht unter seiner Leitung seit 1988. Die regionale Gruppe Regensburg im LV Bayern leitet er seit 1990. Er hält regelmäßige Vorlesungen seit vielen Jahren in Bad Herrenalb, auf Kreta, Mallorca und in Windhoek (Namibia).

Weitere Tätigkeiten: Notarzt und Leitender Notarzt im Landkreis Cham, Betreuungsarzt im örtlichen BRK und Kneipp-Verein Waldmünchen.

Kontakt: k.hoer@t-online.de

Anne Sparenborg-Nolte (Marburg, D)

Arzneiverwandtschaften in der klassischen Homöopathie: Fallanalyse nach Kent

Die homöopathische Arznei ist charakterisiert durch ihre beobachtbare Wirkung auf den Menschen, durch die Reaktion des Menschen auf die Arznei. Arzneiverwandtschaften beziehen sich primär auf die Ähnlichkeit ihrer Wirkungen am Menschen, nicht auf die Herkunft der Arznei – dafür bietet sich der Begriff der *Wirkungsverwandtschaft* an. Die Fallanalyse nach Kent berücksichtigt die Differentialdiagnose wirkungsähnlicher Arzneien. Wirkungsähnliche Paare sind z. B. Sepia/Nat-m, Calc carb/Tub bov, Med/Thuja, Acidum nitricum/Merc vivus, Gelsemium/Arg-nitricum.

Einleitung: Pflanzenverwandtschaft

Die Taxonomie der Pflanzen ist für die Erforschung der Wirkkräfte homöopathischer Arzneien nicht geeignet.

„Vielleicht erlaubt aber die botanische Verwandtschaft einen sicheren Schluss auf die Ähnlichkeit der Wirkung! Sie erlaubt ihn ebenso wenig, als viele Ausnahmen von entgegen gesetzten oder doch sehr abweichenden Kräften in einer und derselben Pflanzenfamilie und in den meisten derselben es gibt." … „Es bleibt uns nichts übrig, als die zu erforschenden Arzneien am menschlichen Körper selbst zu versuchen."

Hahnemann S. Versuch über ein neues Prinzip zur Auffindung der Heilkräfte der Arzneisubstanzen, nebst einigen Blicken auf die bisherigen. [Hufelands] J. d. pract. Arzkd 1796; 2(3): 391–439 u. 2(4): 465–561; In: Hahnemann S. Gesammelte kleine Schriften. Heidelberg: Haug; 2001. 212 ff.

System nach Linné

Das System nach Linné, das der heutigen Taxonomie noch zugrunde liegt, teilt die Pflanzen nach morphologischen Gesichtspunkten in Abteilungen, Klassen, Ordnungen, Familien, Gattungen und Arten ein. Die Taxonomie der Pflanzen ist im Umbruch, die Einteilung nach morphologischen Merkmalen ist teilweise durch Erkenntnisse aus Chemie und Genetik ersetzt worden, wodurch es wiederholt zu neuen Einteilungen der Pflanzenfamilien kam.

Ursprünge der Homöopathie

Weder die Morphologie, noch die Chemie oder die Genetik können differenzierte Aussagen über die Wirkung einer Pflanze als Heilmittel beim Menschen machen. Die Chemie als Grundlage der Toxikologie kann Hinweise auf die Heilwirkung geben, dies sind jedoch **sehr grobe Anhaltspunkte** und können die Arzneiwirkung der potenzierten Substanz nicht ersetzen. In seinem „Versuch über ein neues Prinzip zur Auffindung der Heilkräfte der Arzneisubstanzen, nebst einigen Blicken auf die bisherigen" setzte sich Hahnemann mit der Frage auseinander, wie und aus welchem Grunde ein Mittel zum Heilmittel wird. Er untersuchte verschiedene Systeme, die Anspruch darauf erheben, diese Frage aus ihrer Sicht zu beantworten:

- die Chemie
- den Tierversuch
- die Signaturenlehre
- das System der botanischen Pflanzenfamilien

Similia similibus (1796)

Im Zuge der Gegenüberstellungen von Systemen zur Erforschung der Heilwirkung von Substanzen oder Pflanzen auf den Menschen bezeichnete er diese Methoden als unzuverlässig und gipfelte in der Forderung:

„Man ahme die Natur nach, welche zuweilen eine chronische Krankheit durch eine andere hinzukommende heilt, und wende in der zu heilenden (vorzüglich chronischen) Krankheit dasjenige Arzneimittel an, welches eine andre möglichst ähnliche Krankheit zu erregen im Stande ist, und jene wird geheilt werden: Similia similibus."

Die Fallanalyse nach Kent

1. Grundannahmen

Es gibt Grundsätze, Prinzipien, Naturgesetze, die nicht die Menschen erschaffen haben. Die Anerkennung bzw. Nichtanerkennung von Heilungsgesetzen/-prinzipien ist das Schisma zwischen Homöopathie und Allopathie.

1.1. Der Kranke

- Disharmonie im Geistes- und Gemütsleben macht den Menschen krank.
- Heilung bedeutet auch eine psychische Gesundung des Kranken.
- Die beobachtbare Wirkung der Arznei setzt zuerst ein durch eine Besserung der Stimmung und des Allgemeinbefindens.
- Wo keine Freiheit ist, drohen Krankheit und Tod.
- Krankheit schränkt die Freiheit des Menschen ein, Einschränkung der Freiheit führt wiederum zu Krankheit.
- Kent nennt Heilung ein „in Freiheit setzen" des Patienten.

1.2. Die Krankheit

- Gewebsläsionen sind Resultate der zunächst immateriellen Krankheit, die *Krankheit, die wir sehen und untersuchen* können, ist eine *sekundäre* Manifestation.
- Die immaterielle Krankheit besteht in einer Verstimmung der Lebenskraft.
- Die Ursachen, die den materiellen Gewebsläsionen/Krankheiten vorausgehen, liegen im immateriellen Bereich.
- Krankheit ist primär immateriell, sie besteht schon, bevor sich die materiellen Krankheitszeichen zeigen.
- Anhand der Symptome, die sich als Befindensstörungen zeigen, bevor die materielle Krankheit eingetreten ist, kann der Arzt bereits das Heilmittel erkennen und dadurch ihr weiteres Fortschreiten verhindern.
- Dies beinhaltet echte Prophylaxe von Gewebsläsionen, von Krankheit in ihrer materiellen Form.

1.3. Die Heilung

1.3.1. Ähnlichkeitsprinzip/-gesetz

Die Symptome des Kranken werden geheilt, wenn sie den *am Menschen beobachteten Symptomen des Arzneimittels ähnlich sind:*

- Prüfsymptome am Gesunden
- Heilungssymptome bei Anwendung der Arznei
- Klinisch verifizierte Prüfungssymptome

1.3.2. Individualisation

- Die auffallenden, seltenen, (für die Krankheit) untypischen Symptome werden in erster Linie zur Arzneimittelwahl herangezogen.
- Die zu wählende Arznei soll die Pathologie abdecken. Unter den Arzneien, die für die Pathologie in Frage kommen, ist diejenige zu wählen, die die für die Krankheit untypischen Symptome aufweist.

1.3.3. Symptomentwicklung, -reaktion, -verlauf

- Ausbreitung der Symptome von außen nach innen, von den unwichtigeren (deren Dysfunktion den Kranken weniger einschränkt) zu den wichtigeren Organen (deren Funktion unentbehrlich ist)
- Heilung, Reaktion auf die Arznei: Rückentwicklung der Symptome von innen nach außen, von den wichtigeren zu den unwichtigeren Organen oder Körperteilen/-funktionen und in der umgekehrten Reihenfolge ihres Auftretens

2. Fallanalyse

2.1. Gesamtheit der Symptome

- Allgemeinsymptome/-zustände
- Geistes- und Gemütssymptome/-zustände
- Kausale Symptome, Traumatologie
- Lokalsymptome, Pathologie
- Krankheitsbiographie: Symptomentwicklung

2.2. Differenzierung

- *nicht für die Krankheit typische* Symptome, die aus den für die Krankheit typischen Symptomen herausstechen, individuell für diesen Patienten sind
- seltene, unerklärliche Symptome
- *für die Krankheit typische* bzw. aus der Krankheit resultierende Symptome
- allgemeine, weit verbreitete Symptome

Der Arzt muss mit der Pathologie einer Krankheit vertraut sein, sonst kann er die Symptome nicht differenzieren.

2.3. Anamnese

Eine brauchbare Anamnese enthält

- seltene, sonderliche, individuelle Symptome
- Allgemeinsymptome
- Lokalsymptome, Diagnosen, Befunde zur Pathologie

2.4. Dokumentation

- Schriftliche Dokumentation in den nämlichen Worten des Patienten
- Symptombeschreibung des Patienten wird 1:1 in den Vergleich mit Materia medica und Repertorium umgesetzt
- Körperliche Untersuchung des Kranken
- Ordnung der Symptome, Auswertung

2. 5. Wert der Symptome

Am wertvollsten sind: *Individuelle, sonderliche Symptome (die für die Krankheit nicht typisch sind)*:

- Allgemeinsymptome (auch *Zustände*, die den Patienten als Ganzes betreffen)
- Individuelle, sonderliche Allgemeinsymptome
- Individuelle, sonderliche Lokalsymptome
- Weit verbreitete, alltägliche Allgemeinsymptome
- Lokalsymptome (die mit einem einzelnen Organ zusammenhängen)
- (für die Krankheit) alltägliche Lokalsymptome

CAVE

Berichtet der Patient über ein sonderliches, auffallendes Allgemeinsymptom, so kann aufgrund dieses Symptoms ein Mittel gewählt werden, das die vorliegende Pathologie nicht deckt, wenn unter den bekannten, die Pathologie deckenden Mitteln keines das sonderliche Symptom aufweist.

Allgemeinsymptome

In der Fallanalyse nach Kent haben die sonderlichen, seltenen (individuellen) Allgemeinsymptome die höchste Rangordnung und entscheiden oft die Arzneimittelwahl.

Was sind Allgemeinsymptome?

Alles, was der Patient mit „Ich“ einleitet: *Ich wache nach Mitternacht oft auf, ich träume von Toten, ich erschrecke mich so leicht, ich mag sehr gerne Salz*, so z. B.

- Geistes- und Gemütssymptome
- Schlafsymptome und Träume
- Sexualität (nicht die Symptome der Organe, eher das Verlangen)
- Wetter- und Temperatureinflüsse
- Abneigung, Verlangen, Unverträglichkeit von Nahrungsmitteln

2.6. Reaktion auf die Arznei

- Prognose aus der Reaktion auf die homöopathische Arznei
- Reaktionen nach Kent

Dr. med. Anne Sparenborg-Nolte

Fachärztin Allgemeinmedizin, Fachärztin Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Homöopathie, Naturheilverfahren, Psychotherapie

- seit 1983 praktizierende Homöopathin
- 1984 bis 1988 homöopathische Praxis in Auroville/Indien
- 1990 bis 2000 Niederlassung
- seit 2006 als Fachärztin für Allgemeinmedizin und für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- seit 1995 Lehrtätigkeit in der homöopathischen Weiterbildung
- Supervision für Fortgeschrittene seit 14 Jahren
- Mitherausgeberin der Allgemeinen Homöopathischen Zeitung (AHZ)

Kontakt: anne@sparenborg.com
Website: www.sparenborg.com

Curt Kösters (Hamburg, D)

HeilungsUNgewissheit in der homöopathischen Praxis

Der Begriff der Heilungsgewissheit ist in der Homöopathie nicht nur gut verankert, sondern fast schon konstitutiv für die Methode. Im Rahmen dieses Beitrags, der auf dem Vortrag* basiert, soll dargelegt werden, warum dieser Begriff erkenntnistheoretisch problematisch ist – und dass eine bewusste Abkehr von diesem Begriff zusätzliche therapeutische Optionen erschließen kann.

Heilungsgewissheit

Der Begriff der Heilungsgewissheit ist ein konstitutiver Begriff für das gegenwärtige Selbstverständnis der Homöopathie. Wesentlich geprägt wurde der Begriff durch den Philosophen Ekkehard Fräntzki, der sich dabei fachlich auf Hahnemann und philosophisch auf Kant und Heidegger beruft (Fräntzki, Ekkehard: Die Idee der Wissenschaft bei Samuel Hahnemann. Heidelberg: Haug, 1976. Zuvor in: ZKH 18 [1974], 224-234, und 19 [1975], 11-22). Es geht, wie Hahnemann erklärt, um eine Kunde (Lehre), die „gewisse Hülfe in Krankheiten bringen lehrt" (RAL III, 9), bzw. die mit der „Gewißheit eines heilbringenden Erfolges" (RAL I, 349) angewendet wird, oder um eine Kunst, die „schnell mit Gewißheit und dauerhaft heilen kann, heilen wird, heilen muß" (RAL III, 67/68).

Ein von mir geschätzter Kollege hat das in einem mir vorliegenden Manuskript auf die knappe Formel gebracht: „*Sind diese Voraussetzungen erfüllt und sind keine Heilungshindernisse vorhanden, dann muss über die gewählte Arznei Heilung erfolgen.*"

Es geht dabei natürlich nicht wirklich um Gewissheit in jedem Einzelfall – jeder, der das vertritt, weiß, dass es diese Gewissheit im Einzelfall nicht gibt. Mal fehlen uns entscheidende Informationen, mal verstehen wir sie nicht richtig, mal fehlen uns entsprechende Symptome aus der Materia Medica – aber wenn diese Probleme ausgeschlossen sind, gibt es aufgrund des Heilungsgesetzes – die Gewissheit von Heilung – so zumindest diese Position, die auf Fräntzki zurückgeht.

Hahnemann selbst hat sich da teilweise um eine entscheidende Nuance vorsichtiger ausgedrückt – indem er die Heilungsgewissheit in die imaginierte Zukunft einer vollständig geprüften Materia Medica verlegt (vgl. Organon – Anmerkung zu § 145):

„… Was wird aber dann erst an Heilung im ganzen Umfange des unendlichen Krankheits-Gebietes ausgerichtet werden können, wenn mehre genaue und zuverlässige Beobachter sich um die Bereicherung dieser einzig ächten Arzneistoff-Lehre durch sorgfältige Selbstversuche verdient gemacht haben werden! Dann wird das Heilgeschäft den mathematischen Wissenschaften an Zuverlässigkeit nahe kommen."

„… *nahe kommen*" sagt er – nicht ganz das Gleiche wie Gewissheit. Wie dem auch sei …

Die philosophische Fundierung durch Fräntzki erwies sich als wirkmächtig – nicht nur, weil der Bezug auf Heidegger, einen der wesentlichen Vordenker einer Renaissance der Phänomenologie, spannend ist, sondern auch, weil damit nun innerhomöopathisch ein Kampfbegriff geschaffen war.

1957 hatte sich die Zeitschrift für Klassische Homöopathie gegründet, um eine Gegenposition zu formulieren zu der in Deutschland damals übermächtigen sogenannten „wissenschaftlich-kritischen Richtung". Die „wissenschaftlich-kritische" Richtung vertrat in Anpassung an die konventionelle Medizin niedrige Potenzen, eine indikations- oder organbezogene Verschreibung und nicht selten auch mehrere Mittel zur gleichen Zeit.

Demgegenüber formulierte die „klassische Homöopathie" die Forderung nach einer Renaissance der ursprünglichen Homöopathie – Einzelmittel, Hochpotenzen –, die Rückbesinnung auf die Homöopathie als eine symptomorientierte im eigentlichen Sinne phänomenologische Methode – eine Methode mit einem Anspruch auf eine eigene Wissenschaftlichkeit, die sich von der Wissenschaftlichkeit der konventionellen Medizin durchaus unterscheidet. Mit dem Anspruch der „Heilungsgewissheit" war ein neues Selbstbewusstsein der Homöopathie formuliert – ein Banner, um das man sich scharen konnte. Im Kampf der Richtungen erwies sich die klassische Homöopathie als so durchsetzungsstark, dass wir uns heute alle darüber einig sind, klassische Homöopathie zu betreiben. Verloren gegangen ist bei diesem Siegeszug nur die Bedeutung des Begriffes „klassische Homöopathie" – aber das haben Siegeszüge manchmal so an sich. Wesentliche Vertreter einer strikt phänomenologischen, strikt symptombezogenen Verschreibung haben es daher in den letzten Jahren vorgezogen, das als „Genuine Homöopathie" zu bezeichnen.

Schlüssel-Schloss-Prinzip

Und auch wenn bestimmte methodische Festlegungen, die dem Begriff klassische Homöopathie ursprünglich zugrunde lagen, heute weithin gar nicht mehr beachtet werden: Der Anspruch auf eine wissenschaftlich und philosophisch fundierte Heilungsgewissheit ist im Allgemeingut der klassischen Homöopathie verblieben – wenn auch in einer etwas vulgarisierten und viel verbreiteteren Form.

Auf unzähligen Websites und Flyern und in der Literatur von Laien können Sie das Schlüssel-Schloss-Prinzip finden als Modell für die Wirkung eines homöopathischen Mittels: Das passende Mittel wirkt wie ein Schlüssel, der das Schloss aufschließt und die Tür öffnet. Und implizit spricht dieses Modell eben auch von Heilungsgewissheit – impliziert dieses Modell doch zwei wesentliche Aussagen: Der passende Schlüssel wird das Schloss in jedem Fall aufschließen – und: Es kann nur einen geben.

Wenn dem so wäre, fragt man sich doch, was für ein Problem wir eigentlich haben mit Doppelblindstudien – aus vorhersagbaren Gewissheiten im Einzelfall

* Der Verfasser hat das geplante Vortragsthema „HeilungsUN-gewissheit" von Christoph Laurentius übernommen.

lässt sich ohne Weiteres ein Studiendesign kreieren – und im Gegensatz zu weit verbreiteten Gerüchten lässt sich in einem solchen Design die individuelle Verschreibung sehr wohl berücksichtigen.

Um nun eine möglicherweise schon zu lange Vorrede kurz zu machen: Soweit es diesen Diskurs betrifft kann ich auf einen schönen Artikel von Klaus Holzapfel verweisen (Holzapfel K: Heilungsgewissheit aus der Materia medica, Teil 1. ZKH 2009; 53, 3: 124–129. Holzapfel K. Heilungsgewissheit aus der Materia medica, Teil 2. ZKH 2010; 54, 2: 60–65). Holzapfel weißt darauf hin, dass der Begriff der Heilungsgewissheit philosophisch und wissenschaftstheoretisch problematisch ist. Die Kategorie der Kausalität sei z. B. in fortgeschrittenen Teilen der Physik längst problematisch geworden. Er schreibt ferner:

„Drei Argumente möchte ich zusammenfassen, die gegen die Auffassung der Simile-Maxime als apriorisches Naturgesetz sprechen:

1. Der von Hahnemann bewusst gewählte Konjunktiv, der über eine Verhaltensmaßregel nicht hinausgeht (Josef M. Schmidt).

2. Das Argument von Wischner, dass es sich beim Begriff der Ähnlichkeit um keinen exakt nachvollziehbaren Begriff handelt.

3. Die derzeitige wissenschaftstheoretische Position, die natürlich mit der Kant'schen nicht mehr in Übereinstimmung zu bringen ist. Selbst Heidegger, auf den sich die Position Fräntzki/Klunker beruft, hat in den Zollikoner Seminaren, die Gypser in seinem Abschiedseditorial in ZKH 6/1992 allen Homöopathen als Lektüre ans Herz gelegt hatte, gesagt: ‚Jeder naturwissenschaftliche Induktionsschluss ist hypothetisch. Es kann immer auch anders sein.'

Und das Similia similibus ist auf induktivem Wege gefunden worden, nämlich durch eine Vielzahl von Einzelfällen."

Holzapfel kommt zu dem Schluss, dass *„Hahnemann zwar glaubte, ein Heilgesetz erkannt zu haben, es sich jedoch nur um eine Anwendungsregel handelt."* Nebenbei legt Holzapfel in diesem Artikel noch sehr klar dar, warum nur die Anwendung von Arzneien nach Prüfungssymptomen beanspruchen kann, eine homöopathische Verschreibung zu sein – also nach dem Prinzip des Similia similibus curentur. Das und selbstverständlich die deutlichen Äußerungen von Hahnemann zu diesem Thema seien allen ins Stammbuch geschrieben, die sich über diesen wichtigen Unterschied heute nicht mehr klar sind. Weiterhin finden sich bei Holzapfel schöne Anmerkungen zu dem Problem der Erst- und Nachwirkungen. Diesem hervorragenden Artikel ist soweit eigentlich nichts hinzuzufügen.

Damit wäre mein Vortrag bereits beendet – und wir könnten zur Diskussion übergehen.

Allenfalls könnte man sich nun aber noch fragen, was es nun ist – das Ähnlichkeitsprinzip – wenn es kein Naturgesetz ist.

Auch Anwendungsregeln müssen – sofern regelhaft erfolgreich – auf irgendeinem nachvollziehbaren Prinzip beruhen. Was also ist das Ähnlichkeitsprinzip?

Lineare Systeme

Dazu komme ich noch. Zunächst – und weil ich doch noch nicht ganz fertig bin – möchte hier noch auf einen anderen Aspekt hinweisen:

Dieses ganze Schlüssel-Schloss-Prinzip ist ein mechanistisches, ein lineares Modell. Dazu kurz die Definition von Wikipedia:

„Linearität ist die Eigenschaft eines Systems, auf die Veränderung eines Parameters stets mit einer dazu proportionalen Änderung eines anderen Parameters zu reagieren. Diese allgemeine Definition trifft gleichermaßen für die Systemtheorie, Technik, Physik und Mathematik zu. Ist sie nicht erfüllt, so spricht man von Nichtlinearität."

In linearen Systemen stehen die Ausgangswerte des Systems also in einer sehr einfachen und eindeutigen Beziehung zu den Eingangswerten. Wenn ich die Anstrengung verdoppele, dann verdoppelt sich auch der Effekt. Linearität ist das, worauf auch das Denksystem der konventionellen Medizin im Wesentlichen beruht. Wir sind es gewohnt, in linearen Systemen zu denken. Für lineare Systeme gilt:

- Lineare Beziehung zwischen Ursache und Wirkung: doppelte Ursache – doppelte Wirkung
- Kausalität: Wenn ich etwas tue, erwarte ich ein bestimmtes Ergebnis.
- Lokalität: Der Eingriff hat nur lokale Auswirkungen – nur im Rahmen einer örtlich begrenzten, nachvollziehbaren und „einsichtigen" Ursache-Wirkungs-Beziehung.
- Reversibilität: Der Eingriff ist umkehrbar. Ich kann das Schloss genauso gut wieder schließen, dann ist der Vorzustand wieder hergestellt.
- Vorhersagbarkeit

Wir sind es gewohnt, in linearen Systemen zu denken, weil diese Art von Denken für die Jagd auf ein Mammut durchaus zureichend ist – und weil sich zwar die einzelnen Gedanken in unserem Hirn weiterentwickelt haben in der Zwischenzeit, nicht aber unsere Denkstrukturen. Insofern entspricht die Linearität auch eher der männlichen Denkstruktur – aber das nur nebenbei – weil die Mammut-Jagd eben doch eher Männer-Sache war. Lineares Denken wird denn auch fälschlich gerne mit Rationalität verwechselt.

Komplexe Systeme

Im Bereich des Lebens haben wir es aber eigentlich mit komplexen Systemen zu tun. Und streng genommen gibt es lineare Systeme im richtigen Leben überhaupt nicht. Die entsprechenden Überlegungen sind relativ neu und haben sich eigentlich erst in den letzten Jahrzehnten entwickelt. Komplexe Systeme sind gekennzeichnet durch:

- Nichtlinearität
- Multikausalität / Nonkausalität
  Es gibt immer mehrere Ursachen – weder ist die Wirkung eindeutig einer bestimmten Ursache zuzuordnen, noch kann ich von der Wirkung auf die Ursache schließen. Streng genommen gibt es also gar keine Kausalität, es gibt keine Ursachen, nur Veranlassungen. Nur unser gesunder Menschenverstand erwartet Kausalität: Wenn wir etwas tun, erwarten wir, dass etwas ganz Bestimmtes passiert.
- Irreversibilität
  Komplexe Systeme sind grundsätzlich irreversibel. Man kann nie zweimal in den gleichen Fluss steigen.

- Kritikalität
  Kleine Ursache – große Wirkung, Schmetterling und Wirbelsturm. Sie kennen das sicherlich. Den Schmetterling zitiere ich hier noch gerne, obwohl auch der streng genommen nicht mehr dem Erkenntnisstand entspricht.
- Nicht-Lokalität
  Alles kann auf alles Einfluss haben, über unendlich viele Zwischenstufen. Normalerweise realisieren wir nicht, dass wir gleichzeitig einen irreversiblen Einfluss auf das gesamte Universum ausüben, wenn wir uns die Schuhe zubinden – mindestens aber hat jedes Arzneimittel eine Wirkung auf den ganzen Organismus, in all seinen Facetten.
- Kontingenz / Emergenz
  Kontingenz: der Zufall, die Möglichkeit, die Potentialität, die das System hervorbringt.

  Emergenz: die Fähigkeit, neue Eigenschaften hervorzubringen, die aus den Einzelteilen nicht vorhersehbar sind.
- Unvorhersagbarkeit
  Der Kernphysiker Niels Bohr hat das einmal in einen schönen Satz gebracht: „Vorhersagen sind schwierig, besonders wenn es um die Zukunft geht." (Original: *Prediction is very difficult, especially if it's about the future.)*

Es gibt also keine Gewissheiten in komplexen Systemen. Es gibt keine Gewissheiten – und das ist gut und nicht schlecht. Im Folgenden möchte ich Ihnen darlegen, warum das gut so ist.

Steuerbarkeit komplexer Systeme

Zunächst aber die Frage: Wie lassen sich komplexe Systeme dann überhaupt steuern, wenn es keine Gewissheiten und keine Vorhersagen gibt? Oder, um es auf die Medizin herunter zu brechen: Wie ist Heilung überhaupt möglich, wenn wir glauben, dass der menschliche Organismus ein komplexes System ist – und diese Aussagen über komplexe Systeme für glaubhaft halten.

Zur Steuerung komplexer Systeme kann man ganz allgemein – und auch unabhängig von der Medizin – verschiedene Positionen identifizieren:

- Das geht gar nicht – die Position des therapeutischen Nihilismus.
- Durch Zwang und Gewalt, indem man einen bestimmten Zustand im System erzwingt – die leninistische (oder letzten Endes auch stalinistische) Position: Dass und warum das nicht oder nur sehr begrenzt funktioniert, führt uns die konventionelle Medizin ebenso vor, wie die amerikanische Außenpolitik. Das ergibt sich aber schon klar aus Grundeigenschaften komplexer autoregulativer Systeme – diese reagieren auf Zwang mit entgegengesetzter Reaktion.
- Weniger radikal durch die Förderung erwünschter Eigenschaften – in der Politik heißt das Subvention, in der Medizin entspricht das am ehesten der Substitutionstherapie. Aber auch in der Phytotherapie findet man so etwas.

Soweit direkte Steuermechanismen – im Folgenden dann indirekte Steuermechanismen:

- Durch Vertrauen auf die Eigenregulation des Systems – die marktliberale Position. Der Einwand: Könnte man darauf vertrauen, gäbe es keine Krankheiten – und auch keine Finanzkrisen. Die Medizin wäre überflüssig und hätte sich nie entwickelt.
- Durch unspezifische Anregung der Eigenregulation – Naturheilkunde
- Durch spezifische Anregung der Eigenregulation
- Eigenregulation gezielt anschieben – soweit ich das verstehe, ist es das, was Akupunktur und Ayurveda tun.
- Und man kann die Eigenregulationsmechanismen gezielt provozieren – indem man nicht einen bestimmten Zustand erzwingt, sondern im Gegenteil den gegenwärtigen Zustand des Systems zuspitzt oder spiegelt. Sinnvollerweise geschieht dies auf einer phänomenologisch Basis (*da nicht von Kausalität ausgegangen werden kann bei der Betrachtung des Systems*).

Homöopathen sollte diese Argumentationslinie im Wesentlichen bekannt vorkommen: Die geniale Idee ist nicht von mir, sondern entspricht einigermaßen der Herleitung der Homöopathie – am Anfang des Organon. Für die Systemtheorie ist sie aber durchaus neu. Es gibt nämlich keine anerkannte Theorie zur Steuerung komplexer Systeme.

Ähnlichkeitsprinzip als systemisches Prinzip

Meine These also: Das Ähnlichkeitsprinzip ist ein systemisches Prinzip und es ermöglicht eine Art von Steuerung komplexer Systeme. Wenn dem so ist, sollte sich das auch in anderen Systemen demonstrieren lassen.

Hier in Köthen sind wir von 2005 bis 2010 dieser Frage nachgegangen – das war ein Projekt im Rahmen der Internationalen Bauausstellung 2010. Etliche von Ihnen kennen das schon, und daher will ich es hier gar nicht vertiefen. Denn ich halte hier keinen Vortrag über die Behandlung des Patienten Ludwigstraße. Die Ludwigstraße hat sich nicht in die Champs Elysee verwandelt, sie ist aber gesünder geworden. Für diejenigen unter Ihnen, die es interessiert, sei verwiesen auf das Buch „Coethener Methode", das auf der Website der Internationalen Bauausstellung 2010 zu finden ist: www.iba-stadtumbau.de. Auf der Website www.homoeopathie-koethen.de sind ebenfalls einzelne Punkte zu finden.

Die Ergebnisse waren durchaus überzeugend, können aber wohl noch nicht unbedingt Allgemeingültigkeit beanspruchen, denn dazu ist die empirische Basis noch zu begrenzt. Aber in dem begrenzten Kontext hat das funktioniert. Es war deutlich, dass das Prinzip der Homöopathie in anderen komplexen Systemen funktioniert. Und: Wir haben viel dabei gelernt – auch über die Homöopathie.

Einige Aspekte aus der Beobachtung von Systemen

Einige Aspekte wurden uns dabei klar:

- Es braucht für diese homöopathischen Impulse in einem System einen Resonanzboden – für Mediziner ist das nicht wichtig. Der Resonanzboden ist der Patient – aber vielleicht ist das wichtig für die Grundlagenforschung.

- Es gibt mehrere mögliche homöopathische Impulse in einer bestimmten Situation. Wir wissen im Nachhinein nie sicher, welche Wirkung eine andere Intervention gehabt hätte.
- Das ist nicht exakt planbar. Wir haben Kriterien für den Verlauf, aber wir können ihn nicht exakt voraussehen – die Überraschungen sind das Spannendste, weil sie in eine neue Richtung führen.
- Die Impulse sind bei genauerer Betrachtung Nicht-intentional. Intentionalität möchte ich hier verstehen als die zielgerichtete Anspannung – und unterscheiden von der Absichtlichkeit. Homöopathische Impulse sind nicht auf ein bestimmtes zu erzwingendes Ziel gerichtet – sie sind vielmehr auf einen gegenwärtigen Zustand des Systems gerichtet, den sie zuspitzen oder widerspiegeln. In diesem Sinne sind sie absichtlich, aber nicht intentional. Das neue Gleichgewicht wird durch das System erst kreiert – d. h. es gibt keinen intelligenten Plan vorher, auch keinen verborgenen.

Es gibt nicht das richtige Mittel – das Simillimum. Es gibt immer nur passende Mittel. Von Schlüssel-Schloss und Heilungsgewissheit kann überhaupt keine Rede sein. Es ist vielmehr der Prozess, der zur Heilung führt und nicht das Mittel. Zu dem Prozess gehören: Die Anamnese, die Analyse, die Mittelgabe, die erneute Anamnese, die erneute Analyse, die erneute Mittelgabe – und so weiter. Das Ganze ist ein **iterativer Prozess,** d. h. ein schrittweises Näherungsverfahren. Es gibt verschiedene passende Impulse. Und auch wenn der Impuls nicht passt, kommt eine Reaktion, die zum nächsten Schritt hinzeigt. Iteration ist in der Mathematik nicht nur das passende, sondern auch das einzige Verfahren zur Lösung nichtlinearer Gleichungen.

Zusammenfassend sei festgestellt: Während der Gesamtprozess der Behandlung durchaus auf ein Ziel hin orientiert ist und mit entsprechenden Verlaufsparametern versehen ist, intendiert die einzelne homöopathische Intervention – die Arzneimittelgabe – eben nicht ein bestimmtes zu erreichendes Ziel, sondern spitzt lediglich den gegenwärtigen Zustand des Systems zu oder spiegelt ihn wider.

Es wird damit klarer, warum Doppelblindstudien bei komplexen chronischen Krankheiten (fast) unmöglich sind, während das bei einfachen akuten Krankheiten durchaus machbar ist. Aber auch das will ich an dieser Stelle nicht vertiefen.

Homöopathische Verschreibung

Was bedeutet das für die homöopathische Praxis? Während die konventionelle Medizin auf ein Ziel gerichtet ist, das erreicht werden soll, zielt die homöopathische Verschreibung auf einen gegenwärtigen Zustand – nichts anderes fasst sie ins Auge.

Die Botschaft an den Organismus ist ja **nicht**: Der Blutdruck soll sinken. Die Botschaft ist: Du hast Kopfschmerzen, die durch Erschütterung verschlechtert werden und mit einer Röte und Hitze des Gesichtes einhergehen – nichts anderes bringt das Mittel zum Ausdruck.

Und wenn das Mittel passt – dann sinkt vielleicht auch der Blutdruck. Vielleicht aber auch nicht, und zunächst einmal geschieht etwas anderes, was in die richtige Richtung führt.

Die Heilung ist keine Funktion des Mittels, sondern eine Funktion des Organismus auf das richtige Mittel. Das Mittel ist immer eine mehr oder weniger gut begründete Hypothese. Homöopathie funktioniert also wie Forschung im Einzelfall. Bei einem Experiment auf der Grundlage einer gut begründeten Hypothese gibt es auch eine Art von Vorauswissen, wie das wohl ausfallen wird. Wenn man das nicht hätte, müsste man das Experiment nicht anstellen. Aber wenn man schon definitiv wüsste, was passiert, müsste man es auch nicht anstellen.

Die Einordnung des Ähnlichkeitsprinzips als systemisches Prinzip bedeutet aber auch: Rückschlüsse vom Patienten auf das Mittel und Rückschlüsse vom Mittel auf den Patienten sind unzulässig. Geheilte Symptome können nicht einfach dem Mittel zugeordnet werden. Auch weitere Eigenschaften des Patienten können nicht einfach dem Mittel zugeordnet werden. Wir können aufgrund des Mittels keine zuverlässigen Aussagen über den Patienten machen – über das hinaus, was wir schon wissen aus der Anamnese und der Untersuchung. Generalisierende Aussagen über Mittel – diese ganzen Typologien – sind sehr verführerisch, aber erkenntnistheoretisch äußerst problematisch.

In linearen Systemen ist so etwas möglich – in komplexen nicht. Selbstverständlich können Sie aus dem erfolgreich aufgeschlossenen Schloss Rückschlüsse ziehen auf die Form des verwendeten Schlüssels. Für homöopathische Verschreibungen aber gilt: Wenn das Mittel zum Patienten passt, so muss noch lange nicht der Patient zum Mittel passen. Hier irrt Fräntzki, aber z. B. auch Mangialavori. Dass das für homöopathische Verschreibungen nicht funktioniert – darauf hatte allerdings auch schon Hahnemann hingewiesen.

Dieses Plädoyer gegen die Heilungsgewissheit ist also kein Plädoyer für Beliebigkeit. Wir sollten unsere Begriffe und unsere Methode sauber definieren. Und wer etwas Neues einführt, ist dafür beweispflichtig. Nicht alles gehört irgendwie zum Ähnlichkeitsprinzip.

Resümee

- Das Simillimum ist eine Schimäre.
- Eine Heilungsgewissheit im Sinne Fräntzkis gibt es nicht – Gewissheiten gibt es nicht in komplexen Systemen.

Wohl aber kann es geben: Das begründete Vertrauen in den Prozess, der häufig genug zur Heilung führt. Ein Prozess, der sich sicher noch optimieren lässt. Und in diesem Sinne gibt es doch eine Form der Gewissheit.

Sie können das in anderen Systemen beobachten: Nehmen Sie ein Ökosystem. Wenn Sie die Umweltbedingungen verändern, können Sie sicher sein, dass eine Anpassungsleistung stattfindet – dass etwas Neues entsteht und dass dieses Neue besser angepasst ist. Da haben Sie eine Gewissheit. Wie aber genau die Tierchen aussehen werden, können Sie in keiner Weise voraussagen.

Die Möglichkeit der Heilung liegt in der Emergenz, der Fähigkeit komplexer Systeme, Neues hervorzubringen. Sie liegt also gerade in ihrer Komplexität und ist damit in der Ungewissheit angelegt.

Nur aus der Ungewissheit kann etwas Neues entstehen – und das Ingangkommen eines Heilungsprozesses ist etwas Neues für den jeweiligen Organismus. Und das ist, was ein homöopathisches Mittel tut: Es erzwingt nichts – es schafft Möglichkeiten. Und der Clou bei der Steuerung komplexer Systeme ist gerade dies – der nichtintentionale Impuls, der Möglichkeiten schafft:

Heilung wird nicht bewirkt, sondern sie entsteht.

Und das gibt es übrigens auch bei der einzelnen Verschreibung – dass es diesen Moment der Ungewissheit braucht, um zu einer guten Verschreibung zu kommen. Aber das will ich hier nicht vertiefen.

Dieses Konzept der systemischen Betrachtung hat meines Erachtens Auswirkungen auf die Forschungsstrategie, auf Studiendesigns und möglicherweise auch auf Grundlagenforschung. Es sollte aber auch Auswirkungen auf die Lehre haben. Wir haben bisher den Schwerpunkt der Lehre auf die Navigation gelegt – das Finden des richtigen Mittels. Navigation ist (ohne GPS) sicherlich extrem komplex und muss sorgfältig gelernt werden; vielleicht sollten wir aber neben der Navigation auch noch ein wenig mehr das Segeln unterrichten. Wichtig ist der ganze Prozess. Und das hat auch Auswirkungen auf die Praxis, wenn man den Prozess ins Zentrum stellt und nicht das Simillimum.

Ich war früher immer auf der Suche nach dem einen richtigen Mittel – wenn sich also ein Mittel nur als teilerfolgreich erwies, habe ich es dann bei diesem Patienten für die Zukunft ad acta gelegt. Seit ich das als iterativen Prozess verstehe, sehe ich ein Set von Mitteln, die sich bei einem einzelnen Patienten als wirksam erwiesen haben. Das ist dann so etwas wie eine patientenbezogene Materia medica, aus der ich je nach Veränderung der Symptomatik das jeweils passendste Mittel heraussuche. Das hat meine Behandlungserfolge durchaus verbessert und ich konnte bisher auf die Verschreibung von Mitteln verzichten, die ich nur auf einer mystisch-signaturbezogenen Ebene zuordnen kann.

Peter Handke: Für die Therapeuten

Abschließend möchte ich Ihnen noch einen Text von Peter Handke vorstellen, verbunden mit dem Dank an den geschätzten Kollegen Karl Wilhelm Steuernagel, der diesen Text damals in die Projektgruppe zur Internationalen Bauausstellung 2010 einbrachte:

Spiele das Spiel.
Gefährde die Arbeit noch mehr.
Sei nicht die Hauptperson.
Such die Gegenüberstellung.
Aber sei absichtslos.
Vermeide die Hintergedanken.
Verschweige nichts.
Sei weich und stark.
Sei schlau, lass dich ein und vermeide den Sieg.
Beobachte nicht, prüfe nicht, sondern bleib geistesgegenwärtig bereit für die Zeichen.
Sei erschütterbar.
Zeig deine Augen, wink die anderen in die Tiefe, sorge für den Raum und betrachte jeden in seinem Bild.
Entscheide nur begeistert.
Scheitere ruhig.
Vor allem hab Zeit und nimm Umwege.
Lass dich ablenken.
Mach sozusagen Urlaub.
Überhör keinen Baum und kein Wasser.
Kehr ein wo du Lust hast und gönn dir die Sonne.
Vergiss die Angehörigen, bestärke die Unbekannten, bück dich nach den Nebensachen, weich aus in die Menschenleere.
Pfeif auf das Schicksalsdrama, missachte das Unglück, zerbrich den Konflikt.
Beweg dich in deinen Eigenfarben, bis du im Recht bist und das Rauschen der Blätter süß wird.
Geh über die Dörfer, ich komme dir nach.

Quelle: Peter Handke: Über die Dörfer. Dramatisches Gedicht. Suhrkamp Frankfurt a. M. 1984.

Curt Kösters

- geboren 1958 in Ellwangen/Jagst
- 1977 bis 1985 Medizinstudium an der Freien Universität Berlin
- 1985/86 Durchführung von toxikologischen Studien für eine Umweltschutzorganisation
- 1987 bis 1989 klinische Ausbildung
- seit 1982 Beschäftigung mit Homöopathie: Homöopathische Ausbildung in Berlin und Hamburg, Praxisassistenz und Studienaufenthalt in Indien
- seit 1991 private Praxis in Hamburg
- 1994 bis 2004: im Vorstand, ab 1996 Vorsitzender der Gesellschaft Homöopathischer Ärzte in Schleswig-Holstein und den Hansestädten
- 1996 bis 2004 als Dozent in der Weiterbildung sowie bei Ringvorlesungen an den Universitäten Kiel, Lübeck und Hamburg
- 2002/03 Leitung von Arzneimittelprüfungen im Rahmen der Weiterbildungskurse
- 1996 bis 2004: Mitarbeit an einem homöopathischem Entwicklungshilfeprojekt in Nepal (Bhaktapur International Homeopathic Clinic)
- 2001: Ausrichtung und wissenschaftliche Leitung der Jahrestagung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte
- seit 2002: Mitarbeit bei InHom (Europäisches Institut für Homöopathie). Arbeitsschwerpunkte: Datenbanken, Falldokumentation, chronische Erkrankungen und deren Behandlung, Interventionen nach dem Ähnlichkeitsprinzip in sozialen Kontexten
- 2003: Mitherausgeber "Internationale Debatte – Grundlagen der Homöopathie"
- 2003/04: Mitarbeit an der Konzeption eines Internetportals und der Mitgliederdatenverwaltung für den Deutschen Zentralverein homöopathischer Ärzte
- 2004-2010: Mitarbeit in einer interdisziplinärer Arbeitsgruppe zur Anwendung homöopathischer Prinzipien im Rahmen von Stadtplanung (Internationale Bauausstellung Stadtumbau Sachsen-Anhalt 2010)
- 2004-2011 in wechselnder Funktion im Vorstand des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte
- 2011: Gründungsmitglied der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie (WissHom) und deren Sektionssprecher für Qualitätsförderung

Kontakt: curt.koesters@hamburg.de

Anton Rohrer (Großlobming, A)

Apriorische Heilungsgewissheit – eine praktische Annäherung[1]

Es wird gezeigt, dass die apriorische Heilungsgewissheit von Hahnemann postuliert wurde. Sie bezieht sich auf ein a priorisches Wissen der Arzneimittellehre und nicht auf eine Heilungsgewissheit beim einzelnen Patienten. Alle Missverständnisse zu diesem Thema rühren von der Vermischung der Arznei- und der Patientenseite. Gewiss heilen lassen sich diese Symptome, die gewiss zur Arznei gehören. Diese Gewissheiten lassen sich durch ein signifikantes Vorkommen (Uwe Plate) in der Arzneimittelprüfung erkennen.

Die Behauptung der Heilungsgewissheit stammt von Hahnemann selbst und beherrschte sein ganzes ärztliches Forschen. Er fasst es im § 3 Organon zusammen:

„Sieht der Arzt deutlich ein, was an Krankheiten das ist, was an jedem einzelnen Krankheitsfalle insbesondere zu heilen ist (Krankheits-Erkenntnis, Indikation), sieht er deutlich ein, was an den Arzneien, das ist, an jeder Arznei insbesondere, das Heilende ist (Kenntnis der Arzneikräfte), und weiß er nach deutlichen Gründen das Heilende der Arzneien dem, was er an dem Kranken unbezweifelt Krankhaftes erkannt hat, so anzupassen, dass Genesung erfolgen muss ... so versteht er zweckmäßig und gründlich zu handeln und ist ein echter Heilkünstler."

„So anzupassen, dass Genesung erfolgen muss" nannte Will Klunker einmal den bedeutendsten Nebensatz der abendländischen Medizingeschichte. Er ist auch der Einzige in der homöopathischen Welt gewesen, der auf den Aspekt der Heilungsgewissheit in 12 Publikationen hingewiesen hat. W. Klunker starb im März 2002, wir gedenken heuer also seines 10. Todestages, ich halte diesen Vortrag daher in memoriam meines Lehrers Will Klunker.

Hahnemann beschreibt in einem Brief an Hufeland 1808 (*Auszug eines Briefes an einen Arzt von hohem Range, über die höchst nötige Wiedergeburt der Heilkunde*) seine eigene Not, die ihm zur Motivation wurde, eine neue Medizin zu schaffen. Dieser Aufsatz gibt vielleicht von allen Schriften Hahnemanns am deutlichsten über das Grundwesen der Homöopathie Auskunft:

„Aber ich bekam Kinder, mehrere Kinder, und da fielen dann nach und nach schwere Krankheiten vor, die, weil sie meine Kinder – mein Fleisch und Blut quälten und in Gefahr setzten –, mir es hinwiederum zu einem noch empfindlicheren Gewissensskrupel machten, dass ich ihnen nicht mit einiger Zuverlässigkeit sollte Hilfe schaffen können. Aber! ... Wo nun Hilfe, sichere Hilfe hernehmen? seufzete der trostlose Vater bei dem Gewimmer seiner teuern, über alles teuern, teuern kranken Kinder. Nacht und Öde um mich her, – keine Aussicht zur Lüftung meines beklemmten Vaterherzens! ... Er, der Allvater, sollte die Krankheitsmartern seiner liebsten Geschöpfe mit Kälte ansehen und dem doch sonst alles möglich machenden Genie des Menschen keinen Weg, keinen leichten, sichern und zuverlässigen Weg möglich gemacht haben, wie sie die Krankheiten aus dem rechten Gesichtspunkte anzusehen hätten, und wie sie die Arzneien befragen könnten, wozu jede nützte, wofür sie wirklich und sicher und zuverlässig hilfreich sei? ... Und eben so gewiss muss es ... einen Weg geben, auf dem sich Krankheiten in richtigem Gesichtspunkte ansehen und mit Gewissheit heilen lassen, einen nicht in endlosen Abstraktionen und phantastischen Grübeleien versteckten Weg!"

Hahnemann schildert hier seine eigene Depression („*Nacht und Öde um mich her*"), seinen Kummer über die Unzuverlässigkeit der herkömmlichen Medizin, die ihm, im Angesicht der Krankheiten seiner Kinder, sehr schmerzlich bewusst wird. Die Depression, der Kummer, den eigenen Kindern nicht helfen zu können, wird zur Motivation, eine Medizin zu schaffen, die sichere Hilfe möglich macht, wo Heilung mit voraussehbarer Gewissheit möglich ist.

Diese Heilungsgewissheit ist das Fundament der hahnemannschen Medizin, das Ähnlichkeitsgesetz dient dazu, diese Heilungsgewissheit in die Praxis umzusetzen. Wenn wir jetzt der Homöopathie ihr Fundament, das heißt, den Aspekt der Heilungsgewissheit entziehen, und das Ähnlichkeitsgesetz selbst zum alleinigen Fundament der Homöopathie machen, dann berauben wir die Homöopathie ihres zentralen Gedankens und dadurch erleben wir die heutige Situation in der Homöopathie: Die Ähnlichkeit, allein für sich genommen, wird zum Spielball der freien Assoziation des Therapeuten, es wird heute alles allem ähnlich und je kreativer der Einfallsreichtum der Interpretation der Ähnlichkeit umso mehr Beifall wird solchen Ideen gezollt. Hahnemann dagegen hat das Ähnlichkeitsgesetz immer unter dem Aspekt der Heilungsgewissheit gesehen.

Hahnemann beginnt folgerichtig mit der Gewissheit schaffenden Befragung der Arzneien, das ist die Arzneimittelprüfung am Gesunden. Jetzt, wenn der rechte Weg zur Befragung der Arzneien gefunden ist, ist gleichzeitig auch der Weg entdeckt, wie man die Krankheiten „im richtigen Gesichtspunkte" ansehen kann: Nämlich auf der Ebene der unmittelbar wahrnehmbaren Symptome, nicht verzerrt durch pathophysiologische Ursachentheorien, spekulative Deutungen oder klinische Diagnosenamen. Das ist das Unbezweifelbare, auf das Hahnemann im § 3 Organon Bezug nimmt, das strikte Bleiben auf der Ebene der Phänomene.

Ich bedanke mich bei Frau Gertraud Roos, Mitarbeiterin beim Projekt der Materia Medica Revisa Homoeopathiae, für die folgende Zitatensammlung.

Hahnemann, RAML, Band 3, Einleitung zu China, S. 100: Homöopathie lehret, „*wie man bloß nach deutlichen Antworten der befragten Natur mit voraus zu bestimmender Gewissheit, Krankheiten schnell, sanft und dauerhaft in Gesundheit umwandeln könne*."

Hahnemann, RAML, Band 1, Vorrede, S. 4: „*Bloß diese ihre reine Wirkung lässt sich genau erforschen, folglich voraus bestimmen, ob diese im gegebenen Falle helfen könne, oder jene andere."*

RAML, Band 1, Vorrede, S. 25: *„Anders, als nach diesen ... Gesetzen scheint die Natur der lebenden Organismen bei dauerhafter Heilung der Krankheiten durch Arzneien nicht zu wirken, und so wirkt sie in der Tat, so zu sagen, nach mathematischer Gewissheit."*

RAML, Band 2, Vorwort zu Ferrum, S. 122: *„Gott bewahre jeden Kranken vor einem Arzte, der nicht weiß, warum er*

*dies oder jenes Arzneimittel verordnet, der nicht überzeugende Gründe dazu hat, der nicht im **voraus** (*Anm. AR: gesperrt gedruckt!*) weiß, welche Arznei dem Kranken heilsam oder verderblich sein werde."*

RAML, Band 3, Vorwort zu Chamomilla, S. 67: *„Aus den Symptomen und Beschwerden, die die Chamille für sich in gesunden Menschen erregt ... ersiehet man, welche natürlichen Krankheitszustände sie schnell, mit Gewissheit und dauerhaft heilen kann, heilen wird, heilen muss."*

RAML, Band 4, Vorwort zu Silber, S. 339: *... dass die Arzneien, welche gewiss heilen sollen, in der Erstwirkung das Ähnliche vom gegenwärtigen Krankheitszustande zu erregen im Stande sein müssen ..."*

RAML, Band 2, Geist der homöopathischen Heillehre, S. 2: „*Erkennbar, deutlich erkennbar muss das unseren Sinnen offen da liegen, was an jeder Krankheit hinwegzunehmen sei, um sie in Gesundheit zu verwandeln, und deutlich wahrnehmbar muss jede Arznei aussprechen, was sie zuverlässig heilen könne, ehe sie gegen Krankheit angewendet werde, wenn die Arzneikunst aufhören soll, ein leichtfertiges Würfelspiel um Menschenleben zu sein, und anfangen soll, die gewisse Retterin aus Krankheiten zu werden.*"

Dann ist noch ein Missverständnis über den Begriff der Heilungsgewissheit zu klären. Es muss korrekt „Wirkungsgewissheit" heißen. Auch der schulmedizinische Arzt hat die Gewissheit, dass sein Schmerzmittel „wirkt", und das tut es ja auch. Auch das Antibiotikum wird heilen, und wenn nicht, dann war es das falsche Mittel und das richtige Mittel muss gefunden werden, durch Erreger- und Resistenzbestimmung. Das gibt es auch in der Homöopathie, dass das falsche Mittel gegeben wurde und das richtige, nach den hier noch zu nennenden Kriterien, bestimmt werden muss. Der schulmedizinische Arzt weiß, dass sein Medikament wirkt, ob es aber heilt, ist eine andere Frage. Nicht anders ist es in der Homöopathie. Das richtige Mittel wirkt, und wenn es wirkt, dann heilt es auch, hier ist es eine wirkliche Heilung. Auf die komplexen Fragen und Interpretationen des Begriffs „Heilung" kann in diesem Zusammenhang nicht eingegangen werden.

Es ist ganz klar, dass die hahnemannsche Medizin auf dem Boden von Wirkungsgewissheit („*wie man bloß nach deutlichen Antworten der befragten Natur mit voraus zu bestimmender Gewissheit, Krankheiten schnell, sanft und dauerhaft in Gesundheit umwandeln könne*"), völlig dem Konzept von Susanne Diez widerspricht (vgl. in diesem Band, S. 9 ff.). Sie erklärt sogar die Subjektivität zu einem neuen „*Grundprinzip der Homöopathie*".[2] Sie hat aber völlig recht, wenn sie schreibt:

„Jeder Versuch, die Homöopathie als Wissenschaft zu formulieren, wird daher um die schwierige Frage der Verallgemeinerungsmöglichkeiten (‚Objektivierung') subjektiver Erfahrungen und Erlebnisse nicht herumkommen."

Dieses schwierige Problem der notwendigen Objektivierung hat Hahnemann selbst aber schon längst gelöst! Damit wird aber Subjektivität selbstverständlich kein „Grundprinzip" in der Homöopathie, denn das fehlte gerade noch! Die Lösung des Problems der Objektivierung, die Hahnemann gefunden hat, ist für viele Homöopathen unbekannt, bzw. sie fühlen sich von dieser Lösung vielmehr „verfolgt". Christoph Laurentius schreibt in seinem Abstract: *„Der Begriff Heilungsgewissheit verfolgt seit Generationen homöopathische Ärzte und Therapeuten."*[3]

Während für Herrn Laurentius sich die Homöopathen von der Heilungsgewissheit noch verfolgt fühlen, und sie doch, wie den Heiligen Gral, nie finden, ist jetzt plötzlich die Heilungsgewissheit in der Homöopathie nicht nur gut verankert, sondern fast schon konstitutiv für die Methode! Also keine HeilungsUNgewissheit mehr? Herr Kösters schreibt in seinem Abstract:

*„Der Begriff der Heilungsgewissheit ist in der Homöopathie nicht nur gut verankert, sondern fast schon konstitutiv für die Methode. Im Rahmen dieses Referats soll dargelegt werden, **warum** dieser Begriff erkenntnistheoretisch problematisch ist – **und dass** eine bewusste Abkehr von diesem Begriff zusätzliche therapeutische Optionen erschließen kann."*[4]

Als ehemaliger, sehr guter Zentralvereins-Standespolitiker versucht Herr Kösters, diplomatisch die verschiedenen Schulen unter einen Hut zu bringen und vertritt deshalb einen Konsensus-Standpunkt des Sowohl-als-auch. Nach Kösters bringt eine bewusste Abkehr von diesem Begriff der Heilungsgewissheit zusätzliche therapeutische Optionen. Wenn wir also auf Heilungsgewissheit, auf die Sicherheit in der Arzneiwahl verzichten, dann haben wir zusätzliche therapeutische Möglichkeiten, aber ungewisse. Wenn ich also nicht nur nach Hahnemann arbeite – mit Heilungsgewissheit – sondern zusätzlich noch, überspitzt formuliert, würfeln würde, dann hätte ich die zusätzliche therapeutische Möglichkeit über eine Arzneiwahl mit Würfeln – aber natürlich ohne Gewissheit.

Aber kehren wir zur Aussage von Susanne Diez zurück, wo es um die „*schwierige Frage der Verallgemeinerungsmöglichkeiten (‚Objektivierung') subjektiver Erfahrungen und Erlebnisse*" geht, um die wir *„nicht herumkommen."* Selbstverständlich ist jedes einzelne Prüfungs- und Patientensymptom subjektiv. Aber dieses Problem hat Hahnemann vor über 200 Jahren nach wissenschaftlichen Prinzipien gelöst und seine Lösung ist bestimmt nicht der „Heilige Gral" der Homöopathie, den Herr Laurentius in der Heilungsgewissheit vermutet. Die Lösung des Problems ist nicht verborgen, geheim, wie der Heilige Gral, sondern liegt offen da, in der Arzneimittellehre. Die Problemlösung sind die Signifikanzen, um einen Ausdruck von Uwe Plate zu gebrauchen. Diese in der Arzneiprüfung signifikant häufig vorkommenden Zeichen nannte Hahnemann Charakteristika und die Verschreibung nach diesen ist die Voraussetzung der Heilungsgewissheit (Wirkungsgewissheit). Signifikant meint deutlich und in der Statistik bedeutet es, dass bei einer Signifikanz die Wahrscheinlichkeit für einen Zufall gering ist.

Das heißt, je signifikanter ein Zeichen in der Arzneiprüfung vorkommt, umso geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um einen Zufall handelt und umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass es eine wirkliche Arzneiwirkung ist und damit die Wirkungsgewissheit gegeben ist.

In eine Arzneimittelprüfung kann sich Zufälliges, Irrtümliches einmischen, was mit der Arznei überhaupt nichts zu tun hat. Dessen war sich Hahnemann vollkommen bewusst. Ich brauche Kriterien, um die sichere Arzneiwirkung erkennen zu können. Die sichere Arzneiwirkung ist das Charakteristische, wie Hahnemann es bezeichnet, das sich zeigt, wenn es in der Prüfung häufig vorkommt oder wenn dieses Zeichen in den allerverschiedensten Zusammenhängen (GHG Jahr) auftritt, was sich durch die Arznei durchzieht so wie der rote Faden in

den Tauen der englischen Marine, wie Bönninghausen sich ausdrückt. Heute können wir alle diese Beschreibungen zusammenfassen im Begriff der Signifikanz. Das einzelne – isolierte – Prüfungssymptom allein gibt keine Sicherheit. Weil sich das Zwingende der Arzneiwirkung in der Prüfung durchsetzt, deshalb tritt das Zeichen häufig auf, was wir signifikant nennen können. Das Zwingende setzt sich durch, das Zufällige, das Einzelsymptom ist immer unsicher, da haben wir keine Wirkungsgewissheit. Das heißt, die Voraussetzung von der Arzneiseite her („*deutliche Kenntnis der Arzneikräfte*“, § 3) ist eine Datenlage, die signifikant ist. Eine deutliche, ausreichende Datenlage bietet Wirkungsgewissheit („*deutlich wahrnehmbar muss jede Arznei aussprechen, was sie zuverlässig heilen könne“,* Geist der homöopathischen Heillehre, S. 2). Das heißt, das homöopathische Mittel wirkt nur dann mit Sicherheit, wenn wir genügend Informationen durch die Arzneiprüfung haben, wenn das Datenmaterial der Prüfungssymptome für eine Wirkungsgewissheit ausreichend ist.

Das bedeutet, das Symptom muss beim Patienten in der Anamnese deutlich zutage treten und bei der Arznei muss es signifikant vorkommen.

Die Entsubjektivierung der Prüfungssymptome und damit die von Susanne Diez geforderte Objektivierung ergeben sich durch die Signifikanzen. Aber dass **diese** konkrete signifikante Zeichenkombination heilen **muss** (die Wirkung sicher eintritt) bezieht sich nicht nur auf einzelne Zeichenkombinationen (z. B. Stechen bei Bewegung), sondern auf das Prinzip schlechthin: Bryonia hat in der AMP mehrfach Stechen bei Bewegung hervorgebracht, das ist signifikant häufig in der Prüfung aufgetreten, deswegen ist diese Zeichenkombination für Bryonia charakteristisch. Wenn Bryonia Stechen bei Bewegung geheilt hat, und zwar **deswegen** geheilt hat, **weil** es dafür signifikant ist, dann muss Bryonia auch Stechen bei Berührung heilen, weil es auch dafür signifikant ist.

Diese Heilungen bestätigen jetzt nicht diese einzelnen Zeichenkombinationen (quasi dass damit nur bestätigt wird, dass Bryonia Stechen bei Bewegung oder bei Berührung heilen kann), sondern bestätigen das Prinzip, dass in den Signifikanzen die Wirkungsgewissheit dieser Arznei erkennbar ist, also was mit dieser Arznei gewiss geheilt werden kann. Wenn Bryonia Stechen bei Bewegung heilen kann, **weil** Bryonia dafür signifikant ist, dann **müssen** das auch alle anderen Arzneien können, **wenn** sie für diese Zeichenkombination signifikant sind. Mangan hat auch 7 Symptome mit Stechen beim Gehen. Wenn Bryonia Stechen beim Gehen heilt, dann muss das Mangan auch heilen können. Wenn Mangan das dann auch heilt, dann müssen es alle anderen Arzneien auch können, die Stechen beim Gehen signifikant haben, ob das in der Praxis schon ausprobiert und bestätigt wurde oder nicht. Das weiß ich **vorher,** vor jeder Heilung, ohne je eine Heilung vorher mit diesen Zeichen oder ZK gemacht zu haben. Das hat Hahnemann „*mit voraus zu bestimmender Gewissheit“ (*RAML, Band 3, China) gemeint. Als Homöopathen können wir doch alle gewiss die Aussage akzeptieren, dass Arzneien das heilen können, was sie in der Prüfung hervorgebracht haben. Oder??? Das bedeutet, wenn ich sicher weiß, was sie sicher hervorgebracht haben, dann kann ich das auch sicher mit dieser Arznei heilen. Alles andere ist unlogisch. Die signifikanten Zeichen heilen gesetzmäßig und nicht bloß zufällig, einmal heilen sie, ein anderes Mal nicht.

Das **muss** so sein, oder die ganze Homöopathie funktioniert nicht. Wenn Bryonia Stechen beim Gehen geheilt hat, dann müssen alle Arzneien, die dafür signifikant sind, Stechen beim Gehen heilen. Das muss ich nicht ausprobieren, das weiß ich vorher schon. Anfänglich brauchte Hahnemann „Heilungsbestätigungen“. Diese Verifikation liegt in der Natur jeder Wissenschaft, aber hier wurden nicht einzelne Symptome oder Zeichenkombinationen verifiziert, sondern das Prinzip Homöopathie, als Heilung durch übereinstimmende Ähnlichkeit zwischen Patientensymptomen und signifikanten („charakteristischen“) Zeichenkombinationen. Nachdem aber dieses Prinzip in Hahnemanns Praxis bewiesen war, konnte er es allgemein auf alle Arzneiwirkungen (Signifikanzen) anwenden, **ohne** dass jede einzelne ZK für sich selbst bestätigt werden musste, und das ist die Heilungsgewissheit a priori. Diese setzt allerdings die Anwendung des Prinzips voraus (Erkennen der Signifikanzen/Charakteristika) und davon werden Generationen von Homöopathen verfolgt. Deswegen kann es keine Heilungsgewissheit im Denken der Homöopathen geben, weil diese Gewissheit ein bestimmtes Prinzip voraussetzt. Ohne dieses Prinzip der Signifikanz gibt es auch keine Gewissheit. Homöopathie ist nun einmal eine Wissenschaft und beruht auf Naturgesetzen, die eine Einhaltung dieser Gesetze verlangen, sonst funktionieren sie nicht. Und diese Gesetze sind nicht subjektiv, sondern objektiv, weil es keine subjektiven Naturgesetze gibt.

Wenn Hahnemann in den Vorreden zu einzelnen Arzneien schreibt, dass man sie mit „*voraus zu bestimmender Gewissheit*“ anwenden kann, dann ist das nur logisch, weil es gar nicht anders sein kann! Ob auch immer in jedem konkreten Einzelfall wirklich Heilung erfolgt, ist eine andere Frage. Jede Krankheit kann potentiell geheilt werden, aber nicht jeder Patient. Die letzte Krankheit eines Menschen ist immer unheilbar, sonst hätten wir den Tod besiegt, aber Unsterblichkeit ist in der Natur nicht vorgesehen. Und es ist, trotz Homöopathie, noch jeder gestorben. Die Schlussfolgerung, wonach es keine Heilungsgewissheit geben kann, weil es keine Unsterblichkeit gibt, ist die einzig mögliche, aber sie ist unsinnig.

Wenn keine Heilung erfolgt, dann widerspricht das nicht der Heilungsgewissheit bzw. bestätigt die nicht existierende Unsterblichkeit. Das heißt, entweder es erfolgt keine Heilung, weil es sich um die letzte Krankheit des Patienten handelt, oder es liegen Heilungshindernisse vor, denn Heilung muss ja erfolgen bzw. Wirkung muss eintreten. Oder die Anamnese war falsch, aber das widerspricht auch nicht dem Prinzip der Gewissheit. Wenn keine Heilung erfolgt, muss ich herausfinden, warum sie nicht erfolgte. Und das ist, psychologisch gesehen, die Schwierigkeit im Umgang mit dem Thema der Wirkungsgewissheit, weil sie falsch verstanden wird. Ich weiß schon vor jeder Anwendung von Bryonia, dass Bryonia ein Stechen schlimmer durch Bewegung heilen können muss. Das ist die a priori Gewissheit. Aber umgekehrt, wenn jetzt ein Patient mit einem Stechen bei Bewegung vor mir sitzt, weiß ich natürlich nicht schon vorher, dass Bryonia ihm helfen muss. Denn es kann die Anamnese falsch

sein, der Patient kann ungenaue Angaben machen, ich kann bei der Arzneiwahl eine Arznei übersehen, die in der Gesamtheit der Symptome des Patienten noch ähnlicher passen würde als Bryonia etc. Das alles weiß ich natürlich im Vorhinein nicht!

Die Gewissheit ist von der Arzneiseite her zu sehen und nicht von der Patientenseite. Alle Einwände gegen die Heilungsgewissheit kommen daher, weil diese zwei Seiten verwechselt werden. Es ist auch logisch, dass Hahnemann mit der Gewissheit schaffenden Befragung der Arzneien beginnt. Denn umgekehrt, von der Krankheitsseite her, lässt sich zuerst kein sicherer Standpunkt finden. Die Befragung der Krankheiten muss auf das abgestimmt werden, was die Arzneimittelprüfung ergeben hat. Klunker:

„*Erst dieser rechte Ansatz, das unmittelbar dem vorurteilsfreien Wahr-Nehmen im Arzneiversuch am Gesunden Gegebene als die natürliche Sprache dessen, was jede einzelne Arznei in Wahrheit vermag, nämlich in je ihrer Weise krank zu machen, anzunehmen, gibt zugleich die Identität dessen, was Krankheit theoretisch, unverzerrt und spekulativ unverdunkelt, also unbezweifelbar ist, bekannt.*“ [ZKH 5/96. Heilkunde unter dem Anspruch von Gewissheit, S. 190]

Wenn Bryonia Stechen beim Gehen heilt, weil es dafür signifikant ist, dann zeigt das nicht nur, dass diese konkrete Signifikanz heilt, sondern dass ALLE Signifikanzen heilen, oder das ganze System stimmt nicht! Es kann nicht sein, das Bryonia die eine Signifikanz heilt und eine andere nicht. Die Praxis zeigt, dass immer alle Signifikanzen zur Heilung führen. Das hatte Hahnemann vor 200 Jahren bereits alles ausgetestet und dann im Organon formuliert. Wir dürfen ja nicht vergessen, dass er 20 Jahre an der Homöopathie geforscht hat, bevor er das Organon veröffentlichte.

Signifikanzen sind wirkliche Arzneiwirkungen und damit kommt der Signifikanz eine „Wirkungsgewissheit“ zu. Eine Wirkungsgewissheit ist aber eine Heilungsgewissheit, weil nach dem Ähnlichkeitsgesetz Arzneien das heilen, was sie auch hervorrufen. Tun sie es nicht, würde das Ähnlichkeitsgesetz nicht stimmen. Wenn wir uns also auf das Ähnlichkeitsgesetz verlassen, muss es eine Heilungsgewissheit geben. Diese Heilungsgewissheit bezieht sich auf Arzneiwirkungen, die ganz gewiss vorhanden sind und diese müssen ganz gewiss heilen. Wenn es in der Praxis nicht zur Heilung kommt, dann liegt, wie gesagt, ein Grund vor, der aber nicht die Heilungsgewissheit an sich aufhebt. Deshalb beginnt Hahnemann seinen Aufsatz „Beleuchtung der Quellen der gewöhnlichen Materia Medica“ (RAML, Band 3) wie folgt:

„*Nächst der Kenntnis des Heil-Objekts, der Kenntnis, was an den Krankheiten, das ist, an jedem unsre Hilfe suchenden Krankheitsfalle zu heilen sei, kann es für den ausübenden Arzt keine nötigere Kenntnis geben, als die der* ***Heilwerkzeuge****, nämlich zu wissen, was jede der Arzneien ganz gewiss heilen könne.*“

Hahnemann, RAML, Band 3, Einleitung zu China: Homöopathie lehret, „*wie man bloß nach deutlichen Antworten der befragten Natur mit voraus zu bestimmender Gewissheit, Krankheiten schnell, sanft und dauerhaft in Gesundheit umwandeln könne*.“ Bei China hat Hahnemann viele Signifikanzen gefunden (Charakteristika) und damit wusste er, welche Beschwerden China heilen muss und zwar bevor er China überhaupt jemals in der Praxis eingesetzt hat, denn Chinas charakteristische Symptome müssen in der Praxis genau so funktionieren, wie alle anderen charakteristischen Symptome der Materia medica. Das ist die Heilungsgewissheit a priori. Und die muss es geben, sonst ist alles sinnlos.

Die Heilungsgewissheit funktioniert aber nur unter entsprechenden Bedingungen. Die Bedingungen sind logischerweise die echten Arzneiwirkungen, denn Symptome, die nicht von der Arznei hervorgerufen werden, können nicht zur Heilung führen und für diese Symptome gibt es keine Heilungsgewissheit. Ein einzelnes subjektives Symptom ist, wie gesagt, niemals eine sichere Arzneiwirkung, weswegen es bei einer Arzneiwahl nach Einzelsymptomen auch keine Heilungsgewissheit geben kann. Ein einzelnes, durch Heilung verifiziertes Prüfungssymptom bietet auch keine Heilungsgewissheit, weil eine Bestätigung durch Heilung in Wirklichkeit nichts bestätigt, denn Symptome werden oft indirekt mit geheilt, ohne dass es sich bei dieser Heilung um eine Arzneiwirkung handelt. Heilungssymptome haben an sich keine Heilungsgewissheit. Deswegen sind die Wertegrade in den Repertorien auch keine Heilungsgewissheit, denn sie können richtig oder falsch sein.

Und jetzt landen wir – wie immer! – wieder bei Hahnemann. Repertorien geben nur Hinweise, Heilungssymptome sind keine charakteristischen Symptome usw. Es geht immer nur um das Studium der Arzneimittellehre zur Identifikation der charakteristischen Symptome (Signifikanzen) und dann gibt es zwingend eine Heilungsgewissheit.

Die sichere Wirkung der Arznei zeigt sich in den AMP-Symptomen und nicht in den klinischen Heilsymptomen.

Durch klinische Verifikation wird ein Symptom oder Zeichen nicht charakteristischer. Viele Homöopathen sehen in der klinischen Verifikation eine Lösung des Problems der Identifikation der charakteristischen Symptome einer Arznei. Aber das ist ein völlig nutzloses Vorgehen, das schon Hahnemann als falsch erkannte.

Hering führt sehr deutlich aus (Medizinische Schriften, S. 1016):

„Nach Hahnemanns deutlicher und bestimmter Anweisung sollen wir uns zwar nicht ausschließlich, aber doch entschieden vorzugsweise bei der Wahl des Mittels nach den Symptomen richten, welche dieses Mittel bei Gesunden verursacht hatte. Zunächst und nur mit großer Vorsicht können in das Verzeichnis auch Symptome aufgenommen und bei der Wahl gebraucht werden, welche bei Kranken entstanden waren. Am wenigsten Wert ist zu legen auf Symptome, welche ein Mittel geheilt hat oder auf dessen Heilwirkungen.

Im Gegensatz damit haben die mehrsten neuern Homöopathen den größten Wert auf geheilte Symptome gelegt. Man hat dieselben sogar als den Kern und die Essenz der Arzneimittellehre extrahiert und besonders abdrucken lassen. Dies ist ein großer Irrtum, der die echte, freie Anschauung der Arzneimittellehre immer mehr beengt ... Allerdings scheint es auffallend, Symptomengruppen, welche ein Mittel entschieden geheilt hat, bei der Wahl des nämlichen Mittels gegen die nämlichen Symptome als minder wichtig anzusehen, allein es ist doch so. Die Symptome, welche ein Mittel heilte, sind oft nur Folgezeichen, welche durch das Entfernen eines bedingenden Umstandes verschwinden.“ [AHZ 40, 1851]

An Kranken geheilte Symptome können aber auch zur Arzneiwirkung völlig entgegen gesetzte Symptome sein, wie Hahnemann im § 67 FN ausführt:

„… so vergehen auch die wenigen entgegengesetzten Symptome nach verflossener Wirkungsdauer des Medikaments von selbst, ohne im mindesten die Heilung zu verzögern.“

Also auch der echten Arzneiwirkung völlig konträre Symptome können als klinisch geheilte Symptome dadurch ins Repertorium gelangen. Ich halte diese Fußnote zu § 67 für eine der wichtigsten Stellen im Organon in Bezug auf klinische Symptome und deren fälschliche Arzneieintragung in Repertoriumsrubriken.

Hering und Hahnemann nennen also zwei Möglichkeiten, wodurch Krankheitssymptome nach einer Arzneigabe vergehen können, ohne dass sie direkt durch den Arzneieinfluss geheilt wurden. Dann kann ein Krankheitssymptom natürlich auch noch spontan vergehen, unabhängig vom Arzneieinfluss. Wir wissen also nie, wenn Krankheitssymptome vergehen, ob sie durch die direkte homöopathische Arzneiwirkung geheilt wurden oder ob sie aus diesen drei angeführten Gründen einfach vergangen sind. Deshalb sind klinische Nachträge immer unsicher. Darum ist die Möglichkeit sehr wahrscheinlich, dass oft Falsches in die Repertorien eingetragen wird, da sich die meisten Nachträge in den Repertorien auf klinische Erfahrungen beziehen und wir nie sicher sagen können, ob diese Symptome wirklich durch die Arznei geheilt wurden. Durch diese Verunklarung der Repertorien sinkt die Wirkungsgewissheit der Arzneiverordnung ganz beträchtlich. Das dürfte ein Hauptgrund sein, warum Heilungen in der Praxis oft nicht eintreten, weil eben viel Falsches in unseren Repertorien steht.

Selbst Kent schreibt [MW, S. 205]:

„*Die Aufnahme klinischer Symptome in unsere Materia medica muss mit der größten Vorsicht erfolgen ... Die hastige und unüberlegte Aufnahme klinischer Symptome ist sicherlich von Übel; und wenn das in größerem Ausmaß geschieht, wird unsere Materia medica unglaubwürdig ... Ist unsere Materia medica erst einmal verfälscht und verdreht, wird der klinische Erfolg unmöglich.*“

Das gilt natürlich nicht nur für die Materia medica, sondern auch für die Repertorien, in denen sie Aufnahme gefunden haben.

Schlussfolgerung

Wir sind auf die AMP-Symptome angewiesen, können uns in Wirklichkeit nur auf Arzneiprüfungssymptome verlassen, da klinische Symptome unzuverlässig, nicht sicher sind. Es heilen die charakteristischen (signifikanten) Zeichenkombinationen, erkennbar in den Arzneiprüfungen.

Das führt zur praktischen Frage: Wie kann ich die charakteristischen Zeichenkombinationen in der Arzneimittellehre erkennen? Das Problem ist – das kann ich in Kürze hier nur andeuten –, dass die hierarchisch wertvollsten Zeichenkombinationen durch normale Repertorien (einschließlich Taschenbuch) nicht, oder nur sehr schwer erfasst werden können (Stechen beim Gehen, Jucken links). Wir müssen uns das einmal bewusst machen: Das wertvollste und zahlenmäßig umfangreichste Datenmaterial der Materia medica kann durch ein Repertorium gar nicht erfasst werden. Hahnemann spricht ja davon, dass ein Repertorium nur leichte Winke geben kann. Das ist nicht, weil es damals noch nicht den Kent oder das Complete gegeben hat – nein, das liegt an der Grundstruktur des Repertoriums und auch ein Superrepertorium kann das nicht erreichen. Dafür erweist sich das Symptomenlexikon von Uwe Plate als geniales Werkzeug, weil eben jede gewünschte Zeichenkombination in Sekundenschnelle mittels Mausklick dargestellt werden kann. Einzig das Symptomenlexikon ist heute in der Lage, solche Zeichenkombinationen mit deren Signifikanzen darzustellen. Die Konzeption des Symptomenlexikons stammt übrigens von Hahnemann, es wurde von Uwe Plate mittels moderner Computerprogramme nach seiner Idee ausgearbeitet.

Da es bei der Arzneicharakteristik auf die Zeichen und Zeichenkombinationen ankommt, dann sind es auch diese, die ich in der Anamnese erfassen muss, denn was nützen uns die auffallendsten, individuellen Symptome des Patienten, wenn sie sich in der Materia medica nicht wieder finden lassen.

Alle diese Kriterien in die Praxis umgesetzt finden wir in der Krankengeschichte der Lohnwäscherin, von Hahnemann in der Vorerinnerung RAML, Band 2, S. 30 ff., geschildert (vgl. Anlage 1).

Ich danke Herrn Uwe Plate für die Erstellung dieser Folie. Die Fallauswertung wurde mit der neuen Version des SL gemacht (2013). Mit der vorherigen Version (2012) ging es nicht so schnell und einfach.

Bei der Lohnwäscherin besteht eine Heilungsgewissheit mit Bryonia, weil Bryonia alle charakteristischen Zeichenkombinationen signifikant abdeckt und dazu auch noch alle Zeichenkombinationen, bei denen es in der Arzneimittellehre keine Signifikanzen gibt (Bewegung/ Magenbeschwerden, Gehen/Magenbeschwerden). Die Datenlage ist also ausreichend, Bryonia hat außerdem keine Widersprüche (signifikant Stechen besser durch Bewegung/Gehen), was nicht den Polaritäten von K. H. Gypser oder H. Frei entspricht. Bryonia hat alle Symptome charakteristisch, ist damit das Simile, und das ist die Heilungsgewissheit, denn Bryonia muss hier heilen, wenn alle Bedingungen erfüllt sind, und wenn es nicht heilt, gibt es Heilungshindernisse oder die Patientin hat ihre Symptome falsch geschildert etc. Deshalb muss Bryonia heilen oder die Homöopathie, wie Hahnemann sie konzipiert hat, funktioniert nicht, oder es gibt Heilungshindernisse, oder die Anamnese stimmt nicht. Bei der Lohnwäscherin war das Datenmaterial eindeutig und deswegen war sich Hahnemann der Heilung so sicher. Hahnemann gab der Frau einen Tropfen Bryonia *„… und beschied sie nach 48 Stunden wieder zu mir. Meinem Freunde E., der zugegen war, deutete ich an, dass die Frau binnen dieser Zeit durchaus gesund werden müsse …“.*

Aber diese Wirkungsgewissheit gibt es nicht immer. Das zeigt der zweite Fall des blassen Sekretärs (vgl. Anlage 2). Hier ist die Datenmenge gering, und deswegen gab es hier keine Wirkungsgewissheit. Dass der Fall trotzdem geheilt wurde, zeigt nur, wie selbst bei unsicherer Datenlage noch viel erreicht werden kann, da ist aber keine Gewissheit gegeben. Wenn es nun bei manchen (oder gar in vielen?) Fällen keine ausreichende Datenmenge gibt, bedeutet das nicht, dass es in der Homöopathie prinzipiell keine Heilungsgewissheit gibt! Hahnemann hat niemals gesagt, dass seine Arzneimittellehre vollständig sei.

Schluss

Die Praxis bedeutet deshalb die Vermeidung aller Heilungs-UN-gewissheiten, wie sie hier im Vortrag aufgezählt wurden. Die Heilungs-UN-gewissheit resultiert doch nur aus der ungewissen Arzneiwahl ohne Leitfaden, ohne Regeln, oder nach Gefühl und Intuition („subjektiv“) oder vor allem nach klinischen Symptomen. Wenn aber in der heutigen Homöopathie nach Heilungssymptomen gewählt wird (die man im Repertorium ja nicht auseinander halten kann), oder nach Einzelsymptomen oder nach unerklärlichen Symptomen oder nach Miasmen oder zentralen Empfindungen oder Wahnideen oder was es sonst noch alles gibt, dann gibt es logischerweise nur Ungewissheit!

Homöopathen haben heute keine Heilungsgewissheit, weil es diese in der klassischen Homöopathie nicht geben kann. Es gibt tatsächlich keine Heilungsgewissheit in der klassischen Homöopathie, weil ihr Hauptwerkzeug, das klassische Repertorium, aus den angeführten Gründen keine Wirkungsgewissheit bieten kann. In der Homöopathie nach Hahnemann gibt es Heilungsgewissheit. Klassische Homöopathie und Hahnemanns Homöopathie sind zwei verschiedene Therapien. Die eine hat Heilungsgewissheit, die andere nicht. Herr Laurentius hat Recht, es gibt in seiner Homöopathie keine Heilungsgewissheit. Aber Hahnemann hat auch recht, denn in Hahnemanns Homöopathie gibt es die Heilungsgewissheit.

Es gibt die Heilungsgewissheit, wenn die Bedingungen erfüllt sind, nämlich eine ausreichende Datenlage (signifikante Zeichen) und keine Heilungshindernisse und eine richtige Anamnese und eine richtige Arzneiwahl nach den von Hahnemann gefundenen Regeln. Wir haben bei ausreichendem Datenmaterial in den Prüfungen eine Wirkungsgewissheit, ob diese dann auch zur Heilung führt, ist eine andere Frage. Aber das ist immer so, in jeder Medizin.

Literatur

Hahnemann, S: Organon der Heilkunst, 6. Auflage.

Hahnemann, S: Reine Arzneimittellehre. Band 1-6.

Hahnemann, S: Die chronischen Krankheiten, ihre eigentümliche Natur und homöopathische Heilung.

Hahnemann, S: Gesammelte Kleine Schriften.

Hering, C: Herings medizinische Schriften in drei Bänden.

Jahr, GHG: Die Lehren und Grundsätze der gesamten theoretischen und praktischen homöopathischen Heilkunst.

Kent, JT: Kent´s Minor Writings.

Plate, U: Hahnemanns Arbeitsweise mit dem Symptomen-Lexikon dargestellt an Praxisfällen. Verlag Uwe Plate. Vechelde 2003.

Plate, U: www.symptomenlexikon.de (Symptomenlexikon. Homöopathie nach Hahnemann).

Anmerkungen

[1] Vortrag, gehalten am 27. Oktober 2012 im Rahmen des WissHom-Jahreskongresses ICE 12 (12. Internationaler Coethener Erfahrungsaustausch) in Köthen (Anhalt).

[2] Dr. Susanne Diez: *„Alles, was wir vom Patienten in der homöopathischen Anamnese erfahren, sowie alle Ergebnisse homöopathischer Arzneimittelprüfungen sind Wahrnehmungen (innere Gefühle und Empfindungen und äußere Eindrücke) und daher vor allem subjektiver Natur. Deshalb ist die Subjektivität neben der Ähnlichkeitsrelation als Grundprinzip der Homöopathie zu postulieren.“* Aus dem Abstract des Vortrages „Subjektivität als ein Grundprinzip der Homöopathie“, gehalten am 25. Oktober 2012 im Rahmen des WissHom-Jahreskongresses ICE 12 (vgl. Beitrag in diesem Band, S. 9 ff.).

[3] Christoph Laurentius: *„Der Begriff Heilungsgewissheit verfolgt seit Generationen homöopathische Ärzte und Therapeuten. Schon Hahnemann erwähnt diesen Begriff im Organon der Heilkunst. Nachfolgende Homöopathen haben sich immer wieder auf die Suche nach diesem heiligen Gral der Homöopathie gemacht. Aber schon allein mit dem Begriff ‚Heilung‘ verlassen wir den sicheren Boden der Gewissheit und wagen uns vor in Gebiete, deren Koordinaten lediglich relativ zu nennen sind.“* Aus dem Abstract des geplanten Vortrages „HeilungsUNgewissheit in der homöopathischen Praxis“ im Rahmen des WissHom-Jahreskongresses ICE 12. Das Vortragsthema wurde von Curt Kösters übernommen.

[4] Curt Kösters, Abstract des Vortrages „HeilungsUNgewissheit in der homöopathischen Praxis“, gehalten am 27. Oktober 2012 im Rahmen des WissHom-Jahreskongresses ICE 12 (vgl. Beitrag in diesem Band, S. 39 ff.).

Dr. med. Anton Rohrer

Seit 1985 in der Praxis als Arzt für Allgemeinmedizin in Großlobming (Steiermark/Österreich).

Wichtige homöopathische Lehrer sind Dorcsi, Vithoulkas, Künzli, Sankaran, Klunker, Saine und Möller. Von 1996 bis 2000 Präsident der ÖGHM (Österreichische Gesellschaft für homöopathische Medizin). Seit 1987 in der Ärzteausbildung tätig in Österreich, Deutschland und Ungarn. Seit 1996 Lektor für Homöopathie an der Medizinuniversität Graz. Von 1999 bis 2007 Konsiliararzt für Homöopathie an der Landes-Nervenklinik Sigmund Freud in Graz. Publikationen in der Documenta homoeopathica (Wien, Maudrich Verlag).

Kontakt: rohrer@hahnemann.at
Website: www.hahnemann.at

Anlage 1

1. Magen - Stechen	
2. Bewegung - Stechen	
3. Gehen - Stechen	
4. Essen - Uebelkeit	
5. Übelkeit - Speichelfluss	
6. Aufstoßen - leer	
7. Auftreten - Stechen	
8.	

04.06.12

Name: Lohnwäscherin

Bry 7/7, Calc 7/6, Phos 7/6, Sep 7/6, Zinc 7/6, Kali-c 7/5, Lyc 7/5, Sulph 6/6 ...

	1	2	3	4	5	6	7	8
Acon	2	**3**	1		1	2		
Agar				2		**3**		
Agn		2						
Alum	**5**	**4**	**5**	**3**		**9**		
Ambr	1	**3**	1	1	1	1		
Am-c	2	1	**3**	**4**	1	2		
Am-m	2	**4**	**6**	2	2	2		
Anac	**4**		2	2	1	2	1	
Ang		**3**	2	1		1		
Ant-c			2		1	1		
Ant-t	1	2		**3**	**3**	**7**		
Arg-m	1	1	1				1	
Arn		**3**	**6**		1	**3**	1	
Ars	1	1	**5**	**3**	**3**	**5**	2	
Asaf			2					
Asar					2	2		
Aur	2							
Bar-c	**3**	1	2	**3**	2	**8**		
Bell	**3**	**5**	**7**	**3**			1	
Bism				1				
Borx	**4**	1	**3**	**3**				
Bov	1	2				**3**		
Bry	**3**	**9**	**7**	**3**	**4**	**3**	**3**	
Calad	**3**					1		
Calc	**4**	**6**	**7**	**3**	**5**	**3**	1	
Camph		2	1		1	1		
Cann-s				1		1		
Canth	2	**3**	1	1	1	**3**		
Caps	2	2	**4**		1			
Carb-an	**3**	2	2	1	2	**4**		
Carb-v	1	2	2	**4**	1	**4**		
Caust	**4**	**4**	**3**	2	2	**5**	1	
Cham		1		**5**	1	1		
Chel	**3**	1	2			**3**		
Chin	**6**	**4**	**9**	**3**	2	2		
Cic	1	2		1	1			
Cina					1	1		
Cinnb			1					
Clem		2	1	1				
Cocc	1	1	**6**	1	**3**	**3**		
Coff	1		2			1	2	
Colch		2	2	2	2	2		
Coloc	1	1	1			2		
Con	**5**	**5**	**7**	**5**		**3**	1	
Croc	1					1		
Cupr	1	1						
Cycl		2		2	2	1		
Dig	1	**3**	**4**	2	1			
Dros	1		2	1				
Dulc	2	2	2			**3**		
Eupho			1		**4**	**4**		
Euphr		1	**3**					
Ferr		**6**	1	**5**			1	
Graph	2	**5**	**3**	**5**	**4**	1	1	
Guaj			1			2		
Hell		1	**4**	1		**7**		
Hep		**3**	**5**		1	2		
Hyos			1			1		
Ign	**4**	**4**	**3**		1	2		
Iod	2	1		1		1		
Ipec	1	1			1	1		
Kali-c	**5**	**7**	**5**	**3**	2	**4**	2	
Kali-n	**4**	**3**	**6**	1	1		1	

	1	2	3	4	5	6	7	8
Kreos		**4**	**4**		1	1	1	
Lach	1	1	1	**3**		**5**		
Laur	**4**	**3**	2	2	2	**4**		
Led		**3**	2	1				
Lyc	1	2	**7**	**4**	**5**	**7**	**4**	
Mag-c	1	2	2	**6**	**4**	**6**		
Mag-m	**4**	**5**	1	2	**5**	**3**		
Mang	**3**	**4**	**7**		**3**	1	1	
Meny		**4**	**5**		1	**3**		
Merc	1	**3**	**17**	**4**	1	1	1	
Merc.V								
Mez		2	1		2	**4**		
Mosch	1					2		
Mur-ac		1	**4**			1		
Nat-c	**3**	**3**	**4**		1	2		
Nat-m	**4**	2	**6**	**7**	2	2	1	
Nit-ac	1	**6**	**3**	**8**	1	**5**		
Nux-m					1			
Nux-v	1	**5**	**4**	**9**	1	1	1	
Olnd			**5**	2	**3**	2		
Op				1				
Par				2		1		
Petr	1	2	**4**	2	**3**	1		
Phos	**5**	**3**	**6**	**5**	**3**	**10**	2	
Ph-ac	**3**	**3**	2	1	1	2		
Plat	1					**6**		
Plumb	1	**3**	**3**			**4**	1	
Psor	1	1	**3**	**3**	1		2	
Puls	**3**	**8**	2	**9**	1		2	
Ran-b		**5**	**12**			1		
Ran-s	2			1		1		
Rheum	1		1					
Rhod	2		1		1	**3**		
Rhus-t	**4**	1	**9**	**3**	2	2	2	
Ruta	2	**3**				1		
Sabad				1		2		
Sabin	2	2	1		1	**4**	1	
Samb	1	1						
Sars		**7**	2	2		2		
Scill	1		2	1	1	2		
Sec-c				1				
Selen			2					
Seneg		1	2	2				
Sep	**8**	**5**	**16**	**5**	**5**	**4**	1	
Sil	2	1	**5**	**4**		**6**		
Spig	**3**	2	**12**			**4**	1	
Spong		**4**	**7**		1	2	1	
Stann		2	**3**	1		2	2	
Staph	1	**8**	**6**	2	**3**	2	1	
Stram					**3**			
Stront	2		1			1		
Sulph	**7**	**7**	**10**	**5**	**7**	**5**		
Sul-ac	2	**4**	**3**	1	1	2		
Tarax			**3**			1		
Teucr								
Thuj		2	**7**	2				
Valer			1			2		
Verat		1	1	2	**4**	**4**		
Verb		1	2			2	2	
Viol-o								
Viol-t			**8**			1		
Zinc	**4**	**4**	**9**	**5**	**3**	**6**	1	

SYMPTOMEN - LEXIKON - DIGITAL (C) Verlag Uwe Plate 2009

Anlage 2

1. Abend - Schwindel	
2. Nacht - übelkeit	
3. Nacht - Aufstoßen	
4. Aufstoßen - Gestank	
5. Empfindlichkeit - Gehör	
6. Völle - Magen	
7. Leere - Kopf	
8. Schwindel - Übelkeit	

23.06.12

Name: Hahnemann Fall 2

Puls 8/1,Carb-v 7/1, Kali-c 6/4, Sulph 6/4, Sil 6/3 ...

	1	2	3	4	5	6	7	8
Acon						1	1	2
Agar								
Agn								
Alum	3	2				1		4
Ambr		3	1					
Am-c	2	1						2
Am-m						2		
Anac						1		
Ang								
Ant-c						2		1
Ant-t		1						
Arg-m							1	1
Arn		2				2		2
Ars	1	2				3	1	2
Asaf						1		
Asar	1					1		
Aur								
Bar-c		2				2		3
Bell	1	1		1	1	1		3
Bism				2				
Borx	2	3				1		1
Bov	1	1				1		1
Bry	1	2					1	1
Calad								1
Calc	2	3	3			1	1	2
Camph						1		1
Cann-s								
Canth						3		
Caps								
Carb-an	1	1	1			2		1
Carb-v	1	4	1		1	2	1	2
Caust		2		2			1	
Cham	1	1						
Chel								
Chin	1					4		2
Cic								
Cina							1	
Cinnb								
Clem								
Cocc		1						1
Coff	1				1			1
Colch								
Coloc		2						
Con		1	1			2	1	
Croc								
Cupr								
Cycl						2		
Dig		2				2		
Dros		2						
Dulc								
Eupho								
Euphr								1
Ferr		2						1
Graph	2	1				1		3
Guaj								
Hell						1		
Hep	1	2						1
Hyos						1		2
Ign		1				1	1	
Iod				1		1		
Ipec	1							1
Kali-c	2	5	7			5		3
Kali-n	1	1	1			1		

	1	2	3	4	5	6	7	8
Kreos								
Lach	4	6						6
Laur	2					1		
Led								
Lyc		3	1	1		2		2
Mag-c	2	1	1			2		5
Mag-m	1	2	1					
Mang		1	1				1	
Meny								
Merc	1	1		1		2		4
Merc.V								
Mez		1				3		
Mosch	1					3		1
Mur-ac		2	2		1	2		
Nat-c		1	1			2	1	1
Nat-m		2				2		2
Nit-ac	3	2	1					1
Nux-m	1					3		
Nux-v	1	1	1	1		1	1	1
Olnd		1				1		
Op						3		
Par						1		
Petr	1	2	1			3		4
Phos	11	7	2			5		8
Ph-ac	1	1						
Plat	2	1						1
Plumb	2							
Psor								
Puls	2	3	1	1	1	2	1	2
Ran-b	1							
Ran-s		2				2		
Rheum						2		
Rhod	1			1				
Rhus-t	1	3				3		
Ruta		1						
Sabad								1
Sabin						1		
Samb								
Sars		2	1					2
Scill		1				2		1
Sec-c								2
Selen								
Seneg							1	
Sep	3	5				1	1	1
Sil	2	6	2		1	3		6
Spig							2	1
Spong		1				1		1
Stann						1	1	
Staph	1					1		
Stram		1						
Stront	1					1		1
Sulph	3	5	1		3	3		5
Sul-ac		1				2		
Tarax								
Teucr								
Thuj		2						1
Valer		1				1		
Verat		2				1		1
Verb								
Viol-o								
Viol-t								
Zinc	3		1			1		1

SYMPTOMEN - LEXIKON - DIGITAL (C) Verlag Uwe Plate 2009

Michael Leisten (Laub, D)

Methodische Einblicke in die konstruktivistische Didaktik oder "Wie Homöopathie zeitgemäß lehren und lernen?"

Die Unterrichtsplanung gehört zu einer der wesentlichen Aufgaben des Lehrers, auch im Rahmen der Ausbildung in Homöopathie. Um diese ausführen zu können, bietet ihm die Fachliteratur eine Vielzahl von Hilfen an, die sogenannten „didaktischen Modelle". Allerdings unterscheiden sich diese hinsichtlich ihrer Struktur und Ausprägung zum Teil erheblich voneinander. Ziel des vorliegenden Beitrags, der auf dem Vortrag basiert, ist es deshalb, ausgehend von einer Klärung des Didaktik-Begriffes das gegenwärtig wohl bekannteste Modell der modernen Unterrichtsplanung vorzustellen.

1. Einleitung

Charakteristisch für den Stand der Theoriebildung ist, dass sich eine neue, Mitte der 1990er Jahre aufgekommene Position, die konstruktivistische Didaktik, zunehmend etabliert. Auch im akademischen oder nichtakademischen Bereich der Homöopathie-Ausbildung sollte man sich darum bemühen, die positiven Innovationen davon zu integrieren bzw. sie daraufhin zu überprüfen, inwieweit sie eine wirksame Alternative zu den herkömmlichen Entwürfen sein kann und wo ihre Stärke und ihr Vorteil liegen.

Denn nach wie vor zeichnet sich die Homöopathie-Ausbildung durch eine durchgehende Inhaltsdominanz im Lernen mit Bevorzugung frontaler und dozierender Stile aus. Der Lehrer bringt die Inhalte im Referats-Stil trocken dar und der Lernende soll es genau so wieder rekapitulieren können. Dadurch aber werden zu wenig eigenständiges Denken und eigene Kompetenz gefördert, und die Lerner erarbeiten sich Wissen für eine Prüfung und nicht für die tägliche Praxis. Auch geschieht es eher aus Disziplin, als aus Begeisterung. Durch das Homöopathie-Diplom aber scheint sich dieses System auch noch zu bestätigen. Hierzu passen Didaktiken, die das Lehrerhandeln auf der Planungsseite im Vordergrund sehen und dazu methodisch-technische Tipps verabreichen, die halbwegs die Motivationen der Lerner sichern sollen.

Anders geht es die konstruktivistische Didaktik an.

2. Warum ist konstruktivistische Didaktik wichtig?

Die konstruktivistische Didaktik stellt Ressourcen zur Verfügung, mit denen Lehrer und Lehrerinnen zu neuen und anderen Lösungen kommen können. Einige der dabei geltenden Prinzipien werden im vorliegenden Beitrag vorgestellt.

Ferner werden wichtige Ansätze in der konstruktivistischen Didaktik skizziert, die heute vorliegen. Darin wird auf den Punkt eingegangen, weshalb nicht nur Lehrende, sondern auch Lernende als Didaktiker aufzufassen sind. Dies zeigt sich vor allem auch im Bereich der Methoden, die eine Herausforderung für die konstruktivistische Didaktik darstellen.

Homöopathie mit ihrer starken Gründung auf das geschriebene Wort (Organon, Materia medica, Systematik) ist besonders dazu prädestiniert, einseitig, langweilig und dadurch anstrengend im Erlernen zu sein.

Die Situation der Lehre wird nicht nur durch die babylonische Verwirrung der homöopathischen Richtungen erschwert, in die ***Gerhard Bleul*** in seinem jüngsten Buch (2012) erfreulicher Weise mehr Klarheit hineingebracht hat, sondern die gerade von Supervisoren festgestellte mangelnde Kompetenz bei der konkreten Fallbearbeitung mit der Folge einer unpassenden Verordnung mit Nichteintreten der Gesundung des Patienten.

Dies ist auch als ein Ergebnis der bisherigen Didaktiken anzusehen. Dies liegt, wie es aus konstruktivistischer Sicht scheint, besonders daran, dass in der deutschen Didaktik – selbst bei einer lerntheoretischen Orientierung – noch immer ein Verständnis von didaktischen Handlungsprozessen vorherrscht, das eher vom Lehrer und weniger vom Lerner aus denkt.

Zwar wird auch hier ebenso wie in der bildungstheoretischen Didaktik nicht verleugnet, dass die Lerner effektiv lernen sollen, aber das theoretische Setting ist letztlich für ein Exerzitium förderlich, das sich auf den Lehrer und sein Handeln fokussiert.

Vergleichen wir dies mit dem grundlegenden didaktischen Anspruch, wie er etwa von ***John Dewey*** als einem wesentlicher Klassiker der Pädagogik und Didaktik im englischen Sprachraum formuliert wurde, dann wird deutlich, dass wir in Deutschland die Didaktiken grundsätzlich sehr viel inhalts- und lehrerbezogener aufbauten.

John Deweys Konzept geht davon aus, dass beim Lehren und Lernen folgende Handlungsstufen miteinander vermittelt werden müssen (vgl. dazu Hickman et al. 2003):

- **Emotionale Antwort**

Ein Lerner erfährt in einer Situation etwas Unerwartetes, das ihm zum Antrieb für eine Lösungssuche wird.

Lernen und Lehren benötigen immer diesen Antrieb, der nicht bloß kognitiv bleiben sollte, weil erst eine emotionale Reaktion dafür sorgen wird, sich auf den Sinn des Lernens einzulassen. Wird es versäumt, die Lerner emotional einzubinden, dann scheitern die instruktiven Versuche der Lehrenden meist.

- **Definition des Problems**

Der Lerner versucht, die Lernsituation zu stabilisieren, indem er bereits durch frühere Erfahrungen Erlerntes anwendet – die neue Situation kann dann, wie schon andere zuvor, erkundet werden. Oft setzt unmittelbar mit der emotionalen Reaktion eine intellektuelle Reaktion ein. Lehrende müssen solche

Situationen ermöglichen und ihre Verarbeitung erleichtern helfen, aber sie können keineswegs dem Lerner sein Lernen abnehmen.

- **Hypothesenbildung**

Nachdem die Situation als etwas definiert worden ist, das erkundet werden muss, wendet der Lerner eine vertraute Methode bisheriger Untersuchungen an und probiert sie aus oder bildet Hypothesen darüber, was zu tun wäre. Lehrende müssen hierfür Raum und Zeit geben.

- **Testen und Experimentieren**

Lösungen werden im Lernen dann erfolgreich handlungsbezogen gefunden, wenn der Lerner seine Lösungen tatsächlich ausprobieren kann – *„Learning by Doing!“* Je weniger handlungsbezogene Möglichkeiten geboten werden, desto stärker sinkt nicht nur das Lerninteresse, sondern auch die Einsicht in den Sinn des Lerngegenstandes und die erbrachte Behaltensleistung.

- **Anwendung**

Das Wissen, das durch die Erfahrungen mit den Lerngegenständen erworben wurde, bedarf anschließend der kontinuierlichen Anwendung, damit sichtbar wird, was mit dem Lernergebnis erreicht werden kann. Je öfter und je umfassender solche Anwendungen tatsächlich genutzt werden können, desto sicherer wird eine jeweilige Anwendung und das Behalten im Lernen realisiert werden.

Dewey hat mit diesem Lehr- und Lernmodell eine idealtypische Sicht auf das Lernen begründet, die mittlerweile zu einem didaktischen Verständnis geführt hat, das unter wechselnden Terminologien, aber stets in ähnlicher Ausrichtung als eine viable Konstruktion für Beschreibungen von Anforderungsprofilen im internationalen Lernen gilt, ohne dass noch besonders zitiert werden müsste. Sehr viele positive praktische Erfahrungen wie auch empirische Untersuchungen bestätigten im Grunde die Wirksamkeit dieser Sicht. Nach diesem Verständnis ist Lernen ein pragmatischer und konstruktiver Prozess, der keinesfalls auf eine inhaltsbezogene Wissensaneignung oder ein Bildungsverständnis begrenzt oder konzentriert werden kann, sondern immer im Vollzug von Handlungen in Kontexten zu situieren ist.

Für die Didaktiken, die dies aufnehmen, bedeutet diese Handlungsorientierung zugleich, die kommunikativen und sozialen Kompetenzen, die in solchen Lernsituationen notwendig enthalten sind, um-fassend in alle Lernvorgänge einzubeziehen.

Für die didaktische Entwicklung sollen drei Aspekte festgehalten werden, die die Ressourcen didaktischen Handelns in der Gegenwart stark negativ beeinflussen und die grundsätzlich für eine bessere Didaktik und besseres Homöopathie lernen zu reformieren wären:

- **Inhaltsdominanz**

Nach wie vor zeichnet sich der Homöopathie-Unterricht durch eine durchgehende Inhaltsdominanz im Lernen mit Bevorzugung frontaler und dozierender Stile aus.

- **Methodenarmut**

Ein Lehrsystem und Didaktiken, die stark inhaltsorientiert sind und sich zu wenig mit dem Druck leistungsheterogener Gruppen konfrontieren, entwickeln kaum hinreichend lernerbezogene Methoden, die möglichst alle Lerner zu fördern in der Lage wären.

Allein schon aufgrund des geringen Stundenansatzes für eine pädagogisch-didaktische Grundausbildung in der Homöopathie-Lehrerausbildung verwundert es nicht, dass Deutschland ein didaktisches Entwicklungsland geworden ist. Erschreckend ist auch, dass zu viel reproduktives Wissen eingepaukt wird, das dann nicht für Problemlösungen in der Anwendung im Praxisalltag bereitsteht.

- **Fehlende pädagogische Diagnostik**

Wenn man sich wie in Deutschland ein Prüfungssystem leistet, dann müsste die Überprüfung wenigstens einigermaßen gerecht erfolgen. Aber genau dies muss man nach den vorliegenden Ergebnissen anfragen. Hier möchte ich auf den Beitrag meiner Kollegin ***Ulrike Kessler*** in diesem Band verweisen, die sich genau mit dieser Frage intensiv beschäftigt hat (vgl. 57 ff.).

Ein System, das nicht hinreichend ausbildet und seine Effektivität nicht konsequent evaluiert, kann nicht erwarten, gut zu funktionieren. Wenn die Lehrenden dann als alleinige Sündenböcke ausgesucht werden, dann verkennt das System seine eigene Schwäche, die vor allem in ihm selbst begründet liegt.

In dieser Lage stehen neue didaktische Ansätze, wie z. B. eben die konstruktivistische Didaktik, vor einer doppelten Schwierigkeit. Einerseits muss die konstruktivistische Didaktik die Ressourcen beachten, in denen die Didaktiker tätig werden. Hierbei kann sie sich nicht allein auf die Gestaltung des Unterrichts im engeren Sinne beziehen, sondern sie muss Partei gegen einen Mangel an Ressourcen ergreifen, der in Deutschland die homöopathische Ausbildung erschwert.

3. Was ist konstruktivistische Didaktik?

- **Was ist überhaupt Didaktik?**

Didaktik (von altgriechisch διδάσκειν – didáskein: „lehren“) im engeren Sinn beschäftigt sich mit der Theorie des Unterrichts, im weiteren Sinne mit der Theorie und Praxis des Lehrens und Lernens.

- **Was ist Konstruktivismus?**

Kernaussage des Konstruktivismus ist, dass eine Wahrnehmung kein Abbild einer bewusstseinsunabhängigen Realität liefert, sondern dass Realität für jedes Individuum immer eine Konstruktion aus Sinnesreizen und Gedächtnisleistung darstellt.

Deshalb ist Objektivität im Sinne einer Übereinstimmung von wahrgenommenem (konstruierten) Bild und Realität unmöglich – jede Wahrnehmung ist vollständig subjektiv.

Der Konstruktivismus wird in den Sozialwissenschaften als eine Alternative zu konventionellen wissenschaftstheoretischen Denkweisen verstanden (vgl. Bardmann 1994).

Aus konstruktivistischer Perspektive basieren Wahrnehmungen immer auf Konstruktionen und Interpretationen von Subjekten. Die Objektivität des Wissens sowie ein vom Subjekt unabhängiges Denken und Verstehen sind demnach unmöglich (vgl. Gerstenmaier/Mandl 1995).

Wirklichkeit wird zwar nicht geleugnet, aber alle Aussagen über diese Wirklichkeit entspringen den Wahrnehmungen von erkennenden Subjekten. Wahrgenommene Wirklichkeit wird folglich immer von Subjekten kognitiv individuell konstruiert. Unser Lernen ist somit kein Reproduzieren vorgegebener Inhalte, es ist ein höchst individueller Vorgang, aus dem heraus eine „Schlüsselkompetenz" – nämlich Lernfähigkeit – kreiert wird, die eine eigene Wirklichkeit erschafft, die sich nicht ein für alle Male erschließen lässt, sondern ständig neu erschlossen werden muss.

- **Was ist dann Konstruktivistische Didaktik?**

Die von ***Horst Siebert*** überwiegend auf die Erwachsenenbildung konzentrierte Didaktik basiert teilweise auf radikal konstruktivistischen Erkenntnissen, verbleibt dabei allerdings nicht subjektivistisch, sondern sucht vor allem über eine Differenzierung der handlungsbezogenen Situation und des selbstgesteuerten Lernens eine bildungs- und kulturbezogene Sicht zu entwickeln. Siebert (1999) gibt dabei auch einen Überblick über verschiedene konstruktivistische Ansätze.

Auch die von ***Rolf Arnold*** entwickelte konstruktivistische Didaktik ist stark auf die Erwachsenenbildung bezogen. Er sieht seinen Ansatz als Ermöglichungsdidaktik. ***Arnold*** und ***Schüßler*** (1998) stellen die Begründung dieser didaktischen Sicht in den Zusammenhang mit einem grundsätzlichen Wandel der Lernkulturen, ***Arnold*** und ***Siebert*** (1999) reflektieren dies für den Wandel der Erwachsenenbildung insgesamt.

Kersten Reich (2002) hat einen allgemein didaktischen Ansatz auf konstruktivistischer Basis entwickelt, der stark kulturbezogen entwickelt ist und in Abgrenzung zu radikal-konstruktivistischen Ansätzen steht. Dieser Ansatz wird mittlerweile in der Darstellung – z. B. in dem Überblick gegenwärtiger didaktischer Ansätze von ***Jank*** und ***Meyer*** (2002) – als wesentlich für eine konstruktivistische Didaktik angesehen.

4. Methodik und Handlungsbeispiele

Will man die Wende beschreiben, die eine konstruktivistische Didaktik für das Lernen und Lehren bedeutet, dann scheint es mir besonders wichtig zu sein, darauf hinzuweisen, dass aus konstruktivistischer Sicht die Didaktik nicht mehr eine Beschreibungstheorie und nicht mehr ein normatives Konstrukt mit methodischen Tipps und Regeln für Lehrende ist, sondern den Lerner als so zentral ansieht, dass dieser auch als eigener Didaktiker erscheint.

Die wirksamste Didaktik für das Lernen ist immer die Lernerdidaktik, denn wenn ein Lerner sich selbst auf einfache Weise und verständlich erklären kann, wie, was, warum, wie weitgehend und mit welcher Tiefe er gelernt hat, dann hat dieser Lerner bereits das Lernen gelernt.

Für die Lehrenden wird es zur didaktischen Aufgabe, solche Didaktik des Lernens zu ermöglichen. Wollen wir dies als Lehrende erreichen, dann benötigen wir zwar dafür eine eigene Didaktik, aber diese ist nicht mehr ausschließlich eine Didaktik für Lehrende, sondern sollte hinreichend transparent in den Lehr- und Lernprozessen selbst sein, damit sie auch von den Lernenden als eine eigene Perspektive angenommen werden kann.

Damit wechseln wir von einem Modelldenken in der Didaktik, das anzugeben versucht, wie Lehrende was mit welchen Mitteln und in welcher Situation effektiv entsprechend vorliegender Bedingungen vermitteln, zu einem offeneren Denken, das alle konstruktiven Elemente im didaktischen Prozess an das Wechselspiel zwischen Lernern und Lehrenden zurückgibt.

Sie haben nach Möglichkeit dialogisch auszuhandeln, welche konstruktiven Wege und Mittel ihnen als Ressourcen bereitstehen und welche Lösungen sie hierbei auf der Inhalts- und Beziehungsseite ausprobieren wollen.

Aus dieser Sicht verwandeln sich die Methoden in Werkzeuge, die wir erst dann sinnvoll benutzen können, wenn wir als Lehrende und Lernende sie nicht als Selbstzweck, Trick, Rezept, Lückenfüller usw. sehen und benutzen, sondern nach einer von uns gewollten Verwendung einsetzen und beurteilen.

Die gegenwärtige in Deutschland zu beobachtende Methodenarmut in der Homöopathie-Ausbildung basiert aus meiner Sicht auf zwei wesentlichen Voraussetzungen:

Einerseits auf einer (wie oben schon gesagt) durch eine mangelhafte Lehrerbildung und fehlende Weiterbildung und nicht hinreichende Evaluation erzeugte erschreckende Unkenntnis der reichhaltigen Methoden, die man einsetzen könnte. Hierzu sieht man offenbar zu wenig Sinn, weil es keine umfassende Herausforderung durch lernerheterogene Gruppen gibt, die durchgehend und auch kompensatorisch umfassend gefördert werden sollen.

Es ist in Deutschland zu leicht, Mängel des Lehrens auf solche des Lernens zu verlagern und die Lerner zu selektieren oder nicht bestehen zulassen, statt sich, gezwungen durch Didaktik und ein sozial und ethisch verantwortliches Ausbildungssystem, konsequent mit der Förderung eines jeden Lerners beschäftigen zu müssen.

Andererseits fehlt auch eine Methodenkompetenz. Es zeigt sich, dass methodische Trainings im Grunde dann zu wenig bringen, wenn die Lehrenden bloß theoretisch oder in kurzen praktischen Übungen eine Vielfalt an Methoden lernen sollen, dafür aber keinen geeigneten Erfahrungsraum besitzen.

Dann werden sie in eigenen Lehrsituationen kaum auf neue Methoden zurückgreifen, sondern sich sicherer in dem fühlen, was ihnen aus der eigenen Schulzeit schon bekannt ist.

Um hier zu einer grundsätzlichen Reform zu gelangen, wäre es gerade die Aufgabe der Hochschulen und der Verantwortlichen des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte (DZVhÄ) sowie der Studentenbeauftragten des DZVhÄ, der Verantwortlichen für die Weiterbildungskurse zur Zusatzbezeichnung Homöopathie und der Ausbildungskurse zum Homöopathie-Diplom, in umfassender Weise und miteinander koordiniert eine Methodenkompetenz in Theorie und Praxis auszubilden und dann aber auch eine entsprechende Lernkultur als Erfahrungsraum zur Verfügung zu stellen.

Nachfolgend einige Beispiele aus der Praxis für die spielerische Aneignung von Wissen:

- „Mensch-ärgere-Dich-nicht – das Organon spielerisch erfahren“: Brettspiel nach dem Prinzip von „Mensch-ärgere-Dich-nicht“ als Gruppenspiel mit vier Teams
- Hausaufgabe: zum Beispiel von Carcinosinum eine Geschichte schreiben und die anderen müssen die Symptome erraten oder auch spielen, oder eine Pantomime vorführen, ein Bild malen von einem Aspekt oder ein Streitgespräch führen
- Materia-medica-Memory
- Lebensstrahl von Hahnemann legen
- Materia-medica-Partnerspiel u. a. m.

Zur weiteren Anregung: Siebert (2003 und 2010), Weidenmann (1995) und Reich et al. (2005).

5. Zusammenfassung und kritische Einschätzung

In der Moderne hat man sich daran gewöhnt, bei neuen Produkten oder Strömungen zu fragen, was denn nun wirklich neu an ihnen sei. Das gilt auch für die konstruktivistische Didaktik. Dabei ist diese Frage aber für diesen didaktischen Ansatz gar nicht wichtig. Es kommt bei ihm nicht darauf an, in möglichst vielen Teilen neu zu sein, sondern für Lerner erfolgreich ihre Lernumgebung und die Chancen ihres Lernens zu organisieren.

Wenn hierbei Einsichten aus der Vergangenheit helfen, wenn z. B. praktische Erfahrungen anderer Ansätze – aus der Reformpädagogik, aus Experimenten, aus anderen Kulturen usw. – sich als passend viabel erweisen können, dann gehört es zu den konstruktivistischen Selbstverständlichkeiten, dass solche Einsichten aufgenommen und ins Handlungsrepertoire konstruktivistischen Unterrichts aufgenommen werden.

Es gibt immer wieder didaktische Praktiker, die in anderen Terminologien einen guten, lernerorientierten Unterricht organisieren. Von diesen können und wollen auch Konstruktivisten lernen, sofern die Praxis nicht willkürlich, beliebig oder prinzipienlos den Unterricht organisiert, um dann vielleicht zufällig auch einmal zu konstruktiven Erfolgen zu gelangen.

Die konstruktivistische Didaktik will insbesondere aufgrund ihrer systemischen Sicht keine Überwindungsdidaktik sein, sondern alles das kritisch aufheben und bewahren, vor allem aber auch fördern und entwickeln, was für das Lernen passend ist. Aber dazu muss sie sich immer wieder strikt darauf konzentrieren, das zu tun, was nicht allein den Lehrenden gefällt, sondern tatsächlich den Lernenden den gewünschten Erfolg bringt.

Auch die Definition dessen, was als Erfolg gelten kann, kann nicht mehr allein von Lehrenden definiert werden, weil dies ein zu leichter Weg wäre.

Insoweit sollte unser Gedanke des Aufhebens davon geleitet sein, die Lernenden viel stärker denn bisher als Didaktiker sich entfalten zu lassen. Das Prinzip der "kleinen Lehrer" ist vielen handlungsorientierten Methoden eingeschrieben und unsere Evaluationen systemisch – wechselseitig bis hin in die Prüfungskultur (vgl. Reich 2004) – als ein Konzept stetiger Partizipation und Förderung zu entwickeln.

Dann wird mehr und nicht weniger gelernt und bessere Homöopathen erwachsen und wirken. Und das ist sicherlich ganz im Sinne Samuel Hahnemanns und der Großen unserer Heilkunst.

Im Sinne von *„I have a dream“* von Dr. Martin Luther King stelle ich mir vor, dass es eines Tages in warmen, schönen Räumen mit viel Material freien Zugang zu allen Medien und Büchern gibt, Mentoren, die offen begleiten und mit tollen Methoden Herausforderungen an junge motivierte Lernkollegen stellen, deren spannender Lösungsweg viele ihrer individuellen Kompetenzen weckt und fördert, auf das sie in ein tiefes Verständnis der Prinzipien der Homöopathie geführt werden und spielerisch ein umfangreiches Materia-medica-Wissen aufbauen und begnadete Praktiker werden, die eine große Zugewandtheit dem Patienten gegenüber leben.

Ich wünsche allen zum Schluss der Ausführungen ein fröhliches Leben und Lernen!

Referenzen

Arnold R, Siebert H: Konstruktivistische Erwachsenenbildung. Von der Deutung zur Konstruktion von Wirklichkeit, Hohengehren 1999.

Arnold R, Schüßler I: Wandel der Lernkulturen, Ideen und Bausteine für ein lebendiges Lernen. Darmstadt 1998.

Bardmann T: Wenn aus Arbeit Abfall wird. Frankfurt am Main 1994.

Bleul G (Hg.): Homöopathische Fallanalyse. Von Hahnemann bis zur Gegenwart – die Methoden. Stuttgart 2012.

DZVhÄ 2011. Dozentenhandbuch (Zugriff: 03.09.2012) https://www.dzvhae.de/homoeopathie-fuer-aerzte/fortbildung/fuer-dozenten/dozentenhandbuch-2011.html

Gerstenmaier J, Mandl H: Wissenserwerb aus konstruktivistischer Perspektive. Zeitschrift für Pädagogik, Heft 6. 867-888, 1995.

Hahnemann S: Organon der Heilkunst (6. Auflage). Heidelberg 1987.

Hickman L, Neubert S, Reich K (HG.): John Dewey. Zwischen Pragmatismus und Konstruktivismus. Reihe: Interaktionistischer Konstruktivismus. Bd. 1. Münster 2003.

Jank W, Meyer H: Didaktische Modelle. Berlin 2002.

Reich K, Voß R, Siebert H: Konstruktivismus: Lernzentrierte Pädagogik in Schule und Erwachsenenbildung, Weinheim 2005.

Reich K: Systemisch-konstruktivistische Pädagogik, Neuwied 2002.

Reich K: Konstruktivistische Didaktik: Lehr- und Studienbuch mit Methodenpool. Weinheim 2004.

Siebert H: Vernetztes Lernen, Systemisch-konstruktivistische Methoden der Bildungsarbeit, Augsburg 2003.

Siebert H: Methoden für die Bildungsarbeit, Leitfaden für aktivierendes Lehren, Bielefeld 2010.

Siebert H: Pädagogischer Konstruktivismus, Neuwied 1999.

Weidenmann B: Erfolgreiche Kurse und Seminare: Professionelles Lernen mit Erwachsenen, Weinheim 1995.

M. Edu. Michael Leisten (HP)

1967 in Würzburg geboren. Verheiratet mit Gertrud Leisten, drei Kinder und wohnhaft in Laub bei Würzburg.

Von 1987 bis 2003 war Michael Leisten als studierter Diplom-Religionspädagoge an staatlichen Schulen tätig. Parallel dazu absolvierte er die Ausbildung zum Heilpraktiker und die Ausbildung in Klassischer Homöopathie.

Ab 1997 war Michael Leisten Dozent und Fachbereichsleiter für Homöopathie an einem deutschen Gesundheitsbildungs-Privatinstitut. Im Jahre 2004 gründete Michael Leisten die Akademie der Klassischen Homöopathie in Unterfranken (Bayern). Der von SHZ und BKHD zertifizierte Therapeut ist Autor und Übersetzter verschiedener homöopathischer Bücher.

2009 absolvierte er an der Lutheran University of Applied Sciences Nürnberg das postgraduate Study Adult Education mit Auszeichnung und erwarb sich den Grad Master of Adult Education (M. Edu.).

Darauf folgend begann er 2009 an der Julius-Maximilian Universität in Würzburg mit seinen pädagogischen Studien zur Salutogenese bei S. Hahnemann.

Im Jahre 2010 wurde Michael Leisten von der kanadischen International Accademy of Homeopathy in die International Hahnemannian Study Group als Mitglied unter der Leitung von Dr. André Saine aufgenommen. 2011 wurde er als stellvertretender Sprecher der Sektion „Weiterbildung, Fortbildung und Lehre“ der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie (WissHom) in Deutschland gewählt.

Michael Leisten befindet sich zurzeit im Promotionsverfahren mit dem Dissertationsthema „Entwicklung eines Konzeptes zur Gesunderhaltung aus der Perspektive der Salutogenese und des Konstruktivismus“. Ziel ist es, zum einen die erarbeiteten Forschungsergebnisse in die moderne medizinische Praxis zum Wohle der Patienten umzusetzen und zum anderen in die Ausbildungsarbeit der Akademie der Klassischen Homöopathie zu integrieren.

Kontakt: info@homoeopathie-hof.de
Websites: www.homoeopathie-hof.de
www.praxis-leisten.de

Ulrike Kessler (Basel, CH)

Constructive Alignment in der homöopathischen Aus- und Weiterbildung*

Lehrveranstaltungen erzielen dann den größten Lerneffekt, wenn die angestrebten Lernziele, Lehr- und Lernaktivitäten sowie Prüfungsaufgaben eng aufeinander abgestimmt sind (*Constructive Alignment).* Was eigentlich selbstverständlich klingt, wird jedoch nur selten im Unterrichtsalltag praktiziert. Letztlich hängt dies mit einem veralteten Verständnis von berufsqualifizierender Ausbildung zusammen, die vor allem auf die Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten setzt. Inzwischen hat man jedoch erkannt, dass eine Ausbildung sicherstellen muss, dass Lernende bereits am Ende der Ausbildung über die Kompetenzen verfügen, die sie brauchen, um komplexe Anforderungen im jeweiligen beruflichen Kontext zu bewältigen. Auf die Homöopathie übersetzt heißt dies, dass eine zeitgemäße Ausbildung die Absolventinnen und Absolventen direkt für die verantwortungsvolle und erfolgreiche Praxistätigkeit befähigt.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebes Präsidium!

Es gibt heute ganz unterschiedliche Auffassungen darüber, wie Wissen entsteht und weitergegeben werden kann. Viele Lehrende sind noch von Theorien geprägt, nach denen Wissen unabhängig vom Lernenden existiert und gelernt wird, indem es zunächst im Unterricht vom Lehrenden dargestellt wird, um anschließend vom Studierenden im Rahmen von Prüfungen korrekt wiedergegeben zu werden (Biggs 1996; Walsh 2007). Andere gehen davon aus, dass Wissen nicht vom Lernenden getrennt werden kann. Hier ist u. a. die konstruktivistische Didaktik zu nennen. Vereinfacht formuliert, gehen Konstruktivisten davon aus, dass wir von der Realität, die uns umgibt, nur das erkennen können, was uns unsere Sinne vermitteln (Chalmers 2007). Interessanterweise scheint diese Auffassung übrigens von der Neurobiologie bestätigt zu werden. Wir konstruieren – Paul Watzlawick sagt sogar wir „erfinden" – die Welt und uns selbst aus unserer Wahrnehmung heraus (Watzlawick 2008).

Auf das Thema Lehren und Lernen angewandt, bedeutet dies, dass Lernprozesse nicht passiv, sondern *aktiv* stattfinden (Armitage u. a. 2007; Arnold 2007). Der Besuch eines Theorieseminars – das kennen Sie sicher aus eigener Erfahrung – reicht nicht aus, um sich einen Inhalt so anzueignen, dass man ihn in der Praxis auch gebrauchen kann. Dennoch ist die homöopathische Aus- und Weiterbildung nach wie vor von einer Betonung der Inhalte geprägt. Homöopathisches Wissen wird – bevorzugt im Vorlesungsstil – von Lehrenden vermittelt, die als Experten auf ihrem Gebiet gelten, und der Lernerfolg wird daran gemessen, wie gut dieser Inhalt in den Prüfungen wiedergegeben werden kann (Kessler 2010). Wie es mit dem Umsetzen dieses Wissens in der Praxis der Prüflinge aussieht, darüber sagen diese Prüfungen jedoch nichts aus. Wenn wir als Lehrende hingegen dafür sorgen, dass die Lernenden Aktivitäten durchführen, die auf die Ziele des Unterrichts, des Seminars etc. hinführen, dann haben wir eine viel höhere Chance, dass Lernen für die Praxis auch tatsächlich stattfindet (Biggs & Tang 2011).

Der Fokus liegt dabei nicht mehr auf der Wissensvermittlung durch Experten, sondern auf den beabsichtigten Lernergebnissen.

Man spricht hier von *Outcomes-Based education* (OBE) oder auch von *student-centred learning* – studierendenzentriertem Lernen. Der Kollege Michael Leisten ist hierauf in seinem Vortrag „Methodische Einblicke in die konstruktivistische Didaktik" bereits eingegangen (siehe seinen Beitrag in diesem Band, 52 ff.).

Constructive Alignment (CA) ist nun eine interessante Variante des OBE und geht auf John Biggs und Catherine Tang zurück. Ihr Buch „Teaching for Quality Learning at University: What the student does" ist inzwischen in 4. Auflage 2011 erschienen. Zunächst vor allem an Universitäten im anglo-amerikanischen Raum verbreitet, findet CA seit wenigen Jahren auch im deutschsprachigen Raum zunehmend Anklang. Leider gibt es bislang noch keinen allgemein akzeptierten deutschen Ausdruck, aber ein paar Umschreibungen zeigen, was damit gemeint ist: Zum Beispiel veranstaltete die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung 2011 einen Kongress unter dem Motto „Lehren – Lernen – Prüfen. Von der Dissonanz zum Dreiklang?" (GMS 2011), und die Ausschreibung für ein Seminar im Jahr 2012 am Berliner Zentrum für Hochschullehre lautete „Eine Lehrveranstaltung aus einem Guss (Constructive Alignment): Ziele – Methoden – Betreuung – Prüfen konstruktiv miteinander abgleichen" (BZHL 2012). Meist wird jedoch nach wie vor der englische Begriff Constructive Alignment auch im deutschsprachigen Raum verwendet, wie z. B. im Titel eines Dozentenseminars an der Technischen Universität München 2012: „Strukturieren von Lehrveranstaltungen mit Constructive Alignment" (ProLehre 2012).

Was ist das Besondere an CA? Die Methode macht sich zunutze, dass Studierende dann besonders motiviert sind, auf die beabsichtigten Lernziele ausgerichtete Lehr-Lern-Aktivitäten durchzuführen, wenn sich diese Anstrengung auch für sie lohnt. Es ist wirklich spannend, wie sehr Studierende sich in ihrem Lernverhalten in aller Regel auf die damit verbundenen Prüfungen ausrichten – das haben empirische Untersuchungen bestätigt, z. B. (Joughin 2009).

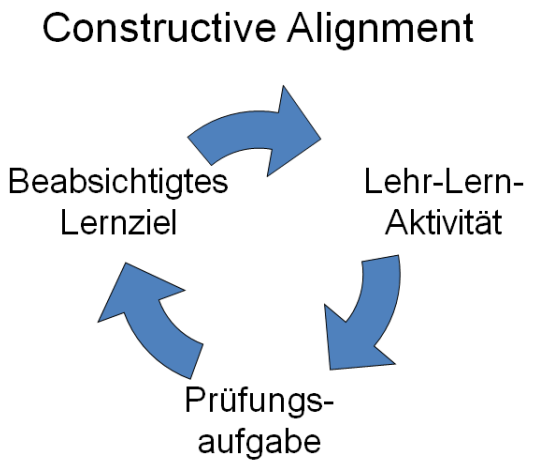
Auch in meiner Fallstudie eines kleinen homöopathischen Lehrinstituts fand ich das mehrfach bestätigt (Kessler 2010). Die Schule, die ich untersuchte, hatte ihre Abschlussprüfung als mehrtägige Klausur konzipiert, bei der 60% der Note davon abhing, dass die Studierenden Materia-medica- und Theorie-Wissen *auswendig* konnten.

---

* Vortrag am 26. Oktober 2012 im Rahmen des ICE 12

Eine Teilnehmerin einer Fokusgruppe, die ich im Rahmen meiner Fallstudie mit mehreren Absolventen durchführte, hat die Konsequenzen für den Unterricht so beschrieben: “Das hat mich manchmal ein wenig genervt im Unterricht [...] wenn manche gesagt haben: ‚Und was muss ich jetzt aber genau lernen für die Prüfung?‘ (alle lachen) [...] Das ist für mich Kleinkinderschule [...]“

Wenn wir hingegen die Prüfungen so konstruieren, dass sie eng mit den Lernzielen und Lehr-Lern-Aktivitäten verzahnt sind, können wir ein deutlich erwachseneres Verhalten der Studierenden fördern.



Ein einfaches Beispiel soll verdeutlichen, was gemeint ist: Wenn Sie den Führerschein machen wollen, dann könnte man das von Ihnen beabsichtigte Lernziel als *Fahren können* formulieren. Die entsprechende Lehr-Lern-Aktivität wäre *Fahren unter Supervision*, außerdem Theorie-Unterricht, damit Ihnen die Verkehrsregeln bekannt sind. Als Prüfungsaufgabe stehen zwei Aktivitäten auf dem Plan: eine Klausur, um die Kenntnis der Verkehrsregeln zu überprüfen, und die Fahrprüfung, während derer die Studierenden *demonstrieren*, dass sie – unter Einhaltung der Verkehrsregeln – *fahren können*. Wäre es möglich, dass Fahrschüler lediglich eine Klausur schreiben müssen, um den Führerschein zu erhalten, dann hätten Sie ein Motivationsproblem, denn die meisten würden dann wohl die Kosten und den Zeitaufwand für die Fahrstunden scheuen. Stellen Sie sich mal vor, was das für Auswirkungen auf die Verkehrssicherheit hätte.

Ich glaube, man kann unschwer erkennen, wo die Probleme nicht nur bei vielen Hochschulstudiengängen, sondern auch bei der homöopathischen Ausbildung liegen. Daher meine ich, dass CA ein didaktischer Ansatz ist, der sich bestens dazu eignet, die Ausbildung von Homöopathinnen und Homöopathen so zu gestalten, dass nicht nur die Lernenden sich dort das Wissen, die Fähigkeiten und die Kompetenzen aneignen, die sie später im Beruf benötigen, sondern dass Lehrende darüber hinaus auch beurteilen können, ob unsere Absolventen das, was wir ihnen beibringen wollten, auch gelernt haben.

Und weil die Aktivität der Studierenden entscheidend ist für das Lernen, spricht man im CA auch nicht von Lernzielen – das wäre wieder passiv und aus der Perspektive der Lehrenden gesehen – sondern von *beabsichtigten Lernergebnissen*. Aus dem gleichen Grund spricht man nicht von Unterricht, sondern von *Lehr-Lern-Aktivitäten*. Auch Prüfungen heißen in diesem Konzept etwas anders, nämlich *Prüfungs-Aufgaben*. Damit soll darauf hingewiesen werden, dass nicht Lehrende Prüfungen durchführen, sondern dass die Prüflinge aktiv *zeigen*, dass sie das beabsichtigte Lernergebnis erreicht haben.

Als Beispiel dafür soll ein Thema dienen, das bislang in der homöopathischen Ausbildung, wenn überhaupt, nur eine marginale Rolle gespielt hat: die Falldokumentation (Kessler 2011). Wir sind in der Praxis ja erst einmal darauf angewiesen, die Daten des Patienten zu Behandlungszwecken zügig rekonstruieren zu können. Wenn man darüber hinaus die eigenen Behandlungsergebnisse auswerten und reflektieren, oder den Fall mit Kolleginnen/Kollegen oder Studierenden diskutieren möchte, gar zur Weiterentwicklung der homöopathischen Theorie und Materia medica sowie zur Erforschung der Wirksamkeit der homöopathischen Behandlung beitragen will, dann steigen die Ansprüche an die Art und Weise der Falldokumentation weiter.

Als *beabsichtigte Lernziele* könnte man für einen Kurs zum Thema Falldokumentation also formulieren, dass die Teilnehmenden am Ende des Kurses in der Lage sein werden,

- für unterschiedliche Zwecke geeignete Formen der Falldokumentation zu *identifizieren*, sowie
- Praxisfälle valide und so zu *dokumentieren*, dass die Informationen für unterschiedliche Zwecke zur Verfügung stehen.

Geeignete *Lehr-Lern-Aktivitäten* wären u. a., dass Studierende in einem geeigneten Unterrichtssetting – Lehrpraxis, Ambulatorium, Klinik – unter Anleitung

- unterschiedliche Zielsetzungen von Falldokumentation für die Homöopathie *beschreiben*,
- Praxisfälle valide und so *dokumentieren*, dass die Informationen für unterschiedliche Zwecke (Praxis, Supervision, Veröffentlichung, Theoriebildung, Forschung …) zur Verfügung stehen,
- etc.

Solche und ähnliche Lehr-Lern-Aktivitäten finden sicherlich in manchen Ausbildungskursen bereits statt. Aber wenn wir zulassen, dass die Studierenden anschließend lediglich ein paar theoretische Klausurfragen beantworten müssen, um diesen Kurs zu bestehen, dann werden Sie nur sehr wenige Studierende erleben (nämlich genau die, die ohnehin sehr verantwortungsbewusst sind), die diesen Aufwand freiwillig betreiben wollen. Wir müssen also tatsächlich die Art der Prüfung ändern. Die Studierenden sollen – anders als bisher - in der Prüfung ihr Können demonstrieren, z. B. dass sie die

- unterschiedliche Zielsetzungen von Falldokumentation beschreiben *können*,
- Praxisfälle valide und strukturiert für unterschiedliche Zwecke dokumentieren *können*,
- Falldokumentationssoftware auf ihre Eignung für die homöopathische Praxis hin beurteilen *können*,
- etc.

Die beabsichtigten Lernziele werden in Form von Tätigkeiten formuliert, die die spätere Praxis realistisch abbilden und die die Studierenden am Ende der Lehrveranstaltung beherrschen sollen. Darauf abgestimmt werden Lehr- und Lernaktivitäten gewählt,

die den Studierenden Gelegenheit geben, die in den Lernzielen definierten Tätigkeiten unter Anleitung zu erlernen und einzuüben. Schließlich wird überprüft, ob und inwieweit die Studierenden eben diese Tätigkeiten beherrschen.

Genau das bedeutet *Constructive Alignment*.

Praktisch kann eine solche Prüfung so durchgeführt werden, dass die Studierenden eine in ihren Augen gut gelungene eigene Falldokumentation wählen und diese in Auszügen in ihr Prüfungsportfolio übernehmen. Vielleicht legen sie noch einen kleinen reflexiven Kurzessay dazu, in dem sie beschreiben, was sie bei dieser Dokumentation für sich gelernt haben.

Eine andere Möglichkeit ist, während des Kurses ein Lerntagebuch zu führen, aus dem ein paar ausgewählte Abschnitte zeigen, wie sie sich mit Falldokumentationssoftware auseinandergesetzt haben. Auch Ton- oder Video-Abschnitte, oder gar selbst programmierte Falldokumentationssoftware lassen sich über ein Portfolio dokumentieren. Jedes Portfolio kann da anders aussehen. Entscheidend bei einem Prüfungsportfolio ist jedoch, dass jedes „Item“, also jedes Element, aus dem das Portfolio zusammengesetzt ist, einen direkten Bezug zu den beabsichtigten Lernzielen aufweist. Das muss den Studierenden zu Beginn des Kurses kommuniziert werden. Auch die Prüfungskriterien müssen fair sein und transparent vermittelt werden. Dies geschieht am besten mit Hilfe eines ausführlichen Handbuches für Studierende.

So zu unterrichten ist natürlich recht anspruchsvoll. Andererseits macht diese Art der praxisnahen Ausbildung viel mehr Spaß und ist viel befriedigender als der herkömmliche Frontalunterricht, auch weil man das Ergebnis direkt sieht. Eine solche praxisnahe und berufsqualifizierende Ausbildung ist dabei natürlich auch im Sinne der Studierenden, sehen diese sich doch mit der äußerst anspruchsvollen beruflichen Situation konfrontiert, sich von Anfang an in der Praxis bewähren zu müssen. Die dazu benötigte so genannte Handlungskompetenz hat die deutsche Kultusministerkonferenz definiert als „die Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen […] Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten“ (BMBF/KMK 2011). Um sich in den komplexen Situationen zu behaupten, wie sie eben in der Praxis vorkommen, die meist gerade nicht nach Lehrbuch verlaufen und nicht mit einfachen Patentrezepten zu lösen sind, muss man eben viel mehr mobilisieren können als homöopathisches Fachwissen (Schön 1987; Schön 1991).

Last, but not least, ist eine solche Ausbildung vor allem auch im Sinne der *Patienten*. Und das ist meines Erachtens der wichtigste Grund, weshalb wir sicherstellen müssen, dass Absolventinnen und Absolventen am Ende ihrer Ausbildung in der Lage sind, die komplexen Anforderungen in der homöopathischen Praxis kompetent zu bewältigen.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Referenzen

Armitage, A., Bryant, R. & Dunnill, R., 2007. Teaching and training in post-compulsory education. 3. Aufl., Maidenhead: Open University Press.

Arnold, R., 2007. Ich lerne, also bin ich: Eine systemisch-konstruktivistische Didaktik, Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Biggs, J., 1996. Enhancing teaching through constructive alignment. In: Higher Education, 32. 347-364.

Biggs, J. & Tang, C., 2011. Teaching for Quality Learning at University. 4. Aufl., Maidenhead: Open University Press.

BMBF/KMK, 2011. Der Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de/

BZHL, 2012. Workshop: Eine Lehrveranstaltung aus einem Guss (Constructive Alignment): Ziele – Methoden – Betreuung – Prüfen konstruktiv miteinander abgleichen. http://www.bzhl.tu-berlin.de/en/veranstaltungen/sose-2012/details/?tx_seminars_pi1%5BshowUid%5D=31

Chalmers, A., 2007. Wege der Wissenschaft: Einführung in die Wissenschaftstheorie. 6., verb. Auflage. In: N. Bergemann & C. Altstetter-Gleich (Hrsg.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

GMS, 2011. Lehren – Lernen – Prüfen: Von der Dissonanz zum Dreiklang? http://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/frontdoor/index/index/docId/26990

Joughin, G., 2009. Assessment, Learning and Judgement in Higher Education: A Critical Review. In: G. Joughin (Hrsg.). Assessment, Learning and Judgement in Higher Education. Dordrecht: Springer. 1-15.

Kessler, U., 2010. A single case study investigation of a Swiss homeopathic teaching institution’s aims and objectives, and their realization in practice (Three dimensions of quality). Masterarbeit.

Kessler, U., 2011. Forschende Praktiker? Falldokumentation in der homöopathischen Praxis. Zeitschrift für Klassische Homöopathie, 55(4). 191-200.

ProLehre, T.M., 2012. Strukturieren von Lehrveranstaltungen mit Constructive Alignment. München.

http://de.amiando.com/prolehre_v117.html

Schön, D., 1987. Educating the reflective practitioner: toward a new design for teaching and learning. Reprint. San Francisco: Jossey-Bass.

Schön, D., 1991. The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action. Aldershot: Ashgate.

Walsh, A., 2007. An exploration of Biggs’ constructive alignment in the context of work-based learning. Assessment & Evaluation in Higher Education, 32. 79–87.

Watzlawick, P. (Hrsg.), 2008. Die erfundene Wirklichkeit: Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? 4. Aufl., München: Piper.

Ulrike Kessler, MSc

Geboren 1956, hat Ulrike Kessler in Freiburg im Breisgau Chemie studiert, praktizierte jedoch 27 Jahre lang Homöopathie in Deutschland und der Schweiz.

Langjährige Unterrichtstätigkeit, zahlreiche Vorträge, Seminare und Publikationen, Leitung von Praktikumskursen, Supervisionsgruppen und Einzelsupervisionen.

2007 bis 2010 Studium an der University of Central Lancashire (Großbritannien), Abschluss als MScHom mit einer Arbeit über die Qualität homöopathischer Ausbildung. 2010 bis 2012 stellvertretende Sprecherin der Sektion Forschung der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie (WissHom), seit 2012 WissHom-Vorstand Finanzen.- Ebenfalls seit 2012 selbständige Tätigkeit als Beraterin für Aus- und Weiterbildung.

Kontakt: info@ulrikekessler.ch
Website: www.ulrikekessler.ch

Irmgard Schnittert (Berlin, D)

Integrative Medizin in der homöopathisch-naturheilkundlichen Allgemeinarztpraxis

Integrative Medizin versteht den Patienten als Individuum mit einer eigenen bio-psycho-sozialen Entwicklung. In diesem Kontext wird die Pathologie des Patienten wahrgenommen.

1. Behandlungselemente

Kernpunkt der Behandlung sind die **Homöopathie** und das Krankheitsverständnis Samuel Hahnemanns: „Jede Erkrankung ist Ausdruck der Verstimmung der Lebenskraft." (§ 88 ff.). In der homöopathischen Anamnese erlange ich Einsicht: Was ist das für ein Mensch? Was ist das zu Heilende?

Ergänzend wirken regulative Verfahren, wie sie in den 5 Säulen der **Naturheilverfahren** zu finden sind:

- Ordnungstherapie
- Ernährungstherapie
- Phytotherapie
- Balneotherapie
- Physiotherapie

Unerlässliche bzw. notwendige **Schulmedizin** kommt dann zum Einsatz, wenn es die Brisanz der Symptomatik verlangt, Organveränderungen vorliegen, Heilungshindernisse den Verlauf behindern oder die Homöopathie nur unvollständig wirkt.

Eine authentische Arzt-Patient-Beziehung sowie ein bewusst gestaltetes Praxiskonzept bilden den Rahmen für die Behandlung.

2. Effekte

Auf Seiten der **Patienten** sind es folgende Effekte:

- Ermöglichung der persönlichen Entwicklung innerhalb der Erkrankung
- Einordnung in die Biographie
- persönliche Ursachenforschung
- Einstellungsänderung
- Lebensstilveränderung
- Neubewertung der persönlichen Lebensgeschichte
- Unabhängigkeit von Ärzten und Medikamenten
- Selbstwirksamkeit
- Vermeidung von Loyalitätskonflikten

Auf Seiten der **Ärztin** sind dies:

- Möglichkeit der unterschiedlichen Gewichtung der Behandlungselemente je nach Erfordernis der Erkrankung und Kooperation des Patienten
- Synergieeffekte
- Vermeidung von Parallelbehandlungen, die ohne das Wissen der Ärztin die Behandlung beeinflussen.

3. Beschreibung der Praxiskonzeptes

Die Umsetzung des Konzepts erfolgt anhand der Darstellung meiner Praxis und meiner individuellen Biographie als Ärztin:

Vertragsarztpraxis mit täglichen Öffnungszeiten, vier Patienten werden pro Stunde vorbestellt.

Bei Follow-ups und längeren Beratungen werden 30 Minuten eingeplant. 2 bis 3 Anamnesen pro Woche finden außerhalb der Öffnungszeiten statt.

Ich nehme nicht an Hausarztverträgen oder DMP teil. Ca. 80% der Patienten kommen über Empfehlung zu mir, der Rest findet mich über Internet.

Zum **Team** gehören 2 Arzthelferinnen in Teilzeit, die ohne Hierarchie miteinander arbeiten, Rotation der Arbeitsbereiche.

Jeden 2. Freitag finden **Teamsitzungen** mit folgenden Tagesordnungspunkten statt:

Besprechen der Patienten:

- Krankheitsbild
- Persönlichkeit
- Erwartungshaltung
- Integration in den Praxisablauf
- Übertragungsreaktionen
- negative Erfahrungen
- Konfrontationen
- Patientenführung während der homöopathischen Behandlung
- Gedenken der Verstorbenen

Dabei fließen die Erfahrungen und Wahrnehmungen der Helferinnen mit ein. Des weiteren:

- Gestaltung der Praxis
- Organisatorisches

Die **Einnahmen der Praxis** setzen sich zu 52% aus KV-Einnahmen, 18% aus den DZVHÄ-Sonderverträgen und 30% Privatkassen und Selbstzahler-Leistungen zusammen (Zahlen des Quartals II/2012).

Die Notwendigkeit der **Vernetzung** mit anderen Fachkollegen, Fachgesellschaften und medizinischer **Fortbildung** unabhängig von der Pharmaindustrie wird hervorgehoben.

Work-Life-Balance

Der integrative Ansatz hat unmittelbar mit meiner eigenen Lebensgestaltung zu tun. Einmal jährlich Retreat: Welche Erkenntnisse habe ich? Was verändert sich bei mir? Was macht mir Freude? Und wie kann ich das in meine Arbeit einfließen lassen? Erlebe ich meine Arbeit als sinnvoll? Welchen Gestaltungsspielraum habe ich? Was möchte/muss ich verändern? Pflege von Ressourcen, z. B. Singen im Chor.

4. Behandlungsablauf

Neue Patienten erhalten einen Doppeltermin. Die Patientenaufnahme ersetzt nicht die homöopathische Anamnese, ermöglicht einen Überblick über den Behandlungsanlass und den Kontext, bestimmt die Arzt-Patient-Beziehung/Rollenverteilung und ist die Grundlage für das therapeutische Bündnis.

Elemente des Erstgesprächs

- Anlass der Konsultation, Kontakt durch wen?
- Erwartungen
- Erklären meiner Möglichkeiten
- Relativierung von Erwartungen
- normale Allgemeine Anamnese
- Vorbehandlungen und Behandlungsabbrüche
- Therapievorschlag
- diagnostische Schritte
- Zeitplan
- Ziele formulieren
- Ansprechen von offensichtlichen Heilungshindernissen bzw. sekundärem Krankheitsgewinn

Therapeutisches Bündnis

Von Anfang an wird der Patient mit einbezogen (**Aktivierung des Patienten**):

- Vorbefunde zusammentragen
- alte Arztbeziehungen klären
- „Hausaufgaben" in Form von z. B. Kopfschmerzkalender, Ernährungsprotokoll
- Vereinbarung von Zeiträumen für Rückmeldungen
- Follow-ups

Behandlungsgrundlage ist eine sorgfältige **körperliche Untersuchung** mit Registrierung von vegetativen Zeichen, energetischem Zustand, Haltungs- und Bindegewebsveränderungen und Herdbefunden. Unerlässlich ist eine kritische Sicht der Dauermedikation, Beachten der eventuellen Neben- und Wechselwirkungen, aktives Nachfragen nach Selbstbehandlung und Nahrungsergänzungen (z. B. Schüßler-Salze, Mineralstoffe).

5. Fallbeispiele

Die Heilungsprozesse werden hier verkürzt wiedergegeben.

Fall 1

Patientin, geb. 1945, mit seronegativer chron. Polyarthritis/Psoriasisarthritis ED ca. 40. LJ, Schwerpunkt Sacro-Ileitis (HLA-B27 pos), chron. Cystitis, aktive Psoriasis der Haut, HWS-Syndrom bei Bandscheibenprolaps C7/Th1 und spinaler Enge, Koxarthrosere, unspezifische chron. Entzündliche Darmerkrankung. Erstkontakt: Frühjahr 2010

Bisherige Therapie

Basistherapie mit Methotrexat nach langer Steroidbehandlung, Gabapentin, NSAR in Maximaldosis, Tramadol 3x200 mg, Sulfasalzin 1,5 g/Tag.

Einige Stichworte der Allgemeinen Anamnese

Furunkulose seit dem 2. LJ; im 6. LJ erstmalig Gelenkrheumatismus nach vereiterten Zähnen, Bettruhe über 6 Monate; mit 11 Jahren stat. Behandlung wegen „Ekzem"; 36. bis 40. LJ Kinderwunschbehandlung mit Hormonen, danach Eintritt der Menopause im 40. LJ; massive klimakterische Beschwerden und Entwicklung einer Depression; seit 41. LJ Psoriasis; 45. bis 50. LJ Rheumabehandlung mit Goldpräparat und Azulfidinen; 46. LJ Endocarditis; danach eine unübersehbare Zahl stationärer Behandlungen in orthopädischen, rheumatologischen und psychosomatischen Kliniken.

Status

Vitale, lebhafte Patientin, am Stock gehend, mit chron. entzündlichen und sekundär arthrotischen Veränderungen aller großen und kleinen Gelenke, psoriatische Haut- und Nagelveränderungen an den Füßen.

Therapeutisches Bündnis

Die Patientin möchte die Rheumatologische Medikation absetzen. Die regelmäßige Physiotherapie wird beibehalten, eine Therapiekontrolle mittels BSG wird verabredet und engmaschige Follow-ups. **Diagnostik** wird von mir nicht veranlasst.

Behandlungselemente

Homöopathie

Angesichts der Menge der Pathologie entschließe ich mich für eine Anamnese streng nach der Empfindungsmethode. Hauptbeschwerden sind: plötzlich einschießende Schmerzen von hoher Intensität, von oben nach unten.

Erlebbar für mich sind diese während der Anamnese, sie treten auf bei der Schilderung von verletzenden Ereignissen. *Miasma*: Krebs. *Mittelwahl*: Staphysagria (passende Pflanzen-empfindung sowie Folge von Enttäuschung) C30 - C10M. Zwischendurch erhält die Patientin auch Carcinosinum C200 und C1M.

Naturheilverfahren

Aus der Allgemeinen Anamnese sind immer Entzündungen die Vorläufer für das Rheuma: Furunkel, Ekzeme, Adnexitis, Endokarditis. Deshalb bekommt die Patientin eine Mikrobiologische Behandlung, diese ist auch für die chronisch entzündliche Darmerkrankung sinnvoll.

Klinisch sind die rheumatischen Beschwerden auch arthrotischer Art, deshalb werden phytotherapeutisch Teufelskralle und Weidenrinde eingesetzt. Zusätzlich kam eine Kombination aus Myrrhe, Kaffeekohle und Kamille zum Einsatz. Das Ansäuern des Urins mit der Aminosäure L-Methionin wirkte sich günstig auf die Keimhemmung in der Blase aus.

Schulmedizin

Anamnestisch wurde alles nach der Menopause schlimmer, deshalb wird eine lokale Östrogensalbe eingesetzt, die das Scheidenmilieu günstig beeinflusst als Schutz gegen die Harnwegsinfekte. Die NSAR werden zunächst beibehalten, das MTX jedoch abgesetzt.

Verlauf

Kontinuierliche Reduktion der schulmedizinischen Medikation bis auf Tramadol 2x50 mg/tgl.; stabile BSG. Die entzündlichen Beschwerden an Gelenken, Darm und Blase haben sich komplett in 2011 zurückgebildet.

Die arthrotischen Beschwerden reagieren gut auf Teufelskralle. Parallel durchgängig Physiotherapie. 2012: Familiäre Konfliktsituationen führen immer wieder zu psychischen Krisen ohne eine entzündlich rheumatische Komponente und erfordern Gaben von Staph. C10M.

Fall 2

Patient, geb. 1972, mit Colitis ulcerosa (ED 2010), Lactoseintoleranz, Pollinose. Erstkontakt: 9/2010

Vorbefunde

Endoskopie: Colitis des gesamten Colons mit Backwash-Ileitis

Bisherige Therapie

Mesalazin oral und Budesonid-Klysmen.
Ergänzende Untersuchungen von mir veranlasst: Darmfloraanalyse; Stuhl auf Pankreaselastase.

Ziel des Patienten

Beschwerdefreiheit und Unabhängigkeit von den Medikamenten. Eine eventuelle längere Phase bis zum Eintritt der vollen Wirkung der Behandlung wird toleriert.

Behandlungselemente

Homöopathie

Hauptbeschwerde: viel Flüssigkeit und Luft im Darm, nie weiß man, wann was kommt, keine Sicherheit; massive Erwartungsspannung; milchig-rötliche Absonderungen, brennende Schmerzen. *Miasma*: Krebs. *Mittelwahl*: Arsenicum album C30 - C10M.

Naturheilverfahren

Beratung bezüglich Tagesrhythmus, Mahlzeitenplanung und Ernährung (Vermeiden von Kreuzallergenen, eher warmes Essen), Ruhephasen, Stressbewältigung mittels Yoga (Beginn der Beschwerden mit dem Berufsanfang!). Komedikation: Enzyme; phytotherapeutische Entzündungshemmung mit einem Kombipräparat aus: Kamille, Myrrhe, Kaffeekohle; Probiotikum.

Verlauf

Herbst 2011 Absetzen der schulmedizinischen und naturheilkundlichen Medikamente, Gewichtsanstieg 4 kg, in 2012 nur noch Arsenicum album C10M in großen Abständen. Keine Beschwerden mehr.

Patientinnen mit Mamma-Carzinom

Ich beobachte eine gute Wirkung der Homöopathie in der adjuvanten Situation mit Verbesserung der Lokalsymptome und der psychischen Befindlichkeit. Außerdem ermöglicht die Anamnese einen Einblick in den Prozess der Krankheitsbewältigung. Der Einfluss auf den Verlauf der Krebserkrankung an sich ist unterschiedlich. Die Prognose ist am besten bei Übereinstimmung der Symptomatik und Vitalempfindung vor und nach der Krebserkrankung

Ziel ist die Aktivierung der Patientinnen: immunologisch, körperlich und psychisch und die biographische Integration der Erkrankung. Parallel zur Homöopathie erfolgt immer eine Bewegungstherapie und Ernährungsberatung, eventuell auch psychoonkologische Mitbetreuung. Eine Immunstimulation z. B. mit Mistelpräparaten wird je nach Symptomatik und Immunstatus durchgeführt. Nahrungsergänzungen können Fatigue und andere therapiebedingte Symptome verbessern.

Fall 3

Patientin, geb. 1955, mit Mamma-Ca. ED 2011, Z. n. brusterhaltender Operation und Radiatio, laufende antiöstrogene Therapie, schon länger bestehende Proktitis mit Sulfasalazin-Behandlung. Erstkontakt: 2011

Therapeutische Ziele

Verbesserung der therapiebedingten Nebenwirkungen und Angst

Veranlasste Diagnostik

Immunstatus (Lymphozytenstimulationstest) ist aktiviert.

Behandlungselemente

Homöopathie

Hauptbeschwerden sind die Alterungsprozesse durch die antiöstrogene Therapie: bleierne Müdigkeit, Arthrosen in Knien und Fingergelenken mit stechenden Schmerzen, Schwellungen von Füßen und Beinen. Die Müdigkeit entspricht auch Zuständen vor der Krebserkrankung, Gefühl, nicht mehr aufstehen zu können. Bezüglich der Proktitis formuliert die Patientin eine Empfindung: „Da hängt was fest, da will etwas raus, aber kann nicht." Der Focus im Erleben der Patientin ist die Arbeit und Leistungskraft. *Miasma*: Krebs. *Mittelwahl*: Kalium carbonicum C200 - C1M.

Schulmedizin

Die antiöstrogene Therapie und das Sulfasalzin werden fortgeführt.

Naturheilverfahren

Bewegungstherapie, Ernährungstherapie, Präparat mit Suspension von E. coli, keine Immunstimulation mit Mistel.

Verlauf

Nach Mittelgabe Energieschub, Fahrradfahrt zur Arbeit (15 km) kann wieder aufgenommen werden, Gelenkbeschwerden gebessert; Darm ruhig; Angst bezüglich der Erkrankung besser; Arthrosebeschwerden anhaltend besser; regelmäßige Follow-ups und wiederholte Mittelgaben erforderlich. Remission bezüglich der Grunderkrankung. In 2012 tritt ein Abszess auf. Das bedeutet eine Verbesserung der immunologischen Reaktion in Richtung akute Reaktionslage. Kalium carb. wird weiter in C200 gegeben. Die Patientin erlebt die Behandlung als Prozess in Richtung Salutogenese.

Dr. med. Irmgard Schnittert

- 1977-1984 Studium der Humanmedizin an der Freien Universtät Berlin
- 1986-1994 Facharztausbildung in Berlin (Pathologie, Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie/Rheumatologie) zur Allgemeinmedizinerin
- 1987 Promotion
- 1993 Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren
- 2003 Homöopathie-Diplom des DZVhÄ
- seit 1995 niedergelassene Allgemeinmedizinerin in Berlin-Schöneberg, Praxiskonzept „Integrative Medizin"

Kontakt: info@drschnittert.de
Website: www.drschnittert.de

Elizabeth Thompson (Bristol, UK)

Prescribing homeopathy for cancer patients – a best case series*

Homöopathie für Krebspatienten – eine Best-Case-Serie

Abstract

The presentation has described my approach over the past 11 years to prescribing homeopathy within the Integrative Cancer Care Service at the Bristol Homeopathic Hospital.

Improving symptoms and quality of life has been my primary aim rather than suggesting that homeopathy might affect survival. However over the years, a number of patients have lived longer than expected. The National Cancer Institute's (NCI) Office of Cancer Complementary and Alternative Medicine (OCCAM) was established in October 1998 to coordinate and enhance complementary and alternative medicine activity in cancer care in the USA.

OCCAM funds research and provides evidence based information about complementary therapies. OCCAM has encouraged complementary cancer prescribers to submit cases where outcome has been particularly good as a best case series.

I presented a number of patients see over the past ten years where improvements in symptoms, well being, scan results and apparent survival have been noted. A range of remedies was discussed.

Dr Elizabeth Thompson, DMOxon, MBBS, MRCP, FFHom

Elizabeth Thompson is a Consultant Homeopathic Physician and Honorary Senior Lecturer in Palliative Medicine. She is an NHS consultant and Lead Clinician for an outpatient service from the Bristol Homeopathic Hospital with a team of seven doctors.

She runs the Integrative Cancer Care Service and was awarded her DM thesis from Oxford University in 2009, the first homeopathic thesis to sit in the Bodleian library describing the use of homeopathy for the cancer patient. She is a Fellow of the Faculty of Homeopathy and was made Vice President of the Faculty of Homeopathy in February 2011. She is the Academic Director for a seven-year academic teaching programme.

Her research interests have included cancer, child health and outcome measures that reflect health gain. Special clinical interests: Integrative Cancer Care.

E-mail: Elizabeth.Thompson@UHBristol.nhs.uk
Website: http://www.uhbristol.nhs.uk/patients-and-visitors/your-hospitals/bristol-homeopathic-hospital/

In meinem Vortrag habe ich dargestellt, wie ich in den letzten elf Jahren vorging, als ich im Rahmen des Integrative Cancer Care Service am Bristol Homeopathic Hospital homöopathisch behandelt habe.

Dabei war es mein erstes Ziel, eine Besserung der Symptome und der Lebensqualität zu erreichen, und weniger, den Eindruck zu erwecken, Homöopathie könne die Überlebensrate beeinflussen. Im Laufe der Jahre hat jedoch eine Reihe von Patienten länger als erwartet überlebt. Das Office of Cancer Complementary and Alternative Medicine (OCCAM) des National Cancer Institute (NCI) wurde im Jahr 1998 gegründet, um die Aktivitäten der Komplementär- und Alternativmedizin im Bereich der Krebsbehandlung in den USA zu koordinieren.

OCCAM fördert Forschung und stellt evidenzbasierte Informationen über Komplementärmedizin zur Verfügung. OCCAM hat komplementärmedizinische Behandler von Krebspatienten dazu ermutigt, Fälle als „best case series“ einzureichen, in denen die Behandlungsergebnisse außergewöhnlich gut waren.

Im Rahmen des Vortrags habe ich eine Reihe von Patienten vorgestellt, die ich den letzten zehn Jahren behandelt habe und bei denen eine Besserung von Symptomen, Lebensqualität, Ultraschallbefunden und offenbar auch der Überlebensrate festgestellt wurde. Eine Auswahl von Arzneimitteln wurde ebenfalls besprochen.

Elizabeth Thompson ist homöopathische Fachärztin und Honorardozentin in Palliativmedizin. Sie ist Konsiliarärztin des britischen National Health Service (NHS) und leitet mit einem Team von sieben Ärzten ein Ambulatorium des Bristol Homeopathic Hospital.

E. Thompson leitet den Integrative Cancer Care Service und bekam 2009 ihren medizinischen Doktortitel von der Universität Oxford verliehen. Ihre Arbeit ist die erste homöopathische Doktorarbeit, die sich in der berühmten Bodleian library befindet. Sie beschreibt die homöopathische Behandlung von Krebs.

Sie ist Mitglied der Faculty of Homeopathy und wurde im Jahr 2011 deren Vizepräsidentin. Sie ist akademische Direktorin eines siebenjährigen akademischen Trainingsprogramms.

Zu ihren Forschungsinteressen gehören Krebs, Gesundheit von Kindern und Verfahren zur Messung von Behandlungsergebnissen, die die Zunahme an Gesundheit widerspiegeln. Ihr spezielles klinisches Interesse gilt der Integrativen Krebsbehandlung.

Kontakt: Elizabeth.Thompson@UHBristol.nhs.uk
Website: http://www.uhbristol.nhs.uk/patients-and-visitors/your-hospitals/bristol-homeopathic-hospital/

---

* Der Vortrag wurde in englischer Sprache gehalten.

Dominik Müller (Eichstätt, D)

MMRH – Materia Medica Revisa Homoeopathiae

Abstract Vortrag

MMRH – Materia Medica Revisa Homoeopathiae: ein Zwischenbericht

Die Revision der Materia medica ist das umfangreichste laufende wissenschaftliche Projekt der Homöopathie-Geschichte. Seit 2006 führt die Gleeser Materia Medica Revisions-Arbeitsgemeinschaft unter Leitung von Klaus-Henning Gypser eine systematische Revision der Arzneimittellehre durch. Bisher wurden 28 Arzneimittel revidiert und publiziert.

Dominik Müller, Mitarbeiter an diesem Projekt, hat in diesem Vortrag nach einer kurzen Einführung in das Projekt die Struktur, den Aufbau, den Nutzen und die Vorteile dieser revidierten Materia medica erläutert.

Außerdem wurden neue und für die Praxis relevante Forschungsergebnisse aus der Revisionsarbeit und weitere Entwicklungen des Projekts, wie das Konzept eines neuartigen, homogenen und verlässlichen Repertoriums, vorgestellt.

Publikation zum Thema: Müller D. Eine historische Kasuistik aus der Materia-medica-Revision. AHZ 2013; 258 (1): 18–22.

Abstract Seminar

Die MMRH – Ein Werkzeug für „ächte Heilkünstler“: Einübung der Fallanalyse mit primärer Materia Medica

Es gibt unzählige Materiae medicae am Markt. Benötigen wir ein umfangreiches Werk wie die Materia Medica Revisa Homoeopathiae wirklich? Was unterscheidet die MMRH von anderen Materiae medicae? Hat die MMRH für die tägliche Praxis überhaupt eine Relevanz? Wie sieht die praktische Anwendung aus? Dominik Müller hat in den vergangenen Jahren mehrere Tausend Kasuistiken des 19. und 20. Jahrhunderts gesichtet, revidiert und in die MMRH aufgenommen.

Anhand der interessantesten und aufschlussreichsten Kasuistiken verschiedener Autoren aus der Revision der Materia medica wurde die Verwendung der MMRH und die damit mögliche äußerst präzise Verschreibungstechnik in diesem Seminar eingeübt.

Dr. med. Dominik Müller

Facharzt für Allgemeinmedizin – Homöopathie

- Homöopathie seit 1984
- Privatärztliche Praxis in Eichstätt (Bayern)
- Dozent im Drei-Monats-Kurs
- Mitarbeit an der Materia Medica Revisa Homoeopathiae (MMRH, Hrsg. Klaus-Henning Gypser)
- Veröffentlichungen im Rahmen der MMRH: Lac caninum, Causticum, Valeriana, Argentum nitricum, Sabadilla und Anacardium

Kontakt: mail@dr-d-mueller.de
Website: www.dr-d-mueller.de

Carlos Néstor Cámpora (Buenos Aires, AR)

Homeopathic case documentation: a concrete case study from the Argentinian database BRECHA (Banco de Reporte y Estudio de Casos Homeopáthicos de Argentina)*

Homöopathische Falldokumentation: eine konkrete Fallstudie aus der argentinischen Datenbank BRECHA

Abstract

High-quality homeopathic cases represent one of the most useful tools to understand and improve the outcomes of homeopathic prescriptions. Homeopathic case documentation plays a key role to make possible high-quality homeopathic case research.

BRECHA, the Argentinian homeopathic casebank, which uses the strictest standards for the presentation, the case documentation and the assessment of outcomes, has developed guidelines that allow the physician to focus on research in the daily practice.

A BRECHA case study of severe Rheumathoid Cachexia with a follow up of almost 9 years was presented, with emphasis placed on the main homeopathic issues (verbatim expressions, repertory translation, repertorization, case analysis and approach strategies, prescribed treatment, follow-up) and the importance of a precise documentation.

Gut dokumentierte homöopathische Fälle gehören zu den wertvollsten Arbeitshilfen, um die Ergebnisse homöopathischer Verschreibungen zu verstehen und zu verbessern. Die homöopathische Falldokumentation spielt bei der qualitativ hochwertigen Erforschung homöopathischer Fälle eine Schlüsselrolle.

BRECHA, die argentinische homöopathische Fall-Datenbank, legt strengste Maßstäbe an Präsentation, Falldokumentation und die Beurteilung des Behandlungsergebnisses. Dazu wurden Leitlinien entwickelt, die es dem Behandler erlauben, aus der Alltagspraxis heraus zu forschen.

Der Referent stellte aus der BRECHA-Datenbank einen Fall mit ausgeprägter rheumatoider Kachexie und einer Beobachtungsdauer von fast neun Jahren vor. Die Darstellung konzentrierte sich dabei auf die wichtigsten homöopathischen Fragen (wörtliche Rede, Übersetzung in Repertoriumsrubriken, Repertorisation, Fallanalyse und Herangehensweisen, Verschreibung, Folgebehandlung) sowie auf die wichtige Rolle einer präzisen Dokumentation.

---

* Der Vortrag wurde in englischer Sprache gehalten.

Dr Carlos Néstor Cámpora

Carlos Néstor Cámpora was born on April 10, 1964, in La Plata, Argentina.

He can be reached at Fundación Médica Homeopática *Vitalis*
Billinghurst 649 (CP C1174ABK)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Phone: 00 54 11 4865 9955
E-mail: cncampora@yahoo.com.ar
Websites: www.homeopatia.org.ar
www.cncampora.com.ar

C. N. Cámpora graduated as a physician in 1989 at Universidad Nacional de Ciencias Médicas of the city of La Plata, Province of Buenos Aires, with an outstanding general point average of 9,40, and obtained his degree as specialist in Internal Medicine in 1994.

Homeopathy found him at six years old as a patient, but he has been an ardent student of homeopathy since he was sixteen years old, when he started reading tirelessly the old classical masters. He is a certified Master in Homeopathy by Asociación Médica Homeopática Argentina.

Two study and research groups have been founded and directed by him in Argentina: in 1993 the Grupo Clínica Homeopática Dinámica, and, in 1997, the Grupo de Estudios e Investigación Médica Homeopática de la República Argentina.

C. N. Cámpora has been teaching Homeopathy since 1993. Since then he has been a lecturer in congresses and seminars both locally and internationally ever since, he has been teaching in Argentina, Uruguay, Brazil, Mexico, Spain, Germany, Holland, Austria and Hungary. He is regularly asked to lecture as a guest speaker at many homeopathic institutions.

He has submitted numerous papers about the homeopathic treatment of arterial hypertension, sciatic and trigeminal neuralgia, infections of the middle ear, AIDS, etc; he has also performed detailed research on the homeopathic repertories and materia medica.

In 1998 C. N. Cámpora has designed the Double Protocol of Homeopathic Pathogenetic Trial (DPHPT) and has organized and directed the first provings performed in Argentina in fifty years; based on this, he conducted the proving of Loxosceles laeta (1998) (brown spider or killer spider) and Geranoetus melanoleucus (1999) (black-chested buzzard eagle).

These are full hahnemannian provings performed by applying high quality methodological standards with the aim of selecting the most reliable and valid

symptoms. Controversial and critic aspects about methodology of provings and the placebo symptoms in provings has been part of his papers and seminars in the last few years, and is a frequent lecturer at LMHI's Congresses. He is also the author of the book: "The pathogenesis of Loxosceles Laeta, the spider of the corners, brown spider or killing spider", in 1999.

C. N. Cámpora is also focused on the sistematic documentation in homeopathic practice and research on high-quality case reports; he is convinced that the study of cured clinical cases represents a source of valuable knowledge and inspiration for homeopaths and with the idea of sistematically collecting the results of the homeopathic practice he founded BRECHA (Banco de Reporte y Estudio de Casos Homeopáticos de Argentina) in 2003, since then he is the President of BRECHA.

He has developed a sistematic methodology of approach and case analysis that allows to obtain more consistent and reliable results, and have made prescriptions more understandable, reasonable and successfull. He is well known for the publication of his high-quality reports of severe and cured clinical cases traditionally considered incurable.

On 2006 the Faculty of Medicine of the Buenos Aires University designed him Director of the Annual Post-graduate Course "Theory and Practice of Homeopathic Medicine".

Since 2009 the Asociación Médica Argentina distinguished C. N. Cámpora choosing him as the Director of the Biennial Course "Theory and Practice of Homeopathic Medicine".

He is teaching his homeopathic methodology in the Asociación Médica Homeopática del Uruguay dictating a biennial post-graduate course that has begun in the year 2009 and continues at present.

In addition to his busy practice in Buenos Aires and La Plata, he is currently the Director of the Fundación Médica Homeopática *Vitalis* where he lectures since 2000 as the main lecturer of the Annual Continuing Education Post-graduate Course in Homeopathic Medicine.

Dr. Carlos Néstor Cámpora

C. N. Cámpora wurde am 10. April 1964 in La Plata (Argentinien) geboren. Er schloss 1989 sein Medizinstudium an der Universidad Nacional de Ciencias Médicas in La Plata ab und erhielt 1994 seinen Facharzttitel in Innerer Medizin. Er ist zertifizierter Master in Homöopathie der Asociación Médica Homeopática Argentina.

C. N. Cámpora hat zwei Studien- und Forschungsgruppen in Argentinien begründet und geleitet: 1993 die Grupo Clínica Homeopática Dinámica und 1997 die Grupo de Estudios e Investigación Médica Homeopática de la República Argentina.

Seit 1993 lehrt er Homöopathie und hält Vorträge bei Kongressen und Seminaren im In- und Ausland. Er hat zahlreiche Aufsätze über die homöopathische Behandlung von arteriellem Bluthochdruck, Ischias und Trigeminusneuralgie, Infektionen des Mittelohrs, Aids usw. veröffentlicht.

Darüber hinaus hat er ausführlich über homöopathische Repertorien und die Materia medica geforscht. Er ist Autor des Buches "Die Pathogenese von Loxosceles Laeta – südamerikanische Winkelspinne, braune oder tödliche Spinne" (1999).

1998 hat C. N. Cámpora das Double Protocol of Homeopathic Pathogenetic Trial (DPHPT) entworfen und die ersten Arzneimittelprüfungen seit fünfzig Jahren in Argentinien durchgeführt und geleitet. Auf dieser Grundlage leitete er die Prüfungen von Loxosceles laeta (1998) und Geranoetus melanoleucus (Schwarzbrustadler,1999).

Geleitet von der Idee, die Resultate homöopathischer Praxis systematisch zu sammeln, gründete C. N. Cámpora im Jahr 2003 die Datenbank BRECHA (Banco de Reporte y Estudio de Casos Homeopáticos de Argentina), deren Präsident er seit ihrer Gründung ist.

2006 berief ihn die medizinische Fakultät der Universität von Buenos Aires zum Direktor des einjährigen Postgraduierten-Kurses „Theorie und Praxis der homöopathischen Medizin".

2009 ernannte die Asociación Médica C. N. Cámpora zum Direktor des zweijährigen Kurses „Theorie und Praxis der homöopathischen Medizin". Seine homöopathische Methodenlehre unterrichtet er darüber hinaus an der Asociación Médica Homeopática del Uruguay. Neben seiner eigenen Praxistätigkeit in Buenos Aires und La Plata ist er gegenwärtig Direktor der Fundación Médica Homeopática Vitalis.

Kontakt: cncampora@yahoo.com.ar
Websites: www.homeopatia.org.ar
www.cncampora.com.ar

Internationaler Coethener Erfahrungsaustausch (ICE)

Mit dem Internationalen Coethener Erfahrungsaustausch (ICE) wurde für die internationale homöopathische Forschung ein Grundstein mit dem Ziel gelegt, einen Raum für den intensiven wissenschaftlichen Austausch unter Kolleginnen und Kollegen zu schaffen. „Coethen" – geschrieben wie zu Zeiten Hahnemanns – soll auf die historischen Wurzeln der Homöopathie hinweisen. Der Internationale Coethener Erfahrungsaustausch (ICE) findet seit 2001 einmal jährlich in Köthen (Anhalt) statt.

2001 ICE 1: Forschung in der Homöopathie

2002 ICE 2: Wissenschaftliche Homöopathie in Europa

2003 ICE 3: Homöopathie bei Krebserkrankungen

2004 ICE 4: Kindliche Verhaltensstörungen

2005 ICE 5: Der subjektive Faktor Arzt in der Homöopathie

2006 ICE 6: Homöopathie im klinischen Alltag

2007 ICE 7: Mit Homöopathie alt werden und jung bleiben – Prävention und Geriatrie

2008 ICE 8: Schwere Pathologien

2009 ICE 9: Repertorium und Materia Medica

2010 ICE 10: 200 Jahre Organon

2011 ICE 11: Welche Forschungsansätze sind für die Homöopathie am wichtigsten?

2012 ICE 12: Wissenschaft und Praxis – eine dynamische Beziehung

Vorschau

2013 ICE 13: Die homöopathische Behandlung chronischer Krankheiten

2014 ICE 14: Von der Fallanalyse zur Behandlungskompetenz – aus eigenen Fällen lernen

2015 ICE 15: Möglichkeiten und Grenzen homöopathischer Behandlungen bei krebskranken Patienten

www.wisshom.de