



13. Internationaler Coethener Erfahrungsaustausch (ICE 13)
24. - 26. Oktober 2013 in Köthen (Anhalt)

Die homöopathische Behandlung chronischer Krankheiten

Kongressband

Angelika Gutge-Wickert und Ulrike Kessler (Hrsg.)

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): 2014
Ausnahmen im Copyright sind jeweils angegeben.

Editorial

Mit dem 13. Internationalen Coethener Erfahrungsaustausch (ICE 13) vom 24. bis 26. Oktober 2013 in Köthen (Anhalt) hat die Wissenschaftliche Gesellschaft für Homöopathie (WissHom) die im Jahre 2001 begründete Tradition fortgesetzt, jedes Jahr im Herbst zu einem wissenschaftlichen Gesprächsforum rund um Forschung, Praxis und Lehre in der Homöopathie einzuladen.

Das Thema „Die homöopathische Behandlung chronischer Krankheiten“ ist eng mit dem Begriff der Miasmen verknüpft und wurde in einer Vielfalt von theoretischen und praktischen Facetten von ausgewiesenen Referentinnen und Referenten erörtert. Dabei wurden keine bestimmten Miasmen-Schulen vorgestellt, sondern es wurde der Frage nachgegangen, ob Methoden der Homöopathie, die von Homöopathen nach Hahnemann entwickelt wurden, Fortschritte sind: Welche Bedeutung haben die Miasmen in der täglichen Therapie? Was haben Hahnemann und seine Nachfolger darunter verstanden? Wie können die Behandlungserfolge dabei methodenspezifisch dokumentiert und evaluiert werden? Ergänzend wurden im Bereich Aus- und Weiterbildung innovative Konzepte zum Thema „Prüfungen“ vorgestellt.

Die im vorliegenden Kongressband versammelten Beiträge mögen Ihnen eine interessante und bereichernde Lektüre sein.

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 Juni 2014

Inhalt

	2	Impressum
Vorwort	3	<i>Angelika Gutge-Wickert und Ulrike Kessler</i> Editorial
	5	Inhaltsverzeichnis
Themen	7	<i>Brigitte Krémer</i> Die Revision der Miasmen – Marc Brunsons historische Übersicht über die "Miasmen"-Konzepte von Hahnemann bis heute
	13	<i>Josef M. Schmidt</i> Der Miasmenbegriff Hahnemanns zwischen induktiver Hypothese und Wesensschau
	15	<i>Jürgen Moritz</i> Evolution und Evaluation der homöopathischen Methode und die Neue Psora-Theorie
	19	<i>Heiner Frei</i> Polaritätsanalyse bei multimorbiden Patienten: eine prospektive Outcome-Studie über 12 Monate
	27	<i>Jürgen Pannek</i> Stellenwert der Homöopathie in der Prophylaxe rezidivierender Harnwegsinfekte bei Querschnittgelähmten
	30	<i>Uwe Friedrich</i> Bedeutung der Miasmen bei der homöopathischen Behandlung krebskranker Patienten
	33	<i>Christa Gründling</i> Multizentrische Beobachtungsstudie zur Dokumentation des Effektes einer Behandlung von Allergien mittels klassischer Homöopathie
	37	<i>Tjado Galic</i> Praxis der Falldokumentation
Studiendesign	40	<i>Michael Teut</i> Wissenschaftliche Einzelfallforschung in der Homöopathie
	41	<i>Christa Gründling</i> Planung und Durchführung einer Anwendungsbeobachtung in der Homöopathie
Aus- und Weiterbildung	45	<i>Sigrid Harendza</i> Kompetenzorientiert prüfen
	47	<i>Oliver Reis</i> Kompetenzorientierte Prüfungen: Prüfungstheorie und Prüfungspraxis

Brigitte Krémer (Berlin, D)

Die Revision der Miasmen – Marc Brunsons historische Übersicht über die "Miasmen"-Konzepte von Hahnemann bis heute

Inhalt des Beitrags ist die Darstellung der Schrift „Vergleichende historische Analyse der Evolution des Begriffs ‚Miasma‘ von Hahnemann bis heute“ von Dr. med. vet. Marc Brunson (Belgien), der als homöopathischer Lehrer im französischen Sprachraum sehr bekannt ist. Was aber versteht Brunson unter dem begrifflichen und methodischen Fortschritt des Miasmenkonzeptes? Zum einen den Weg von Hahnemanns miasmatischem Modell der Ansteckung als Krankheitsursache mit der zwangsläufigen Definition der chronischen Krankheiten als „kollektiv“, „exogen“ und „ontologisch“ und der damit einhergehenden Entfernung von der Individualisierung hin zu einem allmählichen Verständnis der chronischen Krankheiten als „individuell, endogen und immanent“. Zum anderen den Weg von der miasmatischen Klassifizierung der Arzneien hin zu einem dynamischen Verständnis von Krankheit und Arznei, bei der jedes Individuum alle miasmatischen Färbungen in sich trägt, welche sich im Verlauf des Lebens ändern können.

Brunsons Analyse des Miasmenkonzeptes

Im Anschluss an den LMHI-Kongress in Oostende (2008) wurde ich gebeten, die Schrift „Les Miasmes revisités“ (dt.: „Vergleichende historische Analyse der Evolution des Begriffs ‚Miasma‘ von Hahnemann bis heute“) von Dr. med. vet. Marc Brunson aus dem Französischen zu übersetzen. [1, 2] Im Folgenden gebe ich eine Zusammenfassung des Buches.

Marc Brunson ist ein belgischer Tierarzt. Schon wenige Jahre nach Beginn seiner homöopathischen Ausbildung gründete er 1983 sein „Centre Liégeois d’Homéopathie“ (CLH) in Esneux bei Lüttich. [3, 4]



Marc Brunson

Brunson analysiert, wie wichtige Autoren von Hahnemann bis heute mit der Miasmen-Problematik (begriffliche Unklarheit, Dilemma Klassifizierung/Entfernung von der Individualisierung) umgehen und gelangt dabei zu seiner originellen Art, die Arzneien zu individualisieren. Bevor er die chronologische Analyse unternimmt, stellt er dar, wie und warum er zu seiner Überzeugung kommt: „Unser Ziel ist es, für den Patienten die Arznei fürs Leben zu finden. Dazu brauchen wir nicht die Miasmen, sondern die maximale Individualisierung.“

Seine Begründung für eine lebenslange Arznei: Schon bei Hahnemann war die Idee einer „Arznei fürs Leben“ implizit vorhanden, denn dessen Entdecken der Metastasen bedeutet die Ausdehnung der Krankheit in der Zeit, idealerweise über ein ganzes Leben. Brunson definiert die Miasmen nicht mehr als getrennte Krankheitsursachen, sondern als Reaktionsmodi und lehnt sich dabei an Masi an (dem Paschero Vorbild war).

Maximale Individualisierung der Arznei heißt verstehen, wie die physischen und mentalen Symptome in einem kohärenten Ganzen integriert werden können.

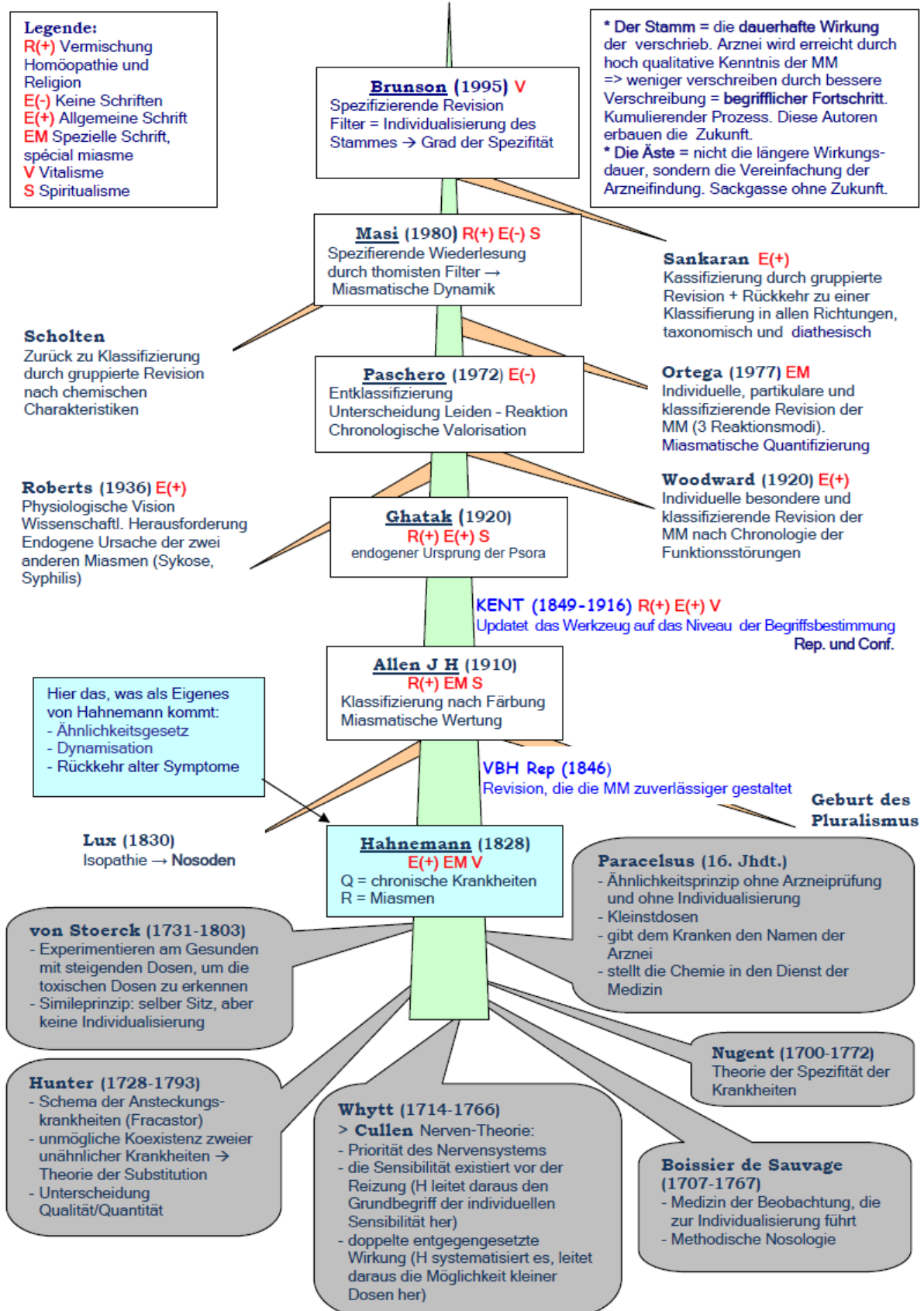
So beschreibt Brunson seinen Findungsweg in seiner langjährigen Auseinandersetzung mit Masi:

„Zehn Jahre lang, etwa zwischen 1985 und 1995, warf Masi alle *physischen* Symptome in den Abfallkorb, behauptend, dass sie nicht zum Verständnis des Patienten beitragen würden und damit auch nicht zum Erreichen von Heilungen, entsprechend der Ziele, die er sich gesetzt hatte. Als Tiermediziner betrubte mich das besonders. Ich spürte, dass da etwas Unausgeglichenes war, das nicht der Universalität der homöopathischen Sicht der Dinge entsprach. Allerdings hatte ich intuitiv den unschätzbaren Wert der Idee verstanden, jede Arznei der Materia Medica wieder zu studieren mit dem Ziel, das Leiden, seine Ursache und die Reaktion auf dieses Leiden zu erkennen. [...] Denn diese entsprechen der Essenz der Arznei, die in den Symptomen nach Organon § 153 ausgedrückt ist. Sie führen zum Similimum.“

Die Langzeitwirkung einer Arznei ist nur durch maximale Individualisierung möglich. Im Gegensatz dazu führen Methoden, die klassifizieren, von der Individualisierung und vom Ziel der Langzeitwirkung weg. Somit sind sie „Sackgassen“. Brunson beschreibt vier methodologische Etappen in der Geschichte der Homöopathie, die in seine neue Art des Arznei-studiums münden:

1. Erschaffung der Methode und Definition der Grundprinzipien der Homöopathie durch Hahnemann
2. Nutzung der Masse an Informationen dank Reper-torisation, allerdings ohne inhaltliches Verständnis der Arzneien: T. F. Allen, Hering, Kent
3. Einsicht, dass die Arzneien *verstanden* werden müssen (das Leiden und die Reaktionen darauf), um das Problem der Langzeitwirkung zu lösen: Ghatak, Paschero
4. Neue Art, die Materia Medica zu studieren, durch Individualisierung
 - des Leidens: Masi
 - der Ausgangssubstanz: Brunson. Die Ausgangssubstanz einer Arznei wird genauso individualisiert wie die Arznei in der AMP und wie der Patient in der Fallanalyse. „Die Ausgangssubstanz“ heißt auf Französisch „la souche“, somit heißt Brunsons Methode „le souchisme“.

Schema der Tanne



Brunson ordnet die Autoren, die er analysiert, auf einer schematischen „Tanne“ [5]. Die Autoren, die er auf dem Stamm platziert, führen zu seiner Methode:

„Die Autoren erscheinen auf einer schematischen Tanne. Auf dem Stamm gibt es eine Hierarchie. Es ist mehr als eine einfache Chronologie, es handelt sich um einen begrifflichen Fortschritt.“ Damit meint Brunson eine Entwicklung in Richtung seines Verständnisses der Miasmen und der Arzneiindividualisierung.

Die auf den Ästen platzierten Autoren entfernen sich mehr oder weniger weit von Hahnemanns Anweisung der Arzneimittelprüfung am Gesunden (Sankaran, Scholten) bzw. der Einzelmittelverschreibung (Pluralisten, Isopathie).

Grundsätzlich dienen die früheren Autoren den Nachfolgern, unabhängig davon, ob sie auf dem Stamm oder auf den Ästen „sitzen“. „Den höheren Ästen kommt der begriffliche Fortschritt des Stammes zugute. Zum Beispiel kann Sankaran nicht vor Masi existieren. Nicht weil er Masi gelesen haben muss, um seine eigenen Ideen zu formulieren, sondern weil die Entwicklung der homöopathischen Denkweise eine bestimmte Stufe erreichen musste, damit seine Theorien gedeihen konnten. Dazu kommt noch, dass die Spitze jedes Astes komplexer ist als die Basis. Zum Beispiel: Der Anfang von Sankarans Denken ist weniger entwickelt als die Folge: Aufteilung in Reiche am Anfang, später in Familien, Übergang von drei zu zehn Miasmen [...]“

„Manche große Namen haben nichts zum begrifflichen oder methodologischen Fortschritt beigetragen, auch wenn sie renommierte und bemerkenswert effiziente Homöopathen waren – zum Beispiel Pierre Schmidt und Georges Vithoulkas. Ihre Rolle war zugleich notwendig wie unersetzlich, dennoch beschränkte sie sich auf die maximale Verfeinerung der kentianischen Methode und auf die unaufhörliche Weitergabe der Fackel an die ganze Folgegeneration, auf perfekte und rigorose Weise. Danke. Der gleiche Gedankengang gilt für die masische Welt, in der Simone Fayeton die Arbeit von Masi weitergeleitet und verfeinert hat. Danke auch an die argentinische Schule und an Marcello Candegabe dafür, dass sie das Höchstmaß aus T. P. Pascheros begrifflichem Vorstoß extrahiert haben.“

Clemens von Bönninghausen (CvB) und Kent haben die homöopathische Begriffsbestimmung nicht vorangetrieben. Deshalb hat keiner von ihnen einen Platz auf dem Stamm in diesem Schema. Andererseits wäre es ein Affront, sie auf einen Ast zu setzen, denn ihre Genauigkeit war makellos. Sie haben es gewiss verdient, einen Vorzugsplatz in der Geschichte zu bekommen.“

Nichtsdestotrotz misst Brunson jeder Methode ihren eigenen Wert bei, denn der Arzt muss diese an den jeweiligen Fall anpassen: „Zum Beispiel wird Masi nicht viel anrichten können in den richtigen akuten Krankheiten in der Rindermedizin, während die Methoden von CvB und Kent gut dafür passen.“

Die Chronologie

Am Ende von Hahnemanns Leben ist also die Definition der Miasmen unklar, ebenfalls die Natur und die Ursache der chronischen Krankheiten und die

Methode der Arzneifindung führt zu Klassifizierung mit Rückgang der Individualisierung.

100 Jahre – zwischen Hahnemann und Kent – geht es mit De Guidi, Mure, Jahr und anderen um das Propagieren der „frohen Botschaft“ und um das Experimentieren mit Arzneien. T. F. Allen und C. Hering sind die großen Kompilierer: „An ihrer kolossalen Arbeit konnten sich die Homöopathen ein ganzes Jahrhundert abarbeiten.“ Um die Masse an Informationen nutzbar zu machen, erscheinen die Repertorien (CvB, Jahr, Hering, Lippe, Lee, Kent) und die synthetischen *Materiae Medicae* (Lippe, Farrington, Boericke, Nash, Cowperswhaite, Lippe, Duprat u. a.).

Zeitgleich mit J. H. Allen sprießen die Isopathie und die Komplexmittelhomöopathie. „Kein Grund, diese Methoden abzulehnen! Sie treffen nicht genau das homöopathische Prinzip, haben aber ihren positiven Beitrag geliefert: Die Isopathie war Ausgangspunkt vieler Nosoden.“

John Henry Allen, MD, Dermatologe und Venerologe (1850-1925): Psora, Pseudopsora and Sycosis (1910)

Genau wie für Hahnemann ist für Allen der primäre Hautausschlag eine Vikariation, die Absonderungsprozesse von allen Organen spielen aber eine vikariierende Rolle. Das Ziel der Pathologie ist es, den Organismus von dem Einfluss der Miasmen auf die Lebenskraft zu entlasten.

Während Hahnemann fast alle Symptome der Psora zuweist, verteilt Allen die Symptome in den drei Miasmen um. Er beginnt eine Verbindung zwischen mentalen und physischen Symptomen zu erkennen. Damit zeichnet sich die erste Einordnung von Mentalsymptomen in jedes Miasma ab. Ghatak wird dort anknüpfen.

Allen bleibt in der Klassifikation Hahnemanns. Er wählt die Symptome nicht aus der Totalität heraus, sondern nur aus dem aktiven Miasma. Dies bedeutet Dissoziierung und Reduzierung der Symptomen-gesamtheit. Er verschreibt verschiedene Arzneien hintereinander: Das ist eine Art Pluralismus in dieser Zeit. Damit kommt eine Arznei fürs Leben nicht mehr in Frage.

Allen übernimmt auch Hahnemanns Theorie der Infektion als Ursache der chronischen Krankheiten.

Hahnemann hatte eine Symptomenliste oder eher eine Pathologienliste aufgestellt, in der er fast alles in die Psora gruppierte und fast nichts in Sykose und Syphilis. Allen wird als Neuerung eine weit genauere Aufstellung vornehmen. Durch Neuordnung u. a. der Geist- und Gemütssymptome aus der Psora in allen drei Miasmen erkennt er eine Verbindung zwischen Soma und Psyche, z. B. zwischen Zerstörung und Syphilis. Damit bereitet er den Boden für Ghatak vor.

Allen beobachtet, dass Miasmen vererbt werden können: Es kann über die Vererbung zu einem NEUEN Miasma durch „Verschmelzen“ zweier Miasmen kommen, was nur in der Heredität existiert.

Er beobachtet, dass jedes Miasma einen eigenen symptomatischen Ausdruck hat, eine eigene Ausdrucksform, eigene Modalitäten, eigene physische und mentale Charakteristiken. Es gibt eine psorische,

eine sykotische und eine syphilitische Ausdrucksform für jede Pathologie. Damit öffnet Allen die Tür für die später auftauchende Idee der Symptomenbezeichnungen hyper-, hypo- und dys-. Roberts und vor allem Ortega und sogar Masi werden sie benutzen.

Seine philosophisch-religiöse Weltsicht beeinflusst sein Miasmenkonzept. Er behauptet zu Unrecht, dass Hahnemann hatte sagen wollen, dass die Psora die primäre Manifestation der Ursünde sei, der primitive chronische Fluch und gibt der Psora eine mentale Ursache: „Die Ursünde ist die Ursache für die Psora, d. h. die Psora hat einen mentalen Ursprung („wrong thinking“).“ Sykose und Syphilis sind Folge von „wrong acting“, das die Folge von „wrong thinking“ ist. Somit haben Sykose und Syphilis mit dem freien Willen zu tun.

Jedes Symptom kann unterdrückt werden. Damit sind allopathische Behandlungen von innen nicht nur Vergiftungen, sondern sie sind auch in der Lage, Unterdrückungen zu provozieren. Anders noch bei Hahnemann, der in der Allopathie von innen nur eine der Krankheit hinzugefügte Vergiftung sah. Dies ist also ein gewaltiger Unterschied zu Hahnemann: Auch homöopathische Behandlung kann unterdrücken.

Allen ist der erste wichtige Autor, der die krankmachende Wirkung der Impfungen betont, weil sie die Sykose verschlimmern. Er behauptet, dass, jedes Mal wenn Unterdrückung stattgefunden hat, wir den Fall nicht lösen können, wenn wir nicht die Hochpotenzen benutzen.

Dr. Nilman Ghatak (1872-1940): Chronic disease: Its Cause and Cure

N. Ghatak ist ein so unbekanntes wie unverzichtbares Zwischenglied in der Entwicklung des homöopathischen Denkens. Er gewährt die Kontinuität der Einzelmittelhomöopathie, die nach Kents Tod in Europa und in den USA in den Winterschlaf sinkt. Sein Buch ist, mit wenigen Worten, extrem ideenreich. N. Ghatak beeinflusst Paschero wesentlich.

Als Bengale jüdisch-christlichen Glaubens legt N. Ghatak eine klare Intoleranz gegenüber menschlichem (Fehl-)Verhalten an den Tag – er liegt also in dieser Hinsicht in der Kontinuität von Allen und Kent.

Die wahre Ursache der Psora liegt im Menschen selbst. Nicht mehr „Die Psora ist die Ursache für [...]“, sondern „die Psora IST die Krankheitsanfälligkeit.“ Ghatak verwirft also die infektiöse Ätiologie Hahnemanns und J. H. Allens. Somit „[...] sind wir ausgegangen von der Idee einer Krankheit als ansteckend, kollektiv, exogen und ontologischer Natur, um zu einer Auffassung der Krankheit zu gelangen als endogen, immanent, nicht ansteckend und somit individuell.“

Diese klare Begriffsbestimmung gilt allerdings nur für die Psora. „Jetzt sind alle Karten so geordnet, dass erst Pascheros, dann Masis Ideen erscheinen können, und letztendlich auch die Ideen, die wir heute im CLH einführen mit der Revision der MM mittels der Individualisierung der Ausgangssubstanz.“

Allen hatte begonnen, für jedes der drei Miasmen eine Beziehung zwischen den körperlichen Symptomen und den Geist- und Gemütsymptomen herzustellen. Zum Beispiel stellte er fest, dass dem

syphilitischen Miasma eine zerstörerische Verhaltensweise oder ein Verfall von kognitiven Funktionen assoziiert sein können, als psychisch-mentales Pendant der destruktiven physischen Gewebsveränderungen, die ebenfalls charakteristisch sind für dieses Miasma. Ghatak entwickelt diese Idee weiter, er sagt: „Der Körper ist das äußere Spiegelbild des Geistes.“ Er sieht nicht nur ein Nebeneinander von Soma und Geist-Gemüt, sondern eine „sinnhafte Verknüpfung.“

Allerdings hat das Mentale Priorität vor dem Somatischen, was ein dualistisches Menschenbild impliziert, mit stillschweigender Bevorzugung der Geist- und Gemütsymptome gegenüber den körperlichen. Dies ist eine Falle, in die Masi und die Masisten geraten sind. Jeder gute Tierarzt kann mit drei guten physischen Symptomen eine lebenslange Heilung bewirken.

Bisher unterscheiden die homöopathischen Ärzte immer noch nicht zwischen akuten und falschen akuten Krankheiten.

Dr. Tomás Pablo Paschero (1904-1986): Homeopatía (1972)

Paschero ist Argentinier. Als Schüler von A. Grimmer im homöopathischen Krankenhaus in Chicago lernt er die Psychoanalyse kennen.

Jeder Mensch ist dreimiasmatisch. Dies ist für Brunson der wichtigste Schritt, der jemals eingeleitet wurde über den Begriff Miasma. Konsequenz: Die Miasmen sind endogen – es gibt keine Klassifizierung, keine Suche nach dem dominanten Miasma, der Fokus konzentriert sich auf die Individualisierung der Arznei und des Patienten. Paschero analysiert allerdings nicht die Arzneien unter diesem Gesichtspunkt, das wird später Masi tun (Kern der Arznei).

Der Mensch hat ein existentielles Leiden, das mit der Hemmung seiner vollen Entfaltung zusammenhängt und die PSORA ist diese Hemmung. Er unterscheidet das Leiden und die Reaktion auf das Leiden.

Die anderen Miasmen sind die Reaktionen auf dieses Leiden. In Angesicht seines existentiellen Leidens zeigt der Mensch Reaktionen, die es erträglicher machen sollen. Paschero fragt: „Por que – para que?“ („Aus welchem Grund und zu welchem Ziel?“) zeigt der Patient dieses Verhalten, diese Symptome. Er versucht zu verstehen, was das zu Heilende ist, es reicht nicht, die Reaktionen auf das Leiden zu beseitigen.

Die Reaktionen auf das Leiden variieren im Laufe des Lebens (Miasmatische Dynamik), die Chronologie rückt in den Vordergrund.

Kindheits- und zeitlich weit zurückliegende Symptome (Einfluss der Psychoanalyse) sowie beständige Symptome – ob physisch oder psychisch-geistig – sind die verlässlichsten Symptome und bilden die „Konstanten der Biopathographie“. „Hiermit bleibt Paschero Hahnemann treu: Er betrachtet die chronologische Ausdehnung der Symptomengesamtheit, aber ohne die Individualisierung zu verlassen, wie Hahnemann mit den Miasmen. Die Idee einer Arznei fürs Leben taucht wieder auf.“

Dr. Alfonso Masi-Elizalde (1932-2003)

Masi ist Argentinier aus Buenos Aires, Sohn des homöopathischen Arztes Jorge Masi-Elizalde (ein Kollege von P. Paschero und Direktor des „Instituto Internacional de Altos Estudios Homeopáticos James Tyler Kent“).

Masi konzipiert die Krankheit metaphysisch. Für den Menschen ist es physiologisch gegeben, seinen transzendentalen Impuls zu verfolgen, auf vorgeschriebenem Wege, d. h. mit einem theozentrischen Ziel. Hinter dem Instinktiven und dem Affektiven liegt das metaphysische Problem. [6]

Das Pathologische beginnt, wenn er anfängt, seine Ziele homozentrisch auszurichten und zeigt sich als Verzerrung der Vorstellungskraft, als falsche Wahrnehmung der Realität. Diese erscheint in den Arzneimittelprüfungen als „Als-ob“-Symptome. Diese führen zu einem zentralen Thema, mit einem transzendentalen Wert, der das tiefste Leiden dieses Menschen ausdrückt. Jedes weitere Symptom lässt sich davon ableiten und erklären: die Reaktion auf das Leiden. Jede AMP muss auf die zentrale Verzerrung untersucht werden, erst dann ist ein Arzneimittel grundsätzlich bekannt.

Masi stützt sich auf die „Summa theologica“ von Thomas von Aquin als Schablone, um das Leiden zu definieren, weil dieser nahezu alle wichtigen Lebens-themen in seiner Philosophie bearbeitet hat. Masi unterteilt die „Als-ob“-Symptome der AMPs in fünf Kerne, d. h. in fünf Grundbedingungen des menschlichen Daseins: der Kern des Verlustes, der Kern der Schuld, der Kern der Sehnsucht, der Kern der Strafe und der Kern der Rechtfertigung. Die „Summa Theologica“ bietet ein Kompendium absoluter Werte, die als göttliche Attribute verstanden werden können. Jedes Leiden ist ein empfundener Mangel. Nur Gott hat diesen Mangel nicht. So wird das Leiden ausgedrückt als „beneidetes Attribut Gottes“.

In der miasmatischen Dynamik Masis repräsentiert die primäre Psora die Krankheitsanfälligkeit, die sich in einer Verzerrung der Vorstellungskraft zeigt, als „Als-ob“-Symptome, die zu den Kernen führen. Sie stellt das tiefste Kriterium der Diagnose und der Heilung dar. Wenn sie erkannt wird, ist es der sicherste Weg, das Similimum zu finden.

Wenn der Patient beginnt, an seiner Wahrnehmungsverzerrung zu leiden, zeigt sich die sekundäre Psora. Er fängt an, die „Als-ob“-Fantasien auf die Außenwelt zu projizieren, so dass er eine Abwehr aufbauen kann. Der Inhalt der Projektionen ist geprägt von seinem Grundthema, d. h. von der Wahrnehmungsverzerrung, an der er leidet.

Sybose und Syphilis definieren die tertiäre Psora. Das sind verschiedene Haltungen der Verteidigung, reaktive Haltungen gegen dieses konkrete Element des Umfeldes (der im Außen projizierte Feind).

Bei der Bearbeitung einer Arznei bzw. eines Falles gibt es zwei essentielle Momente:

- Die Miasmatische Dynamik: Beschreibung der sekundären und tertiären Psora
- Der „metaphysische Kern“: Erfassen der primären Psora, d. h. der einzigartigen existenziellen Kernproblematik der Arznei/des Patienten.

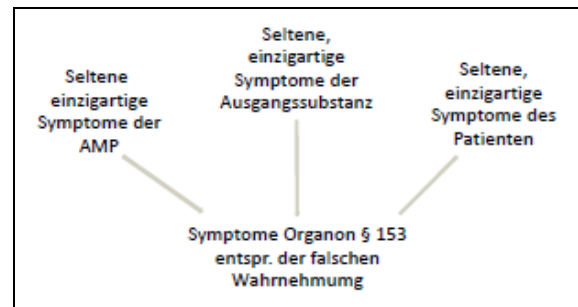
Wenn die Arznei das mentale Leiden des Patienten „berührt“, ist die Verschreibung wirksamer und länger anhaltend. Bei Kent und Allen hatten alle mentalen Symptome den gleichen Wert.

Marc Brunson (*1950)

Der „Souchisme“, Brunsons Methode der Arzneierarbeitung, besteht aus einer dreifachen Individualisierung:

1. der Arznei durch die AMP
2. des Kranken durch die Anamnese
3. der Grundsubstanz durch ihr Studium

Diese Individualisierung ersetzt die Suche des beneideten Gottesattributs / der verzerrten Vorstellungskraft / der falschen Wahrnehmung von Masi.



Beispiel *Hepar sulfuris*

Was ist an dieser Substanz speziell, ungewöhnlich und absonderlich, was sie von allen anderen homöopathischen Substanzen unterscheidet? Nicht die Bestandteile, denn sie bestehen zu 50% aus *Sulphur lotum* und zu 50% aus Austernschale, sondern die Art der Herstellung. Diese resultiert aus einer Calcination (chem. = Brennen eines Materials mit dem Ziel, dieses zu entwässern, zu verfärben oder zu zersetzen) in einem verschlossenen (!) Gefäß. Das Ergebnis ist ein grau-gelbes Pulver, das hermetisch verschlossen aufbewahrt werden muss.

Die falsche Wahrnehmung der Realität: *Hepar sulfuris* fühlt sich, als ob er einer Calcination unterzogen wird. Die geringste Aggression führt auf der Stelle zu sofortiger, totaler und finaler Zerstörung. Es handelt sich um eine extreme Missdeutung von Gefahr, deren Ausdruck die zahlreichen physischen wie mentalen Symptome von Überempfindlichkeit gegen die geringste Aggression sind.

So verstanden, löst sich der Miasmenbegriff auf, denn „im Angesicht der falschen Wahrnehmung und des Leidens gibt es nicht nur drei, sondern unendlich viele mögliche Reaktionen darauf, ihre Anzahl ist unendlich und hängt mit der Problematik jeder Arznei zusammen.“ Als Tierarzt schwingt für Brunson mit den drei traditionellen Miasmen ohnehin zu viel „Menschliches“ mit.

Wie Paschero bewertet Brunson die Symptome der Biopathographie sehr hoch. Anders als Masi gibt er dem Mentalen keine Priorität über das Physische. Es gibt eine Kohärenz zwischen der mentalen und der physischen Problematik einer Arznei.

Alle Symptome des § 153 des Organon charakterisieren den Patienten. Aber um eine Arznei von anderen zu unterscheiden, sind manche zuverlässiger als andere. Die Arzneiarbeitung lässt zuverlässige, charakterisierende und spezifizierende Symptome unterscheiden.

Um die Langzeitwirkung der Arznei zu erreichen, müssen wir unsere Kenntnisse über die „spezifizierenden“ Symptome der Arzneien schärfen.

Die Perspektive der Einführung eines Spezifitätsgrades ins Repertorium würde zur Lösung des Konfliktes – ein Polychrest geben, um sicher zu treffen (Zuverlässigkeit) ODER ein „kleines“ Mittel geben, um spezifisch zu sein (Spezifität) – führen.

Referenzen und Anmerkungen

- [1] Brunson M: Les Miasmes revisités: Analyse historique comparative du concept „MIASMES“ selon tous les auteurs importants depuis Hahnemann jusqu'à nos jours. Esneux, Editions Liégeoises d'Homéopathie (ELH) 2009.
- [2] Übersetzung ins Deutsche von Brigitte Krämer: Vergleichende historische Analyse der Evolution des Begriffs „Miasma“ von Hahnemann bis heute. Diese Übersetzung kann bei der Autorin angefordert werden (s. u.).
- [3] Centre Liégeois d'Homéopathie (CLH), Esneux (Belgique): www.clh-homeo.be
- [4] Bildnachweis M. Brunson, Seite 1: © www.clh-homeo.be
- [5] Graphik „Tanne“: vgl. [1], Seite 4.
- [6] Der Text über Masi wurde von der Autorin ergänzt aus: Alfonso Masi-Elizalde: Überarbeitung der Lehre, Materia medica und Technik der Homöopathie. Preis, Stefan: Seminar zur Sicht der Homöopathie nach Dr. Masi-Elizalde. Sylvia Faust Verlag, Höhr-Grenzhausen 1993.

Dr. med. Brigitte Krämer

- Studium der Humanmedizin, Staatsexamen und Promotion an der Universität Louis Pasteur in Strasbourg (Frankreich)
- später Umzug nach Berlin aus familiären Gründen
- Fachärztin für Anästhesiologie
- seit 1991 Niederlassung als Vertragsärztin - Zusatzbezeichnung Homöopathie
- seit 1995 Dozentin im Berliner Verein homöopathischer Ärzte
- seit 2008 Lehrauftrag am Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg (Wahlfach Homöopathie)



Kontakt: kramer.brigitte@t-online.de
 Website: www.brigitte-kramer.de

Josef M. Schmidt
(Ludwig-Maximilians-Universität München, D)

Der Miasmenbegriff Hahnemanns zwischen induktiver Hypothese und Wesensschau

Abstract

Hahnemanns Konzept der chronischen Miasmen (Psora, Sykosis, Syphilis) wirft nicht nur praktisch therapeutisch, sondern auch philosophisch und wissenschaftstheoretisch grundlegende Probleme auf.

Als naturwissenschaftliche Hypothese genommen, die eine bestimmte Wahrscheinlichkeit nur solange hat wie es keine bessere Theorie dazu gibt, also offen ist für Evaluation, Modifikation und Falsifikation, müssten die klassischen Miasmen nach objektiven Kriterien nachweisbar und ihre klinische Relevanz überprüfbar sein.

Als apodiktische Wesensschau eines medizinischen Genius aufgefasst, die auf ewig als verbindliche Vorgabe für jeden echten Hahnemannianer zu fungieren habe, müssten sie als phänomenologische Wahrheit bzw. gestalttheoretische Wesenserkenntnis behandelt, gewürdigt und vor Dekonstruktion geschützt werden.

Nachdem sich die Geschichte der „Weiterentwicklungen“ der Miasmenlehre stets zwischen diesen Extrempositionen abspielte, die für sich genommen weder beweisbar noch widerlegbar sind, gilt es in Forschung, Lehre und Praxis zu realisieren, dass beide Ansätze komplementär zu verstehen sind, das heißt trotz ihrer Widersprüchlichkeit beide notwendig und für die Homöopathie Hahnemanns unverzichtbar.

Die Abbildungen stellen eine Auswahl der Vortragspräsentation dar.

Referenz

Schmidt JM: Hahnemanns Theorie und Praxis und das moderne Erkenntnisproblem. Schweizerische Zeitschrift für Ganzheitsmedizin. 2014; 26:45-54 (DOI:10.1159/000358245).

Einleitung

- Hahnemann: Begründung der Homöopathie (1796)
 - *Die chronischen Krankheiten* (1828)
 - „Miasma“: Tausendköpfiges Übel, wie ein Parasit, Ansteckung
- Heute: praktisch therapeutisch sowie philosophisch und wissenschaftstheoretisch grundlegende Probleme
 - Naturwissenschaftliche Hypothese
 - oder apodiktische Wesensschau?
- Einschätzung: abhängig von epistemologischen Voraussetzungen
 - Evidenz-basierte Medizin vs. Gestalttheorie
 - Komplementarität
- Hahnemann als Heilkünstler, vgl. moderne Medizintheorie

Erkenntnistheoretischer Hintergrund (2)

- 1946 Erste große randomisierte Studie mit Streptomycin
- 1946 Cornell Conference on Therapy
 - Erforschung von Placebo zur Erklärung und Widerlegung des „enormen Erfolgs der Homöopathie“
- Henry Beecher: *The Powerful Placebo* (1955)
- 1960/70er Jahre: Randomisierte Studien als Grundlage der Arzneimittelgesetzgebung in den USA und Europa
- 1980er Jahre: Metaanalysen
- 1990er Jahre: Internationale Standardisierung von Prüfrichtlinien
- Es gibt aber auch andere Möglichkeiten der wissenschaftlichen Wahrnehmung und Erkenntnis

Erkenntnistheoretischer Hintergrund (1)

- Das erkenntnistheoretische Problem
 - Zwei Paradigmensysteme (Paralleluniversen)
- Die Entwicklung der Art der Wahrnehmung und Erkenntnis der konventionellen Medizin
- 17. Jh.: Francis Bacon (1561-1626): das Experiment als Grundlage der Methode der Naturwissenschaften
- 18. Jh.: David Hume (1711-1776): Unerkennbarkeit von Kausalität, bloße Denkgewohnheit, Induktionsproblem
- 19. Jh.: John Mill (1806-1873): Differenzmethode
- 20. Jh.: Ronald Fisher (1890-1962): Randomisierte Studie

Erkenntnistheoretischer Hintergrund (3)

- Karl Duncker (1903-1940): *Zur Psychologie des produktiven Denkens* (1935)
 - Vorarbeiten von Christian von Ehrenfels, Max Wertheimer, Wolfgang Köhler, Kurt Koffka, Kurt Lewin, Wolfgang Metzger
- Theorie der Gestaltpsychologie
 - Einheitliche Zusammenhänge werden unabhängig von den Teilen erkannt, aus denen sie bestehen
 - Bsp. Melodien, Akkorde, Figuren
 - Wahrnehmung von „Gestalten“ beruht auf konkreten Gestaltgesetzen oder Ganzheitsbedingungen
- Gestaltfaktoren phänomenaler Kausalität
 - Entsprechung von Zeit, Ort oder Form
 - Bsp. Geräusch und Bewegung, Spur, Nässe, Licht

Erkenntnistheoretischer Hintergrund (4)

- Helmut Kiene: *Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung* (2001)
 - Vorarbeiten von Gerhard Kienle (1923-1983)
- Methoden sicherer Kausalerkenntnis
 1. Ideelle Methode: Erfassen der Kausalgestalt
 - Bsp. Reposition, Retention und Ruhigstellung eines Knochenbruchs; Tracheotomie
 2. Abbildende Methode: Abbildende Korrespondenz, Gestaltübereinstimmung von Handlung und Wirkung
 - Bsp. Computermäus; Arzneimitteldosis
 3. Statistische Methode: Abbildung des Unterschieds der Behandlung als Unterschied der Zielparameter
 - Randomisierte Studie

Moderne Medizintheorie (1)

- 19.-20. Jh.: Medizin als „angewandte Naturwissenschaft“
- Neuerdings: Medizin als „praktische Wissenschaft *sui generis*“
 - Wolfgang Wieland (1933-): *Diagnose* (1975)
 - Urban Wiesing (1958-): *Wer heilt, hat Recht?* (2004)
- Grundlage der Medizin
 - Kein abstraktes Erkenntnisinteresse des Arztes
 - Der konkrete Auftrag des Patienten an den Arzt
- Medizin als Handlungswissenschaft
 - Unterschied zu Erkenntniswissenschaften
- Unterschied zwischen Wissen und Handeln

Erkenntnistheoretischer Hintergrund (5)

- Die gestalttheoretische Methode des Kausalerkennens als die Methode der Wahl
 - Zusätzliche Erkenntnis von Wesensbeziehungen und Mustern, Einblicke in Funktions- und Prozessgestalten
- Das Wissenschaftskonzept von Karl Popper (1902-1994)
 - „Objektive Erkenntnis“ als „Erkenntnis ohne erkennendes Subjekt“
 - Beschränkung auf die Falsifikation von Hypothesen
- Evidence-based Medicine: „Integration individueller klinischer Expertise mit der externen Evidenz aus systematischer Forschung“ (David Sackett, 1997)
 - Unterstellungen: Arzt außerstande, selbst wissenschaftliche Evidenz aufzubauen; abhängig von externer Evidenz

Moderne Medizintheorie (2)

- | Wissen | Handeln |
|-------------------------------------|---|
| - muss verifiziert werden | - muss legitimiert werden |
| - kann wahr oder falsch sein | - ist verbindlich zu normieren
(stets für eine Person verbindlich) |
| - ist statistischer Natur | - ist erlaubt, geboten, verboten |
| - ist reversibel | - ist irreversibel |
| - Anforderung auf Exaktheit | - meist nicht exakt zu vollziehen |
| - mit Wahrscheinlichkeit vertretbar | - nicht zu einem Teil vollziehbar |
| - Erkenntniswissenschaft | - Verpflichtung: im einzelnen Fall zu handeln |

Erkenntnistheoretischer Hintergrund (6)

- Das Ziel randomisierter Studien
 - „to guard against any use of judgment“ (Stuart Pocock, 1991)
 - Arzt als Erfüllungsgehilfe der Ergebnisse klinischer Studien
- Kognitions-basierte Medizin
 - Aufbau einer internen wissenschaftlichen Evidenz, beruhend auf der individuellen Urteils- und Erfahrungsfähigkeit des Arztes
 - Erfassung von funktionellen, pathogenetischen und therapeutischen Kausalgestalten
 - Wertschätzung der medizinischen Vergangenheit
- Hahnemanns Homöopathie
 - Wesenserkenntnis am Einzelfall

Moderne Medizintheorie (3)

- Wie kann es in der Medizin wissenschaftlich begründetes Handeln geben?
 - Diese Frage kann nicht Forschungsgegenstand einer reinen Erkenntniswissenschaft sein
- „Wie Wissen in Handeln umzusetzen sei, eben das lehrte die ärztliche Kunst“ (Wieland, 1983)
- Evidence-based Medicine
 - Überspringen der erkenntnistheoretischen Grundlagenreflexion
 - Ersetzung durch Erkenntnistheorie
- Hahnemann: Heilkünstler, in der Tradition Hippokrates
 - Erfüllung seines praktischen Auftrags seinen erkrankten Mitmenschen gegenüber

Prof. Dr. med. Dr. phil. Josef M. Schmidt

Facharzt für Allgemeinmedizin /Homöopathie und Professor für Geschichte der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München



Josef M. Schmidt ist bekannt durch seine Bearbeitungen von Hahnemanns „Organon der Heilkunst“ (Textkritische Ausgabe 1992, Standardausgabe 1996, Neuauflage mit Systematik und Glossar 2003), sein Grundlagenwerk zu Hahnemanns philosophischen Vorstellungen (1990), den Taschenatlas Homöopathie in Wort und Bild (2001) und viele andere Werke.

1980 Promotion in Medizin, 1990 Promotion in Philosophie, 2005 Habilitation und 2013 Bestellung zum außerplanmäßigen Professor für Geschichte der Medizin.

1991-1992 Research Associate an der University of California, San Francisco, 1992-2005 Lehrbeauftragter für Geschichte der Homöopathie an der Universität München, 1993 Professor Alfons Stiegele Forschungspreis für Homöopathie, 1995-2001 Studienkoordinator und Prüfungsamt am Krankenhaus für Naturheilweisen in München.

2007-2011 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte der Medizin, 2005-2013 Privatdozent und seit 2013 Professor für Geschichte der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Kontakt: josef.m.schmidt@lrz.uni-muenchen.de

Evolution und Evaluation der homöopathischen Methode und die Neue Psora-Theorie

Im nachstehenden Beitrag geht es einerseits um grundsätzliche Möglichkeiten der Weiterentwicklung der homöopathischen Methodik durch einen strukturierten Vergleich von Ergebnissen mit der „Standardtherapie“ Hahnemanns. Andererseits werden neue, weitreichende wissenschaftliche Erkenntnisse zur Psoralehre Hahnemanns im Sinne einer Neuen Psora-Theorie vorgestellt, die erhebliche Auswirkungen für die homöopathische Praxis und Ausbildung haben.

Einführung

Samuel Hahnemann hat den Namen seines Heilverfahrens bewusst gewählt und das Verfahren in seinen insgesamt 6 Organon-Auflagen inhaltlich exakt definiert [1, 2, 3]. Dennoch finden heute viele Verfahren Anwendung, die den Namen des ursprünglichen Verfahrens beanspruchen, obwohl sie vom programmatischen (!) Namen und der dort geschilderten Vorgehensweise deutlich abweichen, teilweise unter der Vorgabe, „Weiterentwicklungen“ darzustellen.

Geht man davon aus, dass Hahnemanns in § 1 Organon formuliertes Ziel der Heilung kranker Menschen weiterhin die oberste Richtschnur für ärztlich-homöopathisches Handeln darstellt, so kann eine „Weiterentwicklung“ meines Erachtens nur durch verbesserte Ergebnisse für die Patienten gerechtfertigt sein.

Einen wichtigen Schritt in diese Richtung hat Heiner Frei 1999 mit seiner Evaluation der Rangordnung der Symptome getan [4].

Der Vergleich zweier Ansätze in der Homöopathie setzt logischerweise zunächst einmal voraus, beide Methoden – und ihre Unterschiede – exakt zu definieren, damit ein Vergleich möglichst objektiv möglich ist. Gerade der Wunsch nach einer „Weiterentwicklung“ setzt also ein Verständnis der originalen Methode voraus.

Dabei bildet Hahnemanns Theorie der Miasmen und insbesondere der Psora in Band 1 der Chronischen Krankheiten [5] einen wesentlichen Grundpfeiler der Sicht auf das Verständnis von Krankheiten, auch wenn die Auswirkung auf die Darstellung der Heilkunst im Organon relativ gering war und insbesondere das Ähnlichkeitsgesetz in keiner Weise tangiert wurde [19].

Die Theorie der Psora als einer Krätze-Nachkrankheit war von Anfang an umstritten, wie bereits Haehl in seiner Hahnemann-Biografie ausführte, sogar der getreue G. H. G. Jahr stand ihr ablehnend gegenüber [6]. Klunker bezeichnete sie im Vorwort der Haug-Ausgabe als „notwendig falsche Hypothese“, als leicht falsifizierbar [5].

Um die ja weiter fortbestehende Frage, was Menschen gegenüber Krankheiten anfällig macht, zu beantworten, scheint es also sinnvoll, das zu tun, was Hahnemann vor der Entwicklung der Homöopathie tat: Nochmals grundsätzlich neu über das Thema nachzudenken.

Welche Voraussetzungen müsste eine Grundursache für die Anfälligkeit gegenüber Krankheiten erfüllen?

1. Sie muss die meisten Menschen erreichen können, da sehr viele Menschen in ihrem Leben erkranken.
2. Sie muss die verschiedensten Erkrankungen bedingen können, da ja verschiedenste Erkrankungen entstehen können.
3. Rachitis, Skoliose, Skrophulose, Pellagra müssen erklärbar sein, denn diese wurden in Band 1 der Chronischen Krankheiten von Hahnemann als eindeutig psorisch beschrieben.
4. Es sollten wissenschaftliche Belege für den Einfluss dieser Ursache auf die Gesundheit der Menschen vorliegen.
5. Vermeiden der Ursache sollte 7 Achtel der chronischen Krankheiten verhüten, da Hahnemann diesen Anteil der Erkrankungen der Psora zusprach [5].

Hahnemanns erste Theorie zur Ursache chronischer Krankheiten

Vielen dürfte bekannt sein, dass Hahnemann 1803 einen ersten Versuch zur Erklärung der Ursache vieler Krankheiten unternahm. Damals beschuldigte er den Kaffee, „von Hunderten Millionen Menschen zu ihrem Schaden gemißbraucht“ zu werden.“ [8] Interessanterweise sah er also in einem Ernährungsfaktor eine mögliche Ursache für die Anfälligkeit gegen Krankheiten.

Da er Lebensmitteln keine arzneiliche Kraft zumaß, glaubte er, dass Folgen einer Fehlernährung bei der Wiederaufnahme einer geordneten Kost von selbst vergehen (§§ 19, 20, 256). Da er kein Wissen von den heute bekannten physiologischen Wirkungen der Vitamine haben konnte und nicht primär von einer Physiologie der normalen Körperfunktion, sondern von einer Dynamik der Krankheit ausging, beschuldigte er den Kaffee als denjenigen Bestandteil der Ernährung, der nach seinem Verständnis über seine dynamische Kraft Einfluss auf die Gesundheit der Menschen nehmen konnte. Die Ernährung in Sachsen zur damaligen Zeit bestand in der Tat neben großen Mengen an Brot auch in reichlichem Konsum an Kaffee [9]. Hahnemanns berühmter Zeitgenosse Hufeland beschuldigte seinerseits eine weitgehend auf Mehl und Kartoffeln basierende Kost [10, 11] als Ursache der Skrophulose, welche damals eine regelrechte Volksseuche darstellte. Eine solche Kost führt aus heutiger Sicht leicht zu einem erheblichen Mangel an Vitaminen und Spurenelementen [12].

Hahnemanns Psora und Kollaths Mesotrophie

Die damalige Kost in Sachsen vermag aus der Sicht des bekannten Ernährungsforschers Professor Kollath als Mangelernährung im Sinne der sogenannten Mesotrophie die von Hahnemann als psorisch bezeichneten Krankheitsentitäten der Rachitis (Vitamin D-Mangel), der Skoliose (konnte durch Kollath im Tierversuch unter veränderter Ernährung erzeugt werden), der Skrofulose (unter Bezug auf die Arbeiten Hufelands) und der Pellagra (Niacin-Mangel) zu erklären [14].

In seinem Werk „Zivilisationsbedingte Krankheiten und Todesursachen“ führt Kollath aus: „Bedenken wir diese möglichen Ursachenreihen, dann wird man zu

den eigentlichen Zivilisationskrankheiten nicht jene großen Komplexe rechnen, die ... als zunehmende Todesursachen statistisch behandelt wurden, sondern die in der Jugend stattfindenden, meist unbeachtet vorübergehenden, sich aber immer wiederholenden Störungen“ [13] und bezeichnet die Skrofulose nicht als eine Krankheit, sondern „als eine vorübergehende Entwicklungsstörung, die den Boden für spezifische Erkrankungen vorbereitet“ [11]. Ist dies nicht genau der „miasmatische Grund“ Hahnemanns? Kollath hat nicht nur in Diätversuchen an Ratten viele der von Hahnemann als psorisch beschriebenen Veränderungen mit minderwertiger Kost erzeugen können [7, 14], sondern auch die (schulmedizinische) Unheilbarkeit der Veränderungen sowie ihre Vererbbarkeit beschrieben [14]. Eine Übersicht gibt die nachfolgende Tabelle (aus [7]):

Mesotrophie	Kollath [14]	Psora	Hahnemann [5]
Ursachen		Ursachen	
unterwertiges Dasein	X	Mutter aller Übel	11, 17
Vitamin-/Auxonmangel	1, 7/8	Infektion	48, 49
Zeichen		Zeichen	
Veränderungen Haut (Fell), Haar inkl. Krusten und Schuppen	II 71	Ausschläge und Schuppen	60, 91
Grauerwerden der Haare	133	Haarausfall	69
Katarakt und Sehstörungen	133, 138	Hornhautflecke; Grauer Star, Nachtblindheit	70, 99
Zahnschäden, Gebissverfall	133, II 125	Zahnerkrankungen	73
Dysbakterie, Sprue	7/8, 133	Durchfälle, Verstopfung	99
Organverkalkungen	80-83	nicht bestimmbar	
Nierenerkrankungen, Ödeme	8, 133, II 125	Nierenkrankheiten, Ödem	98
Sterilität	108	Sterilität und Impotenz	82, 99
Zystenbildungen	133	Krankheiten der Ovarien	82
Sarkome	133	Krebs	99
Störungen des Kalkstoffwechsels	132	Zerbrechlichkeit Knochen	88
Rachitis, Skelettstörungen	34, II 32, II 126	Rachitis, Gelenk/Wirbel	98
Verengung des Brustkorbs	31	ebenso	17
Lungenüberblähung	133, II 101	Asthma	20, 84-86
Übererregbarkeit	II 118	Nervenschwäche	96-99
Ataxie und Lähmung	71, II 95	Schwindel und Lähmungen	99
Hypophysenstörungen	44	nicht bestimmbar	
Allgemeines		Allgemeines	
Wirkverlust aller Vitamine	133	nicht bestimmbar	
Infektionsanfälligkeit	119, 140	Infekt bei geringem Anlass	59
Wachstumshemmung der Zelle	39	nicht bestimmbar	
Wirkung über Generationen	133, 262	Übertragung auf das Kind	49
Unheilbarkeit, auch unter Diät!	106, 133	unverteilbar, zunehmend	56
China-Study bis 88% [15]		7 Achtel aller Krankheiten	17
Vorbeugung durch geeignete Diät	133	Kaffee fördert Psora	17

Neue Untersuchungen zur Prävention

Neue Untersuchungen belegen, dass sich die weitaus meisten der chronischen Erkrankungen durch gute Ernährung verhüten lassen könnten [15] und dass der Anteil genetischer Ursachen nach diesen Autoren bei maximal 15% anzusiedeln ist [15, 16, 17]. Da aber dieser vererbte Anteil wiederum auf den Folgen einer Fehlernährung beruhen könnte [14] und Bewegung sowie Psyche weiteren Einfluss auf die Häufigkeit von Erkrankungen haben können [17, 18], dürfte der Prozentsatz vermeidbarer chronischer Erkrankungen durchaus in der Größenordnung der von Hahnemann für die Psora postulierten „7 Achtel“ liegen (Dies entspräche 87,5%. Für die Makula-Degeneration gibt Prof. Campbell in der „China-Study“ [15] einen Wert von 88% an). Für mich waren insbesondere die sehr sorgfältigen wissenschaftlichen Arbeiten von Professor Campbell und Dr. Servan-Schreiber wegweisend hinsichtlich der gewaltigen Dimension dieses Einflusses auf die Gesundheit der Menschen. Sie haben gezeigt, dass die Beschreibung Kollaths zur Mesotrophie nicht nur hinsichtlich der beschriebenen Phänomene, sondern auch in Hinsicht auf die Größenordnung mit den Beobachtungen Hahnemanns übereinstimmen. Einen umfangreicheren Überblick über die Arbeiten zur Prävention mit einer vergleichenden Darstellung der Aussagen Hahnemanns zur Lebensführung findet sich in meiner Publikation zum Thema [7].

Schlussfolgerungen

Wir können also festhalten:

1. Faktoren der Lebensführung (einschließlich einer Fehlernährung im Sinne der Mesotrophie Kollaths) können nicht nur alle Menschen erreichen, sie vermögen auch die scheinbar verschiedensten Krankheiten einschließlich der von Hahnemann in Band 1 der Chronischen Krankheiten als psorisch beschriebenen Entitäten der Rachitis, der Skoliose, der Skrofulose und der Pellagra zu verursachen.
2. Es gibt – vor allem in den Arbeiten Professor Kollaths, aber auch in neueren Publikationen – wissenschaftliche Belege für diese Theorie und die von Hahnemann beschriebene Häufigkeit. Hahnemann hat das Vorliegen einer Schädigung, welche den Menschen für Krankheiten empfänglich macht, phänomenologisch exakt beschrieben. Die heute bekannten physiologischen Mechanismen konnte er – zeitbedingt – nicht kennen. Wäre er wie die chinesische Medizin von einer Physiologie des Gesunden ausgegangen statt von einer Dynamik der Krankheit, so hätte er nach meiner festen Überzeugung der Atmung und der Ernährung eine noch größere Rolle für die Gesunderhaltung zugemessen, als er es ohnehin schon tat [6].
3. Alle eingangs formulierten Bedingungen bezüglich einer Neuen Psora-Theorie sind also erfüllt. Die neue Theorie deckt Hahnemanns Aussagen nicht nur phänomenologisch, sondern auch quantitativ ab. Während die Psora-Theorie Hahnemanns wenig Einfluss auf die praktische Arbeit hatte [19], ergibt sich nunmehr die Notwendigkeit einer fundierten Beratung der Patienten zur Lebensführung [7] und der noch weiteren Einbeziehung der Prävention in die Ausbildung zur Homöopathie/zum Homöopathen.

Literatur

- [1] Hahnemann, S.: Organon der Heilkunst, 6. Auflage, Ausgabe Haug-Verlag, Stuttgart 1991.
- [2] Hahnemann, S.: Organon der Heilkunst, 6. Auflage, textkritische Ausgabe von Josef M. Schmidt, Haug-Verlag, Stuttgart 1999.
- [3] Hahnemann, S.: Organon-Synopse. Bearbeitet und herausgegeben von B. Luft und M. Wischner. Haug-Verlag, Heidelberg 2001.
- [4] Frei, H.: Die Rangordnung der Symptome von Hahnemann, Bönninghausen, Hering und Kent, evaluiert anhand von 175 Kasuistiken. KH 43, 1999, S. 143-155.
- [5] Hahnemann, S.: Die Chronischen Krankheiten, ihre eigenthümliche Natur und homöopathische Heilung. Unveränderter Nachdruck der 2. Auflage, Haug Verlag Heidelberg, 5. Nachdruck 1991.
- [6] Haehl, R.: Samuel Hahnemann. Reprint in 2 Bänden. Wilmar Schwabe, T&W Verlags GmbH, Dreieich 1988.
- [7] Moritz, J.: Gesundheitsförderung. Prävention und Homöopathie, Selbstverlag, Brühl 2013.
- [8] Hahnemann, S.: Gesammelte Kleine Schriften. Hrsg. von J. M. Schmidt und D. Kaiser. Haug Verlag Heidelberg, 2001, S. 351-364.
- [9] Wiegmann, G.: Alltags- und Festspeisen in Mitteleuropa. Waxmann, 2006.
- [10] Hufeland, C. D. W.: Über die Natur, Erkenntnißmittel und Heilart der Skrofelkrankheit. Eine von der Kaiserlichen Akademie der Naturforscher gekrönte Preisschrift. In der Akademischen Buchhandlung, Jena 1795.
- [11] Kollath, W.: Leben, Wachstum und Gesundheit. Haug Verlag Heidelberg, 1971.
- [12] Worlitschek, M.: Praxis des Säure-Basen-Haushaltes. Haug Verlag Stuttgart, 2008.
- [13] Kollath, W.: Zivilisationsbedingte Krankheiten und Todesursachen. Haug Verlag Heidelberg, 2. Auflage, erster Nachdruck 1985.
- [14] Kollath, W.: Der Vollwert der Nahrung. Haug Verlag Heidelberg, 3. Auflage 1988.
- [15] Campbell, T. C. und Campbell, T. M.: Die „China Study“. Verlag für Ganzheitliche Medizin Dr. Erich Wühr GmbH, Bad Kötzing/Bayer. Wald, 2010.
- [16] Beliveau, R. und Gingras, D.: Krebszellen mögen keine Himbeeren. Wilhelm Goldmann Verlag München, 7. Auflage 2010.
- [17] Servan-Schreiber, D.: Das Antikrebs-Buch. Goldmann, 7. Auflage, Taschenbuchausgabe der aktualisierten Neuauflage, Juni 2012.
- [18] Ornish, D.: Revolution in der Herztherapie. Kreuz Verlag Stuttgart, 1993.
- [19] Moritz, J.: Die Integration der Miasmen-Theorie ins Organon; ein Vergleich von Organon III (1824) und Organon IV (1829). Neues Archiv für Homöopathik, Band 1, 2006, S. 53-60.

Dr. med. Jürgen Moritz

- Studium der Medizin in Bonn
- 1982 Approbation
- 1984 Dissertation
- Ausbildung in Innerer Medizin am Lehrkrankenhaus der Universität Marburg in Siegen mit Schwerpunkt Kardiologie bei Prof. Peter Schuster
- Hämatologische Weiterbildung an der Universität Ulm bei Prof. Hermann Heimpel



Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Vita Dr. med. Jürgen Moritz

- 1990 Facharzt Innere Medizin
- 1992 Zusatzbezeichnung Sozialmedizin
- 1993 Zusatzbezeichnung Homöopathie
- 2006 Zusatzbezeichnung Akupunktur
- Ausbildungskurse der Homöopathie bei Dr. Klaus-Henning Gypser und Dr. Gerhard Köhler
- Praktische Ausbildung in der Homöopathie bei Dr. Achim Waldecker in Bad Neuenahr
- 2000 Mitarbeiter der Revision des Therapeutischen Taschenbuches (Hrsg. Dr. Klaus-Henning Gypser)

Publikationen:

- Die Grundlagen der Homöopathie, Verlag Bernhard Möller, Sinzig-Löhndorf 2008, 2. erweiterte Aufl. 2010.
- Patientenratgeber Homöopathie, Verlag Bernhard Möller, Sinzig-Löhndorf 2009.
- Moritz, J.: Gesundheitsförderung. Prävention und Homöopathie, Selbstverlag, Brühl 2013.

Kontakt:

Kölnstraße 51
50321 Brühl
Fon: 02232-48672

Heiner Frei (Laupen bei Bern, CH)

Polaritätsanalyse bei multimorbiden Patienten: eine prospektive Outcome-Studie über 12 Monate

Die Polaritätsanalyse ist eine neue Methode der homöopathischen Mittelbestimmung, mit der eine relative Heilungswahrscheinlichkeit für jedes in Frage kommende Arzneimittel berechnet werden kann. Sie hat in der Evaluation bei ADHS-Patienten und bei akuten und chronischen Erkrankungen zu besseren Resultaten geführt als in Vergleichsstudien ohne Polaritätsanalyse. In der vorliegenden Arbeit ging es darum, sie auch an multimorbiden Patienten, also Patienten mit drei oder mehr Leidensbereichen zu prüfen, und mit einer Gruppe konventionell-homöopathisch behandelter Patienten zu vergleichen. Dazu wurden 50 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 47,4 Jahren und einer mittleren Anzahl von 5,7 Diagnosen während eines Jahres behandelt und deren Besserungsverlauf graphisch aufgezeichnet. Die allopathischen Diagnosen entsprachen in etwa dem Durchschnittsspektrum einer ärztlichen Allgemeinpraxis. **Resultate:** 43 Patienten (86%) erreichten nach zwölf Monaten eine durchschnittliche Gesamtbesserung ihrer Symptome von 91%. Die Besserung nähert sich mit zunehmender Behandlungsdauer asymptotisch der 100%-Grenze an. Sechs Patienten brachen die Studie ab. Mittelwechsel mussten bei durchschnittlich 13% der Kontrolluntersuchungen vorgenommen werden, entweder weil ein Mittel die Besserung nicht mehr voranbrachte, oder weil neue Symptome auftraten. Die konventionell-homöopathisch behandelte Vergleichsgruppe lag nach einem Jahr mit 78% Besserung bei 90% der Patienten deutlich hinter dem Polaritätsanalyse-Kollektiv zurück. Die Arzt- und Medikamentenkosten der Homöopathie beliefen sich auf 41% einer entsprechenden allopathischen Behandlung. **Schlussfolgerung:** Die Polaritätsanalyse bewirkt auch bei multimorbiden Patienten eine deutliche Verbesserung der Resultate. Die Befürchtung, dass sich bei einer großen Anzahl an polaren Symptomen die Polaritätsdifferenz verwischt, konnte widerlegt werden.

1. Einführung

Die Polaritätsanalyse (PA) ist eine genau definierte und geprüfte Vorgehensweise, mit der die Zuverlässigkeit der homöopathischen Mittelbestimmung gesteigert werden kann.¹ Sie basiert auf der Gradierung von Bönninghausens Therapeutischem Taschenbuch² und besteht aus den Elementen *Polaritätsdifferenz* und *Kontraindikationen*. Die PA wurde für die schweizerische ADHS-Doppelblindstudie entwickelt, wo sie die Treffsicherheit der Verschreibungen soweit erhöhte, dass der Nachweis eines signifikanten Unterschiedes zwischen Placebo und hochpotenzierten homöopathischen Arzneimitteln unter rigorosen wissenschaftlichen Bedingungen gelang.³ Die Übertragung der gewonnenen Erkenntnisse auf akute und chronische Erkrankungen ergab in allen Evaluationsstudien eine Verbesserung der Ergebnisse im Vergleich zu einem konventionell-homöopathischen Vorgehen.^{4,5}

2. Grundlagen der Polaritätsanalyse

Das "Eigenthümliche, Charakteristische" der Symptome

Im Organon § 153 schreibt Hahnemann, dass bei der Aufsuchung eines homöopathischen Arzneimittels "... die auffallenden, sonderlichen, ungewöhnlichen und eigenheitlichen (charakteristischen) Zeichen und Symptome" besonders ins Auge zu fassen sind, "... denn vorzüglich diesen müssen sehr ähnliche in der Symptomenreihe der gesuchten Arznei entsprechen, ..." ⁶ Leider finden wir bei ganz vielen unserer Patienten nichts Auffallendes, Sonderliches oder Ungewöhnliches, dem diese Exklusivität zusteht. Wohl deshalb präzisiert Hahnemann im Organon § 133 den Paragraphen 153, indem er feststellt, dass sich das *Eigenthümliche und Charakteristische* eines jeden Symptoms besonders in den *Modalitäten* zeigt.⁶

Das bedeutet in der Konsequenz, dass die homöopathische Mittelwahl in der Regel ganz besonders nach den *Modalitäten* ausgerichtet werden sollte. Diese Erkenntnis machen wir uns in der Polaritätsanalyse zunutze.

Bönninghausens Kontraindikationen

Bönninghausen war bestrebt, die charakteristischen Patientensymptome mit dem *Genius eines homöopathischen Arzneimittels widerspruchsfrei* abzudecken.² Was meint er mit widerspruchsfrei? Der Genius eines Arzneimittels umfasst diejenigen Modalitäten, Empfindungen und Befunde, die sich in der Arzneimittelprüfung in verschiedenen Lokalisationen mehrfach gezeigt haben, und auch klinisch geheilt worden sind. Sie sind das eigentlich Charakteristische des Arzneimittels. In Bönninghausens Therapeutischem Taschenbuch sind sie in hohen Graden (3 bis 5) aufgeführt. Der Widerspruch kann *polare Symptome* betreffen, also solche, die auch ein Gegenteil aufweisen (z. B. Durst/Durstlosigkeit, Kälte verschlimmert/Kälte bessert, Verlangen nach freier Luft/Abneigung gegen freie Luft). Viele Arzneimittel weisen beide Pole dieser Symptome auf, aber in unterschiedlichen Graden.

Da die Patientensymptomatik (besonders die Modalitäten) dem Genius des Arzneimittels entsprechen sollte, strebte Bönninghausen an, diese möglichst in hohen Graden abzudecken (3. bis 5. Grad). War das Patientensymptom im 1. oder 2. Grad, der Gegenpol aber im 3. bis 5. Grad, so betrachtete er dies als Widerspruch zur charakteristischen Patientensymptomatik, und damit als Kontraindikation für das Arzneimittel. Nach seiner Erfahrung erfolgte bei einer solchen Konstellation nur selten eine Heilung. Kontrolliert man nachträglich Fälle, in denen das Arzneimittel die Totalität der Symptome zwar abdeckte, aber trotzdem nicht wirkte, so findet man sehr oft Kontraindikationen als Grund für den Misserfolg.

Die Bestimmung der Kontraindikationen nach Bönninghausen erfolgt heute computergestützt: Bei der Repertorisation werden alle Arzneimittel überprüft, deren Gegenpole in den Graden 3 bis 5 stehen, und verglichen mit dem Grad des Patientensymptoms. Nicht überprüft werden Gegenpole, deren Gradierung außerhalb des Geniusbereiches liegen (Grade 1 und 2), da hier keine Kontraindikation vorliegen kann (kein Widerspruch zum *Genius* des Arzneimittels).

Aus dem Organon § 133 und Bönninghausens Erkenntnis der Kontraindikationen entstand die Idee, die Arzneiwahl generell besonders auf die *polaren Modalitäten und Symptome* auszurichten, da sich diese in der ADHS-Studie auch als die zuverlässigsten Wegweiser zum richtigen Arzneimittel erwiesen hatten. Die Gemütsymptome andererseits zeigten sich in dieser Studie als besonders unzuverlässig und waren eine häufige Quelle von Fehlverordnungen. Durch die hauptsächliche Verwendung der polaren Symptome bei der Repertorisation konnte eine deutliche Steigerung der Trefferquote der Verordnungen erreicht werden. Das liegt daran, dass Modalitäten in der Regel *eindeutig* sind im wahrsten Sinne des Wortes, und deshalb in allen Sprachen und Kulturen gleich empfunden und entsprechend klar formuliert werden. Es ist auch wichtig, dass man nicht aufgrund absonderlicher, eigenartiger Symptome eine allzu enge Mittelauswahl trifft, die die eigentlich charakteristischen Symptome (also die Modalitäten) nicht berücksichtigt. Die Gemütsymptome werden nach Möglichkeit erst im Materia-medica-Vergleich eingebracht, und können in dieser Phase der Mittelfindung *den Ausschlag geben* für ein bestimmtes Arzneimittel (vergleiche Organon § 211).

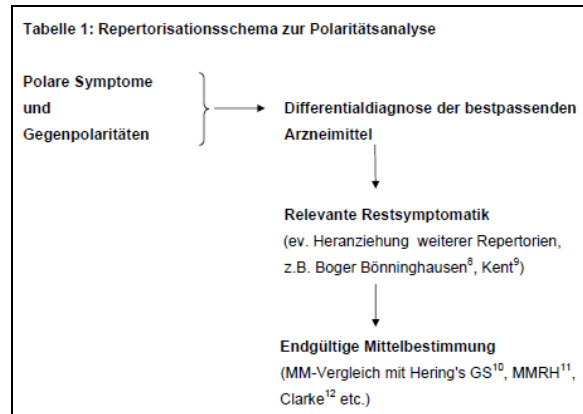
Die Polaritätsdifferenz

In der Polaritätsanalyse werden diese Erkenntnisse durch die Bestimmung der *Polaritätsdifferenz* bei *allen* polaren Symptomen *systematisch* umgesetzt: Zu deren Berechnung addiert man bei jedem in Frage kommenden Mittel die Grade der *polaren* Patientensymptome und subtrahiert davon die Grade der entsprechenden Gegenpolsymptome. *Je höher die daraus resultierende Polaritätsdifferenz, umso eher entspricht das Arzneimittel der charakteristischen Patientensymptomatik, vorausgesetzt, es liegen keine Kontraindikationen vor.*

Für die Repertorisation sollten – wenn möglich – mindestens fünf polare Symptome verwendet werden. Zu deren Erfassung wird die übliche homöopathische Anamnese ergänzt mit Checklisten (für akute Erkrankungen) und Fragebögen (für chronische Erkrankungen), auf denen die Patienten ihre Symptome unterstreichen können. Der Schwerpunkt der Checklisten und Fragebögen ist auf polare Symptome ausgerichtet. Bisher wurden acht Checklisten und zwölf Fragebögen für verschiedene Problembereiche entwickelt, wie Neurologie, Gynäkologie, HNO und Atemwege, Magen-Darm-Trakt etc.⁴

Der Prozess der Arzneimittelbestimmung läuft wie folgt ab: Zunächst wird mit Hilfe von Bönninghausens Therapeutischem Taschenbuch, resp. dessen Software⁷, eine Differentialdiagnose aufgrund der polaren Modalitäten und weiterer polarer Symptome erstellt. Können wichtige Symptome in diesem Schritt nicht

berücksichtigt werden, so kann man sie mit Hilfe anderer Repertorien ergänzen und so die Differentialdiagnose weiter eingrenzen. Im letzten Schritt erfolgt der Materia-medica-Vergleich (Tabelle 1).



Die Polaritätsanalyse ist heute in mehreren gängigen PC-Programmen von Bönninghausens Therapeutischem Taschenbuch integriert.^{7,13,14,15} Der Autor bevorzugt das Programm der Bönninghausen-Arbeitsgemeinschaft⁷, welches im Gegensatz zu den anderen auf der *revidierten* Ausgabe von Bönninghausens Therapeutischem Taschenbuch² basiert, und deshalb sehr gute Resultate liefert. Es ist auch als englische Ausgabe erhältlich. Die Methode wird sofort klar, wenn wir sie an einem Fallbeispiel verdeutlichen.

Fallbeispiel:

Herr B. Z., 50 Jahre, Thyreoiditis de Quervain

Anamnese: Herr Z. kommt wegen eines Leistungsabfalls im Sport in die homöopathische Sprechstunde. Seine jetzige Krankheit begann vor sechs Wochen mit Schmerzen am Hals rechts, welche nach einigen Tagen wieder verschwanden. Seither leidet er unter Herzklopfen und Schweißausbrüchen sowie einem hartnäckigen, trockenen Husten. Die übrige Anamnese ist völlig bland: Herr Z. war bisher immer gesund. **Status:** Reduzierter Allgemeinzustand, BMI 22,3 kg/m² (eher mager), dunkle Augenringe. Blutdruck 130/80, Puls 72/min. Innerer und äußerer Hals unauffällig, früh-mesosystolischer Click bei der Herzauskultation, Lungenbefund o. B., Bauchdecken weich, keine Hepato-Splenomegalie, Strömungsgeräusch im rechten Unterbauch. Periphere Pulse normal, cursorischer Neurostatus unauffällig.

Mit Hilfe der *Checkliste für akute Erkrankungen der Atemwege* erarbeitet er die folgenden *polaren* Symptome:

- Wärme verschlimmert
- Verlangen nach freier Luft
- Hitze mit Neigung zu Entblößung
- Puls schnell
- Druck verschlimmert
- Druckdolenz äußerer Hals rechts

Für eine zuverlässige Polaritätsanalyse sind mindestens fünf polare Symptome notwendig, da die Polaritätsdifferenz sonst nicht solide genug abgestützt ist. Sind genügend polare Symptome vorhanden, so kann die Repertorisation oft nur mit diesen erfolgen (Tabelle 2).

Tabelle 2: Repertorisation B.Z.

	Bry.	Calc.	Carb.-v.	Iod.	Lach.	Lyc.	Puls.	Seneg.	Staph.	Sulph.	Acon.	Ant.-c.	Aur.	Bell.
Anzahl der Treffer	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	5
Summe der Grade	9	11	9	21	11	15	14	13	9	10	11	9	8	9
Polaritätsdifferenzen	-1	1	4	21	4	8	8	11	2	-2	4	2	-3	-5
< Wärme allg. (P) [73]	1	1	1	4	1	2	4	3	1	2	1	2	1	1
Luft, Verlangen nach freier (P) [76]	1	1	1	3	1	3	4	2	1	1	1	3	4	1
Hitze mit Neigung zu Entblößung (P) [37]	1	3	1	3	1	3	2	2	2	2	4		1	
Puls schnell (P) [80]	4	1	2	4	2	1	1	2	1	2	4	1	1	3
< Druck, äußerer (P) [93]	1	3	3	4	3	4	1	1	3	1	1	2		1
Äuß. Hals, re. (P) [66]	1	2	1	3	3	2	2	3	1	2		1	1	3
> Wärme allg. (P) [90]	2	1	2		2	1	1	1	2	3/KI	3/KI	1	3/KI	3/KI
Luft, Abneigung gegen freie (P) [86]	3/KI	4/KI	1		2	3	1	1	2	3/KI			1	3/KI
Hitze mit Abneigung gegen Entblößung (P) [55]	1				2		2		1		1	2	3/KI	2
Puls langsam (P) [43]							1					1		3
> Druck, äußerer (P) [74]	2	1					1			2	1	1	3/KI	2
Äuß. Hals, li. (P) [66]	2	4/KI	2		1	3/KI			2	4/KI	2	2	1	1

Erklärungen zu Tabelle 2

1. Die Arzneimittel sind in diesem Ausdruck *geordnet nach Anzahl der Treffer*. Weitere Medikamente wurden aus Platzgründen nicht dargestellt, weil sie tiefere Trefferzahlen und niedrigere Polaritätsdifferenzen aufweisen.

2. *Signaturen der Symptome*:

< = Verschlimmerung durch ...
> = Besserung durch ...

Polare Symptome sind mit (P) gekennzeichnet.

Zahl hinter dem Symptom in eckiger Klammer (z. B. < Wärme [73]): Entspricht der Anzahl der dem entsprechenden Symptom zugeordneten Arzneimittel. Diese Information ist wichtig, weil sie zeigt, wie stark die Mittelwahl durch Verwendung dieser Rubrik eingrenzt wird.

3. *Patientensymptome*: Diese finden sich unterhalb der blauen und oberhalb der roten Linie.

4. *Gegenpole*: Diese sind kursiv gesetzt und finden sich unterhalb der roten Linie.

5. *Berechnung der Polaritätsdifferenz*: Die Grade der polaren Patientensymptome eines Arzneimittels werden addiert. Davon wird die Summe der Grade der Gegenpole subtrahiert: Das Resultat ist die Polaritätsdifferenz (Beispiele: Iodum 21-0 = 21, oder Lycopodium 15-7 = 8).

6. *Kontraindikationen, KI*: Die *Gegenpole* im Geniusbereich (Grade 3 bis 5) werden mit der Gradierung des Patientensymptoms verglichen. Hat dieses einen tiefen Grad (1 bis 2), der Gegenpol aber einen hohen (3 bis 5), so entspricht der Genius des Arzneimittels *nicht* der charakteristischen Patientensymptomatik; das Arzneimittel ist deshalb kontraindiziert. Beispiel: Bei Bryonia ist das Patientensymptom *Verlangen nach freier Luft* im 1. Grad, der Gegenpol *Abneigung gegen freie Luft* aber im 3. Grad, d. h. Abneigung gegen freie Luft ist ein Genusssymptom von Bryonia.

Bryonia passt deshalb nicht zur Patientensymptomatik und ist kontraindiziert.

7. *Spalten mit Kontraindikationen, KI*, sind grau hinterlegt und lassen so mit einem Blick erkennen, welche Arzneimittel kontraindiziert sind.

Interpretation der Repertorisation

Zehn Arzneimittel decken alle Symptome ab, vier davon haben Kontraindikationen (Bry., Calc., Lyc. und Sulph.: grau hinterlegt) und fallen deshalb weg. Iodum hat eine herausragende Polaritätsdifferenz (PD) von 21, als zweites Mittel käme Senega (PD 11) in Frage. Die anderen vier Arzneien haben aufgrund der deutlich niedrigeren Polaritätsdifferenzen eine viel geringere Heilungswahrscheinlichkeit.

Die Tatsache, dass Iodum derart prominent herausragte, weckte den Verdacht auf eine Pathologie der Schilddrüse. Deshalb wurde das TSH (Thyroid Stimulating Hormone) bestimmt, welches mit 0,01 mU/l (Norm zwischen 0,35-4,50 mU/l) massiv erniedrigt war und auf eine Hyperthyreose hinwies.

Mittelgabe und Verlauf

Der Patient erhielt eine Dosis *Iodum C 200* und wurde dem Endokrinologen zur weiteren Abklärung überwiesen. Nach Iodum kam es zu einer nahezu schlagartigen Besserung des Befindens, der Husten verschwand, und Allgemeinzustand und Leistungsfähigkeit normalisierten sich.

Zehn Tage später fand der Endokrinologe sonographisch ein kleines Adenom von 7 mm Durchmesser im rechten unteren Schilddrüsenpol. Die hyperthyreote Stoffwechsellaage hatte sich bereits wieder normalisiert (TSH jetzt 0,29 mU/l), und das freie Thyroxin (fT4) war mit 8,1 pmol/l leicht erniedrigt (Norm 9,1-23,8). Er stellte die Diagnose einer *Thyreoiditis de Quervain*. Im weiteren Verlauf blieb die leichte Unterfunktion der Schilddrüse bestehen, so dass der Patient seither eine niedrig dosierte Substitutionstherapie mit Thyroxin benötigt.

Anmerkungen

Der Fall ist aus homöopathischer Sicht interessant, weil er zeigt, wie mit der Polaritätsanalyse aufgrund einfacher polarer Symptome die Erkrankung präzise erfasst und sogar das erkrankte Organ identifiziert werden kann, obwohl dieses bei der Repertorisation nicht berücksichtigt wurde. Wäre der Patient nicht erst Wochen nach Beginn der Erkrankung in die homöopathische Sprechstunde gekommen, so wäre die Substitutionstherapie wohl nicht nötig geworden.

Nachdem die Ergebnisse der PA bei *ADHS/ADS-Patienten* sowie bei *akuten und chronischen Erkrankungen* in mehreren Studien bessere Resultate erbracht hatten als ein konventionelles homöopathisches Vorgehen, ging es darum herauszufinden, ob diese auch bei den komplexen, multimorbiden Patienten erfolgreich eingesetzt werden kann. Zu diesem Zweck wurde die vorliegende prospektive KFA-Studie (KFA = Komplexe Fallaufnahme) durchgeführt.

3. Evaluation der Polaritätsanalyse bei Multimorbiden Patienten

Methode

Im Unterschied zu den Evaluationen bei akuten und einfachen chronischen Krankheiten bestehen bei multimorbiden Patienten, also Patienten mit drei oder mehr Leidensbereichen, praktisch immer sehr viele Symptome, auch sehr viele polare Symptome. Diese einem einzigen Mittel korrekt zuzuordnen ist eine besondere Herausforderung. Ist das überhaupt möglich oder nivelliert sich die Polaritätsdifferenz bei sehr vielen Symptomen und wird dadurch unbrauchbar? Und wie steht es mit dem Anspruch auf eine mathematische Heilungsgewissheit, den Samuel Hahnemann an seine Methode stellte: Ist sie Fiktion oder Realität?^{16,17}

Zusätzlich sollte geklärt werden, ob Homöopathie einen substanziellen Anteil der medizinischen Grundversorgung befriedigend abdecken kann, und zu welchen Kosten. Kann die unbefriedigende schulmedizinische Polypragmasie bei multimorbiden Patienten durch ein einziges oder eine Sequenz von mehreren hochpotenzierten homöopathischen Mitteln ersetzt werden?

Studienziele

Die Studie sollte die folgenden Fragen beantworten:

- Welche Diagnosen kommen bei multimorbiden Patienten häufig vor?
- Wie hoch ist der Anteil der erfolgreich behandelten Patienten?
- Wie groß sind die Besserungsraten pro Monat?
- Wie oft müssen Arzneimittel gewechselt werden?
- Welche Behandlungen verlaufen erfolglos, und warum?
- Welches ist das Spektrum der eingesetzten Arzneimittel?
- Wie hoch ist der Zeitbedarf des Arztes?
- Wie fällt ein Kostenvergleich Homöopathie/Schulmedizin aus?

Studiendesign

Die homöopathische Fallaufnahme erfolgt wie bei allen chronischen Erkrankungen in zwei Phasen:

In einer *vorbereitenden Konsultation* werden eine orientierende Anamnese und die körperliche Untersuchung mit dem Ziel einer ganzheitlichen Erfassung aller Leiden durchgeführt. Konventionell-medizinische Diagnosen müssen vor Behandlungsbeginn klar sein. Nachdem die Indikation zur homöopathischen Behandlung gestellt ist, werden den Patienten die für ihre Leiden in Frage kommenden Fragebögen erklärt, mit der Aufforderung, ihre Symptome bis zur Fallaufnahme sorgfältig zusammenzustellen.

Bei der nach ca. zwei Wochen erfolgenden *Fallaufnahme* werden die mitgebrachten Fragebögen gesichtet, die unterstrichenen Symptome besprochen, allenfalls ergänzt, und ein *Anamneseprotokoll* erstellt. Darin werden zu jedem Leiden dessen Diagnose, erstes Auftreten (Jahr), die Häufigkeit der Beschwerden sowie Empfindungen und Modalitäten festgehalten. Die Patienten müssen auch für jedes Leiden eine durchschnittliche Beschwerdeintensität auf einer Skala 1 bis 10 angeben (1 = geringe, 10 = maximale Beschwerden). Die *Repertorisation* erfolgt mit Hilfe des Anamneseprotokolls, wobei vor allem die polaren Symptome berücksichtigt werden. Für die definitive *Mittelbestimmung* ausschlaggebend sind die Höhe der Polaritätsdifferenz und das Fehlen von Kontraindikationen. Der Mittelentscheid wird wie gewohnt mit Hilfe eines *Materia-medica-Vergleichs* überprüft.

Tabelle 3: Grundprinzipien der Repertorisation bei multimorbiden Patienten

- Erste Repertorisation nur mit polaren Symptomen
- Sich widersprechende Symptome weglassen
- Ausschluss von Kontraindikationen
- Arzneimittel mit hohen Polaritätsdifferenzen besonders ins Auge fassen, und bestehende Unklarheiten mit dem Patienten zusammen klären.

Tabelle 4: Kriterien zur Arzneimittelwahl bei multimorbiden Patienten

- Welches Mittel weist die höchste Polaritätsdifferenz auf und hat keine Kontraindikationen?
- Sind allenfalls nicht abgedeckte Symptome wirklich relevant?
- Werden alle wichtigen Leidensbereiche berücksichtigt?
- Fehlende Symptome mit Hilfe eines *Materia medica-Vergleichs* ergänzen.

Tabelle 5: Mitteltgabe

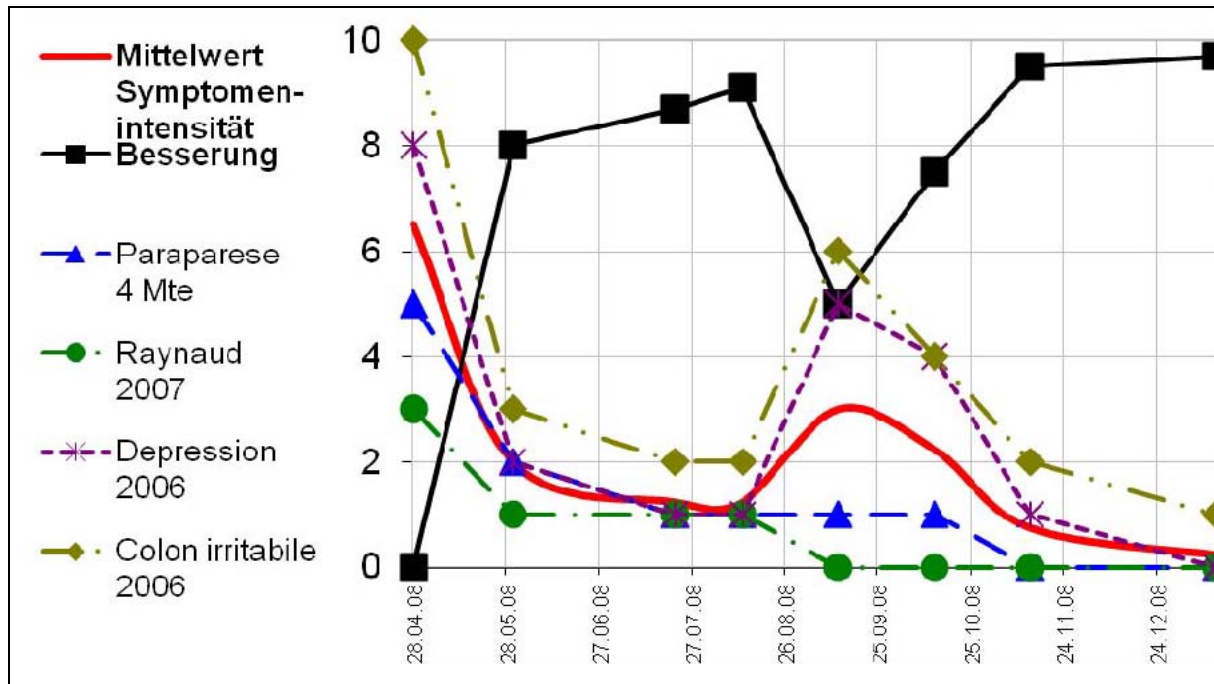
1. Mitteltgabe: Einzeldosen in der Potenz C 200, selten Q-Potenzen.
Folgemittel: M, XM, LM, CM oder Q-Potenzen in Dreierschritten.

Bei den monatlichen *Verlaufskontrollen* wird die Intensität jedes Symptoms erneut abgefragt, und die Patienten geben ein Gesamtrating der bestehenden Besserung an, wiederum auf einer Skala von 0 bis 10 (0 = keine Besserung, 10 = vollständige Heilung). Die *Excel-Datei Anamneseprotokoll* erstellt damit automatisch eine *Verlaufsgraphik* (Beispiel siehe Abbildung 1). Die weiteren Mitteltgaben erfolgen in aufsteigender Potenzhöhe in monatlichen Abständen. Treten während der Behandlung neue Symptome auf, so werden diese zusammen mit der Restsymptomatik neu repertorisiert. Ein Arzneimittel wurde als *erfolgreiche Verordnung* betrachtet, wenn die damit bewirkte Besserung im "Rahmen der Erwartungen" lag. Dieser ist definiert durch die durchschnittliche Besserung, die das Kollektiv in einem bestimmten Behandlungsmonat erreicht.

Nach der ersten Mittelgabe ist das eine mittlere Besserung der Symptomatik von ca. 45%, nach der zweiten eine *zusätzliche* Besserung von 15-20%, nach der dritten nochmals eine zusätzliche

Besserung von 10% usw. Als *erfolgreich* wurde eine *Behandlung* betrachtet, wenn die Gesamtbesserung aller Symptome nach 12 Monaten 80% oder mehr erreichte.

Abbildung 1: Beispiel einer Verlaufsgraphik (Patientin W. A.)



Ein- und Ausschlusskriterien

Die in die Studie aufgenommen Patienten mussten die folgenden *Einschlusskriterien* erfüllen:

- Mindestalter 20 Jahre
- drei oder mehr Diagnosen/Symptomenkomplexe
- potentielle Heilbarkeit der Symptomatik
- Bereitschaft zur Reduzierung oder Beendigung einer konventionellen medikamentösen Behandlung (Ausnahme: Hypertonie-Behandlungen)
- Einverständnis zu monatlichen Kontrollen während eines Jahres

Nicht aufgenommen wurden Patienten, wenn sie eines der nachstehenden *Ausschlusskriterien* aufwiesen:

- lebensbedrohende Krankheiten, koronare Herzkrankheit, maligne Tumoren
- substitutionsbedürftige Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus, Hypothyreose)
- Antikoagulantien-Behandlung
- irreversible Organschäden

Sample Size

Die Größe des Studienkollektivs wurde auf 50 Patienten festgelegt, die Dauer der Behandlung auf 12 Monate.

Bestimmung des Zeitbedarfs, Kostenschätzung

Der Zeitbedarf für die homöopathische Behandlung konnte direkt aus den Krankengeschichten ermittelt werden, da er die Grundlage für die Abrechnung der Leistungen bildet. Der Zeitbedarf für eine schulmedizinische Behandlung komplexer Erkrankungen wurde

auf eine Stunde Abklärungsbedarf und acht Mal zwanzig Minuten für Verlaufskontrollen geschätzt. Die Kosten für den homöopathischen wie auch den konventionell-medizinischen Zeitaufwand konnten aufgrund des *Tarmed*, des Schweizerischen Tarifs für medizinische Leistungen¹⁸, berechnet werden. Zugrundegelegt wurde ein mittlerer Taxpunktwert von 0,86 CHF (Schweizer Franken). Die Medikamentenkosten für eine homöopathische Behandlung über zwölf Monate setzen sich zusammen aus je drei Einzeldosen der Potenzhöhe C 200 und M sowie je zwei Einzeldosen der Potenzhöhe XM, LM und CM. Deren Preise sind in der *Schweizerischen Spezialitätenliste*¹⁹ aufgeführt.

Zur Berechnung der potentiellen Kosten einer konventionellen medikamentösen Behandlung wurden die Leidensbereiche jedes Patienten einer schulmedizinischen Diagnose zugeordnet, und die aktuellen Therapieempfehlungen für die einzelnen Diagnosen dem Standardwerk *Current Medical Diagnosis and Treatment*²⁰ entnommen. Die Wahl der entsprechenden Medikamente erfolgte im *Arzneimittelkompendium der Schweiz*²¹. Bei Dauerbehandlungen ließen sich die Kosten für jedes Medikament aufgrund einer mittleren täglichen Dosierung berechnen. Bei periodisch auftretenden Leiden, z. B. einer rezidivierenden Sinusitis maxillaris, konnten die Gesamtkosten pro Jahr aufgrund der Erkrankungshäufigkeit und der Dauer der einzelnen Krankheitsperioden ermittelt und auf durchschnittliche Kosten pro Tag und Jahr umgerechnet werden (Beispiel siehe Tabelle 6). Von der Berechnung ausgeklammert wurden Laboruntersuchungen und bildgebende Verfahren, welche auf konventionell-medizinischer Seite nochmals einen beträchtlichen Betrag ausmachen dürften.

Ebenfalls ausgeklammert wurden physiotherapeutische Leistungen, welche wohl in beiden Therapiegruppen zu gleichen Teilen anfallen.

Tabelle 6: KFA-Studie, Beispiel einer Kostenschätzung für konventionell-medikamentöse Behandlungen

Diagnose	Medikament	Dosierung	Kosten/Tag
Paraparese	(Physiotherapie)		
Depression	Deanxit	2x1/Tag	0.61 Euro
Colon irr.	Duspatalin	2x1/Tag	1.36 Euro
M. Raynaud	Adalat retard	2x1/Tag	0.83 Euro
Total			2.80 Euro*

*) Die Berechnung erfolgte aufgrund der im Arzneimittelkompendium der Schweiz 2010 angegebenen Preise, mit einem Umrechnungskurs von 1.0 Euro = 1.20 CHF.

Resultate

Biometrische Daten der Studienteilnehmer/innen

An der Studie nahmen 39 Frauen (78%) und 11 Männer (22%) teil. Das mittlere Alter der Patienten war 47,4 Jahre, mit einer Streuung von 24 bis 73 Jahren, die durchschnittliche Anzahl an Diagnosen pro Patient betrug 5,7 (Streuung 3-12), siehe Tabelle 7.

Tabelle 7: KFA-Studie, Biometrische Daten der Studienteilnehmer (n=50)

• Frauen	39	(78%)
• Männer	11	(22%)
• Durchschnittsalter	47.4 Jahre	(24-73)
• Anzahl Diagnosen/Patient	5.7	(3-12)

Diagnosen

In Tabelle 8 sind die häufigsten Diagnosen der KFA-Studie aufgeführt. Den Ausschlusskriterien entsprechend fehlen Hypertonie und koronare Herzkrankheit, Krankheiten, die eine Substitutionstherapie erfordern sowie maligne Erkrankungen.

Tabelle 8: KFA-Studie, häufigste Diagnosen

- Asthma, Heuschnupfen, Ekzem
- Weichteilrheumatismus, chronische Arthritis
- Dysmenorrhoe, klimakterische Beschwerden
- Rezidivierende Atemwegsinfekte
- Herzrhythmusstörungen
- Sodbrennen, Colon irritabile
- Kopfschmerzen, Migräne
- Depressionen, Angststörungen, Erschöpfung
- Ein- und Durchschlafstörungen
- Rezidivierende Zystitiden

Anteil an homöopathisch erfolgreich behandelten Patienten

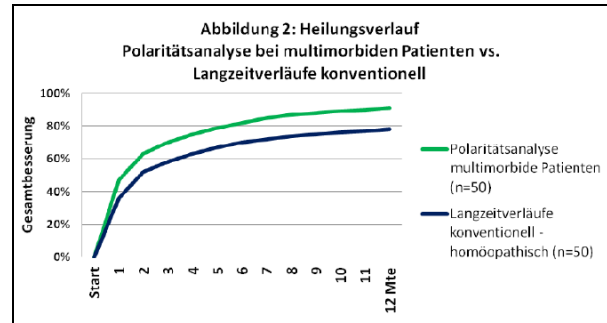
43 von 50 Patienten (86%) erreichten nach zwölf Monaten eine durchschnittliche Besserung von 91%. Sechs Patienten brachen die Studie ab. Eine Patientin mit chronischer Schlaf- und Angststörung und Polyarthrit erreichte nach zwölf Monaten lediglich eine Besserung von 55% (siehe unten).

Heilungsverlauf: Besserungsraten pro Monat

Typisch für eine homöopathische Behandlung sind die anfänglich großen Fortschritte (47% Besserung nach einem Monat, 63% nach zwei Monaten) und die im

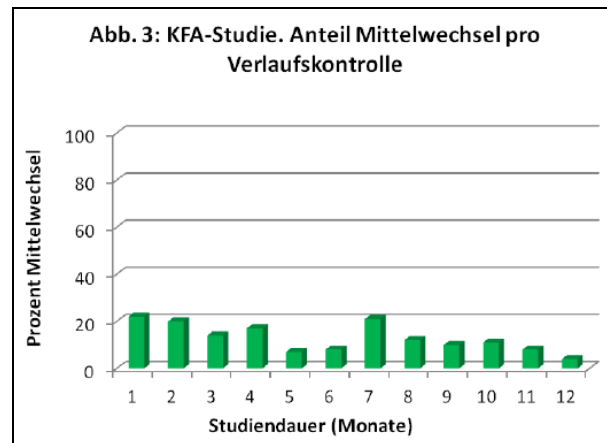
weiteren Verlauf immer kleiner werdenden Besserungsschritte, mit einer asymptotischen Annäherung an eine vollständige Heilung aller Beschwerden (Abbildung 2, *grüne Linie*).

Als Vergleich dienen die Resultate einer früheren Langzeitstudie mit jüngeren Patienten (Durchschnittsalter 11,8 Jahre) mit einfachen chronischen Erkrankungen, die nach der Bönninghausen-Methode, aber ohne Polaritätsanalyse und Fragebögen behandelt wurden (*blaue Linie*).²²



Anteil an Mittelwechseln

Der prozentuale Anteil an Mittelwechseln pro Verlaufskontrolle ist in Abbildung 3 zusammengefasst. Der Mittelwert über zwölf Monate beträgt 13%.



Arzneimittelliste

Die verwendeten Arzneimittel und die Häufigkeit ihrer Anwendung sind in der Tabelle 9 aufgeführt. Auffallend ist, dass nicht selten auch kleinere Mittel erfolgreich eingesetzt werden konnten.

Tabelle 9: KFA-Studie, Arzneimittelliste

Acon	2x	Con	1x	Nux-v	14x
Alum	3x	Croc	1x	Phos	3x
Am-m	1x	Graph	5x	Puls	3x
Arn	2x	Hell	1x	Rhod	1x
Ars-a	5x	Hep	6x	Rhus-t	6x
Asar	1x	Ign	2x	Ruta	1x
Aur	2x	Kali-c	1x	Sabin	1x
Bar-c	1x	Laur	2x	Sep	6x
Bell	2x	Lyc	7x	Seneg	1x
Bry	1x	Mag-m	1x	Sil	8x
Calc-c	3x	Merc-s	1x	Staph	1x
Camph	2x	Nat-m	7x	Sulph	5x
Caust	2x	Nit-ac	2x	Verat-a	1x

Erfolglose Behandlungen

Bei fünf Patienten wurde die Behandlung wegen ungenügenden Ansprechens oder ungenügenden Fortschreitens der Besserung abgebrochen. Ein sechster brach die Behandlung von sich aus bei einer Besserung von 75% ab, weil ihm die monatlichen Kontrollen zu viel wurden. Die Diagnosen der Dropout-Patienten und deren Gründe für das Ausscheiden sind in Tabelle 10 aufgeführt.

Die Dropout-Patienten unterscheiden sich nicht ersichtlich von den erfolgreich Behandelten, mit Ausnahme desjenigen, der alle Fragebögen leer zur Fallaufnahme mitbrachte.

Tabelle 10: KFA-Studie, Dropout-Patienten	
Diagnosen	Dropout-Grund
1. Depression, Dysmenorrhoe, Migräne	Ungenügendes Ansprechen
2. Depression, Schwindel, Polyarthrit	Keine Vorbereitung der Fallaufnahme
3. Morbus Bechterew, Migräne, Dysmenorrhoe	Ungenügendes Ansprechen, Schwangerschaft
4. Polyposis nasi, Asthma, Kopfschmerzen	Ungenügendes Ansprechen
5. Rheum. Arthritis, Depression, Dysmenorrhoe	Ungenügende Symptomenbeobachtung
6. Lumbalgie, chron. Rhinitis, Migräne	Mangelnde Compliance

Zeitbedarf des Arztes und Medikamentenkosten

Der mittlere Zeitaufwand für die erste homöopathische Konsultation beträgt 20 Minuten, derjenige für die große Fallaufnahme 67 Minuten. In zwölf Behandlungsmonaten lag der ärztliche Zeitaufwand bei durchschnittlich 260 Minuten (230 bis 285 Minuten). Er unterscheidet sich damit nur wenig vom geschätzten Zeitaufwand für eine schulmedizinische Behandlung (220 Minuten).

Die Medikamentenkosten betragen für eine Behandlung mit monatlich verabreichten Einzeldosen in aufsteigender Potenzhöhe (C 200, M, XM, LM, CM in zweieinhalb Durchgängen) 105 Euro pro Jahr. Die geschätzten Kosten für eine schulmedizinische medikamentöse Behandlung der gleichen Leiden betragen im gleichen Zeitraum 1121 Euro (Tabelle 11).

Tabelle 11: KFA-Studie, Kostenvergleich Homöopathie - Schulmedizin	
Homöopathie*	
• Durchschnittlicher Zeitaufwand Arzt/Jahr: ca. 260 Min	533 Euro
• Medikamentenkosten/Jahr (1 Dosis/Mt)	105 Euro
• Kosten Total Homöopathie	638 Euro (41%)
Schulmedizin*	
• Geschätzter Zeitaufwand Arzt/Jahr ca. 220 Min	451 Euro
• Medikamente	1121 Euro
• Kosten Total Schulmedizin	1572 Euro (100%)
* Laborkosten, bildgebende Verfahren und Physiotherapie nicht berücksichtigt	

4. Diskussion

Die Evaluation der Polaritätsanalyse bei multimorbiden Patienten war ein letzter Prüfstein bei der Einführung der neuen Methode in die Homöopathie. Erprobt wurde sie an einem Patientenkollektiv mit einer repräsentativen Auswahl der in der allgemeinmedizinischen Praxis häufig gesehenen Krankheiten. Viele Patienten, die an der vorliegenden Studie teilgenommen haben, sind zuvor jahrelang schulmedizinisch behandelt worden, ohne dass eine Heilung erzielt wurde. Die Polaritätsanalyse erlaubt dem homöopathischen Arzt präzise, reproduzierbare Mittelbestimmungen und ergibt erfreuliche Resultate, die zeigen, dass sie sich auch für Mehrfacherkrankungen eignet. Unsere Befürchtung, dass eine Vielzahl an polaren Symptomen zu einer Nivellierung der Polaritätsdifferenz führt, hat sich nicht bestätigt.

Im Gegensatz zu Bönninghausens Kontraindikationen, bei denen nur Symptome mit hochgradigen Gegenpolen betrachtet werden, berücksichtigt die *Polaritätsdifferenz* alle polaren Symptome. Sie ermittelt damit möglichst genau, welche Arznei der Patientensymptomatik am ähnlichsten ist. Dabei gleicht sie Unterschiede in der Gradierung von Arzneimitteln mit vielen und solchen mit wenigen Symptomen aus. Die großen Arzneimittel (Polychreste) sind besser bekannt und haben deshalb in der Regel höhere Gradierungen als die kleineren. Da bei der Berechnung der Polaritätsdifferenz der Gradunterschied zwischen Patientensymptom und Gegenpol ausschlaggebend ist, gleicht sich diese Verzerrung weitgehend aus. Das hat zur Folge, dass oft auch kleinere, überraschende Arzneimittel als beste Wahl resultieren und schöne Heilungen erzielen. Die Beschränkung der Mittelwahl auf die 133 Arzneimittel von Bönninghausens Therapeutischem Taschenbuch ist offenbar kein Nachteil. Möglicherweise wird sie durch die sequentielle Behandlung, welche immer der aktuellen Symptomatik angepasst wird, vollständig kompensiert.

Werden die Kosten der homöopathischen Behandlung hochgerechnet, so betragen sie lediglich 41% einer schulmedizinischen Behandlung. Dieser Wert deckt sich mit dem Ergebnis des Schweizerischen Programmes zur Evaluation der Komplementärmedizin (PEK-Studie). Die Homöopathie erweist sich damit als wirtschaftlich, zweckmäßig und wirksam – Kriterien, die ihr von den Gegnern immer wieder abgesprochen werden.

5. Schlussfolgerungen

Die vorliegenden Resultate erinnern an Hahnemanns Aussage, die Homöopathie wirke „... so zu sagen, nach mathematischer Gewissheit“^{16,17}. Voraussetzung dafür ist die konsequente Anwendung der Polaritätsanalyse. Pendelt der behandelnde Arzt zwischen verschiedenen Methoden hin und her, so wird es ihm schwerer fallen, diese Ergebnisse zu reproduzieren.

Literaturverzeichnis

1. Frei H, Polarity analysis, a new approach to increase the precision of homeopathic prescriptions. Homeopathy (2009) 98, 49-55.
2. Bönninghausen Cv, Bönninghausens Therapeutisches Taschenbuch, Revidierte Ausgabe 2000. Hrsg. KH Gypser, Stuttgart, Sonntag-Verlag, 2000, S. XXXIII.
3. Frei H, Everts R, von Ammon K, Kaufmann F, Walther D, Hsu-Schmitz SF, Collenberg M, Fuhrer K, Hassink R, Steinlin M, Thurneysen A: Homeopathic treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder: a randomised, double blind, placebo controlled crossover-trial. Eur J Pediatr (2005) 164: 758-767.
4. Frei H, Homöopathische Behandlung bei akuten und chronischen Krankheiten. Effiziente Mittelfindung mit der Polaritätsanalyse. 2. Auflage, Stuttgart, Haug-Verlag, 2011.
5. Frei H, Die homöopathischen Behandlung multimorbider Patienten. Haug-Verlag, Stuttgart, 2011.
6. Hahnemann S, Organon der Heilkunst, 6. Auflage, Neuausgabe 1999, Stuttgart, Haug-Verlag, 2002.
7. Bönninghausen Arbeitsgemeinschaft, PC-Programm zu Bönninghausens Therapeutischem Taschenbuch, Hrsg. Bönninghausen Arbeitsgemeinschaft Ahrweiler, 2007 (Bestelladresse: www.boenninghausen.de).
8. Boger CM, Boenninghausen's Characteritics and Repertory, Nachdruck, Jain-Publishers, New Delhi, 1984.
9. Kent JT, Kent's Repertorium Generale, Editor J. Künzli, Barthel and Barthel Publishing York, 1990.
10. Hering C, Herings Leitsymptome der homöopathischen Materia Medica, CD-ROM, Hrsg. Tauscher M, Till D, Runkel, Till-Verlag, 2006.
11. Gypser KH, Materia Medica Revisa Homoeopathiae, Wunnibald Gypser Verlag, Glees, ab 2007.
12. Clarke JH, Dictionary of Practical Materia Medica, Deutsche Ausgabe von T v Grudzinski und P Vint, Stefanovic-Verlag, Bielefeld, 1990.
13. Schroyens F, Boesy B, Coquillart G, et al, Boenninghausenmodule, radar-program, Assesse: Archibel, 2006.
14. Stegemann T, Raess S, jRep, Rottenburg am Neckar, 2006.
15. Steiner U, Amokoor 2008 Homöopathie Software, Immensee, 2007.
16. Hahnemann S, Die chronischen Krankheiten, Band 1, 1835. Nachdruck Haug Verlag, Heidelberg, 1979, S. 47.
17. Hahnemann S, Reine Arzneimittellehre, Band 1, 1830, Nachdruck, Haug-Verlag Heidelberg, 1979, S. 7.
18. Tarmed Version 1.1r, Zentralstelle für Medizinaltarife, 2002, ISBN 3 9522467 00.
19. Spezialitätenliste, Liste der pharmazeutischen Spezialitäten und konfektionierten Arzneimittel, die Pflichtleistungen der Krankenversicherer sind. Bundesamt für Gesundheit, 2007. www.bbl.admin.ch/bundespublikationen
20. McPhee SJ, Papadakis MA, Gonzales R (Hrsg), Current medical diagnosis and treatment. New York, Lange, 2009.
21. Lagler M, Elène Ch, Erdogan S, Schwander P, Arzneimittelkompendium der Schweiz, Basel, Documed, 2009.
22. Frei H, Langzeitverlauf chronischer Erkrankungen unter homöopathischer Behandlung. Eine prospektive Outcomestudie über zwei Jahre. ZKH 2001; 5, 64-71.

Dr. med. Heiner Frei

Facharzt für Kinder und Jugendliche in Laupen bei Bern

- Staatsexamen in Humanmedizin 1977, danach Spezialisierung in Pädiatrie an den Kinderkliniken von Bern und Luzern
- 1984-1987 Oberarzt für pädiatrische Hämatologie/Onkologie an der Universitäts-Kinderklinik Bern
- Ausbildung in klassischer Homöopathie durch Dr. Martin Furlenmeier und Dr. Klaus-Henning Gypser
- Homöopathische Lehrtätigkeit seit 1994
- 2001-2005 Präsident der Schweizerischen Ärztesellschaft für Homöopathie
- 2009 Preisträger der Max-Tiedemann-Stiftung



Forschung:

- seit 1996 Durchführung klinisch-homöopathischer Studien, Publikationen u. a. über Akute Tonsillitis, Otitis media, ADS/ADHS und homöopathische Methodik
- 2005 Nachweis einer spezifischen Wirkung hochpotenzierter homöopathischer Medikamente bei Kindern mit ADS/ADHS
- 2001 Entwicklung der Polaritätsanalyse

Bücher:

- Die homöopathische Behandlung von Kindern mit ADS/ADHS, Haug Verlag, 3. Auflage 2009.
- Homöopathische Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen: Effiziente Mittelfindung mit der Polaritätsanalyse, Haug-Verlag, 2. Auflage 2011.
- Die homöopathische Behandlung multimorbider Patienten, Haug-Verlag 2011.

Kontakt:

Dr. med. Heiner Frei
Spezialarzt FMF für Kinder und Jugendliche
Kreuzplatz 6
3177 Laupen
Schweiz

Website: www.heinerfrei.ch

Stellenwert der Homöopathie in der Prophylaxe rezidivierender Harnwegsinfekte bei Querschnittgelähmten

Die Inzidenz von symptomatischen Harnwegsinfektionen (HWI) bei querschnittgelähmten Patienten ist hoch. Eine effektive Prophylaxe ist oft nicht möglich. In einer retrospektiven Fallserie konnte durch eine additive konstitutionelle homöopathische Therapie mit Einzelmitteln bei 7 Patienten mit mehr als 3 symptomatischen HWI pro Jahr die Infektrate drastisch reduziert werden. Bei einem Follow-up von 14 Monaten sank die HWI-Rate von im Mittel 7,2 HWI/Jahr auf 1,3 HWI/Jahr. Fünf Patienten waren infektfrei, bei 2 Patienten war die HWI-Frequenz rückläufig. Basierend auf unseren ersten Erfahrungen haben wir eine prospektive, randomisierte, kontrollierte Studie initiiert, deren Ergebnisse noch ausstehen.

Neurogene Blasenfunktionsstörung bei Querschnittlähmung

Der untere Harntrakt erfüllt zwei funktionell gegensätzliche Funktionen: die Harnspeicherung unter Wahrung der Kontinenz sowie die vollständige Harnentleerung zu einem willkürlich gewählten Zeitpunkt. Das physiologische Volumen der Blase beträgt 400 - 600 ml, während der Harnspeicherphase dehnt sich der Detrusor elastisch, so dass der intravesikale Druck 10 cm H₂O nicht übersteigt. Der Verschluss-tonus des Sphinkters gewährleistet Kontinenz. Ab ca. 2/3 der Blasenfüllung beginnen wir, die Füllung wahrzunehmen. Die Blasenentleerung erfolgt durch eine willkürlich steuerbare synerge Sphinkterrelaxation und Detrusorkontraktion. Die Koordination von Detrusoraktivität und Sphinkterrelaxation ermöglicht eine restharnfreie Entleerung.

Um dieses Zusammenspiel gewährleisten zu können, unterliegt der Harntrakt einer komplexen Kontrolle durch das zentrale und periphere Nervensystem. Bei zunehmender Blasenfüllung werden Mechanosensoren aktiviert, welche die afferenten peripheren Nerven (N. pelvici, N. pudendi, Sakralwurzeln) aktivieren. Die afferenten Impulse werden durch das Rückenmark in das pontine Miktionszentrum und in das Gehirn geleitet, wo sie registriert und moduliert werden. Das efferente Nervensystem steuert über Bahnen im Rückenmark die Motorik des unteren Harntrakts.

Jede Rückenmarkverletzung führt somit zu einem partiellen oder vollständigen Verlust der zentralen Kontrolle über den unteren Harntrakt und somit zu einer neurogenen Blasenfunktionsstörung.

Bei einer Querschnittlähmung entwickelt sich durch den Verlust der zentralen Steuerung bei einer suprasakralen Läsion die Kombination einer Detrusorüberaktivität und einem spastischen Sphinkter. Diese unkoordinierte Aktivität von Detrusor und Sphinkter (Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie) führt zu einer dauerhaften Druckerhöhung in der Blase. Mittelfristig führen diese erhöhten Speicherdrucke zum vesikorenalen Reflux oder zu einer Harnabflussstörung des oberen Harntrakts, was unbehandelt zu einer progredienten Nierenfunktionsstörung führt. Somit waren noch in den 1980er Jahren urologische Komplikationen die häufigste Todesursache bei Querschnittgelähmten (Mortalität: 50% in 9 Jahren). Neben lebensbedrohlichen Komplikationen können auch Symptome wie Inkontinenz oder chronische Harnwegsinfekte (HWI) entstehen, welche die Lebensqualität der Betroffenen massiv einschränken.

Therapie

Das Behandlungsprinzip beruht auf einer Dämpfung der Detrusorüberaktivität. Durch eine vollständige Ruhigstellung der Blase sind die intravesikalen Drücke ausreichend niedrig, um einen Schutz der Nierenfunktion zu gewährleisten, zudem werden die Betroffenen unter Therapie ganz überwiegend kontinent, jedoch ist keine willkürliche Entleerung mehr möglich; die Patienten müssen lernen, sich selber zu katheterisieren (intermittierender Selbstkatheterismus – ISK).

Zur Dämpfung der Detrusorüberaktivität stehen heute medikamentöse Maßnahmen (Antimuskarinika), die Injektion von Botulinumtoxin A in den Detrusor oder operative Maßnahmen, wie die Ileum-Augmentation der Harnblase, zur Verfügung [1].

Da die Versorgung mit einem Dauerkatheter mittelfristig gravierende Komplikationen, wie Infektionen, Nierenschädigungen, lokale Defekte, Schmerzen und Blasentumorentwicklung, verursachen kann, stellt der ISK heute die Methode der Wahl dar. Zwar können die beim Dauerkatheter genannten Komplikationen bei dieser Technik vermieden werden, jedoch besteht das Risiko eines Keimeinbringens beim Kathetern. Diese Bakterien können häufig aus der Harnröhre oder aus der Enddarmregion stammen.

Daher sind HWI bei Patienten mit neurogener Blasenfunktionsstörung häufig. Sie haben bei dieser Patientengruppe eine signifikante Mortalität und Morbidität, zudem sind die Symptome (z. B. Fieber, Inkontinenz) sehr belastend. Da eine ursächliche Therapie der Blasenfunktionsstörung nicht möglich ist, rezidivieren die Infekte oft, was durch die multiplen antibiotischen Therapien immer häufiger zu resistenten Keimen führt [2].

- Therapie der HWI
Nur symptomatische HWI müssen therapiert werden, es erfolgt eine resistenzgerechte Antibiose über ca. 7 Tage.
- Vorbeugung bei rezidivierenden HWI
Wenn morphologische HWI-Ursachen (z. B. Abszesse, Steine, Harnstauung) ausgeschlossen wurden, kommen medikamentöse Prophylaxemaßnahmen zum Einsatz. Leider existiert weder für eine Langzeit-Antibiotikagabe noch für eine Harnansäuerung oder eine Phytotherapie (z. B. mit Kapuzinerkresse und Meerrettich, Preiselbeerextrakte) ein evidenzbasierter Wirkungsnachweis; einige Therapien haben jedoch signifikante Nebenwirkungen.

Homöopathie und HWI bei Querschnittlähmung

Da für querschnittgelähmte Patienten mit rezidivierenden HWI kein etabliertes Therapiekonzept existiert, setzten wir die klassische Homöopathie in Form einer Behandlung mit hochpotenzierten Einzelmitteln ein. Nachfolgend werden die Resultate unserer Fallserie (8 Patienten mit traumatischer Rückenmarkläsion) beschrieben.

Alle Patienten litten unter einer neurogenen Blasen-funktionsstörung mit mindestens 3 HWI/Jahr trotz urologischer Standard-Prophylaxe.

Fall 1

Ein 31-jähriger Mann mit einer kompletten Paraplegie sub Th10 seit 2001 litt seit 8 Jahren unter 6 HWI/Jahr, als Erreger wurden jeweils *E. coli* nachgewiesen. Die Blasenentleerung erfolgte mittels ISK. Wegen der HWI, vermehrter Beinspastik und rez. Diarrhoen erfolgte 08/2012 eine Therapie mit Sulphur LM1. Hierunter bis 10/2012 keine HWI mehr; zu dieser Zeit war der Patient wegen eines Wettbewerbs, an dem er teilnahm, stark unter Stress und entwickelte erneut HWI sowie schlecht heilende Dekubitalulzera. Nach Nux vomica LM1 ist er bis heute infektfrei.

Fall 2

Ein 45-jähriger Mann mit incompletter Tetraplegie sub C7 seit 1999 litt seit 9 Jahren unter 12 HWI/Jahr, teils fieberhaft, mit wechselnden Erregern. Die Blasenentleerung erfolgte mittels ISK. Er litt unter Höhenangst, konnte nicht weinen und erhielt somit primär 04/2011 Lycopodium clavatum LM1. Hierunter weniger HWI-Rezidive, die jeweils mit Benzoicum-acidum-Tropfen bzw. Oleum-Terebinthinae-Tropfen therapiert wurden. 03/2012 entwickelte er eine Prostatitis, die mit Lycopodium clavatum LM 4 therapiert wurde, sonst keine HWI mehr. 01/2013 traten nach psychischer Belastung wieder mehr HWI auf; nach Staphysagria LM1 bis heute nur noch 1 HWI.

Fall 3

Ein 36-jähriger Mann mit kompletter Paraplegie sub Th6 seit 2001 entleerte die Blase mittels ISK. Hierunter entwickelte er seit 7 Jahren 6 HWI/Jahr, *E. coli*. Er litt unter Angst wegen finanzieller Probleme und Erkrankung der Frau (MS), die QSL hatte er noch nicht verarbeitet. Es bestand eine starke Schweißneigung. Nach Staphysagria LM1 (05/2001) berichtete er über weniger Schwitzen und HWI, er fühlte sich mental stabiler. Im März 2012 entwickelte er eine Epididymitis, welche antibiotisch therapiert wurde. Daher erhielt er im Anschluss Nux vomica LM1, seitdem noch 1 HWI.

Fall 4

Der 38-jährige Mann mit einer incompletten Tetraplegie sub C7 seit 2008 entleerte die Blase durch getriggerte Reflexmiktion. Hierunter seit 2 Jahren 6 HWI/Jahr, überwiegend durch Enterokokken und *Proteus mirabilis*. Er war ruhig, vorsichtig, introvertiert, ordentlich. Ängste vor Hunden und Abhängigkeit. 06/2011 wurde er mit Lycopodium clavatum LM1

behandelt, danach keine HWI bis 01/2013. Zu dieser Zeit erfolgte eine Blasenstein-Operation, in deren Folge er einen HWI entwickelte, welcher antibiotisch therapiert wurde. Nach Nux vomica LM1 bis heute lediglich ein weiterer HWI.

Fall 5

Die Blasenentleerung bei dem 24-jährigen Mann mit incompletter Paraplegie sub Th4 seit 2008 erfolgte mittels ISK. Seit 2 Jahren litt er unter rezidivierenden HWI (11/Jahr) mit *E. coli* und Klebsiellen. Er berichtete über brennende Schmerzen und zunehmende Spastik in den unteren Extremitäten, war erschöpft trotz gutem Schlaf, hatte Angst vor Hunden und Operationen. 03/2011 erhielt er Staphysagria LM3. 06/2011 erlitt er ein HWI-Rezidiv, berichtete aber über mehr Energie, alte Symptome kamen wieder; daher wurde das Mittel nicht geändert. 10/2011 trat erneut ein HWI auf, zudem klagte er über Nasenbluten, war erschöpft, zog sich zurück, und war auffallend ungeduldig. Nach Phosphorus LM1 bis heute kein HWI mehr.

Fall 6

Ein 62-jähriger Mann mit kompletter Paraplegie sub Th11 seit 2000 entleerte die Blase via Elektrostimulation mit einem Implantat (Vorderwurzelstimulator). Seit 9 Jahren litt er unter durchschnittlich 5 HWI/Jahr, Keimnachweis stets *E. coli*. Er war empfindlich, aufbrausend, distanziert, pflichtbewusst, hatte Angst vor der Zukunft, war lieber allein, vermied Augenkontakt. Nach Lycopodium clavatum M ein HWI in 18 Monaten. Das letzte Rezidiv trat 06/2011 auf; es war von schlechten Träumen, Magenkrämpfen, Stress bei der Arbeit und Daumenschmerzen begleitet. Daraufhin wurde Staphysagria M verabreicht, seitdem war er infektfrei.

Fall 7

Bei einem 40-jährigen Mann mit incompletter Tetraplegie sub C7 seit 1999, der seine Blase mittels Reflexmiktion entleert, traten seit 10 Jahren jeweils 6 HWI/Jahr mit *E. coli* auf. Bei der Erstkonsultation berichtete er über eine chronische Obstipation, keine Ängste, traurig, ordentlich. > an der See, < Kälte. Nach Nux vomica XM 2 bis auf einen HWI 11/2012 bis heute infektfrei.

Fall 8

Ein 34-jähriger Mann mit kompletter Paraplegie sub Th6 seit 2001, der die Blase mittels ISK entleerte, berichtete über 10 HWI/Jahr, jeweils mit *E. coli*, seit 2003. Zudem bestand eine vermehrte Spastik. 04/2011 erhielt er Staphysagria LM3. Lediglich unter Stress und massiver körperlicher Belastung erlitt er 04/2012 ein HWI-Rezidiv, seitdem keine HWI mehr.

Zusammenfassung und prospektive Studie

Zusammenfassend blieben unter homöopathischer Therapie 5 Patienten infektfrei, drei berichteten über eine Abnahme der HWI-Frequenz.

Unsere ersten Erfahrungen deuten darauf hin, dass querschnittgelähmte Patienten träger auf homöo-

pathische Mittel reagieren. Durch die tägliche Gabe von LM-Potenzen werden repetitive Stimuli gesetzt, die zu einer besseren Wirksamkeit und geringerer Erstverschlimmerung zu führen scheinen.

Der Stellenwert der klassischen Homöopathie bei querschnittgelähmten Personen mit rezidivierenden Harnwegsinfekten ist nicht systematisch untersucht [3]. Unsere initialen, durchweg positiven Erfahrungen mit der Homöopathie haben uns ermutigt, eine prospektive Studie zu initiieren. In Kooperation zwischen der Neuro-Urologie des Schweizer Paraplegiker-Zentrums in Nottwil und der SHI Homöopathischen Praxis Zug soll der Einfluss einer zusätzlichen homöopathischen Behandlung bei Querschnittgelähmten mit Blasenfunktionsstörung und rezidivierenden symptomatischen HWI evaluiert werden. Primäre Zielkriterien sind dabei Häufigkeit und Schwere der HWI sowie die Therapiezufriedenheit der Betroffenen. Sekundäre Zielkriterien sind die Anzahl der HWI eines Probanden im Vergleich zum Vorjahr.

Die Untersuchung ist als randomisierte prospektive Studie mit einer Beobachtungsdauer von 1 Jahr geplant. Die Teilnehmer werden randomisiert einer von 2 Gruppen zugeteilt. Gruppe 1 erhält eine urologische Standardtherapie, Gruppe 2 erhält zusätzlich zur urologischen Standardtherapie eine homöopathische Behandlung.

Die Studienteilnehmer protokollieren Anzahl und Symptome der HWI, die jeweilige Therapie und erfassen ihre Lebensqualität sowie die Zufriedenheit mit der Therapie mit Fragebögen. Da die Studie noch nicht abgeschlossen ist, stehen Ergebnisse noch aus.

Zusammenfassend ist eine additive homöopathische Therapie bei querschnittgelähmten Patienten mit rezidivierenden HWI eine vielversprechende Therapieoption.

Literatur

- [1] Stöhrer M, Blok B, Castro-Diaz D, Chartier-Kastler E, Del Popolo G, Kramer G, Pannek J, Radziszewski P, Wyndaele JJ. EAU Guidelines on Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction. Eur Urol 2009; 56: 81-88.
- [2] Hinkel A, Finke W, Bötel U, Gattermann SG, Pannek J. Increasing resistance against antibiotics in bacteria isolated from the lower urinary tract of an outpatient population of spinal cord injury patients. Urol Int. 2004; 73:143-148.
- [3] Pannek J, Jus MC, Jus MS. Homöopathische Prophylaxe von Harnwegsinfekten bei Patienten mit neurogener Blasenfunktionsstörung. Urologe 2012; 51:544-546.

Prof. Dr. med. Jürgen Pannek

Professor Jürgen Pannek, Jahrgang 1963, ist seit 2007 Chefarzt der Neuro-Urologie am Schweizer Paraplegiker-Zentrum in Nottwil.

Nach Ausbildung zum Facharzt für Urologie und spezieller urologischer Chirurgie an der Ruhr-Universität Bochum absolvierte er einen einjährigen Forschungsaufenthalt als "research fellow" am Johns Hopkins Hospital in Baltimore, USA.



Nach seiner Rückkehr 1997 wurde er Leitender Arzt des Schwerpunkts Neuro-Urologie am Marienhospital Herne. Er habilitierte 1999, 2005 wurde er zum außerplanmäßigen Professor für Urologie an der Ruhr-Universität Bochum berufen. Berufsbegleitend absolvierte er ein Aufbaustudium zum Certified Health Care Manager an der Hochschule Bochum.

2011 erfolgte die Umhabilitation und Ernennung zum Titularprofessor der Universität Bern.

Seine homöopathische Ausbildung erhielt Jürgen Pannek an der SHI Homöopathie Schule in Zug bei Dr. Mohinder Singh Jus.

Kontakt: juergen.pannek@paraplegie.ch
Website: www.paraplegie.ch

Uwe Friedrich (Hahnemann Klinik Baltrum, D)

Bedeutung der Miasmen bei der homöopathischen Behandlung krebserkrankter Patienten

Krebs ist eine sehr tiefgehende Erkrankung des Organismus. Oft werden genetische Ursachen vermutet oder gesehen. Miasmen scheinen eine große Rolle zu spielen. Welche Bedeutung die Miasmen in der praktischen Krebsbehandlung tatsächlich haben, wird anhand von Erfahrungen aus der klinischen Arbeit mit Krebskranken dargestellt.

Definition und die Bedeutung der Miasmen

Seit Hahnemann die Miasmentheorie in seinem Werk „Die chronischen Krankheiten“ einführte, um einen Weg zu finden, die bis dahin homöopathisch nicht heilbaren chronischen Krankheiten einer Heilung zuzuführen, besteht über die Definition und die Bedeutung der Miasmen Uneinigkeit.

Spätestens seit den Arbeiten von Klunker muss man Hahnemanns ursprünglichen Begriff der Miasmen als konkrete, andauernde, übertragene Krankheiten aus Sicht der heutigen medizinischen Kenntnisse zumindest stark relativieren. Aus heutiger Sicht kann man die Miasmen Hahnemanns als **chronische Folgen** von Infektionen des Kranken oder seiner Vorfahren sehen. Statt Infektionen könnte man auch „pathogene Einflüsse“ sagen. Entscheidend ist, dass diese chronischen Folgen auch noch lange nach dem eigentlichen pathogenen Einfluss und dann unabhängig von ihm weiter bestehen können.

Schon die treuesten Nachfolger Hahnemanns setzten sich kritisch mit Hahnemanns Miasmenverständnis auseinander, andere erweiterten und vertieften es, die meisten konnten nicht viel damit anfangen. Immer schien Raum für Interpretationen, Umformungen und Spekulationen vorhanden zu sein, sodass der Begriff „Miasma“ in der Homöopathie schließlich (bis heute) wertlos wurde, solange nicht definiert war, was im konkreten Fall unter Miasma zu verstehen ist.

Der entscheidende Impuls von Hahnemanns Miasmenkonzept war eine Neubewertung der Symptome des chronisch kranken Patienten: Jetzt waren nicht nur die zur Zeit gefühlten und geäußerten Beschwerden und Symptome für die Mittelwahl von Bedeutung, sondern alle auffallenden, den ganzen Kranken und sein chronisches Kranksein betreffenden Symptome und Beschwerden seit Bestehen der chronischen Krankheit. Das konnte einen bis zu lebenslangen Zeitraum erfassen und sogar manche Krankheiten der Vorfahren mit einbeziehen.

Homöopathische Krebsbehandlung

Bei der homöopathischen Krebsbehandlung fällt auf, dass Heilungen neben den lokalen und chronischen Mitteln oft einer oder mehrerer Nosoden bedürfen, um überhaupt gelingen zu können. Das kann man als „miasmatisches“ Vorgehen bezeichnen, wenn man damit das Aufdecken von Belastungen durch Infektionen, Impfungen, genetische Faktoren und andere Einflüsse meint und dann zum Ausgleich dieser Belastungen die entsprechenden Mittel gibt. Das kann man aber auch wie Burnett als Beachtung der „Pathogenese des Tumors“ bezeichnen.

Damit wird deutlicher ausgedrückt, dass es sich nicht um einen erdachten oder konstruierten Zusammenhang mit Nosoden und deren „Bedeutung“ handelt, sondern dass gewisse Veränderungen und Einflüsse auf den Patienten pathogenetisch für das Wachsen des Tumors sind. Konkret vorhandene Symptome lassen dann das angezeigte „pathogenetische Mittel“ (oder das „aktive Miasma“) bestimmen.

So findet man bei allen Homöopathen, die sich auf „Miasmen“ in der homöopathischen Krebsbehandlung berufen und die auch viele Krebspatienten erfolgreich behandelt haben, bei der Gabe von „antimiasmatischen Mitteln“ immer den Bezug zu einer Verursachung und/oder Symptome, die auf das gegebene „antimiasmatische Mittel“ hinweisen. Also selbst wenn theoretische Gründe für die Gabe eines „antimiasmatischen Mittels“ angeführt werden, sind es doch immer die Symptome und/oder die pathogenetischen Zusammenhänge, die die Mittelwahl bestätigen.

Auch wenn Spezialisten der „miasmatischen Behandlung“ erkennen können, welches Miasma gerade vorherrscht oder welche Miasmenmischungen vorliegen, so können doch immer nur die Symptome den Hinweis auf das zutreffende Mittel geben. Es gibt wenige, verzweifelte Fälle, bei denen wir uns in Ermangelung von Symptomen bei der Mittelwahl vielleicht von theoretischen Erwägungen leiten lassen müssen. Dazu kann auch die Gabe von Reaktionsmitteln zählen, die ja häufig Nosoden sind und die man möglicherweise nach „miasmatischen Gesichtspunkten“ auswählt. Aber dann ist das meist nur ein Zwischenschritt, von dem wir nicht sagen können, ob nicht ein anderes Mittel die gleiche Wirkung gehabt hätte.

Der nachstehend dokumentierte Fall illustriert die hilfreiche Zwischengabe einer Nosode (Medorrhinum), gewählt aufgrund einiger weniger Symptome. Hier hätte man natürlich auch spekulieren können, dass der kriegsteilnehmende Vater einen Tripper gehabt haben könnte, was zur sykotischen Belastung der Patientin geführt habe, weswegen zur Heilung auch die Gabe von Medorrhinum nötig ist. Auch wird das Ovarialkarzinom als sykotische Erkrankung bezeichnet.

Wir können uns aber auch einfach bewusst sein, dass bei der Heilung vieler bösartiger Tumoren Nosoden-Zwischengaben eine große Rolle spielen. Jetzt brauchen wir nur aufmerksam für charakteristische Symptome von Nosoden zu sein, die zur möglichen Pathogenese des Tumors eine Beziehung haben, und/oder die als Zwischengaben bei stockendem Heilverlauf notwendig werden.

Das gilt natürlich für alle Zwischenmittel, aber aufgrund ihrer großen und tiefen Wirkkraft sind Nosoden bei der homöopathischen Krebsbehandlung die häufigsten Zwischenmittel.

In der homöopathischen Krebsbehandlung führen Miasmentheorien im besten Fall dazu, an eine Nosode oder ein anderes „antimiasmatisches Mittel“ zu denken, auf das man aufgrund der geringen Symptomenanzahl nicht gekommen wäre. Das Wissen um die wechselnden, sich teilweise bei den einzelnen Autoren widersprechenden Miasmentheorien ist jedoch meist nur verwirrend und damit entbehrlich.

Viel wichtiger ist das ständige Bemühen des Homöopathen, für die Krebsbehandlung Mittel zu suchen, die auch zur Pathogenese des Tumors eine Beziehung haben. Da kann man es sich „einfach“ machen und wie Ramakrishnan in jedem Krebsfall eine Krebsnosode neben dem Tumormittel und/oder chronischen Mittel geben, oder „weniger einfach“, wie z. B. Burnett, Grimmer, Schlegel und viele andere, die immer wieder „pathogenetische“ Mittel, also meist Nosoden (aber auch Thuja, Sulphur, Nit-ac u. a.) im Wechsel mit Tumormittel und/oder chronischem Mittel eingesetzt haben.

Zusammenfassend kann man sagen, dass das Wissen um die Pathogenese des Tumors und der Einsatz entsprechender „pathogenetischer“ Mittel für die Heilung der meisten Malignome unabdingbar ist. Theorien zu „Miasmen“ sind dafür nicht notwendig, meist hinderlich und eher zufällig zielführend.

Zur Illustration: ein Fall von metastasiertem Ovarialkarzinom

Vorgeschichte

Es handelte sich um eine 60-jährige Patientin mit Zustand nach Ovarialkarzinom rechts mit Leistenlymphknoten. Das Ovarialkarzinom und die Leistenlymphknoten wurden operiert und eine Chemotherapie wurde angeschlossen. Bereits drei Monate nach Abschluss der Chemotherapie wurde bei einer sonographischen Kontrolle ein Rezidiv im Unterbauch festgestellt. Gleichzeitig bestand ein dramatischer Anstieg der Tumormarker. Diesmal verweigerte die Patientin eine erneute Operation und Chemotherapie und wandte sich der Homöopathie zu.

Die wesentlichen Symptome waren:

- Schweregefühl im Unterleib
- Ödeme der Unterschenkel und der Füße rechts mehr als links
- Appetitlosigkeit
- Durstlosigkeit
- Hitze der Handflächen und der Fußsohlen
- kalte Anwendungen bessern
- leicht erhöhte Temperatur
- Alles wird verschlechtert abends.
- Reizbarkeit
- Neigung zum Weinen
- eifersüchtig
- deutlicher Wärmeüberschuss

Eigene Vorgeschichte

Hepatitis im dreißigsten Lebensjahr. Außerdem Appendektomie und Tonsillektomie im Kindesalter. Sonst keine Auffälligkeiten.

Familienanamnese

Die Mutter hatte ein Ovarialkarzinom und war daran, im etwa gleichen Alter wie die Patientin jetzt war, gestorben. Oma mütterlicherseits Diabetes, der Vater war lange im Krieg und in der Gefangenschaft gewesen.

Anamnese

Die Patientin konnte nicht sicher differenzieren, ob die jetzt vorhandenen Allgemeinsymptome wie Durstlosigkeit, Wärmeüberschuss und Reizbarkeit früher wesentlich anders gewesen sind. Auch ihre Eifersucht bestand schon, solange sie erwachsen war. Nach längeren und intensiven anamnestischen Bemühungen konnte herausgearbeitet werden, dass als neue Symptome zu gelten hatten:

- Schweregefühl im Unterleib
- Ödeme der Unterschenkel und Füße, rechts mehr
- Appetitlosigkeit
- Durstlosigkeit
- Hitze von Handflächen und Fußsohlen

Der Wärmeüberschuss war auch wesentlich stärker als früher, die Patientin führte das jedoch auf die Folgen der Operation zurück.

Fallanalyse

Das Mittel für das Tumorrezidiv war in diesem Fall Apis. Apis hat den Wärmeüberschuss, die Ödeme, die Durstlosigkeit. Es ist ein Mittel mit starkem Bezug zu Tumoren der Eierstöcke, und hier besonders rechts. Zur chronischen Symptomatik von Apis gehören auch die Reizbarkeit und die Eifersucht. Dieses Mittel deckt idealerweise also sowohl die aktuelle Rezidivtumor-Symptomatik als auch charakteristische Symptome der chronisch kranken Patientin.

Verlauf

Die Patientin bekommt Apis C 30 in Wasser aufgelöst mehrmals täglich. Darunter bessern sich alle Beschwerden, außer dem Druck und dem Schweregefühl im Unterleib, welches langsam zunimmt. Wir sehen hier eine gute Wirkung des angezeigten Mittels, müssen jedoch befürchten, dass der Tumor nicht sicher im Griff ist, da das Schweregefühl zunimmt. Da Apis aber offensichtlich so gut passt und weitgehend gut gewirkt hat und keine neuen Symptome aufgetreten sind, gehen wir zunächst von einem Dosierungsproblem aus (häufige C-30-Gabe) und geben Apis als Q 3 einmal täglich.

Darunter schreitet die Besserung weiter fort. Das Schweregefühl ist weitgehend verschwunden. Die Tumormarker sinken. Innerhalb von zwei Monaten ist der Tumor sonographisch auf die Hälfte verkleinert.

Trotz weiterer Apisgaben in aufsteigenden Q-Potenzen kommt es zu keiner weiteren Tumorkleinerung. Das Allgemeinbefinden ist gut. Völlig unbeeinflusst durch die Apisgabe sind die heißen Hände und Füße. Die Patientin kann mit diesem Symptom jedoch gut leben.

Beurteilung

Die Maxime von Burnett "Immer schön schrumpfen lassen" zeigt uns, dass der weitere Verlauf unter Apis nicht günstig ist. Nach anfänglich guter Wirkung stoppt die weitere Wirkung.

Da unter Apis keine wesentlichen neuen Symptome aufgetreten sind, die Patientin sich wohl fühlt und Apis auch einen guten Bezug zur Pathogenese des Tumors hat, gehen wir weiter davon aus, dass Apis hier nicht seinen Haltepunkt erreicht hat, sondern dass es das angezeigte Mittel ist, welches allerdings aufgehört hat zu wirken.

Es gilt auch hier die Regel, dass wenn angezeigte Mittel aufhören zu wirken, an die Interposition einer Nosode zu denken ist.

Weiterer Verlauf

In diesem Fall wird als Nosode Medorrhinum C 200 gewählt. Hinweisend waren die durch Apis nicht gebesserten Symptome der Hitze der Hände und Füße. Nach Gabe von Medorrhinum C 200 lässt die Hitze der Hände und Füße nach.

Die Patientin hat weiterhin keine Beschwerden. Innerhalb von vier Wochen kommt es jedoch wieder zu leichten Ödemen der Füße. Eine sonographische Kontrolle wurde zu diesem Zeitpunkt nicht durchgeführt.

Beurteilung

Homöopathisch wird jetzt sehr deutlich, dass Medorrhinum im besten Fall ein Zwischenmittel war, jedoch kein Tumorheilmittel, da Symptome des Rezidivtumors wieder auftauchen. Dies bedeutet nun nicht unbedingt das günstige Zeichen des Auftauchens alter Symptome. Wenn alte Tumorsymptome auftauchen, so müssen wir uns immer fragen, ob es sich nicht um ein erneutes Aufflackern des Tumorleidens handelt oder ob es wirklich nur alte Symptome sind.

Da der Tumor hier keinesfalls geheilt war, sondern noch sehr manifest, handelte es sich wahrscheinlich in diesem Fall um das Wiederaufflackern des Tumorleidens und damit um ein erstes Zeichen des erneuten Voranschreitens des Tumorwachstums.

Da sich sonst keine Symptome geändert haben und nur ein schon vorher zur Wahl von Apis gewähltes Symptom wieder auftritt, nämlich die Ödemneigung, wird erneut Apis gegeben.

Weiterer Verlauf

Apis von der Q 3 bis zur Q 10 verabreicht, lässt die Ödeme sehr schnell verschwinden. Im weiteren Verlauf treten keine wesentlichen neuen Symptome auf und die Patientin fühlt sich im Durchschnitt sehr gut.

Bei einer Ultraschallkontrolle nach ca. vier Monaten ist der Tumor nicht mehr nachweisbar. Die Tumormarker lagen bereits einen Monat vorher im Normbereich. Die Nachbehandlung erfolgte mit der gelegentlichen Gabe einer Hochpotenz Apis.

Innerhalb von über drei Jahren ist es zu keinem Wiederauftreten der Tumorerkrankung gekommen.

Literatur

Burnett J C: Die Heilbarkeit von Tumoren durch Arzneimittel. 2. Aufl., München: Müller & Steinicke 1991.

Friedrich U: Primäre homöopathische Krebsbehandlung nach Ramakrishnan. ZKH 2003; 47: 53-57.

Friedrich U: Die homöopathische Krebsbehandlung – Grundlagen. 1. Aufl., Augsburg: Klar 2013.

Hahnemann S: Organon der Heilkunst. 6. Aufl., Leipzig: Schwabe, 1921.

Klunker W: Die Behandlung der chronischen Krankheiten nach Hahnemanns Lehre. ZKH 1988; 32: 135-145.

Wegener A: Hahnemanns Theorie der chronischen Krankheiten. In: Genneper T und Wegener A (Hrsg.): Lehrbuch der Homöopathie. Heidelberg: Haug 2011.

Dr. med. Uwe Friedrich

Arzt für Chirurgie, Allgemeinmedizin, Unfallchirurgie, Naturheilverfahren, Homöopathie

- 1986-1999 Homöopathie in der Kassenpraxis
- 1999-2004 Homöopathische Krebsbehandlung Universitäts-Frauenklinik Heidelberg
- 2004-2009 Leitung Hahnemann Klinik Bad Imnau
- seit 2009 Leitung Hahnemann Klinik Baltrum
- Lehr- und Forschungstätigkeit
- Veröffentlichungen unter www.dr-uwe-friedrich.de



Kontakt: uwe.friedrich@hahnemann-klinik-baltrum.de
Website: www.hahnemann-klinik-baltrum.de

Christa Gründling (Enns, A)

Multizentrische Beobachtungsstudie zur Dokumentation des Effektes einer Behandlung von Allergien mittels klassischer Homöopathie

Die Prävalenz allergischer Erkrankungen hat insbesondere in den hochentwickelten Industrieländern in den letzten drei bis vier Dekaden stetig zugenommen. Etwa im gleichen Zeitraum stieg die Akzeptanz komplementärer Heilmethoden, darunter auch der Homöopathie bei den Patienten. Das in Österreich verliehene Ärztekammerdiplom stellt auch einen Auftrag für Forschung und Reflexion dar. Versicherungen brauchen Daten hinsichtlich Kosteneinsparungen durch Therapien bzw. für eine Aufnahme in den Kassenkatalog. Letztlich soll auch ein Dialog hergestellt werden zwischen konventionellen und nichtkonventionellen Mediziner in Hinblick auf ein langfristig befriedigendes Behandlungsergebnis für den Patienten.

1. Ziel der Studie

Ziel der Studie war es, zu untersuchen, ob sich eine klassische homöopathische Behandlung positiv auf die Allergiesymptomatik auswirkt und ob in diesem Zusammenhang eine Reduktion von konventionellen Medikamenten insbesondere bei Langzeitmedikation möglich ist.

2. Anlage der Untersuchung

Studiendesign

Laut Studiendesign handelt es sich um eine multizentrische, prospektive Anwendungsbeobachtung mit einem Arm (Eingruppendesign). Der Status ist deskriptiv und explorativ. Es nehmen insgesamt 7 österreichische Prüfzentren, allesamt allgemeinmedizinische Praxen mit der Zusatzqualifizierung Homöopathie, an der Studie teil. 2 Zentrumsleiter haben neben ihrer Praxis noch ein weiteres Zentrum zu betreuen: eine homöopathische Ambulanz, angeschlossen an die gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Krankenhauses Hietzing in Wien bzw. an die des Konventhospitals der Barmherzigen Brüder in Linz.

Einschlusskriterien

Eingeschlossen werden Patienten mit den Diagnosen allergische Konjunktivitis, allergische Rhinitis, Asthma bronchiale und Neurodermitis.

Die Teilnehmer sollen bereit sein,

- 2 Fragebögen mit 12 bzw. 8 Fragen auszufüllen,
- ihre mündliche und schriftliche Zustimmung für die Studienteilnahme sowie
- zur Bereitstellung ihrer Daten für wissenschaftliche Zwecke zu geben und
- sie sollen in den nächsten 2 bis 16 Wochen verfügbar sein.

Dieser Zeitraum erklärt sich mit einer Mindestbeobachtungszeit, die für die Abgabe einer Beurteilung nötig ist, und mit einer maximal zumutbaren Zeit bei erfolgloser Behandlung. Innerhalb dieses Zeitraumes bzw. innerhalb der individuellen Allergiesaisondauer kann der Patient, sooft es der Behandlungsverlauf erfordert, in die Praxis bestellt werden. Bei ganzjähriger Belastung kann der Rahmen von 16 Wochen zur Gänze ausgenutzt werden.

Ausschlusskriterien

Ausgeschlossen werden Patienten, die sich ihre Allergie schon einmal homöopathisch behandeln haben lassen, da es üblich ist, in einer Anwendungsbeobachtung nur Erstbehandlungen einzuschließen, und der Teilnehmer unvoreingenommen in die Studie eintreten soll.

Zu den üblichen Kriterien, betreffend eine fraglich angemessene Beobachtungsfähigkeit wie kognitive Einschränkungen, Alkohol- und Drogeneinfluss sowie sprachliche Barrieren, zählt auch ein entsprechendes Mindestlebensalter, welches mit 9 Jahren als für die Selbsteinschätzung ausreichend angenommen wird.

Unkorrektes und unvollständiges Ausfüllen der Fragebögen trotz Hilfestellung wird ebenfalls als Ausschlusskriterium bewertet.

Die Symptome sollen eindeutig allergisch bedingt sein, dies wird mittels Prick- und Rasttest sowie fachärztlichen Check-ups unterlegt, um Begleiterkrankungen mit Symptomverfälschungen zu vermeiden.

Ein Beobachtungszeitraum unter 2 Wochen ab dem Einschlussdatum wird als zu kurz erachtet.

Ein Fehlen jeglicher aktueller Symptomatik, wie z. B. bei einem Wunsch nach einer prophylaktischen Behandlung, ermöglicht keinen Einschluss.

Material

Als Studienmaterial werden ein Beobachtungsbogen, 2 Fragebögen mit 12 bzw. 8 Fragen, das Informations- und Einwilligungsblatt und das Standard-Nebenwirkungsformblatt verwendet. Die Identität des Probanden ist durch eine Patientennummer geschützt.

Erhebungen

Zum Zeitpunkt U1 wird der Patient nach Feststellen der Ein- und Ausschlusskriterien in die Studie aufgenommen. In den Beobachtungsbogen werden die Dauer der individuellen Allergiesaison ohne Behandlung in Wochen eingetragen sowie relevante Vor- und Begleiterkrankungen. Anschließend erfolgen das Ausfüllen des 1. Fragebogens und der Beginn der Behandlung.

Bei U2 werden die korrekte Behandlungsdurchführung festgestellt und Nebenwirkungen erfragt, der 2. Fragebogen ausgefüllt und die verwendeten Arzneien dokumentiert.

Studienparameter

Zu den erhobenen *Hauptzielparametern* zählen Symptome der Nase (Fließschnupfen, Niesattacken, Jucken, schleimiger und eitrig Schnupfen, verstopfte Nase und Nebenhöhlenentzündungen), der Bronchien (Entzündung, Atemnot, Husten, vermehrter Bronchialschleim), der Augen (Jucken, Tränenfluss, gerötete Bindehaut) und der Haut (Juckreiz, gerötete Hautareale).

Die *Nebenzielparameter* betreffen die Aktivität (vermehrte Müdigkeit, verminderte Leistungsfähigkeit), die Stimmung (Reizbarkeit, Traurigkeit) und allergische Symptome, die den Schlaf stören (Atemnot, Husten, Juckreiz, verstopfte Nase, vermehrte Schleimbildung, andere Symptome).

Es ergeben sich somit 20 Parameter, welche einzeln durch eine 10 cm lange visuelle Analogskala unterlegt werden, auf der der Teilnehmer seine Befindlichkeit anzeichnet: 0 bei Fehlen von Beschwerden und 10 bei maximaler bisher erfahrener Ausprägung.

Zu *weiteren Zielparametern* zählen die Dosisänderung konventioneller Medikamente während der Studie, die Änderung der Allergenanzahl vor und während der homöopathischen Behandlung, der Wunsch nach Fortsetzung der Therapie nach Studienende und das Maß der Gesamtzufriedenheit. Sicherheitsparameter betreffen die korrekte Behandlungsdurchführung, die Nebenwirkungen und die Entwicklung neuer Allergiesymptome ab Studienbeginn.

Drop-out-Kriterien

Ein eingeschlossener Patient fiel aus der Studie im Falle einer nicht korrekten Behandlungsdurchführung, eines unvollständigen, falschen Fragebogensausfüllens trotz Hilfestellung, bei Über- oder Unterschreiten des Zeitrahmens von 2 bis 16 Wochen oder bei einem Ausfüllen des 2. Fragebogens nach Ende der individuellen Allergiesaison, bei Zurückziehen der Einwilligungserklärung oder nach einem Fehleinschluss.

Statistische Auswertung

Die Auswertung erfolgte mittels Wilcoxon-Test, einem statistischen Test, der sich für kleinere Patientenzahlen anbietet und der einen intraindividuellen Vergleich zwischen einem Ausgangs- und einem Endwert zieht.

Es wurden eine für Sicherheitsbelange relevante Intent-to-treat-Analyse und eine für Wirksamkeitsbelange vorrangige Per-Protokoll-Analyse durchgeführt.

3. Ergebnisse der Studie

Gesamtkollektiv

Im Zeitraum von 27. 08. 2009 bis 02. 06. 2010 wurden 44 Patienten in die Studie aufgenommen. Davon erwiesen sich 4 als Fehleinschluss: 2 unterschritten das erforderliche Mindestalter von 9 Jahren, eine Patientin brach ab wegen Zeitmangels und eine Patientin wies keine der Einschlussdiagnosen auf. Sie litt an einem hartnäckigem allergischen Kontaktekzem nach Haarfarbesubstanz am Kopf, das seit längerem erfolglos mit systemischen und lokalen Corticoiden und Antihistaminika behandelt wurde und durch

Petroleum gänzlich zum Verschwinden gebracht werden konnte.

Somit gelangten 44 Patienten zur Intent-to-treat-Analyse und 40 Patienten zur Per-Protokoll-Analyse.

Demografische Ergebnisse

Von den 40 Patienten in der Per-Protokoll-Analyse wurden 67% Frauen und 23% Männer in die Studie eingeschlossen.

Innerhalb einer Altersspanne von 9 bis 62 Jahren waren 57,5% zwischen 19 und 40 Jahre, 25% zwischen 41 und 62 Jahre und 17,5% zwischen 9-18 Jahre alt.

5 Patientinnen waren schwanger.

Krankheitsbilder (Mehrfachnennungen möglich)

Die häufigsten Krankheitsbilder waren allergische Rhinitis (90%), allergische Konjunktivitis (60%) gefolgt von Asthma bronchiale (47,5%) und Neurodermitis (22,5%). Ein Single Symptom fand sich bei 15%.

Allergiedauer

52% gaben an, länger als 10 Jahre an ihrer Allergie zu leiden, 22,5% verwiesen auf 2 bis 5 Jahre, und jeweils 12,5% auf 0-1 bzw. 6-10 Jahre.

Vor- und Begleiterkrankungen

35% der Teilnehmer beschrieben Vorerkrankungen, diese betrafen vor allem den HNO- und Lungenbereich. Begleiterkrankungen lagen bei 60% vor und beinhalteten allergische Exantheme, exklusive Neurodermitis und psychische Störungen wie depressive Verstimmungen und Angststörungen.

Homöopathische Arzneimittel

Es wurden zu 60% Mineralien verschrieben, allen voran *Natrium chloratum* und *Phosphor*. Bei den 18% an pflanzlichen Arzneien zeigte sich eine homogene Verteilung der Mittel, ebenso bei den *Nosoden* mit 7%, innerhalb der 15% tierischer Arzneien überwog *Sepia*.

Das initial gewählte Hauptmittel konnte bei 83% beibehalten werden. Das Konstitutionsmittel alleine erhielten 73%. Eine Begleitmedikation wurde bei 27% mit potenziertem Hausstaub, Katzenhaar oder Histamin verordnet.

Konventionelle Medikation in der Anamnese und zu Studienbeginn

85% der Teilnehmer gaben an, konventionelle Medikamente im Laufe ihrer Erkrankung bis zum Studieneintritt genommen zu haben. 8 Allergiker hatten eine Hyposensibilisierung durchgeführt. Es wurden hauptsächlich Antihistaminika, gefolgt von systemischen Corticoiden und Bronchodilatoren genannt. Ein ähnliches Verteilungsbild zeigte sich bei jenen, die zu Beginn der Studie Medikamente einnahmen.

Überraschend diesbezüglich war mit 53% der Anteil an den Teilnehmern, die ohne konventionelle Medikation in die Studie einstiegen. 3 Patienten unterzogen sich während der Studie einer Desensibilisierung.

Änderung der Allergenanzahl während der Studie

Die Beantwortung der Frage nach der Änderung der Allergenanzahl während der Studie gestaltete sich als

schwierig. 40% konnten eine Erhöhung und 72,5% eine Reduktion nicht beurteilen, es gab allerdings niemand eine Erhöhung an, eine Reduktion stellten 12,5% fest.

Unerwünschte Ereignisse

Nebenwirkungen traten bei keinem der Teilnehmer auf. 7 Patienten (16%) gaben Allergiesymptome an, die sie zu Beginn der Studie nicht hatten.

Dosisänderung konventioneller Medikamente

21 Patienten stiegen mit einer konventionellen Medikation in die Studie ein. 2 Patienten (9,5%) mussten zumindest 1 Medikament erhöhen. 8 (38%) beschrieben eine Dosisreduktion und 13 (61,9%) konnten zumindest 1 Medikament absetzen. Davon waren hauptsächlich Antihistaminika und Bronchorelaxantien betroffen.

Gesamtzufriedenheit

Die Gesamtzufriedenheit war mit einem Median von 8,9 cm sehr hoch. Bei den Ausreißern im unteren

Bereich handelte es sich um Jugendliche mit sehr guten Behandlungsergebnissen, die aber mit dem Setting, besonders den vielen Fragen, nicht einverstanden waren.

39 Teilnehmer wollten auch nach Ende der Studie mit der homöopathischen Behandlung fortfahren, ein Patient erwies sich als unschlüssig.

Haupt- und Nebenzielparameter U1-U2

Es zeigte sich bei allen Haupt- und Nebenzielparametern ein deutlicher Unterschied bzw. eine markante Reduktion hinsichtlich der Ausprägung der Symptomatik gemessen an den Medianen von U1 verglichen mit U2. Bei einigen Symptomen (eitrig und schleimige Rhinitis, Schlafstörungen durch allergische Symptome) lag der Median bei 0.

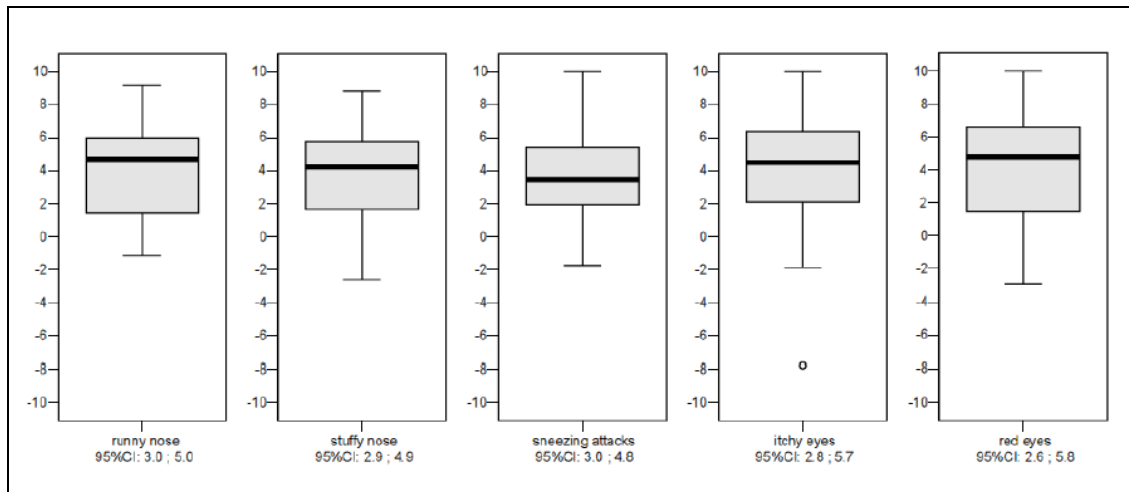
Diese Besserung spiegelte sich in der **statistischen Analyse** durch ein signifikantes Ergebnis wider:

So wiesen alle Parameter ein $p < 0,05$ auf. 13 von 15 Hauptzielparametern (87%) und 6 von 10 Nebenzielparametern (60%) hatten mit einem $p < 0,001$ ein hochsignifikantes Ergebnis.

Haupt- und Nebensymptome (Medianwerte, 25./75. Perzentile, * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$)

Parameters	VAS at E1	VAS at E2	p value E1 vs. E2	n
Key Symptoms				
Runny nose	6.57 (5.00/8.41)	1.46 (0.00/3.83)	<0.001**	32
Rhinitis with swollen mucous membranes	6.15 (2.40/7.08)	0.00 (0.00/0.83)	<0.001**	23
Shortness of breath	5.73 (4.64/6.25)	0.31 (0.00/2.34)	<0.001**	17
Coughing	3.65 (1.04/5.63)	0.21 (0.00/1.15)	<0.001**	21
Bronchial mucus	3.65 (0.89/6.88)	0.42 (0.00/2.97)	<0.001**	21
Itchy eyes	7.08 (5.52/9.12)	1.15 (0.31/4.43)	<0.001**	29
Stuffy nose	6.25 (4.38/8.02)	0.83 (0.00/3.57)	<0.001**	34
Itchy nose	6.25 (3.54/8.28)	0.73 (0.00/2.87)	<0.001**	29
Sneezing attacks	6.25 (2.92/8.65)	1.46 (0.00/4.01)	<0.001**	36
Watery eyes	5.83 (1.56/7.29)	0.94 (0.00/3.13)	<0.001**	19
Red eye	4.90 (2.19/8.96)	0.21 (0.00/1.88)	<0.001**	23
Sinusitis	4.74 (1.38/8.59)	0.00 (0.00/0.31)	<0.001**	12
Itchy and reddened skin	5.58 (2.45/8.33)	0.52 (0.00/3.21)	<0.001**	20
Bronchitis	3.02 (0.31/8.36)	0.00 (0.00/0.78)	0.001**	14
Purulent rhinitis	5.21 (0.68/7.24)	0.00 (0.00/0.11)	0.004**	9
Accompanying Symptoms				
Reduced physical performance	5.00 (2.60/7.29)	1.25 (0.00/3.02)	<0.001**	31
Irritability	4.90 (2.71/7.29)	1.04 (0.16/2.71)	<0.001**	25
Sleepiness/fatigue	4.69 (2.40/7.35)	0.00 (0.00/3.70)	<0.001**	29
Sleep disorders due to stuffy nose	3.39 (1.07/5.73)	0.00 (0.00/0.91)	<0.001**	20
Sleep disorders due to itchiness	3.39 (0.65/6.25)	0.00 (0.00/0.84)	<0.001**	12
Sadness/depression	3.18 (1.07/7.60)	0.00 (0.00/1.15)	<0.001**	18
Sleep disorders due to coughing spasms	2.81 (0.52/7.09)	0.00 (0.00/1.46)	0.004**	9
Sleep disorders resulting from other causes	7.71 (2.92/9.69)	0.73 (0.00/4.79)	0.005**	11
Sleep disorders due to increased mucous discharge	3.65 (1.51/7.40)	0.00 (0.00/1.88)	0.013*	13
Sleep disorders due to shortness of breath	3.80 (2.08/6.90)	0.00 (0.00/0.11)	0.031*	6

Hauptsymptome: Veränderung der VAS-Scores beim Follow-up (Boxplot > 0 = Verbesserung)



4. Kritische Methodenreflexion

Der **Gesamteffekt** einer Anwendungsbeobachtung setzt sich aus mehreren Einzelfaktoren zusammen:

- Der Patient kann durch die ausführliche Auseinandersetzung in der Erst- und Folgeordination seine Krankheit und die ihr zugrundeliegenden Ursachen hinterfragen und analysieren.
- Der Teilnehmer kann vom Behandlungssetting profitieren.
- Das natürliche Phänomen der "Regression towards the mean" führt dazu, dass sich Extremwerte bei der Baseline oder der Endwerterhebung im weiteren Verlauf bzw. in der Rückverfolgung wieder in einen Durchschnittswert einpendeln.
- Gefälligkeitsgutachten können zu einer positiven Verschiebung des Ergebnisses führen.
- Die Arznei als der eigentliche Maßnahmeneffekt bringt sich ein.

Welcher Faktor in einem wie großem Ausmaß und ob er überhaupt eine Rolle spielt, lässt sich durch eine Beobachtungsstudie nicht sagen.

Das **Eingruppendesign** bietet keinen Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit Gesprächs-, Standard- oder Placebothherapie.

Die **Beurteilung der Allergenveränderung** vor und während der Studie lässt sich zeitlich nicht vergleichen, da ein jahrelanger Verlauf einem Zeitraum von 2 bis 16 Wochen gegenübergestellt wird.

5. Schlussfolgerung

Die vorliegende Anwendungsbeobachtung zur Dokumentation eines Effektes bei der Behandlung von Allergikern mit klassischer Homöopathie zeigte eine wesentliche Verbesserung der Symptomatik bei allen erhobenen Haupt- und Nebenzielparametern verbunden mit einer deutlichen Reduktion der Einnahme konventioneller Medikamente.

Der gemessene "Real Life Effect" weist auf die Möglichkeit einer therapeutischen Bereicherung und damit einer finanziellen Entlastung des Gesundheitssystems hin.

Dr. med. univ. Christa Gründling

Allgemeinmedizin, Homöopathie (ÖÄK-Diplom)

- geboren 1965 in Linz
- 1991 Promotion zum Dr. med. univ. (Universität Wien)
- seit 1995 Mitglied der ÖGHM
- seit 1997 Privatordination für Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Homöopathie in Enns (Österreich/ Oberösterreich)
- 2002 ÖÄK-Diplom komplementäre Medizin Homöopathie
- 2008-2010 Postgraduate Lehrgang für Clinical Research an der Johannes Kepler Universität in Linz, Abschluss mit dem Master of Science
- Veröffentlichungen in der Wiener klinischen Wochenschrift und der Zeitschrift Homöopathie in Österreich
- Teilnahme an verschiedenen nationalen und internationalen Studienprojekten



Referenz: Christa Gründling, Wolfgang Schimetta und Michael Frass: Real-life effect of classical homeopathy in the treatment of allergies: A multicenter prospective observational study. In: Wiener klinische Wochenschrift, January 2012, Volume 124, Issue 1-2, pp 11-17.

Kontakt: christa@drgruendingling.at
Website: www.drgruendingling.at

Tjado Galic (Hannover, D)

Praxis der Falldokumentation

Der nachfolgende Beitrag ist ein Bericht über den Vortrag im Rahmen des 13. Internationalen Erfahrungsaustausches (ICE 13), in dem die Praxisdokumentation auf der Grundlage konzeptioneller Überlegungen vorgestellt wurde, und über das daran anschließende Seminar, in dem die Dokumentation an einem Fallbeispiel dargelegt wurde. Darüber hinaus wurde eine Dokumentations-Software präsentiert.

Die Aufgabe jeder Dokumentation in der Praxis ist es zuerst, ein möglichst exaktes Abbild des konkreten Handelns am Patienten aufzuzeichnen.

Neben dem Einhalten rechtlicher Bedingungen (BGB § 63 [1]), ermöglichen sorgfältig erfasste Kasuistiken auch Auswertungen für einen diagnostisch-therapeutischen Erkenntnisgewinn. Hierfür sollte die Dokumentation einer *offenen Systematik* folgen, welche eine *methodenunabhängige Datenerfassung* in einem flexiblen System ermöglicht. Dabei soll die Dokumentation nicht nur transparent und nachvollziehbar sein, sondern insbesondere einem *prozessualen Pathologie-Verständnis* folgen.

Ein entsprechendes Grundverständnis kann aus einem *regulativen Modell* mit Hilfe der Systemtheorie abgeleitet werden, welche nach Ansicht des Referenten ein erweitertes physiologisches Verständnis für die Homöopathie-Forschung zur Verfügung stellt.

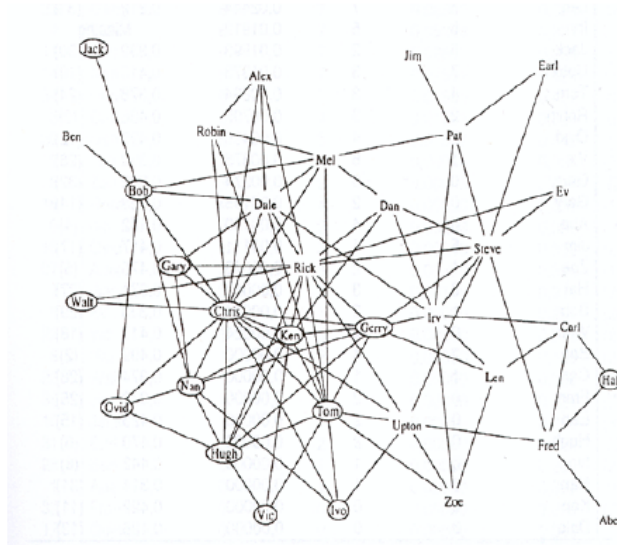
Im Vortrag wurde hierfür das Konzept der Selbstregulation in einem *polykontexturalen* Verständnis umrissen.

Störungen sind demnach keine einfachen linearen Prozesse, sondern kontextabhängige Entwicklungen, welche sich aufgrund von Komplexität auch nicht mittels einfacher linearer Kausallogik erfassen lassen. Vielmehr soll von der Vorstellung einer „Netzwerkpathologie“ mit positiven und negativen Rückkopplungen auf allen Ebenen ausgegangen werden.

Dies kann modellhaft als ein Netz mit vielfachen Signalwegen beschrieben werden, welche *rekursiv* aufeinander einwirken, auf zellulärer Ebene ebenso wie durch ineinandergreifende physiologische Regelkreise, als auch des ganzen Organismus im Kontext seiner Lebensbedingungen, seiner Umwelt und sozialen Vernetzungen.

Das dynamische Krankheitsverständnis

Die dynamische Verstimmung kann als Netzwerkpathologie beschrieben werden.

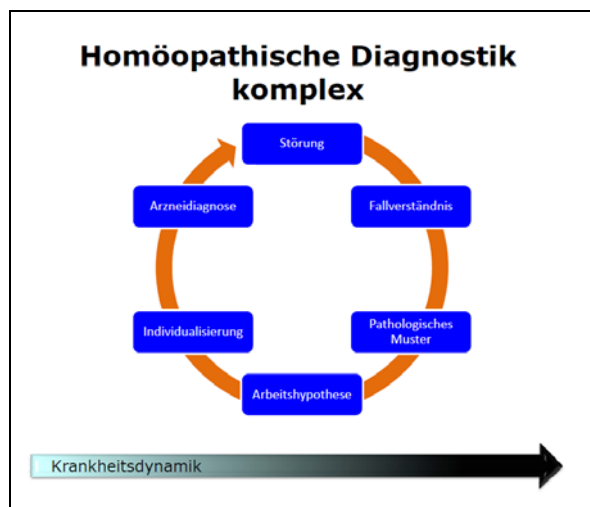
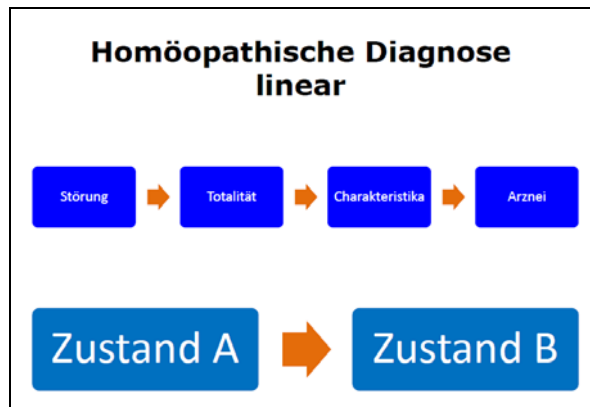


Das Krankheitsgeschehen ist ständig in Entwicklung, involviert den gesamten Organismus und wechselt Aussehen und Lokalisation

Dysfunktionen sind Störungen des Zusammenspiels im Netzwerk, bedingt durch vielfältige Kopplungen und Rückkopplungen.

Störungen zeigen sich demnach anhand abweichender Reaktionen, welche sich als *pathologische Muster* darstellen lassen. Konstituierend für ein regulatives Modell von Krankheit ist der Begriff der *Krankheitsdynamik* – als Entstehungsprozess pathologischer Muster im Zeitverlauf – welcher auch als Grundlage einer homöopathisch individualisierenden Diagnostik dient.

Dementsprechend sind eine verbesserte Regulationsfähigkeit unter Belastung und in der Folge eine Zunahme an Robustheit – neben der Rückbildung pathologischer Symptome als Indikatoren der Störung – wesentliche prognostische Parameter.



Ausgangspunkt für die Diagnostik bildet das *Fallverständnis*, welches zu einer individuellen Diagnose, unabhängig von der angewendeten homöopathischen Analysemethodik, führen soll:

- Welche Abweichungen haben sich in welcher Zeitspanne wie entwickelt?
- Welche Symptomenmuster entsprechen genau diesen Veränderungen?
- Welche sicheren Symptome gehören zu welchem Störungsmuster?
- Welche beeinflussenden Faktoren sind maßgeblich und sicher erkennbar?
- Welche Regulationssysteme sind wie beteiligt?
- Liegt im Fall eine kohärente Störung vor oder nicht (Organon § 40 ff.)?

Aus dem Fallverständnis sollte eine *Arbeitshypothese* als Ausgangspunkt der Behandlung erstellt werden. Die *Arbeitshypothese* ist eine ausformulierte Annahme über den Entstehungszusammenhang und den Verlauf der Störung sowie die *Qualität des Zustandes* zum Zeitpunkt der Fallaufnahme. Die Arbeitshypothese (AH) soll so präzise sein, dass sie falsifizierbar ist. Sie bildet die Grundlage für die Arzneidiagnose und -differentialdiagnose und auch für die Verlaufsdiagnostik. Eine valide AH benötigt daher definierte und plausible Argumente aus dem Fall.

Da die AH auf dem Fallverständnis des Behandlers oder einer konsiliarischen Gruppe beruht, handelt es sich stets um ein vorläufiges, hypothetisches Arbeitswerkzeug, deshalb der Begriff Arbeits-(=> von in Arbeit => veränderlich)Hypothese (=> vorläufig wahrscheinlichste Annahme). Die Arbeitshypothese wird nach Evaluation des Fallverlaufes beständig angepasst, sie ist somit ein *dynamisches Analyseinstrument*.

Eine besondere Bedeutung kommt dem Erfassen der *Qualität des Zustandes* zu. Diese wird mittels der subjektiven Empfindungen und Wahrnehmungen des Patienten von sich sowie der empathischen Wahrnehmung des Behandlers beschrieben. Neben eindeutigen Körperempfindungen und ihren Modalitäten sind besonders „As/if-Symptome“ des Patienten, seine Selbstwahrnehmung und das (un-)bewusste Verhalten maßgeblich. Hier fließen auch Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene mit ein.

Folgerichtig ist die *Verlaufsdiagnostik* nach Gabe eines Arzneimittels ein methodisch wesentlicher Aspekt der prozessualen Diagnostik. Hierfür wird die Fallentwicklung nach Arzneimittelgabe auf mehreren Ebenen evaluiert:

Allgemeine Reaktionsbeurteilung

- Verlauf der Pathologie? Regredienz vs. Progredienz?
- Intensität, Dauer und Häufigkeit der Beschwerden? Subjektives Erleben und Beobachtung/Auswertung können sich unterscheiden.
- Gibt/gab es signifikante Störreize im Fallverlauf?

Homöopathische Diagnostik

- Reaktion auf Arzneimittel erkennbar?
- Art und Umfang der Arzneireaktion?
- DD-Symptome der behandelten Störung?
- Im Fallverlauf neu auftretende arzneispezifische Symptome (Organon § 180 f.)
- Wiederauftreten historischer Symptome/Symptomengruppen?
- Änderung des Symptomenmusters? Oder des Zustandes? Verifizierbar, insbesondere Symptome aus der Beobachtung?
- Grundregulation verändert?

Reaktion auf Homöopathikum

- unklar, mangelnde Daten, fehlendes Verständnis, zu kurzer Zeitraum
- unterbrochen, Störungen im Therapieverlauf

- anhaltend, unerwartet intensive oder anhaltende Reaktion
- unzureichend, geringfügige oder zu kurze Reaktion
- partiell, Reaktion betrifft nur Teilbereiche
- kurativ, nach homöopathischen Kriterien
- palliativ, Linderung ohne wesentlichen Einfluss auf Pathologie
- Dosierungsfehler, unzureichende oder forcierte Dosis

Individuelle Prognose

Diese ergibt sich aus der Reaktionsbeurteilung, der Einschätzung des Fallverlaufes und der Strategie. Die Heilbarkeit eines Zustandes ist stets eine veränderliche Momentaufnahme. Die individuelle Prognose erlaubt eine fein abgestufte Behandlung.

Fallverlauf

- Unverändert: Symptomenmuster und Beschwerden sind gleich.
- Stabilisierung: deutliche Reduktion der Beschwerden mit belastungsfähiger Regulation
- Remission: Nachlassen von KH-Symptomen, Genesung noch offen
- Stagnation: nach beginnender Reaktion Stillstand
- Rückfall: Wiederzunahme der Symptome nach Stabilisierung
- Zustandsänderung: verändertes Symptomenbild mit erweiterter Diagnose
- funktionelle Arzneireaktion: ohne Änderung oder Einfluss auf die Pathologie
- Suppression: Zunahme an Rigidität oder eine Symptomenverschiebung

Nach dem prozessualen Verständnis ist es sinnvoll, beschreibende statt statische Begriffe zu verwenden, z. B. „kurativer Verlauf“ statt „Heilung“.

Im Seminar wurde dieses Vorgehen in seinen Ansätzen anhand eines Beispielfalles eines Jungen mit schwerer Tic-Störung anhand einer Videodokumentation mit den Teilnehmern nachvollzogen. Hierbei wurden die gemeinsamen Beobachtungen bei der Videoauswertung mit der tatsächlich erfolgten Dokumentation verglichen und konzeptionell diskutiert.

Programm HomeoVim

Zur Dokumentation wurde das Programm *HomeoVim* vorgestellt und in seiner Anwendung detailliert erläutert. Das Programm wurde über die letzten 10 Jahre von Hannah Bast (Universität Freiburg) in kontinuierlicher und enger Zusammenarbeit mit dem Autor entwickelt. Das Programm ist einfach gehalten und konzentriert sich auf zwei Aspekte:

- Erstens: eine Datenerfassung mit einer einheitlichen Grundstruktur und einem konsistentem Vokabular, aber ansonsten möglichst freilassend
- Zweitens: eine möglichst praxisnahe und effektive Unterstützung im alltäglichen Arbeitsablauf

Werden die Möglichkeiten der strukturierten und einheitlichen Datenerfassung genutzt, können komplexe Suchanfragen ausgeführt werden, wie zum Beispiel: „Zeige alle Frauen ab 40 mit Brustkrebs, die Conium erhalten haben“, und welche Rubriken dabei vorrangig zur Mittelwahl herangezogen wurden und in der DD die Rubrik „Schweiß beim Erwachen“ hatten u. v. m.

Gezeigt wurden im Seminar auch Extraktionen zu Diagnosen, verordneten Arzneimitteln und Rubriken zu Diagnosen, welche sich mit Tastenkombinationen einfach abrufen lassen.

Das Programm steht Kollegen frei zur Verfügung und kann mit Hilfe einer Anleitung heruntergeladen werden [2]. Bei Schwierigkeiten mit der Installation steht Jochen Krahnefeld zur Verfügung, der eine Servicebetreuung anbietet [3].

Eine kommerzielle Nutzung des Programmes ist von Hannah Bast und dem Autor ausgeschlossen worden und auch Dritten untersagt. Vielmehr besteht der Wunsch, durch konsistente Datenerfassung einen großen Pool von Kasuistiken zu sammeln, welche von der Kollegenschaft im Gegenzug für Auswertungen zur Verfügung gestellt werden.

Um eine einheitliche Markierung von Falldaten zu ermöglichen, wird auf der Seite eine ausführliche Anleitung eingestellt [4].

Auf Wunsch mehrerer Teilnehmer des Seminars wird ebenfalls eine Anwendung auf Apple-Rechnern zu prüfen sein. Da das Programm bewusst plattformunabhängig entwickelt wurde, sollte das möglich sein.

Internet-Referenzen

- [1] www.buzer.de/gesetz/10509/a179658.htm
- [2] <http://ad-wiki2.informatik.uni-freiburg.de/research/HomeoVim>
- [3] www.medicando.de/
- [4] www.tjado-galic.de/fuer-kollegen.html

Tjado Galic

Heilpraktiker – Klassische Homöopathie

- seit 1995 homöopathische Praxis in Hannover
- seit 1999 konsiliarische Tätigkeit für Homöopathen
- seit 2004 Leitung von Gruppen
- seit 2002 Veröffentlichungen zur Homöopathie
- seit 2003/04 eigene Seminare zur Homöopathie



Lehrtätigkeit:

- 1990-2007 Dozent an Physiotherapieschulen
- seit 1997 Ärztliche Weiterbildung für physikalische Medizin

Website: www.tjado-galic.de

Michael Teut (Charité Berlin, D)

Wissenschaftliche Einzelfallforschung in der Homöopathie

Abstract

In diesem Seminar wurden die Teilnehmer in die methodischen Grundprinzipien von wissenschaftlichen Einzelfallstudien eingeführt.

Es wurden folgende Designs für quantitative Studien vorgestellt:

- observational single-case studies
- progressive and repetitive experimental single case designs
- n-of-1-RCT
- multiple baseline design
- best case series und
- meta-analysis of single-case studies.

Zudem wurden Grundzüge qualitativer Einzelfallforschung sowie der Evaluation durch Cognition Based Medicine dargestellt.

In Kleingruppen wurden von den Teilnehmern individuelle Projektideen zur Homöopathie entwickelt und diese dann im Forum vorgestellt und diskutiert.

Literatur

- Teut M, Linde K: Scientific case research in complementary and alternative medicine – A review. *Complementary Therapies in Medicine* 2013; 21: 388-395.
- Teut M: Scientific case studies in homeopathy. In: *New directions in homeopathy research – advice from an interdisciplinary conference*. Hrsg. von Claudia Witt und Henning Albrecht. KVC-Verlag, Essen 2009.
- Teut M: Die Beurteilung therapeutischer Kausalitäten durch Cognition Based Medicine. *ZKH* 2010; 54 (1): 28-33.
- Teut M: Homöopathie bei Spontan Bakterieller Peritonitis. *Forsch Komplementärmed* 2006; 13: 372-375.
- Kiene H: *Komplementäre Methodenlehre in der Klinischen Forschung*. Cognition Based Medicine. Springer. Berlin 2001. Download E-Book: www.ifaemm.de/Abstract/PDFs/CBM_Buch.pdf

Dr. med. Michael Teut

Facharzt für Allgemeinmedizin,
Homöopathie-Diplom DZVhÄ,
Ernährungsmedizin

Leitender Arzt am Institut für Sozial-
medizin, Epidemiologie und Gesund-
heitsökonomie der Charité - Univer-
sitätsmedizin Berlin und der Charité
Hochschulambulanz für Naturheil-
kunde (CHAMP) in Berlin-Mitte

Forschung im Bereich Komplemen-
tärmedizin

Mitherausgeber der Allgemeinen Homöopathischen
Zeitung (AHZ)

Informationen und Kontakt:

www.michael-teut.de

www.informationen-zur-homoeopathie.de

www.integrative-medizin-blog.de



Christa Gründling (Enns, A)

Planung und Durchführung einer Anwendungsbeobachtung in der Homöopathie

Wo findet Forschung statt? An Krankenhäusern, Universitätskliniken und in der Pharmaindustrie. Wo wird Homöopathie ausgeübt? Zumeist in der allgemeinmedizinischen Privatordination mit der Zusatzqualifikation Homöopathie. Die folgenden Ausführungen sind daher als Erfahrungen einer niedergelassenen Ärztin für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen zu sehen, die ein Studienprojekt – die „Multizentrische Anwendungsbeobachtung in der Behandlung von Allergien mittels klassischer Homöopathie“ – durchgeführt hat. Unter diesen Voraussetzungen stellt sich die große Frage der Machbarkeit.

1. Einleitung

Vor dem Hintergrund der genannten Ausgangssituation gilt es zuerst, ein **Thema** auszuwählen. Dieses kann sich aus einem Schwerpunkt in der medizinischen Tätigkeit ergeben. Ein Krankheitsbild, mit dem man sich intensiver beschäftigt, zieht auch mehr betroffene Patienten an, oder umgekehrt, bei vielen Patienten mit den gleichen, häufig vorkommenden Symptomen ist die Durchführung einer Studie gut vorstellbar.

Die **Finanzierung** einer Anwendungsbeobachtung ist für eine/n niedergelassene/n Ärztin/Arzt noch im Rahmen des Leistbaren. Unterstützend sind hier eine Portion an Enthusiasmus und Idealismus, eventuell auch Verrücktheit, als Voraussetzungen für die Forschung zu nennen.

Eine wesentliche Säule stellt die **biometrische Planung** dar. Kontakte zu einem Biometriker ergeben sich durch Anfrage an einem statistischen Institut, hier werden Studien ausgewertet.

Biometriker sind Mitglieder in Ethikkommissionen von Krankenhäusern oder Landesethikkommissionen.

Das Erreichen der erforderlichen **Patientenzahlen** sollte sehr realistisch eingeschätzt werden. Bei mehreren Prüfzentren spielt auch das Engagement und die Identifizierung des Prüfzentrumsleiters mit dem Projekt eine wesentliche Rolle.

Die Vergabe eines positiven Votums durch die **Ethikkommission** hängt besonders im alternativmedizinischen Bereich, auch bei fundierter Planung und Einreichung, von der Offenheit und Objektivität des Ethikkommissionleiters ab.

Zudem verlangen renommierte Journals für die Publikation die Überprüfung durch eine Ethikkommission.

Für die **Planung** einer Studie ist circa 1 Jahr einzurechnen. Es werden der Beobachtungsplan erstellt und das Material für die Studie festgelegt.

Für unsere Homöopathie-Allergiestudie waren dies 2 Fragebögen zu 12 bzw. 8 Fragen, ein Beobachtungsbogen, ein Nebenwirkungsformblatt sowie das Informations- und Einwilligungensformblatt.

Die Identität der Patienten wurde durch eine Patientennummer geschützt.

2. Generelles Konzept einer (prospektiven) Anwendungsbeobachtung

Definition

Bei einer Anwendungsbeobachtung (AWB) erfolgt kein Abweichen von der Praxisroutine in Ablauf und Behandlung. Der Patient meldet sich wie gewohnt zu einem Termin in der Ordination an, eine Rekrutierung von Patienten, z. B. durch Zeitungsannoncen, ist nicht nötig.

Ablauf

- Die Erstellung des Beobachtungsplanes erfolgt vor dem Vorliegen von Informationen, d. h. es wird im Vorhinein überlegt, welche Parameter von Interesse sind.
- Die Patienten werden vor der Existenz von Informationen eingeschlossen.
- Durch die Behandlung entstehen erst die geforderten Informationen.
- Mittels Fragebögen werden die Informationen aktuell erhoben.

Bewertung

- Es liegt ein faires Patientenkollektiv vor durch den Wegfall einer Vorauswahl von Respondern und Non-Respondern.
- Es besteht ein relativ kurzer, überschaubarer Beobachtungszeitraum.
- Die Medikationsphase bestimmt den Zeitaufwandfaktor.
- Durch weitestgehende Selektionsfairness und den prospektiven Charakter ergeben sich gute Ausgagemöglichkeiten.

Konsequenzen

Es werden keine Patienten mit früherer Behandlung eingeschlossen, der Patient geht somit unbedarft in das Projekt.

Es besteht ein studienspezifischer Kontakt von Beginn der Behandlung an bis zum Fragebogen-ausfüllen. Ein Beobachtungsbogen wird angelegt (Case Report Form – CRF) und ein Nebenwirkungsformblatt (Formblatt Serious Adverse Event – SAE), womit aktuelle Informationen laufend mit dokumentiert werden können.

Die Einwilligung erfolgt sowohl in die Studienteilnahme als auch in die Datenbereitstellung.

Aufgrund der Grauzone bezüglich der Einwilligung von 14- bis 18-Jährigen empfiehlt es sich, den Probanden und einen Elternteil unterschreiben zu lassen.

Beobachtungsplan

Er beinhaltet Namen und Adressen der Studienleitung, der Prüfzentrumsleiter und des Biometrikers.

Das Design und die Zeit werden festgelegt. Im Falle der Homöopathie-Allergie-Studie war es eine prospektive, multizentrische, nichtinterventionelle Studie mit einem Arm (Eingruppendesign) im Studienzeitraum 2009-2010.

Ablaufschema

Bei U1 (= 1. Untersuchung) erfolgte der Einschluss des Patienten unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien und nach seiner Einwilligung. Mit dem Ausfüllen des 1. Fragebogens begann die Studienteilnahme, anschließend der Start der Behandlung.

Bei U2 (= 2. Untersuchung) wurde die Studienteilnahme durch Ausfüllen des 2. Fragebogens beendet. Pro Patient war eine Beobachtungszeit von 2 bis 16 Wochen festgelegt.

Dies erklärte sich zum einen in einer für die Beurteilung erforderlichen Mindestzeit von 2 Wochen und zum anderen in einer zumutbaren Zeit von 16 Wochen bei erfolgloser Behandlung. Der Patient konnte in diesem Zeitraum, sooft es der Therapieverlauf erforderte, bestellt werden. Eine AWB erlaubt das Umstellen der Arzneien.

Bei U1 wurde die Mindestdauer der individuellen Pollenbelastung ohne Behandlung im CRF dokumentiert. Der Proband musste für U2 natürlich vor Ablauf dieser Zeit bestellt werden. Bei einer Ganzjahresbelastung oder einer sehr langen Pollensaison konnte der Zeitrahmen von 16 Wochen zur Gänze ausgeschöpft werden.

Auswahl der Studienteilnehmer

• Einschlusskriterien

Die Bereitschaft zum Ausfüllen von zwei Fragebögen und zur Einwilligung an der Teilnahme sowie Daten für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung zu stellen, sollte gegeben sein, ebenso die routinemäßige Indikationsstellung zur homöopathischen Behandlung der Allergie und die Zustimmung hierfür. Der Teilnehmer sollte in den nächsten 2 bis 16 Wochen verfügbar sein.

• Ausschlusskriterien

Frühere Allergiebehandlungen mit klassischer Homöopathie wurden vermieden, um einer Voreingenommenheit auch im positiven Sinne vorzubeugen. Zu der Fraglichkeit einer angemessenen Beobachtungsfähigkeit zählten neben den üblichen Kriterien, wie kognitive Einschränkungen, Alkohol- und Drogeneinfluss und sprachliche Barrieren, auch das erforderliche Mindestalter. Dieses wurde mit 9 Jahren festgelegt, da man dann von einer entsprechenden Selbsteinschätzung ausgehen kann und die Bias Selbst- versus Fremdeinschätzung vermeidet.

Die Symptomverfälschung durch eine Begleiterkrankung wurde mittels Prick- und Rasttests und fachärztliche Check-ups, welche die Allergie bestätigten, ausgeschlossen.

Ein Abklingen der Symptome innerhalb der nächsten 2 Wochen hätte die Beobachtungszeit zu sehr

verkürzt. Prophylaktische Behandlungen bei Fehlen jeglicher akuter Symptomatik wurden nicht durchgeführt.

3. Erhebungen

Bei U1 wurden die mutmaßliche Mindestdauer der allergischen Symptome ohne Behandlung und relevante Vor- und Begleiterkrankungen in den Beobachtungsbogen (CRF) eingetragen. Anschließend erfolgte das Ausfüllen des 1. Fragebogens.

Bei U2 wurden etwaige Nebenwirkungen und die korrekte Durchführung der Behandlung festgestellt. Mit dem Ausfüllen des 2. Fragebogens war die Studie beendet.

Studienparameter

Die vorrangigen Studienparameter wurden durch eine 10 cm lange visuelle Analogskala (VAS) erhoben. 0 bedeutete kein Vorliegen von Beschwerden und 10 die höchste bisher erfahrene Ausprägung.

Es wurde ein statistischer Vergleich der VAS-Werte von U1 mit den VAS-Werten von U2 angestellt (VAS U1 – VAS U2 = Delta VAS).

Symptome

• Hauptsymptome

An Hauptsymptomen wurden Symptome des oberen und tiefen Atemtraktes, der Augen und der Haut erhoben. Diese Organsysteme splitteten sich auf in Atemnot, Husten, Entzündung der Bronchien, vermehrter Bronchialschleim, Fließschnupfen, Niesattacken, Jucken in der Nase, schleimiger Schnupfen, eitriger Schnupfen, verstopfte Nase, Sinusitis, juckende Augen, Tränenfluss, gerötete Bindehaut und juckende Hautareale.

• Nebensymptome

Die Nebensymptome betrafen psychische und physische Allgemeinsymptome und allergische Symptome, die den Schlaf störten, wie vermehrte Müdigkeit, verminderte Leistungsfähigkeit, Traurigkeit, Reizbarkeit, Schlafprobleme wegen Atemnot, Husten, Juckreiz, verstopfter Nase, vermehrter Schleimbildung und anderer Symptome.

Jedes einzelne der angegebenen Symptome wurde mit der VAS unterlegt, auf der der Patient sowohl bei U1 als auch bei U2 seine aktuelle Befindlichkeit eintrug.

Weitere Zielparameter

Diese betrafen

- die deskriptive Darstellung von Absolutwerten, d. h. den VAS-Wert bei U2 und das Delta VAS (= VAS-Wert bei U1 minus VAS Wert bei U2)
- die Dosisänderung konventioneller Medikamente
- die Änderung der Allergenzahl während der Studie
- den Wunsch nach Behandlungsfortsetzung nach der Studie und
- die Gesamtzufriedenheit der Patienten.

Sicherheitsparameter

Erhoben wurden die korrekte Durchführung der Behandlung, das Auftreten von Nebenwirkungen und die Entwicklung von neuen allergischen Symptomen während der Studie, die der Patient zu Beginn der AWB noch nicht hatte.

Stichprobencharakterisierung

Eine Studienklientel stellt immer eine Stichprobe dar. Im konkreten Fall wurde eine Anzahl an Patienten von allen Allergikern herausgegriffen, die sich ihre Allergie homöopathisch behandeln lassen. Diese Gruppe wurde beschrieben durch:

- die deskriptive Darstellung der Absolutwerte zu U1
- demografische Daten
- die Art der allergischen Erkrankung
- relevante Vor- und Begleiterkrankungen
- den Beginn der Erkrankung
- die Behandlungsdauer von U1 bis U2 oder dem Abbruch der Teilnahme an der Studie
- die geschätzte Mindestdauer der Symptome ohne Behandlung und
- die Änderung der Allergenzahl unter vorangegangener konventioneller Behandlung, also vor Eintritt in die Studie.

Definition der Drop-out-Kriterien

Ein/e Teilnehmer/in verließ das Studienprojekt, wenn

- er/sie die Behandlung bzw. die Arzneimittelaufnahme nicht korrekt durchführte
- es ihm/ihr nicht möglich war, die Fragebögen, trotz Hilfestellung, richtig und vollständig auszufüllen
- der 2. Fragebogen erst nach Ende der individuellen Allergiesaison ausgefüllt wurde oder außerhalb des Zeitfensters von 2 bis 16 Wochen
- er/sie die Einwilligung zurückzog oder
- es sich um einen Fehleinschluss handelte.

Biometrische Planung

Die Fallzahlsschätzung erfolgt aus der Angabe von **Pilotdaten**.

Sie wurden mit dem Symptom Fließschnupfen von bereits behandelten 6 Patienten aus der Ordination eruiert. Es wurde ihnen eine VAS vorgelegt, auf der sie die Ausprägung der Beschwerden rückblickend zu Beginn der homöopathischen Behandlung und zum Zeitpunkt der Vorlage angaben.

Ein siebenter Patient mit unveränderter Symptomatik zu beiden Zeitpunkten wurde angefügt. Aus der Differenz der Befindlichkeit errechnete sich eine erforderliche Fallzahl von 40 Patienten, um eine Aussage treffen zu können.

Wenn große Unterschiede nachgewiesen werden, ist eine kleinere Patientenzahl hierfür nötig und umgekehrt.

Es erfolgte eine für Sicherheitsbelange relevante **Intent-to-Treat-Analyse**, d. h. die Analyse aller Patienten, die zumindest den 1. Fragebogen ausfüllten. Hiermit wurden auch Nebenwirkungen oder während der Studie neu aufgetretene Allergiesymptome von Patienten erfasst, die später aus der Studie ausschieden.

Zudem wurde eine für Wirksamkeitsbelange vorrangige **Per-Protokoll-Analyse** durchgeführt, d. h. die Analyse aller Patienten, bei denen formell alles korrekt verlaufen war bzw. der 1. und 2. Fragebogen richtig, d. h. den Kriterien entsprechend, ausgefüllt vorlag.

4. Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung umfasste die Angabe des *Minimum- und Maximumwertes*, des *arithmetischen Mittels* (Addition aller Werte und Division durch die Anzahl der Werte) und des *Medians* (chronologische Reihung der Daten ihrer Größe nach, Ermittlung des Wertes, von dem 50% rechts und 50% links stehen). Da sich durch Ausreißer eine Verschiebung des arithmetischen Mittels ergeben kann, erweist sich diesbezüglich der Median als robuster.

Mittels *Quartilenbildung* können die Bereiche, begrenzt durch Werte, innerhalb derer sich jeweils 25% der Teilnehmer befinden, gezeigt werden.

Boxplots

Dabei handelt es sich um eine häufige grafische Verteilungsdarstellung. Die Höhe des Rechteckes wird durch den Bereich der mittleren 50% der Probanden bestimmt. Innerhalb dieser Grenzen befindet sich der Median, dargestellt durch einen Balken.

Die Länge der beidseitigen Ausläufer (Whiskers), die vom Rechteck wegziehen, werden errechnet durch das Auftragen der 1,5-fachen Länge des Rechteckes nach beiden Seiten. Jener Wert, der gerade noch innerhalb dieser Grenzen liegt, bestimmt die Länge der Whiskers. Damit werden Ausreißer veranschaulicht.

Wilcoxon-Test

Ein Beobachtungsplan enthält auch den für die Auswertung verwendeten Test. Der Wilcoxon-Test, angewandt bei der Homöopathie-Allergie-Studie, bietet sich für kleinere Fallzahlen an. Es wird ein intraindividueller, statistischer Vergleich zwischen einem Ausgangs- und einem Endwert angestellt.

Alpha-Fehler

Aufgrund des beschreibenden und nicht beweisenden Designs erfolgte keine Adjustierung des Alpha-Fehlers.

Der Alpha-Fehler ist ein Synonym für die Irrtumswahrscheinlichkeit. Ein Alpha-Fehler von 5% bei einem Untersuchungsergebnis bedeutet demnach, dass das mit dieser Irrtumswahrscheinlichkeit behaftete Untersuchungsergebnis eine Chance von 5% hat, falsch zu sein. So ein Untersuchungsergebnis kann z. B. die Abklärung einer Hypothese sein.

Im konkreten Fall wäre die Hypothese, die es abzulehnen gilt (H0-Hypothese), folgende: „Eine klassisch homöopathische Behandlung hat keinen positiven Einfluss auf die Symptomatik von Allergikern.“ Kann diese Hypothese mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit unter 5% ($\alpha < 5\%$, $p < 0,05$) abgelehnt werden, so gilt die Alternativhypothese (H1-Hypothese: „Eine klassisch homöopathische Behandlung hat einen positiven Einfluss auf die Symptomatik von Allergikern.“) als angenommen.

Diese Annahme eines Untersuchungsergebnisses, wenn dessen Irrtumswahrscheinlichkeit unter 5% liegt, ist eine reine Konvention, die in der Medizin getroffen und mit dem Begriff „Signifikanz“ versehen wurde ($\alpha < 5\%$ bzw. $p < 0,05$ = signifikant).

Dieses gilt für einen einzelnen Parameter. In der durchgeführten Studie wurden 20 Parameter bestimmt. Man müsste deshalb bei einem beweisenden Studiendesign die 5% durch 20 bzw. die Anzahl der Parameter dividieren, da es ansonsten zu viele falsch positive, signifikante Ergebnisse gäbe (Bonferroni-Korrektur).

Aufgrund des beschreibenden Designs der Allergiestudie war eine Adjustierung des Alpha-Fehlers nicht nötig. Ab einem p -Wert $< 0,002$ würden auch nicht-korrigierte Ergebnisse einer Bonferroni-Korrektur standhalten. Die überwiegende Anzahl der Haupt- und Nebenzielparameter hatten einen p -Wert $< 0,001$ und wären somit auch bei einem konfirmatorischen Ansatz signifikant.

5. Unterlagen für die Ethikkommission

Einzureichen sind:

- ein vollständig und korrekt ausgefüllter Ethikkommissionsantrag
- der Beobachtungsplan inklusive einer kurzen Beschreibung der homöopathischen Methode
- die Unterschriften aller Prüfschwerpunktleiter
- das verwendete Material und
- das Quellenverzeichnis.

In Österreich müssen seit Juli 2010 auch Anwendungsbeobachtungen bei der Behörde zur Registrierung gemeldet werden.

Publikation der nach dem beschriebenen Konzept durchgeführten Studie: Christa Gründling, Wolfgang Schimetta und Michael Frass: Real-life effect of classical homeopathy in the treatment of allergies: A multicenter prospective observational study. In: Wiener klinische Wochenschrift, January 2012, Volume 124, Issue 1-2, pp 11-17.

Dr. med. univ. Christa Gründling

Allgemeinmedizin, Homöopathie (ÖÄK-Diplom)

- geboren 1965 in Linz
- 1991 Promotion zum Dr. med. univ. (Universität Wien)
- seit 1995 Mitglied der ÖGHM
- seit 1997 Privatordination für Allgemeinmedizin mit Schwerpunkt Homöopathie in Enns (Österreich/ Oberösterreich)
- 2002 ÖÄK-Diplom komplementäre Medizin Homöopathie
- 2008-2010 Postgraduate Lehrgang für Clinical Research an der Johannes Kepler Universität in Linz, Abschluss mit dem Master of Science
- Veröffentlichungen in der Wiener klinischen Wochenschrift und der Zeitschrift Homöopathie in Österreich
- Teilnahme an verschiedenen nationalen und internationalen Studienprojekten



Kontakt: christa@drgruending.at
Website: www.drgruending.at

Kompetenzorientiert prüfen

Abstract

Kompetentes Handeln im beruflichen Alltag wird heutzutage am Ende einer Ausbildung oder eines Studiums von den Absolventinnen und Absolventen erwartet. Im Idealfall basiert eine Ausbildung auf dem Erwerb von Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten. Diese werden jedoch häufig separat erlernt und geprüft, sollen aber später in der Berufstätigkeit im Zusammenspiel, also kompetent, ausgeübt werden. Darin liegt für Berufsanfängerinnen und -anfänger häufig eine große Schwierigkeit.

Am Beispiel des Studiums der Humanmedizin wurde im Vortrag die Konzeption einer kompetenzbasierten Prüfung im Unterschied zu einer Prüfung von Kenntnissen oder Fertigkeiten aufgezeigt. Außerdem wurden im anschließenden Seminar Kompetenzen für die Homöopathie-Ausbildung definiert, auf die die Homöopathie-Ausbildung fokussieren und nach denen Modulanteile ausgerichtet werden könnten.

Die nachfolgenden Abbildungen stellen eine Auswahl der Vortragspräsentation dar.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Eine Definition von Kompetenz

Kompetenz ist Handlungsfähigkeit

- in einem gegebenen Kontext
- in verantwortlicher und adäquater Weise
- und unter Integration von komplexem Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen.

Van der Blij: Digitale Universiteit Utrecht, 2002

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Fragen

- Wann ist ein Medizinstudierender in der Lage, medizinisch selbstständig zu handeln?
- Wie schätzen Vorgesetzte ein, wann sie einem Assistenten in der Weiterbildung unbekannte klinische Situationen zutrauen können?
- Welche Kompetenz-Facetten sind für Vorgesetzte entscheidend, um Mitarbeitern Verantwortung zu übertragen?

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Stufen zur Professionalität

Modifiziert nach Bloom: McKay 1956

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Kompetenz-Facetten: "Top 10"

Arbeitsfeld

- Empathie und Offenheit
- Aktives Zuhören gegenüber dem Patienten
- Wissenschaftlich und empirisch fundierte Arbeitsmethoden
- Sicherheits- und Risikomanagement
- Übernahme von Verantwortung

Eigene Person

- Aktive professionelle Entwicklung
- Kenntnis und Beachtung der persönlichen Grenzen und Möglichkeiten
- Umgang mit Fehlern

Kollegen

- Zusammenarbeit und Kollegialität
- Fokussierte Kommunikation mit Kollegen und Vorgesetzten

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Miller Pyramide

Miller: Acad. Med., 1990

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Delphi-Studie

Runde 1 und 2

- Sammeln und Bewerten von Kompetenzfacetten (Likert-Skala von 1 bis 7 und inhaltliche Ergänzungen)

Runde 3

- Relative Bewertung der 25 Kompetenzfacetten in 5 Kategorien (5: sehr relevant bis 1: am wenigsten relevant)

Wijnen-Meijer: Clin. Teach. 2013

UHTURST

Utrecht-Hamburg trainee responsibility in unfamiliar situations Test

- Maximale Simulation einer klinischen Umgebung
- Kombination aus Triple-Jump* und PAME**

➤ Sprechstunde mit 5 Patienten (1 Stunde)

➤ Bearbeitungszeit mit standardisierten "Störungen" (3 Stunden)

➤ Oberarztbesprechung (30 Minuten)

*Smith 1993 **MacRae 1997

Entrustable professional activities

Stufen des Zutrauens

- 1= Ich würde dem Kandidaten auf keinen Fall die Verantwortung für diese Aufgabe übertragen
- 2= Ich würde dem Kandidaten diese Aufgabe unter engmaschiger Supervision anvertrauen
- 3= Ich würde dem Kandidaten diese Aufgabe unter Supervision auf Anfrage anvertrauen
- 4= Ich würde dem Kandidaten diese Aufgabe ohne Supervision anvertrauen
- 5= Ich würde dem Kandidaten zutrauen, eine andere Person bei dieser Aufgabe zu beaufsichtigen

Professionelle Entwicklung

Dreyfus 1988, ten Cate 2010

Entwicklungsschritte für eine kompetenzbasierte Prüfung

- Ziel der Prüfung
- Charakteristika der Prüflingspopulation
- Kompetenzen/Fähigkeiten/Tätigkeiten
- Methoden
- Blaupause für die Prüfung
- Bewertungsstufen (global oder analytisch)
- Reliabilität
- Standards
- Summativ oder formativ
- Rückmeldeformat der Ergebnisse an die Studierenden
- Evidenzargumentation für die Validität

Prof. Dr. med. Sigrid Harendza, MME (Bern)



Wissenschaftliche Ausbildung:

- 1984-1991 Studium der Humanmedizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt am Main
- 1992 Promotion zum Dr. med. (Mesangial-proliferative Glomerulonephritis der Ratte – in vitro Modell zur Untersuchung der mesangialen Hyperzellularität)

- 2002-2003 Master of Medical Education (MME), berufsbegleitend an der Universität Bern

Ausgewählte berufliche Stationen:

- 1991-1992 Ärztin im Praktikum an der Universitätsklinik Frankfurt am Main
- 1993-1994 Postdoktoranden-Stipendiatin der DFG am VA Medical Center der University of California, Department of Nephrology, San Francisco
- seit 1995 zunächst wissenschaftliche Mitarbeiterin, dann Oberärztin und seit 2010 Universitätsprofessorin an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg
- 2006-2007 Prodekanin für Lehre an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte:

- Problemorientiertes Lernen
- Kompetenzbasiertes Prüfen
- Faculty Development

Ausgewählte Publikationen:

- W. H. Gijssels, S. Harendza: Dynamics of planned change: When participants talk back. In: The Realities of Educational Change in Higher Education. A. Bromage, L. Hunt, B. Tomkinson (Hrsg.), RoutledgeFalmer, S. 101-114, 2006.
- T. Raupach, N. Hanneforth, S. Anders, T. Pukrop, Th. J. ten Cate, S. Harendza: Impact of teaching and assessment format on electrocardiogram interpretation skills. Medical Education 44: 731-740, 2010.
- S. Harendza, O. Kuhnigk, F. Puttnies, S. Anders: PBL-tutorials in a hybrid curriculum: chances and risks. In: Researching Problem-based Learning in Clinical Education: The Next Generation. S. Bridges, C. McGrath, T. Whitehill (Hrsg.), Springer, S. 207-222, 2012.

Kontakt: harendza@uke.de

Oliver Reis (Universität Dortmund, D)

Kompetenzorientierte Prüfungen: Prüfungstheorie und Prüfungspraxis

Lernprozesse in Bildungssystemen wie Ausbildung, Weiterbildung oder Studium erfolgen zielorientiert und werden anhand dieser Ziele ausgewertet. Gerade dann, wenn das Ziel der Erwerb von komplexen Kompetenzen ist, ist es wichtig, dass die Ziele, die Lehre und die Überprüfung des Lernprozesses sehr genau geplant und vor allem stimmig zueinander angelegt sind. Was das bedeutet und worauf bei der Planung von und dem Lehren/Prüfen in Bildungsgängen zu achten ist, ist Gegenstand des Beitrags.

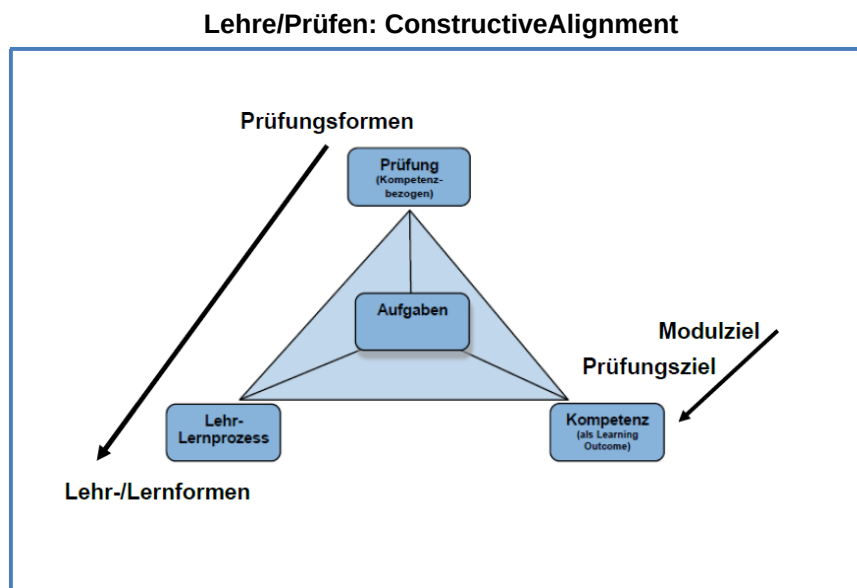
Weiterbildungen, die einen Professionszugang eröffnen – wie es bei der Homöopathie-Anwendung sicher der Fall ist –, sollten darauf achten, dass die Absolventen auch nachweislich über die Fähigkeiten verfügen, die mit dem Berufsbild einhergehen. Es ist deshalb konsequent, dass sowohl das Dozentenhandbuch des DZVhÄ als auch das Kompetenzprofil im Bereich der Homöopathie Lernergebnisse festlegt, die kompetenzorientiert formuliert sein sollen. Die Weiterbildung wird damit an zwei Kriterien ausgerichtet:

1. Die Qualität der Weiterbildung hängt nicht mehr an der Herstellungsqualität, die kontrolliert, ob die weiterbildende Institution die entsprechenden Möglichkeiten besitzt, sondern an der Produktqualität. Die Produktqualität wird an den Fähigkeiten der Weitergebildeten gemessen: Erfüllen sie die Anforderungen der Einrichtungen? Dabei wird die Herstellungsqualität nicht unwichtig, denn sie garantiert, dass die Institution auch die richtigen Ziele setzt, mit entsprechenden Lehrenden und Prüfenden arbeitet, die die Ziele zusammen mit den Lernenden umsetzt.
2. Weiterbildungen sind heute aufgefordert, diese Produktqualität evident machen zu können. Sie muss von außen nachvollziehbar sein.

Beide Kriterien sorgen dafür, dass heute hohe Anforderungen an die Lernziele gestellt werden. Denn sie müssen die Tätigkeiten der Lernenden in der Profession erfassen und zwar so, dass das erfolgreiche Lernen sichtbar und überprüfbar wird. Die sogenannten Learning-Outcomes sind der Schlüssel einer kompetenzorientierten Weiterbildung, die einerseits die Weiterbildung didaktisch ausrichtet, gleichzeitig aber auch einen diagnostischen Blick auf den Lernprozess und den Lernerfolg ermöglicht.

Die folgenden Abbildungen zeigen eine Analyse des bisherigen Standes in der homöopathischen Weiterbildung an einem exemplarischen Learning-Outcome. Sie sollen zeigen, was aus Sicht der Kompetenzorientierung in der bisherigen Umstellung gut gelungen ist, wo aber auch Probleme erkennbar werden, die weiter zu diskutieren sind.

Letztlich geht es um eine möglichst hohe Konsistenz im Weiterbildungssystem zwischen dem zugrunde gelegten Kompetenzbegriff, den Learning-Outcomes und den dafür nötigen Lehr- und Prüfungsarrangements („Constructive Alignment“, Abb. 1).



Zunächst prüfe ich den erkennbaren **Kompetenzbegriff**, der an den der Berufs- und Wirtschaftspädagogik angelehnt ist. Das hat große Vorteile,

damit ist aber auch verbunden, dass die Situation als vollständig determiniert angenommen wird, so dass im Wesentlichen Fertigkeiten notwendig sind.

Die Frage, ob die homöopathische Weiterbildung eher an Fertigkeiten oder Fähigkeiten ausgerichtet wird, erscheint mir die Grundspannung zu sein, mit

der sich der Weiterbildungsträger intensiv beschäftigen muss (Abb. 2 und 3).

Was heißt Kompetenz?

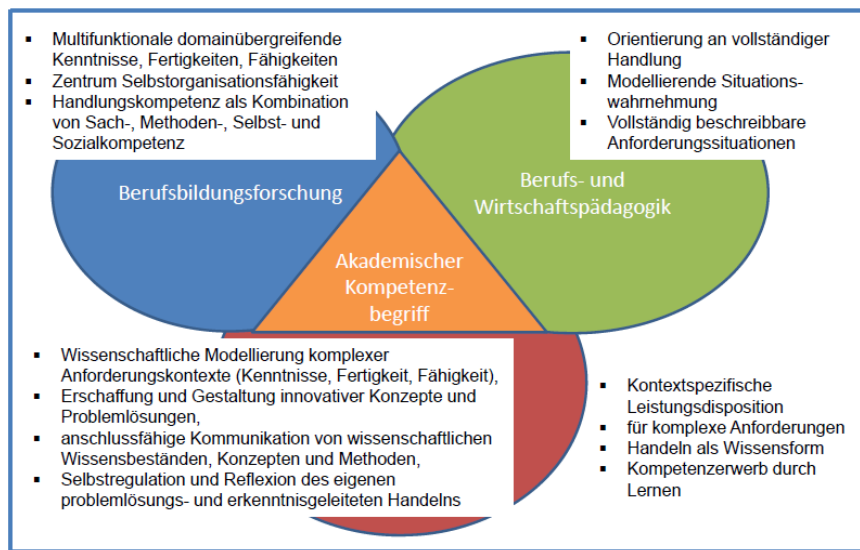


Abb. 2

Analyse des Kompetenzbegriffs

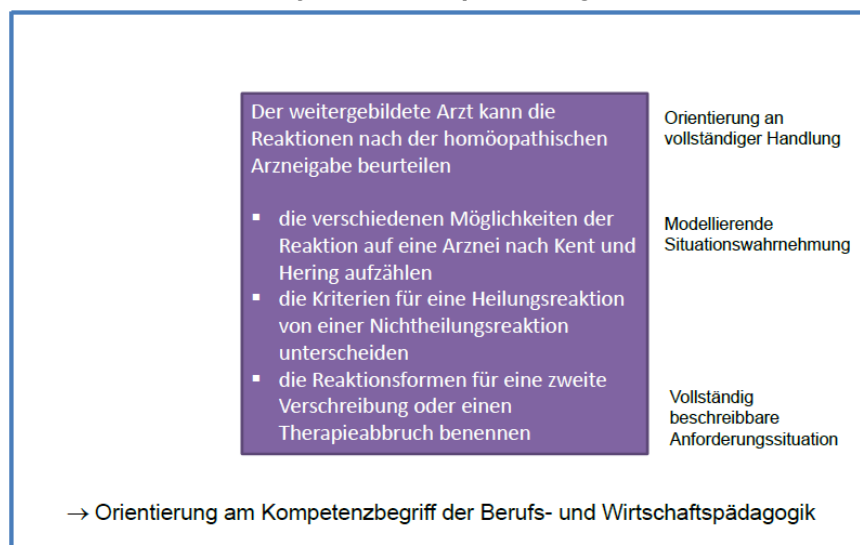


Abb. 3

Fertigkeiten sind linearisierbare Abläufe, die ein Handeln ohne Unsicherheit ermöglichen. Wenn die Weiterbildung sich an Fertigkeiten ausrichtet, dann geht sie von einer eindeutigen Zuordnung der Medikamente zu den Symptomen und von einer eindeutigen Erkennbarkeit der Symptome im Fall aus.

Ob das möglich ist und dem Anliegen der Homöopathie gerecht wird, weiß ich nicht – es ist auf jeden Fall eine Grundentscheidung, die einerseits die Komplexität in der Weiterbildung reduziert und sie auch für Menschen öffnet, die bei höheren Anforderungen die Weiterbildung nicht anfangen oder nicht erfolgreich bestehen würden.

Andererseits ist die Frage, ob die Weitergebildeten den Anforderungen des professionellen Handlungsfeldes gewachsen sind. Die Weiterbildungsinstitution übernimmt hier eine entscheidende Verantwortung.

Fähigkeiten dagegen betonen das Handlungspotenzial, das in einer konkreten Situation mit einem spezifischen Kontext zu einer angemessenen Performanz, also einer sichtbaren Handlung führt.

Der akademische Kompetenzbegriff orientiert sich an Fähigkeiten und betont damit das Neuartige einer jeden Situation, eines jeden Falls, der nicht einfach in bekannten Mustern rekonstruiert wird. Jeder Fall kann immer auch die bisherigen Erkenntnisse zur Verbindung von Medikation – Symptom in Frage stellen.

Es würde die Unsicherheit betont, die bei der Modellierung des Falles und dessen Abbild in der Medikation aus meiner Sicht zwangsläufig entsteht. Das würde dazu führen, die Situation mit ihrem jeweiligen Kontext als verändernden Faktor ernst zu nehmen. Ich als Patient würde mir diese Ausrichtung zumindest wünschen!

Danach werden drei Analysebrillen gezeigt, um die Qualität eines Learning-Outcomes zu überprüfen:

1. Ist es so gebaut, dass es eine Tätigkeit mit dem homöopathischen Wissen für eine Anwendungssituation koppelt (Produktqualität)?
2. Ist es so formuliert, dass es wirklich ein Lernziel ist, das überprüfbar ist (Evidenz)?
3. Ist die geforderte Komplexität der Tätigkeit so eindeutig, dass dann auch die Anforderungen an die Prüfung klar sind?

Die von mir geprüften Learning-Outcomes sind so aufgebaut, dass eine komplexe Handlung in Teilhandlungen zerlegt wird. Das ist für die Umsetzung in der Weiterbildung grundsätzlich möglich, allerdings auch nur dann, wenn die Teilsätze auch wirklich die Komplexität des Obersatzes erhalten.

Bei den Learning-Outcomes fällt auf, dass die ideale Handlungsstruktur – wer tut was womit und wozu? – gut gebildet ist (Abb. 4 und 5) und dass auch die Formulierungsqualität sehr hoch ist (Abb. 6 und 7).

Von daher sind die Learning-Outcomes grundsätzlich geeignet, um die Weiterbildung in Richtung Produktqualität und Evidenz zu steuern.

Lehre/Prüfen: Struktur Learning-Outcome

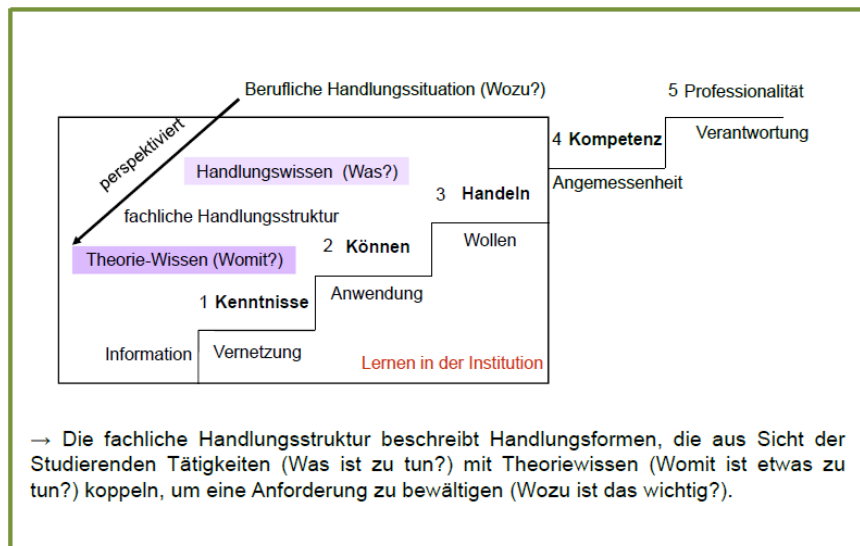


Abb. 4

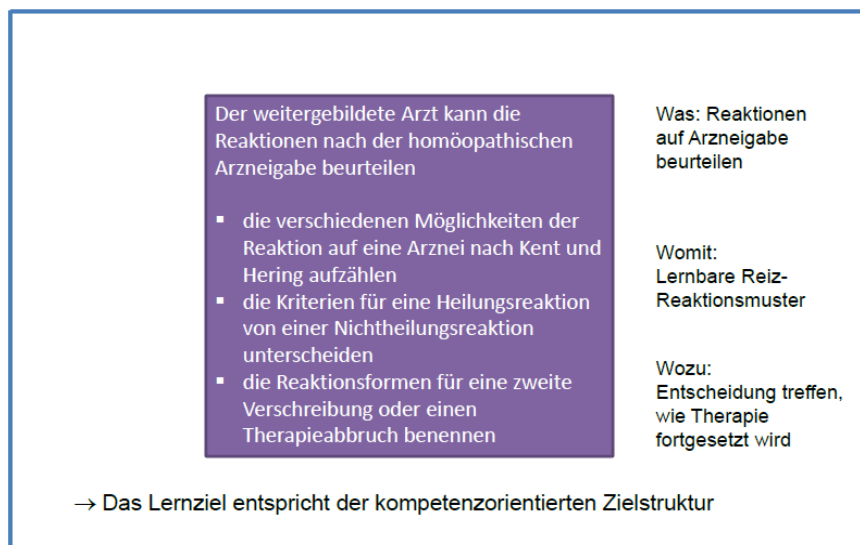


Abb. 5

Formulierungsanforderungen LO

„Learning-Outcomes“ sind die Lernergebnisse auf der Lernerseite nach einem Lernprozess.
Test: Wer ist der wirkliche Akteur der Handlung?
Sie sind so konkret wie möglich zu formulieren.
Test: Können Sie die Handlung in einen linearen Ablauf bringen?
Die Verben sind Verben der äußeren Sichtbarkeit.
Test: Beschreiben die Verben einen inneren Prozess oder ein Tun an/mit einem äußeren Objekt!
Sie sind überprüfbar.
Test: Machen Sie aus dem Aussagesatz einen Prüfungsauftrag!
Sie sind in dem Lernprozess realisierbar.
Test: Ein realistischer Kompetenzerwerb zu einem komplexen LO kostet 3 CP.

Abb. 6

Der weitergebildete Arzt kann die Reaktionen nach der homöopathischen Arzneigabe beurteilen ▪ die verschiedenen Möglichkeiten der Reaktion auf eine Arznei nach Kent und Hering aufzählen ▪ die Kriterien für eine Heilungsreaktion von einer Nichtheilungsreaktion unterscheiden ▪ die Reaktionsformen für eine zweite Verschreibung oder einen Therapieabbruch benennen	lernerorientiert konkret sichtbar überprüfbar realistisch
→ Die Formulierungsanforderungen sind erfüllt.	

Abb. 7

Die Probleme entstehen bei der dritten Brille, die abgleicht, auf welcher Taxonomiestufe ein Learning-Outcome angesiedelt ist und welche Bestandteile dann bei diesem Learning-Outcome ineinander greifen. Kompetenzen sind komplexe, multimodale Konstrukte, bei denen Kenntnisse, Fertigkeiten, Fähigkeiten so vom Handelnden organisiert werden, dass für den konkreten Kontext verantwortungsvolle Lösungen für komplexe Anforderungssituationen gefunden werden müssen.

Je nachdem, welche Bestandteile für ein Learning-Outcome nötig sind, sind auch andere diagnostische Ansätze nötig, um dieses sichtbar zu machen. Die Grundregel ist die, dass in (diagnostischen) Prüfungssituationen alle entsprechenden Messgegenstände in angemessenen Verfahren geprüft werden müssen,

um von der Performanz auf die Kompetenz zu schließen (Abb. 8 und 9). Das ist aus Effizienz-Gründen nicht immer möglich, aber eine Fähigkeit wird nicht sinnvoll durch einen Wissenstest erhoben und noch nicht einmal durch eine Befragung der Reflexionen.

Wenn man mit dieser dritten Brille auf das Learning-Outcome schaut, dann fällt auf, dass der Obersatz durchaus so formuliert ist, dass die Kompetenzbestandteile eindeutig bestimmbar sind und von daher auch der Auftrag an die Prüfung klar ist.

Schaut man dagegen auf die Teilsätze, die Lehre und Prüfung real bestimmen werden, so ist die Taxonomiestufe und damit auch das Kompetenzkonstrukt nicht erhalten geblieben.

Kompetenz testtheoretisch

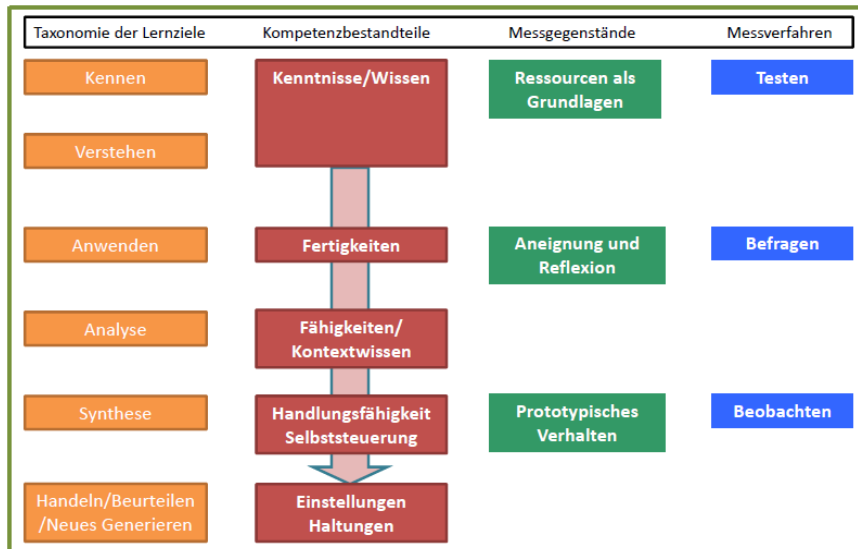


Abb. 8

Analyse der Kompetenzbestandteile

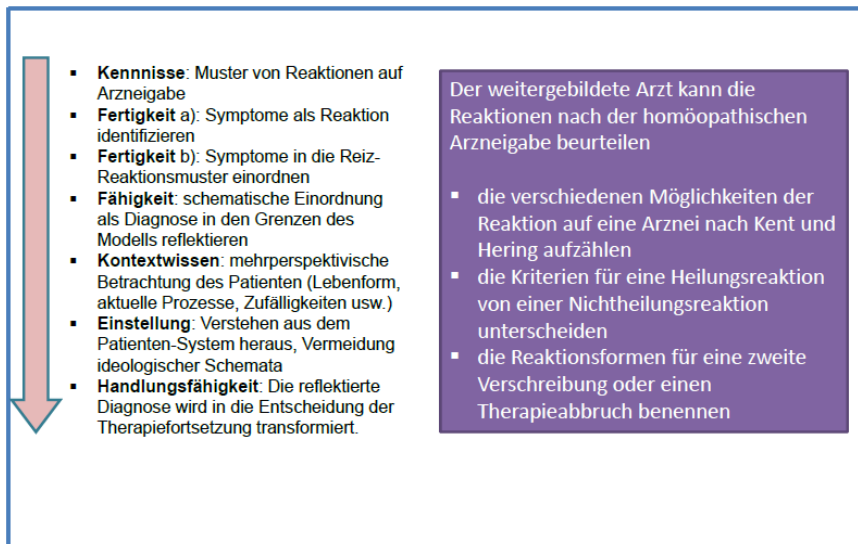


Abb. 9

Analyse der Kompetenzbestandteile



Abb. 10

Es ist ein deutlicher Trend zu erkennen, die eigentlich angedachte Fähigkeit als Fertigkeit zu rekonstruieren, die in Reflexionen geprüft wird. Nach dem hier Gesagten sollte aber klar sein, dass – wenn diese Verschiebung systematisch geschieht – die Weiterbildung nicht das Niveau der Obersätze erreicht.

Dieses Niveau wäre aber das, was für die berufliche Praxis nötig wäre (Abb. 10 und 11). Die letzte Abbildung zeigt das Ergebnis aus dem dem Vortrag gefolgt Workshop, das auf eine ähnliche Beobachtung hinausläuft (Abb. 12).

Analyse der Messgegenstände und -methoden

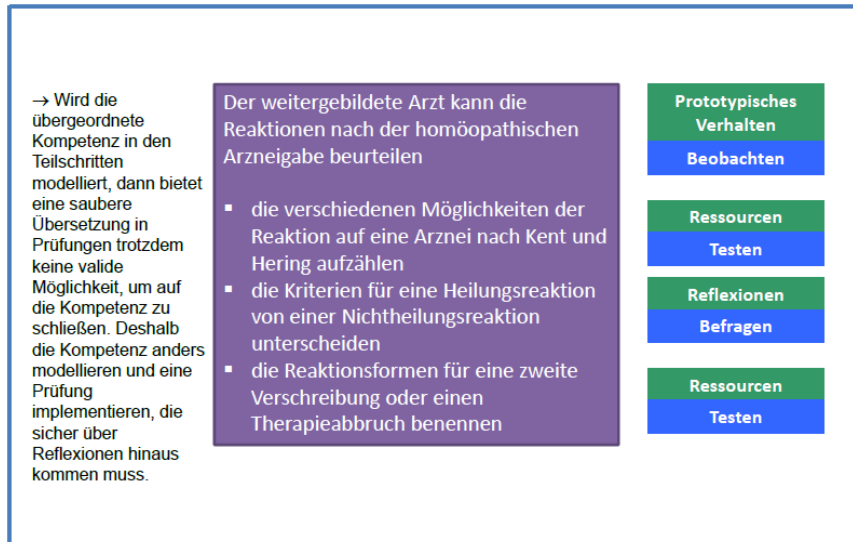


Abb. 11

Analyse aus dem Workshop

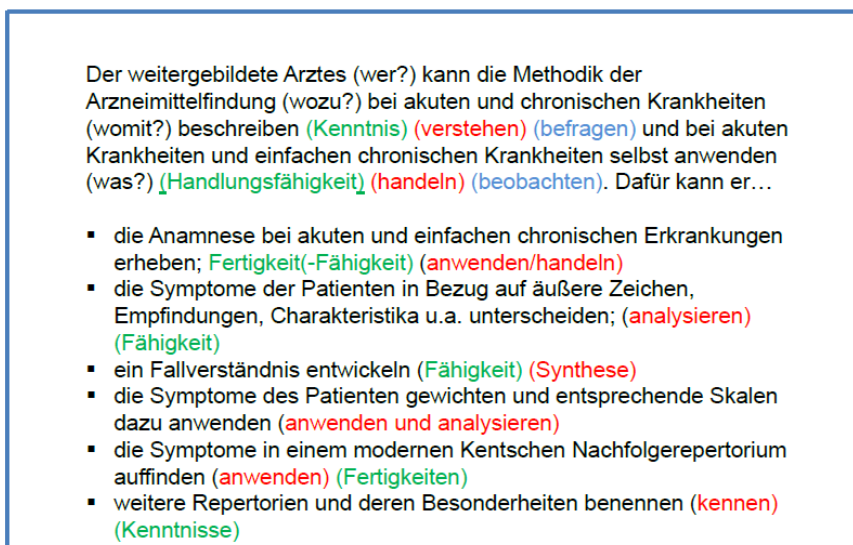


Abb. 12

Literaturhinweise

O. Reis: Prüfen aus Sicht der Hochschuldidaktik. Ein Blick auf das rechtswissenschaftliche Studium. In: J. Brockmann/A. Pilniok (Hg.): Prüfen in der Rechtswissenschaft. Probleme, Praxis und Perspektiven. Baden-Baden 2013, S. 29-54.

O. Reis: Systematisches Theologisieren für eine kompetenzorientierte Religionslehrerbildung. Ein kompetenzdiagnostisch getestetes Lehrmodell im Rahmen der Studienreform. Münster 2014, Kap. 2.1.

Dr. phil. Oliver Reis

Akademischer Oberrat am Institut für Katholische Theologie der TU Dortmund

- Lehramtsstudium Grundschule (1996) und Gymnasium (1997)
- Promotion zum Thema „Nachhaltigkeit – Ethik – Theologie“ (2003)
- 2004 bis 2006 Weiterbildung zum Wissenschaftscoach und zum hochschuldidaktischen Multiplikator
- seit 2006 bundesweit Referent für hochschuldidaktische Fragen der Studienreform
- Spezialthema: Kompetenzorientierung und kompetenzorientiertes Prüfen

Kontakt: oliver.reis@uni-dortmund.de
Website: www.tu-dortmund.de



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
- 2013** ICE 13: Die homöopathische Behandlung chronischer Krankheiten

Vorschau

- 2014** ICE 14: Von der Fallanalyse zur Behandlungskompetenz – aus eigenen Fällen lernen
- 2015** ICE 15: Möglichkeiten und Grenzen homöopathischer Behandlungen bei krebserkrankten Patienten
- 2016** ICE 16: Betrachtung von Behandlungen in Langzeitverläufen / Long Term Case Management
- 2017** ICE 17 im Rahmen des 72. Kongresses der Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis (LMHI): Networking in Medical Care – Ärztliche Zusammenarbeit zum Wohle der Patienten

