



11. Internationaler Coethener Erfahrungsaustausch (ICE 11)  
10. - 12. November 2011 in Köthen (Anhalt)

# Welche Forschungsansätze sind für die Homöopathie am wichtigsten?

## 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](http://www.wisshom.de)

Lektorat, Satz und Gestaltung:  
Mag. phil. Christine Doppler (Berlin)  
[lektorat@wisshom.de](mailto:lektorat@wisshom.de)  
[www.christine-doppler.net](http://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](http://www.setzit.de)

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

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

# Editorial

Zum 11. Mal fand der Internationale Coethener Erfahrungsaustausch (ICE) vom 10. bis 12. November 2011 in Köthen (Anhalt) statt. Mit dem ICE 11 hat die Wissenschaftliche Gesellschaft für Homöopathie (WissHom) – die 2010 gegründete Nachfolgeorganisation des Europäischen Instituts für Homöopathie (InHom) – zum ersten Mal den Kongress ausgerichtet.

Unter der Fragestellung „Welche Forschungsansätze sind für die Homöopathie am wichtigsten?“ wurden die verschiedenen Ansätze zur Erforschung der Homöopathie von namhaften Referenten dargestellt und erläutert. Ziel war es, zu zeigen, wie sich die homöopathische Praxis in quantitativer und qualitativer Forschung spiegelt und welche philosophischen Grundhaltungen das Verständnis der Homöopathie erleichtern können. Auch die Relevanz der Einzelfallforschung im Spannungsfeld von Evidence based Medicine und Narrative based Medicine kam zur Sprache. Themenschwerpunkte waren unter anderem die wissenschaftliche Einzelfalldokumentation, Grundlagenforschung mit potenzierten Arzneien und Arzneimittelprüfungen,

Die im vorliegenden Kongressband versammelten Beiträge sollen Ihnen die Möglichkeit geben, sich einen umfassenden Einblick in die Vielfalt der theoretischen und praktischen Herangehensweisen homöopathischer Forschung zu verschaffen.

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

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

Köthen (Anhalt), im Dezember 2013



# Inhalt

- 2 Impressum
- Vorwort** 3 *Angelika Gutge-Wickert und Ulrike Kessler*  
Editorial
- 5 Inhaltsverzeichnis
- Bericht** 7 *Gerhard Bleul*  
Bericht über den Kongress
- Vorträge** 10 *Michael Frass*  
Homöopathie in der Intensivmedizin
- 13 *Martin Bündner*  
Einzelfalldokumentationen über Erkrankungen mit fehlendem klarem  
therapeutischen Konzept in der konventionellen Medizin
- 19 *Josef M. Schmidt*  
Zur Relevanz medizinhistorischer und medizintheoretischer  
Grundlagenforschung
- 21 *Jörg Hildebrandt*  
Die Arzneierfahrung als universelles Ähnlichkeits-Prinzip  
des Lebendigen?
- 23 *Thorsten Stegemann*  
Gloperia – das homöopathische Werkzeug der Zukunft
- 25 *Stephan Baumgartner*  
Stand der Grundlagenforschung zur homöopathischen Potenzierung
- 27 *Klaus von Ammon*  
Quantitative Forschung und klassische Homöopathie
- 31 *Peter F. Matthiessen*  
Einzelfallforschung zwischen Evidence based Medicine und  
Narrative based Medicine
- Seminare** 53 *Curt Kösters*  
Rechtliche Situation von Arzneimittelselbstversuch und  
gesetzlicher AMP
- 54 *Gerhard Bleul*  
Zur Situation homöopathischer Arzneimittelprüfungen
- 58 *Jörg Haberstock*  
Verfügbarkeit und Marktsituation homöopathischer Einzelmittel
- 60 *Carl Classen*  
Probleme mit Nosoden und Ausgangssubstanzen – Strategien,  
Perspektiven, kreative Lösungen
- 62 *Kate Chatfield*  
Going beyond numbers: The gift of qualitative methods in homeopathy  
research / Qualitative Methoden in der homöopathischen Forschung  
(Übersetzung: Ulrike Kessler)
- 72 *Gerhard Resch*  
Die Philosophie als Voraussetzung der Einordnung und  
umfassenden Nutzung der Ergebnisse von Wissenschaft und Kunst  
am Beispiel der Medizin



## Gerhard Bleul (Hünstetten/Taunus, D)

### Bericht über den Kongress

Eine erstaunliche Vielzahl homöopathischer Forschungsansätze wurde vorgestellt. National und international renommierte Forscher und praktisch tätige Homöopathen sprachen über ihre Erfahrungen und Studienergebnisse.

#### VORTRÄGE am Donnerstag, 10. 11. 2011

##### Michael Frass (A)

##### Homöopathische Behandlungen in der Intensivmedizin und deren Dokumentation für die klinische Forschung

Auf internistischen Intensivstationen beträgt die Mortalität ca. 35%. Ein homöopathischer Behandlungsversuch ist nicht nur aus diesem Grund neben den konventionellen Maßnahmen immer sinnvoll. Eine klassische Anamnese des Patienten ist meist nicht möglich, die Befragung von Angehörigen und Pflegepersonen tritt an ihre Stelle. Interferenzen mit der laufenden Medikation sind für Anamnese und Fallanalyse ein zusätzliches Problem. Indikationen der homöopathischen Zusatztherapie sind vor allem Sepsis, Blutungen, Abszesse, Sekretionen, es gibt aber grundsätzlich keine Einschränkungen. Die Applikation erfolgt problemlos sublingual, häufige Wiederholungen auch von Hochpotenzen werden empfohlen.

Beispielhaft wurden drei Fälle berichtet: ausführlich der Fall eines Frühgeborenen, der über ein Dreivierteljahr mit vielfältigen konventionellen Interventionen und vielen verschiedenen homöopathischen Mitteln erfolgreich behandelt wurde, und kurz die Therapie eines 61-jährigen Patienten mit Pulmonalembolie (Lachesis) sowie eines 34-jährigen Mannes mit psychorganischem Durchgangssyndrom nach Aortenersatz-Op. wegen Aneurysma (Hyoscyamus).

##### Martin Bündner (D)

##### Fälle aus der homöopathischen Allgemeinpraxis als Beispiele für wichtige Falldokumentationen

Der Langzeitverlauf von drei Patienten wurde berichtet: 20-jährige Patientin mit Impfkomplication, 40-jähriger Patient mit Sarkoidose, 31-jährige Patientin mit Colitis ulcerosa. Unterschiedliche Fallanalyse-Strategien kamen zur Anwendung: In zwei Fällen bewirkte jeweils ein Arzneimittel in aufsteigenden Q-Potenzen das vollständige Abklingen der Symptome, im letzten Fall führten vier verschiedene Arzneimittel langfristig zum Erfolg.

##### Josef M. Schmidt (D)

##### Zur Relevanz medizinhistorischer und medizin-theoretischer Grundlagenforschung

Die Entwicklung des materialistischen Paradigmas in der Wissenschaft verlief parallel mit dem Bedeutungszuwachs des Geldes und kann als Folge des „Gelddenkens“ erklärt werden. Die neuen Ideale: Quantifizierung, Mathematisierung, Positivismus, Reduktionismus usw. sind Resultate der Denkform des Geldes. Eine weitere Wirkung ist die Beschleunigung aller Aktivitäten, „Zeit ist Geld“. Maxime der Ethik ist der Utilitarismus:

Eine Handlung ist dann ethisch, wenn sie das Gesamtgut einer größtmöglichen Zahl von Menschen vermehrt. Aber durch die Quantenphysik haben sich naiver Realismus, Objektivismus und Materialismus als unhaltbar erwiesen. Und die moderne Biologie beschreibt Wahrnehmung nicht mehr als Erkennen objektiver Dinge, sondern als Konstruktionsprozess. Weizsäcker führte das Subjekt in die Medizin ein, Uexküll das biopsychosoziale Modell.

Homöopathie kann – analog zur Sprache, wie die Kommunikationswissenschaft zeigt – nicht verstanden werden, ohne sie zu praktizieren. Die homöopathische Methode ist ein Korrektiv der Denkform „Geld“ und zur Befreiung auch von mentalen Miasmen. Wir sollten uns von der Fremdbestimmung durch monetäre Einflüsse befreien und den Weg der Selbsterkenntnis beschreiten.

##### Jörg Hildebrandt (A)

##### Die Arzneierfahrung als universelles Ähnlichkeits-Prinzip des Lebendigen?

Karl Kraus sagte: „Das Trennendste zwischen Österreichern und Deutschen ist ihre gemeinsame Sprache.“ Analog dazu sind die gemeinsamen Begriffe das Trennendste zwischen Naturwissenschaft und Homöopathie. Um falschen Assoziationen vorzubeugen, wurde in Österreich für die homöopathische Arzneimittelpflichtprüfung der Begriff „Homöopathische Arzneimittelerfahrung“ (HAMSE) eingeführt. Am Beispiel der HAMSE mit dem Dornkronenseestern (*Acanthaster planci*) wurden das Ähnlichkeitsprinzip, die Signaturenlehre und die Methodik der Arzneimittelpflichtprüfung gezeigt.

##### Thorsten Stegemann et al. (D)

##### Glopedia – das homöopathische Werkzeug der Zukunft

Das Projekt Glopedia hat zum Ziel, das Wissen aller Homöopathen weltweit zusammenzutragen, die *Materia medica* zu revidieren und daraus zugleich ein neues, transparentes Repertorium zu schaffen. bei dem jeder Eintrag durch die zugrundeliegenden Quellen nachvollziehbar ist.

#### SEMINARE am Freitag, 11. 11. 2011

Zur Vorbereitung der vier parallel laufenden Seminare dienten die Impulsvorträge am Freitagvormittag.

##### Günter Heck (D)

##### Vorstellung der Durchführung einer gerade abgeschlossenen HAMP

Die Durchführung der klassischen HAMP nach Hahnemann, wie sie auch von Jeremy Sherr beschrieben wurde, wurde am Beispiel der Prüfung von *Pecten jacobaeus* in Berlin dargestellt.

## Curt Kösters (D)

### Rechtliche Situation von Arzneimittelselbstversuch und gesetzlicher HAMP

Das Arzneimittelgesetz (AMG) beschreibt als Ziel einer Arzneimittelprüfung, „klinische oder pharmakologische Wirkungen nachzuweisen“. Trifft das für HAMP überhaupt zu? Die Risiken sind deutlich geringer als bei klinischen Prüfungen der konventionellen Pharmakologie, viel geringer als bei der Selbstbehandlung mit konventionellen Arzneimitteln, geringer als die akzeptierten Risiken bei der Selbstbehandlung mit homöopathischen Arzneimitteln, und: Es gibt einen Benefit. Ein Rechtsgutachten für den DZVhÄ kommt zu dem Ergebnis: Eine HAMP ist keine klinische Prüfung im Sinn des AMG.

## Jörg Haberstock (D)

### Probleme mit Nosoden und Ausgangssubstanzen

Das AMG beschreibt homöopathische Arzneimittel in einem besonderen Kapitel. Sie unterstehen einem speziellen Schutz, der ihre Existenz sichern soll durch vereinfachte Zulassung mit Blick auf die Besonderheit der Therapierichtung. Auf europäischer Ebene gibt es eine gegenseitige Anerkennung.

Faktisch sieht es anders aus: Die Richtlinien des BfArM sind mit ihren Kosten der größte immanente Marktstrangulator. Die 1000er-Regel ist ein „Schlupfloch“, das Ende der 1990er Jahre für Nosoden und tierische Mittel geschlossen wurde, denn die BSE-Prionen-Krise führte zu besonderen Regelungen. Für OTC-Produkte wird maximale Sicherheit (Nulltoleranz für Gefährdung) verlangt, ihr Nutzen wird grundsätzlich infrage gestellt.

## Gerhard Resch (A)

### Die Philosophie als Voraussetzung der Einordnung und umfassenden Nutzung der Ergebnisse von Wissenschaft und Kunst am Beispiel der Medizin

Schrieb Hahnemann in der ersten Auflage des Organons noch: „Der Arzt hat kein höheres Ziel, als den Menschen gesund zu machen“, hieß es ab der 2. Auflage: „Des Arztes höchster und einziger Beruf ist, den kranken Menschen gesund zu machen.“ Der Begriff der Berufung wird eingeführt. Was ist das Ziel, was ruft? Die Gesundheit. Die Wissenschaft vom Einzelnen nennt man Kunst.

## Kate Chatfield (UK)

### Going beyond numbers: The gift of qualitative methods in homeopathy research / Qualitative Methoden in der homöopathischen Forschung

Es ist wichtig, das Glaubenssystem des Forschers zu kennen – das war eine der bedeutsamen Aussagen im Vortrag (Übersetzung: Ulrike Kessler).

Thomas Kuhn hat beschrieben, wie wissenschaftliche Paradigmen sich durch das Auftreten bestimmter Forscher revolutionär verändern (Galilei, Kopernikus, Newton, Einstein). Zwischen dem positivistischen quantitativen Paradigma und dem konstruktivistischen qualitativen Paradigma bestehen große Unterschiede. Qualitative Methoden sind der Homöopathie gemäß. Wollen wir beweisen oder verbessern (prove or improve)?

Am Freitagabend wurden die Ergebnisse der Seminar-Arbeitsgruppen im Plenum vorgestellt:

### Sinnvolle Durchführung einer HAMP

1. Juristische Aspekte: Begriffe überdenken (z. B. statt Arzneimittelprüfung „Wirkprüfung“), eigene Ethik-Kommission, eigenes Qualitätsmanagement
  2. Methodische Aspekte: Endpunkt Heilwirkung beim Patienten (Verifikation), Kriterien eines Prüfsymptoms, Placebo-Frage, Verblindung, Potenzen und toxikologische Informationen
  3. Dokumentation/Publication: Ermunterung zur Veröffentlichung auch „kleiner“ Prüfungen, Rating (Score) ohne Ausschluss (vgl. Beitrag von G. Bleul)
- Einstellen des Konsensus, der Dokumentationsformulare und des Bewertungsscores auf der Website von WissHom.

### Probleme mit Nosoden und Ausgangssubstanzen: kreative Lösungen

Nosoden sind auf dem deutschen Markt kaum noch vorhanden wegen der hohen Auflagen an die Gewinnung der Ausgangsstoffe. Wege aus diesem Dilemma wurden diskutiert (vgl. Beitrag von Carl Classen).

### Qualitative Forschung

SWOT-Analyse der Forschungsansätze (Strength, Weakness, Opportunities, Threats)

- Strength (Stärke): tiefes Selbstverständnis, eigenes der Homöopathie adäquates Paradigma, Zugang zu individueller Realität (neues Entdecken), Berücksichtigung der Patientenperspektive, Forschungsfragen entstehen im Forschungsprozess.
- Weakness (Schwäche): hoher Zeitbedarf, schlechte Wiederholbarkeit, keine direkte Reliabilität, Gefahr der Datenflut, anfällig für Interpretation und Manipulation, hohes Maß an Offenheit nötig, noch viele qualitativ unzureichende Studien.
- Opportunities (Möglichkeiten): Dokumentation wissenschaftlich adäquaten Arbeitens, Verbesserung des Qualitätsstandards, Professionalisierung, Rückgriff auf den eigenen theoretischen Hintergrund, Nutzung des Expertenwissens aus der Community.
- Threats (Bedrohungen): schlechte Resonanz bei Veröffentlichung negativer und problematischer Ergebnisse, Fokussieren auf qualitative Methoden könnte zur Ablehnung aus schulmedizinischer Sicht führen.

## VORTRÄGE am Samstag, 12. 11. 2011

## Stefan Baumgartner (D / CH)

### Stand der Grundlagenforschung zur homöopathischen Potenzierung

Basis der Homöopathie sind: Simile-Prinzip, HAMP, Potenzierung bei der Arzneimittelherstellung. Wirksamkeitsnachweise sind durch nicht-randomisierte Kohortenstudien, doppelblinde randomisierte Studien und Meta-Analysen doppelblinder randomisierter Studien erbracht worden. Die quantitative Meta-Analyse von placebokontrollierten Studien (PCT) zeigte in 6 von 7 Studien ein signifikant besseres Ergebnis der Homöopathie im Vergleich zu Placebo.

Aber: Sind Wirksamkeitsnachweise überhaupt wirksam? Die Kollegen lassen sich eigentlich nur durch ihre persönliche Erfahrung überzeugen. Die Grundlagenforschung dokumentiert empirische Evidenz und dient der Aufklärung des Wirkprinzips. Die beste Evidenz für das Simile-Prinzip erbrachte eine Studie von Wiegand und van Wijk mit Hitzeschockbehandlung von Zellen. Spezifische Effekte potenzierte Substanzen wurden vielfach in Labor-Experimenten nachgewiesen. Ca. 30 qualitativ hochwertige Studien hatten ein positives Ergebnis.

Die eigenen vielfältigen Versuche mit Wasserlinsen wurden vorgestellt. Zum Wirkprinzip gibt es Belege für zwei Hypothesen: Materiell übertragene Effekte zeigt die Imprint-Theorie (Modifikation der molekularen Wasserstruktur), ein materieller Kontakt (Berührung) ist notwendig. Immateriell übertragene Effekte können durch elektro-magnetische Wellen erklärt werden, wobei die Kraft/Energie-Hypothese kontinuierlich distanzabhängig, die Informationshypothese diskontinuierlich distanzabhängig und die Verschränkungshypothese nicht distanzabhängig ist und eine Fernwirkung postuliert.

### Klaus von Ammon (CH)

#### Quantitative Forschung und klassische Homöopathie

Quantitative Forschung braucht Zahlen, Zahlen sind abstrakt, die Homöopathie ist konkret und komplex. Fallstudien sind das Zusammentragen verschiedenster Einzelfälle zur Auszählung und Feststellung übergeordneter Fakten. Aber eine Korrelation ist nicht gleich Kausalität. Das Design einer Studie bestimmt ihr Ergebnis. Man muss die Studie nur richtig planen, um die erwünschten Ergebnisse zu bekommen. Ein Koordinatensystem zeigt das Dilemma: Oben steht das Abstrakte, unten das Konkrete, links das Generelle, rechts das Individuelle. Die individuelle Konkretisierung geht in diesem Koordinatensystem von links oben nach rechts unten, die Ergebnisse dort sind relevant für den Einzelfall.

### Peter F. Matthiessen (D)

#### Einzelfallforschung zwischen Evidence based Medicine und Narrative based Medicine

Der Patient ist Experte für erlebtes und gelebtes Kranksein, der Arzt ist Experte auf dem Gebiet der Krankheit. Empathie ist wichtig, kann aber das erlebte Kranksein nicht ersetzen. Für den Patienten ist es hilfreich, Gesundheit vorzuleben. Die Diagnose brauchen wir, um nicht zu manipulieren, sondern zu therapieren sowie die Prognose zu stellen. Würden wir nicht diagnostizieren, wäre eine medizinische Intervention kriminell. Wir müssen auch den zu erwartenden Spontanverlauf prognostizieren.

Die Anforderungen an eine gute Einzelfallforschung sind: Prognose (auch des zu erwartenden Spontanverlaufs) dokumentieren, Therapieziele benennen, Therapie begründen, konkrete Erfolgserwartung benennen, beschreiben, ob sie eingetreten ist.

Die neuere Geschichte des „Pluralismus“ in der Medizin beginnt 1976 mit der Aufnahme der Besonderen Therapierichtungen in das Sozialgesetzbuch (v. a. durch die Arbeit von Gerhard Kienle), 2000 wurde das Dialogforum der Bundesärztekammer gegründet (v. a. durch Jörg-Dietrich Hoppe).

Das Selbstverständnis der Medizin steht im Spannungsfeld zwischen „Mediziner“ und „Arzt“. Die Gegensatzpaare sind: effiziente Wissensgenerierung/bestmögliche Hilfeleistung, in der Diagnose Sachverhaltskonstatierung/Handlungsentscheidung, Fähigkeit zur Abstraktion/Fertigkeit zur Konkretion, Klassifizierung von Krankheitszuständen/Erfassung einer kranken Person in einer einmaligen Situation, pathogenetische/salutogenetische Betrachtung.

Für den „Mediziner“ ist die Spontanremission ein Wunder, für den „Arzt“ ist es das Ausbleiben derselben. Ersterer beschreibt eine Ursache-Wirkungs-Beziehung und den Krankheitsverlauf, letzterer eine Reiz-Reaktions-Beziehung und die Krankengeschichte. Der „Mediziner“ zielt auf die Korrektur krankhafter Veränderungen – er möchte den Ertrinkenden retten. Der „Arzt“ zielt auf aktiv-richtunggebende Beteiligung des Organismus – er möchte das Schwimmen beibringen. Das biomedizinische Erklären und die Evidence based Medicine stehen dem hermeneutischen Verstehen und der Narrative based Medicine gegenüber.

Den **Abschluss des Kongresses** bildete eine Diskussionsrunde aller Referenten zu der Frage, wo die Schwerpunkte zukünftiger homöopathischer Forschung liegen sollen. Einig war man sich, dass Finanzierung und Institutionalisierung, wie sie jetzt auch über die Wissenschaftliche Gesellschaft für Homöopathie (WissHom) vorangetrieben wird, eine Bedingung dafür sind. Die ganze Vielfalt der hier vorgestellten Forschungsansätze soll weiter verfolgt werden.

### Gerhard Bleul

Arzt für Allgemeinmedizin, Homöopathie, Chirotherapie

- Jahrgang 1954, Allgemeinarzt, Homöopathie, seit 1986 in eigener vertragsärztlicher Praxis
- Qualitätszirkelmoderation seit 1993
- Weiterbildungs-Ermächtigung seit 1997
- Herausgeber einer Lehrbuchreihe des DZVhÄ zur homöopathischen Weiterbildung.
- Leitung von Weiterbildungs-Kursen, Fallseminaren und Supervision für Homöopathie
- 1997 bis 2003 2. Vorsitzender des DZVhÄ
- 2001 Mitgründer des Europäischen Instituts für Homöopathie (InHom) und der Homöopathie-Stiftung des DZVhÄ in Köthen (Anhalt)
- 2010 Gründungsmitglied der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie (WissHom) und deren Sektions-sprecher für Weiterbildung, Fortbildung und Lehre
- Seit 2002 Mitherausgeber der Allgemeinen Homöopathischen Zeitung (AHZ)
- Mitautor von Homöopathie-Ratgebern, Autor von zahlreichen Zeitschriftenbeiträge, Leitung der A-F-Weiterbildungskurse in Wiesbaden, regelmäßige Ärzteseminare



Kontakt: post@gerhard-bleul.de  
Website: www.gerhard-bleul.de

## Michael Frass (Medizinische Universität Wien, A)

### Homöopathie in der Intensivmedizin

Die internistische Intensivmedizin ist zu einem unabdingbaren Fachbereich der Medizin zur Behandlung schwer erkrankter Patienten geworden. Die Behandlung bezieht sich vorwiegend auf Patienten mit kardialer, pulmonaler, renaler oder hepataler Insuffizienz sowie auch auf Patienten mit Sepsis.

Intensivpatienten sind oft auf eine parenterale Behandlung über zentralvenöse Katheter, auf eine Dauerinfusion von Katecholaminen, Beatmungsmaschinen, Nierenersatzverfahren (neben der Hämodialyse auch das Verfahren der chronischen venösen pumpenunterstützten Hämofiltration) sowie auf die Gabe von Antibiotika angewiesen. Die PatientInnen profitieren von neu entwickelten Techniken und diagnostischen Maßnahmen wie Sicherung der Atemwege in Notfällen auch mit alternativen Atemwegsgeräten wie Combitube®, perkutane dilatative Tracheotomie, Bronchoskopie mit Lavage, Endoskopie, Ultraschall-Verfahren, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Hightech Monitoring, kinetische Lagerung, etc.

Entsprechend dem Patientengut beträgt die Mortalität internistischer Intensivpatienten bis zu 35%, wobei neuere Therapien die Mortalität zu reduzieren versuchen.

Verständlicherweise ist das Überleben vieler Patienten ohne die oben angesprochenen apparativen Therapieverfahren nicht möglich. Für die Homöopathen stellt sich daher die Frage, inwieweit eine homöopathische Therapie bei diesem schwierigen Patientengut anwendbar ist. Voraussetzung für eine homöopathische Therapie ist eine entsprechende Ausbildung des Homöopathen: Die Komplexität des Krankheitsgeschehens bei Intensivpatienten kann von einem Anfänger nicht bewältigt werden. Es bestehen nebeneinander eine Vorerkrankung und eine akute Situation, die raschen Änderungen unterworfen ist. Zudem sind der Einfluss von Pharmaka sowie die Vielfalt intensivmedizinischer Maßnahmen zu berücksichtigen.

#### Anamnese

Als besonderes Problem stellt sich die korrekte Erstellung der Anamnese dar. Diese ist in den §§ 84 bis 90 von Hahnemanns „Organon“ (6. Auflage) festgelegt.

Die meist beatmungspflichtigen Patienten sind durch die Sedierung in künstlichem Tiefschlaf und daher nicht ansprechbar. Als Homöopath ist man daher auf die Anamnese durch die vorbehandelnden Ärzte und pflegerisches Personal sowie durch Angehörige und Bekannte des Patienten angewiesen. Als hilfreich erweist sich oft die Kenntnis eines akuten und auffallenden Ereignisses entsprechend dem § 153 des „Organon“. Diese auffallenden Symptome können bei der Mittelsuche und Mittelfindung hilfreich sein.

§ 153 ORGANON: Charakteristische Symptome  
*„[Dabei ...] sind die auffallendern, sonderlichen, ungewöhnlichen und eigenheitlichen (charakteristischen) Zeichen und Symptome des Krankheitsfalles, besonders und fast einzig fest in's Auge zu fassen; denn vorzüglich diesen, müssen sehr ähnliche, in der*

*Symptomenreihe der gesuchten Arznei entsprechen, wenn sie die passendste zur Heilung seyn soll. Die allgemeineren und unbestimmtern: Eßlust-Mangel, Kopfweh, Mattigkeit, unruhiger Schlaf, Unbehaglichkeit u. s. w., verdienen in dieser Allgemeinheit und wenn sie nicht näher bezeichnet sind, wenig Aufmerksamkeit, da man so etwas Allgemeines fast bei jeder Krankheit und jeder Arznei sieht.“*

#### Information

Es ist sinnvoll, Personen im Umfeld des Betroffenen, insbesondere die Angehörigen sowie die Pfleger, von einer geplanten bevorstehenden homöopathischen Therapie zu informieren. Damit kann das Auftreten von Reaktionen und neuen Symptomen nach der Mittelgabe (z. B. Hautausschläge, vermehrtes Sputum, auffälliges Bronchialsekret, Durchfälle, Blutungen, etc.) sofort entsprechend zugeordnet werden.

Die Applikation kann vergleichbar zu anderen Patienten durch Globuli unter die Zunge erfolgen. Dies ist auch bei beatmeten und oral intubierten Patienten meist problemlos nach Öffnen des Mundes am Tubus vorbei möglich. Es sollte darauf geachtet werden, dass die Globuli nicht durch Salivation wieder expektoriert werden. Zudem sollte eine Mundhygiene etwa eine Viertelstunde nach Globuligabe vermieden werden. Entsprechend der Schwere der Erkrankung kann die Mittelgabe häufig auch mit Hoch- und Höchstpotenzen erfolgen. Es werden Potenzen von C 200 oder noch höher verwendet, eventuell auch in stündlichem Abstand.

Eine Problematik ist die geringe Anzahl ausgebildeter Homöopathen. Als für die homöopathische Therapie anwendbare intensivmedizinische Indikationen erweisen sich die Sepsis, Blutungen verschiedenster Natur, Abszesse und Sekretionen jedweder Art.

#### Fallbeispiel<sup>1</sup>: Dyspnoe bei ausgeprägter Ringknorpelperichondritis

Patient, männlich, 83 Jahre, mit schwerer Atemnot berichtet:

#### Anamnese

FA und KK unauffällig. An früheren Erkrankungen stachen abdominelle Koliken hervor, die im Dezember ca. 25 Jahre vor dem Akutereignis zu einer Notoperation mit Anlegen eines Anus praeter geführt hatten. Ein halbes Jahr später erfolgte die problemlose Rückoperation. Weiters bestehen ein St. P. Cholecystektomie sowie ein nicht insulinabhängiger Diabetes mellitus.

<sup>1</sup> Aus: Frass M, Bündner M (Hrsg.): Homöopathie in der Intensiv- und Notfallmedizin. Elsevier, München, 2007.

Etwa 9 Monate vor dem nunmehrigen Aufenthalt erlitt der Patient einen Discusprolaps im Lendenwirbelsäulenbereich, der operativ behoben wurde. Seit einiger Zeit litt der Patient an Husten, der am Singen hindert, sowie an geringfügiger Atemnot.

### Akutes Geschehen

Vier Tage vor dem Akutereignis hatte der Patient starke Bauchkoliken mit Blähungen, die durch Abgang verschlechtert wurden, sowie eine ungewöhnliche Verstopfung. Der Gattin des Patienten war außerdem ein intensiver Mundgeruch aufgefallen. Die durchgeführte Sonographie des Abdomens und das Abdomen-CT ergaben einen massiv dilatierten und flüssigkeitsgefüllten Magen sowie weitgestellte, flüssigkeitsgefüllte Dünndarmschlingen.

Nach entsprechender Vorbereitung wurde noch am selben Tag in Allgemeinnarkose wegen eines Bridenileus eine Adhäsiolyse und Bridenlösung durchgeführt. Postoperativ wurde der Patient einen Tag an der Intensivstation überwacht.

Nach Rücktransferierung an die Normalstation verschlechterte sich allerdings während der nächsten zwei Tage der Allgemeinzustand des Patienten. Der Patient zeigte Verwirrtheit, es bestanden Bauchschmerzen und Oligurie. Im Abdomen-Kontrollröntgen zeigte sich kein Anhaltspunkt für einen neuerlichen Ileus.

Am Tag 0 kam es zu einer respiratorischen Verschlechterung mit einem auffälligen Stridor. Da sich die Situation nicht besserte, wurde der Patient an der Intensivstation aufgenommen. Der Patient musste sofort intubiert werden. Am Tag 2 konnte der Patient wieder extubiert werden, er war zu diesem Zeitpunkt völlig klar und neurologisch unauffällig.

Durch Gabe von Furosemid und Flüssigkeit kam die Diurese wieder in Gang. Obwohl sich der Patient in den nächsten Tagen wieder einigermaßen erholte, nahm der Stridor im Larynxbereich wieder zu. Der Patient wurde unruhiger und musste neuerlich intubiert werden. Bei der Intubation fiel auf, dass die Stimmbänder und der Ringknorpel massiv geschwollen waren.

Dieser Befund wurde durch die nachfolgende laryngologische Untersuchung bestätigt. Zudem wurde endoskopisch eine Perichondritis des Ringknorpels festgestellt. Im Blutbild fand sich eine mäßige Leukopenie. Es wurde eine Therapie mit Dalacin und hochdosiertem Cortison begonnen, worauf sich die Situation in den nächsten Tagen wieder besserte.

### Konventionelle Untersuchungen und Therapie

Tracheostoma und Beatmung:

Wegen lebensbedrohlicher Zunahme der Dyspnoe wurde nunmehr chirurgisch ein Tracheostoma angelegt. Der Patient musste anfangs kontrolliert beatmet werden. Schon nach kurzer Zeit konnte auf BIPAP (biventricular intermittent positive airway pressure, Evita®) umgestellt werden.

Bildgebende Verfahren:

Das Lungenröntgen war unauffällig. Eine am Folgetag durchgeführte Computertomographie des Kehlkopfes

bestätigte die Verdachtsdiagnose „Ringknorpel-perichondritis“.

Medikamentöse Therapie:

Der Patient erhielt eine antimikrobielle Therapie mit Meropenem (Optinem®, Astra Zeneca, Wien). In der Blutkultur fand sich ein Hinweis auf das Vorhandensein von *Candida glabrata*. Aufgrund dieses Befundes wurde eine Therapie mit dem Antimykotikum Flucanazol (Diflucan®, Pfizer, Karlsruhe) begonnen. Der seit zwölf Tagen eingesetzte zentralvenöse Katheter sowie der Harnkatheter wurden aus diesem Grund gewechselt.

Unter dem klinischen Aspekt der Entzündung erhält der Patient am Tag 13 als erste homöopathische Therapie drei Mal täglich 5 Globuli Belladonna C 12 (Remedia Apotheke, Eisenstadt). Nach drei Tagen kommt es zu einer laryngologisch bestätigten Abschwellung der Stimmbänder, nach weiteren 3 Tagen wird die Tracheostomiekanüle entfernt, es kommt zu keinem Rückfall.

### Beurteilung

Diese Kasuistik zeigt, dass auch ein entzündlicher Prozess im HNO-Bereich sehr gut auf eine homöopathische Therapie ansprechen kann. Nach einer relativ langen Phase ohne Zeichen einer Besserung kam es überraschend rasch zu einem Verschwinden der Entzündungszeichen nach Gabe von Belladonna.

### Univ.-Prof. Dr. Michael Frass

Univ.-Prof. Dr. Michael Frass ist Facharzt für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin. Seit März 2004 leitet er die Spezialambulanz „Homöopathie bei malignen Erkrankungen“ an der Klinik für Innere Medizin I am Allgemeinen Krankenhaus Wien (Medizinische Universität Wien).



Positionen:

- 1992 bis Februar 2004 Leiter, Intensivstation 13.i2, Klinik für Innere Medizin I
- seit Mai 1994 Vizepräsident der „Ärztegesellschaft für Klassische Homöopathie“ (ÄKH)
- seit Oktober 1995 Arbeitskreisleiter für Homöopathie der ÄKH in Wien
- seit Januar 1998 Referent der ÄKH bei Ausbildungskursen in Salzburg

Fortsetzung nächste Seite

*Fortsetzung Vita Univ.-Prof. Dr. Michael Frass*

- seit WS 2001/02 Koordinator der Ringvorlesung "Grundlagen und Praxis komplementärmedizinischer Methoden", Med. Univ. Wien, VO 560480
- seit Juni 2006 Präsident des Dachverbandes Österreichischer Ärzte für Ganzheitsmedizin
- Mai 2002 bis Dezember 2005 Leiter des Ludwig Boltzmann Instituts für Homöopathie
- seit Juni 2003 Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Wiener Internationalen Akademie für Ganzheitsmedizin
- seit Dezember 2004 Experte für Airway Management und Homöopathie in der Intensivmedizin beim Exzellenzzentrum Internistische Intensivmedizin (CEMIC)
- seit November 2004 Ärztliche Leitung „Klassische Homöopathie für Hebammen“
- seit SoSe 2005 Koordinator des Freien Wahlfachs "Homöopathie", Med. Univ. Wien, VO 562 923
- seit Juni 2005 Leiter Institut für Homöopathieforschung
- seit 2006 Mitglied des Planungsbereichs und Vortragender für das Line Element „Interdisziplinäres PatientInnenmanagement“ (Pflichtvorlesung für MedizinstudentInnen)
- seit November 2010 1. Vorsitzender im Präsidium der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie (WissHom)

Ausbildung:

- 1986 Facharzt für Innere Medizin
- 1989 Diplom Notararzt
- 1990 Habilitation, Dozent für Innere Medizin
- 1994 Zusatzfach Internistische Intensivmedizin
- 1994 Professur für Innere Medizin
- 1994 Diplom Komplementäre Medizin: Homöopathie

Erfindungen:

- Erfindung, Entwicklung und wissenschaftliche Untersuchung des Ösophago- trachealen Kombinationstubus (Combitube™, [www.combitube.org](http://www.combitube.org), Covidien Nellcor, Pleasanton, Kalifornien, USA)
- Ultraschall Kontaktmedium Applikator
- Thyrosampler® für die verbesserte Schilddrüsenpunktion

Univ.-Prof. Dr. Michael Frass ist Autor zahlreicher Publikationen und hält Vorträge und Seminare im In- und Ausland über Homöopathie. Weitere Informationen finden Sie auf seiner Website.

Kontakt: [michael.frass@meduniwien.ac.at](mailto:michael.frass@meduniwien.ac.at)  
 Website: [www.ordination-frass.at](http://www.ordination-frass.at)

Martin Bündner (Tübingen, D)

## Einzelfalldokumentationen über Erkrankungen mit fehlendem klarem therapeutischen Konzept in der konventionellen Medizin

Die Erfassung einer homöopathischen Behandlung in den offiziellen Behandlungsleitlinien kann eventuell dann erfolgen, wenn in der konventionellen Medizin keine klaren Therapiekonzepte bestehen bzw. die regulären Behandlungsmöglichkeiten sehr eingeschränkt sind. Drei Einzelfalldokumentationen sollen die Überlegenheit der homöopathischen Behandlung gegenüber der konventionellen Medizin in diesem Spannungsfeld darstellen. Sie können damit Teil einer möglichen Grundlage für die Aufnahme der homöopathischen Behandlung in die jeweiligen Leitlinien bilden.

### 1. Kasuistik: Impffolgen/-komplikation

Definition: manifeste, anhaltende Schädigung des Organismus infolge Impfung (Bündner)

#### Symptomatik

Die 20-jährige Patientin befindet sich wegen abdominellen Beschwerden seit einem halben Jahr in chronischer homöopathischer Behandlung.

Am 05.03.2004 stellt sie sich vor, da sie trotz Erkältung gegen Hepatitis A und B vor 5 Tagen ins linke Deltoid geimpft wurde. Es bestehen nun folgende Beschwerden:

- In den ersten drei Tagen bestand eine Art anhaltender Dämmerzustand, die Patientin war schläfrig und somnolent, die auch jetzt noch abgeschwächt anhält.
- Es bestehen starke Schmerzen im Bereich der linken Schulter.
- Der Schmerz erstreckt sich von der Schulter bis in den Nacken hoch.
- Empfindlichkeit der Schulter schon gegen leichte Berührung
- Empfindlichkeit der Schulter gegen Druck
- Die Patientin erwacht durch Schmerzen im Arm.
- Jegliche Bewegung des linken Armes schmerzt in der Schulter, insbesondere
  - Ausstrecken des Armes zur Seite <
  - Anwinkeln des Armes <
  - Greifen mit der Hand <
  - Führen des Armes hinter den Rücken <
- Die Schulter ist in allen Ebenen deutlich bewegungseingeschränkt.

#### Repertorisation [1]

- I. Allgemeinsymptome, Berührung, agg., leichte (SR 283)
- II. Schlafsymptome, Gestörter, Schmerzen, durch (SR 498)
- III. Allgemeinsymptome, Bewegung, leidender Teile agg. (SR 285)
- IV. Allgemeinsymptome, Druck, agg. (SR 292)

Die Repertorisation ergibt Arsenicum album, Belladonna, Lachesis und Phosphorus.

#### Materia-medica-Vergleich zu Lachesis (Hering, Wirkungen des Schlagengiftes [3])

Betäubung der Sinne. [2669]

Vorne am Schultergelenke über der Achselgrube [mehrere kleine weiche Knorpeln unter der Haut, mit vielen dauernden Stichen, wie von spitzen Nadeln im Fleische;], schlimmer beim Rückwärtsbiegen des Arms. [2094]

[Zerschlagenheitsschmerz in den Schulterknochen nach hinten,] besonders wenn er die Arme rückwärts bewegt. [2098]

[Ziehende] Schmerzen im Schultergelenk. [Abends.] [2101]

Von Schulter nach Hals zu ziehend spannend, schlimmer bei Armbewegung. [2102]

In rechter Achsel u. im Handgelenk rheumat. Schmerzen. [2105]

[...] Schmerz im [rechten] Oberarmgelenk, daß er diesen kaum brauchen kann. [2109]

*Kleine Berührungen sind ihm unerträglich*, setzen ihn fast in Wuth. [3606]

Schlimmer bei Druck: [...] in Schulter bis Hals. [3616]

Der Materia-medica-Vergleich bestätigt Lachesis.

#### Verlauf

Die Patientin erhält Lachesis Q6 (Zinsser) 1 Tropfen zur Einnahme, die Arznei darf bedarfsweise mehrfach täglich eingenommen werden. Am Folgetag sind die Schmerzen so stark, dass sie die Arznei insgesamt vier Mal einnimmt. Die gesamte linke Seite sticht, die Schmerzen erfassen die gesamte Körperhälfte. Auch das Reiben des Hemdes wird als unangenehm empfunden. Lachesis Q9 (Zinsser) am 08.04.2011 (Lachesis Q6 ist noch nicht verbraucht).

Am 26.03.2004 berichtet die Patientin über einen guten Verlauf; die Schmerzen sind zwar bei Bewegung grundsätzlich noch vorhanden, aber insgesamt schwächer. Die Benommenheit ist vollständig abgeklungen.

31.03.2011: Die Schulterschmerzen sind fast völlig abgeklungen. Verordnung von Lachesis Q12 (Zinsser). Bei der letzten, den Schulterschmerz betreffenden Konsultation am 21.05.2011 berichtet die Patientin, dass sie zwischenzeitlich noch einmal ihren linken Arm gespürt hat. Sie erhält Lachesis Q15 (Zinsser). Im Weiteren ist die Patientin beschwerdefrei.

#### Nachbemerkung

Von der Impfung abwehrgeschwächter Personen wird abgeraten, offensichtlich weil es hierbei häufiger zu Komplikationen kommt. So auch bei der vorgestellten Patientin, bei der es nicht zu den häufiger nach Impfung auftretenden Folgen wie Schwellung, Rötung

und Fieber kommt, die allgemein als so genannte Impffreaktion bezeichnet und als harmlos betrachtet werden.

Die bei der Patientin entstandenen Beschwerden werden von Petek-Dimmer [7] als typische Impfkomplicationen eingeordnet. In der konventionellen Medizin existiert für diese Symptomatik kein Heilmittel, wenn auch die Schmerzen durch Medikamente unterdrückt werden können. Lachesis hat in diesem Beispielfall die Beschwerden nachhaltig beseitigt.

## 2. Kasuistik: Sarkoidose (M. Boeck)

Kurzdefinition [8]: Die Sarkoidose ist eine systemische Erkrankung des Bindegewebes mit Granulombildung, die als akute Verlaufsform oder chronisch mit schleichendem und symptomarmem Verlauf auftritt. Sie entsteht meistens zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr; die genaue Ursache der Krankheit ist bis heute unbekannt.

Meist zeigt sich die Erkrankung durch ein Druckgefühl im Oberkörper mit zunehmendem Husten bis hin zur Atemnot sowie durch Lymphknotenschwellungen. Die Patienten leiden häufig unter Müdigkeit und Gelenkschmerzen.

Beim Löfgren-Syndrom sind Fieber, Gelenkschmerzen, Leber- und Milzschwellung sowie „Knötchenbildung“ (Erythema nodosum) die häufigsten Symptome.

### Symptomatik

Am 15.08.2007 begibt sich der 40-jährige Patient wegen einer Sarkoidose in homöopathische Behandlung.

Der seit langem bestehende Husten hat sich seit 10 Wochen in Form eines häufig auftretenden Hüstelns erheblich verstärkt. Er hustelt insbesondere abends, beim Reden und nach Genuss von Schwarztee. Äußere Wärme lindert den Husten; ohne Wärmeanwendung besteht eine „brodelnde“ Atmung.

Der Hustenreiz sitzt seitlich über dem Kehlkopf.

Die Nase ist seither leicht verstopft und beide Ohren sind „zu“. Er verspürt Ohrendruck (der seit einer Ohrdruckmessung nachgelassen hat), hat ein Brummen zuerst im rechten, dann nachfolgend im linken Ohr wahrgenommen und hört deswegen schlecht.

Radiologisch wurden im Röntgenthorax multiple Lymphome nachgewiesen.

Weitere Beschwerden:

- Krampfartiger Husten aus der Tiefe beim Lachen und beim Ausatmen
- Verspannung des Nackens in Linksseitenlage und beim Drehen des Kopfes
- Sodbrennen im Frühjahr, Herbst und nach dem Essen von Bohnen
- Kreuzschmerzen beim Heben
- Schulterblattschmerzen mit Ausstrahlung in die rechte Brustseite, v.a. im Frühjahr und im Herbst
- Träume von Harndrang bei fehlender Toilette; beim Erwachen muss er dann Wasser lassen.
- Kauen der Unterlippe durch „Stress“
- Rezidivierende Gastritiden

- Kopfschmerzen auf wechselhafter Seite, zunehmende Schmerzentwicklung, jeden Sonntag, besser durch Salziges und durch körperliche Anstrengung
- Kopfschmerzen mit Erbrechen, vom Nacken zum Scheitel hochziehend, schlimmer durch Aufwärtssehen, beim Kopf drehen, Stirn hochziehen und Ohrenwackeln
- Gehemmte Ausatmung im Schlaf, er muss die Luft „ausstöhnen“ bis hin zu Atempausen im Schlaf
- Magenschmerzen durch Genuss von Bohnen
- Salzt das Essen nach (wenn es ihm zu wenig ist)
- Erwachen und nachfolgendes halbstündiges Herumwälzen kurz vor Vollmond
- Erwacht morgens schwer

### Repertorisation [1, 6]

- I. Husten, Modalitäten, Kälte, Kaltwerden, beim (KK 1501)
- II. Husten, Modalitäten, Reden, durch (KK 1506)
- III. Husten, Zeit, Abends (KK 1489)
- IV. Allgemeinsymptome, Seite, Symptome, rechte, zur linken Seite wechselnd [SR 422]

Es ergeben sich Causticum, Phosphorus und Sulphur.

Die Repertorisation ergibt Arsenicum album, Belladonna, Lachesis und Phosphorus.

Anmerkung: In der relativ kleinen Rubrik „Allgemeinsymptome, Speisen und Getränke, Tee agg.“ (SR 442) kann keine der drei Arzneien nachgewiesen werden. Diese mit 28 Mitteln besetzte Rubrik ist vermutlich unvollständig.

### Materia-medica-Vergleich zu Lachesis (Hartlaub CGC und Trinks CF, Reine Arzneimittel-lehre [4])

Rauheit im Halse, die sie zum Husten reizt, [früh]. [71]  
Beständig kitzelnder Reiz im Halse zum Husten. [72]  
Häufiges, trockenes, kurzes Hüsteln, von einem Reize im Halse, den ganzen Tag, doch besonders Abends. [73]

Von Schulter nach Hals zu ziehend spannend, schlimmer bei Armbewegung. [2102]

In rechter Achsel u. im Handgelenk rheumat. Schmerzen. [2105]

[Arges Kopfweh u.] Schmerz im [rechten] Oberarmgelenk, daß er diesen kaum brauchen kann. [2109]

Der Materia-medica-Vergleich bestätigt Lachesis.

### Verlauf

Auch wenn Phosphorus bei diesem Symptomenbild eher für kachektische Personen mit trockenem, hackenden Husten und Schmerzen und Schwäche in der Brust sowie Heiserkeit geeignet erscheint [2], wird es aufgrund des Materia-medica-Vergleiches in der Potenz Q6 (Zinsser) mit Einnahme von 10 Tropfen täglich eingesetzt.

Am 30.08.2007 berichtet der Patient über Verschlimmerung des Hustens seit 3 Tagen insbesondere beim sich Unterhalten, Kopfschmerzen und bitteren Mundgeschmack. Reduktion der Dosis auf 2 Tropfen täglich.

Die nächste Konsultation ist am 17.09.2007. Dem Patienten geht es besser. Nasen- und Ohrenbeschwerden sind vollständig abgeklungen, der Husten hat v. a. abends nachgelassen. Phosphorus Q9 (Zinsser) weiterhin 2 Tropfen täglich. Eine Röntgenkontrolle zeigt am 28.09.2007 jetzt sogar vergrößerte Lymphome.

Der Husten hat – wie selbst Bekannte des Patienten feststellen – am 18.10.2007 weiter nachgelassen, nun wird Phosphorus Q12 (Zinsser) verordnet, die Dosierung bleibt unverändert. Phosphorus Q15 (Zinsser) bei weiterer Besserung, keine Änderung der Dosierung.

Eine Kontrolle des Röntgenthorax zeigt am 19.12.2007 bislang keine sichtbaren Veränderungen. Der Stuhl ist seit 2-3 Monaten sehr weich und bei abendlicher Arzneieinnahme vermehrt. Der Patient hat 2 Tage lang vergessen, das Mittel einzunehmen, was jetzt eine Besserung des Hustens nach sich zog.

Weiterhin sind in letzter Zeit wieder Kopfschmerzen aufgetreten. Phosphorus Q18 (Zinsser) wird zwar verordnet, jedoch aufgrund dieser Beobachtungen die Dosis reduziert auf einen Teelöffel eines in einem halbvollen Glas Wasser verdünnten Tropfens.

Am 05.02.2008 berichtet der Patient, dass er wegen einer Verschlechterung seines Hustens auf eigene Veranlassung wieder einen Tropfen der Arznei unverdünnt eingenommen hat, woraufhin es ihm wieder längere Zeit gut ging und er sogar etwa zwei Wochen ohne Arznei beschwerdefrei auskommen konnte. Vor einer Woche hat sich jedoch wieder der trockene Husten eingestellt.

Die radiologische Kontrolle zeigt nun auch ein vergrößertes Herz, der betreuende Kardiologe verordnet nun bei persistierenden diastolischen Blutdruckwerten um 90 mmHg. Verordnung von Phosphorus Q21 (Zinsser) 1 Tropfen täglich.

Phosphorus Q24 (Zinsser) bei gleicher Dosis am 10.03.2008.

Bei der Folgekonsultation am 04.04.2008 erklärt der Patient, keinen Husten mehr zu haben. Er hat die Arznei nur noch unregelmäßig eingenommen und soll jetzt den Rest vollends einnehmen.

Verordnung von Phosphorus Q27 (Zinsser) am 30.04.2008 und Q30 am 11.06.2008, die Dosierung bleibt unverändert.

Telmisartan wurde – so der Patient am 16.07.2008 – selbständig von ihm abgesetzt, da es ihm so gut geht. Phosphorus Q33 (Zinsser), am 31.08.2008, Phosphorus Q36 (Zinsser) und am 22.10.2008 Phosphorus Q39 (Zinsser), Dosis jeweils gleich bleibend.

Am 12.11.2008 meldet sich der Patient erneut. Nach einer Einnahmepause und erneuter Arzneieinnahme hustelt er seit vier Wochen wieder. Er soll jetzt eine Einnahmepause machen. Die nächste Röntgenkontrolle fällt am 16.12.2008 sehr erfreulich aus: Der rechte Lungenflügel weist keine Lymphome mehr auf, links hat es nur noch vereinzelte Rest-Residuen, die nachfolgend auch noch vollständig rückläufig sind.

Eine weitere Therapie erfolgt nicht mehr, der Patient ist heute subjektiv und objektiv beschwerdefrei. Auch die übrigen Beschwerden des Patienten sind nahezu vollständig abgeklungen.

## Nachbemerkung

Zu diskutieren wäre, ob der Patient wegen der geringfügig noch vorhandenen Restbeschwerden weiter hätte Phosphorus einnehmen sollen. Dies lehnte er jedoch mit dem Hinweis auf sein gutes Befinden bislang ab. Mittlerweile hat er sich jedoch wegen neu aufgetretener Kreuzschmerzen am 10.12.2010 wieder in Behandlung begeben. Die Kreuzschmerzen bedurften auch Phosphorus.

Deutlich erkennbar ist, dass in der Homöopathie die organische Heilung der funktionellen folgt.

Eine kausale Therapie existiert bei der Sarkoidose nicht, weshalb die unterschiedlichen Beschwerden symptomatisch zu lindern versucht werden.

Bei symptomatischem Organbefall wird eine Kortisontherapie durchgeführt, zum Beispiel bei funktionellen Einschränkungen der Lunge oder bei Hyperkalzämie (unter anderem bei Knochenmarksbefall). In manchen Fällen wird auch Methotrexat verwendet, um Kortison einzusparen. In der Langzeittherapie können auch Immunsuppressiva wie Azathioprin und Chloroquin verwendet werden.

Beim Löfgren-Syndrom und in akuten Schüben werden anstelle von (oder zusätzlich zu) Kortikoiden auch Acetylsalicylsäure, Ibuprofen oder Diclofenac, ggf. auch zusätzlich Schmerzmittel eingesetzt. Wenn die Hauterscheinungen bei der Sarkoidose im Vordergrund stehen (kutane Sarkoidose), kann eine Therapie mit Tetrazyklinen oder Allopurinol versucht werden.

Die Sarkoidose ist gerade in der chronischen Verlaufsform in der konventionellen Medizin nicht heilbar. Phosphorus hat jedoch zu einer vollständigen Genesung – mit Verschwinden der Lymphome – des Patienten geführt.

## 3. Kasuistik: Colitis ulcerosa

Kurzdefinition [8]: Chronisch entzündliche, schubweise verlaufende Erkrankung des Dickdarmes, die sich vom Mastdarm beginnend ausbreitet. Es entstehen entzündliche Geschwüre vor allem der oberflächlichen Schleimhautschichten, die leicht bluten. Typische Krankheitszeichen sind blutiger Stuhl, Durchfälle und Leibschmerzen. Die Erkrankung kann mit konventionellen Therapien nicht dauerhaft geheilt werden.

„Die Behandlung des chronischen Darmkatarrhs ist oft mit großen Schwierigkeiten verbunden; sie erfordert nicht nur eine genaue, ins kleinste Detail eingehende, streng individualisierende Mittelwahl, sondern sie ist auch abhängig vom zweckmässigen Verhalten der Kranken, welches oft schwer zu erzielen ist. Demungeachtet liefert die Homöopathie in dieser Krankheitsform günstige Resultate und ist oft auch in solchen Fällen vom befriedigenden Erfolge gekrönt, welche Wochen oder Monate lang nach anderen Heilmethoden fruchtlos behandelt wurden.“ [5]

## Symptomatik

Bei der 31-jährigen Patientin wird die Diagnose „Colitis ulcerosa“ im September 2002 gestellt und nachfolgende Therapie mit Mesalazin eingeleitet; seit 1998 bestehen die nachfolgenden Bauchbeschwerden:

- flockiger, eher gelblicher Schleimabgang
- Blutabgang jeden Tag

- Ziehen im Bauch vor Stuhlgang
- Trotz Stuhldrang entleert sie nur Schleim oder Blut.
- Der Unterleib ist prall aufgetrieben, in Oberbauchmitte besteht eine Vorwölbung.
- Vollkornprodukte werden nicht vertragen, sie bekommt davon Bauchkrämpfe genau wie von Zwiebelkuchen oder Trauben.
- Die eher abends auftretenden starken Blähungen sind laut und stinken.
- Der Stuhl stinkt ebenfalls.
- Sodbrennen den ganzen Tag über
- Starke Schweißausbrüche v. a. am Rücken nach kurzer Arbeitstätigkeit
- Pickel haben sich auch am Hals entwickelt.
- 1998 war die Patientin unzufrieden und unglücklich, bevor die Beschwerden ausbrachen. Eine schubweise Verschlimmerung entstand im September 2002, als sie sich durch die Mutter gekränkt fühlte und gegen deren neuen Freund Aggressionen hatte. Weiterhin Eifersucht (Ergänzung 27.07.2004).

Weiterhin fügt die Patientin andere Symptome hinzu:

- Migräne (Beginn mit 16 Jahren) mit punktuell stechendem, schlagendem Schmerz, Erbrechen und Übelkeit. Auftreten vor allem am Wochenende; vor Gewitter, schwüles Wetter, Wetterwechsel auf warm sowie Bewegung des Kopfes zur Seite verschlimmern.
- Druck im Hinterkopf
- Sie bekommt kein Fieber.
- Querfalten auf der Stirn
- Innerliche Leere
- Einnahme der Verhütungspille
- Auf Stirn und Rücken sind schmerzhafte, nur wenig erhabene Pickel.
- Abneigung gegen Fett

### 1. Repertorisation [1]

- I. Gemütssymptome, Beschwerden infolge von, Kränkung, Demütigung (SR 27)
- II. Gemütssymptome, Beschwerden infolge von, Zorn, Ärger (SR 29)
- III. Gemütssymptome, unzufrieden, missvergnügt, unbefriedigt (SR 203)
- IV. Gemütssymptome, unglücklich, bedauernswert, fühlt sich (SR 203)
- V. Allgemeinsymptome, Speisen und Getränke, Zwiebeln agg. [SR 445]

Die Repertorisation ergibt Lycopodium und Sepia, wobei bei ersterem alle Rubriken 2- oder 3-wertig sind.

### Materia-medica-Vergleich zu Lycopodium (Trinks und Müller, Handbuch der homöopathischen Arzneimittellehre [10])

„Leicht Erregbarkeit zu Aerger und Zorn.“ [S. 62]

„Unzufriedenheit.“ [S. 62]

„Brennendes Aufstossen wie Sod, zum Theil unvollkommen, nur bis an den Schlundkopf kommend und daselbst mehrere Stunden lang Brennen verursachend.“ [S. 68]

„Dicker, voller, von Winden aufgetriebener, täglich schmerzhafter Bauch ...“ [S. 70]

„Klemmendes Ziehen ganz tief im Unterleibe.“ [S. 70]

„Windeabgang ...“ [S. 71]

„Sehr faulriechender Stuhl.“ [S. 71]

Hier lassen sich die Symptome des Falles nicht optimal durch den Materia-medica-Vergleich zu Lycopodium bestätigen.

Lycopodium deckt aber gleichsam die übrigen wichtigen Symptome des Falles ab (z. B. meteorologische Einflüsse, Reaktionsmangel, Stirnquerfalten), so dass es dennoch als sehr geeignet erscheint.

### Verlauf

Die Patientin erhält am 08.10.2003 Lycopodium Q6 (Zinsser) 1 Teelöffel von einem in einem Glas Wasser gegebenen Tropfen; die Arznei wird in aufsteigenden Potenzen bis zur Q33 (02.09.2004) verordnet. Während der Einnahme klingt die beschriebene Symptomatik der Colitis ulcerosa langsam ab.

Am 27.07.2004 stellt sich die Patientin mit einer veränderten Symptomatik vor:

- Gelblich-flüssige Absonderung aus dem Darm
- Blähungen mit gelbem Schleimabgang, es schießt regelrecht heraus; dabei blutige Absonderungen
- Bauchschmerzen, v. a. im Unterleib
- Der Stuhl ist schwarz, pastenartig, schmierend.
- Sie hat das Gefühl, der Darm sei nach dem Stuhlgang noch nicht entleert. Am Anfang der Entleerung verspürt sie wie ein „Würgen“, es zieht sich etwas zusammen.
- Sie mag kein Fleisch (v. a. kein Schweinefleisch), das ekelt sie.
- Am Rücken ist sie wieder sehr verschwitzt.

### 2. Repertorisation [6]

- I. Magen, Abneigung, Fleisch (KK 1551)
- II. Rectum, Obstipation, ungenügender, unvollständiger, unbefriedigender Stuhl (KK 1752)
- III. Stuhl, schleimig, gelb (KK 797)
- IV. Rücken, Schweiß (KK 718)

Es ergibt sich Sulphur.

### Materia-medica-Vergleich zu Sulphur (Trinks und Müller, Handbuch der homöopathischen Arzneimittellehre [10])

„[...] Schweiß nur im Nacken, [...]“ [S. 1049]

„Widerwille gegen Fleisch; es wird ihm brecherlich darauf.“ [S. 1060]

„Eiliger Stuhldrang, und doch muss er sich anstrengen, ehe er Etwas los wird, obgleich der Stuhl weich und natürlich ist.“ [S. 1065]

„Der Stuhl entgeht schnell und fast unwillkürlich, ...“ [S. 1066]

„Sehr schleimiger Stuhl. Stuhl mit Schleim bezogen.“ [S. 1066]

„Zusammenziehende Empfindung im Mittelfleische.“ [S. 1067]

Alle Symptome von Sulphur finden sich im Materia-medica-Vergleich bestätigt.

## Weiterer Verlauf

Am 27.07.2004 wird Sulphur Q6 (gegenüber Lycopodium unveränderte Dosierung) in aufsteigenden Potenzen bis hin zur Q33 am 24.06.2005 verordnet.

Am 26.07.2005 besteht ein neues Beschwerdebild:

- Colon descendens und transversum sind entzündet (Kontrollkoloskopie).
- Morgens besteht seit 3 Monaten ein schleimiger Ausfluss aus dem After.
- Seit etwa 10 Tagen bestehen Unterleibskrämpfe.
- Der Schleim schießt aus dem After heraus.
- Es kommen Blähungen, dann folgt der Stuhl. (?)
- Durchfall
- Sie ist schnell müde und schlapp.
- Schweiß auf dem Rücken
- Ihr ist allgemein heiß.
- Die Menstruation dauert nur einen Tag lang.
- wenig sexuelles Verlangen
- Übelkeit vom Geruch des Schweinefleischs
- Sie fühlt sich überlastet, hat keine Freizeit mehr für sich selbst, da sie ihrem in Schwierigkeiten geratenen Neffen helfen muss.
- innerliche Aggressionen
- Wut und Zorn, aber auch Hass auf den Schwager
- Hilflosigkeit

## 2. Repertorisation [1, 6]

- I. Gemütssymptome, Hass (SR 109)
- II. Gemütssymptome, Entmutigt (SR 51)
- III. Weibliche Genitalien, Menses, kurz dauernd, zu (KK 1899)
- IV. Rücken, Schweiß (KK 718)
- V. Allgemeinsymptome, Speisen und Getränke, Schweinefleisch, Abneigung (SR 441)

Die Repertorisation ergibt ausschließlich Pulsatilla.

### Materia-medica-Vergleich zu Pulsatilla (Trinks und Müller, Handbuch der homöopathischen Arzneimittellehre [10])

Die gegebene Symptomatik lässt sich in der Literatur nicht gut nachweisen. Da jedoch die Repertorisation eindeutig ausgefallen war, wird entschieden, trotzdem Pulsatilla zu verabreichen.

## Weiterer Verlauf

Die Patientin erhält Pulsatilla Q6 in unveränderter Dosierung wie bei den anderen Mitteln und in aufsteigenden Potenzen bis zur Q27 (24.03.2006).

Der Patientin geht es zunehmend besser, die Beschwerden klingen ab. Am 02.05.2006 besteht jedoch wieder eine neue Symptomatik:

- Wieder etwas Blut im Stuhl in einer Stressphase
- Viel Luft im Bauch, Blähungsabgang
- Abgang von weißlich-flockigem Schleim
- Unterleibskrämpfe durch Alkoholgenuss
- Der Bauch ist aufgetrieben.
- Wiederum Abneigung gegen Fleisch, sie kann es nicht mehr riechen.
- Akne auf dem Rücken und den Wangen

- Die Menstruation dauert wieder nur einen Tag, ist schwach und kommt zu spät.
- Zuerst Blähungsabgang, dann kommt Stuhlgang.
- Die Querfalten auf der Stirn kommen verstärkt heraus.

## 3. Repertorisation [6]

Hierfür werden die neuen und die noch bestehenden Symptome betrachtet und die charakteristischen zur Repertorisation herangezogen:

- I. Weibliche Genitalien, Menses, kurz dauernd, zu (KK 1899)
- II. Magen, Abneigung, Fleisch (KK 1551)
- III. Rektum, Flatus, Stuhlgang, vor (KK 1749)
- IV. Stuhl, Schleimig, weiß (KK 1797)
- V. Modalitäten, Alkoholische Stimulantien (KK 2025)
- VI. Gesicht, Aussehen, faltig, Stirn (KK 482)

Es ergibt sich Natrium muriaticum.

### Materia-medica-Vergleich zu Natrium muriaticum (Trinks und Müller, Handbuch der homöopathischen Arzneimittellehre [10])

„Kolik wie von krampfhaft eingesperreten Blähungen, ...“ [S. 295]

„Viel Blähungserzeugung, den Leib auftreibend und anspannend, ...“ [S. 296]

„Allzuhäufiger Windeabgang.“ [S. 296]

„Mit geronnenem Blute gemischter Stuhl; ...“ [S. 296]

Die pathognomonischen Symptome werden in der Materia medica gut dargestellt.

## Weiterer Verlauf

Nun erhält die Patientin Natrium muriaticum Q 6 in gleicher Dosierung wie alle übrigen Arzneien und in aufsteigenden Potenzen bis Q24, welches am 20.12.2006 verordnet wurde.

Seither ist die Patientin bislang beschwerdefrei, es bestehen keine Colitis-Symptome mehr.

## Nachbemerkung

Die Patientin konnte mit dieser in der konventionellen Medizin nicht heilbaren Erkrankung nur durch eine Abfolge verschiedener homöopathischer Arzneien genesen.

## Literatur

- [1] Barthel H: Synthetisches Repertorium. Gemüts- und Allgemeinsymptome der homöopathischen Materia Medica. 5., völlig überarbeitete Auflage. Stuttgart: Haug, 2005.
- [2] Gatchell Ch: Diseases of the Lungs. Their Pathology, Symptomatology, Diagnosis and Treatment. Chicago: Ery Publishing Company, 1902.
- [3] Hering C: Denkschriften der Nordamerikanischen Akademie der homöopathischen Heilkunst. Erste Lieferung. Wirkungen des Schlangengiftes, zum ärztlichen Gebrauche vergleichend zusammengestellt. Nebst einer Einleitung über das Studium der homöopathischen Arzneimittellehre. Allentown (Pennsylvania): Kummer, 1837.
- [4] Hartlaub CGC und Trinks CF: Reine Arzneimittellehre. Dritter Band, Leipzig: Brockhaus, 1831.

- [5] Kafka J: Die homöopathische Therapie auf Grundlage der physiologischen Schule. Ein praktisches Handbuch für Aerzte, welche die homöopathische Heilmethode kennen lernen und am Krankenbett versuchen wollen. 1. Band. Sondershausen: Eupel, 1865.
- [6] Kent, JT.: Kents Repertorium der homöopathischen Arzneimittel. 14. Aufl, Heidelberg: Haug-Verlag, 1998.
- [7] Petek-Dimmer A: Kritische Analyse der Impfproblematik, Band 1: Ein Kompendium über die wahre Natur der Impfungen, ihre Pathogenität und Wirkungslosigkeit. Band 1. Aegis Schweiz, 2004.
- [8] Siegenthaler W: Differenzialdiagnose Innerer Krankheiten. 14. Auflage. Stuttgart: Thieme, 2000.
- [9] Sorge GW: Der Phosphor ein grosses Heilmittel. Physiologisch geprüft und therapeutisch, nach dem Grundsätze Similia Similibus curantur, verwerthet, unter Benutzung der gesammten medicinischen Literatur. Gekrönte Preisschrift. Leipzig: Purfürst, 1862.
- [10] Trinks CF, Müller C: Handbuch der homöopathischen Arzneimittellehre. Nach den gesammten älteren und bis auf die neueste Zeit herab genau revidierten Quellen der Pharmakodynamik und Therapie dem gegenwärtigen Standpunkte der Homöopathie gemäß bearbeitet. Leipzig: Weigel, 1843 und 1847.
- [11] Van Denburg MW: Therapeutics of the Respiratory System. Cough and coryza, acute and chronic. Repertory with index. Materia medica with index. Philadelphia: Boericke & Tafel, 1916.

## Dr. med. Martin Bündner

Facharzt für Allgemeinmedizin  
Homöopathie – Notfallmedizin

- Facharztqualifikation Allgemeinmedizin
- Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
- jahrelange Erfahrung im Rettungs- und Notarztdienst
- Erlangung der Zusatzbezeichnung Homöopathie
- erfolgreiche Absolvierung der freiwilligen Abschlussprüfung des DZVhÄ (Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte) zur Zusatzbezeichnung Homöopathie
- tiefgehende Beschäftigung und Erfahrung mit dem homöopathischen Heilverfahren



Lehrfähigkeit:

- Ermächtigung zur vollen Weiterbildung für Ärzte zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Homöopathie durch die zuständige Ärztekammer
- Dozent an Weiterbildungskursen zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Homöopathie

Homöopathisch-wissenschaftliche Tätigkeit:

- zahlreiche Publikationen und Buchrezensionen
- Mitherausgeber des Buches "Homöopathie in der Intensiv- und Notfallmedizin", Urban & Fischer, Elsevier GmbH, München, 2007.
- Hauptautor des Notfallkapitels (Seiten 268-602) von "Homöopathie in der Intensiv- und Notfallmedizin (s. o.)"
- Mitautor am Buch "Falldarstellungen aus der homöopathischen Praxis"
- Übersetzung und Bearbeitung des Buches "Homöopathie bei Asthma"

Kontakt: [Martin.Buendner@gmx.de](mailto:Martin.Buendner@gmx.de)  
Website: [www.dr-martin-buendner.de](http://www.dr-martin-buendner.de)

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

## Zur Relevanz medizinhistorischer und medizintheoretischer Grundlagenforschung

### Abstract

Moderne Wissenschaft, konventionelle Medizin und naturwissenschaftlich-kritische Homöopathie haben einen gemeinsamen blinden Fleck. Von dem für sie maßgeblichen Cartesianischen Standpunkt aus, der dem distanzierten Blick eines vermeintlich neutralen Beobachters auf vermeintlich von ihm unabhängig existierende Objekte entspricht, lassen sich weder Herkunft noch Wesen noch Wirkung des eigenen Tuns erkennen, geschweige denn verstehen.

Diese Anfangsvergessenheit bezieht sich im Falle der Medizin

- auf ihren ureigensten Gegenstand (Leben, Gesundheit), den sie somit verfehlt,
- auf ein adäquates Selbstverständnis der eigenen Akteure (handelnde, freie und damit verantwortliche Subjekte) und
- auf die relationalen Bedeutungsprozesse (Vergesellschaftung, Individuation, Konstruktion von Wirklichkeit), in denen sie sich und ihre Paradigmen permanent reproduziert.

Erst vor dem Hintergrund einer Einsicht in diese grundlegenden Zusammenhänge, die durch medizinhistorische und medizintheoretische Forschung und Lehre aufzuklären und zu vermitteln sind, wird es möglich, die Stärken von Hahnemanns phänomenologischem, semiotischem und individualisierendem Ansatz zu würdigen und weiterzuentwickeln, ohne ihn – unter Verkenning der kategorialen Andersartigkeit konventioneller Methoden und Standards – auf ein unliebsames Relikt vormodernen Denkens, unter ständigem Placebo-Verdacht, im Rahmen einer materialistischen, quantifizierenden und ökonomie-basierten Medizin (EBM) zu reduzieren.

Die folgenden Abbildungen stellen eine Auswahl der Vortragspräsentation dar.

### Referenz

Schmidt JM: Zur Relevanz wissenschafts-, medizin- und sozialgeschichtlicher Grundlagenforschung. Schweizerische Zeitschrift für Ganzheitsmedizin. 2013; 25:231–240 (DOI:10.1159/000353925)

### Einleitung

- Die Errungenschaften der Homöopathie in 200 Jahren  
- Kontrast zu ihrer mangelnden Anerkennung durch die konventionelle Medizin
- Wie lässt sich dieses (1.) *Paradox* erklären / auflösen?  
- Revision der bisherigen Forschungsansätze nötig?
- These:  
- Die Ablehnung der Homöopathie durch die konventionelle Medizin beruht auf einem unzureichenden Verständnis der Reichweite und Grenzen der Wissenschaft  
- Eine Radikalisierung des wissenschaftlichen Ansatzes eröffnet einen neuen, befreiten Blick auf die Realität

### Theorie der Medizin (2)

- **Quantenphysik:** naiver Realismus, Objektivismus und Materialismus wurden als unhaltbar erwiesen
- **Moderne Biologie,** radikaler Konstruktivismus:  
- Wahrnehmung als Konstruktionsprozess von Seiten des Subjekts, „Viabilität“ statt „Realität“
- **Moderne Wissenschaftstheorie:**  
- Positivismus, kritischer Rationalismus und genereller Methodenzwang wurden zurückgewiesen (Feyerabend)  
- Unabschließbarkeits-Theorem (Gödel)  
- Absolute Voraussetzungen jeder Wissenschaft (Collingwood)  
- „Denkstile“ und „Denkkollektive“ (Fleck)  
- Wissenschaft als sozialer Prozess, Paradigmen (Kuhn)
- **Wissenschaftsgeschichte**

### Theorie der Medizin (1)

- Was bedeutet das: Homöopathie zu praktizieren?
- Antwort der **konventionellen Medizin:** „Placebothherapie“
- Diese Behauptung ist unwissenschaftlich und unzulässig  
- Denn sie verschweigt ihre Voraussetzungen: naiver Materialismus, quantitativ-statistische Methodik usw.
- Dennoch:  
Keine generelle Ablehnung der wissenschaftlichen Methode!  
Jedoch: Beschränkung ihres Stellenwerts in unserem Leben!

### Theorie der Medizin (3)

- **Theorie der Medizin:**  
- Medizin ist keine angewandte Naturwissenschaft, sondern eine praktische Wissenschaft sui generis  
- Erkenntnis ist auf therapeutisches Handeln zu beziehen
- Einführung des Subjekts in die Medizin (Weizsäcker)  
- Das biopsychosoziale Modell des Menschen (Uexküll)  
(Bedeutungsprozesse, Funktionskreise, Situationskreise)
- Wissenschaftliche Beschreibung homöopathischer Praxis  
(funktionaler, kybernetischer und semiotischer Zugang zu den Phänomenen des Lebens)
- Instrumentarium zur wissenschaftlichen Klärung und Spezifikation des eigenen Selbstverständnisses

## Geschichte der Medizin (1)

- Das biopsychosoziale Modell ist wissenschaftlicher, aber viel weniger verbreitet (= 2. Paradox)
- **Soziologie:** Menschen vergesellschaften sich, sie bilden Gesellschaften
  - Interdependenz zwischen Subjekten und der Gesellschaft
- **Kommunikationswissenschaft:** Sprache als soziales Phänomen, als ein Bedeutungsprozess
  - Verständnis von Sprache nur durch Teilnahme
- Analog: Homöopathie kann nicht verstanden werden, ohne sie zu praktizieren

## Geschichte der Medizin (4)

- **Kulturwissenschaften:** Beschleunigung aller Aktivitäten durch die zunehmende Herrschaft des Geldes
  - Seit der Abschaffung des Zinsverbotes: Zunahme der Bedeutung der Zeit als Faktor des Gelderwerbs
  - Uhrwerke als Paradigma wissenschaftlicher Mechanismen
  - Verdichtung der Zeit durch Multitasking
- **Philosophie:** „Ratio“ als kaufmännische Rechnungslegung!
  - Neubewertung: Rationalismus, Aufklärung, Fortschritt, Emanzipation
  - Konzepte von Subjektivität, Dynamik, Steigerung usw. (Zeitgeist)
- **Ethik:** Utilitarismus, Sozialdarwinismus, Verhandlungsethik
- **Theologie:** Von Gott als Garant von Wahrheit zum „Tod Gottes“ (Nietzsche) – sozioökonomische Hintergründe!

## Geschichte der Medizin (2)

- **Wirtschaftswissenschaft:** Einfluss der Ökonomie auf praktisch alle Bereiche unseres Lebens
- Konventionelle Ökonomie: Knappheit von Gütern, Sachzwänge, Geld als Tauschmittel, Eigennutz, „unsichtbare Hand“ (Smith)
- **Kritische Ökonomie:** Geld als Denkform, die Weise der Vergesellschaftung in kapitalistischen Gesellschaften
- Unsere Sicht der Welt ist durch unser Denken in der Geldform konstituiert
  - Geld verwandelt alles, was es berührt, in eine Ware
  - Geld ist reine Quantität, lässt sich unendlich vermehren
- Das höchste Motiv, Ziel und Verdienst: der Umsatz und die Vermehrung von Geld, Wirtschaftswachstum (BIP)

## Geschichte der Medizin (5)

- **Fazit:**

Der Prozess der Vergesellschaftung in der Denkform des Geldes hat in kapitalistischen Zivilisationen alle Bereiche und Dimensionen des Lebens gewaltig umgewandelt, einschließlich der Wissenschaften.
- Nur noch materielle Dinge und quantitative, ausbeutbare Beziehungen werden als real akzeptiert.
  - Alles andere wird vernachlässigt und geringgeschätzt, wie Qualitäten, Werte, Gefühle, Bedeutungsprozesse, die mit diesen Kategorien nicht erfassbar sind.
- Dies ist der Grund, warum in der konventionellen Medizin das biopsychosoziale Modell des Menschen keine Chance hat, eine signifikante Rolle zu spielen, und warum die Homöopathie immer noch von einem mechanistischen Hintergrund aus bewertet wird, mittels Statistik und materieller Messwerte.

## Geschichte der Medizin (3)

- **Geschichtswissenschaft:** Die Vorherrschaft des Geldes war nicht immer (in diesem Ausmaß) gegeben
  - Kulturelle und wissenschaftliche Veränderungen vollzogen sich in Korrelation mit dem Aufstieg des modernen Gelddenkens
- Mittelalter: Agrar- und Subsistenz-Wirtschaft
- Mit den ersten Börsen und Banknoten: Unruhe, Dynamik
  - Anreiz: Geld und Vermögen zu vermehren
- Entstehung der **modernen Naturwissenschaft**
  - Emanzipation vom traditionellen teleologischen Denken
  - Der Natur ihre Geheimnisse entreißen (Bacon)
  - Die neuen Ideale: Quantifizierung, Mathematisierung, Standardisierung, Reproduzierbarkeit, Materialismus, Positivismus, Reduktionismus usw. – als Resultate der Denkform des Geldes

## Konklusion

- Konsequenzen einer treuen Nachfolge Hahnemanns: (über das Verschreiben von homöopathischen Arzneimitteln hinaus)
- 1. Inspiration zu freiem und unabhängigem Denken
- 2. Studium der Bedingungen, die freies und vertrauensvolles Denken und Handeln beeinträchtigen
- 3. Befreiung des Homöopathen sowie der Homöopathie (von der Fremdbestimmung durch monetäre Einflüsse)
- Nebeneffekt: Beschreiten des Weges der Selbsterkenntnis
  - gnóthi seautón (erkenne dich selbst)
  - tat twam asi (das bist du)

### 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 Prüfarzt 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

Jörg Hildebrandt (St. Pölten, A)

## Die Arzneierfahrung als universelles Ähnlichkeits-Prinzip des Lebendigen?

Anhand von Beispielen aus drei Arzneimittelprüfungen (Acanthaster, Toxopneustes und Solanum Malacoxylon) sowie von Erfahrungen mit Patienten und Phänomenen wird in diesem Beitrag der Ähnlichkeitsbegriff diskutiert.

### Methode

Der Vorschlag eigener Nomenklatur soll ermutigen, Grundlagenforschung nicht aus der eingengten Perspektive vorgefertigter Schublade oder uminterpretierter, bereits belegter Begrifflichkeiten zu betreiben, da das zu einer verzerrenden Beschneidung der Wirklichkeit führt („Cinderellas Schuh-Phänomen“<sup>\*</sup>).

### Ergebnis

Die Herausnahme des homöopathischen Ähnlichkeitsprinzips aus den bekannten Definitionen (AMP, Heilung, normales Leben) erlaubt einen neuerlichen Blick auf das Ganze und einen Versuch der begrifflichen Beschreibung dessen, was beobachtbar ist: Ähnlichkeits-(Simile)gradient s Arznei/Patient jeweils qualitativ/quantitativ. Daraus folgendes Trennungsvermögen/Integrationsvermögen t. Davon ausgehend kann man einen neuen Standpunkt einnehmen über die Frage, was das zu Erforschende ist.

### Schlussfolgerung

1. Die Homöopathie ist bis zum Beweis des Gegenteils (weiterhin) als eigenständige Wissenschaft zu führen, die ihre Begrifflichkeiten nicht mit belegten Begriffen anderer (wenn auch jüngerer) Wissenschaften mischen darf. In der Arzneimittelselbsterfahrung liegt der Schlüssel für zukünftige Grundlagenforschung auf Basis der Ähnlichkeitsgradienten und des Trennungsvermögens.
2. Acanthaster, Toxopneustes und Solanum malacoxylon haben das Stadium eines gut verwendbaren Materia-medica-Bildes erreicht. Wichtiger als Details der Durchführung der Arzneimittelselbsterfahrung ist das Sammeln therapeutischer Erfahrungen bis zur Ausbildung eines Materia-medica-Bildes. Eine Vergleichbarkeit einer homöopathischen AMP mit pharmakologischen AM-Studien ist trotz ähnlichen Namens nicht gegeben.

### Weitere Ausführungen

Anlässlich des Vorhabens, die HAMP (homöopathische Arzneimittelprüfung) in Anlehnung an eine pharmakologische AMP zu reglementieren, diskutieren wir einige HAMP/HAMSE (Homöopathische Arzneimittelselbsterfahrungen), und gelangen damit zum Ähnlichkeitsprinzip.

Dieses wird reflektiert im soziokulturellen Kontext, in der Signatur, der HAMP/HAMSE, der Therapie-Nebenwirkung, der homöopathischen Überdosierung, der Toxikologie, der Reaktion auf Umwelteinflüsse, der Verreibungsprüfung und der Placebogruppe sowie einer anthropologischen Meditationsgruppe.

Die Universalität des Ähnlichkeitsprinzips stellt unsere Vorstellungsschemata von AMP versus Therapie versus therapiefreies Leben in Frage. Damit einhergehend muss die Einordenbarkeit der Homöopathie in bestehende Wissenschaftsgebiete bezweifelt oder zumindest aufgeschoben werden, um eine behindernde Beschneidung der Realität zu vermeiden („Cinderellas Schuh-Phänomen“).

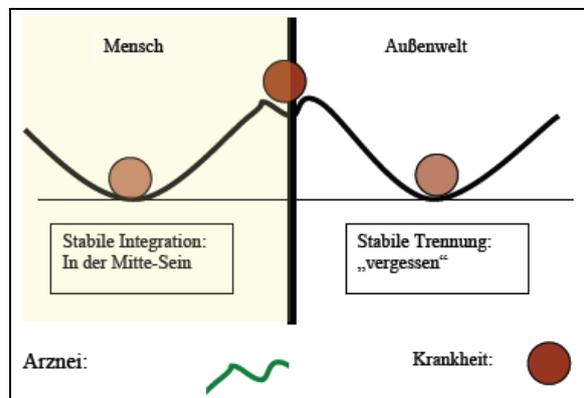
Homöopathie darf/muss eine eigenständige Wissenschaftssparte mit eigenständigen Begrifflichkeiten bleiben, bis weitere Erkenntnisse Klarheit schaffen.

Zur Forschung: Die Grundlage der homöopathischen Forschung ist die AMP und die Analyse der Krankengeschichten (Notwendigkeit von Publikationen!). Worauf könnte sich die Grundlagenforschung richten? Strukturelles verließen wir mit der Dynamisierung – wieso suchen wir dann in der dynamisierten Arznei Strukturphänomene?

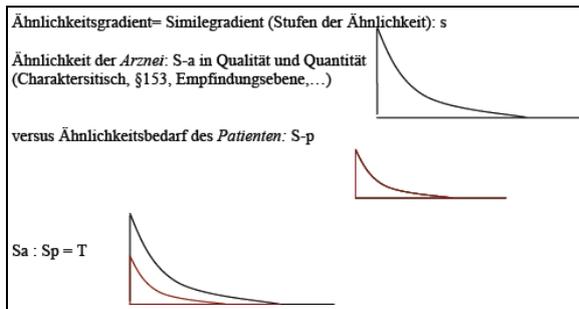
Das wirksame Prinzip ist die „Ähnlichkeit“, die wiederum beschrieben werden kann. Deren Komponenten kann man dann beforschen.

### Beschreibungsansatz: Hypothese

Ähnlichkeit führt zu einem **Transformationsdruck**: entweder Trennung vom oder Integration des Ähnlichen. Das wird als auslenkende Kraft wahrgenommen (Erstreaktion, Energieschub usw.).



\* „Cinderellas Schuh-Syndrom“ ist wiederum bereits fußchirurgisch belegt!



T ist der Trennungs-/Integrationsdruck  
Optimal = 1 = Simillimum

### Beispiel Toxopneustes

Kopfschmerzen (verschiedener Art) S-a = 10  
Kopfschmerzen pulsierend, Stirn, von innen wie Abszess: S-a = 100

Patient 1: Kopfschmerz ohne weitere Angaben

S-p = 10

$10 / 10 = 1$

$100 / 10 = 10$  (suboptimal, wenn die spezifischen die einzigen KS von Toxop. wären)

Patient 2: KS pulsierend, Stirn von innen, wie ein Abszess = 100

$100 / 100 = 1$

Gelsemium = Kopfschmerzen = 10

$10 / 100 = 0,1$  -> wenig Heilungsgewissheit

### Fragen

- Wie misst man die Ähnlichkeit?
- Was misst man als Ähnlichkeit? (Richtungsstreitfrage)
- Was bewirkt den Trennungs-/Integrationsdruck? Ist der messbar?
- Wo wirkt er?

### Die Arzneimittelselbsterfahrung als Prüffeld der Hypothesen

Zum Beispiel: Wie weit kann der S-a oder S-p durch Fokussierung auf die Prüfung/Arznei erhöht werden?

Falls Ja: Warum reicht die Fokussierung alleine nicht? Sind Acanthaster, Toxopneustes, Solanum Malacoxylon nur Krücken, um uns die Erkennung von menschlich zu nicht menschlich = krank zu ermöglichen?

Dann müsste es paradoxerweise Impulse aus der Placeboforschung geben, ohne dass Homöopathie deswegen Placebo ist.

### Conclusio

- neue Begriffe verwenden
- eigene Messinstrumente entwickeln
- HAMSE als wesentliches Forschungsinstrument bewahren
- daran Hypothesen ausfeilen

### Dr. med. univ. Jörg Hildebrandt

Dr. Jörg Hildebrandt, Jahrgang 1969, begann seine intensive Ausbildung in der Homöopathie bereits im Studium, wo er sich in der technischen Betreuung von Seminaren und in der Erstellung einer Lehrmittelsammlung (Dias) bei der ÖGHM engagierte.

Er führt Arzneimittelprüfungen durch, publiziert (Dr. Peithnerpreis 2008), ist leitender Redakteur der Fachzeitschrift "Homöopathie in Österreich" (seit 2007) und hält Vorträge über Homöopathie sowie Augenheilkunde, einschließlich Kongressbeiträgen.



Nach seiner Dissertation an der Klinischen Pharmakologie am AKH Wien war er in Lehrpraxis bei Dr. Pichler in Kärnten, dann in Turnus und Facharzt Ausbildung in St. Pölten und Horn.

Dr. Hildebrandt ist Oberarzt für Augenheilkunde in St. Pölten, wo er auch eine Wahlarztordination (Allgemeinmedizin und Augenheilkunde mit Schwerpunkt Homöopathie) seit 2005 betreibt.

Die kritische, aber integrative Auseinandersetzung mit den neueren Strömungen in der Homöopathie ist ihm ein zentrales Anliegen.

Website: [www.dr-hildebrandt.at](http://www.dr-hildebrandt.at)

## Thorsten Stegemann (Rottenburg am Neckar, D)

# Glopedia – das homöopathische Werkzeug der Zukunft \*

### Abstract

Die weltweite Verteilung des homöopathischen Wissens in zahllosen Büchern, Zeitschriften etc. und die zunehmende Zersplitterung der Homöopathie in verschiedene Richtungen macht die strukturierte Aufnahme in eine gemeinsame Datenbank notwendig, in der alle Informationen zusammengeführt und leicht und nach der jeweiligen Ausrichtung selektiert gefunden werden können.

Die inzwischen verfügbaren Techniken machen es möglich, diese Arbeit mit allen Interessierten und engagierten Homöopathen gemeinschaftlich online durchzuführen.

Ziel ist neben einer Revision des homöopathischen Wissens auch, das Wissen in einer multimodalen Struktur vorzuhalten, die sowohl den Zugriffsweg einer üblichen Materia Medica als auch den Zugriff mittels eines technisch einheitlichen aber transparent schulen-adaptierbaren Praxisprogramms in repertorialer Struktur ermöglicht.

### Referenzen

Reuter H: Glopedia-Datenbankprojekt bei WissHom. ZKH 2011; 55 (3): 166-167.

Stegemann T: Glopedia – ein Projekt der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie (Wiss-Hom). Interview auf [www.dzvhae.de](http://www.dzvhae.de) (2012).

[www.wisshom.de](http://www.wisshom.de)

[www.globerep.de](http://www.globerep.de)

Die nachfolgenden Abbildungen stellen eine Auswahl der Vortragspräsentation dar.

### Das Problem

- Das homöopathische Wissen ist **weltweit zerstreut** in diversen Büchern, Zeitschriften, Mitschriften etc.
- Die Homöopathie **zersplittert** zunehmend in unterschiedliche Richtungen
- Der Versuch, die homöopathischen Erfahrungen bezüglich der Arzneien zu sammeln (Revision der Materia Medica) erfolgt bislang in **Einzelgruppen** mit zum Teil einschränkenden Vorgaben und kommerziellen Interessen.

### Das Problem

- Teilweise werden die Einträge mit **Autoren** gekennzeichnet, denen man **vertrauen** soll oder deren Einträge man abwählen kann
- Aber wie können wir vertrauen, wenn wir nicht wissen, was der- oder diejenige im Einzelnen gemacht hat ?
- Inzwischen wird versucht, **einzelne Symptome**, die vermutlich zu dem Eintrag geführt haben mögen, **nachzutragen**.  
Man könnte auch sagen, man zäumt das Pferd von hinten auf...



### Das Problem

- Wir arbeiten meist **repertoriens-orientiert**, können den Einträgen aber nicht ansehen, woher sie stammen, ob sie richtig (übersetzt) eingetragen wurden etc.
- Daraus ergeben sich viele Probleme:
  - Meint die Rubrik das Symptom, was ich suche ?
  - Gibt es wahlmöglich eine bessere Rubrik ?
  - Ist die Rubrik vollständig ?
  - Sind die Wertigkeiten der Arzneien korrekt ?
  - Kann ich mich auf die eingetragene Arznei verlassen?
- Darüber hinaus können wir nur ahnen, was alles noch gar nicht eingetragen wurde...

### Das Problem

- Nicht nur, dass es bei **Vermutungen** bleibt, weil wir nicht wissen, ob dieser Eintrag aufgrund dieses Symptoms erfolgte - es bleibt die Frage, ob diese Zeichen(-Kombination) nur ein- oder zweimal in den Prüfungen auftrat - es also vielleicht nur ein **Zufall** war - oder ob es deren mehrere in den Symptomen gibt, die sich nach Bönninghausen "wie der rote Faden in den Tauen der englischen Marine" durch alle Symptome ziehen und eine **Charakteristik** deutlich machen.



\* Unter Mitwirkung von Curt Kösters (Hamburg), Dr. med. Christian Minck (Köln), Dr. med. Hein Reuter (Bad Homburg) und Philip Witt (Hamburg).

## Das Problem

- Der immer wieder geforderte **Materia-Medica-Vergleich**, findet (wenn überhaupt) meist nur in Sekundär-Werken statt, d.h. auch hier muss man dem jeweiligen Autor vertrauen, die primäre Materia Medica und ggf. die (immer begrenzte) klinische Erfahrung richtig ausgearbeitet zu haben.

Da die notwendige Revision der Materia Medica bislang nur im Kopf-zu-Fuß-Schema erfolgt, fehlt auch hier (noch) die Herausarbeitung der **Charakteristik der Arzneien** und die Ausarbeitung eines Repertoriums.



## Das Ziel

Zukünftig ist die Anbindung an ein **Falldokumentationssystem** (offline) geplant, wodurch die täglichen Praxiserfahrungen als aktuelle Erkenntnisse das System ergänzen

## Die Lösung

Eine **Datenbank im Internet**, die die **gesamten homöopathischen Erfahrungen** der Vergangenheit und Zukunft für die **homöopathische Gemeinschaft strukturiert** abrufbar beinhaltet



## Die Umsetzung

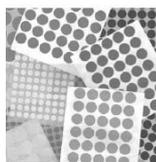
Die Bearbeitung der bereitgestellten Rohdaten soll nach einfachen Vorgaben durch die **weltweite homöopathische Gemeinschaft** erfolgen, deswegen wird Glopedia von Anfang an **mehrsprachig** angelegt werden



## Die Lösung

Neben den Autoren und Werken werden die einzelnen Quell-Bestandteile auch **inhaltlich gekennzeichnet**:

theoretische Überlegung  
toxicologische Beobachtung  
Prüfungssymptom  
(Traumprüfungssymptom)  
klinische Erfahrung  
Prüfer  
Erst- / Nachwirkung  
usw.



## Die Lösung

Das System ist **offen für alle Strömungen der Homöopathie**

Durch die Zuordnung zu

Autoren,  
Werken und oder  
Inhalt,

kann jeder Nutzer seinen gewünschten Datenpool eingrenzen

Verifikationen	anzeigen	<input checked="" type="checkbox"/>	aktivieren:	<input type="checkbox"/>
Klinische Beobachtungen	anzeigen	<input checked="" type="checkbox"/>	aktivieren:	<input type="checkbox"/>
Traumprüfungen	anzeigen	<input type="checkbox"/>	aktivieren:	<input type="checkbox"/>
Theorien	anzeigen	<input type="checkbox"/>	aktivieren:	<input type="checkbox"/>

## Thorsten Stegemann

Arzt für Homöopathie, Homöopathie-Diplom

- Jahrgang 1971
- psychosomatische Tätigkeit an der Universität Rostock und in den Heiligenfeld-Kliniken Bad Kissingen
- Absolvent des Augsburger Dreimonatskurses 2005
- Homöopathische Tätigkeit in den Heiligenfeld-Kliniken (Bad Kissingen)
- 2007 – 2013 Arzt in der Hahnemann-Klinik (vormals Bad Imnau, jetzt Tübingen)
- seit 2013 Privatärztliche Praxis für Homöopathie
- Entwicklung der Homöopathie-Programme [www.jRep.de](http://www.jRep.de) und Glopedia



Kontakt: [th.stegemann@jrep.de](mailto:th.stegemann@jrep.de)  
Websites: [www.praxis-stegemann.de](http://www.praxis-stegemann.de)  
[www.jrep.de](http://www.jrep.de)



Stand der Grundlagenforschung zur homöopathischen Potenzierung

**Spezifische klinische Effekte homöopathisch potenziierter Substanzen**

- > **Quantitative Meta-Analysen randomisierter klinischer Studien (RCT's) zu spezifischen Indikationen (Homöopathie <math>\leftrightarrow</math> Placebo)**
- > Heuschnupfen (n=752): **BI-HOM > PL**  
Lütke 1997, Wien Med Wochenschr: 7 analoge RCT's
- > Postoperativer Ileus (n=776): **BI-KM-HOM > PL**  
Barnes 1997, J Clin Gastroenterol: 6 vergleichbare RCT's
- > Allergische Beschwerden (4 Wochen, n=253): **ISO > PL**  
Taylor 2000, BMJ: 4 ähnliche RCT's
- > Rheumatische Erkrankungen (n=392): **KL-/KOM-HOM > PL**  
Jonas 2000, Rheum Dis Clin North Am: 6 ähnliche RCT's
- > Durchfall bei Kindern (5 Tage, n=242): **KL-HOM > PL**  
Jacobs 2003, Pediatr Infect Dis J: 3 analoge RCT's
- > Grippe-Behandlung (n=1194): **BI-HOM > PL**  
Vickers 2008, Cochrane Library: 4 vergleichbare RCT's
- > ADHD (n=168): **KL-/KOM-HOM = PL**  
Heirs 2009, Cochrane Library: 4 RCT's

Stand der Grundlagenforschung zur homöopathischen Potenzierung

**Grundlagenforschung zum Simile-Prinzip**

- > Forschungsgruppe von Fred Wiegant und Roeland Van Wijk: Untersuchungen zum Simile-Prinzip auf zellulärer Ebene
- > Homeopathy (2010) 99, 3–14

**Figure 4** The patterns of synthesized proteins in H9c2 hepatoma cells in response to different stressors, representing 'provings' or 'symptom pictures' at the cellular level. Stressor conditions were selected that had a similar impact on inhibition of protein synthesis (20–30% over an 8-h period) (HS at 42°C for 30 min; and chemical stressors for 1 h: 100  $\mu$ M arsenite; 10  $\mu$ M cadmium; 200  $\mu$ M mercury; 400  $\mu$ M lead; 2 mM copper; 100  $\mu$ M misonidazole and 0.5 mM diethylthiocarbamate (edet)). Exposure to these stressors was followed by monitoring of incorporation of [<sup>35</sup>S]-labeled amino acids over 8 h. The degree of similarity between stress conditions was calculated using the density of the different bands representing the spots and the gaps which are indicated by their molecular weight in kD. Results are from a representative experiment. (Adapted from: Wiegant et al.)

Stand der Grundlagenforschung zur homöopathischen Potenzierung

**Beispiel: mit potenzierten Substanzen behandelte Wasserlinsen**

- > Wasserlinsen mit Arsen-Vergiftung, behandelt mit Arsen-Potenzen

**A**

A: ohne Arsen

**B**

B: mit Arsen

Stand der Grundlagenforschung zur homöopathischen Potenzierung

**Prinzipielle Möglichkeiten für das Wirkprinzip homöopathischer Präparate**

- > Materielles Wirkprinzip
  - Imprint-Theorie (Modifikation der molekularen Wasserstruktur)
  - für Wirkung ist materieller Kontakt (Berührung) von Homöopathikum und Testorganismus notwendig
- > Immaterielles Wirkprinzip
  - Wirkung wie Kraft / Energie: **kontinuierlich distanzabhängig**
  - Wirkung wie Information: **diskontinuierlich distanzabhängig**
  - Wirkung über Verschränkung: **nicht distanzabhängig**
  - für Wirkung ist ein materieller Kontakt (Berührung) von Homöopathikum und Testorganismus nicht notwendig: Wirkung über Distanz ist möglich (Fernwirkung)

## PD Dr. sc. nat. Stephan Baumgartner

Akademische Ausbildung:

- 1984-1990 Studium der Physik, Mathematik und Astronomie an der Universität Basel, Schweiz
- 1991-1995 Dissertation in Umwelt-naturwissenschaften an der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich (ETHZ), Schweiz
- 2013 Habilitation in experimenteller Medizin an der Universität Witten/Herdecke, Deutschland



Berufstätigkeit:

- 1987-1989 Lehrer für Physik am Humanistischen Gymnasium, Basel, Schweiz
- 1990-1991 Forschungsaufenthalt an der Mathematisch-Astronomischen Sektion am Goetheanum, Dornach, Schweiz
- 1991-1993 Dozent für Physik an der Kantonalen Techniker/innen-Schule für Informatik Baselland, Liestal, Schweiz
- 1992-1993 Assistent im Bereich Umwelt-naturwissenschaften, Eidgenössische Technische Hochschule Zürich (ETHZ), Schweiz
- ab 1993 Wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Verein für Krebsforschung, Arlesheim, Schweiz
- 1995-1996 Post-Doc in der Abteilung Umweltphysik der EAWAG (Eidgenössische Anstalt für Wasserversorgung, Abwasserreinigung und Gewässerschutz), Dübendorf, Schweiz
- 1996-2008 Assistent/Oberassistent an der Kollegialen Instanz für Komplementärmedizin KIKOM, Universität Bern, Schweiz
- Aufbau einer Forschungsgruppe zum Thema homöopathische Potenzierung
- 2001-2002 Gastwissenschaftler am National High Magnetic Field Laboratory, Florida State University, Tallahassee, USA
- ab 2009 Dozent an der Kollegialen Instanz für Komplementärmedizin KIKOM (seit 2013: Institut für Komplementärmedizin IKOM), Universität Bern, Schweiz
- Vorlesungen und Seminare für Medizinstudenten, Weiterbildungsveranstaltungen für Ärzte, Pharmazeuten und Heilpraktiker
- 2010 Masterarbeitsbetreuer an der Medizinischen Universität Wien, Österreich
- ab 2011 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke

Forschungsschwerpunkte:

- experimentelle Studien geokosmischer Beziehungen
- Grundlagenforschung im Bereich Homöopathie: Theorien zu Natur und Wirksamkeit homöopathischer Präparate, Laboruntersuchungen homöopathisch potenziierter Substanzen (physikochemische Untersuchungen, Bioassays mit Mikroorganismen, Zellen, Pflanzen)
- Grundlagenforschung im Bereich Anthroposophische Medizin: Potenzierung von Mistelextrakten

Kontakt: [stephan.baumgartner@uni-wh.de](mailto:stephan.baumgartner@uni-wh.de) und [stephan.baumgartner@ikom.unibe.ch](mailto:stephan.baumgartner@ikom.unibe.ch)

Website: [www.ikom.unibe.ch](http://www.ikom.unibe.ch)

Klaus von Ammon (Universität Bern, CH)

## Quantitative Forschung und klassische Homöopathie

**Stehen diese Begriffe in einem konträren oder komplementären Verhältnis zueinander? Wie sieht sowohl die gewöhnliche Forschungspraxis als auch die individuelle Anwendung auf den einzelnen erkrankten Menschen aus? Der Vortrag versucht, zum Verständnis des Werts quantitativer Forschung in der Arbeit mit klassischer Homöopathie zum Wohle von Patienten und Therapeuten beizutragen.**

### Einleitung

Das scheint zunächst ein Widerspruch zu sein: Quantitative Forschung hat mit Zählen zu tun, Zahlen sind abstrakt. Homöopathie aber kann nicht abstrakt, d. h. in Zahlen, verstanden werden, ohne auf die tägliche Praxis bezogen zu sein.

Ihre eigene Praxis kennen Sie, die Ihres homöopathischen Lehrers meistens, wenigstens in der vorgestellten Form, die Ihrer Kollegen selten und eine Übersicht über „die“ homöopathische Praxis oder vielmehr die verschiedene Art und Weise zu praktizieren, so nehme ich an und wage zu behaupten, nie.

Zunächst sind daher – in guter wissenschaftlicher Tradition – ein paar Definitionen nötig, damit wir in etwa dasselbe verstehen und meinen, wenn wir dieselben Begriffe benutzen. Dann verständigen wir uns über Methoden und Ziele klassisch-homöopathischen Handelns und qualitativer Forschungsmethoden.

Schließlich lade ich Sie zu einem virtuellen Spaziergang ein, wie der Erkenntnisprozess in der homöopathischen Praxis verläuft und wann quantitative Methoden sinnvoll und sogar notwendig sind. Zuletzt möchte ich Ihnen die Schlussfolgerungen in einer Grafik skizzieren.

### Definitionen

#### Klassische Homöopathie

Klassische Homöopathie ist ein medizinisches Verfahren, das ultramolekular potenzierte Arzneien, die an gesunden Menschen geprüft worden sind, jeweils als Einzelmittel anwendet. Sie ist eine angewandte Wissenschaft, für deren ärztlich Tätige „einziger und höchster Beruf es ist, kranke Menschen gesund zu machen, was man Heilen nennt“ (Hahne-mann 1921).

#### Quantitative Forschung

Quantitative Forschung ist ein Vorgehen aus einer positivistischen Haltung, das nach dem Vorbild der Naturwissenschaften voraussetzt, dass in einem Kontinuum vorgefundene Tatsachen messbar sind oder messbar gemacht werden können. Sie will durch Klassifikation und statistische Operationen Strukturen und Gesetze sichtbar machen. Mit deduktiv gewonnenen Hypothesen will sie eine allgemein gültige Theorie formulieren, aufgrund derer eine Erklärung des Zusammenhangs der Phänomene möglich wird.

„Die Hauptkriterien quantitativer Forschung sind die Objektivität, die Reliabilität und die Validität.“ (Flick 1991; Küchler 1983, S. 17; Kromrey 1998, S. 518; Mayring 1990, S. 100 f; Treumann 1986, S. 194). Nebengütekriterien umfassen Wirtschaftlichkeit und Nützlichkeit.

Zur Normierung und Vergleichbarkeit von empirischen Untersuchungen siehe Lienert (1989). Zur Erfüllung dieser Kriterien sind quantitative Methoden meist voll standardisiert und strukturiert. Nicht nur besteht zwischen Datenerhebung und -auswertung eine strikte Trennung (vgl. Hoffmann-Riem 1980, S. 345), es muss auch eine repräsentative Vielzahl von Untersuchungseinheiten erhoben werden.

Dominierten in den 70er Jahren noch quantitative Verfahren in Anlehnung an das positivistische Weltbild der Naturwissenschaften, wurde diese Forschungsmethodik in den darauf folgenden Jahren zunehmend kritisiert. Begründet durch die steigende Favorisierung qualitativer Methoden zur Erklärung sozialer Phänomene wurde so Anfang der Neunziger von einer *qualitativen Wende* (Mayring 1989) in der Sozialforschung gesprochen (Blondiau/Falge 2010).

#### Qualitative Forschung

Als Gegenbewegung zur quantitativen Forschung entstand Ende der 70er Jahre die qualitative Sozialforschung, die das naturwissenschaftliche Vorbild ablehnt (Flick/Kardorff/Keupp/Rosenstiel/Wolff 1991, Mayring 2002). Ihr Ziel ist es nicht, das Verhalten zu beschreiben, sondern zu verstehen. Creswell definiert qualitative Forschung als Prozess des Verstehens, der auf klaren Forschungstraditionen beruht, welche ein soziales oder menschliches Problem untersuchen.

Der Forscher erzeugt ein komplexes, holistisches Bild, analysiert Wörter, beschreibt die detaillierten Ansichten der Informanten und führt die Studie in einer natürlichen Umgebung durch (Creswell 1998). Die Wurzeln dieser qualitativen Denktradition reichen bis zu Aristoteles zurück, der als der Urvater qualitativen Denkens bezeichnet wird. Des Weiteren gilt Gianbattista Vico als ein Pionier der qualitativen Denkweise. Diese lässt sich in die galileische und die aristotelische Tradition einteilen (Mayring 2001).

Mit Hilfe qualitativer Forschung sollen häufig neue Phänomene und komplexe Sinnzusammenhänge erhellt werden, über die in der bisherigen Forschung keine oder nur wenige Erkenntnisse vorliegen (Seipel/Rieker 2003).

Daher eignet sich die qualitative Herangehensweise definitionsgemäß für die Entwicklung neuer Theorien (Theoriebildung). Als Methoden zur Datenerhebung kommen in diesem auf das Verstehen sozialer Zusammenhänge orientierten Ansatz Verfahren wie z. B. problemzentrierte oder narrative Interviews, teilstandardisierte Leitfadeninterviews, Gruppendiskussion, teilnehmende Beobachtung oder die Dokumentenanalyse zum Einsatz.

Da qualitative Forschung kontext-sensitiv ist und der verbale Zugang zu Daten eine große Rolle spielt, sind die Stichproben eher klein gehalten.

Der Explorationscharakter qualitativer Forschung zeigt sich in der Flexibilität des Vorgehens und der Offenheit des Forschers gegenüber den Untersuchungspersonen sowie der Flexibilität des Forschungsprozesses. Letzterer soll nach Mayring (1990, S. 17) auch in der qualitativen Forschung kontrolliert und nach begründeten Regeln ablaufen. Von besonderer Wichtigkeit sind hier die Erläuterungen des Kontextes, die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Interpretation sowie die Relevanz der Ergebnisse.

Objektivität, Reliabilität und Validität (im Sinne der quantitativen Forschung) sind Gütekriterien, gegen die sich die qualitative Forschung explizit wendet (z. B. Mruck 2000). Insbesondere wird die Subjektivität des Forschers für den Vorgang des Verstehens genutzt. Mayring (1990, S. 107) weist den Anspruch auf Reliabilität zurück, da sich Menschen und damit auch die Versuchspersonen kontinuierlich entwickeln und sich situative Bedingungen verändern.

Damit fordert ein Vorgehen nach dem qualitativen Ansatz von den Forschern Offenheit gegenüber neuen oder veränderten Aspekten, die im Laufe des Forschungsprozesses auftreten und eine Anpassung der Methode oder Problemdefinition erfordern können. In diesem Zusammenhang plädiert Hoffmann-Riem sogar dafür, dass die theoretische Strukturierung des Forschungsgegenstandes zurückzustellen ist „bis sie sich durch die Forschungs-subjekte herausgebildet hat.“ (Hoffmann-Riem 1980, S. 343)

Im konstruktivistischen Paradigma ist die Realität unabhängig vom menschlichen Denken. Bedeutungen und Wissen sind von Menschen gemacht, sei es durch eigene Erfahrungen oder durch kommunikative Prozesse geschaffene Vereinbarungen. Sie sind vom Kontext nicht zu lösen. Das führt zu einem epistemologischen Verständnis, das Forschende und deren Objekte geradezu interaktiv miteinander verbunden sind, die Ergebnisse des Forschens im Prozess entwickelt und „konstruiert“ werden. Damit ist nicht nur Erfahrung (individuell), sondern auch kollektives Wissen „subjektiv“.

## Methoden und Ziele

In der Begegnung zwischen hilfeschender und ärztlich tätiger Person ist der Erkenntnisprozess homöopathischer Diagnostik und Therapie primär ungerichtet („Feld“) und im Wesentlichen empirisch und induktiv. Er ist ausgerichtet auf die Verbesserung des Gesundheitszustands eines Individuums.

Die Sammlung von solchen individuellen Verläufen macht Gemeinsamkeiten erkennbar, sodass logische Schlussfolgerungen möglich werden. Daraus ableitbar werden Theorien und Gesetzmäßigkeiten, die sich nicht ohne Folgen vom jeweiligen Kontext lösen: „Alle Schwäne sind weiß“ ist eine Aussage, die sich nicht auf jeden anderen Zusammenhang übertragen lässt. Ziel qualitativer Forschung ist ein Verstehen der individuellen Situation im jeweiligen Kontext, und sie unterliegt im Wesentlichen geisteswissenschaftlichen Paradigmen.

Ziel quantitativer Forschung dagegen ist das Auffinden von Gesetzen mit dem Ziel einer Erklärung von messbaren Tatsachen. „Was man messen und zählen kann, messen und zählen; was nicht (primär)

messbar ist, messbar machen bis hin zum Monetarisieren: *QUALYs & DALYs*.“

Aus einer unbewusst als gegeben angenommenen positivistischen Haltung erfolgt mit einem strukturierten, transparenten und dokumentierten Vorgehen ein Auftrennen des vorgefundenen Kontinuums in Kategorien, die möglichst zu einer numerischen Darstellung führen und die mit statistischen Methoden bearbeitet werden können. Das führt zu einer Abstraktion des distanzierten „objektiven“ Beobachters mit dem auf deduktivem Weg zu gewinnenden Ziel einer Allgemeingültigkeit ihrer Aussage.

Dabei werden äußere Bedingungen weitgehend kontrolliert, so dass Störfaktoren möglichst ausgeschlossen werden und im Prinzip eine Reproduzierbarkeit möglich ist. Daraus leitet sich der (gegenwärtige, fast schon überwundene) „Gold-Standard“ des zufallsverteilten kontrollierten Versuchs (randomized controlled trial, RCT) ab.

Dieser Forschungsablauf und dieser Erkenntnisprozess sind im Wesentlichen linear und deduktiv, mathematisch und naturwissenschaftlich bestimmt. Sie beide führen zu einer überprüfbareren Theorie mit den Kriterien von Objektivität, Reliabilität und Validität. Dabei werden Häufigkeiten des Auftretens im Sinn von statistischen Wahrscheinlichkeiten miteinander korreliert.

*Exkurs: Koinzidenz und Kausalität sind unterscheidbare Kategorien.*

Entgegen des Postulats und der Annahme, die Beobachtungen und daraus gewonnene Ergebnisse seien von der beobachtenden Person unabhängig, verhält es sich tatsächlich genau umgekehrt: Das Design einer Studie bis hin zu den verwendeten oder geschaffenen Fragebögen bestimmen das Ergebnis.

Eine Gegenüberstellung von quantitativem und qualitativem Paradigma ist in Chatfields Beitrag in diesem Band zu finden (Seite 62 ff.).

## Ergebnis: Quantitative Forschung und klassische Homöopathie – Anwendung

Angewandt auf homöopathische Praxis ist der primäre Erkenntnisweg ein qualitativer.

*Exkurs: Der Ablauf einer homöopathischen Anamnese ist wohlbekannt: Einem Individuum mit Sorge – zuhören – mitschwingen, eingehen. Kontext – Diagnose. Homöopathie-Wissen: Sammeln von Kasuistiken.*

Bei der Überprüfung des so gewonnenen Erfahrungsschatzes empirischer Tatsachen – in einem wissenschaftlich wenig behandelten Umfeld – bedarf es dann quantitativer Methoden zu ihrer Überprüfung. Durch angemessene Generalisierung kann man zu einer weitergehenden Theoriebildung mit einem allgemein gültigen Anspruch gelangen.

*Exkurs: Im Gegensatz dazu wäre im Extrem der Ablauf einer fiktiven quantitativen Datenerhebung denkbar: Der Patient füllt einen Fragebogen aus und ein entsprechend programmierter Roboter holt die auch in der Potenz „richtige“ Arznei aus dem Hochregallager.*

Beide Forschungsmethoden ergänzen sich in der qualitativen Verbesserung der Methode „Klassische Homöopathie“. Die Wahl des jeweiligen Verfahrens hängt von der Forschungsfrage, vorliegenden Erkenntnissen und dem jeweiligen Kontext ab.

Das altbekannte Ying/Yang-Symbol zeigt dies exemplarisch: Wo die eine Hälfte viel Raum einnimmt, hat die andere eine geringe Bedeutung – und umgekehrt. Nicht zu vernachlässigen ist, dass jeweils das komplementäre Element im anderen jeweils wie die Pupille eines Auges enthalten ist.

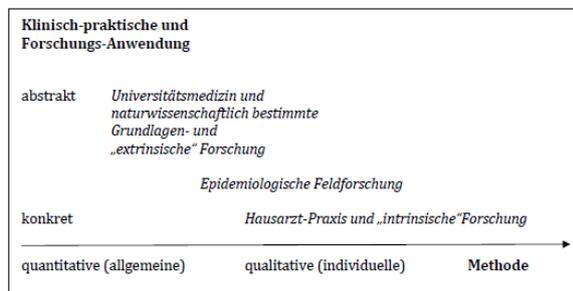
Neben diesem sequentiellen Einsatz qualitativer und quantitativer Verfahren ist auch ein synchroner Einsatz von „Mixed Methods“ möglich, um Stärken und Schwächen der jeweiligen Verfahren bestmöglich auszugleichen.

Auf diesem Weg kann auch die Klassische Homöopathie als Methode im Sinn einer Qualitätssicherung („intrinsisch“) weiter entwickelt und verbessert werden.

In der nach außen gerichteten („extrinsischen“) Forschung für die Methode „Klassische Homöopathie“ werden überwiegend quantitative Verfahren, besonders bei epidemiologischen Fragestellungen, notwendig, um den gegenwärtig etablierten, naturwissenschaftlich und ökonomisch geprägten Evidenz-Paradigmen zu genügen.

## Quantitative Forschung und klassische Homöopathie – Schlussfolgerung

In folgender Skizze lässt sich das bisher Gesagte zusammenfassen und veranschaulichen:



Im Koordinatensystem des Allgemeinen und Individuellen, des Abstrakten und des Konkreten wird der sinnvolle Einsatz qualitativer und quantitativer Methoden in Theorie und Praxis Klassischer Homöopathie bestimmbar.

Angewandt auf das primäre Ziel, einen „kranke(n) Menschen gesund zu machen, was man heilen nennt“, wird die therapeutisch handelnde Person qualitativ und quantitativ gewonnene Erkenntnisse jeweils auf den aktuellen Einzel-„Fall“ anwenden, was nicht nur mathematische Methoden, sondern auch eine gewisse Kunstfertigkeit erfordert – und damit den quantitativen Ansatz sprengt.

## Literatur

- Creswell, John W. 1998. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions. Sage, London.
- Blondiau, André / Falge, Clarissa. 2010. Was ist der Unterschied zwischen qualitativer und quantitativer Forschung? Doktorandenseminar Forschungsmethodik I, HS 2010, Prof. Dr. Roman Butellier und Prof. Dr. Oliver Gassmann. St. Gallen, 1. November 2010.
- Flick, Uwe. 1991. Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In: Flick, Uwe / Kardorff, Ernst von / Keupp, Heiner / Rosenstiel, Lutz von / Wolff, Stephan (Hrsg.) 1991. Handbuch Qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Psychologie Verlags-Union, München. 148-173.
- Flick, Uwe / Kardorff, Ernst von / Keupp, Heiner / Rosenstiel, Lutz von / Wolff, Stephan (Hrsg.) 1991. Handbuch Qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Psychologie Verlags-Union, München.
- Hahnemann, Samuel. 1921. Organon der Heilkunst. Hrsg. Josef M. Schmidt. Standardausgabe der 6. Auflage. Haug, Heidelberg 1996/1999. § 1.
- Hoffmann-Riem, Christa. 1980. Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie – Der Datengewinn. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 32, 337-372.
- Kromrey, Helmut. 1998. Empirische Sozialforschung: Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung. Leske + Budrich, Opladen.
- Küchler, Manfred. 1983. „Qualitative“ Sozialforschung – ein neuer Königsweg? In: Garz, Detlef / Kraimer, Klaus (Hrsg.), Brauchen wir andere Forschungsmethoden? Beiträge zur Diskussion interpretativer Verfahren (9-30). Scriptor, Frankfurt am Main.
- Lienert, Gustav A. 1989. Testaufbau und Testanalyse. Psychologie-Verlags-Union, München.
- Mayring, Philipp. 1989. Die qualitative Wende: Grundlagen, Techniken und Integrationsmöglichkeiten qualitativer Forschung in der Psychologie. In: Schönpflug, Wolfgang (Hrsg.). Bericht über den 36. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Berlin 1988. Band 2 (306-313). Hogrefe, Göttingen.
- Mayring, Philipp. 1990. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken (1. Aufl.). München: Psychologie-Verlags-Union.
- Mayring, Philipp. 2001. Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. Forum Qualitative Sozialforschung 2(1).  
URL: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-01/1-01mayring-d.htm> (18.07.2007).
- Mruck, Katja. 2000. FQS – Idee, Realisierung, Perspektiven [26 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 1.  
<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs000113>.
- Seipel, Christian / Rieker, Peter. 2003. Integrative Sozialforschung. Konzepte und Methoden der qualitativen und quantitativen empirischen Forschung. Juventa, München.
- Treumann, Klaus Peter. 1986. Zum Verhältnis qualitativer und quantitativer Forschung. Mit einem methodischen Ausblick auf neue Jugendstudien. In: Heitmeyer, Wilhelm (Hrsg.). Interdisziplinäre Jugendforschung. Fragestellungen, Problemlagen, Neuorientierungen. (193-214). Juventa, Weinheim.

Vita: siehe nächste Seite

## Dr. med. Klaus von Ammon

Klaus von Ammon ist, nach Medizinstudium in Hamburg, Marburg/Lahn und München (TU), 1989-1996 Oberarzt und Lehrbeauftragter für Neurochirurgie mit Schwerpunkt Onkologie am Universitätsspital Zürich gewesen.



Seit 2000 hat er eine Arztpraxis für klassische Homöopathie und ist seit 2001 wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Komplementärmedizin (IKOM) an der Universität Bern mit den Aufgaben von Forschung, Lehre und Dienstleistung. Seit 2010 Sprecher der WissHom-Sektion Forschung.

Die Konsiliartätigkeit am Inselspital betrifft vor allem Neonatologie, Onkologie und Neuropädiatrie der Universitätskinderklinik. Die Entwicklung eines fächerübergreifenden komplementärmedizinischen Curriculums ist ein Hauptanliegen neben Unterricht für Pflegende (2001-2010), Medizin- (seit 2001) und Homöopathie-Studierende (seit 2005).

Klinische Erfahrungen münden in Versorgungsforschung im Rahmen öffentlicher Aufträge (1999-2005 Bundesamt für Gesundheit, 2009-2010 Schweizerischer Verein homöopathischer Ärzte, 2010-2012 „CAMbrella“ EU FP7-Projekt) und klinische Forschung mit Schwerpunkt „Aufmerksamkeitsgestörte Kinder mit und ohne Hyperaktivität“ (Publikationen seit 2005).

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

*Peter F. Matthiessen (Universität Witten/Herdecke, D)*

## **Einzelfallforschung zwischen Evidence based Medicine und Narrative based Medicine**

**Ärztliches Erkennen bewegt sich im Spannungsfeld zwischen allgemeiner Krankheitslehre und individueller Krankheitssituation. Ausgangspunkt aller medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnis ist dabei der Einzelfall; und der Endpunkt ärztlichen Handelns ist wiederum der Einzelfall. Vom „Fall“ aus, von kasuistischer Forschung also, nimmt nomothetisch ausgerichtete Forschung ihren Weg zur Suche allgemeiner Regeln.**

Indem der Arzt seinen Behandlungsauftrag nicht von einem Kollektiv oder einer Institution, sondern von einer konkreten, also unaustauschbaren Person in einer lebensgeschichtlich einmaligen, also nicht wiederholbaren Situation erhält, nimmt sein diagnostisches Erkennen und sein therapeutisches Handeln seinen Ausgang vom Hilfesuchen eines einzelnen Menschen, der gesundheitsbedingt in eine Notsituation geraten ist. Eine individuelle Person also ist es, von dem die ärztliche Praxis ihren Ausgang nimmt.

Durch den Behandlungsauftrag des Kranken entsteht dem Arzt die Verpflichtung, dem Patienten nicht nur gut gemeinte, sondern kompetente, durch professionsspezifisches Wissen und Können gestützte Hilfe zukommen zu lassen, was seine Befähigung zu erkennendem Durchdringen der je vorliegenden Notsituation voraussetzt.

Aus diesem Bemühen speist sich die ärztliche Erkenntnislehre einerseits und die medizinische Wissensgenerierung andererseits. Insofern dabei das Ziel und die Methodik verfolgt wird, von der Einzelercheinung, vom Einzelfall ausgehend zu generellen, verallgemeinerbaren Sichtweisen, Gesetzmäßigkeiten und Regeln zu gelangen, sprechen wir den dadurch gewonnenen Einsichten die Eigenschaft zu, Wissenschaft zu sein, ein Wissen also, das um die Bedingungen seines Zustandekommens, um den Grad seiner Sicherheit und auch die Grenzen seiner Gültigkeit weiß, kurzum: ein Wissen, das weiß, was es weiß und das weiß, wie es weiß, was es weiß – und also auch weiß, was es nicht weiß.

### **Kurze Epistemologie der ärztlichen Erkenntnisbildung**

Im Hinblick auf das Erkennen desjenigen, was wir – alltagsweltlich wie auch im Sinne der empirischen Wissenschaften – als die Realität oder objektive Wirklichkeit bezeichnen, zeigt sich, dass diese nicht etwas durch die äußere Anschauung bereits Mitgeliefertes, sondern etwas dem menschlichen Erkenntnisbemühen zur Bewerkstelligung Aufgegebenes ist: Was uns die Summe unserer jeweiligen Sinneserfahrungen zu liefern vermag, ist stets nur die halbe, die eine Seite der Wirklichkeit; ihre ergänzende andere Seite erschließt sich erst mit den – durch die menschliche Denktätigkeit hervorgebrachten – dazugehörigen Begriffe.

Aus dem Erleben des Unvollständigen, Fragmentarischen, Instantanen und Ergänzungsbedürftigen unserer Sinneserfahrung entspringt das Bestreben, die sinnenfällig gegebene Welt durch begriffliche

Deutungen zu ergänzen, um die einzelnen, unzusammenhängenden Sinneseindrücke in übergreifende, gesetzmäßige Zusammenhänge einordnen zu können. Die Begriffsformen, die wir in unserem Denken entwerfen, um die Sinneseindrücke zu umfassenden Gebilden zu ergänzen, bezeichnen wir als Theorien oder Modelle. Die Tatsache, dass es sich bei ihnen um von uns selbst hervorgebrachte, frei gewählte Entwürfe handelt – und keineswegs um zwingend vorgegebene Denkfiguren-, bedeutet zugleich die Möglichkeit des Irrtums bzw. der Modell- und Methodenwillkür.

Im Gegensatz zu Produkten unserer Phantasie fordern wir gleichwohl von einem Modell, dass es dem „Original“ angemessen, ihm adäquat sei, d. h. über eine hinreichende Isomorphie im Hinblick auf wesentliche Struktureigenschaften verfügt.

Schon ein Blick auf unser alltagsweltliches Beobachten zeigt uns, dass dieses kaum je ein passives, begriffs- bzw. theoriefreies Registrieren von etwas als solchem darstellt, sondern – wenn auch in der Regel unbemerkt – eine theoriegeleitete Aufmerksamkeit, mit Hilfe derer wir aus dem Gesamt des phänomenal Gegebenen Fokussierungen und Selektionen vornehmen, Gewichtungen und Hierarchisierungen durchführen, kurzum: wir selbst es sind, die das uns „wesentlich“ Erscheinende dadurch „realisieren“, dass wir Begegnendes im Licht von Begriffen, Theorien, Modellen betrachten. Pointiert können wir sagen: wir selbst sind Mitwirkende bei der Verwirklichung dessen, was wir sowohl lebensweltlich als auch im Rahmen der empirischen Wissenschaften als Wirklichkeit bezeichnen. [1]

Denn zwischen lebensweltlicher und wissenschaftlicher – auch experimenteller – Beobachtung besteht kein grundsätzlicher, sondern nur ein gradueller Unterschied. Die Tatsache, dass nicht nur in unsere Beobachtungsergebnisse, sondern auch beim Zustandekommen all unserer wissenschaftlichen – und auch experimentell – gewonnenen „Fakten“ stets unsere eigene Beobachtungstätigkeit mit eingeht, also auch sog. „objektive Daten“ stets das Ergebnis unserer eigenen, durch eine bestimmte Denkrichtung geleitete Erkenntnistätigkeit sind – und keineswegs eine vom Erkenntnissubjekt losgelöste und unabhängig von ihm existierende Realität darstellen –, findet sich in der Medizin in der Regel zugunsten eines naiven Objektivismus vernachlässigt.

Aber gerade für die Medizin, die es in bezug auf ihr Subjekt-Objekt-Verhältnis immer mit einer mehrdimensionalen, höchst vielschichtigen Begegnung von Mensch zu Mensch zu tun hat, der „Gegenstand“ mithin nie nur Objekt, sondern stets auch Subjekt ist, stellt sich die Aufgabe, den je

eingenommenen Standpunkt offenzulegen und zugleich nach ergänzenden Perspektiven bzw. Deutungsmöglichkeiten Ausschau zu halten. Wir werden Unterschiedliches gewahrt, der „Fall“ erscheint in einem anderen Licht, je nachdem aus welcher Perspektive, mit welcher Interessenlage und mit welchen Erkenntnismitteln wir dem Kranken begegnen. [1, 2] Dabei gilt es im Auge zu behalten, dass medizinische Erkenntnisgewinnung für den Arzt nie Selbstzweck ist bzw. sein sollte, sondern sich nur insoweit legitimiert, als sie dazu dient, eine konkrete ärztliche Problemstellung in praxi wirksam und verantwortungsvoll zu lösen.

Mit der besonderen Krankheitssituation eines je konkreten und insofern unaustauschbaren Patienten konfrontiert, ist der Arzt dennoch bestrebt, ihn, den Kranken, nicht nur im Hinblick auf seine Einzigartigkeit ins Auge zu fassen und mithin dessen Kranksein nicht nur als „Fall für sich“, sondern als „Fall von etwas“ zu begreifen, d. h. ihn unter allgemeine Gesetze zu fassen. Was aber ist das Allgemeine, das allen – (oder doch vielen besonderen Fällen) Gemeine und in welchem Verhältnis steht es zum Besonderen des einzelnen Falls?

Seit Windelband [3] sind wir gewohnt, in methodischer Hinsicht zwischen nomothetischer und idiographischer Forschung zu unterscheiden.

Letztere hat im Zuge der Erfolgsgeschichte des biomedizinischen Modells in der Medizin und der mit ihr in methodischer Hinsicht eng assoziierten Evidence based Medicine eine Marginalisierung erfahren. Gleichwohl ist seit einiger Zeit eine Rückbesinnung darauf zu beobachten, dass es der individuelle Patient und die mit ihm verbundene gesundheitliche Problemsituation ist, also der Einzelfall, der die Ausgangssituation und der Bezugspunkt einer jeden ärztlichen Praxis darstellt.

Als ein Gegengewicht zur Methodik des statistischen Schließens und einer mit ihr einhergehenden Flucht in die große Zahl wird in jüngerer Zeit verstärkt das Erfordernis artikuliert, Einzelfallforschung intensiviert zu betreiben und in den Fachzeitschriften die gute, aussagekräftige und lehrreiche Kasuistik wieder neu zu entdecken. Es scheint mir bezeichnend zu sein, dass neben Psychiatern und Psychotherapeuten gerade nieder-gelassene Ärzte für Allgemeinmedizin das Anliegen verfolgen, die Schieflage einer einseitig biowissenschaftlich ausgerichteten Medizin durch eine ergänzende In-Dienst-Nehmung qualitativer Methoden, nämlich narrativer Elemente und hermeneutischer Verstehensansätze versuchen auszutarieren, worauf ich an späterer Stelle detaillierter eingehen werde.

Gleichwohl finden wir in der Medizin, zumal dort, wo es um naturwissenschaftliche Fragestellungen geht, die Dominanz einer Einstellung vor, die auch den Ergebnissen akribischer, qualitativ guter Einzelfallforschung allenfalls eine hypothesengenerierende Funktion zubilligt. Metaanalysen von randomisierten kontrollierten Studien werden vom derzeit noch mitgliederreichsten Denkkollektiv weiterhin als die allein seligmachende Methode der Hypothesenkonfirmierung angesehen.

## Das Verhältnis des Einzelfalls zum Allgemeinen

„Ein Fall ist kein Fall“ ist denn auch ein inzwischen häufig zu hörender Slogan in der Medizin, nicht nur aus dem Munde von Pharmakologen und Biometrikern, sondern auch von Klinikern – und zwar gerade dort, wo diese in geradezu eschatologischer Verbissenheit das Etikett der Wissenschaftlichkeit in Anspruch zu nehmen bemüht sind. Aber einmal abgesehen davon, dass es für einen an einer eher bodenständigen Logik orientierten Arzt, der nicht im Besitz höherer mathematischer Weihen ist, schwer nachvollziehbar ist, inwiefern etwas, das nichts ist, im Zuge seiner Vervielfältigung etwas sein soll: Sagen wir diesen Satz doch einmal den sich uns anvertrauenden Patienten, zumal denjenigen, die wir für die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie gewinnen wollen! [2]

Nun ist dieser Satz natürlich nicht wörtlich gemeint. Als kritischer Hinweis darauf verstanden, dass Generalisierungsfähigkeit beanspruchende Aussagen nicht auf Beobachtungen an einem einzigen oder wenigen isolierten Fällen zu gründen sind, kann man ihm zweifellos zustimmen. Der Kontext, innerhalb dessen diese Aussage aber gemeinhin getroffen wird, macht deutlich, dass er so keineswegs gemeint ist. Vielmehr liegt ihm die induktionistische Überzeugung zugrunde, dass allgemeine Aussagen grundsätzlich nur auf dem Boden einer großen Zahl wiederholter Beobachtungen bzw. aufgrund von statistischen Ergebnissen an hinreichend großen Patientenkollektiven getroffen werden können.

Im Gegensatz hierzu steht das auch und gerade für die Medizin so bezeichnende Phänomen, dass wir alle bedeutsamen Entdeckungen nicht etwa der Statistik, sondern der Intuition verdanken! Die dabei aufgefundenen Zusammenhänge und Gesetzmäßigkeiten erweisen sich keineswegs als Ergebnis induktiv gewonnener subsumptionslogischer Operationen, sondern als unvermitteltes, gleichsam „aufblitzendes“ Gewahrwerden einer allgemeinen Gesetzmäßigkeit am und innerhalb des einzelnen Falls.

Zwar ist es bezeichnend, dass uns das intuitive Erfassen der inneren Gesetzmäßigkeit eines äußeren Erscheinungszusammenhangs nur dort gelingt, wo wir uns bereits in einem intensiven und in der Regel schon lange währenden Erkenntnisringen mit einer uns bedrängenden Fragestellung befinden – und die empirische Erfahrungsgrundlage mithin nicht in einigen wenigen, ausgestanzten Phänomenfeldern, sondern in einer reichen Vielfalt ähnlicher Erscheinungen besteht.

Dennoch erleben wir die intuitive Erfassung zuvor nicht bewusster Gesetzmäßigkeiten keineswegs als subjektive, nur intra-psychisch existente Nominalismen, sondern als zu den einzelnen Erscheinungen gehörig. Genauer: Nicht als auf diese sekundär bezogene, ausgedachte Konstrukte, sondern als diesen inhärente ideen-realistische Prinzipien. Die sinnenfällig gegebenen Erscheinungen, zuvor ggf. unzählige Male perzipiert, aber bisher nie im Kontext des jetzt erfassten Bedeutungszusammenhangs gesehen, haben sich nicht verändert – plötzlich erscheinen sie aber in einem anderen, neuen Licht.

Oder anders formuliert: Wir sind jetzt in der Lage, die Erscheinungsmannigfaltigkeit auf das als „wesentlich“ Erkannte bzw. Erachtete zurückzuführen, die Sinnesdaten so zu sortieren, dass eine allgemeine Gesetzmäßigkeit nicht als ein von den Einzelfällen abstrahiertes Ordnungskonstrukt entsteht, sondern am und innerhalb des je besonderen Falls evident wird. Dass damit der Erkenntnisprozess nicht abgeschlossen ist, sondern – in die Phase fortgesetzter empirischer Überprüfung des Wirklichkeitsbezugs tretend – jetzt seine Fortsetzung im Bemühen um Verifizierung (oder Falsifizierung) des aufgefundenen Deutungsinstrumentariums findet, versteht sich dabei von selbst.

Interessanterweise zeigt aber ein Blick auf die Geschichte der Erstbeschreibungen z. B. von Krankheits-„bildern“, dass sich zwar die Herausarbeitung weiterer Untergliederungen und Details und auch des Spektrums ihrer Variationsmöglichkeiten nachfolgenden Forschungsleistungen verdanken, die taxonomisch entscheidende „Physiognomie“, die modenübergreifenden Merkmalskonstellationen, die nosologische „Ganzheit“ aber bereits von den Erstautoren auf Anhieb erfasst und beschrieben worden sind. Ähnliches gilt für die Artenerfassung in der Biologie, nämlich für die Fähigkeit des Erfahrenen, eine Art nicht nur im Falle des Vorhandenseins der typischen Merkmalskonstellation auf Anhieb zu erkennen, sondern auch dann, wenn nur ein Bruchteil der Merkmale oder eine ganz andere Merkmalsausprägung vorliegt. Worum es sich bei dieser Form des Erkennens handelt, ist gerade das Gegenteil eines subsumptionslogischen Vorgangs, bei dem sich das „Ganze“ erst nachträglich aus den Teilen zusammengefügt bzw. das Konkret-Besondere einem universalisierten Abstraktum zugeordnet findet. Es ist das Auffinden, das unmittelbare Erfassen eines Gesamtzusammenhangs im einzelnen besonderen Fall. Konrad Lorenz nennt es unser „taxonomisches Gewissen“, die Fähigkeit – im Gegensatz zum analytisch-rationalen Denken – zur „ratiomorphen“ Erfassung eines allgemein-universellen, das sich nicht von der einzelnen Erscheinung abstrahiert, sondern innerhalb dieser im wörtlichen Sinne „konkretisiert“, nämlich mit dieser zusammen-gewachsen findet. [4]

In der ärztlichen Praxis bekundet sich diese Fähigkeit des Erfahrenen darin, ggf. auf Anhieb und noch vor Vorliegen der erst später zu gewinnenden Einzeldaten treffsicher eine Diagnose zu stellen – und auch in dem Phänomen, dass die Inter-rater-reliabilität zwischen erfahrenen Ärzten auf der Ebene der diagnostisch-prognostischen Gesamteinschätzung einer Krankheitssituation am größten ist, auf der Ebene der Einzelsymptome jedoch überraschenderweise am allergeringsten, während dies bei Berufsanfängern, mögen sie über noch soviel formales Wissen verfügen, genau umgekehrt ist. Es ist eben nicht so, dass sich ein Gesamtzusammenhang erst sekundär durch Aggregation von Einzeldaten ergibt. Vielmehr ist es die – sinnenfällig nicht gegebene, aber an den äußeren Sinneserscheinungen anschaulich werdende – ideelle Ganzheit des Beziehungsgefüges, die primär erfasst wird, von der ausgehend die Einzelercheinungen beleuchtet und ggf. herausisoliert werden können und dadurch die Gewichtung und Interpretierbarkeit der einzelnen Daten überhaupt erst ermöglicht.

Mit anderen Worten: Der erfasste Zusammenhang erweist sich nicht als die Bedeutung von etwas, das im nachhinein eine Deutung durch uns erfahren hat, sondern als die Bedeutung, die das *ist*, was wir im Erkenntnisakt ge-wahr geworden sind. Bei dem hier nur skizzenhaft Beschriebenen handelt es sich dem Prinzip nach durchaus nicht um außerordentliche Fähigkeiten von Mitgliedern eines elitären Zirkels. Ebenso wie professionelle Qualifizierung und wissenschaftliches Erkennen sich nicht grundsätzlich, sondern nur im Hinblick auf den Grad an Evidenz von unserer Alltagserfahrung unterscheiden, so findet sich diese ratiomorphe, intuitive Bedeutungserfassung tief in unseren lebensweltlich orientierten Um- und Mitwelterfahrungen verwurzelt.

In neuerer Zeit hat Polanyi [5] aufgezeigt, dass sich ein solches gesamtgestaltlich-physiognomisches Bedeutungserkennen als „implizites Wissen“ vornehmlich dadurch auszeichnet, dass es einer „tacit dimension“ angehört bzw. auf eine solche verweist, auf einen Bereich, über den, weil er über die Sprache nicht explizierbar ist, in der Wissenschaft geschwiegen wird. Die Struktur der Subjekt-Prädikat-Grammatik unserer Sprache gibt das von uns Erfahrene analytisch wieder bzw. ermöglicht und fördert eine Sichtweise, die das Erfahrene in ihre Elemente auftrennt: „In der analytischen Form des Bewusstseins sind es die in Beziehung stehenden *Elemente*, die für das Erleben hervortreten; im Vergleich zu ihnen ist die *Beziehung* nur eine schattenhafte Abstraktion. Die Erfahrung der Beziehung ist nur möglich, wenn man die stückweise Art des Denkens verwandelt in ein simultanes Erfassen des Ganzen. Solch eine Verwandlung läuft auf eine Umstrukturierung des Bewusstseins selbst hinaus.“ [6]

Überall dort, wo „... wir mehr wissen, als wir zu sagen wissen“ [5], neben explizierbarem, formalem „Know what“ auch über ein „Know how“ im Sinne einer techne, eines wissenden Könnens und könnenden Wissens verfügen, kommt unserer Sprache nicht eine explizierende, sondern die Funktion einer Hinweisung auf ein Gemeintes zu, das nur selbsttätig durch eine eigene Erkenntnisleistung erfasst werden kann – oder eben auch nicht. Das dazu erforderliche Auffassungsvermögen sieht Polanyi „... als Ergebnis einer aktiven Formung der Erfahrung während des Erkenntnisvorgangs.“

Oder, wie Goethe dies schon vor knapp 200 Jahren formuliert hat: „Jeder Gegenstand, recht beschaut, schließt ein Organ (der Auffassung, der Verf.) in uns auf.“ Damit wird deutlich, dass es sich bei dieser Wissensform, die nach Polanyi die unabdingbare Voraussetzung für alle, d. h. auch die aktuell oder potentiell explizierbaren, Erkenntnisse darstellt, um ein dispositionelles Wissen handelt, um eine vom je vorhandenen Auffassungsvermögen einer konkreten Person abhängige Erkenntnisfertigkeit.

Egal, ob dabei auf das Erfordernis einer Umwandlung unserer „stückweisen Art des Denkens“ verwiesen wird, wie Bortoft [6] dies tut, oder ob es sich, wie bei Polanyi, um das Aufzeigen dessen handelt, dass bei der traditionell analytisch orientierten Wissensgewinnung und -vermittlung immer schon ein physiognomisch-gestalthaft-ganzheitliches Erfassen von Zusammenhängen stillschweigend vorausgesetzt wird – in beiden Fällen wird deutlich, dass es sich hier nicht um eine normativ statische Intelligenz handelt,

vermittelt derer sich Erkenntnisgewinnung nur horizontal als additive Wissensvermehrung abspielt, sondern um eine dynamische, aufsteigende, neue Erfahrungsqualitäten erschließende Stufenfolge von Erkenntnisakten, die dem Einzelnen jeweils in dem Maße möglich sind, als er über die dazu erforderlichen „Organe“ der Auffassung verfügt.

Die Ausbildung solcher, eine ideelle Erfahrung in der Erfahrung erschließenden Erkenntnisorgane, die uns den Schritt vom äußeren Anblick einer Sache zum Einblick in ihren gesetzmäßigen Zusammenhang erlauben, führt in ihrem Ergebnis zu einem gegenüber den herrschenden wissenschaftstheoretischen Auffassungen anders gearteten Verhältnis zwischen dem Allgemeinen und dem Besonderen.

Dies in zweierlei Hinsicht: Zum einen bedeutet ein solcher „organologischer“ Erkenntnisansatz eine Erweiterung, ja Radikalisierung unseres Erfahrungsbegriffs: Die an der Erfahrung auszubildenden (Erkenntnis-)Organe für das Erfahren neuer Erfahrungen in der Erfahrung erschließen diese „höhere Erfahrung“, bei der es sich ja um nichts anderes handelt, als um den ideellen, also allgemeinen Zusammenhang, die Theorie bzw. das Modell eines „Originals“, nicht als ausgedachtes Konstrukt einer erfahrungsjenseitigen, spekulativ-hypothetischen Hinterwelt, sondern als ein Allgemeines im Modus eidetischer Erfahrbarkeit, als anschauliche „theoria“ in deren ursprünglicher Wortbedeutung.

Zum anderen charakterisiert sich dieser Modus von (erfahrbarer) Theorie dadurch, dass Theorie hier nicht losgelöst, nicht abstrahiert vom Besonderen des sinnenfälligen „Originals“ erlebt wird, sondern in der Sache selbst, als ein Allgemeines in der Gestalt des Besonderen in Erscheinung tritt. In den Termini der Scholastik formuliert: Mögen wir noch so überzeugte Nominalisten sein, wenn wir nicht Gefahr laufen wollen, den hier skizzierten Erfahrungsmodus aus außerwissenschaftlichen Beweggründen auszublenken, kommen wir nicht umhin, uns einzugestehen, dass dieser uns ein Allgemeines nicht nur als „universale post rem“, sondern als „universale in re“ gewahr werden lässt. Oder, um auf diesen Sachverhalt mit einem meditationswürdigen Satz Goethes hinzuweisen: „Es gibt eine zarte Empirie, die sich mit dem Gegenstand innigst identisch macht und dadurch zur eigentlichen Theorie wird.“

Was bedeutet dies für den Umgang mit dem einzelnen Fall und den Stellenwert kasuistischer Forschung?

Während wir im Kontext eines diskursiv-explizierenden Denkens das Allgemeine als eine induktiv aus zahlreichen Fällen gewonnene Verallgemeinerung im Sinne einer Abstraktion auffassen, führt die methodische Aneignung ratiomorph-intuitiver Fähigkeiten zu einer Erkenntnisform, für die sich das Allgemeine im Einzelfall repräsentiert, in ihm in je besonderer Ausgestaltung, als je konkrete Manifestation eines Allgemeinen in Erscheinung tritt.

Führt unser diskursives Denken, indem es durch Vergleich der einzelnen äußeren Erscheinungen nach dem diesen Gemeinsamen sucht, zu einer „Einheit in der Vielfalt“, so erweist sich die Qualität der Einheit für das intuitiv-ratiomorphe Bewusstsein gerade

umgekehrt als „Vielfalt in der Einheit“ [6] und damit zugleich als eine – eben gerade nicht zusammengesetzte, sondern ungeteilte – Ganzheit. Und noch eines scheint mir zur Kennzeichnung des Unterschiedes in den Resultaten der beiden Denk- bzw. Auffassungsweisen wesentlich: Handelt es sich im einen Fall um uniforme und statische bzw. statistische Einheiten bzw. Ganzheiten, so im anderen um bewegliche, sich proteusartig in die Spielarten der einzelnen konkreten Ausgestaltungen metamorphosierende Ganzheiten.

Dient also der Einzelfall dem erstgenannten Denkansatz lediglich als Sprungbrett für eine Nomothetik, die nur über den Weg in die große Zahl zu allgemeinen Regeln und generalisierbaren Aussagen gelangt bzw. gelangen zu können glaubt, so nimmt der Nachgenannte für sich in Anspruch, im einzelnen Fall sowohl in explorativer als auch in konfirmatorischer Hinsicht einen Ort der potentiellen Gewinnung bzw. Verifizierung von allgemeinen Erkenntnissen zu sehen.

Die Beschäftigung mit und die Berücksichtigung von (möglichst vielen) weiteren Fällen dient ihm nicht als unabdingbare Voraussetzung für das Auffinden einer allgemeinen Gesetzmäßigkeit, wohl aber als notwendiges Erfahrungsfeld, um Aussagen über den Spielraum, die Abwandlungen, die Variationsmöglichkeiten, aber auch den Generalisierungsgrad sowie die Grenzen des Gültigkeitsbereichs des Aufgefundenen treffen zu können. Welche Rolle spielen nun die beiden charakterisierten und zueinander in Kontrast gesetzten Formen der Erkenntnisbildung für dasjenige, was ich den diagnostisch-therapeutischen Prozess in der Arzt-Patient-Beziehung nennen möchte?

Bevor ich diese Frage weiter verfolgen werde, möchte ich auf die Bedeutung der Patient-Arzt-Beziehung für eine – zwar gerne verbalisierte, aber in der Medizin thematisch nur wenig verfolgte – patientenorientierte Gesundheitsversorgung eingehen.

### **Die Arzt-Patient-Beziehung: ein Ort unterschiedlicher Expertisen**

So ähnlich zunächst die sprachliche Formulierung erscheint, so unterschiedlich erweisen sich die Blickrichtungen bei der Begegnung von Arzt und Patient. Denn die vom Patienten an den Arzt gerichtete Aussage: „Ich fühle mich krank! Was fehlt mir?“ richtet sich logischerweise nicht auf den Bereich des subjektiven Krankheitsgefühls, über das er, der Patient selbst, aus unmittelbarem Erleben und deshalb am besten Bescheid weiß.

Die ärztlicherseits dem Patienten gegenüber gestellte Frage: „Was fehlt Ihnen?“ andererseits zielt keineswegs auf den dem Missbefinden und der Leistungseinbuße ggf. zugrunde liegenden pathologischen Befund, den zu erkennen ja die Aufgabe des Arztes ist, sondern auf das Befinden. Befund und Befinden, zwei zwar aufeinander bezogene, aber zugleich höchst unterschiedliche Perspektiven, bilden gemeinhin den Ausgangspunkt der Arbeitsbeziehung zwischen Patient und Arzt. Was das gestörte Befinden, also das Missbefinden und den eingeschränkt oder bedroht erlebten Daseinsvollzug eines Menschen betrifft, so sind es diese Problemfelder, die den Bürger zum Patienten machen und ihn

dazu veranlassen, einen Arzt aufzusuchen. Anhand der Leidensschilderung erstellt der Arzt eine Verdachtsdiagnose und seine differentialdiagnostischen Erwägungen. Das gestörte Befinden, der Leidensdruck, ist es, der zu einer Therapiemotivation führt. Und auch wenn diese Therapiemotivation zunächst in der Regel nur ein Krankheits(symptom)beseitigungsbegehren ist, so kann das erlebte und erlittene Kranksein doch zu einer Bereitschaft für die Veränderung des Verhaltens und der Lebensgewohnheiten werden und sich zu einem Gesundwerdewillen weiterentwickeln.

Die Beseitigung des Missbefindens bzw. die Überwindung des erlebten Krankheitszustandes ist zudem für Patient und Arzt das Ziel der Behandlung. Damit wird deutlich, dass der Perspektive des Patienten, der Perspektive des erlebten und gelebten Krankseins, eine gewichtige und unabdingbare Bedeutung innerhalb der Erkenntnis- und Handlungsgemeinschaft zwischen Arzt und Patient zukommt. [7, 8]

Demgegenüber findet sich der Arzt durch den Behandlungsauftrag des Patienten explizit oder implizit herausgefordert, den dem Kranksein zu Grunde liegenden, gegenständlichen Befund zu erheben. Genauer: Einen „befundeten“, gedeuteten Befund, also eine Diagnose. Was den Patienten aber letztlich viel mehr interessiert, ist seine Prognose.

Da aber der Weg zur Prognose nur über die Diagnose erschließbar ist, und da insbesondere die Frage nach der Notwendigkeit und der Ausrichtung einer Therapie eine Diagnose voraussetzt, wird die Diagnose, obwohl das Ziel der Medizin und des ärztlichen Tuns allein in der Therapie liegt, zum methodischen Angelpunkt allen ärztlichen Tuns. [9, 10]

Denn sie, die Diagnose, soll dem Arzt (im Gegensatz zum Mediziner) ja nicht die Frage beantworten: Was liegt vor? Eine Diagnose ist für den Arzt, dessen Auftrag ja der handelnde Umgang mit einem zu lösenden gesundheitlichen Problem eines Mitmenschen ist, erst dann von Wert, wenn sie geeignet ist zur Beantwortung der Frage: Was ist zu tun? Für die Medizin als praktische Wissenschaft erweist sich die Diagnose letztendlich stets als eine Handlungsentscheidung. Therapie und Diagnose zeigen sich insofern als unaufhebbar miteinander verschränkt. Eine Diagnose stellen heißt für den Arzt, eine therapeutische Handlungsentscheidung treffen; im Treffen einer Therapieentscheidung dokumentiert sich – bedacht oder nicht bedacht – stets ein diagnostisches Urteil. [9, 10]

Mit der Erstellung einer tragfähigen Diagnose findet sich zugleich eine individuelle Prognose zunächst über den unbehandelten Krankheitsverlauf verknüpft. Andernfalls würde sich eine Berechtigung zum therapeutischen Eingriff gar nicht ergeben. Der Kranke könnte ja im Rahmen des spontanen Krankheitsverlaufs innerhalb kurzer Zeit auch ohne therapeutische Intervention oder gerade dadurch wieder gesunden, dass der spontanremissive Prozess nicht durch eine Intervention gestört wird.

Sowohl die Entscheidung zur therapeutischen Intervention als auch die dezidierte Unterlassung einer Therapie legitimieren sich erst dadurch, dass mit der Diagnosestellung zugleich eine konkrete prognostische Einschätzung hinsichtlich des Spontanverlaufs der Krankheit verbunden ist. Wenn

der Arzt aufgrund dieser Einschätzung zu einer begründeten Entscheidung für eine therapeutische Intervention gelangt, dann findet sich damit zugleich eine weitere prognostische Aussage verbunden, nämlich diejenige einer ganz bestimmten therapeutischen Erfolgserwartung. Erst dann, wenn er über eine differenzierte therapeutische Erfolgserwartung verfügt, gelangt er in die Lage, die Berechtigung seiner unter mehreren Alternativen gewählten Therapie als Differenz zwischen dem prognostizierten unbehandelten Verlauf und dem unter der Behandlung erwarteten Verlauf zu begründen.

Der wesentliche Lernprozess des Arztes besteht dabei in der konsequenten Gegenüberstellung von Erwartung und Erfolg. Gerade daran bildet er die untrennbar mit seiner Person verbundenen Fähigkeiten aus, die wir im engeren Sinne als professionelle Kompetenz bzw. als ärztliche Erfahrung bezeichnen. Wenn der Arzt aufgrund seiner Erfahrung von der Effizienz eines diagnostischen Hilfsmittels oder der Wirksamkeit einer Behandlung spricht, so interessiert ihn nicht primär die Tatsache, dass das Verfahren bei so und so vielen Patienten wirksam war. Was ihn wirklich interessiert, ist die Frage: Was kann ich erwarten, wenn ich das Verfahren künftig bei meinen Patienten anwende?

Die Frage nach der Voraussagbarkeit aufgrund wiederholter Erfahrungen führt ihn auf den Zusammenhang von Erfahrung und Wahrscheinlichkeit. Die Wahrscheinlichkeit des Arztes ist die intentionale Erwartung künftiger Erfahrungen, die sich mit der Wiederholung gleicher Erfahrungen verstärkt. Seine Wahrscheinlichkeitsaussagen beruhen also auf willentlichen Entscheidungsprozessen. Ob ein Ergebnis wirklich eintritt, kann er nicht beweisen. Er kann sich nur entscheiden, so zu handeln, als ob das Ergebnis eintreten wird. Bei dieser Wiederholung spielt sich zugleich ein Entwicklungsprozess des Arztes ab. Er bleibt dabei nicht derselbe, sondern bildet seine Fähigkeiten für folgende Erfahrungen weiter aus.

Mit Blick auf das bisher Skizzierte möchte ich zusammenfassend feststellen, dass es sich bei der Patient-Arzt-Beziehung um ein Arbeitsbündnis von zwei Experten handelt, wenn auch im Hinblick auf gänzlich unterschiedliche Perspektiven. Ist der Arzt ein Experte auf dem Feld der Krankheiten, des nosologischen Diagnostizierens, des Prognostizierens und der Therapiefindung, so der Patient im Bereich des erlebten und gelebten Krankseins, des Durchlebens von Krankheitszuständen, der Hervorbringung von Krankheits- und Gesundheitsprozessen sowie der Überwindung von Krankheitszuständen oder der Bewältigung chronischen Krankseins durch, bei oder trotz therapeutischer Hilfe.

Beide Expertisen, diejenige des Patienten ebenso wie diejenige des Arztes, sind gleichermaßen unverzichtbar für ein Gelingen der Krankheitsüberwindung oder einer fruchtbaren Auseinandersetzung mit einer chronischen Erkrankung.

Eine gleichrangige Berücksichtigung von beiden Perspektiven erst erschließt die Sinn- und Verlaufsgestalt eines Krankheitsgeschehens und dessen Überwindung! [8]

Das hierzu erforderliche Mittel ist dabei dasjenige der Ergänzung der Patientenperspektive durch die Arzt-perspektive und umgekehrt. Auch hier verdeutlicht sich, dass es die – nicht durch formale Tricks der klinischen Forschung unterwanderte – vertrauensvolle Patient-Arzt-Beziehung ist, die eine Erkenntnis-, Handlungs- und Entwicklungsgemeinschaft darstellt.

Entgegen derzeit herrschender Auffassungen scheinen mir die Leistungsträger in unserem Gesundheitswesen der sich trotz ubiquitär vorhandener krankmachender Einflüsse gesunderhaltende Bürger sowie der sich unter ärztlicher Hilfe, bei ärztlicher Hilfe oder trotz ärztlicher Hilfe gesundwerdende Kranke bzw. der chronisches Kranksein kreativ bewältigende Kranke auf der einen sowie der-gute-Arzt auf der anderen Seite zu sein. Die Arzt-Patient-Beziehung wird damit zur Keimzelle eines ressourcenorientierten, von personaler Verantwortung, Kreativität und sich am Gemeinwohl orientierenden Gesundheitswesens. Die Begegnung zwischen Patient und Arzt ist es, von der der Umgang mit Krankheit und das gemeinschaftliche Ringen um Gesundheit ihren Ausgang nimmt und zu einem vertrauensbasierten Arbeitsbündnis wird. [11]

Wenn also eine von Vertrauen, gegenseitigem Respekt und Wahrhaftigkeit geprägte Arzt-Patient-Beziehung das unabdingbare Herzstück einer ihrem Namen gerecht werdenden Human-Medizin ist, dann stellt sich die Frage, ob das gegenwärtig als heilige Kuh angebetete randomisiert kontrollierte Therapie-experiment (RCT) nicht nur in ethischer, sondern auch in wissenschaftlicher Hinsicht als fragwürdig einzuschätzen ist.

Denn wenn es zur Quintessenz der Medizin gehört, dass der Arzt von einer Person, die sich in einer gesundheitlichen Notsituation befindet, um bestmögliche Hilfe bittet, und es für eine humane Medizin konstitutiv ist, dass der Patient nicht nur als Objekt, sondern als selbstbestimmungsfähiges Subjekt ernst genommen wird und dass die Patient-Arzt-Beziehung einer Begegnung zweier mündiger und selbstbestimmungsfähiger Menschen entspricht, von denen der Kranke über die grundgesetzlich garantierte freie Arztwahl verfügt und dem Arzt die ebenfalls verfassungsrechtlich geschützte Therapiefreiheit zugestanden wird, dann bedeutet die gezielte Zerstörung der Therapiewahl und ihr Ersatz durch eine künstlich hergestellte Zufallszuteilung nicht weniger als eine gezielte Zerstörung der Arzt-Patient-Beziehung als Begegnung zweier autonomer Individuen.

„Wir stehen hier vor dem Problem, dass ein Ergebnis im Rahmen einer bestimmten Versuchsanordnung zwar wissenschaftlich scheinbar exakt sein kann, aber auf die Wirklichkeit nicht anwendbar ist. Die wissenschaftliche Methode hat dabei im Grunde nur eine Alibifunktion: Man macht etwas, weil es als ‚wissenschaftlich‘ gilt, weiß aber nicht, was es für die reale Situation bedeutet. Es ist das Problem von formaler Wissenschaftlichkeit und Wirklichkeit. ... Wenn die Forderung nach einer bestimmten Art von wissenschaftlicher Objektivität in Konflikt gerät mit der Ethik und der Menschenwürde, so ist dies ein Alarmzeichen und sollte Anlass zum Nachdenken geben. Denn was ethisch verwerflich ist, kann, auf die Ganzheit des Menschen bezogen, auch wissenschaftlich nicht einwandfrei sein. Was sich hier zeigt, ist das Problem der dem Gegenstand angemessenen

Erkenntnismethode; es ist das Problem von formaler Wissenschaftlichkeit und Wahrheit.“ [12]

Als jemand, der neben seiner wissenschaftlichen Tätigkeit als Lehrstuhlinhaber über mehrere Jahrzehnte auch als Arzt tätig war, halte ich es für beschämend, dass wir uns als Ärzte von Vertretern einer sog. „distanzierten Rationalität“ wie Epidemiologen, Pharmakologen u. a. m., also von Personen, die selbst nicht dazu qualifiziert sind, Kranke zu behandeln, eine Diagnose zu stellen, eine individuelle prognostische Erwartung zu formulieren und eine individuelle Therapie aufzufinden, vorgeben lassen, in Form der randomized trials die Begegnung zu unseren Patienten zu zerstören und sie durch ein künstlich hergestelltes Zufallsprinzip zu ersetzen. Ich erachte dies als einen – gleichwohl sehr geschickt und versteckt vorgenommenen – Verrat an unseren Kranken, der mir das Ergebnis eines Kategorienfehlers in der Medizin zu sein scheint, dass nämlich die Medizin sich als „wertfreie“, nur die intellektuelle Neugier befriedigende empirische Wissenschaft versteht und dabei übersieht, dass Wissenschaft in der Medizin nie Selbstzweck ist, sondern stets die Aufgabe hat, eine best mögliche individuelle ärztliche Praxis zu ermöglichen.

### **Narrativ-hermeneutische Elemente als Werkzeug einer humanen und empathiebasierten Individualmedizin**

Die Sicht- und Erlebnisweise des Patienten ernst zu nehmen erfordert vom Arzt, patientenseitige Narrative nicht nur zuzulassen (oder durch narrationen-induzierende Fragetechniken in ihrem Zustandekommen zu fördern), sondern auch das Interesse, die Bereitschaft und die Kompetenz zur Übernahme der Patientenperspektive.

Empathie ist hier das Schlüsselwort. Jenseits von Sympathie und Antipathie liegt der empathischen Teilhabe am Befinden, den Lebensäußerungen und der Lebenssituation des je Anderen ein subtiler kommunikativer, nicht ohne weiteres bemerkter Mitvollzug der einzelnen Daseinsgesten des Anderen durch mich und in mir selbst zu Grunde.

Hierzu ein Beispiel: Wenn im Rahmen eines Vortrages der Redner mit gepresst-verkrampfter und abgehackter Stimme spricht und zwischendurch eine Pause macht, um z. B. ein Glas Wasser zu trinken, dann ist es ein verbreitetes Phänomen, dass die Zuhörenden husten. Was liegt dem zu Grunde? Einer subtilen Selbstbeobachtung zeigt sich, dass die Bewegungen, die der Vortragende beim Sprechen an und mit seinen Sprechorganen vollzogen hat, von den Zuhörern unbemerkt an den eigenen Sprechwerkzeugen mitvollzogen worden sind – und im Falle dessen, dass der Vortragsredner einen gepresst-verkrampften Sprechstil hat, bei den Menschen im Auditorium zu einer „Kränkung“ im Sinne einer Miniaturkrankheit geführt hat, die dann, ohne dass dies den Betroffenen recht bewusst wird, in Form einer Miniatur(selbst-)heilung weggehustet wird.

Aber auch ein Umgekehrtes ist zu beobachten: Ein wohlthuender und gesunder Mitvollzug bei den Zuhörenden in der je eigenen Sprechorganisation dadurch, dass der Vortragende mit freier, sonorer Stimme gut artikuliert und rhythmisch geformt spricht.

Bewusst spreche ich – u. a. in Übereinstimmung mit dem Empathiekonzept von Morse und Mitarbeitern [13] – von „Mitvollzug“ und nicht von Mitleid im Sinne einer passiv erlittenen emotionalen Infektion. Soweit ich sehe, handelt es sich bei der empathischen Partizipation um einen Vorgang der Nachahmung, wie er von Rudolf Steiner als konstitutiv für das Kind im Vorschulalter beschrieben wird, als Erwerb der von den Erwachsenen „vorgeahmten“ spezifisch menschlichen Fähigkeiten wie aufrechter Gang, Sprechen, Denken und vieles mehr durch die aktive Nachahmung des Kindes. [14]

Gegenüber dieser frühkindlichen und dieser Lebensphase angemessenen außerordentlich hohen Empfänglichkeit haben wir uns im Zuge unserer weiteren Entwicklung zwar – mehr oder weniger gut – abzugrenzen gelernt. Aber die Fähigkeit zur Empathie als dem zentralen Fundament der zwischenmenschlichen Kommunikation erscheint wie das ins Erwachsenenalter hinübergerettete Kleinod eines zwischenmenschlichen, mitmenschlichen, sozialen Sinnesorgans. Wir werden, wie Michael Theunissen dies in seinem sozialphilosophischen Hauptwerk zur Intersubjektivität [15] genannt hat, durch den Anderen „geandert“; und wir wiederum „ändern“ den Anderen, der Andere wird durch uns „geandert“.

Dort, wo der Andere krank ist, wir also in der Begegnung mit ihm sein Krank-sein gewahr werden, vollzieht sich unsere Teilhabe am Kranksein des Anderen dadurch, dass wir an und in uns selbst, innerseelisch und auch am eigenen Leib, das Kranksein des Anderen en miniature, in Form einer Miniaturkrankheit, nach- bzw. mitvollziehen. Unser eigenes – in der Begegnung mit einem Kranken spezifisches oder unspezifisches – „Geandertsein“ wird zum diagnostischen Werkzeug für die Erfahrung des erlebten und gelebten Krankseins unseres Patienten.

Mit anderen Worten: Die erst an und in der Begegnung mit Kranken sich ausbildenden ärztlichen „Organe“ im Sinne einer berufsspezifischen Wahrnehmungsfähigkeit ermöglichen es uns, unsere üblicherweise und zu Recht betriebene gegenständliche und rationale Diagnostik um die Erfassung des vom Patienten eher zuständig als gegenständlich erlebten Krankseins zu erweitern. Die Fähigkeit zur partiellen Identifikation mit dem Kranken gründet indessen auf einem „Impliziten Wissen“. [5]

Unser durch partielle Identifikation mit dem Patienten erworbenes Wissen vom Leiden, aber auch der gesamten Krankheits- und Lebenssituation unserer Patienten lässt sich nur schwer in Worte fassen, weswegen es als „Tacit Knowledge“ bezeichnet worden ist. [5]

Das Parsifal-Motiv „Aus Mitleid wissend werden“ (wobei es sich im Sinne des vorangehend skizzierten gerade nicht um ein larmoyantes Mitleid, sondern um ein methodisch gehandhabtes interpersonales Erfahren der Not des Anderen handelt) erweist sich als verschwistert mit einer berufstypischen und so weit als möglich zu professionalisierenden Haltung der Selbstlosigkeit, die es zu erüben gilt, indem ich selbst als Arzt das Kreuz auf mich nehme, das Kranksein meines Patienten an und in mir selbst mitzuvollziehen.

Mit dieser Kontamination ist es freilich nicht getan. Was sich mir als Aufgabe stellt, um nun nicht selbst zu erkranken, ist die Überwindung des in meinem Innern auszumachenden pathologischen Abbildes durch eine krankheitsüberwindende Gegenbewegung. Diese an mir selbst vollzogene Gesundheitsleistung muss und sollte sich allerdings nicht darauf beschränken, nur der eigenen Gesunderhaltung zu dienen. Meiner eigenen autosalutogenetischen Leistung nachzuspüren kann mir zugleich einen Weg erschließen, den ich „meinem“ Kranken als einen Gesundungsweg vorzuleben vermag. Damit erhält die von mir für den Patienten vorgelebte Gesundheit eine besondere Bedeutung: Der Kranke kann dann durch meine gesunde „Vorahmung“ gesundend „geandert“ werden. [16, 17, 18]

Eine Diagnostik, die erweitert ist um das Element des empathischen Gewährwerdens des patientenseitig erlebten Krankseins, vermittelt dem Arzt nicht nur eine größere Nähe zum Patienten, eine intensivere Form des Mitseins, sie stützt sich zudem nicht mehr nur auf ein kognitiv-intellektuelles Wissen, sondern auch auf das Fühlen und Wollen des Arztes, auf eine mit-empfindende und eine volitional-mitvollzügliche Anverwandlung des „ganzen“ Arztes an die umfassend zum Bewusstsein gebrachte Not des Kranken.

Gemäß dem Gedanken Goethes: „Die Medizin beschäftigt den ganzen Menschen, weil sie sich mit dem ganzen Menschen beschäftigt“, bedeutet dies, dass wir als Ärzte nicht nur intellektuelles Kalkül, sondern alle unsere Fähigkeiten in den Dienst des Erkennens unserer Patienten stellen sollten. Ein nur rationalistischer Modus der Diagnosestellung erweitert sich dadurch zur Herzenserkenntnis. Im Kontext einer Empathie vermittelten Diagnostik macht Liebe eben nicht blind, sondern wird zu einem tragenden Pfeiler in einer erweitert verstandenen Diagnostik.

Die durchaus berechtigte und notwendige Funktion der Diagnose, die dem Arzt eine Versachlichung, Verobjektivierung, ja „Vergegenständlichung“ des Kranken bzw. einer Krankheitssituation gegenüber ermöglicht, ist durch das Bemühen einer weitestgehenden (wiewohl letztlich nie gänzlich gelingenden) Übernahme der Patientenperspektive geeignet, uns das Herz zu erwärmen.

Eine um das Element der Herzenserkenntnis erweiterte und uns mithin das Herz erwärmende Diagnostik veranlasst in unserem Innern den Willen, dem krankheitsbedingt in eine Notsituation geratenen Mitmenschen zu helfen, sie wird zum Quellort des „Heilerwillens“ des Arztes. [19]

Eine nicht nur gut gemeinte, sondern eine von Herz und Hirn umrahmte und von „professioneller“ Empathie begleitete ärztliche Praxis ermöglicht es uns Ärzten, statt Zwangsbeglückungen infolge eines dunkelhaften Besserwissertums, dort, wo dies möglich ist, die Beziehung zu unseren Patienten partnerschaftlich-ankennend zu gestalten, was bedeutet, in den Krankheitserscheinungen Leistungen sehen zu lernen, die, gelingend oder misslingend, auf Autoprotektion oder Selbstheilung zielen.

In „Dichtung und Wahrheit“ auf seine Studienzeit in Straßburg zurückblickend, im Verlauf derer er zwar Jura studiert, aber umfangreich an medizinischen

Lehrveranstaltungen teilgenommen hat, charakterisiert Goethe die Sinnhaftigkeit von Krankheitserscheinungen höchst modern: „Der Widerwille gegenüber den Kranken ging mir in dem Maße verloren, als ich lernen konnte, in den Krankheitserscheinungen bereits die Wiederherstellung von Gesundheit sehen zu können.“ [20]

Es ist fast müßig hervorzuheben, dass die zuletzt dargestellte Betreuungsform des Patienten nicht mit einzelfallorientierten quantitativen Methoden des Zählens, sondern angemessen nur mit qualitativen Ansätzen des Erzählens erfasst und wiedergegeben werden können.

War bis vor kurzem „die Erzählung des Arztes in Form eines objektiven, wissenschaftlichen Berichts dominant in medizinischen Fallberichten, kommt nun zunehmend auch die Geschichte von Patienten zum Zuge; Erzählungen gelten verstärkt als nützliche Ressource, um die Bedeutung von Krankheit und Kranksein für Patienten zu verstehen.“ [21, 22]

Wichtige Impulse für eine Narrative based Medicine sind aus der Psychiatrie [23, 24, 25, 26, 27, 28] und der Allgemeinmedizin [29, 30, 31] hervorgegangen. Zunehmend wird deutlich, dass ein konziser Umgang mit Erzählungen nicht nur für ein besseres Verständnis des Krankheitserlebens von Patienten, sondern auch für das Verstehen eines Kranken in seinem Lebenskontext sowie der Rollen von Kultur und Gesellschaft unerlässlich ist.

Insofern also der Patient nie nur ein biomedizinisch zugängliches Objekt ist, sondern stets auch ein geschichtliches Subjekt, dessen Erkrankungs- und Gesundungsprozesse nicht nur dem Bios der Biologie unterliegen, sondern zugleich in den – ganz anders gearteten – Bios einer Biographie eingebunden sind, kann kaum ernsthaft das Erfordernis in Frage gestellt werden, eine einseitig biowissenschaftlich ausgerichtete Medizin durch ergänzende In-Dienst-Stellung hermeneutischer Erkenntnis- und Verstehensansätze zu ergänzen. [33]

Für eine patienten- und also nicht nur krankheitsorientierte Praxis bedeutet dies nicht nur, patienten-seitige Narrationen zuzulassen und ernst zu nehmen, sondern darüber hinaus die Ausbildung der Kompetenz, die am Patienten wahrgenommenen Zeichen und Symptome in einen erzählerischen Kontext einordnen und ihnen eine Bedeutung zuweisen zu können: „The approach of the skilled diagnostician is the skill of an historian good at asking the right question and good at placing medical ‚fact‘ within the context of a temporal narrative that makes sense of the current constellation of symptoms and signs. A medical fact is a ‚medical‘ fact only within such a story.“ [32]

Erweisen sich Erkrankung und Gesundung aus naturwissenschaftlicher Perspektive als wertneutrale, apersonale und ungeschichtlich-iterative Prozesse, so zeigen sie sich aus lebensweltlicher Sicht als von Subjekten sinnhaft erfahrene biographische Ein- und Aufbrüche, denen im Spannungsfeld zwischen Herkunft und Zukunft des Kranken die Kategorie geschichtlicher Ereignishaftigkeit zukommt. Beide Aspekte, der biomedizinisch-nomothetische und der idiographisch-hermeneutische, lassen sich in der Praxis nicht getrennt voneinander verfolgen; sie sind unaufhebbar aufeinander bezogen. Insofern hat es

auch keinen Sinn, den einen gegen den anderen Ansatz auszuspielen. Als Folge der Vorherrschaft biomedizinischen Denkens in der Medizin ist aber im Hinblick auf die Abfassung von Krankengeschichten und die Darstellung von Fallbeispielen eine „narrative Atrophie“ [34] eingetreten, die ihrem Sujet, dem einen ganzen Kranken, keineswegs gerecht wird.

## Der diagnostisch-therapeutische Prozess

Es ist das Verdienst Wolfgang Wielands, in seiner 1975 veröffentlichten medizinthoretischen Auseinandersetzung mit dem Diagnosebegriff [9] auf eine 1917 in erster Auflage erschienene Monographie des Arztes und Medizinthoretikers Richard Koch aufmerksam gemacht zu haben, in der, wie Wieland schreibt, „eine Grundlagentheorie der Medizin zur Diskussion gestellt worden ist, die bis heute nicht überholt ist“. [35]

Eine Diagnose ist für Koch – und Wieland konfirmiert diese Position in seiner eigenen Schrift mit einer verfeinerten Epistemologie – stets eine Singuläraussage, die nicht verallgemeinerungsfähig ist. Das mag zunächst überraschen, ist doch der Arzt – und im Besonderen der am Beginn seiner Berufstätigkeit stehende – gewohnt, sein diagnostisches und therapeutisches Handeln als Anwendung allgemeinen medizinischen Wissens zum Wohle des einzelnen Kranken zu verstehen. Aber, so Koch, beim Diagnostizieren geht es nie um ein Erkennen seiner selbst willen. Was mit der Diagnose erreicht werden soll, ist eine Handlungsentscheidung im Einzelfall.

Die Diagnose ist also ein Ausdruck für die Summe der Erkenntnis, die den Arzt zu seinem Handeln und Verhalten veranlasst. [35] Denn, so Koch, eine Diagnose ohne therapeutische Konsequenzen ist für die ärztliche Praxis wertlos.

„Unser Diagnosebegriff bezieht sich immer notwendigerweise auf den einzelnen Kranken, der übliche bezieht sich weder auf einen Einzelnen noch auf eine Anzahl von Kranken, sondern er ist eine Abstraktion, die von Kranken gewonnen wurde. Es scheiden sich also im Sinne dieser Abhandlung Diagnosebegriff und Krankheitsbegriff. Diagnostiziert wird nicht ein Krankheitsbegriff, sondern der Zustand eines Einzelnen ... Ohne Zweifel kann man ein irgendwie beschaffenes Krankenmaterial so ansehen, dass man den Blick nur auf die Erscheinung richtet, die sich einem bestimmten Krankheitsbild einfügt, und man kann an Therapie nur das heranziehen, was sich unmittelbar auf diese Erscheinung bezieht ... Sobald aber die Diagnose individualisiert wird, unterscheidet sie sich vom Krankheitsbegriff.“

Richard Koch ist sicherlich zuzustimmen, dass die Erstellung einer Diagnose für den Arzt nur insoweit von Relevanz ist, als sie einen therapeutischen Ausblick erschließt, also als das unumgängliche Nadelöhr für eine rationale Therapieentscheidung fungiert. Zudem ist, wie Koch zu Recht betont, der Arzt nicht beauftragt, anonyme Krankheiten zu behandeln, sondern kranke Personen, deren individueller Krankheitssituation er gerecht werden soll.

Insofern besteht die diagnostische Aufgabe für den Arzt nicht darin, das am Einzelfall Auffindbare subsumptionslogisch definierten Krankheitseinheiten zuzuordnen, sondern umgekehrt in der sach-

gerechten und begründbaren Zuordnung allgemeiner Krankheitsbegriffe zu einem konkreten, individuellen Patienten. „Der Einzelfall ist hier um seiner selbst willen von Interesse.“ [9] Das ist er aber nur dort, wo es uns gelingt, ihn nicht aus einer defizitären Perspektive als Abweichung einer allgemeinen und starren Norm aufzufassen, sondern ihn in seiner Besonderheit positiv zu begreifen.

Es gilt hier, den konkreten Patienten nicht nur von außen mit einem ihm fremden Analyseschema zu konfrontieren, sondern eine Anschmiegung, eine Anverwandlung allgemeinen medizinischen Wissens an die konkrete Krankheitssituation zu vollziehen.

Von engagierten Therapeuten wird hier oftmals eingewendet, dass doch die Forderung nach einer Individualisierung allein an die Therapie zu stellen sei, während es mit Blick auf die Diagnostik ausreiche, sich mit der Zuordnung zu allgemeinen Krankheits-einheiten zu begnügen. Wer so argumentiert, übersieht, dass zwar das Ziel allen ärztlichen Tuns allein in der Therapie liegt (bzw. liegen sollte), der Weg dorthin aber nur über eine Diagnose führt. Denn ohne sie ließe sich therapeutisches Handeln nicht von beliebigem, wenn auch gut gemeinten Maßnahmen unterscheiden. Das berechtigte Bestreben nach einer Individualisierung der Therapie setzt daher eine individuelle Diagnose, also eine Individualisierung des allgemeinen Wissens voraus.

Die Problematik der Übertragbarkeit von Studienergebnissen behandelnd, die an Patientenkollektiven mit dem Verfahren der schließenden Statistik gewonnen worden sind, spricht Fülgraff [36] von Procrustes als dem Schutzheiligen der klinischen Prüfer und fragt: „Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage können die einmal gewonnenen generalisierten statistischen Aussagen über Gruppen von Merkmalsträgern ent-allgemeinert und re-individualisiert werden? In der Praxis wird es gemacht – aber welches ist die Theorie dieses Vorgehens? Wäre es nicht an der Zeit, Methoden zu entwickeln, um Erfahrungen über Arzneimittel zu sammeln und intersubjektiv kommunizierbar zu machen, ohne einzelne Kranke in ein Kollektiv schnüren zu müssen?“

Klinische Entscheidungen, behauptet Trampisch [37] in einem Plädoyer für die Unverzichtbarkeit stochastischen Denkens für das praktische Handeln in der Medizin, „basieren auf dem medizinischen Wissen, den klinischen Daten eines Patienten sowie auf einem allgemeinen Wissen, welches jeder Arzt im Laufe seines Lebens – ebenso wie jede andere Person – erlernt.“ Hier bleibt aber ganz ungeklärt, in welchem Verhältnis „medizinisches Wissen“, bei dem es sich im Sinne von Trampisch um allgemeine medizinische Kenntnisse handelt, zu den konkreten „klinischen Daten eines Patienten“ steht, auf welche Weise also der Arzt den Brückenschlag zwischen allgemeinen Aussagen und der besonderen Situation des einzelnen Kranken vollzieht. Und ebenso unklar bleibt, welche Bedeutung bei Trampisch dem professionsunspezifischen Wissen des Arztes für sein Handeln zukommt, zumal er es gerade nicht als berufsspezifische Fertigkeit aufführt.

Demgegenüber hebt Wieland in seiner vorangehend genannten Untersuchung zur diagnostischen Leistung des Arztes zu Recht hervor, dass es sich hier nicht um ein „Knowing what“, sondern um ein „Knowing

how“ handelt, um eine dispositionelle, an die einzelne Person gebundene Fertigkeit. Gemeinhin bezeichnen wir sie als ärztliche Erfahrung bzw. Professionalität.

Wie nimmt aber der „erfahrene“ Arzt die Entallgemeinerung und Reindividualisierung vor, die Fülgraff zu Recht fordert und von der er sagt, dass sie zwar in der Praxis geleistet werde, eine Theorie hierzu gleichwohl aber nicht existiere?

Einzelfallbeschreibungen bestehen in der Regel in der Anwendung einer – mehr oder weniger – großen Zahl von Klassifikationsbegriffen und Messvariablen auf einen einzelnen Merkmalsträger. Dessen Besonderheit imponiert insofern als unwahrscheinliche Kombination allgemeiner Merkmale, also als residual im Hinblick auf eine allgemeine Norm. Darin spiegelt sich jedoch durchaus nicht die Denk- und Erlebensweise des Arztes wider, insoweit er sich bei seinem Tun nicht auf formales Wissen, sondern auf die eigenen, an der Praxis originär erworbenen Fähigkeiten stützt. Was er dabei – bedacht oder unbedacht und von Fall zu Fall fortschreitend – als „Theorie“ entwickelt, erweist sich nicht als induktiv gewonnenes abstraktes Konstrukt, das er dann im Sinne eines deduktiv-nomologischen Vorgehens dem besonderen Fall zuschreibt, sondern als ein gestalthaft-ganzheitlicher Entwurf eines bildhaft-anschaulichen und insofern einheitsstiftenden Denkens, das sich in der Begegnung mit künftigen Fällen weiter differenziert und vervielfältigt.

Bei den „Modellen“, die der Arzt im Zuge seiner Erfahrungsbildung „vor Ort“ entwirft, handelt es sich, wie einleitend dargestellt, nicht um gänzlich von den konkreten Erscheinungen abstrahierte, formale Konstrukte, sondern um anschauliche Gebilde, in denen sich ihm ein Allgemeines in Form eines besonderen Falls verdeutlicht und andererseits die Fülle der besonderen Erfahrungen zugleich den Inhalt der jeweiligen Modellvorstellung prägt. Sie sind infolgedessen auch nicht starre, unbewegliche Ganzheiten. Den Variations- und Metamorphosierungsmöglichkeiten biologischer Arten entsprechend erweisen sie sich als bewegliche, bildsame Einheiten, die es erlauben, ggf. auch den statistischen „Ausreißer“ noch als Manifestation eines typischen Geschehens, weil als positive, aktiv-eigengesetzliche Ab- und Umwandlung einer in sich beweglichen Ganzheit zu begreifen.

Die besondere, ggf. auch weit vom statistischen Medianwert entfernte Ausprägungsform einer Krankheitseinheit imponiert hier nicht als defiziente Abweichung einer starren Krankheitsdefinition, sondern als positive Abwandlung eines dynamischen, hinsichtlich seiner Aus- und Umgestaltungsfähigkeiten „einfallsreichen“ Typus.

Ohne den Erwerb zur Erfahrung solch bildhaft-anschaulicher, in sich wandelbarer und entwicklungs-fähiger Modelle, genauer: ohne die Fähigkeit zur schrittweisen wechselseitigen Anschmiegung von äußerer und innerer „Empirie“, wäre der Arzt kaum in der Lage, eine Diagnose im Sinne einer Singuläraussage zu treffen.

Das zeigt schon die gängige Erfahrung, dass der Berufsanfänger zwar bestens über die Inhalte von nosologischen Klassifikationen und von Diagnose-manualen Bescheid weiß, aber dieses Wissen dem ihm begehrenden Kranken nicht so zuzuordnen

vermag, dass daraus eine wirklichkeitsbezogene Diagnose entsteht. Und auch die ebenso geläufige Beobachtung, dass Studierende beim Lesen von medizinischen Lehrbüchern die eigene Befindlichkeit mit nahezu allen dort beschriebenen Krankheitsbildern assoziieren, also eine Entscheidung darüber, ob eine Situation von Krankheitswert vorliegt, noch nicht zu treffen in der Lage sind. Im Umgang mit der Glossardiagnostik etwa des ICD-10 oder des DSM IV zeigt sich, dass dem Unerfahrenen mit den dort aufgeführten Korrelationen von Einzelkriterien nichts vermittelt wird, was er als Basis für einen weiterführenden Deutungsrahmen des vom Patienten erlebten Krankseins verwenden könnte. Der Erfahrene andererseits, die Gesamtgestalt einer Krankheitseinheit einschließlich ihrer Variationsmöglichkeiten kennend, findet in ihnen bestenfalls die ihm vertrauten, dort aber aus ihrem ideellen Zusammenhang herausgefallenen Teilelemente wieder.

Wie sehr dieses Vorgehen mit der Suche des Arztes nach übergreifenden Verstehenszusammenhängen kollidiert, zeigt sich spätestens in den aus diesem Ansatz notwendigerweise resultierenden Konzepten der Ko- bzw. Multimorbidität. Statt der erforderlichen Erkenntnisanstrengung, bezüglich der am Patienten verstreut aufgefundenen Krankheitsereignisse nach einem übergreifenden Deutungsrahmen zu suchen, um von dort aus nach einer rationalen, die Gesamtsituation des Kranken berücksichtigenden Therapieoption Ausschau zu halten, dient die als Aneinanderreihung von Kästchen betriebene Multidiagnostik zuletzt der Legitimation von Polypragmasie.

Mit dem zuletzt Ausgeführten möchte ich nicht das berechtigte Bemühen um die Erarbeitung operationalisierter Diagnosen durch Explikation diagnostischer Kriterien und einer möglichst deutungsfreien Deskription – u. a. aus Gründen der Vergleichbarkeit – in Abrede stellen. Für die medizinische Forschung kann dies – in Grenzen – eine wertvolle Hilfe sein. Als Ärzte denken wir aber – wenn auch meist mehr implizit als explizit, aber eben durchaus zugunsten eines ungleich höheren Wirklichkeitsbezugs – anders. Auch wenn gestalttheoretische Ansätze aus der Mode gekommen sind: Der Arzt denkt, wie dies die vorangehend genannten Beispiele verdeutlichen, in Gestaltzusammenhängen.

Neben dem eingangs erörterten Sachverhalt, dass die Generierung von Wissen nicht ein schieres Auffinden von vorgegebenen Gesetzmäßigkeiten ist, sondern vom Erkennenden stets mitgeprägt ist, gilt es zudem, die prinzipielle Perspektivengebundenheit allen Erkennens zu berücksichtigen, wonach „Objektivität gerade nicht Ausschluss, sondern methodische Einbeziehung der Subjektbezogenheit eines jeden Wahrnehmens und Wahrhabens bedeutet.“ [38]

In seiner Konsequenz bedeutet dies, dass ein Theorienpluralismus bzw. eine Pluralität unterschiedlicher Denk- und Praxisansätze in der Medizin eben keineswegs Ausdruck von wissenschaftlicher Residualität ist, sondern geradezu erforderlich ist insoweit die Bereitschaft vorhanden ist, sich nicht am eigenen intellektuellen Schlichtheitsbedürfnis zu orientieren, sondern an der Komplexität der Wirklichkeit und der

Mehrdimensionalität des Menschen in Gesundheit und Krankheit.

Dasjenige, was mit Hilfe einer materialistisch-mechanistischen Sichtweise an (Teil-)Erkenntnis zu gewinnen ist, ist mit anders ausgerichteten Erkenntnisbemühungen nicht zu gewinnen. Wohl aber gilt es, sich vor Verallgemeinerungen zu hüten, die Grenzen des jeweiligen Erkenntnisansatzes aufzuzeigen und nach ergänzenden Perspektiven, etwa im Sinne einer sensualistischen, phänomenalistischen, idealistischen, spirituellen (nicht spiritistischen!) u. a. Anschauungsweise zu suchen. [16, 17, 18]

Da gerade in der Medizin als einer praktischen Wissenschaft Begriffe, Theorien, Modelle, die wir uns vom Menschen in Gesundheit, Krankheit und Heilung machen, kaum je praxis- bzw. ethikneutral sind, stellt sich hier mit besonderer Aktualität die Aufgabe, den Pluralismusgedanken unter dem Kriterium der realen Konsequenzen, der ethisch-praktischen Folgen bestimmter Wissenschaftsmodelle zu verfolgen. Ein Denkstil, der sich bei der Erforschung der unbelebten Natur für die Physik als angemessen und in der Technik als erfolgreich erwiesen hat, braucht es für die ärztliche Praxis noch lange nicht zu sein. Auf die Medizin übertragen könnte er gerade den Blick für die wesentlichen Eigenschaften ihres „Gegenstandes“ verstellen und mit der Würde des Menschen kollidieren.

Will man sich in der Medizin zum Verständnis des Menschen nicht mit einer einzigen Sichtweise begnügen, dann stellt sich die Aufgabe, weitere ergänzende Perspektiven heranzuziehen, ihre Möglichkeiten und Grenzen auszuleuchten, also eine Perspektivenvervielfältigung systematisch und methodisch zu verfolgen und eine Multiperspektivenbeweglichkeit zu erüben.

Die Tatsache, dass die Generierung wissenschaftlicher Konzeptionen und Erkenntnisse stets auch vom Erkenntnissubjekt abhängig ist, ist – soweit ich sehe – in der Diskussion um die wissenschaftlichen Paradigmen, um die Entstehung von Paradigmen, um den Paradigmenwechsel und um die koexistenzielle Verträglichkeit unterschiedlicher Paradigmen nur oberflächlich geführt worden.

Denn die Paradigmendebatte ist durchaus geprägt von der Vorstellung, dass unterschiedliche, sich inhaltlich widersprechende Paradigmen zeitgleich nicht existieren können bzw. nicht existieren sollten. Es gilt dann, die Überlegenheit des einen Paradigmas gegenüber dem anderen herauszuarbeiten oder gesellschaftlich durchzuboxen – und im Hinblick auf das unterlegene Paradigma einen Paradigmenwechsel herbeizuführen. [39, 40]

Dort, wo statt des Paradigmas der Begriff der Perspektivität methodisch verfolgt wird, gilt keineswegs das Erfordernis des Ausschlusses anders gearteter Sicht- und Deutungsweisen. Vielmehr gehört es geradezu zu einer vertieften Erkenntnis, systematisch den (Erkenntnis-) Standpunkt zu wechseln und die Widersprüchlichkeit der Sichtweisen auf ihr Potenzial als gewichtige Ergänzungsquelle bei der Erkenntnisgewinnung hin abzuklopfen. [1, 2, 16, 41, 42]

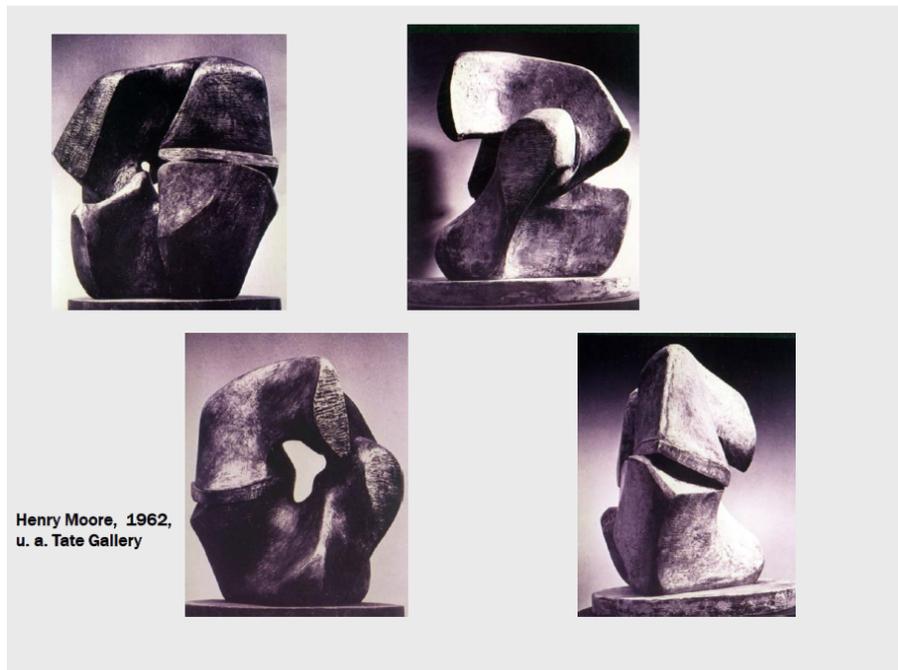


Abb. 1: Henry Moore „Locking Piece“ (Bronze, 1963-64, Millbank, London)

Extrem unterschiedliche ästhetische Erscheinungsformen ein und desselben Gegenstandes in Abhängigkeit von der Betrachtungsperspektive

Ein gut geeignetes Beispiel für diese Aufgabenstellung scheint mir die Darstellung einer Plastik von Henry Moore zu sein (Abb. 1): Die ästhetisch extrem unterschiedlichen vier Ansichten haben am Ende nur eines gemeinsam: dass sie - aus unterschiedlichen Perspektiven - alle ein und denselben Gegenstand abbilden! Das ist geradezu eine Aufforderung, auf einen monoperspektivischen Reduktionismus zugunsten eines Wissenschaftspluralismus zu verzichten. Dies bedeutet freilich keinen Freibrief für eine Gesichtspunktbeliebigkeit und auch nicht für eine unbegrenzte Vervielfältigung von Sichtweisen.

Denn der Begriff der Perspektivität weist neben seiner Subjektbezogenheit ja gerade auf einen Objektpol hin, an dem der Realitätsbezug einer Sichtweise zu überprüfen, ihr Wirklichkeitscharakter auszuhandeln ist [1, 2, 11, 16, 18]. Die Perspektivenbezogenheit bei der Wirklichkeitskonstitution im Rahmen der empirischen Wissenschaften gilt freilich auch für die Diagnose. Auch sie ist keineswegs etwas der äußeren Anschauung bereits Mitgeliefertes, sondern etwas unserem Erkennen Aufgegebenes.

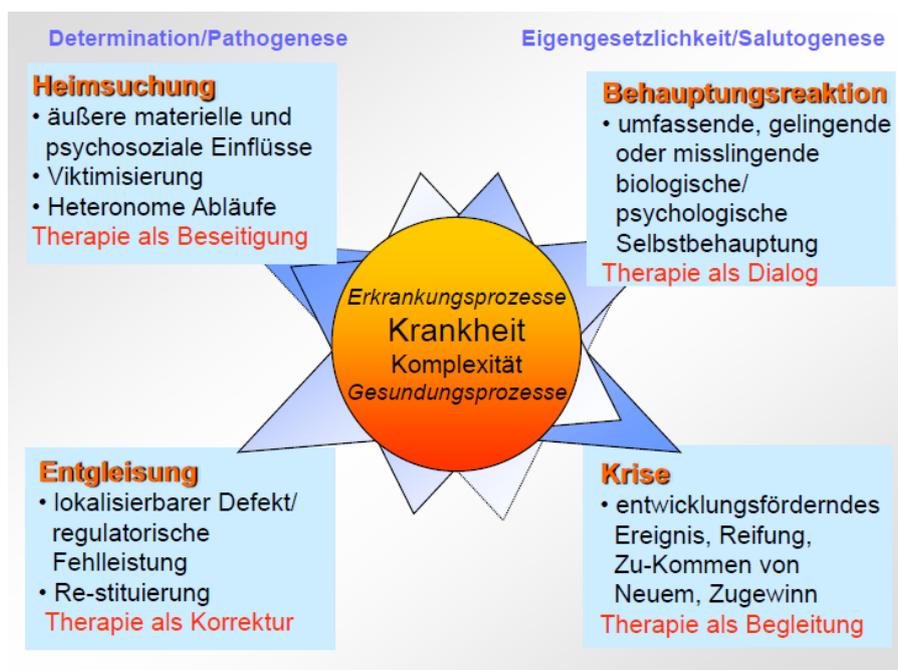


Abb. 2: Unterschiedliche paradigmatische Betrachtungsweisen in der Medizin

Links: Zwei Perspektiven, für die das Paradigma der Determination und auch das der Pathogenese leitend sind. Rechts: Zwei Perspektiven vor dem Hintergrund der Eigengesetzlichkeit bzw. der Autonomie des Individuums und auch der Salutogenese. Unterschiedliche Perspektiven führen zu unterschiedlichen Vorstellungen der Verursachung von Krankheitsvorgängen und damit konsequenterweise zu unterschiedlichen Therapieoptionen.

Wie Abb. 2 verdeutlicht, handelt es sich beim Diagnostizieren nicht um das Konstatieren von etwas fertig Gegebenen, sondern um das Ergebnis unserer aktiven Mitwirkung beim Zustandekommen des Deutungs- und Bedeutungszusammenhangs eines Krankheitsgeschehens, was durchaus davon abhängig ist, für welche Perspektive wir uns hier entscheiden.

Ein Kranker erscheint in einem unterschiedlichen Deutungszusammenhang, ein pathologischer Sachverhalt verhält sich unterschiedlich, je nachdem, aus welcher Perspektive, aus welcher Fragerichtung und unter welcher Wissenschaftskonzeption wir ihm begegnen.

Und noch eines macht Abb. 2 deutlich: Unterschiedliche Denkansätze führen nicht nur zu unterschiedlichen diagnostischen Einschätzungen, sondern darüber hinaus zur Anwendung unterschiedlicher Therapieprinzipien. Zum Erreichen rationaler Konzepte einer Pluralität von Denk- und Praxisansätzen in der Medizin ist es notwendig, die Parteilichkeiten zu überwinden, also nicht etwa nur die eine Perspektive als gut und die andere als schlecht zu werten. Alle in Abb. 2 dargestellten Paradigmen haben ihre Berechtigung, aber eben jeweils nur eine Teil-Berechtigung. Es ist dann die Aufgabe des Arztes, ein Urteil darüber zu fällen, welcher Ansatz in einer konkreten Krankheitssituation der je angemessene und Erfolg versprechende ist. Insofern geht es hier auch nicht um einen „Paradigmenwechsel“, wie dies gerne schlagwortartig formuliert wird, sondern um die Frage nach einer vernünftigen, den Perspektivitätsgedanken implizierenden Koexistenz von Paradigmen. [1]

Natürlich hat das Paradigma der Heimsuchung (mit dem daraus abgeleiteten Therapieprinzip der Vertreibung pathogener Noxen) seine (Teil-)Berechtigung. Das Problem ist nur, dass dieser Denk- und (Be-)Handlungsansatz auch dort zum Einsatz kommt, wo aus einer anderen Perspektive das Krankheitsgeschehen als eine aktive und eigengesetzliche Leistung des menschlichen Individuums bzw. Organismus erscheint. Bei einem einseitigen Festhalten an der Sichtweise Heimsuchung gibt es am Ende nur noch „äußere Feinde wie böse Geister, Miasmen, Gifte, Bazillen, Zivilisationseinflüsse, autoritäre Eltern oder repressive soziale Verhältnisse“ [42], die als Krankheitsursache herhalten müssen und therapeutisch wie präventiv mit maximalen Mitteln im Sinne einer „Vertreibung“ bekämpft werden. Erkranken und gesunden als ein passives, durch gegensinnige Kausalketten von außen erzwungenes krank und gesund Gemachtwerden.

Ähnliches gilt für den ätiopathogenetischen Denkansatz der Entgleisung – und seiner logischen Konsequenz: Einer Therapie im Sinne der Korrektur. Auch er hat seine Teilberechtigung, dann nämlich, wenn therapeutisch stimulierbare autosalutogenetische Ressourcen nicht (mehr) wirksam sind. Stellen sich Krankheitssymptome aus Sicht der vorangehend genannten determinationsorientierten Paradigmen (Abb. 2, links) als Funktionsdefizite normabweichender Kausalabläufe dar, so erschließen sie sich einer Sichtweise, die nach der relativ autonomen Eigengesetzlichkeit organischer Ganzheiten Ausschau hält, als aktive, gelingend oder misslingend auf Selbsterhaltung und/oder Selbstheilung zielende Funktionsäußerungen. Das daraus resultierende

Therapieprinzip ist dann eher dasjenige eines Dialoges, nicht nur auf verbaler, sondern auch auf somatischer Ebene mit der Symptomensprache des menschlichen Organismus. [1, 7, 10, 11, 12, 43]

Erst die Fähigkeit, ein und dieselbe Erscheinung aus unterschiedlichen Perspektiven verfolgen zu können, versetzt den Arzt in die Lage, in einer konkreten Situation ein eigenes Urteil über die je angemessene Sichtweise und die ihr entspringende Handlungsoption zu treffen.

Dort, wo eine Erkrankung nicht nur als normabweichender biologischer Vorgang interpretiert wird, sondern darüber hinaus auch das vom Patienten erlebte und gelebte Krank-Sein verfolgt wird, erschließt sich als eine weitere Perspektive diejenige in Abb. 2 rechts unten.

Über die bisher skizzierten Aspekte hinausweisend zeigt sich hier, dass beim Durchmachen und der Überwindung einer Krankheit nicht nur der Bios der Biologie, sondern darüber hinaus auch derjenige der Biografie eines jeden Menschen beteiligt ist. In dieser Hinsicht imponiert eine Erkrankung als biographisch-existenzielle Krise. In methodischer Hinsicht erfordert dies, das Krankheitsgeschehen in die Krankengeschichte und sodann in die Lebensgeschichte eines Menschen einzubetten. Es zeigt sich dann, dass eine Erkrankung zu einem biographischen Einbruch führt, dass damit zugleich aber auch ein biographischer Aufbruch verbunden sein kann.

Verfolgt man das Erkrankungs- und Gesundungsgeschehen vor dem Hintergrund dieses Paradigmas, dann zeigt sich im Rückblick nicht selten zweierlei: Dass nämlich der prämorbid Lebensabschnitt zwar durch eine vordergründige „Normalität“ gekennzeichnet sein kann, aber nicht eigentlich durch Gesundheit; der Betroffene hat zwar, wie rückblickend deutlich wird, vor Ausbruch der Erkrankung noch „funktioniert“, aber auch nicht mehr.

Zudem kann sich zeigen, dass Gesundwerden durchaus nicht das Auftreten eines status quo ante bedeutet. Was aus dem Durchmachen einer und der Auseinandersetzung mit einer Erkrankung als Ergebnis hervorgeht, ist nicht die alte, sondern eine neue Gesundheit. Verfolgt man unter diesem Aspekt Krankheitsverläufe im biographischen Kontext, so erscheint das Krankheitsereignis rückblickend oftmals nicht nur als Einbruch, sondern zugleich auch als lebensgeschichtlicher Aufbruch, als Nadelöhr zu einer höheren Gesundheit, die ohne das Durchmachen der jeweiligen Erkrankung nicht ohne weiteres möglich gewesen wäre. Die Termini Rekonvaleszenz und Restitution fördern mit ihrem Präfix „Re“ leicht das Missverständnis der Wiederherstellung eines früheren Zustands und verlegen so den Blick dafür, dass es sich bei der Genesung um die Genesis einer neuen Gesundheit handelt. [1, 2, 11, 17, 18]

Die nachfolgenden Abbildungen kontrastieren zwei Sichtweisen miteinander, nämlich den gegenwärtig vorherrschenden Denkansatz der Determination, der eng mit der Frage nach der Pathogenese verknüpft ist, und den Denkansatz der Autonomie des Individuums bzw. der Eigengesetzlichkeit des Organismus, der eng mit dem Konzept der Salutogenese verschwimmt ist.

Die Darstellungen sind so gehalten, dass sie weitgehend für sich selbst sprechen und keiner darüber hinausgehenden Kommentierung bedürfen.

Wie unschwer zu erkennen ist, findet sich das Paradigma der Determination und der Pathogenese vorrangig in der Mainstream-Medizin beheimatet, während das Paradigma der Eigengesetzlichkeit und der Salutogenese schwerpunkthaft verschiedenen komplementärmedizinischen Ansätzen zugrunde liegt. Aber dies gilt keineswegs durchgehend, und zudem gilt auch hier: Beiden Paradigmen kommt eine Teilberechtigung zu, entscheidend ist die Herausarbeitung valider differential-indikatorischer Kriterien dafür, wann im konkreten Fall ein Handeln nach dem

einen und wann nach dem anderen Paradigma indiziert ist. Freilich handelt es sich beim Determinations-Paradigma um einen etablierten und dementsprechend gut elaborierten Ansatz, während der Denkansatz, der Therapie als Förderung bzw. Stimulation individuumeigener Selbstheilungsressourcen begreift, im etablierten Wissenschaftsbetrieb nur marginal repräsentiert ist.

Um zu verdeutlichen, wie sehr die Vertreter unterschiedlicher Paradigmen dann, wenn sie unter Wissenschaftlichkeit ein Gelöbnis zur Standpunktinvarianz verstehen, aneinander vorbeireden können, seien einige Problempunkte herausgegriffen (Abb. 3 und Abb. 4).

 Zentrum für Integrative Medizin der Universität Witten/Herdecke		Determination/ Pathogenese	Diagnostik	Eigengesetzlichkeit/ Salutogenese
		Fokussiert auf krankmachende Determinanten und deren Eliminier-/Umkehrbarkeit		Fokussiert auf autoprotektive und salutogenetische Potenzen
		Krankheit als passive Funktionsstörung		Krankheit als veränderte Gesamtleistung
		Krankheitssymptome als Funktionsdefizite: „woher resultieren die Symptome?“		Krankheitssymptome als aktive Funktionsäußerungen: „worauf zielen die Symptome?“
		Spontanremissionen begründungspflichtig		Ausbleibende Spontanremissionen begründungspflichtig
		Erkranken und Gesunden als Ursache-Wirkungs-Beziehung		Erkranken und Gesunden als Reiz-Reaktions-Beziehung
		Gesundheit und Krankheit als Dichotomie		Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum
		Klassifizierende Diagnostik, Krankheitsmechanismen und -verläufe		Individualisierende Diagnostik, Kranken- und Lebensgeschichte
		Registrierendes Beobachten		Partizipatives Anerkennen

Abb. 3

 Zentrum für Integrative Medizin der Universität Witten/Herdecke		Determination/ Pathogenese	Therapie	Eigengesetzlichkeit/ Salutogenese
		Fokussiert auf Krankheits(symptom)-Beseitigungsstrategien		Fokussiert auf Unterstützung/ Stimulation autoprotektiver und (auto-)salutogener Potentiale
		Wirksam durch Korrektur krankhafter Veränderungen. Passive Rolle des Patienten		Wirksam durch aktiv-richtunggebende Beteiligung des Organismus. Aktive Rolle des Patienten
		Zielt auf Direktwirkung. Sekundäre Wirkung als unerwünschter Effekt		Zielt auf Sekundärwirkung. Ggf. initiale Symptomverstärkung
		Pathologische Physiologie/ Psychologie als Orientierungsrahmen		Therapeutische Physiologie/ Psychologie als Orientierungsrahmen
		Beherrschbarmachende Praxis Intervention(ismus) Paternalismus/Fürsorge		Partnerschaftlich-anererkennende Praxis. Befähigendes Begleiten. Stärkung von Selbsthilfe
		Indiziert, wo therapeutischer Appell an Selbstordnungsleistung nicht (mehr) möglich		Indiziert, wo Selbstheilungsleistungen potentiell (noch) stimulierbar
		Den Ertrinkenden retten		Zum Schwimmen befähigen

Abb. 4

In der klassischen Pharmakotherapie (Abb. 4) ist das Ziel eine reizarme Direktwirkung. Sekundäreffekte, die der Organismus bei genauerem Hinsehen und hinreichend langer Beobachtungszeit immer hervorbringt, imponieren bei dieser Sichtweise als unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Aus Sicht des Eigengesetzlichkeits-Paradigmas ist dies genau umgekehrt: Das therapeutische Ziel ist hier der vom Organismus hervorgebrachte Sekundäreffekt; eine

unter Therapie auftretende Zunahme der Krankheitssymptome wird dabei in Kauf genommen. „Den Ertrinkenden retten“ ist gewiss ein wichtiges Therapieprinzip. Das Problem ist hier eher, dass dieses Prinzip im Rahmen unserer gegenwärtigen „Hochleistungsmedizin“ auch dort zum Einsatz kommt, wo es der Sache nach darum geht, den Hilfsbedürftigen das Schwimmen beizubringen (Abb. 4).

 Zentrum für Integrative Medizin der Universität Witten/Herdecke	Determination/ Pathogenese	Prävention	Eigengesetzlichkeit/ Salutogenese
	Verhinderung von Krankheit(en) durch Gefahrenabwehr und Risikominimierung		Förderung von Gesundheit(en) durch Erhöhung der Widerstandskraft und Schaffung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen
	Risikofaktorenkonzept		Gesundheitsressourcenkonzept
	Betont die Exposition		Betont die Disposition
	Anweisung zu expertenkonformem Verhalten		Befähigung zur Selbstverantwortung
	Non-Compliance als Delikt		Non-Compliance ggf. als Stärke
	Institutionelle Orientierung		Lebensweltliche Orientierung

Abb. 5

 Zentrum für Integrative Medizin der Universität Witten/Herdecke	Determination/ Pathogenese	Gefahren der Vereinseitigung	Eigengesetzlichkeit/ Salutogenese
	Verkennung salutogener Potentiale/ Prozesse im Krankheitsgeschehen		Verkennung des pathogenen Potentials misslingender Gesundungsprozesse
	Vorschnelle Bekämpfung von Krankheitssymptomen		Vorschnelle Verbündung mit Krankheitssymptomen
	Unterforderung organismus-/ individuum-eigener Ressourcen		Überforderung organismus-/ individuum-eigener Ressourcen
	Viktimisierung des Patienten/Bürgers durch zu geringe Autonomie-zuschreibung		Schuldzuweisung an Patienten/ Bürger durch zu hohe Autonomie-zuschreibung
	Pathogener Interventionismus		Unterlassung notwendiger Hilfe-stellung
	Wirklichkeitsferner Reduktionismus		Unkritischer Holismus

Abb. 6

Zu der angesprochenen Eigengesetzlichkeit bzw. Autonomie, die sich im Besonderen bei einer ganzen Reihe von Ansätzen der Komplementärmedizin wie Anthroposophische Medizin, Homöopathie, Naturheilkunde u. a. m. findet, scheinen mir noch ein paar ergänzende Gedankengänge wichtig.

Eine Konsequenz ist, dass äußeren Einflüssen dadurch, dass sich der Organismus gegenüber den stets präsenten potentiell pathogenen Einflüssen eigen-aktiv aufrecht, d.h. gesund erhält, nicht die Bedeutung von Ursachen im strengen naturwissenschaftlichen Sinn eines Causa aequat effectum

zukommen, sondern diejenige von Bedingungen, auf die der Organismus aktiv und eigengesetzlich antwortet. Die Situation ist ähnlich derjenigen wie bei einem Tennisball: Bei ihm ist nicht entscheidend, ob Druck, Zug oder Tangentialabscherung auf ihn ausgeübt wird; entsprechend seiner „Eigenart des Rundseins“ wird sich ganz unabhängig von „äußeren“ Einwirkungen der ursprünglich runde Zustand „eigen-gesetzlich“ wieder einstellen. Worin sich die Eigengesetzlichkeit im Bereich des Organischen von dem hier genannten Beispiel unterscheidet, das ist, dass zwar für beide Bereiche gilt, dass ihnen zwar ein ideelles Konstruktionsprinzip zugrunde liegt, das aber im Fall des Tennisballs nur den von einem Konstrukteur erdachten Bauplan darstellt, während im Fall des lebenden Organismus dieses ideelle Prinzip nicht nur den fertigen Bauplan, sondern auch dessen Verwirklichung (im Sinne einer Autopoiese) aktiv hervorzubringen vermag.

Im Rahmen systemtheoretischer und insbesondere konstruktivistischer Ansätze werden diese Phänomene mit dem – gleichwohl eher deskriptiven als begründenden – Begriff der Autopoiese belegt. Im Kontext einer um anthroposophische Aspekte erweiterten Anthropologie werden die Phänomene der organismischen Autonomie mit den Fähigkeiten der Selbsthervorbringung, der Aufrechterhaltung

raum- und zeitübergreifender Funktionsgestalten, der metamorphotischen Umgestaltung, der Selbstregeneration und der Selbstheilung als Ausdruck eines diesen Erscheinung innewohnenden, selbst nicht der Sinneswahrnehmung zugänglichen, ideenrealistischen „Typus“ bzw. eines „Bildeorganismus“ oder „Lebensleibes“ aufgefasst. Das daraus resultierende allgemeine Vermögen des Organismus, auf richtig dosierte belastende oder krankmachende Reize mit erhöhter Resistenz und Gesundheit zu reagieren, kann als ein Prinzip der „Homöopathie“ im weitesten Sinn aufgefasst werden. Insofern ist das Prinzip: Similia similibus curentur, wie es der Homöopathie zugrunde liegt, eine spezielle Ausformung eines allgemeinen biologischen Prinzips. [44]

Ohne dies im einzelnen abhandeln zu wollen, sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass es sich bei den Phänomenen einer organismischen Biologie um den ersten Schritt eines Individuationsprozesses handelt, der sich im Zuge der Evolution und beim Menschen fortgesetzt findet in Form eines Wesens, dem über die Dimension des Lebens noch diejenige des seelischen Erlebens und Sich-darlebens sowie diejenige einer personalen Existenz mit den Phänomenen der Selbstbestimmungs- und Selbststartungs-fähigkeit.

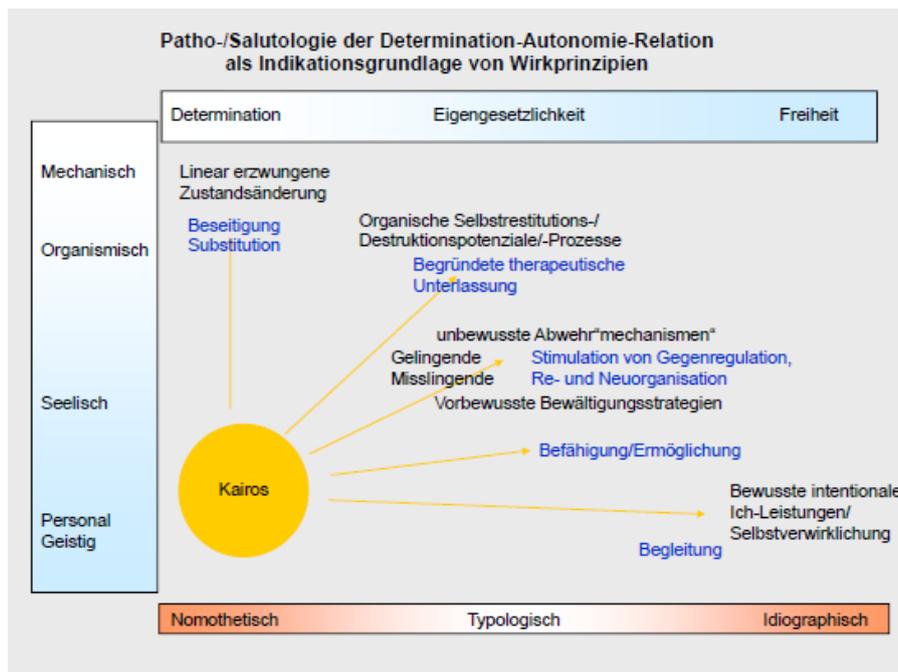


Abb. 7

In Abb. 7 finden sich entsprechend den unterschiedlichen Autonomiegraden des Menschen, genauer: der jeweiligen Determination-Autonomie-Relation zuordbare unterschiedliche therapeutische Wirkprinzipien. Da das Phänomen der zunehmenden Eigengesetzlichkeit bis hin zur Selbststartungs-fähigkeit der menschlichen Individualität nicht nur eine Frage des Erkennens der jeweiligen Autonomie ist, sondern in der diagnostisch-therapeutischen Praxis vor allem auch eine Frage des An-erkennens dieser Autonomie ist, wird verständlich, dass in methodischer Hinsicht nomothetische Ansätze prioritär dort ihre Domäne haben, wo pathogenetische, salutogenetische, aber auch therapeutisch angestoßene salutogenetische

Vorgänge weitgehend fremdbestimmt, determiniert sind, während dort, wo Eigengesetzlichkeiten auf leiblicher oder seelischer Ebene im Vordergrund stehen, eher typologische Ansätze, sei es in Form entsprechender Kasuistiken oder der Bildung kleiner, jedoch im Hinblick auf die prognostischen Strukturen hochhomogener Kollektive methodisch angebracht sind. Dort, wo Ereignisse Ausdruck der Einzigartigkeit eines Menschen sind, die sich auf der Ebene seelischen Verhaltens ebenso wie im Leibesgeschehen bekunden können, liegt es nahe, Einzelfallforschung im Sinne eines radikal idiographischen Ansatzes zu betreiben und den Fokus auf intraindividuelle Auffälligkeiten zu legen.

Eine Folge der Individualisierung im Sinne einer Zunahme an Eigengesetzlichkeit ist, dass zwischen äußeren Einflüssen und organismus- bzw. individuemeigenen Antworten – also zwischen Reiz und Reaktion – ein hohes Maß an Anisomorphie besteht.

Ich betone dies deshalb, da der Ansatz einer Cognition based Medicine, wie er in den vergangenen 15 Jahren von H. Kiene [45] als einem mir wichtig erscheinenden Versuch, am Einzelfall zu Aussagen über Kausalzusammenhänge zu gelangen, dort, wo gestalttheoretische Überlegungen im Sinne von Karl Duncker [46] u. a. als ein „Gestaltfaktor phänomenale Kausalität“ in Anspruch genommen wird. So sehr ich das Anliegen Helmut Kienes teile, eine ärztliche Erkenntnislehre zu erarbeiten, die von der menschlichen Individualität ihren Ausgang nimmt und deshalb methodisch die Einzelfallforschung einschließlich der Frage nach der therapeutischen Wirksamkeitsbeurteilung am Einzelfall verfolgt – und so sehr ich große Teile der Cognition based Medicine als wichtige und wertvolle Ergänzung zu einer Evidence based Medicine einschätze, so sehr scheint mir der Versuch, Kausalzusammenhänge mit Hilfe von Theorieansätzen der Gestaltpsychologie zu verfolgen, problematisch zu sein.

Denn dass gestaltgesetzliches Wahrnehmen, neben der Wahrnehmung von Akkorden, Melodien, transponiblen Themen und Motiven in der Musik, Kompositionen von Gemälden, Erfassung von Raumgestalten, Zeitgestalten, Bewegungsgestalten, der taxonomischen Artenerfassung und der Erfassung von Krankheitseinheiten u. v. a. m. auch „phänomenale Kausalität“ erschließen soll, das scheint mir, wenn überhaupt, nur dort zuzutreffen, wo im Sinne einer linearen Kausalität eine hohe Isomorphie zwischen Ursache und Wirkung besteht.

Für die Beispiele, die Kiene aufführt, dass beispielsweise der Rhythmus eines Klopfgeräusches dem Rhythmus einer Kopfbewegung entspricht, eine Fußspur mit dem Fuß bzw. dem Schuh eines Menschen korrespondiert, die Bewegung eines stoßenden Gegenstandes mit derjenigen des gestoßenen Gegenstandes in phänomenaler Korrespondenz steht, ist das Prinzip *causa aequat effectum* zutreffend. Das trifft in der Medizin aber nur für einen Grenzbereich zu, für einen Bereich, in dem pathogenen oder therapeutischen Einflüssen Ursachencharakter zukommt in einer Bedeutung, wie wir sie von der Klassischen Physik her kennen.

Aus den vorangehend erörterten Gründen gilt dies in der Medizin aber nur bei „starken Kräften“, durch die im Sinne einer Fremd-Determination eine Zustandsänderung von Vitalprozessen erzwungen wird und dementsprechend ein organismus- bzw. individuum-eigener Response keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielt. Für die große Mehrzahl der Erkrankungs-, Gesundungs- und Therapievorgänge gilt, dass infolge der Eigengesetzlichkeit, der mehr oder weniger stark ausgeprägten organismischen Autonomie gerade keine phänomenale Ähnlichkeit besteht, weshalb hier bereits seit Mitte des 19. Jahrhunderts statt von Ursache und Wirkung von Reiz und Reaktion gesprochen wird.

Gerade für autonomieorientierte, hygienetisch-salutogenetisch orientierte Therapieansätze, wie sie sich insbesondere bei komplementärmedizinischen Ansätzen wie der Anthroposophischen Medizin, der

Homöopathie und der Klassischen Naturheilkunde finden, stellt sich die Aufgabe, im Hinblick auf die Frage nach der Kausalität ein erweitertes, differenzierteres Ursachenkonzept zu verfolgen, das den Tatbestand der Internalisation von Ur-Sachen und somit den Wandel von der Fremdurrsache zur schrittweisen Selbst-Ursache berücksichtigt.

Das bedeutet, die relativ emanzipierten Prozesse der Pathogenese, der spontanen (Auto-)Salutogenese und der therapeutisch angestoßenen Salutogenese in ihrer räumlichen, zeitlichen und funktionellen Eigengesetzlichkeit zu kennen und sie bei der therapeutischen Wirksamkeitsbeurteilung zu berücksichtigen. Bei Therapieprinzipien, die auch auf dem Feld der Pharmakotherapie eine Hilfe zur Selbsthilfe anstreben, ist die Beantwortung der Frage, inwieweit es sich hier bei einer Heilung bzw. Besserung eines Krankheitszustands um ein Ergebnis der therapeutischen Maßnahme gehandelt hat, oder inwieweit sich hier die Natur selbst geholfen hat, naturgemäß außerordentlich schwierig.

### Zur Ambiguität der Bezeichnung „individuell“

Ärztlich-praxisbezogenes, taxonomisches Denken erweist sich also gemäß dem Vorangehenden als ein gewahrwerdendes Denken und ein denkendes Gewahrwerden, kurzum: *als ein Denken in Typologien*. Damit möchte ich weniger auf eine definitorische Abgrenzung zum Begriff der Gattung abheben, auf den hier ebenfalls zu verweisen wäre, als vielmehr darauf, dass sich mit dem Typusbegriff die Eigenschaft einer geringeren Trennschärfe und damit einhergehend diejenige einer größeren Variabilität assoziiert findet – Eigenschaften, die aber entsprechend dem Dargestellten hinsichtlich ihres Bezugs zur Wirklichkeit biologischer und seelischer Phänomene gerade nicht als defizitär, sondern als gegenstandsangemessen, weil deren Abwandlungsspielräume spiegelnd, begriffen werden können.

Erhalten die symptomatologischen Einzelkriterien bei den operationalisierten Krankheitskonstrukten keine nähere Bestimmung durch ein Ganzes, so erweist sich das im Kontext eines intuitiv erfassten Krankheitstypus herausgehobene Einzelphänomen als von Beginn an auf ein Ganzes bezogen und von diesem her qualitativ bestimmt. Der Einzelfall stellt sich damit nicht als etwas von einem Allgemeinen Getrenntes dar, sondern als die realtypische „Versonderung“ eines Idealtypisch-Allgemeinen.

Für Einzelfallforschung bedeutet dies, dass ihr methodisches Vorgehen dort, wo sie nach Typischem Ausschau hält und in diesem Sinne Kasuistik betreibt, nicht idiographisch ist im Sinne der Hinweisung auf Einmaliges bzw. der Herausarbeitung von Einzigartigem, sondern positive Exemplifizierung eines Typischen im Besonderen: „Die eindringliche Versenkung in den einzelnen Fall lehrt ... oft das Allgemeine für zahllose Fälle.“ [50] In methodischer Hinsicht scheint mir insofern die traditionelle Auffassung einer Dichotomie zwischen idiographischer und nomothetischer Forschung hier, auf dem Felde der Typusforschung, revisionsbedürftig. Denn das Vorgehen bei der Herausarbeitung von Krankheitstypen liegt gerade in der Verschränkung von Nomothetik und Idiographik, sozusagen in einer idiographischen Nomothetik.

In welchem Verhältnis steht hierzu dasjenige, was wir als das „Individuelle“ eines Falls bezeichnen? Die berechnete Forderung nach einer „individuellen Therapie“ hat, wie vorausgehend aufgezeigt, die Erarbeitung einer individuellen Diagnose zur Voraussetzung. Allerdings ist der Anspruch auf eine individuelle Medizin bzw. Therapie sowohl auf Patienten- als auch auf Arzt- bzw. Therapeutenseite zu einer Modevokabel in allen westlichen Gesundheitssystemen geworden. In welchem Verhältnis aber steht das Bemühen um eine individuelle Hilfestellung zu der vorangehend als „individuell“ bezeichneten Kategorie menschlicher Einmaligkeit und Einzigartigkeit? Auch wenn der Begegnungssituation zwischen Arzt und Patient neben typologisch zu erfassenden Charakteristika immer auch die Merkmale der Einmaligkeit und Unwiederholbarkeit zukommen, so bedeutet „individuelle“ Therapie im Hinblick auf die Auswahl und Anwendung der Verfahren und Arzneimittel durchaus nicht eine „einzigartige“ Therapie.

So liegt etwa der Homöopathie, deren Vertreter durchaus zu Recht geltend machen, eine individuelle, „personotrope“ Medizin zu betreiben, naturgemäß ein durch und durch an Typologien sich orientierender Erkenntnis- und (Be)Handlungsansatz zugrunde. Wäre dies anders, gäbe es weder die dort geltend gemachten Arzneimittelbilder, noch würde das Verfahren der Arzneimittel-Repertorisierung Sinn machen.

Und auch in der Anthroposophischen Medizin, die ja die Frage nach den Verwirklichungsformen einer je einzigartigen Individualität in Gesundheit und Krankheit methodisch am dezidiertesten verfolgt, handelt es sich um typische Arzneimittel und Maßnahmen bei typischen Krankheitsbildern, wenn auch unter einem durch spirituelle Gesichtspunkte erweiterten Blickwinkel.

Dies ist auch in der Psychotherapie, will sie nicht auf den Anspruch wissenschaftlicher Durchdringung ihres Tuns verzichten, nicht anders, so sehr sich dem Therapeuten auch die Aufgabe stellt, den Blick für das Einzigartige des Patienten und der Begegnung mit ihm zu schärfen und ihn damit zugleich für Neues und scheinbar Zufälliges in einer Entwicklung offen zu halten.

Insoweit sich mit dem Anspruch, eine „individuelle Therapie“ zu betreiben bzw. anzustreben eine ärztliche Einstellung bekundet, diagnostisches Erkennen und therapeutisches Handeln nicht an isolierten biologischen oder psychologischen Phänomenen, sondern an der Gesamtsituation einer „ganzen“ kranken Person zu orientieren, ist dem Bemühen um eine in diesem Sinne individuelle Therapie natürlich nachdrücklich zuzustimmen. Nur sollte dabei nicht übersehen werden, dass es sich bei den verabreichten therapeutischen Mitteln und Maßnahmen selbst keineswegs um individuelle, sondern um typische Qualitäten handelt und dass auch ihre Anwendung nicht unter dem Aspekt der Einzigartigkeit des Kranken, sondern unter typologischen Gesichtspunkten erfolgt.

Dies gilt für die Homöopathie, aber auch für eine um anthroposophisch-geisteswissenschaftliche Aspekte erweiterte Medizin.

Denn gerade letztere gibt sich nicht mit einem Diagnosebegriff zufrieden, der sich mit der Konstatierung eines normdevianten Naturprozesses begnügt, sondern sieht die diagnostische Erkenntnisaufgabe erst mit dem Auffinden eines mit dem Krankheitsgeschehen korrespondierenden, mit ihm konkordanten außermenschlichen Naturprozesses als potentiell Heilmittel erfüllt: Gerade ein im Sinne der anthroposophischen Erkenntnis-methode vertiefter Diagnosebegriff verbindet mit dem Anspruch einer Erweiterung der diagnostischen Gesichtspunkte nicht nur den Anspruch auf eine „mehrdimensionale Diagnostik“ im Sinne einer das jeweilige Verhältnis der „Wesenglieder“ des Menschen erschließenden Symptomatologie, sondern zugleich denjenigen der Zusammenschau von pathologischen Entwicklungen im menschlichen Organismus und außermenschlichen Naturvorgängen. Letztere aber stellen nicht einzigartige, sondern nur typologisch erfassbare Erscheinungen dar.

*Der Prozess der Individualisierung scheint mir, soweit ich sehe, an einem anderen Ort, nämlich im Kranken selbst als dem eigentlichen „Leistungserbringer“ einer jeden Gesundung zu liegen. Analog dem Phänomen, dass schon lebende Organismen des Pflanzen- und Tierreichs auf ganz unterschiedliche, also auf unspezifische äußere Reize mit eigengesetzlich-autonomen, artspezifischen Reaktionen antworten, scheint mir das eigentlich Individualisierende einer Therapie beim Menschen in demjenigen zu liegen, was das einzelne Individuum aktiv und eigengesetzlich, gemäß seiner Eigen-Art aus dem therapeutisch Angebotenen macht. Mit anderen Worten: Die unter typologischen Gesichtspunkten verabreichte typische Arznei, sei sie Arzneimittel oder Gespräch, kann dem Individuum Anstoß dafür werden, sich im Zuge einer Selbstheilung neu zu „arten“.*

*Als im eigentlichen Sinne individuell erweisen sich damit nicht die therapeutischen, wohl aber die durch sie angestoßenen (auto)salutogenen Leistungen. Wäre dies anders, würde Therapie eine instruierend-richtungsvorgebende Direktwirkung entfalten, ohne der Eigenwesenheit Mensch die Möglichkeit zur „eigen-artigen“ Selbstheilung zu belassen, dann würde gerade einer in diesem Sinne miss-verstandenen individuellen Therapie die Eigenschaft zukommen, „übergriffig“ zu sein und damit mit der Menschenwürde zu kollidieren.*

Wo finden sich in diesem Spannungsfeld zwischen Typischem und Individuellem Erkrankungsprozesse und Krankheitszustände angesiedelt? Schon in unserer alltagsweltlichen Orientierung tendieren wir dazu, bei einer Erkrankung mehr das Apersonal-Typische einer Krankheit zu sehen, während wir das Persönlich-Individuelle eher mit der (jeweiligen) Gesundheit eines Menschen assoziieren. Bürger-Prinz sprach von der „typenbildenden Kraft der Krankheit“ [zitiert in 51], und Bochnik verweist darauf, dass daher auch die Prognose umso einfacher sei, je typischer und schwerer ein Krankheitsbild ist.

Verfolgt man aus dieser Perspektive Erkrankungs- und Gesundungsprozesse im biographischen Kontext, so kann man zweierlei bemerken: zum einen, dass eine Erkrankung oftmals mit einer Entindividualisierung einher geht.

In dem Maße, wie eine Krankheit von uns Besitz ergreift, vermag sie – als Fremd-Artiges unsere Eigen-Art dominierend – uns zu typischen Merkmalsträgern eben dieser Krankheit zu „entarten“. Was sich einer teilnehmenden Aufmerksamkeit im Längsschnitt aber nicht selten auch zeigt, das ist ein über die prämorbid Ausgangssituation hinausreichender, durch die Erkrankung angestoßener Individualisierungsprozess, ein Zugewinn an Gesundheit, Autonomie und Selbst-Artung(sfähigkeit) durch die Überwindung einer bzw. im Zuge der Genesung von einer Erkrankung. Obwohl es sich hier um eine durchaus geläufige und auch intersubjektiv kommunizierbare Erfahrung handelt, ist diese bisher kaum zum Gegenstand empirischer Forschung gemacht worden. Es versteht sich aus der Sache heraus, dass hierauf fokussierende Forschungsansätze in methodischer Hinsicht nur in Form einzelfallbezogener biographie-orientierter Idiographien erkenntnisgewinnbringend sind.

Die Ergänzung einer ätiopathogenetischen, nur nach den Bedingungen der Krankheitsentstehung fragenden Perspektive um eine hygiogenetisch-salutogenetische Perspektive, wie sie in jüngerer Zeit vor allem von Antonovsky [47, 48] wiederentdeckt worden ist, scheint mir geeignet, die Frage nach den individuumeigenen, aktiven Leistungen des Gesundbleibens und des Gesundwerdens vor dem Hintergrund der Biographie eines Menschen zu verfolgen und damit die Verzahnung, aber eben auch die kategoriale Unterschiedenheit von Krankheits-, Kranken- und Lebensgeschichte am Einzelfall herauszuarbeiten.

Das Antonovskysche Plädoyer, die dichotome Gegenüberstellung von Gesundheit und Krankheit zugunsten der Vorstellung eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums weiter zu entwickeln, bedeutet in seiner Konsequenz eine Pluralisierung und darüber hinaus eine Individualisierung unseres Gesundheitsbegriffs: Es gibt dann so viele Gesundheit wie es Menschen gibt. Die in diesem Sinne individuelle, weil eigen- und einzigartige Gesundheit entzieht sich aber einem (regel)wissenschaftlichen Zugriff, wiewohl sie als Ergebnis lebensweltlicher Beobachtung und „künstlerisch“ betriebener idiographischer Annäherung und Anverwandlung an die „Lebensmelodie“ bzw. den unverwechselbaren Daseins-„Stil“ eines Menschen zur unbestreitbaren Erfahrung werden kann.

### **Der diagnostisch-therapeutische Prozess und die Rolle der Prognose**

Zur Diagnose war ausgeführt worden, dass ihr für die ärztliche Praxis die Aufgabe zukommt, im Einzelfall eine individuelle Therapieentscheidung zu ermöglichen und zu begründen. Der diagnostische Akt erfordert damit mehr als das Ritual, den einzelnen Fall mit einem Namen zu versehen. Er besteht, wie aufgezeigt, auch nicht in einer Subsumption des besonderen Falls unter eine allgemeine Krankheitskategorie, sondern in der Anverwandlung eines Gattungs- bzw. Typusbegriffs, also eines anschaulichen und dynamischen Krankheits-Modells an das Besondere des Falls.

Ein wesentlicher Grund dafür, dass die medizintheoretische Position zum Diagnosebegriff, wie sie

von Richard Koch vertreten worden ist, immer wieder mit Vorbehalten und zum Teil mit Ablehnung rezipiert worden ist, scheint mir darin zu liegen, dass bei den Ausführungen Kochs das Verhältnis zwischen dem Begriff bzw. dem Modell einer Krankheit und der konkreten Krankheitssituation des einzelnen Falls unklar bleibt. In seiner Argumentation, dass sich eine Diagnose, um für die ärztliche Praxis fruchtbar zu sein, immer auf den einzelnen Kranken zu beziehen habe und sich insofern stets vom Krankheitsbegriff unterscheide – einer Auffassung, der ich vom Grundsatz her nachdrücklich zustimme –, stellt Koch dem einzelnen Kranken ein abstraktes Krankheitskonstrukt unvermittelt gegenüber.

Für den praktisch Unerfahrenen und auch dort, wo Krankheitseinheiten lediglich als nominalistische Abstraktionen aufgefasst werden, scheint mir dies in der Tat auch der Fall zu sein. Die Folge ist dann ein Hiatus zwischen einem Krankheitsmodell ohne Wirklichkeitsbezug auf der einen und dem mit Hilfe allgemeiner Erkenntnisse nicht zu begreifenden Kranken auf der anderen Seite. Es bleibt letztlich unklar, welche Bedeutung allgemeines nosologisches Wissen in der Krankenbetreuung spielt und wie dieses Wissen seine Zuordnung zum einzelnen Kranken erfährt; es sei denn, man wollte ganz auf kasuistisches Verstehen verzichten.

Was sich, soweit ich sehe, bei Koch nicht hinreichend thematisiert findet, ist das eingangs Erörterte, dass nämlich in jedem Gewährwerden eines Krankheitszusammenhangs implizit stets schon eine allgemeine Bedeutung mit enthalten ist, der besondere Fall mithin nicht als abgeschnitten von einem Allgemeinen aufzufassen ist, sondern als ein Allgemeines, das sich als Besonderes, in besonderer Ausformung manifestiert. Anders wäre das intuitive, taxonomisch-ratiomorphe Erfassen der Eigengesetzlichkeit eines Krankheits-„Bildes“ bzw. des je Typischen einer Krankheitserscheinung, wie es für den erfahrenen Arzt kennzeichnend ist, nicht zu verstehen. Und darinnen, dass eben der einzelne Fall – und zumal dann, wenn ihm in idealtypischer Ausprägung paradigmatische Bedeutung zukommt – stets auch Allgemeines exemplifiziert, besteht sein – freilich stets mit Vorsicht zu behandelndes – Generalisierungspotential. Gerade dadurch, dass der Fall nicht nur in seiner Singularität, als *Fall für sich*, sondern als *Fall von etwas*, nämlich einer transindividuellen Gesetzmäßigkeit gesehen wird, leitet sich ja die berechtigte Erwartungswahrscheinlichkeit ab, in einem künftigen, ähnlich gelagerten Fall nicht gänzlich andere, sondern wiederum ähnliche, nämlich typische Struktureigenschaften auffinden zu können.

Dennoch scheint mir die von Koch und Wieland vertretene These, dass die ärztliche Diagnose, indem sie ja die Therapiefindung für eine konkrete Person ermöglichen soll, stets eine einzelfallbezogene Erkenntnisleistung darstellt, völlig zutreffend zu sein. Indem der Diagnose die Funktion zukommt, nicht nur vom Anblick zum Einblick in das Krankheitsgeschehen zu gelangen, sondern darüber hinaus zu einem Durchblick auf einen therapeutischen Ausblick, muss sie natürlich stets mehr umfassen und berücksichtigen, als nur nosologisches Wissen – nämlich u. a. konstitutionelle Aspekte, das Befinden des Kranken, seine prämorbid Persönlichkeitsstruktur, seine soziale, berufliche und familiäre Situation, sein individuelles Wertesystem.

Die Frage nach der Bedeutung der Biographie für den Verlauf und den Umgang mit Krankheit sowie nicht zuletzt die Frage nach der Bedeutung der Krankheit in der Biographie sollte methodisch verfolgt werden. Aber auch hier handelt es sich um die Berücksichtigung allgemeiner Erkenntnisse, die es gilt, der konkreten Situation des Kranken so anzuschmiegen, dass sie als Ratio für eine adäquate Hilfestellung dienen. Indem sich die Diagnose nicht auf eine abstrakte Krankheitseinheit, sondern auf die je aktuelle Krankheitssituation eines konkreten Kranken bezieht, wird deutlich, dass sie nicht ein anheftbares Etikett, sondern eine stets auf die Gegenwart bezogene Erkenntnisleistung darstellt. Eine Diagnose zu stellen bedeutet daher immer auch eine Vergegenwärtigung des Kranken und damit eine je neue Aktualisierung der Arzt-Patient-Beziehung. Es handelt sich dabei nicht um einen einmaligen Akt, sondern um einen kontinuierlichen, von der Erst- bis zur Abschlussdiagnose, also einen über den gesamten Behandlungszeitraum reichenden Prozess. Da die Therapie sich nur über eine Diagnose erschließt und legitimiert und andererseits Diagnostik nur in dem Maße fruchtbar ist, als sie therapeutische Ausblicke ermöglicht – und sich die Diagnose am Therapieerfolg (oder -misserfolg) verifiziert (oder falsifiziert) – erweist sich diagnostisches Erkennen und therapeutisches Handeln als untrennbar in einem diagnostisch-therapeutischen Prozess miteinander verwoben. [2]

Welche Rolle kommt in diesem Prozess der *Prognose* zu? Wie die Therapie, so erschließt sich auch die Prognose nur über die Diagnose. Mit ihr, der Diagnose, ist, wie eingangs dargestellt, zunächst eine individuelle Prognose über den unbehandelten Krankheitsverlauf verknüpft. [2, 8, 10, 11]

Dort, wo eine Diagnose Kausalitätsmodelle in ätiopathogenetischer wie in therapeutisch-salutogenetischer Hinsicht beinhaltet, kommt dem Behandlungsergebnis in jedem einzelnen Fall stets auch eine verifizierende bzw. falsifizierende Bedeutung zu. Zu Recht weist deshalb Kiene [45] darauf hin, dass dort, wo ein Kausalerekenen am Einzelfall möglich ist, die unerwartete Beobachtung eines vermutlichen Kausalzusammenhangs explorativen Charakter hat, dem Eintreten eines Therapieerfolgs bei hoher, weil durch eine valide Kausalitätsvorstellung gestützte, Erwartungswahrscheinlichkeit aber bereits in diesem bzw. einigen wenigen Fällen konfirmatorische Bedeutung zukommt. Eine therapeutische Wirksamkeit für zukünftige, ähnliche Fälle lässt sich, wie schon gesagt, grundsätzlich – also auch durch „Megastudien“ an großen Patientenkollektiven – nicht beweisen. Sie kann – mit unterschiedlichen Wahrscheinlichkeitsgraden – stets nur erwartet werden. Dabei ist die Erwartungswahrscheinlichkeit umso höher, je valider die Einsicht in den Kausalzusammenhang zwischen der Therapie und der Besserung des Gesundheitszustands des Kranken und je größer die Zahl bisheriger erfolgreicher Behandlungen ist. Der – stets probabilistisch gegebenen – Prognose kommt damit eine entscheidende Bedeutung bei der Beurteilung der Wirksamkeit einer Therapie zu.

Für qualitativ gute Einzelfallforschung leitet sich dadurch nicht nur das Erfordernis zu einer prospektiven, die Diagnose (im Sinne des

vorangehend Erörterten), die therapeutische Intervention und den Krankheitsverlauf lückenlos erfassenden Dokumentation ab, sondern darüber hinaus der Auftrag zur Bereitschaft und zum Mut, ex ante die (subjektive a priori-)Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs und dessen Bewertungskriterien explizit zu formulieren und das tatsächlich Erreichte am Referenzwert des prognostisch Erwarteten zu bewerten.

Ein solches Vorgehen sollte als sequentieller, zeitlich gegliederter Prozess den gesamten Behandlungszeitraum umfassen, also darlegen, auf welchen Zwischentappen prognostische Erwartungen sich erfüllt bzw. nicht erfüllt haben und wie sich dies in Modifikationen oder Revisionen von Diagnose und Therapie niederschlägt. Im Grunde wird bei einer solchen Forschungsmethodik damit nichts anderes erfasst, als dasjenige, was der über Vorerfahrungen verfügende Arzt – aber eben über weite Bereiche hin nur implizit – ohnehin schon leistet (bzw. leisten sollte).

Einzelfallforschung kommt hier die Aufgabe und die Chance zu, lebensweltliche, dem ärztlichen Tun implizit immer schon zugrunde liegende Evidenz-erfahrung Schritt für Schritt zu explizieren und damit auf höhere Evidenzstufen zu heben. Dabei sollte freilich nicht das Missverständnis aufkommen, Einzelfallforschung bedeute, es bei einem einzigen Fall bewenden zu lassen. Gerade prospektive Dokumentationen wirken aber der verbreiteten Gepflogenheit entgegen, nur „best cases“ zu kommunizieren und therapeutische Misserfolge unter den Tisch fallen zu lassen. Aber für einzelfallbezogene Forschung ist eben jeder Fall eine Studie für sich – im Gegensatz zu Studien an Kollektiven, bei denen die einzelnen Probanden nur eine austauschbare „Stichprobe“ in einem einzigen Therapieexperiment sind.

So plausibel das methodische Vorgehen, den therapeutischen Erfolg als Erreichung eines prognostisch festgelegten Therapieziels zu bemessen, auch erscheint, so kann ein solcher Denkanatz doch mit der ärztlichen Einstellung und Ethik kollidieren. Denn der (Be-)Handlungsauftrag des Arztes besteht durchaus nicht darin, die Prognose als Resultante von determinierten Naturprozessen aufzufassen und Therapie als ein Handeln zu begreifen, das sich „realistisch“ den als eingeschränkt prognostizierten Möglichkeiten fügt. Auch wenn eine solche Einstellung gegenwärtig vorherrschend ist, so ähnelt sie doch derjenigen eines Wissenschaftlers bei der Durchführung eines Experiments.

Der gute, therapeutisch erfolgreiche Arzt unterscheidet sich davon gleichwohl dadurch, dass er trotz valider Kenntnisse von Krankheitsverläufen nicht resigniert, sondern aus guten Gründen, nämlich als Ausdruck seines Helferwillens prognostischer Optimist und therapeutischer Enthusiast ist.

Erfahrungsgemäß finden sich gerade bei dieser Haltung die besten Therapieerfolge. Als eine Konsequenz daraus lässt sich der Schluss ziehen, ärztliches Handeln und wissenschaftliche Forschung in personeller Hinsicht zu trennen: Das gibt dem Arzt die Freiheit, seine Kranken zwar verantwortungsvoll und ohne unseriöse Versprechungen, aber mit Engagement, Leidenschaft, Zuversicht, Optimismus, Liebe und Enthusiasmus zu betreuen.

Und es gibt dem Wissenschaftler die Möglichkeit, zwar aufmerksam teilhabend, aber mit dem nötigen Abstand das Geschehen „objektiv“ zu dokumentieren und zu bewerten.

Insoweit Einzelfallforschung sich die Aufgabe stellt, die reale Situation der ärztlichen Praxis auf ein höheres Reflexions- und Evidenzniveau zu heben, ist sie zugleich geeignet, die individuelle Erkenntnis- und Urteilsbildung des Arztes vor Ort zu fördern – und damit ein investigatives Bestreben nicht nur bei Studien-Patienten, sondern in der Betreuung eines *jeden* Kranken zu verfolgen. Indem sich in der einzelfallorientierten Forschung Fragestellung und Erkenntnisinteresse nicht auf ein Kollektiv beziehen, sondern auf einen einzelnen Menschen, vermag sie uns in methodologischer Hinsicht dazu erziehen, den Kranken nicht unter einer ex-ante willkürlich festgelegten Methode zu verfolgen, sondern behutsam nach der methodisch je angemessenen Form der Erkenntnisgewinnung zu suchen, also uns in der Einnahme unterschiedlicher Perspektiven und der Heranziehung verschiedenartiger Methoden zu erüben.

Wie sehr die mit einem gruppenstatistischen Ansatz interferierende Responder/Nonresponder-Problematik bzw. die Problematik der prognostischen Heterogenität mit dem Interesse des Arztes an rationalen Individualentscheidungen kollidiert, zeigt sich auf zugespitzte Weise in der Formulierung von Forschungsergebnissen nach dem Number-needed-to-treat-Prinzip: Angaben darüber, wie viele Probanden – ggf. unter Inkaufnahme des Risikos beachtlicher unerwünschter Effekte – behandelt werden müssen, um einem einzigen, ex ante nicht identifizierbaren zu helfen, mögen formalwissenschaftlich korrekt sein. Ethisch sind sie dies schwerlich, und im Hinblick auf den ärztlichen Behandlungsauftrag bedeuten sie die intellektuelle Bankrotterklärung einer Individualmedizin.

Im Auge zu behalten gilt es, dass das im Rahmen von EBM verfolgte Bestreben, die ärztliche Irrtumsanfälligkeit durch quantitative Irrtumswahrscheinlichkeiten zu ersetzen, seinerseits irrtumsanfällig ist. Dies gilt auch für die Erstellung von Leitlinien und löst sich auch nicht durch die Erstellung von Leitlinien zu Erstellung von Leitlinien. Denn es gibt eben, so schon Immanuel Kant, keine Regeln, wie man Regeln richtig anwendet.

Es ist ein Irrtum zu glauben, man könne durch formalisierte Schlussfolgerungen und durch Konsensusprozesse zu Wahrheiten gelangen. [8, 52] Auch noch so ausgefeilte epidemiologische Werkzeuge und noch so valide Daten entbinden den Arzt nicht von der Pflicht, über den Realitätswert und über die auf den konkreten Kranken bezogene Relevanz der ihm zur Verfügung stehenden Information ein Urteil zu fällen. Tut er das nicht, dann bergen Leitlinien die Gefahr, dass sich das Potential der kleinen Irrtümer bei den individuellen Therapieentscheidungen zu demjenigen der großen Irrtümer bei der Anwendung von Therapiestandards auswächst.

Der Arzt muss sich bewusst sein, dass er auch bei Anwendung von Maßnahmen mit hohem Empfehlungsgrad sich nicht in einem gesicherten Bezirk befindet, der ihn von der Aufgabe entbindet, jeden einzelnen Behandlungsfall mit investigativer Aufmerk-

samkeit zu verfolgen; denn auch eine durch hohe Evidenzstärken gestützte Therapieentscheidung stellt für den Arzt stets eine Entscheidung unter Risiko dar. Sollen evidenzbasierte, also auf das Fundament der schließenden Statistik sich gründende Leitlinien nicht zum Procrustes-Bett der medizinischen Versorgung werden, dann stellt sich die Aufgabe, die individuelle ärztliche Erkenntnisbildung am einzelnen Kranken thematisch zu verfolgen und methodisch weiter zu entwickeln. [2, 8] Dies zu leisten sehe ich als eine vorrangige Aufgabe der Anthroposophischen Medizin und der Homöopathie an. Aber nun nicht in Form eines sektiererischen Gebarens, das die Infallibilität und die ubiquitäre Überlegenheit dieser Ansätze mit eschatologischer Verbissenheit predigt, sondern als einen gewichtigen Beitrag zur Wiederentdeckung und zur professionellen Weiterentwicklung der guten, aussagekräftigen, lehrreichen und den Kranken in seiner Violdimensionalität in den Blick nehmenden Kasuistik und der Einzelfallforschung als eine unersetzbare Ergänzung ärztlicher Erkenntnisgewinnung.

Der konkrete Fall erweist sich je neu als der Dreh- und Angelpunkt, als Ort der Begegnung und der wechselseitigen Transformation von Theorie und Praxis, Allgemeinem und Besonderem, Regelhaftem und Individuellem, als Ausgangs- und Anwendungsort von propositionellem und implizitem Wissen, nomothetischer und idiographischer Forschung. Die Humanität der Medizin wird in Zukunft auch davon abhängen, inwieweit es uns gelingt, am einzelnen Kranken wissenschaftlich relevante und praktisch fruchtbare Erkenntnisse zu gewinnen. Dies wird nicht zuletzt davon abhängen, ob im Mittelpunkt unseres Interesses p-Werte oder Personen stehen werden.

Sollen evidenzbasierte Leitlinien sich nicht zum Prokrustesbett der medizinischen Versorgung und soll sich die medizinische Versorgung nicht zu einem System der Eliminierung personaler Verantwortung auswachsen, dann stellt sich für den einzelnen Arzt die Aufgabe, das verfügbare wissenschaftliche Regelwissen zu instrumentalisieren, also im individuellen Fall auf seinen Wert hin beurteilen zu können. Für die Aneignung der hierzu notwendigen professionellen Kompetenz wird auch in Zukunft der gute Fallbericht eine ebenso zentrale wie unverzichtbare Rolle spielen.

## Literatur

- [1] Matthiessen PF: Paradigmenpluralität und Individualmedizin. In: Matthiessen PF (Hrsg.): Patientorientierung und Professionalität. Festschrift 10 Jahre Dialogforum Pluralismus in der Medizin. 2. erweiterte Auflage. Verlag für Akademische Schriften (VAS), Bad Homburg 2011.
- [2] Matthiessen PF: Der diagnostisch-therapeutische Prozess als Problem der Einzelfallforschung. In: Ostermann T, Matthiessen PF (Hrsg.): Einzelfallforschung in der Medizin. Bedeutung, Möglichkeiten und Grenzen. Frankfurt a. M., VAS, 2003: 31-59.
- [3] Windelband W: Geschichte und Naturwissenschaft. Rektoratsrede (1894). 3. Aufl. Straßburg. Heitz 1904. Wiederabdruck in: Präludien, 7. u. 8. Aufl. Tübingen: Mohr 1921.

- [4] Lorenz K: Über tierisches und menschliches Verhalten. Aus dem Werdegang der Verhaltenslehre. Gesammelte Abhandlungen, Bd. II, Pieper, München 1966.
- [5] Polanyi M: Implizites Wissen. Frankfurt a. M. 1985.
- [6] Bortoft H: Goethes naturwissenschaftliche Schriften. Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart 1995.
- [7] Matthiessen PF: Befund und Befinden und ihre Bedeutung für Diagnose und Therapie. Themen 2, Schwerpunkt Medizin. Universität Witten/Herdecke, 1984.
- [8] Matthiessen PF: Die Therapieentscheidung des Arztes. Z Ärztl. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen 2005; 99: 269-273.
- [9] Wieland W: Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie. De Gruyter, Berlin 1975.
- [10] Matthiessen PF: Die Diagnose – eine prognoseorientierte individuelle Therapieentscheidung. System Familie 1998; 11: 60-69.
- [11] Matthiessen PF: Die Arzt-Patient-Beziehung als Herzstück der Medizin. Der Merkurstab, Heft 6, 2012. 534-549.
- [12] Hensel H: Zur Problematik des Wissenschaftsbegriffs in der Medizin. In: Büttner G, Hensel H u. a. Biologische Medizin. Grundlagen ihrer Wirksamkeit. Verlag für Medizin Dr. Ewald Fischer, Heidelberg, 1977.
- [13] Morse J, Andersen G, Bortoft J: Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practise? Image J Nurs Sch. 1992; 24(4): 273-280. Doi: 10.1111/J.1547-5069.1992.tb00733.x.
- [14] Steiner R: Die Erziehung des Kindes vom Gesichtspunkt der Geisteswissenschaft. 1. Aufsatz 1907, 5 Vorträge. Stuttgart 1924. Tb 658 aus dem Gesamtwerk.
- [15] Theunissen M: Der Andere. Berlin: de Gruyter, 1965.
- [16] Matthiessen PF: Das Phänomen Komplementärmedizin: Verwilderung oder Bereicherung ärztlichen Handelns? Z med Ethik 2004; 50: 351-363.
- [17] Matthiessen PF: Prinzipien der Heilung im Neuen Testament. In: Fuchs B, Kobler-Fumasoli N (Hrsg.): Hilft der Glaube? Heilung auf dem Schnittpunkt zwischen Theologie und Medizin. LIT Verlag Münster, Hamburg London 2002.
- [18] Matthiessen PF: Der diagnostisch-therapeutische Prozess im interprofessionellen Dialog. In: Matthiessen PF, Wohler D (Hrsg.): Die schöpferische Dimension der Kunst in der Therapie. VAS, Frankfurt a. M. 2006.
- [19] Steiner R: Meditative Betrachtungen und Anleitungen zur Vertiefung der Heilkunst. Vorträge für Ärzte und Studierende der Medizin. 5. Aufl. Dornach: Rudolf Steiner Verlag, 1977.
- [20] Goethe JW: Dichtung und Wahrheit. Dritter Teil. 11. Buch. Goethes Werke. "Hamburger Ausgabe". Sonderausgabe in 14 Bänden. C.H. Beck'sche Verlagsanstalt. München 1981.
- [21] Kalitzkus V, Wilm S, Matthiessen PF: Narrative Medizin – Was ist es, was bringt es, wie setzt man es um? Z Allg Med 2009; 85, S. 60-66.
- [22] Morris DB: How to speak Postmodern. Medicine, Illness and Cultural Change. Hastings Center Report 2000; Nov/Dec 7-16. Zit, S. 8, S. 15.
- [23] Lurija AR: Romantische Wissenschaft. Forschungen im Grenzbezirk von Seele und Gehirn. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 1993.
- [24] Lurija AR: Der Mann, dessen Welt in Scherben ging. Zwei neurologische Geschichten. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 1997.
- [25] Sacks O: Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte. Reinbek: Rowohlt, 1987.
- [26] Sacks O: Eine Anthropologin auf dem Mars. Reinbek: Rowohlt, 1995.
- [27] Shem S: Psychiatry and Literature: a relational perspective. Literature and Medicine 1991, 10: 42-65.
- [28] Greenhalgh T, Hurwitz B: Narrative-based Medicine – sprechende Medizin: Dialog und Diskurs im klinischen Alltag. Bern: Huber, 2005.
- [29] Launer J: Narrative Based Primary Care: A Practical Guide, Radcliffe Medical Press, 2002.
- [30] Konitzer M, Doering TJ, Fischer GC: Patientenhistorie – Narrative based medicine: Neuorientierung qualitativer Forschung in der Allgemeinmedizin? Kritische Bestandsaufnahme und Perspektiven. Z Allg Med 2002; 78: 565-570.
- [31] Konitzer M: Narrative based Medicine. Wiedereinführung des Subjekts in die Medizin? Sozialer Sinn 2005; 1: 111-129.
- [32] Gartens-Robinson E: Clinical judgement and the rationality of human sciences. J Med Philos 1986; 11: 167-178.
- [33] Matthiessen PF: Ärztliche Praxis und wissenschaftlicher Status der Medizin. Forsch-KomplementärMed 2006; 13:136-139.
- [34] Marquard O: Über die Unvermeidlichkeit der Geisteswissenschaften. In: Marquard O: Apologie des Zufälligen. Stuttgart, Reclam, 1986.
- [35] Koch R: Die ärztliche Diagnose. Beitrag zur Kenntnis des ärztlichen Denkens, 2. umgearb. Aufl. Bergmann, Wiesbaden, 1920.
- [36] Fülgraff GM: Der kontrollierte klinische Versuch – Eine kritische Würdigung. Pharmazeutische Zeitung 130 (1985).
- [37] Trampisch HJ: Stochastisches Denken als unverzichtbare Grundlage für wissenschaftliche Erkenntnis und praktisches Handeln in der Medizin. In: Köbberling J (Hrsg.): Die Wissenschaft in der Medizin. 2. Aufl. 1993, Schattauer, Stuttgart – New York.
- [38] Blankenburg W: Perspektivität und Wahn. In: Blankenburg W (Hrsg.): Wahn und Perspektivität. Enke, Stuttgart 1991.
- [39] Fleck L: Die Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Suhrkamp 1980. (Der Text ist identisch mit der Erstausgabe bei Benno Schwabe u. Co von 1935).
- [40] Kuhn T: Die Entstehung des Neuen. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1977.
- [41] Matthiessen PF: Perspektivität und Paradigmenpluralismus in der Medizin. In: Fuchs B, Kobler-Fumasoli N (Hrsg.): Hilft der Glaube? Heilung auf dem Schnittpunkt zwischen Theologie und Medizin. LIT Verlag Münster, Hamburg, London, 2002.
- [42] Kienle G: Die Paradigmen in der Medizin. In: Neuhaus GA (Hrsg.): Pluralität in der Medizin. Der geistige und methodische Hintergrund. Symposiumsbericht der Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft e.V., 24.-26.5.1979 in Titisee. 1980.
- [43] Matthiessen PF: Der Organismusbegriff und seine Bedeutung für die Onkologie. In: Matthiessen PF, Tautz C (Hrsg.): Onkologie im Spannungsfeld konventioneller und ganzheitlicher Betrachtung. Theorie und Erkenntnisbildung in der Onkologie, Reihe Aktuelle Onkologie, Bd. 48, Zuckschwert München, 1988.
- [44] Hensel H: Die Simile-Regel als biologisches Prinzip. Allg. Homöopathische Zeitung 222, 2-14, 1977.
- [45] Kiene H: Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung. Cognition-based Medicine, Springer, Berlin – Heidelberg – New York, 2000.
- [46] Duncker K: Zur Psychologie des produktiven Denkens. Berlin, Springer Verlag, 1935.
- [47] Antonovsky A: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke. Tübingen. dgvt 1997.

- [48] Antonovsky A: Unrevealing the mystery of health. How people stress and stay well. San Francisco Jossey-Bass 1987.
- [49] Steiner R: Die Erkenntnis der Seele und des Geistes. Vortrag vom 5.12.1907. 2. Aufl. GA 56, Dornach: Rudolf Steiner Verlag, 1985.
- [50] Jaspers K: Allgemeine Psychopathologie. 8. Aufl. Springer, Berlin – Heidelberg – New York, 1965.
- [51] Bochnik HJ: Spielräume im Regelgeflecht: Der Einzelfall und die Regel als zentrales Problem der Heilkunde. In: Bochnik HJ, Gärtner-Huth C, Richtberg W (Hrsg.) Der einzelne Fall und die Regel. Deutscher Ärzteverlag, Köln, 1988.
- [52] Kienle GS, Karutz M, Matthes H, Matthiessen PF, Petersen P, Kiene H: Evidenzbasierte Medizin. Konkurs der ärztlichen Urteilskraft? Dtsch Arztebl 2003; 100: A 2142-2146 (Heft 33).

Anmerkung: Die Verwendung der Abbildungen 1 bis 4 sowie 6 und 7 erfolgt mit freundlicher Genehmigung des VAS-Verlages.

### Univ.-Prof. Dr. med. Peter F. Matthiessen

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Leiter des Arbeitsbereichs Methodenpluralität in der Medizin, Institut für Integrative Medizin, Universität Witten/Herdecke



- Medizinstudium in Marburg/Lahn und Washington State University Saint Louis, Missouri, USA
- 1971 Promotion
- Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie in Herdecke und Dortmund
- 1980-1982 Oberarzt an der Universitätsnervenklinik Marburg/Lahn bei Prof. Blankenburg
- Mitbegründer der Universität Witten/Herdecke
- Wissenschaftliche Betreuung der Forschungsförderprojekte „Unkonventionelle Methoden der Krebsbekämpfung (UMK)“ und „Unkonventionelle Medizinische Richtungen (UMR)“ im Auftrag der Bundesregierung (1986-1996)
- 1983-2004 Leitender Arzt der Psychiatrischen Modellabteilung für Jugendliche und junge Erwachsene am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
- 1992 Habilitation
- 1996-2009 Inhaber des Gerhard-Kienle-Stiftungslehrstuhls für Medizintheorie und Komplementärmedizin an der Universität Witten/Herdecke
- 2000 Mitbegründer des Dialogforums Pluralismus in der Medizin sowie
- seit 2009 Stellvertretender Sprecher des Dialogforums Pluralismus in der Medizin

Zahlreiche Publikationen in Büchern und Fachzeitschriften mit Schwerpunkt Komplementärmedizin, Theoriebildung in der Medizin, Wissenschafts- und Paradigmenpluralismus in der Medizin. Durchführung nationaler und internationaler Workshops und Kongresse. Sachverständigenmitglied in verschiedenen wissenschaftlichen Gremien. Herausgeber der Schriftenreihe „Perspektiven – Schriften zur Pluralität in der Medizin“ im Verlag für Akademische Schriften (VAS).

Kontakt: peter.matthiessen@uni-wh.de  
Website: www.uni-wh.de

Curt Kösters (Hamburg, D)

## Rechtliche Situation von Arzneimittelselbstversuch und gesetzlicher AMP\*

**Ist die homöopathische Arzneimittelprüfung eine klinische Prüfung im Sinne des Arzneimittelgesetzes? Es gibt diese Rechtsauffassung. Wenn diese Rechtsauffassung sich vollständig durchsetzt, wird es praktisch keine homöopathischen Arzneimittelprüfungen in Deutschland (und möglicherweise in Europa mehr geben) – und damit auch keine Möglichkeit mehr, neue Mittel auf den Markt zu bringen. Eine Methode, die sich nicht mehr weiterentwickeln kann, ist tot. Es gibt aber auch andere Sichtweisen, es gibt unterschiedliche Arten von homöopathischen Arzneimittelprüfungen, es gibt mögliche politische Strategien – und es ist noch nicht aller Tage Abend.**

Die derzeitige Rechtslage hinsichtlich der homöopathischen Arzneimittelprüfung (HAMP) ist etwas unklar. Auf der einen Seite gehen namhafte Autoren und auch das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) davon aus, dass diese als klinische Studie im Sinne des Arzneimittelgesetzes zu werten ist (was bedeuten würde, dass die HAMP nur noch mit Zustimmung einer Ethikkommission, Probandenversicherung und weiteren kostenträchtigen Auflagen durchführbar ist). Auf der anderen Seite hat das BfArM eine öffentliche Arzneimittelprüfung – durchgeführt von Laien (Aktion 10:23) – de facto toleriert. Die Entwicklung der Rechtslage, die unterschiedlichen Positionen und Möglichkeiten des Umgangs mit dieser Situation wurden in dem Seminar erörtert.

Welche rechtlichen und fachlichen Standpunkte sollen von den Berufsverbänden eingenommen werden? Im Zusammenhang mit der HAMP gibt es z. B. die Überlegung, die Unterscheidung zwischen einer pharmakologischen Wirkung und Reaktionen deutlicher herauszuarbeiten:

- Haben homöopathische Hochpotenzen eine pharmakologische Wirkung?
- Oder rufen sie nur Reaktionen hervor?
- Welche Folgen haben derartige Überlegungen für die rechtliche Bewertung von homöopathischen Arzneimitteln?

Wichtig ist für die Bewertung der HAMP der Vergleich mit den Zielen einer klinischen Studie im Sinne des Arzneimittelgesetzes (AMG). Eine klinische Prüfung im Sinne des AMG untersucht die pharmakologische Wirkung, die Pharmakokinetik oder die Nebenwirkungen einer Substanz. Es stellt sich die Frage, ob die HAMP die gleichen Ziele hat.

Wesentlich könnte auch der Aspekt sein, dass es sich bei der HAMP um einen klassischen ärztlichen Selbstversuch handelt. Bei einem ärztlichen Selbstversuch geht ein Arzt aus eigenem Antrieb und auf eigene Verantwortung ein begrenztes Risiko ein. Dies entspricht weder in ethischen noch in rechtlicher Hinsicht einer klinischen Prüfung im Sinne des AMG. Der ärztliche Selbstversuch hat eine große Tradition in der Geschichte der Medizin, er hat nicht unwesentlich die Reputation des ärztlichen Berufsstandes mit begründet.

\* Impulsreferat zum Seminar I „Rechtliche Situation von Arzneimittelselbstversuch und gesetzlicher AMP“ im Rahmen des ICE 11

### Curt Kösters



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

Kontakt: curt.koesters@hamburg.de

## Gerhard Bleul (Hünstetten/Taunus, D)

### Zur Situation homöopathischer Arzneimittelprüfungen\*

In der Diskussion um die sinnvolle Durchführung einer Arzneimittelprüfung (AMP) wurden im Seminar folgende drei Aspekte behandelt: juristische Bedingungen, Methodik sowie Dokumentation und Publikation. Die elf Teilnehmerinnen und Teilnehmer kamen aus Deutschland, Österreich und Finnland. Geleitet wurde das Seminar von Gerhard Bleul, Protokollanten waren Curt Kösters und Gerhard Bleul.

#### 1. Juristische Aspekte

Eine Arzneimittelprüfung (AMP) nach deutschem Recht (Arzneimittelgesetz, AMG) ist die Anwendung chemischer Substanzen, die noch nicht oder nicht abschließend als Arzneimittel zugelassen sind, um ihre erwünschten und unerwünschten Wirkungen zu prüfen sowie eine Nutzen-Risiko-Analyse zu erstellen. Die Behörden kennen die Besonderheiten der homöopathischen Arzneimittelprüfungen (HAMP) nicht und stufen sie deshalb als „Arzneimittelprüfung“ im Sinn des Arzneimittelgesetzes ein. Dafür werden die besondere Schulung von Prüfungsleitern und Prüfärzten, das Votum einer Ethik-Kommission und eine Probandenversicherung verlangt.

Zur eigenständigen Positionierung einer HAMP und der Vermeidung einer sachlich falschen Einstufung als herkömmliche AMP wurde in Österreich vor vielen Jahren der Begriff „Homöopathische Arzneimittel-Selbsterfahrung“ (HAMSE) eingeführt. Dieser Begriff weckt wiederum Assoziationen mit psychotherapeutischer Selbsterfahrung. Weitere Begriffe werden diskutiert: Homöopathische Effektstudie, Homöopathische Wirkprüfung.

Neben der Selbsterfahrung gibt es auch noch den echten Selbstversuch (der auf jeden Fall nicht unter die Einschränkungen des Arzneimittelgesetzes fällt, allerdings deutlich daran gebunden ist, dass der Versuch in Eigenregie erfolgt). Die Selbsterfahrung ist ein akzeptables (und von den Behörden auch toleriertes) *Procedere* bei bereits bekannten Substanzen. Bei unbekanntem Substanzen sollte ein Selbstversuch eines erfahrenen Prüfers vorgeschaltet und publiziert werden.

Diskutiert wurde auch die Anwendungsbeobachtung als juristische Option – allerdings ist eine Anwendungsbeobachtung dadurch definiert, dass jemand als Patient in Behandlung ist und diese Behandlung eben nur beobachtet wird.

Ebenfalls diskutiert wurde die Durchführung einer multi-zentrischen Prüfung an verschiedenen Orten in Europa. Dies hatte allerdings schon das European Committee for Homeopathy (ECH) geplant, um verbindliche Standards einzuführen und diese bei den zuständigen Behörden zu etablieren. Der Plan wurde zunächst gestoppt, weil die Umsetzung solcher Standards in die Praxis nicht ausreichend diskutiert und geprüft war. Die Richtlinien des ECH sind weiter in Arbeit.

Zur Etablierung einer eigenständigen Prüfkultur in der Homöopathie wäre die Durchführung von HAMP auch in Weiterbildungsgruppen wünschenswert.

Die Gründung einer eigenen Ethik-Kommission und ein eigenes Qualitätsmanagement (quality assurance system) wären zu prüfen. Allerdings sollte das nicht Ethik-Kommission genannt werden (sondern z. B. Ethik-Komitee), um Verwechslungen mit offiziellen Institutionen auszuschließen.

Die Entwicklung eigener Qualitätsstandards und der Austausch der einzelnen Prüfungsgruppen untereinander sind in der gegenwärtigen Situation von hoher Bedeutung. Beim ECH (Subcommittee Proving) werden zurzeit Qualitätsstandards entwickelt – hier müssen sich die verschiedenen Verbände und Prüfungsgruppen weiterhin an der Diskussion beteiligen. Für die direkte Kommunikation der Prüfungsgruppen und die weitere Diskussion des Themas bietet sich eine Vernetzung innerhalb von WissHom an.

Wichtig ist die Unterscheidung zwischen pharmakologischer Wirkung (gerichtet auf ein bestimmtes quantifizierbares klinisches Ziel) und Arzneimittelreaktion (nicht statistisch messbar, sondern nur als Muster zu erfassen). Von den Behörden wird diese Unterscheidung bisher allerdings nicht akzeptiert.

Einigkeit bestand darüber, dass eine sorgfältige Aufklärung der Prüfer („jedes Symptom zwischen Seite 1 und Seite 695 des Repertorioms kann auftreten“) zum Mindeststandard gehört (wie es auch dem „informed consent“ entspricht). Betont werden muss dabei die Eigenverantwortlichkeit der Prüfer.

Nicht vertieft wurde die Frage, ob eine schriftliche Bestätigung der Aufklärung sinnvoll ist. Verwiesen wurde in diesem Zusammenhang auf Jeremy Sherr, der Erfahrung mit 20.000 Prüfern in verschiedenen Prüfungen hat und berichtet, dass es keinen wirklich ernsthaften Zwischenfall gegeben habe.

#### 2. Methodische Aspekte

Diskutiert wurden

- das **Prüfprotokoll**: Vor der Prüfung sollte es schriftlich festgehalten werden. Es kann sich beziehen auf Jeremy Sherr, auf den Konsens des DZVhÄ bzw. künftig auf die Guidelines des ECH, die noch in Arbeit sind. Individuelle Abweichungen von solchen Vorgaben sollen in begründeten Ausnahmefällen möglich sein.
- **Einschluss- und Ausschlusskriterien** für Prüfer: Diese müssen formuliert und dokumentiert werden.
- die **Placebo-Frage**: Der Sinn einer zusätzlichen Placebo-Gabe wird unterschiedlich beurteilt, Übertragungsphänomene von Prüfungssymptomen bei Placebo-Prüfern sind bekannt. Es wurde vereinzelt beobachtet, dass spezifische Symptome schon im Vorlauf der Prüfung auftraten.

\* Bericht über das Seminar I „Zur Situation homöopathischer Arzneimittelprüfungen im Rahmen des ICE 11“

- Sinnvoll ist die Placebo-Gabe u. U., damit Prüfer, die keine oder wenige Symptome bekommen, nicht aus vermeintlichem Erwartungsdruck weitere Symptome „produzieren“.

Der Placebo-Begriff ist problematisch, da er ein Sammelbegriff für unterschiedliche, weitgehend unerforschte Phänomene ist. Vielleicht wäre es besser, von nicht arzneigebunden Effekten zu sprechen – die möglicherweise noch zu unterscheiden sind in für das Mittel bzw. für den Probanden spezifische und unspezifische Effekte. Aus vielen Prüfungen und von vielen Prüfungsleitern gibt es deutliche Hinweise auf mittel-spezifische nicht-arzneigebundene Symptome.

Um solche Phänomene sicher belegen zu können, ist jedoch noch erhebliche Forschung nötig: zunächst die Dokumentation solcher Phänomene, dann auch deren retrospektive qualitative Untersuchung sowie prospektive Untersuchungen.

Beispielsweise wäre es interessant, die Verum-Gruppe einer (doppelblinden) Belladonna-Prüfung mit der Placebo-Gruppe der gleichen Prüfung und einer reinen Placebo-Prüfung durch einen qualifizierten Beurteiler jeweils aufgrund des Gesamtbildes (nicht eines Prüfers) zu vergleichen.

Solche Phänomene sollten dann aber auch in der konventionellen Arzneimittelprüfung auftreten: Unterscheidet sich die Placebogruppe von Beta-blockern von der Placebogruppe von Calciumantagonisten?

Nachbemerkung von Curt Kösters:

*Ich hatte Gelegenheit, das mit Harald Walach zu diskutieren. Er meint auch, dass solche Phänomene auch bei konventionellen Prüfungen auftreten, sieht hier aber wenig Forschungsansätze, weil die Nebenwirkungen in konventionellen Prüfungen in der Regel aufgrund eines Fragebogens untersucht werden, der sich bereits an den erwarteten Nebenwirkungen der jeweiligen Substanz orientiert.*

- **Verblindung** (einfach oder doppelt) bzw. Nicht-Verblindung: Alle Möglichkeiten sollten offen bleiben, im jeweiligen Design aber klar angegeben und begründet werden.
- die **Potenz-Wahl**: Alle Potenzen sollen möglich sein, wenn toxikologische Effekte ausgeschlossen sind. Die Beschränkung auf die C30 könnte eine begrenzte Auswahl von Arzneysymptomen liefern.
- die **Kriterien eines Prüfsymptoms**: Der entsprechende Text aus dem DZVhÄ-Konsens HAMP wird vorgestellt.
- die **Sammlung toxikologischer Informationen** zum Prüfstoff (soweit vorhanden oder ohne Schädigung der Probanden zu erforschen)
- die unterschiedliche **Sensibilität von Prüfern** (z. T. mittelspezifisch, z. T. mittlungspezifisch:

Peter König hatte schon mal einen Score für die Sensibilität von Prüfern entwickelt und verwendet.

Eventuell ist es sinnvoll, die hinsichtlich des geprüften Mittels sensibleren Prüfer in einer Vorphase zu ermitteln, z. B. durch Prüfung mit niedrigeren Potenzen?

- **Ziele und Zwecke der HAMP**: Sind es der primäre Endpunkt einer HAMP, das Auftreten unerwarteter Symptome oder die Heilwirkung beim Patienten, d. h. Verifikation der Prüfsymptome in der therapeutischen Anwendung?

Nachbemerkung von Curt Kösters:

*Von der Definition der Verifikation als primärem Endpunkt würde ich eher abraten, eine Prüfung wäre dann nicht abgeschlossen, solange die Symptome noch nicht verifiziert sind. Das könnte schon bei der Publikation zu Schwierigkeiten führen, erst recht aber bei der Verwendung von Prüfungen für die Registrierung von Arzneimitteln – manche Symptome werden erst nach vielen Jahren klinisch verifiziert.*

*Dennoch ist dieser Ansatz methodologisch interessant. Verschiedene Prüfungsdesigns könnten aufgrund dieses Kriteriums verglichen werden. Welches Design führt am besten zu erfolgreich verifizierten Symptomen?*

- Ein **Erklärungsmodell für homöopathische Arzneimittelprüfungen**: Transport von Informationen, wie es auch für die Therapie gilt. Wesentlich ist die Gleichwertigkeit bzw. Gleichartigkeit der Situationen (Prüfer und Prüfarzt / Patient und Therapeut). Die Prüfung ist die Anamnese eines Arzneimittels.

- Auf der **WissHom-Website** sollen im internen Bereich vorhandene Konsenspapiere und Dokumentationsschemata veröffentlicht bzw. verlinkt werden.

Veröffentlicht werden können hier auch individuelle Prüfungsprotokolle einzelner Gruppen zum gegenseitigen Austausch, ebenso grundsätzliche Fragen und Beobachtungen zur HAMP (in rechtlicher und methodischer Hinsicht).

### 3. Dokumentation und Publikation

- Zur Dokumentation liegen (u. a. im DZVhÄ-Konsens HAMP) umfangreiche Hinweise vor. Ein Dokumentationsformular wird vorgestellt.
- Die Publikation sollte erleichtert werden, u. a. auf der WissHom-Webseite, unterstützt von noch zu findenden Mitarbeitern der Arbeitsgruppe HAMP. Insbesondere wird auch noch ein/e Koordinator/in gesucht.
- Zur Veröffentlichung „kleiner“ Prüfungen und homöopathischer Selbstversuche sollte ermuntert werden.
- Auch unvollständig dokumentierte Prüfungen sollten zugänglich gemacht werden. Spätestens bei einer wiederholten Prüfung der gleichen Substanz können auch Fragmente als Referenz von Bedeutung sein.
- Der Rating-Score DZVhÄ-Konsens HAMP wird vorgestellt (s. Anhang). Er sollte angewendet werden, aber keine Publikation ausschließen. Auch dieser Score soll auf der Website von WissHom zur Verfügung gestellt werden.

#### 4. Schlussfolgerungen und Ergebnisse

Einstellen des Konsensus, der Dokumentationsformulare und des Bewertungsscores auf der Website von WissHom.

Im Internet sind verschiedene Datenbanken für homöopathische Arzneimittelprüfungen verfügbar – mit unterschiedlichem Dokumentationsstandard, unterschiedlichen Konditionen und unterschiedlicher öffentlicher Verfügbarkeit der Informationen.

Einige Datenbanken wurden beispielhaft erwähnt:

- Provings.com
- provings.info
- homeovision.org

Diese Seiten sollten auf der WissHom-Seite verlinkt werden: Empfohlen werden sollte eine Seite mit möglichst gutem Dokumentationsstandard und hoher öffentlicher Verfügbarkeit der Informationen. Eventuell kann dies die neue ECH-Datenbank sein.

#### Gerhard Bleul

Arzt für Allgemeinmedizin, Homöopathie, Chirotherapie

- Jahrgang 1954, Allgemeinarzt, Homöopathie, seit 1986 in eigener vertragsärztlicher Praxis
- Qualitätszirkelmoderation seit 1993
- Weiterbildungs-Ermächtigung seit 1997
- Herausgeber einer Lehrbuchreihe des DZVhÄ zur homöopathischen Weiterbildung.
- Leitung von Weiterbildungs-Kursen, Fallseminaren und Supervision für Homöopathie
- 1997 bis 2003 2. Vorsitzender des DZVhÄ
- 2001 Mitgründer des Europäischen Instituts für Homöopathie (InHom) und der Homöopathie-Stiftung des DZVhÄ in Köthen (Anhalt)
- 2010 Gründungsmitglied der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie (WissHom) und deren Sektions-sprecher für Weiterbildung, Fortbildung und Lehre
- Seit 2002 Mitherausgeber der Allgemeinen Homöopathischen Zeitung (AHZ)
- Mitautor von Homöopathie-Ratgebern, Autor von zahlreichen Zeitschriftenbeiträge, Leitung der A-F-Weiterbildungskurse in Wiesbaden, regelmäßige Ärzteseminare



Kontakt: [post@gerhard-bleul.de](mailto:post@gerhard-bleul.de)  
 Website: [www.gerhard-bleul.de](http://www.gerhard-bleul.de)

## Anhang

### Bewertungsscore des Europäischen Instituts für Homöopathie (InHom) für die HAMP

#### Angaben zum Arzneimittel

Genaue Definition des AM (max. 8)	
Eindeutigkeit und Reproduzierbarkeit der Bezeichnung / des Namens (max. 2)	.....
Eindeutigkeit und Reproduzierbarkeit des Fundorts / der Gewinnung (max. 2)	.....
Eindeutigkeit und Reproduzierbarkeit des Inhaltsstoffs / der Substanz (max. 4)	.....
Genaue Beschreibung der Herstellung nach anerkannten Regeln (max. 2)	.....

#### Prüfarzt und Probanden

Prüfarzt-Qualifikation (max. 3)	
fünf Jahre Praxis-Erfahrung in der Homöopathie (1)	.....
dreimalige eigene Prüfungserfahrung (1)	.....
Erfahrung in der Leitung von mindestens 2 HAMP (1)	.....
Probanden-Gruppe (max. 3)	
Gruppengröße über fünf (1)	.....
Teilnahme beider Geschlechter (2)	.....

#### Prüfdesign

Definierte Aus- und Einschlusskriterien (1)	.....
Anamnese der Probanden (1)	.....
Untersuchung der Probanden vor der Prüfung (1)	.....
Doppelte Verblindung (2), einfache Verblindung (1), offene Prüfung (0)	.....
Vorgeschaltete Vorlaufphase (1)	.....

#### Applikation

Inkorporation des Prüfstoffs in definierter, gleichbleibender Potenz (10)	.....
Protokollierung einer Verreibung (3)	.....
Potenzwechsel des eingenommenen Prüfstoffs (1)	.....
„Prüfungen“ ohne Inkorporation (Gruppenerfahrung, „Kontakt“-Prüfung u.ä.) (0)	.....

#### Dokumentation der Prüftexte

Dokumentation in wörtlicher Rede (10)	.....
(Original-Prüftagebücher oder deren vollständige Abschrift)	
bei vollständiger Wiedergabe, aber Streichung von Wiederholungen (7)	.....
bei auszugsweiser Wiedergabe (4)	.....

Maximale Punktzahl: 40

Erreichte Punktzahl: .....

Jörg Haberstock (Augsburg, D)

## Verfügbarkeit und Marktsituation homöopathischer Einzelmittel\*

Warum die Verfügbarkeit und die Qualität unserer Arzneien in Europa und in Deutschland in Teilen eingeschränkt und weiter gefährdet sind, erklärt sich nicht aus dem Arzneigesetz, das der Homöopathie als besonderer Therapierichtung an sich wohlwollend begegnet. Andere Mechanismen des Marktes und der Verwaltung des Arzneiverkehrs von Homöopathika erweisen sich dagegen als sehr behindernd und reduzieren die Verfügbarkeit homöopathischer Einzelmittel in den vergangenen Jahren drastisch.

### Einleitung

Wir sehen seit den Einschränkungen der Arzneimittelprodukte im Rahmen von BSE einen Schwund von Nosoden ebenso wie eine generell eingeschränkte Verfügbarkeit homöopathischer Fertigarzneimittel am Markt.

Bei Betrachtung der Marktsituation kann man von verschiedenen Playern ausgehen (vgl. Skizze aus der Präsentation):



Arzneimittelhersteller generieren ihren Umsatz wesentlich durch Komplexmittel in meist niederen Potenzstufen. Einzelmittel sind als Randnische zu sehen, zum Teil bedient von großen Firmen oder kleinen spezialisierten Unternehmen.

Die Arzneimittelregulierung erfolgt in Europa national, das Regelwerk wird aber zunehmend durch europäische Vereinheitlichung bestimmt, in dem Arzneimittel-Sicherheit und Harmonisierung vorangetrieben werden, die Verfügbarkeit der Arzneimittel liegt nicht im Fokus der Behörden.

Beide „Player“ bestimmen das Marktgeschehen.

Therapeuten und Patienten sind als Anwender und Nutzer bei diesem Prozess wenig beteiligt. Der Nimbus der Homöopathie wird in erster Linie generiert aus der traditionellen Anwendung klassischer Einzelmittelhomöopathie. Absatz und Umsatz werden von der Anwendung von Komplexmitteln oder Schlüsselsubstanzen bestimmt.

Das **Arzneimittelgesetz** (derzeit 16. Novelle des AMG) wird vom Gesundheitsministerium vorgegeben, die eigentliche Marktregulierung unterliegt dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Das BfArM lässt die Arzneimittel auf dem Markt zu.

Das **Arzneimittelgesetz** (derzeit 16. Novelle des AMG) wird vom Gesundheitsministerium vorgegeben, die eigentliche Marktregulierung unterliegt dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Das BfArM lässt die Arzneimittel auf dem Markt zu.

Im AMG ist Folgendes festgelegt: Homöopathika sind Arzneimittel mit eigenem Therapiekonzept, welches bei der Zulassung in seiner Eigenart zu berücksichtigen ist. Damit besteht eine Existenzgarantie für die Homöopathie im Gesetz. Es existiert eine vereinfachte Zulassung (= Registrierung), wenn keine Indikation beansprucht wird. Klinische Prüfungen und Wirksamkeitsnachweise müssen nicht erbracht werden. Damit wird der Besonderheit im Vergleich zu anderen Pharmazeutika Rechnung getragen.

Des Weiteren sind im AMG definiert: Verkehr und Vertrieb über Apotheken, Struktur eines Herstellerbetriebes, Sicherheitsvorschriften, Gebrauchsinformationen u. v. m. Diese nationale Umgebung ist der europäischen analog.

Das **Homöopathische Arzneibuch** (HAB 10) definiert Homöopathika und legt die Regeln fest, nach denen hergestellt werden darf. Im Arzneibuch weichen einige Regeln von der ursprünglichen Herstellung nach Hahnemann ab, es existiert kein Bezug auf die homöopathische Identität (Ausgangssubstanz = Prüfsubstanz), Wasser, Alkohol und Globuli sind technisch definiert, viele Ausgangssubstanzen ebenfalls (z. B. Petroleum).

Das **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte** (BfArM) lässt die Arzneimittel auf dem Markt zu und erlaubt oder verbietet die Herstellung. Es prüft die Verwirklichung verschiedener weitergehender Vorschriften wie Blutproduktregeln, Packungsverordnung, Laborverordnung, GMP und den traditionellen Gebrauch als Grundlage für das Inverkehrbringen. Es hütet die Einhaltung des Heilmittelwerbegesetzes, erstellt Kinderdosierungsrichtlinien und befolgt Pflanzenschutzverordnungen. Es prüft die Stabilität sowie Lesbarkeit und Konformität der Etikettierung etc.

All diese Verordnungen entstehen in einem wechselseitigen und schwer transparenten Prozess mit der Europäischen Kommission.

Die Einhaltung aller Richtlinien erzeugt bei den Herstellern einen hohen Personal- und Kostendruck. Als Konsequenz werden umsatzschwache oder arzneirechtlich schwierige Arzneien wie Nosoden und tierische Mittel aus dem Verkehr gebracht.

Das Vollsортiment homöopathischer Arzneien ist schon lange nicht mehr marktfähig.

\* Impulsvortrag zum Seminar II „Probleme mit Nosoden und Ausgangssubstanzen“ im Rahmen des ICE 11

## Harmonisierung

Es lassen sich immanente Prozesse isolieren, die den Markt unmittelbar beeinflussen.

Harmonisierung bedeutet auf der europäischen Ebene, dass den homöopathisch unterschiedlichen Traditionen der Nationen Rechnung getragen wird. Ausnahmeregelungen einzelner Staaten drohen zu kippen: In der BRD existiert als Lebensgrundlage kleiner Einzelmittel die 1000er Regel (Arzneipotenzen unter tausend Packungen pro Jahr sind frei von der Registrierungsspflicht), Standardregistrierungen können von Herstellern unter geringerem Registrierungs-aufwand verwendet werden.

Einige Länder erlauben Korsakoffpotenzen, andere nicht (BRD). In Harmonisierungsprozessen neigen Ausnahmeregelungen allgemeinen Regeln zum Opfer zu fallen, Schlupflöcher schließen sich. Andererseits wird die Homöopathie in Länder einführbar, die bislang keine Homöopathietradition erfuhren.

## Sicherheit

Wichtigster Mechanismus zu Einschränkung der Verfügbarkeit in der Homöopathie ist ausgerechnet die Sicherheit: Trotz Verdünnung und Abreicherung im homöopathischen Herstellungsprozess selbst in niedrigen Potenzstufen gilt für Homöopathika Null-Toleranz bei Sicherheitsfragen.

Dieser Prozess unterliegt dem nicht erfolgten oder nicht akzeptierten Wirksamkeitsnachweis in der Homöopathie: Nebenwirkungen von Arzneien werden normalerweise an ihrem Nutzen gemessen. Dies ist für die Homöopathie nicht möglich, somit gilt, dass Homöopathika null Nebenwirkungsakzeptanz gestattet wird, Ausgangssubstanzen mit Gefährdungspotential, wie Aflatoxinen, Giften, Viren Bakterien unterliegen unabhängig von der Zielpotenz erheblichen Einschränkungen. Eine generelle Regel, dass Homöopathika ab bestimmten Potenzstufen per se sicher seien, wird von den Regulierungsbehörden nicht akzeptiert.

## Ein Blick auf die Marktzahlen (Wikipedia)

2007 betrug der Anteil homöopathischer Arzneimittel im deutschen Apothekenmarkt am Umsatz 1,09 %, an der Zahl der verkauften Einheiten 3,26 % (3,16 % im Vorjahr). Homöopathische Arzneimittel hatten 2009 mit etwa 403 Mio. Euro einen Anteil von rund 8 % an rezeptfreien Medikamenten. Dabei wurden 2 % (103 Mio. Euro) durch Therapeuten verordnet und 6 % (300 Mio. Euro) durch Selbstkäufe erworben. Gegenüber 2008 nahm die Verordnungshäufigkeit um 4 % ab, der Selbstkauf um 2 % zu.

## Herstellerinteressen

Die Marktinteressen großer Arzneimittelhersteller in der Homöopathie lassen sich wie folgt skizzieren:

- Homöopathie liegt im Zeitgeist, erfährt hohe Akzeptanz und beschreibt einen Millionenmarkt außerhalb des Krankenkassenbudgets im Gesundheitswesen.
- Komplexmittel erzielen den wesentlichen Umsatz
- Indikationen sind gewünscht, weil sie die klinischen Einsatz prägnant herausstellen

- Selbstmedikation wird gefördert, weil direkter Kundenzugang unter Umgehung der Therapeuten entsteht.
- Niedrige Potenzen erzeugen ggf. arzneilich direkte Substanzwirkung und ermöglichen kurze Dosierungsintervalle sowie längere Anwendung, also mehr Arzneimittelumsatz.
- Mit entsprechend größeren Chargen werden die Herstellungskosten verringert.
- Einzelmittel sind ökonomisch unattraktiv und regulatorisch kompliziert.

## Ausblick in die Zukunft

Homöopathische Einzelmittel als Fertigarzneimittel von Herstellern werden mehr und mehr eingeschränkt. Seltene schwierige Arzneimittel werden in der Verfügbarkeit zunehmend auf spezialisierte Apotheken verlagert, unterliegen dann aber individueller Anforderung durch Kunden oder Therapeuten. Sie dürfen als solche nicht beworben werden, der Vertrieb ist schwieriger, aber neue oder skurrile Arzneimittel sind dort realisierbar.

Langfristig gesehen ist aber zu befürchten, dass die Reglementierungen der Hersteller auch auf die Apothekenherstellung übergreifen, die Entwicklung der Apotheken kann zum gleichen Ergebnis der eingeschränkten Verfügbarkeit führen.

## Konsequenz für uns Einzelmittelhomöopathen

- Verschreiben homöopathischer Einzelmittel, anstatt Abgabe in der Praxis
- Wachsamkeit und Präsenz in Gremien wie HAB-Kommission, Kommission D, im ECH
- personelle Ausstattung der eigenen Verbände mit Spezialisten für Pharmazie in der Homöopathie
- Begleitung der europäischen und nationalen Arzneimittelregulierung.
- Zusammenarbeit mit Heilpraktikerverbänden wie bei AEHA
- Zusammenarbeit mit Herstellerverbänden wie BPI und BAH

## Dr. med. Jörg Haberstock

- Jahrgang 1961, verheiratet, 2 Kinder
- praktischer Arzt
- seit 1995 klassischer Homöopath in Privatpraxis in Augsburg
- Delegierter des DZVHÄ im ECH für Pharmazie
- Informations- und Stufenplanbeauftragter im Labor Gudjons (Stadbergen)
- stellvertretendes Mitglied in Kommission D und HAB-Kommission
- Leiter des Dreimonatskurses Augsburg der Hahnemann-Gesellschaft seit 2005



Kontakt: haberstock@mac.com

Carl Classen (Karlsruhe, D)

## Probleme mit Nosoden und Ausgangssubstanzen – Strategien, Perspektiven, kreative Lösungen

### Abstract

Die wissenschaftliche Welt wie auch die Homöopathie sind heute weitgehend bereit für die Herausforderungen, die sie sich gegenseitig bieten. Beide können miteinander gewinnen. Anders scheint dies mit der Welt der Gesetze, Richtlinien und Verordnungen und mit den vielfältigen regulatorischen Mechanismen, welchen die Marktzulassung homöopathischer Arzneimittel unterliegt. Bestehende Erleichterungen, welche die Besonderheit der Therapierichtungen berücksichtigen, werden im Zuge der europäischen Harmonisierung durch neue Anforderungen eingekreist und teils ausgehebelt. Wichtige Qualitätsanliegen europäischer und nationaler Organisationen werden von den zuständigen Arzneibuchkommissionen ignoriert.

Bekanntlich werden in Deutschland derzeit keine Nosoden mehr zugelassen, das Gleiche droht europaweit. Wenn für die pharmazeutische Industrie entwickelte Sicherheitsstandards immer konsequenter auf homöopathische Arzneien angewendet werden, wenn für Hochpotenzen die gleichen Sicherheitsstandards wie für eine D6 geltend gemacht werden, dann ist dies nicht weniger absurd, als etwa die Luftfahrt nach der Straßenverkehrsordnung zu regeln.

Mit welchen Folgen werden Kernbereiche der Homöopathie in rechtliche Grauzonen abgedrängt? Oder gleiten wir schleichend in ein Absurdistan ab, in welchem künftig nur noch homöopathische „Blockbuster“ zu bekommen sind, in welchem viele homöopathische Behandlungen wegen fehlender Arzneien abgebrochen werden müssten, in welchem keine homöopathischen Arzneimittelprüfungen mehr stattfinden? Gibt es andererseits auch Chancen durch ein neues Qualitätsbewusstsein?

Wir tauschen uns aus, auf welche Weise und mit welchen Zielrichtungen wir aktiv werden und Lösungen gestalten können:

- Welche Chancen bietet das unter Homöopathen aufkeimende Qualitätsbewusstsein, und wie können wir unsere Qualitätsanliegen wissenschaftlich fundieren?
- Welche Folgen hat eine Verlagerung der homöopathischen Arzneimittelherstellung hin zu Apotheken?
- Was können Gespräche mit Behörden und Politikern sowie die Teilnahme an Anhörungen noch bewirken? Und welche Botschaften wollen wir auf welchen Wegen an die Öffentlichkeit bringen?
- Was können jeweils praktizierende HomöopathInnen, Organisationen und deren Netzwerke tun? Wie kann sich europäisches, nationales und individuelles Engagement optimal ergänzen?

Wie finden wir individuelle Lösungen für die eigene Praxis?

Die nachfolgenden Abbildungen stellen eine Auswahl der Vortragspräsentation dar\*:

**Die Homöopathie und unsere Systeme**

- die Wissenschaften sind heute reif für die Homöopathie, die Homöopathie ist reif für die Wissenschaft
- aber wie tragfähig sind Gesellschaft, Staat und Verwaltung?
- Anerkennung und Systemintegration können gefährlich sein, soweit Gesellschaft und Systeme nicht „reif“ sind
- so markiert die Anerkennung homöopathischer Arzneien als Arzneimittel i.S.d. Gesetzes den Beginn der heute diskutierten Problematik

Köthen, 11.11.2011 Nosoden und Ausgangssubstanzen 3

**Die Homöopathie und unsere Systeme**

- über Marktmechanismen gibt es gewisse Öffnungen im Versicherungsbereich
- öffentliche Gelder für die Homöopathie rufen allerdings Gegner auf den Plan
  - Bsp. PEK-Manipulation in CH, Bsp. Kampagnen im UK
- für die Pharmaindustrie konstruierte regulatorische Mechanismen drohen die Homöopathie zu strangulieren!

Köthen, 11.11.2011 Nosoden und Ausgangssubstanzen 4

**Regulatorische Mechanismen**

- Gesundheitsbereich bleibt – eingeschränkt – nationales Recht
- EG-Vertrag Art. 95 ermächtigt die EU, Schutzmaßnahmen zu ergreifen
- EG / EFTA / EU zielen auf freie Märkte
- Richtlinie 2001/83 ist nur grober Rahmen
- Vielzahl weiterer bürokratischer Bestimmungen
  - Arzneibücher HAB, PhFr u. PhEur., Kinderarzneimittel-direktive, Haltbarkeit, Etiketten, GMP-Guidelines, Identitätsprüfung, CTD-Formate für Unterlagen, PtC-Papiere, FSD-Listen, CGP-Standards für AMP, ... ..

Köthen, 11.11.2011 Nosoden und Ausgangssubstanzen 5

\* Die gesamte Vortragspräsentation ist auf der AEHA-Website (Anwenderbündnis zum Erhalt homöopathischer Arzneimittel) zu finden: [http://www.aeha-buendnis.de/dl/Arzneimittelverfuegbarkeit\\_ICE11.pdf](http://www.aeha-buendnis.de/dl/Arzneimittelverfuegbarkeit_ICE11.pdf)

## Übersicht Qualitätsprobleme

- Qualität wird heute durch Normen bestimmt (ISO, GMP, HAB... dokumentierte Prozesse, Analytik...)
- Homöopathen haben andere Qualitätsbedürfnisse!
- Eingabe der Verbände an die HAB-Kommission 2007:
  - Übereinstimmung der Ausgangsstoffe mit ursprünglichen Prüfungen & klin. Erfahrungen
  - Frische organischer Ausgangsstoffe (Verarbeitungszeiten)
  - Primat der Verreibung von Ausgangsstoffen
  - Verreibung, nicht Vermischung (V6, V7)
  - V7 nicht als Mogelvorschrift
  - Transparenz der Herstellungsweise
  - Korrektur technischer Details zu Q-Potenzen

Köthen, 11.11.2011

Nosoden und Ausgangssubstanzen

7

## Ziele der Öffentlichkeitsarbeit

- raus aus dem fachlichen Elfenbeinturm
- wissenschaftliche Fundierung  
↔ einfache, anschauliche Botschaften
- Probleme der Homöopathie in die allgemeine Öffentlichkeitsarbeit einbeziehen
- Basis verbreitern, Bewusstsein schaffen
- bürgerrechtlichen Aspekt der Arzneimittelverfügbarkeit aufzeigen
- Anbindung geeigneter CAM-Themen an **bürgerrechtliche Bewegungen?**

Köthen, 11.11.2011

Nosoden und Ausgangssubstanzen

25

## Anwenderforderung:

„Sicherheit alleine durch serielle Verdünnung bis 10<sup>-23</sup>“

- erleichtert Ausgangsstoff-Beschaffung:
  - Organ- und Gewebespendengesetz bezieht sich auf zu übertragendes Material
  - viele Nosoden wären wieder herstellbar!
  - unterscheiden von First-Safe-Dilution-List
- Viral Safety ohne Autoklavierung
  - Qualitätsproblem, Sterilisierung denaturiert massiv
  - leider im europäischen Arzneibuch festgeschrieben, in Schweiz möglich
  - Herstellungsverfahren zu validieren
  - GMP Guidelines liefern Rahmen
  - laut BfArM-Papier von 1998 für HAMP ab C12 keine toxikologische Bewertung erforderlich

Köthen, 11.11.2011

Nosoden und Ausgangssubstanzen

12

## weitere Referenzen

- **Website des Anwenderbündnis zum Erhalt homöopathischer Arzneimittel AEHA**
  - dort Eingabe zum HAB, Gemeinsames Europäisches Positionspapier von ECCH und ECH zu Qualität und Verfügbarkeit homöopathischer Arzneimittel, Folien und Eingaben zu bestimmten Themen und aktuelle Informationen

• [www.aeha-buendnis.de](http://www.aeha-buendnis.de)

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

Köthen, 11.11.2011

Nosoden und Ausgangssubstanzen

26

## politische Strategien: fortgesetzte Behördenkontakte, national und europäisch

- Gespräche, Briefe, Teilnahme an Anhörungen  
... i.d.R. durch Organisationen
- (+) wir zeigen unsere Präsenz und Fachkompetenz
- (+) wir bringen konkrete Vorschläge, auch Forderungen ein
- (+) Chance, Verständnis zu wecken
- (-) intransparente Arbeitsweise selbst solcher Gremien, in denen Anwender einen Platz haben sollten (konkretes Beispiel HAB-Kommission)
- (-) Anliegen von Homöopathen werden teils durch Industrie ausgetrickst
- (-) Entscheidungen finden hinter verschlossenen Türen statt

Köthen, 11.11.2011

Nosoden und Ausgangssubstanzen

19

## Herausforderungen der Öffentlichkeitsarbeit „Nosoden sind Ekelzeugs“

- ausweichen?
- nur „schöne Welt“ der Homöopathie zeigen?
- Thema anderen überlassen?
- *wie können wir das Thema positiv besetzen!*
- auch homöopathie-intern nicht völlig einfach (schwimmende Abgrenzung zur Isopathie)
- Bsp. Bad im Atlantik...
- Bsp. Nosoden-Flyer von Staufen-Pharma

Köthen, 11.11.2011

Nosoden und Ausgangssubstanzen

22

## Carl Classen

- Heilpraktiker seit 1990
- lebt und praktiziert in Karlsruhe
- Gründung des Homöopathie-instituts ars curandi in Karlsruhe
- Praxistätigkeit und Unterricht
- Tätigkeit als Fachautor
- berufspolitisches Engagement, u. a. im Vorstand des VKHD, als arzneimittelrechtlicher Berater des European Central Council of Homeopaths (ECCH) und im Anwenderbündnis zum Erhalt homöopathischer Arzneimittel AEHA
- Herausgeber kommentierter Versionen von Hahnemanns „Organon“ und der theoretischen Teile der „Chronischen Krankheiten“
- Verfasser des „Leitfadens der homöopathischen Fallanalyse“ und der „Studienblätter zur klassischen Homöopathie“



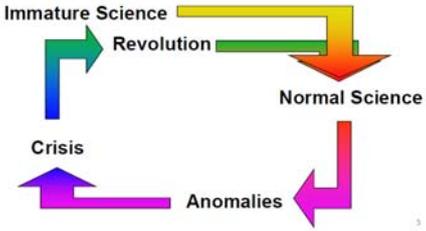
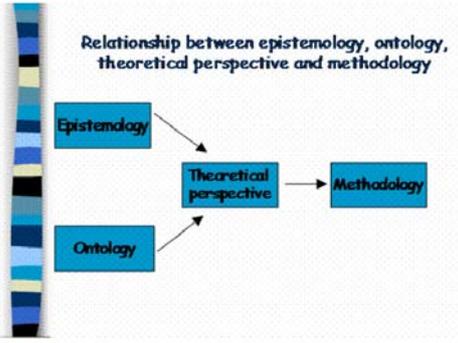
Kontakt: [cc@arscurandi.de](mailto:cc@arscurandi.de)  
Website: [www.arscurandi.de](http://www.arscurandi.de)

Kate Chatfield (University of Central Lancashire, Preston, UK)

## Going beyond numbers: The gift of qualitative methods in homeopathy research / Qualitative Methoden in der homöopathischen Forschung

Übersetzung der Folien der Powerpoint-Präsentation und der Kommentare von Kate Chatfield (KC):  
Ulrike Kessler, MSc (Basel, CH)

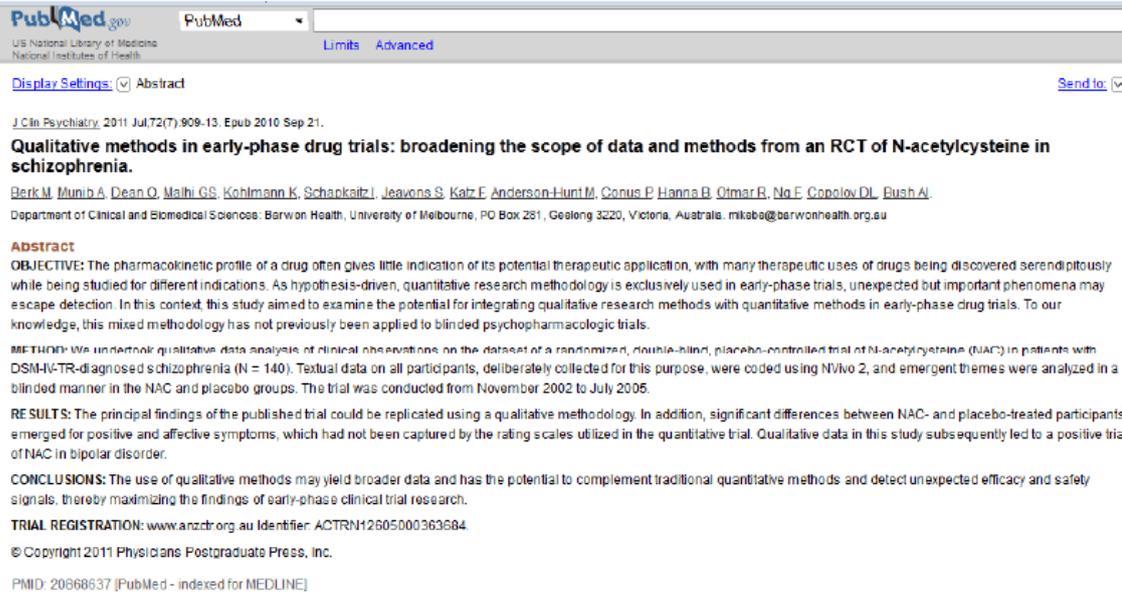
1	 <p>Going beyond numbers: The gift of qualitative methods in homeopathy research</p> <p>Kate Chatfield Course Leader MSc Integrated Healthcare</p>	<p><b>Über Zahlen hinaus: das Geschenk qualitativer Methoden in der homöopathischen Forschung</b></p> <p>KC: Ich werde keinesfalls versuchen, Sie heute davon zu überzeugen, dass qualitative Methoden besser für die Homöopathieforschung sind als quantitative Methoden. Es geht einfach darum, dass beide Ansätze ihren Stellenwert haben, und dass nicht einer die Priorität über den anderen haben sollte.</p>
2	<p><b>Aims of this talk</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• To set the context for different approaches in research</li> <li>• To explore the differences between qualitative and quantitative approaches</li> <li>• To explain how different methods can be used to answer different questions</li> </ul>	<p><b>Ziele dieses Vortrags</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• den Kontext für qualitative/quantitative Forschungsansätze näher zu bestimmen</li> <li>• die Unterschiede zwischen qualitativer und quantitativer Forschung zu erkunden</li> <li>• zu erklären, wie unterschiedliche Forschungsansätze genutzt werden können, um unterschiedliche Fragen zu beantworten.</li> </ul>
3	<p>The aim of all research is primarily to seek answers to questions</p> <p>But answers depend upon many factors including:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– The type of question asked</li> <li>– The way that the question is asked</li> <li>– The belief system of the researcher</li> <li>– The methods used to find an answer</li> <li>– The way that results are interpreted</li> <li>– The paradigm within which the research is based</li> </ul>	<p><b>Das Ziel von Forschung ist vor allem, Antworten auf Fragen zu suchen</b></p> <p>Die Antworten hängen jedoch von vielen Faktoren ab, zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• von der Art der Frage, die gestellt wird,</li> <li>• davon, wie die Frage gestellt wird,</li> <li>• von dem, was die Forschenden über Wissenschaft zu wissen glauben,</li> <li>• von den Methoden, die verwendet werden, um die Frage zu beantworten,</li> <li>• davon, wie die Resultate interpretiert werden,</li> <li>• von dem Paradigma, auf dem die Forschung beruht.</li> </ul> <p>KC: Die Information, die wir über Forschung gewinnen, hängt von zahlreichen Faktoren ab und kann auf vielfache Weise beeinflusst werden. Wir müssen uns dessen bewusst sein.</p>
4	<p><b>Need for awareness of Paradigms</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paradigms provide us with models of the way the world works</li> <li>• Without paradigms research is a random collection of observations lacking unification of structure into a whole.</li> <li>• Paradigms give concepts and laws to build on</li> <li>• When thinking about research we must always be aware of the paradigm in which the research is based</li> </ul>	<p><b>Paradigmen muss man sich bewusst machen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paradigmen stellen Modelle zur Verfügung, mit deren Hilfe wir verstehen, wie die Welt funktioniert.</li> <li>• Ohne Paradigmen ist Forschung eine zufällige Sammlung von Beobachtungen, die nicht zu einem Ganzen verbunden sind.</li> <li>• Paradigmen stellen Gesetzmäßigkeiten und Regeln zur Verfügung, auf denen aufgebaut werden kann.</li> <li>• Wer über Forschung nachdenkt, muss sich immer bewusst machen, auf welchem Paradigma die jeweilige Forschung beruht.</li> </ul> <p>KC: Ein wesentlicher Faktor, der die Informationen beeinflusst, die wir in der Forschung gewinnen, ist das Paradigma, auf dem die Forschung beruht.</p>

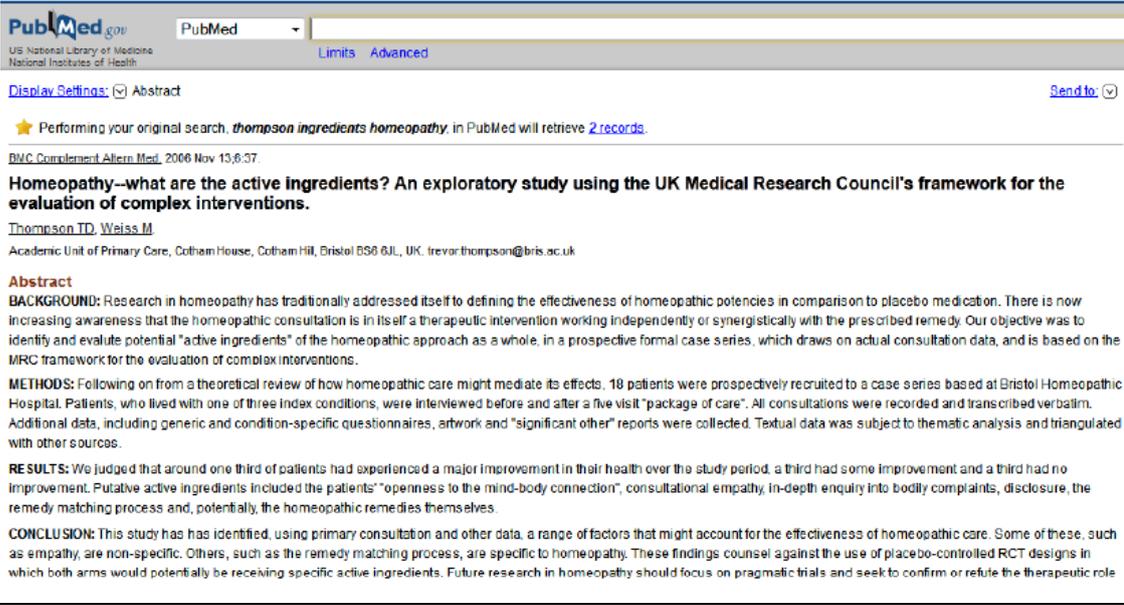
5	<p style="text-align: center;"><b>Kuhn's History of Science</b></p> 	<p><b>Kuhns Geschichte der Wissenschaft</b></p> <p>Vorparadigmatische (Proto-)Wissenschaft → Reife (Normal-)Wissenschaft → Anomalien → Krise → Revolution → Normalwissenschaft</p> <p>KC: Thomas Kuhn war der erste, der über wissenschaftliche Paradigmen schrieb. Als er die Geschichte der Wissenschaft untersuchte, beobachtete er mehrere Punkte, an denen das wissenschaftliche Denken einen Sprung nach vorne zu machen schien (Kopernikus, Newton, Einstein). Er nannte diese Phasen „Revolutionen“. Vor einer Revolution kommen Anomalien vor, die durch die gegenwärtige Wissenschaftstheorie nicht erklärt werden können. Schließlich wird eine Krise erreicht, und die Revolution wird ein neues Paradigma mit sich bringen, das in der Lage ist, das vorherige zu integrieren und die Anomalien zu erklären. Nach einer Revolution wird die Wissenschaft für einige Zeit als „Normalwissenschaft“ fortschreiten – bis wieder Anomalien auftreten. Gegenwärtig könnte die mögliche Wirksamkeit ultra-hoher Verdünnungen ein Beispiel für eine solche Anomalie darstellen.</p>
6	<p style="text-align: center;"><b>Science</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In the main science is a conformist society which presents only the currently accepted theory (normal science)</li> <li>• Consequently science defines reality relative to the accepted paradigm</li> <li>• Students are educated into the accepted paradigm and ignore alternative paradigms</li> <li>• The society of science determines what scientists observe</li> </ul>	<p><b>Wissenschaft</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wissenschaft ist im Wesentlichen eine konformistische Gesellschaft, die ausschließlich die gegenwärtig akzeptierte Theorie (Normalwissenschaft) darstellt.</li> <li>• Wissenschaft definiert daher Realität lediglich in Bezug auf das akzeptierte Paradigma.</li> <li>• Studierende werden innerhalb des akzeptierten Paradigmas ausgebildet, sie wissen nichts über alternative Paradigmen.</li> <li>• Die Gemeinschaft der Wissenschaftler definiert, was Wissenschaftler beobachten.</li> </ul> <p>KC: In der Phase der „Normalwissenschaft“ ist es schwierig, wissenschaftliche Denkansätze zu kritisieren, weil sie nicht im Widerspruch zur gegenwärtig akzeptierten Theorie sind.</p>
7	<p style="text-align: center;"><b>Some definitions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ontology</b> – the nature of the physical and social reality</li> <li>• <b>Epistemology</b> – the nature of knowledge</li> <li>• Together these form the <b>theoretical perspective</b> - (philosophical stance providing a context for the research process) which in turn informs the...</li> <li>• <b>Methodology</b> - the principles and procedures of inquiry</li> </ul>	<p><b>Einige Definitionen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ontologie:</b> die Lehre von der Beschaffenheit der physischen und sozialen Realität (Lehre vom Seienden)</li> <li>• <b>Epistemologie:</b> die Lehre von der Beschaffenheit des Wissens (Wissenschaftslehre, Wissenschaftsphilosophie)</li> <li>• Zusammen formen Ontologie und Epistemologie die <b>theoretische Perspektive</b> (die philosophische Grundeinstellung, die den Kontext für den Forschungsprozess liefert), die wiederum ...</li> <li>• die <b>Methodologie</b> (Methodenlehre) prägt, die die Prinzipien und Verfahren der Datenerhebung bestimmt.</li> </ul> <p>KC: Ontologie: die Lehre davon, wie die Dinge sind. Epistemologie: die Lehre davon, wie wir Dinge erforschen.</p>
8	<p style="text-align: center;"><b>Relationship between epistemology, ontology, theoretical perspective and methodology</b></p> 	<p><b>Epistemologie und Ontologie in Bezug auf die theoretische Perspektive und Methodologie</b></p> <p>KC: Die Methodologie in der Forschung ist stets von unserer theoretischen Perspektive beeinflusst, daher ist es für Forschende absolut notwendig, sich ihrer eigenen Perspektive bewusst zu sein.</p>

9	<p>An example: <b>Positivist Research Paradigm</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ontology:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Realism           <ul style="list-style-type: none"> <li>• an external reality exists independent of our beliefs or understanding</li> <li>• a clear distinction exists between beliefs about the world and the way the world is</li> </ul> </li> <li>– Research can converge on the 'true' state of affairs</li> <li>– Reductionist and deterministic</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Ein Beispiel: Positivistische Forschungsparadigmen</b></p> <p><b>Ontologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realismus       <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es gibt eine Realität, die unabhängig von unserer Vorstellungswelt und unserem Verständnis existiert.</li> <li>- Unsere Vorstellungen von der Welt und die Realität können klar voneinander unterschieden werden.</li> </ul> </li> <li>• Forschung kann annähernd zeigen, wie die Dinge „wirklich“ sind.</li> <li>• reduktionistisch und deterministisch</li> </ul>
10	<p><b>Positivist Research Paradigm</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Epistemology:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– The investigator and the investigated object are assumed to be independent of each other</li> <li>– The investigator should be able to study the object without influencing it or being influenced by it</li> <li>– It is essential that values and biases do not influence outcomes</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Positivistische Forschungsparadigmen</b></p> <p><b>Epistemologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Forschende und das beforschte Objekt werden als unabhängig voneinander angenommen.</li> <li>• Der Forschende sollte in der Lage sein, das Forschungsobjekt so zu studieren, dass es nicht beeinflusst wird, oder er durch das Objekt.</li> <li>• Es ist wesentlich, dass Wertvorstellungen und Vorurteile das Ergebnis der Forschung nicht beeinflussen.</li> </ul>
11	<p><b>Positivist research paradigm</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Methodology:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Experimental/manipulative</li> <li>– Verification/falsification of hypotheses</li> <li>– Dominance of quantitative methods</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Positivistische Forschungsparadigmen</b></p> <p><b>Methodologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• experimentell / manipulativ</li> <li>• Verifikation / Falsifikation von Hypothesen</li> <li>• Dominanz quantitativer Methoden</li> </ul>
12	<p><b>Quantitative Research</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gathering objective information about the world</li> <li>• Involves numbers</li> <li>• Measuring, counting</li> <li>• Analysis via statistical methods</li> </ul>	<p><b>Quantitative Forschung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• das Sammeln objektiver Informationen über die Welt</li> <li>• Zahlen spielen eine Rolle</li> <li>• Messen, Zählen</li> <li>• Analyse mit Hilfe statistische Methoden</li> </ul>
13	<p>Experiments such as...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomised controlled trials       <ul style="list-style-type: none"> <li>– Participants in the trial are randomised to treatment (intervention) or non-treatment (control)group</li> <li>– Specific changes in the intervention group are compared with those in the control group</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Quantitative Formen der Forschung</b></p> <p><b>Randomisierte, kontrollierte Studien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Teilnehmer werden randomisiert der Behandlungs-(Interventions-) bzw. der Nichtbehandlungs-(Kontroll-)gruppe zugeteilt.</li> <li>• Die spezifischen Veränderungen in der Interventionsgruppe werden mit denen der Kontrollgruppe verglichen.</li> </ul>

14	<p style="text-align: center;"><b>Philosophy of science</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Over the last 50 years much of the philosophy of science has been largely preoccupied with challenging the positivist picture of scientific methodology</li> <li>• One of the main challenges is that observations are dependent upon the observer such that results of experiments are not entirely objective</li> </ul>	<p><b>Wissenschaftsphilosophie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In den letzten 50 Jahren hat sich die Wissenschaftslehre intensiv damit beschäftigt, das positivistische Bild der wissenschaftlichen Methodenlehre anzufechten.</li> <li>• Eine der größten Herausforderungen ist, dass Beobachtungen stets vom Beobachter abhängen, Beobachtungen daher nicht wirklich objektiv sind.</li> </ul>
15	<p style="text-align: center;"><b>Video</b></p>	<p><b>Video</b></p> <p>Doppelspalt-Experiment  Link: <a href="http://www.youtube.com/watch?v=je6haxaLBPc">http://www.youtube.com/watch?v=je6haxaLBPc</a></p> <p>KC: Selbst bei extrem kontrollierten Experimenten können wir uns nicht sicher sein, wie stark und auf welche Weise der Beobachter oder die Forschungsmethode die Natur der Ergebnisse beeinflussen.</p>
16	<p style="text-align: center;">Another example:  <b>Constructivist or interpretive paradigm</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ontology: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Reality is independent of human thought, but meaning or knowledge is always a human construction</li> <li>– These are socially and experientially based, local and specific in nature and there is no way to verify a definitive notion of reality</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Ein weiteres Beispiel:  Konstruktivistisches oder interpretatives Paradigma</b></p> <p><b>Ontologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realität ist unabhängig vom menschlichen Denken, aber Bedeutungen und Wissen sind immer eine menschliche Konstruktion.</li> <li>• Diese (Konstruktionen) basieren auf sozialen Vereinbarungen und (individuellen) Erfahrungen, die lokal und spezifischer Natur sind. Realität kann daher nicht endgültig definiert werden.</li> </ul> <p>KC: Es gibt eine Realität da draußen! Aber unser Verständnis dieser Realität wird durch die Tatsache beeinflusst, dass wir Menschen sind, und darüber hinaus von unserer Vorerfahrung, unserer Kultur, unserer Gesellschaft usw.</p>
17	<p style="text-align: center;"><b>Constructivist or Interpretive paradigm</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Epistemology: <ul style="list-style-type: none"> <li>–The investigator and the object of investigation are interactively linked so that the findings are literally created as the investigation proceeds</li> <li>–Knowledge is subjective</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Konstruktivistisches oder interpretatives Paradigma</b></p> <p><b>Epistemologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Forschende und das Objekt der Forschung sind interaktiv miteinander verknüpft, daher werden die Ergebnisse der Forschung im Verlauf der Forschung buchstäblich konstruiert.</li> <li>• Wissen ist subjektiv.</li> </ul>
18	<p style="text-align: center;"><b>Constructivist or interpretive paradigm</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Methodology: <ul style="list-style-type: none"> <li>–Hermeneutic (Explanatory)</li> <li>–Dialectic (using logical reasoning)</li> <li>–Use of qualitative methods</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Konstruktivistisches oder interpretatives Paradigma</b></p> <p><b>Methodologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hermeneutisch (erklärend)</li> <li>• dialektisch (mit Hilfe vernünftiger Argumente)</li> <li>• Verwendung qualitativer Methoden</li> </ul> <p>KC: Hermeneutik: eine breit definierte Disziplin, die Theorie über die Auslegung von Werken und über das Verstehen, ihre Interpretation. Dialektik: der Versuch, die Wahrheit über ein Thema im Dialog mit vernünftigen Argumenten zu erkennen (These – Antithese – Synthese)</p>

19	<p style="text-align: center;"><b>Qualitative Research</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Looking for meaning rather than numbers</li> <li>• Seeking to understand the views of participants</li> <li>• Must accept and account for bias of the researcher</li> <li>• Produces a lot of soft data from fewer participants</li> </ul>	<p><b>Qualitative Forschung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sucht eher nach Bedeutung als nach Zahlen</li> <li>• versucht, die Sichtweise der Forschungsteilnehmer zu verstehen</li> <li>• akzeptiert Voreingenommenheiten („bias“) von Seiten des Forschenden und legt darüber Rechenschaft ab</li> <li>• produziert eine große Menge „weicher“ Daten von wenigen Teilnehmenden</li> </ul>						
20	<p style="text-align: center;"><b>Qualitative methods of data collection</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitative interviewing <ul style="list-style-type: none"> <li>– In-depth, semi-structured or loosely structured interview</li> <li>– Very similar to homeopathic case-taking techniques</li> </ul> </li> <li>• Surveys <ul style="list-style-type: none"> <li>– open questions</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Qualitative Methoden der Datenerhebung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Qualitative Interviews</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiefeninterviews, semi- oder lose strukturiert</li> <li>- ähnelt homöopathischen Fallaufnahmetechniken</li> </ul> </li> <li>• <b>Fragebögen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- offene Fragen</li> </ul> </li> </ul>						
21	<p style="text-align: center;"><b>Qualitative methods of data collection</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observations: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Participant observation – researcher becomes one with the group that he/she is observing. Allows researchers to get close to subjects and topics they are investigating</li> <li>– Non-participant observation – researcher observes from a distance. Trying to take a more objective stance</li> </ul> </li> <li>• Documentation: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Using texts, media and any other existing documentation on the topic to inform the study</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Qualitative Methoden der Datenerhebung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Feldbeobachtung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilnehmende Beobachtung – die Forschenden werden Teil der Gruppe, die er/sie beobachten. Ermöglicht den Beobachtenden, den Teilnehmenden und Themen nahe zu kommen, die sie untersuchen.</li> <li>- Nicht-teilnehmende Beobachtung – die Forschenden beobachten aus der Distanz und versuchen, eine objektivere Haltung einzunehmen.</li> </ul> </li> <li>• <b>Analyse von Dokumenten</b> <p>Texte, Medien und andere Formen der Dokumentation über das Thema werden analysiert, die Ergebnisse fließen in die Studie ein.</p> </li> </ul>						
22	<p>Some differences between quantitative and qualitative methodology within health services research</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>Positivist 'quantitative' paradigm</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Basic beliefs <ul style="list-style-type: none"> <li>– The world is external and objective</li> <li>– Observer is independent</li> <li>– Science is value free</li> </ul> </li> <li>• Researcher should <ul style="list-style-type: none"> <li>– Focus on facts</li> <li>– Look for causality and fundamental laws</li> <li>– Reduce phenomena to simplest elements</li> </ul> </li> </ul> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>Constructivist 'qualitative' paradigm</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– The world is subjective</li> <li>– Observer is part of what is observed</li> <li>– Science is driven by human interests</li> <li>– Focus upon meaning/interpretation</li> <li>– Try to understand what is happening</li> <li>– Look at the totality of each situation</li> </ul> </td> </tr> </table>		<p><b>Positivist 'quantitative' paradigm</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Basic beliefs <ul style="list-style-type: none"> <li>– The world is external and objective</li> <li>– Observer is independent</li> <li>– Science is value free</li> </ul> </li> <li>• Researcher should <ul style="list-style-type: none"> <li>– Focus on facts</li> <li>– Look for causality and fundamental laws</li> <li>– Reduce phenomena to simplest elements</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Constructivist 'qualitative' paradigm</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– The world is subjective</li> <li>– Observer is part of what is observed</li> <li>– Science is driven by human interests</li> <li>– Focus upon meaning/interpretation</li> <li>– Try to understand what is happening</li> <li>– Look at the totality of each situation</li> </ul>	<p><b>Einige Unterschiede zwischen quantitativer und qualitativer Methodologie in der Forschung im Gesundheitswesen</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>Positivistisches „quantitatives“ Paradigma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundvorstellungen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Welt befindet sich außerhalb von uns und existiert objektiv.</li> <li>- Der Beobachter ist unabhängig.</li> <li>- Wissenschaft ist wertfrei.</li> </ul> </li> <li>• Wissenschaftler sollten <ul style="list-style-type: none"> <li>- sich auf Fakten konzentrieren,</li> <li>- nach Kausalitäten und fundamentalen Gesetzmäßigkeiten suchen und</li> <li>- Phänomene auf einfachste Elemente reduzieren.</li> </ul> </li> </ul> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>Konstruktivistisches „qualitatives“ Paradigma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundvorstellungen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Welt ist subjektiv.</li> <li>- Der Beobachter ist Teil des beobachteten Systems.</li> <li>- Wissenschaft ist von menschlichen Interessen beeinflusst.</li> </ul> </li> <li>• Wissenschaftler sollten <ul style="list-style-type: none"> <li>- sich auf Bedeutungen/ Interpretationen konzentrieren,</li> <li>- versuchen zu verstehen, was geschieht und</li> <li>- die gesamte Situation untersuchen.</li> </ul> </li> </ul> </td> </tr> </table>		<p><b>Positivistisches „quantitatives“ Paradigma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundvorstellungen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Welt befindet sich außerhalb von uns und existiert objektiv.</li> <li>- Der Beobachter ist unabhängig.</li> <li>- Wissenschaft ist wertfrei.</li> </ul> </li> <li>• Wissenschaftler sollten <ul style="list-style-type: none"> <li>- sich auf Fakten konzentrieren,</li> <li>- nach Kausalitäten und fundamentalen Gesetzmäßigkeiten suchen und</li> <li>- Phänomene auf einfachste Elemente reduzieren.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Konstruktivistisches „qualitatives“ Paradigma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundvorstellungen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Welt ist subjektiv.</li> <li>- Der Beobachter ist Teil des beobachteten Systems.</li> <li>- Wissenschaft ist von menschlichen Interessen beeinflusst.</li> </ul> </li> <li>• Wissenschaftler sollten <ul style="list-style-type: none"> <li>- sich auf Bedeutungen/ Interpretationen konzentrieren,</li> <li>- versuchen zu verstehen, was geschieht und</li> <li>- die gesamte Situation untersuchen.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Positivist 'quantitative' paradigm</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Basic beliefs <ul style="list-style-type: none"> <li>– The world is external and objective</li> <li>– Observer is independent</li> <li>– Science is value free</li> </ul> </li> <li>• Researcher should <ul style="list-style-type: none"> <li>– Focus on facts</li> <li>– Look for causality and fundamental laws</li> <li>– Reduce phenomena to simplest elements</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Constructivist 'qualitative' paradigm</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– The world is subjective</li> <li>– Observer is part of what is observed</li> <li>– Science is driven by human interests</li> <li>– Focus upon meaning/interpretation</li> <li>– Try to understand what is happening</li> <li>– Look at the totality of each situation</li> </ul>							
<p><b>Positivistisches „quantitatives“ Paradigma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundvorstellungen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Welt befindet sich außerhalb von uns und existiert objektiv.</li> <li>- Der Beobachter ist unabhängig.</li> <li>- Wissenschaft ist wertfrei.</li> </ul> </li> <li>• Wissenschaftler sollten <ul style="list-style-type: none"> <li>- sich auf Fakten konzentrieren,</li> <li>- nach Kausalitäten und fundamentalen Gesetzmäßigkeiten suchen und</li> <li>- Phänomene auf einfachste Elemente reduzieren.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Konstruktivistisches „qualitatives“ Paradigma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundvorstellungen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Welt ist subjektiv.</li> <li>- Der Beobachter ist Teil des beobachteten Systems.</li> <li>- Wissenschaft ist von menschlichen Interessen beeinflusst.</li> </ul> </li> <li>• Wissenschaftler sollten <ul style="list-style-type: none"> <li>- sich auf Bedeutungen/ Interpretationen konzentrieren,</li> <li>- versuchen zu verstehen, was geschieht und</li> <li>- die gesamte Situation untersuchen.</li> </ul> </li> </ul>							

23	<p style="text-align: center;"><b>Study Design</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Researchers need to view the whole study as a topic and then choose the approach that is most likely to provide them with answers to their questions</li> <li>• They can chose between qualitative and quantitative approaches or use a combined method</li> </ul>	<p><b>Studiendesign</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forschende müssen die gesamte Studie im Blick haben und die Methode wählen, die ihnen am ehesten Antworten auf ihre Fragen gibt.</li> <li>• Sie können wählen zwischen quantitativen und qualitativen Ansätzen oder eine Kombination aus beidem wählen („mixed-methods“-Design).</li> </ul> <p>KC: Das Design der Studie sollte festgelegt werden, nachdem die theoretische Perspektive einwandfrei festgestellt und die Forschungsfrage entwickelt wurde.</p>
24	<p>In clinical and health services research</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitative approaches view the world more subjectively, acknowledging that the researcher is part of what is researched, focusing on meanings and understanding of experience, rather than on what can be reduced to quantitative measures</li> <li>• ..... An example</li> </ul>	<p><b>In der klinischen Forschung und der Forschung im Gesundheitswesen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitative Forschungsansätze sehen die Welt eher subjektiv, anerkennen, dass der Forschende Teil dessen ist, was untersucht wird, konzentrieren sich auf Bedeutungen und Verständnis der Erfahrungen statt auf das, was auf quantitativ Messbares reduziert werden kann.</li> <li>• ... Ein Beispiel:</li> </ul> <p>KC: Qualitative Forschung spielt eine zunehmend wichtige Rolle in der Forschung im Gesundheitswesen.</p>
25	<p style="text-align: center;"><b>A mixed method investigation</b></p>  <p><b>Eine mixed-method-Untersuchung</b></p> <p>Berk et al. (2011). Qualitative Methoden in der Frühphase von Arzneimittelprüfungen: Eine Erweiterung der Interpretation der Daten und Methoden einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) von N-Acetylcystein bei Schizophrenie</p> <p><b>ABSTRACT</b></p> <p><b>Ziel</b></p> <p>Das pharmakokinetische Profil eines Medikaments gibt häufig nur wenige Hinweise auf seine potenzielle therapeutische Anwendung. Vielfach werden therapeutische Möglichkeiten eines Medikaments eher zufällig entdeckt, während völlig andere Indikationen untersucht werden. In der Frühphase von Arzneimittelprüfungen werden ausschließlich hypothesenbildende quantitative Methoden verwendet, daher können unerwartete, aber wichtige Phänomene unentdeckt bleiben. In diesem Kontext will diese Studie das Potenzial der Integration qualitativer Untersuchungsmethoden mit quantitativen Methoden in der Frühphase von Arzneimittelprüfungen überprüfen. Unseres Wissens ist dieser mixed-method-Ansatz bislang noch nicht bei verblindeten psychopharmakologischen Studien verwendet worden.</p>	

	<p><b>Methode</b></p> <p>Wir unternahmen eine qualitative Datenanalyse klinischer Beobachtungen im Datensatz einer randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Studie von N-Acetylcystein (NAC) an Patienten mit DSM-IV-TR-diagnostizierter Schizophrenie (N = 140). Auswertungen von Textdaten aller Teilnehmenden, die für diesen Zweck gesammelt wurden. Diese wurden kodiert unter Verwendung von NVivo 2 (= ein Computerprogramm [d. Ü.]), aufkommende Themen wurden verblindet (d. h. ohne sie der NAC- bzw. der Placebogruppe zuordnen zu können) analysiert. [...]</p> <p><b>Ergebnisse</b></p> <p>Die wichtigsten Ergebnisse der publizierten Studie konnten mit Hilfe der qualitativen Methodik repliziert werden. Außerdem konnte ein signifikanter Unterschied zwischen NAC und placebo-behandelten Teilnehmern für positive und gefühlsbetonte Symptome ausgemacht werden, der nicht von den im Rahmen der quantitativen Studie verwendeten Beurteilungsskalen erfasst worden war. Die qualitativen Daten führten schließlich zu einer positiven Studie von NAC bei bipolaren Störungen.</p> <p><b>Schlussfolgerungen</b></p> <p>Die Verwendung von qualitativen Methoden kann eine größere Datenbreite ergeben und hat das Potential, die traditionellen quantitativen Methoden zu ergänzen und unerwartete Wirkungs- und Gefahrensignale zu entdecken, und so die Forschungsergebnisse in der Frühphase von Arzneimittelprüfungen zu maximieren.</p>
26	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Undertook qualitative data analysis of clinical observations on the participants of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of N-acetylcysteine (N= 140)</li> <li>• Significant differences between NAC- and placebo-treated participants emerged for symptoms, which had not been captured by the rating scales utilized in the quantitative trial</li> <li>• Qualitative data in this study subsequently led to a positive trial of NAC in bipolar disorder.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitative Analyse klinischer Beobachtungsdaten der Teilnehmer einer randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Studie von N-Acetylcystein (N = 140)</li> <li>• Signifikante Unterschiede zwischen NAC- und placebo-behandelten Teilnehmern ergaben sich für Symptome, die nicht von den in der quantitativen Studie verwendeten Beurteilungsskalen erfasst worden waren.</li> <li>• Die qualitativen Daten in dieser Studie führten schließlich zu einer positiven Studie von NAC bei bipolaren Störungen.</li> </ul> <p>KC: Wenn qualitative Daten bei dieser Studie nicht erhoben worden wären, hätten die Forschenden nicht realisiert, dass die Substanz einen positiven Effekt auf bipolare Symptome gehabt hatten, weil sie lediglich Schizophrenie-Symptome quantitativ gemessen hätten.</p>
27	<h2 style="text-align: center;">Another example</h2>  <p>The screenshot shows a PubMed search result for the query "thompson ingredients homeopathy". The search returned 2 records. The first record is titled "Homeopathy--what are the active ingredients? An exploratory study using the UK Medical Research Council's framework for the evaluation of complex interventions." by Thompson TD, Weiss M. The abstract discusses the effectiveness of homeopathic potencies compared to placebo medication and identifies potential active ingredients like "openness to the mind-body connection" and "consultational empathy".</p> <p><b>Ein weiteres Beispiel</b></p> <p>Thompson &amp; Weiss (2006). Homöopathie – was sind die aktiven Bestandteile? Eine explorative Studie mit Hilfe des UK Medical Research Council Rahmenwerkes zur Evaluation komplexer Interventionen.</p>

	<p><b>ABSTRACT</b></p> <p><b>Hintergrund</b></p> <p>Forschung in der Homöopathie war bislang darauf ausgerichtet, die Wirksamkeit homöopathischer Potenzen im Vergleich mit Placebogaben zu definieren. Mittlerweile ist man zunehmend darauf aufmerksam geworden, dass die homöopathische Konsultation als solche eine therapeutische Intervention ist, die unabhängig von oder synergistisch mit dem verschriebenen homöopathischen Mittel wirkt. Unser Ziel war, potentielle „aktive Bestandteile“ des homöopathischen Ansatzes insgesamt zu identifizieren und zu evaluieren. Dies geschah mit einer prospektiven formalen Fallstudienreihe, die auf tatsächlichen Konsultationsdaten beruht und mit Hilfe des MRC-Rahmenwerkes zur Evaluation komplexer Interventionen durchgeführt wurde.</p> <p><b>Methoden</b></p> <p>Nach einer Übersicht über theoretische Arbeiten zur Wirkung der homöopathischen Therapie wurden 18 Patienten prospektiv für eine Fallstudienreihe rekrutiert, die am Bristol Homeopathic Hospital durchgeführt wurde. Patienten, die mit einer von drei Indexbeschwerden lebten, wurden vor und nach einem „Behandlungspaket“, das aus fünf Konsultationen bestand, interviewt. Alle Konsultationen wurden aufgenommen und wörtlich transkribiert. Zusätzliche Daten, wie allgemeine und krankheitsspezifische Fragebögen, Zeichnungen, sowie Fremdanamnesen von Angehörigen und Lebenspartnern wurden gesammelt. Die Rohdaten wurden einer thematischen Analyse unterworfen und mit anderen Quellen trianguliert.</p> <p><b>Ergebnisse</b></p> <p>Wir fanden, dass etwa ein Drittel der Patienten im Verlauf der Studienzeit eine deutliche Verbesserung ihrer Gesundheit, ein weiteres Drittel einige Verbesserung und ein Drittel keine Verbesserung erfahren hatten. Mutmaßliche aktive Bestandteile umfassen eine „Offenheit für seelisch-körperliche Zusammenhänge“ seitens der Patienten, erfahrene Empathie während der Konsultation, detaillierte Erkundung von körperlichen Beschwerden, Offenlegung von Informationen, der Prozess der Mittelfindung und, möglicherweise, die homöopathischen Mittel, die verschrieben wurden.</p> <p><b>Schlussfolgerung</b></p> <p>Diese Studie identifizierte, indem sie primäre Konsultations- und andere Daten verwendete, eine Reihe von Faktoren, die für die Wirksamkeit der homöopathischen Behandlung verantwortlich sein könnten. Einige davon, wie beispielsweise Empathie, sind nicht spezifisch. Andere, wie der Prozess der Mittelfindung, sind hingegen homöopathie-spezifisch. Die Ergebnisse sprechen gegen die Verwendung von placebokontrollierten RCT-Studien, da beide Arme potentiell spezifisch wirkende Bestandteile erhalten. Forschung zur Homöopathie sollte sich auf pragmatische Fallstudien konzentrieren und versuchen, die therapeutische Rolle von Konstrukten wie „Offenheit“ von Patienten, Offenlegung von Informationen oder Homöopathizität zu bestätigen oder zu widerlegen.</p>	
28	<ul style="list-style-type: none"> <li>• This paper presented the findings of a formal case series approach to the study of 18 patients referred for care at Bristol Homeopathic Hospital.</li> <li>• The first time that the <i>process</i> of routine homeopathic care had been the focus of systematic qualitative study.</li> <li>• All participants were interviewed about their treatment</li> <li>• Additional data, including generic and condition-specific questionnaires, artwork and "significant other" reports were collected.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diese Studie stellte die Ergebnisse einer formalen Fallstudienreihe an 18 Patienten dar, die an das Bristol Homeopathic Hospital überwiesen worden waren.</li> <li>• Zum ersten Mal überhaupt stand die Behandlungs-routine homöopathischer Behandlung im Mittelpunkt einer systematischen qualitativen Studie.</li> <li>• Alle Teilnehmer wurden über ihre Behandlung befragt.</li> <li>• Zusätzliche Daten, wie allgemeine und krankheitsspezifische Fragebögen, Zeichnungen, und Fremdanamnesen von Angehörigen und Lebenspartnern wurden gesammelt.</li> </ul> <p>KC: Multiple Formen der Datenerhebung zu verwenden, ist typisch für qualitative Forschung und trägt dazu bei, die Resultate von unterschiedlichen Perspektiven her zu verifizieren.</p>
29	<p style="text-align: center;"><b>Example:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Significant other report from mother</b></p> <p><i>"When Jessica started her treatment, her right hand, especially the knuckles were very sore and the skin cracked and bleeding. She found it difficult to do many simple things, even washing was a problem, as water seemed to make the symptoms worse. She was unhappy and her appetite was poor. Since she started Homeopathic treatment her condition has improved significantly – even clearing up completely for several weeks. This of course stopped the 'itch/scratch' situation.</i></p> <p><i>Jessica's appetite has greatly improved, she can bathe or shower without pain. She has also started swimming again, something that she found very painful. For the first time in years Jessica's right hand is free from eczema and she is a lot happier."</i></p>	<p><b>Beispiel: Fremdanamnese einer Mutter</b></p> <p><i>„Als Jessica ihre Behandlung begann, war ihre rechte Hand, vor allem die Fingerknöchel, sehr wund und die Haut voller blutender Risse. Viele einfache Dinge fielen ihr schwer, sogar waschen war ein Problem, weil Wasser die Symptome zu verschlimmern schien. Sie war unglücklich und ihr Appetit war schlecht. Seit sie die homöopathische Behandlung begonnen hat, hat sich ihr Zustand deutlich gebessert – für einige Wochen waren die Beschwerden sogar völlig verschwunden. Dies führte natürlich dazu, dass der Teufelskreis ‚Jucken/Kratzen‘ gestoppt wurde. Jessicas Appetit hat sich sehr verbessert, sie kann ohne Schmerzen baden oder duschen. Sie hat auch wieder angefangen zu schwimmen, was sie vorher sehr geschmerzt hatte. Zum ersten Mal seit Jahren ist Jessicas Hand ekzempfrem, und sie ist viel glücklicher.“</i></p>

30	<p>Artwork from Jessica</p> 	<p><b>Zeichnung von Jessica</b></p> <p>KC: Zusammen mit den quantitativ erhobenen Resultaten und dem Bericht ihrer Mutter zeigt diese Zeichnung von Jessica, wie stark die homöopathische Behandlung auf sie einwirkte.</p>
31	<p><b>The active ingredients</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Openness to the mind-body connection</i></li> <li>• <i>Consultational Empathy</i></li> <li>• <i>Narratology of Homeopathic Care</i></li> <li>• <i>Disclosure</i></li> <li>• <i>Homeopathicity</i> (the way in which Lifeworld is matched with what is known about homeopathic remedies)</li> <li>• <i>The Remedy as Active Ingredient</i></li> </ul>	<p><b>Die aktiven Bestandteile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• „Offenheit für seelisch-körperliche Zusammenhänge“</li> <li>• das Zeigen von Empathie während der Konsultation</li> <li>• das Beschwerde-„Narrativ“ durch die detaillierte Erkundung von körperlichen Beschwerden</li> <li>• das Offenlegen von relevanten Informationen</li> <li>• Homöopathizität (die Art und Weise, wie die Lebenswelt in Verbindung damit gebracht wird, was über homöopathische Mittel bekannt ist)</li> <li>• das homöopathische Mittel als aktiver Bestandteil</li> </ul> <p>KC: Diese Studie verwendete multiple Methoden (quantitative und qualitative), und war dadurch in der Lage, mehr als die spezifischen Effekte des homöopathischen Mittels zu beschreiben. Sie untersuchte zusätzlich die heilende Wirkung der homöopathischen Konsultation und ihre Auswirkung auf die Patienten.</p>
32	<p><b>Foundations of homeopathy</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Built upon systematic qualitative enquiry</li> <li>• Strong focus upon patient's subjective experience</li> <li>• Naturalistic methods (studies people in their own surroundings rather than 'ideal' conditions)</li> <li>• Provings</li> <li>• Case reports</li> </ul>	<p><b>Grundlagen der Homöopathie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• basiert auf systematischer, qualitativer Befragung</li> <li>• eng fokussiert auf die subjektive Erfahrung des Patienten</li> <li>• naturalistische Methode (studiert Menschen in ihrem Umfeld, statt unter „idealen“ Bedingungen)</li> <li>• Arzneimittelprüfungen</li> <li>• Fallberichte</li> </ul> <p>KC: Homöopathisches Wissen beruht wesentlich auf qualitativer Forschung. Quantitative Forschung hat in der Entwicklung der Homöopathie nur eine kleine Rolle gespielt. Erst vor Kurzem, nachdem Beweise für die Wirksamkeit gefordert wurden, ist Homöopathie quantitativ beforscht worden.</p>
33	<p><b>Some advantages of qualitative methods</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• They have improved our understanding of the experiences of people</li> <li>• They can allow those undertaking treatments and their carers to share their own experiences of the benefits and impacts that drug treatments bring</li> <li>• Because of the respect shown to the participants views, qualitative research can be useful in improving the design of randomised controlled trials, and in improving recruitment</li> <li>• Because they do not have to decide in advance which rating scales to use, qualitative methods in drug evaluation can increase the likelihood of discovering new kinds of information about the experiences of patients and those who care for them</li> </ul>	<p><b>Einige Vorteile qualitativer Methoden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sie haben unser Verständnis für individuelle Erfahrungen von Menschen verbessert.</li> <li>• Sie lassen zu, dass Behandelte und Behandler ihre Erfahrungen bezüglich Nutzen und Auswirkungen dieser Behandlung miteinander teilen.</li> <li>• Weil qualitative Forschung die Sichtweise der Teilnehmenden respektiert, kann sie dazu beitragen, das Design randomisierter, placebokontrollierter Studien zu verbessern, wie auch das Rekrutieren von Teilnehmenden.</li> <li>• Weil nicht vorab entschieden werden braucht, welche Beurteilungsskalen verwendet werden, können qualitative Methoden bei Medikamentenprüfungen die Wahrscheinlichkeit erhöhen, neue Informationen über die Erfahrung von Patienten und Behandlern zu entdecken.</li> </ul>

34	<p>Qualitative methods are more aligned with homeopathy</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect for subjective information</li> <li>• It is individualised and values personal experience</li> <li>• It is more holistic, and seeks the bigger picture</li> <li>• Consultations are like qualitative interviews</li> <li>• All homeopaths are qualitative researchers of sorts</li> </ul>	<p><b>Qualitative Methoden sind besser abgestimmt auf die Homöopathie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sie respektieren subjektive Informationen.</li> <li>• Sie sind individualisiert und schätzen persönliche Erfahrungen.</li> <li>• Sie sind ganzheitlicher und betrachten die gesamte Situation.</li> <li>• Homöopathische Konsultationen sind sehr ähnlich wie qualitative Interviews.</li> <li>• Homöopathen sind – oft ohne sich dessen bewusst zu sein – qualitativ Forschende.</li> </ul> <p>KC: Wissenschaftsphilosophisch gesehen, sind qualitative Methoden viel besser auf die Homöopathie abgestimmt als quantitative Methoden. Bei der Fallaufnahme verhalten sich Homöopathen ganz ähnlich wie qualitative Forscher, die Interviews machen und dann aufkommende Themen identifizieren.</p>
35	<p>Proving or Improving?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantitative research methods are useful when attempting to gather evidence for beneficial effects of homeopathy</li> <li>• Qualitative methods are essential for development of practice</li> <li>• When combined they can more accurately measure the nature and qualities of a complex intervention such as homeopathy</li> </ul>	<p><b>Beweisen oder verbessern?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quantitative Forschungsmethoden sind nützlich, wenn es darum geht, die heilende Wirkung von Homöopathie zu beweisen.</li> <li>• Qualitative Methoden sind wesentlich, um die Qualität der homöopathischen Praxis weiter zu entwickeln.</li> <li>• Beide zusammen können das Wesen und die Qualität einer komplexen Intervention wie der Homöopathie genauer darstellen.</li> </ul> <p><b>Danke für's Zuhören!</b></p>

## Literatur (Auswahl)

Berk, M et al., 2011. Qualitative methods in early-phase drug trials: broadening the scope of data and methods from an RCT of N-acetylcysteine in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry* 72(7):909-913.

Fleck, L, 1935. *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache*. Basel: Benno Schwabe. Reprint Frankfurt am Mail: Suhrkamp.

Flick, U, 2010. *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung*. 3. Auflage Reinbek: Rowohlt.

Kuhn, T, 2001. *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. 22. Auflage Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Seiffert, H, 1997. *Wörterbuch der wissenschaftstheoretischen Terminologie*. Einführung in die Wissenschaftstheorie, Band 4. München: Beck.

Thompson, T & Weiss, M, 2006. „Homeopathy – what are the active ingredients? An exploratory study using the UK Medical Research Council's framework for the evaluation of complex interventions. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 6:37.

## Kate Chatfield, MSc, RSHom

- 1984 BA in Philosophie
- 1990 Abschluss in Biologie
- 1995 Abschluss am North West College of Homeopathy (Manchester, UK)
- seit 1998 Ordentliches Mitglied der Society of Homeopaths (SOH) (UK)
- seit 2000 Mitglied im SOH Research Committee
- 2001-2007 Leiterin HETRA (Homeopathy education, teaching & research association)
- seit 2002 Leiterin European Network for Homeopathic Researchers
- 2002-2008 Mitherausgeberin The Homeopath
- 2003 Abschluss in Erwachsenenbildung und MSc Holistic Approaches to Healing, Mitglied im SOH Research Ethics Committee, Direktorin des Galway College of Homeopathy
- 2004 Abschluss in Aromatherapie und Berufszertifikat in Informationstechnologie und Statistik für Gesundheitsberufe



Chatfield ist neben ihrer homöopathischen Praxis Senior Lecturer und Kursleiterin des MSc-Homeopathy-Studiengangs an der University of Central Lancashire, Preston (UK). Sie unterrichtet dort schwerpunktmäßig Forschungsmethoden, Wissenschaftsphilosophie und Ethik und betreut zahlreiche MSc-Abschlussarbeiten. Zurzeit promoviert sie über ethische Fragestellungen im Bereich der Komplementärmedizin.

Kontakt: kchatfield@uclan.ac.uk

Gerhard Resch (Wien, A)

## Die Philosophie als Voraussetzung der Einordnung und umfassenden Nutzung der Ergebnisse von Wissenschaft und Kunst am Beispiel der Medizin\*

Noch bevor ich mit meinem Vortrag beginne, möchte ich mich bei den Veranstaltern dieses Symposiums dafür bedanken, dass man mich wieder zu einem Vortrag eingeladen hat, der sich vorwiegend philosophischen Fragen widmen wird, die sich aus der erkenntnistheoretischen Aufarbeitung unserer Tätigkeit als homöopathische Ärzte ergeben können. Vielen unserer Kollegen scheint es nicht notwendig zu sein, sich überhaupt mit Philosophie zu beschäftigen. Das liegt vor allem daran, dass die große Zahl der philosophischen Strömungen unserer Zeit völlig verschiedene, ja kontroverse Antworten selbst auf scheinbar einfach zu lösende Probleme anbietet. Auch scheint vielen die Philosophie praxisfern zu sein und es ist uns eigentlich nicht wirklich klar, welche große Bedeutung sie tatsächlich für das Verständnis unserer Methode hat. Dazu kommt noch, dass die Grundlagen der Philosophie selbst, wie auch die der verschiedenen Wissenschaften und Künste, ständig neu in Frage gestellt werden.

Was wir schon in dem vorangegangenen Vortrag von Jörg Haberstock über „Verfügbarkeit und Marktsituation homöopathischer Einzelmittel“ über Erkenntnisprobleme und die Auffassungsunterschiede im Bereich der Pharmazie gehört haben (vgl. Beitrag in diesem Band, 58 f.), trifft noch vielmehr für die verschiedenen akzeptierten oder abgelehnten medizinischen Methoden zu.

Die unausweichlichen Kontroversen zwischen unterschiedlichen Meinungen darüber, was als korrekte und akzeptierte Ausübung medizinischer Tätigkeiten gelten sollte, wird von dezidierten, subjektiven Auffassungen bestimmt, die über polemische und oft auch gehässige Wortmeldungen in Diskussionen oder in verschiedensten öffentlichen Medien verbreitet werden. Grundlegende Begriffe werden dabei durchaus willkürlich gebraucht, wie ich selbst bereits mehrfach erleben musste.

So erinnere ich mich an eine Initiative, die vor einigen Jahren – von einer Gruppe homöopathischer Ärzte in Österreich ausgehend – einen neuen Weg in der Vermittlung der Homöopathie anbieten wollte. Es sollten nicht nur beliebige Meinungen zur Homöopathie geboten werden, sondern eine solide, umfassende, realitäts- und wahrheitsbezogene Einführung in die homöopathische Medizin stattfinden. Ganz im Sinne von Rudolf Flury, der einmal schrieb: *„Wir wollen die Homöopathie auf den Boden von Realitäten stellen – für alles andere ist sie uns zu schade – schon zu oft wurde sie auf die neueste Hypothese umgearbeitet und es ist ihr jedes Mal schlecht bekommen.“*

Dieser Kurs für „klassische Homöopathie“ war im ersten Jahr durchaus erfolgreich (über 70 Teilnehmer) und die Rückmeldungen der Kursteilnehmer so positiv, dass wir auf dieser „Schiene“ weiterarbeiten wollten. Bei einem vorbereitenden Treffen zur Erarbeitung des Programms einer weiteren Kurswoche kam es jedoch zu starken Spannungen. So wurde mehrheitlich (zehn von elf) die Ansicht vertreten, dass „die Wahrheit“ immer nur subjektiv wäre und dass man die verschiedensten Meinungen als gleichberechtigte „Wahrheiten“ gelten lassen sollte.

Da ich es aber übernommen hatte, die philosophischen Aspekte unserer Methode herauszuarbeiten und vorzutragen, konnte ich mich – nachdem die Frage nach dem Wesen und der Bedeutung von objektiver Wahrheit in jeder Form von Philosophie und jeder Art von echter Wissenschaft grundlegend und unvermeidlich ist – nur gegen eine solche Subjektivierung des Wahrheitsbegriffes stellen. Ansonsten würde die Wahrheit zur persönlichen Meinung und somit, wenn überhaupt, nur persönlich gültig sein. Das Wesen der Wahrheit fordert aber ein essentielles Eins-sein von Betrachtetem und Betrachter, in dem sich das messende Element nicht im Betrachter, sondern im Betrachteten findet. Wäre es im jeweiligen Betrachter selbst, so wären wir bei unserem Urteil auf der Ebene von Meinung, von einem persönlichen Dafürhalten darüber, was richtig oder falsch sein kann.

Meist wird vergessen, dass das Wort „Meinung“ vom indogermanischen „\*moino“ kommt, das „Wechsel“ bzw. „Tauschen“ bedeutet, und dass „meinen“ daher ursprünglich nur „der Reihe nach, d. h. im Wechsel seine Meinung äußern“, bedeutet und daher keinen Absolutheitsanspruch erhebt, was jedoch einer Wahrheitsaussage sehr wohl tut.

So kam es in der Generalversammlung unserer Gruppe zu der paradoxen Situation, dass der Vorsitzende ständig davon sprach, dass wir die **wahre** Homöopathie zu lehren hätten und dies ja auch täten, gleichzeitig aber entschieden in Abrede stellte, dass es allgemeingültige Wahrheiten überhaupt gibt.

In dieser Auseinandersetzung gab es kein Einlenken, sodass die weitere Zusammenarbeit sich komplizieren musste. Als aber der Vorsitzende, der sich vor der Beschäftigung mit der Homöopathie vor allem mit Psychologie befasst hatte, die abschließende Diskussion mit der Bemerkung begann: „Wir haben hier unter uns ein Problem“, war es für mich klar, dass man an eine weitere Zusammenarbeit auch nicht mehr denken konnte. Ich entschloss mich daher, mich von der Gruppe zu trennen. Es erschien mir nämlich absurd, eine Methode zu vertreten, die sich nicht auf – für alle verbindliche – Wahrheiten stützen konnte und eine Ausbildung anzubieten, die nicht der Homöopathie Hahnemanns entsprechen konnte.

\* Einführungsvortrag zum Seminar III „Der Einfluss philosophischer Grundhaltungen auf unsere homöopathische medizinische Praxis“ im Rahmen des ICE 11

Woran wollen wir uns orientieren, wenn nicht am Unverrückbaren, ewig Wahren? Wenn wir der homöopathischen Methode der Medizin gerecht werden und diese nach außen mit Verstand vertreten wollen, d. h. wenn wir auch die Philosophie für das Verständnis der Homöopathie zu Hilfe nehmen wollen, so nicht um der Philosophie willen, sondern um das zu entdecken und zu verstehen, was in der und für die Homöopathie, aber auch für uns und für alle Kritiker der Methode wahr – und damit unverrückbar – ist. Denn ein bloßes „Meinen“ ist Ausdruck von rein persönlichen Interpretationen, ist offen für modische, zeitbezogene, esoterische oder andere verwandte Einflüsse und trägt viel zur Uneinigkeit unter den Homöopathen bei, verwässert damit die Essenz unserer Methode und macht sie weniger effizient.

Warum kann man überhaupt gegen Wahrheit sein? Die Wahrheit („*veritas est adaequatio intellectus ad rem*“) hat eine Eigenschaft, die sie auch für manche der modernen „Philosophen“ und Psychologen unsympathisch und unangenehm macht: Sie ist unerbittlich, sie lässt neben sich nicht viel Raum, sie ergibt sich zwingend aus der Sache (lat. „*res*“), über die wir – im Blick auf irgendeines der untersuchten Details des von uns befragten Objekts – ein Urteil fällen wollen und sollen. Sie scheint unsere Meinungsvielfalt einzuschränken, sie lässt uns unfrei, ja abhängig, erscheinen, sie kann liebgewonnene Denkmuster und Ansichten ad absurdum führen, sie kann unser ganzes Leben grundlegend verändern und in eine andere Richtung lenken. Das ist durchaus nicht immer angenehm. Ich kann durchaus nachvollziehen, wieso es zu der absurden Behauptung kommen kann, dass es keine objektive Wahrheit gebe, denn die Suche und das Entdecken von wahren Zusammenhängen ist mühsam und verlangt absolute Urteilsfreiheit des Ausübenden.

Wenn wir aber nicht bereit sind, uns der Unerbittlichkeit der Wahrheit – die ja die Realität, das Reale und Bewirkende erfasst und ausdrückt – zu stellen, und nicht anerkennen wollen, dass sie die einzige solide Grundlage für jede Art des Unterrichts und der Weitergabe von Wissen und Erkenntnis ist, so bleiben uns nur persönliche oder fremde Meinungen, Vermutungen, persönliche Vorlieben, Phantasmen, die wir unseren Zuhörern anbieten können. Wenn wir aber unsere Methode an andere weitergeben wollen, so müssen wir uns klar werden, welche verantwortungsvolle Aufgabe wir übernehmen. Wir sind ja nicht nur verpflichtet, der Methode gerecht zu werden, sondern auch den Zuhörern gegenüber, sie wahrheitsgemäß zu informieren. Wir sind es auch uns selbst schuldig, alle geistigen Möglichkeiten auszuschöpfen, um zu einem möglichst tiefen Verständnis unserer Methode zu gelangen.

Wir sollten damit beginnen, uns selbst über die Grundlagen der homöopathischen Medizin klar zu werden, aus welcher Notwendigkeit sie entstehen konnte und musste, und warum und wie die konkrete Form der Homöopathie als spezielle Methode der Medizin entstanden ist – wie sie sich aus ersten Anfängen heraus-entwickelt hat, durch welche Phasen ihrer Entwicklung sie im Laufe der Zeit zu ihrer heutigen Form gefunden hat. Äußerst wichtig und aufschlussreich ist dabei die Befassung mit den verschiedenen geistigen Strömungen ihrer Entstehungs- und Entwicklungszeit.

Diese nämlich beeinflussen stark die Rezeption von Erfahrungen, denen wir letztlich unsere Erkenntnisse verdanken.

Vor allem aber müssen wir die Begriffe, die wir bei der Erklärung der Homöopathie verwenden, selbst genau kennen und verstehen. Die Argumente, die wir für die Notwendigkeit ihres Einsatzes vorbringen, die Erklärungen, die wir zu Wesen und Eigenart der Homöopathie in der Öffentlichkeit abgeben, müssen wahrheitsgemäß, stichhaltig und überzeugend sein. Begriffe wie Substanz, Quantität und Qualität sowie Relation sind von grundlegender Bedeutung, wenn wir den Unterschied zwischen Homöopathie und den anderen – sowohl alten wie neuen – medizinischen Methoden verstehen wollen. Wir haben im gestrigen Vortrag von Josef M. Schmidt „Zur Relevanz medizinhistorischer und medizintheoretischer Grundlagenforschung“ – und wir müssen ihm dafür ganz besonders dankbar sein – in beeindruckender Weise vermittelt bekommen, welchen Einfluss und welche Auswirkung der Primat des Quantitativen über das Qualitative – hier in Form des Einflusses von Geld – in einem eigentlich primär von Qualitäten bestimmten Bereich haben kann (vgl. Beitrag in diesem Band, 19 f.).

Jede Realitätserkenntnis entwickelt sich meist schrittweise, geht aber letztlich immer auf eine direkte, unmittelbare Sinneserfahrung zurück. Sie steht am Beginn jeder Erfahrung, die uns bewegt und damit „informiert“. Wir erhalten dadurch vorerst einmal qualitative Eindrücke, die uns eine mittelbare Kenntnis von den – den Phänomenen zu Grunde liegenden – Substanzen vermitteln. Auf diese Weise wird verständlich, was wir mit dem Begriff „Qualität“ ausdrücken wollen. Sie ist in ihrem Wesen **Form in Bewegung** (Aristoteles), die sich uns von innen und außen kommend mitteilt, indem sie unsere Sinnesorgane aktiv bewegt. Unsere Sinnesorgane werden quasi passiv überwältigt und spezifisch verändert, normalerweise unter Beibehaltung ihrer Grundstrukturen und Grundfunktionen. Diese Veränderung muss sich notwendigerweise auf unseren Gesamtorganismus auswirken, indem diese Formeindrücke dem Gehirn mitgeteilt werden. Dort können sie für unser geistiges Vermögen durch vier spezifische innere Sinne aufbereitet und bewahrt werden.

Diese unmittelbaren aber flüchtigen, für jedes Sinnesorgan spezifischen (= nicht aufeinander rückföhrbaren) Eindrücke, wie Farben, Töne, Geschmacks-, Geruchs- und Tastempfindungen, werden dann von unseren inneren Sinnen zusammengeführt und in einer mehr quantitativen Weise zu einem Gesamteindruck weiterverarbeitet. Denn nur so kann eine Synthese der notwendig unterschiedlichen Sinneserfahrungen mit Hilfe unseres „*sensus communis*“ vor sich gehen, denn Qualitäten sind unteilbar, wenn auch bei allen Sinneserfahrungen quantitative Aspekte eine Rolle spielen.

Um unsere Sinnesorgane überhaupt verändern zu können, muss neben der Qualität auch Quantitatives im **richtigen** Maße vorhanden sein. Das Quantitative ist in daher in allen Sinneserfahrungen ein wichtiges Element und bietet sich für eine Synthese der nach innen geleiteten Sinneserfahrungen zu einem Gesamteindruck an.

In unserem Inneren tritt daher Quantitatives ins Rampenlicht, die „*res*“, die Sache, die Realität, die Substanz rückt aber in den Qualitätseindrücken mehr

und deutlicher in den Vordergrund. Zwar treten Qualität und Quantität in unserer Sinneserfahrung immer gemeinsam auf, aber sie haben unterschiedliches Gewicht in Bezug auf die Erkenntnis. Qualität weist vor allem auf die Quellen der Erkenntnis, die Quantität mehr auf unser inneres Synthesevermögen, d. h. auf uns selbst als Erkennende, hin. Der Erkennende kann aber Qualitatives und Quantitatives nicht in gleicher Weise geistig nutzen, denn das Wesen von Qualität und Quantität ist grundverschieden: Quantitatives können wir über Messungen auf Grund verbindlicher Maße im Sinne der „aequalitas“ einander zuordnen. Qualitatives ist dagegen immer aktuell, dadurch immer letztlich einmalig und entzieht sich somit der exakten Messbarkeit. Wir können daher nur auf Grund von Ähnlichkeiten, die größer oder kleiner sein können, diese qualitativen Eindrücke zur Erkenntnisfindung heranziehen – die „Similitudo“, die letztlich das (sehr subjektabhängige) „Maß“ unseres Kunstverständnisses ist. Nur eine Philosophie, die uns dies alles verständlich machen kann, wird uns in Medizin/Homöopathie weiterhelfen können und unsere Praxis optimal stützen.

Wir sehen deutlich, wie sehr wir der Philosophie bedürfen, um all dies richtig verstehen und einordnen zu können. So können wir auch ganz einfach den Wandel 1810 → 1819 in der Auffassung vom Wesen der Homöopathie bei Hahnemann begreifen. 1810 ist sie „rationelle Kunde“, der Arzt und sein inneres Ziel beherrschen das Medizinverständnis. Hahnemann benützt auch Poetisches, ein Gedicht, als Motto und nennt seine Grundsatzschrift „Organon der **rationellen Heilkunde**“. 1819 aber kam der Beruf, die Berufung durch den Patienten, als das die Medizin begründende Fundament zum Vorschein und der Patient und seine durch die Erkrankung gefährdete Gesundheit erhalten absolute Priorität. Damit aber wird der Arzt von jedem neuen Patienten vor ein neues Problem gestellt, was sehr viel Mut von dem Arzt, der diesem Ruf folgen will, einfordert. Sein neues Motto „aude sapere“ ist dieser neuen Situation angemessener. Da dieser neue Ansatz auch eine neue Art des Vorgehens verlangt, ändert Hahnemann konsequenterweise auch den Titel seines Organons. Es heißt „Organon der Heilkunst“, weil der Arzt zum Künstler werden muss. Der Künstler arbeitet immer am Einzelnen, während Wissenschaft (Heilkunde) am Allgemeinen forscht und handelt.

Heute Nachmittag im Seminar wollen wir versuchen, die wesentlichen Möglichkeiten und die Notwendigkeit des Einsatzes der Philosophie zum Verständnis vieler Aspekte der homöopathischen Methode noch viel deutlicher herauszuarbeiten. Wir müssen dabei schon bei der persönlichen und wissenschaftlichen Entwicklung Hahnemanns beginnen, ihm bei der Entstehung seiner Methode zuschauen und seine Entwicklungsschritte nachvollziehen. Wir können diese durch das Studium seiner zahlreichen frühen Schriften nahezu lückenlos verfolgen. Vor allem aber wird uns die Entstehung des Organon und seine sukzessive inhaltliche Ausformung zeigen können, dass Hahnemann sich der Wichtigkeit und Brisanz des Wahrheitsanspruches seiner Methode von allem Anfang an bis ins hohe Alter permanent bewusst war.

Wenn wir seine ersten fünf Paragraphen – die Abfassung von Erkenntnissen in Form von Paragraphen weist immer auf erkannte und bewusst so formulierte

Gesetzmäßigkeiten hin – so können wir unschwer erkennen, dass Hahnemanns Grundeinsichten philosophischer Art sind. So sind schon in den ersten fünf Paragraphen die vier Naturgründe (§§ 1, 2, 3, 5) und eine „conditio sine qua non“ (§ 4) angesprochen. Er folgt hier den Erkenntnissen u. a. des Aristoteles und seiner vier Naturgründe, ohne die es keine vollständige Erkenntnis der Natur geben kann: Causa finalis (§ 1), Causa efficiens (§ 2) Causa formalis (§ 3) und Causa materialis (§ 5). Wenn wir also die Philosophie für die Homöopathie nützen, so sollten wir uns zuerst den wesentlichen Aspekten zuwenden, um uns selbst klar zu werden, was die Medizin im Allgemeinen, und damit auch die Homöopathie im Besonderen, „finalisiert“.

Schon beim homöopathischen Weltkongress in Polen (2009) habe ich darüber gesprochen, dass es die Aufgabe des ersten Paragraphen jedes möglichen Organons ist, die Finalität jeder Art von medizinischer Methode klarzustellen. Er muss allen anderen Paragraphen eines Organons ein solides Fundament liefern. Seine Formulierung ist daher von größter Bedeutung und sein Wortlaut muss ein hohes Maß an Klarheit zeigen. Jedes Wort ist letztlich Ausdruck eines inneren Konzepts, das Ausdruck der inneren Erfassung eines Aspektes der Wirklichkeit („apprehensio“) sein sollte. Nur wenn hinter den vom Autor benutzten Worten das entsprechende innere Konzept steht, wird es in sinnvoller Weise verwendet. Wir können sicher sein, dass Hahnemann – ein Mann höchster Bildung und umfassender Erfahrung – die notwendigen Voraussetzungen besaß, die Sprache angemessen zu verwenden. Ich möchte hier nicht nochmals auf all die Einzelheiten des Wortlauts dieser beiden Definitionen der Medizin eingehen, die in den beiden Fassungen von 1810 (Organon I) und 1819 (Organon II) stehen, aber erneut darauf hinweisen, dass die Veränderungen dramatisch sind und eine kopernikanische Wende in der Sichtweise der Grundaufgabe der Medizin – und nicht nur der Homöopathie alleine – bedeuten.

1819 erschien die zweite Auflage des Organons nicht nur mit den oben erwähnten drei Veränderungen. Auch die Anordnung und Zahl der Paragraphen, besonders aber die neue und lange Fußnote zum ersten Paragraphen weisen auf eine gründliche Umarbeitung des Organons hin. Man erkennt an zahlreichen Änderungen des Aufbaus und des Inhalts, dass sich in den Erkenntnissen Hahnemanns zum Wesen der Medizin, auch in seiner eigenen homöopathischen Methode, auf allen Ebenen ein tiefgreifender Wandel vollzogen hat. Hahnemann ist deutlich kompromissloser geworden. Er nennt die Dinge beim Namen. Er stellt die Verantwortung des Arztes in den Mittelpunkt der Ausführungen, betont seine Abhängigkeit vom Patienten und lehnt jede Art von müßiger Spekulation ab. Die Intelligenz des Arztes habe sich ganz in den Dienst des Einzelfalles zu stellen, sein ganzes Sinnen und Trachten muss der konkreten Heilung des „Berufenden“ (Patienten) gelten. Er lehnt es ab, sich über den Seinsstatus der Krankheiten (siehe § 1, Fußnote) Gedanken zu machen, er erkennt sie als ein Fehlen, als eine Deviation vom gesunden Zustand.

Erst ab 1819 haben wir dank Hahnemann jenes Prinzip gefunden, das den Anfang und das Ende der Medizin bestimmt und determiniert.

Die Frage ist also nicht mehr, ob sie wissenschaftlich oder nicht wissenschaftlich ist, klassisch oder modern, künstlerisch perfekt oder nicht, angesehen und erlaubt oder nicht. Man könnte sogar sagen, dass wer heilt, Recht hat. Doch Vorsicht: Wenn Sie einmal eine Heilung bei einem Patienten induziert haben, so müssen Sie nicht deshalb bei allen anderen Fällen auch Recht haben. Denn die Heilung ist die eines einzelnen Falles und die dabei verwendete Methode und ihre sonstigen Maßnahmen waren hier perfekt. Die bei dieser konkreten Heilung angewandte Methode kann aber beim nächsten, scheinbar ähnlichen Fall durchaus nicht mehr die richtige Methode sein, sondern hier müssen Sie vielleicht doch wieder ganz anders, eben wieder „fallgerecht“ handeln.

Sie müssen eben immer wieder vom Einzelfall ausgehen, was jedes Mal ein größeres Abenteuer bedeutet, das uns jeweils vor immer neue Aufgaben und Entscheidungen stellt. Daher auch der Wechsel des Mottos im Organon 1819, denn dies bedeutet ja, dass wir in jedem neuen Fall vor eine neue Situation gestellt werden, in der wir uns nicht auf das bisher Erreichte und Gelungene verlassen können, sondern uns ganz in den Dienst des neuen Patienten stellen müssen. Wir betreten sozusagen jedes Mal Neuland, was Mut und Entschlossenheit verlangt und unsere Lernfähigkeit auf die Probe stellt: daher „aude sapere“. Dass dies aber nur gelingen kann, wenn wir alle a-prioristischen Denkansätze verbannen, wird aus der in der zweiten Auflage erstmals erscheinenden längeren Fußnote klar, die sich gegen alle rein theoretischen Überlegungen richtet, die keinerlei Fundament in der Realität haben.

Den zweiten Paragraphen des Organons sollte man ebenso gründlich studieren, denn er handelt von der „causa efficiens“ in der Medizin, des effizienten Teils der medizinischen Tätigkeit. Sie nimmt auf die Doppelsituation des Patienten Bezug, die es zu verändern gilt. Heilung kann durch zwei effiziente Wege erreicht werden: Der eine richtet sich an das noch Gesunde, der andere an das Erkrankte im Menschen. Hier ist uns auch ein Ideal = „völlige Gesundheit“ gegeben, das wir letztlich, da es ein Ideal ist – d. h. als ein rein geistiger Begriff unabänderlich und unbewegt – niemals wirklich ganz erreichen und verwirklichen können. Da aber die Effizienz von der Bewegung handelt, braucht diese immer ein solches Ideal, das – obwohl nie ganz zu erreichen – dennoch anzustreben ist.

Hahnemann schreibt im § 2 zum ersten der beiden gangbaren Wege: „Das höchste Ideal der Heilung ist schnelle, sanfte und dauerhafte Wiederherstellung der Gesundheit ...“ und zum zweiten Weg: „... Hebung und Vernichtung der Krankheit auf dem kürzesten, zuverlässigsten, unnachtheiligsten Wege, ...“, und „... nach deutlich einzusehenden Gründen“ – ein Hinweis auf eine „Conditio sine qua non“, ohne die ein solches Unterfangen nicht gelingen kann.

Dies setzt beim Arzt bestimmte Erkenntnisse voraus, die sich auf die Erfassung der Gründe und Prinzipien beziehen, die erst jede Form von Wissenschaft und Kunst begründen können. Hier ist der Punkt, an dem die Philosophie in der Medizin an Bedeutung gewinnt. Denn die Erfassung der Gründe und Prinzipien ist Philosophie auf der echten, der aristotelisch begründeten, metaphysischen Ebene und entwickelt die Verstandesqualitäten, in der die Erkenntnis erst jene

Qualität erreicht, die Hahnemann als Grundlage für eine vernünftige, funktionierende und erfolgreiche medizinische Arbeit fordert. Was wir durch den Verstand erfassen können, sind Wahrheiten, die es der Vernunft ermöglichen, die richtigen Werkzeuge zu bestimmen, die effizient die notwendige Arbeit zu leisten im Stande sind.

Ist der Arzt nun Künstler, Wissenschaftler oder Philosoph? Man muss sich, wenn man sich diese Frage stellt, klar machen, was Kunst ist, was die Wissenschaft auszeichnet, was einen Philosophen ausmacht.

Der erste Paragraph 1819 zeigt uns eindeutig, dass der Arzt es mit Einzelpersonen zu tun hat, die jeweils spezifisch, individuell erkrankt sind. Kunst handelt vom Einzelnen, ist sozusagen eine Wissenschaft des Einzelfalles, die den ganzen Verstand des Arztes in Anspruch nimmt. Was er mit Hilfe des Verstandes dabei vermag, ist eine „Hervorbringung mit Verstand“ und der Verstand ist dem Verständlichen zugeordnet. „Hervorbringung mit Verstand“ ist aber auch die aristotelische Definition der Kunst.

Der Arzt ist daher, gesehen vom § 1, von der Finalität, vom Sinn und Zweck seiner Tätigkeit, letztendlich ein reiner Künstler – deswegen ja auch die Titeländerung des Organons, von „Organon der rationellen Heilkunde“ zu „Organon der Heilkunst“. Die Kunst selbst kann entweder eine „hervorbringende“ sein, in der die „Kunstidee“ (gr. „eidos“) das Maß des Werkes und des Kunstvermögens ist, oder eine „restaurierende“, in der dem restaurierenden Künstler das Ziel seiner Tätigkeit vorgegeben ist. In der Medizin haben wir es mit der zweiten Definition, mit dem „restaurierenden“ Aspekt der künstlerischen Tätigkeit zu tun.

Die geistige Behandlung und Erforschung von allgemeinen Aspekten der Wirklichkeit aber nennt man Wissenschaft im eigentlichen Sinne. Da das Einzelne aber auch Teil des Allgemeinen ist und an diesem teilhat, bedürfen die Erfassung und das Studium des Einzelnen der Wissenschaft zu ihrer Vollendung, sind aber in ihren Grundzügen trotzdem Kunst.

Die Kunst bedarf zu ihrer Vollendung der Wissenschaft des Allgemeinen, ohne dass aber die Wissenschaft allein dem Speziellen des Einzelfalles „Patient“ je vollständig gerecht werden könnte. Wir brauchen aus ähnlichen Gründen auch die Philosophie, damit wir alles richtig einordnen und auseinanderhalten können. § 2 zeigt uns sehr schön diese drei Aspekte der Effizienz in der Medizin. Der erste Teil: reiner Kunstakt, denn diese Heilung ist nicht Heilung der Menschheit, sondern des jeweiligen Patienten. Der zweite Teil des § 2 zeigt uns den Einsatz der mehr wissenschaftlichen Komponenten unserer Therapiemöglichkeiten, denn die Krankheit gehört nach Flury zum Chaotischen in uns, es ist nicht unsere Finalität (die Erkennbarkeit erlaubt), krank zu sein, sondern Ungeordnetheit, und bedarf zu ihrer Vernichtung allgemeiner Naturerkenntnisse.

Es ist nicht so sehr die Praxis, die die homöopathische Gemeinschaft zusammenhält, untereinander verbindet und den wechselseitigen Erfahrungsaustausch ihrer Mitglieder begünstigt.

Es ist eine realitätsbezogene, der Wahrheit verpflichtete, sprachlich wie inhaltlich solide geistige Basis, auf der unsere Methode und ihre Vermittlung aufgebaut sein müssen. Die Erkenntnisse, die wir in der Homöopathie gewinnen können, beruhen auf der konkreten Wirklichkeit innerhalb und außerhalb der Medizin. In diesem Sinne ist ja jede Form von geistiger Betätigung, die mit Rechtfertigung, Aufhellung, Erklärung eines Sachverhalts zu tun hat, auf Verständnis abzielt, ein philosophisches Unterfangen.

Ich möchte am Nachmittag im Seminar eine kurze Einführung in die Entwicklungsgeschichte des europäischen Denkens geben, indem wir die Anfänge und das weitere Wachsen der Philosophie im großgriechischen Raum an Hand der wichtigsten Denker der sogenannten Vorsokratik kurz betrachten und deren Erkenntnisschritte und Entdeckungen dazu benützen, unseren eigenen Erkenntnistand im Hinblick auf das allgemeine Verständnis unserer Welt und auch unserer eigenen Methode zu überprüfen.

### Prof. Dr. Gerhard Resch

- Jahrgang 1937
- Medizinstudium an der Universität Wien, Promotion 1962
- Studium der Homöopathie bei Dr. Mathias Dorcsi (Wien, ab 1967) und Dr. Rudolf Flury (Bern, Schweiz)
- Homöopathie im Krankenhaus (1967-1972)
- seit 1972 homöopathische Praxis in Wien
- 1979 Mitherausgeber (mit Mechthild Flury-Lemberg) des Buches von Rudolf Flury „Realitätserkenntnis und Homöopathie“
- ab 1976 Zusammenarbeit mit Prof. Dr. mult. Viktor Gutmann (Lehrstuhl für anorganische Chemie, Technische Universität Wien, über 60 Publikationen mit Prof. Gutman, u. a. 1986 Buchpublikation „Wissenschaftliche Grundlagen der Homöopathie“, 1995 „Lecture Notes on Solution Chemistry“; 1986-1998 gemeinsame Vorlesungen (Philosophie und Wissenschaft) an der Technischen Universität Wien
- seit 1992 bis heute regelmäßige Homöopathie-Veranstaltungen in Wien
- Vorträge in Österreich, Deutschland, Italien, Rumänien, Vatikanstaat, Lettland, Holland, Slowenien, Frankreich, Polen, Indien, USA, Mexico, Spanien
- Philosophiestudium u. a. bei Père Marie-Dominique Philippe
- Studium der klassischen Gitarre bei Prof. Karl Scheit
- Sport: Bergsteigen, Hockey, Ski, Golf
- 2007 Verleihung des Professorentitels durch das österreichische Wissenschaftsministerium



Kontakt: über [www.wisshom.de](http://www.wisshom.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?

### Vorschau

- 2012** ICE 12: Wissenschaft und Praxis – eine dynamische Beziehung
- 2013** ICE 13: Die homöopathische Behandlung chronischer Krankheiten
- 2014** ICE 14: Von der Fallanalyse zur Behandlungskompetenz – aus eigenen Fällen lernen

