

ICE 2

**2. Internationaler Coethener
Erfahrungsaustausch
19. – 21. September 2002
Köthen (Anhalt)**

Wissenschaftliche Homöopathie in Europa

Scientific Homeopathy in Europe

**Kongressband
*Congress Reader***

**Redaktion
*Editorial Management***

Gerhard Bleul

I N H O M
Europäisches Institut für Homöopathie



**Schriftenreihe des
Europäischen Instituts für
Homöopathie (InHom)
Köthen (Anhalt) 2002**

***Scientific
Homeopathy in
Europe***

**Wissenschaftliche
Homöopathie
in Europa**

***Homeopathic Provings
(Pathogenetic Trials)***

Arzneimittelprüfungen

***Research on
Homeopathy***

**Homöopathische
Forschung**

***Verification of Proving
Symptoms***

**Verifikation von
Prüfsymptomen**

*Editorial Management:
Gerhard Bleul*

Redaktion:
Gerhard Bleul

1st Edition 2002

1. Auflage 2002

*Publications of the
European Institute for
Homeopathy (InHom)
Köthen (Anhalt) 2002*

Schriftenreihe des
Europäischen Instituts für
Homöopathie (InHom)
in Köthen (Anhalt) 2002

Impressum

© Europäisches Institut für Homöopathie (InHom)
Springstraße 28, D-06366 Köthen (Anhalt)
Web: www.inhom.de

Olibanum sacrum, Heiliger Weihrauch – Die erste kombinierte Arzneimittel-Selbsterfahrung mit verschiedenen Potenzhöhen und Verreibungsgruppen <i>Carmen und Jörg Wachsmuth (Neckargemünd, D)</i>	3
Porcellanum misniense – Eine homöopathische Arzneimittelprüfung mit Meißner Porzellan <i>Wilfried Fink (Eckernförde, D)</i>	11
Results from the Modern Brazilian Provings <i>Miriam Sommer (Den Haag, NL – formerly Brazil)</i>	15
Arzneimittelprüfungen im Rahmen der dreijährigen homöopathischen Weiterbildung <i>Günter Heck (Berlin, D)</i>	17
Homöopathische Arzneimittelselbsterfahrung: Pyrus communis <i>Ulrike Schmutzer (Aschbach, A)</i>	25
Doppelblinde, randomisierte homöopathische Arzneimittelprüfung (HAMP) – Vergleich zweier Hochpotenzen (C30) <i>Heribert Möllinger (Vörstetten, D/CH)</i>	29
Ergebnisse der DZVHÄ-Konsensuskonferenzen HAMP <i>Gerhard Bleul (Bad Camberg, D)</i>	38
Political Tasks of the ECH <i>Ton Nicolai (Rotterdam, NL,)</i>	39
Research on Homeopathy in Europe – Linking and Supporting the Daily Practice <i>Michel van Wassenhoven (Brussels, B)</i>	49
Similia Principle and Primary and Secondary Drug Action – An intriguing hypothesis based on cell communication explaining homeopathic healing <i>Andrea Signorini and Paolo Bellavite</i>	61
Zwei große Beobachtungsstudien homöopathischer Behandlung <i>Dr. Claudia Becker-Witt (Berlin, D)</i>	65
Verifikation der Arzneimittel-Symptome bei Hahnemann Ein historischer Rückblick mit einem kleinen Ausblick in die Zukunft <i>Hanspeter Seiler (Maur, CH)</i>	69
Vorstellung des Delphi-Projekts (Austausch von Falldokumentationen) <i>Hans Zwemke (Berlin, D)</i>	85
Symptomverifikationen in der eigenen Praxis – Vorschläge zur Dokumentation <i>Gerhard Bleul (Bad Camberg, D)</i>	87

Olibanum sacrum, Heiliger Weihrauch

- Die erste kombinierte Arzneimittel-Selbsterfahrung mit verschiedenen Potenzhöhen und Verreibungsgruppen

Carmen und Jörg Wachsmuth (Neckargemünd, D)

Zusammenfassung

Olibanum sacrum, der Heilige Weihrauch, wurde mit unterschiedlichen Prüfdesigns geprüft, Protokolle aus Verreibungen und therapeutische Erfahrungen wurden ergänzt. Die charakteristischen Symptome sind: Ideenreichtum, Klarheit bis hin zu Hellsichtigkeit und Prophezeiungen, leichtes Auffassungsvermögen und die Fähigkeit zum Begreifen von Zusammenhängen, andererseits Gleichgültigkeit und geistige Verwirrung. Gefühlsregungen wie Freude und Sehnsüchte bestimmten das Bild. Weitere Stichworte: Neigung zu Süchten, Gedanken an Drogenerlebnisse, Ungeduld, euphorische Zustände, ein Bedürfnis nach Ehrlichkeit und Direktheit. Auf körperlicher Ebene Schmerzen, Schwellung, Schwere oder Steifheitsgefühl in fast allen Gelenken, geschärfter Geruchssinn, extreme Müdigkeit, Träume vom Fliegen und Schweben, von der Jugend, vom Orient.

Summary

Olibanum sacrum, Holy Incense, was investigated by different proving designs, minutes of triturations and therapeutical experiences were added. Characteristic symptoms are: Abundant ideas, clearness up to clairvoyance and prophesy, easy comprehension and the ability to understand coherences, on the other hand indifference and confusion of mind. Emotions like joy and longings are striking the picture. Further catchwords: tendency to passions, thoughts about drug experiences, impatience, euphoric conditions, a want for honesty and directness. On somatic level pain, swelling, heaviness or stiffness of almost all joints, acute smell, extreme tiredness, dreams of flying and floating, of the youth, of the orient.

Als vor einigen Jahren zunehmend Berichte über die Anwendungsmöglichkeiten von Weihrauch-Präparaten erschienen, waren wir anfangs ziemlich perplex, hatten wir uns doch schon unser halbes Leben lang gerade mit dem Weihrauch beschäftigt. Recht schnell wurde uns klar, dass wir bei diesem Phänomen Zeugen der Entstehung eines morphogenetischen Feldes im Sheldrake'schen Sinne wurden. Die Zeit war wohl einfach reif geworden für die Wiedergeburt des Weihrauches, dieses uralten Räucher- und Arzneistoffes aus den Zeiten der Morgenröte der uns überlieferten Menschheitsgeschichte.

Unsere Anliegen waren die Einführung des Weihrauches in die Homöopathie und der Vergleich verschiedener Selbsterfahrungsmethoden:

- blinde Einnahme einer unbekanntes Arznei (C30)
- bewusste Einnahme des bekannten Mittels in verschiedenen Potenzen (Q2, C6, C12, C40, C200, C220 und XM)
- Gruppenverreibungen
- Einzelverreibungen
- blinde Gruppenverreibung mit unbekannter C1-Ausgangssubstanz.

Dabei zeigte sich eine unerwartet deutliche Übereinstimmung der Prüfungssymptome in allen Gruppen, was wieder einmal beweist, dass die Streitereien über den allein selig machenden richtigen Weg, die ja leider so typisch für die Homöopathie sind, eigentlich so überflüssig sind wie der sprichwörtliche Kropf.

Kulturhistorisches

Wahrscheinlich war die Räucherung seit Urzeiten die Hauptverwendung des Weihrauches. Und wohl auch schon Jahrhunderte oder gar Jahrtausende bevor uns schriftlich fixierte Bestätigungen dafür aus dem alten Babylonien und alten Ägypten vorliegen, wurde mit Weihrauch ein reger und auch einträglicher Handel im gesamten Gebiet der damals bekannten Antiken Welt betrieben. In manchen Jahren musste

Weihrauch gar mit Gold aufgewogen werden. Die Produzenten hatten es dabei von Anfang an sehr geschickt verstanden, den tatsächlichen Ursprungsort zu verheimlichen und ihn durch gezielte Desinformation und Gerüchte zu einem lebensgefährlichen Gebiet hochzustilisieren. Im Alten wie im Neuen Testament ist vielfach von Weihrauch die Rede. Die alten Griechen und Römer unterhielten intensive Handelsbeziehungen zu den Weihrauch-Lieferanten der arabischen Halbinsel.

Botanisches

Weihrauch gehört wie etwa 300 andere tropische Holzpflanzen zur Familie der Burseraceae. Ihre Rinden enthalten aromatisch riechende Balsame oder Harze. Unterschieden werden der somalische Weihrauch (*Boswellia carteri* Birdw.) und der arabische Weihrauch (*Boswellia sacra* Flueck.), dessen Harz (Olibanum sacrum) wir in unseren Prüfungen verwendet haben. Der Salphalbaum (*Boswellia serrata* Roxb.) aus dem nordöstlichen Indien liefert eine völlig andere Weihrauch-Harzsorte.

Zur Gewinnung des Harzes wird die Rinde des bis zu 3,5 m hohen Baumes nach der Blüte im April/Mai mit einem Schabemesser oberflächlich angeritzt, die erste austretende Milch wird nach 14 Tagen abgeschabt und verworfen. Erst die nach dem zweiten Anschnitt entstehenden weißen bis hellhonigfarbigen Weihrauchtränen werden nach weiteren 10–14 Tagen eingesammelt und in dunklen, trockenen Felshöhlen zwischengelagert, bis sie im Juli/August aus der großen arabischen Wüste abtransportiert werden.

Verreibungen

Wie wir durch Hahnemanns Organon wissen, hat auch er in seinen späten Jahren alle neuen Medikamente persönlich bis zur dritten C-Stufe handverrieben und erst die höheren C-Potenzschritte durch Handverschüttelung in alkoholischer Lösung hergestellt (§§ 269–270). Ja, er hat sogar alte Medikamente wie z.B. Belladonna, die er schon kannte und besaß, erneut mit dieser Methode hergestellt. Er fand die derart hergestellten Arzneien kräftiger und tiefer wirkend.

Bei unseren Überlegungen zur Verreibung geht es aber nicht nur um die Frage der besseren Wirksamkeit, sondern um die noch wichtigere Frage, ob während des Verreibungsprozesses für den Verreibenden empfindbare Schwingungen (so wollen wir diesen Informationsfluss zunächst mal möglichst neutral nennen) vom zu verreibenden Stoff ausgehen, die bei ihm Symptome hervorzurufen in der Lage sind.

Im Brief eines Erst-Teilnehmers an einer Weihrauch-Verreibung heißt es:

„Diese Wochenende war für mich eine tiefe Erfahrung. ... Ich habe noch Stunden darüber gegrübelt, wie ich das alles in Worte fassen kann. Die geistige Welt ist für mich ja kein fremdes Medium. ... Aber durch diese Verreibung bekam ich ein neues Bewusstsein. Ich bekam eine geistige Schau der Schöpfung oder besser gesagt eine Ahnung davon. Eine Ahnung von der unendlich weisen und mächtigen Kraft, die hinter allem steht. ... Es entspricht nicht meiner Art, in dieser Form mit einem Seminarleiter ... zu korrespondieren, aber ich habe so etwas auch noch nicht erlebt.“

Es war meist unendlich mühsam, die bei den Olibanum-Verreibungen aufgetretenen Informationen, die oft von beeindruckender Intensität und urtümlicher Gewalt waren, in die mehr oder weniger nüchterne Sprache von Symptomen und Rubriken zu zwingen.

Zum Studiendesign

Es war von Anfang an unser Hauptanliegen, möglichst viele verschiedene Arten der in den letzten Jahren geläufigen homöopathischen Arzneimittelselbsterfahrungs-Methoden (=HAMSE) nacheinander durchzuführen, um dann ihre Ergebnisse unvoreingenommen miteinander vergleichen zu können.

- Die größte Gruppe von 29 weiblichen und 21 männlichen ÄrztInnen bildeten die Teilnehmer der Freudenstädter Homöopathie-Weiterbildung (A-F), sie nahmen Olib. C30 täglich, höchstens drei Tage lang.

- Die Gruppe G führt eine Verreibung von der C1 bis zur C4 durch.
- Die Gruppe H bestand aus sechs drogenerfahrenen Therapeuten; Verreibung von C1 – C4, ein Proband anschließend alleine noch bis zur C5.
- Die Gruppe I führte an einem Tag eine strikt an den Hahnemannschen Vorschriften orientierte Verreibung von C1 bis C3 durch, alles ÄrztInnen oder MedizinstudentInnen, die am Augsburger Drei-Monats-Kurs der Hahnemanngesellschaft teilnahmen.
- Unter Code K steht eine verreibungserfahrene Heilpraktikerin, die alleine von C1 – C4 verrieb.
- Die Gruppe L umfasst drei sehr erfahrene Verreiber, die jeweils für sich von C1 – C3 verrieben.
- Die Gruppe M führte unter Anleitung eines erfahrenen homöopathischen Kollegen eine Blindverreibung durch.
- Die 9 Personen der Gruppe N nahmen einmalig 3 Globuli Olib. C40/5 (Eigenherstellung) ein.
- Unter Code P01 steht ein Proband, der täglich 5 Globuli Olib. C12/4 (Eigenherstellung) einnahm. Nach neun Tagen musste er wegen erheblicher Arzneiwirkungen abbrechen; alle Symptome verschwanden innerhalb einer Woche ohne Antidotierung.
- Die Gruppe Q umfasste fünf ProbandInnen, die getrennt von einander täglich 3x5 Globuli Olib. C6/5 einnahmen.
- Unter Code R01 steht eine langjährige Rheumapatientin, die (nachdem ich inzwischen eine zweijährige Erfahrung mit Olibanum-Behandlungen hatte), nach gründlicher Aufklärung die Erlaubnis zu einem Behandlungsversuch gab. Sie nahm einmalig 2 Globuli Olib. C220/5 (Eigenherstellung) und entwickelte sehr eindeutige Symptome, viele Krankheitssymptome verschwanden.
- Der Proband unter dem Code S01 war der Pionier der gesamten HAMSE. Er nahm 4 Tage lang Olib. Q2 (Gudjons), 1 Tropfen täglich, ein.

- Mit dem Code T01 ist der zeitlich letzte Proband bezeichnet; er nahm zweimal (im Abstand von 12 Stunden) jeweils 2 Globuli Olib. XM (Schmidt–Nagel) ein.

Dokumentation

1092 Symptome sind, gegliedert nach Repertoriumsrubriken, in unserem Buch „Olibanum sacrum – Heiliger Weihrauch“ (Verlag Hahnemann Institut; ISBN 3–929–271–18–4) aufgelistet. Unter folgenden Themenbereichen werden sie einzeln besprochen:

- Sehnsucht, Suchen, Sucht, Verlangen
- Wahrheit, Klarheit, Verstand, Begreifen, Bewusstheit, Vergesslich
- Theoretisieren, Philosophieren, Geschwätzigkeit, Religiöse Gedanken, Prophezeiungen, Hellsichtigkeit
- Gedanken, Bilder, Phantasien, Visionen, Wahnideen
- „Phantasieliebe“, Seelenbegegnung, Liebe, Geburt, Tod
- Geborgenheit/Aufgehobensein, Schutz, Heilige Stimmung
- Erotik, Sinnlichkeit, Aphrodisiakum
- Leid, Traurigkeit, Verzweiflung, Weinen, Angst, Furcht, Autismus
- Ruhelosigkeit, Ungeduld, Aktivität, Ideenreichtum, Konzentration, Erschöpfung, Müdigkeit
- Seelenruhe/Gelassenheit, zufrieden, Frieden
- Freude, frohe, lustige, heitere und alberne Stimmung, Lachen, Euphorie, Hochgefühl, high, Drogen, Selbstbetrachtung, Verantwortung
- Ehrlich, direkt, offen, distanziert
- Benommenheit, Betäubung, Stumpfheit
- Gleichgültigkeit, Empfindlichkeit, Reizbarkeit, Ruhe, Auszeit
- Körperliche Symptome nach dem Kopf–bis–Fuß–Schema

Zusammenfassung des Arzneimittelbildes

Typisch in allen Gruppen waren ausgeprägte Konzentrationsfähigkeit, klarer Verstand, Ideenreichtum, Klarheit bis hin zu Hellsichtigkeit und Prophezeiungen. Weiterhin fanden sich leichtes Auffassungsvermögen und die Fähigkeit zum Begreifen von Zusammenhängen. Demgegenüber standen aber auch Gleichgültigkeit, Apathie, geistige Verwirrung. Gefühlsregungen wie Freude, glückselige Gefühle, eine Unmenge von Sehnsüchten und immer wieder Liebe in allen Schattierungen, bis hin zur Phantasieliebe und Gefühle von Seelenbegegnung, bestimmten das Bild. Weitere Stichworte: Hoffnungslosigkeit, Neigung zu Süchten, Gedanken an Drogenerlebnisse, Ungeduld, euphorische Zustände, Ausgelassenheit, religiöse Gedanken und Spekulationen. Das Bedürfnis nach Ehrlichkeit und Direktheit und damit auch das Bestreben nach Wahrheit und Echtheit scheint bei Olibanum bestimmend zu sein.

An körperlichen Symptomen fanden sich in großem Umfang Schmerzen, Schwellung, Schwere oder Steifheitsgefühl in fast allen Gelenken. Auffällig waren Trockenheitsgefühle in Mund, Nase und Augen, aber auch deutlich gesteigerter Tränenfluss, extrem geschärfter Geruchssinn, aromatischer Uringeruch, extreme Müdigkeit und Gähnen, Gähnen bis zum Abwinken. Die Träume handelten vom Fliegen und Schweben, von der Jugend, vom Orient. Sie waren sehr klar, fast hellsichtig, manchmal sogar richtig prophetisch. An der Haut starke Empfindlichkeit mit Juckreiz an allen Körperteilen, unterschiedlichste Ausschläge und Trockenheit. Große Kältegefühle, Frösteln, Zittern und Schauern. Aber es fand sich auch das Gegenteil, wie extremes Wärmegefühl, Schwitzen und Schweiß am ganzen Körper.

Porcellanum misniense

- Eine homöopathische Arzneimittelprüfung mit Meißner Porzellan

Wilfried Fink (Eckernförde, D)

Zusammenfassung

Meißner Porzellan wurde bis zur C5 handverrieben, weiter bis zur C200 potenziert und in einer Gruppe von 30 Probanden geprüft. Die wichtigsten Charakteristika waren: brennende Hautausschläge, besondere Empfindlichkeit für Kaffee, Visionen von einem Berg, der bestiegen werden soll. Therapeutisch hat sich Porcellanum misniense bei Herpes labialis und trockenen Ekzemen bewährt.

Summary

Porcelain from Meissen was triturated up to C5, potentised to C200 and investigated in a group of 30 provers. The most important characteristics were: burning eruptions of the skin, a peculiar sensitivity for coffee, visions of a mountain which had to be climbed on. Porcellanum misniense has been verified therapeutically in herpes labialis and dry eczemas.

Zum Ausgangsstoff

Porzellan ist eine Keramik aus Kaolin, Feldspat und Quarz. Die aufbereiteten und vermischten Stoffe werden gefiltert, gepresst, einem längeren Sumpfung- und Gärungsprozess unterworfen, geformt, getrocknet und gebrannt und schließlich glasiert.

Die erste Manufaktur des „weißen Goldes“ wurde 1710 in Meißen gegründet, wo 1755 Samuel Hahnemann geboren wurde. Vater und Großvater arbeiteten in der Porzellanmanufaktur.

Ich habe im Oktober 1996 eine kleine Schale Meißner Porzellan gekauft, in ein Geschirrtuch eingewickelt und mit einem Hammer zerschlagen, da sich selbst mit einem Diamantsägeblatt kein Abrieb der Porzellanschale gewinnen ließ. Von den Bruchstücken habe ich Teile ohne Glasur im Porzellanmörser mit Porzellanpistill zerrieben und dann mit Milchzucker bis zur C5 handverrieben. Die Verschüttelungen mit Alkohol nahm Ulrike Schmidt von der Hulsbergapotheke in Bremen vor. Sie stellte die Potenzen C18, C30 und C200 her.

Prüfdesign

30 Probanden, 12 Frauen und 18 Männer, nahmen vom 28.1. bis 14.3.1997 an der Prüfung teil. Sie nahmen 1–3x je 3 Globuli ein, auf 1–3 Tage verteilt (13 Probanden nur 1x, 6 Probanden 2x, 8 Probanden 3x; 3 Probanden bekamen Placebo). Geprüft wurden die Potenzen C18 (16x) und C30 (11x).

Eine Vorlaufphase von 4 Wochen war vorangestellt. Nach 7 Wochen gab es ein Treffen der meisten Probanden in der Praxis des Prüfungsleiters, bei dem die Prüfhefte eingesammelt und das Prüfmittel bekannt gegeben wurde. Die Auswertung dauerte bis Ende Mai 1997.

Kurzfassung der Ergebnisse

Ein sehr reiches Arzneimittelbild entfaltete sich, das viele Ähnlichkeiten zum Sulfur zeigte (viele „brennende“ Symptome, starker Hautbezug und tiefe antipsorische Wirkung). Porzellanum hat eine deutliche

Beziehung zum Kaffee, entweder eine größere Empfindlichkeit darauf oder ein ausgesprochenes Verlangen danach.

Manchen Prüfern und Prüferinnen wurde bewusst, dass unsere Realität nur wie eine Art Film ist, aus dem wir erwachen können. Ein sehr tiefes Symbol für die Heilwirkung von Porzellan zeigte sich mir selbst beim Verreibungsprozess C4 bis C5: Auf der Spitze eines Berges war ein Licht. Dieses Licht symbolisiert die Heimat, wo wir alle herkommen. Den Berg wand sich ein spiralförmiger Weg hinunter bzw. herauf. Ich „wusste“ auch im selben Moment, in dem ich das Bild innerlich sah, seine Bedeutung. Dieser Weg ist unser Weg aus dem Licht hinein in die Inkarnation des irdischen Daseins. Leben für Leben immer tiefer hinein in die materielle Welt, bis wir eines Tages aufwachen und unseren Rückweg antreten, zurück zum Licht. Natürlich begegnen aus auf diesem Weg exakt dieselben Themen wie auf dem Hinweg, nur in der anderen Richtung.

Spannenderweise taucht dieser Berg auch in den Träumen von Prüfern auf, und die Apothekerin, die Porcellanum misniense verschüttelte, hatte folgendes Bild: „Ich sehe eine klare weiße Fläche. Dahinter ein Berg wie der Fudjiyama in Japan. Ruhe und Frieden ist in dieser Landschaft. Der Berg ist unten braun, in der Mitte weiß und der obere Teil leuchtet mit goldenem Licht. Mein Bauchraum ist ganz weit und warm geworden – daraus strebt meine Energie die Wirbelsäule nach oben empor. Ich fühle mich rund, ruhig, klar und gelassen.“

Die nach den Kapiteln der Repertorien gegliederten Prüfsymptome werden beim Vortrag vorgestellt.

Erste Therapeutische Erfahrungen

Therapeutisch bewährt hat sich das Porcellanum in der Praxis bereits bei einigen Fällen von trockenen Ekzemen und bei Herpes labialis. Bei mir selbst brach nach der Verreibung gemeinsam mit meinem ältesten Sohn Jonathan ein seit 15 Jahren nicht mehr aufgetretener Herpes labialis aus.

Auf der geistig-seelischen Ebene haben einige Männer davon profitiert, wenn zerbrochene Vater-Sohn-Beziehungen die Wurzeln von tieferen Problemen waren. Eigene nie vorher gesehene Bilder bei den Verreibungen aus früheren Leben (als kämpfender Soldat, als Vater von vielen Kindern, als sterbendes Kind ...) gehören zu den eindringlichsten Erfahrungen, die ich als Homöopath je gemacht habe.

Unglaublich kraftvolle klare Erkenntnisse hatten einzelne Prüfer mit Porcellanum misniense bis hin zur Begegnung mit der WAHRHEIT selbst, das Wiederfinden der Inneren Heimat. Aber auch tiefste Verzweiflung und Heimatlosigkeit erinnerten an Depressionszustände von dem echten Gold, Aurum.

Die häufigen Symptome von tiefer Erschöpfung zeigen Parallelen zu Causticum. Bemerkenswert finde ich auch das „Gefühl, wie gegen eine Mauer zu rennen“ (P 24). Die Prüfung fiel bei mir in die Zeit der letzten Versuche, mich als Homöopath mit der Kasssenärztlichen Vereinigung gütlich zu einigen. Auch da hatte ich das Gefühl, gegen eine Mauer zu rennen, habe vor Wut darüber Geschirr zerbrochen und – die Beziehung zur KV abgebrochen.

Ich möchte diese Zusammenschau beenden mit einem Zitat einer wunderbaren erleuchteten Frau, die ich auch als Heilerin sehr schätze:

„Wenn wir die Mauer aus Unwissenheit, Karma und alten Gewohnheiten durchbrechen, erkennen wir unsere wahre Heimat.“ (Ji Kwang Dae Poep Sa Nim)

Results from the Modern Brazilian Provings

Miriam Sommer (Den Haag, NL – formerly Brazil)

Summary

The modern Brazilian provings – Stannum metallicum, Iodum purum, Hydrocyanic acidum, Brosimum gaudichaudii, Bothrops jararacussu and Hura brasiliensis – were conducted using protocols that fulfill all the requisites required to a complete Hahnemannian proving. These have provided the opportunity to gain a wealth of experience, lead to a greater understanding of the subject and improve the quality of other provings.

Zusammenfassung

Die brasilianischen Prüfungen der letzten Jahre – Stannum metallicum, Iodum purum, Hydrocyanic acidum, Brosimum gaudichaudii, Bothrops jararacussu and Hura brasiliensis – wurden nach Prüfdesigns durchgeführt, die alle Forderungen einer vollständigen Hahnemannschen Prüfung erfüllen. Sie haben die Möglichkeit eröffnet, an Erfahrung reicher zu werden, das Thema besser zu verstehen und die Qualität weiterer Prüfungen zu verbessern.

Positive results from the modern Brazilian provings

- a) Results related to the period before the proving called “Diary of self-observation” and the training of the people involved in the proving.
- b) Results related to the interaction between the substance and the prover himself.
- c) Results related to the team of the proving.

Problems concerning the proving

Lack of communication between supervisor and the prover promoted severe lesional symptoms to the prover in three of the Brazilian provings. In two of the cases this happened because the prover continued using the remedy even though he was already presenting pathogenetic symptoms. This makes us establish that:

Mental states and organic lesions during a proving should be avoided by having a strong supervisor-prover relationship. The supervisor must pay attention to the right moment for the prover to stop taking the remedy.

Problems concerning to the data

A. Choosing symptoms

This includes the process of extracting valid symptoms from the proving, and the process of decision which symptoms are valid proving symptoms and which are not.

B. Translating the chosen symptom into a homeopathic language

The process of extracting the information from the written diaries into a homeopathic language and incorporate them to the Materia Medica and to the Repertories is a very difficult task.

Arzneimittelprüfungen im Rahmen der dreijährigen homöopathischen Weiterbildung

Günter Heck (Berlin, D)

Zusammenfassung

Die Durchführung einer Arzneimittelprüfung im 3-Jahreskurs zur Erlangung der Zusatzbezeichnung wird propagiert als wichtige Ausbildungsmöglichkeit für angehende Homöopathen und gleichzeitig als wissenschaftliche Arbeit zur Vergrößerung unseres Arzneimittelschatzes.

Als Beispiel wird die Prüfung von *Tegenaria atrica* vorgestellt. Charakteristische Symptome waren: stechende Schmerzen in Kopf, Gelenken, Abdomen und Herz, Schwindel beim Kopfwenden, Reizbarkeit, gelassenes Denken an den Tod.

Summary

It is proposed to conduct a pathogenetic trial during every 3-years-course in homeopathic education being an important possibility of training for budding homeopaths as well as a scientific work to enrich our *Materia Medica*.

The proving of *Tegenaria atrica* is presented as an example. Characteristic symptoms were: stitching pains in head, joints, abdomen and heart, vertigo when turning the head, irritability, tranquil thinking of death.

In den Leitlinien des Berliner Vereins homöopathischer Ärzte zum Erlernen der klassischen Homöopathie, die zum ersten Mal 1985 erschienen, findet sich unter den Kursinhalten für den 3-Jahreskurs, Punkt 5: „Teilnahme an Arzneimittelprüfungen“.

Eine solche Teilnahme oder das Angebot dazu gab es allerdings höchst selten, und wenn, dann mehr auf Eigeninitiative der Kurs-Teilnehmer. Dabei ist doch die Arzneimittelprüfung (AMP) am Gesunden eine der Säulen der Homöopathie oder, wie Heinrich Kuhn in seiner Einladung zu dieser Tagung schreibt, die „Grundlage unseres Handelns“. Als 1996 den 200-jährigen Geburtstag der Homöopathie feierten, bezogen wir uns damit auf die erste AMP, den Chinarindenversuch Hahnemanns im Jahre 1796.

Abgesehen von dieser zentralen Bedeutung für die Homöopathie ist eine AMP das ideale Übungsfeld für angehende Homöopathen, einer der besten Wege, die Philosophie und Struktur der Homöopathie zu erlernen. Hahnemann sagt in §141, Org.:

Doch bleiben diejenigen Prüfungen der reinen Wirkungen einfacher Arzneien in Veränderung des menschlichen Befindens und der künstlichen Krankheitszustände und Symptome, welche sie im gesunden Menschen erzeugen können, welche der gesunde, vorurtheillose, gewissenhafte, feinfühligte Arzt an sich selbst mit aller ihm hier gelehrtens Vorsicht und Behutsamkeit anstellt, die vorzüglichsten. Er weiß am gewissesten, was er an sich selbst wahrgenommen hat.

In der Anmerkung zu diesem Paragraphen geht Hahnemann noch ausführlicher darauf ein, dass der Arzt als Selbstversucher zum Beobachter ausgebildet wird. Für angehende Homöopathen ist es eine gute Gelegenheit, in der AMP zunächst die andere Seite des Schreibtischs einzunehmen und dabei festzustellen, wie schwierig es ist, Symptome und Empfindungen genau zu beschreiben.

Außerdem öffnet die Teilnahme an einer AMP einen Weg zur direkten empirischen Seite der Homöopathie, wir haben die Möglichkeit, die „Energie“ der Arzneimittelsubstanzen in einem geschützten Rahmen unter fachkundiger Supervision kennen zu lernen. Dafür ist ein 3-Jahreskurs die ideale Gelegenheit.

1995 fiel mir das Buch von Jeremy Sherr, *The Dynamics and Methodology of Homoeopathic Provings* in die Hände, das 1998 auch auf Deutsch erschienen ist (*Die homöopathische Arzneimittelprüfung*). Dieses Buch orientiert sich genau am Organon und ist ein idealer Leitfaden für eine einfach durchzuführende AMP. Mit dieser Anleitung haben wir schon 1997, auch in einem 3-Jahreskurs, die AMP von Medusa durchgeführt, die 1998 von Angelika Gutge-Wickert veröffentlicht wurde.

Was soll geprüft werden?

Dass bei solch einer Prüfung durchaus etwas herauskommen kann, was auch den Rest der homöopathischen Welt interessieren könnte, will ich Ihnen im Folgenden erzählen. Zunächst stellt sich aber immer die Frage, was wir prüfen. Ich habe mich bei den verschiedensten Homöopathen, die Prüfungen durchgeführt haben oder durchführen, erkundigt, was sie für sinnvoll halten, um die Arbeit möglicherweise in einen größeren Zusammenhang zu stellen, das Ergebnis war nicht sehr befriedigend. Mein Eindruck war, dass die meisten ihre eigenen Ideen verfolgen und mehr oder weniger isoliert arbeiten.

Von Hans Zwemke, der mit Massimo Mangialavori an einen Buch über die Spinnenmittel arbeitet, kam der Vorschlag, **Tegenaria atrica**, die gewöhnliche Hauswinkelspinne, zu prüfen Immerhin gibt es 30.000 Spinnenarten, von denen meines Wissens bisher nur 7 geprüft wurden, Außerdem weiß jeder praktizierende Homöopath, wie verbreitet die Arachnophobie, die Spinnenangst ist, d.h. in unseren Breiten vor allem die Angst vor Tegenaria, vor einem Tierchen, das für Fliegen wahrhaft lebensgefährlich ist, mit dem menschlichen Lebensbereich jedoch keinerlei Berührungspunkte hat.

Tegenaria atrica, die Hauswinkelspinne

Wir verwendeten das Mittel in der C30 aus dem Labor Remedia in Eisenstadt, Österreich. Das ganze Tier wurde bis zur C3 verrieben und dann flüssig weiterpotenziert. An der Prüfung nahmen 10 Prüferinnen

und 1 Prüfer teil mit einem Durchschnittsalter von 37 (28–45) Jahren. Einmal wurde Placebo gegeben. Diese eine Placebogabe halte ich für wichtig, nicht, um den Kriterien der allopathischen Medikamentenprüfung zu entsprechen, sondern um die Aufmerksamkeit der Probanden und der Prüfarzte zu erhöhen, die sich immer der Möglichkeit bewusst sind, dass es auch Placebo sein könnte, was sie prüfen. Schwieriger war es, die Prüfarzte, die eine abgeschlossene homöopathische Ausbildung haben müssen, zu rekrutieren, denn eine Arzneimittelprüfung ist Arbeit, und zwar nicht bezahlte Arbeit. Dennoch hatten wir 8 Prüfarzte, und das ist ein guter Schnitt, denn kein Prüfarzt sollte mehr als 2 Prüfer betreuen.

Am Anfang wurde die vollständige Anamnese der Prüfpersonen aufgenommen. Nach einer 7-tägigen Beobachtungszeit, in der all diejenigen Symptome aufgezeichnet wurden, die ohne Arzneimittel auftraten, wurde dann das Mittel an 2 aufeinander folgenden Tagen jeweils 3-mal täglich eingenommen oder bis zu dem Zeitpunkt, an dem Symptome auftraten. In der ersten Woche danach sollte ein täglicher persönlicher Kontakt mit dem Prüfarzt stattfinden, der nur in Ausnahmefällen auch telefonisch sein konnte.

Dieser Kontakt wurde danach seltener, sollte allerdings mindestens einmal pro Woche stattfinden, bis keine Symptome mehr auftraten. Sowohl Prüfarzt als auch Prüfer notierten die Symptome in ein eigenes Tagebuch. Nach Beendigung der Prüfung wurden die Symptome in einer 3er-Gruppe ausgewertet, die aus Prüfer, Prüfarzt und einem weiteren Homöopathen bestand. Aufgabe dieser Gruppe war es festzulegen, welche Symptome endgültig als Prüfsymptome gewertet wurden.

Am Ende der Prüfung wurden in der gesamten Gruppe alle Symptome zusammengetragen, die Erfahrungen diskutiert und die Prüfsubstanz bekannt gegeben. Dieses Ereignis, an dem 30 Personen teilnahmen, war ein wahres Fest der Homöopathie.

Charakteristische Symptome

Prüferin 5 hat offensichtlich sehr sensibel auf das Mittel reagiert,

deshalb möchte ich auf ihre Symptome näher eingehen. Schon vor Einnahme der Prüfsubstanz, in der Nacht, nachdem sie abends die Globuli umgefüllt hatte, wachte sie um 2 Uhr auf mit dem unguenen Gefühl, es könnten Spinnen im Zimmer sein. Gleichzeitig spürte sie kurz andauernde, stechende Schmerzen im rechten Unterbauch, die so regelmäßig auftraten wie ein Leuchtturmfeuer. Gleich bei Einnahme des Mittels hatte sie einen ähnlichen Schmerz für eine Viertelstunde im linken Unterbauch. Auch einige andere Prüfer haben über Schmerzen im Unterbauch, oft mit Blähungen, stechend oder krampfartig, berichtet. Stechende Schmerzen traten bei Prüferin 5 auch mehrfach in der Herzgegend auf, was von einer zweiten Prüferin ebenfalls berichtet wurde, und zwar zweimal direkt nach Einnahme der Globuli. Auch an den Extremitäten wurden von vielen Prüfern immer wieder kurzzeitige stechende Schmerzen beschrieben, häufig in der Gegend des rechten Knies, aber auch im Sprunggelenk, im Unterschenkel, in den Zehen und Fingerkuppen. Immer wieder kribbelte es, besonders in Händen und Füßen, oft trat ein Juckreiz oder ein Brennen auf an verschiedenen Körperstellen.

Ein kurz andauernder Schwindel bei Kopfdrehung oder bei Blickwendung trat bei 2 Prüfern jeweils kurz nach Mitteleinnahme auf. Es wurde viel über Kopfschmerzen geklagt, besonders in der Stirn und besonders links, auch hier meist von stechendem Charakter. Schmerzen und Stechen auch im linken Auge sowie im rechten und im linken Ohr. Der Geruchssinn war verstärkt, in der Nase häufig Schnupfensymptome von fraglicher Bedeutung. Allerdings wurde ein Prüfer am Tag nach Mitteleinnahme krank mit einer heftigen Erkältung, so wie er das häufig hat. Wir nahmen an, dass das Mittel in das Prodromalstadium eines viralen Infekts gegeben wurde, und beschlossen, die Symptome nicht zu werten. Dennoch schrieb der Prüfer weiter fleißig auf und nahm das Mittel ein halbes Jahr später noch einmal. Und siehe da, auffällige Symptome traten noch einmal in genau der gleichen Weise auf, wie z.B. *„ein rötlich-schuppender Herd von ungefähr 1 cm Durchmesser am linken Oberarm medial, der nach Wochen wieder verschwindet und eine braun-gelbliche Pigmentierung hinterlässt, die über Monate bestehen bleibt.“* Daraufhin beschlossen

wir, alle Symptome dieses Prüfers zu registrieren, im Text sind sie mit 10a und 10b unterscheidbar.

Im Gesicht traten viele Pickel auf und auch wieder Brennen, Jucken sowie Herpes.

Unsere Prüferin 5 berichtet über eine ausgeprägte Verstopfung mit hartem, knolligem Stuhl, die sofort nach Mitteleinnahme auftrat und über ein halbes Jahr lang anhielt. Das ist, wie wir wissen, typisch für die Spinnenmittel; andererseits hatte eine andere Prüferin auch häufiger heftigen, plötzlichen Stuhldrang.

Psychische Symptome

Auf der Geist- und Gemütsebene wird immer wieder von einer großen Gelassenheit trotz äußerer Stressbelastung gesprochen, aber auch von unbeherrschter Reizbarkeit, besonders im Umgang mit den eigenen Kindern. Ein Prüfer fand es bemerkenswert, dass er am zweiten Tag nach Mitteleinnahme bei ganz ruhiger und gelassener Stimmung über Tod und Töten nachdachte. Und das Töten ist sicher das zentrale Thema im Spinnenleben, ohne Töten keine Nahrung, und ohne Nahrung keine Spinne. Die Spinnen sind Spezialisten im Jagen und Töten, kein anderes Tier hat ausgeklügeltere Methoden der Jagd und Fallenstellung.

Die Träume sind bemerkenswert; mehrfach wird von Spinnen geträumt, es gibt viel Gewalt, und auch der Teufel tritt öfters auf. Drei Beispiele:

Im Traum graben sich verschiedene Leute eine Unterkunft in den Sand oder bauen sich lange, Iglu-artige Gebilde. Ich grabe mir ein Loch in den Sand und überlege, ob ich da übernachten soll. Schaut nicht sehr einladend aus. (Prüferin 5)

(Viele Spinnen bauen sich tatsächlich solche Behausungen.)

Im Traum besteht beim Zubereiten eines asiatischen Fertiggerichts der Nachtisch aus einer festen Substanz, ähnlich getrockneter Ananas. Im Begleittext der Verpackung wird das als Delikatesse beschrieben,

nämlich als getrocknetes Herzmuskelfleisch von Gefallenen des zweiten Weltkriegs. (Prüfer 1 Ob)

(Einige Spinnen hängen, wenn sie satt sind, ihre Beute in eine „Speisekammer“; gut eingesponnen, versteht sich!)

Träumt von einem akrobatischen Tanz mit einem Mann und weiß, dass dieser sie anschließend umbringen wird, hat kein unangenehmes Gefühl dabei. (Prüferin 14)

(Das Sexualleben der Spinnen ist sehr aufregend, besonders für das Männchen, das immer sehr viel kleiner ist als das Weibchen und deshalb bei der Kontaktaufnahme durch ritualisierte Tänze, Klopfzeichen und dergleichen auf sich aufmerksam machen muss, damit es nicht „aus Versehen“ gefressen wird. Dennoch passiert es oft, dass das Männchen dann eben nach dem Geschlechtsakt dran glauben muss.)

Allgemeines

Bei den Allgemeinsymptomen fällt auf, dass Tegenaria offensichtlich ein warmes Mittel ist, es wird Verlangen nach frischer Luft beschrieben oder das Gefühl, dass es im Raum zu heiß sei. Das ist ungewöhnlich für ein Spinnenmittel, die ja in der Regel kalt sind.

Am Ende möchte ich noch einmal die Durchführung einer Arzneimittelprüfung in jedem 3-Jahreskurs propagieren, nicht nur um die Homöopathie umfassend zu erlernen, sondern auch um unseren Arzneimittelschatz zu erweitern oder evtl. zu überprüfen. Darüber hinaus ist das soziale Erlebnis einer Prüfung in der Gruppe groß und fördert besonders nach der Abschlussveranstaltung den homöopathischen Enthusiasmus, der sich dann ausdrückt in der Frage: „Wann machen wir endlich die nächste Prüfung?“

Homöopathische Arzneimittelselbsterfahrung: *Pyrus communis*

Ulrike Schmutzer¹ (Aschbach, A)

Zusammenfassung

Pyrus communis wurde in zwei unterschiedlichen Zubereitungen geprüft: die Verreibung von Wurzel, Blatt und Frucht (1997) und die Verreibung der Knospe (1998). Die beiden Arzneimittel zeigten unterschiedliche Symptome sowohl in der Prüfung wie in der Therapie.

Einige Grundsatzfragen werden diskutiert: Placebokontrolle, Stillen und Prüfen, Antidotierung, Hinweise aus unterschiedlichen pharmakologischen Inhaltsstoffen, gegenpolige Symptome, Verifikation.

Summary

Pyrus communis was investigated in two different preparations: the trituration of root, leaf and fruit (1997) and the trituration of the bud (1998). The two remedies showed different symptoms both in the proving and in treatment.

Some basic questions are discussed: placebo control, breast feeding and proving, antidoting, conclusions from different pharmaceutical contents, opposite symptoms, verification.

¹ Dr. Ulrike Schmutzer

Promotion zum Doktor med. univ. an der Universität Wien

Turnusausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin im Landeskrankenhaus Steyr, Oberösterreich

Niedergelassene Ärztin für Allgemeinmedizin mit dem Ärztekammerdiplom für Homöopathie in Aschbach in Niederösterreich

Homöopathische Ausbildung in den Badener Kursen bei Prof. Dorcsi

Lehrbeauftragte der österreichischen Gesellschaft für homöopathische Medizin seit 1993

Seit 1997 Leitung von Arzneimittelprüfungen: *Pyrus communis*, *Rosa canina*, *Aqua marina*, *Agrimonia eupatoria*

Veröffentlichungen in den *Documenta Homeopathica* (Hrsg. Ludwig-Boltzmann-Institut für Homöopathie)

Die Sauerbirne, ein Rosengewächs, zählt zu den Mostbirnen und ist der Urform sehr ähnlich.

Bei der Arzneimittelselbsterfahrung der *Pyrus communis* haben sich einige Fragen ergeben, die ich in meinem Referat einer Lösung näher bringen möchte.

Welcher Teil einer Pflanze enthält die größte Information als Arznei?

Diese Schlüsselfrage konnte zu Beginn in der Ausgangssituation der Arzneimittelprüfung nicht endgültig entschieden werden. Daher wurde die Arzneimittelselbsterfahrung in zwei Gruppen durchgeführt: 1997 aus der Verreibung und Potenzierung zur C30 von Wurzel, Blatt und Frucht, 1998 aus der Verreibung und Potenzierung zur C30 der Knospe.

Die Symptome der zwei Arzneien stellten sich in der Prüfung unterschiedlich dar. Auch bei der Anwendung an Patienten konnte ich eine Abwandlung der beiden Arzneiwirkungen feststellen.

Placebokontrolle

Die Probanden wussten während der Prüfung nicht, ob sie Placebo oder die Prüfarznei erhielten.

Stillzeit

Gibt es eine Arzneiinformation über die Muttermilch?

Antidot

Eine Prüferin litt extrem an Arzneimittelprüfungssymptomen; daher stellte sich die Frage, ob ein Antidot gegeben werden sollte.

Geben pharmakologische Inhaltsstoffe einen Hinweis auf die krankmachende Kraft der Arznei?

Dokumentation von Prüfungssymptomen und der Anwendung bei Patienten unter Berücksichtigung der Inhaltsstoffe im Vergleich zu anderen geprüften Rosaceae .

Gegenpolige Symptome

Sie grenzen die Arznei ab.

Verifikation

Heilsymptome und die Anwendung der Arznei bei Kranken: Vorstellung von Rubriken, die sich in der Anwendung der Arznei bewährt haben und mit Prüfungssymptomen übereinstimmen.

Zeichen der Arznei

Doppelblinde, randomisierte homöopathische Arzneimittelprüfung (HAMP) – Vergleich zweier Hochpotenzen (C30)

Heribert Möllinger (Vörstetten, D/CH)

Zusammenfassung

Zwei homöopathische Arzneien wurden vom Supervisor aus einer bekannten Liste von 21 Mitteln ausgewählt und von jeweils einer Gruppe doppelblind geprüft. Der Prüfungsleiter versuchte die Prüfungssymptome jeweils einer Arznei zuzuordnen.

Summary

Two homeopathic remedies were chosen out of 21 known medicaments by the supervisor and investigated in a double-blind trial by one group each. The principal investigator tried to tell which group had been proving which remedy.

1. Hintergrund

Die homöopathische Arzneimittelprüfung (HAMP) an Gesunden stellt neben der Ähnlichkeitsregel und der Verwendung „dynamisierter“, also potenziertes Arzneien die Grundvoraussetzung für die homöopathische Therapie dar. Ziel der HAMP ist das „Hervorrufen, Beobachten und Dokumentieren reversibler Symptome und Befindensänderungen am gesunden Menschen (Prüfer), um die Heilwirkung des geprüften Arzneimittels zu erkennen“ (Bleul 1999). Nach der Ähnlichkeitsregel (Similia similibus curentur – Ähnliches werde durch Ähnliches geheilt) ergeben sich aus den an Gesunden erzeugten Symptomen die Anzeigen, bei welchen Symptomen (in ihrer Gesamtheit) beim Patienten das Mittel eingesetzt werden kann.

Nach Samuel Hahnemann, dem Begründer der Homöopathie, können „... die Arzneien nichts Heilkräftiges aufweisen, als ihre Neigung, Krankheitssymptome bei Gesunden zu erzeugen und am Kranken hinwegzunehmen...“ (Org.6, §22, Hahnemann 1842). Auf dieser Hypothese ist die Homöopathie bis heute aufgebaut. Neben der Gesamtheit der Symptome, die sich bei der HAMP am Gesunden zeigen, werden die toxikologischen Symptome der unverdünnten Substanz und die klinische Erfahrung mit dem Mittel einbezogen, um das sogenannte Arzneimittelbild (AMB) zu erstellen (Sherr 1994). Gemäß den Symptomen des AMB wird die Arznei beim Kranken als Heilmittel angewendet (Org.6, §25, Hahnemann 1842).

Zahlreiche HAMP wurden seit Hahnemann durchgeführt. Bis heute wurde allerdings kein Beweis erbracht, dass die bei einer HAMP erzeugten Symptome sich von denen eines Placebos unterscheiden. Die wenigen Versuche, in denen HAMPs mit wissenschaftlichem Instrumentarium, also placebokontrolliert, doppelblind und randomisiert durchgeführt wurden, konnten eine Differenzierung zwischen homöopathischer Arznei und Placebo nicht eindeutig belegen (Walach 1997). Walach führte eine Einzelfallstudie mit 25 Probanden durch, in der jeder Proband randomisiert je vier Wochen Placebo oder Verum einnahm. Aus dieser Studie war ein häufigeres Auftreten von Verumsymptomen bei der Gabe von Verum nicht zu ermitteln. Diese Prüfer

hatten allerdings keine vorherige Prüferfahrung, wie dies für eine zuverlässige Beurteilung von Symptomen erforderlich ist (Walach 1997). Zudem widerspricht die lange Einnahmedauer den homöopathischen Dosierungsregeln, sodass auch Interferenz- und Auslöschungsphänomene zu berücksichtigen sind, die die Aussagekraft dieser Studie einschränken.

In einem ähnlichen Design sollten nun zwei homöopathische Hochpotenzen miteinander verglichen werden von Mitteln, die bislang nur unzureichend geprüft sind, die aber aufgrund der vorliegenden Daten in ihrem AMB so unterschiedlich sind, dass sie sich in ihrer Symptomatik gegeneinander leichter unterscheiden lassen als von einem Placebo. Die jetzige HAMP sollte von zwei Prüfgruppen durchgeführt werden, einer größeren Freiburger Gruppe aus homöopathischen Ärzten mit Prüferfahrung (Möllinger 2000) sowie einer zweiten Gruppe aus schweizerischen Probanden ohne Prüferfahrung. Die beiden Gruppen haben keinen Kontakt, ebenso wenig die Gruppenmitglieder untereinander. Es handelt sich um homöopathisch tätige Ärzte, die ihren Beruf in verschiedenen Praxen ausüben. Als Bedingungen für diese HAMP gelten die Angaben Hahnemanns (Org.6, §§ 105–145, Hahnemann 1842).

Studienleiter: Dr. H. Möllinger, Facharzt für Allgemeinmedizin, Homöopathie, Gesundheitszentrum Sokrates, Seeweg 35, CH-8594 Göttingen

Supervision: PD Dr. H. Walach, Universitätsklinik Freiburg, Institut für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene, Hugstetterstr. 55, D-79106 Freiburg

1. Methodik

1.1. Medikation

Es sollen zwei Hochpotenzen in ihrer Wirkung am Gesunden in einer doppelblinden, randomisierten, prospektiven Studie miteinander verglichen werden. Der Studienleiter erstellt eine Liste von 21 Medikamenten, 7 mineralische Medikamente, 7 pflanzliche Medikamente

sowie 7 Nosoden. Aus dieser Liste wählt der Supervisor zwei Medikamente aus, aus jedem Bereich höchstens eins. Dieses Medikamentenpaar wird für die HAMP eingesetzt. Die homöopathischen Arzneien werden als Globuli verabreicht und unterscheiden sich äußerlich sowie im Geschmack nicht voneinander und nicht von Placebo. Für den Versuch wird für beide Mittel die Potenzstufe C30 gewählt, Herstellung entsprechend den Anweisungen des homöopathischen Arzneibuches.

2.2 Prüfgruppen

Gruppe A = Freiburger Gruppe. Es handelt sich um homöopathisch ausgebildete und tätige Ärztinnen und Ärzte, die bereits Erfahrungen mit der Durchführung von HAMP als Probanden haben und in der Selbstbeobachtung, die dafür erforderlich ist, geschult sind.

Gruppe B = Schweizer Gruppe. Es handelt sich um Ärzte ohne oder mit sehr wenig Erfahrung als Probanden in HAMP.

Einschlusskriterien:

- Alter >20 und <80 Jahre
- Ärzte/Therapeuten, die Erfahrung in HAMP haben
- Ärzte/Therapeuten ohne HAMP-Erfahrung

Ausschlusskriterien

- Akute Erkrankungen in den letzten 2 Wochen vor Studienbeginn
- Chronische Erkrankungen, die eine dauernde Medikamenteneinnahme erfordern.
- Einnahme von allopathischen Medikamenten außer Kontrazeptiva (diese müssen im Protokoll dokumentiert werden)
- Schwangerschaft oder Stillzeit
- Erhebliche und ungewöhnliche familiäre oder berufliche Belastungen
- Einnahme homöopathischer Medikamente bis 4 Wochen vor Studienbeginn (C30), bis 8 Wochen vor Studienbeginn (C200), bis 12 Wochen vor Studienbeginn (C1000). Einnahme von Niedrigpotenzen bis 2 Wochen vor Studienbeginn.

2.3 Studiendesign

Die HAMP wird prospektiv, randomisiert und doppelblind im Parallelgruppendedesign durchgeführt. Sowohl die Prüfer als auch der Studienleiter sind verblindet. Die Randomisation erfolgt durch den Supervisor. Beginn und Ende der Medikamenteneinnahme sind nicht harmonisiert sondern finden im zeitlichen Rahmen von ca. 2 Monaten zu verschiedenen Zeiten statt.

Das Arzneimittel wird maximal 5 Tage lang nach folgendem Schema eingenommen:

- 1. Tag Einnahme von 1x3 Globuli. Wenn keine Symptome auftreten, dann
- 2. Tag Einnahme von 2x3 Globuli (morgens und mittags). Wenn keine Symptome,
- 3. Tag Einnahme von 3x3 Globuli. Wenn keine Symptome auftreten, wird diese Einnahme fortgeführt bis zum 5. Tag, danach wird die Arzneimitteleinnahme beendet.

Sobald sich bei einem Prüfer Symptome zeigen, wird die Arzneimitteleinnahme beendet. Treten nach 5 Tagen keine Symptome auf, soll sich der Prüfer dennoch weitere 7 Tage beobachten. Treten dann immer noch keine Symptome auf, kann er die Selbstbeobachtung abbrechen. Es findet zwischen jedem Probanden und dem Studienleiter ein täglicher, in der Regel telefonischer Kontakt statt zur Besprechung der Protokolleinträge und zur Gewichtung der Symptome hinsichtlich Validität und eventueller Abbruchkriterien. Dieser täglicher Telefonkontakt wird vom Beginn der Medikamenteneinnahme über insgesamt 14 Tage durchgeführt. Darüber hinaus beobachten sich die Prüfer nach Auftreten der Symptome für ca. 4 Wochen in der Annahme, dass sich in dieser Zeit die Arzneiwirkung manifestiert und wieder abklingt. Sie dokumentieren täglich ihre Symptome im Prüfprotokoll.

Die Beendigung der Arzneimitteleinnahme nach dem ersten Auftreten von Symptomen geschieht nach den Richtlinien homöopathischer Literatur (Bleul 1999, Hahnemann 1842) und wird begründet in der Vermeidung einer möglichen Überdosierung, einer möglichen

Krankheitsfixierung und der möglichen Aufhebung oder Veränderung der ursprünglichen Symptome durch weitere Einnahme. Die Symptome und Veränderungen werden in standardisierten Formularen beschrieben, die Formulierung erfolgt frei und orientiert sich nicht an Schemata.

2.4 Verhalten der Prüfer während der HAMP

Die Prüfer sollen, entsprechend bereits von Hahnemann aufgestellten Regeln, während der HAMP ihre normale Alltagstätigkeit und Lebensgewohnheiten beibehalten und sich darüber hinaus keiner belastenden psychischen oder körperlichen Tätigkeit aussetzen (Org.6, §125, Hahnemann 1842).

2.5 Beurteilung der Symptome durch die Prüfer und den Studienleiter

Folgende, während der HAMP auftretenden Symptome werden als Prüfsymptome gewertet (Bayr 1979, Möllinger 2000)

- Alle neuen, ungewohnten Symptome
- Symptome, von denen der Prüfer überzeugt ist, dass sie „nicht zu ihm gehören“
- Intensive, länger anhaltende und wiederkehrende Symptome
- Symptome, die im zeitlichen Zusammenhang mit der Arzneimittelaufnahme auftreten
- Deutliche Verstärkung oder Wiederauftreten oder Abschwächung oder Heilung bekannter Symptome ohne sonst erkennbaren Grund
- Ein bestehendes Symptom verschwindet nach Einnahme der Prüfsubstanz (Heilung)

Von den Prüfern wird für jedes Symptome angegeben, inwiefern es den Kriterien für Prüfsymptome entspricht.

2.6 Zielkriterien

Ziel der Studie ist es herauszufinden, ob die in der HAMP erprüften Symptome spezifisch für das geprüfte Mittel sind. Primäres Ziel ist die Zuordnung von drei identifizierbaren Symptomgruppen zu den beiden Arzneimitteln resp. Placebo. Die Nullhypothese besagt, dass sich die Zuordnung der Symptome zu Arzneimittel 1, Arzneimittel 2, Placebo im Rahmen der statistischen Wahrscheinlichkeit bei Zufallszuordnung bewegt. Bei Widerlegung der Nullhypothese werden durch den Studienleiter bzw andere verblindete homöopathische Fachleute überzufällig häufig Symptome und Medikamente bzw. Placebo richtig zugeordnet.

Nebenzielkriterium ist die relative Häufigkeit arzneitypischer Symptome pro Gruppe. Die Nullhypothese besagt, dass die Häufigkeit für das jeweilige Medikament typischer Symptome in beiden Gruppen gleich häufig ist.

Zweites Nebenzielkriterium ist die relative Häufigkeit arzneitypischer Symptome je Medikament resp. Placebo. Die Nullhypothese besagt, dass die Häufigkeit der für das jeweilige Medikament typischen Symptome bei beiden Medikamenten und Placebo gleich ist.

Drittes Nebenzielkriterium ist die Häufigkeit und Qualität der erprüften Symptome in den beiden Prüfgruppen. Die Nullhypothese besagt, dass Häufigkeit und Qualität der Symptome in der erfahrenen und der unerfahrenen Prüfgruppe sich nicht unterscheiden.

2.7 Auswertung

Die Auswertung basiert auf den Aufzeichnungen in den Prüfprotokollen. Die einzelnen Symptome werden den Hauptrubriken gemäß dem Kent'schen Repertorium (Kent 1993) resp. der heute gebräuchlichsten Variante Repertorium Synthesis (Schroyens 1998) zugeordnet. Außerdem werden Intensität, Seltenheit und Modalitäten berücksichtigt (Kent 1993). Der Studienleiter untersucht die Symptome hinsichtlich der Zuordnungsmöglichkeiten zu einem der beiden Mittel oder Placebo.

Die Auswertung erfolgt nun auf drei verschiedene Weisen.

1. Auswertung komplett verblindet. Durch Analyse der dokumentierten Symptome soll der Prüfungsleiter herausfinden, welches Medikamentenpaar aus der Liste der ursprünglich 21 Medikamente eingesetzt wurde. Nachdem sich der Prüfungsleiter für zwei Medikamente entschieden hat, werden sie
2. erneut dem Prüfungsleiter vorgelegt. Er erfährt nun, welche Medikamente aus der Liste der ursprünglich 21 Medikamente eingesetzt wurden, weiß aber noch nicht, welcher Prüfer welches Medikament oder Placebo erhielt. Anhand der Symptome jedes einzelnen Prüfers ordnet der Prüfungsleiter zu, welches der beiden Medikamente oder Placebo vom jeweiligen Prüfer eingenommen wurde.
3. Für jeden Prüfer wird die Summe der für Arznei A oder Arznei B typischen Symptome ermittelt. Die Summe der für A und B typischen Symptome wird über alle Prüfer aufsummiert. Es wird untersucht, ob in der Gruppe, die A bekommen hat, mehr A- als B-typische Symptome aufgetreten sind und umgekehrt, ebenso mit Placebo.

2.8 Vorzeitiger Studienabbruch

Bei unerwünschten Nebenwirkungen oder Zuständen, die die Weiterführung der Studie durch den betreffenden Prüfer aus Sicht des Studienleiters nicht erlauben, erfolgt der Studienabbruch. Bei interkurrenten Erkrankungen sowie bei Einnahme eines allopathischen Medikamentes erfolgt ebenfalls der Studienabbruch. Zustände, die zum Studienabbruch führen, müssen von den Prüfern umgehend dem Studienleiter mitgeteilt werden. Der Studienleiter muss den Supervisor sofort über den Studienabbruch unterrichten und den Grund für den Studienabbruch dokumentieren.

Medikamentenliste

Aus der folgenden Liste wurden zwei Mittel per Zufall ausgewählt. Insgesamt wurden 21 Arzneimittelabfüllungen hergestellt, und zwar je 7 mit Verum 1, Verum 2 und Placebo.

Mineralisch	Pflanzlich	Nosoden
Calcarea silicata	Zingiber officinale	Scarlatinum
Ferrum muriaticum	Echinacea angustifolia	Influenzinum
Magnesium sulfuricum	Rheum palmatum	Poliomyelitis
Lithium carbonicum	Ranunculus sceleratus	Borrelia
Natrium arsenicosum	Taraxacum officinale	FSME-Nosode
Tellurium	Phellandrium aquaticum	Diphtherinum
Radium bromatum	Calendula officinalis	Tetanotoxin

Literaturverzeichnis

1. Bayr G: Arzneimittelprüfung. In: Schramm, Stübler u.a.: Homöopathie in der Diskussion. Leer: Verlag Grundlagen und Praxis, 1979.
2. Bleul G: Die Arzneimittelprüfung am Gesunden. In Bleul G (Hrsg): Weiterbildung Homöopathie, Band A: Grundlagen der Homöopathischen Medizin, DZVHÄ 1999. Stuttgart: Sonntag Verlag, 1999.
3. Hahnemann S: Organon der Heilkunst, 6. Auflage, 1842. Nachdruck Heidelberg: Haug Verlag, 1999.
4. Kent JT: Repertory of the Homoeopathic Materia Medica. Nachdruck 6. Auf., New Delhi: Jain Publishers, 1993.
5. Möllinger H: Fortlaufende, wissenschaftliche HAMP. AHZ 2000; 245: 3–19.
6. Schroyens F (Hrsg): Synthesis – Repertorium homoeopathicum syntheticum, 7. Aufl. Greifenberg: Hahnemann Institut, 1998.
7. Sherr J: The Dynamics und Methodology of Homoeopathic Provings. West Malvern: Dynamis Books, 1994.
8. Walach H, Hieber S, Ernst-Hieber E: Effects of Belladonna 12 CH und 30 CH in: healthy volunteers. A multiple, single-case experiment in randomisation design. In: Bastide M (Ed.), Signs and Images. Dordrecht: Kluwer 1997: 215–226.
9. Walach H: Methoden der homöopathischen Arzneimittelprüfung Teil 1: Historische Entwicklung und Stand der Forschung. In: Bühring M, Kemper FH (Hrsg): Naturheilverfahren und Unkonventionelle Medizinische Richtungen, Loseblattsammlung. Springer Verlag 1999.

Ergebnisse der DZVHÄ–Konsensuskonferenzen HAMP

Gerhard Bleul (Bad Camberg, D)

Von 1998 – 2000 wurden 4 Konferenzen mit insgesamt 31 Teilnehmern durchgeführt, die allgemeine Kriterien für homöopathische Arzneimittelprüfungen festlegten. Der gesamte Text enthält die folgenden Gliederungspunkte und ist als Band 1 der InHom Schriftenreihe veröffentlicht.

- 0 Vorbemerkung
 - 1 Definition
 - 2 Ziel der Arzneimittelprüfung
 - 3 Prüfarznei (Auswahl, Dokumentation, Potenz(en))
 - 4 Ethische Aspekte, juristische Anforderungen
 - 5 Auswahl und Qualifikation der Prüfungsleiter und Prüfärzte
 - 6 Auswahl und Qualifikation der Probanden (Einschluss- und Ausschlusskriterien, Zusammensetzung der Prüfgruppe)
 - 7 Prüfdesign (Prüfplan, Verblindung, Placebo–Kontrolle)
 - 8 Prüfungsablauf (Einweisung und Untersuchung der Probanden, Kommunikation während der Prüfung, Vorlaufphase, Einnahmeregeln, Ende der Beobachtungszeit, Protokollieren der Prüfung, Erkennen und Differenzieren von Prüfsymptomen)
 - 9 Auswertung
 - 10 Abschlussbericht der Prüfung
 - 11 Übernahme von Prüfsymptomen in Repertorien
- Dokumentationsbogen

Political Tasks of the ECH



Ton Nicolai (Rotterdam, NL, ECH President)

1. Introduction

Homeopathy is being increasingly recognised as a potential asset to European health care. Resolutions on non-conventional medicine have been adopted by the European Parliament and the Council of Europe, EU Directives oblige the Member States to register homeopathic medicinal products, homeopathic medicinal products are being included into the European Pharmacopoeia, research in homeopathy has been included into the official European Commission's research programme. This development at the European level and the consequent harmonisation of national regulations compel the national homeopathic associations and individual doctors to focus more and more on the European context.

2. ECH objectives for the future

It is obvious to most people that in the future homeopathy needs to be considered as a full-fledged branch of medicine, fully integrated into European healthcare. This implies that it needs to (a) have University chairs, (b) be introduced into the undergraduate medical, veterinary, dental or pharmacy curriculum, (c) be introduced into the specific training for General Medical Practice, and (d) be recognised as a formal qualification in specialised medicine.

This goal can only be achieved step by step. For the short term clear targets have to be aimed at. That means internal targets, i.e. focused on the professionalisation of homeopathy itself as well as external targets, i.e. contacts with other European organisations aimed at integration into European health care.

When it comes to the role the ECH is to play in this process, in principle the tasks of the ECH should include everything in the field of

homeopathy that can be more appropriately dealt with at a European level than at the national level. These tasks will be elaborated upon below.

2.1. Internal targets

Internal targets are, in fact, all targets connected with raising and ensuring the quality of homeopathy. This is in the interest of both health care providers and patients. In addition, only if quality is ensured the authorities will be inclined to take homeopathy seriously and take the required legislative measures to establish homeopathy as a full-fledged branch of medicine.

This implies harmonisation and establishment of European teaching standards for the homeopathic profession and requirements for registration: i.e. training level, minimum amount of homeopathic and general Continuing Medical Education (CME), code of professional conduct, etc.

Apart from our case-taking and case-analysing skills, the materia medica and the repertories are our most important tool in the care we provide to our patients. That implies that the quality of these tools should be ensured. Homeopathy should be based on reliable materia medica and repertories, which implies reliable homeopathic pathogenetic trials (HPTs or provings), reliable HPT symptoms, and accurately verified symptoms. Therefore, professional standards for HPTs, clinical verification of symptoms, data-collection etc. can be considered as political targets as well.

2.1.1. Education

A three-level educational programme is being developed.

- level 1 training (basic foundation) which is appropriate for doctors who wish to understand the basic principles of homeopathy. This programme can also be used to familiarise undergraduate medical students with homeopathy.

- level 2 training (general medical homeopathy) which expands substantially on level 1 and equips doctors to be able to use homeopathy in primary or secondary health care, employing a wider range of homeopathic remedies as a treatment in appropriate clinical situations. This level is appropriate for doctors already qualified as a medical specialist (such as paediatrician or general practitioner). It corresponds with the current level of the ECH Basic Teaching Standards.
- level 3 training (medical speciality) which equips doctors to use homeopathy as the mainstay of their medical practice. It is becoming increasingly clear that homeopathic doctors having had a level 2 training in homeopathy need additional training to make full use of the therapeutic potential of homeopathy. The level of this specialist training is to correspond to the level of a usual medical specialist with a three-year training.

2.1.2. Quality assurance

The basic standards for a professional practice of homeopathy are described in the report "Homeopathy in Europe". The standards deal with basic training, (re-)accreditation, CME in homeopathy and general medicine, codes of conduct and disciplinary rules.

2.1.3. Quality of the materia medica and repertories

The materia medica consists of a mixture of the results of homeopathic pathogenetic trials (HPTs or provings), toxicological reports and clinical experience. The materia medica is not as accurate as required, for the following reasons:

- the quality of HPTs and the reliability of the produced symptoms are far from constant;
- it is unclear which HPT symptoms have been clinically verified;
- there are no clear criteria for the clinical verification of symptoms;

- there are no clear criteria for the inclusion of symptoms into the materia medica and repertories.

Since a considerable number of provings, on which we base our prescriptions, have methodological shortcomings, consensus should be reached on standards for high-quality HPTs. The provings subcommittee drew up the "Minimum Standard for homeopathic drug proving protocols" in 1997 and is currently working on a new, more elaborated version including the requirements for Good Clinical Practice and Standard Operating Procedures for clinical trials and a training programme for HPT supervisors.

If HPTs have shortcomings, the symptoms they have produced may be less reliable than required. In addition, HPT symptoms become only valid when consistently verified by cures, but in that case the verification criteria should be clearly established and the definition of a cure clearly formulated.

In fact we need a critical assessment of the symptoms that are listed in our materia medica and that is exactly what Klaus-Henning Gypser and his team in Germany have been working on over the last decade.

The next step, converting verified proving symptoms into repertory language, is a rigorous job that requires standards for the inclusion of verified symptoms.

The work on HPTs and clinical verification of symptoms has one of the highest priorities.

2.1.4. Data collection

Practice-based research such as prospective data collection is needed to evaluate the effectiveness of homeopathy in "real life" circumstances. There is a huge need for co-operation among the various existing data collection projects in order to create synergies and gain a valid database in a harmonised format that allows exchange and/or comparison of data. The ECH Data Collection Group has developed an international standard for data collection in homeopathic practice – available on the ECH website.

2.1.5. Standardisation and quality assurance of homeopathic remedies

The European Pharmacopoeia Commission is steadily publishing draft monographs on substances for homeopathic use, while asking all interested parties, i.e. the homeopathic community, for comments. The monographs are meant to be the European standards for the homeopathic medicines for many years to come.

Stricter European regulations as to viral (and prion) safety have major implications for nosodes and animal source material. Homeopathic pharmacists and practitioners should collaborate in submitting their opinion to the EPC about the monographs and to find solutions that meet both the governmental virus safety requirements and the homeopathic quality standards.

There is an enormous amount of information on homeopathic remedies at different documentation centres, both at the manufacturers as elsewhere. This documentation includes the information on names, synonyms, abbreviations, starting materials, manufacturing methods, references to the materia medica and pharmacopoeia monographs. Investigation is necessary into the possibilities of making this information more easily available to the homeopathic community, except for some specific competition-sensitive information.

2.1.6. Accessibility of scientific information/documentation

In the documentation subcommittee all homeopathic documentation centres in Europe work together. The International Guide on Homeopathic Documentation Resources, the Homeopathic Thesaurus are ready and available on the ECH website. The committee is currently working on a Joint Journal Holdings List, a Joint Dissertation List and a translation into German and French of the Homeopathic Thesaurus. As to the Joint Book Catalogue the possibilities of a virtual search engine are investigated. The indexing of journal articles needs more time to achieve.

2.1.7. Provision of a forum for researchers in homeopathy

The ECH mainly serves as a facilitator of communication/co-ordination/collaboration among homeopathic researchers, both in clinical and fundamental research. In order to raise the quality of research projects peer review has to be developed. In addition, the ECH is to provide information on possible European funding and facilitate contacts with European funding organisations. The ECH report "A strategy for research in homeopathy " published in 1998 is aimed at identifying different research activities in clinical and fundamental research to improve, among researchers, a systematic strategy to evaluate different aspects of homeopathy. still needs implementation.

2.2 External targets

There is a need for maintaining close contacts with institutions at the European level to ensure that the interests of the European homeopathic professionals are sufficiently taken into account. Among these institutions are the European Parliament, the European Commission, the European Drug Regulatory Authorities (EMA), the European Pharmacopoeia Commission, the joint European homeopathic manufacturers (ECHAMP), the European patients' organisations and the European doctors' organisations (CP, UEMS, UEMO), as specified below.

2.2.1. European Parliament

Intensive contacts between the national homeopathic doctors' associations and the national members of the European Parliament (MEPs) are indispensable. The ECH has a facilitating role in this lobby, by providing the national associations all necessary information. It is incumbent on the national associations to build contacts with their national MEPs.

2.2.2. European Commission

The Directorates-General most relevant for the homeopathic community are the DG for Health and Consumer Protection (SANCO) and the DG for Research.

The Health Policy Forum at DG SANCO allows representative organisations of patients, health professionals and other stakeholders, such as health care providers, to make contributions to health policy development and implementation and the setting of priorities for action. Participation to the Forum is limited to representatives of European (umbrella) organizations (at the moment about 40). The European Committee for Homeopathy is the only association in the field of non-conventional medicine that was invited to take part. It is a useful platform for mutual consultation among all participating organizations.

The sixth RTD Framework programme of the European Union (2002–2006) includes research in non-conventional medicine. Up till now the DG Research has taken the position that applications for support to evaluate complementary therapies will be judged case-by-case on their own merits, in competition with other (mainstream) applications. A major problem here is that the experts used for examining research proposals lack the relevant expertise in non-conventional therapies and their specific research methodology. Therefore, the ECH asked European researchers to apply for the post of expert. The list of 683 disciplines used by the European Commission in the application forms for external experts does not include any non-conventional therapy, but officials have confirmed they are about to include non-conventional medicine as well.

Clearly, closer contact between ECH and European Commission officials would better serve the cause of homeopathy in general and homeopathic doctors/vets in particular.

2.2.3. European Pharmacopoeia Commission

The European Pharmacopoeia Commission (EPC) at the European Directorate for the Quality of Medicines (EDQM) in Strasbourg is steadily working on homeopathic monographs for the European Pharmacopoeia. Without doubt, closer contact between ECH and EPC/EDQM will ensure that the standpoint of homeopathic doctors is more properly taken into account. In this field the position of homeopathic practitioners should be as important as the position of the homeopathic manufacturers. Co-ordination between ECH and the homeopathic pharmaceutical industry is indispensable. The ECH is setting up a group of experts to discuss the draft monographs and to submit their position to the EPC.

2.2.4. European Drug Regulatory Authorities (national and European/EMA)

The national Drug Regulatory Authorities deal with national regulations of homeopathic remedies (national registration, viral safety requirements etc.). Contacts between ECH and the Drug Regulatory Authorities ensure that the standpoint of homeopathic doctors is properly taken into account. In addition, any EMA regulations that may affect homeopathic medicines should be monitored. In this field co-operation with the homeopathic manufacturers is of great importance.

2.2.5. European homeopathic manufacturers (ECHAMP)

The large majority of the European homeopathic manufacturers are united in ECHAMP. Co-operation between ECH and ECHAMP is to ensure that, if possible, the positions of the homeopathic industry and of the homeopathic doctors are aligned to each other. This is particularly essential in areas such as pharmacopoeia monographs, registration requirements of homeopathic medicines, and documentation of homeopathic medicines.

2.2.6. European patients' organisations

A European patients' organisation is being established. Since there is a strong demand for homeopathy among the general public, the patients' voice must be louder and close contacts with this organisation are indispensable.

2.2.7. European Doctors' organisations (CP, UEMO, UEMS)

The ECH is in contact with the Standing Committee of European Doctors ("Comité Permanent"), the European organisation of all national medical associations in Europe. Some of their national members, namely those in Austria, France, Germany, Italy and Switzerland have officially recognised homeopathy. Other members, such the medical associations in the UK and Spain tend to be favourably disposed towards homeopathy. Within the Standing Committee there is still considerable resistance against homeopathy, especially on the part of Scandinavian doctors.

3. Conclusion

The time is ripe for homeopathy being integrated into European healthcare. We, the community of practitioners and other experts in homeopathy, need steady and concerted action in the above-mentioned areas to achieve this objective.

Research on Homeopathy in Europe – Linking and Supporting the Daily Practice

Michel van Wassenhoven (Brussels, B)²

Previous achievements of the ECH Research subcommittee

Until a short time ago among homeopathic researchers there was no common strategy or structured framework following a step-by-step procedure to evaluate homeopathy. Therefore, in 1997 the European Committee for Homeopathy (ECH) published its report “**A strategy for research in homeopathy** – Assessing the value of homeopathy for health care in Europe”. The aim of this ECH report was to identify different research activities in clinical and fundamental research to improve, among researchers, a systematic strategy to evaluate different aspects of homeopathy. This report can be considered to be the common view of all homeopathic researchers in the European Union.

One of the main objectives of this report is not only to prove homeopathy by effectiveness studies, but also to improve it by trying to understand and evaluate its therapeutic success (or failure) in daily practice. Apart from efficacy, important questions concerning safety, mechanism of action, the value of different therapeutic strategies and costs have to be investigated systematically.

The report concludes that **clinical studies** on the treatment outcome, cost-effectiveness and safety of homeopathy, as well as **basic research** on the mechanism of action of homeopathy and other scientific research on homeopathy should evaluate the homeopathic approach of treatment.

In general, research consists of a gradual hierarchical approach from gathering uncontrolled observational knowledge up to controlled causal studies. In their approach to demonstrate the value of homeopathic therapy and to increase the knowledge of homeopathy,

² Co-ordinator of the ECH Research Subcommittee

European homeopathic researchers wish to concentrate on a number of research fields extending from retrospective and descriptive studies to randomised clinical trials. The aim is to identify areas where homeopathy offers particularly effective treatment to the patients.

The following **steps of research** can be distinguished:

1. Daily registration in homeopathic practice
2. Selecting “good” diagnoses and/or remedies (successful groups of patients)
3. Testing these findings in a series of research
 - from retrospective to prospective studies
 - from open to randomised controlled studies (including time-series designs)
 - from the initiation of new trials to the replication of well-performed clinical trials
 - of sound methodology.

In addition to these steps up to relevant clinical trials, research on other aspects of homeopathy should be stimulated including their **economic evaluation**. There is some evidence that homeopathy may offer good “value for money”, but this evidence is scattered and does not prove the contention that homeopathy can reduce the consumption of scarce health care resources. Therefore, besides research on the efficacy and effectiveness of homeopathy, a programme for the economic evaluation of homeopathy needs to be initiated and implemented.

An impediment to the acceptance of homeopathy which often is cited by opponents is the lack of a scientific basis and the absence of a theoretical model for homeopathy. In order to improve our knowledge of the fundamental basis of homeopathy (the similia principle and the specific preparation of remedies) and to increase the understanding of the working mechanism of its remedies, **fundamental research** is a prerequisite.

With the necessary funding the community of homeopathic researchers is obliged to provide an ever-increasing research base to show **clinical effectiveness and cost-effectiveness** of homeopathy. This will definitely give homeopathy its deserved place in European health care.

Economic evaluation of homeopathy

Cost-effectiveness is an integral part of health care policy influencing both medical and administrative decisions. As in conventional medicine, a gradual approach is considered to be needed as described below:

Stage 1. Early economic evaluation / mapping the area

The objective of this stage is to assess homeopathy's potential to offer value for money. Main aspects are:

- Reviewing literature systematically.
- Stating in which areas conventional medicine is not completely effective and mapping this “effectiveness gap” compared with the efficacy and effectiveness of homeopathy. This will allow to identify the areas where homeopathy is most likely to offer value for money.
- Studying public and private health insurance systems in different European countries to identify suitable models for investigating health economic aspects of incorporated (or needed) insurance policies for homeopathy.

Stage 2. Maturing economic evaluation

The objective of this stage is to identify parameters to which the cost-effectiveness of homeopathic treatment is most sensitive by means of pilot studies and sensitivity analyses. The main aspects are:

- Focussed, uncontrolled studies in the most promising areas.
- Retrospective and prospective studies in collaboration with private or

public health insurance companies.

- Sensitivity analyses regarding uncertain parameters and using analytical modelling techniques.

In the final stages of economic evaluation, clinical and economical data can be obtained from mono- and multi-centre randomised trials to explore the cost-effectiveness of homeopathy when used in routine clinical practice. However, in the coming five years, the emphasis should be placed on the stages 1 and 2 as described above.

Fundamental research

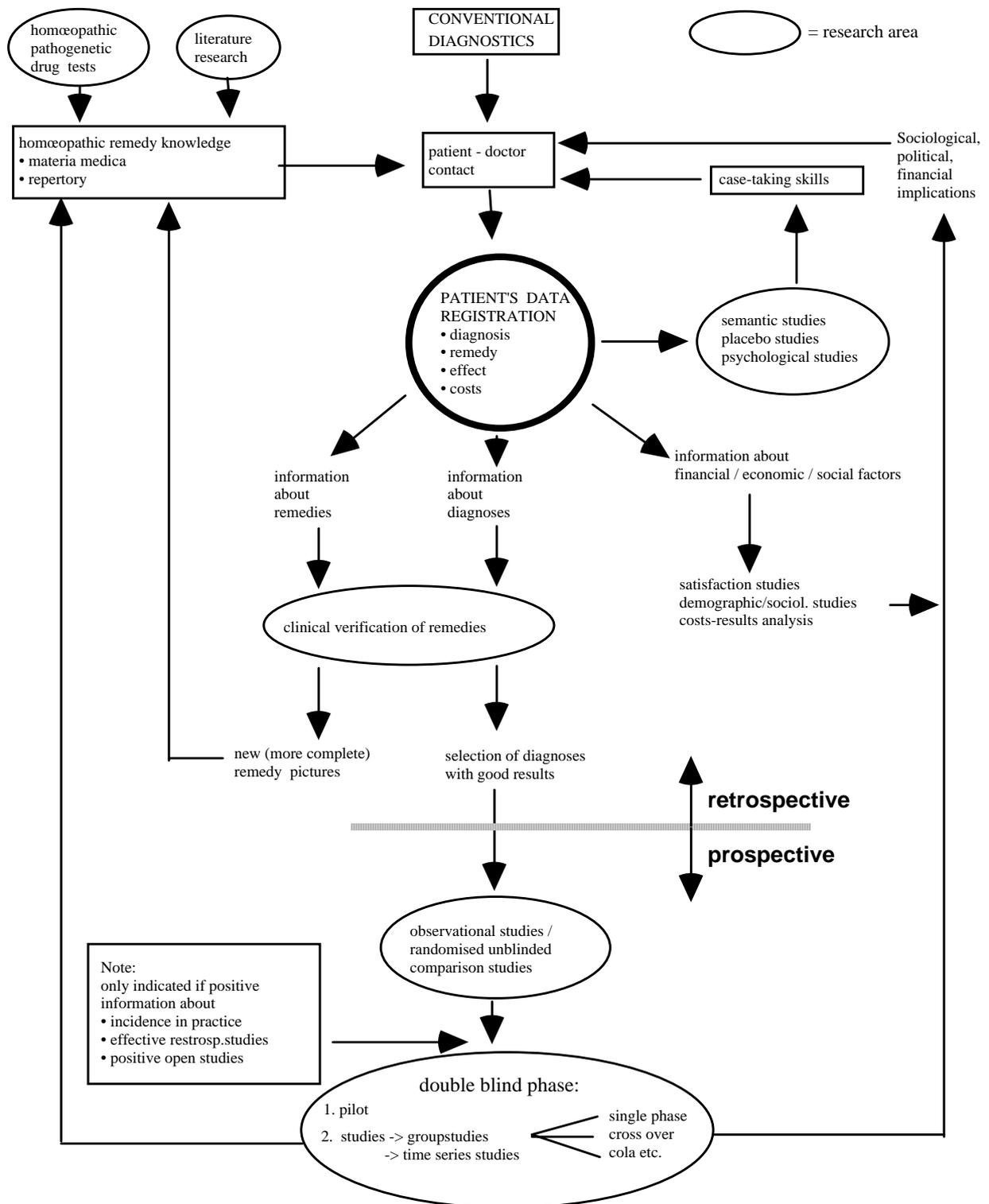
Fundamental research is needed to improve our knowledge of the fundamental basis of homeopathy (the similia principle and the specific preparation of remedies) and to increase the understanding of the working mechanism of its remedies.

In the following figure three cycles of confirmation can be distinguished.

- The main axis (central, vertical) is the proposed step-by-step procedure for clinical research from registration to randomised controlled trials.
- The left cycle shows the clinical confirmation of our knowledge of homeopathic remedies, leading to a more complete knowledge of them.
- The right part shows the cycle for financial, economic or social factors.

All three cycles have their feedback on the patient-doctor contacts, improving future outcomes.

Figure 1: A strategy for clinical research (Koster, 1997)



Other priorities

- From a socio-economic view the following studies are needed:
 - Demographic studies (Who goes to see a homeopathic doctor and why?)
 - Studies on satisfaction and quality of life
 - Economic evaluation of homeopathic health care (cost-effectiveness)
- Homeopathic pathogenetic trials (provings) are necessary to improve the knowledge about existing homeopathic remedies and the quality of homeopathic treatment but also to widen the range of remedies used.
 - A “gold” standard for this kind of trial has to be developed.
 - Different compounds need testing and retesting.
 - Toxicology studies have to be carried out and a database has to be developed.
- The development and, where possible, the introduction of homeopathy into the livestock farming sector would be particularly important regarding the protection of consumers from pharmacological residues in animal products and better conditions for livestock currently being reared.
- Various phenomena described within homeopathy such as initial aggravation, syndrome shift, disease substitution and placebo effects need further research.

Strategic starting points in future

- Until now, the Clinical Research Subcommittee mainly works for communication, co-ordination and collaboration between homeopathic researchers.
- The last General Assembly of the ECH decided that more working groups for particular topics should be founded.
- There should be less emphasis on coming together (which generally tends to be expensive, unproductive, and mainly serves a social purpose) and more emphasis on ‘virtual’ meetings on an ongoing basis.

Actual Priorities

- Promoting communication and collaboration between researchers by providing basic information about who is involved in which projects. The main instrument for this should be the ECH website.
- Promoting common standards and good practice in homeopathic data collection.
- Founding more working groups of dedicated experts focussing on particular topics.
- Providing a platform for discussion and presentation of research projects and disseminating the main results to the whole homeopathic community.
- Providing information about possible European funding of research projects. Again, the ECH website should be the main instrument for this purpose.
- Maintaining/promoting contact with relevant external organisations/bodies.
- Networking among researchers to increase collaboration, share experience and expertise.
- Developing peer review of research projects, so that projects can be reviewed by supportive experts before being submitted for funding by European or other funding bodies. For this purpose the existing British Homeopathic Journal database will be used (rather than developing a reviewer database from scratch).
- Increasing collaboration between other ECH subcommittees (especially provings, pharmacology, documentation).

ECH website facilities for research

- Promoting communication and collaboration between researchers by providing basic information about who is involved in which projects. A list and description of the ongoing studies will be updated regularly. The statements of the sub-committee documentation

“data collection in homeopathic practice”; Homlnt R&D Newsletter 2/1999) should be taken in consideration. Websites:

<http://members.tripodnet.nl/calcare2/>

(forum of the clinical sub-committee)

datacolforum@yahoogroups.com

or <http://groups.yahoo.com/group/datacolforum>

- The ECH website shows the main ECH data as a ‘core’ and provides links to an extensive list of other websites that keep relevant information about ongoing research.
- The ECH council is sponsor of the CLIFICOL Project (Clinical File Data Collection – Homeopathia Internationalis). with 6.000 Euro within a total budget of 32.000 Euro in 2002. It will build up an international data bank of computerised patient’s files for further research and is accessible to all interested European homeopathic data collection groups of members of ECH. Every 3 months a progress report will be addressed to the council by the person in charge of the Data Bank Committee’s, Dr Carlo Rezzani. The clinical verification of symptoms from homeopathic provings, over and above a collection of clinical symptoms without proving is also a priority. It is needed for improving homeopathy (and their repertories) and for the documentation of our remedies for the registration process occurring all over Europe (European directives about homeopathic medicines)³.

Funding and facilitating research

- A booklet with the description of 100 acute remedies written by the Belgian pharmacy group will be published and sold to and by pharmacists. Benefits will be dedicated to funding research in the country participating in this project. Available today: French, Dutch and English versions. Projected: German, Spanish and other

³ BHJ 2000: Clinical Verification of Symptoms from Homeopathic Proving over and above a Collection of Clinical Symptoms without pathogenetic proving. An invitation for co-operation. Dr. Simonne Fayeton (France) - Dr. Michel van Wassenhoven (Belgium) & Working Group «Clinical verification of symptoms» of the European Committee for Homeopathy.

versions. The collected money will be dedicated to harmonized European research projects between the concerned countries. The real aim of the Research Sub-committee is to improve homeopathy, not only to prove homeopathy as effective. Research projects must be in accordance with this ECH statement.

- Political actions support funding research by the European authorities.

Developing standards and defending clinical research proposals

- In the last years several research projects only considered “good” homeopathic results for some diagnosis without preliminary studies about needed homeopathic inclusion criteria.⁴ As a standard for clinical homeopathic research we promote the idea of a previous open survey on the daily practice of the homeopathic MDs and a randomised comparison study later on. In our perspective, all chronic diseases can be successfully treated by homeopathy (in general children answer better and faster to the homeopathic treatment). The question should not be “who is most successfully treated by homeopathy?” but “which patients with which diseases are most successfully treated by homeopathy?”, “which homeopathic concept is the best approach for these patients?” and “how much time is needed to get success for most of the patients of a group?”
- The selection of a patient’s group, before randomisation, should not only be based on the disease but also on other parameters linked to homeopathic practice.
- We also have to consider the prevalence of spontaneous healing. For example, studies on non complicated otitis media indicates 85% of spontaneous healing, the probability to show a difference between different groups is very little (even for the strongest antibiotics) and this problem would not be addressed for research in homeopathy as the only inclusion criteria.

⁴ BMJ - 2 March 2002: Results of a Homeopathic treatment in asthma caused by skin dust allergy. Use of an isopathic treatment. and: Berlin study on migraines.

- Our expertise (see before) on elaborating research projects which are good or acceptable for the EU authorities is proposed as a second step to help with writing the proposals.
- The next step was missing previously and explains the rejection of many proposals by the EU authorities. Without own experts inside the EU reviewing committees the possibility of having accepted a proposal for funding is very low.

This is the list of ECH experts for the EU:

NAMES	Nat.	Qual.	Confirmation EU
Madeleine BASTIDE	F	Pr Ph	
Jacques BENVENISTE	F	BIOL	
Gerhard BLEUL	D	MD	
Mary GOOCH	UK	LIBR	
Dick KOSTER	NL	MD	yes
Jürg MÜHLEMANN	CH	MD	
Marco RIGHETTI	CH	MD	
Alma RODRIGUEZ	I	MD	
Elio ROSSI	I	MD	EE19982B03006
Robert A. van HASELEN	NL	MD	
Michel van WASSENHOVEN	B	MD	EE19982A00068
Harald WALACH	D	PhD	

Basic research activities

- For this area, ECH decided to collaborate tightly with the GIRI (Groupe International de Recherche sur l'Infinitésimal) created by Prof. M. Bastide. The basic research sub-committee also uses a web site including a forum for researchers: www.giriweb.com.

- A subgroup about literature review is waiting for the results of the joint work between Roel van Wijk and InHom Köthen.
- Priority has been given to veterinarian research. It could “prove” homeopathy easier than human research (it is possible to recruit a large number of subjects, the homeopathic treatment is relatively simple, animals with a short life time period mean a short period of investigation). A student from the “Maison d’Alfort” (a veterinary school in France) has started to help our sub-committee with funds, documentation and scientific support by literature review. Two studies have been performed on chicken (homeopathic treatment of stress) and sows (hormonal regulation by homeopathic treatment). Pilot phases at the end of 2001 and a presentation during the GIRI meeting in Monaco (October 2002).
- For the collaboration with Moscow, Professor Cambar (president of the GIRI) is evaluating the feasibility for a scientific collaboration financed within the **INTASS** programme. Out of Europe, we are recognised by different authorities, we are nominated as experts for the **Swiss National Science Foundation** and I myself was already asked for the evaluation of research proposals about NRP Antibiotic Resistance (and homeopathy, of course). We are part of the **USINE** project (University Start-up of International Entrepreneurs).
- Results of inter-university laboratory research are regularly published during GIRI meetings and published in peer-reviewed journals.

The more recent statistical meta-analyses by Boissel (1996; part of the study by the European Commission Homeopathic Medicine Research Group, see below) and Linde (1997) also concluded that the clinical effects of homeopathy can not be ascribed to placebo effects.

In June 1999 the final report ‘**COST⁵ Action B4 – Unconventional medicine**’ and its supplement was presented to the European Commission. The report states that, “although overall the available

⁵ COST (= Co-operation in Science and Technology is a framework for scientific and technical co-operation, allowing co-ordination of nationally funded research on a European Union level) comprises all EU Member States and 13 other European countries. COST-B4 relates especially to co-operation of research activities on the medical, cultural, psychological, legislative and economic aspects of non-conventional medicine.

clinical trial evidence suggests that homeopathy can have an effect over placebo, this evidence is not (yet?) compelling”. This comprehensive report identifies common recommendations for basic and clinical research, constraint analysis, education and training, ethics and safety. It includes (a) guidelines for high-quality research in complementary medicine, (b) an overview of the currently conducted research projects, and (c) a section containing all relevant basic research literature (not an audit). The report has set out to demonstrate what is in the best interests of European citizens regarding the use of non-conventional medicine within health care delivery in Europe.

One of its recommendations is to establish an independent “European Healthcare Office” in collaboration with experts from conventional or unconventional medicine to (a) recommend guidelines for research in unconventional medicine, and (b) consider a pan-European strategy to help with training of researchers. In addition, they suggested a “pan-European advisory group on healthcare options in unconventional medicine” to (a) provide reliable scientific information and (b) offer practical research and education advice. The management committee recommends that (a) new European research programmes and initiatives should be developed and that (b) consideration should be given to funding of unconventional medicine research. The Commission has not yet implemented these recommendations.

Next meetings of ECH research groups (or groups linked to ECH):

Les Entretiens Internationaux de Monaco: GIRI meeting on Friday 4th of October 2002, Open meeting on Saturday 5th and Sunday 6th of October 2002. info@entretiens-internationaux.mc (Fundamental research).

General Assembly ECH and research sub-committee meeting: from 8th of November 2002 until 10th of November 2002. info@homeopathyeurope.org (All research activities together).

Similia Principle and Primary and Secondary Drug Action

– An intriguing hypothesis based on cell communication explaining homeopathic healing

Andrea Signorini and Paolo Bellavite

Zusammenfassung

Die Erst- und Nachwirkung von Arzneimitteln kann auf der Ebene der Zellen und ihrer Rezeptoren gezeigt werden.

Summary

The primary and secondary drug action can be shown on the level of cells and their receptors.

In the last decade mainstream pharmacology has reached a deeper knowledge of the mechanism of action of conventional drugs and something is changing in the well-known 'key - lock' metaphor. Some investigations seem to demonstrate

- that the 'key' arranges its external configuration to recognize better the 'lock' following physical-chemical forces in the proximity of the cell membrane and
- that the 'lock' is a very dynamic structure appearing and disappearing as a consequence of the most diverse stimuli, including chemical, physical and psychological ones.

Apart from cell membrane transport mechanisms (G protein complex receptor, ionic channels) and second messengers, there is a great attention now also to modification of cell sensitivity especially by the change of number and activity of agonist-specific receptors. These modifications occur continuously on membrane level as an automatic regulation both in physiological conditions (rhythmic agonist-

dependent receptor up- and down-regulation) and in condition of psychological and physical stress (marathon, examination).

Moreover, in various diseases fixed alterations of the number of membrane receptors have been thought to be responsible for the onset of disease. At last, receptor modulation seems to give an explanation for drug resistance and tolerance mechanisms during a protracted administration, so that recently the term of ‘secondary pharmacology’ has been coined. This knowledge also seems to recall the distinction between primary and secondary drug action made by Samuel Hahnemann by keen observation of the patients’ reactions to drugs.

However, these arguments could appear very distant from homeopathic phenomena if scientific research would have not discovered that receptors, at least in some cases, are sensitive also to stimuli of physical nature, not only to laser light but even to magnetic fields and that their response corresponds to sensitization (increased number and/or activity) or desensitization (decreased number and/or activity).

Our brain continuously produces, during its electrical activity, magnetic fields that can be measured now by advanced technology (MEG and MR imaging). Following Del Giudice and his theory of Superradiance in any case the rotations of the dominions of coherence informing biological water next to cell membrane could modulate the dynamic magnetic field of the cell membrane and consequently interact with transmembrane ionic flux through specific frequency-dependent effects (frequency of cyclotron).

It is interesting to note that receptor expression during adulthood may change following various hormonal or pharmacological stimuli and the change is vice versa correlated with intensity, duration and direction of the input (stimulation or inhibition), but once the stimulus exhausts its action receptors return to previous expression. On the contrary during perinatal period a stressful stimulation may permanently up- or down-regulate receptor expression, giving origin to inter-individual variability and possibly to transgenerational imprinting.

In several diseases, i.e. myocardial infarction, prostate hypertrophy, major depression and schizophrenia, insulin-resistant diabetes and metabolic X-syndrome, hypertension, migraine and breast cancer, only to mention a few of them, stable alterations of the expression of different receptors were found and in many cases the question is whether that is the primary defect.

Starting from this data base it is possible to build an intriguing hypothesis showing on which level the homeopathic similia principle is acting when the most suitable remedy is given to a patient after having considered the totality of symptoms. A reliable model should try to explain:

- a. how the biological alteration begins during an acute or chronic disease
- b. how the biological alteration transforms itself in specific and complex symptoms and which the difference is between local symptoms and symptoms due to altered homeostatic systems
- c. where the specificity of drug action may lie during an acute and chronic disease
- d. why the initial aggravation of symptoms and the return of old symptoms may appear
- e. how homeopathic healing may occur
- f. what may happen during a homeopathic proving.

Bibliography

1. Rang HP, Dale MM, Ritter JM: Pharmacology. London: Harcourt Publishers Limited, 2000.
2. Hahnemann S: Organon of the Art of Healing, 6th edition. 1921.
3. Demchenko A: Recognition between flexible protein molecules: induced and assisted folding, *Journal of Molecular Recognition* 2001; 14: 42-61.
4. Ulloa-Aguirre A, Stanislaus D, Janovick JA, Conn PM: Structure-activity relationships of G protein-coupled receptors. *Arch Med Res* Nov-Dec1999; 30(6): 420-435.

5. Donaldson LF, Hanley MR, Villablanca AC: Inducible receptors. *Trends Pharmacol Sci* May 1997;18(5): 171–181.
6. Koenig JA, Edwardson JM: Endocytosis and recycling of G protein-coupled receptors. *Trends Pharmacol Sci* Aug 1997; 18(8): 276–287.
7. Stein C: *Opioids in pain control: Basic and Clinical Aspects*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
8. Rana BK, Shiina T, Insel PA: (). Genetic variations and polymorphisms of G protein-coupled receptors: functional and therapeutic implications. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2001; 41: 593–624.
9. Gonzalez-Brito A et al.: Darkness-induced changes in noradrenergic input determine the 24 hour variation in beta-adrenergic receptor density in the rat pineal gland: in vivo physiological and pharmacological evidence. *Life Sci*. 1988; 43(8): 707–714.
10. Kafka MS et al. : Circadians and seasonal rythms in alpha- and beta-adrenergic receptors in the rat brain. *Brain Res*. 1981; 207(2): 409–419.
11. Henden T et al.: Age-associated reduction in pineal beta-adrenergic receptor density is prevented by life-long food restriction in rats. *Biol. Signals* 1992; 1(1): 34–39.
12. Yocca FD et al.: Effect of immobilization stress on rat pineal beta-adrenergic receptor-mediated function. *J. Neurochem*. 1984; 42(5): 1427–1432.
13. Bellavia SL, Gallara RV: Modification of the beta- and alpha2-adrenergic sensitivity of rat submandibular glands by environmental stimuli and stress. *Arch. Oral Biol*. 1998; 43(12): 933–939.
14. Massot O et al. : Magnetic fields desensitizes 5-HT(1B) receptor in brain: pharmacological and functional studies. *Brain Res* Mar 6;858(1):143–150.
15. Lev MH, Grant PE: Comment on: MEG versus BOLD MR imaging: functional imaging, the next generation?, *AJNR Am J Neuroradiol* Sep 2000; 21(8): 1377–87. *AJNR Am J Neuroradiol* Sep 2000; 21(8): 1369–1370.
16. Belyaev IY, Alipov ED: Frequency-dependent effects of ELF magnetic field on chromatin conformation in *Escherichia coli* cells and human lymphocytes. *Biochim Biophys Acta* 2001 Jun 15; 1526(3): 269–276.
17. Smith O: Cells, stress and EMFs. *Nat Med* 1996 Jan; 2(1): 23–24.
18. Anthonio RL et al. : Beta-adrenoceptor density in chronic infarcted myocardium : a subtype specific decrease of beta1-adrenoceptor density. *Int J Cardiol* 2000 15; 72(2): 137–141.
19. Reaveng GM: Insulin Resistance, Compensatory Hyperinsulinemia and Coronary Heart Disease. *Diabetologia* 1994;, 37: 948–952.
20. Signorini A et al.: Theoretical bases and experimental evidence for a pathophysiological model based on the reactivation of homeostatic communication. *Homeopathic Links* 2000; 13(4): 227–233.

Zwei große Beobachtungsstudien homöopathischer Behandlung

Dr. Claudia Becker-Witt⁶ (Berlin, D)

Zusammenfassung

Eine Beobachtungsstudie mit fast 4000 Patienten aus 102 homöopathischen Praxen über zwei Jahre zeigte eine signifikante Reduktion der Beschwerden. Zu 99% lagen chronische Erkrankungen vor, zu 95% war konventionell vorbehandelt worden.

Eine vergleichende Beobachtungsstudie mit fast 500 Patienten zeigte eine signifikante Überlegenheit der Homöopathie gegenüber der Schulmedizin (bei Kindern im Arzt- und Patientenurteil, bei Erwachsenen im Patientenurteil).

Summary

An observational study with almost 4000 patient from 102 homeopathic practitioners over two years showed a significant reduction of complaints. In 99% there had been chronic diseases, in 95% they had been treated conventionally before.

A comparing observational study with almost 500 patients showed a significant superiority of homeopathy versus allopathy (in children according to the judgement of doctors and patients, in adults according to the judgement of patients).

⁶ Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Universitätsklinikum Charité, Humboldt-Universität zu Berlin

Einleitung

Immer mehr Patienten nehmen homöopathische Behandlung in Anspruch. Der Behandlungsschwerpunkt der Homöopathie liegt im ambulanten Bereich. Über die Versorgung stehen jedoch nahezu keine Daten zur Verfügung. Aus diesem Grund wurden in den letzten vier Jahren an unserem Institut zwei große Studien durchgeführt, mit dem Ziel die Effektivität der homöopathischen Behandlung im ambulanten Versorgungsbereich näher zu evaluieren.

Methodik

Studie A: Prospektive, multizentrische Beobachtungsstudie bei 3981 homöopathisch behandelten Patienten (Förderung Karl und Veronica Carstens-Stiftung)

Patienten (Alter < 1 Jahr), die erstmalig einen homöopathischen Arzt aufsuchten, wurden konsekutiv eingeschlossen. Es wurden die Schwere der Beschwerden aus Patienten- und Arztsicht (Visuelle Rating Skala 1–10), sowie die allgemeine gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36/KINDL/KITA) zu Behandlungsbeginn und nach 3, 12 und 24 Monaten erhoben. Insgesamt nahmen 102 klassische Homöopathen in Deutschland und der Schweiz an der Studie teil. Alle Ergebnisse beruhen auf intention-to-treat Analysen und wurden anhand verallgemeinerter linearer Modelle durchgeführt (fehlende Werte wurden über multiple Imputationen ersetzt).

Studie B: Prospektive, multizentrische, vergleichende Beobachtungsstudie bei 493 Patienten (228 homöopathisch behandelte, 265 schulmedizinisch behandelte) (Förderung Innungskrankenkasse Hamburg)

Bei homöopathischen und konventionellen Ärzten wurden unabhängig voneinander Patienten mit folgenden chronischen Erkrankungen in die Studie aufgenommen: Erwachsene: LWS-Schmerzen, Kopfschmerzen, Depression, Schlafstörung, Sinusitis; Kinder: Allergische Rhinitis, Asthma bronchiale, Neurodermitis. Primäre Zielparameter waren die Schwere der Beschwerden aus Patienten- und Arztsicht

(Visuelle Rating Skala 1–10, Erhebungszeitpunkte 0, 6, 12 Monate). Die Analysen wurden anhand Allgemeiner Linearer Modell durchgeführt. Für Alter, Geschlecht, Schulabschluss und Erkrankungsdauer wurde adjustiert.

Ergebnisse

A) Prospektive, multizentrische Beobachtungsstudie

Von 3981 Patienten waren 2851 Erwachsene (29,% männlich, 43 ± 10 Jahre, 71% weiblich, 40 ± 12 Jahre) und 1130 Kinder (52% Jungen, 7 ± 4 Jahre, 48% Mädchen, 7 ± 4 Jahre). 99% der Patienten hatten chronische Erkrankungen bei einer mittleren Krankheitsanamnese von $10,3\pm 9,8$ Jahren. 95% von ihnen waren konventionell vorbehandelt. Die Beschwerden reduzierten sich sowohl aus Patienten- als aus Arztsicht signifikant über einen Beobachtungszeitraum von 24 Monaten ($p < 0,001$). Die Lebensqualität der Erwachsenen war im Vergleich zur deutschen Normstichprobe in der Psychischen Summenskala stärker als auf der Körperlichen Summenskala eingeschränkt. In beiden Skalen waren relevante Verbesserungen in den ersten 3 Monaten nach Behandlungsbeginn zu beobachten (p jeweils $< 0,001$). Auch im weiteren Verlauf verbesserte sich die LQ (p jeweils $< 0,001$).

B) Prospektive, multizentrische, vergleichende Beobachtungsstudie

Von 493 Patienten waren 315 Erwachsene (22% männlich, 78% weiblich, 45 ± 13 Jahre) und 178 Kinder (60% Jungen, 40% Mädchen, 7 ± 4 Jahre). Kinder, die homöopathisch behandelt wurden, verbesserten sich sowohl aus Patienten- als auch Arztsicht signifikant, verglichen mit denen, die schulmedizinisch behandelt wurden ($p < 0,01$). Erwachsene in der homöopathischen Behandlungsgruppe gaben im Vergleich zur schulmedizinischen Behandlungsgruppe eine signifikant stärkere Verbesserung an ($p < 0,01$), während die Arzteinschätzung beider Gruppen vergleichbar war. In den Gesamtkosten ließen sich keine signifikanten Unterschiede beobachten.

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse beider Studien weisen darauf hin, dass sich die Beschwerden von Patienten unter homöopathischer Behandlung bessern. Die homöopathische Therapiestrategie scheint bei bestimmten Diagnosen der schulmedizinischen Therapiestrategie gleichwertig, wenn nicht partiell überlegen.

Verifikation der Arzneimittel–Symptome bei Hahnemann

Ein historischer Rückblick mit einem kleinen Ausblick in die Zukunft

Hanspeter Seiler⁷ (Maur, CH)

Zusammenfassung

In Hahnemanns Krankengeschichten finden wir geheilte und pathogenetische (arzneibedingte) Patientensymptome in besonders typischen Fällen mittels spezieller Abkürzungen gekennzeichnet. Es lässt sich zeigen, dass Hahnemann in dieser Weise markierte pathogenetische Patientensymptome nicht nur zur Verifikation seiner Arzneimittelprüfungen am Gesunden verwendet hat, sondern auch in vermutlich recht erheblichem Umfang zur Vervollständigung seiner *Materia medica pura* benutzte, welche Möglichkeit des Vorgehens er auch im *Organon* ausdrücklich erwähnt. Ein entsprechendes, etwas erweitertes System wird auch zur weiteren Verbesserung unserer heutigen Repertorien und Arzneimittellehren vorgeschlagen.

Summary

In Hahnemann's case histories we find cured as well as pathogenetic symptoms in typical cases marked with special abbreviations. It can be shown that Hahnemann marked pathogenetic symptoms of the patient in this way not only to verify his proving symptoms of healthy people but also used them to complete his *Materia Medica Pura* in a presumably considerable extent, a possible way he explicitly mentioned in his *Organon*, too. A corresponding system, somewhat enlarged, is sug-

⁷ Dr. med. Hanspeter Seiler war Chefarzt der Bircher–Benner–Klinik in Zürich, bevor er sich in eigener homöopathisch–naturheilkundlicher Praxis niederließ.

Einige seiner bekannteren Publikationen: „Die Entwicklung von Samuel Hahnemanns ärztlicher Praxis“, „Die Weiheschen Druckpunkte“.

gested in order to improve our today's repertories and materiae medicae.



Samuel Hahnemann 1755 - 1843

Einführung

Wir befinden uns in Eilenburg im Jahre 1802. Der 47-jährige Hahnemann hat nach langen Irrfahrten und Misserfolgen in diesem kleinen Handwerker-Städtchen erstmals eine erfolgreiche Praxis aufbauen können. Seine erste Publikation über die Homöopathie, der *"Versuch über ein neues Prinzip zur Auffindung der Heilkräfte der Arzneisubstanzen"*, ist erst vor wenigen Jahren erschienen (1796). Die erste Auflage des *Organon* wird sogar erst einige Jahre später herauskommen (1810).

Neben der regen Praxistätigkeit nimmt die Forschung in Hahnemanns Leben weiterhin einen zentralen Platz ein. Vor allem befindet sich die Erforschung der Arzneimittel-Potenzen in vollem Fluss. Wie wir uns erinnern, hatte Hahnemann ja anfänglich noch pflanzliche Arzneien in kleiner, aber unverdünnter Dosis verwendet. Nun beginnt er aufgrund starker Reaktionen einzelner Patienten immer mehr mit Verdünnungen zu arbeiten, welche aber noch nicht als Potenzen erkannt sind. Diese werden ähnlich wie eine heutige Desensibilisierungsbehandlung in absteigender Verdünnungsreihe (also in Richtung auf eine höhere materielle Konzentration) verabreicht. Wie wir sehen werden, hat Hahnemann in dieser Zeit auch das Prinzip der Centesimal-Verdünnungen noch nicht entwickelt und bedient sich eines Systems komplizierter Potenzbrüche im unteren Verdünnungsbereich.

Auch die Arzneimittellehre ist erst im Aufbau begriffen: Lediglich in der oben erwähnten Publikation sind einige wenige und rudimentäre Arzneimittelbilder publiziert worden, der erste Band der *Reinen Arzneimittellehre* wird erst 1811 erscheinen. Hahnemann führt an sich selbst und an seiner Familie fleißig Arzneimittelprüfungen durch, benutzt aber – wie wir noch sehen werden – im großem Umfang auch seine klinischen Erfahrungen.

Diese Möglichkeit der klinischen Erweiterung und Verifikation des Arzneimittelbildes einer Heilsubstanz hält er im *Organon* ausdrücklich fest (§ 142):

"Wie man aber selbst in Krankheiten, besonders in den chronischen, sich meist gleichbleibenden, unter den Beschwerden der ursprünglichen Krankheit einige Symptome der zum Heilen angewendeten, einfachen Arznei ausfinden könne, ist ein Gegenstand höherer Beurteilungskunst und bloß Meistern in der Beobachtung zu überlassen."

In einer Anmerkung fügt Hahnemann an, dass es sich bei den für das Arzneimittelbild verwendbaren Symptomen um vorher vom Patienten nie bemerkte oder zumindest seit langer Zeit nicht mehr beobachtete Symptome handeln müsse. Zudem werden wir nun gleich sehen, dass Hahnemann auch geheilte Symptome als praktisch wohl wertvollste Verifikation eines Arzneimittelbildes genau registrierte.

Der Fall Ledel

Betrachten wir einen konkreten Fall aus Hahnemanns Eilenburger Praxis. Es handelt sich um einen männlichen Patienten namens Ledel, von welchem leider weder Alter noch Beruf festgehalten sind. Nach heutiger Diagnostik litt der Patient wahrscheinlich an einem Magenulcus oder zumindest an einer chronischen hyperaziden Reizgastritis. Auch die Konsultationsdaten sind in den frühen Krankenjournalen Hahnemanns leider nicht festgehalten, die Erstuntersuchung dürfte aber Mitte oder Ende Juni 1802 stattgefunden haben.

Wie wir in Hahnemanns Eilenburger Krankenjournal erkennen können, trug Hahnemann seine Patienten in ein kontinuierlich geführtes Journal ein, er kannte die als individuelles Dossier geführte Krankengeschichte also noch nicht.

Hahnemanns Eintrag zur Erstkonsultation lautet:

"Ledel: Oft saures Aufstossen. Von Kohl, Sauerkraut pp (= postprandial = nach dem Essen). Ehedem /vor 1 Jahre/ wühlen über dem Nabel (eine Stelle die äusserlich berührt weh tat) dann Uebergeben Säure und dann Speisen xx (x x = unleserliche Streichung) und so Brechen bis alles heraus war und Durst drauf,

kalter Schweiß, und grosse Mattigkeit und decubitus (= Hinfälligkeit). (Kein Kopfschmerz)."

Als Randnotiz beim Symptom "Übergeben Säure" finden wir den Ausdruck "tandem" (= endlich, zuletzt, doch endlich), darunter die Notiz "(Caps!)". Die Bedeutung dieser Anmerkung wird aus dem folgenden Text hervorgehen. Weiter notiert sich Hahnemann:

"Diess ist durch einen bittern Thee vertrieben, aber die Säure nicht. Früh wenn er aufwacht Engigkeit um den Magen /und über die Brust/, dass er nicht imstande ist wieder einzuschlafen und muss sich von einer Seite zur andern wenden – auch am Tage beim Stehen und Odem hohlen /vorzügl. nach dem sauern Aufstossen/. Immer schleimig im Munde. In der Nacht Kitzeln in der Kehle, davon kurzer Husten und Schleimauswurf. Wenig Essen weil der Magen gleichsam voll xx und kein Hunger da wäre. Nach dem sauren Aufstossen immer Husten /und Engigkeit/. Geniesst er etwas so kömmts Brennen in den Füßen, dass er sie aus dem Bette legen muss. Verstopfte Nase besonders im Liegen und der warmen Stube." Verordnung: "(Unzenzeichen)V + 2/1.200m Nux et 8 Conch."

Kommentar: Der Patient erhält also Nux vomica, wahrscheinlich in der 1/1.200.000.000, davon 2 Tropfen in fünf Unzen (= 1,5 dl) gewässertem (d. h. im Verhältnis 1:5 verdünntem) Weingeist aufgelöst. Bei fehlender Dosisangabe können wir davon ausgehen, dass das Mittel täglich in aufsteigender Dosierung eingenommen wurde. Zusätzlich erhielt der Patient wahrscheinlich acht Conchenpulver (zerriebene Austernschalen).

Die komplexen Potenzbrüche der Eilenburger Zeit entstanden durch Verdünnungsschritte außerhalb des reinen Dezimalsystems wie zum Beispiel 1:400 oder 1:300. Conchenpulver verwendete Hahnemann in dieser Zeit oft als Zusatzmedikation, bei diesem Patienten möglicherweise auch als Mittel zur Säurebindung. Später wandte er dieses Hilfsmittel nicht mehr an.

2. Konsultation (wie die meisten folgenden ohne Datum, sie dürfte jedoch etwa anfangs Juli erfolgt sein):

"Von Nux kratzig auf der Brust dass er kotzen (= husten) musste, dabei Stösse im Kopf, Zitronengeruch im Munde, salziges Schleimaufkotzen."

Als Randnotiz zu diesem Satz finden wir das auch auf unserer Fotokopie deutlich sichtbare NB (= nota bene = merke wohl), welches durchgestrichen ist. Wie aus dem Text ersichtlich ist, führte Hahnemann also zumindest einzelne dieser Symptome auf die Einwirkung von Nux vomica zurück. Aufgrund des durchgestrichenen NB können wir annehmen, dass er sich diese Symptome später zur Bestätigung oder Vervollständigung seines Symptomenregisters von Nux vomica herausgeschrieben hat.

Tatsächlich finden wir bis auf den Zitronengeschmack im Mund sämtliche der oben erwähnten Symptome in dem von Hahnemann später publizierten Arzneimittelbild von Nux vomica verzeichnet (*Reine Arzneimittellehre* [RA], Band I, 1. Auflage 1811):

- "Scharrig auf der Brust, dass man kotzen muss." (RA I, S. 109)
- "Schläge oder Stösse im Kopf." (RA I, S. 83)
- "Räuspern (Raksen) eines salzigen Schleims." (RA I, S. 96)

Wir sehen also hier bereits, dass Hahnemann diese Symptome in seiner Arzneimittellehre verwendete, wobei nicht sicher zu erkennen ist, ob es sich hier lediglich um eine Bestätigung bereits bekannter Nux-vomica-Symptome handelt oder ob Hahnemann diese Patientensymptome direkt als Primärsymptome des Mittels in das Arzneimittelbild integrierte.

Damit kehren wir wieder zu Hahnemanns Eintrag zurück:

"Gestern früh fror ihn an die Füße, war matt, musste sich hinlegen, war schläfrig. Auch heute fiel ihn das Treppensteigen schwer, dass er stehn bleiben musste."

Verordnung: "(Verat.) 6/1.200m Nux (Unzenzeichen)V. et 8 Conch."

Kommentar: Obwohl bei dem Patienten unter Nux vomica einige neue, durch dieses Mittel bewirkte Symptome aufgetreten sind, fährt

Hahnemann mit diesem Mittel fort, allerdings ohne gleichzeitige Absenkung der Potenzstufe, wie er dies in jener Zeit meist praktizierte. Jedoch wird die Dosis wie üblich weiter gesteigert, indem der Patient nun sechs statt wie vorher nur zwei Tropfen der 1/1.200.000.000-Potenz in fünf Unzen verdünntem Alkohol aufgelöst erhält. Diese Lösung war dann wahrscheinlich wieder in gleicher Weise wie die vorangehende einzunehmen. Als weiteres in Frage kommendes Mittel notiert sich Hahnemann Veratrum.

3. Konsultation (einige Tage später):

"Von Nux in der Sonnenhitze dumm im Kopfe, etwas Zitronenölgeruch aber .eniger (sicher zu ergänzen als 'weniger', Anm. d. Verf.). Noch etwas Brennen in den Füßen aller 3–4 Tage. Einmahl saures Aufstossen, diese Woche nicht. Voller Appetit nun noch besser und nun (Unzenzeichen)V + 1/12m Nux."

Kommentar: Bei höherer Dosierung von Nux vomica ist also lediglich ein weiteres, ebenfalls relativ harmloses Symptom dieses Mittels neu aufgetreten. Obwohl dieses nun nicht mehr mit einem NB gekennzeichnet ist, finden wir es ebenfalls fast wörtlich in der Arzneimittellehre verzeichnet: "Im Freien und im Sonnenschein dumm im Kopfe." (RA I, S. 82)

Der Satz "Voller Appetit nun noch besser" beweist, dass der Patient bereits auf die erste Verordnung von Nux vomica mit einer ganz erfreulichen Besserung seiner schweren, chronischen Verdauungs- und Essstörungen reagiert hat und die Heilung nach der zweiten Verordnung auf der ganzen Linie weiter voranschreitet. Deshalb senkt Hahnemann entsprechend seiner damaligen, an eine heutige Desensibilisierungsbearbeitung erinnernden Behandlungstechnik nun die Potenzstufe um einen Faktor 100 und verordnet Nux vomica in der 1/12-millionten Potenz, wovon ein Tropfen in gleicher Auflösung und vermutlich ebenfalls gleicher Dosierung einzunehmen ist.

4. Konsultation (wahrscheinlich etwa am 15. Juli):

"Von Braunkohl und Kirschen Mittags eine Stunde drauf das Wühlen in der Herzgrube. Unten in hypogastrio (= im Unterleib,

Anm. d. Verf.) Stemmen als wollte es nicht durch. Diess stieg ruckweise bis Schlafengehn, um 1 Uhr dann nach xx 3 stündig... Schlaf Erbrechen (sicher zu verstehen als 'nach dreistündigem Schlaf Erbrechen, Anm. d. Verf.). Erst Geschmack des Genossenen, dann essigsauer."

Am Rande dieses Abschnittes finden wir wiederum ein Ausrufezeichen, darunter den Ausdruck "(caps)". Die Bedeutung dieser Randnotiz wird uns dann – wie bereits erwähnt – im folgenden Zusammenhang klar werden. Weiter lautet der Text:

"Den andern Tag wühlte es noch und Mattigkeit davon. Auch ehed... (sicher zu ergänzen als 'ehedem', Anm. d. Verf.) konnte er Braunkohl nicht vertragen. Seitdem beständiges öfteres saures Aufstossen. Etwas Schauer und warmer Schweiss über und über vor dem Erbrechen. Glaubt von Möhrenkaffe zuerst das Gähren im Unterleibe und die Säure bemerkt zu haben. Von Nux borborygmi sonorae (= tönende Bauchgeräusche, Anm. d. Verf.) früh blos. An Cham. (an puls an verat)."

Verordnung: "Soda (Caps 2/1.200.000 (Unzenzeichen)I). Doch Nux non comtemnanda forsā nimis debilis et /par/ crapulam illam superata. (= Doch Nux ist weiterhin nicht zu verachten, vielleicht war ihre Wirkung nur zu schwach und wurde durch die Wirkung jenes Alkoholexzesses überdeckt. – Bei dieser Übersetzung wäre der sonst unverständliche Ausdruck 'par' als 'per' zu lesen, Anm. d. Verf.)."

Kommentar: Anscheinend nach einem Diätfehler und einem, nach Hahnemanns Schlussbemerkung zu schließen, noch wesentlich schwerer ins Gewicht fallenden Alkoholexzess ist bei weiter gesteigerter Dosierung der Krähenaugen ein ganz erheblicher Rückfall aufgetreten. Offenbar schon vorher hat der Patient aber auch ein morgendliches Bauchrumpeln als sicher durch Nux vomica verursachtes neues Symptom beobachtet. Dieses Symptom ist dann auch wieder im Arzneimittelbild der Krähenaugen zu finden:

"Lautes Kollern und Knurren im Leibe, früh (RAML I, S. 98)."

Wegen der anscheinend zu schwachen Wirkung dieses Mittels, welches er sich aber offenbar wegen der weiter deutlich in Erscheinung tretenden Ähnlichkeitskrankheit nicht noch höher zu dosieren getraut, setzt Hahnemann nun ein anderes homöopathisches Medikament ein, nachdem er zuerst die schlimmste Übersäuerung mit etwas Soda (Natriumkarbonat, ein basisches Salz, später von Hahnemann auch homöopathisch verwendet) allopathisch (d. h. durch ein den gegen- teiligen Effekt bewirkendes Medikament) dämpfen lässt. Eine durch Nux vomica bedingte Verstärkung der vorbestehenden Anfälligkeit des Patienten auf Alkohol und bestimmte Nahrungsmittel scheint er als ebenfalls denkbare Ursache dieses Rückfalles nicht in Betracht zu ziehen.

Bei dem neuen Medikament handelt es sich um das damals wie auch später eher selten verwendete Mittel Capsicum (Cayennepfeffer), das sich wie die meisten Gewürze in der Homöopathie auch therapeutisch einsetzen lässt. Der Patient erhält davon 2 Tropfen der 1/1.200.000-Potenz in einem kleinen Unzenfläschchen aufgelöst. Dosierungs- angaben fehlen, doch können wir aufgrund des Folgenden mit Sicherheit annehmen, dass das Mittel ebenfalls in täglich gesteigerter Dosierung verabreicht wurde.

Bereits etwa einen oder zwei Tage später, am 16. oder 17. Juli, bestellt sich Hahnemann dann den Patienten wieder zur Kontrolle und notiert sich anlässlich dieser 5. Konsultation:

"Sonst allemahl nach dem Früh- und Mittagsessen saures Aufstossen, jetzt nach Caps nach dem Frühstück 1/2 Stunde ein Brennen /von Magen bis/xx in die Kehle statt des Aufstossen. Borborygmi (= Bauchgeräusche, Anm. d. Verf.) weggeblieben."

Kommentar: Der stark verschlechterte Zustand des Patienten hat sich also sehr schnell deutlich gebessert. Jedoch zeigt sich bereits auch wieder eine leichte Ähnlichkeitskrankheit, indem nun statt des sauren Aufstoßens ein Brenngefühl ohne eigentlichen Reflux verspürt wird. Im von Hahnemann später publizierten Arzneimittelbild von Capsicum finden wir dieses Symptom wiederum fast wörtlich verzeichnet:

"Ein Brennen im Magen bis in den Mund, nach dem Frühstück" (RA VI, S. 67).

Hingegen sind die somit eindeutig von *Nux vomica* hervorgerufenen Bauchgeräusche nun verschwunden. Diese fast wörtliche Übernahme eines recht spezifischen Symptoms legt die Vermutung sehr nahe, dass Hahnemann hier pathogenetische (arzneibedingte) Patientensymptome direkt in seine Arzneimittellehre übertragen hat.

Nun können wir auch die anfänglich schlecht verständlichen Randnotizen "Tandem (! Caps.)" bzw. "! (caps.)" anlässlich der 1. und 4. Konsultation mit einiger Sicherheit deuten: Da das Symptom des sauren Erbrechens, zu dem diese Randbemerkungen ja gehören, nun nicht mehr aufgetreten ist, hat Hahnemann diesen offensichtlich durch Capsicum bewirkten Heileffekt vermutlich etwa Ende Juli nachträglich seinen früheren Eintragungen beigefügt: "Endlich, !(Caps.)" Nur bei dieser Interpretation lässt sich der erleichterte Seufzer "tandem (= endlich)!" verstehen.

Das einem Arzneimittel beigefügte Ausrufezeichen bezeichnet also, wie auch aus anderen Stellen in den Krankenjournalen klar hervorgeht, als Randnotiz fast mit Sicherheit ein durch dieses Medikament *geheiltes*, und nicht – wie der spätere Bearbeiter Henne unter Berufung auf eine ältere Quelle angibt – ein durch das Mittel *bewirktes* Symptom. Allerdings ist bemerkenswert, dass wir in dem später publizierten sechsten Band der *Reinen Arzneimittellehre* unter dem Arzneimittelbild von Capsicum dieses Symptom des sauren Erbrechens, dessen Heilung durch Capsicum Hahnemann hier zweimal festgehalten hat, nicht ausdrücklich verzeichnet finden. Wir finden lediglich das Symptom "Nach dem Essen, Vollheit und Ängstlichkeit in der Brust, hierauf saures Aufstossen, oder Sodbrennen, endlich dünner Stuhlgang" (RA VI, S. 66). Dieses Symptom stammt aber fast sicher nicht aus der Krankengeschichte Ledels, da das Leitsymptom des sauren Erbrechens nicht genannt ist. Durch ein Mittel geheilte Symptome hat Hahnemann also zumindest zu dieser Zeit nicht in seine Arzneimittelbilder übernommen.

Hahnemanns erleichterter Seufzer war aber noch etwas verfrüht: Er musste seinen Patienten nämlich noch bis Mitte Dezember intensiv weiterbehandeln, wobei neben Capsicum auch wieder Nux vomica eingesetzt wurde. Einmal war auch eine Zwischengabe von Chamomilla vonnöten.

Ich möchte noch auf den bereits im Original gezeigten Eintrag der 15. Konsultation des Patienten etwa am 16. September 1802 hinweisen. Der Patient stand damals wieder unter Nux vomica in ansteigender Dosierung, als verschiedene pathogenetische (arznei- bedingte) Symptome auftraten. Eines davon hielt Hahnemann, offenbar weil es ihm besonders bedeutsam und auffällig erschien, in lateinischer Sprache fest:

"Capitis infatuatio /dumm v. d. Kopf/, a pronatione capitis sensus quasi a pondere in fronte." Dies heisst übersetzt: "Dummes Gefühl im Kopf, bei Vornüberneigen des Kopfes Gefühl wie von einem Gewicht in der Stirn."

Neben diesem Eintrag finden wir als Randnotiz wiederum das durchgestrichene NB. Dieses Symptom ist in der *Reinen Arzneimittellehre* wiederum praktisch wörtlich aufgeführt:

"Dummheit im Kopfe, wenn man ihn aufrecht hält; wenn man ihn aber niederdrückt, Empfindung in der Stirne, als wenn etwas Schweres darin herabsänke." (RA I, S. 82)

Dieses eigenartige Nux-Symptom, dem ich bisher in meiner ganzen Praxistätigkeit noch nie begegnet bin, ist für mich ein weitgehend sicherer Beweis dafür, dass Hahnemann pathogenetische Patientensymptome tatsächlich in seine Arzneimittellehre integrierte, wie er dies als Möglichkeit im Organon ja auch ausdrücklich festhält.

Bei Abschluss der Behandlung befand sich der Patient Ledel in wesentlich gebessertem Zustand: Das saure Aufstoßen und Erbrechen war nicht mehr aufgetreten, es bestanden lediglich noch geringe Restbeschwerden. Den Langzeiterfolg der Behandlung erfahren wir wie üblich nicht, da Hahnemann lediglich die Konsultationsunterlagen aufgezeichnet hat. Jedoch umfasst der uns vorliegende vierte Band der

Krankenjournale aus Eilenburg immerhin noch Einträge bis zum Sommer des nächsten Jahres, und es ist keine weitere Notiz mehr zum Fall Ledel zu finden. Es wäre ja tatsächlich höchst unwahrscheinlich, wenn Herr Ledel als bisher sehr geduldiger und zuverlässiger Patient gerade nach dieser letzten erfolgreichen Behandlungsserie mit Nux vomica bei einem allfälligen Rückfall Hahnemann nicht sofort wieder aufgesucht hätte.

1804 hat Hahnemann allerdings Eilenburg verlassen und sich in Dessau, der Heimat seiner ersten Gattin, einige Monate ohne Praxis-tätigkeit für wissenschaftliche und schriftstellerische Arbeiten gegönnt, welche schließlich in der 1810 erscheinenden ersten Auflage des *Organon* ihren Niederschlag fanden.

Zusammenfassend können wir also sagen, dass Hahnemann in dieser Zeit die bei seinen Patienten neu aufgetreten Symptome mit NB (nota bene) festhielt und als Symptome in seine Arzneimittellehre aufnahm. Als Bestätigung wurden auch geheilte Symptome mit einem getrennten Zeichen (!) festgehalten, jedoch nicht in das Arzneimittelbild integriert.

Leider sind noch längst nicht alle Krankenjournale Hahnemanns wissenschaftlich aufgearbeitet. Ein Vergleich mit seinen spätesten Aufzeichnungen aus der Pariser Zeit zeigt jedoch, dass er diese Art der Symptomverifizierung bis an sein Lebensende beibehielt. Allerdings ist in den wenigen Fällen, welche ich aus der Pariser Zeit überblicke, das Zeichen NB nicht mehr zu finden. Tatsächlich hatte ja Hahnemann in dieser Zeit seine Arzneimittellehre mit der zweiten, erweiterten Auflage der *Materia medica pura* weitgehend abgeschlossen und arbeitete in erster Linie an der sechsten und letzten Auflage des *Organon*. Hin-gegen zeigt der Eintrag einer Gonorrhoe-Behandlung aus der Pariser Zeit, dass Hahnemann geheilte Symptome auch dann noch mit seinem alten Ausrufezeichen festhielt.

Der Fall Julienne de Curmeny

Wir sehen, dass die Qualität von Hahnemanns Aufzeichnungen in dieser Zeit wesentlich zugenommen hat, was vor allem seiner als

gewissenhaften Sekretärin tätigen zweiten Gattin Mélanie zugeschrieben ist. Auch das Datum ist jeweils genau festgehalten.

Am 22.9.1841 finden wir den folgenden Eintrag auf Französisch in Mélanies Handschrift:

"Monsieur Julienne de Curmeny. Sänger. 32 rue neuve du Luxembourg.

Gonorrhöe seit 10 Tagen. Zum zweiten Mal. Beim Wasserlassen nur wenig Beschwerden, ein sehr leichter Schmerz. Kann aber nachts nicht schlafen, weil er durch beständige Reizung des Gliedes geweckt wird."

Die Symptome sind hier nur unvollständig festgehalten. Aus den folgenden Einträgen lassen sich jedoch noch die folgenden zusätzlichen Anfangssymptome dieses Patienten rekonstruieren: Ausfluss aus der Harnröhre. Entzündung am Ausgang der Harnröhre. Leistenschmerzen. Die nächtlichen Erektionen sind schmerzhaft. Harndrang nach dem Wasserlassen.

Repertorisierung (Hahnemanns Handschrift):

"Erektionen die ganze Nacht: Thuja (Lebensbaum, das bereits mehrfach erwähnte homöopathische Hauptmittel bei Gonorrhöe und chronischen Folgen der Feigwarzenkrankheit). Reizung an der Mündung und am Anfang der Harnröhre: Thuja."

Wir sehen also, dass Hahnemann bei seiner eigenhändigen Repertorisierung u. a. das Symptom "Erektionen die ganze Nacht" als Leitsymptom für Thuja verwendete. Tatsächlich finden wir das Symptom auch in der zweiten Auflage des fünften Bandes der "Reinen Arzneimittellehre".

Verordnung: Thuja, ein Kügelchen der 30. Centesimalpotenz aufgelöst in 8 Esslöffeln Wasser mit Zusatz von einem halben Esslöffel Alkohol. Davon ist ein Esslöffel in ein Glas Wasser einzurühren und von dieser Verdünnung ein Kaffeelöffel morgens nüchtern einzunehmen. Dann bei guter Verträglichkeit am nächsten Morgen die Dosis auf 2 Kaffeelöffel steigern und wahrscheinlich in dieser Dosierung weiterfahren bis zur nächsten Konsultation. Nach Verbrauch der

Lösung in acht Tagen das Mittel bei weiterem guten Befinden eine gute Woche auswirken lassen.

11.10. (Mélanies Handschrift):

"Ganz ausserordentliche Besserung. Der Ausfluss ist vorbei. Die schmerzhaften Erektionen sind verschwunden. Ein wenig sind sie zwar noch immer da. Noch immer Harndrang nach dem Wasserlassen. Die Leistenschmerzen sind vorbei."

Verordnung: Placebo, wahrscheinlich in gleicher Weise einzunehmen.

22.10.: "Juckreiz von der Dammregion bis zur Spitze des Gliedes, vor allem nachts. Der geringer gewordene Ausfluss dauert noch immer an. Ebenfalls noch immer Harndrang nach dem Wasserlassen. Beim Gehen Empfindlichkeit in den Geschlechtsteilen."

Anmerkung in Hahnemanns Handschrift: "Die nächtlichen Erektionen sind vorbei." Dazu als Randnotiz: "Thuja!" Dieses Zeichen bedeutet auch hier mit Sicherheit, dass Hahnemann dieses ihm bereits bekannte Thuja-Symptom durch die schöne Heilung auch dieses Patienten erneut bestätigt fand.

Eine weitere Konsultation ist nicht vermerkt, was in Anbetracht des bisher günstigen Behandlungsverlaufes bei einem in Paris wohnhaften Patienten als sicheres Zeichen dafür zu werten ist, dass sich die verbleibenden Symptome ebenfalls gebessert haben und der Patient keine weitere Behandlung mehr benötigte.

Vorschläge zur Verifikation in der eigenen Praxis

Damit kommen wir vom historischen Teil zu einem kleinen Ausblick in die Zukunft. Diesen kann ich kurz halten, da uns Hahnemann im Obigen bereits den Weg vorgezeigt hat, welchen wir zur Vervollständigung und Verifikation unserer Arzneimittellehren und Repertorien benötigen. Der erfahrene Praktiker kann die bei seinen Patienten unter der Behandlung neu aufgetretenen Symptome meist mit genügender Sicherheit vom Krankheitsbild des Patienten abtrennen,

was die wichtigste Voraussetzung für deren Übernahme in den Erfahrungsschatz unserer Arzneimittelbilder darstellt.

Im Gegensatz zu Hahnemann halte ich es aber auch für richtig, geheilte Symptome als letztlich wichtigstes Element unserer praktischen Erfahrung ebenfalls in die Repertorien und Arzneimittellehren zu integrieren. Allerdings sollten diese Symptome von den pathogenetischen (arzneibedingten) deutlich unterschieden werden.

Eine weitere Kategorie von Symptomen scheint mir für die Bereicherung unserer Arzneimittellehre in zweiter Priorität ebenfalls wichtig: Es handelt sich um konstitutionelle Begleitsymptome, welche zwar von dem verabreichten Mittel weder im Sinn einer Pathogenese (Arzneimittelprüfung) verursacht noch im Sinn einer Heilung geheilt oder gebessert wurden, sondern lediglich als konstitutionelle Symptome bzw. Charakteristika eines unter einem bestimmten Mittel geheilten oder sich deutlich bessernden Patienten zu beobachten sind. So ist zum Beispiel das Symptom einer senkrechten Falte über der Nasenwurzel sicher nicht nur bei den wenigen Patiententypen zu beobachten, wo dieses Symptom in unseren Repertorien angeführt ist. Dies gilt auch für größere konstitutionelle Rubriken wie zum Beispiel "Furcht vor Gewitter", wo sicher noch manche, bei dieser Patientenkategorie ebenfalls verwendbare Arzneien fehlen.

Natürlich muss diese gegenüber den pathogenetischen (arzneibedingten) und geheilten Symptomen deutlich minderwertige Kategorie von Bestätigungen und Ergänzungen des Repertoriums ebenfalls klar gekennzeichnet werden.

Für die Übertragung dieser drei Kategorien von praktischen Erfahrungen ins eigene Repertorium verwende ich seit nun schon bald zwanzig Jahren ein Kentsches Repertorium mit eingeschossenen leeren Zusatzblättern, wo die Ergänzungen handschriftlich eingetragen werden können. Die Umarbeitung in ein Computer-Repertorium auf der Basis des MacRepertory (Millennium van Zandvoort) ist in Arbeit.

Zur Kennzeichnung bereits angeführter Arzneien oder auch neu nachgetragener Medikamente verwende ich die folgenden drei Abkürzungen:

1. Ein an die Arzneimittel-Abkürzung angefügtes P bedeutet ein weitgehend sicheres pathogenetisches Symptom, also ein unter der Behandlung mit dem betreffenden Mittel neu aufgetretenes Symptom. Jede erneute Beobachtung des gleichen Symptoms hat die Zufügung eines weiteren P zur Folge, so dass mit den Jahren der Grad der Bestätigung deutlich erkennbar wird.
2. Ein H bezeichnet in analoger Weise geheilte Symptome.
3. Mit B wird ein Symptom bezeichnet, welches bei einem unter dem betreffenden Medikament in einem anderen Bereich zumindest deutlich gebesserten Patienten als eigenständiges Begleitsymptom vorhanden war.

Diese Art der Verbesserung unserer Repertorien, welche natürlich auch auf die Arzneimittellehren übertragen werden kann, entbindet uns selbstverständlich nicht von der ebenfalls notwendigen Prüfung neuer Arzneien bzw. der Nachprüfung der bekannten am Gesunden.

Die moderne Computertechnik ermöglicht uns, die durch diese Arbeit rasch anwachsende Informationsmenge sinnvoll zu integrieren und übersichtlich zu halten, so dass sie auch für die praktische Arbeit direkt und effizient fruchtbar gemacht werden kann.

Vorstellung des Delphi-Projekts (Austausch von Falldokumentationen)

Hans Zwemke (Berlin, D)

Cees Baas, der Koordinator des Projekts, schreibt:

When we started the Delphi Project, we thought it was easy. But we had to consider a number of issues before we could actually start the real work: gathering cases.

We had to think about what cases were useful, and about what to do with cases once we have them. And recently we discovered that it's quite complicated to comply with all of the laws and regulations regarding confidentiality and patients' rights. They're specific for every country. Prescribers and organisations that make mistakes can be pursued.

We are now confident that these issues have been solved as far as necessary to start gathering the first cases. So we cordially invite you, to let your colleagues in the Delphi Project share in your homeopathic experience.

The core of the Delphi Project is a case reference database. The Delphi database will not physically store the cases, only a number of keywords. Prescribers who think a certain case may be interesting for them to study get in touch with the author of the case. If the author has the legal permission to do so, the case can be sent. Before a case can enter the database, it is read by some Delphi members, to see whether the basic Delphi criteria are met.

If you submit cases to the database, you also get the right to get cases from it. That's the idea. Imagine, you're studying a remedy you've hardly ever heard of, and through the Delphi database you get in touch with several colleagues who have successful cases of just that remedy. No

better way to learn to understand a remedy than through the patients own words.

In order to contribute to the Delphi project, you need to know several things, about legal and ethical issues, membership issues, criteria for cases and so on. You can ask me to send you the entire brochure by e-mail or surface mail. Just drop me a note.

Please start thinking of one or more cases that you would like to share with your colleagues through our Delphi Database. More than 30 cases from 15 different prescribers had been gathered before the end of 2001: The project is really alive and vibrating!

Symptomverifikationen in der eigenen Praxis

– Vorschläge zur Dokumentation

Gerhard Bleul (Bad Camberg, D)

Der erste Schritt auf dem Weg zum Heilmittel ist die HAMP, der zweite Schritt die Anwendung aufgrund von Prüfsymptomen.

Viele heute bekannte Arzneisymptome aber sind in Prüfungen noch nie aufgetreten oder können gar nicht in Prüfungen auftreten. Zum einen sind das konstitutionelle Merkmale, die an Patienten mit bestimmter Arzneiaffinität häufig beobachtet wurden, zum anderen pathophysiologische Endzustände nach langjähriger Entwicklung. Schließlich gibt es den Begriff der „Bewährten Indikation“: die Erfahrung, dass bestimmte Arzneimittel bei bestimmten Erkrankungen wirksam sind. Und: Erfahrungen bei Kindern, alten Menschen und natürlich bei Multimorbiden können aus juristischen oder methodischen Gründen in Arzneimittelprüfungen gar nicht gemacht werden.

Somit ist der dritte Schritt auf dem Weg zum Heilmittel die Integration der Praxiserfahrung ins Arzneimittelbild a) durch Verifikation von Prüfsymptomen, b) durch Beobachtung neuer Arzneimittelwirkungen, c) durch Bestätigung der in der Praxis beobachteten Arzneimittelwirkungen.

Die therapeutischen Erfahrungen müssen arznei- oder symptombezogen zugänglich gemacht werden. Das kann durch Einträge in die verwendeten Bücher (Arzneimittellehre, Repertorium) oder in entsprechende Listen geschehen. Wird die Patientendatei elektronisch geführt, kann ein geeignetes Computerprogramm diese Daten durch Stichwortsuche auffinden und listen.

In jedem Fall ist die Rückverfolgung in die Originalaufzeichnungen, also die Patientenkartei eine unbedingte Forderung. Wenn eine Markierung oder ein Zusatz im verwendeten Buch bei späterer Durchsicht nicht mehr dem erlebten Fall zugeordnet werden kann, ist

eine kritische Bewertung und Evaluation nicht möglich. Das Minimum für jede Dokumentation ist also neben dem Vermerk zu Arzneimittel oder Symptom ein eindeutiger Hinweis auf den Patienten. Es werden beispielhaft fünf Vorschläge für eine praktikable Dokumentation verifizierter Symptome und neuer therapeutischer Erfahrungen gemacht.

Die häufigste und anspruchsvollste Art der Auswertung ist die eigenständige Kasuistik, für die Arbeitsgruppe (z.B. Qualitätszirkel), einen Vortrag oder eine Veröffentlichung. Kriterien für Kasuistiken werden zurzeit in Konsensus-Konferenzen von DZVhÄ und InHom erarbeitet. Die erste Konferenz fand während der Jahrestagung in Basel im Mai 2002 statt, die zweite Konferenz folgt diesem Referat hier in Köthen.

Denkbar und in Ansätzen als Prototyp verwirklicht ist das stichwortartige Sammeln von Arzneimittel-Symptom-Bezügen in Datenbanken. Dieses Sammeln vieler Einzelmeldungen, sozusagen multizentrisch, muss – neben der unbedingten Möglichkeit, die Originalaufzeichnung in der jeweiligen Patientenkartei wiederzufinden – einen Filter gegen unzuverlässige Einträge vorsehen, der die Qualität der Meldungen sichert.