

Die ursprüngliche Konzeption des Miasmenbegriffs bei Hahnemann...

...und dessen praktische Anwendung und mögliche Erweiterung (nach Dimitriades) heute

Vortrag ICE – 2016 - Curt Kösters



Liebe Kollegen

Es ist für mich nicht ganz einfach, nach dem inspirierenden und harmonisierenden Vortrag von Susanne Diez unser Thema nun wiederum kontrovers zu behandeln.

Allerdings ist es meines Erachtens für eine Wissenschaft – und ich habe die Homöopathie immer als eine wissenschaftliche Methode gesehen – essentiell, auch Kontroversen zu führen und die Diskursfähigkeit der Methode nach innen und außen zu erhalten.

Verschiedene - sehr erfahrene - Kolleginnen und Kollegen haben Ihnen auf diesem ICE überzeugend dargelegt, wie sie das Miasmenkonzept in ihrer Praxis erfolgreich anwenden. – oder auch, warum sie es nicht anwenden.

Gängige Miasmenkonzepte

Wenn man versucht, das einmal zusammenzufassen – einschließlich weiterer hier nicht vorgetragener Miasmenkonzepte - und sich fragt, was ist denn nun eigentlich so ein Miasma, so handelt es sich um:

- Hereditäre Erkrankungen.
- Unterschiedliche Reaktionsformen bzw. Diathesen – also beispielsweise Schwäche (Psora), Überschießendes (Sykose) und Destruktion (Syphilis).
- (Die mit spezifischen Mitteln behandelt werden)

Viel mehr an Gemeinsamkeiten gibt es eigentlich nicht zwischen den unterschiedlichen Miasmenkonzepten.

Und schon bei der Frage nach spezifischen Mitteln gibt es Differenzen: Masi beispielsweise verortet die unterschiedlichen Miasmen als Reaktionsformen innerhalb JEDES Arzneimittels. Ähnlich bei Vijakar.

Erhebliche Differenzen gibt es auch bei der Frage wie viele Miasmen es eigentlich gibt: drei? – vier? (die Tuberculinie wurde halbherzig von Allen eingeführt als Pseudopsora) – fünf (incl. Karzinogenie) oder fünfzehn? Das wird äußerst unterschiedlich beantwortet.

Und das ist ja keine ganz unwichtige Frage, wenn damit Behandlungen begründet werden innerhalb einer Methode, die – wenn man Hahnemann glauben darf – auf Gewissheit in der Verschreibung ausgelegt ist.

Das Grundproblem scheint mir zu sein, dass für all diese unterschiedlichen Miasmenkonzepte keine wissenschaftlich saubere Definition vorliegt, was das nun eigentlich ist, ein „Miasma“.

Und um es vorweg zu nehmen: Auf Hahnemann jedenfalls können sich all diese Miasmen-Konzepte nicht berufen.

Das ist ausdrücklich keine Kritik an den Kollegen, die Ihre Miasmen-Konzepte vorgetragen haben.

Ich habe keinen Zweifel daran, dass jeder einzelne davon mit seinem Miasmen-Konzept erfolgreich behandelt.

Es geht hier eher um eine Meta-Ebene. Die Frage ist nämlich: Reden sie wirklich von dem Gleichen, wenn sie von Miasma reden?



Sie haben sich wahrscheinlich schon gefragt, was ich da für ein seltsames Logo verwende in meiner Präsentation.

Wer von Ihnen kennt dieses Schild?

Das ist kein Ortsschild, wie Sie vielleicht vermuten. Nach Ikut Kiri werden Sie vergeblich suchen auf der Karte und nach diesem Ortsteil Kecuali Memotong ebenso.

Es handelt sich hier vielmehr um ein internationales Verkehrszeichen. Also zumindest wird es in Malaysia, Indonesien und Brunei verwendet.

Und was bedeutet dieses Zeichen nun?

Wenn Sie das nicht wissen, könnten Sie in Malaysia ein Problem bekommen z.B. mit dem Gegenverkehr.

Ikut Kiri – ist ein striktes Linksfahrgebot

Und nur mit diesem Zusatz hier - „Kecuali Memotong“ - sind Überholmanöver erlaubt: Links fahren, außer zum Überholen.

Bei Verkehrsschildern ist es wichtig, dass sie eindeutig sind und dass sie verstanden werden.

Ähnlich verhält sich das aber auch mit wissenschaftlichen Begriffen.

Es kommt bei den wissenschaftlichen Begriffen noch nicht mal darauf an, dass die Begriffe richtig sind. Wichtig ist, dass sie eindeutig sind und klar definiert sind.

Der Begriff Atom z.B. ist inhaltlich sogar falsch, weil er wörtlich „Unteilbar“ bedeutet.

Als wissenschaftlicher Begriff wird er weiterhin verwendet, weil sowohl Chemiker als auch Physiker genau wissen, was mit diesem Begriff gemeint ist. Chemische Elemente sind eindeutige Entitäten.

Warum ist das überhaupt ein Problem wenn ein wenig unklar ist, ob die Kolleginnen und Kollegen wirklich von dem Gleichen reden, wenn sie das Wort Miasma benutzen?

Man könnte sich ja auch auf den Standpunkt stellen: Gestritten haben wir uns schon immer und der Streit wird sowieso nie aufhören.

Streiten können wir gerne und werden wir sicher auch, aber wenn die Begriffe nicht klar sind, dann wissen wir gar nicht, worüber wir eigentlich streiten. Dann reden wir aneinander vorbei und dann wird es schwierig.

Und ich habe auch ein paar ganz praktische Probleme mit der Unklarheit des Begriffes:

Problem Curriculum / Prüfung

Was erzählen wir Anfängern? Und schlimmer noch: was fragen wir ab in Prüfungen?

Ich nehme gelegentlich bei der Ärztekammer Prüfungen für die Zusatzbezeichnung Homöopathie ab und das sind Leute, die ich nicht selbst ausgebildet habe.

Ich bin da sehr zurückhaltend beim Thema Miasmen.

Wenn ich in einer Prüfung fragen würde, was ein Miasma ist, müsste ich eigentlich praktisch jede Antwort akzeptieren.

Und das macht eine Prüfung sinnlos.

Problem Wissenschaft / Wissenschaftsentwicklung

Im Rahmen des Falldokumentationssystems, dass gerade sehr erfolgreich aufgebaut wird, würde man sicher gerne irgendwann anfangen zu untersuchen, welche Behandlungskonzepte innerhalb der Homöopathie welchen Wert haben, in welchen Situationen, bei welchen Diagnosen.

Eine essentielle Voraussetzung dafür ist allerdings, dass diese Konzepte sauber definiert sind. Methodisch.

Solange sich jedes Konzept irgendwie auf Hahnemann beruft, und in der Praxis das dann auch noch mal jeder wieder anders dekliniert, wird das schwierig.

Klare Definitionen von Behandlungskonzepten müssen sich gerade in Abgrenzung zu dem Hahnemannschen Herangehen definieren, nicht in der Betonung vorgeblicher Gemeinsamkeiten. Organon-Paragrafen zitiert jeder und sucht sich da das (anscheinend oder wenigstens scheinbar) Passende heraus.

Man blockiert sich regelrecht in der Wissenschaftsentwicklung, wenn man zentrale Begrifflichkeiten nicht klärt.

Kuhn (Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen) hat völlig zurecht den Unterschied zwischen einer Wissenschaft und einer Proto-Wissenschaft (Vorwissenschaft) daran festgemacht, dass eine Wissenschaft ihre zentralen Begriffe eindeutig definiert hat und dass es einen Minimalkonsens über Untersuchungsmethoden und die Bewertung der Untersuchungsergebnisse gibt. Das ist das, was er ein Paradigma nennt.

Thorulf Weißhuhn hat damals für einen studentischen Arbeitskreis der Carstens-Stiftung versucht, die verschiedenen Miasmen-Konzepte zu beschreiben.

Er hat das dann 1996 in der AHZ publiziert und schließt seinen Artikel mit einer Aufstellung:

Alles klar?

Jetzt wissen wir es genau: Wenn einer „Miasma“ sagt, meint er etwas, das ist:

- nicht anders als an Einzelsymptomen erkennbar
- auch als abstraktes Prinzip beschreibbar
- durch eine Krankheit definiert (Infektionskrankheit, Parasitose, Carcinom)
- durch das Arzneimittelbild der Nosode charakterisiert
- vererblich
- nicht erblich
- ansteckend
- nicht kontagiös
- eine Ur-Krankheit hinter allen Krankheiten (= ihren Manifestationen) und Arzneimittelbildern
- eine existentielle Haltung innerhalb jedes einzelnen Arzneimittelbildes

- ein Prototyp für eine ganze Klasse von Arzneimittelbildern und die entsprechenden Arten des Krankseins
- Ausdruck einer moralischen Schuld (kann zumindest anklingen)
- nur in drei Grundformen möglich
- in jedem Arzneimittel in eigener Form existent
- nur durch antimiasmatische Arzneimittel heilbar
- durch jedes Arzneimittel zu bekämpfen
- in der Krankheit des Individuums existent
- im kollektiven Kranksein manifest
- Rest einer unausgeheilten (Infektionskrankheit)

Was sagt eigentlich nun Hahnemann zu den Miasmen?

Es ist vielleicht doch ganz interessant, sich die Geschichte dieser Konzepte einmal klar zu machen.

Hahnemann – akute Miasmen / festständige Erkrankungen

Der Begriff Miasma entsprach der damaligen medizinischen Terminologie und bedeutete schlicht und einfach: INFEKTIONSKRANKHEIT

Aber wieso ist das überhaupt wichtig? – Krankheitsnamen sind ja für die Homöopathie eigentlich irrelevant. Wir behandeln nach Symptomen.

Begründet hatte Hahnemann die Homöopathie ja als eine radikal phänomenologische und in der Konsequenz als eine radikal individualisierende Methode.

Als er dann 1801 - in Hamburg Altona übrigens – etwas veröffentlichte zur Behandlung des Scharlachfieber, schien das die eigenen Grundprinzipien zu verletzen, die er erst wenige Jahre zuvor erstmals veröffentlicht hatte (1796 – Versuch über ein neues Prinzip zur Auffindung der Heilkräfte der Arzneisubstanzen).

Nun sollte also wieder nach einem Krankheitsnamen verschrieben werden? Das musste wie ein Rückfall in den „alten Schlendrian“ wirken. – und das schon vor der Veröffentlichung der ersten Auflage des Organon (1810).

Wie kann man das Ähnlichkeitsprinzip ohne Individualisierung anwenden? Wenn man das akzeptiert, kann man auch gleich Mittelgemische akzeptieren.

Verständlich wird dieses Vorgehen im Rahmen des homöopathischen Konzepts also eigentlich erst, wenn man postuliert, dass es sich bei den vielen Erkrankungen im Rahmen einer Epidemie im Grunde nur um EINE Krankheit handelt, die viele befällt – und bei diesen verschiedenen Patienten immer wieder gleiche (oder wenigstens sehr ähnliche) Symptome verursacht. Für diese eine Krankheit kann dann wiederum, anhand der ausgelösten Symptome und phänomenologisch EIN passendes Mittel gefunden werden.

Epidemische Erkrankungen sind also die Ausnahme von der Individualisierung, da es sich bei ihnen um echte Entitäten (in sich abgeschlossene Sinneinheiten) handelt. Da es sich um die Ausnahme handelt, sind aber auch strenge Anforderung an diese Entitäten (einheitliches Bild, einheitliche Ursache) zu stellen.

Es wird hier nun – im deutlichen Gegensatz zur sonstigen Ablehnung von Krankheitsnamen (vgl. § 53 Organon 1. Aufl. bzw. § 81 Organon 6. Aufl. u. Anmerkung – hier zitiert nach Organon-Synopse) - eine Krankheit benannt und somit als Entität (eine in sich geschlossene und eindeutige Sinneinheit) gekennzeichnet; dies wiederum impliziert, mindestens bei Infektionskrankheiten, die Annahme einer Monokausalität, also die Annahme eines einheitlichen Erregers dieser einen Krankheit. Hahnemann spricht hier später auch explizit von Kollektivkrankheit (§ 80 u. § 81 Organon 1. Auflage bzw. § 101 u. § 102 Organon 6. Aufl.), einem eigenen Ansteckungsstoff (§ 49 Organon 1. Auflage bzw. § 101 Organon 6. Aufl.), einer „aus einer und derselben Quelle geflossene(n) und daher gleiche(n) Krankheit“ (§ 102 Organon 6. Aufl.).

Dass Hahnemann diese Unterscheidung mit einiger Sorgfalt vornahm, ist schon daran erkennbar, dass die Krankheiten, die er als festständige Erkrankungen gelten ließ, „die Menschenpocken, die Masern, Keuchhusten, Scharlach, Mumps, Pest, das gelbe Fieber der Küstenländer, die ostindische Cholera (. § 73 Organon 6. Aufl.- s. auch § 49 Organon 1. Aufl.)“, auch nach heutigem medizinischen Wissensstand Krankheitsentitäten sind,

Keine festständigen Krankheiten

Diese Einheitlichkeit und diese auch in wissenschaftlicher Hinsicht klare Definition einer Entität war Hahnemann auch so wichtig, dass er Krankheitsnamen nicht für jede Epidemie vergeben wollte, sondern nur für epidemische Erkrankungen, die über mehrere Epidemien hinweg sehr ähnliche Symptome aufweisen – Hahnemann verwendet hier den Begriff „festständige Erkrankungen“.

Andere, in der damaligen medizinischen Literatur namentlich benannte Krankheiten, die von Hahnemann aber als solche abgelehnt werden („Spital-, Kerker-, Lager-, Faul-, Nerven-, oder Schleim-Fieber“ - Anmerkung zu § 81 Organon 6. Auflage - s. auch § 51 Organon 1. Auflage) sind heute überwiegend nur Medizinhistorikern noch bekannt.

Miasmen waren das natürlich auch, aber eben irrelevant, weil keine in sich geschlossene Sinneinheiten nach klinischem Urteil von Hahnemann.

Mindestens medizinhistorisch ist diese epidemiologische Differenzierung zwischen echten und unechten Entitäten / Sinneinheiten beeindruckend, bedenkt man das damals zur Verfügung stehende Instrumentarium ganz ohne Serologie.

Vorteil und Sinn dieses Konzeptes

Der Vorteil und Sinne dieses Konzeptes der Behandlung der Kollektiv-Erkrankung gegenüber einer individuellen Wahrnehmung der einzelnen Kranken war nun nicht nur eine hohe Zeiteffektivität (schnellere Mittelfindung bei den einzelnen Patienten), sondern eben auch eine präzisere Mittelfindung (jeder einzelne Patient zeigt ja immer nur einen Ausschnitt der Symptome der Kollektiverkrankung; erst mehrere Patienten zusammen ergeben ein vollständiges Bild) und eben auch die Möglichkeit einer effektiven Behandlung in Frühstadien (wenn die volle Symptomatik noch in der Entwicklung ist und daher schwerer erkennbar). Auch eine prophylaktische Behandlung ist möglich.

Dieses ursprüngliche Konzept von Hahnemann war nicht nur eine der wesentlichen Ursachen/ Grundlagen für die weltweite Verbreitung der Homöopathie (die Erfolge bei der Cholera), es wird bei akuten epidemischen Infektionskrankheiten auch heute noch mit Erfolg angewandt.

Aus Indien gibt es z.B. schöne Studien, die auf der Ermittlung des Genius epidemicus und kollektiver Verabreichung des entsprechenden Mittels beruhen

Hahnemann – chronische Miasmen

Syphilis, Sykosis, Psora

Bitte IN DIESER REIHENFOLGE zu betrachten und zu verstehen – weil die Syphilis das Modell war, an dem er das Konzept entwickelte

Dass Hahnemann hier mit der gleichen Sorgfalt vorgegangen ist wie bei den akuten Infektionskrankheiten lässt sich belegen; dass ihm dabei Fehler unterlaufen sind, allerdings ebenfalls.

Auf diese Fehler will ich hier gar nicht weiter eingehen, das würde den Rahmen sprengen, ich kann aber in der Diskussion gerne darauf eingehen

Wesentlich scheint mir hier:

Die Liste der chronischen Infektionskrankheiten war nie abschließend gemeint.

Und:

Es ging dabei um echte Infektionserkrankungen.

Eine Syphilis ist eine Syphilis, ist eine Syphilis!



„Der Schanker kommt nach einem unreinen Beischlaffe gewöhnlich zwischen dem siebenten und vierzehnten Tage, selten eher oder später, meist an dem mit dem Miasm angesteckten Gliede zum Vorschein, zuerst als ein kleines Bläschen, was zu einem unreinen Geschwüre, mit erhabnen Rändern und stichlichem Schmerze aufblüht, ... „

(Chronische Krankheiten – S. 108)

Der Schanker ist für Hahnemann nicht nur der Primäraffekt, sondern auch ein wichtiger Verlaufparameter: Daran wird der Behandlungserfolg gemessen in Frühstadien.

Hahnemann beschreibt bei der Syphilis etwas, dass auch nach heutigem Verständnis der konventionellen Medizin eine Syphilis ist und auch in modernen Labortests sich als solche nachweisen lässt. Eine Syphilinie kannte Hahnemann nicht.

Was ich damit sagen will: Auf Hahnemann jedenfalls kann man sich nicht berufen wenn man mit unscharf definierten Entitäten arbeiten möchte. Er war eher akribisch in dieser Hinsicht.

Es erhebt sich nun aber auch die interessante Frage: Wenn wir dieses Konzept kennen, wenn wir es erfolgreich auf akute Erkrankungen anwenden, warum nicht auf chronische?

Hahnemann hat bei den akuten Infektionskrankheiten mit dem damaligen epidemiologischen Instrumentarium erstaunliches geleistet. Wir haben heute bessere Möglichkeiten.

Wir kennen heute noch mehr chronische Infektionskrankheiten,

die wir mit heutigem Kenntnisstand auch als solche identifizieren können:

Tuberkulose, Malaria, Borreliose, AIDS, ...

Es geht dabei um spezifische Mittel für die jeweilige Infektionskrankheit

Dass es dabei auch ein paar ganz praktische und juristische Grenzen gibt, will ich nicht unerwähnt lassen (aber auch das ist hier nicht Thema).

Erwähnen will ich am Rande aber wenigstens, dass ich vor kurzem in der AHZ ein Konzept zur Behandlung der Borreliose vorgeschlagen habe, nebst einer Möglichkeit, es zu überprüfen.

Erweiterung (Dimitriades)

Auf eine wesentliche mögliche Erweiterung dieses ursprünglichen Konzeptes von Hahnemann hat Dimitriades hingewiesen.

Und dieser Hinweis ist wichtig, auch wenn sich das in der Praxis längst eingebürgert hat.

Es gibt Folgezustände, die von den echten Infektionskrankheiten herrühren, als eine Art Abdruck.

Diese Abdrücke können individuell im Gefolge einer chronischen (oder auch akuten) Infektionskrankheit auftreten und sie können möglicherweise auch vererbt werden.

Seit langem eingebürgert ist diese Sichtweise für die Tuberkulinie und die Syphilinie. Aber bei der Borreliose z.B. ist das auch tierexperimentell nachgewiesen. (Nicht die Vererbung, aber die Möglichkeit von Folgezuständen ohne Erreger.)

Unterscheidung spezifische Infektionskrankheiten und Folgezustände

Wichtig ist aber auch die klare Unterscheidung von aktiven Infektionskrankheiten und passiven Folgezuständen

- Von den aktiven spezifischen Infektionskrankheiten zu unterscheiden sind die Folgezustände (ID-Zustände).
- Folgezustände können vererbt werden.
- Aktive spezifische Infektionskrankheiten können mit einem spezifischen Mittel behandelt werden – ggf. im Wechsel mit individuell gewählten Mitteln insbesondere in späteren Stadien.
- Folgezustände werden häufig erfolgreich mit Nosoden behandelt (nicht ausschließlich in der Regel, sondern im Wechsel mit individuell gewählten Mitteln)
- Nosoden können auf die Krankheitssymptomatik hin verschrieben werden. Die Krankheit und deren Symptomatik ersetzt die Prüfung.

Bei Alopecia areata z.B. ist an Syphilinum zu denken im Wechsel mit gut gewählten individuellen Mitteln. In der Materia medica steht nichts von dem fleckweisen Haarausfall, dafür in jedem Lehrbuch der Inneren Medizin.

Zusammenfassung

Auf Hahnemann jedenfalls kann man sich also nicht berufen mit den heutigen Miasmen-Konzepten.

Das ist schon mal wichtig festzuhalten.

- Spezifische Infektionskrankheiten gibt es entsprechend des ursprünglichen Konzeptes von Hahnemann und sie sind wichtig.
- Folgezustände sind zumindest ein plausibles Postulat, beziehen sich aber dann auch auf spezifische Infektionskrankheiten.
- Das ursprüngliche Konzept wurde durch Diathesekonzepte überdeckt.
- Neue Entitäten sind möglich (also auch Diathesekonzepte), aber beweispflichtig (Ockham / Ockhamsches Rasiermesser – „entia non sunt

multiplicanda praeter necessitatem“ – „Wesenheiten soll man nicht über die Notwendigkeit hinaus vermehren“, [auch wenn das so explizit wohl nicht von ihm formuliert wurde]). Die Frage ist nicht, ob es Diathesen gibt. Selbstverständlich und offenkundig gibt es Diathesen. Die Frage ist, ob sie uns weiterhelfen beim Finden von Mitteln. Aber offenkundig gibt es Kollegen, denen sie mindestens subjektiv weiterhelfen, und bei momentanen Erkenntnisstand ist das dann in Ordnung, sie zu benutzen (s. unten Diathesen)

- Neue Begriffe müssen etwas Neues beschreiben, incl. der Frage warum dieser Begriff notwendig ist, ob dieser Begriff wirklich erforderlich ist (Ockham – Ockhams Rasiermesser).
- Im Umkehrschluss: Begriffe, die nicht genau definiert sind, sind überflüssig und schädlich.
- Klare Definitionen (jedes Diathesekonzept für sich). Und es ist völlig irrelevant dabei Organon-Paragrafen zu zitieren. Wichtig ist vielmehr eine genaue Beschreibung mit Betonung der Unterschiede)
- Neue Terminologie? (Spezifische Infektionskrankheiten / Diathese)

Der Begriff „Miasma“ allerdings ist verbrannt, wissenschaftlich gesehen, weil er alles oder nichts bedeuten kann.

Da kann man auch die Zahnpasta nicht mehr in die Tube zurückdrücken.

Ähnlich verhält es sich mit dem Ätherbegriff in der Physik: Der ist verbrannt im 19. Jh. und daher als Begriff obsolet, auch wenn die Phänomene, die damals mit diesem Konzept beschrieben wurden natürlich weiterhin bestehen (elektromagnetische Wellen z.B.).

Problem mit unterschiedlichen Konzepten:

- Curricula – Ich weiß nicht, was ich lehren oder prüfen soll.
- Wissenschaftsentwicklung – wir wissen nicht, wie wir weiter kommen in der Diskussion – wenn wir noch nicht mal wissen, worüber wir reden.
- Verdeckung des ursprünglichen Konzeptes.

Vorschlag: Den Begriff Miasma streichen aus unseren Curricula – oder definieren, was das nun ist, ein Miasma (und man möge sich dabei bitte, bitte nicht auf Hahnemann berufen).

Was mir wichtig ist:

- Es lohnt sich, die eigenen Paradigmen kritisch zu reflektieren.

Zum Schluss noch zwei Dinge – mit denen ich eher etwas unernst die Ernsthaftigkeit meines Anliegens verdeutlichen möchte:

Das erste ist eine Drohung: Ich könnte den Fortsetzungsband zu Grams „Homöopathie neu gedacht“ schreiben, nur wesentlich fundierter. Den Koautor habe ich schon gefunden.

Das zweite ist ein neues Finanzierungskonzept für WissHom: Wisshom-Mitglieder, die das Wort Miasmen in den Mund nehmen (wenn nicht mit Fußnote – was genau gemeint ist), zahlen fünf Euro. Nur ein Vorschlag.

Ich weiß nicht, ob ich Sie mit meinem Vortrag hinsichtlich der homöopathischen Terminologie überzeugen konnte – aber ganz bestimmt konnte ich Sie doch davon überzeugen, dass es sinnvoll ist, in Malaysia nicht auf der falschen Straßenseite zu fahren.

Literatur

- Debats, F. - Homöopathie - die Methode für mich - (Unterdrückung)
- Dimitriadis G: The Theory of Chronic Diseases according to Hahnemann. Sydney, N.S.W.: Hahnemann Institute, 2005
- Hahnemann S: Die Chronischen Krankheiten – Theoretischer Teil. Unveränderter Nachdruck der Ausgabe letzter Hand; Berg am Starnberger See: Organon-Verlag; 1983
- Hahnemann S: Organon-Synopse. Hrsg: Bernard Luft, Matthias Wischner. Heidelberg: Haug; 2001
- Klunker, W. - Zur Einführung in: S.Hahnemann: Die chronischen Krankheiten (s.auch div. Beiträge in ZKH)
- Klunker W - Hahnemanns historische Begründung der Psoratheorie: ZKH 34 (1990)
- Kösters C, Stange LB. Homöopathie und Wissenschaft – Versuch einer Standortbestimmung. AHZ 2015; 260 (2): 20-25
- Reader JT DZVhÄ 2001 – (Borreliose)
- Reader JT DZVhÄ 2008 – (Epigenetik)
- Weißhuhn, Th. - Miasmen: Schwarzes Loch. KH Band 2/96 S. 49-66
- Wischner, M. - Fortschritt oder Sackgasse? - Die Konzeption der Homöopathie in Samuel Hahnemanns Spätwerk (1824-1842)
- Wislicenus: Über die zweckmäßige Anwendung des Quecksilbers in der syphilitischen Krankheit. Stapfs Archiv 1823, Band 2, Heft 3. 1-23
- Schmidt, J. - Die philosophischen Vorstellungen Samuel Hahnemanns bei der Begründung der Homöopathie

- Tyler M: Hahnemann's Conception of Chronic Disease as by Parasitic Micro-Organisms. Reprint: New Delhi: B.Jain Publishers; 2003

Einzelne Anmerkungen (ergänzend zum eigentlichen Vortrag)

Hahnemannsche Entitäten:

Gut definiert und das war ihm wichtig!

Einführung von Entitäten (s. Ockhams Rasiermesser):

Gerade in der Homöopathie muss eine hohe Schwelle für die Einführung von Krankheitsnamen / Entitäten gelten.

Wie kann man das Ähnlichkeitsprinzip ohne Individualisierung anwenden? Wenn man das akzeptiert kann man auch gleich Mittelgemische akzeptieren.

Epidemische Erkrankungen sind also die Ausnahme von der Individualisierung, da sie Entitäten darstellen. Aber es gelten strenge Anforderung an diese Entitäten (einheitliches Bild, einheitliche Ursache).

Wenn jemand eine bessere Idee hat, sollte diese aber vom wissenschaftlichen Standard nicht hinter Hahnemann zurückfallen.

Beweispflicht für Entitäten:

Bevor wir vage und unbewiesene Kategorien akzeptieren, könnten wir auch gleich konventionelle Diagnosen als Kategorien akzeptieren, aber das ist eine schiefe Ebene.

Aus der Arbeit von Weißhuhn geht schon klar hervor, dass es sich bei heutigen Miasmen-Konzepten jedenfalls nicht um EINEN wissenschaftlichen Begriff handelt.

Am Rande noch: Mumps und Masern waren für Hahnemann also keine miasmatischen Zeichen für das Bestehen eines tuberkulinischen, kanzerogenen oder syphilitischen Miasmas (wie in dem Konzept von Risch / Laborde), sondern eben einfach Infektionskrankheiten.

Psora

Hahnemanns Herleitung / Beweisführung:

Fast alle Patienten mit chronischen Erkrankungen hatten zuvor eine Krätze gehabt (was Wunder in und nach den Napoleonischen Kriegen).

Die damalige medizinische Literatur war voll von Krankheitsbildern, (von Epilepsie über St.Antonius-Feuer bis Schwindsucht), die nach Unterdrückung einer Krätze auftraten.

Es gab in der damaligen medizinischen Literatur sogar etliche Fälle, wo diese chronischen Krankheiten verschwanden durch das Wiederauftreten der Krätze.

Die Schlussfolgerung: Alle diese Krankheiten sind letzten Endes eine Folge dieser Krätze war eine – mit damals verfügbaren epidemiologischen Mitteln – perfekte Beweisführung.

Eine perfekte Beweisführung - wenn auch falsch.

(Schwindsucht und St.Antonius-Feuer sind besonders schlagende Beispiele dafür, dass es sich eben nicht um eine Entität handelt).

(Klunker hat das alles schon haarklein dargelegt)

Sykose und Syphilis

Bei der Syphilis (im Sinne von Hahnemann = Im Sinne auch der heutigen konventionellen Medizin) handelt es sich natürlich um eine Entität.

Den einzigen Widerspruch zu der Darstellung bei Hahnemann zur Beschreibung heute gibt es eigentlich bei der Behauptung von Hahnemann, dass der unbehandelte Schanker nicht verschwinden würde. Aber da würde ich doch (bis ich andere Literatur aus der gleichen Zeit gesehen habe, die dem widerspricht) annehmen, dass sich der Charakter der Infektion vielleicht doch auch geändert hat. Solche Änderungen sind durchaus bekannt. Bei dem ersten Auftreten dieses Erregers (es mag andere Erregerstämme in Europa schon früher gegeben haben, dafür sprechen etliche archäologische Befunde – aber ich rede hier von der Syphilis, die vermutlich schon von den Matrosen von Kolumbus mitgebracht wurde aus Südamerika) war sie zunächst eine rasch, binnen weniger Wochen, tödliche Erkrankung! Im Laufe der Jahrhunderte hat sich die Krankheit chronifiziert (ob Hahnemann das bekannt war, entzieht sich meiner Erkenntnis. Interessanterweise postuliert er aber eben diesen Mechanismus: Die Wandlung einer Infektionskrankheit durch die Jahrhunderte hin zu einem immer chronischeren Verlauf für die von ihm postulierte Psora. Eine Modifikation von Krankheit und Erreger, die auch aus moderner evolutionsbiologischer Sicht äußerst plausibel ist. Insofern könne es durchaus möglich sein, dass zu Hahnemanns Zeiten der unbehandelte Schanker nicht verschwand, während er heute mit Sicherheit auch ohne Behandlung verschwindet (und das gilt mindestens auch schon seit Ende des 19. Jh.). Dann natürlich gefolgt vom Sekundärstadium (das Hahnemann ja ebenfalls bereits bekannt war. Das Tertiärstadium aber möglicherweise nicht). In die klinische Beobachtung von Hahnemann habe ich relativ hohes Vertrauen und möchte daher nicht ausschließen, dass sich das Bild und der Verlauf der Syphilis zwischenzeitlich geändert hat.

Bei der Sykosis handelt es sich genau genommen nicht um eine Entität. Allerdings sind hier verschiedene klinische Entitäten (z.B. HPV-Infektion, Chlamydien) offenbar so nahe beieinander in der Symptomatik, bzw. überschneiden sich, dass sich das bis zu einem gewissen Grad als eine Entität betrachten lässt. Das Reiter-Syndrom z.B.

tritt eben bei verschiedenen dieser Entitäten auf. – Und wenngleich es wünschenswert wäre auch zwischen diesen Entitäten zu differenzieren, scheint mir das im Moment zumindest nicht vordringlich.

Interessant in diesem Zusammenhang auch die mögliche Verknüpfung mit dem Genmarker HLA B-27 (s. Folgezustände).

Am Rande: Die Nosode der eigentlichen Sykosis im Sinne Hahnemanns (Primäraffekt Feigwarzen) ist dann selbstverständlich nicht Medorrhinum, sondern eben die Feigwarzen-Nosode (erhältlich z.B. über Adler-Apotheke Ellwangen). Ich habe selbst allerdings bisher keine hinreichenden Erfahrungen mit dieser Nosode, um Näheres darüber sagen zu können. Im Moment verwende ich in der Praxis durchaus auch noch Medorrhinum als Sykosis-Nosode.

Karzinogenie

Das Mamma-Karzinom (auf dem diese Nosode beruht) ist nach derzeitigem Kenntnisstand jedenfalls keine Infektionskrankheit.

Ob das Mamma-Karzinom überhaupt EINE klinische Entität darstellt – kann man sich angesichts sehr unterschiedlicher Symptomatik, Formen und Verläufe durchaus fragen. Das lässt sich eben nicht mit gleicher Sicherheit nachweisen, wie für eine Infektionskrankheit

Ob das Mamma-Karzinom irgendeine Gemeinsamkeit hat mit anderen Karzinomen und anderen malignen Erkrankungen ist noch wesentlich schwieriger zu beurteilen. Bei den Protagonisten einer „Karzinogenie“ als eigenständiges Miasma, wird das aber implizit angenommen (ohne nähere Belege).

Es gibt einige wenige maligne Erkrankungen (bei Mensch und Tier), für die eine Entwicklung auf dem Boden einer Infektion nachgewiesen ist.

Ich selbst verwende Carcininum hin und wieder und durchaus auch mit Erfolg. Im Wesentlichen aufgrund der Symptome des Erstbeobachters (bei Kindern von Müttern mit Mamma-Ca).

Die Lässigkeit mit der hier auf relativ vagen Grundlagen eine Kanzerogenie als Entität konstituiert wird – und locker Patienten eingeschlossen werden – bei denen der Großvater eine Bronchial-Ca (z.B. wg. Tabakkonsum hatte), und eine Großmutter vielleicht noch ein Blasen-Ca (z.B. weil sie in einem Chemie-Betrieb gearbeitet hat) verblüfft mich etwas.

Erreger

Es ist mir peinlich öffentlich auf Erreger einzugehen. Die Kochschen Postulate halte ich jedenfalls für überzeugend.

Wenn ein Patient, den Sie während einer akuten Influenza-Epidemie sehen, nachweislich akut an Coxsackie erkrankt ist (und einen negativen Titer für Influenza hat) würden Sie (hoffentlich) kaum behaupten, dass er zur gleichen Epidemie gehört.

Hahnemann ging es um Entitäten. Er hat mit damaligen epidemiologischen Instrumentarium viel geleistet, aber wir haben heute ein besseres Instrumentarium.

Ein Stethoskop hat Hahnemann auch eingeführt in seiner Praxis, sobald das nur irgend verfügbar war.

Wir haben es leichter, weil wir die Serologie zur Hilfe nehmen können.

Serologie ist nicht allein selig machend. Nicht alles was Antikörper erzeugt ist auch eine spezifische epidemische Erkrankung. ABER umgekehrt als Ausschluss funktioniert das schon: Verschiedene Erreger können zwar ähnliche Krankheiten erzeugen, nie aber die gleiche, sie sind immer unterschiedliche Entitäten.

Z.B. Staphylokokken-Infektionen - normalerweise kommt man damit klar – ubiquitäre Erreger

Zu unterscheiden also: Opportunistische Erreger / ubiquitäre Erreger

Kochsche Postulate

Erreger machen Krankheiten!

Auf dem 10. Internationalen Medizinischen Kongress von 1890 in Berlin sprach Robert Koch "Über bakteriologische Forschung":

"Wenn es sich nun aber nachweisen ließe:

– erstens, dass der Parasit in jedem einzelnen Falle der betreffenden Krankheit anzutreffen ist, und zwar unter Verhältnissen, welche den pathologischen Veränderungen und dem klinischen Verlauf der Krankheit entsprechen;

– zweitens, dass er bei keiner anderen Krankheit als zufälliger und nicht pathogener Schmarotzer vorkommt; und

– drittens, dass er von dem Körper vollkommen isoliert und in Reinkulturen hinreichend oft umgezüchtet, imstande ist, von neuem die Krankheit zu erzeugen;

dann könnte er nicht mehr zufälliges Akzidens der Krankheit sein, sondern es ließe sich in jedem Falle kein anderes Verhältnis mehr zwischen Parasit und Krankheit denken, als dass der Parasit Ursache der Krankheit ist."

Belegt ist die Gültigkeit dieser Kochschen Postulate für die große Mehrheit der uns bekannten Infektionskrankheiten.

Ein häufiger Einwand von den werten Kollegen an dieser Stelle: „Es erkrankt aber doch nicht jeder Angesteckte. Also gibt es doch neben der Infektion noch eine individuelle Komponente.“

Zweifelsohne ist das richtig. Es gibt jedoch einen fundamentalen Unterschied zwischen der Ansteckung mit Fußpilz (ubiquitärer und opportunistischer Erreger) und der Ansteckung mit Pocken. Während diejenigen, die mit Pilzen in Berührung kommen, mit einer Wahrscheinlichkeit von weniger als 10% Symptome entwickeln, ist das beim Kontakt mit Pocken anders. Da gibt es eine Erkrankungswahrscheinlichkeit von 80-90%. Der Ablauf der Erkrankung hat dann ein relativ uniformes Bild, weitgehend unabhängig von der individuellen Disposition. Das ist der Grund, warum Hahnemann von feststehenden Erkrankungen spricht, und warum man in diesem Fall den Erreger als das entscheidende Agens bezeichnen kann. Das ist auch der Grund, warum H. den Pocken überhaupt einen Krankheitsnamen zubilligte, warum er sie als Geisel der Menschheit bezeichnete und in diesem Zusammenhang die Impfung auch enthusiastisch unterstützte.

Das heißt ja auch nicht, dass wir heute dann die Windpocken-Impfung mit Empfehlung durch die STIKO enthusiastisch unterstützen müssen. Soweit scheinen aber auch die vorgeblich treuesten der Hahnemann-Nachfolger unter uns nicht zu gehen.

Erhaltung des Miasmen-Konzeptes in der Geschichte der Homöopathie

Warum erhalten sich Irrtümer – weil es nützliche und fruchtbare Irrtümer sind

Das Konzept führte zu:

- Erweiterung der Betrachtung der Krankheiten – weg von reinen Akutsymptomen
- Mehr Gesamtbetrachtung (also auch Symptome außerhalb der eigentlichen Krankheit – tendenziell auch konstitutionelle Symptome wie warm/kalt) – mehr zeitliche Längsschnittbetrachtung – auch alte Symptome wurden plötzlich interessant – biografische Anamnese

Was wir heute unter klassischer Homöopathie verstehen, beruht also nicht unwesentlich auf dem Irrtum hinsichtlich der Psora – und die darauf beruhende Änderung der Sichtweise auf die Symptome ist allgemeiner Konsens.

Das gilt auch für Saine und andere, die mit den Miasmen nichts am Hut haben.

Kein Wunder, dass Allen u.a. versucht haben, dieses in der Praxis offensichtlich erfolgreiche Konzept zu erhalten.

(Und nebenbei: Auch Hering und etliche amerikanische Homöopathen des 19. Jh, wenden sich ja nicht gegen das Miasmen-Konzept an sich – sondern gegen die Psora-Theorie)

Ich selbst verwende gelegentlich – für durchaus erfolgreiche Verschreibungen – Symptome, die gar nicht mehr bestehen – aber einfach zu schön sind um nicht beachtet zu werden (mit Vorsicht und nur um auf gute Ideen zu kommen). Das ist nicht unheikel. Nie, wenn das Gegenteil zutrifft: Hepar bei Besserung durch Kälte

geht gar nicht. Aber z.B. Mez bei einem äußerst hartnäckigen Hautausschlag aufgrund von „Bauchschmerzen – Strecken >“ (obwohl die seit der Entfernung der Gallenblase eben nicht mehr da sind).

Von Allen und Nachfolgern wurde das Konzept in die Metaphysik verschoben.

Das richtige aus den falschen Gründen zu erhalten, ist nicht nur typisch für Homöopathie Geschichte, sondern sonst auch in der Wissenschafts-Geschichte. Pragmatisch, aber irgendwann verheerend, weil Entwicklungsblockade.

Verheerend, wenn man aufhört kritisch zu reflektieren.

Vielleicht ist ja alles Infektionskrankheit (diese Art von Modeströmung gab es in der konventionellen Medizin durchaus im 19. Jh.), aber das ist hier gar nicht wichtig. Das Konzept spezifischer Infektionskrankheiten macht nur Sinn, da wo eine klare Zuordnung zu einer einzelnen spezifischen Krankheit möglich ist, bei der dann auch ein spezifisches Mittel gefunden werden kann.

Id-Krankheiten (Folgezustände)

Sycosis – Bechterew

Sarkoidiose – Tuberkulose

Juckreiz nach Krätze

Sichelzellenanämie – Malaria (vgl. Symptomatik – Fieberschübe, hämolytische Färbung Urin, Knochenschmerzen)

Anmerkung 2021: Die hier gewählte Bezeichnung „ID-Zustände“ leitete sich ab von „Scabioid“ (weiterbestehendes Jucken nach Eliminierung des Erregers). – Die Bezeichnung „Folgezustände“ oder „Nachkrankheiten“ scheint mir mittlerweile klarer.

Diathese

Destruktive Diathese: Es gibt so etwas schon, aber als Entität ist das ziemlich unscharf.

Aber wenn jemand sich dabei sicherer fühlt in seinen Verschreibungen?

Roland Methner in seinem Vortrag zitierte eine Keuner-Geschichte von Brecht und wendete sie explizit auf Miasmen-Konzepte an:

Einer fragte Herrn K., ob es einen Gott gäbe.

Herr K. sagte: "Ich rate dir, nachzudenken, ob dein Verhalten je nach der Antwort auf diese Frage sich ändern würde.

Würde es sich nicht ändern, dann können wir die Frage fallen lassen.

Würde es sich ändern, dann kann ich dir wenigstens noch so weit behilflich sein, dass ich dir sage, du hast dich schon entschieden:

Du brauchst einen Gott."

Festständige Erkrankungen

Hahnemann verwendet den Begriff Miasmen dort, wo wir heute von Infektionskrankheiten reden würden.

Aber nicht jede Infektionskrankheit ruft gleich nach einem spezifischen Mittel (entsprechend Genius epidemicus).

Die Ermittlung eines spezifischen Mittels ist nur sinnvoll bei echten Epidemien. In der Regel erfolgt sie anhand der Symptome der einzelnen Epidemie.

Einige wenige Erkrankungen haben einen relativ konstanten Charakter. Auch über mehrere Epidemien hinweg. Diese werden bei Hahnemann als festständige Erkrankungen benannt und nur bei diesen ist es sinnvoll einen Krankheitsnamen zu verwenden.

Aus heutiger Sicht sind diese Regeln weiterhin sinnvoll: Ob es sich um eine echte epidemische Erkrankung handelt, lässt sich anhand der Klinik aber auch der Serologie feststellen. Ob diese epidemische Erkrankung über mehrere Epidemien hinweg ein einheitliches Bild hat, muss klinisch festgestellt werden. (Influenza z.B. ist ein typisches Beispiel für eine epidemische Erkrankung, deren klinisches Bild von Epidemie zu Epidemie sehr unterschiedlich sein kann).

Bis zu einem gewissen Grad (eher für virale Erkrankungen) kann man nach heutiger Kenntnis aber auch feststellen, dass epidemische Erkrankungen, die ein einheitliches Bild über mehrere Epidemien hinweg zeigen, in der Regel auch eine lebenslange Immunität hinterlassen. (Aber auch das wird von Hahnemann bereits angemerkt, wie mir gerade auffällt, er war wirklich recht gut als Kliniker).

KEINE epidemischen Erkrankungen (obwohl Infektionskrankheiten) sind Erkrankungen, die in der Regel nur individuell bzw. mit geringer Ansteckungswahrscheinlichkeit auftreten.

Blasenentzündungen sind häufig bakteriell, aber individuell zu behandeln.

Auch Staphylokokken sind bakteriell, auch ansteckend, aber nicht wirklich epidemisch.

Und auch nicht wirklich epidemisch sind Mykosen (innerliche und äußerliche). Die Erreger sind ubiquitär und opportunistisch

Chronische und akute spezifische Krankheiten

Warum sind chronische Infektionskrankheiten schwerer zu erkennen. Oder auch: Warum sind Homöopathen hier Irrtümer unterlaufen?

Akute Erkrankungen prägen ihr Bild/ Muster dem Organismus auf – u.U können dabei sogar chronische Erkrankungen vorübergehend ausgesetzt werden (nicht selten bei Neurodermitis) und schon bei Hahnemann beschrieben.

Nur in seltenen Fällen gibt es eine deutliche Vermischung zwischen der Symptomatik der Erkrankung und der individuellen Symptomatik. So genannten Komplikationen liegt in der Regel eine solche Vermischung zugrunde. Und in der Regel verlangt eine Durchmischung dann nach einem individuell gewählten Mittel, das dann in der Regel nicht das epidemische Mittel ist, aber auch nicht zwingend das ansonsten individuell passende Mittel.

Bei chronischen Infektionskrankheiten ist diese Durchmischung mit der individuellen Symptomatik schon aufgrund längeren Krankheitsverlaufes die Regel und nicht die Ausnahme.

Daher sind hier krankheitsspezifisch gewählte Mittel allenfalls am Anfang der chronischen Erkrankung alleine hilfreich, wenn die chronische Infektionskrankheit noch frisch und unvermischt ist. Sie müssen aber bei weiterem Fortschreiten im Wechsel mit individuell gewählten Mitteln gegeben werden (vgl. Hahnemanns Anweisungen zur Behandlung der Syphilis und ersetze „antipsorische“ Mittel durch „individuell gewählte“ Mittel).

Und aufgrund der Vermischung sind chronische Erkrankungen per se vielfältiger in Symptomatik und Verlauf und daher auch wesentlich schwerer als eine Entität zu erkennen.

Erweiterung – noch eine – festständige / spezifische Krankheiten

Infektionskrankheit	Behandlung: Spezifische Mittel / Individuell
Folgen	Nosoden / Individuell
Genetisch	Spezifisch / Individuell
Iatrogen / z.B Impffolgen	Isopathisch / Individuell
Verletzungsfolgen u.ä	Spezifische Mittel

Auch genetisch fixierte Krankheiten, insbesondere Punktmutationen, erzeugen ein sehr einheitliches klinisches Bild. Es könnte sich lohnen auch hier über spezifische Mittel nachzudenken.

Selbstverständlich kann man eine genetisch fixierte Krankheit nicht heilen mit einem spezifischen Mittel, möglicherweise aber doch in Schach halten. In der Regel handelt es sich nämlich um Zustände, bei denen auch die Expression eine Rolle spielt und Zustände, die nicht ständig gleich sind. (Ein Hämophilie-Betroffener blutet

nicht ständig – wenn er das täte, hätte der Organismus schon den dritten Monat der Schwangerschaft nicht erreicht).

In Indien habe ich Fälle gesehen, wo eine Hämophilie erfolgreich mit Phosphor in Schach gehalten wurde.

Von Geukens gibt es mehrere Fälle einer Osteogenesis imperfecta, welche er mit Calcium behandelte.

Ich selbst bevorzuge da Calcium phosphoricum, weil mir das spezifischer zu sein scheint, kann aber nur auf einen erfolgreich behandelten Fall zurückblicken und auch nur über drei Jahre (zu kurz).

Aber nebenbei gibt es auch noch andere monokausale Beschwerden (z.B. Verletzungsfolgen) mit einem relativ uniformen Bild und daher einem begrenzten Set an Mitteln, die in Frage kommen. Das hängt allerdings davon ab, wie genau man das jeweils fasst. Es gibt sehr unterschiedliche Verletzungen mit sehr unterschiedlichen Folgen; aber z.B. stumpfe Traumata auf ein definiertes Gewebe verursachen schon ein relativ einheitliches Muster