

Die Computerisierung homöopathischen Wissens

oder:

Wie würde Hahnemann heute repertorisieren?

Nina Degele
Institut für Soziologie
Konradstr. 6
80801 München

Tel.: (089) 2180-2950 • email: nina.degele@lrz.uni-muenchen.de

Übersicht	Kapitel	Seite
1 Einleitung	1.1 Untersuchungsgegenstand und Forschungsfrage	2
	1.2 Forschungsstand	5
	1.3 Methode, Auswahl und Vorgehen	7
2 Die techniksoziologische Mikroebene der Technisierung von Wissen	2.1 Übersetzungswissen: SAMUEL - Der Computer als number-cruncher	9
	2.2 Beschaffungswissen: AnfängerInnen zwischen Inhalts- und Beschaffungswissen	12
	2.3 Bewertungswissen: Computer total - die Computer-Repertorisation während der Anamnese	18
3 Die wissenssoziologische Makroebene der Seinsgebundenheit des Wissens	3.1 Von der Technisierung zur Horizontalisierung homöopathischen Denkens	24
	3.2 Die Seinsgebundenheit homöopathischen Handelns	30
4 Grenzen der Studie und Zusammenfassung		35
Literatur		36

1 Einleitung

Untersuchungsziel: Dialektik von Homöopathie und Computer. Die Homöopathie feiert 1996 ihren zweihundertsten Geburtstag. Anders als die Schulmedizin, deren Lehrmeinung sich mit jeder neuen wissenschaftlichen Erkenntnis ändert, ist die Homöopathie ein in sich geschlossenes System, das sich seit seiner Entstehung kaum verändert hat. Klassische HomöopathInnen fühlen sich der wissenschaftlichen Leistung Samuel Hahnemanns (1755-1843) verpflichtet. Sie sind stolz darauf, mit der Lehre des Meißener Arztes über eine fundierte Theorie von Gesundheit und Krankheit sowie eine empirisch überprüfte Methode der Heilung kranker Menschen zu verfügen. HomöopathInnen schätzen die Bezeichnung „klassische Homöopathie“ als ein Gütesiegel ersten Ranges - als strenge Anwendung der von Hahnemann formulierte Regeln. „Macht's nach, aber macht's genau nach.“ Das war seine Maxime, an der klassische HomöopathInnen heute noch ebenso festhalten wie vor zweihundert Jahren. Wie sieht es bei der großen Schwester, der Schulmedizin aus? Im modernen Gesundheitswesen ist der Einsatz von Computern nicht mehr wegzudenken. Die Medizin ist zur High-Tech-Medizin geworden. Dagegen ist der gegenwärtig zu beobachtende Siegeszug des Computers in der Homöopathie nicht unbedingt als logisches Begleitprodukt gesellschaftlicher Modernisierungsprozesse zu begreifen: Wenn HomöopathInnen heute nicht grundsätzlich anders arbeiten als vor zweihundert Jahren - wozu brauchen sie dann einen Computer? An diesen Sachverhalt knüpfe ich „klassisch“ soziologisch eine doppelte Frage: Was machen HomöopathInnen mit dem Computer? Und: (Wie) verändert der Computer die Arbeit von HomöopathInnen¹? Die zweite Frage ist es, die mich hier vordringlich interessiert: Was macht der Computer mit dem professionellen Wissen und Handeln von HomöopathInnen?

Vorgehen. Zur Aufschlüsselung des empirisch erhobenen Datenmaterials wähle ich einen doppelten Anschnitt. Zum einen analysiere ich die Mikroebene homöopathischen Wissens. Forschungsleitend ist hier die techniksoziologische Frage nach der computerspezifischen Unterstützung bzw. Technisierung einzelner Wissenskomponenten. Sie schlägt sich in der Unterscheidung von drei Wissenstypen (Übersetzungs-, Inhalts- und Bewertungswissen) nieder. Zum anderen frage ich klassisch wissenssoziologisch nach der „Seinsgebundenheit des Denkens“ (Karl Mannheim 1985) und stecke damit den Rahmen auf der Makroebene ab. Vor diesem Hintergrund gehe ich folgendermaßen vor: Für den techniksoziologischen Einstieg in den zweiten Teil bietet sich die Abgrenzung einer sehr homogenen Gruppe, nämlich der SAMUEL-AnwenderInnen an. Die Analyse fördert eine funktionale Verwendung technischer Medien zutage, die eng mit der Organisation des zur Mittelfindung relevanten Wissens verknüpft ist (2.1). Im nächsten Schritt lege ich dar, was homöopathisches Wissen kennzeichnet. Dabei führt der Vergleich von AnfängerInnen und fortgeschrittenen HomöopathInnen zu einem soziologischen Modell homöopathischen Wissens mit unterschiedlich computerisierbaren Bestandteilen (2.2). Die Analyse der Wissensdimension, die am sensibelsten auf den Einsatz von Computern reagiert, erfordert eine andere Unterscheidung als die von AnfängerInnen und Fortgeschrittenen. Zentral ist, ob der Computer während der Anamnese zum Zweck der Repertorisation eingesetzt wird oder nicht. Die Beobachtungen erlauben schließlich die Konstruktion eines Idealtypus, den ich „iterationskompetenten Computereinsatz“ nenne. (2.3). Im dritten Teil folgt die wissenssoziologische Erweiterung auf die Makroebene. In dieser Perspektive interpretiere ich den Computer lediglich als Symptom für eine „Horizontalisierung“ homöopathischen Wissens. Dies geschieht anhand einer Untersuchung der „HardlinerInnen“ (3.1). Wie sich das manifestiert, zeigt die Analyse homöopathischer ÄrztInnen (3.2). Zunächst jedoch einige Bemerkungen zur Forschungsfrage (1.1), zum Forschungsstand (1.2) und zur gewählten Untersuchungsmethode (1.3).

¹ Die Frage nach der Aneignung steht im Mittelpunkt der Rheuma-Studie, in welcher es vor allem um die verschiedenen Verwendungsmöglichkeiten eines Expertensystems zur Unterstützung der Anamnese und Diagnose in der Rheumatologie ging (Degele 1994a).

1.1 Untersuchungsgegenstand und Forschungsfrage

Homöopathie innerhalb des Medizinsystems. Die Homöopathie ist eine physische und/oder psychische Dienstleistung mit dem Ziel der Heilung. Wie die anthroposophische Medizin und die Phytotherapie gilt die Homöopathie als „besondere Therapierichtung“. Der Begriff wurde 1976 mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelrechts eingeführt und bezeichnet eigene theoretische Denkansätze und therapeutische Strategien, die von schulmedizinischen Grundsätzen abweichen (Oepen 1995: 112). Damit steht die Homöopathie zwischen der Schulmedizin und den unkonventionellen, d.h. wissenschaftlich nicht begründeten und nicht allgemein anerkannten Arzneimitteln und Methoden. Dennoch ist sie in die Regelungen des Arzneimittelrechts einbezogen. Die wachsende Popularität der Homöopathie wurzelt zu weiten Teilen in gesundheitsökonomischer und medizinischer Hilflosigkeit (Sendler 1986): Chronische Erkrankungen nehmen zu, während präventive Maßnahmen fehlen oder nicht greifen; die Quantität des Medizinbetriebs wächst, und dennoch ist die Schulmedizin an ihre Versorgungsgrenzen gestoßen. Weitere Gründe sind die überproportionale Medikamentierung und die nicht zuletzt aus Einkommensgründen ausgeweitete diagnostische und therapeutische Medizintechnik. Gleichzeitig werden immer mehr Menschen der High-Tech-Medizin überdrüssig. Vor allem das Bedürfnis nach einer anderen Arzt-PatientIn-Beziehung fordert eine seit den siebziger Jahren übermächtig gewordene Medizinkultur heraus (Dinges 1996: 410f; Schluchter 1974): Die experimentelle biochemische Wissenschaft und Technik ersetzte die auf klinischer Beobachtung basierende Kunstlehre, der medizinische Spezialist verdrängte den praktischen Arzt, das nichtärztliche Gesundheitspersonal vermehrte sich rapide, die Einzel- wie der Gruppenpraxis und medizinischen Großorganisationen, die Präventivmedizin erweiterte den Kompetenzbereich des Arztes und schließlich erhielten die dritten Parteien ein wachsendes Mitspracherecht an der politischen, administrativen und ökonomischen Steuerung des medizinischen Systems. Das Ergebnis ist eine medizinische Technostruktur. Was setzt ihr die Homöopathie entgegen?

Die vier Säulen der Homöopathie. Neben der stürmischen Ausdifferenzierung der Schulmedizin nimmt sich die Entwicklung der Homöopathie bescheiden aus. Ihr Denken und Handeln ruht auf vier Säulen (vgl. Gebhardt 1995b; Illing 1988; Raba 1996; Voegeli 1991). Dazu zählt das Gesetz der Ähnlichkeit (1), die Arzneimittelprüfung am gesunden Menschen (2), die leidende Lebenskraft als Ursache der Erkrankung (3) und die Potenzierung als geistartig gemachte Wirkung der Arznei (4).

- 1) Orientiert man sich an der Ähnlichkeitsregel, behandelt man beispielsweise frische Erfrierungen nicht mit warmen Decken, sondern mit Kälte. Ebenso können möglichst ähnliche Krankheitsreize, wie sie homöopathische Arzneien auslösen, Krankheiten heilen. Das daraus abgeleitete Ähnlichkeitsgesetz besagt nun, daß ein Arzneimittel genau die Krankheit heilt, deren Symptome bei einem gesunden Menschen hervorgerufen werden, wenn er dieses Mittel erhält (*similia similibus curentur*). Die Kunst des Homöopathen besteht mithin darin, unter den rund 900 geprüften Arzneimitteln dasjenige herauszufinden, welches der Symptomatik am meisten ähnelt. Die Homöopathie steht damit im diametralen Gegensatz zur Allopathie als der Grundlage der Schulmedizin. Letztere würde Krankheiten durch Gegensätzliches kurieren und etwa ein Abführmittel gegen Obstipation verordnen.
- 2) Die homöopathische Therapieform individualisiert. Deshalb erschließt sich die Wirkung der Arzneimittel nicht durch biochemische Experimente oder über Analogien, sondern nur durch empirische Beobachtung. Um für eine Krankheit das entsprechende Mittel zu finden, waren und sind umfangreiche und aufwendige Arzneimittelprüfungen erforderlich. Sie erfolgen an gesunden Menschen und keinesfalls an Kranken, und auch nicht an Tieren. Auf diesem Weg wurden bislang über 900 pflanzliche, tierische und mineralische Mittel getestet.
- 3) Symptome sind Hahnemann zufolge lediglich die nach außen projizierten Erscheinungen und Phänomene einer Krankheit. Sie weisen auf ein inneres Ungleichgewicht hin: Die gestörte Lebenskraft und nicht äußere Erreger bringt Krankheiten hervor. Sind keine lebenswichtigen Funktionen oder Organe irreparabel zerstört, verleihen homöopathische Heilmittel der

Lebenskraft einen „Schubs“, um den Organismus wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Er heilt sich somit letztlich selbst.

- 4) Die Potenzierung schließlich bezeichnet die Verdünnung und Dynamisierung der Arznei durch Verschüttelung, bis schließlich keine Substanz mehr in dem Mittel nachweisbar ist. Sie wirkt damit nicht mehr materiell auf den Körper, sondern auf einer informationellen Ebene. Deshalb sprechen HomöopathInnen hier auch von einer geistartig gemachten Wirkung der Arznei.

Am letzten Punkt entzündet sich die heftigste Kritik der Schulmedizin: Es kann nicht sein, was nicht sein darf - arzneilose Hochpotenzen können nicht wirken, weil in ihnen keine Substanz mehr enthalten ist. Deshalb interpretiert sie homöopathische Heilungen als Placebo-Effekte (Hopf/Binder 1992; Kämmerer 1992; Oepen 1995). Dennoch sind einige Beiträge der Homöopathie auch in die etablierte Krankheitslehre eingegangen. Ein Beispiel dafür ist Lehre von der Unterdrückung und Suspendierung. Danach resultiert aus einer krankheitsbedingt ausgelösten Störung oder Unterdrückung der körpereigenen Regulation (z.B. durch Cortison) eine chronische Krankheit.

Homöopathie und Soziologie. Wie könnte nun eine sozialwissenschaftliche Forschungsagenda aussehen? Wo und wie kann sie an den vier Prinzipien der Homöopathie ansetzen? Die Identifizierung dessen, was es zu heilen gilt, bildet die Grundlage der homöopathischen Mittelfindung nach dem Gesetz der Ähnlichkeit und damit den Kern der Behandlung. Im Simile-Prinzip kommt das homöopathische Wissen zum Ausdruck - als Ansatzpunkt für die Wissenssoziologie (1). Die Arzneimittelprüfung am gesunden Menschen ist ein naturwissenschaftlich-empirisches Unterfangen². Aus soziologischer Sicht interessiert dabei vor allem die Wissenschaft „in action“ - der reale Forschungsprozeß in der homöopathischen Praxis, in privaten Lehr- und Forschungsinstituten oder (seltener) Universitäten (2). Die leidende Lebenskraft als Ursache der Erkrankung erfordert einen ganzheitlichen Zugang zum Menschen. Sie liefert das Paradigma für die Verschachtelung geistiger, psychischer und physischer Ebene (vgl. Vithoulkas 1993: 96, 203; Bayr 1969). Dies ist vor allem in systemtheoretisch-soziokybernetischer Sicht von Interesse (3). Die Potenzierung als geistartig gemachte Wirkung der Arznei schließlich ist im Spannungsfeld von Natur- und Geisteswissenschaft beheimatet und berührt genuin wissenschaftstheoretische Fragestellungen³ (4).

² Zu klinischen Forschungsbemühungen zur Homöopathie gibt es drei Zugänge: Erstens wird die Homöopathie als Ganzes, als in sich abgeschlossenes Therapiesystem sui generis evaluiert. Untersuchungsstandard ist dabei die placebokontrollierte randomisierte Doppelblindstudie, was sich aufgrund der Individualisierung der Homöopathie als anspruchvolles Unterfangen entpuppt. Zweitens werden homöopathische Arzneimittel auf ihre Wirkung hin überprüft. Dies ist ein umstrittenes Verfahren, da die Individualisierung außer acht gelassen wird. Drittens schließlich wird das Prinzip der Aufbereitung einer Substanz nach den Regeln der Homöopathie evaluiert (Isopathie), wobei allerdings ein Arzneimittelbild fehlt. Dem schulmedizinischen Denken liegt dieses analytische Vorgehen am nächsten, dem homöopathischen am fernsten. Entsprechend ist die Aussagekraft der Studien umstritten (vgl. Quak 1996; Walach 1996)).

³ Neuerdings gehen komplexitätstheoretische Ansätze auf die Quantenmechanik und Chaosforschung zurück, um einen passenden wissenschaftstheoretischen Rahmen für die Homöopathie zu schaffen. Materie ist danach lediglich ein Ausdruck komplexer energetischer Strukturen; der Mensch in seiner jeweiligen individuellen Gesamtheit ist ein hochkomplexer Ausdruck dynamischer Prozesse (Eibl 1995; zur Homöopathie als Verknüpfung von natur- und geisteswissenschaftlicher Anschauung vgl. Eichelberger 1982: 24f. Vgl. auch Heim 1984; Resch/Gutmann 1986).

Disziplinärer Zugang Methode/Sichtweise	Wissens- und Wissenschafts- soziologie	Wissenschaftstheorie, Paradigmenanalyse
Systemtheoretisch- ganzheitlich	Ähnlichkeitsprinzip	leidende Lebenskraft
empirisch-analytisch, (natur-)wissenschaftlich	Arzneimittelprüfung	Potenzierung

Abbildung 1: Soziologie und Homöopathie

Der Weg zum Mittel. Als Soziologin interessiert mich hier die erste Dimension, genauer: der computergestützte Prozeß der homöopathischen Mittelfindung. Der klassische Weg von der Fallaufnahme bis zur Arzneiverordnung setzt sich aus unterschiedlichen Schritten zusammen (Illing 1988: 79-120; Rau 1989: 68-80). Dazu zählen die Anamnese (Erstellen der Gesamtheit des Symptome), die Hierarchisierung (Sichten und Sortieren der wichtigsten Symptome), die Repertorisation als Nachschlagen der Symptome im Repertorium⁴, Abgleich der in Frage kommenden Arzneien mit dem „Wesen“ des Patienten sowie die endgültige Wahl des Mittels inklusive Entscheidung für die passende Potenz, Dosis und Wiederholungszeit. Kernstück ist die Anamnese als „Erhebung des wirklichen - und vermeintlichen - Wissens des Kranken von seiner Krankheit und deren Entstehung“ (Gawlik 1996a: 9). In diesem Prozeß konstruieren HomöopathIn und PatientIn gemeinsam eine Wirklichkeit, indem sie ihre verschiedenen Sichtweisen der Symptomatik zur Deckung bringen. Im Unterschied zur schulmedizinischen Anamnese geht es nur im ersten Schritt darum, die Krankheit des Patienten zu diagnostizieren. Die Aufgabe des Homöopathen besteht vielmehr darin, den Menschen in seiner Identität zu erfassen und dieses Wissen für die Wahl des oder der richtigen Arzneimittel(s) fruchtbar zu machen. Eine komplette Anamnese kann klinisch-pathologische, ätiologische, Persönlichkeits- und miasmatistische Diagnosen ermöglichen bzw. beinhalten⁵. Eine solche klassische Anamnese ist zeitaufwendig und nimmt bei AnfängerInnen 4-5 Stunden in Anspruch. Wie stark sie in der Praxis von den in den Lehrbüchern vorgeschriebenen Vorgehensweisen (vgl. Hahnemann 1992 §§ 26, 71, 87, Fußnoten 88, 89 und 93, 94, 104; Gawlik 1996a; Vithoulkas 1993) abweicht, ist systematisch noch kaum erforscht. Als Abkürzungen kommen das Verschreiben aufgrund von Schlüsselsymptomen in Frage, die direkt auf nur wenige in Frage kommende Mittel hinweisen, Verordnungen allein aufgrund von Gemütssymptomen, ätiologisch orientierte Verschreibungen, miasmatisch orientierte Zwischengaben von Nosoden, organotrope Verschreibungen aufgrund von Standardindikationen, aber auch Pendeln und Verschreiben aufgrund einer Computerempfehlung. Aufschlußreiche Hinweise liefert eine umfangreiche Feldstudie zur Praxis der Homöopathie in Indien, einem Land mit der weitesten Verbreitung und auch staatlichen Anerkennung (Borghardt 1990: 62-68; Jütte 1996b): Dort ist die unterschiedliche Behandlung derselben Kranken durch unterschiedliche ÄrztInnen die Regel. Der Grund dafür liegt im

⁴ Das Repertorium ist ein Symptomverzeichnis und damit ein spezifisches Inhaltsverzeichnis der Materia Medica (Arzneimittellehre).

⁵ Die klinisch-pathologische Diagnose steht dem schulmedizinischen Denken und Vorgehen am nächsten. Homöopathische ÄrztInnen können sie entweder selbst erstellen oder den Patienten zum Facharzt überweisen. Dem Handlungsspielraum eines Heilpraktikers sind hier engere Grenzen gesetzt. Die ätiologische Diagnose versucht, auslösende Faktoren zu benennen. Bei der Persönlichkeits-Diagnose geht es darum, die psychische Veranlagung des Patienten, seine Grundkonflikte und Eigentümlichkeiten kennenzulernen. Die miasmatische Diagnose schließlich versucht, chronische Infektionskrankheiten (Psora, Sykose und Syphilis), die auch ererbt sein können, differentialdiagnostisch gegenüber Kunstkrankheiten und psychischen Traumen abzuklären und zu identifizieren. Solche Krankheiten haben die chronischen Patienten für Behandlungen bislang resistent gemacht.

Konzept der „Gesamtheit der Symptome“ als der praktischen Konsequenz des Ähnlichkeitsprinzips: Die Arznei muß der Krankheit des Patienten in der Gesamtheit seiner Symptome ähnlich sein, um ihn heilen zu können. Der Homöopath muß also herausfinden, welches die wichtigen, die richtigen Symptome sind. Diese Entscheidung hängt von der Diagnose und damit entscheidend vom Vorwissen und Typ der BehandlerInnen ab. Dies kann einen breiten Ermessensspielraum und damit auch die Gefahr der Beliebigkeit nach sich ziehen. Deshalb forderten indische HomöopathInnen ein standardisiertes Vorgehen, wozu sie auch die Hilfe von Computern für angezeigt halten.

Computer-Repertorisation als Originalmodus. Soziologisch ist nun interessant, wo und unter welchen Bedingungen HomöopathInnen den Weg der Mittelfindung abkürzen, und welche Rolle der Computer dabei spielt. Der „Originalmodus“ der Nutzung von Computern in der Homöopathie ist die Repertorisation *nach* der Anamnese. Die Repertorisation ist ein mechanischer Prozeß, bei dem eine Vielzahl von Daten zu verarbeiten ist. Computertechnisch gesehen ist eine Repertorisation das Ergebnis einer mathematisch ermittelbaren Schnittmenge aller eingegebener Symptome. Das Hauptargument, das HomöopathInnen für eine Computer-Repertorisation ins Feld führen, ist Zeitersparnis, gefolgt von einem Genauigkeitsgewinn. Diese Sicht auf den Computer als Hilfsmittel, Werkzeug, Rechenknecht zieht sich bei allen Computernutzern durch: Der Computer kürze den Weg zum Mittel ab, lasse aber die Logik der Mittelfindung unangetastet. Stimmt das?

1.2 Forschungsstand

Soziologisches Forschungsvakuum. Die Veränderung beruflicher, alltäglicher und expertenhafter Kompetenzen untersuchen SoziologInnen unter dem Schlagwort der „Technisierung von Wissen“ bzw. „Mensch-Maschine-Kommunikation“ (vgl. Paetau 1990). Dazu gibt es eine breite sozialwissenschaftliche Forschungstradition. Die am intensivsten untersuchten Bereiche sind industrielle Produktion und technische Berufe (Manske/Mickler/Wolf 1994). Zur Technisierung homöopathischen Wissens liegt - soweit ich die Forschungslandschaft überblicke - kein soziologischer Beitrag vor. Mehr noch: SozialwissenschaftlerInnen haben sich bislang weder aus medizin-, technik- oder wissenssoziologischer Perspektive mit der Homöopathie auseinandergesetzt⁶. „Computer in der Homöopathie“ sind ein soziologisches Forschungsvakuum. Annäherungen sind von zwei Seiten aus möglich, nämlich der homöopathischen und medizinischen Binnenperspektive einerseits und der sozialwissenschaftlichen Forschung zu Medizin- und Gesundheitssystem andererseits. Forschungsarbeiten lassen sich damit folgendermaßen klassifizieren:

	Homöopathie	Soziologie und Medizinsystem
Wissenschaftstheoretische Verortung	- Geschichte - Paradigmenvergleich (Schulmedizin, Naturwissenschaft)	- ganzheitliche Betrachtung der Medizin - medizinisches Wissen
Gesellschaftliches Gesundheitssystem	- High-Touch	- Sozialmedizin - Rationalisierung und Professionalisierung - Finalisierung
Arzt bzw. HeilpraktikerIn	- homöopathische Anamnese - Rolle Computer als Buchhalter	- Arztunternehmer und Reformresistenz - sprechende und stumme Medizin

⁶ Die einzige mir bekannte Ausnahme bildet Twenhöfel (1996).

Abbildung 2: Forschungsstand zu Soziologie und Homöopathie

1) Zur Standortbestimmung der Homöopathie. Standortbestimmungen der Homöopathie sind historischer Natur (Appell 1996; Jütte 1996b), diskutieren paradigmatische Unterschiede zur Schulmedizin (Gebhardt 1995a), gesellschaftliche Gründe für die Beliebtheit der Homöopathie als alternativer Heilkunst (Twenhöfel 1996) und Gemeinsamkeiten mit der Post-Newton'schen Naturwissenschaft (Bayr 1982; Eibl 1995; Resch/Gutmann 1986). Eine solche kybernetische Perspektive ist nicht nur von wissenschaftstheoretischem Interesse. Sie indiziert einen weltweiten Boom zur Homöopathie als einer Therapie in der Postmoderne (Dinges 1996) und auch eine Hinwendung zu einer systemischen Betrachtung der gesamten Medizin (Heim 1984; Heine 1995; Simon 1995). Was homöopathisches Wissen im Gegensatz zu schulmedizinischem, naturwissenschaftlichem, künstlerischem oder auch technischem Wissen auszeichnet, ist eine genuin wissenssoziologische Forschungsfrage. Eine soziologische Mikroanalyse homöopathischen Wissens gibt es bislang nicht, wohl aber Arbeiten, welche medizinische Wissensstrukturen, Begründungs- und Problemlösungsprozesse allgemein (vgl. den Sammelband von Chi u.a. 1988; Becker 1992), Nutzungswissen von medizinischen Expertensystemen (Degele 1994b) oder medizinisches Sonderwissen in Form von okkultem Wissen (Knoblauch 1991) zum Gegenstand haben. Die Abgrenzung von homöopathischem und schulmedizinischem Wissen findet auf einer polemischen Ebene statt: SchulmedizinerInnen fühlen sich von homöopathischem „Aberglauben“ massiv herausfordert (Resch/Gutmann 1986) und fahren heftige Geschütze gegen die „Irrlehre“ auf (vgl. etwa den Sammelband von Binder 1992 und Oepen 1995). So präsentiert sich auch die klinische Forschung zur Homöopathie als beständiger Streit um grundlagentheoretische und methodologische Fragen (vgl. als ausführlichen Überblick Albrecht 1996 und als Beispiel Quak 1996).

2) Homöopathie und Gesundheitssystem. Die Einbindung der Homöopathie in das Gesundheitssystem ist kein überbordendes soziologisches Forschungsthema. Am ehesten stellen Arbeiten zum Zusammenhang von High-Tech und „High-Touch“ (Ullman 1988) einen Bezug zur Homöopathie her. Größeres Interesse finden Probleme einer finalisierten Medizin (Bauch 1985). Dabei werden zunehmend soziale Tatbestände in den Kompetenzbereich der Medizin integriert und machen das Gesundheitswesen für eine Politisierung anfällig. Resultat ist der Wandel des Gesundheitswesens zu einer Technostruktur (Schluchter 1974; Sandler 1986). Ein solcher - mit Max Weber gesprochen - Rationalisierungsprozeß geht ebenso mit einer Differenzierung und Professionalisierung (zunehmende Spezialisierung, Vermehrung des nicht-ärztlichen Gesundheitspersonals, Trend zur Gruppenpraxis) wie auch mit einer gleichzeitigen Deprofessionalisierung („McDoctors“, Werbungsaufwand für ÄrztInnen und Kliniken) (Ritzer/Walczak 1988; Gross 1985) einher. Die Rolle, die eine zunehmende Technisierung im Hinblick auf die Verbreitung von Computern spielt, war vor allem in den siebziger Jahren Gegenstand marxistisch inspirierter Befürchtungen eines Verlusts an ärztlicher Autonomie und Entwertung medizinischen Wissens (Stein 1976). Gleichzeitig verhält sich die ÄrztInnenschaft gegenüber Steuerungsbemühungen durch die Gesetzgebung erstaunlich widerständig (Göckenjahn 1981), vor allem was das System der Honorierung frei praktizierender ÄrztInnen anbelangt (Schulenberg 1981). HeilpraktikerInnen tauchen hier nur insoweit auf, als sie nicht mit ÄrztInnen organisiert zusammenarbeiten dürfen (Richter 1993).

3) Die Rolle des Heilers. Krankenkassen, Politik und steigende Konkurrenz setzen dem romantischen Idealbild des altruistisch motivierten Heilers heftig zu. Sie machen ihn zum „Arztunternehmer“ und zwingen ihn in steigendem Maß zur Rationalisierung seiner Praxisverwaltung (Boguslawski 1988). Welche Möglichkeiten der Computer dabei zur Standardisierung ärztlichen Handelns zur Verfügung stellt, ist Gegenstand der medizinischen Informatik (Seelos 1994). Als interdisziplinärer Ansatz sucht sie nach informatischen Methoden allgemeingültiger und formaler Verfahrensbeschreibungen zu Problemlösungen, um den Arzt bei der individuellen PatientInnenbehandlung zu unterstützen und ihm insbesondere für den Prozeß der ärztlichen Urteilsfindung optimale Entscheidungsgrundlagen zur Seite zu stellen. Zur Rolle und Verbreitung allein von Expertensystemen in der Medizin ist die Literatur inzwischen fast unübersehbar geworden (vgl. Becker 1992; Schill 1990). Die Verbreitung von Computern in der Homöopathie ist bislang allerdings noch nicht durch Zahlen belegt. Als ihr primäres

Einsatzgebiet kommt hier die Entlastung von der Buchhaltertätigkeit in Frage, die mit der homöopathischen Diagnose- und Mittelfindung verbunden ist (Vithoulkas 1994a/b; O.V. 1992). Das Herzstück der sozialwissenschaftlichen Beschäftigung mit medizinischem Handeln ist die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Darunter fallen dann etwa die Frage nach dem Einfluß von Statussymbolen und die Rollenhaftigkeit beim Stellen einer „Sozial-“Diagnose (Lüth 1984). Ergänzend dazu verorten medizinsoziologische Arbeiten die Sozialmedizin als Bestandteil des ärztlichen Handelns und der ärztlichen Ethik (Schneble 1984). Wie sich dies in den Berufskonzepten angehender MedizinerInnen niederschlägt, ist Gegenstand arbeits- und organisationspsychologischer Arbeiten (Sieverding 1992). Eingang in die öffentliche Diskussion finden sozialwissenschaftliche Befunde dazu unter dem Stichwort „sprechende und stumme Medizin“ (Lüth 1974), Verlust von „compliance“ als mangelndes Befolgen ärztlicher Anweisungen (Storkebaum 1992) oder „Dialog als Therapie“ (Huebschmann 1987). Empirische Untersuchungen zum Arzt-PatientInnen-Verhältnis sind an der Sicht von ÄrztInnen, MedizinstudentInnen oder PatientInnen orientiert (Schmid u.a. 1985), wobei sozialwissenschaftliche ForscherInnen eine mangelnde Theorie dieses Kommunikationstyps beklagen (Ong u.a. 1995). Dieses Defizit wiegt um so schwerer, als die Beziehung zwischen BehandlerIn und PatientIn, die sich in der Anamnese realisiert, den Kern homöopathischen Handelns darstellt. HomöopathInnen sind sich darüber einig, daß hier grundlegende Unterschiede zur Schulmedizin bestehen (Der freie Arzt 1996; Gawlik 1996a). Sie machen eine Erweiterung von Befunden auf die Homöopathie unmöglich.

1.3 Methode, Auswahl und Vorgehen

Gegenstandsbezogene Theoriebildung. Die soziologische Erkundung homöopathischen Wissens und Handelns erfordert einen Untersuchungsansatz, welcher der Vielschichtigkeit des Gegenstand angemessen ist. Dazu bieten sich qualitative Methoden an (Flick 1995; Lamnek 1989). Dieser Typus von Sozialforschung gleicht ein wenig der homöopathischen Suche nach dem richtigen Mittel: Ich suche in einem Fall nach dem Thema, der Idee, und versuche in diesem Besonderen (der Umgang eines Homöopathen mit seinem Computer) das Allgemeine (gesellschaftliche Einflußfaktoren) herauszuschälen. Der Ansatz ist wie die Homöopathie individualisierend, argumentiert nicht mit Statistiken, sondern „kasuistisch“. Im nächsten Schritt versuche ich, bei einer Gruppe von Fällen (z.B. AnfängerInnen, SAMUEL-AnwenderInnen) das über das Individuelle hinausweisende zu identifizieren. Daraus bilde ich Idealtypen (vergleichbar mit den Arzneimittelbildern) und versuche, empirisch gestützte verallgemeinerbare Aussagen zu treffen. Sollen sich qualitative Forschungsmethoden ihrem Gegenstand „anschmiegen“, und ist die homöopathische Mittelfindung ein interaktiver Aushandlungsprozeß, der sich schrittweise der richtigen Arznei annähert, entspricht dem ein Verfahren, bei der sich jeder Analyseschritt aus dem unmittelbar vorhergehenden ergibt. Einem solchen Vorgehen liegt der Ansatz der „Grounded Theory“, der gegenstandsbezogenen Theoriebildung zugrunde (vgl. Strauss/Corbin 1994; Strauss 1991; Kelle 1994). Als Spezifikum ist hier bereits während der Datenerhebung eine induktive Konzept- und Theoriebildung nicht nur zugelassen, sondern sogar erwünscht. Die Sammlung und Analyse von Daten erfolgt also gleichzeitig, was zu einer ständigen Hypothesenbildung und -überprüfung führt. Was bedeutet das für die vorliegende Studie?

Auswahl. Die Auswahl und Erhebung des empirischen Materials erfolgte nach dem Prinzip des „theoretical sampling“: Für die untersuchten Kategorien sammelt die Forscherin so lange weitere Daten, bis eine „theoretische Sättigung“ erreicht ist, bis sie also die Aussagekraft der Kategorie nicht mehr weiter erhöhen kann. Diesen Punkt habe ich in dieser Untersuchung nach der Befragung von 34 HomöopathInnen erreicht. Das Sample setzt sich aus 12 ÄrztInnen und 22 HeilpraktikerInnen zusammen⁷. Die ersten Kontakte mit computernutzenden HomöopathInnen basierten auf Hinweisen von Herstellern und Vertreibern von Computerprogrammen,

⁷ Die Interviewausschnitte sind folgendermaßen kodiert: „A“ steht für Arzt/Ärztin, „HP“ für HeilpraktikerIn, und die dahinter stehende Ziffer dient der Numerierung.

Ausbildungsinstitutionen und Verbänden. Mit diesem Schneeballverfahren konnte ich mir recht schnell einen Überblick verschaffen. Im nächsten Schritt nahm ich dann eine gezieltere Auswahl vor, nämlich im Hinblick darauf, welche Programme oder Gruppen von HomöopathInnen bislang nur mangelhaft vertreten waren. Parallel dazu ermöglichte eine telefonische Recherche aller Münchner ÄrztInnen mit dem Eintrag „Homöopathie“ in den gelben Seiten einen Einblick in die Verbreitung von Homöopathie-Programmen in der ÄrztInnenschaft. Die herangezogenen Vergleichskriterien der Kategorien sind erstens HeilpraktikerInnen vs ÄrztInnen, zweitens erfahrene HomöopathInnen vs AnfängerInnen, drittens erfahrene ComputeranwenderInnen vs AnfängerInnen und schließlich RADAR, McREPERTORY und SAMUEL als verwendete Programme. Bei der Auswertung der Interviews kristallisierten sich einige deutlich abgrenzbare Gruppen heraus, anhand derer ich die formulierte Forschungsfrage zu beantworten versuche. Diese Gruppen sind z.B. die SAMUEL-AnwenderInnen, die Homöopathie-AnfängerInnen und „Koryphäen“, die PC-NutzerInnen, die während der Anamnese bereits repertorisieren, die „HardlinerInnen“ und schließlich die KassenärztInnen.

Erhebung, Aufbereitung und Auswertung. Als grundlegendes Forschungsinstrument verwendete ich das Interview, dessen konkrete Form im Kontinuum von ExpertInnengespräch (Recherche von Hintergrunddaten, Informationen zu den Computerprogrammen), problemzentriertem und leitfadengestütztem Interview (Witzel 1985: 227-236; Lamnek 1989: 65) variierte. Ein Leitfaden formuliert den gesamten Problembereich in Form von einzelnen thematischen Feldern und dient der gegenstandsbezogenen, vergleich- und kontrollierbaren Organisation des Hintergrundwissens. Diese Gesprächsformen erwies sich als nützlich, weil ihre Gegenstandsorientierung (vor allem beim problemzentrierten Interview) einen flexiblen Zugang zum erforschten Objekt (homöopathisches Wissen unter der Bedingung der Computerisierung) gewährleisten: Der Forschungsprozeß besteht aus der Aufeinanderfolge von induktiver und deduktiver Vorgehensweise, die sich wechselseitig bereichern. Die Gespräche fanden ausschließlich im alltäglichen Milieu der Befragten statt. Im kürzesten Fall nahmen sie 25 Minuten in Anspruch, im längsten Fall zweieinhalb Stunden. Im Verlauf der Untersuchung ergab sich in einigen Fällen - vor allem bei den ersten Interviews - die Notwendigkeit, noch einmal gezielt nachzuhaken. Mit 14 HomöopathInnen ging ich deshalb „in eine zweite Runde“. Diese zweite Welle war teilweise telefonisch möglich. Bei den Darstellungsmitteln dominierten wörtliche Transkriptionen über sinngemäß rekonstruierte Protokolle. Auf letztere griff ich nur dann zurück, wenn eine Tonbandaufzeichnung nicht möglich war, z.B. bei einigen telefonischen Interviews der zweiten Welle oder wenn nach Abschalten des Aufnahmegeräts die Befragten plötzlich unbefangen weiter erzählten. Die gewählten Gesprächsformen machten sich in den Phasen der Aufbereitung und Interpretation bezahlt: In Anlehnung an eine interpretativ-reduktive Analyse (Lamnek 1989: 104-120) und das Verfahren der theoretischen Kodierung (Strauss 1991) konnte ich die 34 Interviews durchgängig in die Form einer Themenmatrix bringen und - je nach konkreter Fragestellung - miteinander vergleichen. Im letzten abstrahierenden Schritt konnte ich schließlich Grundtendenzen mit typischen Konstellationen herauschälen⁸.

⁸ Die Auswertung geht insofern über die Aufbereitung hinaus, als ich auf Grundlage der kodierten Protokolle deskriptive Klassifikationen konstruierte (Barton/Lazarsfeld 1979). Beispiele dafür sind die Unterscheidung ist das Modell homöopathischen Wissens (Abb. 4) mit der daraus abgeleiteten medialen Unterstützung (Abb. 7). Erst auf dieser Ebene findet der Übergang zur gegenstandsbezogenen induktiven Konzept- und Theoriebildung statt.

2 Die techniksoziologische Mikroebene der Technisierung von Wissen

2.1 SAMUEL - Der Computer als Number-cruncher

Auswahl. Von den 34 Befragten setzen 7 HomöopathInnen SAMUEL ein, einer das Vorgängerprogramm HOMÖOLOG. Dabei handelt es sich um einen Arzt und 6 bzw. 7 HeilpraktikerInnen. Der Arzt nimmt als der Vater dieser Homöopathie-Richtung (Eichelberger-Schule) und des entsprechenden Computerprogramms eine Sonderstellung ein. Er ist der direkte oder indirekte Lehrer der übrigen 7 Befragten und gleichzeitig einer der Nestoren der deutschen Homöopathie der Gegenwart. Er fällt auch insofern aus der Reihe, als er aufgrund seiner fast fünfzigjährigen Erfahrung als einziger der gesamten Untersuchung darauf verzichtet, eine persönliche Anamnese durchzuführen - für die Mittelfindung stützt er sich fast ausschließlich auf die im Fragebogen erhobenen Daten. Alle sieben ComputernutzerInnen verwendeten die gleichen Fragebögen, die sie mithilfe von SAMUEL bzw. HOMÖOLOG auswerten.

SAMUEL vs RADAR und McREPERTORY. SAMUEL ging aus HOMÖOLOG hervor, das 1984 als erstes Computerprogramm für die Homöopathie auf den Markt kam. HOMÖOLOG gilt inzwischen als veraltet. SAMUEL ist seit 1991 im Handel und seit 1995 unter Windows lauffähig. Wie RADAR und McREPERTORY verfügt es über verschiedene Auswertungsmöglichkeiten und eine PatientInnenverwaltung. Sein Spezifikum ist allerdings die Repertorisation von Symptomen, die mittels eines Fragebogens erhoben wurden. Die verwendeten Fragebögen kommen vor allem bei chronischen Fällen zum Einsatz und sind in die Software integriert. Diese Ausrichtung schaltet bereits im Vorfeld eine sinnvolle Anwendung des Computers während des PatientInnengesprächs aus. Jährlich gibt es ein Update. SAMUEL ist in 200 Praxen installiert; zu zwei Dritteln bei HeilpraktikerInnen, und zu einem Drittel bei ÄrztInnen, die eher die beiden teureren Konkurrenzprogramme bevorzugen. RADAR und McREPERTORY sind weiter verbreitet. Das ursprünglich unter DOS und inzwischen unter Windows lauffähige RADAR wird seit 1986 in inzwischen 30 Ländern eingesetzt. In Deutschland gibt es 1500 Installation, 30 Praxen sind Beta-Tester. Die ab 2000 DM erhältliche Grundkonfiguration kaufen vorwiegend HeilpraktikerInnen. Für eine Komplettversion sind bis zu 10000 DM zu entrichten. Dazu sind hauptsächlich ÄrztInnen bereit, die RADAR in eine bereits vorhandene Praxisverwaltung einbinden. In einer ähnlichen Preisklasse ist das auf Apple lauffähige McREPERTORY erhältlich, wovon in Deutschland rund 600 Installationen registriert sind. Im Gegensatz zu RADAR verfügt McREPERTORY allerdings über keinen Kopierschutz, weshalb die tatsächliche Zahl von Installationen höher liegen dürfte⁹. Sowohl bei RADAR wie auch bei McREPERTORY führen Hersteller und AnwenderInnen eine Zeitersparnis in der Praxis und eine verbesserte Qualität der Verordnungen als Hauptnutzen an¹⁰.

Fragebogen wird vor der Anamnese ausgefüllt. Wie sieht nun die Verwendung von SAMUEL aus? Nach einem meist telefonischen Erstkontakt holt sich der Patient beim Homöopathen den bis zu 54 Seiten umfassenden Anamnese-Fragebogen ab oder bekommt ihn zugesandt. Nachdem er ihn ausgefüllt zurückgeschickt hat, findet einige Tage später die persönliche Anamnese statt. Bis zu diesem Zeitpunkt hat sich der Homöopath mit den Angaben aus dem Fragebogen weitgehend vertraut gemacht: Er weiß, „wie der Hase läuft“, der Patient dagegen „kommt mit seinem Leben nochmal in Kontakt“ (HP28). Beide gehen mit Vorwissen in das Gespräch. Der Fragebogen

⁹ Die Zahlen beruhen allesamt auf Hersteller- bzw. Vertreiberangaben.

¹⁰ Beide Programme beinhalten die Analyse nach der Totalität (Anzahl der Symptome, die ein Mittel abdeckt), Analyse nach Wertigkeit (Summe der Grade eines Mittels), Gewichtung oder Unterstreichung von wichtigen Symptomen, Außerachtlassen von bestimmten Wertigkeiten, eliminierendes Darstellen der Symptome und Zusammenziehen von Rubriken. Als unterschiedliche Programmbestandteile ermöglichen sowohl RADAR wie auch McREPERTORY die besondere Berücksichtigung kleiner Rubriken (vgl. O.V. 1992).

ermöglicht eine nahezu vollständige Datenlage (als Grundlage für die Eingabe von Symptomen in den Computer) und damit auch die Möglichkeit, nach Monaten und Jahren auf die so gewonnene Dokumentation zurückgreifen zu können. Er liefert zwar mehr Informationen als das persönliche Gespräch, entscheidend für die Mittelfindung sind aber die in der persönlichen Anamnese erhobenen Daten. Indem der Homöopath diese beiden Informationsquellen miteinander abgleichen kann, erleichtert er sich den Weg zu den relevanten Symptomen. Der Fragebogen dient damit nicht dazu, ein Mittel auszusuchen, oder schon vor der Anamnese eine Auswertung zu machen. Er ermöglicht vielmehr Vollständigkeit und Übersichtlichkeit mittels eines vertretbaren Aufwandes¹¹. Während des persönlichen Gesprächs soll der Patient weder durch den Fragebogen noch vom Homöopathen in eine bestimmte Richtung gedrängt werden:

„Erst mal versuche ich, mich ganz leer zu machen, mich ganz zurückzunehmen. Möglichst viel zu sehen, viel wahrzunehmen. Und ich notiere mir diese Zeichen auch. Ob der Patient jetzt schnell spricht, oder sich verspricht, ob er den Faden verliert. Oder ich ergänze es hinterher. [...] Man soll dem Patienten unbedingt die Freiheit des Erzählens lassen. Das ist der sogenannte Spontanbericht. Da kann man dann nur den Fehler machen, daß man den Patienten unterbricht. Denn der Patient erzählt alles, was für ihn in dem Moment wichtig ist. Und das ist auch ganz wichtig für mich. Da werde ich mich hüten, ihn zu unterbrechen. Ich frage höchstens nach, wenn ich eine Sache nicht verstanden habe. Oder ich bitte ihn, das zu wiederholen. Erst wenn er mit seinem Bericht fertig ist, dann frage ich schon noch mal nach. Dann frage ich: was ist mit dem Punkt und mit dem... Das haben Sie ein bißchen kurz geschildert, da bräuchte ich noch mehr Informationen.“ (HP28)

Informationsverarbeitung und Mittelfindung. Nachdem der Patient die Praxis verlassen hat, beginnt die einsame Arbeit des Homöopathen: Aus der Informationsfülle filtert er die relevanten Symptome heraus, übersetzt sie in die Sprache des Repertoriums und gibt sie in den Computer ein. Diese Tätigkeit erfordert viel Erfahrung, Wissen und Gespür: AnfängerInnen geben meist zu viele Symptome ein, Erfahrene wissen die Symptome besser zu gewichten und beschränken sich auf die Eingabe der wichtigsten. Das Herausfiltern bezieht sich sowohl auf den Fragebogen wie auch auf die Mitschrift der Anamnese. Auf sie verzichtet niemand - alle Befragten messen ihr eine größere Bedeutung zu als dem Fragebogen. Bei diesem Vorgehen über die Menge und Vollständigkeit von - großenteils unbrauchbaren - Informationen wird der Homöopath zum „Lumpensammler“, der im „Schmutzkübel“ der ererbten Vorbelastungen, irrelevanten Details und unpräzise gemachten Angaben die bedeutungsvollen Informationen herauszufischen hat: „Das ist wie bei den Goldgräbern. Die Nuggets rauszuholen. Wir sind Spezialist für alles. Die Lumpensammler. Das ist unsere Domäne.“ (Eichelberger). Die homöopathischen GoldgräberInnen bemühen sich um die gesamte Vorgeschichte der Erkrankung. Dabei gehen sie auf Hahnemanns Miasmenkonzept zurück, der Lehre der übertragbaren Infektionskrankheiten. Ihre Berücksichtigung setzt die Bereitschaft voraus, sich auf ein intensives und langwieriges Quellenstudium der grundlegenden Werke Hahnemanns einzulassen - was alle SAMUEL-AnwenderInnen vehement einklagen. Eine gewinnbringende Arbeit mit dem Fragebogen und seine Verarbeitung in SAMUEL erfordert also eine bestimmbare Wissensbreite und -tiefe, die der Homöopath nicht unterschreiten darf. Der Rekurs auf Hahnemanns Theoriegebäude und die strenge Anwendung seiner Regeln ist deshalb für SAMUEL-AnwenderInnen von zentraler Bedeutung, um dem Computer eine adäquate Rolle bei ihrer Arbeit zuzuweisen.

Eichelberger-SchülerInnen nutzen SAMUEL von Anfang an. Bei den SAMUEL-AnwenderInnen handelt es sich überwiegend um HeilpraktikerInnen, die SchülerInnen bzw. AssistentInnen von Eichelberger waren: „Ich habe bei dem gelernt. Ich war sein Schüler, und da

¹¹ „Der Fragebogen bietet den Vorteil, daß man zunächst einmal einen Gesamteindruck der Symptomatologie bekommt. Die Feinarbeit macht man dann schon in der Anamnese hier. Aber es gibt einfach Fälle, da würde das einen zu hohen Zeitaufwand erfordern. Drei, vier, fünf, sechs Stunden, und das ist mir zu viel. Weil dann einfach die Konzentrationsfähigkeit während des Redens nachläßt. Das können die Leute zu Hause in alle Ruhe dann machen.“ (HP17)

ist man zwangsläufig zum Computer gekommen.“ (HP17) Hier gibt es niemanden, der auf eine lange homöopathische Erfahrung ohne Computer zurückblickt: Eichelberger-SchülerInnen werden von Anfang an mit dem Computer vertraut gemacht - was der Altmeister offensiv forciert: „Wenn heute noch einer ohne Computer arbeitet, dann sage ich jedem: Du gehörst sofort kassiert.“ Der Lehrer fällt in vielfacher Hinsicht aus der Reihe: Zum einen blickt er auf eine annähernd fünfzigjährige homöopathische Erfahrung zurück, wovon 27 Jahre lang als Kassenarzt geprägt waren. Er entwickelte die Fragebögen, die inzwischen eine Verbreitung von 125 000 Exemplaren erfahren haben, und war an der Computerisierung der Homöopathie maßgeblich beteiligt. Im Gegensatz zu seinen SchülerInnen stützt er die Computerauswertung nahezu ausschließlich auf die Informationen, die im Fragebogen enthalten sind - was dennoch zwei halbe Tage in Anspruch nimmt.

Fragebogen und Computer sind komplementäre Medien. Einsatzszenario und Realität bei SAMUEL decken sich weitgehend. Ort, Zeitpunkt und Rahmen des Computereinsatzes sind klar definiert. Für die Anamnese bietet er keinerlei Hilfe - hier ist der Homöopath auf sich und sein Können verwiesen. Die Funktion des Rechners beschränkt sich auf Rechnen:

„Um Zeit zu sparen, dafür ist das Computerprogramm da. Die rein manuelle Arbeit, der Vergleich von Symptomen und Mitteln, die dafür in Frage kommen, dieser Zeitaufwand, das würde stundenlange Arbeit erfordern, wenn ich das mit der Hand mache. Die Zeitersparnis, das können Sie damit vergleichen, wenn Sie einen Keller ausheben für ein Haus, und Sie machen das mit dem Spaten oder einem Bagger.“ (HP17)

Der Fragebogen kommt vor der Anamnese zum Einsatz, der Computer danach. Zusammen rahmen diese beiden standardisierten Medien die soziale Situation des Patientenkontakts ein, werden daraus aber ferngehalten. In ihrer Auffassung der Homöopathie stellen die befragten SAMUEL-AnwenderInnen die wissenschaftlich-empirisch Komponente der Homöopathie gegenüber dem künstlerisch-intuitiven Aspekt in den Vordergrund: Die genaue und vollständige Erhebung aller beobachtbaren Symptome legt den Grundstein einer korrekten Arzneimittelwahl. Dazu greifen sie vor allem auf eine Vielzahl körperlicher Symptome zurück. Der Einsatz von SAMUEL liefert somit folgendes Bild:

Phase	Vorbereitung der Anamnese	Anamnese	Auswertung und Mittelfindung
Medien	Fragebogen	sinnliche Wahrnehmung, Mitschrift	Computer
Gewinn/Ziel	- vollständige Informationslage - Dokumentation - Sicherheit	- Mitschreiben - Spontanbericht	- Vollständigkeit - Genauigkeit - Geschwindigkeit
Durchführung	einsame homöopathische Arbeit	interaktiv	einsame homöopathische Arbeit
Standardisierung	hoch	niedrig	hoch

Abbildung 3: Der Einsatz von SAMUEL

Fragebogen- und Computer-definierte Sequenzen. Der kombinierte Einsatz von Fragebogen und SAMUEL sorgt dafür, daß der Homöopath seine Behandlung in deutlich voneinander abgrenzbare Sequenzen mit unterschiedlichem Standardisierungsgrad untergliedern kann. Damit deckt er inhaltlich (Geschichte der Vorerkrankungen der Vorfahren bis zur Gegenwart) und

zeitlich (vom telefonischen Erstkontakt bis zur Mittelverordnung) ein breites Spektrum ab. Ein Vorwurf, den die Fragebogen-VerwenderInnen von Kollegen oft zu hören bekommen, sticht vor diesem Hintergrund nicht: Die Arbeit mit dem Fragebogen reduziere den Patienten auf das Liefern von Informationen und verbaue den Weg zur Gesamtheit¹². Die skizzierte sequentielle Verortung standardisierter Medien und einer offenen Gesprächsführung treten eher in eine komplementäre Beziehung. Der Einsatz des Fragebogens schafft in differenzierender Weise Freiheit und Sicherheit: Weil harte Facts dokumentiert sind, weil keine wichtigen Informationen fehlen und der Homöopath jederzeit darauf zugreifen kann, schafft er Raum für ein „datenfreies“ Gespräch zwischen HomöopathIn und PatientIn.

SAMUEL als Buchhalter. Die Verwendung von SAMUEL funktioniert nach dem Modell des Buchhalters, der einen zahlenfressenden Taschenrechner benutzt: Der Computer arbeitet effektiv mit bereits interpretierten Daten. Er deckt lediglich „die letzten fünf Prozent oder zwei Prozent“ (HP33) der homöopathischen Arbeit ab. In diesem Sinn können erfahrene HomöopathInnen das Gerät als zeitsparende Arbeitsunterstützung einsetzen: Sie verbinden „fertige“ Wissensseinheiten miteinander und delegieren den dabei anfallenden mechanischen Teil an den Computer. Hier liefert der Computer einen Genauigkeitsgewinn, denn sie können mehr Verrechnungsmöglichkeiten durchspielen, als es im Kopf oder per Hand denkbar ist. Dieser intellektuell wenig anspruchsvolle, mechanische Anteil der homöopathischen Arbeit ist somit fast vollständig technisierbar - was HomöopathInnen zu schätzen wissen. Das kann so weit gehen, daß SAMUEL-HomöopathInnen ohne Computer gar keinen Zugang zur Homöopathie gefunden hätten: „Ich glaube, ich hätte sie gar nicht gelernt. Weil mir das [Repertorisieren, A.d.V.] einfach viel zu langweilig gewesen wäre.“ (HP28) Auch die gründlichen InformationssammlerInnen legen großen Wert auf die kreativen und intuitiven Komponenten ihrer Tätigkeit. Um sich diesen Freiraum zu schaffen, nehmen sie computertechnische Unterstützung in Anspruch. Welches Wissen ist nun nötig, um dem Computer eine so klar definierte Rolle zuzuweisen? SAMUEL-AnwenderInnen sehen in exzellenten Kenntnissen der Arzneimittellehre (HP17), einem richtigen gedanklichen Ansatz (HP28) und in langjähriger Erfahrung (HP29) die entscheidenden Erfolgsfaktoren. Unter welchen Bedingungen bleibt ein solches Wissen resistent gegenüber Computerisierungsprozessen und wann verändert es sich mit dem Computereinsatz? Zur Beantwortung dieser Frage richte ich den Blick auf unterschiedlich organisiertes Homöopathie-Wissen, nämlich das von AnfängerInnen und Koryphäen.

2.2 AnfängerInnen zwischen Inhalts- und Beschaffungswissen

Auswahl. Von den 7 befragten AnfängerInnen sind 5 HeilpraktikerInnen und 2 ÄrztInnen. Je ein Heilpraktiker und ein Arzt verwendeten als Computer-Erfahrene den Rechner von Anfang an. Alle sieben Befragten verorteten sich selbst als AnfängerInnen: Entweder befinden sie sich noch in der Ausbildung, praktizieren aber bereits (HP13, HP33, A21), haben vor bis zu zwei Jahren eine Praxis eröffnet (HP5, HP25, A30), oder stehen kurz davor (HP32). Mit dem Computer hatten alle zumindest in Form von Textverarbeitungsprogrammen zu tun. Einer der Befragten ist Informatiker, darüber hinaus bezeichnen sich zwei (Männer) selbst als Technikfreaks (HP5, A30). Mit Radar haben drei bereits Erfahrungen gemacht, mit SAMUEL zwei. Bei den vier Koryphäen handelt es sich um zwei Heilpraktiker und zwei Ärzte mit 20-50jähriger Erfahrung. Über ihre praktische Arbeit hinaus sind sie publizistisch und lehrend tätig. Bei ihnen haben schon mehrere Generationen von HomöopathInnen gelernt. Auf sie stieß ich zum einen durch Veröffentlichungen, zum anderen durch Hinweise von SchülerInnen und KollegInnen - welche den vier Homöopathen einen breiten und tiefen Erfahrungsschatz bescheinigen. Ein Arzt ist SAMUEL-Anwender, ein anderer benutzt keinen Computer. Einer der beiden Heilpraktiker setzt RADAR schon seit vielen Jahren ein, der andere erst seit wenigen Monaten.

¹² Diese Gefahr entstünde allerdings bei Eichelberger, wogegen wiederum die Tatsache spricht, daß auch diese Strategie den PatientInnenstrom zu ihm nicht abreißen läßt.

Homöopathisches Wissen als Übersetzungswissen. Der Einsatz von SAMUEL findet auf einer aggregierten Ebene statt, wenn die eigentliche homöopathische Arbeit getan ist. Sie besteht in der Zuordnung von Symptomen des Patienten zu dem passenden Arzneimittelbild: „Diese beiden lebendigen Bilder oder >Ideen< (Patient und Mittel) aufeinander abzustimmen - darin besteht ja letztlich die Hauptaufgabe in der Homöopathie“ (Vithoulkas 1993: 184). Diese homöopathische Kompetenz möchte ich als Übersetzungswissen rekonstruieren, in welchem strukturelle und prozessuale Wissenskomponenten zusammenfließen. Vor diesem Hintergrund überprüfe ich sodann, welche in der homöopathischen Mittelfindung aktivierten Wissensbestandteile in welcher Form medial begleitet werden (können). Dazu schlage ich folgendes Modell vor:

aggregierte Ebene	Übersetzungswissen	
	Arzneimittelkenntnisse und Patientensymptome in Einklang bringen	
Komponentenebene	Inhaltswissen	Bewertungswissen
	- Materia Medica-Kenntnisse - theoretische Grundlagen	- wahrnehmen - selektieren - hierarchisieren
Dimension	Strukturell auf den Gegenstand bezogen	Prozessual auf den Patienten bezogen

Abbildung 4: Modell homöopathischen Wissens

Übersetzungswissen. Übersetzungswissen ist aggregiertes, bereits interpretiertes und verarbeitetes Wissen. Es beinhaltet inhaltliches Fachwissen (auf den Gegenstand bezogenes Faktenwissen) und praktisches Bewertungswissen (auf den Patienten bezogenes Handlungswissen). Der Homöopath vereint „eine Vielzahl von Patientenaussagen mit seinen umfassenden Kenntnissen der homöopathischen Grundsätze und der Arzneimittellehre sozusagen zu einer >Gestalt< - der Grundlage für die Wahl des Mittels.“ (Vithoulkas 1993: 215) Ist er erfahren, spielt sich die Repertorisation im Kopf ab: er kennt die Mittel so gut, daß er sie nicht mehr aufschreiben muß. Außerdem hat er das Charakterbild der einzelnen Mittel so gründlich erfaßt, „daß er auf Anhieb sieht, ob die >Idee< des Mittels der >Idee< des Patienten entspricht. Wenn ja, braucht er nur noch einige bestätigende Symptome, um das richtige Mittel zu wählen.“ (Vithoulkas 1993: 223) Ist er gründlich, versichert er sich dennoch seiner Intuition und geht den Weg der vollständigen Repertorisation (vgl. SAMUEL-AnwenderInnen). Wie sieht es nun mit den beiden Komponenten des Übersetzungswissens aus?

Theoretisches Fachwissen. Das theoretische Fachwissen besteht zu einem guten Teil aus Arzneimittelkenntnissen (Materia Medica) und Symptombildern - was bei den rund 900 geprüften Mitteln zu einer Lebensaufgabe wird. AnfängerInnen sind glücklich, wenn sie anfangs 15-20 Mittel mit den zugehörigen Symptomen im Kopf parat haben: „Die Arzneimittelbilder, das muß man einfach sagen, am Anfang, daß die pures Auswendiglernen sind. Das ist wie beim Physikum oder beim Staatsexamen. Man muß sich das Zeug wirklich reinton.“ (A30) Solide Arzneimittelkenntnisse allein reichen freilich nicht - der Homöopath sollte sie auch anwenden können. Dazu muß er den umgekehrten Weg vom Symptom zum Arzneimittel kennen - was einen kompetenten Umgang mit dem Repertorium erfordert (Eichelberger 1982: 609, 639, 655). Dieses Wissen eignen sich HomöopathInnen in Grundzügen während ihrer Ausbildung an. Fertig wird damit niemand: „Und das alles im Kopf zu haben, die ganzen Repertorien und Materia Medicas. [...] Das ist fast ein Unding. Das kann man gar nicht im Kopf haben.“ (A30)

Praktisches Bewertungswissen. Neben diesem fachlichen Faktenwissen benötigen HomöopathInnen Bewertungswissen: „Das ist schon ein Stück Riecher, ein klinischer Blick, eine Aufmerksamkeit mit ganz vielen Empfängnisantennen.“ (A21) Mit einem solchermaßen

geschulten Wahrnehmungsvermögen sind erfahrene HomöopathInnen in der Lage, Nuancen zu unterscheiden, Symptome zu bewerten und damit die „Idee eines Falles“ (Eichelberger 1982: 589) - man könnte auch sagen: die „Idee der Krankheit“ - herauszuschälen. Praktisches Bewertungswissen erlangen HomöopathInnen über jahrelange Erfahrung - es ist nur begrenzt lehrbar. Die Fähigkeit, die Identität des Menschen zu erfassen, erfordert den gesamten persönlichen Einsatz und die Schulung der Wahrnehmung mit allen Sinnen. Dabei handelt es sich zu weiten Teilen um implizites Wissen. Natürlich gibt es die Sternstunden, wo „die bloße Betrachtung des Patienten >blitzartig< zur Erkenntnis wichtiger Zusammenhänge führen kann, ohne daß nur ein Wort gewechselt ist.“ (Gawlik 1996a: 79). Diese Erfahrung wird im Lauf der Jahre häufiger, aber:

„Da müßte jetzt ein NLP-Mann her und müßte meine Strategien analysieren. Um dahinter zu kommen, wie ich dabei vorgehe. Das ist mir manchmal selber nicht ganz klar. Das ist eine Mischung aus Intuition und Wissen. Also eine Mischung aus linker und rechter Gehirnhälfte aus rationalem Vorgehen und intuitivem Vorgehen. Ich kann das selber gar nicht so gut analysieren.“ (HP3)

Gleichwohl wird dem Homöopathen diese Kompetenz nicht in die Wiege gelegt. „Das gute Gedächtnis ist der Grundpfeiler einer guten Erfahrung.“ (Gawlik 1996a: 23) Deshalb sollte sich auch der erfahrene Homöopath die Zeit nehmen, „pro Tag mindestens ein Arzneimittel zu lesen und zu lernen“ (Gawlik 1996a: 23).

AnfängerInnen-Problem: Wissensarten für die Mittelfindung verbinden. Was macht nun die beiden letzten Wissenstypen für eine mediale Unterstützung zugänglich? Die sensiblen Punkte werden deutlich, wenn man analysiert, wie sich HomöopathInnen ein solches Wissen aneignen. Homöopathie-AnfängerInnen sind voll von theoretischem Wissen, das es in die Praxis umzusetzen gilt. Ihre Hauptschwierigkeit besteht darin, die Wissensarten, die sie für die Mittelfindung benötigen, miteinander in Einklang zu bringen. Zunächst müssen sie sich das theoretische Wissen verfügbar machen¹³ und es dann mit dem Bewertungswissen verknüpfen. Für AnfängerInnen steht zunächst einmal im Vordergrund, sich in die Sprache des Repertoriums einzuarbeiten und sich darin zurechtzufinden. Dazu brauchen sie Beschaffungskompetenz, d.h. Wissen, wie sie sich Informationen erschließen.

Computereinsatz bei Beschaffungskompetenz. Beim „Knacken“ des Repertoriums bietet der Computer enorme Zeitvorteile. Mit der Suchfunktion kann man nämlich Stichwörter eingeben, und der Computer listet alle Rubriken auf, in denen der Begriff vorkommt. Der Anfänger erhofft sich einen Vorteil darin, „viel schneller auf andere Rubriken gestoßen“ zu werden (A30) und sich damit mühsames Suchen zu ersparen. Es ist aber nicht der technische Vorteil, der Zeitgewinn, der SoziologInnen interessiert. Der Computer operiert in seiner Suche sequentiell. Macht sich der Anfänger dieses horizontale Vorgehen zunutze, erspart er sich eine hierarchische Organisation des Wissen - nämlich das Wissen, bei welchen Rubriken er zu suchen hat.

„Ich glaube, für mich ist der Computer ein Vorteil. Man kann ja auch herumspielen. Man kann wahnsinnig viel herumspielen. Das ist ja so z.B. mit Schmerzen, oder Schmerzen in einer bestimmten Art. Ich muß ja als Anfänger immer wissen: Wo steht das im Repertorium? Ich muß die suchen, die Symptome. Das ist ja ganz wichtig. Am Anfang muß man ja das Repertorium durchblättern von vorne bis hinten, daß man auch was findet. Wenn ich dann so Stichwörter eingabe im Computer. Da habe ich ja eine Suchfunktion. Da kann ich jetzt sagen, aha, z.B. >Warzen<. Dann steht >Warzen< nicht nur unter >Haut<, sondern es steht dann zu den einzelnen Körperteilen noch was. Und dann steht >Warzen< nicht nur unter >Warzen<, sondern auch unter >Wucherung<, oder >Kondylome< usw. Das muß man alles wissen. Und dann gibt es ja auch immer schöne Querverweise. [...] Und da braucht man nur >klick< machen und man ist schon

¹³ „Man sollte wissen, wo die Sachen stehen, wo man nachschlagen muß. Oft sind die Ängste unter Wahnideen. Das muß man auch mal gesagt gekriegt haben.“ (HP13)

gleich bei den Querverweisen. Und wenn ich die Suchfunktion mache, dann listet der mir gleich alles auf. Alles, wo irgendwo das Wort >Warzen< vorkommt. Man wird halt viel schneller auf andere Rubriken gestoßen oder weiß: Aha, solche Rubriken gibt es auch in dem Repertorium.“ (A30)

Erfahrene HomöopathInnen sehen diesen Gewinn mit gemischten Gefühlen. Ein RADAR-nutzender Homöopath sieht in der Geschwindigkeit des Computers mehr Nachteile als Vorteile, weil man schnell gefundene Information weniger schätze als diejenige, um die man sich bemühen muß. Für solche Nostalgien haben eingefleischte ComputernutzerInnen nicht viel übrig: "Ich hasse es, wenn ich lang auf Informationen warten muß!" (A16). Der Unterschied der beiden Einschätzungen liegt in der Differenz von einem Warten auf und dem Suchen nach Information. Beim Warten geht es um die gezielte Information, der Weg zu ihr soll kurz gehalten werden. Im Gegensatz zu dieser Ziel-Mittel-Orientierung spielt beim Stöbern der Mitnahmeeffekt eine wichtige Rolle: Das zur Verfügung stehende Wissen wird auf seine Tauglichkeit hin überprüft und durchforstet. Das funktioniert aber nur vor dem Hintergrund fundierten inhaltlichen Wissens zufriedenstellend¹⁴. Bei der horizontalen Suche nach Information steht der Zeitgewinn im Vordergrund - das gewinnbringende Stöbern setzt eine vertikale Organisation von Wissen voraus. Der Unterschied von vertikalem und horizontalem Denken spiegelt sich - um ein naheliegendes Beispiel zu verwenden - in der Aufbereitung von Texten wider: Haupt- und Nebenüberschriften verleihen dem Text Bedeutung und geben dem Leser Interpretationshilfen. Würden diese hierarchisch organisierten Deutungshilfen fehlen, bestünde der Text aus sequentiell angeordneten Informationseinheiten, die der Rezipient selbst in ein Schema zu bringen - sprich: mit Bedeutung zu versehen hätte.

Computerisierung der Repertorisation. Betrachtet man das computerunterstützte Aufschließen des Inhaltswissen, unterscheiden sich AnfängerInnen und Fortgeschrittene. Die Fortgeschrittene kennt die Logik und das Procedere und rekapituliert es auf dem Computer. Der Anfänger eignet sich die Logik des Repertoriums auf horizontale Weise an. Was folgt daraus für die letzten 2-5 Prozent, für die Tätigkeit des Repertorisierens? Jegliche Wahl einer homöopathischen Medizin ist eine Stunde der Detektive. Dazu ist ein „Auseinandernehmen“ und eine „Resynthese der Symptome, Zeichen und Modalitäten erforderlich (Eichelberger 1982: 623). Danach folgt die mechanische Arbeit der Repertorisation. Das Repertorium soll eine genaue Symptombeschreibung ermöglichen. Es erschließt damit das Wissen der Homöopathie auf einem anderen Weg als über das Studium der Materia Medica. Das Repertorium ist prädestiniert für eine Computerisierung, denn die darin praktizierte Zerlegung von Symptomkomplexen in kleine Wissenseinheiten eignet sich für eine computertechnische Unterstützung in geradezu idealer Weise. In Kent's Repertorium sind zum Teil 250 mögliche Arzneimittel hinter einem Symptom aufgelistet, welche der Homöopath mit den anderen erhobenen Symptomen und dahinterstehenden Arzneimitteln auf ihre Eignung hin abzugleichen hat. Der Computereinsatz erübrigt die Verwendung von Repertorisationsbögen, welche der Homöopath sonst von Hand ausfüllt und durchrechnet. Denn „dieses Rausschreiben von diesen ganzen Mitteln, das ist Deppenarbeit“ (A30). Für diese zeitaufwendige Fleißarbeit¹⁵ gibt es den Computer.

Berücksichtigung großer Rubriken. Der Einsatz des Computers beschleunigt nicht nur die Arbeit der Repertorisation. Er macht auch eine andere Arbeit möglich, die andernfalls jeglichen zeitlichen Rahmen sprengen würde. Bei der Handrepertorisation grenzt der Homöopath die in Frage kommenden Symptome ein, da sie in zu vielen Rubriken vertreten sind - 250 Arzneimittel überprüft niemand einzeln auf ihre Tauglichkeit hin. Folglich läßt er bei der Handrepertorisation die großen Rubriken weg und konzentriert seine Aufmerksamkeit auf wenige kleine Rubriken:

¹⁴ „Dieses Stöbern. Das fällt weg mit dem Computer. Ich muß sehr viel wissen, um stöbern zu können, und es genügt mir manchmal noch gar nicht, mein Wissen, um gut stöbern zu können.“ (HP11)

¹⁵ „Daß man diese Symptomatik nicht mehr auflistet auf Papier und dann die entsprechenden Mittel alle aus dem Kent nicht mehr rausschreiben muß, nicht mehr mit Farben umringeln oder mit bestimmten Markierungen versehen, um zu schauen, was geht nun möglichst geschlossen durch alle Symptomatiken durch. Sondern daß man das einfach anklickt, ablegt und dann den Computer rechnen läßt. Das spart viel Zeit.“ (HP3)

„Ohne Computer könnte ich mir auch vorstellen, daß ich dann vielleicht ein bißchen schludriger arbeite. Weil ich mir sage: jedes Mal das Rausschreiben, das ist immer so nervig.“ (A30) Vor allem AnfängerInnen führen den nicht vertretbare Aufwand ins Feld, der aus einer vollständigen Berechnung per Hand entstünde. Um dies zu vermeiden, setzen sie den Computer ein. Eine Koryphäe akzeptiert dies nicht als stichhaltiges Argument. Aus seinem reichhaltigen Wissen der *Materia Medica* heraus grenzt er während der Anamnese die in Frage kommenden Mittel so weit ein, daß eventuell nur noch eine differenzierende Repertorisation anfällt - die er dann innerhalb weniger Minuten bewerkstelligt¹⁶. Die Handrepertorisation macht also schlampiger, wer sie als buchhalterische Rechenarbeit in der Logik des Computers durchführt. In der „Prä-Computerlogik“ ist ihr Aufwand akzeptabel, weil die entscheidende Selektionsarbeit bereits im Kopf stattgefunden hat. Um den Computer als Rechenknecht entsprechend würdigen zu können, sollten sich AnfängerInnen deshalb der Mühe des Erwerbs solider „Handarbeitskenntnisse“ unterziehen:

„Und wenn man es bloß ein paar Mal macht. Wenn man es bloß fünf bis zehn Mal gemacht hat. Das bringt was. Auch um... um sich dieser Mühe zu unterziehen, den Berg zu Fuß zu besteigen und nicht mit der Seilbahn. Das zu Fuß-Gehen bringt immer was. Auf irgendeine Weise bringt es was.“ (HP3)

AnfängerInnenschwierigkeiten: Vom Inhalts- zum Übersetzungswissen. Blicke der Computereinsatz auf die Erschließung des Inhaltswissens beschränkt, wäre er für AnfängerInnen unproblematisch. Die homöopathische Tätigkeit geht aber über die inhaltliche Dimension hinaus. Sie besteht darin, die Symptome des Patienten im Repertorium zu finden und diese im Repertorium gefundenen Symptome beim Patienten wiederzuerkennen. Dies beinhaltet eine Bewertung der gemachten Beobachtungen. Das gelingt nur, wenn sich der Anfänger das Repertorium verfügbar gemacht hat. Durch die Lektüre der Symptome im Repertorium lernt er, was und wie er weiter nachfragt (A21), wie er also die für ein Mittel bestätigenden Symptome erhebt (A30). Hier sind das inhaltlich-sachbezogene Fakten- und das personenbezogene Bewertungswissen eng miteinander verbunden. Wie man zu den charakteristischen, auf das Mittel hinweisenden Symptomen¹⁷ kommt, steht - zum großen Teil im Wortlaut des Patienten - im Repertorium. Der Anfänger muß diesen Wortlaut im Repertorium allerdings kennen, um ihn dann beim Patienten wiederzuerkennen. Für SoziologInnen stellt sich die Schwierigkeit, vor der AnfängerInnen stehen, nun folgendermaßen dar: Die Beschaffungskompetenz bezieht sich auf die inhaltliche Dimension theoretischen Wissens. Es geht um das Lernen des Repertoriums, um das Auffinden der richtigen Rubriken. Die Beschaffungskompetenz ist für das Aufschließen und Verfügbarmachen theoretischen Wissens notwendig und *conditio sine qua non* der homöopathischen Arbeit. Das Übersetzungswissen dagegen dient der Verknüpfung theoretischen und praktischen Wissens und setzt Beschaffungskompetenz voraus. Es transzendiert die inhaltliche Sachebene und zielt auf das Matching von Patientensymptomen und theoretischem Arzneimittelwissen.

„Und dann mußt Du Dir überlegen: Was sind die wichtigen Symptome? Und die dann hierarchisieren. Dann setzt Du Dich hin und guckst die nach. Dann hast Du meistens schon den großen Frust. Denn so, wie Du die mitgeschrieben hast, gibt es die meistens im Repertorium nicht.“ (A21)

¹⁶ Der erfahrene Homöopath bildet meist schon in einem frühen Stadium Hypothesen, die sie im Verlauf der Anamnese zu verifizieren trachten. Davor sollte sich der Anfänger hüten, weil er dann alle weiteren Informationen durch den Filter des vermuteten Arzneimittels wahrnimmt. Auch der erfahrene Homöopath ist vor dieser Gefahr nicht gefeit und wappnet sich dagegen, indem er induktives und deduktives Vorgehen eng ineinander verschachtelt: „Das ist immer so wie ein Labyrinth. So erkläre ich es den Schülern. Ich sehe was, dann schieße ich drauf los. Stelle vier, fünf Fragen. Sehe, das bringt nichts. Da geht es nicht weiter. Dann gehe ich wieder zurück und fange wieder von vorn an.“ (HP24)

¹⁷ Nach Hahnemanns berühmtem § 153 des *Organon* sind dies „die auffallenden, sonderlichen, ungewöhnlichen und eigenheitlichen (charakteristischen) Zeichen und Symptome des Krankheitsfalles“, die „besonders und fast einzig fest in's Auge zu fassen“ sind.

AnfängerInnen und Fortgeschrittene eignen sich den Computer also in unterschiedlicher Weise an. Wenig Probleme bereitet das Abgleichen von erhobenen, definierten und fixierten Symptomen - das Repertorisieren. Der erfahrene Homöopath weiß die mit der Computer-Repertorisation erzielten Ergebnisse sicher zu verorten - und konfrontiert damit seine im Kopf gefundenen Lösungen: „Ich mache mir einen Sport daraus. Schach mit mir selber zu spielen und zu schauen: Wie gut war ich?“ (HP3) Der Profi verfügt über synergetisch zusammenwirkendes Inhalts- und Bewertungswissen, das sich der Anfänger über den Computereinsatz erst zu erschließen versucht. Die Verwendung des Computers für die Repertorisation und für den kompetenten Umgang mit dem Repertorium sind somit grundverschiedene Dinge: Die Repertorisation ist ein Anhängsel des Übersetzungswissens, das Repertorium dagegen ein Bestandteil des Inhaltswissen.

	Übersetzungswissen	Inhaltswissen
Bezug auf Symptome	Patientensymptome repertorisieren	Repertorium korrekt verwenden
Hilfswissen	Buchhaltungskompetenz	Beschaffungskompetenz
Rolle Computer	Berechnung des bereits erfolgten Matchings	Unterstützung des homöopathischen Wissenserwerbs

Abbildung 5: Mediale Unterstützung von Übersetzungs- und Inhaltswissen

Verlust des vertikalen Denkens. Daß durch einen frühen Computereinsatz vertikales, d.h. hierarchisch organisiertes, ebenso tief wie auch breit strukturiertes Inhalts- und Kontrollwissen verlorengelht, konstatieren besorgte WissenschaftsforscherInnen völlig unabhängig von der Computerverwendung in der Homöopathie im Hinblick auf eine flachere Theoriebildung: In den Sozialwissenschaften ermöglichen Faktorenanalyse und Simulationen ein rechnerisches Durchspielen von Hypothesen, an das vorher niemals zu denken war. Mehr noch: Die Hypothesen- und im letzten Schritt auch die Theoriebildung wird überflüssig. Denn der Rechner probiert so lange Möglichkeiten durch, bis er auf Verknüpfungen stößt - mögen sie noch so abstrus sein. Bezieht man dies auf die Homöopathie, mutiert das Wahrnehmen, Selektieren und Hierarchisieren von Symptomen zu einer ad-hoc-Bildung von Hypothesen, die dann verifiziert oder falsifiziert werden:

„Ich habe jetzt noch mehr Möglichkeiten, geistige Varianten durchzuspielen. In dem Sinne, daß ich da zwei oder drei Symptome nehme, dann schmeiße ich mal drei, vier, fünf raus. Die habe ich einfach nur mitgenommen, weil sie sinnverwandt waren. Weil ich die Rubrik eigentlich 1:1 nicht finde. Ich muß das ja erst einmal übersetzen von der Sprache des Patienten in die Sprache des Repertoriums. Und manchmal trifft man das nicht so genau, weil es die Rubrik so nicht gibt. Weil ich sage, das geht in die Richtung oder so, dann kann ich mehrere Varianten durchspielen und mir anschauen, wie sich die Arzneimittelmatrix da ändert. Und dann die Arzneimittellehre daraufhin konsultieren, ob man da zusätzlich noch was findet.“ (HP29)

Zur Analyse dieser Dimension ist ein Blick auf die Computerisierung des Bewertungswissens erforderlich, der bislang verbliebenen Leerstelle des Wissensmodells.

2.3 Computer total - Die Computer-Repertorisation während der Anamnese

Von der Computerisierung des Inhalts- und Übersetzungswissens zur Computerisierung von Bewertungswissen. Die Mittelfindung ist ein Matching von Arzneimittelbild und Symptombild des Patienten (Eichelberger 1982: 54). Das Bewertungswissen fungiert als Wissen in Aktion. Es bildet den prozessualen Kern homöopathischen Handelns: die Informationen des Patienten müssen so wahrgenommen, selektiert und hierarchisiert werden, damit ein sinnvoller Zusammenhang mit dem theoretischen Arzneimittelwissen entstehen kann. Für diese Aufbereitung gibt es idealtypisch zwei Möglichkeiten. Bei der einen nimmt der Homöopath auf der Ebene der Informationsfülle ein Matching vor (z.B. durch Einsatz des Fragebogens). Das ist zeitaufwendig, weil es einer Anamnese bedarf, die weit in die Vorgeschichte der Erkrankung hineinreicht. SAMUEL-AnwenderInnen verkörpern dieses Vorgehen prototypisch. Möchte sich der Homöopath nicht im Symptomenwald verirren, versucht er, bereits in einem frühen Stadium die Informationsfülle zu reduzieren. Dies geschieht, indem er von der Essenz des Patienten zur Essenz des Heilmittels (statt von Symptomvielfalt zu Symptomvielfalt) geht. Auch diese moderne Variante ist einem Computereinsatz zugänglich. Sie trifft sich mit dem Bedürfnis nach Zeitersparnis sogar in idealer Weise: Der Homöopath beschränkt die Informationserhebung auf das schnelle Auffinden von Leitsymptomen, die er zu den Essenzen von Mitteln in Beziehung setzt. Dies kann bereits während der Anamnese geschehen. Die Auswahl der relevanten Symptome kann damit ebenfalls sequentiell durchgespielt und ausprobiert werden. Was also zeichnet die computerbegleitete Anamnese aus?

Computerisierung der Anamnese. SoziologInnen sehen in der Anamnese eine bewertungskompetente, soziale Verortung des Patienten (Habitus) als gemeinsame Konstruktion der Wirklichkeit (Gawlik 1996a: 37, 41, 44) und eine inhaltskompetente Anwendung der Materia Medica. Beide Komponenten bilden zusammen das Matching der PatientInnen-Symptome mit Arzneibildern und münden in der handwerklich-technischen Repertorisation. Die Computerisierung der Mittelfindung auf der Ebene des Übersetzungswissens weist dem Computer dann die Rolle des ex-post operierenden Buchhalters zu (SAMUEL). Wie sieht es nun aus, wenn der Computer beim Bewertungswissen ansetzt? Beliebtestes Klischee dabei: Der Computer schiebt sich zwischen HomöopathIn und PatientIn, stört die Kommunikation, führt zu einem schematischen, starren Verhalten. Entsprechend sind HomöopathInnen, die den Computer in der Anamnese einsetzen, kühle Technokraten, denen es um eine schnelle und leichte Mittelfindung geht. Um dies zu vermeiden, sollte der Computer aus dem Sprechzimmer verbannt werden. Verhält es sich so einfach?

Auswahl des Idealtypus „totale Computernutzung“. Die HomöopathInnen, die den Computer während der Anamnese benutzen, reflektieren zwar eine mögliche Störung ihrer Beziehung zum Patienten, relativieren sie aber umgehend mit dem Hinweis auf ihre eigene technische Kompetenz. Darüber hinaus unterstellen sie den Patienten, sich inzwischen an den Computer im Sprechzimmer gewöhnt zu haben. Von den HomöopathInnen, die (vor allem) RADAR auch während der Anamnese verwenden, setzen es zwei Ärzte und ein Heilpraktiker auch konsequent zum Repertorisieren ein - und nicht nur, um Symptome nachzuschlagen. Alle drei (Männer) haben sich bereits zu einem frühen Zeitpunkt ihrer Homöopathen-Karriere mit dem Computer vertraut gemacht. Diese Form der Computernutzung bildet den „harten Kern“: Die Repertorisation während der Erstanamnese bei chronischen Erkrankungen unter Zuhilfenahme von RADAR beschreibe ich als Idealtypus bei der Computerisierung der Homöopathie - es handelt sich hier um den weitgehendsten Computereinsatz, der denkbar ist. Diese „totale

Computernutzung“ wird von den meisten, auch computernutzenden HomöopathInnen abgelehnt und hat der Homöopathie den Vorwurf der „Computer-Homöopathie“ eingetragen¹⁸.

Vithoukas' Essenzenlehre. „Totale ComputernutzerInnen“ sind Homöopathen, die bei der Mittelsuche eine Abkürzung über Essenz bzw. Arzneimitteltyp vornehmen. Sie lehnen die Arbeit mit dem Fragebogen als eine überholte Art der Homöopathie ab. Denn sie trage eine Vielzahl von Symptomen zusammen, erfasse aber nicht den Menschen als Ganzes. Sie reduziere den Patienten vielmehr auf Informationen, während die „moderne klassische Homöopathie“ die Idee des Falls auf der emotionalen und mentalen Ebene sucht. Der bevorzugte theoretische Hintergrund ist Vithoukas' Essenzenlehre und eine damit verbundene Konzentration auf Gemütssymptome bei der Anamnese (1993: 14, 223). Im Vordergrund steht das tiefe Verständnis, das Zurückgehen auf Wesenszüge. Es erschließt die Manifestationen und Stadien der Pathologie des Patienten. Die körperlichen Symptome spielen demgegenüber eine nachgeordnete Rolle.

„Wenn jemand anfängt zu weinen, wenn er mir von seinem Juckreiz erzählt, dann gebe ich ein >Weinen< bei Gemüt. Dazu zählen ja auch die Symptome. Und nicht unbedingt, daß das ein Juckreiz ist. Das ist eine Mischung aus ganz normalem Symptom, wie man es in der Schulmedizin auch hat. Aber auch natürlich vom Gemüt. Das ist halt viel wichtiger: Was macht die Krankheit mit der Person? [...] Und die wirkliche Information, die wirklich interessiert, das ist die Lebenskraft: Wo einer wütend wird, und wo einer traurig ist und beleidigt. Was passiert da mit einem? Das ist viel viel wichtiger für die Verordnung als irgendwelche körperlichen Symptome, daß Bauchschmerz auch beim Bücken schlimmer ist oder so.“ (A16)

In „Sternstunden“ können erfahrene HomöopathInnen die Essenz des Mittels sogar „erspüren“, „erfühlen“. Das gehe so weit, daß sie auf ein Gespräch mit dem Patienten eigentlich verzichten könnten: „Nur kann ich keinen nach zwei Minuten wieder rausschicken, der zum ersten Mal kommt“ (A20). Hat der Homöopath auf eine der beiden Arten ein Mittel in die engere Wahl gezogen, kann er deduktiv vorgehen - er stellt gezielte Fragen, um das vermutete Mittel zu bestätigen. Welche Rolle spielt dabei nun der Computer?

Begleitung vs Umkehrung der Anamnesesequenz durch Computer. Zunächst einmal fällt auf, daß auch die hartgesottensten PC-NutzerInnen nicht auf ihre Mitschrift von Hand verzichten. Sie sprechen mit dem Patienten, schreiben mit, blättern eventuell im Repertorium und geben auch noch Symptome in den Computer ein. Überfordert fühlen sie sich davon nicht. „Das ist abhängig von der eigenen Geschicklichkeit. Man muß mit dem Ding natürlich spielen können wie auf dem Klavier.“ (HP1)¹⁹ Es sind zwei zusätzliche Aufgaben, die der „Computer-Homöopath“ zu bewältigen hat: Er darf den Kontakt zum Patienten nicht abreißen lassen und er muß valide Informationen in den Computer eingeben. Damit dies gelingt, entwickeln die Computernutzer Strategien, sich beispielsweise auf 5-15 Symptome zu beschränken und nach 6 Symptomen eine Zwischenanalyse zu machen (A20). Noch einen Schritt weiter geht der Homöopath, der Anamnese und Auswertung als iteratives Wechselspiel praktiziert. Dann nimmt er mit jeder Eingabe eines neuen Symptoms eine Zwischen-Repertorisation vor. Konventionell entspricht dem das induktiv-deduktive Matching von Arzneimittel und Patientensymptomen - freilich ohne rechnerische Bestätigung der aufgestellten Vermutungen.

¹⁸ ComputerkritikerInnen argumentieren, der Computer könne nicht wahrnehmen, was der Mensch wahrnehme. Solche Rollendefinition des Computers wurden über lange Jahre von KI-ForscherInnen genährt, sind aber inzwischen einer pragmatischen Einstellung gewichen: Auch die „totalen Computernutzer“ reklamieren für sich, den Computer nicht für das gesamte Wahrnehmbare, sondern lediglich für das rein Berechenbare einzusetzen.

¹⁹ Schwieriger sind Situationen auszubalancieren, wenn der Patient Eingaben wie „Wahnideen“, „geschwätzig“ oder „übelriechend“ auf dem Bildschirm mitverfolgen kann. Dann muß der Homöopath sein ganzes technisches Geschick in Anschlag bringen, um die Aufmerksamkeit des Patienten in eine andere Richtung zu lenken.

„Da sind dann zwei, drei Mittel dabei, wo ich denke: Ach, das stimmt eigentlich. Das ist richtig, wenn ich das so bedenke. Und wenn man dann in die Richtung weiterfragt... Es ist nicht selten, daß das ein ganz guter Weg ist. Man sollte das auch so einsetzen, daß man erst mal die wichtigsten Symptome nimmt, das dann jedesmal durch die Analyse laufen läßt. Und wenn dann noch was dazukommt, noch wichtige Symptome, laufen lassen. Jedes Mal laufen lassen. Dann gucken, wie sich das dann so entwickelt.“ (A16)

Bei genauerer Betrachtung entpuppt sich dieses Wechselspiel als Umkehrung der klassischen Anamnese sequenz: Die zusammengetragenen, selektierten und bewerteten Symptome werden nicht zur Mittelfindung ex-post herangezogen; die rasche Abfolge von Zwischenergebnissen führt vielmehr zur Erhebung neuer Symptome - bis sich ein Vorschlag bestätigt hat. Jede neue Symptomkombination oder -gewichtung liefert andere Ergebnisse. Dies kann man als iterative Annäherung an das richtige Mittel beschreiben. Denn jede Veränderung, sei es durch das Hinzufügen, Weglassen oder andere Gewichten eines Symptoms, erfolgt vor dem Hintergrund bereits getätigter Auswertungen und führt einen Schritt näher zum Mittel - es entwickelt sich. Die Fähigkeit des Systems, Mittelvorschläge zu liefern, basiert darauf, verschiedene Kombinationsmöglichkeiten von Symptomen in Sekundenbruchteilen durchzuspielen. Der Umgang mit dem Computer wie auch mit dem Patienten wird damit intuitiver, provisorischer und spielerischer. Gleichzeitig verschiebt sich das zentrale Interesse vom Patienten weg zum Fall hin - eben zur Essenz.

„Wenn man sich mit dem Patienten auf den Fall konzentriert, dann kriegt man die Informationen, dann gibt man ein Symptom ein. Dann sage ich mir, das geht in die und die Richtung. Dann sehe ich: Aha, das Mittel steht drin oder es steht nicht drin, und welche Alternativen gibt es? Dann sehen Sie: Ui! Mensch, da habe ich gar nicht daran gedacht, frage ich gleich das Mittel ab. Und kann die entsprechenden Frage stellen.“ (A20)

Iterationskompetenz. Die Fähigkeit, auf eine solch intuitive, prozeßorientierte und spielerische Art eine Anamnese durchzuführen, bezeichne ich als Iterationskompetenz. Während technikkritische HomöopathInnen dahinter eine gestörte Homöopath-Patient-Beziehung vermuten, fungiert sie hier als wissenssoziologischer Indikator für eine Horizontalisierung von Wissen: Die per definitionem vertikale Organisation des selektierenden und hierarchisierenden Bewertungswissen wird im computergestützten Prozeß der Anamnese abgedeckt durch ein horizontales Iterieren der Mittelfindung. Die beim SAMUEL-Einsatz definitorisch und faktisch abgegrenzten Phasen der Mittelfindung fließen hier nicht nur ineinander, sie werden in ihrem Ablauf auch wiederholt und führen sukzessiv zum Ergebnis. Der Homöopath macht sich zum Teil eines dreistelligen Ringens um das richtige Mittel, in welchem Patient, Computer und Homöopath ihre genuinen „Sichtweisen“ bzw. Stärken (Authentizität und Betroffenheit, Geschwindigkeit und Genauigkeit sowie Inhalts- und Bewertungswissen) in die Waagschale werfen. Ergebnis ist eine Verlagerung von einer gedanklich vertikalen und in der Durchführung sequentiellen Vorgehensweise zu einem horizontal-iterativen Operationsmodus. Darin schlägt sich die Verflüssigung starrer Behandlungsschritte und Rollenzuweisungen als Übergang von einer struktur- zu einer prozeßorientierten Behandlungspraxis nieder.

Klassische Klassische und moderne Klassische als Idealtypen. Idealtypisch kann man nun zwei Computer-Nutzungstypen gegenüberstellen: Die an Vithoulkas²⁰ orientierten modernen HomöopathInnen sind informationsreduzierende InformationsverarbeiterInnen. Für sie steht ein tiefes Verständnis des Menschen und das Zurückgehen auf Wesenszüge des Patienten im Vordergrund, das sie zu „Essenzen“ der Arznei in Beziehung setzen. Letztlich entscheidet der Gemütszustand über das richtige Mittel. Eine strenge Anamnese sequenz ist nicht zwingend, das Theoriegebäude läßt genug Raum für das intuitive „Erspüren“ eines Mittels. Der Weg zum Mittel kann als verdichtetes Iterieren beschrieben werden, bei dem potentiell vor- und nachgelagerte Phasen in die Anamnese hereingezogen und dort auf spielerische Weise prozessiert werden. Die

²⁰ Eine ähnliche Ausrichtung fand ich bei AnhängerInnen der Lehre von Sankaran. Sie bildet ebenfalls einen computerkompatiblen Typus der modernen klassischen Homöopathie.

bevorzugten Programme sind RADAR und McREPERTORY. Im Gegensatz dazu sind die „klassischen Klassischen“ analytisch operierende InformationssammlerInnen, die - wo immer möglich - auf Hahnemanns Miasmenlehre rekurrieren und die körperliche Diagnose so weit wie möglich treiben. Der Computer dient der Bewältigung großer Datenmengen. Prototypen dafür sind die „Lumpensammler“ der Eichelberger-Schule, die für ihre Mittelfindung auf den vom Patienten vor der Anamnese auszufüllenden Fragebogen und eben auch auf SAMUEL zurückgreifen. Ihrem Vorgehen liegt eine strenge Trennung von Anamneseschritten zugrunde. Erst auf der Grundlage einer vollständigen Informationssammlung ist die Mittelfindung erlaubt. Dies erfordert eine klare definitorische Abgrenzung von Sequenzen - der Computer kann gar nicht während der Anamnese eingesetzt werden.

Legitimation des Computereinsatzes: Wissenschaftlichkeit, Mitschrift, Abwarten mit Verordnung. Nun könnte man meinen, die Beschränkung auf wenige essentielle Symptome mache den Computereinsatz überflüssig; etwa wenn totale Computernutzer den Rechner nur für schwierige und seltene Fälle verwenden oder wenn sie die Mittel „nicht anspringen“. Tatsächlich fungiert der Computer hier aber als ein wichtiges Korrektiv zur „Essenzen-Intuition“. Argumentiert wird, er operiere als Ideenlieferant, um die entscheidenden Fragen zu stellen (A20) bzw. um überhaupt weiterfragen zu können (A16). Seine Bedeutung geht noch tiefer: Totale Computernutzer heben stark auf die Wissenschaftlichkeit und empirische Absicherung des eigenen Tuns ab, was sich in der Wertschätzung der schulmedizinischen Ausbildung widerspiegelt (A20, A16). In diese Kerbe schlägt der Computereinsatz als Muster für Vollständigkeit und Akkuratheit. Dennoch bedarf er einer Legitimation, eines Bezugs auf sicheres, und das heißt statisches und fixiertes Wissen. Was heißt das? Die händische Mitschrift ist ein Dokument, die Symptome im Computer sind ein Durchlaufstadium. Es ist die Authentizität - der Kontext, der in eine solche Dokumentation eingeht - und ihr somit Bedeutung verleiht. Der PC-Dokumentation sieht man die Modalitäten der Entstehung nicht mehr an. Die zu Symptombündeln und Ergebnissen verdichteten Eingaben lassen sich nur mit erheblichem Aufwand bis zu ihrer originalen Eingabeform zurückverfolgen. Denn das iterative Vorgehen ist im Computer strukturell verankert und schleicht sich nicht optional ein²¹. Aus diesem Grund halten alle totalen Computernutzer geradezu anachronistisch an ihren Mitschriften fest. Diese beiden Absicherungen: Das Festhalten am Anspruch auf Wissenschaftlichkeit (durch den Computer) und das Festhalten an der Mitschrift von Hand (als sicheres Wissen) sind mit dem Bedürfnis, den Weg zum Mittel kurz zu halten, kompatibel - wiederum theoretisch abgesichert durch Vithoukass' Essenzenlehre. Gepaart mit den entsprechenden technischen Kompetenzen scheint mir eine solche paradigmatische Verankerung entscheidender dafür zu sein, den Computer während der Anamnese zu benutzen als die Tatsache, daß Vithoukass bei der VES-Entwicklung beteiligt war und RADAR diese Analysemöglichkeit anbietet²². Sie ist vielmehr hochgradig kompatibel mit der Computerisierung der Homöopathie allgemein und Anamnese speziell. Eine weitere Form der Absicherung bei einem Heilpraktiker besteht darin, mit der Mittelverordnung zumindest noch einen Tag zu warten. Damit schmilzt der Zeitgewinn der

²¹ Das beginnt beim simplem Gebrauch von Standardprogrammen: Dokumente, die mittels eines Textverarbeitungsprogramms erstellt werden, sind aufgrund ihrer ständigen Verbesserbarkeit nie fertig, denn die neuen Gestaltungsmöglichkeiten heben gleichzeitig den Standard für Outfit und Layout.

²² VES (für Vithoukass Expert System) entstand aus dem Bedürfnis, einen Assistenten zur Seite zu haben, der sich um die Repertorisation kümmert. Die Arbeitsweise sieht so aus: „Nimm diese drei Symptome und sag mir, welches Mittel durch läuft, bei zwei, drei Symptomen, dann laß das zweite Symptom weg und nimm jetzt zwei andere und sag' mir jetzt, wie es steht.“ (Vithoukass 1994a: S.25) Der Computer ist dann „ein Assistent, der eine notwendige mechanische Arbeit für mich macht. Ich weiß, daß ich sonst viel leichter einen Fehler machen könnte. Anfangs schrieb ich mir die Rubriken heraus und arbeitete nach der Eliminationsmethode, doch dies nimmt viel Zeit in Anspruch. Früher entstanden oft lange Pausen während der Anamnesen, in denen ich ins Repertorium sah. Nun komme ich mit technischer Hilfe viel schneller zu einem korrekten Ergebnis. Früher hatte ich in etwa siebzig Prozent der Fälle Erfolg, nun in etwa 85 Prozent.“ (Vithoukass 1994b: 64). Im Gegensatz zur konventionellen Computer-Repertorisation verlangt VES eine Bewertung der Symptome und damit ein Hinterfragen der Patientenangaben.

umfassenden Computernutzung wieder dahin. Der Heilpraktiker braucht den zeitlichen Abstand zur Anamnese, um zur Verordnung zu kommen, die Ärzte handeln sofort²³.

„Das fühlt sich oft nach einem Tag nochmal anders an. Ich versuche also, alles nochmal nachzuvollziehen. Und wenn ich dann mit diesem Nachvollziehen auf das gleiche Ergebnis komme, bin ich zufrieden. Ich lese den Fall nochmal durch, ich habe ja oft ein Video mitlaufen, schaue mir oft auch das Video an nochmal. Es ist zwar ein bißchen zeitaufwendig, aber das lohnt sich. Manchmal dachte ich mir schon: Wie konntest Du dem nur dieses Mittel aufschreiben? Warum bist Du jetzt in der ersten Station darauf gekommen? Man hat ein bißchen Abstand, man sieht das auch ein bißchen klarer noch und ich korrigiere das manchmal auch. Oder: warum habe ich die und die Symptome jetzt nicht so unterstrichen? Das war doch eigentlich ganz deutlich. Das ist vielleicht in der Live-Anamnese, da war ich abgelenkt, oder ich habe das so nicht wahrgenommen, was ich dann in der zweiten Betrachtung ganz deutlich sehe.“ (HP1)

Dieses Zaudern, Absichern hat bei HeilpraktikerInnen einen anderen Stellenwert. Erstens verfügen HeilpraktikerInnen nicht über schulmedizinisches Wissen, das sie bei einer schnellen Verordnung eher in Sicherheit wiegt. Zweitens nehmen sie sich meist mehr Zeit als ÄrztInnen. In den verschiedenen Vorgehensweisen von ÄrztInnen und HeilpraktikerInnen kommen berufsbedingte Einstellungen zum Tragen, welche die kognitiven Orientierungen überlagern können: Auf der Grundlage ihres soliden medizinischen Wissens verfolgen sie die primäre Frage nach dem richtigen Mittel zielgerichteter und schneller als HeilpraktikerInnen. Letztere toben sich auf dem „Nebenschauplatz“ der Potenzierung aus: Sind sie nach reiflichem Überlegen sicher, das richtige Mittel gefunden zu haben, wagen sie sich an die hohen Potenzen - wo ÄrztInnen zögerlicher agieren²⁴.

Iterationskompetenz als techniksoziologisch herauspräparierter Wissenstyp. SAMUEL-AnwenderInnen haben fast durchgängig die Homöopathie mit dem Computer gelernt und gleichzeitig die Grenzen seines Einsatzes eng definiert (bekommen): Die Anamnese bleibt computerfrei. Im Unterschied dazu ist der Aneignungsspielraum bei den Modernen größer und geht bis in die Anamnese hinein. Es sind also verschiedene Zugänge zur Homöopathie, die mit einem spezifischen Programm und auch Gebrauch kompatibel sind. Die geradezu diametral entgegengesetzten Nutzungsweisen von RADAR und SAMUEL machen deutlich, welcher Gestaltungsspielraum HomöopathInnen beim Einsatz technischer Medien zur Verfügung steht. Die Analyse der verschiedenen Aneignungsmodi ist ein genuin techniksoziologisches Geschäft.

²³ Vereinzelt warten auch ÄrztInnen mit der Verordnung (A27), was für sie untypisch ist. Bei der Verwendung von SAMUEL ist dieses Vorgehen bereits konzeptuell ausgeschlossen.

²⁴ „Hochpotenzler“ behaupten, daß nur bei absolut exakter Arzneiwahl mit hohen Potenzen Erfolge zu erzielen seien, während niedere Potenzen bereits bei weniger exakter Arzneiwahl positive, allerdings meist palliative Wirkungen zeitigen. Hochpotenzen wirken mehr auf der Gemüts-, Tiefpotenzen mehr auf der Organebene. Der Pragmatiker gibt mittlere Potenzen. Er „wird die Fallen, die auf dem Pfad des Extremisten aufgestellt sind, erfolgreich umgehen. Er mag vielleicht nichts Spektakuläres erreichen, aber er wird das Rennen gewinnen. Am Schluß wird sein Gewissen mit einer geringeren Anzahl Patienten belastet sein als das des Extremisten, der sich entweder stolz des ausschließlichen Gebrauchs der Hochpotenzen rühmt oder sich aus seiner Überzeugung heraus, daß Hochpotenzen reine Placebos seien, auf Tiefpotenzen beschränkt.“ (Dhawale in: Borgardt 1990: 90). Vor allem diejenigen, die sich ihrer universitären Ausbildung noch nicht ganz entfremdet fühlen und auch Komplexmittel geben, äußern Respekt vor den Hochpotenzen. Das interpretiere ich als Hinweis auf ein schulmedizinisch verwurzeltes Denken von ÄrztInnen. Vielleicht spiegelt sich darin die Unsicherheit, mit etwas zu hantieren, was sie in ihrer Ausbildung nicht gelernt haben, weil es als unwissenschaftlich abqualifiziert wurde. Die Potenzierung transzendiert am weitestgehenden den Bereich des Materiellen. Sie ist die Säule der Homöopathie, gegen welche die Schulmedizin am meisten wettert. HeilpraktikerInnen gingen dann mit hohen Potenzen unbefangener um, weil sie sich von Haus aus schon stärker von der Schulmedizin abgrenzen.

Sie führt - wie bisher geschehen - zur Zuordnung von Techniken (Homöopathie-Programmen) zu spezifischen Nutzungsformen: Während die SAMUEL-AnwenderInnen alle Möglichkeiten akribisch auf ihre Vereinbarkeit mit den von Hahnemann formulierten Regeln abklopfen, wählen moderne HomöopathInnen einen sowohl rezeptionstheoretisch wie auch praktisch kürzeren Einstieg: Über Vithoukas Essenzenlehre, über eine technische Unterstützung des Bewertungswissen durch Iterationskompetenz. Die Einrahmung der homöopathischen Mittelfindung sieht somit recht unterschiedlich aus: Die SAMUEL-AnwenderInnen nehmen vor der Anamnese eine Standardisierung über Fragebogen und danach eine Repertorisation über den Computer vor und halten damit die Anamnese technik- bzw. standardisierungsfrei. Bei totalen Computernutzern werden die drei abgeschlossenen und deutlich voneinander getrennten Schritte in der Anamnese zusammengefaßt und münden im Idealfall in die sofortige Mittelverordnung. SAMUEL-AnwenderInnen gestehen dem Computer lediglich eine nachgelagerte Infiltration des Übersetzungswissens zu, und das auf der aggregierten Ebene: Das Matching ist ein Wechselspiel von Induktion und Deduktion bzw. von Repertorium und Materia Medica. Ihre Domäne ist das Inhaltswissen, das der computertechnischen Unterstützung weitgehend verschlossen bleibt. Im Gegensatz dazu komprimieren die totalen Computernutzer den Mittelfindungsprozeß auf die mit dem Patienten stattfindende Anamnese - indem sie dafür meist RADAR zu Rate ziehen. Das klassische Phasenmodell (Gawlik 1996a) erfährt damit eine grundlegende Modifikation: Der Computer fungiert als Ideengenerator, der zum einen den Schwerpunkt des Wechselspiels von induktiver Symptomsuche zur deduktiven Mittelüberprüfung hin verlagert, zum anderen in Form der „Zwischen-Repertorisation“ implizites Wissen explizit macht und schließlich (komplementär) die Leerstelle solider Materia Medica-Kenntnisse auffüllt.

Homöopathie-Richtungen	Klassisch klassisch	Modern klassisch
dominierende Wissensdimension	Inhaltswissen	Iterationskompetenz
Weg zur Mittelfindung	Sequenzialisierung in drei Phasen	Verdichtung in der Anamnese
Einsatz Computer	nach der Anamnese	während der Anamnese
Vorgehen	induktiv-analytisch	deduktiv-synthetisch
Aufgabe während der Anamnese	Informationssammlung	Informationsverarbeitung
Rolle Computer	Buchhalter, Number-cruncher	Ideengenerator
Programm	SAMUEL	RADAR

Abbildung 6: Computernutzung bei „klassischen Klassischen“ und „modernen Klassischen“

Entsprechend kann ich das Modell der medialen Unterstützung von homöopathischen Wissenskomponenten (s.o.) vervollständigen:

	Übersetzungswissen	Inhaltswissen	Bewertungswissen
Bezug auf Symptome	Patientensymptome ex-post reparatorisieren	Repertorium korrekt verwenden	Zwischen-Repertorisation auf dem Computer
Computerspezifisches Hilfswissen	Buchhaltungskompetenz	Beschaffungskompetenz	Iterationskompetenz
Rolle Computer	Buchhaltung: Berechnung des bereits erfolgten Matchings	Unterstützung des homöopathischen Wissenserwerbs	Iteration: Ideengenerator

Abbildung 7: Mediale Unterstützung von Übersetzungs-, Inhalts- und Bewertungswissens

Die Zukunft homöopathischen Wissens. Nun liegt folgende Vermutung nah: Wenn die Kompetenzen, die für jeden einzelnen Arbeitsschritt erforderlich sind, auch zeitlich zusammengefaßt werden können, müssen sie auch nicht mehr sachlich differenziert werden. Dann ist es wahrscheinlich, daß technische Kompetenzen und Übersetzungswissen im Sinn eines komplementären 'Aufschaukelungsmechanismus' ineinanderfließen und durch ihr Ineinandewirken einen neuen Typus von Wissen konstituieren. Das kommt im Begriff der Iterationskompetenz und in der veränderten Anamnesequenz zum Ausdruck. Was bedeutet das für die Zukunft homöopathischen Wissens?

3 Die wissenssoziologische Makroebene der Seinsgebundenheit

3.1 Von der Technisierung zur Horizontalisierung homöopathischen Denkens

Von der Techniksoziologie zur Wissenssoziologie. In welchem Zusammenhang stehen die identifizierten Verwendungsweisen des Computers nun mit den sozialen Bedingungen homöopathischen Tuns? Die Beantwortung dieser Frage führt über den bislang vorgelegten techniksoziologischen Bezugsrahmens hinaus. Karl Mannheim (1985) formulierte dies in den zwanziger Jahren als Programm der Wissenssoziologie - es ging um die „Seinsgebundenheit des Denkens“: Wie infiltrieren sozialen Faktoren homöopathisches Wissen - und damit auch technisches Handeln? Dazu möchte ich die bislang vorgenommene Unterscheidung von Homöopathierichtungen radikalieren, d.h. in einen idealtypischen Kontrast bringen.

Wissenssoziologische Verortung der Homöopathie allgemein			
Prä-klassisch	Techniksoziologische Verortung der Klassischen Homöopathie		Post-klassisch
Hahnemannianer = HardlinerInnen	klassische Klassische: Informations- sammlerInnen mit SAMUEL	moderne Klassische: Informations- verarbeiterInnen mit RADAR	Komplexmittel- HomöopathInnen
HeilpraktikerInnen			KassenärztInnen

Abbildung 8: Technik- und wissenssoziologische Verortung der Homöopathie

HardlinerInnen. Eine Spielart der klassischen HomöopathInnen sind die Eichelberger-SchülerInnen, die mit SAMUEL arbeiten. Daneben sticht eine andere Gruppe hervor. Sie bezeichnen sich nicht als klassische HomöopathInnen, sondern als „Hahnemannianer“. Von diesen „linientreuen HardlinerInnen“ habe ich drei Homöopathen befragt: den „Meister“ mit langjähriger Erfahrung und zwei Schüler - beide Homöopathie-Anfänger. Während der Lehrer Computer in der Homöopathie für überflüssig hält, stehen die beiden Schüler dem Computereinsatz aufgeschlossen gegenüber: einer ist Informatiker, der andere bezeichnet sich selbst als Technikfreak. Beide sehen im gegenwärtigen Stadium ihrer Tätigkeit noch keine Notwendigkeit, einen Computer einzusetzen, überlegen sich aber ernsthaft die Anschaffung eines Homöopathie-Programms (was bislang an den hohen Kosten scheiterte). In ihrer Abgrenzung der Homöopathie gegenüber modernen Ansätzen stimmen die Befragten weitgehend mit der Eichelberger-Schule überein. Sie vertreten ihren Standpunkt aber offensiver und ziehen radikalere Konsequenzen bei der Behandlung von Patienten. Was zeichnet nun diese HardlinerInnen aus?

Der echte Hahnemannianer

„kennt die Miasmen: Psora, Sykose, Syphilis; er kennt die akuten Miasmen und vor allem die Kunstkrankheiten, die einen großen Ausschlag auf den menschlichen Organismus haben und zu Krankheitserscheinungen führen, die nicht psychologischer Natur sind.“ (HP6)

Für HardlinerInnen ist die miasmatische Sichtweise und Behandlung von Erkrankungen von zentraler Bedeutung. Sie verfolgen diese ungetilgten Krankheiten über Generationen zurück:

„Erst wenn die verschwunden sind, dann ist die Krankheit geheilt. Das wissen aber vielleicht nur 0,05 Prozent aller Homöopathen. Oder vielleicht auch nur unsere Arbeitsgruppe und ganz wenige sonst, die sich damit intensiv beschäftigen. Ich weiß, es sind auf dieser Welt ganz wenige, die sich mit Miasmen auskennen. Man kann halt in der Homöopathie auch diesen Heilungsbegriff so unterschiedlich definieren. Die Homöopathen sind schon stolz, daß sie die Abwesenheit von körperlichen Symptomen nicht mit Gesundheit gleichsetzen. Wie es in der Schulmedizin in der Praxis ja eigentlich immer noch gemacht wird. Aus meiner Sicht ist es so, daß die sagen: Ein Neurodermitis-Kind behandle ich, bis die Neurodermitis nicht mehr da ist. Wenn es scheinbar gesund ist, dann fängt die homöopathische Behandlung eigentlich erst an. Das sagt auch [der Lehrer, A.d.V.]: Erst befreit man ihn von seinen akuten Störungen. Und setzt dann, wenn scheinbar nichts mehr da ist, dann fängt man an, die Miasmen zu behandeln. Die Krankheit, die noch da ist. Auf deren Basis erst Krankheit entstehen konnte. Die muß getilgt werden. Damit der Mensch befreit wird davon. Auf diesen Punkt des Anspruchs zu kommen, da habe ich in den letzten drei, dreieinhalb Jahren eine Handvoll Homöopathen kennengelernt. Die so einen Anspruch an sich haben.“ (HP33)

Abweichung von der reinen Lehre Hahnemanns. Wie sieht nun vor diesem Hintergrund eine Diagnose des homöopathischen Status quo aus? Zunächst einmal konstatieren HardlinerInnen wie auch die „klassischen Klassischen“ der Eichelberger-Schule eine zunehmende Abweichung von der Lehre Hahnemanns. Diesen Prozeß interpretieren sie als sekundäre und tertiäre Wellen der Popularisierung, als Verwässerung der reinen Lehre aufgrund ihrer Vermischung mit eigenen weltanschaulichen Richtungen und als Verlust von Tiefe. Moderne Homöopathen wie Vithoulkas oder Sankaran verorten sie als Vermittler, die den Weg zum eigentlichen Fundament, nämlich zur Lehre Hahnemanns, verbauen. Die Geringschätzung der Grundlagen schlage sich in einer gesunkenen Qualität homöopathischer Arzneimittelkenntnisse nieder, was in eigenen Arbeitskreisen und Lehrveranstaltungen sogar experimentell nachgewiesen worden sei. Nicht nur das Studium Hahnemanns „Organon“ komme in nahezu jeglicher Ausbildung zu kurz, vor allem die Unkenntnis der Materia Medica habe erschreckende Ausmaße angenommen. Dies führt sie zu Diagnose: Weil zu wenige HomöopathInnen noch wirklich Bescheid wissen, liefern sie die Homöopathie einer bedenklichen Popularisierung aus. Die mangelnde Sorgfalt des Denkens spiegle sich schlußendlich im homöopathischen Tun wider: Die moderne Homöopathie sei psychoorientiert und erspare sich damit den mühsamen Weg über die differenzierte Diagnose und Behandlung natürlicher und künstlicher Krankheiten, wie es Hahnemann forderte.

„Da gabelt sich schon der Weg vor der Repertorisation. Das habe ich früher nicht gemacht. Oder ein Großteil der Homöopathen. Die trennen das nicht. Die untersuchen das nur global, versuchen also, die Gesamtsymptomatik zu behandeln und dann das passende Mittel aufzufinden. Und damit scheitern auch viele. Und wir versuchen das zu trennen, wir tun es. Dann wird eins nach dem anderen behandelt. Dann wird erst die Kunstkrankheit weggenommen, soweit das geht, z.B. Schwermetalle ausgeleitet, wenn es geht. Schritt für Schritt abgedeckt, wie eine Zwiebel vielleicht, die geschält wird. Während der Anamnese versuche ich mir ein Bild davon zu machen, wo der steht. Also ich differenziere: Hat der mit Giften zu tun, mit Drogengiften? Oder mit anderem, was mit dem Beruf zusammenhängt. z.B. Arsen? Das ist schon zu einem großen Teil in der Anamnese enthalten, daß ich da versuche zu beurteilen, hängt es mit früheren Behandlungen zusammen oder so. Das führt mich dann schon auf bestimmte Wege.“ (HP5)

Moderne HomöopathInnen gehen dieser Lesart zufolge den Weg des geringeren Widerstands: Sie interessieren sich kaum noch für eine körperliche Untersuchung der PatientInnen und ersparen sich ein genaues Aufnehmen der Symptome. Statt dessen gehe es darum, „die tiefe Geschichte des Menschen“ (Sankaran/ HP4) zu verstehen und zur Idee des Falles zu machen. Dies führe schließlich zu einer Behandlung nach Schlagworten, eben nach Gemütssymptomen. Statt dessen plädieren HardlinerInnen für eine differenzierte Diagnose und Behandlung, was wieder eines Rekurses auf die Quellen bedürfe: Nach Hahnemann habe der Mensch eine Krankheit. Erst bei Kent, seinem Interpreten, sei der ganze Mensch krank. Der Vorteil beim Vorgehen nach Hahnemann liegt für die HardlinerInnen nun darin, daß sie Krankheiten voneinander unterscheiden und sie auch unterschiedlich behandeln können. Dabei sind Annäherungen an schulmedizinisches Wissen (Toxikologie) unübersehbar, ja sogar erwünscht. Bei einer solchermaßen orientierten Mittelfindung beginnt die eigentlich homöopathische Arbeit erst sehr spät, nämlich erst nach der Beseitigung der Kunstkrankheiten etwa in Form von Vergiftungen.

„Wenn das der Fall ist, fang ich momentan noch gar nicht an zu repertorisieren. Damit kann ich noch gar nichts anfangen. Das ist überlagert von den Symptomen. Dann würde ich zunächst anfangen zu entgiften. Daß ich versuche, den aus der Arsenumgebung zu bringen, daß ich den Teppich rausschmeiße, wenn er denn belastet war. So. Ja. Das wäre eigentlich schon mal eine Trennung. Da gibt es keinen Grund zu repertorisieren. Da kann ich mir gar kein Bild machen. Ich muß annehmen, daß das Vergiftungssymptome sind. Das braucht Zeit. Wenn dann noch was bleibt von den Beschwerden, dann fange ich an mit Repertorisieren.“ (HP5)

Konsequenterweise lehnen HardlinerInnen die Orientierung an Arzneimittelbildern und Persönlichkeitsportraits (vgl. Coulter 1989/1991; Gawlik 1996b) und auch eine Mittelfindung über Schlüssel Symptome ab: Im Vordergrund stehen die sorgfältige Aufnahme der körperlichen, psychischen und mentalen Symptome und die Rekonstruktion miasmatischer Vorbelastungen.

Die strengen Hahnemannianer halten an der reinen Lehre ähnlich fest wie orthodoxe Marxisten schon Engels als ersten Abweichler brandmarkten²⁵. Während moderne HomöopathInnen jedem Behandler zugestehen, seinen eigenen Stil zu entwickeln, möchten HardlinerInnen die reine Lehre von jeder Interpretation freihalten. Ihnen reicht der Erfolg (Heilung verstanden als Befreiung von den Hauptsymptomen) nicht. Ebenso muß der Weg zum Erfolg stimmen. Im anderen Fall qualifizieren sie Erfolge als noch nicht abgeschlossene Heilungen bzw. Symptomkuriererei ab.

Kompensation von Wissensdefiziten über VES vs Quellenstudium. Daß die Breite und Tiefe homöopathischen Wissens beim Nachwuchs abnehme, konstatieren nicht nur HardlinerInnen, sondern auch moderne Homöopathie-LehrerInnen:

„Weil wir von der Ausbildung und der Qualifikation diese Materia Media-Kenntnisse nicht mehr haben, die früher die Homöopathen hatten. Die wußten eigentlich schon ziemlich genau, dieses Symptom gehört da und da hin. Die Zeit hat halt fast keiner mehr, daß er sich da so reinkniet. Dazu braucht man ein jahrelanges Studium dieser Arzneimittelbilder. Immer wieder. Aber die Zeit ist fast nicht mehr da. Wenn Sie eine Praxis haben, die einigermaßen läuft, wann sollen die es machen?“ (HP18)

Bei der Diagnose der Wissensverflachung sind sich moderne HomöopathInnen und HardlinerInnen einig. Sie verordnen aber verschiedene Therapien. Moderne HomöopathInnen trachten die Horizontalisierung mit technischen Hilfsmitteln zu kompensieren, indem sie beispielsweise den Computer als Ideengenerator funktionalisieren. Prototypisch dafür steht VES, die Expertensystemkomponente von RADAR:

„Das ist für mich eine wirkliche Hilfe, weil ich durch die Ausbildung beim Vithoukas eben auch gelernt habe so zu denken wie er. Und ich merke es einfach, ich kriege in neunzig Prozent der Fälle auch eine wirkliche Empfehlung. [...] Ich komme immer wieder dahin, daß ich auch kleine Mittel gebe, an die ich nicht unbedingt gedacht habe.“ (HP18)

VES lenkt die Aufmerksamkeit des Homöopathen auf kleine, und das heißt: wenig bekannte, wenig geprüfte, wenig im Repertorium vertretene und damit seltener gebrauchte Mittel. Es fordert ihn dazu auf, Mittel in Betracht zu ziehen, die abseits des Mainstream liegen, die auf der vorhandenen Wissensgrundlage sonst gar nicht mehr in Betracht kämen. VES springt also in Wissenslücken. Aus HardlinerInnen-Perspektive versuchen moderne HomöopathInnen, sich mit weniger Wissen durchzumogeln, während sie selbst sich die Grundlagen verfügbar machen und auf sorgfältiges Quellenstudium als Kern einer soliden theoretischen Ausbildung setzen. VES avanciert dann zu einem Komplement der Schnellebigkeit, in der keine Zeit für ein gründliches Materia Medica-Studium bleibt: Bei HardlinerInnen geht es um die Erweiterung theoretischen Wissens, bei modernen HomöopathInnen um die Ausbildung von Iterationswissen. Die einen

²⁵ Diese Analogie muß sich einer Soziologin geradezu aufdrängen: Wie Marx war Hahnemann ein gründlicher Faktensammler und -verdichter, der sich durch einen schwer zugänglichen Sprachstil auszeichnet. Es erfordert viel Zeit und Mühe, sich mit Werken wie dem „Kapital“ oder dem „Organon“ vertraut zu machen. Gleichzeitig bieten diese Werke eine Fundgrube für Interpretationen und Auslegungen. Das macht sie geeignet, sich mit dem Herausschälen des Kerns, dessen, was „eigentlich“ gemeint ist, profilieren zu können. Entsprechend ist der eigene Zugang zum Klassiker auch der „richtige“: „Die meisten Homöopathen, oder fast alle, auch die ganzen Gurus, die sind irgendwo ganz vorne, 1816 stehengeblieben. Das ist die englische Homöopathie, und da gehören auch die Inder dazu. Die machen alle mit C-Potenzen und nichts mit Miasmen. Das ist also das Wissen vor 1816. Da stehen die heute noch.“ Das eigene Vorgehen hat dem des Lehrmeisters so weit zu entsprechen wie nur irgend möglich: „Wer den Hahnemann noch kennt, oder die ganzen großen Homöopathen, die hatten alle keinen Computer und haben trotzdem die schwersten Krankheiten geheilt. Also kann man auf dieser niedrigen Stufe bleiben, auf dieser primitiven.“ (HP6) Ob Hahnemann heute also ein Computer verwenden würde...

setzen strukturell, die anderen prozessual an. Diese Gegenüberstellung liefert Indizien für David Bloor's (1976) „strong programme“ der Soziologie wissenschaftlichen Wissens: Die sozialen Bedingungen reichen nicht nur in die institutionelle Form der Wissensproduktion hinein, sondern stärker noch in die Inhalte selbst - das klassische Thema der Wissenssoziologie. Vor diesem Hintergrund fügen sich vereinzelt Teile eines Puzzles sinnvoll zusammen: Die Ausdifferenzierung der Homöopathie mit der zunehmenden Dominanz essenzen- und gemütsbasierter Einstiege ist die Folge eines Zeit-, Erfolgs- und Profilierungsdrucks kombiniert mit einem unterstellten PatientInnenanspruch nach schneller Heilung. Daß die Homöopathie verflacht, liegt damit an externen, an sozialen Faktoren. Ist die Homöopathie also anfällig für eine modische Vernutzung? „Sie ist nicht anfällig in der Struktur an sich. Sie ist nur anfällig gegen Halbheiten.“ (HP28) Daß HardlinerInnen sicher im Sattel sitzen müssen, um ihre Ansprüche sich gegenüber aufrechtzuerhalten, wird deutlich, wenn sie in Kauf nehmen, PatientInnen zu verlieren: Wer als Kranker nicht bereit ist, sich sein Amalgam aus dem Gebiß und den verseuchten Teppich aus der Wohnung entfernen zu lassen (oder gar umzieht), den schickt ein profilierter Hardliner zum modern behandelnden Kollegen. Dieses Selbstbewußtsein muß durch Erfahrung und Reputation gesichert sein - und auch dann wird ein solcher Homöopath nicht befürchten müssen, daß ihm PatientInnen die Praxis einrennen.

VES: Wissenskompensation, Zeitersparnis, Reputation. Für die diagnostizierte Verflachung der Homöopathie führen HardlinerInnen weitere Indizien an: Arzneimittelprüfungen als Schnellschuß (HP33/HP4), eine ungenügende und zu kurze Fallbeobachtung vor der Publikation (HP6) seien signifikant für einen Verfall homöopathischer Standards. Hahnemann beobachtete und verfolgte seine Fälle und Arzneimittelprüfungen über zehn Jahre hinweg, bevor er sie publizierte. Heute warten HomöopathInnen noch nicht einmal drei bis vier Jahre, bevor sie mit ihren Ergebnissen an die Fachöffentlichkeit träten. Das erstaunt nicht, wenn man das Bedürfnis von HomöopathInnen berücksichtigt, sich im Kreise der Kollegengemeinschaft zu profilieren. Dazu brauchen sie handfeste Erfolge, d.h. geheilte Patienten. Eine psychologische Erklärung dieses Phänomens setzt an der individuellen Disposition der Behandler an: Ein geradezu grassierender therapeutischer Narzißmus äußere sich in der Omnipotenzphantasie, „daß der Homöopath immer nur meint, er müßte nur das richtige Mittel finden und dann wäre der Fall gelöst“ (HP11; HP17). Das Verkennen der eigenen Grenzen führen auch moderne HomöopathInnen kritisch ins Feld. Deutlich wird dies wiederum bei der von Vithoulkas favorisierten Bevorzugung kleiner Mittel. Dies ist ein Indikator dafür, daß auch lehrende und in der Fachöffentlichkeit sich profilierende HomöopathInnen nicht fernab von dieser Welt leben:

„Ich habe einen Kollegen in [...], der hat immer nur nach kleinen Mitteln gesucht. Sozusagen: Niemand weiß, aber ich habe es herausgefunden.“ (HP6)

Die notwendige Kompetenz dafür ist nicht mehr das fundierte Inhaltswissen, sondern die computertechnisch unterstützte Beschaffungs- und Iterationskompetenz. Ein emergenter Effekt bei der Konzentration auf kleine Mittel besteht darin, daß der Homöopath überhaupt noch mit ihnen in Berührung kommt - wenn er schon keine Zeit mehr hat, sie zu lernen. In diesem Sinn kann er den Computer manifest dafür einsetzen, für den Patienten das richtige Mittel zu finden, und latent, um seine Materia Medica-Kenntnisse zu erweitern. Soziologisch sind damit weniger individuelle Omnipotenzphantasien dafür verantwortlich, daß HomöopathInnen mit der Verordnung kleiner Mittel auffallen wollen. Bei diesem Verschaffen von Reputation handelt es sich vielmehr um einen sozialen Sanktionsfaktor, der in den Prozeß der Akkumulation homöopathischen Wissens strukturell eingebaut ist - den gleichen Mechanismus machte der Wissenschaftssoziologe Robert Merton (1985) bereits vor mehr als fünfzig Jahren für das Fortschreiten der wissenschaftlichen Erkenntnisbildung verantwortlich: Die Akkumulation von Wissen ist schwer vorstellbar, wenn es dafür keine Belohnungen gibt. Sie ist deshalb notwendigerweise kompatibel mit dem Bedürfnis nach Reputation, weil sich allein aus Altruismus niemand außerordentlich ins Zeug legen würde. In diesem Mechanismus steckt der Motor der wissenschaftlichen Entwicklung - und auch der Erweiterung homöopathischen Wissens. In der Verwendung von RADAR bzw. VES kulminieren somit harte soziale Faktoren: VES spart Zeit, bietet die Möglichkeit der Wissenserweiterung sorgt für Reputation in der HomöopathInnengemeinschaft. Zusammenfassend infiltrieren also folgende soziale Faktoren die kognitive Struktur homöopathischen Handelns:

	Bezug auf	Manifestation
soziale Faktoren: Erfolgsdruck	Kollegen/ Scientific Community	- kurze Nachbeobachtung, rasche Publikation von Kasuistiken und Arzneimittelprüfungen - Reputation durch Bevorzugung kleiner Mittel
	ÄrztInnen/ Schulmedizin	- therapeutischer Narzißmus, Omnipotenzphantasien
	Patienten	- Wunsch nach konsequenzenarmer und schnell wirksamer Behandlung
kognitive Strukturen: Homöopathie unter Zeitdruck	Ausbildung	- Hahnemann in vermittelter Form statt im Original - Vernachlässigung der Miasmenlehre - rudimentäre Kenntnisse der Materia Medica
	Weiterbildung	- keine Vertiefung der Materia Medica-Kenntnisse bzw. Erweiterung über VES
	Behandlung	- Psychoorientierung und Vernachlässigung der körperlichen Untersuchung - keine Differenzierung der Diagnose und Behandlung nach Kunstkrankheiten und natürlichen Krankheiten - Vernachlässigung der miasmatischen Untersuchung - Abkürzung der Mittelfindung über Psychoorientierung und Computer

Abbildung 9: Soziale und kognitive Strukturen der Homöopathie

Ungleichstellung von ÄrztInnen und HeilpraktikerInnen. Die Horizontalisierung homöopathischen Wissens kann man auf der kognitiven Ebene an der Unterscheidung von HardlinerInnen und modernen HomöopathInnen nachzeichnen. Den Aufhänger dieser Überlegung bildete die Untersuchung homöopathischer HeilpraktikerInnen. Das ist kein Zufall. HeilpraktikerInnen arbeiten unter anderen Voraussetzungen als ÄrztInnen. Sie dürfen keine Arzneimittel verschreiben, sie können nicht über die gesetzliche Krankenkasse abrechnen und aufgrund § 20 der ärztlichen Berufsordnung ist ihnen die organisierte Zusammenarbeit mit ÄrztInnen in einer Gemeinschaftspraxis versagt (Richter 1993: 19). HomöopathInnen stehen dem Arzt gegenüber unter einem verschärften Erfolgsdruck, denn sie können nicht auf verschreibungspflichtige Arzneimittel und Therapien ausweichen. Einige nehmen das als Ansporn wahr:

„Weil wir durch das Nicht-verordnen-Können von bestimmten Medikamenten gezwungen sind, homöopathisch erfolgreich zu sein. Oder den Patienten abzugeben. Und das ist jedes Mal eine Niederlage. Entweder Sie bringen es mit der Homöopathie oder sie müssen den Patienten abgeben.“ (HP18)

Erfolgreicher sein als der an Symptomen kurierende Arzt ist die einzige Möglichkeit, mit der sich der Heilpraktiker dem schulmedizinisch vorgebildeten Kollegen gegenüber profilieren kann²⁶. Was nun zeichnet letztere aus?

3.2 Die Seinsgebundenheit homöopathischen Handelns

Ärzte-HomöopathInnen. Die Homöopathie ist anders als der „Facharzt für“ eine sogenannte Zusatzbezeichnung: Psychotherapie, Psychoanalyse, Naturheilverfahren und eben Homöopathie fallen unter diese Rubrik. Seit 1956 ist der Erwerb dieser Zusatzbezeichnung für alle ÄrztInnen möglich, wenn bestimmte, von den Landesverbänden homöopathischer ÄrztInnen für verbindlich erklärte Qualifikationen nachgewiesen werden. Von den über 300000 deutschen ÄrztInnen führen gut ein halbes Prozent dieses Bezeichnung, das sind also mindestens 1500. Neueste Zahlen gehen von 3000-4000 homöopathisch arbeitenden ÄrztInnen aus (Jütte 1996a: 22-30; SZ vom 16.9.96: 12; Schüppel/Schlich 1996). Der Dachverband ist der Deutsche Zentralverein homöopathischer Ärzte e.V. (DZVhÄ). Er wurde 1829 ins Leben gerufen und ist einer der ältesten deutschen Berufsverbände. In Deutschland sind über 2400 homöopathisch arbeitende ÄrztInnen organisiert, davon 730 in Bayern. Die Ausbildung ist immer noch weitgehend privat organisiert, in Bayern findet sie in sechs Blöcken sowie zweiwöchentlich begleitenden Abendkursen statt. Sie wurde neuerdings von eineinhalb auf drei Jahre erweitert. Grund: Angesichts der seit einigen Jahren zu beobachtenden Hoffähigkeit der Homöopathie versprachen sich viele ÄrztInnen mit dem Homöopathie-Etikett einen größeren Patientenzulauf. Zur Abgrenzung gegenüber diesen auf den fahrenden Zug aufspringenden „Titelreißern“ bezeichnen sich „ernsthafte“ HomöopathInnen als „klassischen HomöopathInnen“. Vor den 45 ÄrztInnen, die im Münchner Telefonbuch unter der Rubrik „Homöopathie“ eingetragen sind, schmücken sich 13 mit dem Label „klassische Homöopathie“. Es ist unter InsiderInnen gebräuchlich und fungiert als Unterscheidungsmerkmal gegenüber der Verordnung von Komplexmitteln. Der Rest führt die Bezeichnung „Homöopathie“, teilweise kombiniert mit anderen Zusatzbezeichnungen wie „Naturheilverfahren“, „Akupunktur“, „Facharzt für Allgemeinmedizin“ usw.

Kasse vs Privat. Aufschlußreich ist die Frage nach den Abrechnungsmodi der HomöopathInnen: Auf der einen Seite sind Komplexmittel-Homöopathen meist gesetzlich zugelassene KassenärztInnen, auf der anderen Seite behandeln klassische Einzelmittel-HomöopathInnen fast ausschließlich PrivatpatientInnen. Der Grund ist ebenso einfach wie einleuchtend. Eine klassische homöopathische Anamnese ist zeitaufwendig und wird von der Kasse nicht adäquat

²⁶ Auf die Notwendigkeit der Self-promotion weisen einige HeilpraktikerInnen (HP5, HP26) ganz explizit hin. Dazu schaffen sich HeilpraktikerInnen die institutionellen Grundlagen - in Verbänden und als Lehrtätigkeit. Für HeilpraktikerInnen gibt es einen Dachverband, den Bund Klassischer Homöopathen. Er setzt sich für einheitliche Ausbildungs- und Prüfungsordnungen ein. In diesem Dachverband sind die Deutsche Gesellschaft für Klassische Homöopathie (DGKH e.V.) und das Homöopathie-Forum Gauting (Organisation klassisch homöopathisch arbeitender Heilpraktiker e.V.) organisiert. Der DGKH bekennt sich klar zu Hahnemann als zentraler Quelle und lehnt jegliche Seitenwege, die sich von Hahnemann entfernen, ab. Hier sind vor allem die HardlinerInnen organisiert. Das Homöopathie-Forum Gauting wurde 1990 gegründet und ist mit rund 850 Mitgliedern der größte Verein homöopathischer HeilpraktikerInnen in Deutschland. Der Verein ist Träger einer Homöopathie-Schule, die neben zwei Schulen in Norwegen und Australien zu den drei weltweit anerkannten Berufsfachschulen für Homöopathie zählt.

abgerechnet²⁷. Als Folge davon lassen sich immer mehr homöopathische ÄrztInnen in Deutschland als PrivatärztInnen nieder. In der Untersuchung habe ich 12 ÄrztInnen befragt, unter ihnen behandelten drei in einer normalen Kassenpraxis. Sie bezeichnen sich zwar als klassischen HomöopathInnen, räumen im Gespräch aber bisweilen die Verwendung von Komplexmitteln ein²⁸. Die übrigen hatten ihre Kassenzulassung zurückgegeben oder sich von vornherein nicht darum bemüht. Ein Arzt war in einem Krankenhaus tätig. Was also bleibt ÄrztInnen, die klassisch homöopathisch arbeiten, nicht aber auf ihre Kassenzulassung verzichten wollen? Sie können die Erstanamnese privat und die folgenden Anamnesen über die gesetzlichen Kassen abrechnen. Sie können auch parallel noch andere Leistungen anbieten (Akupunktur, Naturheilverfahren usw.) und die Homöopathie als Luxus betreiben. Was bedeutet das?

Computerkompetenz. Bei ÄrztInnen gibt es mehr inkompetente ComputernutzerInnen als bei HeilpraktikerInnen. HeilpraktikerInnen bemühen sich, stecken viel Zeit in die Ausbildung ihrer technischen Bedienungskompetenz, auch wenn sie keine Computerfreaks sind. Das liegt daran, daß HeilpraktikerInnen sich aufgrund ihrer beschränkteren finanziellen Möglichkeiten den Einsatz eines Computers viel genauer überlegen als ÄrztInnen, bei welchen der Computer einfach zur technischen Ausstattung gehört²⁹. Deshalb setzt sich das Klientel der betuchteren RADAR-KäuferInnen zu zwei Dritteln aus ÄrztInnen und zu einem Drittel aus HeilpraktikerInnen zusammen, bei dem erheblich preiswerteren SAMUEL ist es umgekehrt. Der einzige befragte Hardliner, der nicht SAMUEL, sondern lieber RADAR einsetzen wollte, ist ein fanatischer Autodidakt, der sich sein Wissen grundsätzlich selbst erarbeitet und dafür auch die entsprechende Zeit zu investieren bereit ist. Im Gegensatz dazu hielt ein Kassenarzt eine Zeitinvestition von mehr als 2 bis 3 Stunden für nicht zumutbar. Daß er damit nicht über den Status der weitgehenden Inkompetenz hinauskommt, nimmt er in Kauf: „Wie gesagt, ich kann es nicht gut anwenden.“ (A19) Darum bleibt die Nutzung auch begrenzt: Für alles, was über die Repertorisation hinausgeht, fehlt die Zeit. Das bezieht sich ebenso auf die Suchfunktion für Stichwörter wie auch auf die Verwendung von VES:

²⁷ In der neu gestalteten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ, gültig seit dem 1.1.96) wurden neue Ziffern (Ziffer 30, 31 und 34) für homöopathische Behandlungen aufgenommen, welche den Besonderheiten einer klassisch-homöopathischen Therapie zwar - so der Zentralverein - noch nicht gerecht werden, gegenüber den bislang praktizierten Behelfskonstruktionen jedoch einen entscheidenden Fortschritt darstellen (Zentralverein 1996). Was die Gleichstellung homöopathischer Leistungen angeht, erweist sich der schulmedizinisch dominierte Ärztestand als außerordentlich reformresistent, weil er seine Interessen insbesondere in der staatlichen Sozialversicherungsgesetzgebung rechtsförmig abgesichert hat und sie in diesem Rahmen selbst verwalten kann (Göckenjan 1981: 475).

²⁸ Was die Gabe von Komplexmitteln angeht, divergieren Theorie und Praxis erheblich: Wie eine Feldforschung in Indien ergab, bekennt sich kaum jemand offen dazu, aber aus Unsicherheit, Unwissen oder Bequemlichkeit tun es doch viele (Borghardt 1990: 97-101). Methodisch ist dieses Problem in der vorliegenden Studie dasselbe: Die „Bekenner“, beide KassenärztInnen, „rückten“ erst gegen Ende des Gesprächs bzw. im zweiten Gespräch mit der Verwendung von Komplexmitteln („aber nur im Notfall!“) heraus.

²⁹ Ähnlich wie bei den Ergebnissen der RHEUMA-Studie fallen hier Besitz, Nutzung und Nutzen des Computer teilweise weit auseinander (Degele 1994a). Für ÄrztInnen, die die Homöopathie als nur eine unter mehreren Behandlungsmethoden verwenden, kommt ein homöopathisches Computerprogramm gar nicht in Frage (weil sie nicht klassisch repertorisieren). Oder aber sie stellen schnell fest, daß ihnen der Computer für eine „halbe“ Homöopathie nichts nützt, geben an, ihn völlig umsonst gekauft zu haben und wollen das Programm wieder verkaufen. Je dünner das homöopathische Anwendungsspektrum der ÄrztInnen war, desto seltener fanden sie sich zu einem Gespräch bereit. Der Grund war meist der gleiche: Keine Zeit. Das passierte bei den befragten HeilpraktikerInnen kein einziges Mal. Das Spektrum der Möglichkeiten, Homöopathie zu betreiben, wurde somit auf die halbwegs ernsthaften Absichten der klassischen Homöopathie eingegrenzt. Aber auch hier ist die Spannbreite noch groß genug, um innerhalb der ÄrztInnenschaft zu einem differenzierten Bild der Computernutzung zu kommen.

„Das nutze ich nicht. Das ist mir alles viel zu aufwendig. Ich kann nicht... Ich habe nicht Stunden, um das zu studieren und auszuprobieren.“ (A19)

Grenzen der Homöopathie in der Kassenpraxis. Spielt das zur Verfügung stehende Zeitbudget bereits bei der Aneignung der erforderlichen Bedienungskompetenz eine so große Rolle, schlägt sich das auch in der homöopathischen Arbeit selbst nieder: Die Zwänge der Kassenpraxis stecken den zeitlichen Rahmen ab:

„Ich habe eh' für jeden neuen Patienten schon mal eine halbe Stunde, und dann gucke ich auch, ob ich da ein optimales Mittel finde, einfach von den Informationen, die ich in der Zeit kriege.“ (A19)

Umgekehrt verhält es sich bei HardlinerInnen. Hier diktiert die Methoden den Zeitaufwand. Zunächst werden Symptome gesammelt, daran schließt sich eine differenzierte Behandlung nach dem Zwiebelprinzip. Dies setzt eine enorme Kooperationsbereitschaft und Geduld des Patienten voraus. Was die gesundheitlichen Langzeitfolgen angeht, wird dies wahrscheinlich die nebenwirkungsärmste Therapie sein, dennoch ist die Behandlung mit einschneidenden Konsequenzen verbunden, denen sich der Arzt nicht in dieser Radikalität stellen muß:

„Also ich nehme schon auch Komplexmittel oder auch zusätzliche pflanzliche Substanzen, je nachdem. Gerade für Sinusitis oder Husten. Da verhungert man ja, wenn man da immer Einzelmittel geben will oder finden will. Das wäre zu schwierig. Gerade auch, weil ich habe ja eine Kassenpraxis. Ich kann nicht bei einer Sinusitis da eine Stunde rummachen, das geht nicht.“ (A19)

Dagegen der Hardliner: „Man spricht immer davon: Die Fische sterben, der Wald stirbt, die Natur stirbt. Man weiß, hundert Arten von Tieren und Pflanzen sterben jeden Tag, weil die Umwelt so kaputt ist. Man hört die ganzen Schreckensmeldungen. Nur glaubt keiner, daß es auch mich als Mensch trifft. Da draußen. Aber mit mir? Ich? Amalgamvergiftung? Das gibt's nicht. Weil da braucht man nichts zu ändern. Da kann man sitzen und reden und reden und reden. Bei dieser anderen Methode muß man auch reden, viel reden. Aber man muß auch mal jemandem sagen: Du mußt deine formaldehybelasteten Möbel rausschmeißen, du mußt deinen Teppich rausreißen, weil er mit Arsen vergiftet ist bis zum Stehkragen, du mußt ausziehen, weil in deiner Wohnung sind 6000 oder 7000 Mikrogramm Quecksilber, und wegen dem haben deine Kinder so hohe Werte im Urin und sind vergiftet und haben diese schweren Krankheiten.“ (HP6)

An den kurz- und langfristigen Konsequenzen zeigen sich die unterschiedlichen sozialen Rahmenbedingungen und die damit kompatiblen Denkmuster am deutlichsten: Ein Kassenarzt mit Sprechstundenhilfe *kann* nicht klassisch nach den Regeln von Hahnemann arbeiten, weil ihm dazu die Zeit fehlt. Mehr als eine klassische Anamnese pro Woche ist in einer Kassenpraxis romantischer Luxus. Der Preis ist ein Verlust an Übung und auch an Wissen.

„Die meisten Homöopathen, die existieren, die haben zu wenig Patienten. Also früher, bis 30 Patienten in der Woche bin ich nur herumgeschwommen und habe nichts gelernt. Als ich über dreißig Leute hatte, manchmal 40, 50, oder auch 60 in der Woche, da habe ich gelernt, was das eigentlich ist. Und die meisten Homöopathen liegen weit darunter. Auch die, die so zehn Jahre, fünfzehn Jahre Homöopathie machen, die haben eigentlich weniger als dreißig. Und die machen halt psychologische Sitzungen.“ (HP6)

Fehlt dem gelegentlich homöopathisch arbeitenden Arzt die Sicherheit, sucht er nach Möglichkeiten, den mühsamen Weg zum Mittel methodisch (und in der Folge computertechnisch) abkürzen. Dies führt dann zwangsläufig zur „Abweichung von der reinen Lehre“:

„Und inzwischen hat sich halt so meine Methodik geändert. Ich gehe ja sowieso nicht rein nach Repertorisation. Das ist ja nur eine Hilfe. Und sonst schaue ich,

welche Mittel bei besonderen Symptomen..., also ich überlege mir das sehr gut. Und ich repertorisiere dann überhaupt viel weniger Symptome. Und lese eher Arzneimittel schon frühzeitig nach und überlege, könnte das passen?“ (A19)

Soziale Bedingungen homöopathischen Handelns. HardlinerInnen-orientierte HeilpraktikerInnen und modern operierende KassenärztInnen trennt somit mehr als die unterschiedliche Vorbildung. Soziologisch entscheidend ist, unter welchen Bedingungen HomöopathInnen Homöopathie betreiben: „Der Tod der Homöopathie Hahnemanns ist die übergroße Praxis.“ (Eichelberger 1982: 574) Hier setzt eine wissenssoziologische Analyse an: Die sozialen Bedingungen der Komplexmittel-Homöopathie sind von Zeitdruck geprägt, die der HardlinerInnen von Erfolgsdruck.

	HardlinerInnen	KassenärztInnen
Computer-Einarbeitung	SAMUEL-Sozialisation oder autodidaktisch	begrenzt Zeitbudget (2-3 Stunden), Akzeptieren und sich Arrangieren mit der begrenzten Nutzungskompetenz
Nutzung	Repertorisation nach der Anamnese, Suchfunktionen, eigene Bibliothek und Materia Medica	Funktionen über Repertorisation zu aufwendig
Zeitbudget für PatientIn	Methode diktiert Zeitaufwand: Symptome sammeln, differenzierte Behandlung (Zwiebel); Homöopathie erst nach Entgiftung	Zeitbudget bildet fixen Rahmen.
Grenzen/Umstieg	Geduld des Patienten erforderlich, konsequenzenreiche Behandlung (Amalgamentfernung)	Konsequenzenarm: Krankheit wird weggenommen
Methode der Mittelfindung	Methode wird vertieft und verfeinert	Anpassung der Methodik, Abkürzung der Mittelfindung

Abbildung 10: Soziale Bedingungen homöopathischen Handelns

WissenssoziologInnen fragen danach, unter welchen sozialen Bedingungen ein Behandler zur Komplexmittel-Homöopathie, und unter welchen er zum Hardliner neigt. Die beiden Kontrastgruppen der HeilpraktikerInnen und KassenärztInnen bringen bedingende Faktoren idealtypisch zum Ausdruck. Wo aber verläuft die Grenze? HomöopathInnen sind keine Sklaven ihrer Ausbildung und auch keine Gefangenen ihres gesellschaftlichen Umfelds. Um die Freiheitsgrade homöopathischen Handelns auszuloten, bietet sich ein Blick auf eine Berufsgruppe an, die ihrer Sozialisation nach der Schulmedizin und damit der Komplexmittel-Homöopathie zuzurechnen ist, ihrem Anspruch nach aber eine größere Affinität zu den HardlinerInnen aufweist - PrivatärztInnen.

PrivatärztInnen zwischen HeilpraktikerInnen und Schulmedizin. SchulmedizinerInnen kommen ohne den enormen zeitlichen Aufwand für die Anamnese aus, denn sie können mit den Informationen überhaupt nichts anfangen. Komplexmittel-HomöopathInnen haben ihre Methode ihren sozialen Bedingungen angepaßt. Damit bleiben sie dem schulmedizinischen Denken treu:

„Das Problem in der Schulmedizin ist, daß ich das alles gar nicht verwerten kann. Was nützt mir das? Beim Wetterumschlag fangen die Kopfschmerzen an. Das hat keinerlei Auswirkungen auf die Therapie. Und Zeit ist Geld. Deswegen blockt das jeder normale Arzt ab. Ziemlich schnell sagt der: Ja, also, okay. Der sagt dann gleich: Zack zack zack zack. Wo ist es? Auf welcher Seite? Wann tritt das auf? Vielleicht hängt es noch mit irgend welchen Magensachen oder irgendwas anderem zusammen. Oder nach Kaffeegenuß. Dann kann er vielleicht noch ein bißchen mehr daraus machen. Dann wird das Medikament gegeben und das ist auch alles. Wenn der sich da jedes Mal auf so ein langes Gespräch da einlassen würde...., dann.... Ja, das wird ihm nicht bezahlt. Das ist halt das Problem. Und das ist eigentlich die Hauptsache: Er kann es nicht verwerten. Deswegen muß er das auch alles nicht wissen. [...] Vielleicht kann man ja wirklich ganz extrem sagen, ein Homöopath ist auch nicht ein Arzt, der sich extrem viel Zeit nimmt, weil er das will oder so. Sondern weil er es letztendlich muß.“ (A30)

PrivatärztInnen bewegen sich zwischen diesen Polen. Auf der einen Seite vermittelt ihnen ihre schulmedizinische Sozialisation Sicherheit und die Möglichkeit eines zweigleisigen Denkens. Das schlägt sich in einem pragmatischen Vorgehen nieder: Sie beherrschen die korrekte schulmedizinische Diagnose und können die Befunde sicherer interpretieren. Der Arzt verfügt über ein breiteres theoretische Wissen und hat deshalb unter dem Aspekt der Ganzheitlichkeit den Vorteil, auf mehr Bestandteile zum Vernetzen zurückgreifen zu können - was erfahrene HomöopathInnen auszeichnet. Der Übergang zum homöopathischen Denken stellt sich dann als geringes Problem dar³⁰. Auf der anderen Seite sehen sich auch homöopathisch arbeitende ÄrztInnen in der Defensive - der Schulmedizin gegenüber.

„Niemandem fahren sie so gern an den Karren wie so einem Spinner mit so einer komischen Methode. Denn der Schulmediziner ist ja ein Laie in der Homöopathie, der hat ja keine Ahnung. Es ist ihm ja überhaupt nicht bekannt, was man mit dieser Methode machen kann.“ (A16)

Vom pragmatischer Einsatz des Computers zur Computer-Homöopathie. PrivatärztInnen nehmen für sich eine realistische Sicht des Computereinsatzes in Anspruch. In dieser Gruppe laufen einerseits Zielvorstellungen, die mit der Entwicklung eines Programms wie RADAR verbunden waren und andererseits in bezug auf Zeit- und Kostendruck entschärfte soziale Rahmenbedingungen zusammen. Von den reinen PrivatärztInnen gibt es keine „bekennende“ Komplexmittel-HomöopathInnen: Sie haben mit der Rückgabe der Kassenzulassung ihre Konsequenz aus der Inkompatibilität der klassischen Homöopathie mit dem herrschenden Gesundheitssystem gezogen. PrivatärztInnen wissen ihren sicherheitsstiftenden schulmedizinischen Hintergrund zu schätzen. Sie verzichten häufig auf Sprechstundenhilfen und nutzen die technischen und administrativen Möglichkeiten, die ihnen zur Verfügung stehen. Das bevorzugte Programm ist RADAR, und meist wird es erst nach der Anamnese eingesetzt (A9, A27, A14). Findet es während der Anamnese Verwendung, handelt es sich entweder um ÄrztInnen, die mit der Intention des Zeitsparens an RADAR geraten sind und davon wieder Abstand nehmen (A2), oder um Technikfreaks, die mit dem Computer groß geworden sind und sich auf das Abenteuer einer veränderten Arbeitsweise einlassen (A16, A20). Einschneidende Änderungen im Hinblick auf eine Technisierung homöopathischen Wissens sind dennoch latent vorhanden, und sie werden in einigen Jahren manifest werden: Noch blickt die überwiegende Zahl der heute praktizierenden HomöopathInnen auf eine medizinische Sozialisation ohne Computer zurück. Auf dieser Grundlage schlägt der pragmatische Umgang Wurzeln. Die Zeit der computerlosen Homöopathie ist aber abgelaufen. Auch wenn die homöopathischen LehrerInnen des ärztlichen Zentralvereins wie auch der HeilpraktikerInnen-Schulen ihre Zöglinge vor einem verfrühten Einsatz des Computers warnen, wird sich die neue Generation die Lehre Hahnemanns nicht mehr *vor* einem Umgang mit dem Rechner aneignen, sondern erst später oder gleichzeitig. Damit verschiebt sich unauffällig die Ebene von der computertechnischen Unterstützung zur

³⁰ Am schulmedizinischen Hintergrund stören sich nur einige HeilpraktikerInnen. Sie sehen - anders als ÄrztInnen - die Notwendigkeit, das erworbene schulmedizinische zuerst einmal vergessen zu müssen, um solide homöopathisch zu arbeiten (HP7, HP26, HP29).

Infiltration homöopathischen Wissens und Handelns; genauer: von der aggregierten und erfahrungsgesättigten Ebene des Übersetzungswissens zur fragilen Komponentenebene des Inhalts- und Bewertungswissens. In diesem Spannungsfeld von Unterstützung und Infiltration werden die Karten gegenwärtig verteilt - die Spielregeln stehen aber bereits fest.

4 Grenzen der Studie und Zusammenfassung

Einige Grenzen der Studie. Daß eine qualitative Studie keine quantifizierenden Aussagen zu treffen beabsichtigt, liegt in ihrem Ansatz begründet. Im Verlauf der Untersuchung blieben dagegen Fragen offen, die eine Radikalisierung des hier umgesetzten qualitativen Forschungsparadigmas verlangen. Dazu einige abschließende Gedanken.

- 1) Niemand bekennt sich gern zur Komplexmittel-Homöopathie; ist sie doch ein Eingeständnis, daß das Wissen zum Finden des richtigen Mittels nicht gereicht hat. Das betrifft vor allem die verbandsmäßig organisierten HomöopathInnen. Insofern muß man hier von einer „Grauzone“ ausgehen.
- 2) Die Beschreibung der iterationskompetenten Mittelfindung basiert auf den verbalen Angaben der HomöopathInnen. Eine Überprüfung der Aussagen ist hier nicht machbar. Aufgrund der gebotenen Schweigepflicht den Patienten gegenüber war mir keine teilnehmende Beobachtung einer persönlichen Anamnese möglich - allerdings konnte ich bei einer zweistündigen Telefonsprechstunde teilnehmen, während derer ein Homöopath mit dem Computer arbeitete.
- 3) Welche Homöopathie-Richtung kann letztlich mit mehr Erfolgen aufwarten? In dieser Untersuchung war eine solche Evaluation nicht beabsichtigt, sie war auch konzeptuell ausgeschlossen. Eine Evaluation der homöopathischen Ergebnisse wäre spannend, aber erst unter homöopathischer Mitwirkung möglich.
- 4) Darüber, wie der *Prozeß* der Technisierung empirisch aussieht, kann eine Querschnittstudie wie die vorliegende nur begrenzte Aussagen treffen. Erforderlich ist dafür eine Längsschnittuntersuchung, die bereits in den frühen Phasen des Erwerbs homöopathischen Wissens ansetzt. Eine Möglichkeit dazu böte eine teilnehmende Beobachtung der Homöopathie-Ausbildung von HeilpraktikerInnen und ÄrztInnen, bei der die GesprächspartnerInnen über einen längeren Zeitraum immer wieder befragt werden. Anknüpfen läßt sich dabei an folgenden Befunden:

Die Computerisierung der Homöopathie. Zwischen der Verwendung von SAMUEL und einer strengen Hahnemann-Orientierung besteht ebenso eine Affinität wie zwischen der Nutzung von RADAR und der Orientierung an modernen Homöopathen wie Vithoulkas. Im ersten Fall setzen HomöopathInnen den Computer nach der Anamnese zur Bewältigung großer Informationsmengen und zur Auswertung von Fragebögen ein. Bei RADAR ist der typische Einsatzzeitpunkt die Anamnese, während derer bereits repertorisiert wird. Während die Computerunterstützung bei AnfängerInnen stärker auf Inhaltswissen zielt, bezieht sich die von Erfahrenen auf Übersetzungswissen. Wer die Homöopathie mit dem Computer lernt, eine technische Begeisterung mitbringt und ihn während der Anamnese einsetzt, läßt sich in seiner Bewertungskompetenz vom Computer unterstützen und auch beeinflussen. Dieser Trend erschließt sich gegenwärtig erst unter dem Mikroskop. Zwar sind darüber noch keine gesicherten Aussagen möglich; dennoch dürfte ein Blick in die Form der Homöopathie-Ausbildung für ÄrztInnen und HeilpraktikerInnen aufschlußreiche Hinweise über den Umfang und die Geschwindigkeit dieses Prozesses liefern.

Soziale Bedingungen hmoöpathischen Handelns. HardlinerInnen vertreten einerseits eine Computer-inkompatible Grundorientierung (authentisch gehaltene reine Lehre, Bedeutung des theoretischen Inhaltswissens), andererseits bieten ihre schulmedizinische Anteile (Toxikologie, Suche nach der Causa, differenzierende Diagnose) sinnvolle Anknüpfungspunkte für den

Computereinsatz. Umgekehrt sind die Modernen dem Computer gegenüber aufgeschlossen, ihre psychologische Ausrichtung sperrt sich aber gegen den klassischen informationsverarbeitenden Ansatz. Statt dessen kommt ein eher iterationskompetenter Umgang mit dem Computer zum Zug. Dazwischen stehen die privat niedergelassenen ÄrztInnen als eine Gruppe, die sich durch einen pragmatischen Einsatz des Computers auszeichnet. Sie profitieren von kognitiven und sozialen Rahmenbedingungen, die einen reflektierten und unspektakulären Umgang mit dem Computer zulässt. Ihre Definition des Computers ist die eines Werkzeugs, der auf der Ebene des Übersetzungswissen zum Einsatz kommt. Vor diesem Hintergrund ist die Entscheidung für eine linientreue bzw. verwässerte Homöopathie kein individueller Akt der Nächstenliebe oder Geldgier. Sie steht vielmehr in einem deutlichen Zusammenhang mit den sozialen Startbedingungen beruflicher Karrieremuster und sozialen Positionen, für welche der entsprechende Preis zu zahlen ist.

Literatur

- Albrecht**, Henning (1996) Zum Stand der klinischen Forschung zur Homöopathie. in: Allgemeine Homöopathie-Zeitschrift 3. 89-97
- Appell**, Rainer G. (1996) 200 Jahre Homöopathie. Der historische Hintergrund. in: Allgemeine Homöopathie-Zeitschrift 1. 3-10
- Barton**, Allen H./Paul L. **Lazarsfeld** (1979) Einige Funktionen von qualitativer Analyse in der Sozialforschung. in: Christel Hopf/Elmar Weingarten (Hg) Qualitative Sozialforschung. Stuttgart. S.41-89
- Bauch**, Jost (1985) Probleme der Finalisierung der Medizin. in: Medizin, Mensch, Gesellschaft 10. S.207-212
- Bayr**, Georg (1969) Kybernetik und homöopathische Medizin. Heidelberg
- Bayr**, Georg (1982) Kybernetische Denkmodelle in der Homöopathie
- Becker**, Barbara (1992) Künstliche Intelligenz. Konzepte, Systeme, Verheißungen. Ffm: Campus
- Bloor**, David (1976) Knowledge and social imagery. Chicago/London
- Boguslawski**, Alexander (1988) Computer in der Arztpraxis. in: Medizin, Mensch, Gesellschaft 13. S.174-179
- Borghardt**, Tilman (1990) Homöopathie in Indien. Berg: Barthel & Barthel
- Chi**, Michelene T.H./Robert **Glaser**/M.J. **Farr** (1988, Hg) the nature of expertise. Hillsdale, N.J.
- Coulter**, Catherine R. (1989/1991) Portraits homöopathischer Arzneimittel 1 und 2. Heidelberg: Haug. 2. Aufl.
- Degele**, Nina (1994a) Der überforderte Computer. Zur Soziologie menschlicher und künstlicher Intelligenz. Ffm: Campus
- Degele**, Nina (1994b) Was müssen NutzerInnen von Expertensystemen wissen? in: Hitzler, Ronald/ Anne Honer/Christoph Maeder (Hg) Expertenwissen. Opladen: Westdeutscher Verlag. S.156-166
- Der Freie Arzt 35** (1996) Heft 6/7
- Dinges**, Martin (1996) Von den persönlichen Netzwerken der Gründergeneration zum weltweiten Boom einer Therapie in der Postmoderne. In: Martin Dinges (Hg) Weltgeschichte der Homöopathie: Länder, Schulen, Heilkundige. München: Beck. S.382-425
- Eibl**, Eckehardt (1995) Der Lebenskraft auf der Spur. Beschreibt Hahnemanns Homöopathie chaotische Gesetzmäßigkeiten? in: Homöopathie-Zeitschrift 1/95. 20-28
- Eichelberger**, Otto (1982) Klassische Homöopathie. Band 2: Praxis und Forschung. Heidelberg: Haug
- Flick**, Uwe (1995) Qualitative Forschung. Reinbek: Rowohlt
- Gawlik**, Willibald (1996a) Die homöopathische Anamnese. Stuttgart: Hippokrate
- Gawlik**, Willibald (1996b) Arzneimittelbilder und Persönlichkeitsportraits. Konstitutionsmittel in der Homöopathie. 2.Aufl. Stuttgart: Hippokrates
- Gebhardt**, Karl-Heinz (1995a) Homöopathie und Schulmedizin - Der paradigmatische Unterschied. in: Therapiewoche 32. 1870-1876
- Gebhardt**, Karl-Heinz (1995b) Homöopathie in: Joachim Grifka (Hg) Naturheilverfahren. Bewährte Methoden, anerkannte Therapien. München: Urban & Schwarzenberg. S.293-320

- Göckenjan**, Gerd (1981) Über den Umgang mit der Macht der Ärzte. Erfahrungen mit Neighbourhood Health Centers in den USA. in: Soziale Welt 32. S.465-490
- Gross**, Peter (1985) Vergebliche Liebesmüh. Professionalisierung, Entprofessionalisierung und die Grenzen der Erwerbsgesellschaft. In: A. Bellebaum/H.-J. Becker/M. Th. Greven (Hg) Helfen und helfende Berufe als soziale Kontrolle. Opladen: WDV. S.265-291
- Hahnemann**, Samuel (1992) Organon der Heilkunst. Textkritische Ausgabe der 6. Aufl. Heidelberg: Haug
- Heim**, Günther (1984) Der Mensch im Regelkreis - Kybernetische Aspekte der Ganzheitsmedizin. in: Medizin, Mensch, Gesellschaft 9. S.202-208
- Heine**, Hartmut (1995) Ganzheitsmedizin. in: Joachim Grifka (Hg) Naturheilverfahren. Bewährte Methoden, anerkannte Therapien. München: Urban & Schwarzenberg. S.223-263
- Hopf**, Wolfgang H./Hans **Binder** (1992) Homöopathie - eine Irrlehre? in: Hans Binder (Hg) Macht und Ohnmacht des Aberglaubens. Magie - Wissenschaft - Pseudowissenschaft. Pähl: Hohe Warte. S.41-63
- Huebschmann**, Heinrich (1987) Dialog als Therapie. in: Franz Wagner (Hg) Medizinisches Denken und Handeln. Eine sozialwissenschaftliche Visite. Linz. S.20-38
- Illing**, Kurt-Hermann (1988) Klassische Homöopathie. Homöopathische Taschenbücher, Band 4. Heidelberg: Haug
- Jütte**, Robert (1996a) Wo alles anfangt: Deutschland. In: Martin Dinges (Hg) Weltgeschichte der Homöopathie: Länder, Schulen, Heilkundige. München: Beck. S.19-47
- Jütte**, Robert (1996b) Eine homöopathische Großmacht: Indien In: Martin Dinges (Hg) Weltgeschichte der Homöopathie: Länder, Schulen, Heilkundige. München: Beck. S.355-381
- Kämmerer**, Andreas (1992) Homöopathie - eine alternative Heilmethode? in: Hans Binder (Hg) Macht und Ohnmacht des Aberglaubens. Magie - Wissenschaft - Pseudowissenschaft. Pähl: Hohe Warte. S.64-83
- Kelle**, Udo (1994) Empirisch begründete Theoriebildung. Weinheim: Beltz.
- Knoblauch**, Hubert (1991) Die Welt der Wünschelrutengänger und Pendler. Ffm: Campus
- Lamnek**, Siegfried (1989) Qualitative Sozialforschung Band 2. Methodiken und Techniken (II). München
- Lüth**, Paul (1974) Sprechende und stumme Medizin. Über das Patienten-Arzt-Verhältnis. Frankfurt
- Lüth**, Paul (1984) Ein Desiderat namens Medizinsoziologie. in: Medizin, Mensch, Gesellschaft 9. S.147-149
- Mannheim**, Karl (1985) Ideologie und Utopie. Ffm. 7. Aufl.
- Manske**, F./O. **Mickler**/H. **Wolf** (1994) Computerisierung technisch-geistiger Arbeit. In: Niels Beckenbach/Werner van Treeck (Hg) Umbrüche gesellschaftlicher Arbeit. Soziale Welt, Sonderband 9. Göttingen: Otto Schwartz & Co. S.161-182
- Merton**, Robert K. (1985) Entwicklung und Wandel von Forschungsinteressen. Ffm: Suhrkamp
- O.V.** (1992) Homöopathie - potenziert auf Mikrochips. in: Homöopathie-Zeitschrift 1/92. 40-46.
- Oepen**, Irmgard (1995) Das Problem der unkonventionellen Methoden - dargestellt am Beispiel der „besonderen Therapierichtungen“. in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 3. S.111-130
- Ong**, L.M.L./J.C.J. de **Haes**/A.M. **Hoos**/F.B. **Lammes** (1995) Doctor-Patient Communication: A review of the literature. in: Social Science & Medicine 40. 903-918
- Paetau**, Michael (1990) Mensch-Maschine-Kommunikation. Software - Gestaltungspotentiale - Sozialverträglichkeit. Ffm: Campus
- Quak**, Thomas (1996) Nachlese zum Essener Forum für Homöopathie vom 8.12. bis 10.12.1995. in: <http://www.med-uni-muenchen.de/fachschaft/homeopathy/essenfo.htm>
- Raba**, Peter (1996) Homöopathie - das kosmische Heilgesetz. München: Helix
- Rau**, Josef (1989) Klassische Homöopathie: Heilen nach einem bewährten Naturgesetz. Wiesbaden: Jopp
- Resch**, Gerhard/Viktor **Gutmann** (1986) Wissenschaftliche Grundlagen der Homöopathie. Berg: O.-Verlag
- Richter**, Isolde (1993) Lehrbuch für Heilpraktiker. Medizinische und juristische Grundlagen. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg. 2. Aufl.
- Ritzer**, George/David **Walczak** (1988) Rationalization and the deprofessionalization of physicians. in: Social Forces 67. S.1-22

- Schill**, Kerstin (1990) Medizinische Expertensysteme. Methoden und Techniken. München: Oldenbourg
- Schluchter**, Wolfgang (1974) Legitimationsprobleme der Medizin. in: Zeitschrift für Soziologie 3. S.375-396
- Schmid**, Franz Xaver/Jörg **Weidelt**/Bernward **Hochkirchen** (1985) Das Verhältnis von Patient und Arzt aus der Sicht von Medizinstudenten. in: Medizin, Mensch, Gesellschaft 10. S.110-117
- Schneble**, Hansjörg (1984) Was bedeutet uns heute Sozialmedizin? Versuch einer Standortbestimmung. in: Medizin, Mensch, Gesellschaft 9. S.186-194
- Schulenberg**, J.-Matthias Graf von der (1981) Systeme der Honorierung frei praktizierender Ärzte. in: Medizin, Mensch, Gesellschaft 6. S.42-49
- Schüppel**, Reinhart /Thomas **Schlich** (1996) Gibt es einen Aufschwung für die Homöopathie? Von der Schwierigkeit, die Verbreitung der Homöopathie unter Ärzten festzustellen. In: Martin Dinges (Hg) Patienten, Heilkundige und Institutionen in der Homöopathie. Von den Anfängen bis heute. Heidelberg
- Seelos**, Hans-Jürgen (1994) Computermedizin - Chance oder Hemmnis für Arzt und Patient? in: Medizin, Mensch, Gesellschaft 9. S.32-38
- Sendler**, Hans (1986) Die Rolle des Arztes im Wandel. in: Sozialer Fortschritt 36. S.269-275
- Sieverding**, Monika (1992) Berufskonzepte von Medizinstudierenden: Kongruenzen und Diskrepanzen zwischen Selbstkonzept, beruflichem Idealkonzept und Karrierekonzept. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 36. S.157-166
- Simon**, Fritz B. (1995) Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Heidelberg: Carl-Auer
- Stein**, Heinz (1976) Zur Soziologie der Computeranwendung im Gesundheitswesen. In: Jahrbuch für kritische Medizin 1 (Argument Sonderband Nr. 8). S.216-230
- Storkebaum**, Sibylle (1992) Mißklänge zwischen Arzt und Patient. in: SZ vom 30.1.92
- Strauss**, Anselm (1991) Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München: Wilhelm Fink
- Strauss**, Anselm/Juliet **Corbin** (1994) Grounded Theory Methodology. In: Norman K. Denzin (Hg) Handbook of qualitative research. London: Sage
- Twenhöfel**, Ralf (1996) Zur Soziologie des Konfliktes zwischen Homöopathie und Schulmedizin. in: Heinze Sigrid (Hg) Homöopathie 1796-1996: eine Heilkunde und ihre Geschichte; Katalog zur Ausstellung des Deutschen Hygiene-Museums Dresden. S.141-148
- Ullman**, Dana (1988) Hoemopathy. Medicine for the 21st Century. Berkeley/Cal.: North Atlantic Books
- Vithoukas**, Georgos (1993) Die wissenschaftliche Homöopathie. Theorie und Praxis naturgesetzliches Heilens. Göttingen: Burgdorf. 5. Aufl. orig. 1986
- Vithoukas**, Georgos (1994a) Interview. In: Der Freie Arzt 35. Heft 6/7. S.21-31
- Vithoukas**, Georgos (1994b) Oft entstehen Fehler, wenn wir zu schnell voranschreiten. Interview. in: Homöopathie Zeitschrift 1/94. S.62-65
- Voegeli**, Adolf (1991) Heilkunst in neuer Sicht. Heidelberg: Haug. 7. Aufl. orig. 1955
- Walach**, Harald (1996) Forschung in der Homöopathie. in: Heinze Sigrid (Hg) Homöopathie 1796-1996: eine Heilkunde und ihre Geschichte; Katalog zur Ausstellung des Deutschen Hygiene-Museums Dresden. S.115-124
- Witzel**, Andreas (1985) Das problemzentrierte Interview. in: Gerd Jüttemann (Hg) qualitative Forschung in der Psychologie. Weinheim/Basel. S.227-255
- Zentralverein** (1996) Nachrichten. In: <http://www.med.uni-muenchen.de/fachschaft/homeopathy/zentralv.htm#Zentralverein1>