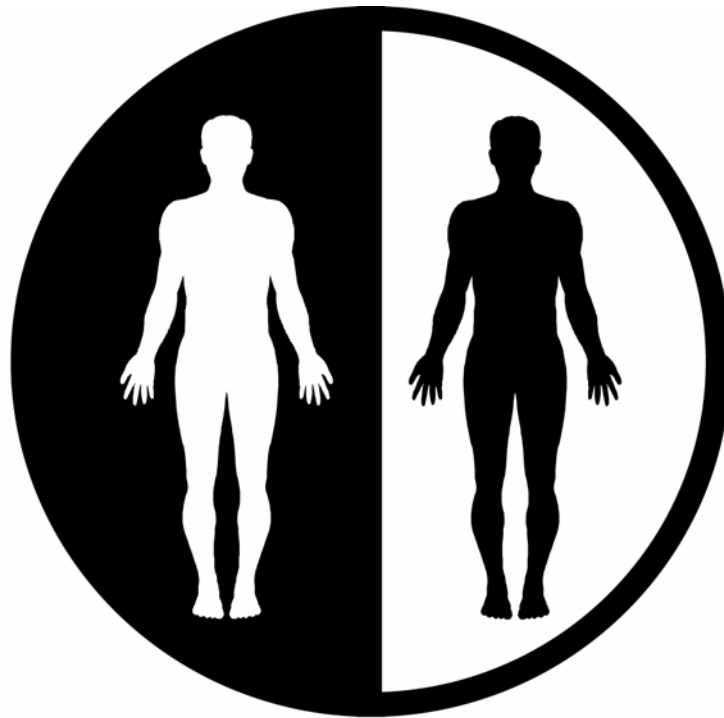


# GRUNDLAGEN DER



**SIH** STUDENTINNEN  
INITIATIVE  
HOMÖOPATHIE

KLASSISCHEN HOMÖOPATHIE

"Eine neue wissenschaftliche Wahrheit pflegt sich nicht in der Weise durchzusetzen, dass ihre Gegner überzeugt werden und sich als belehrt erklären, sondern vielmehr dadurch, dass die Gegner allmählich aussterben und dass die heranwachsende Generation von vornherein mit der Wahrheit vertraut gemacht ist."

*Max Planck, 1946*

Herausgeber: SIH – StudentInneninitiative Homöopathie  
Universitätsvertretung Medizin, AKH Ebene 6M  
Währinger Gürtel 18-20, A—1090 Wien  
Tel: 0043 /1 /403 17 59 (Do 12 – 14 Uhr)  
Fax: 0043 /1 /403 17 59 / 16  
[www.sih.at](http://www.sih.at)    info@sih.at

Die *StudentInneninitiative Homöopathie* bedankt sich herzlich bei Dr. Christian Lucae für die Abfassung dieses Skriptums.

Überarbeitet von Dr. Lisa Eckhard und Dr. Toni Morak (2007)

## Vorbemerkung

Das vorliegende Skriptum wurde verfasst, um allen TeilnehmerInnen der Seminare der *StudentInneninitiative Homöopathie* einen Leitfaden in die Hand zu geben, der eine kurze Einführung in die Grundlagen der Homöopathie gibt und weiters als zusätzliche Lernunterlage für den Theorieteil der SIH Zwischenprüfung dienen soll.

Am Ende jedes Kapitels finden sich jeweils Hinweise auf Hahnemanns "Organon der Heilkunst", Kents "Theorie der Homöopathie" und zahlreiche, neuere Literatur. Hier wurden auch Zeitschriftenveröffentlichungen berücksichtigt, da diese relativ schwer zu finden sind.

Natürlich ist das Skriptum noch lange nicht perfekt. Anregungen und Verbesserungsvorschläge sind sehr willkommen!

## Inhaltsverzeichnis

Seite

1. Begriffe und Prinzipien der Homöopathie.....	3
2. Krankheitsbegriff.....	4
3. Ähnlichkeitsregel .....	5
4. Homöopathische Arzneien .....	6
5. Arzneimittelprüfung.....	8
6. Arzneimittelbilder, Arzneimittellehren .....	9
7. Anamnese.....	10
8. Symptomenlehre .....	12
9. Hierarchisierung, Repertorisation .....	14
10. Die Wertigkeit der Symptome.....	17
11. Potenzen .....	18
12. Arzneireaktionen, Verlaufsbeurteilung .....	21
13. Heilungshindernisse .....	23
14. Akute und chronische Krankheiten, Miasmen .....	24
15. Besondere Krankheitsformen .....	26
16. Arzneimittelbeziehungen .....	28
17. Geschichte der Homöopathie .....	29
18. Wissenschaft und Forschung .....	30

## Im Text verwendete Abkürzungen

ORG	Hahnemann, S.: Organon der Heilkunst, 6. Auflage
RA	Hahnemann, S.: Reine Arzneimittellehre, 3. Auflage
CK	Hahnemann, S.: Die Chronischen Krankheiten, 2. Auflage
KTH	Kent, J. T.: Zur Theorie der Homöopathie (Übersetzung von J. Künzli)

## 1. Begriffe und Prinzipien der Homöopathie

Die Homöopathie ist eine therapeutische Methode, die vor etwa 200 Jahren von dem deutschen Arzt **Samuel Hahnemann** (1755-1843) begründet wurde. In der Homöopathie wird nach einer ausführlichen Anamnese, die alle Lebensbereiche umfasst und sich nach den **individuellen** Krankheitszeichen der PatientInnen richtet, mit Hilfe der **Ähnlichkeitsregel** eine homöopathische Arznei verschrieben. Diese Arznei wird als **Einzelmittel** in der Regel in potenziert Form verabreicht. Ganz entscheidend ist, dass nur **Einzelsubstanzen** verwendet werden (ORG § 273), und keine Mischungen verschiedener Arzneien (sog. „Komplexmittel“). Solche Komplexmittel sind zwar sehr verbreitet und in jeder Apotheke zu finden, können allerdings gar nicht nach homöopathischen Regeln verordnet werden, sondern lediglich nach bestimmten Indikationen (z.B.: "Heuschnupfenmittel", "Hustenmittel" etc.). Die Bezeichnung "homöopathisches Arzneimittel" auf Komplexmittelverpackungen ist rechtlich zwar korrekt, aber irreführend, denn es handelt sich dabei **nicht** um Homöopathie! Um sich hier noch deutlicher von solchen nichthomöopathischen Verfahren abzugrenzen, wird häufig von "**klassischer Homöopathie**" gesprochen.

Der Begriff "**Homöopathie**" wurde durch Samuel Hahnemann eingeführt. Er setzt sich zusammen aus dem griechischen "**homoîos**" (ähnlich) und "**páthos**" (Krankheit, Leiden).

Die **Prinzipien der Homöopathie** lassen sich folgendermaßen einteilen:

### a) Grundprinzipien:

- **Ähnlichkeitsprinzip**
- **Arzneimittelprüfung am Gesunden**
- **Verwendung von Einzelmitteln**
- **Potenzierung**

### b) von Hahnemann später ergänzt:

- **Miasmenlehre** (s. Kap. "Akute und chronische Krankheiten, Miasmen", S. 20)

Als Gegensatz zur "Homöopathie" entstand der Begriff "**Allöopathie**". Er setzt sich zusammen aus dem griechischen "**alloion**" (andersartig) und "**páthos**" (Krankheit, Leiden). Hahnemann bezeichnete damit Verfahren, die ein "**andersartiges Leiden**" hervorrufen, also andere Symptome erzeugen (RA Bd. 2, S. 12), womit keine dauerhafte Heilung erreicht würde. Als Beispiel führt Hahnemann die Kaltwasseranwendung bei Verbrennungen an (CK Bd. 2, S. 16). Als "**Allopathie**" wurden später alle nichthomöopathischen Heilverfahren bezeichnet, also alles, was "anders" als die Homöopathie war.

### **Literatur:**

- ORG Vorwort, §§ 52ff, 74, 75 u.a.
- Schmidt, J.M.: Grundlagen und Entwicklungen in der Homöopathie. Deutsche Medizinische Wochenschrift 118 (1993): 1085-1090

## 2. Krankheitsbegriff

Die Homöopathie betrachtet keine isolierten Krankheitssymptome für sich, sondern versucht, die PatientInnen mit all ihren Beschwerden vor dem Hintergrund ihrer Biographie und ihrer gesamten Konstitution zu verstehen. Denn nicht jeder Mensch reagiert gleich auf bestimmte Krankheitsauslöser, sondern aufgrund seiner **individuellen Disposition** mit seinen ihm innewohnenden Möglichkeiten (ORG § 31).

Als **phänomenologisch orientierte Medizin** ist die Homöopathie nicht so sehr bestrebt, Krankheiten pathophysiologisch zu ergründen und zu erklären, sondern vielmehr die beobachtbaren und erkennbaren Krankheitszeichen (Symptome) der PatientInnen möglichst genau zu erfassen. Also ist die Homöopathie eine empirische Wissenschaft.

**Die Gesamtheit der Symptome repräsentiert die Krankheit** (ORG §§ 6, 7). Das Symptom ist als vordergründiges Zeichen (Krankheitserscheinung) ein Hinweis auf eine zugrundeliegende Störung des Gleichgewichts.

Alle Krankheiten, die heilbar sind, zeigen sich durch Symptome (ORG § 14). Voraussetzung dafür ist, dass der Organismus noch eine ausreichende Fähigkeit zur **Regulation** besitzt. Bei Erkrankungen mit degenerativen Veränderungen ist also eine Heilung nicht zu erwarten, eine Linderung der Beschwerden kann aber immer noch möglich sein.

Hahnemann stellte sich vor, dass eine "geistartige, als Dynamis den materiellen Körper (Organism) belebende Lebenskraft" (ORG § 9) dafür verantwortlich ist, dass der Mensch gesund bleibt. Durch eine Störung der "**Lebenskraft**" gerät der Organismus aus dem Gleichgewicht und wird krank.

Die **Voraussetzungen für die Heilung** fasst Hahnemann im **§ 3** des Organon zusammen:

"Sieht der Arzt deutlich ein, was an Krankheiten, das ist, was an jedem einzelnen Krankheitsfalle insbesondere zu heilen ist (**Krankheits-Erkenntniß, Indication**), sieht er deutlich ein, was an den Arzneien, das ist, an jeder Arznei insbesondere, das Heilende ist (**Kenntniß der Arzneikräfte**), und weiß er nach deutlichen Gründen das Heilende der Arzneien dem, was er an dem Kranken unbezweifelt Krankhaftes erkannt hat, so anzupassen, das Genesung erfolgen muß, anzupassen sowohl in Hinsicht der Angemessenheit der für den Fall nach ihrer Wirkungsart geeignetsten Arznei (**Wahl des Heilmittels, Indicat**), als auch in Hinsicht der genau erforderlichen Zubereitung und Menge derselben (rechte **Gabe**) und der gehörigen Wiederholungszeit der Gabe: - kennt er endlich die Hindernisse der Genesung in jedem Falle und weiß sie hinwegzuräumen, damit die Herstellung von Dauer sey: so **versteht er zweckmäßig und gründlich zu handeln und ist ein ächter Heilkünstler.**"

### **Literatur:**

- ORG §§ 6-18, 70, 71
- KTH 1, 2, 9, 11
- Klunker, W.: Das Symptom - ein Grundbegriff der Homöopathie. Zeitschrift für Klassische Homöopathie 38 (1994): 3-13
- Sankaran, R.: the Spirit of Homeopathy, Homoeopathic Medical Publishers, Bombay 1991

### 3. Ähnlichkeitsregel

Während seiner Übersetzung der Arzneimittellehre des schottischen Arztes William Cullen kam Hahnemann 1790 auf die Idee, die in diesem Werk beschriebene Chinarinde, die als Medikament gegen die Malaria beschrieben worden war, selbst einzunehmen. Bei diesem sogenannten "**Chinarindenversuch**" konnte er an sich selbst Symptome beobachten, die er bereits einige Jahre zuvor gehabt hatte, als er an Malaria erkrankt gewesen war. Er selbst beschreibt es so: ... kurz alle mir sonst beim Wechselfieber gewöhnlichen Symptome erschienen nacheinander, doch ohne eigentlichen Fieberschauer. .... Aus der bekannten Wirksamkeit von Chinarinde bei Malaria und der Beobachtung, dass sie in der Lage zu sein scheint, im gesunden Organismus Symptome hervorzurufen, die denen eines an Malaria Erkrankten ähneln, sowie der Erfahrung, dass kranken Menschen mit bestimmten Symptomen genau durch diejenigen Arzneimittel geholfen werden kann, die bei einer **Prüfung an Gesunden** (Arzneimittelprüfung, s. u.) diese Symptome hervorrufen, entwickelte er die Ähnlichkeitsregel (Simileprinzip). Sie wurde von Hahnemann erstmals 1796 in einem Aufsatz erwähnt ("Geburtsjahr der Homöopathie"). Hahnemanns Hauptwerk, das "**Organon der Heilkunst**", erschien erstmals 1810. Es fasst die Grundlagen der Homöopathie zusammen und ist auch heute noch gültig. Darin beschreibt Hahnemann die Ähnlichkeitsregel so: "**Wähle, um sanft, schnell, gewiß und dauerhaft zu heilen, in jedem Krankheitsfalle eine Arznei, welche ein ähnliches Leiden (ομοιον παθος) für sich erregen kann, als sie heilen soll!**" (ORG, Vorwort). Dieses Prinzip nannte er "**similia similibus curentur**" (Ähnliches soll durch Ähnliches geheilt werden).

Weil es so wichtig ist, noch einmal: In jeder Substanz, die bei einem gesunden Menschen Symptome erzeugt, steckt demnach auch die Kraft, ähnliche Symptome am Kranken zu heilen.

Hahnemann war nicht der erste, der dieses Prinzip entdeckte, schon Hippokrates (ca.400 v.Chr.: „Durch das Ähnliche entsteht die Krankheit, und durch die Anwendung des Ähnlichen wird die Krankheit geheilt“) und Paracelsus (16.Jh) erwähnten - unter anderen - diesen Ansatz.

Ein einfaches Beispiel soll dies verdeutlichen: wenn in der Arzneimittelprüfung oder bei der Vergiftung mit der Tollkirsche (Atropa Belladonna) Symptome wie Herzklopfen, Mundtrockenheit und weite Pupillen auftreten, kann bei Patienten mit genau diesen Symptomen - etwa im Rahmen eines Infektes mit hohem Fieber - genau dieses Mittel indiziert sein.

#### **Literatur:**

- ORG §§ 3, 22, 26, 27, 28, 29, 34, 61
- KTH Kap. 13
- Jütte, R.: 200 Jahre Simile-Prinzip: Magie - Medizin - Metapher. Allgemeine Homöopathische Zeitung 242 (1997): 3-16
- Tischner, Rudolf: Geschichte der Homöopathie Springer Verlag 1998

## 4. Homöopathische Arzneien

Die Ausgangssubstanzen für homöopathische Arzneimittel stammen aus verschiedenen Bereichen:

- aus dem **Pflanzenreich** (z. B. Lycopodium - Bärlapp)
- aus dem **Tierreich** (z. B. Lachesis - Gift der Buschmeisterschlange)
- aus dem Reich der **Mineralien** (z.B. Kalium carbonicum - Kaliumkarbonat)
- **Elemente des Periodensystems** (z.B. Aurum - Gold)
- aus Krankheitsprodukten: "**Nosoden**" (z.B. Syphilinum – Sekret eines syphilitischen Primäraffekts)
- "**Imponderabilien**": "nicht Wägbares" (z. B. X-ray - mit Röntgenstrahlen behandeltes Wasser)

Um nun eigentliche Vergiftungserscheinungen bei einer Behandlung nach diesem Prinzip so gering wie möglich zu halten, begann Hahnemann die Arzneimitteldosen immer mehr zu verkleinern, also zu verdünnen.

Unter einer **Verdünnung** versteht man strenggenommen eine Flüssigkeit, die aus einer **Urtinktur (Ausgangssubstanz)** durch schrittweise Zugabe eines Wasser-Alkohol-Gemisches immer weiter verdünnt wird. (s. Kap. 11 „Potenzen“) Von einer **Potenz** spricht man, wenn bei jedem Verdünnungsschritt zusätzlich **verschüttelt** wird.

Immer wieder ist das Argument zu hören, in homöopathischen Mitteln sei ja "nichts mehr drin". In der Tat werden die Arzneimittel bei der Herstellung solange verdünnt und gleichzeitig geschüttelt, bis die Ausgangssubstanz chemisch nicht mehr nachzuweisen ist. Obwohl dies rein rechnerisch schon ab C12 (bzw. D24 oder Q5) der Fall ist, haben **Hochpotenzen** eine Wirkung, die noch dazu umso größer ist, je höher potenziert wurde. Man kann davon ausgehen, dass durch den Schüttelvorgang **Information** der Arznei im Lösungsmittel gespeichert wird, die bei der Verabreichung des Mittels Funktionen im Organismus reguliert. Die Wirkungsweise ist bisher noch nicht geklärt, es gibt jedoch interessante Forschungsansätze, die sich mit dieser Problematik befassen (s. Kap. 18 "Wissenschaft und Forschung").

Die am weitesten verbreitete **Darreichungsform** homöopathischer Arzneien sind **Globuli** (Zuckerkügelchen), die lediglich als Arzneiträger dienen. Eine Schale mit Globuli wird mit wenigen Tropfen einer arzneilichen Dilution befeuchtet und anschließend getrocknet (Imprägnierung). Bei richtiger Lagerung sind sie sehr lange haltbar.

Außerdem können Arzneien als **Tabletten** oder **Tropfen** (Dilutionen - Nachteile sind begrenzte Haltbarkeit und der Alkoholgehalt) verabreicht werden.

Arzneien sollten nicht in der Nähe von technischen Geräten, die ein elektromagnetisches Feld erzeugen (Bildschirm, Mikrowelle, Handy) aufbewahrt sowie vor direkter Sonneneinstrahlung und Hitze geschützt werden, da diese die Wirksamkeit beeinträchtigen können.

**Die Verschreibung** erfolgt nach einer ausführlichen **Anamnese** und der anschließenden Hierarchisierung der Symptome. Anhand der Gesamtheit (Inbegriff, Totalität) der wahnanzeigenden Symptome (≠ jedes einzelne Symptom, das der/die Patient/in hat) entscheidet man sich für ein Arzneimittel, das man am passendsten für den individuellen Krankheitsfall hält.

Das **Simillimum** ist diejenige Arznei, die dem Symptomenbild des/der Patienten/in am ähnlichsten ist und in den meisten chronischen sowie auch akuten Situationen hilft. Das **Simile** ist eine Arznei, die ähnlich genug ist, um eine Reaktion „die in Richtung Gesundheit“ führt, hervorzurufen. In der Folge sind aber eventuell andere Mittel nötig, um zu heilen (ORG §162 ff).

Bei der Behandlung chronischer Krankheiten spricht man meist vom sogenannten "**Konstitutionsmittel**". Damit ist gemeint, dass die ausgewählte Arznei auf mehreren, wenn möglich allen, Ebenen wirken soll und nicht nur auf einzelne Lokalsymptome. Zusätzlich zu solchen "chronischen Mitteln" können aber auch "**Akutmittel**" verschrieben werden, die bei akuten Krankheiten (z.B. Lebensmittelvergiftung, Infektionskrankheiten, Verletzungen u.a. ORG§73) angezeigt sein können. Diese Mittel werden genauso nach der Totalität der Symptome ausgewählt und als Simile für den akuten Zustand verschrieben.

**Literatur:**

- Dellmour, F.: Homöopathische Arzneimittel. Geschichte, Potenzierungsverfahren, Darreichungsformen. Österreichische Gesellschaft für Homöopathische Medizin, Wien 1992
- Brunner, H.: Probleme bei der Herstellung homöopathischer Arzneien. Homöopathie in Österreich 3/94: 12-15
- Keller, G. v.: Über Hochpotenzen. Zeitschrift für Klassische Homöopathie (1988): 163-172
- Spinedi, D.: Die Entwicklung der homöopathischen Praxis seit Hahnemann. In: Appell, R. (Hrsg.): Homöopathie 150 Jahre nach Hahnemann. Standpunkte und Perspektiven. Haug, Heidelberg 1994



## 5. Arzneimittelprüfung / Arzneimittelselbsterfahrungen

Die Arzneimittelprüfung als Voraussetzung für die Kenntnis der Wirkungen der Arzneimittel wurde bereits erwähnt. Durch Prüfung homöopathischer Arzneien an **möglichst gesunden PrüferInnen** (ProbandInnen) werden Symptome gewonnen und zu einem Arzneimittelbild zusammengefasst, welches bei der Therapie mit dem Symptomenbild des/der Patienten/in in Deckung gebracht werden soll (ORG §108). Die ersten Arzneimittelprüfungen wurden von Hahnemann vorgenommen, der zuerst im Rahmen seiner Familie, später mit seinen Schülern zahlreiche Substanzen prüfte. Später trugen vor allem amerikanische HomöopathInnen mit unzähligen Prüfungen zu einer Erweiterung der Arzneimittellehre (Materia medica) bei.

Nach ein- oder mehrmaliger Einnahme der zu prüfenden Arznei werden sorgfältig und genau jegliche Befindensänderungen und Symptome beobachtet. Diese werden möglichst unverfälscht notiert und nach Beendigung der Prüfung ausgewertet. Die PrüferInnen machen das Wirkungsspektrum der Arznei **sichtbar**. Allerdings reagieren nicht alle ProbandInnen gleich auf die Einnahme desselben Mittels. Je nach Empfindlichkeit auf Mittel und Potenz entstehen mehr oder weniger Symptome in verschiedener Ausprägung (ORG §§ 116, 117).

In der Homöopathie unterscheidet man "große" und "kleine" Mittel. "Große" Mittel, sogenannte **Polychreste**, sind Arzneien, die gut geprüft und von vielen HomöopathInnen immer wieder in ihrer Wirkung bestätigt wurden. Sie haben eine große Zahl an Symptomen, ihre Arzneimittelbilder sind ausgefeilt und besitzen charakteristische Leitsymptome. "Kleine" Mittel dagegen sind Arzneien, die bisher nur schlecht oder überhaupt nicht geprüft wurden und wenige Charakteristika vorweisen oder aber sich wirklich nur auf einen Teilbereich konzentrieren. Die Bezeichnung "klein" ist leider etwas unglücklich gewählt, da "kleine" Mittel ja nicht weniger intensiv oder schlechter wirken als "große". Durch weitere Arzneimittelprüfungen und die praktische Anwendung ist es durchaus möglich, dass "kleine" mit der Zeit zu "großen" Mitteln werden.

### **Literatur:**

- ORG §§105-120 (Grundlagen), ORG §§121-132 (Vorgehensweise), ORG §§133-139 (Beobachtung und Auswertung)
- KTH Kap. 28
- Stübler, M.: Die Arzneimittelprüfung am Gesunden. Allgemeine Homöopathische Zeitung 224 (1979): 2-9
- Mezger, J.: Über meine Erfahrungen mit Arzneimittelprüfungen. Allgemeine Homöopathische Zeitung 219 (1974): 137-145, 185-192, 233-237; 220 (1975): 9-13
- Sherr, J.: Dynamics and Methodology of Homoeopathic Proving. Dynamis School, London 1994

## 6. Arzneimittelbilder, Arzneimittellehren

Das homöopathische Arzneimittelbild ergibt sich aus der Zusammenstellung verschiedener Symptome unterschiedlichen Ursprungs. Sie können stammen aus:

- der **Arzneimittelprüfung** an Gesunden (s. o.)
- der **Toxikologie** (Vergiftungen)
- der **klinischen Beobachtung**

In der Frühzeit der Homöopathie begann Hahnemann die verschiedenen Symptome zu sammeln und zu ordnen. Es entstanden die "Reine Arzneimittellehre" und "Die Chronischen Krankheiten". Man spricht hier von **primären Arzneimittellehren**, in denen die Symptome wortwörtlich und unverkürzt, wie sie bei der Arzneimittelprüfung vorkamen, aufgelistet sind. Später kam die zwölfbändige "Encyclopedia of Pure Materia Medica" von T. F. Allen hinzu, die diesem Prinzip folgte.

Mit der Zeit wurden die bestehenden Arzneimittellehren "**gesichtet**", d.h. viele nicht bestätigte Symptome aus den Arzneimittelprüfungen wurden herausgenommen, in der Praxis häufig bestätigte Symptome dagegen hervorgehoben. Die größten Arzneimittellehren dieser Art sind C. Herings "The Guiding Symptoms of our Materia Medica" und J. H. Clarkes "Dictionary of Practical Materia Medica". Außerdem wurden Bücher geschrieben, die nur noch die wichtigsten, nämlich die charakteristischen Symptome eines Mittels beschreiben (z. B. E. B. Nash: "Leaders in Homoeopathic Therapeutics"). (Leaders = Keynote = **Leitsymptom** z.B.: Die Verschlimmerung zwischen 16-20 Uhr - Lycopodium; die Unverträglichkeit enger Kragen - Lachesis; die extreme ängstliche Unruhe - Arsenicum album; usw.)

Ein weiterer Schritt war die Entwicklung von echten "**Arzneimittelbildern**", die im Wesentlichen auf James Tyler Kent (1849-1916) zurückgeht. Kent war bestrebt, die Wirkungen der Arzneien möglichst anschaulich darzustellen. Die Beschreibung von "Persönlichkeiten" ist leichter zu merken als eine Aufzählung einzelner Symptome. Moderne Beispiele dieser Entwicklung sind die Bücher von A. Zaren, C. Coulter, G. Vithoulkas und anderen.

Oft werden aber sehr klischeehafte Charaktere herausgearbeitet, die vor allem durch ihre schlechten Eigenschaften sehr einprägsam sind, jedoch nicht bei jedem Patienten zwingend vorhanden sein müssen.

### **Literatur:**

- ORG §§ 20, 144, 105-145
- Künzli, J.: Wie sollen wir unsere homöopathische Arzneimittellehre gliedern? Allgemeine Homöopathische Zeitung 211 (1966): 313-314
- Hering, C.: Über das Studium der homöopathischen Arzneimittellehre. Archiv für die homöopathische Heilkunst 17 (1838): 87-108

## 7. Anamnese

Die Homöopathie ist eine Methode, die in hohem Maße **individualisiert**: jede/r einzelne Patient/in wird sehr genau zu seinen Beschwerden und Problemen befragt. HomöopathInnen sollen bei der Anamnese ganz **unbefangen** (vorurteilsfrei) sein und "gesunde Sinne" besitzen (ORG §§ 82, 83). Wichtige Voraussetzungen für die homöopathische Fallaufnahme sind außerdem mindestens eine Stunde Zeit, ein ruhiges Zimmer, Geduld und viel Papier. Die Anamnese beginnt schon, wenn der/die Patient/in zur Tür hereinkommt: wie ist sein/ihr Händedruck, seine/ihre Haltung, sein/ihr Aussehen? Anfangs wird eine möglichst offene Frage gestellt, z.B.: "Welche Sorgen und Beschwerden haben Sie?". Nun soll der/die Patient/in möglichst **spontan** von seinen/ihren Beschwerden und Problemen berichten (ORG § 84) - „Spontanbericht“. Wichtig dabei ist, möglichst nicht zu unterbrechen, sondern frei sprechen zu lassen.

Die Symptome, die ganz **spontan, intensiv und mehrmals** berichtet werden, ohne dass man sie erfragen muss, sind die wertvollsten. Wenn dem/der zu behandelnden eine längere Pause macht und ihm nichts mehr einfällt, kann zu bestimmten Punkten Genaueres erfragen werden (Auslöser, Lokalisation, Modalitäten, Ausdehnung der Beschwerden usw.; ORG § 86) – „gelenkter Bericht“. Sehr wichtig ist es, die **Fragen möglichst offen** zu formulieren, damit keine Formulierungen in den Mund gelegt werden (z. B. sollte man nicht fragen: "Sind die stechenden Schmerzen in den Augen schlimmer bei Bewegung der Augen?". Besser wäre: "Können Sie den Schmerz näher beschreiben? Wodurch verschlimmert er sich? usw.; ORG § 87). Weiters wird, sofern sie nicht bereits von selbst zur Sprache gekommen sind, nach Allgemeinsymptomen wie Temperaturempfinden, Schlaf, Appetit, Ausscheidungen etc., gefragt und anhand des **Kopf-zu-Fuß-Schemas** (ORG § 88) die Anamnese vervollständigt.

Am Schluss des Gespräches sollte man nicht nur die körperlichen Symptome genau aufgezeichnet haben, sondern sich auch ein Bild vom/von der Patient/in gemacht haben. Welche besonderen Charaktereigenschaften hat er/sie? Was hat er/sie für Vorlieben und Abneigungen? Was hat er/sie für eine Geschichte? Was bewegt ihn/sie? Welche Sorgen, Ängste, Hoffnungen usw. bestehen? "**Was ist das für ein Mensch?**" (M. Dorcsi).

Wichtig ist es, möglichst die **eigenen Worte der PatientInnen niederzuschreiben** und nicht bereits Repertoriumsrubriken oder Indikationen.

Ergänzend zur homöopathischen Anamnese sollten alle klinischen Vorbefunde eingesehen und notwendige Untersuchungen eingeleitet werden. Selbstverständlich gehört auch eine genaue physikalische Krankenuntersuchung dazu.

Am Ende steht die **Prognose**: was kann der/die Patient/in von der homöopathischen Therapie erwarten? Was muss er/sie selbst beachten oder am Verhalten verändern? – Denn auch auf krankheitserhaltende Lebensumstände oder Gewohnheiten muss geachtet werden (ORG § 94)

(s. Kap.15 Heilungshindernisse).

**Literatur:**

- ORG §§ 83-104
- KTH, Kap. 23-27
- Schmidt, P.: Die homöopathische Sprechstunde - Die Kunst des Befragens. Zeitschrift für Klassische Homöopathie 4 (1960): 160-175
- Schmidt, P.: Die Behandlung akuter und chronischer Fälle in der Homöopathie. Zeitschrift für Klassische Homöopathie 12 (1968): 145-160, 193-211
- Künzli, J.: Kleiner Fragebogen nach Kent. Deutsches Journal für Homöopathie 4 (1985): 118-119
- Foubister, D. M.: Homöopathische Anamneseerhebung bei Kindern. Zeitschrift für Klassische Homöopathie 6 (1962): 64-67
- Nash, E. B.: Wie man einen Fall aufnehmen soll. Zeitschrift für Klassische Homöopathie 16 (1972): 277-284, 17 (1973): 72-77
- Keller, G. v.: Über die Aufzeichnung des Krankheitsbildes. Zeitschrift für Klassische Homöopathie 33 (1989): 27-36
- Gawlik, W.: Die homöopathische Anamnese. Hippokrates, Stuttgart 1997
- Sankaran, R.: The Heart of Case Taking. Homoeopathic Links 1/1991: 7-9, 2/1991: 23-24
- Pflegerl, W. P.: Allgemeinpraxis und Anamnese. Homöopathie in Österreich 3/1995: 31-34

## 8. Symptomenlehre

In der Homöopathie werden verschiedene Arten von Symptomen beschrieben. Prinzipiell muss man zwischen ungewöhnlichen, **charakteristischen** und **gewöhnlichen** Symptomen unterscheiden. Um ein homöopathisches Mittel zu finden, sind die charakteristischen Symptome des Krankheitsfalles "besonders und fast einzig fest ins Auge zu fassen" (ORG §153). Definition und Beispiele charakteristischer Symptome werden im Kap. 9 "Hierarchisierung, Repertorisation" gegeben.

Weitere Begriffe sind:

- **Geistes- und Gemütssymptome, GG:** das Denken (z. B. Gedächtnisschwäche) und Fühlen (z. B. Eifersucht) betreffende Symptome
- **Allgemeinsymptome, AS:** Symptome, die den Menschen als Ganzen betreffen. Beispiele: Appetit, Durst, Nahrungsmittelverlangen und -abneigungen, Temperatur-, Wetterempfinden, Stuhl, Urin, Menses, Schweiß, Modalitäten die sich bei mehreren (mind. 2-3) Beschwerden wiederfinden, usw.
- **Lokalsymptome, LS:** Jedes Symptom, das auf einen bestimmten Körperteil begrenzt ist. Lokalsymptome sind für die Verschreibung meist weniger von Bedeutung, können aber durch besondere Umstände zu auffallenden Symptomen (ORG § 153) werden.  
z.B.: Warze auf der Nasenspitze – Causticum,

diese können weiter bestimmt werden durch:

- **Modalitäten:** Umstände, die ein Symptom näher bestimmen und es entweder verschlimmern oder bessern. Beispiele: Halsweh erleichtert durch kalte Getränke - Apis; Kopfschmerz gebessert durch festen Druck - Natrium muriaticum; usw.
- **Auslösende Ursachen, „Causa“** (Ätiologie): Situationen oder Umstände, die eine Beschwerde hervorrufen. Beispiele: Rückenschmerzen ausgelöst durch feuchtes Wetter - Dulcamara; Beschwerden nach Impfung - Thuja; Beschwerden durch Kummer – Ignatia; usw.
- **objektive** Symptome, „Zeichen“: Symptome, die vom Beobachter wahrnehmbar sind. Beispiele: gerunzelte Stirn - Lycopodium; eine Wange ist rot, die andere blass - Chamomilla; Pulsieren der Temporalarterien – Belladonna; usw
- **"as if"** -Symptome: für die Mittelwahl häufig sehr wertvolle Symptome, die ein bestimmtes Gefühl anschaulich umschreiben. Beispiele: Kopfschmerzen, als ob ein Band um den Kopf gebunden ist - Gelsemium; Gefühl, als ob ein Haar auf der Zunge liegt – Silicea; usw.
- **Begleitsymptome:** Symptome, die gemeinsam mit einer Beschwerde auftreten. Ein derartiges „begleitendes“ Symptom wird um so auffälliger (also wahlanzeigender), je weniger es im pathophysiologischem Zusammenhang erklärbar ist. Beispiele: Kopfschmerz mit Speichelfluss - Merkur; Nasenbluten mit Husten - Drosera; usw.

- **pathognomonische** Symptome: Symptome, die sehr häufig bei einem bestimmten Krankheitsbild auftreten und deshalb meist zur „schulmedizinischen“ Diagnose führen, für die homöopathische Mittelwahl jedoch weniger bedeutsam sind, weil sie keinen Hinweis auf die individuelle Art der Erkrankung geben. Beispiel: typische Hautausschläge bei Infektionskrankheiten (Masern, Röteln, Scharlach), usw.

Das **vollständige Lokalsymptom**, das ein wichtiger Hinweis auf das passende Mittel sein kann, wird durch folgende Umstände näher definiert:

<b>Was?</b>	Art der Beschwerden
<b>Wo?</b>	Ort, Ausdehnung, Ausstrahlung, Seite, Alternanz, Vikarianz
<b>Wann?</b>	Zeitpunkt, Beginn, Dauer, Ende, Tages-, Nacht-, Jahreszeit, Mondzeit, Periodizität, Dynamik (schneller oder langsamer Beginn bzw. Ende)
<b>Wie? Wodurch? Welcher Art?</b>	Intensität, Qualität, Modalitäten, "as if" -Symptome
<b>Warum? Seit wann?</b>	auslösende Ursachen, Ätiologie
<b>Was noch?</b>	Begleitsymptome („concomitants“)

**Literatur:**

- ORG §§ 7, 8, 15, 17, 22, 24, 25, 27, 70, 102, 104, 147, 152, 153, 181, 196, 210, 241, 258, 274
- Bönninghausen, C. v.: Ein Beitrag zur Beurteilung des charakteristischen Werths der Symptome. In: Gypser, K.-H. (Hrsg.): Bönninghausens Kleine medizinische Schriften. Arkana, Heidelberg 1984
- Schmidt, P.: Die Behandlung akuter und chronischer Fälle in der Homöopathie. Zeitschrift für Klassische Homöopathie 12 (1968): 145-160, 193-211
- Dorcsi, M.: Homöopathie, Band 1. Einführung in die Praxis (verbesserte Auflage von "Stufenplan und Ausbildungsprogramm in der Homöopathie" und "Medizin der Person"). 7. Auflage. Haug, Heidelberg 1992

## 9. Hierarchisierung, Repertorisation

Um die Symptome ihrer Wichtigkeit nach zu ordnen, muss eine sogenannte **Hierarchisierung** vorgenommen werden.

### **Methode nach Kent:**

Es wird genau zwischen Lokalsymptomen (LS) und Allgemeinsymptomen (AS) sowie zwischen auffälligen, charakteristischen (§153) und gewöhnlichen Symptomen differenziert.

Da AS (zu welchen er auch Geistes- und Gemütssymptome zählt), die den ganzen Menschen betreffen, mehr über die zugrundeliegende Zustandsänderung aussagen, sind wichtiger als lokale Beschwerden. (KTH Kap. 32 und 33)

Im folgenden **Schema nach Klunker** ist diese Art der Hierarchisierung wiedergegeben.

Am hochwertigsten sind also charakteristische AS (I), gefolgt von auffälligen LS (II), weniger wichtig sind gewöhnliche AS (III), und schließlich am wenigsten aussagekräftig die gewöhnlichen LS (IV).

	<b>Charakteristische Symptome</b> ("Peculiars")	<b>Gewöhnliche Symptome</b> ("Common Symptoms")
<b>Allgemeinsymptome</b> ("Generals")	<b>I</b>	<b>III</b>
<b>Lokalsymptome</b> ("Particulars")	<b>II</b>	<b>IV</b>

### **Methode nach Künzli:**

Er liefert in der folgenden Übersicht eine Aufzählung möglicher "§ 153-Symptome", die er an die erste Stelle der Hierarchisation stellt, und ordnet die nachfolgenden Punkte wie folgt unter.

">" bedeutet Besserung und "<" Verschlechterung:

#### **I. Auffallende Symptome (§ 153):**

1. **auffallend an sich** (verträgt nicht angesehen zu werden, graue Haare bei jungen Menschen, Fächerbewegung der Nasenflügel, Landkartenzunge, Kind verweigert Muttermilch, Bleistiftstuhl, ungeschickte Hände, Kopffrollen, Nägelkauen, gelber Sattel über dem Nasenrücken etc.)
2. **auffallend durch die Modalität**, behinderte Atmung > beim Hinlegen, Tränenfluss in kalter Luft, Bauchweh > in Bauchlage, Kreuzschmerzen > beim Liegen auf einer harten Unterlage etc.)
3. **auffallend durch die Lokalisation** (Schmerz an kleinen Stellen, Schweißse einzelner Teile, Warze an der Nasenspitze, Warze am Nagelrand, etc.)
4. **auffallende Gefühle** (behauptet trotz schwerer Krankheit gesund zu sein, Gefühl, das Bett ist zu hart, Gefühl von Spinnweben, Gefühl eines Haares auf der Zunge, Kältegefühl Mammae, Gefühl, ein kalter Wind wehe auf die Augen etc.)

5. **auffallend durch die Erstreckung** (Kopfschmerz von der linken zur rechten Schläfe, Schmerzen vom Uterus bis ins Knie, abwechselnde Seiten, Schmerz vom Kopf zur Zungenwurzel, etc.)
6. **auffallend durch Beginn und Ende** (allmählicher / plötzlicher Beginn bzw. Ende)
7. **Fehlen zu erwartender Symptome** (Wohlbefinden vor Anfällen, durstlos bei Fieber, etc.)
8. **Kombination konträrer Symptome** (Selbstmordneigung mit Todesfurcht, Gemütssymptome > durch Gewitter, froh bei Donner und Blitz, Abmagerung trotz Heißhunger, schleudert die Decke bei größter Kälte weg, brennender Schmerz, Hitze >, trockener Mund und Durstlosigkeit, etc.)
9. **auffallend durch Begleitsymptome** (Heiserkeit während Otitis, etc.)
10. **auffallend durch Periodizität** (täglich, jährlich, intermittierender Puls, Mondphasen, Wochenendkopfschmerz, etc.)
11. **alternierende Zustände** (Magenschmerzen wechseln mit Beinschmerzen, Gemütssymptome wechseln mit physischen Symptomen, etc.)
12. **Abfolge von Symptomen** (geänderte Abfolge der Fieberstadien, etc.)
13. **auffallend durch Vikarisation** (Nasenbluten wechselt mit Darmblutungen, etc.)

## II. Gut beobachtbare Geistes- und Gemütssymptome

Vor allem, wenn sie näher bezeichnet sind

### III. Allgemeinsymptome

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 1. Witterung, Klima, Temperatur | 5. Schlaf, Träume                                    |
| 2. Exkrete und Sekrete          | 6. Schwangerschaft, Pubertät, Klimakterium           |
| 3. Menstruation, Sexuelsymptome | 7. Stellung, Ruhe, Bewegung                          |
| 4. Speisen und Getränke         | 8. Seitenbeziehung (z.B. Symptome vorwiegend rechts) |

### IV. Ursachen

Beschwerden infolge von psychischen Erlebnissen, Verlust von Körperflüssigkeiten, Impfungen, Sonnenbestrahlung, Tierbisse, Unterdrückung, etc.

### V. Lokalsymptome

Jedes Symptom von II – V kann auffallend werden, z.B. durch seine Intensität oder die ständige Anwesenheit bei sonst wechselnden Beschwerden.

Nachdem die Symptome entsprechend hierarchisiert worden sind, folgt die eigentliche **Repertorisation** mit Hilfe eines Repertorius (Symptomenverzeichnis; lat. "reperire" = wiederfinden). Bekannte Repertorien sind Synthesis, Complete, Generale – die auf dem Kent'schen Repertorium aufbauen, bzw. Boenninghausen, Phatak, die einen anderen Aufbau haben.

Meist genügen wenige, dafür aber wertvolle Symptome, die man in den entsprechenden Rubriken nachschlägt. Diese Mittel, die die Symptome möglichst gut abdecken werden durch Nachlesen in der Materia Medica weiter differenziert.

Die Repertorisation setzt gute Kenntnisse des verwendeten Repertorius voraus.



**Literatur:**

- ORG §§ 146-154, § 211
- KTH, Kap. 32-33
- Tyler, M. u. Weir, J.: Repertorising. B. Jain, New Delhi
- Miller, G.: Die Bewertung der Symptome bei der Arzneimittelwahl. Deutsches Journal für Homöopathie 7 (1988): 3-8, 83-87, 163-167, 259-264
- Künzli, J.: Zu den §§ 153 und 154 des Organon. Zeitschrift für Klassische Homöopathie 21 (1977): 202-206
- Barthel, M.: Wertung der Symptome. Deutsches Journal für Homöopathie 1 (1982): 133-135
- Spinedi, D.: The Value of Mental Symptoms. Homoeopathic Links 1/1996: 24
- Klunker, W.: Repertorisieren. 100 Jahre Kents "Repertory". Zeitschrift für Klassische Homöopathie 41 (1997): 47-68, 91-95, 135-142
- Klunker, W.: Repertorisieren mit dem "Kent". Aus den Praxen der ersten Jahrzehnte in den USA. Zeitschrift für Klassische Homöopathie 41 (1997): 223-231
- Gypser, K.-H.: Entstehung, Struktur und praktische Anwendung von Bogers "Boenninghausen's Characteristics und Repertory". Zeitschrift für Klassische Homöopathie 35 (1991): 101-113, 148-152, 190-193

## 10. Die Wertigkeit der Symptome im Repertorium

Am weitesten verbreitet ist, dass man die Wertigkeit auf in Arzneimittelprüfungen aufgetretene bzw. klinisch beobachtete (geheilte) Symptome von Arzneimitteln bezieht.

Wertigkeit	Auftreten des Symptoms während der Arzneimittelprüfung	klinische Beobachtung
1. Grad ("einwertig")	bei einer/m PrüferIn und / oder	ein geheilte/r Patient/in
2. Grad ("zweiwertig")	bei mehreren PrüferInnen und / oder	mehrere geheilte PatientInnen
3. Grad ("dreiwertig")	bei vielen PrüferInnen und	viele Heilungen, in der Praxis bewährt
4. GRAD ("vierwertig")	Bei vielen PrüferInnen und	Mehrfach eindeutig bestätigt – absolut zuverlässig

Achtung: Kent hat die drei Grade für sein Repertorium ursprünglich umgekehrt beschrieben, nämlich den 1. Grad als hochwertigsten! (KTH, Kap. 23).

### **Literatur:**

- KTH Kap. 33
- Gypser, K.-H.: Zur Problematik des höchsten Grades im Repertorium von Kent. Allgemeine Homöopathische Zeitung 231 (1986): 151-156
- Jansen, A.: Eine Untersuchung zur Quellenlage des Kentschen Repertoriums und zur Herkunft/Veränderung der Repertoriumsgrade. Zeitschrift für Klassische Homöopathie 40 (1996): 22-32

## 11. Potenzen

Von einer **Potenz** spricht man, wenn bei jedem Verdünnungsschritt zusätzlich **verschüttelt**, d.h. das Fläschchen gegen einen festen Gegenstand geschlagen wird (sog. Potenzierung oder Dynamisation, ORG § 269). Allerdings werden die Begriffe Verdünnung und Potenz nicht immer scharf getrennt. Häufig wird von Verdünnungen gesprochen, wenn bereits die potenzierte Arznei gemeint ist. Verdünnen macht die Arznei milder, verschütteln stärker.

### **C- und D- Potenzen:**

- Die C-Reihe (**C-Potenzen**): das "C" steht für "centesimal". Die Verdünnungsschritte betragen 1:100, d.h. einem Teil der Ausgangssubstanz werden jeweils 99 Teile des Verdünnungsmediums (Lactose bei Verreibungen bzw. Wasser-Alkoholgemisch bei Flüssigkeiten) zugesetzt. Die Bezeichnung C200 beispielsweise bedeutet: es gab 200 einzelne Verdünnungsschritte, pro Schritt jeweils ein Verdünnungsverhältnis von 1:100. Der Verdünnungsgrad beträgt somit  $1:100^{200}$ .
- Die D-Reihe (**D-Potenzen**): das "D" steht für "dezimal". Die Verdünnungsschritte betragen 1:10. Analog zu den C-Potenzen werden einem Teil der Ausgangssubstanz 9 Teile des Verdünnungsmediums zugesetzt.

Bei C- und D-Potenzen wird bei jedem Verdünnungsschritt 10 mal verschüttelt.

Historisch gesehen sind die D-Potenzen nach den C-Potenzen entstanden. D-Potenzen wurden erstmals von Constantin Hering im 19. Jahrhundert eingesetzt.

Ab C30 (bzw. D30) spricht man in der Regel von Hochpotenzen, darunter von Tiefpotenzen.

Innerhalb der Homöopathie war die Höhe der Potenz schon immer eine Streitfrage. Bis heute gibt es "Tiefpotenzler", die die Anwendung höherer Potenzen ablehnen, umkehrt genauso "Hochpotenzler", die tiefe Potenzen als unwirksam abtun. Allerdings führt dieser Streit zu nichts, denn in erster Linie entscheidet die **richtige Auswahl der Arznei** den Verlauf des Heilungsprozesses und weniger die Potenzhöhe.

Die **Anwendung der C- und D-Potenzen** ist gleich. Wenn höhere Potenzen verabreicht werden, muss - sofern es sich um die Behandlung einer chronischen Krankheit handelt - nach der Verabreichung einer **Einzelgabe** (1-5 Globuli) in der Regel einige Wochen bis Monate abgewartet werden, bis die Reaktion zum Stillstand gekommen ist bzw. die ursprünglichen Symptome wiedergekommen sind, um das Mittel zu wiederholen (sofern es noch angezeigt ist). Wenn tiefe Potenzen verabreicht werden, ist die Einnahme mehrmals am Tag üblich (z. B. D12 3x täglich).

Bei einer akuten Symptomatik können auch Hochpotenzen häufiger wiederholt werden, z.B. bei einem Asthmaanfall jede Viertelstunde. Hier muss allerdings sehr **individuell** vorgegangen werden, daher kann man auch keine allgemein gültigen Vorschriften angeben.

### **Herstellung:**

- Sehr verbreitet ist die sogenannte **Mehrglasmethode**. Hier wird bei jedem Verdünnungsschritt ein neues Fläschchen verwendet. Für die Herstellung der Potenz C200 bzw. D200 benötigt man also 200 Fläschchen.
- Die **Einglasmethode** wurde erst später vom russischen Grafen Korsakoff entwickelt. Daher stammt auch die Bezeichnung "**Korsakoff-Potenzen**", abgekürzt mit einem großen "**K**". Diese Methode hat den Vorteil, dass zur Potenzierung nur ein einziges Fläschchen verwendet wird, somit also viel Material eingespart wird. Das Fläschchen wird nach jedem Verschüttelungsschritt einfach ausgeleert und wieder von neuem mit Lösungsmittel gefüllt. Dabei bleibt nach dem Ausleeren genau soviel Flüssigkeit an den Wänden des Fläschchens haften, wie für den jeweils folgenden Verdünnungsschritt notwendig ist.
- Eine weitere Entwicklung waren **maschinell** verschüttelte Potenzen, die von Fincke, Swan, Kent und anderen hergestellt wurden. Heute wieder erhältlich sind Arzneimittel, die im **kontinuierlichen Fluxionsverfahren** hergestellt werden (abgekürzt mit "**FC**"). Dazu wird die Ausgangssubstanz in einen speziell gefertigten Glaszylinder gegeben. Anschließend strömt das Lösungsmittel kontinuierlich durch den Zylinder hindurch, wodurch analog zur Verschüttelung eine "Verwirbelung" stattfindet.
- **C3-Trituration** – hier werden die ersten 3 Potenzierungsschritte als Verdünnung und Verreibung in Milchzucker getätigt. Damit kann man unlösliche Substanzen, bzw. die ganze Ausgangssubstanz und nicht nur die alkohollöslichen Teile in „eine lösliche Form“ bringen.

Häufig erhältliche C- und D-Potenzen:

- D4, D6, D12, D30, D200
- C6, C12, C30, C200, C1000 (in der Regel handverschüttelt)
- M oder 1M (=C1000), XM oder 10M (=C10000), CM (=C100000)
- mit dem Zusatz "K": MK, XMK, CMK (nach der Korsakoffmethode hergestellt)
- mit dem Zusatz "FC": 1MFC (kontinuierliches Fluxionsverfahren,) entspricht einer Potenzhöhe zwischen C 30 und C 200.

Vorsicht: in anderen Ländern gibt es teilweise unterschiedliche Abkürzungen und Herstellungsmethoden, z.B. in Frankreich oder Spanien!

### **LM- und Q-Potenzen:**

- Das "**L**" steht für "50", das "**M**" für "1000", zusammen also "50.000". Sie sind - im Gegensatz zu den Q-Potenzen - im Homöopathischen Arzneibuch (HAB) beschrieben, welches die gesetzliche Grundlage für die Herstellung homöopathischer Arzneien darstellt.
- **Q-Potenzen** ("Q" für "quinguesimillesimal") unterscheiden sich darin, dass von einer Trituration (Verreibung) bis zur C3 ausgegangen wird, wie im ORG angegeben.

**Herstellungsvorschriften der Q-Potenzen** siehe ORG § 270.

### **Anwendung**

Die LM-Potenzen werden häufig in den Schritten LM6 - LM12 - LM18 - LM24 - LM30 usw. verabreicht, Q-Potenzen gemäß "Organon der Heilkunst" als Q1 - Q2 - Q3 usw.

Der entscheidende Unterschied zu den C-Potenzen ist die Möglichkeit der täglichen Einnahme bei chronischen Krankheiten und das Fortsetzen der Einnahme bei Besserung bis die ursprünglichen Beschwerden wieder auftreten (sogenannte "**Spätverschlimmerung**"). Dann muss die Einnahme gestoppt und abgewartet werden (ORG §§ 280-281).

### **Literatur:**

- ORG §§156-161, 246-248, 270-272, 280-281
- Keller, G. v.: Über Q-Potenzen. Zeitschrift für Klassische Homöopathie 32 (1988)
- Barthel, P.: Das Vermächtnis Hahnemanns - die Fünzigtausender Potenzen. Allgemeine Homöopathische Zeitung 235 (1990): 47-61
- Barthel, P.: Das Vermächtnis Hahnemanns - die Qualität der homöopathischen Arznei. Zeitschrift für Klassische Homöopathie 37 (1993): 108-117
- Grimm, A.: Herstellungsvorschrift für Q-Potenzen nach Organon VI als Vorlage für eine neue HAB- Vorschrift. Zeitschrift für Klassische Homöopathie 37 (1993): 76-79
- Seiler, H.: Kurzer Überblick über die Entwicklung von Hahnemanns Behandlungstechnik mit praktischen Beispielen. Allgemeine Homöopathische Zeitung 239 (1994)
- Schmidt, J. M.: History and relevance of the 6th edition of the *Organon of Medicine (1842)*. British Homoeopathic Journal 83 (1994): 42-48
- Meyer-König, P.: Die Renaissance der Q-Potenzen. In: DZVhÄ e. V. (Hrsg.): Homöopathie-Jahrbuch 1997/98. Sonntag, Stuttgart 1997
- Dellmour, F.: Homöopathische Arzneimittel. Geschichte, Potenzierungsverfahren, Darreichungsformen. Österreichische Gesellschaft für Homöopathische Medizin, Wien 1992
- Müntz, R.: Continuous fluxion potencies. A modified method of potentisation. Homoeopathic Links 2/97: 84-87.
- Brunner, H.: Probleme bei der Herstellung homöopathischer Arzneien. Homöopathie in Österreich 3/94: 12-15
- Keller, G. v.: Über Hochpotenzen. Zeitschrift für Klassische Homöopathie (1988): 163-172
- Spinedi, D.: Die Entwicklung der homöopathischen Praxis seit Hahnemann. In: Appell, R. (Hrsg.): Homöopathie 150 Jahre nach Hahnemann. Standpunkte und Perspektiven. Haug, Heidelberg 1994

## 12. Arzneireaktionen, Verlaufsbeurteilung

Nun folgt der schwierigste Teil der homöopathischen Therapie. Woran erkennt man, ob das Mittel richtig ist, oder ob das Mittel gewechselt werden soll?

Ein wichtiger Begriff in der Homöopathie ist die sogenannte "**Erstverschlimmerung**", auch "Erstreaktion" genannt. Bei einem Teil der PatientInnen können sich nach Einnahme der Arznei die Symptome, vor allem bei chronischen Krankheiten, verstärken, die eigentlich verschwinden sollen. In der Regel dauert diese Verschlimmerung nur kurz an, es folgt dann eine anhaltende Besserung. Also ist diese Reaktion ein gutes prognostisches Zeichen, auch wenn sie für PatientInnen manchmal belastend sein kann (ORG §§ 161, 248, 253; KTH Kap. 34, 35).

Es gibt von mehreren AutorInnen theoretische Beispiele, wie Reaktionen auf eine Arznei zu beurteilen sind, und was die Konsequenzen daraus sind. (s. Literatur)

Dies würde aber den Rahmen dieses Skriptums sprengen, darum **verweisen wir hier auf unsere Fortgeschrittenen-, Case-management- und Lehrpraxisseminare.**

Den Grundstein für eine gute Beurteilbarkeit setzt man schon in der Erstanamnese, indem man sich dort ein sehr genaues Bild der Beschwerden gemacht hat (Intensität, Dauer, Häufigkeit,...) und vor allem ein gutes Bild von der Person selbst, denn oft findet man die erste positive Reaktion auf der Geist- und Gemütsebene bzw. das Allgemeinbefinden bessert sich, auch wenn sich konkrete Beschwerden noch nicht eindeutig verändert haben.

Wichtig ist, genau zu beobachten und das Mittel bei scheinbar ausgebliebenem Erfolg nicht zu schnell zu wechseln, da dies zu einer Verwirrung des Falles führen kann. Erst wenn eindeutig ist, dass keine Reaktion in Richtung Heilung erfolgt ist, bzw. neue Symptome ein anderes Mittel anzeigen, soll eine neue Verschreibung stattfinden.

Dazu ist unter anderem viel Geduld und eine gute Patientenführung nötig.

### **Hering'sche Regel:**

Wenn sich die Symptome

- **von oben nach unten,**
- **von innen nach außen** (von wichtigen zu weniger wichtigen Organen) **verlagern**
- **und in der umgekehrten Reihenfolge ihres Auftretens bessern,**

so ist dies ein günstiges Zeichen, weil es eine Reaktion in Richtung Gesundheit darstellt und ist somit ein sicheres Zeichen, dass ein Mittel mit großer Ähnlichkeit gewählt wurde (KTH, Kap. 2). Wenn die Reaktion aber nicht nach dieser Regel verläuft, so bedeutet es nicht automatisch, dass das Mittel falsch war.

**Literatur:**

- ORG §§ 155-184, 245-263, 273-283
- CK Bd. 1, S. 147ff
- KTH, Kap. 34, 35
- Tyler, M.: Welche Fehler man vermeiden sollte. Deutsches Journal für Homöopathie 3 (1984): 2-10
- Janert, R.: Beobachtungen und Schlußfolgerungen nach der ersten Gabe. Deutsches Journal für Homöopathie 5 (1986): 207-216
- Lucae, C.: Beitrag zur Entstehung des "Heringschen Gesetzes". Zeitschrift für Klassische Homöopathie 42 (1998): 52-61
- Vithoulkas, G.: Die wissenschaftliche Homöopathie

### 13. Heilungshindernisse

Es kann viele Gründe geben, warum eine homöopathische Arznei nicht richtig wirkt: die Arznei wurde falsch gewählt, die Potenzhöhe stimmt nicht, das Mittel ist schlecht hergestellt worden, es wurde falsch eingenommen usw. Dazu kommen noch sogenannte **Heilungshindernisse** von Seiten der PatientInnen, die der Heilung möglicherweise im Weg stehen können.

- „ungesunde“ **Lebensumstände** und Gewohnheiten: psychische und soziale Belastungen, feuchte Wohnung, belastendes Klima, falsche Ernährung, Drogenmissbrauch, ständige Sorgen, falsche Erziehung bei Kindern, usw.
- die Einnahme von **anderen, unterdrückenden Medikamenten** (z.B. Cortison). Dies bedeutet aber nicht, dass schulmedizinisch Therapierte homöopathisch nicht behandelbar sind. Tatsache ist, dass die Mittelwahl durch das Fehlen von Symptomen erschwert ist und die Reaktion der PatientInnen vermindert und verlangsamt ist.
- **Reaktionslage** des Organismus: z.B. Das Fehlen eines wichtigen Organs (diese PatientInnen sind im homöopathischen Sinn nicht mehr heilbar, was aber nicht bedeutet, dass man ihre Beschwerden nicht lindern kann)

**Zur Antidotierung** (= Unterbrechung der Arzneiwirkung):

"**Beeinflusst Kaffee die homöopathische Therapie?**". Die gleiche Frage könnte man beim Genuss oder der Anwendung anderer Substanzen stellen, wie beispielsweise anderer Drogen, schwarzem Tee, ätherischen Ölen, starken Aromen, Kampfer usw., welche unter Umständen ebenfalls die Wirkung eines homöopathischen Mittels **antidotieren** können. Grundsätzlich gilt: Kaffee ist eine Droge mit erheblichem Einfluss auf den Organismus. Allerdings reagiert jeder Mensch unterschiedlich auf Kaffee, und demnach sollte auch während der homöopathischen Therapie gelten:

**je empfindlicher eine Person auf Kaffee oder auch auf andere Substanzen reagiert, desto eher sollte man vom Genuss abraten.**

Es lässt sich aber nicht belegen, dass Kaffee in jedem Fall das homöopathische Mittel antidotiert. (vgl. Phatak´s Materia Medica, Kapitel Coffea)

**Literatur:**

- ORG §§ 259-263
- CK Bd. 1, 131-146



## 14. Akute und chronische Krankheiten, Miasmen

Hahnemann unterscheidet folgende **akute Krankheiten (ORG § 72, 73)**:

- **vereinzelt** und **sporadisch** auftretende  
Erstere können entstehen durch schädliche Einflüsse (Stress, Genussmittelmisbrauch, körperliche Überanstrengung, Erkältungen, psychische Belastungen, usw.)  
Zweitere durch besondere lokale klimatische Umstände.  
Beides sind eigentlich Zeichen einer chronischen Anfälligkeit, bzw. miasmatischen Belastung.
- **epidemisch** auftretende, ansteckende  
bei solchen "Collectivkrankheiten" können die Symptome mehrerer PatientInnen zusammengenommen werden, um eine passende Arznei zu finden (ORG §§ 100-102) –  
Sogenannter „Genus Epidemicus“, der aber bei jeder Epidemie ein anderer ist.  
z.B.: Influenza
- **„acutes Miasma“**  
Sie unterscheiden sich von den Epidemischen durch ihr bei jeder Epidemie gleichartiges Krankheitsbild und dass jedes Individuum im Normalfall nur einmal im Leben daran erkrankt.  
z.B. Masern, Keuchhusten, Scharlach, Gelbfieber, usw.

Die **chronischen Krankheiten** teilte Hahnemann folgendermaßen ein:

- Krankheiten, die **durch "allöopathische" Mittel verursacht** werden (ORG § 74-76): zur damaligen Zeit wurden diverse Quecksilberpräparate, Chinin, Aderlässe, Abführmittel usw. eingesetzt. Heute könnte man in diesem Zusammenhang an Immunsuppressiva, Chemotherapeutika usw. denken.
- **"uneigentliche"** chronische Krankheiten (ORG § 77): hiermit sind Krankheiten gemeint, die durch ungünstige Lebensumstände ("vermeidbare Schädlichkeiten") bedingt sind, wie z. B. schädliche Ernährung, Bewegungsmangel, Alkoholexzesse, Leben in feuchten Wohnungen, Hochleistungssport usw. Die Bezeichnung "uneigentlich" wählte Hahnemann, weil die Krankheiten bei gesünderer Lebensweise von alleine vergehen, daher also keine "echten" chronischen Krankheiten sind.
- **"eigentliche"** chronische Krankheiten (ORG §§78-82): diese "echten" chronischen Krankheiten werden laut Hahnemann ausgelöst durch ein chronisches Miasma (Psora, Sykosis, Syphilis). Diese werden im Sprachgebrauch als „die Miasmen“ verwendet.

Seine Enttäuschung über den Behandlungsverlauf chronisch Kranker (die er im Vorwort der CK Bd.1 selbst so beschreibt: „Ihr Anfang war erfreulich, die Fortsetzung minder günstig, der Ausgang

hoffnungslos“) brachte ihn dazu, diese Fälle nach etwas Gemeinsamen zu durchsuchen, „einem chronischen Genus epidemicus“. Das Ergebnis war das Konzept der Miasmen.

Unter dem Begriff "**Miasma**" verstand Hahnemann eine Art Grunderkrankung ("Grund-Ursache", "Ur-Uebel"), die über viele Generationen vererbt, aber auch jederzeit neu erworben werden kann (im Sinne einer Ansteckung) und den Boden für unzählige verschiedene Krankheitsbilder bildet (CK Bd. 1, S. 1-100). Das Miasma kann, so Hahnemann, viele Jahre (fast) unbemerkt im Organismus vorhanden sein, bis es schließlich (durch einen Auslöser) zum Ausbruch kommt und Krankheitssymptome auftreten. Das wichtigste, am meisten verbreitete Miasma sah Hahnemann in der **Psora** (CK Bd. 1, S. 17). Weitere Miasmen sah Hahnemann in der **Sykosis** ("Feigwarzenkrankheit", chronische Gonorrhö) und der **Syphilis** (CK Bd. 1).

Einige AutorInnen haben versucht, die Hahnemannsche Miasmentheorie zu modernisieren und in der Praxis anwendbarer zu machen, dazu zählen unter anderem P. S. Ortega, M. Dorcsi und R. Sankaran. Dabei werden die Kategorien Hahnemanns (Psora - Sykosis - Syphilis) übernommen, ergänzt und teilweise in eine moderne Sprache übersetzt, aber leider auch manchmal in einem ganz anderen Zusammenhang verwendet. Näheres dazu findet sich in der angegebenen Literatur.

#### **Literatur:**

- ORG §§72–82
- CK Bd. 1
- KTH Kap. 3-5, 7, 17-21
- Schmidt, P.: Die Behandlung akuter und chronischer Fälle in der Homöopathie. Zeitschrift für Klassische Homöopathie 12 (1968): 145-160, 193-211
- Klunker, W.: Die Behandlung der chronischen Krankheiten in der Praxis nach Hahnemanns Lehre. Zeitschrift für Klassische Homöopathie 52 (1988): 135-144
- Weißhuhn, T.: Schwarzes Loch? Miasma - die babylonische Vokabel. Homöopathische Flugblätter 3/1995: 59-68
- Allen, J. H.: Die Miasmen - Wie gut sollten wir sie lernen? Deutsches Journal für Homöopathie 9 (1990): 99-101, 195-197
- Dorcsi, M.: Homöopathie, Band 1. Einführung in die Praxis (verbesserte Auflage von "Stufenplan und Ausbildungsprogramm in der Homöopathie" und "Medizin der Person"). 7. Auflage. Haug, Heidelberg 1992
- Sanchez Ortega, P.: Die Miasmenlehre Hahnemanns. Diagnose, Therapie und Prognose der chronischen Krankheiten (ursprünglicher Titel: Anmerkungen zu den Miasmen oder chronischen Krankheiten im Sinne Hahnemanns). Haug, Heidelberg 1998
- Sankaran, R.: The Substance of Homoeopathy. Homoeopathic Medical Publishers, Bombay 1994
- Allen, J.H.: The Chronic Miasms
- Heudens-Mast, H.: – Leitfaden zum heilenden homöopathischen Arzneimittel, Verlag Kristina Lotz  
Bd 1 Hyperkinesie, Bd 2 Hysterie, Bd 3 Drogen
- Speight, Ph.: - A Comparison of the Chronic Miasms, B. Jain Publishers PVT. LTD, New Delhi - 110055
- Laborde, Y., - Die Hereditären Chronischen Krankheiten
- Banerjea, Subrata K., Miasmatic Prescribing
- Barthel, H., Miasmatisches Symptomen-Lexikon, Barthel & Barthelverlag, Nendeln 2. Auflage 1999
- Gienow, P.: Miasmen: Die Psora, Sonntag, Stuttgart 2000

## 15. Besondere Krankheitsformen

Das Verständnis dieser Krankheitsformen ist wichtig für das Vorgehen während einer homöopathischen Behandlung.

- **festständige Krankheiten** (ORG § 46): Hahnemann lehnte allgemeine Krankheitsbezeichnungen (heute: Diagnosen) ab, da er sie für zu wenig individualisierend hielt, um einen Krankheitszustand ausreichend zu beschreiben. Eine Ausnahme waren die "stets gleichbleibenden, aus einem feststehenden Miasm entspringenden und daher eines bestimmten Namens werthen Krankheiten", wie beispielsweise die Pocken.
- **interkurrente Erkrankungen** (CK, Bd. 1, S. 164ff): solche "Zwischenkrankheiten" können beispielsweise epidemische Krankheiten (s. voriges Kap.), d.h. Infektionen sein, die den chronischen Krankheitsprozess vorübergehend unterbrechen. In der Regel muss dann ein Akutmittel verabreicht werden. Nach Abheilung der interkurrenten Erkrankung erscheint wieder die chronische Krankheit, allerdings manchmal mit leicht veränderten Symptomen. Im Falle, dass sich ein vorher gesunder Patient von einer akuten Erkrankung nicht richtig erholt, spricht Hahnemann von einer "**Nachkrankheit**", bzw. von einer Aktivierung der chronischen Krankheit (CK Bd. 1, S. 166).
- **einseitige Krankheiten** (ORG §§ 173ff): solche Krankheiten sind charakterisiert durch Symptomenarmut. Oft ist nur ein Hauptsymptom (z. B. langjährige Kopfschmerzen), aber sonst keine (auffälligen) Symptome und Modalitäten zu beobachten, wodurch es schwierig sein kann, ein passendes Arzneimittel zu finden. In diesem Fall empfiehlt Hahnemann, die auf die wenigen Symptome passendste Arznei zu geben, die den Organismus zur Entwicklung neuer Symptome anregt, mittels derer ein passenderes Heilmittel gewählt werden kann.
- **Lokalkrankheiten** (ORG §§ 185ff): sind einseitige Krankheiten, deren Symptom an den äußeren Teilen des Körpers liegt. Hahnemann lehnt den Begriff "Lokalkrankheit" ("Local-Uebel") eigentlich ab, da es keine lokalen Affektionen per se gibt. Am ehesten sind noch Verletzungen als echte, rein lokale Übel zu betrachten, sofern sie so klein sind, dass sie nicht den gesamten Organismus beeinträchtigen.

Jede Erkrankung und damit auch Hautausschläge jeglicher Art existieren nie für sich allein, sondern sind Ausdruck einer "inneren" Krankheit (ORG §7,13). Daraus folgt, dass immer eine "innere" Behandlung angezeigt ist, also nicht die lokale Anwendung von Salben oder dergleichen. Andernfalls kann es zur **Unterdrückung** der Lokalkrankheit kommen. Es bleibt aber die "innere" Krankheit zurück, die sich dann an einem anderen Organ manifestieren kann (Beispiel: ein Ekzem wird mit einer kortikoidhaltigen Salbe behandelt, anschließend entwickelt der/die Patient/in Asthma bronchiale). (ORG §§ 198f; vgl. CK 1, S. 22, S. 120)

- **Geistes- und Gemütskrankheiten** (ORG §§ 210ff): auch diese Krankheiten zählt Hahnemann zu den einseitigen Krankheiten. Sie können beispielsweise dann entstehen, wenn eine körperliche Krankheit unterdrückend behandelt wird, so dass sich die Symptomatik in den Geistes- und Gemütsbereich verschiebt. Weitere Entstehungsmöglichkeiten sind z.B. Erziehungsfehler, Aberglauben u.a. (ORG § 224).
- **psychosomatische Krankheiten** (ORG §§ 225-227): diesen modernen Begriff kannte Hahnemann natürlich noch nicht, dennoch beschreibt er in seinen eigenen Worten bereits genau die Möglichkeit einer psychosomatischen Krankheit im engeren Sinne.
- **Wechselkrankheiten** und **alternierende** Krankheiten (ORG §§ 231ff): unter Wechselkrankheiten versteht Hahnemann solche, die in bestimmten Abständen immer wiederkehren (z. B. Malaria). Alternierende Krankheiten wechseln mit anderen Krankheitszuständen ab (z.B. Durchfall abwechselnd mit rheumatischen Beschwerden) (ORG § 232).

## 16. Arzneimittelbeziehungen

Viele HomöopathInnen machten die Erfahrung, dass nach der Gabe eines bestimmten Heilmittels, das in Teilbereichen gut gewirkt hat (Simile), schließlich aber keine Wirkung mehr zeigte, bestimmte andere Arzneien besonders häufig angezeigt und gut wirksam waren. Genauso wurden schlechte Erfahrungen immer wieder beobachtet.

Dies ist uns heute häufig bei einer Folgeverschreibung sehr hilfreich.

Dabei bedeuten:

- **"K"** - Komplementärmittel, Ergänzungsmittel: Zwei Mittel, die in bestimmten Bereichen sehr ähnliche Symptome haben, sich aber in Details unterscheiden. Sie folgen sich meist gegenseitig gut. Wenn z. B. Natrium muriaticum nicht alle Beschwerden des Patienten beheben konnte, kann möglicherweise Sepia den Rest kurieren, sofern das Mittel angezeigt ist. Sepia und Natrium muriaticum sind also komplementär.
- **"F"** - Folgemittel,: z. B. folgt Calcium carbonicum gut auf Sulphur, aber nicht umgekehrt. Der Unterschied zu den Komplementärmitteln ist, dass ihr Arzneimittelbild nicht so viele Ähnlichkeiten aufweist, und meist nur ein Mittel dem anderen gut folgt und nicht umgekehrt.
- **"I"** (inimical) –"feindliche" Mittel: ein bekanntes Beispiel ist die Beziehung Phosphor - Causticum. Obwohl Causticum anhand der Symptome angezeigt scheint, ist es nach einer Gabe Phosphor – sofern es gepasst hat! - nicht wirksam, bzw. kann sich der Gesundheitszustand auch verschlechtern.
- **"aD"** - Antidote, Gegenmittel: z. B. ist Pulsatilla ein Antidot von Ignatia – wenn bestimmte Beschwerden nach der Gabe von Ign. auftreten und diese auch von Puls. abgedeckt werden; Coffea und Camphora gelten als "universelle" Antidote, da sie die Wirkung der vorher gegebenen Arznei aufheben können.
- Kollateralmittel – Mittel, dass einem Anderen in bestimmten Bereichen sehr ähnlich ist, aber keine komplementäre Beziehung hat, bzw. kein Folgemittel ist. Also ein Mittel, an das man denken sollte, wenn die gegebene Arznei keine Wirkung gezeigt hat.

### **Literatur:**

- Miller, G., Klunker, W.: Beziehungen der Arzneien unter sich. Haug, Heidelberg 1996
- Rehman, A.: Handbuch der homöopathischen Arzneibeziehungen, Haug, Heidelberg 2000
- Seider, I., Das kleine Buch der Arzneimittel-Beziehungen. Barthel&Barthel
- Vermeulen, F: Concordant Materia Medica, Emyss bv Publishers, Haarlem, The Netherlands 1997

## **17. Geschichte der Homöopathie**

Selbst eine kurze Beschreibung der wechselvollen Geschichte der Homöopathie würde den Rahmen dieses Skriptums bei weitem sprengen. Daher wird hier nur auf die allerwichtigste Literatur verwiesen. Genaueres zum Thema findet sich in einer Mappe, die in der Fachschaft aufliegt und zum Kopieren ausgeliehen werden kann.

Kenntnisse der Geschichte der Homöopathie sind unter anderem von Bedeutung, um die Entwicklung der Homöopathie selbst und der einzelnen AutorInnen im Rahmen des damaligen Wissensstandes besser zu verstehen.

### ***Literatur:***

- Heinze, S. (Hrsg.): Homöopathie 1796-1996: Eine Heilkunde und ihre Geschichte; herausgegeben von Sigrid Heinze für das Deutsche Hygiene-Museum, Dresden. Katalog zur Ausstellung, Deutsches Hygiene-Museum, 17. Mai bis 20. Oktober 1996. Edition Lit.europe, Berlin 1996
- Handley, R.: Eine homöopathische Liebesgeschichte. Das Leben von Samuel und Mélanie Hahnemann. C. H. Beck, München 1993
- Haehl, R.: Samuel Hahnemann. Sein Leben und Schaffen. Auf Grund neu aufgefundener Akten, Urkunden, Briefe, Krankenberichte und unter Benützung der gesamten in- und ausländischen Literatur. Unter Mitwirkung von Karl Schmidt-Buhl. Bd. 1 u. 2. Schwabe, Leipzig 1922
- Tischner, R.: Geschichte der Homöopathie. Schwabe, Leipzig 1939
- Dinges, M. (Hrsg.): Weltgeschichte der Homöopathie. Länder, Schulen, Heilkundige. C. H. Beck, München 1996
- Dinges, M. (Hrsg.): Homöopathie. Patienten - Heilkundige - Institutionen. Von den Anfängen bis heute. Haug, Heidelberg 1996
- Eppenich, H.: Geschichte der deutschen homöopathischen Krankenhäuser. Von den Anfängen bis zum Ende des Ersten Weltkriegs. Band 1 der Quellen und Studien zur Homöopathieggeschichte. Haug, Heidelberg 1995
- Stahl, M.: Der Briefwechsel zwischen Samuel Hahnemann und Clemens von Bönninghausen. Band 3 der Quellen und Studien zur Homöopathieggeschichte. Haug, Heidelberg 1997

## **18. Wissenschaft und Forschung**

Forschung zur Homöopathie stellt mittlerweile ein sehr breites Feld dar, deshalb kann hier nur ein systematischer Überblick über die verschiedenen Forschungsansätze gegeben werden und auf einzelne Arbeiten hingewiesen werden.

In der SIH-Mappe „Forschung zur Homöopathie“, die zum Kopieren ausgeliehen werden kann, liegen einige Studien sowie Übersichtsarbeiten im Original auf.

Folgende Artikel liefern einen guten Überblick:

- Halterer, Righetti:  
Klassische Homöopathie - Zum Nachweis von Wirksamkeit und Nutzen. Schweizerische Zeitschrift für Ganzheitsmedizin; Heft 1, Februar 1999.  
[www.byrd.de/musk/homoeopathie.html](http://www.byrd.de/musk/homoeopathie.html)
- Wallach et al:  
Research on homeopathy: State of the Art. J Alternative and Complementary Med Vol 11, No 5, 2005  
[www.iscmr.org/publications/2005\\_JACM\\_Homeopathy.pdf](http://www.iscmr.org/publications/2005_JACM_Homeopathy.pdf)

Die zwei brennendsten Fragen lauten:

### **1.) Wirkt Homöopathie überhaupt? – Forschung zum Wirksamkeitsnachweis**

#### **Klinische Studien:**

Gemäß dem heutigen Verständnis von EBM (Evidence based Medicine) wird großangelegten doppelblind-plazebokontrollierten Studien die höchste Beweiskraft zugeschrieben.

Meta-Analysen, also Übersichtsarbeiten über mehrere Studien, sollen eine endgültige Aussage über die Homöopathie als Heilmethode treffen. Dies ist jedoch anhand dieser Studiendesigns wegen der ihnen innewohnenden Beschränkungen, die nicht nur die Homöopathie betreffen, nicht möglich. Das Hauptproblem stellt die nötige strenge Standardisierung dar, die die Beurteilung einer individuellen Arzneimitteltherapie schwierig bis unmöglich macht. Deshalb werden in derartigen Studien vor allem Komplexmittelhomöopathie und klinische Homöopathie (= nicht individualisierte Arzneimittelfindung von Einzelmitteln nach bewährten Indikationen) untersucht. Die Ergebnisse können somit nur beschränkt auf die klassisch-homöopathische Praxis übertragen werden.

Während doppelblinde Studien und deren Meta-Analysen dennoch häufig einen positiven Wirksamkeitsnachweis erbringen, doch manchmal auch negativ ausfallen, zeigen Studien mit anderen, praxis-näheren Ansätzen klar die Wirksamkeit.

Beispiele:

- Riley, Haidvogel und Heger: International Integrative Primary Care Outcomes Study –IIPCOS 1 & 2, J Compl Med Vol.7 2001 und BMJ Jul. 2000

- Claudia M Witt et al.: Homeopathic medical practice: Long-term results of a cohort study with 3981 patients  
BMC Public Health 2005, 5:115
- Jacobs, J. et al.: Treatment of Acute Childhood Diarrhea With Homeopathic Medicine: A Randomized Clinical Trial in Nicaragua. Pediatrics 1994; 93: 719-725
- Shang, Egger et al.: Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy  
The Lancet Vol 366 Aug 27, 2005
- Linde, K. et al.: Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. Lancet 1997; 350: 834-43
- Kleijnen, J. et al.: Clinical trials of homoeopathy. British Medical Journal 1991; 302: 316-23

### **Grundlagenforschung:**

Auch im Bereich der experimentellen („in-vitro“) Forschung zB.: an Zellkulturen oder Kaulquappen, kann reproduzierbar eine Wirksamkeit von verdünnten und verschüttelten Lösungen nachgewiesen werden.

- Belon, Cumps, Ennis et al.: Inhibition of human basophil degranulation by successive histamine dilutions: Results of a European multi-centre trial.  
Inflamm Res 1999, 48 S. 17-18.
- Endler, P. C.: Expedition Homöopathieforschung: Ein altes Heilsystem wird plausibel.  
Maudrich Verlag, 2. Auflage 2006
- Linde K. et al. : Critical review and Meta-analysis of serial agitated dilutions in experimental toxicology  
Human Experimental Toxi 13, 1994

## **2.) Und wenn ja, wie? – Die Frage nach dem Wirkmechanismus**

Nach den Grundsätzen der klassischen Chemie ist ungefähr ab einer D23 / C12 / LM bzw. Q 4 - Potenz kein Molekül mehr vorhanden.

Das molekulare Rezeptor-Modell, mit dem die konventionelle Pharmakologie Arzneimittelwirkungen erklärt, kann diese Frage also nicht beantworten.

Anders sieht es aus, wenn homöopathische Arzneimittel mit physikalischen Methoden untersucht werden: Mittels Thermolumineszenz und Magnetresonanz-Spektroskopie können potenzierte Arzneimittel vom reinen Lösungsmittel unterschieden werden.

- Rey, Luis: Thermoluminescence of ultra-high dilutions of lithium chloride and sodium chloride.  
Physica A Volume 323, Mai 2003 S. 67-74
- Weingärtner, O.: Kernresonanz-Spektroskopie in der Homöopathieforschung  
Karl-Veronika-Carsten Stiftung 2002

Zum Wirkmechanismus selbst existieren verschiedene Modelle und Hypothesen. Diese stecken jedoch noch weitestgehend in den Kinderschuhen stecken und erfordern zu ihrer Einschätzung ein fundiertes physikalisches Verständnis.



**Weitere Literatur:**

- Resch, G., Gutmann, V.: Wissenschaftliche Grundlagen der Homöopathie. Barthel & Barthel, Berg 1994
- Schiff, Michel: Das Gedächtnis des Wassers: Homöopathie und ein spektakulärer Fall von Wissenschaftszensur. Frankfurt a.M. Zweitausendundeins, 1997
- Righetti, M.: Forschung in der Homöopathie. Grundlagen, Forschungsproblematik und Forschungsergebnisse. Burgdorf, Göttingen 1996
- Endler, P. C., Schulte J.: Homöopathie – Bioresonanztherapie. Physiologische und physikalische Voraussetzungen – Grundlagenforschung Maudrich Verlag 1996
- Kratky K.W. Homöopathie und Wasserstruktur: Ein physikalisches Modell  
Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd 2003;10:  
Institut für Experimentalphysik der Universität Wien, Österreich
- Witt, C.: Physikalische Messungen mit homöopathischen Hochpotenzen  
Edition Forschung - Eine Reihe der Karl und Veronica Carstens-Stiftung, herausgegeben von H. Albrecht und I. Gerhard. Hippokrates, Stuttgart 1997
- Weingärtner, O.: Homöopathische Potenzen. Springer Verlag 1992
- Walach, H.: Die Bedeutung nichtlokaler Effekte für die klinische Forschung.  
Allgemeine Homöopathische Zeitung 1996; 241: 98-121
- Walach, H.: Entanglement model of homeopathy as an example of generalized entanglement predicted by weak quantum theory  
Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd 2003 Aug; 10(4)
- Walach H.: Generalized Entanglement: A new theoretical model for understanding the effects of complementary and alternative medicine  
Journal Complement Med 2005 Jun;11(3)
- Milgrom, LR.:  
Patient-practitioner-remedy (PPR) entanglement. Part 3. Refining the quantum metaphor for homeopathy.  
Homeopathy 2003 Jul; 92(3)

\* \* \*