

Dieser Briefwechsel zwischen Manfred Fuckert, Curt Kösters und Thomas Schreier beschäftigt sich hauptsächlich mit der Verwertbarkeit von klinischen Symptomen. Sind sie – wie Hahnemann, Lippe und Hering meinten – nicht verwertbar oder sind sie, wie Nash und viele andere Autoren meinen, nützlich und wertvoll. Oder liegt die Wahrheit irgendwo in der Mitte ?

Fuckert, Kösters, Schreier

Klinische Symptome - Briefwechsel

Manfred Fuckert:

Lieber Herr Kösters,

zunächst einmal herzlichen Dank für Ihre Initiative gegen die modernen esoterischen Strömungen in der "Homöopathie". Hoffentlich schütten wir aber hiermit nicht das Kind mit dem Bade aus, denn hin und wieder greife auch ich in der Not zu solchen Maßnahmen (bes. Signaturenlehre) und habe - horribile dictu! - auch gelegentlich Erfolg damit. Natürlich können aber solche Verfahren nicht der Maßstab aller Dinge in der Homöopathie sein und deshalb bekämpfen wir sie zurecht.

Eine Bitte hätte ich noch: wo genau steht Hahnemanns Äußerung, dass geheilte Symptome NICHT zur Symptomenreihe des Arzneimittels hinzugesellt werden dürfen? Ich beziehe mich hier auf Ihren Leserbrief zu einem Artikel über viol-o in der KH 1 und 2/2002. Unsere Repertorien sind ja voll mit solchen Symptomen, inclusive des Boger/Boeninghausen'schen! Wie sollen wir überhaupt noch Homöopathie betreiben können, in einer vernünftigen und akzeptablen Zeitspanne, wenn wir alle vom Patienten eruierten Symptome in der Materia Medica verifizieren müssen, o je!

Natürlich könnte Hahnemann hier recht haben: denn die geheilten Symptome stammen ja nicht aus einer AMP eines GESUNDEN Probanden, sondern ein ehemals Kranker hat sie in seiner Gesundungsphase produziert, da liegt die Unschärfe drin. Vielleicht liefern solche Symptome dann lediglich eine Art "bewährte Indikation". Die Darm-Nosoden, mit denen ich mich seit einigen Monaten beschäftige, unterliegen diesen Kriterien (keinerlei Prüfungssymptome, alle Symptome stammen aus Heilungen/Besserungen) und dennoch sind diese Nosoden zu einem unverzichtbaren Bestandteil meiner Praxis geworden: einige Fälle, auch einige der Hartnäckigsten, an denen ich mir bis dato die Zähne ausgebissen hatte, machen mit diesen Nosoden sehr schöne Fortschritte. Entweder die Nosode allein ist hilfreich oder sie führt zum nächst besseren angezeigten "normalen" Mittel. Da wäre es natürlich hilfreich, erst einmal sorgfältige Prüfungen anzustellen, doch offensichtlich gibt es heutzutage nur Prüfer, die ein esoterisches Erlebnis mit dem entsprechenden "mindfuck" (Entschuldigung) erwarten. Im Kopf klare und dennoch emotional sensible Prüfer - wo seid ihr? Die arbeiten wahrscheinlich und sind froh, wenn sie mit den Unbilden einer Prüfung nichts zu tun haben. Ich selbst hatte einmal das Missvergnügen einer Prüfung mit caps und cupr-act - auf eine Wiederholung bin ich durchaus nicht erpicht.

Mit besten Wünschen für Ihre Arbeit und für Sie persönlich

M.Fuckert

Curt Kösters:

Lieber Herr Fuckert

Die Äußerung von Hahnemann zu den Quellen steht im Vorworte von Band III der Reinen Arzneimittellehre "Beleuchtung der Quellen ..." S. 47 - (und S. 55 noch ein Argument, zum gleichen Thema - aber im Grunde ist der ganze Artikel recht interessant) Irgendwo im Organon muss aber auch noch mal etwas ähnliches stehen.

Ich habe das auch erst nach einem Vortrag von Klaus-Henning Gypser verstanden, dass man geheilte Symptome nicht einfach in die Materia Medica aufnehmen kann. Es geht dabei weniger um die Frage von Gesunden oder Kranken - Hahnemann hat ja zum Teil auch die Symptome, die von Kranken nach einem Mittel produziert wurden, in die Materia Medica aufgenommen (für Sulfur gut belegt) - sondern darum, ob ein Symptom nach dem Mittel auftritt (Das kann mit einiger Sicherheit dem Mittel zugeordnet werden, wenn es dem Prüfer nicht geläufig ist), oder ob es nach dem Mittel verschwindet (Das kann wegen der Unschärfe nicht zugeordnet werden, und auch weil jede Gesundung unspezifische Begleiteffekte mit sich bringt, die ebenfalls Symptome zum Verschwinden bringen mögen). Die Argumentation von Hahnemann ist, dass man nur dann aus einem geheilten Fall lernen könnte, wenn man exakt dem gleichen Fall wieder begegnet, und genau dieses kommt in der Natur nicht vor. (S.55 RAL III s. o.).

Ich glaube auch nicht, dass man im Alltag jedes Symptom in der Materia Medica verifizieren muss. Vor der Veröffentlichung oder der Verwendung im Unterricht sollte man das schon. Im Praxisalltag genügt mir die Rubrik auch erst mal zu der Orientierung - wobei ich in chronischen Fällen zumindest im Clarke schon noch mal nachlese (Dass der auch keine reine Primärquelle ist, hatte ich ja in dem Leserbrief indirekt beschrieben).

Im Kern geht es bei der Initiative auch nicht um das Vorgehen bei der Mittelwahl. Da gibt es unterschiedliche Herangehensweisen - Kent, Bönninghausen, Hahnemann, Sankaran, Masi,

Da habe ich vielleicht auch eine Meinung was richtig und vernünftig ist - das ist aber eine andere Debatte. Am Ende der Arzneiwahl gibt es ja immer noch den Patienten mit seinen Symptomen und das Mittel mit seinen Symptomen. Die Ähnlichkeit zwischen den beiden Symptomenreihen kann dann von dem verschreibenden Homöopathen mehr oder weniger plausibel begründet werden, unabhängig davon, wie er zu der Mittelwahl gelangt ist - das können ja durchaus auch Analogieschlüsse im Sinne der Signaturenlehre sein.

Ein richtiges Problem habe ich dann, wenn jemand anfängt, die eine und wichtigere Seite der Rechnung (eine Gleichung ist es ja nicht) willkürlich zu verändern, nämlich die Materia Medica. Wenn Morrison in "Against Divisiveness" sein Recht reklamiert aufgrund des inneren Wesens der Mittel Rückschlüsse auf deren Symptome zu ziehen, dann geschieht genau dieses: Die Materia Medica wird willkürlich geändert indem solche Erkenntnisse direkt in die Materia Medica - oder via geheiltem Fall - einfließen.

Es sind von Homöopathen immer schon auch schlecht geprüfte Mittel auch verwendet worden, mit mehr oder weniger kühnen Hilfskonstruktionen. Aber man sollte sich dabei wenigstens darüber bewusst sein, dass die AMP der Goldstandard der Homöopathie ist.

In diesem Sinne

Mit freundlichen Grüßen

Curt Kösters

Manfred Fuckert:

Lieber Herr Koesters,

...

Hahnemanns RAL Band 3 ("Beleuchtung der Quellen") habe ich mehrfach durchgelesen und als 'humanistisch' ge- oder verbildeter bin ich durchaus in der Lage Hahnemanns latein-analoge Schachtelsätze zu entziffern. Doch hier finde ich einfach nicht den Knackpunkt. Hahnemann spricht von "ab usu in morbis", meint allerdings Krankheiten und nicht Einzelsymptome - ich bitte diesen Unterschied ganz genau zu beachten! Und selbst wenn irgendwo noch ein Nebensatz zu Tage gefördert werden könnte, worin Hahnemann auch diese geheilten Symptome verwirft - ich wäre nicht mit einverstanden. Denn viele unserer wertvollsten Symptome stammen von geheilten Fällen. Überhaupt hat uns die Verschreibungspraxis unserer Altvorderen - und deren Erfolge - erst in die Lage versetzt, sicherer verschreiben zu können. Zur Verdeutlichung: in der letzten ZKH erschien eine Arzneimittelprüfung von Carcininum. Ich würde mich außer Stande sehen, auch nur einem einzigen meiner Patienten, dem ich bislang Carc. (mit Erfolg!) verordnet hatte, auch aufgrund dieser Prüfung Carc. zu geben! Und um ehrlich zu sein, geht mir das mit anderen Arzneimitteln ebenso. Da existiert eine gewaltige Kluft zwischen den Prüfungssymptomen auf der einen und den praxisbezogenen "Erfahrungswerten" auf der anderen Seite. Eine Diskussion darüber zu führen, welches der wissenschaftlich richtige Weg sei, halte ich für irreführend. Zunächst muss die Frage beantwortet werden, warum diese Diskrepanz überhaupt existiert. Warum nur einzelne Prüfungssymptome sich zu bedeutenden, d.h. wahlentscheidenden Symptomen mausern und die restlichen schlummern so vor sich hin oder versinken in der Bedeutungslosigkeit, bis ein zufällig auftauchender Prinz sie wachküss, sprich, in einem höchst vertrackten Fall wird das Symptom Nr.957 des Mittels xyz zu einem Symptom nach §153.

Gesetzt den Fall, ein Kleinkind sei zu behandeln und es weist folgende Eigenschaften auf: großer Kopf, blondes, lockiges Haar, nächtlicher Kopfschweiß, Drüsenvergrößerungen, gemüthlicher Habitus, von mir aus noch ein Verlangen nach Eiern und dies oder das. Wer von uns würde es wagen, hier NICHT ALS ERSTES MITTEL calc. zu geben, selbst wenn das Kind ein außerordentlich hervorstechendes Symptom nach §153 aufwies? Gut, wenn calc. nicht funktioniert, kommen wir wieder auf dieses Symptom zurück, oder aber wir werden anderweitig schon bei der ersten Verschreibung auf dieses andere Mittel, also nicht calc., gelenkt.

Vieles an unsere Arbeit ist Pragmatismus und Routine, zum Glück, denn wer kann schon auf professioneller Basis jeden Tag und mehrere Stunden täglich künstlerisch tätig sein. W.Springer sagte einmal sinngemäß, die Entwicklung eines Homöopathen könne sich in folgenden Schritten vollziehen: vom Handwerker über den Kunsthandwerker zum Künstler. Dem kann ich nur absolut zustimmen, denn auch in der höchsten Vollendung bedarf der Künstler immer noch der Verlässlichkeit seiner Ausgangssubstanzen (Farben, Ton, Worte, Klänge) und Werkzeuge. Eichelberger hatte vor ca. zwanzig Jahren seine Idee umgesetzt, ein "bereinigtes" Repertorium zu veröffentlichen. Ein Repertorium, aus dem alle Symptome verschwunden waren, die er für wertlos hielt. Künzli probierte etwas fast Gegenteiliges: er versah Rubriken mit "therapeutisch wertvollen Punkten". Als würde eine Rubrik per se und nicht am konkreten Fall zur zentralen Aussage! Wir sind also auf der Suche nach Vereinfachungen, da es schlichtweg unmöglich ist, sich das Konvolut einer Prüfung auch nur eines einzigen Arzneimittels von Bedeutung zu merken. Jetzt, da ich dies schreibe, fällt mir ein Gegenbeispiel zu dem obig konstruierten calc-Fall ein, der sich tatsächlich so abgespielt hat: eine Frau in den mittleren Jahren litt unter einem schweren dishydratischen Ekzem beider Handflächen. Diese waren übersät mit Bläschen, jucken, die aufgingen, die Haut schälte sich großflächig ab und hinterließ eine einzige wunde Fläche. Tägliche Arbeit und soziale Kontakte nur mit Handschuhen. Die Pat. hatte

mehrere Hautärzte UND Kliniken besucht - ohne Erfolg. Aufgrund dieser und jener Symptome erhielt sie kali-c und sulph und das Ekzem bildete sich stets zufriedenstellend zurück, kam aber auch immer wieder. Irgendwann erinnerte sich die Pat. daran, dass jedesmal, wenn sie solch einen horrenden Anfall von Juckreiz bekam, ihre eine große Zehe kalt wurde! In der Rubrik "Kälte - große Zehe" finden wir das Mittel nicht, wohl aber in der übergeordneten: "Kälte - Zehen", nämlich ran-b. Dieses Mittel brachte das Ekzem vollständig zum Abheilen. Dies ist jetzt mehrere Jahre her. Interessanterweise war schon unter kali-c ihre abendliche Furcht vor dem Alleinsein verschwunden, ein Symptom, das von ran-b ebenfalls gedeckt wird. Und natürlich finden sich in jeder Praxis Verschreibungen, die auf weit weniger gesichertem Boden gediehen und funktioniert haben.

Auch wir Homöopathen sind nicht Meister über Leben und Tod. Wir haben geniale Augenblicke mit fast hellseherischen Momenten und wir versagen schmachvoll in ganz banalen Fällen (der Schulmediziner oder *horribile dictu*, der Heilpraktiker um die Ecke konnte es besser). Wir erarbeiten Fälle nach allen möglichen Methoden, Denkweisen, Aspekten und nichts läuft und andererseits kann genau diese Vorgehensweise den Fall voranbringen.

Es war Wilhelm Reich, der einmal sagte, die Theoriebildung einer Wissenschaft entspräche der Spitze einer Pyramide. Die Basis bilden die Fakten. In diesem Sinne möchte ich die Homöopathie weiterentwickelt sehen, bis wir eine noch bessere Medizin haben werden: mein Traum ist ein "Scanner" wie im Raumschiff Enterprise, mit entsprechender und sofortiger Behandlung. Bis dahin ist die Homöopathie eine der wenigen tragbaren Methoden.

Genug für heute

liebe Grüße

Manfred

Curt Kösters:

Ich muss sagen, dieser Briefwechsel fängt an, mir richtig gut zu gefallen. Das war das Ziel der ganzen Angelegenheit: Dass Fragen gestellt werden, die Schwachpunkte aus unterschiedlichen Richtungen beleuchten, so dass vielleicht am Ende mehr Klarheit resultiert.

Anbei in Beantwortung 1. Ein Briefwechsel vom Ausgangspunkt der Debatte (Cantar) 2. mein Kommentar dazu (gerade heute geschrieben) - und nun bin ich wiederum gespannt auf Ihre Antwort.

Grüße Curt Kösters

Thomas Schreier:

Lieber Curt, lieber Manfred,

zur Ergänzung eures Briefwechsels (Manfred hatte ihn mir gemailt..) stelle ich euch nachfolgend einen Ausschnitt aus Nashs 100 Fälle (die ich bearbeitet habe) als Diskussionsbeitrag zur Verfügung (als word.doc): den für die Frage "klinische Symptome in die Materia Medica?" wichtigen Textteil habe ich unterstrichen!

Herzliche Grüße

Thomas

100 Fälle aus der homöopathischen Praxis

Zeugnisse homöopathischen Heilens

Herausgegeben von Eugene B. Nash

Aus dem Amerikanischen übersetzt von Günter Joachim Neumann

Bearbeitet von Dr. med. Thomas Schreier

Phosphorus

Fall 54: Cholera

Es war im Jahre 1851, an einem jener unübertrefflich heißen Morgen, die hier im August vorherrschen, dass ich aus großer Entfernung zu einem Fall von Cholera gerufen wurde. Ein Redemptorist-Pater war die ganze Nacht bei dem Patienten geblieben, und da die scheinbar homöopathische Behandlung nicht den gewünschten Erfolg gezeigt hatte, bat er um weiteren Rat. Der Patient war ein abgemagerter Deutscher mit scharfen Gesichtszügen, ein Schneider, etwa 50 Jahre alt. Zwei Tage zuvor hatte er zum Abendessen in Blutwurst und Gurkensalat geschwelgt. Gegen 23 Uhr erkrankte er an asiatischer Cholera. Er erbrach immer noch und führte ab, mit heftigen Krämpfen in kurzen Abständen. Die ganzen Krämpfe und Reiswasserstühle hörten an jenem Tage auf. Das Hauptmittel war Arsenicum album gewesen. Von diesem Abend bis zum nächsten Abend musste er jedoch wieder dauernd erbrechen, und seine Erschöpfung wurde immer größer.

Er hatte sehr großen Durst. Er musste große Mengen kalten Wassers trinken, wonach er sich besser fühlte, bis sich das Wasser im Magen innerhalb von 15 bis 20 Minuten erwärmte und er es wieder erbrach, um sich davon zu erleichtern. Erschöpfendes, schmerzhaftes Erbrechen und erneut Durst auf eine große Menge Wassers. Eine Vielzahl von verordneten Mitteln brachte nicht die geringste Linderung.

Dieses, in diesem Fall durch die klinische Erfahrung herausgefundene Symptom – getrunkenes kaltes Wasser wird erbrochen, sobald es sich im Magen erwärmt hat – fand sich nicht in unserer Materia medica. Aber ich fand nach langem Suchen im 5. Band von Hahnemanns Chronischen Krankheiten unter Phosphorus, Symptom 745: “Bei den schrecklichsten Qualen suchte er vergebens zu erbrechen, nur kalt Wasser Trinken erleichterte.” Nichts anderes konnte ich auf der Suche nach einem passenden Mittel finden und somit gab ich dem Patienten Phosphorus 19M, gegen 21 Uhr mit der Anweisung, es alle zwei Stunden zu wiederholen, bis Besserung einträte. Am nächsten Morgen fand ich, dass dem Patienten nur diese einzige Gabe verabreicht worden war und dass die Besserung schnell voranging. Er wurde ohne eine weitere Medizin geheilt.

Anmerkung

Dieser Fall, hier kurz dargestellt, kann zu den “berühmten Fällen” gezählt werden. Nachdem dieser Fall geheilt und veröffentlicht worden war, haben alle dieses so oft bestätigte Phosphorus-Symptom in unsere Materia medica aufgenommen: “Erbrechen dessen, was er getrunken hat, sobald es im Magen warm wird.” Jeder weiß es, und die Wissenden fahren fort, dieses nicht selten auftretende Symptom mit Phosphorus zu heilen. Dieser Fall illustriert die Art und Weise, wie unsere Materia medica entwickelt wurde, wie Symptome, die von den Prüfern nur ähnlich den Symptomen des Kranken in seiner Krankheit beobachtet wurden,

durch ein Mittel geheilt werden können. Die Bestätigung solcher Heilungen geben diesem Symptom - als Ergebnis klinischer Erfahrung - ebensoviel Gewicht, als ob es bei einem Dutzend Prüfer beobachtet worden wäre.

Mit Nachdenken könnten sich diejenigen, die andauernd auf dem Durchsieben unserer *Materia medica* bestehen, eines Besseren besinnen. (A. Lippe)

Fall 55: Dysenterie

Vor einigen Jahren behandelte ich ein Kind, das seit zwei Wochen an einem hartnäckigen Anfall von Dysenterie litt. Mehrere Mittel hatten gänzlich versagt. Rat wurde eingeholt, aber unsere gemeinsamen Anstrengungen blieben gleich erfolglos. Bei einem meiner Besuche kam ich zufällig dazu, als die Mutter die Windeln wechselte. Dabei beobachtete ich, dass der Anus weit offen stand. Ich konnte meinen kleinen Finger 5 cm tief hineinstecken, ohne die blutigen Schleimhäute zu berühren. (Der Tenesmus war fast ununterbrochen vorhanden.) Weder *Jahrs Manual*, Bell in seinem Durchfall noch Herings *Kurzgefasste Arzneimittellehre* enthielten dieses wichtige Symptom. Endlich entdeckte ich es in Lippes Textbook unter Phosphorus. Drei Tage nach Einsatz des Mittels blieb nichts mehr von dieser heftigen Erkrankung, außer der noch vorhandenen Schwäche. (Nash)

Dieser Fall wurde im Mai 1880 in *Hahnemannian Monthly* veröffentlicht. In der Juni-Nummer der gleichen Zeitschrift schrieb Dr. F. B. Manus aus Baltimore, Maryland: "Beim Lesen von Dr. Nashs Heilung wurde meine Erinnerung an etwas lebhaft wachgerufen, was ich vor 40 Jahren erfahren hatte, und zwar in Bezug auf dieses präzise Symptom und den Zustand, der bei Phosphorus erscheint, berichtet in der ersten amerikanischen Übersetzung der ersten deutschen Auflage von *Jahrs Manual*, übersetzt von der "Nordamerikanischen Akademie der Heilkunst; Allentown, 1838". Unter der Überschrift "Anus und Darmausscheidungen" ist im Repertorium dieses Bandes "fortwährendes Offenstehen des Anus" zu finden. In dem Manual hat Phosphorus "Abgang von Schleim und Blut aus dem Anus, der andauernd offen steht". In Hempels Übersetzung von Jahr, große Ausgabe von 1848, Zehn Jahre nach der Allentown-Ausgabe, steht als Symptom für Phosphorus: "Schleimabsonderung aus dem Anus, der ständig offen steht".

Nux vomica hat genau den entgegengesetzten Zustand von Phosphorus. Es hat blutigen Schleimabgang mit einem Gefühl von Zusammengezogenheit. Phosphorus hat eine ähnliche Ausscheidung mit Erschlaffung und Offenstehen. Es wird sich für jeden Arzt auszahlen, bei allen Fällen von hartnäckiger Dysenterie Phosphorus zu studieren, besonders wenn die Krankheit auf das Rektum beschränkt ist, in der Nähe des Anus oder ihn einbeziehend.

Auch bei Fällen mit einem entgegengesetzten Zustand, hartnäckiger Verstopfung mit vergeblichem Drang, wenn die Krankheit ihren Sitz im Rektum hat, sollte die Aufmerksamkeit eines jeden scharfsinnigen Arztes auf Phosphorus gerichtet sein."

Diese beiden letzteren Fälle von Dr. Lippe und mir selbst wurden angeführt, um zu zeigen, welch wertvolle klinische Symptome in unsere *Materia medica* kamen. Wie es Dr. Hering zu sagen pflegte: "Sie kommen als Sturzgeburt zur Welt."

Nach meiner Meinung setzt das in keinsten Weise das Simileprinzip herab, denn wenn unter der Wirkung eines potenzierten Mittels ein Symptom oder ein Zustand beseitigt wird, dann ist es berechtigt anzunehmen, dass die weitere oder erschöpfendere Prüfung des Mittels dieselben Symptome hervorrufen würde usw.

Es stimmt, dass Symptome verschwinden, mit denen ein Mittel nichts zu tun hat. Wenn dies aber wiederholt und unabänderlich geschieht, dann kann kein anderer Schluss gezogen werden, als dass es zu diesem Zustand homöopathisch war. Somit dürfen derart gefundene

Symptome nicht leichtfertig verworfen werden. Wenn auch die pathogenetischen Symptome übereinstimmen, so ist das Ergebnis doppelt zuverlässig.

Curt Kösters:

Lieber Thomas, Lieber Manfred

Das ist mir im Prinzip schon klar, dass es wertvolle Symptome aus klinischer Erfahrung gibt. Dennoch würde ich um einen direkten Kommentar zu meinen Darlegungen bitten.

Im Prinzip findet hier ja auch erst mal wieder das homöopathieübliche statt. Du zitierst eine Autorität (Nash) und ich zitiere andere Autoritäten (Hahnemann, Hering) dagegen. So kommen wir nicht wirklich weiter.

Die Grundfrage ist immer noch ob und ggf. unter welchen Bedingungen klinische Erfahrungen in die Materia medica einfließen dürfen.

Grüße Curt

Thomas Schreier:

Lieber Curt!

Wenn du "gegen MEINE" Autorität Nash "DEINE Autorität" Hahnemann zitierst, dann begehest du einen nicht unwesentlichen Fehler: Nash war später...

Ich verstehe deine Abneigung gegen das: "... hat gesagt" (... = Hahnemann, Nash, Hering, Boger, Künzli, Vithoukas, etc.) - die habe ich auch - trotzdem halte ich Nashs Beitrag für höchst wichtig für die ganze Diskussion:

Beachten wir bitte den zeitlichen Ablauf: erst war Hahnemann mit seinen Beobachtungen bei den AMPs; später kommt Nashs Anmerkung in Bezug auf die klinisch geheilten Symptome - ich bin geneigt, Nashs Anmerkung als einen weiteren Schritt in der Entwicklung der Homöopathie zu betrachten.

Die Verwirrung kommt m.E. aus dem Umstand, dass wir uns nicht klar machen, was mit "ab usu in morbis" bei Hahnemann gemeint ist. Mit den Anmerkungen von Nash wird mir da etwas klarer: Hahnemann, so scheint es mir, wehrt sich gegen die Verführung dessen, was sich als "**bewährte Indikationen**" bis heute erhalten hat. (Also: ferr-p. hilft bei Ohrenscherzen., du kennst das.) Wenn sich ein Mittel bei einer bestimmten KRANKHEIT als ein Heilmittel erwiesen hat, heißt das nicht, dass es bei "derselben" Krankheit auch beim nächsten Patienten helfen wird, es sei denn, sie ist zu der ersteren absolut (symptomen)identisch! Dies bedarf m.E. keiner weiteren Diskussion.

Andererseits - und nun zu Nash: Wenn bei der Behandlung eines Kranken ein besonderes SYMPTOM durch das Mittel verschwindet (siehe bei Phos: das Erbrechen von Wasser nachdem es warm geworden ist - das Symptom hat ja quasi §153-Wertigkeit!), und wenn dieses SYMPTOM wiederholt durch dieses Mittel verschwindet (auch bei anderen KRANKHEITEN), dann besteht offensichtlich der berechnigte Anspruch, dieses Symptom in den Bereich der Heilwirkung des Mittels aufzunehmen!

Was nun die Idee angeht, Patienten zu betrachten, denen durch ein Mittel wie z.B. Ars-s-f. geholfen wurde, um mehr über das Mittel zu erfahren: ich halte das für legitim, mit einem kleinen (bis riesigen) Wermutstropfen: wie sicher bin ich mir der Mittelwahl; trifft das Mittel wirklich "im Kern"? Es kann dies eine Quelle sein, um ein Mittel besser zu verstehen - was es

dabei aber braucht ist die Fähigkeit zur Beurteilung einer Mittelwirkung, viel Erfahrung und eine gehörige Portion Selbstkritik (besonders keine Selbstverliebtheit in die eigene Verschreibung...).

Was die Gefahr angeht, dass der Patient bei dem einen Sep., bei dem anderen Nat-m. bekommen könnte und somit die Eigenschaften jeweils anderen Mitteln zugeordnet würden: diese Gefahr sehe ich auch, solange wir der Meinung sind, dass so was geht, dass ein Patient von 2 Homöopathen 2 unterschiedliche Mittel bekommt!

Ich bin jedoch der ziemlich unverrückbaren Meinung, dass es nur EINE korrekte Verschreibung für einen Patienten in einer bestimmten Situation gibt; zwar weiß ich, dass es uns oft nicht gelingt, diese zu finden und wir vielleicht über Umwege zum Ziel kommen, trotzdem halte ich diese Forderung aufrecht. Dass ein Mensch von dem einen Sep. und von dem anderen Nat-m. bekommen würde und BEIDES ihm (gleich gut) helfensoll, halte ich für ein ziemliches Unding. Ich vermisse da die deutlich einzusehenden Gründe!

Herzliche Grüße

Thomas

Curt Kösters:

Lieber Thomas, Lieber Manfred!

Das ein Symptom wertvoll ist, wenn es WIEDERHOLT beobachtet werden konnte und jeweils auch nach Arzneigabe verschwunden ist, vermag ich einzusehen.

Ein heikler Punkt bleibt die ganze Angelegenheit doch, weil sie eben (s.o.) auf der Grundannahme basiert, dass es für jeden Fall ein und genau ein wirksames Mittel gäbe.

Dagegen spricht erstens die Beobachtung der Verschreibungstechnik verschiedener Kollegen. Wenn dem so wäre, hätte so mancher bekannter Kentianer praktisch nie irgendeinen Erfolg erzielen können, wenn er sich in seiner Verschreibungstechnik eher auf eine kleine Anzahl von Polychresten stützte in chronischen Fällen.

Zweitens spricht aber auch eine theoretische Überlegung dagegen: Bedenkt man das Missverhältnis zwischen der verhältnismäßig kleinen Zahl bereits geprüfter Mittel und der fast unendlichen Zahl von potentiellen Arzneimitteln, kann man mit Fug und Recht annehmen, dass mindestens in einer großen Zahl von Fällen jeweils auch ein Mittel zu finden gewesen wäre unter den bisher unbekanntem Mitteln. Wäre nur dieses unbekanntem Mittel wirksam, sollte die Erfolgsrate von Homöopathie deutlich unterhalb von 1% sein. – Oder um das zu verkürzen, wie haben die Homöopathen "Apis-" oder "Lachesis-Fälle" behandelt, bevor Apis und Lachesis in die Materia Medica eingeführt wurden? Wenn ich mich recht erinnere gibt es zu diesem Thema sogar eine Bemerkung (möglicherweise sogar von Nash? oder war es Lippe) in der dargelegt wird, wie ein bestimmter Fall ohne Apis mit mehreren Mitteln nacheinander zu behandeln gewesen wäre.

Nun sollte man sich dabei nicht zu sehr auf die mehreren Mittel stürzen. Die oben angeführte theoretische Überlegung bleibt bestehen. Ich meine: Es gibt nur mehr oder weniger Ähnlichkeit und mehr oder weniger Erfolg, was sich ja indirekt in der Frage ausdrückt "trifft das Mittel wirklich 'im Kern'?". Wer vermag das zu beurteilen? Wir können nie wissen, was ein anderes Mittel im gleichen Fall getan hätte.

Grüße Curt

Thomas Schreier:

Lieber Curt!

Doch, ich halte es für unabdingbar: wenn es "deutlich einzusehende Gründe" für eine Verschreibung gibt, dann gibt es in einem Fall, in der Situation einer Verschreibung, genau ein Mittel, welches "im Kern" trifft. Das heißt natürlich nicht, dass wir es immer finden: sei es, weil wir es im Wust der Informationen nicht sehen oder aber auch, weil es das Mittel noch gar nicht gibt, es in unserem Arzneischatz noch nicht zur Verfügung steht. In letzterem Fall, da stimme ich dir zu, kommen wir über Umwege zur Heilung und da sind sicherlich mehrere Wege möglich...

Sollte es das "Kern-"Mittel jedoch geben, so fordere ich, dass von zehn guten Homöopathen alle auf genau dieses Mittel kommen - oder, falls mangels Arzneikennntnis oder Zugang zum Patienten andere Mittel rauskommen, es zumindest möglich ist, die vorgeschlagenen Verschreibungen zu diskutieren und sich letztlich doch auf ein Mittel zu einigen.... ("You may say I'm a dreamer").

Ein guter Weg um herauszufinden, ob das möglich ist, wäre, einige Patienten von drei, vier, fünf etc. Homöopathen anamnestizieren zu lassen und zu sehen, was da am Schluss bei jedem für ein Mittel rauskommt.....

...

Das Lippe-Zitat findet sich u.a bei Nash, in dem Buch mit den "100 Fällen" (im Original: "The Testimony of the Clinic" - im Vorwort:

"..... Dass sich Mittel gegenseitig ergänzen, wird hier nicht in Zweifel gezogen. Dies ermöglicht uns manchmal, wie Dr. Lippe zu sagen pflegte, Fälle, für welche das perfekte Simillimum noch nicht gefunden wurde, im Zickzackkurs zur Heilung zu bringen. ..."

Das wär's erstmal für heute, herzliche Grüße

Thomas

Thomas Schreier:

Lieber Curt,

...

Zu dem Problem, ob es EIN Mittel gibt: Davon abgesehen, dass es Fälle geben mag, in denen DAS Mittel nicht zu finden ist, weil es z.B. noch gar nicht geprüft wurde, denke ich doch, dass es für einen Menschen in einer bestimmten Situation EIN Mittel gibt, das am passendsten ist, ein Simillimum, und es sollte möglich sein, dieses zu finden. Es müsste m. E. auch so sein, dass zehn Homöopathen dasselbe Mittel finden (nach deutlich einzusehenden Gründen) oder sich zumindest nach Diskussion darauf einigen (falls es der eine oder andere nicht gesehen hat, weil er es vielleicht nicht gut genug kennt etc.) - den Zustand der Beliebigkeit der Mittelwahl (einer heilt gut mit Sepia, der andere mit Nat-m.) finde ich ziemlich unerträglich und einer Methode nicht würdig, die behauptet, mit dem Ähnlichkeitsprinzip ein Naturgesetz gefunden zu haben - wenn dem so ist, dann ist nur ein Mittel jetzt "am ähnlichsten".. (Mir ist klar, dass ich die Latte damit ziemlich hoch hänge und ich glaube auch nicht, dass ich oft das ähnlichste Mittel finde, aber ich denke in unserer Mühe, dies zu tun, sollten wir um kein Millimeterchen nachlassen...)

Das war's für heute, herzliche Grüße

Thomas

Curt Kösters:

Lieber Thomas

Mir ist das immer noch nicht klar. Für meinen Begriff handelt es sich bei der Idee des "Simillimums" um die Idee eines Absolutums, während die Idee des Simile – des Ähnlichsten immer ein Relativum ist – die Ähnlichkeit kann ja immer nur im Verhältnis zu den bereits geprüften Mitteln bestimmt werden.

Einfach gesagt: Es ist nie zu belegen, dass es nicht noch ein besser passenderes – ein ähnlicheres Mittel gegeben hätte in einem Fall. Die Tatsache, dass wir immer schon hochzufrieden sind, wenn etwas einmal anständig und wirklich tiefgreifend wirkt, heisst doch nicht, dass das nun das Simillimum war.

Praktisch ist es doch so: Ich gebe ein Mittel und das tut etwas, aber ich bin noch nicht recht zufrieden und verschreibe vielleicht ein anderes Mittel. Und das bessert vielleicht die Symptome soweit, dass der Patient sich für geheilt erklärt.- Und dann sage ich, das zweite Mittel war das Simillimum und dabei kann ich eigentlich nur sagen, es war wirksamer als das Erste. Oder auch, wo setzte ich exakt die Schwelle an: Wenn die Symptome vollständig verschwunden sind; wenn die Symptome erst nach ein, zwei, fünf Jahren wiederkehren; wenn die Symptome nie wiederkehren; wenn der Patient überhaupt nie wieder krank wird; wenn der Patient sich sofort in einen Heiligen verwandelt und so ab sofort sich dem "höheren Zweck seines Daseins" widmet.

Meines Erachtens sprechen handfeste Beobachtungen für eine Relativität der Ähnlichkeit:

- ◆ Die Tatsache, dass es offensichtlich mit unterschiedlichen Verschreibungstechniken Erfolge gibt (Da muss man noch nicht mal sich die diversen modernen Esoterika anschauen, es reicht eigentlich schon die Unterschiede zwischen Kent und Bönninghausen sich zu Gemüte zu führen)
- ◆ Die Tatsache, dass die Zahl der geprüften Mittel eine endliche Zahl ist.
- ◆ Und letztlich liegt dem Ganzen sowieso ein erkenntnistheoretisches Missverständnis zugrunde. Die gleichen Homöopathen, die sich gerne über die simple und veraltete Newtonsche Betrachtungsweise der konventionellen Medizin erhaben fühlen, bedienen sich hier einer äußerst simplen mechanistischen Logik, nämlich wenn $A=B$ dann $B=A$. Diese Logik gilt auch für einfache Systeme, nicht jedoch für komplexe Systeme. Gerade die Chaostheorie lehrt uns doch, dass der Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung in komplexen Systemen eben komplex ist. Bevor ich die Zuordnung der klinischen Symptome zur Materia Medica für plausibel halte, möchte ich doch erst mal den Metereologen sehen, der aus dem Wirbelsturm in den USA den Schmetterling in China identifiziert, der nach dem berühmten Dictum für den Wirbelsturm die Verantwortung zeichnet. Ich glaube – ohne das bisher richtig belegen zu können – dass die Homöopathie ein Konzept ist, das eine Antwort auf die prinzipielle Undurchschaubarkeit komplexer Systeme beinhaltet. Hahnemann hat diese prinzipielle Undurchschaubarkeit bereits benannt und offensichtlich eine geniale Antwort gefunden. Ich glaube, dass das Gesetz der Ähnlichkeit ein unverselles Gesetz ist, dass auch weit ausserhalb der Arzneitherapie in allen komplexen Systemen anwendbar ist. (Was noch zu beweisen sein wird!) – Aber der Rückschluss von der Wirkung auf die Ursache ist eben dennoch problematisch, das das Konzept immer eine Näherungslösung ist.
- ◆ Wer heilt hat Recht! – Ich habe diesen Satz schon immer für relativ tumb gehalten. Wer heilt hat vielleicht aus ganz anderen Gründen, die mit seinem Konzept nichts zu tun

haben, geheilt und beim nächsten Patienten gibt es keine Gewissheit. Hahnemanns Ziel war Gewissheit, bisher sind wir in der Praxis aber noch weit davon entfernt. Wir sollten uns jeden Schritt, den die Homöopathie tut sorgfältig darauf ansehen, ob er zu mehr Gewissheit führt oder von dieser weg. – Und diese Überlegung lag letztlich dem Manifest zu Grunde. – Gelten lassen würde ich allenfalls den Satz: Wer immer heilt, hat Recht!

Übrigens folgt aus der Tatsache, dass es das Simillimum so nicht gibt, dann auch zwingend, dass es das lebenslange "konstitutionelle" Mittel nicht gibt. Und auch das stimmt m.E. recht gut mit den Beobachtungen in der Praxis überein.

Um Mißverständnisse zu vermeiden: Ich bin durchaus dafür bewährte klinische Symptome in die Materia Medica zu schreiben, ich bin sogar dafür Mythen, Märchen, Symbole, Farben und ... in die Materia Medica zu schreiben. Es sollte nur besser für den Benutzer erkennbar sein, was ist ein Prüfungssymptom und was ist ein klinisches Symptom bzw. eine klinische Erfahrung.

Nur: Ich würde gerade lernenden Kollegen immer raten ihre Verschreibung im ersten Schritt auf (möglichst auch noch verifizierte) Prüfungssymptome zu stützen. Wenn es dann noch Zweifel in der Differenzierung zwischen verschiedenen Mitteln gibt, mag man klinische Erfahrung und alles was einem sonst noch einfällt mit hinzuziehen. Damit habe ich überhaupt kein Problem. Ähnlich war ja so auch schon die Benennung von Charakteristika durch Hahnemann gemeint: Die „milde und sanfte Gemüthsart“ bei Pulsatilla ist ja kein Symptom, sondern eine klinische Erfahrung, ein Charakteristikum. Entsprechend hat Hahnemann das auch verwendet (vgl. seine veröffentlichten Fälle in der RAL) Er hat erst mal aufgrund handfester Symptome ein Mittel gewählt und dann die Charakteristika zur Bestätigung mit herangezogen. Das ist dann eine homöopathische Verschreibung. Wenn ich mit der Gemüthsart anfangen wird es eben schnell zur reinen Spekulation.

Grüße Curt