

**Herausgeber**

**Prof. Dr. Dr. Claus Hammer**

**Dr. Venanz Schubert**

# **Chronische Erkrankungen und ihre Bewältigung**

Mit Beiträgen von

**Prof. Dr. Eberhard Buchborn**

**Prof. Dr. Fritz Hartmann**

**Prof. Dr. Rudolf Klußmann**

**Dr. Monika Keller**

**Priv.-Doz. Dr. Friedrich Strian**

**Priv.-Doz. Dr. Christiane E. Angermann,**

**Dr. Monika Bullinger, Dr. Hermann Reichensperner,**

**Prof. Dr. Bruno Reichart**

**Dr. Dr. Josef M. Schmidt**

**Prof. Dr. Dr. Eugen Biser**

**R. S. SCHULZ**

Herausgeber

Prof. Dr. Dr. Claus Hammer  
Dr. Venanz Schubert

# **Chronische Erkrankungen und ihre Bewältigung**

VERLAG R. S. SCHULZ

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

**Chronische Erkrankungen und ihre Bewältigung /**  
Hrsg. Claus Hammer ; Venanz Schubert. – Starn-  
berg : Schulz, 1993

ISBN 3-7962-0533-X

NE: Hammer, Claus [Hrsg.]

Copyright © 1993 by Verlag R. S. Schulz

Inh.: Dr. jur. h. c. Rolf S. Schulz

82319 Starnberg, Berger Straße 8 – 10

☒ Postfach 1780, 82317 Starnberg

Alle Rechte,  
insbesondere das Recht  
der Vervielfältigung und Verbreitung sowie  
der Übersetzung, vorbehalten.  
Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form  
(durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren)  
ohne schriftliche Genehmigung  
des Verlages reproduziert  
oder unter Verwendung elektronischer Systeme  
verarbeitet, vervielfältigt oder  
verbreitet werden.

Druck und Bindung:  
Memminger Zeitung Verlagsdruckerei GmbH

ISBN 3-7962-0533-X

# Inhaltsübersicht

Seite

## **Vorwort**

*Prof. Dr. Dr. Claus Hammer, Dr. Venanz Schubert* . . . . . 13

*Prof. Dr. Eberhard Buchborn*

**Probleme der Lebensqualität bei  
chronischen Erkrankungen** . . . . . 17

Zur Geschichte des Begriffes »Lebensqualität« . . . . . 18

Lebensqualität in der Medizin . . . . . 20

Messung der Lebensqualität . . . . . 22

Bereiche der Lebensqualitätbestimmung . . . . . 24

Grenzen der Meßbarkeit von Lebensqualität . . . . . 26

Krankheitsspezifische Störungen  
der Lebensqualität . . . . . 27

    Maligne Tumorkrankheiten 27. Hochdruckerkrankung 29.

    Diabetes mellitus 30. Nierenerkrankungen 30. Alter 31.

    Psychiatrische Erkrankungen 31.

Zusammenfassung . . . . . 32

Literatur . . . . . 32

*Prof. Dr. Fritz Hartmann*

**Chronisch krank oder bedingt gesund?** . . . . . 35

Chronische Krankheit – ein neues Paradigma? . . . . . 44

Leben mit chronischer *Krank-heit*, Leben mit  
chronischem *Krank-Sein* . . . . . 55

Ein Konzept gelingenden bedingten Gesund-Seins  
im Chronisch-krank-Sein . . . . . 64

*Prof. Dr. Rudolf Klußmann*

<b>Psychosomatisch-psychotherapeutische Aspekte bei chronisch Kranken</b> .....	71
Psychosomatische Krankheiten sind chronische Krankheiten .....	71
Von woher werden chronische Krankheiten beeinflusst? .....	72
Krankheitsbewältigung .....	74
Zur Arzt-Patient-Beziehung .....	77
Vom Umgang mit chronisch Kranken .....	80
Schlußbetrachtung .....	85
Literatur .....	86

*Dr. Monika Keller*

<b>Mit Krebs leben. Belastungen und Hilfen</b> .....	89
Krebs und Angst .....	90
»Wer glücklich ist, stirbt nicht an Krebs!« Psychologische Krebstheorien .....	92
Die einzelnen Phasen im Verlauf einer Krebserkrankung .....	95
»Der Sturz aus der normalen Wirklichkeit« Die Diagnosemitteilung .....	96
Der Prozeß der Aufklärung .....	97
Die erste Behandlungsphase .....	99
Die Rückkehr in den Alltag .....	102
»Alles überstanden?« Nachsorgeuntersuchungen .....	104
»Von Krebs geheilt?« Das Damokles-Syndrom .....	105
Der Rückfall. Die fortschreitende Erkrankung .....	106
Sterben, Tod, Trauer .....	110
Familie und Krebs .....	112
Partner .....	112

Kinder . . . . .	114
Die Familie . . . . .	115
Psychologische Aspekte bei der medizinischen Behandlung von Krebserkrankungen . . . . .	117
Operation . . . . .	117
Strahlentherapie . . . . .	118
Chemotherapie . . . . .	118
Schmerzen bei Krebserkrankungen . . . . .	120
Seelische Folgen: Angst und Depression . . . . .	122
Angst . . . . .	122
Depression . . . . .	124
Psychosoziale Betreuung: Möglichkeiten und Grenzen . . .	125
Welche Unterstützung, welche Hilfen kann psychosoziale Betreuung anbieten? . . . . .	126
Literatur . . . . .	127
Überregionale Kontaktadressen und Beratungsstellen . . . .	129

*Priv.-Doz. Dr. Friedrich Strian*

<b>Chronischer Schmerz</b> . . . . .	131
Schmerz – Warnsignal und chronische Krankheit . . . . .	131
Struktur- und Funktionsaspekte der Schmerzwahrnehmung	133
Periphere Schmerzwahrnehmung . . . . .	133
Schnittstelle Hinterhorn des Rückenmarks . . . . .	135
Zerebrale Schmerzverarbeitung . . . . .	136
Sensitivierung und Schmerzchronifizierung . . . . .	136
Zelluläres »Schmerzgedächtnis« . . . . .	139
Psychologische Schmerz Aspekte . . . . .	141
Algogenes Psychosyndrom . . . . .	141
Primär psychisch bedingte Schmerzzustände . . . . .	141
Schmerz als zentralnervöses Symptom; Schmerz bei psychiatrischen Erkrankungen . . . . .	142

Psychodynamische Hypothesen . . . . .	143
Lerntheoretische Hypothesen . . . . .	143
Schmerzmessung . . . . .	145
Behandlungs- und Bewältigungsstrategien . . . . .	149
Medikamentöse Schmerzbehandlungen . . . . .	150
»Einfache« Schmerzmittel und zugeordnete Medikamente 150.	
Morphin und Derivate 151. Antikonvulsiva 154.	
Psychopharmaka 154.	
Gegenstimulations- und Augmentationsverfahren . . . . .	155
TENS 155. Akupunktur 157. DCS und	
ZNS-Stimulation 158. Nervenblockaden, sonstige	
Schmerztherapien 159.	
Neurochirurgische Ausschaltungs- und	
Ablationsverfahren . . . . .	160
Ausschaltung der Hinterwurzel-Eintrittszone (DREZ) 161.	
Perkutane zervikale Chordotomie 161. Schmerzchirurgische	
Eingriffe im zentralen Nervensystem 162. Operative Eingriffe	
bei Trigeminalneuralgien: perkutane Koagulation des Ganglion	
Gasseri und neurovaskuläre Dekompression 162.	
Psychologische Schmerzbewältigung . . . . .	163
Verhaltensmedizinische Schmerztherapien 163.	
Psychodynamisch orientierte Schmerzbehandlung 165.	
Schmerzambulanzen und Schmerzkliniken . . . . .	166
Schlußbemerkung . . . . .	167
Literatur . . . . .	167

*Priv.-Doz. Dr. Christiane E. Angermann*

*Dr. Monika Bullinger*

*Dr. Hermann Reichensperner*

*Prof. Dr. Bruno Reichart*

<b>Lebensqualität nach Transplantation . . . . .</b>	<b>171</b>
Einleitung . . . . .	171
Zum Begriff der Lebensqualität . . . . .	171
Meßinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität . . . . .	172

Lebensqualitätsforschung in der Transplantationsmedizin . . . . .	173
Organspezifische Ergebnisse . . . . .	174
Nieren- und Niere-Pankreas-Transplantation . . . . .	174
Lebertransplantation . . . . .	176
Knochenmarktransplantation . . . . .	178
Herz- und Herz-Lungen-Transplantation . . . . .	179
Eigene Untersuchungen zur Lebensqualität herztransplantiertes Patienten . . . . .	182
Ziel und Studiendesign . . . . .	182
Ergebnisse . . . . .	184
Patientencharakteristika 184. Einschätzung der Lebensqualität und Befindlichkeit 185. Selbstberichtete Beschwerden 188. Lebensveränderungen durch die Herztransplantation 190. Korrelate der globalen Lebensqualität 190. Subgruppenanalyse 191.	
Diskussion . . . . .	192
Fazit . . . . .	196
Literatur . . . . .	199

*Dr. Dr. Josef M. Schmidt*

**Alternative oder Anachronismus?**

**Die Behandlung chronischer Krankheiten**

**mittels Homöopathie . . . . .** 203

Der Begründer der Homöopathie und seine Zeit . . . . . 207

    Die Entwicklung der Medizin seit der Zeit

    Samuel Hahnemanns (1755–1843) . . . . . 207

    Die Medizin zur Zeit Hahnemanns . . . . . 208

    Philosophische Hauptströmungen zur Zeit Hahnemanns 210

    Hahnemanns Leben und Ausbildung . . . . . 211

    Hahnemanns Verdienste um die Wissenschaft . . . . . 214

    Hahnemanns Publikationen . . . . . 215

Die Lehre der Homöopathie . . . . .	216
Das Werden der Homöopathie . . . . .	216
Die Grundprinzipien der Homöopathie . . . . .	217
Verschiedene Arten von »Similia similibus« . . . . .	217
Die Hierarchisierung von Symptomen . . . . .	219
Die »Potenzierung« von Arzneimitteln . . . . .	220
Die Entwicklung von »Hochpotenzen« . . . . .	222
Die Diskussion um die Homöopathie . . . . .	223
Größenordnung der stofflichen Verdünnung einzelner »Potenzstufen« . . . . .	223
Theoretische Berechnung versus praktische Erfahrung . . . . .	224
Wirksamkeitsnachweise von »potenzierten« Arzneimitteln . . . . .	225
In-vitro-Studien (Auswahl) 225. Studien an Pflanzen (Auswahl) 226. Studien an Tieren (Auswahl) 227. Klinische Studien an Menschen (Auswahl) 228.	
Physikalische Aspekte »potenzierter« Arzneimittel . . . .	230
Naturwissenschaftliche Hypothesen zur Wirkungsweise von »Potenzen« . . . . .	231
Wirkkriterien homöopathischer Arzneimittel. Abgrenzung vom Placebo-Effekt . . . . .	232
Die homöopathische Behandlung chronischer Krankheiten. Die »Psora-Theorie« . . . . .	233
Hahnemanns Ausgangspunkt . . . . .	233
Hahnemanns Beobachtungen und Folgerungen . . . . .	234
Hahnemanns Einteilung und historische Pathologie der chronischen Krankheiten . . . . .	236
Der Status der »Psora-Theorie« . . . . .	237
Praktische Hinweise und Ausblick . . . . .	238
Homöopathie als idiographische Wissenschaft . . . . .	238
Indikationen für eine homöopathische Behandlung . . . .	239

Besonderheiten einer homöopathischen Behandlung . . .	242
Hilfe durch homöopathische Behandlung . . . . .	243
Die Behandlung chronischer Krankheiten mittels Homöopathie: Alternative oder Anachronismus? . . . . .	244
Literatur . . . . .	245

*Prof. Dr. Dr. Eugen Biser*

**Kann Glaube heilen?**

**Die Frage nach Sinn und Praxis einer  
therapeutischen Theologie . . . . .**

249

Die Fragestellung . . . . . 249

Die Heilung von Grund auf . . . . . 253

Sinn und Gestalt . . . . . 256

Die anthropologische Rückfrage . . . . . 259

Der werthafte Zuspruch . . . . . 262

Heilkräftige Bilder . . . . . 266

Wege einer Medientherapie . . . . . 272

Josef M. Schmidt

## **Alternative oder Anachronismus?**

### **Die Behandlung chronischer Krankheiten mittels Homöopathie**

Während in der modernen, nach Art der Naturwissenschaften betriebenen Medizin neue Methoden und neue Medikamente in zunehmender Geschwindigkeit ihre jeweiligen Vorläufer ablösen, ist die Homöopathie sowohl in ihren Grundprinzipien als auch in ihrem Arzneischatz seit zwei Jahrhunderten praktisch unverändert geblieben. Beharrlich berufen sich ihre Vertreter nach wie vor auf die Schriften des vor hundertfünfzig Jahren verstorbenen Begründers dieser Therapieform, und auch die übrigen homöopathischen Standardwerke des letzten Jahrhunderts werden derzeit unvermindert nachgedruckt und verwendet.

Auf den ersten Blick mag diese Art von Konservativismus als Indiz für die Rückständigkeit der Homöopathie – verglichen mit der einem so raschen Wandel unterliegenden übrigen Medizin – erscheinen. Doch wäre es andererseits nicht auch wünschenswert, anstelle kurzlebiger Statistiken über die Wahrscheinlichkeit bestimmter Wirkungen der jeweils aktuellen Medikamente ein beständiges Wissen bezüglich der Heilkräfte gewisser Arzneimittel zu besitzen, das von Generationen von Ärzten kumuliert und bestätigt wurde? – Eben diesen Anspruch erhebt die Homöopathie:

- Indem sie nämlich ihre »Arzneimittelprüfungen« seit jeher grundsätzlich nur an gesunden Menschen durchführte und sich bei deren Auswertung ausschließlich auf mit den fünf Sinnen wahrnehmbare Symptome beschränkte, sollte das Ergebnis derselben praktisch unabhängig von jedem inzwischen möglicherweise stattgefundenen Wandel sowohl des Spek-

trums, Verlaufs oder der Diagnostik von Krankheiten als auch von inzwischen überholten Lehrmeinungen sein. Die *Materia medica homoeopathica* sollte so gesehen sozusagen ein zeitloses Wissen über die Wirkungen ihrer Arzneien enthalten, weshalb sie auch als »Reine Arzneimittellehre« bezeichnet wird und heute dieselbe Gültigkeit beansprucht wie vor zweihundert Jahren.

- Auch die Methodik, wie ein Patient befragt bzw. was an ihm untersucht werden soll, ist im Laufe der Geschichte der Homöopathie prinzipiell die gleiche geblieben. Im Gegensatz etwa zur naturwissenschaftlich geprägten Medizin, wo der Zustand eines Kranken nach Möglichkeit auf meßbare bzw. technisch dokumentierbare Befunde reduziert wird (nach Maßgabe der jeweils verfügbaren Apparate), und auch im Gegensatz zu anderen auf besonderen Prämissen beruhenden therapeutischen Systemen (wie etwa der Psychosomatik, der traditionellen chinesischen Medizin u. a.) zeichnet sich die Homöopathie durch eine eher phänomenologische Auffassung des Menschen aus. Dadurch, daß sie körperliche Beschwerden ebenso wie psychische, geistige, konstitutionelle oder charakterliche Auffälligkeiten eines Patienten grundsätzlich als solche anerkennt und als Phänomene bestehenläßt, ohne sie auf die Kategorien bestimmter Erklärungssysteme zu reduzieren, war die Homöopathie auch insofern nicht vom Wandel diagnostischer Kriterien in der Medizin betroffen. Durch ihre prinzipielle Offenheit sämtlichen Aspekten des Menschen gegenüber konnte also auch die Art der Anamnese-Erhebung über zwei Jahrhunderte unverändert beibehalten werden [vgl. 5]\*.
- Die Weise, wie die Symptomenreihen der Arzneimittelprüfungen an Gesunden mit denen des jeweiligen Patienten in therapeutischer Absicht zu verknüpfen sind, ist hier schließlich durch das Ähnlichkeitsprinzip gegeben, das innerhalb

---

\* Zahlen in eckigen Klammern verweisen auf das Literaturverzeichnis am Schluß dieses Beitrags, Seite 245.

der Homöopathie als solcher ohnehin keiner Veränderung unterliegen kann, da es konstitutiv für diese ist. Der Name »Homöopathie« beruht nämlich auf den griechischen Wörtern »homoios« (ähnlich) und »pathos« (Leiden). Das Ähnlichkeits- oder Simile-Prinzip besagt, daß Kranke mit einem solchen Arzneimittel zu behandeln sind, das möglichst ähnliche Symptome an einem gesunden Menschen hervorrufen kann, wie sie bei dem zu behandelnden Patienten gerade vorliegen. »Homöopathisch« ist eine arzneiliche Substanz – bezogen auf einen erkrankten Menschen – also dann und nur dann, wenn dessen aktuelle Symptome sich mit den Prüfungssymptomen des Mittels an gesunden Menschen decken.

Da große Dosen homöopathisch angezeigter Arzneien erfahrungsgemäß eine momentane Verschlimmerung des Zustandes des Patienten auslösen können, werden in der Homöopathie meist sehr kleine Gaben einzelner Arzneimittel verwendet – was sich in der therapeutischen Praxis nicht nur aus diesem Grund als Vorteil erwies: Weil die stoffliche Wirkung hoher Verdünnungen von Arzneimitteln nahezu gleich Null ist, konnte jedes nicht genau homöopathisch passende, jedoch in kleiner Dosis verabreichte Mittel zumindest keinen Schaden anrichten.

Dieses Vorgehen steht nun zwar im Gegensatz zur sonstigen Praxis in der Medizin, Medikamente stets in so hohen materiellen Dosen zu applizieren, daß man sich ihres Effekts auf den Organismus sicher sein kann. Doch haben nicht gerade in der langfristigen Behandlung chronischer Krankheiten die »unerwünschten« Wirkungen der zur Linderung verabreichten hochdosierten Medikamente manchmal geradezu fatale Folgen, die im Einzelfall nicht sicher vorauszusehen sind?

In der Tat ist die Furcht vor irreversiblen arzneilichen Nebenwirkungen sowie vor Medikamenten-Abhängigkeiten eines der Hauptmotive, die vor allem chronisch Kranke sich zunehmend von der »Schulmedizin« ab- und »alternativen« Heilmethoden zuwenden lassen. Als weitere Beweggründe werden un-

ter anderen etwa der Wunsch nach einer »ganzheitlichen«, »natürlichen«, »ökologischen«, »kurativen« und »kostensparenden« Behandlung genannt. Im Rahmen dieser generellen Suche nach Alternativen stoßen Patienten gewöhnlich auch auf die Homöopathie, die zudem sogar bei chronischen Krankheiten die Möglichkeit »schneller, sanfter und dauerhafter« Hilfe in Aussicht stellt.

So einfach nun das Grundprinzip der Homöopathie »Behandle Ähnliches mit Ähnlichem« zu sein scheint, als so komplex erweist sich allerdings die spezielle Theorie des darauf aufgebauten Heilsystems. Zwar sollte die »allgemeine Homöopathie« ursprünglich als rationale, d. h. auf deutlich einzusehenden Prinzipien beruhende Heilkunde begründet werden [vgl. 7], doch beinhalten ihre späteren Modifikationen bezüglich der Behandlung chronischer Krankheiten auch Hypothesen und Behauptungen, die teilweise inzwischen widerlegt sind. Des weiteren wird jeder interessierte Laie, der sich auch nur oberflächlich mit der Homöopathie befassen möchte, unweigerlich auf die ihr eigentümliche schrittweise Verdünnung und Verschüttelung von Arzneimitteln bzw. die »Hochpotenzen« stoßen – einschließlich des hier meist angeführten Placebo-Einwandes, des Verweises auf die Loschmidtsche Zahl und der Forderung nach kontrollierten klinischen Studien. Da die theoretische Auseinandersetzung mit diesen Streitpunkten nicht nur geeignet ist, der homöopathischen Lehre grundsätzlich Plausibilität zu verleihen bzw. zu versagen, sondern auch unmittelbare Konsequenzen für die praktische Behandlung hat, seien im folgenden auch die Hauptargumente dieser Diskussion in Grundzügen zusammengestellt. Gleiches gilt für die diesen vorangestellte Übersicht über historische Hintergründe und die Entwicklung dieser Therapieform, zumal heutige Wissenschaftler erfahrungsgemäß oft Schwierigkeiten haben, sich in den Geist früherer Zeiten zu versetzen.

Ist die Behandlung chronischer Krankheiten mittels Homöopathie heutzutage also eine echte Alternative oder ein bloßer Anachronismus?

Um die Frage von hinten anzupacken: Als Anachronismus könnte sie leicht erscheinen, wenn man hört, welche Begriffe sie zum Teil heute noch verwendet: die »Verstimmung der Lebenskraft« des Menschen, die »geistartige, dynamische Wirkung« von Arzneimitteln, die »Potenzierung« von Arzneistoffen, die auf der Verdünnung und Verschüttelung derselben beruhen soll, die »Miasmen« als Ursache chronischer Krankheiten usw. Wenn nun solche Begriffe uns Heutigen, die wir mit gänzlich anderen Kategorien aufgewachsen und sozialisiert worden sind, fremd sind und uns nicht mehr zeitgemäß erscheinen, so besagt dies allerdings noch nichts über deren Richtigkeit oder Falschheit. Es zeigt eigentlich nur, daß wir diese Begriffe nicht einfach unreflektiert verwenden können, sondern immer auch die Zeit, aus der sie stammen, mitbedenken müssen.

## **Der Begründer der Homöopathie und seine Zeit**

Die Entwicklung der Medizin  
seit der Zeit Samuel Hahnemanns (1755–1843)

Betrachten wir zunächst, in groben Umrissen, einige Meilensteine der Medizingeschichte der letzten hundertfünfzig Jahre – Errungenschaften, die man von unserem heutigen Erkenntnisstand sozusagen abziehen müßte, um sich dem Horizont der damaligen Medizin zu nähern.

Vor 1850 gab es zwar bereits eine Art »Physiologie«, aber unter ganz anderen Voraussetzungen als in der uns seit Johannes Peter Müller (1801–1858) als *Physiologie* bekannten Wissenschaft. In der Pathologie herrschte lange ein Pluralismus von Anschauungen, bis Rudolf Virchow (1821–1902) mit seiner »*Zellulärpathologie*« 1858 hier ein klares und einheitliches Paradigma schuf. Claude Bernard (1813–1878) publizierte 1865 seine grundlegende Schrift »Einführung in das Studium der *experimentellen Medizin*«, die das Wesen der nun folgenden naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin auf den Punkt brachte. Vor der Entdeckung der *Antisepsis* 1867 durch Joseph Lister

(1827–1912) war weder der Aufschwung noch die bis heute anhaltende Entwicklung der Chirurgie möglich. Vor dem eindeutigen Nachweis des Erregers der Tuberkulose 1882 durch Robert Koch (1843–1910) war an eine wissenschaftliche *Bakteriologie* nicht zu denken. 1885 glückte Louis Pasteur (1822–1895) die *Immunisierung* gegen Tollwut, und 1890 veröffentlichte Emil von Behring (1854–1917) seine Versuche mit Diphtherie- und Tetanus-*Serum*, wodurch wieder eine neue Disziplin in der Medizin entstanden war.

Zur selben Zeit setzte Paul Ehrlich (1854–1915) mit seiner Rezeptortheorie den Grundstein der heutigen *Chemotherapie*, die seitdem auf dem Paradigma beruht, daß Medikamente als chemisch definierbare Substanzen über das Blut zu bestimmten (an den Erfolgsorganen postulierten) Rezeptoren gelangen müssen, um dort wirken zu können. Die Entdeckung der *Röntgenstrahlen* 1896 durch Wilhelm Conrad Röntgen (1845–1923) läutete wieder eine neue Epoche der Diagnostik, aber auch der Therapie ein. Um die Jahrhundertwende brachte Sigmund Freud (1856–1939) mit dem Begriff des »Unbewußten« und der hierauf angewandten *Psychoanalyse* Bereiche des Menschen zur Sprache, für welche die Medizin bis dahin keine eigenen Kategorien hatte. Vor der Entdeckung der Antibiotika, wie zum Beispiel des *Penicillins* 1928 durch Sir Alexander Fleming (1881–1955), gab es keinerlei gezielte antibiotische Behandlung, und vor der Aufdeckung des *genetischen Codes* 1953 durch James D. Watson (geb. 1928) und Francis H. Crick (geb. 1916) schließlich war an so etwas wie Gentechnologie natürlich nicht zu denken.

Was bleibt nun übrig, wenn man von all diesen Errungenschaften der modernen naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin abstrahieren wollte?

#### Die Medizin zur Zeit Hahnemanns

Trotz des Noch-nicht-Vorhandenseins der modernen Medizin gab es auch zu Hahnemanns Zeit eine Art von Medizin, die sich hauptsächlich in folgenden Richtungen bzw. Schulen darstellte:

Hermann Boerhaave (1668–1738), der damalige medizinische Lehrmeister Europas, vertrat eine *Iatromechanik* bzw. Mechanopathologie, d. h., er versuchte, die Vorgänge im Organismus vorwiegend mit mechanischen Gesetzen zu erklären. Georg Ernst Stahl (1659–1734) dagegen war mit seinem psychodynamistischen Konzept einer den Körper belebenden und regierenden Seele Hauptvertreter des *Animismus*. Albrecht von Haller (1708–1777) differenzierte den auf Glisson zurückgehenden Begriff der Irritabilität und wandte das Begriffspaar *Irritabilität und Sensibilität* vor allem auf seine reizphysiologischen Versuche über die Muskelbewegung an.

John Brown (1735–1788) erhob die *Erregbarkeit* zum Zentralbegriff seiner Krankheitslehre, nach der es nur zweierlei Krankheitsursachen geben sollte: zu viel Erregung (Sthenie) und zu wenig Erregung (Asthenie). Auf Franz Anton Mesmer (1734–1815) geht der Begriff des »Mesmerismus« bzw. des »*tierischen Magnetismus*« zurück, da Mesmer für seine Behandlung von Krankheiten mit sogenannten »Strichen« bekannt geworden ist. Wesentlich handfester war die damals sehr verbreitete *Aderlaßtherapie* bei sogenannten »entzündlichen« Krankheiten, die vor allem François Josef Victor Broussais (1772–1828) in einer Quantität anwandte und propagierte, daß dies unter dem Begriff »Vampirismus« in die Geschichte der Medizin einging. Edward Jenner (1749–1823) veröffentlichte 1798 seine zwei Jahre zuvor erfolgreich durchgeführte *Vaccination*, d. h. die Pockenimpfung am Menschen mit Kuhpocken-Lymphe. Von Christoph Wilhelm Hufeland (1762–1836) ist vor allem seine Schrift »*Makrobiotik*« bzw. »Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern« bekannt, doch gab dieser berühmte Arzt (den u. a. Goethe, Schiller und Herder konsultierten) auch eine wichtige Zeitschrift heraus, nämlich das »Journal der praktischen Arzneykunde«, in dem auch Hahnemann fünfzehn Arbeiten publizierte.

Nachdem die Naturphilosophie in den ersten Jahrzehnten des neunzehnten Jahrhunderts großen Einfluß auf die Medizin gehabt hatte, begründete Johann Lukas Schönlein (1791–1864)

schließlich die »*naturhistorische Schule*«, die sich zunächst nur auf die Erfahrung stützen wollte, schließlich aber doch wieder ein eigenes Krankheitssystem aufstellte. Die desolate Lage der Medizin des frühen neunzehnten Jahrhunderts, besonders im Hinblick auf die Therapie, von der man oft nicht wußte, ob sie wirklich mehr nützt als schadet, spiegelt sich schließlich wider in der Wiener Schule des »*therapeutischen Nihilismus*«, dessen Hauptvertreter Joseph Dietl (1804–1878) war. Nach den Angaben dieser Schule war die sogenannte »diätetische Behandlung«, die aus einer Wassersuppe und Abwarten bestand, den sonst üblichen Methoden eindeutig überlegen: Bei der Behandlung von Pneumonien zum Beispiel hatte diese Methode nur 7 Prozent Todesfälle zu verzeichnen, während es unter der Behandlung mit Aderlaß, Brechweinstein oder ähnlichem 20 Prozent waren.

#### Philosophische Hauptströmungen zur Zeit Hahnemanns

Von den Philosophen der deutschen Aufklärung und des deutschen Idealismus seien exemplarisch nur zwei genannt: Immanuel Kant (1724–1804) und Friedrich Wilhelm Joseph von Schelling (1775–1854) [vgl. 8].

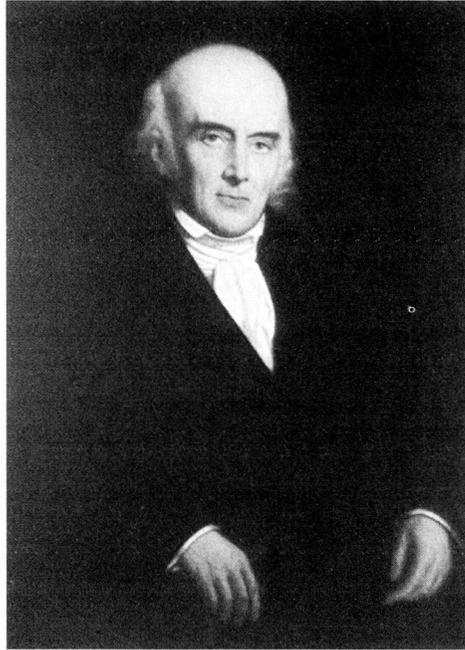
Kants Verdienst war sein Versuch einer Versöhnung von Rationalismus (wie er im Wolffschen System vorlag) und dem Empirismus von David Hume (der ihn bekanntlich nach eigener Aussage »aus seinem dogmatischen Schlummer aufgeweckt« hat). Das »*Sapere aude, habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen*«, das Kant 1784 zum Wahlspruch der Aufklärung erklärt hatte, findet sich – außer bereits bei Horaz – auch in den Werken Hahnemanns wieder. Das Hauptinteresse des kritischen Kant war, die Metaphysik in den sicheren Gang einer Wissenschaft zu bringen. Zu diesem Zweck nahm er die sogenannte »kopernikanische Wende« in der Philosophie vor, wonach sich fortan nicht mehr unsere Erkenntnis nach den in der Erfahrung vorgefundenen Gegenständen, sondern die Gegenstände mögli-

cher Erfahrung sich nach unseren apriorischen Begriffen (den zwei Anschauungsformen und zwölf Kategorien) zu richten hätten. Die Möglichkeit apriorischer Erkenntnis, wie sie die Wissenschaft fordert, wäre hiermit zwar gegeben, doch um den Preis, daß über das »Ding an sich« keine wissenschaftliche Aussage mehr möglich wäre.

Die von Kant eingeleitete Wende zum Subjekt bildete schließlich den Ausgangspunkt der Systeme von Fichte, Hegel und Schelling. So heißt es etwa bei Schelling: »Über die Natur philosophieren heißt so viel als die Natur schaffen«, was die zunehmende Wichtigkeit der Rolle des Subjekts bei der Erkenntnis der Wirklichkeit zum Ausdruck bringt. Schelling hatte auch ein beachtliches Interesse an der Medizin. Ihm schwebte vor, »die Heilkunde auf sichere Prinzipien und ihre Ausübung auf unfehlbare Regeln zurückzubringen«. Die Arzneiwissenschaft betrachtete er dabei als die Krone und Blüte aller Naturwissenschaften. Ein zentraler Begriff in seinen medizinischen Konzepten war der von John Brown übernommene Begriff der »Erregbarkeit«, den Schelling jedoch als synthetischen Begriff der Faktoren Sensibilität und Irritabilität faßte, wobei unter »Sensibilität« jetzt organische Rezeptivität und unter »Irritabilität« organische Tätigkeit zu verstehen war. Schellings Bedeutung für die damalige Medizin zeigt sich auch darin, daß ihm 1802 von der Medizinischen Fakultät der Universität Ingolstadt/Landshut (ab 1826 Ludwig-Maximilians-Universität München) die Ehrendoktorwürde verliehen wurde.

### Hahnemanns Leben und Ausbildung

In dieser Zeit lebte also Samuel Hahnemann, nämlich von 1755 bis 1843. In seiner Geburtsstadt Meißen (Sachsen) besuchte er zuerst die Lateinische Stadtschule, dann als Extraneus die Fürstenschule St. Afra, aus der u. a. auch Lessing und Gellert hervorgingen. 1775 begann Hahnemann sein Medizinstudium in Leipzig, ging nach zwei Jahren jedoch nach Wien ans Spital der



*Abb. 1* Samuel Hahnemann (1755–1843), der Begründer der Homöopathie. Neben Edward Jenner (1749–1823) ist er angeblich der meistabgebildete Arzt der Medizingeschichte. Das hier wiedergegebene Gemälde von Henry Scheffer (1798–1862) ist allerdings erst nach dem Tod Hahnemanns, nämlich 1845, entstanden [vgl. 10].

Barmherzigen Brüder, wo die Ausbildung bereits patientenbezogener war. Der dortige Chefarzt Joseph von Quarin (1733–1814) nahm Hahnemann als einzigen auch zu seinen Privatpatienten mit. Aufgrund finanzieller Schwierigkeiten, für die Hahnemann nichts konnte, mußte er vorübergehend eine Bibliothekarsstelle in Hermannstadt (Siebenbürgen) annehmen, wo er sich weitere eineinhalb Jahre autodidaktisch vor allem in Sprachen und Naturwissenschaften weiterbildete. 1779 studierte er noch ein Semester in Erlangen, wo er schließlich promovierte.

1780, mit 25 Jahren also, ließ sich Hahnemann als praktischer Arzt nieder, was in der damaligen Zeit keineswegs eine gesicherte Existenz bedeutete, weswegen er auch seine als Student begonnene Übersetzertätigkeit von medizinischen Schriften weiterführte. Darüber hinaus widmete er sich in zunehmendem Maß auch chemischen Studien und begann, die Ergebnisse dieser Forschungen ebenso wie eigene medizinische Beobachtungen zu veröffentlichen.

Nachdem er sich 1812 in Leipzig habilitiert hatte, hielt er dort 17 Semester lang Vorlesungen über die inzwischen von ihm begründete Homöopathie. Als ihm das Selbstdispensieren seiner Arzneien dort verboten wurde, verließ Hahnemann 1821 Leipzig und praktizierte dann in Köthen und ab 1835 – bis zu seinem Tod mit 88 Jahren – in Paris.

Hahnemann zog etwa dreißigmal um in seinem Leben. Am längsten, nämlich bis zu seinem zwanzigsten Lebensjahr, weilte er in Meißen. Seine Studienzeit (1775–1779) verbrachte er – wie geschildert – in Leipzig, Wien, Hermannstadt und Erlangen. Dann folgten die »Wanderjahre«, in denen er sich innerhalb von 25 Jahren in etwa zwanzig verschiedenen Orten niederließ. Diese liegen bis auf Hamburg, Altona und Mölln alle in Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Niedersachsen. Erst ab 1805, nach seinem fünfzigsten Lebensjahr also, wurden seine Aufenthaltszeiten länger (1805 Torgau, 1811 Leipzig, 1821 Köthen, 1835 Paris) und die Motive für seine Ortswechsel klarer.

Seine erste Frau, Henriette Kuchler, die Hahnemann 1782 in Gommern heiratete, begleitete ihn durch 47 Jahre Ehe auf allen Umzügen, bis sie 1830 in Köthen starb. Sie hatte insgesamt elf Kinder zur Welt gebracht, von denen eines bei der Geburt und eines im Säuglingsalter starb. So hatte die Familie schließlich acht erwachsene Töchter und einen Sohn (Friedrich), der auch homöopathischer Arzt wurde. 1835 heiratete Hahnemann, als Achtzigjähriger, zum zweitenmal, nämlich die 35jährige Französin Mélanie d’Hervilly, mit der er seinen Lebensabend in Paris verbrachte.

## Hahnemanns Verdienste um die Wissenschaft

Für die Beurteilung eines neuen medizinischen Systems ist es manchmal wichtig, zu wissen, ob dessen Begründer lediglich aus Unkenntnis der eigentlichen medizinischen Grundlagenfächer zu seinem System kam oder ob er sozusagen trotz der Beherrschung der Medizin und der Naturwissenschaften seiner Zeit eine eigene Heilkunde entwickelte. Deshalb seien hier einige wissenschaftliche Verdienste Hahnemanns aufgeführt, die sich dieser ganz unabhängig von der Begründung der Homöopathie erwarb und die ihm in den entsprechenden Fachkreisen auch einiges Ansehen einbrachten.

So verfaßte Hahnemann zum Beispiel anlässlich einer eingehenden Beschäftigung mit der *Gerichtsmedizin* 1786 eine in der Pharmakologie vielbeachtete Monographie »Über die Arsenvergiftung«. Als Frucht seiner *chemischen* Forschungen entdeckte Hahnemann 1787 die nach ihm benannte »Hahnemannsche Weinprobe« auf Bleizucker, die später in verschiedenen Ländern amtlich eingeführt wurde, und 1788 die Herstellung eines nach ihm benannten auflöslichen Quecksilberpräparats, das auch heute noch als »Mercurius solubilis Hahnemanni« bezeichnet wird. Die *Pharmazie* bereicherte Hahnemann um eine 1787 publizierte Monographie über »Die Kennzeichen der Güte und Verfälschung der Arzneimittel« sowie um sein vierbändiges »Apothekerlexikon«, das auch nach Ansicht heutiger Pharmaziehistoriker das Wissen der damaligen Zeit sachkundig zusammenfaßt.

Innerhalb der *Psychiatrie*-Geschichte war Hahnemann – noch vor Philippe Pinel (1745–1826) – einer der ersten, die in der Behandlung psychisch Kranker neue Wege beschritten. Anstatt, wie damals üblich, »Irre« in »Narrenhäuser« zu sperren, wo sie angekettet und geschlagen wurden und am Wochenende von der Bevölkerung gegen ein Eintrittsgeld besichtigt und geneckt werden konnten, leitete Hahnemann 1792 ein Jahr lang eine private Anstalt, wo er einen geisteskranken Patienten Tag und Nacht zwar unter größten Opfern, aber auf humane Art und

schließlich mit dem Erfolg betreute, daß dieser seinen Beruf wieder aufnehmen konnte.

Auch was die *Hygiene* betrifft, vertrat Hahnemann in seinen Veröffentlichungen von 1792 und 1795 richtungweisende Ansichten der Seuchenbekämpfung, obwohl damals noch keine Erreger von Infektionskrankheiten nachgewiesen werden konnten. In seiner Verurteilung des Aderlasses sowie anderer schwächerer Maßnahmen war Hahnemann zwar nicht der einzige, doch läßt sich die öffentliche Parteinahme gegen eine schädliche Praxis auch als Verdienst um die Medizin betrachten. Das gleiche gilt für seine pragmatische Maxime, keine Arzneigemische zu verordnen, weil man sonst nichts über die Wirkung ihrer einzelnen Bestandteile erfahren könne.

Aufgrund seiner Verdienste um die Wissenschaft wurde Hahnemann 1791 zum Mitglied einiger wissenschaftlicher Gesellschaften gewählt, zum Beispiel in die »Leipziger Ökonomische Gesellschaft« und in die »Mainzer Kurfürstliche Akademie der Wissenschaften«. 1790 erhielt er einen Ruf an die Medizinische Fakultät der Universität Wilna, den er jedoch ablehnte. 1798 war Hahnemann für die Berufung an die zu gründende Universität in Mitau vorgesehen, doch winkte er auch hier ab.

### Hahnemanns Publikationen

Hahnemann hat im Laufe seines Lebens insgesamt 27 000 Seiten publiziert [zusammengestellt in 6]. Seine für die Homöopathie wichtigsten Arbeiten davon sind folgende:

Zunächst seine 1790 erschienene Übersetzung von William Cullen's »Materia medica«, in der Hahnemann zwar erstmals seinen Chinarindenversuch beschrieben, die Homöopathie damit aber eigentlich noch nicht begründet hatte. Erst in der Schrift »Versuch über ein neues Prinzip zur Auffindung der Heilkräfte der Arzneisubstanzen« von 1796 formulierte er zum erstenmal das Ähnlichkeitsprinzip. 1805 erschien sowohl die erste Arzneimittellehre, die auf Arzneimittelpfahrungen an Gesunden beruht

(»Fragmenta de viribus medicamentorum sive in sano corpore humano observatis«, in lateinischer Sprache), als auch das erste Lehrbuch der Homöopathie, die »Heilkunde der Erfahrung«. Letzteres war der Vorläufer des 1810 erschienenen »Organons der rationellen Heilkunde«, das Hahnemann in den folgenden Auflagen in »Organon der Heilkunst« umbenannte. Die erste »Reine Arzneimittellehre« in deutscher Sprache erschien ab 1811 in sechs Bänden und insgesamt drei Auflagen. Die 1828 publizierten vier Bände der »Chronischen Krankheiten« schließlich enthalten Hahnemanns »Psora-Theorie« sowie die Prüfungen der »antipsorischen« Arzneien.

Neben seinen veröffentlichten Werken hinterließ Hahnemann auch 54 gebundene Krankenjournale, in denen er die Behandlung seiner Patienten dokumentiert hatte. Diese 37 deutschen und 17 französischen Journale befinden sich heute im Institut für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung in Stuttgart und sollen nach und nach im Rahmen medizinhistorischer Doktorarbeiten transkribiert und herausgegeben werden. Die deutschen Journale 2, 3, 4, 5 und 34 sowie das französische Journal 5 liegen bereits vor, weitere sind in Bearbeitung. Anhand dieser Journale läßt sich zum Beispiel rekonstruieren, welche Patienten Hahnemann behandelte, welche Arzneimittel er verordnete, in welcher Zubereitung, in welchem zeitlichen Abstand usw.

## **Die Lehre der Homöopathie**

### Das Werden der Homöopathie

Die Begründung der »allgemeinen Homöopathie« durch Hahnemann vollzog sich in den Jahren zwischen 1790 und 1810.

Im Jahre 1790 veröffentlichte Hahnemann seinen Selbstversuch mit Chinarinde, bei dem er beobachtete, daß die Einnahme von Chinarinde bei ihm gerade jene Symptome hervorrief, die er bereits von einem in Siebenbürgen selbst durchgemachten Wechselstieber her kannte. Ohne weitergehende Schlüsse daraus zu

ziehen, bemerkte er hier: »Substanzen, welche eine Art von Fieber erregen, löschen die Typen des Wechselfiebers aus.« 1796 formulierte er erstmals das Prinzip »*Similia similibus*«, nach dem man vorgehen sollte, um für möglichst jede Krankheit ein spezifisches Arzneimittel aufzufinden und den einzelnen Kranken anzupassen. 1807 nannte Hahnemann seine neue Methode »*homöopathisch*«, und 1810 findet sich im »Organon« schließlich der volle Wortlaut des Ähnlichkeitsprinzips: »*Similia similibus curentur*« – übersetzt: Behandle Ähnliches mit Ähnlichem. Damit war die »allgemeine Homöopathie« begründet.

Erst 1828 modifizierte Hahnemann diese – zum Zwecke einer erfolgreicherer Behandlung chronischer Krankheiten – durch seine »*Psora-Theorie*«, was jedoch an den Grundprinzipien der Homöopathie nichts änderte.

### Die Grundprinzipien der Homöopathie

Die Grundprinzipien der Homöopathie sind folgende:

- das Ähnlichkeitsprinzip »*Similia similibus curentur*«, d. h. die Maxime »Behandle Ähnliches mit Ähnlichem«,
- die Arzneimittelprüfungen an Gesunden, in denen untersucht wird, welche Symptome bestimmte Arzneimittel an gesunden Menschen hervorzubringen in der Lage sind,
- die Verwendung von Einzelmitteln, d. h. die prinzipielle Ablehnung von Arzneigemischen, und
- die Verwendung kleinster Gaben, da Arzneien, die bei einem Kranken eine ähnliche Symptomatik bewirken wie die bereits vorliegende, sonst zu erheblichen Verschlimmerungen des Zustandes führen könnten.

### Verschiedene Arten von »*Similia similibus*«

Wenn man vom Simile-Prinzip und insbesondere von vermeintlichen Vorläufern der Homöopathie Hahnemanns spricht, ist es ratsam, dabei zu differenzieren, auf was sich das jeweilige Simile

beziehen soll. So kann man etwa zwischen einem scheinbaren, magischen, theoretischen, physiologischen und oberflächlich-homöopathischen Simile unterscheiden [vgl. 11]:

Wenn also zum Beispiel im Corpus Hippocraticum empfohlen wird, Erbrechen durch ein Erbrechen erregendes Mittel zu beheben, so *scheint* dies zwar eine Behandlung von Ähnlichem mit Ähnlichem zu sein, doch ist der Grundgedanke hier der, den schädlichen Stoff, der den Brechreiz verursacht, durch ein wirksames Emetikum zu beseitigen. Eine kulturgeschichtlich sehr frühe Form der Anwendung des Ähnlichkeitsprinzips findet sich dagegen im Ähnlichkeitszauber bzw. Sympathieglauben von Naturvölkern, wonach etwa das Tragen von Amuletten die Eigenschaften bestimmter Tiere usw. übertragen soll. Auch die Signaturenlehre, nach der zum Beispiel gelbe Pflanzen bei Gelbsucht wirksam sein sollen o. ä., läßt sich diesem Bereich der vorwiegend *magischen* Simileauffassung zuordnen.

Auch innerhalb der klassischen Medizingeschichte finden sich Empfehlungen der Behandlung nach dem Ähnlichkeitsprinzip. Galen bezog die Ähnlichkeitsbeziehung allerdings auf die vier Elemente, so daß zum Beispiel eine »heiße« Krankheit mit einem »heißen« Mittel zu behandeln wäre, und Paracelsus auf die sogenannte »Anatomie« der Pflanzen bzw. Krankheiten, zum Teil aber auch auf die Physiognomie im Sinne der Signaturenlehre, auf die Astrologie usw., so daß man hier besser von einem *theoretischen* Simile spricht. Manchmal werden Mittel auch aufgrund von *physiologischen* Überlegungen – wie etwa zur »Stoffwechselanregung« oder zur »Ausleitung« (was immer das bedeuten mag) – verordnet. Oder es wird nur ein einzelnes Symptom des Kranken, zum Beispiel Husten, beachtet und ein hierzu homöopathisches Mittel lediglich aufgrund dieser »bewährten Indikation« verabreicht – dann hat man es mit einem *oberflächlich-homöopathischen* Simile zu tun.

Von all den genannten Simile-Arten kann nun das *echt-homöopathische* Simile unterschieden werden. Bei der Arzneiverordnung nach dem Hahnemannschen Simile-Prinzip sollte

nämlich stets der gesamte Symptomenbegriff des jeweiligen Patienten verwendet werden. Nur aufgrund der Gesamtheit der Zeichen und Symptome, die der Kranke bietet, ließe sich aus der homöopathischen Arzneimittellehre letztlich ein Mittel auswählen, das dem Krankheitszustand des Patienten am meisten in Ähnlichkeit entsprechen würde.

### Die Hierarchisierung von Symptomen

Aus der praktischen Unmöglichkeit, bei einer Arzneiwahl sozusagen eine hundertprozentige Übereinstimmung zwischen Patientensymptomen und Arzneimittelsymptomen herzustellen, resultiert für den homöopathischen Arzt die Notwendigkeit, aus der Fülle der Beschwerden, die der Patient schildert, und den Zeichen und Symptomen, die er selbst mit seinen fünf Sinnen an ihm wahrnimmt, die für die homöopathische Mittelfindung wichtigsten auszuwählen. Dies geschieht durch die sogenannte Hierarchisierung der Symptome.

Es würde zu weit führen, alle hierzu verwendeten Kategorien von Symptomen einzeln aufzuführen und zu erläutern. Wissen sollte ein Patient jedoch, daß zum Beispiel die sogenannten Lokalsymptome, wegen derer er primär den Arzt konsultiert, in der Wichtigkeitsskala der Symptome meist ganz am Ende stehen.

Als wesentlichste werden dagegen die *auffallenden, sonderlichen und charakteristischen Symptome* betrachtet, wobei sich Symptome als an sich auffallend erweisen können (Landkartenzunge o. ä.), durch ihre Modalität (Erbrechen beim Schleimräuspern o. ä.), durch ihre Lokalisation (Hautausschläge nur in Gelenkbeugen o. ä.), durch ihr besonderes Gefühl (Gefühl einer Wimper im Auge o. ä.), durch ihre Erstreckung (Kopfschmerzen bis zum Zungengrund o. ä.), durch ihren Beginn und ihr Ende (wellenförmiger Kopfschmerz o. ä.), durch die Kombination von konträren Symptomen (Schlaflosigkeit mit Schläfrigkeit o. ä.), durch ihre Periodizität (Neuralgie jeden Tag zur gleichen Stunde o. ä.) oder durch das Fehlen eines erwarteten Symptoms (Durstlosigkeit bei Fieber o. ä.).

Als am nächstwichtigsten werden üblicherweise die *Geistes- und Gemütssymptome* angesehen, und zwar zunächst die Veränderungen im Gemütsbereich (Selbstmordneigung o. ä.), dann im Vernunftbereich (Delirium o. ä.) und schließlich im Bereich des Angelernten (Gedächtnisschwäche für Namen o. ä.). Im weiteren werden die *Allgemeinsymptome* herangezogen, die den Menschen in seiner Ganzheit betreffen. So fragen Homöopathen ihre Patienten etwa nach Wetterfühligkeit (Kopfschmerzen vor Gewittern o. ä.), Sekret- und Wundverhalten (wundmachender Schnupfen, verzögerte Wundheilung o. ä.), Verlangen oder Abneigung gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln (Abneigung gegen Fisch o. ä.), Schlafverhalten (Schlafplage, wiederkehrende Träume o. ä.) und Mensessymptomen (Menses immer nur nachts o. ä.).

Auch *ursächliche Gesichtspunkte* werden – sofern eruierbar – in die homöopathische Verordnung einbezogen (Folge von Schreck, von Baden in kaltem Wasser o. ä.). Sodann folgen meist noch die *Begleitsymptome* (beim Husten Schmerzen in der rechten Hüfte o. ä.), die *Alternantien* (Kopfschmerzen abwechselnd mit Magenschmerzen o. ä.) und schließlich die bereits erwähnten *Lokalsymptome* (Gelenkschmerzen o. ä.).

Daß eine nach solchen Gesichtspunkten geführte Anamnese und deren Auswertung einen relativ großen Zeitaufwand erfordert, braucht nach diesem kurzen Überblick kaum weiter erläutert zu werden.

### Die »Potenzierung« von Arzneimitteln

Unter den Grundprinzipien der Homöopathie wurde neben dem Simile-Prinzip, den Arzneimittelpfahrungen an Gesunden und der Verwendung von Einzelmitteln bereits auch die Verwendung kleinster Gaben aufgeführt. Diese Besonderheit hatte ihren Grund ursprünglich in der Beobachtung, daß starke Gaben teilweise zu erheblichen Erstverschlimmerungen führten. Grundsätzlich könnte jedoch – bei entsprechend vorsichtiger Dosie-

zung – auch mit Urtinkturen homöopathisch behandelt werden, was Hahnemann zunächst auch wirklich tat. Daß Arzneien aber selbst nach wiederholter Verdünnung und Verschüttelung immer noch homöopathisch zu wirken schienen, war für Hahnemann letztlich ein Zufallsbefund, den er nicht vorhersehen konnte. Auf diese Weise gelangte er aber schließlich zu dem von ihm später »Potenzieren« genannten Verfahren der schrittweisen Verdünnung und Verschüttelung von Arzneisubstanzen.

Hahnemann verwendete hauptsächlich die Verdünnungsverhältnisse 1:100 und 1:50 000, also »Potenzierungen«, die man heute als C- und Q-Potenzen bezeichnet (von lateinisch »centum« und »quinguintamilia«).

Bei der Herstellung von *C-Potenzen* werden auf einen Tropfen des Arzneimittels 100 Tropfen Lösungsmittel (verdünnter Alkohol) getropft, und das Ganze wird 10mal verschüttelt. Auf diese Weise erhält man eine C1-Auflösung der Ausgangssubstanz. Gibt man davon einen Tropfen in ein frisches Gläschen, tropft darauf wieder 100 Tropfen Lösungsmittel und verschüttelt das Ganze wieder 10mal, so erhält man eine C2-Auflösung der Ausgangssubstanz usw. Mit der letzten Auflösung benetzt man schließlich – um einer besseren Haltbarkeit willen – kleine Zuckerkügelchen, sogenannte Globuli, die der Patient dann auf der Zunge zergehen läßt.

Zur Herstellung von *Q-Potenzen* wird vorher eine C3-Trituration der Ausgangssubstanz zubereitet. Dies geschieht dadurch, daß man ein Gran (= 60 mg) der Arznei mit 100 Gran Milchzucker eine Stunde lang in einem Mörser verreibt, davon ein Gran entnimmt und wieder mit 100 Gran Milchzucker verreibt und davon wiederum ein Gran entnimmt und nochmals mit 100 Gran Milchzucker verreibt. Ein Gran dieser C3-Trituration wird nun in 500 Tropfen Lösungsmittel aufgelöst. Ein Tropfen davon wird in ein leeres Gläschen gegeben, darauf werden 100 Tropfen Lösungsmittel getropft, und das Ganze wird 100mal verschüttelt. Mit einem Tropfen werden nun circa 500 Zuckerkügelchen befeuchtet, was schließlich Q1-Globuli

ergibt. Zur »Weiterpotenzierung« wird ein Q1-Globulus zunächst in einem Tropfen Lösungsmittel aufgelöst, dieser wird dann in ein frisches Gläschen gegeben und mit 100 Tropfen Lösungsmittel betropft, und die Auflösung wird 100mal verschüttelt. Die Befeuchtung weiterer Zuckerglobuli (wieder im Verhältnis 1:500) ergibt Q2-Globuli usw.

Dadurch, daß bei letzterem Verfahren nach jeder flüssigen 1:100-Verdünnung das Befeuchtete der Globuli eine weitere Verdünnung des stofflichen Anteils im Verhältnis von 1:500 bewirkt, ergibt sich pro »Potenzstufe« insgesamt also ein Verdünnungsschritt von 1:50 000, woraus sich der Name »Fünfundzwanzigtausenderpotenzen« oder »Q-Potenzen« erklärt.

### Die Entwicklung von »Hochpotenzen«

Hahnemann selbst steigerte die »Potenzstufen« der von ihm verordneten Mittel allmählich. So bewegte er sich 1790 mit seinen Arzneigaben noch im Gran-Bereich und scheute sich nicht, bei Wechselfieber Chinarinde auch in sogenannter heroischer Dosierung zu verordnen: zum Beispiel circa 1000 Gran (= circa 50 g) innerhalb von 24 Stunden. 1799 nannte er bei Hyoscyamus (Bilsenkraut) allerdings bereits eine Dosis von  $\frac{1}{60}$  Gran, 1801 empfahl er bei Scharlachfieber ein 24millionstel Gran von Belladonna und ein 5millionstel Gran von Opium, 1806 erwähnte er bereits eine »Quintilliontel«-Auflösung (C15), 1809 ein »Sextilliontel« (C18) von Arsen, 1816 ein »Dezilliontel« (C30) von Arsen und 1826 ein »Vigesilliontel« (C60) von Thuja.

1829 empfahl er die C30 als Standardgabe. So schrieb er in einem Brief an Schreter: »Ich billige es nicht, wenn Sie die Arzneien höher als zu [C36] und [C60] potenzieren wollen – einmal muß doch die Sache ein Ziel haben und kann nicht ins Unendliche gehen. – Bei der festen Bestimmung aber, daß die homöopathischen Arzneien sämtlich bis [C30] verdünnt und potenziert werden sollten, entsteht ein gleichartiges Verfahren in den Kuren aller Homöopathiker, ... da sie ... mit gleichen Werkzeugen

arbeiten.« 1842 beschrieb Hahnemann – im Manuskript der letzten Auflage seines Organons – die Herstellung der Q-Potenzen [3]. Soweit bisher aus seinen Schriften und Krankenjournalen bekannt ist, ging er selbst nie weiter als bis zur 200sten »Potenz«.

Nichtsdestoweniger wurden in der weiteren Entwicklung der Homöopathie immer höhere »Potenzen« hergestellt (allerdings mit Hilfe von Maschinen bzw. im Korsakoffschen »Einglasverfahren«). James Tyler Kent (1849–1916) etwa, einer der bedeutendsten Vertreter der amerikanischen Homöopathie, verwendete vor allem die »Potenzstufen« 200, 1000, 10 000, 100 000 und 1 000 000. Selbst bei der Verabreichung dieser »Ultra-Hochpotenzen« bemerkte er bei seinen Patienten noch Verschlimmerungen von Symptomen und schloß daraus auf deren auch kurative Kraft. Eine 13millionste »Potenz« des Schlangengifts Lachesis ließ er speziell für seine Frau herstellen, die jahrelang an Schlaflosigkeit und Schwäche gelitten hatte und durch dieses homöopathische Mittel angeblich geheilt wurde.

## **Die Diskussion um die Homöopathie**

### Größenordnung der stofflichen Verdünnung einzelner »Potenzstufen«

Der Einwand, homöopathische Dilutionen entsprächen der Verdünnung eines Tropfens Arzneisubstanz im Genfer See, wurde bereits 1821 vorgebracht und von Hahnemann in Form einer Darlegung des prinzipiellen Unterschieds beider Verfahren beantwortet. Nach seinem in diesem Zusammenhang erstmals geäußerten Konzept des »Potenzierens« ließen sich die »geistartigen« Arzneikräfte, die im rohen Zustand der Arzneisubstanzen in diesen nur schlummerten, durch bestimmte mechanische Einwirkungen auf diese (wie Reiben oder Schütteln) immer weiter »freisetzen« bzw. »entwickeln« und so in ihrer Wirksamkeit letztlich steigern.

Zur Verdeutlichung der tatsächlichen Größenordnung der *stofflichen* Verdünnung bei den jeweiligen »Potenzstufen« seien hier nur einige einfache Berechnungen angestellt: Der Bodensee (wie etwa auch der Genfer See) enthält zum Beispiel circa  $50 \text{ km}^3$  Wasser, was (bei einer Gleichsetzung von  $20 \text{ Tropfen} = 1 \text{ ml}$ ) etwa  $10^{18}$  Tropfen entspricht. Das rein numerische Verhältnis zwischen Arzneisubstanz und Lösungsmittel, wie es in einer C9-Auflösung vorliegt, entspräche also dem Verhältnis eines Tropfens zu dem Volumen des Bodensees. Stellt man sich die Erdkugel als reine Wasserkugel vor, so wäre bei einem ungefähren Erddurchmesser von  $12\,740 \text{ km}$  ihr Volumen nach der Formel  $\frac{4}{3} r^3 \pi$  circa  $10^{12} \text{ km}^3$ , was etwa  $10^{28}$  Tropfen entspricht. Das rein numerische Verhältnis zwischen Arzneisubstanz und Lösungsmittel, wie es in einer C14-Auflösung vorliegt, entspräche also dem Verhältnis eines Tropfens zum Volumen der gesamten Erdkugel. Nimmt man weiter an, daß die Gesamtmasse des Kosmos circa  $10^{56} \text{ g}$  beträgt, so würde das (bei  $1 \text{ Gran} = 60 \text{ mg}$ ) etwa  $1,6 \times 10^{57}$  Gran entsprechen. Das rein numerische Verhältnis zwischen Arzneisubstanz und Lösungsmittel, wie es in einer C29-Auflösung vorliegt, wäre also kleiner als das Verhältnis eines Grans zur Masse des gesamten Kosmos. Mit anderen Worten: Spätestens ab der C30 wäre das rein numerische Verhältnis zwischen Arzneisubstanz und Lösungsmittel praktisch nicht mehr vorstellbar.

### Theoretische Berechnung versus praktische Erfahrung

Obwohl der Einwand mit dem Bodensee bzw. Genfer See also schon seit mindestens 1821 besteht, hatte sich Hahnemann dadurch nicht beirren lassen. Wenn sich etwas in seiner praktischen Erfahrung als wirksam erwies, nach theoretischen Berechnungen jedoch nicht wirksam sein konnte, so war dies für ihn weniger ein Grund, seine diesbezüglichen Erfahrungen anzuzweifeln, als vielmehr, einen Fehler in der Theorie zu vermuten. Sein Standpunkt hierzu kommt deutlich in seinem Buch »Die

chronischen Krankheiten« zum Ausdruck, wo er noch 1835 schrieb, daß eine C30 »20, 30, 40 Tage und länger« eine Wirkung zeige; »dieser wahre Satz gehört nicht unter die zu begreifen sein sollenden, noch zu denen, für welche ich blinden Glauben fordere. Ich fordere gar keinen Glauben dafür und verlange nicht, daß dies jemandem begreiflich sei. *Auch ich begreife es nicht*; genug aber, die Tatsache ist so und nicht anders. *Bloß die Erfahrung sagt's*, welcher ich mehr glaube als meiner Einsicht« (Kursivsetzungen von JMS).

### Wirksamkeitsnachweise von »potenzierten« Arzneimitteln

Weil sich die Wirksamkeit von »potenzierten« Arzneimitteln – trotz der Berichte von homöopathischen Ärzten und Patienten über ihre diesbezüglichen eigenen Erfahrungen – als theoretisch so unvorstellbar erwies, wurden immer wieder naturwissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise gefordert und auch durchgeführt. Diese können eingeteilt werden in

- Studien *in vitro*, wo zum Beispiel Enzymaktivitäten bestimmt oder hämatologische Tests verwendet wurden, und
- Studien *in vivo*:
  - An *Pflanzen* wurden vor allem Wachstums- und Intoxikationsstudien durchgeführt.
  - An *Tieren* wurden Arzneimittelprüfungen, Intoxikationsstudien, Therapie- und sonstige Studien vorgenommen.
  - An *Menschen* wurden seit dem Bestehen der Homöopathie immer wieder Arzneimittelprüfungen, aber auch kontrollierte klinische Studien durchgeführt, seit etwas mehr als zehn Jahren zusätzlich mit Individualisierung der Probanden, um so dem besonderen Ansatz der Homöopathie besser gerecht zu werden.

*In-vitro-Studien (Auswahl)*. Die folgende Auflistung einiger ausgewählter Studien, die hier nicht im einzelnen besprochen werden, könnte lediglich zeigen, daß es zum Teil recht interes-

sante biologische Modelle gibt, an denen sich die Wirksamkeit von »Hochpotenzen« nach naturwissenschaftlichen Standards überprüfen ließe [weiterführende Angaben in 4]. Zunächst also einige In-vitro-Studien:

- Nach Boyd (1954) beschleunigte Quecksilberchlorid D61–D71 die Hydrolyse-Rate von Stärke durch Malzdiastase (n > 500, doppelblind, p = 0.009–0.0004).
- Nach Colas et al. (1975) hemmte Phytolacca C5–C15 in zunehmendem Maß den Lymphoblasten-Transformationstest (LTT), nämlich um 28–73 %.; mit der Urinktur kam es dagegen zu einer Steigerung des Tests.
- Nach Belon (1987) hemmten Histamin C6 und C17 den Basophilen-Degranulationstest (BDT) am Blut von Neurodermitikern (n = 30, hochsignifikant).
- Nach Benveniste (1988) bewirkten Anti-Ig-E-Antikörper C1–C60 Degranulationen von basophilen Granulozyten, die Ig-E-Antikörper an ihrer Oberfläche trugen, in 40–60 % (randomisiert, kontrolliert, doppelblind, hochsignifikant).

*Studien an Pflanzen (Auswahl).* Bei Wachstumsstudien an Pflanzen zeigten sich charakteristische sinusförmige Kurven. Wurde eine Pflanze von einer bestimmten »Potenz« in ihrem Wachstum zunächst gefördert, so wurde dieses bei den nächsthöheren »Potenzstufen« gehemmt, bei den nächsthöheren »Potenzstufen« wieder gefördert usw.

- Nach Kolisko (1961) beeinflussten Eisensulfat, Antimon- oder Kupfersalze bis zur D30 das Wachstum von Weizen- und anderer Pflanzensamen (p = 0.05).
- Nach Koffler (1965) und Wannamaker (1966) beeinflusste Sulphur D12, D24, D60 und C2000 das Zwiebelwachstum (signifikant).
- Nach Jones et al. (1983) beeinflusste Pulsatilla C1–C13 das Wachstum von Hefen und Weizensamen (signifikant).

In Intoxikationsstudien wurden Pflanzen erst mit einem bestimmten Stoff vergiftet und anschließend mit demselben Stoff in

»Hochpotenz« »behandelt«, wonach dann vergleichend ihre Erholungszeiten bestimmt wurden.

- Nach Boiron et al. (1970) vermehrte Kupfersulfat C15 bei mit Kupfersulfat vergifteten Algen Wachstum (um 60 %), Chlorophyllsynthese (um 88 %) und Atmung (um 51 %); keine Wirkung hatte Kupfersulfat dagegen auf nicht vergiftete Algen.

*Studien an Tieren (Auswahl).* Intoxikationsstudien an Tieren zeigten ähnliche Ergebnisse:

- Nach Cier et al. (1966 und 1970) und Sharma (1982) wirkte Alloxan C7–C30 präventiv und therapeutisch bei Alloxan-induziertem Diabetes von Kaninchen und Mäusen; zwar verdünntes, aber nicht verschütteltes Alloxan zeigte dagegen keine Wirkung.
- Nach Fisher (1982) vermehrte Plumbum C200 die Bleiauscheidung bei mit Blei intoxikierten Ratten; auch Penicillamin zeigte diese Wirkung, nicht dagegen bloßes Wasser oder Alkohol (n = 24, hochsignifikant).
- Nach Cazin (1986) senkte Arsen C5–C15 bei mit (radioaktiv markiertem) Arsen vergifteten Ratten den Arsen-Blutspiegel und erhöhte die Elimination über Stuhl und Urin (n = 696, randomisiert,  $p < 0.001$ ).

Bei längerer Verabreichung von »Hochpotenzen« ließen sich bei Tieren auch regelrechte Vergiftungserscheinungen beobachten, wie sie zum Teil bereits von unvorsichtig durchgeführten Arzneimittelpfahrungen bekannt waren.

- Nach Stearns (1925) verminderte Kochsalz (NaCl) D30–D1400, das täglich über sechs Monate verabreicht wurde, bei Meerschweinchen Appetit, Gewicht und Aktivität sowie die Reproduktionsrate (31 %) und erhöhte die Sterberate (n = 212, kontrolliert).
- Nach Prasad (1978) und Kumar et al. (1981) hatte Pulsatilla C30 und C200 bei Ratten eine gestagenähnliche, Caulophyllum C200 eine östrogenähnliche Wirkung (kontrolliert, signifikant).

Auch klinische Therapiestudien wurden an Tieren durchgeführt:

- Nach Wolter (1980) behob Caulophyllum D30 die Wehenschwäche des Hausschweins; nicht dagegen in »Tiefpotenzen« (n = 42, doppelblind, signifikant).
- Nach Day (1984) verminderte Caulophyllum C30 bei Zuchtsauen die Zahl der Totgeburten und der Totgebärenden (kontrolliert, p = 0.018 bzw. p = 0.034).

Stellvertretend für zahlreiche sonstige Tierstudien könnten noch folgende Beobachtungen genannt werden:

- Nach Boyd (1954) beeinflusste Strophanthin C32 die Frequenz des Froschherzens (49 % gegenüber 2,8 %).
- Nach Singh et al. (1971) wirkte Variolinum D20 bei Meer-schweinchen präventiv gegen Pockeninfektion; die therapeutische Wirkung erwies sich als geringer (n = 40, kontrolliert).
- Nach Keysell (1984 und 1985) hatte Hypericum C30 bei Mäusen eine meßbare stark analgetische Wirkung, die durch den Morphium-Antagonisten Naloxon aufhebbar war (n = 100, randomisiert, kontrolliert, doppelblind, p < 0.01).

*Klinische Studien an Menschen (Auswahl).* Die ersten Statistiken, die den Vorzug der Homöopathie gegenüber der »Allöopathie« belegen sollten, gab es bereits vor hundertfünfzig Jahren. So schrieb Buchner 1843, daß bei der Cholera-Epidemie von 1831 unter »allöopathischer« Behandlung von 20 000 Patienten 50 Prozent starben, unter homöopathischer Behandlung von 1557 Patienten nur 6 Prozent – eine Untersuchung, die den Anforderungen moderner Statistik wohl kaum gewachsen wäre.

- Nach Paterson et al. (1941) ließen Diphtherie-Toxoid C30 und Diphtherinum C201 positive Schick-Teste (Aussage: zu wenig Antitoxin vorhanden, Diphtherie-Impfung erforderlich) in 60 Prozent negativ werden; in der Kontrollgruppe in 5 Prozent.
- Paterson führte im Zweiten Weltkrieg (1944) an Freiwilligen eine Studie zur Prophylaxe und Therapie der Auswirkungen von Senfgas-Angriffen durch, deren Ergebnis von Owen et

al. (1982) bestätigt wurde; danach verminderten Senfgas C30, Rhus-t. und Kali-bi. prophylaktisch und therapeutisch die Zahl tiefer Verbrennungen durch Senfgas (n = 40, kontrolliert, doppelblind, hochsignifikant).

- Nach Campbell (1976) war Arnica C1000 hochwirksam bei Quetschungen (einfachblind).
- Nach Pinsent et al. (1986) verminderte Arnica C30 bei Zahnextraktionen Schmerzen ( $p < 0.05$ ) bzw. starke Schmerzen ( $p < 0.025$ ) (n = 59, doppelblind).
- Nach Reilly et al. (1986) reduzierte ein Gemisch von Pollen C30 die Heuschnupfensymptome von Pollen-Allergikern und senkte deren Antihistaminika-Verbrauch ( $p = 0.01$ ). Es traten auch Erstverschlimmerungen ( $p < 0.05$ ) auf (n = 144, randomisiert, kontrolliert, doppelblind).

Während bei den meisten früheren Studien zu diesem Thema fast ausschließlich untersucht wurde, ob »Hochpotenzen« überhaupt irgendeinen reproduzierbaren Effekt an Pflanzen, Tieren oder Menschen zeigen, werden seit etwas mehr als zehn Jahren auch Versuche unternommen, die Spezifität einzelner Arzneimittel bei bestimmten aus der Arzneimittellehre bekannten Symptomen zu überprüfen:

- Nach einer Studie von Gibson et al. (1980) besserte eine individuelle homöopathische Behandlung bei Patienten mit chronischer Polyarthritits (die nach den ARA-Kriterien diagnostiziert werden mußte) Schmerzempfinden, Beweglichkeit der Gelenke, Morgensteifigkeit, Funktionsindex und Laborwerte; es wurde jedem Patienten individuell sein Konstitutionsmittel verordnet, wobei aber weder Arzt noch Patient wußten, ob die tatsächlich eingenommenen Globuli Verum oder Placebo waren (n = 46, doppelblind,  $p < 0.01$ ).
- Nach Brigo (1987) senkten Bell., Cycl., Gels., Ign., Lach., Nat-m., Sil. oder Sulph., jeweils in der C30 gegeben, die Anfallshäufigkeit von Migräne hochsignifikant ( $p < 0.000001$  unter Verum gegenüber  $p = 0.04$  unter Placebo); hier wurden nur solche Migräne-Patienten in die Studie aufgenommen

men, deren Beschwerden in das Mittelbild eines dieser acht Arzneimittel paßten (n = 60, randomisiert, kontrolliert, doppelblind). Das Urteil der Patienten über den Erfolg: In der Verum-Gruppe bezeichneten 47 Prozent den Erfolg als »sehr gut«, 33 Prozent als »gut«; in der Placebo-Gruppe dagegen 7 Prozent als »sehr gut« und 7 Prozent als »gut«.

- Nach Schwab (1990) bewirkte Sulphur C30, C200 und C1000 bei ausgewählten (Sulphur-)Patienten eine Besserung ihres Zustandes, aber auch Erstverschlimmerungen sowie neue (Sulphur-)Symptome (n = 46, randomisiert, kontrolliert, doppelblind,  $p < 0.001$  – letzteres heißt, daß der Unterschied zwischen dem Ergebnis der Verum- und demjenigen der Placebo-Gruppe zu 99,9 % nicht auf Zufall beruht).

Eine Meta-Analyse der bis dahin publizierten kontrollierten klinischen Studien ergab schließlich folgendes:

- Nach Kleijnen et al. (1991) zeigten von 105 analysierten Studien 81 positive Wirkungen der Homöopathie, wobei die meisten Arbeiten allerdings von geringer methodologischer Qualität gewesen seien; doch habe es »auch viele Ausnahmen« gegeben. Fazit: »Das positive Ergebnis berechtigt zu weiteren, gut durchgeführten Studien«.

Soweit der aktuelle Stand der Wirksamkeitsnachweise von »Hochpotenzen«. Alle hier aufgeführten Studien befaßten sich mit »Potenzen«, deren chemischer Wirkstoffgehalt gleich Null war.

#### Physikalische Aspekte »potenzierter« Arzneimittel

»Hochpotenzen« wurden aber auch nach rein physikalischen Kriterien untersucht. So war zum Beispiel Radioaktivität bei »potenzierten« radioaktiven Substanzen lediglich bis zur C9-Auflösung (im »Mehrglasverfahren«) nachweisbar (Ducassou et al. 1973 u. a.) – was ganz dem berechneten stofflichen Gehalt dieser Auflösung entsprach: Nach der Loschmidtschen Zahl enthält ein Mol einer Substanz bekanntlich  $6,02 \times 10^{23}$  Moleküle. Daraus wird gefolgert, daß spätestens ab einer C12-Auflösung

( $10^{-24}$ ) kein Molekül der Ausgangssubstanz mehr darin enthalten sein kann.

Auch physikalische Einflüsse auf die Wirksamkeit von »Potenzen« wurden beobachtet. So konnten »potenzierte« Arzneimittel offenbar durch Erhitzen inaktiviert werden (Boiron et al. 1971 u. a.). Darüber hinaus wurde auch eine Abhängigkeit vom Herstellungsverfahren, also von der Anzahl der Schüttelschläge, der Dauer der Pausen zwischen den »Potenzierungs«-Schritten usw. beschrieben (Jones et al. 1983 u. a.).

Schließlich konnten anscheinend sogar physikalisch meßbare Unterschiede zwischen »Potenzen« und bloßen Verdünnungen festgestellt werden. »Potenzen« bewirkten demnach – im Gegensatz zu bloßen Verdünnungen – unter anderem Veränderungen der Stromstärke- und Spannungskurven in Elektrolytlösungen (Kurven mit Minima und Maxima; Beier 1954), der Licht-Extinktion (Wurmser et al. 1948), der Dielektrizitätskonstante (Brucato et al. 1966 u. a.), der Steighöhe in Kapillargefäßen (Kurven mit Minima und Maxima; Kumar et al. 1981), der Spektrallinien in der Kernspinresonanz-Spektrographie (NMR; Sacks 1985 u. a.), der Relaxationszeiten der Protonen des Wassers (Lasne et al. 1976), der Thermolumineszenz-Energie (Gutmann et al. 1986) usw.

#### Naturwissenschaftliche Hypothesen zur Wirkungsweise von »Potenzen«

Diese und weitere Befunde gaben Anlaß zu naturwissenschaftlichen Hypothesenbildungen über die Wirkungsweise von »potenzierten« Arzneimitteln. So stellten Barnard et al. (1967) die *Imprint-Hypothese* auf, wonach die Information des Ausgangsstoffs in das Lösungsmittel sozusagen eingedrückt werde. Diese Hypothese besteht bis heute, in unterschiedlichen Modifizierungen:

- Barnard et al. (1967) stellten sich vor, daß die Information des Arzneistoffs in Form von stereospezifischen, isotaktischen Wasserpolymeren gespeichert und weitergegeben werde.

- Nach Kumar et al. (1981) geschieht die Informationsspeicherung durch eine bestimmte Anordnung der elektrischen Dipole Wasser und Milchzucker.
- Nach Sharma (1982) wird die Information über die Elektronen der äußersten Elektronenhülle von Arznei- und Lösungsmittel übertragen.
- Nach Popp (1977 und 1983) beruht die von allen Zellen ausgehende ultraschwache Photonenstrahlung auf einem von der DNS ausgehenden kohärenten Biophotonen-Feld; die beim »Potenzieren« eines Arzneimittels angeregten kohärenten Zustände höherer Ordnung (im Sinne dissipativer Strukturen) sollten demnach die bei Krankheit gestörte Kohärenz des Photonen-Feldes des Organismus wiederherstellen können.
- Nach Luu et al. (1980 und 1985) sind die entscheidenden Informationseinheiten des Wassers dreidimensionale Cluster mit Wasserstoffbrückenbindungen.
- Nach Ludwig (1985) und Smith (1987) kann die Wasserstruktur durch elektromagnetische Wellen geprägt werden; im Resonanzspektrum des Lösungsmittels ist die Information des Arzneistoffs enthalten und kann mit den Eigenfrequenzen des Organismus in Multiresonanz treten.
- Nach Resch und Gutmann (1986) besitzt Wasser, analog zur Systemorganisation von Festkörpern, als organisches Pseudomakromolekül eine hohe Ordnungsstruktur; »Potenzieren« führt über eine Veränderung der strukturmodifizierenden Zentren zu einer Präzisierung der Information des Arzneistoffs.

### Wirkkriterien homöopathischer Arzneimittel. Abgrenzung vom Placebo-Effekt

Ganz unabhängig von den Ergebnissen vermeintlicher Doppelblindstudien zum Wirksamkeitsnachweis oder von Hypothesen zum Wirkungsmechanismus »potenzierter« Arzneisubstanzen

beanspruchen erfahrene homöopathische Ärzte allerdings ihrerseits, durchaus auch über *klinische Kriterien* zu verfügen, um eine Arzneiwirkung von einem Placebo-Effekt abgrenzen zu können [vgl. 1]. Neben der Wirksamkeit bei Pflanzen, Tieren, Bewußtlosen und Säuglingen seien dies vor allem die charakteristischen Erstverschlimmerungen nach der Gabe von »Arzneipotenzen«, das Auftreten von charakteristischen Nebensymptomen bei unvollkommener Ähnlichkeit zwischen Krankheits- und Arzneisymptomen, eine zu beobachtende Wirkumkehr im Sinne einer Arzneimittelprüfung bei zu langer Einnahme einer »Arzneipotenz« sowie die Wirkungslosigkeit nicht richtig gewählter Mittel (als Argument gegen den Placebo-Einwand). Außerdem sah man die einzelnen Wirkungen – ohne daß diese konkret voraussehbar wären – sich innerhalb des aus den Arzneimittelprüfungen bekannten Bereichs entfalten. Darüber hinaus konnten viele Symptome aus Arzneimittelprüfungen offenbar auch klinisch verifiziert werden.

Nach dem nun beendeten Exkurs in die Welt der randomisierten, kontrollierten Doppelblindstudien sowie der physikalischen Meßverfahren und der naturwissenschaftlichen Hypothesenbildung, in die eine Beschäftigung mit dem Placebo-Einwand gewöhnlich zu führen pflegt, bleibt nun die Entwicklung der speziellen Lehre Hahnemanns zur Behandlung chronischer Krankheiten zu betrachten.

## **Die homöopathische Behandlung chronischer Krankheiten. Die »Psora-Theorie«**

### Hahnemanns Ausgangspunkt

Nachdem Hahnemann 1810 im »Organon der rationellen Heilkunde« die Homöopathie in umfassender Weise begründet und lehrbuchartig dargestellt hatte, bemerkte er nach eigener Aussage bereits ab 1816, daß sie in ihrer damaligen Form zumindest

nicht alle Krankheiten zu heilen vermochte. Bei »akuten Krankheiten, epidemischen Seuchen, sporadischen Fiebern und venerischen Krankheiten« war für ihn zwar die allgemeine homöopathische Behandlung »jedem allöopathischen Verfahren überlegen«, doch über die homöopathische Behandlung chronischer Krankheiten konnte er nur sagen: »Ihr Anfang war erfreulich, die Fortsetzung minder günstig, der Ausgang hoffnungslos.« Dieser mißliche Zustand veranlaßte Hahnemann, zwölf Jahre lang an der Entwicklung einer Modifikation seiner Lehre zu arbeiten, so daß schließlich auch chronische Krankheiten homöopathisch heilbar würden.

### Hahnemanns Beobachtungen und Folgerungen

Die 1828 von Hahnemann erstmals dargestellte »Psora-Theorie« beruht logisch auf fünf Beobachtungen und Analogieschlüssen:

1. Wenn man bestimmte Symptome einer chronischen Krankheit behandelte, konnten diese zwar vorübergehend verschwinden, kehrten dann aber in abgeänderter Gestalt wieder. Daraus schloß Hahnemann, daß die behandelten Symptome nicht die ganze Krankheit repräsentierten, sondern nur einen Teil eines tief liegenden *Ur-Übels*.
2. Chronische Krankheiten zeigten einen chronischen Verlauf, wie er zum Beispiel von der Syphilis bekannt war. Daraus schloß Hahnemann, daß auch dem gesuchten Ur-Übel – wie eben der Syphilis, von der man dasselbe annahm – ein chronisches *Miasma* zugrunde liegen müsse.
3. Bei fast allen chronisch kranken Patienten konnte ein Krätz-Ausschlag in der Vorgeschichte nachgewiesen werden. Daraus schloß Hahnemann, daß chronische Krankheiten generell auf eine *Infektion mit Krätze* zurückzuführen seien.
4. Die Unterdrückung eines Krätz-Ausschlags führte oft zur Exazerbation einer bereits bestehenden chronischen Krankheit. Daraus schloß Hahnemann, daß der Krätz-Ausschlag

selbst nur ein *vikariierendes* (stellvertretendes) *Lokalsymptom* für die eigentliche »innere Krätzkrankheit« sei – wie er das im übrigen auch für den Schanker der Syphilis annahm.

5. Bei den 20 Prozent der Patienten schließlich, wo sich kein früherer Krätz-Ausschlag eruieren ließ, erwiesen sich Hahnemanns »antipsorische« Mittel dennoch als hilfreich. Daraus folgerte Hahnemann, daß die Krätzkrankheit hier »schon in der Wiege« (1828, 1835) oder durch »*Erbschaft*« (1842) übertragen worden sein mußte.

Neben diesen allgemeinen Beobachtungen und Folgerungen führte Hahnemann in seinem grundlegenden Werk aber auch über fünfzig Symptome aus der Literatur an, die nach der Beseitigung eines vikariierenden Hautausschlags aufgetreten waren; die Beispiele reichten von »Bluthusten« über »Wasserkopf« bis zu »Knochenfraß« und »Wahnsinn«. Hahnemann sah darin Belege für die Gefährlichkeit der inneren Krätzkrankheit.

Selbst beobachtet hatte Hahnemann, der nach eigener Aussage selber »nie psorisch war«, die über fünfzig vermeintlichen »Zeichen der noch schlummernden Psora«, eines Zustands, in dem man sich zwar leidlich gesund fühle, aber bereits geringste Anlässe unverhältnismäßig heftige Krankheiten auslösen könnten. Zu diesen Zeichen rechnete er unter anderem Nasenbluten, Wadenkrämpfe oder Abneigung gegen Milch.

Auch die über vierhundert Symptome der »offenbaren Psora«, die Hahnemann hier auflistete, hatte er alle selbst beobachtet, und zwar ausschließlich an solchen chronisch Kranken, die eine Krätz-Ansteckung in der Vorgeschichte hatten und erfolgreich mit »antipsorischen« Arzneien behandelt worden waren. Diese letzteren Symptome waren für ihn nun die eigentlichen »Elemente, aus denen sich das ... Krätz-Siechtum zu der unübersehbaren Zahl chronischer Krankheiten zusammensetzt«.

Die »Psora« war für Hahnemann also eine innere Krätzkrankheit, die durch Ansteckung über die Haut übertragen werde und die zunächst – als vikariierendes Symptom – einen Hautausschlag bilde. Würde dieser durch eine rein äußere

Behandlung unterdrückt, so würde die innere Krätzkrankheit auflockern und sich in Form einer chronischen Krankheit äußern, welche die unterschiedlichsten Gestalten annehmen könne. Bei deren Behandlung sollten demnach – über die aktuellen Symptome der vorliegenden chronischen Krankheit hinaus – stets auch die übrigen Symptome der »offenbaren Psora« berücksichtigt werden.

An der homöopathischen Entsprechung zwischen Krankheits- und Arzneimittel-Symptomen hatte sich durch diese späte Modifikation der Homöopathie allerdings nichts geändert.

### Hahnemanns Einteilung und historische Pathologie der chronischen Krankheiten

Nach Hahnemanns Einteilung gäbe es überhaupt nur drei verschiedene Arten von chronischen Krankheiten:

- zunächst die beiden venerischen Krankheiten *Syphilis* und *Sykosis*, die zusammen etwa ein Achtel aller chronischen Krankheiten auszumachen schienen; behandelt wurde die Syphilis (die es nach Hahnemanns Angaben seit 1493 gab) mit Mercurius solubilis C30 und die Sykosis (die nach Hahnemann besonders seit den französischen Kriegen 1809 – 1814 sehr verbreitet war) vor allem mit Thuja occidentalis C30;
- die übrigen sieben Achtel aller chronischen Krankheiten, also alle nicht-venerischen, hatten für Hahnemann ausnahmslos den gleichen Ursprung: »Psora«; hier war das Hauptmittel Sulphur, jedoch kamen – je nach individueller Symptomatologie – auch die übrigen »antipsorischen« Arzneien in Frage.

Der Versuch Hahnemanns, sozusagen historisch zu beweisen, daß »Psora« die älteste chronisch-miasmatische Krankheit der Menschheit sei, kann einer kritischen Beurteilung der von ihm zitierten Quellen allerdings nicht standhalten: Die hebräischen Wörter »garab«, »yaläpät« und »sara'at« – wie sie sich im Buch Leviticus des Alten Testaments finden – bezeichnen keinen Krätz-

Ausschlag, sondern sie bedeuten (in der Reihenfolge ihrer Nennung) »Ekzem«, »Lichen« und »Lepra«. Auch bei dem von Hahnemann angeführten »Sankt-Antonius-Feuer« des Mittelalters handelte es sich nicht um eine Abart der Krätze, sondern um eine Secale-Vergiftung, den Ergotismus. Hahnemanns Platon sowie sein Cicero-Zitat schließlich lassen beide keine medizinische Schlußfolgerung zu [vgl. 2].

### Der Status der »Psora-Theorie«

Hahnemann war sich bei seiner Modifikation der allgemeinen Homöopathie, die er ausdrücklich »Psora-Theorie« nannte, des Hypothesencharakters derselben durchaus bewußt. Da diese Theorie auf Analogieschlüssen beruhte, die keine zwingenden Schlüsse sind, hatte sie selbst in Hahnemanns Augen nur eine »analoge *Wahrscheinlichkeit*«, die er allerdings auf 99 Prozent schätzte. Solange aber – so forderte Hahnemann – keine bessere Theorie als Grundlage für die Behandlung chronischer Krankheiten existiere, sollten die Bezweifler der Theorie diese durch eigene Anwendung erst einmal selbst nachprüfen: »Negantis est probare.«

Die praktischen *Konsequenzen*, welche die »Psora-Theorie« für die Behandlung chronisch Kranker mit sich brachte, bestanden hauptsächlich darin, daß bei chronischen Krankheiten fortan ausschließlich »antipsorische« Mittel verordnet werden sollten, d. h. Arzneimittel, die nicht nur auf die aktuellen Symptome homöopathisch passen, sondern auch auf die potentiellen anderen »psorischen« Symptome.

Konkret folgte daraus die Notwendigkeit einer eingehenden biographischen Anamnese sowie die Verwendung von sogenannten Polychresten, also »vielnützigen« Mitteln, die in Arzneimittelprüfungen an Gesunden erfahrungsgemäß eine große Anzahl von Symptomen hervorbringen und sich dadurch ebenso vielen (potentiellen) Symptomen des Patienten anpassen lassen konnten.

## Praktische Hinweise und Ausblick

### Homöopathie als idiographische Wissenschaft

Die für viele nun naheliegende praktische Frage, welche Krankheiten denn vorzüglich mit Homöopathie zu behandeln seien, ließe sich, falls überhaupt, nur indirekt beantworten – aufgrund der prinzipiellen, methodologischen Verschiedenheit der Homöopathie von allen anderen Formen der Medizin. Die genannte Frage setzt nämlich bereits voraus, daß bei der Behandlung von kranken Menschen prinzipiell von deren individuellen Besonderheiten abstrahiert werden könne und lediglich die »Krankheits«-Diagnose über Therapie und Prognose der Patienten zu entscheiden habe. Ganz im Gegensatz hierzu wird in der Homöopathie aber versucht, den einzelnen Kranken gerade in seiner Individualität zu erforschen und das Arzneimittel letztlich aufgrund der Totalität der bei ihm aufgefundenen Zeichen und Symptome auszuwählen, wobei die eigentliche Krankheitsdiagnose eine eher untergeordnete Rolle spielt. Anstatt vorwiegend nach allgemeinen Gesetzmäßigkeiten und Korrelationen zwischen abstrahierten Begriffen zu suchen und zu handeln, trachten Homöopathen also von ihrem Anspruch her danach, jedem einzelnen Kranken in seiner individuellen Einmaligkeit und Unvergleichlichkeit gerecht zu werden.

Zur Bezeichnung des prinzipiellen Unterschieds dieser beiden Ansätze erwies sich das 1904 von dem Neukantianer Wilhelm Windelband (1848–1915) geprägte Begriffspaar »nomothetisch« und »idiographisch« als naheliegend:

- Nomothetische Wissenschaften (von griechisch »nomos«, Gesetz, und »tithemi«, setzen) sind demnach primär auf allgemeine Gesetzmäßigkeiten ausgerichtet; dieses Bestreben sei vor allem in den Naturwissenschaften anzutreffen.
- Idiographische Wissenschaften (von griechisch »idios«, eigen, und »graphein«, schreiben) befassen sich demnach mit

dem Einmaligen, Besonderen, Individuellen, wie dies vor allem für die Kulturwissenschaften typisch sei.

Der Homöopathie-Historiker Rudolf Tischner (1879–1961) hat diese Unterscheidung 1916 in den Bereich der Medizin übertragen und die naturwissenschaftlich orientierte Medizin den nomothetischen Wissenschaften zugeordnet, die Homöopathie dagegen mehr den idiographischen.

### Indikationen für eine homöopathische Behandlung

Seit Hippokrates ist in der Medizin der Grundsatz allgemein anerkannt, daß vor jeder Behandlung eine genaue Diagnose zu stehen habe. Auch hinsichtlich des Prinzips, daß, wo eine eindeutige Ursache für eine Krankheit zu finden ist, deren Beseitigung, falls möglich, allem weiteren vorausgehen habe, herrscht im allgemeinen Übereinstimmung selbst unter Ärzten unterschiedlichster therapeutischer Spezialisierung. Bei funktionellen Regulationsstörungen aber, wo weder ein Anhalt für organische Schäden noch für eine lebensgefährdende Situation zu bestehen und wo gerade keine klare Ursache abgrenzbar zu sein scheint, würde ein Homöopath allerdings einen Versuch mit homöopathischen Mitteln angezeigt finden. Über solche methodologischen Selbstbestimmungen hinaus halten die Vertreter der Homöopathie die Grenze ihres Indikationsbereichs aber auch für abhängig von der Ausbildung, den Fähigkeiten und der Erfahrung des jeweiligen Therapeuten.

Während Krankheiten mit definitiven morphologischen Veränderungen, z. B. Gallensteine, Krebs, Leberzirrhose, Pankreasinsuffizienz o. ä., im allgemeinen primär chirurgisch, chemotherapeutisch, radiologisch, substitutiv etc. und höchstens ergänzend homöopathisch behandelt werden, wird bei vorwiegend funktionellen Erkrankungen in der Homöopathie also versucht, mittels entsprechender Behandlung gezielt die Selbstheilungskräfte des Organismus anzuregen. Da reguläre Pharmaka und homöopathische Arzneimittel verschiedene Ansatzpunkte im Organismus

zu haben und sozusagen auf verschiedenen Ebenen zu wirken scheinen, wäre eine gleichzeitige Behandlung von beiden Seiten her nicht grundsätzlich ausgeschlossen. In der Tat wurden und werden zahlreiche Patienten, die etwa wegen Asthma bronchiale, Migräne, Neurodermitis, Colitis ulcerosa, chronischer Polyarthrit, Hypertonus o. ä. »schulmedizinischer« Medikamente bedürfen, homöopathisch mitbehandelt. Je nach individuellem Fall konnte auf diese Weise die Dosis der benötigten Steroide, Analgetika, Antirheumatika, Immunsuppressiva usw. zuweilen deutlich reduziert werden, was angesichts der beträchtlichen unerwünschten »Neben«-Wirkungen dieser Medikamente jeweils einen beachtlichen Erfolg bedeutete.

Infektionskrankheiten werden, sofern ein obligatorisch pathogener Erreger vorliegt, der vom Organismus gewöhnlich nicht überwunden werden kann (Syphilis o. ä.), konventionell grundsätzlich antibiotisch behandelt. Sofern es sich aber um chronisch rezidivierende Infekte mit fakultativ pathogenen Erregern handelt (rezidivierende Sinusitiden, chronische Cystitis o. ä.), legen Homöopathen ihr Hauptaugenmerk weniger auf die ubiquitären Keime als vielmehr auf die Anfälligkeit des betreffenden Menschen für solche Krankheiten. Dementsprechend wird hier durch eine konstitutionelle homöopathische Behandlung des Einzelfalls beabsichtigt, die Disposition des Patienten zu diesen Infekten zu beseitigen (sogenannte »Therapie des Terrains«).

Bei Mangelkrankheiten (Minerale, Vitamine o. ä.) werden zum einen die jeweiligen Stoffe gewöhnlich substituiert bzw. vermehrt in der Nahrung zugeführt. Gleichzeitig versuchen Homöopathen aber auch, deren Resorption als solche durch eine Regulationstherapie wie die Homöopathie anzuregen. Bei Allergien wird üblicherweise gefordert, möglichst sämtliche Allergene konsequent zu meiden. Darüber hinaus versuchen Homöopathen ebenso, durch eine individuelle konstitutionelle Therapie die allgemeine Reaktionslage des überempfindlichen Organismus zu normalisieren. Bei genetisch fixierten Defekten (Mukoviszidose o. ä.) kann der Genotyp zwar meist (noch) nicht verän-

dert werden, doch wurden nach homöopathischer Behandlung in einzelnen Fällen Verbesserungen im Phänotyp, also der tatsächlichen Ausprägung der Krankheit, beobachtet. Bei sogenannten psychosomatischen Krankheiten dürften bestimmte Persönlichkeitsstrukturen oder Umweltfaktoren wohl kaum allein medikamentös zu verändern sein, doch konnten im Verlauf unterstützender homöopathischer Behandlung einzelne Patienten anscheinend auch psychisch stabilisiert und zum Beispiel psychotherapeutische Maßnahmen erleichtert werden. Rein funktionelle Krankheiten schließlich entziehen sich, sofern sie organisch »ohne Befund« sind (Dysmenorrhöe, vegetative Dystonie, Sterilität o. ä.), im allgemeinen zwar einer spezifischen regulären Pharmakotherapie, konnten allerdings mit regulativen Therapien wie der Homöopathie im Einzelfall nachweisbar erfolgreich behandelt werden.

Besonders wirksam erwies sich – nach dem Urteil ihrer Vertreter – die Homöopathie ganz allgemein bei Kindern, die offensichtlich schneller und deutlicher auf verabreichte Arzneimittel reagieren als Erwachsene. Als besonderer Vorzug der Homöopathie vor anderen Arten der Arzneitherapie wird schließlich die Behandlung von Schwangeren genannt, da aufgrund des nur regulativen Charakters der Homöopathie sowie der meist nicht-stofflichen Arzneigaben hier keine teratogenen Wirkungen zu erwarten seien.

Die größte Gefahr, die mit einer homöopathischen Therapie verknüpft sein könnte, bestünde nach dem bisherigen eigentlich darin, daß sie auch dort angewandt wird, wo primär andere Maßnahmen der regulären Medizin angezeigt wären, und so zum Schaden des Patienten wertvolle Zeit verstreicht. Um dies zu vermeiden, müßte die Ausübung der Homöopathie ausschließlich auf solche Therapeuten beschränkt werden, die nicht nur ihre eigene Spezialität, sondern das gesamte Feld der Medizin zu überblicken imstande sind. Denn um eine Grenze als solche zu erkennen, muß man bekanntlich gleichzeitig schon über sie hinaus sein.

## Besonderheiten einer homöopathischen Behandlung

Aus der Sicht des Patienten fällt bei der Konsultation eines homöopathischen Arztes zunächst auf, wieviel Zeit er einem gewöhnlich läßt, sämtliche Beschwerden in aller Ausführlichkeit zu schildern, und wie genau er oft bis ins kleinste Detail bei Symptomen nachfragt, die mit dem Leiden, wegen dem man eigentlich kommt, scheinbar nicht das geringste zu tun haben. Nachdem er sich – bei einem chronischen Fall – etwa ein bis zwei Stunden lang alle Einzelheiten notiert hat, blättert er meist in einigen seiner voluminösen Repertorien und mehrbändigen Arzneimittellehren, oder er befragt seinen mit ebendiesen Werken bestückten Computer. Als Resultat dieser Bemühungen kommt es dann schließlich (im Falle der Verordnung einer C-Potenz) zu der einmaligen Gabe einiger kleiner weißer Zuckerkügelchen oder (im Falle der Verordnung einer Q-Potenz) zu der Anweisung, täglich eine Auflösung solcher Kügelchen in Wasser einzunehmen.

Solange dann eine Besserung des Zustands anhält, sollte man (nach der Verabreichung einer C-Potenz) lediglich abwarten bzw. (bei Behandlung mit einer Q-Potenz) mit der Einnahme fortfahren; wenn jedoch eine Verschlechterung eintritt oder sich neue, bisher unbekannte Symptome zeigen, sollte man sich wieder melden und sämtliche Veränderungen genau berichten. Ein Krankheitsverlauf »von innen nach außen«, also zum Beispiel die vorübergehende Verschlechterung eines Hautausschlags bei gleichzeitiger Aufhellung der Stimmung, wird unter einer homöopathischen Therapie im allgemeinen als gutes Zeichen angesehen, während der umgekehrte Fall als »Unterdrückung« sowie als Anlaß zur Revision des Mittels gewertet wird. Die Einnahme von Kaffee, Tee sowie sonstiger »arzneilicher« Getränke und Nahrungsmittel sollte während der gesamten Behandlung möglichst vollständig unterbleiben, da man annimmt, daß diese Substanzen die Wirkung homöopathischer Mittel antidotieren oder zumindest verändern könnten.

Eine homöopathische Behandlung erfordert also nicht nur vom Therapeuten, sondern auch vom Patienten ein hohes Maß an Aufmerksamkeit, Beobachtungsgabe und Disziplin.

### Hilfe durch homöopathische Behandlung

Die Frage nach den Erfolgen homöopathischer Therapie stößt auf dieselben methodologischen Schwierigkeiten wie die nach ihren speziellen Indikationen. Da Arzneimittel in der Homöopathie primär nicht nach Krankheitsdiagnosen, sondern aufgrund des Symptomeninbegriffs des jeweiligen Patienten verordnet werden, könnte es zum Beispiel vorkommen, daß von zehn verschiedenen Patienten, die alle – nach regulär-medizinischen Begriffen – an ein und derselben Krankheit leiden, jeder durch ein anderes homöopathisches Mittel behandelt wird und möglicherweise auch eine Besserung erfährt. Wo es aber keine eindeutige Zuordnung zwischen bestimmten Krankheiten und den bei diesen angewandten Medikamenten gibt, lassen sich keine Gruppen einheitlich behandelter Patienten bilden und mit anderen, ebenso einheitlich, aber anders behandelten Gruppen vergleichen, was die Basis einer überprüfbareren Statistik wäre. Die Frage »Wie erfolgreich ist die Homöopathie bei ... ?« könnte demnach also grundsätzlich niemals mit Prozentzahlen oder ähnlichem beantwortet werden.

Ob homöopathisch »potenzierte« Arzneien überhaupt eine Wirkung haben, könnte sich nach Art der bereits aufgeführten Wirksamkeitsnachweise zeigen lassen. Ob bzw. inwieweit die Behandlung eines bestimmten Individuums aber zu einer Heilung oder Besserung des Krankheitszustandes führen wird, darüber könnte es in der Homöopathie – ebensowenig wie in der übrigen Medizin – ohnehin niemals eine apriorische Sicherheit, sondern allenfalls Wahrscheinlichkeiten geben. Doch selbst in der mit empirischen Statistiken abgesicherten regulären Pharmakotherapie würde es einem Patienten wenig helfen, zu wissen, daß sich ein Medikament etwa nur bei fünf Prozent der Pro-

banden als unwirksam erwiesen habe oder eine bestimmte irreversible Nebenwirkung nur bei einem Prozent derselben aufgetreten sei, wenn er selber einer der Betroffenen wäre.

Der Umstand, daß die Homöopathie dem Versuch einer statistischen Festlegung ihrer Wirksamkeit entgleitet, scheint indes auch eine positive Konsequenz zu haben. Indem hier nämlich grundsätzlich primär nicht nach Krankheitsnamen, sondern stets nach der jeweils vorliegenden Symptomatik behandelt wird, läßt sich eigentlich kein Fall denken, wo homöopathische Hilfe praktisch nicht möglich oder es sozusagen »zu spät« für sie wäre. Selbst bei sonst als »aussichtslos« bezeichneten Endzuständen sogenannter unheilbarer Krankheiten könnten auf diese Weise prinzipiell immer Anhaltspunkte für eine differenzierte, individuelle Behandlung gefunden werden. Anstatt Schmerzen ausschließlich durch bewußtseinstrübende Betäubungsmittel zu unterdrücken, könnte mit Hilfe homöopathischer Behandlung hier sozusagen bis zum letzten Atemzug versucht werden, nicht nur das allgemeine Befinden zu bessern, sondern auch Schmerzzustände nebenwirkungsfrei zu lindern und so dem Patienten einen würdigen, menschlichen Tod zu ermöglichen.

#### Die Behandlung chronischer Krankheiten mittels Homöopathie: Alternative oder Anachronismus?

Wenn nun abschließend versucht werden sollte, die Ausgangsfrage zu beantworten, so müßte dazu unter anderem wohl auch der diesbezügliche Standpunkt des Begründers der Homöopathie berücksichtigt werden. So überzeugt nun Hahnemann einerseits von der Richtigkeit und Unersetzbarkeit der von ihm inaugurierten Ähnlichkeitstherapie war, so unmißverständlich bezeichnete er andererseits die Kausaltherapie von Krankheiten ausdrücklich als die »königliche Straße« in der Behandlung, der überall da, wo sie gangbar sei, der Vorzug gebühre [vgl. 9].

Eine *Alternative* könnte die Homöopathie demnach nur für solche Krankheitsfälle sein, wo (noch) keine direkte kausale Arz-

neitherapie bekannt bzw. möglich ist – zu dieser Gruppe scheinen allerdings die meisten chronischen Krankheiten zu gehören. Da nun wiederholt günstige Wirkungen von homöopathischen Mitteln auf den Verlauf von zuvor therapieresistenten chronischen Krankheiten beschrieben wurden, müßte die Homöopathie – zumindest in diesen Fällen – nachträglich sozusagen als Alternative zur jeweils vorausgegangenen Behandlung angesehen werden. Ein wenig verallgemeinernd, könnte man daher einen Versuch mit ihr möglicherweise überall dort als legitim betrachten, wo andernfalls nur die langfristige medikamentöse Palliation von Symptomen übrigbliebe; außerdem sollte dabei die Schwere des Krankheitszustandes die Regulationsfähigkeit des Organismus nicht übersteigen – der Patient sich also nicht gerade etwa in einem akuten Schub einer Neurodermitis, Polyarthritis o. ä. befinden.

Als *Anachronismus* könnte man die Behandlung chronischer Krankheiten mittels Homöopathie eigentlich erst dann bezeichnen, wenn wirklich für alle Krankheiten eine direkte kausale Arzneitherapie bekannt bzw. möglich wäre. Erst dann gäbe es für die Homöopathie, die ihre Existenz gerade dieser Lücke in der regulären Pharmakotherapie von Krankheiten verdankt, sozusagen keine Indikationen mehr. Bis zum lückenlosen Vorhandensein einer kausalen Arzneitherapie sämtlicher Krankheiten – was im Moment überhaupt nicht absehbar zu sein scheint – könnte die Homöopathie dagegen als eine eigenständige Bereicherung der Heilkunst angesehen werden, die weiterhin gepflegt, erforscht und – unter den genannten Einschränkungen – von chronisch Kranken in Anspruch genommen werden sollte.

## Literatur

- [1] Braun, A.: Homöopathie und moderne Medizin. Allg.hom.Ztg. 228, 193–201 (199), 1983.
- [2] Klunker, W.: Hahnemanns historische Begründung der Psoratheorie. Zschr.klass.Hom. 34, 3–13, 1990.

- [3] Organon der Heilkunst. Textkritische Ausgabe der von Samuel Hahnemann für die sechste Auflage vorgesehenen Fassung [1842]. Bearb., hrsg. u. mit e. Vorw. vers. von J. M. Schmidt. Haug, Heidelberg 1992.
- [4] Righetti, M.: Forschung in der Homöopathie. Wissenschaftliche Grundlagen, Problematik und Ergebnisse. Burgdorf, Göttingen 1988.
- [5] Schmidt, J. M.: Anthropologie und Medizin. Zum Menschenbild unterschiedlicher therapeutischer Konzepte. Allg.hom.Ztg. 237, 95–104 u. 140–148, 1992.
- [6] Schmidt, J. M.: Bibliographie der Schriften Samuel Hahnemanns. Siegle, Rauenberg 1989.
- [7] Schmidt, J. M.: Das Konzept einer rationalen Heilkunde bei Samuel Hahnemann – Grundlagen und Schwierigkeiten. In: Proc. 46th Congr. Liga Med. Hom. Int., May 6–11, 1991, Cologne. Kirchheim, Mainz 1991, 50–54.
- [8] Schmidt, J. M.: Die philosophischen Vorstellungen Samuel Hahnemanns bei der Begründung der Homöopathie (bis zum Organon der rationellen Heilkunde, 1810). Sonntag, München 1990.
- [9] Schmidt, J. M.: Der Simile-Weg als deuterus plous in der Arzneitherapie – Konzeption und Rezeption. Doc.hom. 12, 51–59, 1992.
- [10] Schweitzer, W.: Ikonographie. Sammlung, Dokumentation, Historie und Legenden der Bilder des Hofrates Dr. med. habil. Christian Friedrich Samuel Hahnemann. Haug, Heidelberg 1991.
- [11] Tischner, R.: Geschichte der Homöopathie. Teil 1: Die Vorläufer der Homöopathie. Schwabe, Leipzig 1932.