



Leitfaden der homöopathischen Fallanalyse *neu!*

Studienblätter Sonderausgabe, von Carl Classen

121 Seiten, A4 Spiralbindung, € 24,-

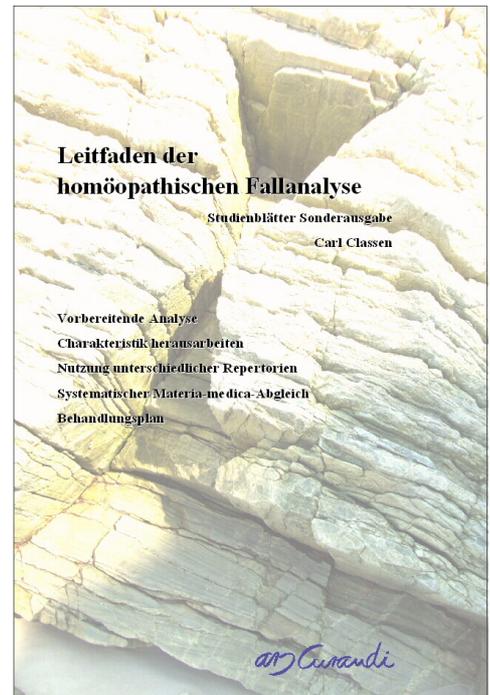
Kapitelfolge:

- Vorbereitende Analyse
- Charakteristik herausarbeiten
- Nutzung unterschiedlicher Repertorien
- Systematischer Materia-medica-Abgleich
- Behandlungsplan

Die grundlegende Darstellung homöopathischer Fallanalysetechniken spannt den Bogen von den alten Meistern Hahnemann, Jahr und Bönninghausen hin zu Kent und zur Genialität Bogers. Stärken und Eignung, aber auch Problemstellen verschiedener repertorialer Werkzeuge werden aufgezeigt. Einen großen Raum nimmt das Gesamtverständnis unserer Fälle und des „zu Heilenden“ ein, verschiedene Ansätze der Symptomengewichtung werden ebenso wie der systematische Abgleich in der Materia medica aufgezeigt.

Der „Leitfaden der homöopathischen Fallanalyse“ ist in der Studienblätter-Gesamtausgabe ab 2009 bereits mit enthalten, kann jedoch auch gesondert bestellt werden. Er wendet sich an:

- Studierende in fundierten und umfassenden Ausbildungen,
- PraktikerInnen, die bislang vorwiegend nur die Kent'sche Homöopathie kennen und ihre persönlichen Möglichkeiten erweitern möchten,
- DozentInnen, die auf ein profundes Konzept aufbauen wollen.



*Vorwort,
Inhalt,
Leseproben
auf den Folgeseiten!*

Bestellschein — faxen an **0721 - 46 44 109** oder mit der Post zusenden
oder online bestellen über www.arscurandi.de/bestellung.php (anklicken)

Hiermit bestelle ich mit 14-tägigem Rückgaberecht

---- Exemplare „Leitfaden der homöopathischen Fallanalyse“

Name:

Straße:

PLZ / Ort:

Unterschrift:

Versandkostenfrei innerhalb Deutschlands bei Bestellung bis 31.12.2008,
danach 3,50 € Versandkostenpauschale, frei ab 50,- € Bestellwert *
Lieferung gegen Rechnung, * Ausland: generell reine Portokosten

„Leitfaden der homöopathischen Fallanalyse“ – ein Vorwort

Was soll ein Grundlagenwerk zur Fallanalyse heute leisten? Den „einen wahren Weg“ verkünden, einen Supermarkt möglichst vieler sogenannter Methoden anbieten, oder Patentlösungen bieten, die weiteres Nachdenken sparen? Schon die erste Auflage der Studienblätter 1996 gab stattdessen eine differenzierte Übersicht zur unerlässlichen Symptomengewichtung, zum Umgang mit ganz unterschiedlichen repertorialen Werkzeugen und zur Materia-medica-begründeten Arzneientscheidung. 2001 kam eine systematische Darstellung der Schritte der Fallanalyse hinzu, das Vorgehen nach *Kent* und mit *Bönninghausens Therapeutischem Taschenbuch* wurden gegenüber gestellt und auch die Repertorien von *Boger* und *Phatak* wurden einbezogen.

Statt diese Skripte weiter zu vervollständigen und zu ergänzen, entschied ich mich nochmals völlig neu anzusetzen. In unseren Homöopathie-Ausbildungskursen hatte es sich bewährt, „historisch“ vorzugehen. Von *Hahnemann* ausgehend, nutzen wir die didaktische Aufbereitung der Homöopathie durch *G.H.G. Jahr* und die strukturelle Klarheit *Bönninghausens*. Damit schaffen wir eine solide begriffliche und handwerkliche Grundlage, mit der schon recht effizient gearbeitet werden kann.

Auf dieser Basis können die Stärken wie auch Problemstellen von *J.T. Kents* Repertorium und der von *Kent* abgeleiteten Repertorien kritisch gewürdigt werden, so dass wir auch diese nutzen lernen. Ebenso wird ein Einblick in die genialen repertorialen Konzepte *C.M. Bogers* gegeben, deren täuschende Einfachheit schon eine gewisse Kunstfertigkeit verlangt. Angesichts des so genannten Methodenstreits bleibt als didaktisches Ziel die Schärfung eigener Kritikfähigkeit, was im Unterschied zu lautstark vorgetragenen Meinungen auch eigene Orientierungsfähigkeit erlaubt.

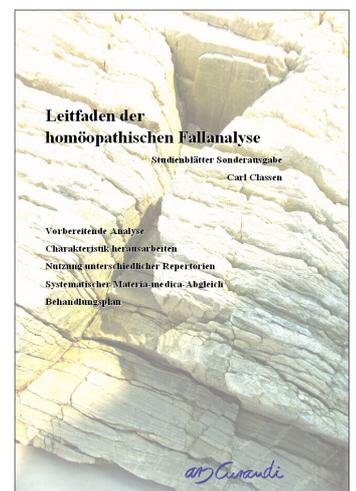
Das vorliegende Skript enthält umfassende praktische Anleitungen zur Anwendung von *Bönninghausens Therapeutischem Taschenbuch*, *Kent* und *Kent-basierten Repertorien* sowie *Bogers General Analysis*. Allem voraus gehen jedoch Kapitel zur vorbereitenden Fallanalyse – schon hier mit Fallbeispielen – und zum Herausarbeiten der Charakteristik. Dem liegt die Erfahrung aus einer großen Zahl von Supervisionsfällen zugrunde: Die praktischen Probleme liegen seltener darin, wie und wo ich eine Rubrik finde, sondern in der Auftragsklärung mit dem Patienten, in der „deutlichen Erkenntnis des zu Heilenden“ im Sinne von *Organon* § 3, sowie in mangelnder Unterscheidung von klinisch Wesentlichem und homöopathisch Charakteristischem. Dazu kommen Schwierigkeiten, über kurzgefasste Arzneimitteldarstellungen hinaus zu schauen und in ausführlichen Arzneimittellehren nicht den Wald vor Bäumen aus dem Auge zu verlieren.

Für den unverzichtbaren Abgleich der Patientensymptome in der *Materia medica* zeige ich daher Vorgehensweisen auf die erlauben, Detailsymptome im Kontext der jeweiligen Arzneydynamik zu betrachten und auf Seiten des Patienten auch eine Mehrschichtigkeit der Symptomatik bzw. miasmatische Aspekte in Betracht zu ziehen. „Behandlungspfade“ dienen schließlich dazu, den Ablauf einer homöopathischen Behandlung im gesamtmedizinischen Kontext zu betrachten.

Zielgruppen des „Leitfaden zur homöopathischen Fallanalyse“ sind:

- Studierende und Teilnehmer fundierter und umfassender Ausbildungen,
- Praktiker, die bislang nur oder vorwiegend die *Kent*'sche Homöopathie kennen und ihre Möglichkeiten erweitern möchten,
- Dozenten, die auf ein profundes Konzept aufbauen wollen.

„Mach es so einfach wie möglich, aber bitte nicht einfacher“, soll ein allbekannter Physiker seinen Studenten gesagt haben.



Inhaltsübersicht gesamt

(1) Fallanalyse – mehr als Repertorisationstechniken 7

- 1.1 Nicht nur Arzneifindung
- 1.2 Innen und Außen – der Blick auf's Ganze
- 1.2 Hintergrund und Vordergrund
- 1.3 Das Wesentliche erkennen
- 1.4 Werkzeuge der Fallanalyse
- 1.5 Die sogenannte Methodendiskussion
- 1.6 Ziele und Zielgruppe

(2) Vorbereitende Analyse: Was ist das zu Heilende? 10

- 2.1 Ist eine homöopathische Behandlung sinnvoll und der Behandlungsauftrag beidseitig geklärt?
- 2.2 Art der Krankheit: akut oder chronisch?
- 2.3 Art der Krankheit: Natürliche Krankheit, Kunstkrankheit oder „eigentlich“ keine Krankheit?
- 2.4 Pathophysiologische Einschätzung
- 2.5 Weitere therapeutische Einschätzung
- 2.6 Erste pathodynamische Einschätzung
- 2.7 Zwischenbilanz
- 2.8 Ordnung schaffen
- 2.9 Grundlegende Übersichts- und Ordnungsmöglichkeiten
- 2.10 Ordnung nach zeitlicher Entwicklung
- 2.11 Ordnung nach Vollständigkeit
- 2.12 Ordnung nach Pathologie
- 2.13 Ordnung nach Leitthemen und Zusammenhängen
- 2.14 Ordnung und Klassifizierung nach Kent oder nach Bönninghausen
- 2.15 Ergebnis: Übersichtsblatt

(3) Charakteristik herausarbeiten 25

3.1 Einleitung 25

- 3.1.1 Sinn und Ziel der Symptomengewichtung
- 3.1.2 Grundvoraussetzungen: Beständigkeit und Intensität
- 3.1.3 Flexibilität nach klaren Kriterien: die Relativität der Gewichtung
- 3.1.4 Erläuterungen zu Organon §§ 153 und 154

3.2 Die Charakteristik der Arznei 30

- 3.2.1 Was macht Mittel unterscheidbar?
- 3.2.2 Den roten Faden entdecken
- 3.2.3 Goldkörner
- 3.2.4 Verbindungen von Symptomen und Zeichen
- 3.2.5 Bönninghausens Genius-Begriff
- 3.2.6 Fehlerquellen bei Heilungssymptomen

3.2.7	Arzneistudium anhand von Fällen?	
3.2.8	Patientensymptome in der Arznei suchen	
3.2.9	Das Charakteristische der Arznei – Zusammenfassung!	
3.3	Weitere Gewichtung der Patientensymptome	36
3.3.1	Haupt- und Nebensymptome des Patienten	
3.3.2	In akuten Erkrankungen führen in der Regel die konsensuellen Symptome des Patienten	
3.3.3	In chronischen Krankheiten führen in der Regel konstitutionelle Nebensymptome	
3.3.4	Umgang mit sich widersprechenden Modalitäten des Patienten	
3.3.5	„Charakteristische“, „wesentliche“ und „pathognomonische“ Symptome	
3.3.6	Gänzlichliches Aussondern pathognomonischer Symptome ist oft nicht praktikabel	
3.3.7	Grafik zur Spezifität von Symptomen	
3.4	Gemütssymptome, Allgemeinsymptome und Lokalsymptome	43
3.4.1	Die Bedeutung von Geistes- und Gemütssymptomen – §§ 210 und 211	
3.4.2	Die Bedeutung von Geistes- und Gemütssymptomen – Symptome versus Hintergrundinformationen	
3.4.3	Müssen Gemütssymptome des Mittels auch beim Patienten zu finden sein?	
3.4.4	Die Bedeutung von Geistes- und Gemütssymptomen – kommentierte Beispiele	
3.4.5	Die Bedeutung von Geistes- und Gemütssymptomen – Zusammenfassung!	
3.4.6	Allgemeine und lokale Symptome – Grundlegendes	
3.4.7	Allgemeine und lokale Symptome – die Vierfeldertafel	
3.4.8	Allgemeine und lokale Symptome, Zusammenfassung und Kritik!	
3.5	Krankengeschichte und miasmatische Aspekte	51
3.5.1	Krankengeschichte, Zeitgestalt und Miasmantik	
3.5.2	Krankengeschichte – Gegenwart, Verwurzelung und „das Jüngste“	
3.5.3	Welche Bedeutung gaben die „Alten“ der Krankengeschichte?	
3.5.4	Krankengeschichte und Fehlerquellen	
3.5.5	Krankengeschichte und Zeitgestalt – Zusammenfassung!	
3.6	Praktische Hilfen	55
3.6.1	Merkmale zur Symptomenauswahl und Gewichtung	
3.6.2	Steckbrief – der Inbegriff der Symptome	
3.6.3	Symptomengewichtung und Klassifizierung – praktische Tipps	
3.6.4	Tabellarische Gegenüberstellung Bönninghausen - Kent - Boger	

(4)	Nutzung unterschiedlicher Repertorien	59
4.1	Grundlagen	59
4.1.1	Was ist ein Repertorium?	
4.1.2	Repertorien als Nachschlagewerk und Ideengeber	
4.1.3	Was ist eine Repertorisation?	
4.1.4	Werkzeuge der Repertorisation	
4.2	Bönninghausens Repertorien	64
4.2.1	Bönninghausens „Systematisch-Alphabetisches Repertorium“	
4.2.2	Bönninghausens „Therapeutisches Taschenbuch“ – Gliederung und relevante Ausgaben	
4.2.3	Genius-Symptome und Kombinatorik	
4.2.4	Die Graduierung in Bönninghausens „Therapeutisches Taschenbuch“	
4.2.5	Große Mittel, kleine Mittel, fehlende Mittel	
4.2.6	Was bedeuten „Polaritäten“ bei Bönninghausen?	
4.2.7	Zur Arbeitsweise mit dem „Therapeutisches Taschenbuch“	
4.2.8	Stärken, Schwächen und Eignung des „Therapeutischen Taschenbuch“	
4.3	Kent und Kent-basierte Repertorien	72
4.3.1	Kents Repertorium – ein Sammelbecken homöopathischen Wissens	
4.3.2	Die Renaissance der Kent’schen Homöopathie	
4.3.3	Repertorium Synthesis, Complete, Universale – ein Galopprennen um Nachträge	
4.3.4	Rubriken finden im „Kent“	
4.3.5	Hinweise zur halb-intuitiven Rubrikensuche in Kent und Kent-basierten Repertorien	
4.3.6	Besonderheiten der Rubrikensuche in modernen Kent-Erweiterungen inklusive Murphys Klinischem Repertorium	
4.3.7	Kenntnis der Stärken und Schwächen als Grundvoraussetzung der Arbeit mit diesen Repertorien	
4.3.8	Mittelausschluss allenfalls durch sehr sichere Rubriken	
4.3.9	Kritische Auswahl von Gemütssymptomen in allen Kent-basierten Repertorien	
4.3.10	Zurückhaltung mit klinischen Rubriken	
4.3.11	Kleine und große Rubriken	
4.3.12	Spezifizierte versus allgemeinere Rubriken, Option der Kombinatorik auch bei Kent!	
4.3.13	Symptomengruppen und Ausgewogenheit!	
4.3.14	Gesamtbetrachtung der Repertorisation	
4.4	Die repertorialen Wege C.M. Bogers am Beispiel der „General Analysis“	93
4.4.1	Bogers Repertorien und Boger-basierte Repertorien	
4.4.2	Der Weg zu Bogers Repertorien	
4.4.3	Weg und Ziel der Repertorisation mit Bogers General Analysis	
4.4.4	Orte und begleitende Beschwerden in der General Analysis	
4.4.5	Anatomische Wirkungsrichtung , Orte und Historie	
4.4.6	Anatomische Wirkungsrichtung, Befunde und Beschwerden	
4	—	

4.4.7	Empfindungen	
4.4.8	Causae und Modalitäten	
4.4.9	Die Zeit als Dimension	
4.4.10	Die krankengeschichtliche Verankerung	
4.4.11	Gesamtschau versus Spezifizierung	
4.4.12	Bogers General Analysis – Ebenen der Gesamtschau	
4.4.13	Spezifizierung	
4.4.14	Gemütssymptome in der General Analysis	
4.5	Zusammenschau und praktische Hinweise	100
4.5.1	Repertorisation, Gemütssymptome und abschließende Mittelwahl	
4.5.2	Hinweise zu Wahrscheinlichkeitsrechnung und Statistik	
4.5.3	Welches Repertorium ist für welchen Fall geeignet?	
4.5.4	Hinweise zur praktischen Anwendung von Repertorien	
4.5.5	Zusammenschau der Symptomengewichtung	
(5)	Materia-medica-Abgleich	105
5.1	Einführung	105
5.1.1	Materia-medica-Abgleich, warum?	
5.2	Unsere Werkzeuge – zur Eignung unterschiedlicher Arzneimittellehren	106
5.2.1	Arzneimittellehren, die einen ersten Überblick erlauben	
5.2.2	Arzneimittellehren, die ein vertiefendes Studium erlauben	
5.2.3	Vergleichende Arzneimittellehren und therapeutische Leitfäden	
5.2.4	Grenzen und Mängel von Arzneimittellehren	
5.3	Methodik des Materia-medica-Abgleichs	110
5.3.1	Worum es beim Materia-medica-Abgleich <i>nicht</i> geht	
5.3.2	Schritte des Materia-medica-Abgleichs	
5.3.3	Von den allgemeinen Wirkungen zum Kontext der Detailsymptome	
5.3.4	Verbundene Zeichen in Arzneimittellehren mit originalen Prüfsymptomen	
5.3.5	Mehrschichtigkeit des Falles und Mittelverwandtschaften	
5.3.6	Miasmen, pathologische Dynamik und Wirkungstiefe	
5.3.7	Gegenargumente sind sorgfältig zu prüfen	
5.3.8	Gegenargument oder Vorurteil?	
5.3.9	Tragfähige Gegenargumente im Materia-medica-Abgleich	
5.3.10	Synopse zu Materia-medica-Abgleich und Arzneientscheidung	
(6)	Behandlungspfade der Homöopathie-Praxis	119
6.1	Welchen Nutzen bringen Behandlungspfade?	
6.2	Homöopathischer Behandlungsablauf als klinischer Pfad	
6.3	Behandlungspfade in der Homöopathie als Übersichtskarte	

2.1 Ist eine homöopathische Behandlung sinnvoll und der Behandlungsauftrag beidseitig geklärt?

In den meisten Fällen klärt sich der Behandlungsauftrag des Patienten schon in den ersten Kontakten. Eine bewusste Reflexion des Themas schützt und selbst nicht weniger als die Patienten von ungunstigen Situationen. Wir sollten frei sein, eine Behandlung abzulehnen, wenn die beidseitigen Vorstellungen zu weit voneinander entfernt sind. Den Patienten nicht nur zu lenken oder gar zu erziehen, sondern in seiner Eigenverantwortlichkeit zu unterstützen und zu bestärken, bringt für uns ein größere Übereinstimmung von Heilungsziel und Weg. Ein Homöopath, der vor Impfschäden Angst macht, unterstützt eigenverantwortliche Entscheidungen ebensowenig wie ein Kinderarzt, der nur vor den schrecklichen Folgen von Masern warnt. Gar keine Auftragsklärung werden wir womöglich erreichen mit einem Patienten, der sich wegen geringfügiger Ekzeme in homöopathische Behandlung begibt, wegen seiner letzten drei Herzinfarkte aber zum Kardiologen geht und den gesamtheitlichen Zusammenhang unserer Behandlung nicht verstehen kann oder will.

- Ist der Patient bereits zur Behandlung entschieden oder gibt es vorab Beratungsbedarf?
- Versteht der Patient seine gesundheitliche Situation und die Behandlungsmöglichkeiten ausreichend, um eine freie eigenverantwortliche Entscheidung zu treffen?
- Ist eine homöopathische Behandlung im Sinne des Patientenwunsches überhaupt möglich?

Beispiel aus der Praxis

Der Patient, ein 48-jähriger Mann, hat gehört, dass Sie bei der Behandlung von Neurodermitis so gute Erfolge haben. Anlass der Behandlung ist ein mäßig juckender, atopischer Hautausschlag im Bereich der Unterarme, unter welchem der Patient seit wenigen Monaten leidet. Zu Beginn der Konsultation klären Sie ihn auf, dass Sie für eine homöopathische Behandlung die ganze Krankengeschichte in Erfahrung bringen müssen, was der Patient mit nachsichtigem Verständnis zur Kenntnis nimmt. Im Laufe der Anamnese kommen noch einige weitere Beschwerden zu Tage. Unter anderem erfahren Sie, dass er in den letzten drei Jahren zwei Bypass-Operationen hinter sich gebracht hat. Vom Internisten bekommt er noch blutverdünnende Medikamente sowie einen Betablocker und wird in gewissen Abständen kontrolliert. Der Hautausschlag ist den Umständen nach keine Reaktion auf konventionelle Arzneimittel.

Sie verschreiben eine homöopathische Arznei auf Grundlage der aktuellen charakteristischen Symptome und unter Mitberücksichtigung von Krankengeschichte und Familienanamnese, die vom Internisten verschriebene Medikation soll weiterlaufen. Die bei den Folgeterminen in Erfahrung gebrachten Reaktionen auf das verschriebene Mittel bestätigen, dass Sie im Sinne der homöopathischen Heilungsregeln mit der Arzneiwahl richtig lagen. Der Patient allerdings ist unzufrieden, da sich auf der Haut noch keine bleibende Besserung zeigt. Für die anderen Beschwerden geht er ja zum Internisten. Sie versuchen, die homöopathischen Heilungsregeln und die Grundprinzipien der Behandlung chronischer Beschwerden in einfachen Worten zu erläutern, doch für den Patienten sind dies wilde Theorien, er will nur das Jucken auf der Haut loswerden. Er bricht die Behandlung ab.

Können wir dem Patienten anlasten, dass er im Grunde eine allopathische Behandlung mit homöopathischen Mitteln wollte? Müssen wir jedem Patienten zuerst einen langen Vortrag halten, was chronische homöopathische Behandlung bedeutet? Dies nicht, aber problemorientierte Erläuterung der Konsequenzen eines homöopathischen Behandlungskonzepts, dessen was die Homöopathie bieten kann und was nicht, wäre nicht erst nach drei oder vier Terminen, sondern während oder gegen Ende des Erstgesprächs angebracht gewesen. Zu Gesprächsbeginn wissen wir häufig noch zu wenig vom Patienten, um die individuelle Situation des Patienten zu erörtern und einen groben Behandlungsplan zu erstellen. Gerade ein Erstgespräch sollte aber mit einem solchen Ausblick ab-

Beispiele aus der Praxis

Patient 1 liefert eine Hauptbeschwerde mit klar ausgeprägten Modalitäten – dann sind diese auch leitend.

Patient 2 liefert eine verwirrende Vielzahl relativ unklar beschriebener Körpersymptome, jedoch eine klar fassbare psychische Symptomatik. Dann brauchen wir die unklaren Symptome auch nicht im Detail berücksichtigen!

Patient 3 hat aktuelle Beschwerden, die soweit noch an unterschiedliche Mittel denken lassen, doch alles begann nachdem sich die Freundin vom ihm getrennt hatte. Also eine zweifelsfreie Causa, zu welcher es zudem umfassende homöopathische Erfahrungswerte gibt!

Patient 4 hat klar umrissene chronische Körperbeschwerden, leider nur ohne deutliche Modalitäten und psychisch scheint er recht ausgeglichen – „fündig“ werden wir im Bereich gesamtkörperlicher Reaktionsmuster wie Schweißverhalten, Schlaf, Wärmeverteilung und allgemeinen Empfindlichkeiten.

Fazit: wir müssen flexibel bleiben und unsere Strategie dem jeweiligen Fall anpassen!!

3.1.4 Erläuterungen zu Organon §§ 153 und 154

Bevor wir das Thema weiter ausbreiten, gilt es die zentralen Aussagen von Organon §§ 153 und 154 zu vertiefen und zu verinnerlichen.

Organon § 153

*„Bei dieser Aufsuchung eines homöopathisch spezifischen Heilmittels, das ist, bei dieser Gegeneinanderhaltung des Zeichen-Inbegriffs der natürlichen Krankheit gegen die Symptomenreihen der vorhandenen Arzneien um unter diesen eine, dem zu heilenden Uebel in Aehnlichkeit entsprechende Kunstkrankheits-Potenz zu finden, sind die **auffallendern, sonderlichen, ungewöhnlichen und eigenheitlichen** (charakteristischen) Zeichen und Symptome des Krankheitsfalles, besonders und fast einzig fest in's Auge zu fassen; **denn vorzüglich diesen, müssen sehr ähnliche, in der Symptomenreihe der gesuchten Arznei entsprechen**, wenn sie die passendste zur Heilung sein soll. Die allgemeineren und unbestimmteren: Eblust-Mangel, Kopfweh, Mattigkeit, unruhiger Schlaf, Unbehaglichkeit u.s.w., verdienen in dieser Allgemeinheit und wenn sie nicht näher bezeichnet sind, wenig Aufmerksamkeit, da man so etwas Allgemeines fast bei jeder Krankheit und jeder Arznei sieht.“*

... „**des Zeichen-Inbegriffs der natürlichen Krankheit**“. Was bedeutet dies? Zunächst zur „natürlichen Krankheit“, dann zu Zeichen und Inbegriff. Jeder nicht unmittelbar durch menschlichen Eingriff bedingte Krankheitszustand ist eine „natürliche Krankheit“ und steht damit im Gegensatz arzneilich ausgelösten Kunstkrankheit, die als ähnliche Krankheit zu heilen vermag. Kunstkrankheits-Symptome, welche der Patient etwa durch Arzneimittel-Nebenwirkungen etc. schon mitbringt, sind für die Arzneiwahl eher außer Acht zu lassen – aber dies lässt sich nicht dogmatisch betrachten. Wann immer ein allopathisches oder homöopathisches Mittel antidotiert werden soll, dann stehen die Kunstkrankheitssymptome sogar im Vordergrund.

„**Zeichen**“ sind der Wortbedeutung nach von Symptom nicht scharf zu trennen, jedoch insgesamt weiter gefasst. Ein Zeichen kann auch Teilelement eines Symptoms sein, wie beispielsweise eine Empfindung oder Modalität. Näheres siehe Kapitel „Symptomatologie“.

„Brennen“ ist für sich alleine kein Symptom, sondern nur ein Zeichen. Erst „Brennen am Knie“, „Brennen der Harnröhre“ etc. kann als Symptom gelten.

„**Inbegriff**“: Im Wortsinn ist das ein Begriff, der etwas Anderes, meist Umfassenderes umschließt und beinhaltet. Hahnemann verwendet diesen Ausdruck 21 mal im Or-

Leitsätze der beiden folgenden Überschriften „*In akuten Erkrankungen führen in der Regel die konsensuellen Symptome des Patienten*“ und „*In chronischen Krankheiten führen in der Regel konstitutionelle Nebensymptome*“ sind nichts als Adaptionen theoretischer Idealforderungen an Nebensymptome an die Verhältnisse der Praxis.

3.3.2 „In akuten Erkrankungen führen in der Regel die konsensuellen Symptome des Patienten“

G.H.G. Jahr, LuG § 109

„In akuten Leiden sind die charakteristischen Symptome unter den seltensten, ungewöhnlichsten konsensuellen Erscheinungen zu suchen (...). In [diesen akuten] Fällen, (...) wo der Arzt sehr wenig oder gar keine absolut individuellen, sondern fast nur solche Symptome wahrnimmt, welche mehr oder weniger von der Krankheit als unmittelbare Folge abzuhängen scheinen, können die besten Anhaltspunkte für die Wahl des passenden Mittels nun fast nur in die sogenannten konsensuellen Erscheinungen des Gemütes, des Atmens, der Verdauung und Ernährung oder der Bewegung gesucht werden, und zwar um so mehr, je weiter die hervorstechendsten oder auffallendsten dieser Erscheinungen von dem eigentlichen Sitze der Krankheit und deren unmittelbaren, lokalen Zeichen abliegen. Bei einer Magenentzündung kann das Erbrechen z. B. sehr wenig auf irgend ein Mittel als charakteristisches Symptom hindeuten; bei einer Migräne fast eben so wenig, bei einer Lungenentzündung dagegen schon mehr.“

Konsensuelle Symptome sind verbundene Symptome, bedeutet Symptome und Zeichen, die in unmittelbarer Verbindung mit der Hauptbeschwerde auftreten. Konsensuelle Symptome sind Nebensymptome, die das Kriterium vom Hauptgeschehen recht weit entfernt zu sein nur teilweise erfüllen können. In akuten Fällen bieten die konsensuelle Symptome gleichwohl oft die maßgebliche Handhabe, da wir im Zentrum der akuten Erkrankung und damit der Hauptbeschwerde häufig nur unmittelbar krankheitsbedingte (pathognomonische) Symptome finden. Letztere verraten uns für sich alleine in der Regel zu wenig über die individuelle Reaktionslage und damit das angezeigte Mittel, während weitab von der Hauptbeschwerde befindliche Nebensymptome schlichtweg fehlen. Die allermeisten bei akuten Erkrankungen auftretenden Nebensymptome – beispielsweise berstender Kopfschmerz beim Husten, Verlangen nach eiskalten Getränken bei Fieber, ruheloses sich im Bett umherwerfen etc. – fallen in die Kategorie der konsensuellen Symptome und sind von der Hauptbeschwerde nicht ganz zu trennen. Dennoch gilt auch hier: Je weiter von den primär betroffenen Organen und Funktionen und vom gewöhnlichen Krankheitsverlauf entfernt, desto mehr können sie zur Mittelunterscheidung beitragen.

3.3.3 „In chronischen Krankheiten führen in der Regel konstitutionelle Nebensymptome“

G.H.G. Jahr, LuG § 108

„In chronischen Krankheiten sind es die konstitutionellen Nebensymptome, welche die charakteristischen Anzeigen für die Wahl des Mittels liefern“

Bei chronischen Erkrankungen sind die durch die Hauptbeschwerde erzeugten Symptome häufig verschwommener und weniger unterscheidungskräftig als in Akutfällen. Dann haben wir im Bereich der Hauptbeschwerde nicht mehr als die Pathologie selbst und die von dieser mehr oder weniger zwangsläufig hervorgebrachten, pathognomonischen (krankheitstypischen) Symptome. Auf die Rolle der letzteren werden wir im Folgenden noch näher eingehen.

Chronische Krankheiten sind viel stärker als akute in all dem verwurzelt, was wir Veranlagung, Konstitution, Diathese oder (mit teils gleicher Bedeutung) „miasmatische“ Belastung des Patienten nennen. Da die Patienten sich an konstitutionelle Unregelmäßigkeiten ohne unmittelbaren Krankheitswert gewöhnt haben, sind sie oft wenig geneigt, uns diese von selbst mitzuteilen. Umso mehr müssen wir bei der Fallaufnahme

3.5 Krankengeschichte und miasmatische Aspekte

3.5.1 Krankengeschichte, Zeitgestalt und Miasmatik

Die Bedeutung chronologischer Informationen haben wir bereits im Zusammenhang der Fallaufnahme und der Ordnung der Symptomatik kennen gelernt. Schon unser deutsches Wort „Geschichte“ lässt das Vorhandensein historischer Schichten anklingen, vergleichbar dem wie sie der Erdorganismus ja durchaus physisch etwa in den Sedimentgesteinen wie Kalk oder Schiefer aufzeigt. Lenken wir unsere Wahrnehmung darüber hinaus auf die Prozesshaftigkeit von Veränderungen, dann können wir im allgemeinen Geschehen auch von einem Zeitenstrom sprechen, in Bezug auf das Einzelwesen von einer Zeitgestalt.

Jedes Wesen zeigt in seiner Entwicklung eine solche „Zeitgestalt“ auf, dies gilt für die gesunde Entwicklung ebenso wie für Krankheitsprozesse. Die homöopathische Miasmenlehre ist nichts anderes als eine Annäherung an eine solche mehr prozesshafte Wahrnehmung gesundheitlicher Vorgänge, die längere Latenzphasen und Gestaltwandel, in der amerikanischen Miasmatik (nicht bei Hahnemann) schließlich auch Prozesscharakteristik sowie Belastungen durch die Vorfahren mit einbezieht. Gerade im Bereich chronischer Krankheiten kommt eine Therapie, die nichts als Momentaufnahmen in Betracht zieht, an ihre Grenzen. Das Erlebnis eben diese Grenzen brachte Hahnemann zur Entwicklung seiner Miasmenlehre, vor allem seiner Psoralehre, die aber wie gesagt nur eine Annäherung liefert. Die von Hahnemann verwendeten Begriffe „Psora“, „Sykosis“ und „Syphilis“ knüpfen ganz eng an ein Infektionsgeschehen und liefern auch in ihren späteren Umdeutungen, Erweiterungen und teils Komplizierungen allenfalls eine vorläufige und keine rundum befriedigende Terminologie zum Verständnis der Prozesshaftigkeit, Dynamik und Zeitgestalt chronischer Krankheiten! Ein Sachverhalt, den wir im Skript zu den Miasmen näher diskutieren.

3.5.2 Krankengeschichte – Gegenwart, Verwurzelung und „das Jüngste“

Behandeln können wir freilich stets nur den gegenwärtigen Patienten. Dadurch sind die gegenwärtigen Symptome auch führend in der Arzneiwahl. Folgendes Beispiel zeigt, dass dies nicht nur bei chronischen Fällen zu beachten ist: Eine Erkältung wurde durch Kälte ausgelöst, aber nun herrscht Wärmeunverträglichkeit. Die Arzneiwahl wird nun durch die Wärmeverschlechterung und nicht durch die primär auslösende Kälteverschlechterung bestimmt. So hat im Falle widersprüchlicher Symptome, was vor allem bei Modalitäten vorkommen kann, das Gegenwärtige Vorrang sogar vor der „Causa“!

Die Geschichte kann uns allerdings helfen, das Gegenwärtige besser verstehen. Symptome, die tief in der Krankengeschichte oder vielleicht sogar in der Familienanamnese verwurzelt sind, bedürfen einer anderen Beachtung als beispielsweise rein temporäre Stressreaktionen. Zugleich jedoch haben die gegenwärtigen und unter diesen sogar die jüngsten Symptome – sofern es sie nicht nur flüchtigen Charakter haben – einen Vorrang für die aktuelle Arzneiwahl. Wie klärt sich dieser scheinbare Widerspruch? Im Bild gesprochen: Wer in die Tiefe graben will, muss bei der Oberfläche beginnen. So entspricht es auch den homöopathischen Heilungsregeln, die besagen dass die jüngsten Symptome im Heilungsverlaufe zuerst verschwinden sollen.

Hahnemann, „Die chronischen Krankheiten“, S. 168

„Die neuerlichst hinzugekommenen Symptome einer sich selbst überlassen gebliebenen (nicht durch ärztliche Puscherei verhudelten) chronischen Krankheit weichen in der antipsorischen Kur am ersten, die ältesten und immer am beständigsten und unverändertsten gebliebenen Übel aber, worunter die ständigen Lokal-Übel gehören, am spätesten und nur, nachdem alle übrigen Beschwerden schon verschwunden und die Gesundheit in jeder andern Rücksicht fast völlig

wiedergekehrt ist.“ „Das nicht selbne Verlangen des Kranken, ein ihm vorzüglich lästiges Symptom vor allen andern zuerst getilgt zu sehen, ist unausführbar, dem Unwissenden aber zu Gute zu halten.“

In der Anamnese kommen wir den jüngsten Symptomen durch den Spontanbericht sowie durch die Fragerichtung „*hat sich noch irgend etwas verändert, in der letzten Zeit?*“ am nächsten. Krankengeschichtlich tief verwurzelte Symptome führen zu Mitteln, die eine tief greifende und gründliche Heilung ermöglichen. Doch wie bei der Gartenarbeit müssen wir manchmal erst in Oberflächennähe graben, bevor wir das tief wurzelnde Unkraut überhaupt zu fassen bekommen. Dies gelingt nicht immer mit ein- und demselben Mittel. Ein Mittel kann den Weg für das nächste bereiten. Die Folgeverschreibungen erfolgen nie routinemäßig, sondern unterliegen allen Kriterien, die im entsprechenden Kapitel genannt sind. Da eine Fallaufnahme jedoch einen bunten Mix von Symptomen liefert, von denen einige für die Erstverschreibung und andere womöglich erst später relevant sind, sollten wir solche strategischen Überlegungen in die Analyse jedes chronischen Krankheitsfalls von Beginn an einbeziehen. Auch zur Behandlung der tiefer verwurzelten Symptome können Mittelfolgen erforderlich sein.

Beispiele aus der Praxis

Ein Patient kommt wegen schon lange bestehenden rheumatischer Beschwerden, hat vor zwei Wochen jedoch einen Kummer erlitten, der sein seelisches und körperliches Gleichgewicht durcheinander gebracht hat. Selbstverständlich wenden wir uns hier zuerst den „akuten“ Kummerfolgen zu und erst später den rheumatischen Beschwerden, anders hätten wir auch keine Aussicht auf Erfolg.

Ein Patient kommt mit akutem Heuschnupfen. Erstmals in dieser Saison ist dieser mit starkem Juckreiz vor allem im hinteren Gaumen verbunden. Auch hier verschreiben wir zunächst einmal ein Mittel auf Grundlage der reinen Akutsymptomatik und ohne Berücksichtigung alter oder konstitutioneller Symptome, wobei das neue Symptom leitend ist. Nach Beruhigung der akuten Situation fahren wir (immer nach entsprechender Auftragsklärung) mit der chronischen Behandlung fort.

Eine Patientin leidet seit vielen Jahren an Migräne. Seit einem halben Jahr hat sie außerdem des öfteren schmerzhaft Krämpfe des Rektum. Hier sind alle Beschwerden auf chronischer Ebene zu betrachten, wobei es gleich drei Ebenen gibt: Rektumkrämpfe als jüngste Beschwerde, weitere konstitutionelle Nebensymptome (inkl. Gemüt, entsprechen teils Kents Allgemeinsymptomen) außerhalb der Migräne und Symptomatik der akuten Migräneanfälle. Die Detailsymptomatik der Migräneanfälle wird hier kein glücklicher Ausgangspunkt sein, besser wir arbeiten anders herum: Wir grenzen die Mittelwahl anhand der konstitutionellen Nebensymptome zusammen mit den Rektumkrämpfen soweit sinnvoll möglich ein und schauen dann, bei welchem der soweit favorisierten Mittel wir uns die Migräneanfälle am besten vorstellen können. Um die Mittelauswahl nicht durch die Rektumkrämpfe zu sehr einschränken, wäre bspw. die BTT-Rubrik „Krämpfe in inneren Teilen“ denkbar.

Eine Patientin mit Colitis ulcerosa zeigt ein ganzes Spektrum von Symptomen, teils im Bereich ihrer Erkrankung und teils als konstitutionelle Nebensymptome. Ziemlich neu ist ihre Tendenz zu Herpes labialis, manche anderen Symptome reichen zurück soweit sie sich erinnern kann. In der Familienanamnese zeigen sich eine Reihe von Krebsfällen.

Hier gilt: Die Erstverschreibung sollte vorrangig die aktuellen und die jüngsten Symptome berücksichtigen. Wenn dabei zwei Mittel miteinander zu streiten scheinen und das zweite Mittel entspricht auch der Krankengeschichte, dann wird dieses verordnet. Wenn sich jedoch nicht alles auf einen Nenner bringen lässt, dann orien-

den Zeitmodalitäten kommen meist kurze Abschnitte mit abwechselnden und begleitenden Symptome, danach viele weitere Modalitäten und Beschreibungen.

Finden Sie:

Extremitäten – Schmerz – warme Anwendungen amel. oder Kopf – Schmerz – Druck (äußerer) – amel.

- Suchen Sie ein Symptom mit klarer Angabe der Körperseite oder der Verschlechterungszeiten, so blättern Sie ganz an den Anfang des entsprechenden Repertoriumsabschnitts und schauen von dort aus weiter (Ausnahme: Kapitel „Kopf“, dort sind die Seiten als Orte einsortiert).

Finden Sie:

Extremitäten – Schmerz – nachts, Extremitäten – Schmerz – rechts oder die entsprechenden Kopf-Rubriken.

- Achten Sie bei zusammengesetzten Symptomen stets auf die Kopfzeile und eventuell übergeordnete Rubriken! Nur dann wird der gesamten Wortlaut einer Rubrik ersichtlich. Schauen Sie, wie das Symptom als ganzer Satz lauten würde.
- Zur manuellen Repertorisation: Schließen Sie die Rubrikensuche möglichst ab und verwenden Sie Lesezeichen, *bevor* Sie die *wichtigsten* Rubriken extrahieren oder auf einen Repertorisationsbogen übertragen.

4.3.6 Besonderheiten der Rubrikensuche in modernen Kent-Erweiterungen inklusive Murphys Klinischem Repertorium

In den frühen Ausgaben des „*Repertorium Synthesis*“ und des „*Complete Repertory*“ wurden einige Unstimmigkeiten der Gliederung des Kent-Repertorium bereinigt, die Struktur jedoch im Wesentlichen beibehalten. Auch „*Pennekamps Kinderrepertorium*“ folgt der Kent-Struktur. Eine grundlegende Revision von Aufbau und Gliederung folgte im „*Synthesis*“ ab Version 9 sowie in dem inhaltlich auf dem „*Complete Repertory*“ aufbauenden „*Repertorium Universale*“. Dort werden beispielsweise die Empfindungen (Schmerzqualitäten) nicht mehr an letzter Stelle und mit wiederholter Untergliederung weiterer Symptomelemente nachgeschleppt, was die Orientierung in den meisten Fällen erleichtert. Sachdienliche Hinweise finden sich in den Vorworten oder im Anhang der einzelnen Werke.

Weitgehend alphabetisch aufgebaut ist das „*Klinische Repertorium*“ von Robert Murphy, was einer intuitiven Rubrikensuche durchaus entgegen kommt. Bei zusammengesetzten Symptomen kommt jedoch auch Murphy nicht umhin, eine komplexere Struktur anzuwenden. Unter welchem Stichwort sollten wir beispielsweise das Symptom finden „Berstende Kopfschmerzen im Hinterkopf, schlechter bei Aufregung“? Für „Kopfschmerzen“ hat Murphy gleich ein eigenes Kapitel spendiert. Schauen wir nun alphabetisch weiter unter „Hinterkopf“, unter „Bersten“ oder unter „Aufregung“? Bei solchen zusammengesetzten Symptomen folgt Murphy der gleichen Struktur wie Kent:

- Kapitel
 - Symptom
 - Empfindung
 - Ort
 - Modalitäten und sonstige Beschreibung

Im genannten Beispiel schauen wir also nach „Kopfschmerzen → berstender Schmerz → Hinterkopf → Aufregung agg.“ und werden fündig. Eine andere Sache ist, dass solche komplexen Rubriken mit ein oder zwei Mitteleinträgen kaum zielführend sind und wir besser weniger spezielle Rubriken kombinieren. Zur Kombinatorik auch im Kent siehe Abschnitt 4.3.12.

	nur dann relevant, wenn das Weinen aus der Situation des Patienten oder der Gesprächssituation alleine nicht erklärbar ist – bspw. der Patient weint, obwohl er gar nichts Trauriges erzählt.
„Weinen – kann nicht weinen, obwohl er traurig ist“	diese Rubrik ist im ursprünglichem „Kent“ tatsächlich zu klein!
„Weinen – unwillkürlich“	unvermitteltes, nicht kontrollierbares Weinen
„Widerspruch – Neigung zu widersprechen“	Jemand kann nichts einfach stehen lassen. Es widerspricht sich keineswegs mit dem nächsten Symptom. Beides können Züge der gleichen Person sein und erschließen sich mehr durch Beobachtung und indem wir uns Beispiele erzählen lassen, wie es dem Patienten mit bestimmten Situationen geht.
„Widerspruch – verträgt keinen Widerspruch“	vgl. „Zorn – Widerspruch, durch“. Patienten werden solche Symptome, auch die Verträglichkeit von Kritik kaum direkt präsentieren. Viele äußern sich vorsichtig, beispielsweise „Widerspruch vertragen ich schon, muss aber fair und gerechtfertigt sein“. Verträgt's also nur auf dem Silbertablett?
„Widerwillen“	Engl. „disgust“, bedeutet auch Ekel, Abscheu, Empörung. Neigung, sich vor allem Möglichen zu ekeln oder heftige, kaum zu begründende Abneigungen zu entwickeln.
„wirft mit Gegenständen“	schauen Sie nicht nur nach „Zorn“ oder „Raserei“, sondern nach den konkreten Äußerungen!
„Gemüt – Zeit vergeht zu langsam, scheint länger“	subjektives Erleben einer Dehnung der Zeit, Minuten scheinen wie Stunden

Beispiele zu hinterfragender Gemüts-Rubriken

hier dem „Synthesis, Version 9.1“ der RADAR-Software entnommen, Einstellung „alle Autoren“

„Gemüt – Abneigung – Besuche gegen“

Quellenangabe: T.F. Allen, Encyclopedia (1879); drei Mitteleinträge
Dieser Rubrikeneintrag entstammt einer alten und weitgehend verlässlichen Quelle. Doch was ist das Symptom? Abneigung gegen Gesellschaft, Verlangen nach Einsamkeit, will nicht als Messie enttarnt werden? Dies ließe sich allenfalls aus dem Kontext der jeweiligen Arzneimittelprüfung herauslesen. Die Extraktion einer Rubrik benötigt ein Minimum an Abstraktionsvermögen. Wenn der Besucher, welcher die Abneigung auslöste, gerade einen Hut aufhatte, ist dies auch kein Grund eine Rubrik zu schaffen „*Abneigung gegen Besuch von Männern mit Hüten*“.

„Gemüt – Abneigung – Computer gegen“

Quellenangabe: P. Robbins, 2003; ein Mitteleintrag
Warum nur ein Mittel? Und was ist überhaupt das Symptom? Auch hier ließe sich dies, wenn überhaupt, nur aus dem größeren Kontext der Arzneimittelprüfung herauslesen.

„Gemüt – Abneigung – Ehemann, gegen – Koitus, bei“

Quellenangabe: J. Sherr, 1997; ein Mitteleintrag
Bedeutet Abneigung gegen den Ehemann nicht vor, nicht nach, sondern ausschließlich während dem Koitus. Was ist hier Symptom in dem Sinne, dass es eine Entsprechung in Arzneiwirkungen finden kann? Dazu müssten wir hier schon etwas mehr über die Beziehungskonstellation und Psychodynamik, über die Empfindungen und Gefühle der Patientin wissen. Falls die Patientin beispielsweise auf die Frage „warum?“ sagt „ich weiß nicht, ich hab ihn doch so lieb“, dann stellt sie vermutlich ihr schlechtes Gewissen vor ihre Gefühle – was bereits ein Teilsymptom sein könnte, doch über die sonstigen Gefühle wissen wir immer

noch wenig. Hintergrund und damit auch Bedeutung der Rubrik bleiben völlig unklar.

„Gemüt – Abschied, fällt schwer“

Quellenangabe: J. Wachsmuth, 1999; ein Mitteleintrag; Querverweis auf „*Heimweh*“.

Die Zahl der sinnverwandten Rubriken im gleichen Repertorium ist viel größer. Nicht nur „*Heimweh*“, sondern auch „*Furcht, Trennung vor*“, „*Wahnidee, verlassen sei*“, „*Verlassen zu sein, Gefühl*“ (mit 187 Einträgen), „*Abhängig von anderen*“ und Vieles mehr. Wie sollen wir damit in der Praxis umgehen? Geeignete sinnverwandte Rubriken zusammenfassen ist eine Möglichkeit.

„Gemüt – Angeln, Fischen – begabt für“

Quellenangabe: T.P. Paschero (1904 - 1986); zwei Mitteleinträge; weitere Unter rubriken lauten „*Angeln, Fischen – mag*“ und „*Angeln, Fischen – unbegabt*“. Ich schaue wie Du angelst, schon weiß ich Dein Mittel? Da hätten wir uns doch ein wenig mehr Auswahl erhofft, wie beispielsweise in dem (satirischen) Pinkel-Repertorium auf www.arscurandi.de.

„Gemüt – Mathematik – Begabung für“

Hier werden immerhin 12 Mittel angeboten. Ist Begabung ein Symptom? Was ist die Krankheit, was soll behandelt werden? Wohl können Hochbegabte spezifische Probleme haben. Dies bildet aber keine Ausnahme von der Regel, uns nach Symptomen zu richten, die solche sind und den pathogenetischen Wirkungen der Arzneien entsprechen.

„Gemüt – intelligent“; „Gemüt – klarer Verstand“; „Gemüt – Verstand geschärft“

Siehe den Kommentar zu mathematischer Begabung.

„Gemüt – Angst – gestillt wird; wenn das Kind – nach dem Stillen – Neugeborenen; bei“

Quellenangabe: F.J. Master, 1999; ein Mitteleintrag

Diese Rubrik muss man erstmal ein einen deutschen Satz übertragen; Semikolons sollen den Lesebeginn signalisieren. Wahrscheinlich also: „*Angst bei Neugeborenen, nachdem das Kind gestillt wurde*“. Hat die Mutter oder das Kind Angst? Angst wovor – vielleicht, dass das Kind nicht satt wurde? Waren Mutter (oder Kind?) ohnehin ängstlich und die Angst kommt wieder, nachdem das (beide?) beruhigende Stillen beendet ist? Oder ist das Kind ängstlich, nachdem es beim Stillen die Panik-Hormone der Mutter aufgenommen hat?

Es ist richtig, dass die Homöopathie phänomenologisch, also an den Erscheinungsweisen und nicht mittels klinischer Begründungen arbeitet. Ein Symptom im homöopathischen Sinne ist aber immer nur das, was als primäres Gefühl oder Erleben zum Ausdruck kommt und insofern auch als Mittelwirkung vorstellbar ist.

„Gesten, Gebärden; macht – Mund; Kinder stecken die Finger in den“

Konnte für „Fingerlutschen“ nicht noch eine umständlichere Rubrik gefunden werden?

„Gemüt – Mitgefühl, Mitleid“

Wie jede andere Tugend, wird Mitgefühl erst dann zum Symptom, wenn es sich in eine Untugend verkehrt. Dann, wenn Abgrenzungsschwäche und Mit-Leiden vorherrscht, womit auch keinem Menschen geholfen ist. Ein innerlich starker Mensch kann in hohem Maße mitfühlend sein, ohne dass dies zum Symptom wird, ein schwacher Mensch fürchtet sich schon in begrenztem Mitgefühl zu verlieren. Welche Auffassung von Mitgefühl als Symptom haben die in der Rubrik genannten, vielen verschiedenen Autoren zugrunde gelegt?

„Gemüt – ordentlich“; „Gemüt – optimistisch“ etc.

Auch Charaktereigenschaften werden erst in ihrer Perversion zum Symptom! Dafür aber gibt es spezifischere Rubriken, wie „*Gemüt – heikel, pingelig*“, „*Gemüt – optimistisch – trotz der Schwäche*“. Letzteres mit nur drei Mitteleinträgen. Was ist der Unterschied zur Rubrik „*Gemüt – Hoffnung, voller*“? Diese Rubrik wurde ursprünglich im Sinne exaltiert- unangemessener Hoffnung etwa bei schwerer Krankheit verstanden und erübrigt die Schaffung neuer Rubriken wie „*optimistisch*“.

„Gemüt – Homosexualität“

Was ist das „unzweifelhaft Krankhafte“ im Sinne von Org. § 3, und welches Mittel hat bislang Homosexualität hervorgebracht oder geheilt?

„Gemüt – ehebrecherisch“

Vorbeugend oder hinterher einzunehmen? 14 Mitteleinträge, 9 davon stammen von dem französischen Psychiater Gallavardin (1848-1917) und wurden schon im „Synthetischen Repertorium“ von Barthel/Klunker aufgenommen. Die Angaben von Gallavardin glänzen durch eine große Zahl moralisierender Begriffe, die auf diesem Gelände eher wenig hilfreich sind. Informationen klinischen Ursprungs können grundsätzlich nur mit Bezug auf die pathogenetischen Wirkungen einer Arznei als Symptom bezeichnet werden. Ein Beispiel, dass wir auch mit alten Quellen kritisch umgehen müssen.

„Gemüt – empfindlich – Musik, gegen“

Musik ist nicht gleich Musik. Leider fehlt schon der alten Literatur jede Differenzierung.

„Gemüt – Ruhelosigkeit“

Mit 579 Mitteleinträgen! Welchen Unterscheidungswert hat die Rubrik dann noch? Schon im „Kent“ ist sie mit 256 Einträgen völlig überfüllt. Uns alleine auf die hochgradigen Einträge zu stützen ist ein Holzweg, dies haben wir schon begründet. Ok, nehmen wir eine der kleineren Unterrubriken wie „tagsüber“ (14 Einträge), „Tag und Nacht“ (4 Einträge), „Frauen, bei“ (10 Einträge), „Kindern, bei“ (63 Einträge). Patient weiblich, nur noch 10 von 579 Mitteln? Tag und Nacht, nur noch 4 Mittel? Kann es in Bezug auf die Wirkungen eines Mittels charakteristisch sein, nur bei Frauen oder nur bei Kindern Ruhelosigkeit auszulösen? Wohl nicht; also sind „bei Kindern“ und „bei Frauen“ Unterrubriken rein klinischer Natur und allenfalls zusätzlich zur Hauptrubrik zu sehen. Die damit keine Unterscheidungskraft gewinnt.

„Gemüt – Konzentration, schwierig“; „~ Kindern, bei“

Siehe obigen Kommentar zur „Ruhelosigkeit“ – gerade bei ADH und ADHS sind beide Rubriken wenig hilfreich.

„Gemüt – Faulheit“

Auch 380 Mitteleinträge oder 142 wie im „Kent“ sind bei weitem zuviel! Eine moralische Bewertung macht noch kein Symptom.

Einschlafen - Liegen auf dem Rücken, wobei der rechte Arm zwischen die Beine geklemmt wird, beim (T.F. Allen, 1 Eintrag)

Schlaf - Lage - Rücken, auf dem - Arme - rechte Arm ist beim Einschlafen zwischen den Beinen eingeklemmt (T.F. Allen, 1 Eintrag, gleiches Mittel)

4.3.10 Zurückhaltung mit klinischen Rubriken

Nur in wenigen Werken, wie bspw. Ward's „Repertory of As-If-Symptoms“ werden Rubriken und Mitteleinträge aus Arzneimittelpfahrungen und rein klinischer Herkunft konsequent voneinander unterschieden. Für die Praxis hat die Unterscheidung einige Bedeutung, wie schon in den Abschnitten zum „Charakteristischen der Arznei“ (3.2) näher erläutert. Eindeutig ist die klinische Herkunft bei Rubriken, die Krankheitsbezeichnungen beinhalten wie „Heuschnupfen“, „Keuchhusten“, „Morbus Basedow“, „Anorexie“ et cetera. Solche Rubriken geben eine grobe Erfahrungsstatistik bei der Heilung der betreffenden Krankheiten wieder. Eine zentrale Rolle in der Arzneiwahl können sie schon deswegen nicht haben, weil die homöopathische Arzneiwahl bekanntlich den Symptomen und nicht der klinischen Diagnose folgen kann. Diagnosebezogene Rubriken sind grundsätzlich unvollständig. Dass in der Homöopathie nahezu jedes Heilmittel für jede Krankheit in Frage kommen kann, ist bekannt. Zudem vermischen sie chronisch und akut relevante Mittel. Solche Rubriken können daher lediglich einer zusätzlichen Absicherung der Arzneiwahl dienen oder als Ideengeber fungieren, über bislang nicht bedachte Mittel nachzudenken. Zusätzlich geben solche Hinweise – vor allem auch die pathologischen Angaben in der Materia medica – eine Idee der „pathologischen Reichweite“ des Mittels, also bis in welche Art von Krankheitsprozesse hinein sich die Wirkung erstreckt.