

Verlaufsbeurteilung und Folgeverschreibung

(I) Vorbemerkungen	(1) Wider die Denkgewohnheiten 2 (2) Kent versus Bönninghausen 2
(II) Die Terminintervalle	(3) Akute Erkrankungen 2 (4) Chronische Erkrankungen und Erstreaktionen 3 (5) Der Zeitfaktor 3 (6) Die Terminvergabe 3 (7) Lange genug warten 4
(III) Die Folgeanamnese	(8) Fragestellungen der Folgeanamnese 4 (9) Die Aufzeichnung der Folgeanamnese 5
(IV) Die Hering'schen Regeln und Verlaufsbeurteilung nach Kent	(10) „von innen nach außen“ 6 (11) „Von oben nach unten“ 6 (12) „Verschwinden der Symptome in zeitlich umgekehrter Reihenfolge des ursprünglichen Auftretens“ 7 (13) Alte Symptome neu auftretend 7 (14) Wirklich neue Symptome? 7 (15) Arzneiwechsel bei Nebenbeschwerden? 7 (16) Arzneiwechsel nach falscher Verschreibung 8 (17) Blockaden der Behandlung 8 (18) Einst besseres Mittel verschlechtert – was nun? 8 (19) Miasmatische Blockaden 8 (20) Gabenwiederholung 8 (21) Steigerung der Potenzhöhe 8 (22) Unterschiede der Schulen 9
(V) Verlaufsbeurteilung nach Bönninghausen, Arzneibeziehungen und Zwischenmittel	(23) Arzneiwechsel bei neu aufgetretenen alten Symptomen 9 (24) Verwandtschaften, Konkordanzen, Folgemittel 9 (25) Verwandtschaften und Bestätigung des Folgemittels durch geheilte charakteristische Symptome der letzten Arznei 10 (26) Antidote, Homöodote, Diadote 10 (27) Feindliche Mittel 10 (28) Zwischenmittel 11 (29) Gute Arzneikennntnisse Voraussetzung 11
(VI) Zusammenfassung der Handlungsmöglichkeiten	(30) Pause, Arznei auswirken lassen 11 (31) Dosierung modifizieren 11 (32) Gleiche Arznei, höhere Potenz 11 (33) Neue Arznei 11 (34) Zwischenmittel 12 (35) Palliation 12 (36) Antidotierung 12
(VII) Gegenüberstellung ‘Hauptunterschiede Kent / Bönninghausen’ 13
(VIII) Übersichtstabelle ‘Verlauf und therapeutischen Konsequenzen’ 14
(IX) Glossar: Arzneibeziehungen 18

(I) Vorbemerkungen

Manche Homöopathielehrer behaupten, die Zweitverschreibung sei schwieriger als die erste. Dabei ließe sich Manches in drei Sätzen zusammenfassen: (a) lange genug warten, (b) Mittel wiederholen – evtl. in gesteigerter Potenzierung – wenn noch angezeigt, aber kein Fortschritt mehr, (c) neues Mittel, sobald neue Symptome dieses indizieren. Doch es gibt einige Feinheiten, die damit noch nicht beschrieben sind.

(1) Wider die Denkgewohnheiten

Eine häufige Anfängerschwierigkeit ist oft mehr psychologischer Natur als dass sie in Verständnisproblemen begründet läge: nämlich der Punkt (a), lange genug zu warten. Jede vorzeitige Wiederholung einer Mittelgabe während einer „merklich fortschreitenden und auffallend zunehmenden Besserung“ (Org. § 246) verwirrt die Lebenskraft und hält die Heilung auf, anstatt sie zu beschleunigen. In der praktischen Umsetzung ist das gegen das gewohnte Denken und dem Anfänger mag es schwer fallen, an dieser Stelle dem Erwartungsdruck mancher Patienten zu widerstehen. Wohl darum drückte sich Hahnemann in dem zitierten Paragraphen recht deutlich aus.

Hahnemanns Krankenjournal und auch diejenigen Bönninghausens frei-lich dokumentieren eine viel flexiblere Handhabung von Gabenwiederholung und Arzneiwechsel, als rigide Anwen-der das oft wahrhaben wollen.

(2) Kent versus Bönninghausen

Ist der häufige Arzneiwechsel der frühen Homöopathen nur als eine in der vergleichsweise geringeren Anzahl bekannter Mittel begründete Notlösung zu verstehen? Finden wir bei Kent eine folgerichtige und weise Fortentwicklung oder lediglich in unzureichendem Verständnis begründete Komplizierungen der Homöopathie? Im Sinne der von Hahnemann so oft zitierten ‘reinen Erfahrung’ sollte dies am ehesten die Praxis erweisen. Die Anzeichen sprechen dafür, dass wir uns bei einem hohen Ähnlichkeitsgrad der erfolgten Verschreibung im weiteren Verlaufe tendenziell eher an Kent halten können, bei einer mittelguten Ähnlichkeitsqualität eher noch an Bönninghausen und bei einer mäßigen Ähnlichkeitsqualität den Patienten im einen wie im anderen Falle enttäuschen werden. Dann gibt es jedoch weitere Unterschiede, die mit dem Ähnlichkeitsgrad der vorangegangenen Verschreibung wenig oder nichts zu tun haben. Gleich welcher Philosophie wir folgen, sollte man beide Vorgehensweisen, so wie auf den folgenden Seiten erläutert, verstanden haben.

In der Tat gibt es auf dem Gebiet der Folgeverschreibung erhebliche Unterschiede zwischen der (weitgehend über-

einstimmenden) Methodik Hahnemanns und Bönninghausens und derjenigen Kents und der auf Kent aufbauenden Homöopathen. Die Unterschiede in der Arzneifindung sind dem gegenüber eher theoretischer, philosophischer Natur, denn die Praxis der Fallanalyse unterschied sich bei Kent von derjenigen der Homöopathen der ersten Generation viel weniger, als seine Schriften und Vorlesungen vermuten lassen würden.

Bei jeder regelmäßig einzunehmenden Arznei, vor allem bei Q-Potenzen sind einige Besonderheiten zu beachten, wie in dem entsprechenden Skript ausführlich beschrieben.

(II) Die Terminintervalle

Vor jeder Entscheidung, ob und wann wir eine Arzneigabe wiederholen, die Dosierung einer regelmäßig eingenommenen Potenz ändern oder das Mittel wechseln, liegt die Frage, wann (a) eine erste, vorläufige Einschätzung der Arzneiwirkung möglich ist und (b) nach welchem Zeitraum die Arzneiwirkung beurteilt werden kann und wir über das weitere Vorgehen zu entscheiden haben.

Dementsprechend sollten wir mit dem Patienten einen Folgetermin vereinbaren und klären, wann oder in welchen Fällen wir um telefonische Rückmeldung bitten.

(3) Akute Erkrankungen

Bei hoch akuten Notfallsituationen kann die Beurteilung der Mittelwirkung und Entscheidung des weiteren Vorgehens schon nach Minuten mög-

lich und erforderlich werden. Bei einem unkomplizierten fiebrigen Infekt sollte bei Anwendung von Potenzen ab C30 in der Regel nach einigen Stunden oder einem halben Tag eine erste, zumindest kleine, wahrnehmbare positive Entwicklung zu beobachten sein – sei es im subjektiven Befinden (vgl. Org. § 253) oder auch als entspannender Schlaf. Nur bei solchen akuten Zuständen, die sich über einen relativ langen Zeitraum entwickelt haben, ist es sinnvoll, ein wenig länger zu warten, vor allem wenn die Krankheit in sich schon die Neigung zu einem mehr langwierigen Verlauf hat und der Patient stark erschöpft ist. Auch bei einfachen Erkältungskrankheiten ist es so, dass ein plötzlich auftretender Zustand, wie er den Arzneimittelbilder ‘*Aconitum*’ oder ‘*Belladonna*’ entspricht, erheblich schneller auf das richtige Mittel reagiert, als beispielsweise eine ‘*Gelsemium*’- oder ‘*Bryonia*’-ähnliche Erkältung, die ja in sich schon einen langsamen, reaktionsträgen Charakter hat.

Die Frage der Erstreaktion wird hier nicht gesondert besprochen, da wir bei akuten Erkrankungen ohnehin ‘am Ball’ bleiben sollten und grundsätzlich hier keine anderen Gesetzmäßigkeiten gelten als bei chronischen Krankhei-

Bestimmung der Terminintervalle:

- **Krankheit akut – wie akut? Chronisch, nur chronisch?**
- **evtl. Risiken?**
- **welche Potenzhöhe wurde gegeben?**
- **einmalige Arzneigabe oder regelmäßige Einnahme?**
- **ist telefonische Terminüberbrückung möglich? Können wir uns auf eigenständige Rückmeldungen des Patienten verlassen?**
- **Geschätzter Zeitraum bis:**
 - erste Reaktion auftritt
 - **bis Beurteilung möglich . . .**
 - bis nach der Mittelgabe keine ‘merklich fortschreitende Besserung’ zu beobachten ist