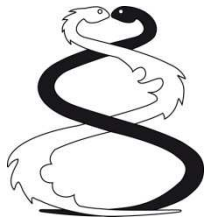


STRUKTURIERTE ZUSAMMENFASSUNG



www.inter-uni.net > Forschung

Verlaufsbeobachtung zur Überprüfung von Reaktionsverläufen nach einer homöopathischen Mittelgabe

Autorin: Christiane Wagner

Betreuer: Christian Endler

Fachlicher Berater: Peter Kiefer

1.1 Einleitung

1.1.1 Forschungsfrage

In der geplanten Arbeit soll untersucht werden ob Reaktionen auf die Gabe eines homöopathischen Arzneimittels, insbesondere die sogenannte Erstverschlimmerung, vorhergesehen werden können. Dabei bleibt die Frage nach der Wirksamkeit des Reizes, ob es das homöopathisch-psychologische Setting oder der Arzneimittelreiz selber ist, unberücksichtigt. Sowohl Dauer und Intensität der Erstverschlimmerung, als auch der Bereich der Symptomatik in dem sich die Erstverschlimmerung zeigt, sind hier von Interesse.

Die Forschungsfrage bezieht sich auf die homöopathische Methodik „Praxis der Reinen Homöopathie“ (Candegabe/Carrara 1999), die im Folgenden näher erläutert wird.

1.1.2 Stand der Forschung

Laut Umfragen des Instituts für Demoskopie, Allensbach, haben knapp drei Viertel der Deutschen über 16 Jahren Erfahrungen mit Naturheilmitteln (Marstedt G., 2002). Die steigende Nachfrage im Bereich komplementärmedizinischer Angebote, besonders auf Patientenseite, macht eine wissenschaftlich objektiv- kritische Überprüfung der Therapieangebote sinnvoll. Bei der Mehrzahl der wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema Homöopathie handelt es sich um Grundlagenforschung, oder um Arbeiten, in denen das Augenmerk auf bestimmten Erkrankungen oder Symptomen liegt. In diesen Arbeiten werden Fragen zur Wirksamkeit hochverdünnter Lösungen gestellt, oder inwieweit an Placebo- Effekte gedacht werden muss. Die Kriterien der Evidenzbasierten Medizin finden Berücksichtigung durch die Anwendung der randomisierten, Placebo-kontrollierten Doppelblindstudie, die als der Goldstandard gilt (D.L.Sackett et al. 1997). Dabei nehmen die Forscher selber eher die Position eines außenstehenden Beobachters ein.

1.1.3 Randomisierte, Placebo-kontrollierte Doppelblindstudie und ihr Bezug zu dieser Arbeit

Betrachtet man Homöopathie unter Gesichtspunkten wie Symptomengewichtung, Mittelfindung, Wahl der Potenz (Anzahl der Verdünnungs- und Verschüttelungsschritte), so ergibt sich ein sehr uneinheitliches Bild. Forschung **in** der Homöopathie könnte sich demnach unter Anwendung wissenschaftlicher Kriterien mit Fragen beschäftigen, wie das Organon und seine Paragraphen genau zu verstehen wäre, und methodisch umgesetzt werden könnte.

Das Studiendesign der randomisierten, Placebo-kontrollierten Doppelblindstudie (im Folgenden RCT genannt) wird in komplementärmedizinischen Kreisen kontrovers diskutiert und auch für die Beforschung der Methode Homöopathie ergeben sich einige Schwierigkeiten (Hornung 1996).

Voraussetzung für das Studiendesign einer RCT ist die Bildung einer Therapie- und einer Kontrollgruppe durch das Verfahren der Randomisierung (Auswahl der Studienteilnehmer nach dem Zufallsprinzip) und anschließender Verblindung (weder Patient noch Therapeut wissen, welcher Patient Verum und welcher Placebo bekommt) von teilnehmenden Patienten der beiden Gruppen und der Therapeuten (wikipedia, Randomisierte, kontrollierte Studie). Durch diese Voraussetzung müssen die Rahmenbedingungen für die therapeutische Intervention stark standardisiert werden. Für das Studienergebnis ergibt sich eine große interne Validität oft auf Kosten der externen Validität (lat.: kräftig; engl.: Gültigkeit). Sie bezeichnet das Gewicht einer wissenschaftlichen Aussage bezogen auf ihre Gültigkeit (wikipedia, Validität). Sie beschreibt die mögliche praktische Umsetzbarkeit der Ergebnisse einer Studie in die Praxis.

In dieser Studie werden alle PatientInnen homöopathisch behandelt. Jede PatientIn erhält abgestimmt auf ihre Individualität und Charakteristik ein anderes Arzneimittel. Es wird kein Vergleich der Wirksamkeit eines bestimmten Arzneimittels bei verschiedenen PatientInnen angestrebt und auch kein Vergleich der Wirksamkeit individueller Arzneimittelgaben bei gleicher Diagnose. Die Bildung einer Therapie- und einer Kontrollgruppe wurde daher nicht vorgenommen.

Um die Wirksamkeit eines bestimmten Arzneistoffes auf eine bestimmte Erkrankung oder Symptomatik zu erforschen, stellt die RCT sicher zu Recht den Goldstandard dar. Um jedoch den Fragestellungen in der Homöopathieforschung, bezogen auf die Methodik, angemessen begegnen zu können, ist es auch nach Meinung führender Forscher auf diesem Gebiet notwendig nach Alternativen zu suchen. (Hornung, 1996)

1.2. Erläuterung der Methodik in 8 Schritten

Die Methodik basiert auf den Dokumentationen von Hahnemann im 6. Organon-Original (Hahnemann 2003) und wird von den Autoren der Methodik „Praxis der reinen Homöopathie“ (Candegabe / Carrara 1999) als Weiterentwicklung verstanden.

In der folgenden Erläuterung der Methodik werden keine neuen homöopathischen Erkenntnisse vorgestellt, sondern sie ist der Versuch, das was an Wissen auf der Grundlage des Organons bereits vorhanden ist, sinnvoll zu verbinden und so zu klaren und logisch ableitbaren Schlussfolgerungen zu gelangen.

Die Methodik kann wie folgt in den einzelnen 8 Schritten beschrieben werden.

Schritt 1: Anamnese und vorurteilslose systematische Befragung

Die biopathographische Geschichte der PatientIn wird unter besonderer Berücksichtigung des Spontanberichtes aufgenommen, wobei es von Wichtigkeit ist, das konstitutionelle Gesamtbild so umfassend wie möglich zu erheben.

Schritt 2: Erfassen des Bildes der dynamischen Krankheit

Hier geht es um die Frage, welche Symptome den Fall tatsächlich charakterisieren und zur weiteren Auswertung herangezogen werden sollten.

Im Idealfall zeichnen sich diese Symptome durch Historizität (die Qualität eines Symptoms, sich chronisch auszudrücken, dass es schon lange oder immer von der PatientIn erinnert werden kann), Intensität (die Fähigkeit eines Symptoms Leiden auszulösen, wie stark wird es empfunden) und Modalisation (das charakteristische eines Symptoms, das Eigentümliche, Sonderbare), aus.

Sie werden zusätzlich unterteilt in:

- a) charakterologische Symptome** (Besonderheiten der Gemütsart, z.B. Schüchternheit, Eigensinn, Reizbarkeit)
- b) modalisierte Symptome** (die Art und Weise wie ein Symptom sich zeigt), zusätzlich unterteilt in: Mentale oder Gemütssymptome
Allgemeinsymptome
Lokalsymptome
- c) unterstützende oder Hilfssymptome**

Die Hierarchie der Symptome lässt sich wie folgt darstellen:

	historische	intermediäre	aktuelle
mentale	9	6	3
allgemeine	8	5	2
lokale	7	4	1

Tabelle 1 (entnommen aus Candegabe/Carrara, 1999, Praxis der reinen Homöopathie S.62)

Je intensiver, historischer und eigentümlicher ein Symptom ist, umso deutlicher beschreibt es die energetische Störung. So entsteht eine Maßeinheit für die Auswertung.

3. Schritt: Intelligente Repertorisation

Repertorisation meint das Nachschlagen der ausgewählten Symptome im Symptomenverzeichnis, dem Repertorium.

In der Methodik werden möglichst Rubriken verwendet die mindestens 7 und höchstens 150 Arzneimittel enthalten.

Ausgewählt werden die Arzneimittel, die in allen Rubriken, die für die Repertorisation verwendet wurden, vertreten sind und die, die in mehr als 50% dieser Rubriken vertreten sind.

Bis hierher ist ein völlig vorurteilsloses Vorgehen möglich, so dass die Mittelwahl unter Ausschluss von Voreingenommenheiten oder vorschnellen Mittelentscheidungen zustande kommen kann.

4. Schritt: Kongruenz mit der Materia Medica

Im Abgleich mit den Arzneimittelbildern der Materia Medica wird neben den ausgewählten Symptomen auch die "Totalität" des Falles berücksichtigt. D.h. der Wesenskern der PatientIn, das was sie als Persönlichkeit ausmacht, wird mit dem Wesen oder der Idee des Arzneimittelbildes verglichen. Hier erhalten die charakteristischen Symptome Bedeutung. Ausgewählt wird das Mittel mit der größten Übereinstimmung zwischen den charakterologischen Symptomen des Patienten und dem Arzneimittelbild.

Häufig ist es jedoch der Fall, dass zwei oder mehr sich in ihrem Wesenskern ähnelnde Mittel in Frage kommen. Um hier sicherer differenzieren zu können ist der nächste Schritt, die gelenkte Zweitbefragung, sinnvoll.

5. Schritt: Gelenkte Zweitbefragung

Die Ergebnisse der Zweitbefragung können die Mittelwahl bestätigen, sie können aber auch ein eventuell irrträgliches Verständnis der Charakterologie des Patienten korrigieren helfen.

Damit bietet die Zweitbefragung die Möglichkeit das Bild, welches der Therapeut vom Patienten erhalten hat, zu hinterfragen und abzusichern, ohne die vorherigen Aufzeichnungen zu verändern. Sie dienen weiterhin als feststehende Orientierung, die verhindert, sich „im Fall zu verlieren“.

6. Schritt: Die Diagnostik der Ebene

Sowohl Hahnemann als auch Candegabe und Carrara beschreiben Krankheit als eine neue Ordnung, die sich über Krankheitssymptome ausdrückt, deren Intensität und Anzahl durch die Reaktivität der Lebenskraft bestimmt wird. (Hahnemann 1999, §9,11,12,13)

In Anlehnung an Konzepte aus der Chemie und der Physik, entwickelten Candegabe und Carrara die Theorie der energetischen Ebenen der Konstitutionen in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der Symptome, die gleichzeitig als Ausdruck der Reaktionsfähigkeit der Lebenskraft der PatientIn verstanden werden.

Daraus ergeben sich für die Definition der Ebenen folgende Beschreibungen:

1.Ebene:

Die Anamnese enthält die vollständige biopathographische Geschichte der PatientIn, eine klare Beschreibung der wesentlichen charakteristischen Merkmale der PatientIn und demnach viele qualitativ hochwertige Symptome.

2. Ebene:

Anamnese ergibt weniger Symptome, die von hohem hierarchischem Wert sind. Die biopathographische Geschichte ist vollständig, allerdings mit weniger klaren Charakterzügen.

3. Ebene:

Die Anamnese enthält viele intensive Symptome von geringem hierarchischem Wert. Die biopathographische Geschichte bleibt unklar, wie auch die wesentlichen charakteristischen Eigenschaften.

4. Ebene:

Die Anamnese enthält wenige Symptome von geringem hierarchischem Wert, die oft keinen Bezug zur eigentlichen Konstitution der PatientIn mehr haben.

Die Veränderung der konstitutionellen Ordnung des Organismus in seiner Reaktion auf Reize, drückt sich über Anzahl und Qualität der Symptome aus. Die Art und Weise wie diese neue Ordnung sich ausdrückt, ist abhängig von der individuellen Konstitution. Candegabe und Carrara prägten dafür den Begriff der „Kohärenz der krankhaften Konstitution“. (Candegabe/Carrara 1999,S.79)

Auch Hahnemann beschreibt Erkrankung als eine Entwicklung in mehreren Stufen.

Im Vergleich zur Methodik nach Candegabe und Carrara lassen sich die Zusammenhänge für die einzelnen Ebenen folgendermaßen darstellen:

	1.Ebene	2.Ebene	3.Ebene	4.Ebene
Reaktivität der Lebenskraft	reaktiv viele Symptome	schwach wenig Symptome	reaktiv viele Symptome	schwach wenig Symptome
Kohärenz der krankhaften Konstitution	kohärent hohe hierarchische Wertigkeit der Symptome	kohärent hohe hierarchische Wertigkeit der Symptome	inkohärent geringe hierarchische Wertigkeit der Symptome	inkohärent geringe hierarchische Wertigkeit der Symptome
Ebenen der Erkrankung nach Hahnemann	primäre Psora Erstmanifestation über eine Hauterkrankung Vollständige Ausheilung durch homöopathische Intervention, da Unterdrückung so vermieden wird (CK S.8-10)	sekundäre Psora oft durch Unterdrückung der Hautmanifestation entstanden kann in chronische Situation übergehen Intervention notwendig (CK S.13-14)	Chronische Fortentwicklung der sekundären Psora, chronische Situation mehrere homöopathische Mittel notwendig (CK S.129-130)	
	Syphilis und Sykose Erstmanifestation über Lokalsymptom, den Schanker und die Feigwarzen (CK S.104,108)	Sekundäre Sykose und Syphilis ohne Primärsymptomatik, noch nicht kompliziert (CK S: 105,108)	Syphilis und Sykose Vollbild entsteht durch Unterdrückung des Hautausschlags oder bei schon entwickelter Psora als Komplikation (CK. S.106)	

Tabelle 3

So wird auch in der Einteilung nach Hahnemann deutlich, dass diese Entwicklung sich in Stufen vollzieht, und dass der Sprung von der ursprünglichen konstitutionellen Ordnung, weiter entfernt vom Gleichgewichtszustand, sich im Wechsel von der zweiten zur dritten Ebene vollzieht.

Über diese Zuordnungen wird es möglich, zu verstehen, wie tiefgehend die Erkrankung oder Störung einer PatientIn möglicherweise ist und wie geschwächt sie in ihrer Reaktionsfähigkeit sein wird.

7. Schritt: Dynamische Prognose

Die Überlegungen der vorangegangenen Schritte lassen die Folgerung zu, dass Verschlimmerung und Besserung in Abhängigkeit zu diesen Erkenntnissen erfolgen müssten. Demnach ergibt sich für jede Ebene eine zu erwartende Reaktion und Entwicklung der PatientIn.

Für die Einschätzung der Ebenen ergeben sich folgende Möglichkeiten:

1. Ebene:

Aufgrund der Reaktivität der Lebenskraft wird eine **kurze Erstverschlimmerung** gefolgt von einer **schnellen Besserung** eintreten. Das Auftreten neuer, gänzlich unbekannter Symptome legt eine inkorrekte Verschreibung nahe. Der Fall sollte nochmals neu bearbeitet werden.

2. Ebene:

Hier hat die Lebenskraft bereits eine Schwächung erfahren und braucht demnach mehr Zeit sich mit dem Arzneireiz auseinanderzusetzen. Es wird eine **lange Erstverschlimmerung** gefolgt von einer **schnellen Besserung** eintreten. In dieser Ebene können neue Symptome die gleiche Bedeutung haben, wie in Ebene 1. Sie können aber auch das Bild vervollständigen und so zur Verschreibung des Simillimum führen.

3. Ebene:

In dieser Ebene gibt es auch eine reaktive Lebenskraft, die aber lediglich viele Symptome von geringem hierarchischem Wert hervorbringt. Hier wird sich eine **kurze Erstverschlimmerung** gefolgt von einer **langsamen Besserung** zeigen. In dieser Ebene ist das Auftreten neuer Symptome kaum zu vermeiden, da aufgrund des Mangels an hierarchisch wertvollen Symptomen oft ein nur ähnliches Mittel verschrieben werden muss. Neue Symptome können hier den Weg zum Simillimum weisen.

4. Ebene:

Die stark geschwächte Lebenskraft in dieser Ebene führt zu einer **langen Erstverschlimmerung** gefolgt von einer **langsamen Besserung**. Auch in dieser Ebene gehen neue Symptome auf eine nicht ganz zutreffende Verschreibung zurück, die ebenso wie oben, auf dem Mangel an hierarchisch wertvollen Symptomen beruht. Die erste Mittelgabe löst unter Umständen eine schnelle Folge von Gaben weiterer Mittel aus, zurückgehend auf neue Symptome, die die Richtung für die neue Verordnung weisen. Oft ist es trotzdem nicht mehr möglich, dass eigentliche Konstitutionsmittel herauszufinden.

Die Tabelle aus Schritt 6, um das eben Dargestellte ergänzt, fasst dies nochmals zusammen:

	1.Ebene	2.Ebene	3.Ebene	4.Ebene
Reaktivität der Lebenskraft	reaktiv viele Symptome	schwach wenig Symptome	reaktiv viele Symptome	schwach wenig Symptome
Kohärenz der krankhaften Konstitution	kohärent hohe hierarchische Wertigkeit der Symptome	kohärent hohe hierarchische Wertigkeit der Symptome	inkohärent geringe hierarchische Wertigkeit der Symptome	inkohärent geringe hierarchische Wertigkeit der Symptome
Erstreaktion und	kurze Erstverschlimmerg.	lange Erstverschlimmerg.	kurze Erstverschlimmerg.	lange Erstverschlimmerg.

Besserung	schnelle Besserung neue Symptome = irrig Verschreibung	schnelle Besserung neue Symptome = Irrige Verschreibung oder Vervollständigung des Bildes	langsame Besserung neue Symptome = irrig Verschreibung oder Annäherung an das konstitutionelle Bild	langsame Besserung neue Symptome= irrig Verschreibung oder wegweisend für weitere symptomatisch zu verordnende Mittel
-----------	--------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabelle 4

Die Tabelle stellt noch einmal die Beziehungen der Symptome zum erkrankten Organismus dar.

1. In Abhängigkeit von der Reaktivität der Lebenskraft, die die Anzahl der Symptome bestimmt.
2. In Abhängigkeit von der Konstitution des erkrankten Organismus, die die Qualität der Symptome bestimmt.

Die Tabelle zeigt ebenfalls anschaulich, dass es mit fortschreitender Pathologie zunehmend schwieriger wird, das Simillimum zu finden.

8. Schritt: Richtige Verschreibung

In diesem Schritt geht es darum, den Reiz des homöopathischen Arzneimittels, in seiner Intensität, auf die Reaktionsfähigkeit des Organismus abzustimmen. Die Mittelgabe sollte weder eine Über- noch Unterforderung darstellen. Dies wird durch die Höhe der verordneten Potenz, die Wahl des Einnahmeabstandes und die Anwendung der Plus- Methode erreicht. (Einnahme durch Lösen eines Tropfens des Arzneimittels in Wasser und Weiterpotenzierung des homöopathischen Arzneimittels durch 10maliges Schütteln vor jeder Einnahme). Diese Vorgehensweise hat sich als am besten geeignet erwiesen, um Erstverschlimmerungen zu mildern oder zu vermeiden.

Die Höhe der Potenz steht in direktem Bezug zur Reaktionsfähigkeit der PatientIn, und damit zu der Ebene auf der die PatientIn eingeordnet werden kann.

- *1.Ebene*
hohe Dynamisation, (1000 oder 10000), als Einzeldosis oder nach der Plus-Methode
- *2.Ebene*
niedrige Dynamisation (30 oder 200) in Plus
- *3.Ebene*
hohe Dynamisation als Einzeldosis
- *4.Ebene*
niedrige Dynamisation in Plus

In der Studie wurden zur Behandlung der Patienten Q-Potenzen eingesetzt. Dies entspricht einer Weiterentwicklung der Methodik, die in Zusammenarbeit mit dem Institut Auditorium Homöopathikum entwickelt und modifiziert wurde.

Auf der Suche nach Potenzen und Anwendungsmöglichkeiten, die der Reaktionsfähigkeit des kranken Organismus besser angepasst werden könnten, entwickelte Hahnemann gegen Ende seines Schaffens die Q-Potenzen. Die Ergebnisse seiner Forschung legte er in der 6. und letzten Ausgabe des Organons nieder. Erst 1921 kam es zu einer ersten Veröffentlichung.

Entsprechend den Vorgaben der Methodik nach Candegabe und Carrara können die Q-Potenzen wie folgt den C-Potenzen gegenübergestellt werden:

Ebene	C - Potenzen	Q- Potenzen
1	C 1000 - 10000	Q 16 – 24
2	C 30 - 200	Q 6 – 15

3	C 1000	Q 1 – 6 oder C-Potenzen, C6 – C30
4	D- Potenzen	D- Potenzen

Tabelle 5 Gegenüberstellung Q-Potenzen- C-Potenzen

Die Tabelle zeigt, dass es bei den Ebenen immer um Potenzbereiche von- bis, geht. Es handelt sich also nicht um eine starre Verordnungsvorgabe, sondern es ist immer die Reaktionsfähigkeit der PatientIn, in ihrer individuellen Situation, zu berücksichtigen.

Mit dem Hinweis darauf, dass eine analytische Vertiefung, besonders der Schritte 6-8, der Vervollständigung der Methode dienen wird, stellen Candegabe und Carrara ihre Arbeit der wissenschaftlichen Gemeinschaft zur Verfügung.

Die vorliegende Arbeit möchte zur weiteren Erforschung der Methode, insbesondere der Schritte 6-8, beitragen.

1.3 Methodisches Vorgehen

Teilnehmer/-innen und Beobachtungszeitraum

- Die Studie wurde in den Praxen der Versuchsleiterinnen Christiane Wagner und Marianne Müller-Traut, (beide BRD), durchgeführt.
- Bei den in die Studie eingeschlossenen Fällen, handelt es sich nicht um ausgewählte Probanden, oder durch Randomisierung gebildete Gruppen, sondern um PatientInnen aus dem normalen Praxisablauf. Die unten ausgeführten Ein- und Ausschlusskriterien bestimmen die Aufnahme einer PatientIn in die Studie.
- Für die Studie ist eine Mindestzahl von 12 Fällen vorgesehen. Die Studie dauert an bis diese Fallzahl erreicht ist.

Ausschlusskriterien

- PatientInnen, die Medikamente nehmen, die die Eigenregulationsfähigkeit des Körpers einschränken, z.B. Chemotherapeutika, Immunmodulatoren, Cortisone (oral)
- PatientInnen, deren Reaktionsfähigkeit durch die ständige Zufuhr von Noxen wie Alkohol, Drogen eingeschränkt ist.
- PatientInnen, deren Eigenwahrnehmung durch die Einnahme von Psychopharmaka verändert ist.
- PatientInnen, die bis unmittelbar vor Therapiebeginn eine Vielzahl anderer homöopathischer Mittel in Hochpotenz eingenommen haben, Unter Hochpotenz werden hier homöopathische Arzneimittel, deren Verdünnungsgrad die Lohschmiedsche Grenze der theoretischen Nullmolarität überschreitet, verstanden. Dies ist ab der D24, C12, und je nach Verdünnungsgrad der Ausgangssubstanz ab der Q4 der Fall (Lingg 2008).
- PatientInnen, die Aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, im zeitlichen Rahmen der Erhebung, die erforderlichen Informationen zu geben, z.B. schwere Borderline- Persönlichkeitsstörung, Altersdemenz etc.
- PatientInnen, die Implantate tragen und deren energetische Reaktionsebene niedrig ist, so dass das Konstitutionsmittel nicht sicher bestimmt werden kann.

Einschlusskriterien

Es werden PatientInnen aller Altersgruppen, sowohl Kinder als auch Senioren, in die Studie aufgenommen, sofern sie keine der oben genannten Ausschlusskriterien erfüllen.

Es werden PatientInnen beiderlei Geschlechts in die Studie aufgenommen, es erfolgt keine geschlechtsspezifische Unterscheidung.

Methodisches Vorgehen

Die Autorinnen sind Heilpraktikerinnen, SHZ-zertifizierte Homöopathinnen (SHZ = Stiftung Homöopathie Zertifikat, www.homöopathie-zertifikat.de), mit mehrjähriger Ausbildung in Homöopathie und arbeiten in ihrer Praxis mit dem Schwerpunkt Homöopathie. Die Anamneseerhebung, die Auswertung und homöopathische Behandlung erfolgt in der jeweiligen Praxis.

- Die Fallaufzeichnung beginnt mit der Erhebung der Anamnese. Vergleichbar mit einem narrativen Interview wird zunächst der Spontanbericht des Patienten aufgenommen und anschließend durch gezielte Fragen ergänzt und vervollständigt. Eine wortgetreue Aufzeichnung der Anamnesen wurde von den Autorinnen dokumentiert, hinterlegt und kann eingesehen werden. Zum besseren Verständnis der Auswertung der Anamnesen sind eine kurze Zusammenfassung, die Repertorisation, die Zuordnung der energetischen Ebene mit Begründung und der Fallverlauf jedes Falles, dieser Arbeit im Anhang beigefügt.
- Nach der beschriebenen Methodik werden die Informationen ausgewertet und das Mittel erarbeitet.
- Erst bei der Besprechung der Verordnung erfolgt die Aufnahme in die Studie nach Zustimmung der PatientIn. Der Text der Patienteninformation ist in vollem Wortlaut im Anhang dieser Arbeit beigefügt. Die Aufnahme in die Studie zu diesem Zeitpunkt soll vermeiden, dass das Wissen um die Teilnahme die Anamneseerhebung und Auswertung, sowohl auf Patienten- wie auch auf Seite der Therapeutin, beeinflusst. Zudem stellen sich mögliche Ausschlusskriterien oft erst in der Anamnese dar.
- Die Aufnahme der PatientInnen in die Studie erfolgt anonymisiert. Den einzelnen Fällen werden Codenummern, W.1- W.12 für die Fälle aus der Praxis Wagner, M.1-M.12 für die Fälle aus der Praxis Müller-Traut, zugeordnet.
- Das verordnete homöopathische Mittel wird den PatientInnen direkt vom homöopathischen Hersteller zugeschickt (Homöopathisches Labor Gudjons, Wankelstr.1 86391 Stadtbergen).
- Für die Studie wurde mit den PatientInnen eine telefonische Befragung, nach jeder Mitteleinnahme vereinbart. Dabei wurden keine standardisierten Fragen gestellt, sondern Fragen mit Bezug zur in der Anamnese beschriebenen Symptomatik, da nur über die Veränderung der individuellen Symptomatik die Reaktion dokumentierbar ist.
- Je nach angenommener Ebene kann es auch nur zur Verordnung einer Einmalgabe kommen. In diesem Fall erfolgt lediglich eine einmalige telefonische Befragung zehn Tage nach der Einnahme.
- In Abhängigkeit zur vorausgesetzten pathologischen Ebene kann es auch zu starken Erstreaktionen kommen (siehe Methodik Schritt 7). In diesen Fällen kann es sinnvoll sein, die Einnahmeabstände zu verlängern, um die PatientIn nicht zu überfordern.
- Die von den PatientInnen berichteten und von der Studienleiterin aufgezeichneten Veränderungen werden in Form einer Tabelle und eines Diagramms in der Arbeit dargestellt. So lassen sich Verschlimmerung und Besserung für jede PatientIn übersichtlich darstellen und ein Vergleich der Fälle wird erleichtert.

Auswertung

- *Erläuterungen zum Aufbau und zur inhaltlichen Gestaltung der Tabelle*
In der ersten Spalte werden die Symptome aufgelistet, die während der Beobachtungszeit auftreten. Sie werden in drei Untergruppen aufgeteilt.
Untergruppe A „aktuelle“, beinhaltet die Symptome, die während der Anamnese von der PatientIn genannt wurden und die auch für die Vorhersage, über welche Beschwerden die Patientin reagieren kann, eine Bedeutung haben. Untergruppe B „neue bekannte“, beinhaltet die Symptome, die bisher nicht in der Anamnese genannt wurden, die die Patientin aber aus der Vergangenheit kennt.
Untergruppe C „neue unbekannte“ beinhaltet die Symptome, die neu auftreten und der Patientin unbekannt oder fremd sind.
Die obersten zwei Zeilen der Tabelle geben den Beobachtungszeitraum über drei Befragungen an, unterteilt in einzelne Tage. Die Anzahl der Tage variiert von Fall zu Fall, da die Einnahmeabstände unterschiedlich sein können (s.o.).

In den folgenden Spalten und Zeilen sind die Ergebnisse der Befragungen eingetragen. Die Skala von -3 bis 3 verdeutlicht die Veränderung der Intensität der Beschwerden wie folgt:

-3 = sehr starke Verschlimmerung	3 = Beschwerdefreiheit
-2 = starke Verschlimmerung	2 = starke Verbesserung
-1 = leichte Verschlimmerung	1 = leichte Verbesserung
0 = keine Veränderung, Ausgangssituation	Leerfeld = keine Angaben
- = Symptom ist nicht aufgetreten	

Am Ende der Untergruppen A, B und C wird in jeder Spalte die Summe aus den eingetragenen Verschlimmerungs- bzw. Verbesserungspunkten von oben nach unten gebildet und das sich daraus ergebende prozentuale Zwischenergebnis für die betreffende Untergruppe.

Für die Berechnung der Prozentwerte, wurde das Produkt aus der Anzahl der Symptome und der Bewertung -3 als -100% definiert und das Produkt aus der Anzahl der Symptome und der Bewertung 3 als 100%.

Dabei entsprechen der Wert „-100%“ einer sehr starken Verschlimmerung und der Wert 100% einer Beschwerdefreiheit.

Am Ende der Tabelle werden die Ergebnisse aus A, B und C addiert, bzw. das prozentuale Gesamtergebnis gebildet.

- Die Ergebnisse aus den Spalten „Summe A%“ und „SummeA+B+C%“ werden zusätzlich in einem Kurvendiagramm dargestellt. Dabei wird die Intensität der Erstreaktion in % (Vertikale), bezogen auf den Beobachtungszeitraum in Tagen (Horizontale), dargestellt. Die Bezeichnung der Tage folgt der Anzahl der Befragungen. 1.1-1.3 für die 3 Tage im ersten Befragungszeitraum, 2.1-2.3 für die 3 Tage im zweiten Befragungszeitraum, 3.1-3.3 für die 3 Tage im dritten Befragungszeitraum. Da die Anzahl der Tage in den Befragungszeiträumen in Abhängigkeit zum Fallverlauf unterschiedlich sein kann, sind sie noch einmal gesondert bei jedem Diagramm aufgeführt.

Die Datenreihen im Diagramm beginnen jeweils am Nullpunkt, da er den Ausgangspunkt, den Status Quo zum Zeitpunkt der Anamnese darstellt.

- Es werden sowohl „Summe A%“ als auch „Summe A+B+C%“ im Kurvendiagramm dargestellt, da dies auch bezogen auf die Vorhersage von Bedeutung ist. So lassen sich Verschlimmerung und Besserung für jeden Patienten übersichtlich darstellen und ein Vergleich der Fälle wird erleichtert.

1.4. Ergebnisse

Die Darstellung der Fälle geordnet nach Reaktionsebenen, bezogen auf die Dauer der Erstreaktion.

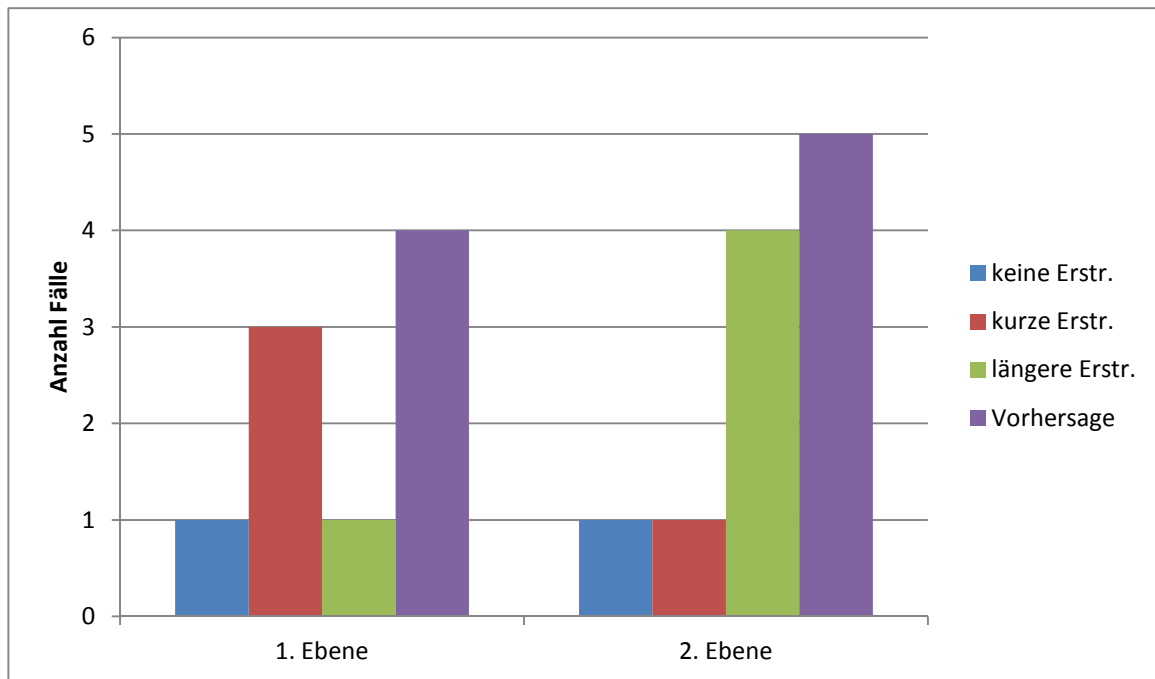


Abb. 17

Erläuterung:

Mit „Vorhersage“ in der Legende ist die Anzahl der Fälle, die für die entsprechende Ebene die Vorhersage bestätigen, gemeint.

Das Diagramm zeigt, dass bezogen auf die Dauer der Erstreaktion bei Verordnung von Q-Potenzen, 7 Fälle und damit 58,3% der Vorhersage entsprechen.

In 2 Fällen trat keine Erstreaktion auf (W.7 und W.12). Da auch dies für die korrekte Einordnung der Ebene spricht, konnten die PatientInnen in insgesamt 9 Fällen der entsprechenden Ebene zugeordnet werden. Das entspricht 75% der Fälle.

1.5 Diskussion

Die Intensität der Erstreaktion ist wie für die Q-Potenzen erwartet wesentlich milder ausgefallen. Unter diesem Gesichtspunkt sollte die Anwendung von Q-Potenzen weiter erforscht werden um gegebenenfalls Schritt 7 der Methodik „Dynamische Prognose“ modifizieren zu können.

In 2 Fällen trat keine Erstreaktion auf, sondern es trat direkt eine Besserung ein. (W.7, W.12) Trotzdem unterscheiden sich diese zwei Fälle entsprechend ihrer Zuordnung in die zweite und erste Ebene. Fall W.12 zeigte sofort eine sehr deutliche Besserung, entsprechend der Reaktionsfähigkeit des Organismus in der ersten Ebene. Verläufe ohne Erstreaktion werden möglich, wenn die Höhe der Potenz der Reaktionsfähigkeit der PatientIn sehr nahe kommt. (Organon §161) Allerdings scheint es kaum möglich darüber eine Vorhersage zu treffen ob eine Erstreaktion auftritt oder nicht.

Fall W.7 zeigte eine deutliche Besserung verzögert nach der dritten Einnahme. Entsprechend der zweiten Ebene, in der die Reaktionsfähigkeit des Organismus bereits eine Schwächung erfahren hat. Bei diesem Patienten mag auch sein Alter von 74 Jahren eine Rolle spielen.

In der vorliegenden Arbeit wurde im Voraus keine Altersgrenze für die teilnehmenden PatientInnen festgelegt. So kommt es zu einer Altersspanne von 2 bis 77 Jahren. Das erscheint für eine Studie mit 12 Fallbeispielen sehr groß. Es stellt sich dabei jedoch die Frage, ob das Alter der PatientInnen in Bezug auf die Erstreaktion von großer Bedeutung ist. Hahnemann selber unterscheidet nicht zwischen alten und jungen Patienten, sondern orientiert sich lediglich an der Reaktionsfähigkeit des Organismus, der sich aus den Symptomen der Anamnese ergibt. Andererseits ergeben sich in der Geriatrie und in Forschungsarbeiten zu diesem Thema Aspekte in Bezug auf den alternden Organismus, die auch für eine Dosierung homöopathischer Arzneimittel von Bedeutung sein könnten.

(vgl. Heine 2007 S.159f.). Hier ergeben sich Hinweise, dass die Reaktionsfähigkeit des älteren Menschen grundsätzlich eine andere ist als die eines jüngeren, und dass dieser Umstand in der Wahl der Potenz Berücksichtigung finden müsste. Hier wäre weiterer Forschungsbedarf, um die Interpretation der Ergebnisse aus Studien dieser Art zu verbessern.

Eine andere Ursache für die teilweise sehr milden Verläufe, kann in der Tatsache liegen, dass das Diagramm eine Zusammenfassung der einzelnen Symptomdaten darstellt. Einmal für Symptomgruppe A und einmal für die gesamten Symptome, unabhängig davon ob die Symptome in Gruppe A sich alle verändert haben. Das heißt die Anzahl der Symptome, die der Berechnung zugrunde liegen, kann höher sein, als die Anzahl der Symptome die sich verändert haben. Dadurch wird der Kurvenverlauf flacher, die Reaktion erscheint weniger ausgeprägt. In folgenden Fällen war das bei mindestens einem Symptom der Fall: W.2, W.3, W.4, W.5, W.6, W.7, W.10

Die Forschungsfrage, die dieser Arbeit zugrunde liegt, impliziert eine weitere Frage, ob die Zuordnung der Q-Potenzen zu den Ebenen, wie sie Candegabe und Carrara definiert haben, sich durch die Verlaufsergebnisse bestätigen. Insgesamt 9 von 12 Fällen entsprachen in ihrem Verlauf der Zuordnung zur energetischen Ebene. Darin bestätigt sich für diese neun Fälle eine Übereinstimmung von verordneter Q-Potenz und energetischer Ebene. Weitere Forschungen werden notwendig sein, um diesen ersten Eindruck zu überprüfen.

In dieser Arbeit wurden nur Patienten der ersten und zweiten Ebene behandelt. Daher können die Ergebnisse dieser Arbeit auch nur auf diese Patientengruppe angewendet werden.

Durch eine Pilotphase vor Studienbeginn, zur Überprüfung der Praktikabilität des geplanten Studiendesigns, hätte vermieden werden können, dass durch ungenaue Befragung Wertlücken in den Tabellen entstehen (W.1, W.2, W.3, W.5, W.9). Durch die fehlenden Daten ergibt sich eine entsprechende Ungenauigkeit der Verläufe im Kurvendiagramm. Die grundsätzliche Entwicklungstendenz eines Verlaufs wird dadurch jedoch nicht verändert.

In der vorliegenden Arbeit geht es nicht um eine Wirksamkeitsprüfung einer homöopathischen Behandlung. Hier wurde eine Forschungsfrage gestellt, die für praktizierende Homöopathen jeder Fachrichtung von Bedeutung sein könnte. Für die meisten Homöopathen, besonders für BerufsanfängerInnen, stellt sich die Frage, welche Potenz eines Mittels die richtige für die PatientIn ist und anhand welcher Kriterien dies zu entscheiden sei.

Könnte Homöopathieforschung hier zu verlässlicheren Angaben führen, wäre dies ein methodischer Fortschritt für die gesamte Homöopathie. Da es hier um eine Homöopathie-interne Fragestellung geht, war die Intention, im Studiendesign die homöopathische Behandlung so durchzuführen, wie sie in der Praxis normalerweise auch abläuft. In dem Bewusstsein, dass dieses Studiendesign nicht den Kriterien der evidenzbasierten Medizin entsprechen würde. So sollte sichergestellt sein, dass die Ergebnisse einen größtmöglichen Bezug zur tätigen Praxis anderer HomöopathInnen haben.

Eine methodologische Schwäche sieht die Autorin in dem Umstand, dass es der Interpretation der Therapeutin überlassen bleibt, die wörtlich aufgezeichneten Aussagen der PatientInnen in Zahlen umzuwandeln, die anschließend durch die Einordnung in Tabellen, die Basis für die Auswertung bilden. Für weitere Studien dieser Art müssten Lösungen gefunden werden, die zu einer objektiveren, von der Interpretation der durchführenden Therapeutin unabhängigen Beurteilung kommen. Eine Möglichkeit könnte die Entwicklung eines Fragebogens anhand einer Werteskala sein, den die PatientInnen selber ausfüllen. Dies würde allerdings zu einem deutlichen Mehraufwand für die PatientIn führen. Eine andere Möglichkeit wäre, mit Einverständnis der PatientIn, die Befragungen aufzuzeichnen und gemeinsam mit weiteren Therapeuten auszuwerten, die den Fall nicht kennen.

Trotz der beschriebenen methodischen Mängel der Studie, zeigt sie doch, dass die Methodik nach Candegabe und Carrara Möglichkeiten eröffnet, Fragen bezüglich homöopathischer Grundlagen mit Hilfe wissenschaftlicher Kriterien zu stellen.

1.6 Quellenangaben

Candegabe M, Carrara H, (1999), Praxis der reinen Homöopathie, Kai Kröger Verlag, Groß

Wittensee

Hahnemann S. (1999) Organon der Heilkunst, Schmidt J.M. (Hrsg.), 6.Auflage, Haug Verlag, Stuttgart

Hornung J., (1996) Forschungsmethoden in der Komplementärmedizin, Schattauer Verlag, Stuttgart

Lingg G. (2008), Wirkung von homöopathisch zubereitetem Thyroxin (10^{-11} – 10^{-21}), („Q“-Zubereitung) auf Hochlandamphibien. Thesis (MSc), Interuniversitäres Kolleg für Gesundheit und Entwicklung, Graz/ Schloss Seggau, 2008

Marstedt G., Moebus S.: Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin, in: RKI: Themenheft der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 9, 2002, http://www.gbebund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_aid=8610111&p_uid=gast&p Sprache=D&p_knoten=FID&p_suchstring=7861#fid7855 (Stand 08.2002, Abruf 30.01.12 MEZ))

Randomisierte klinische Studie, http://de.wikipedia.org/wiki/Randomisierte_kontrollierte_Studie (Stand 10.08.2012, Abruf 13.10.2012, 17:24MEZ)

Sackett D.L., Was ist evidenz- basierte Medizin und was nicht: <http://www.cochrane.de/de/sackett-artikel> (Stand 07.04.2011 Abruf 26.09.2012,21:20MEZ)

Validität, http://de.wikipedia.org/wiki/Validit%C3%A4t#Interne_Validit.C3.A4t (Stand 08.12.2011, Abruf 03.02.2012, 22:06 MEZ)