

Gängige Mythen über Potenz/Dosierung und Reaktionen

Auf meinen Seminaren und in der Supervision sehe ich immer wieder, dass Nachfragen zum Thema Potenz und Dosierung einen großen Raum einnehmen und dass hier viel Unsicherheit besteht. Daher möchte ich im Folgenden einige gängige Irrtümer und Mythen beleuchten.

„Schon Hahnemann warnt vor der (zu) häufigen Wiederholung von Mitteln“

Weltweit gesehen dominiert heute die Strategie der „minimalen Posologie (= Potenz/Dosierung“. Seltene Einzelgaben, nicht zu früh wiederholen (sonst stört man den Fall), danach warten und beobachten. Die Befürworter dieser Vorgehensweise zitieren dann gerne Hahnemann: „Jede, in einer Kur merklich fortschreitende und auffallend zunehmende Besserung ist ein Zustand der, so lange er anhält, **jede Wiederholung irgend eines Arznei-Gebrauchs durchgängig ausschließt**, weil alles Gute, was die genommene Arznei auszurichten fortführt, hier seiner Vollendung zueilt.“ (§ 246).

Wenn man das isoliert liest, klingt es wie eine Bestätigung der „wait and watch“-Strategie. Tatsache ist aber, dass Hahnemann in den § 246-248 gerade das Gegenteil beschreibt, nämlich dass die **häufige Wiederholung** von C- und Q-Potenzen für Arzt und Patient einen **schnelleren Heilungsverlauf** bringt. Schauen wir diese Paragraphen mal vollständig an (Kommentare und Hervorhebungen in allen folgenden Zitaten stammen von mir):

§ 246: „Jede, in einer Kur merklich fortschreitende und auffallend zunehmende Besserung ist ein Zustand der, so lange er anhält, **jede {trockene!} Wiederholung** irgendeines Arznei-Gebrauchs **durchgängig ausschließt**, weil alles Gute, was die genommene Arznei auszurichten fortführt, hier seiner Vollendung zueilt. Dies ist in akuten Krankheiten nicht selten der Fall {= in akuten Erkrankungen ist es also möglich, dass eine Einzelgabe alleine ausreicht}; {aber} bei etwa chronischen Krankheiten hingegen, vollendet zwar auch bei langsam fortgehender Besserung, zuweilen {= selten} eine Gabe treffend gewählter, homöopathischer Arznei die Hülfe, die dieses Mittel in solchem Falle seiner Natur nach auszurichten im Stande ist, in einem Zeitraume von 40, 50, 60, 100 Tagen. Aber {erstes Gegenargument} teils ist dies sehr selten der Fall {!}, teils {zweites Gegenargument} muss dem Arzte, so wie dem Kranken viel daran liegen, dass, wäre es möglich, **dieser Zeitraum** bis zur Hälfte, zum Viertel, ja noch mehr **abgekürzt und soweit schnellere {!} Heilung erlangt** werden könnte. {d.h. man kann das vorsichtige Dosieren machen, aber es hat seinen Preis in einer langsameren Heilung}.

Und dies {die Wiederholung von C- und Q-Potenzen} lässt sich auch, wie neueste, vielfach wiederholte Erfahrungen mich gelehrt haben, recht glücklich ausführen, unter folgenden Bedingungen (...)“

Im Folgenden führt Hahnemann dann drei Bedingungen an: 1. Das Mittel muss eine ausreichende Ähnlichkeit haben (was klar ist, denn sonst hat man keine Wirkung), 2. es muss in Flüssigkeit aufgelöst sein, 3. es muss jedes Mal modifiziert/verschüttelt/verrührt werden.

Konkret beschreibt Hahnemann dann im § 248 wie dosiert werden sollte:

„Zu dieser Absicht wird die Arznei-Auflösung vor jedem Male Einnehmen (mit etwa 8, 10, 12 Schüttel-Schlägen der Flasche) von Neuem potenziert, wovon man den Kranken einen, oder (steigend) mehrere Kaffee- oder Tee-Löffelchen einnehmen lässt, in langwierigen {= chronischen} Krankheiten **täglich, oder jeden zweiten** Tag, in akuten aber, alle 6, 4, 3, 2 Stunden, in den dringendsten Fällen, alle Stunden und öfter. So kann in chronischen Krankheiten, jede richtig homöopathisch gewählte Arznei, {und in Q- oder C-Potenzierung!}

selbst die, an sich von langer Wirkungs-Dauer, in **täglicher Wiederholung Monate lang eingenommen werden**, mit steigendem Erfolge.“ (...).

Jetzt wird dann von manchen Kollegen immer wieder argumentiert, Hahnemann hätte diese häufigen Wiederholungen ja nur für die Q-Potenzen gemeint. Das Studium seiner Krankenjournale zeigt aber, dass diese Interpretation falsch ist, er hat sowohl Q-Potenzen als auch C-Potenzen regelmäßig und häufig wiederholt.

„Nach der Beschreibung, wie sie hier im *Organon* {§ 248} gegeben wird, ist gewöhnlich gefolgert worden, dass sie nur für die Q-Potenzen gelte, aus den Krankenjournalen geht aber eindeutig hervor, dass Hahnemann sie auch bei zentesimalen Potenzen anwandte, wenn es nötig war.“ (Handley, S. 80)

„Zu der Zeit, als H. in Paris eintraf {= 1835} hatte er seine frühere Praxis bereits erheblich geändert, was Potenz und Dosierung angeht. Er hatte {etwa ab 1828} aufgehört, einzelne Gaben trockener Arzneien in großen Abständen zu verabreichen {wie im 4. *Organon* noch beschrieben}. Er war dazu übergegangen, zentesimale Potenzen **flüssig** zu geben. Während seiner ganzen Pariser Zeit {1835-1843} verschrieb er die Arzneien {= Q- und C-Potenzen} in flüssigen Potenzen und **wiederholte sehr häufig** {!}, entweder jeden 2.Tag, täglich, oder mehrmals am Tag.“ (Handley, S. 72)

Fallbericht von Hahnemann

Um das kurz anhand eines Falles von Hahnemann zu belegen: Monsieur Musard, berühmter Musiker; Behandlung von 1837-1842; die Aufzeichnungen sind 18 Seiten lang (Handley, S. 99 ff.), ich beschreibe nur einige Ausschnitte und fokussiere auf die chronischen Mittel und deren Wiederholung, nicht auf die Art der Verdünnung (Musard war sehr empfindlich und zudem Hypochonder, daher versucht Hahnemann, mit Verdünnungen und Riechen die Reaktionen abzuschwächen). Der Fall ist natürlich verkürzt, aber man sieht die Parallelität verschiedener Potenzsysteme und Dosierungen:

01.4.1837	Sulph.	C 30	Täglich
07.4.	Sulph.	C 30	3 x täglich
22.6.	Ambr.	C 30	4 Tage lang, 2 x täglich
27.6.	Ambr.	C 30	2 Tage lang, 3 x täglich
29.6.	Ambr.	C 30	Alle 1/2 Std.
18.7.	Nux-v.	C 30	Riechen
20.7.	Nux-v.	C 24	1 Tag lang, 3 x täglich
01.8.	Sulph.	C 24	Täglich
05.8.	Caust.	?	Riechen
04.9.	Sulph.	C 24	Täglich
11.9.	Lyc.	C 30	3 Tage, täglich
18.9.	Lyc.	C 24	Täglich
30.8.	Sabad.	C 30	Täglich
07.11.	Con.	C 30	Jeden 2.Tag
17.11.	Sulph.	C 18	3 x täglich

22.11	Sulph.	C 18	Täglich
04.12	Sulph.	C 12	Täglich
15.9.1838	Sulph.	C 30	Einmalig
18.9.	Sulph.	C 30	2 Tage hintereinander
23.5.1839	Sulph.	C 190	Einmalig
08.6.	Hep.	C 30	Täglich
15.6.	Lyc.	C 30	Täglich
28.6.	Cinnb.	C 30	Täglich
21.8.	Hep.	C 85	Täglich
10.8.	Kali-c.	C 30	Täglich
25.8.1840	Hep.	C 200	Einmalig
30.3.1841	Sulph.	Q 10	Einmalig
09.4.	Lyc.	C 30	Täglich
29.5.	Sulph.	Q 7	Einmalig
04.6.	Rhus-t.	C 30	Täglich
28.6.	Hep.	Q 6	Täglich
17.7.	Rhus-t.	C 24	15 Tage, täglich
25.8.	Guaj.	C 30	Täglich
18.9	Hep.	Q 7	Täglich
13.12	Puls.	C 30	Täglich
15.12	Rhus-t.	C 18	Täglich

Soweit der historische Kontext. Dass es aufgrund von diversen Erfahrungen gerade heute sinnvoll ist, nicht nur individuell, sondern gerade auch **optimal** (und nicht dogmatisch minimal) zu dosieren, hat Michael Leisten ja anhand diverser Beispiele bereits in der HK 3.14 beschrieben. Sein schönes Posologie-Fazit, dem ich mich gern anschließe: „Es ist selten zu viel, aber oft zu wenig“.

„Bei schweren Pathologien, zum Beispiel Krebs, muss man Q-Potenzen verwenden“

Shepper: „Und bei Patienten mit schweren Pathologien hat man ohnehin nur wenig Spielraum bei der Potenzwahl {= man sollte Q-Potenzen verwenden}, wenn es nicht zu nachteiligen Verschlimmerungen (wie bei hohen C-Potenzen) oder zu ungenügenden Ergebnissen (wie bei tiefen C-Potenzen) kommen soll. (..) Q-Potenzen sind die einzigen {} Potenzen, die eine Überlebenschance in Fällen bieten, in denen die Patienten am Rande der Heilbarkeit schweben.“ (Shepper, S. 70)

Und Jens Wurster - den ich sonst sehr schätze - warnt leider eindringlich davor, C-Potenzen bei Krebs häufiger zu wiederholen (und schwärmt gleichzeitig von den Vorzügen der Q-Potenzen):

„Das {= die häufige Gabe von C-Potenzen} ist ein **großer Fehler** und **schadet** dem Patienten. Durch die häufige Wiederholung der C-Potenzen {und nicht etwa durch andere Faktoren!} können zwar gut Symptome unterdrückt werden, da die Lebenskraft aufgrund {!} der häufigen Wiederholungen der C-Potenz nicht mehr die Kraft hat, die Symptome der Krankheit an die Oberfläche zu bringen, aber oftmals¹ {!} **folgt darauf ein schlimmes Leiden** oder die Krankheit schreitet unter der Oberfläche fort.“ (S. 34/54)

Hier wird offensichtlich mit der großen Angstkeule pauschal ein Potenzsystem verdammt und suggeriert, man möge bei Krebs (in ernsten Stadien) doch nichts anderes als die sanften Q-Potenzen verwenden. Tatsache ist, dass gerade metastasierter Krebs sehr schwierig zu behandeln ist und dass man sehr kunstvoll vorgehen muss, um eine Progression zu verhindern. Oder andersrum formuliert, ein Fortschreiten des Krebses ist solange eine „normale“ Erfahrung, bis man sehr ähnliche Mittel findet, eine optimale Posologie wählt (damit meine ich sowohl C- als auch Q-Potenzen) und mit dem Patienten zusammen eine sehr gute Beratung incl. Veränderung von Lebensführung, Ernährung etc. schafft. Es gibt meist diverse Hürden und Schwierigkeiten - nun aber die C-Potenzen dafür verantwortlich zu machen, widerspricht eindeutig meiner Erfahrung und klingt wie eine Reklame für Q-Potenzen. Tägliche Gaben von hohen C-Potenzen über Monate *ohne engmaschige Verlaufskontrolle* sind auch sicher nicht das, was ich oder André Saine empfehlen. Ich rate immer dringend zum Erarbeiten von aussagekräftigen Verlaufsparemtern und zu Verlaufskontrollen mindestens alle 2-3 Wochen. Ich schule die Patienten, worauf sie zu achten haben etc. und **ich passe die Posologie der Reaktion an**. Ist die Wirkung bezogen auf die Verlaufsparemter zu träge/langsam, verschärfe ich die Posologie (und das kann sogar tägliche Gaben einer XM bedeuten - siehe den Saine-Fall unten), ist die Wirkung überschießend/zu stark, reduziere ich die Posologie. Meistens beruhen die auftretenden Probleme bei Krebs aber nicht auf zu „scharfer“ Posologie², sondern auf der zu geringen Ähnlichkeit der ausgewählten Mittel oder fehlender Mitarbeit der Patienten!

Ich hoffe, in diesem Artikel wird auch deutlich, dass all diese Fragen und Kontroversen um die Posologie nicht schematisch und „schwarz-weiß“ diskutiert werden sollten. Und so gesehen überrascht es auch nicht, dass es Einzelfälle gibt, in denen Q-Potenzen nicht optimal wirkten. So schreibt Vithoulkas: „Q-Potenzen sollten eigentlich milder wirken, ich habe jedoch schon oft starke Reaktionen auf diese Potenzen gesehen.“ (S. 21)

Und ein paar andere Stimmen:

Pierre Schmidt (1894-1987) mit seiner riesigen Praxis schreibt zu den Q-Potenzen 1961: „Indem Kent {und Fincke} die hohen Potenzen eingeführt haben, schufen sie eine Methode, die so einfach und unkompliziert in der Anwendung ist und die so herausragende Ergebnisse zeigt, dass man die Q-Potenzen nur in Ausnahmefällen braucht, in denen Kents {bzw. Finckes} Methode nicht angewendet werden kann oder wo sie nicht funktioniert. Ich persönlich benutze die Q-Potenzen 2 oder 3 Mal pro Jahr.“ (Quelle: Saine)

Boger (1861-1935) schreibt 1909 zum Thema Hochpotenzen versus Tiefpotenzen (wozu ich die Q-Potenzen zähle): „**Mir war immer die größtmögliche Freiheit bezüglich der Dosierung ein Anliegen**. Ich glaube, dass jemand, der sich in seiner Praxis auf Tiefpotenzen beschränkt, sich in seinem Vorankommen stark behindert, und das Gleiche gilt

¹ Jens Wurster bezieht sich auf einzelne Fälle von Geukens die dann zu ihm kamen, Fälle, bei denen Geukens tägliche Trockengaben einer XM über Monate gegeben hatte und danach neue Tumore auftraten. Wurster interpretiert das aber nun nicht als **Nichtwirkung** der gegebenen Arzneien und dem dann daraus folgenden „normalen“ Fortschreiten einer schon latenten Krebs-Erkrankung, sondern er erklärt die C-Potenzen zur Ursache der Progression.

² Krebspatienten reagieren meiner Erfahrung nach meist reaktionsträger als „Durchschnittspatienten“, so dass man seltener das Problem „überempfindlicher“ Patienten hat und mit seltenen Einzelgaben von Mitteln (z.B. Einzelgabe und vier Wochen warten) ist man bei Krebs sowieso nicht gut beraten.

- etwas abgeschwächt - für jemanden, der sich auf Hochpotenzen beschränkt. (...) Wir sollten in der Lage sein, **die ganze Bandbreite** zu erreichen und **jegliche Potenz** und jegliche Stärke verwenden, die zur Heilung unserer Fälle beitragen kann. Wenn das Ähnlichkeitsgesetz wahr ist, kann nicht eine einzelne Potenz alle Fälle heilen. Die meisten von uns haben beobachtet, dass man eine höhere Prozentzahl von Fällen mit **Hochpotenzen** {XM, LM, CM, MM} heilen kann, als dies mit niedrigeren möglich ist. Ein kleiner {} Prozentsatz von Fällen wird jedoch besser und schneller von **tiefen** {C 12, C 30} und nicht von hohen Potenzen geheilt.“ (IHA 1909, „Clinical testimony“; in Winter, S. 334).

Heute gibt es außer mir diverse Kollegen (Saine, Campora, Galic, Leisten u.a.), welche schwerste Pathologien und Krebs behandeln, *ohne* sich dogmatisch auf eine Potenz-Art festzulegen. Beide Potenzsysteme haben Vor- und Nachteile. Unklug wäre es, zu generalisieren und zu meinen, nur eine Potenz-Art sei bei Krebs besonders wirkungsvoll. Ratsam ist dagegen zum Wohle des Patienten zu individualisieren - gerade bei der Posologie.

„Q-Potenzen sind hohe Potenzen“

Shepper: „Nach meiner Erfahrung (...) kann die Q 1 **nach** der C 30 gegeben werden, da sie viel höher ist als diese.“ (S. 72)

Die Beantwortung dieser daraus resultierenden Frage („Wie sind die Q-Potenzen im Vergleich zu den C-Potenzen einzustufen“) ist nicht leicht. Es gibt nur wenige Kollegen, die beide Potenzsysteme variabel in ihrer Praxis verwenden. Meistens findet man die strikte Verwendung von nur einer der beiden Potenzarten. Und diejenigen, die jahrelange Erfahrung mit beiden Systemen haben, finden selten Patienten, bei denen sie beide Potenzsysteme direkt hintereinander ausprobieren konnten. Denn sonst ist eine Beurteilung unsicher, es gibt zu viele Variablen, welche - abseits der Potenz - unterschiedliche Reaktionen und Ergebnisse verursacht haben könnten.

Meine Erfahrung mit dem Einsatz beider Potenzsysteme zeigt: Es gibt Patienten, die phasenweise besser auf C-Potenzen (gegeben wie Q-Potenzen in Wasser/Alkohol, wiederholt, geschüttelt, etc.) und dann wieder auf Q-Potenzen reagieren. Ich steigere erst die Potenz des einen Systems (z.B. C 30, 200, M, XM etc.). Ist die Reaktion aber unbefriedigend, wechsele ich das System und probiere die Q-Potenzen (Q 3, 4, 5, 6 etc.), um dann evtl. wieder auf höhere C-Potenzen zurückzukehren. Im Vergleich der beiden Systeme sehe ich deutliche Vorteile bei den C-Potenzen, die wesentlich schnellere und klarere Ergebnisse bringen. Daher kann ich die Aussage von Shepper nicht bestätigen bzw. möchte dazu anregen, nicht in Schemata zu denken, sondern die verschiedenen Möglichkeiten der Posologie am konkreten Patienten auszuprobieren und **so lange zu variieren**, bis man optimale Ergebnisse hat.

Q- und C-Potenzen dürfen trocken nicht häufig wiederholt werden, sie müssen in Wasser aufgelöst gegeben werden

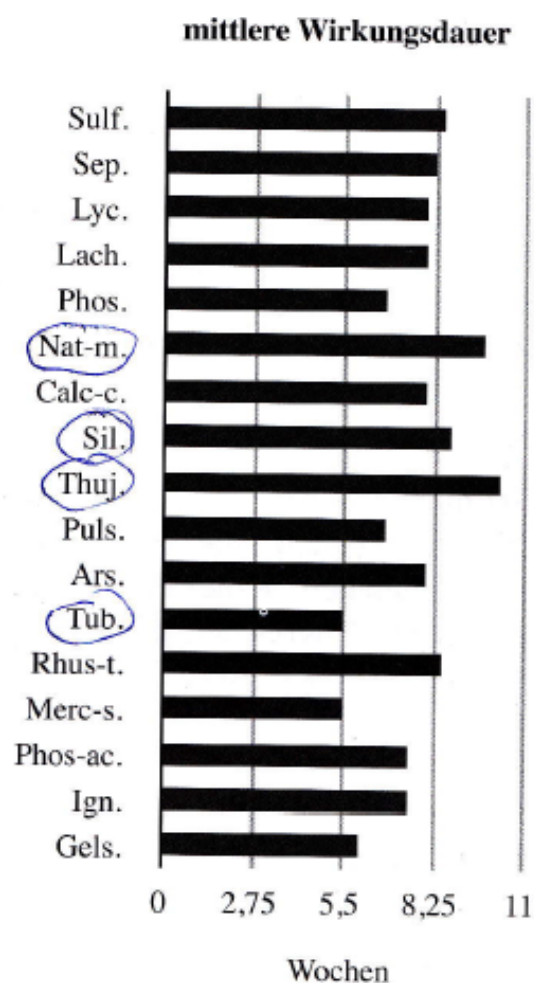
Nun, diesen Glaubenssatz haben wir ja gerade von Hahnemann gelesen (§ 248), er scheint aber nicht immer bzw. als zwingende Notwendigkeit zu stimmen. Heute können wir uns auch hier aus dem engen Schema lösen, wie die Erfahrungen von Campora (siehe sein Zitat in der HK 3.14, S. 26) und Saine für die C-Potenzen und von Anton Rohrer für die Q-Potenzen belegen. Man *kann* also, wenn man das möchte, beide Potenzarten auch trocken wiederholen. Ich persönlich bevorzuge - aus psychologischen Gründen - die Gabe von in Wasser und Alkohol aufgelösten C-Potenzen, weil Patienten mit schweren Pathologien damit „mehr in der Hand“ haben bzw. konkreter etwas sehen (Medizinflasche), tun (vor Einnahme schütteln) und erfahren, als bei einer Trockengabe von einem Kügelchen.

„C-Potenzen haben feste Wirkzeiten und dürfen nicht vorher wiederholt werden“

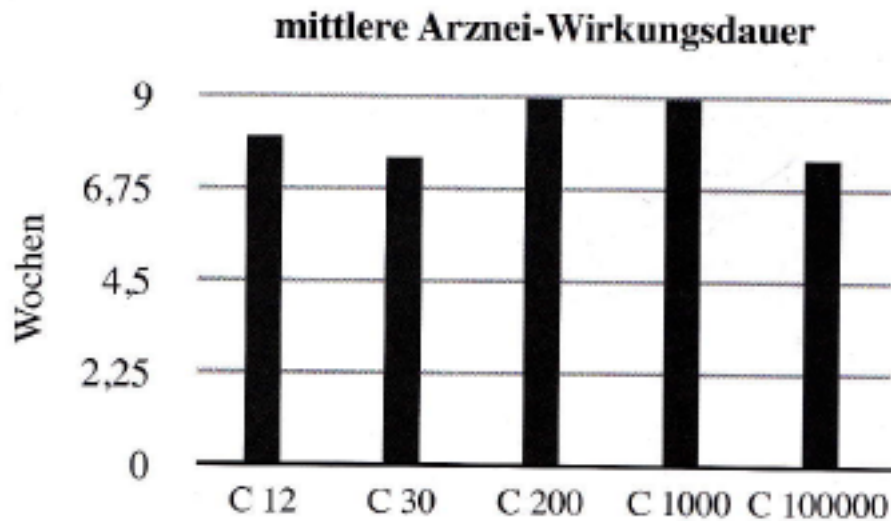
Diese Auffassung wird heute z.B. von Wurster und den Kollegen um Spinedi vertreten und sie wiederholen eine C 200 oder M nicht vor Ablauf von 35 Tagen. (Wurster, S. 35/55)

In der Geschichte der Homöopathie gab es immer wieder entsprechende Überlegungen und Arbeitshypothesen. Bönninghausen führte Mindestwirkzeiten von Mitteln auf, und auch Boger veröffentlichte in seinem *Synoptic Key* noch entsprechende Zeiten: z.B. Chamomilla: 1 Woche, Arnica: 2 Wochen, Calcium: 4 Wochen, Phosphor: 5 Wochen, Sepia 6 Wochen, Silicea 6 Wochen (Winter, S. 338). F. Woods (1884-1961) hielt 1922 auf einem Kongress ein Referat zu diesem Thema und veröffentlichte eine kleine Studie gut gelaufener Fälle, welche bereits deutlich macht, dass es weder „lang“ oder „kurz“ wirkende Mittel bzw. Potenzen gibt, sondern dass diese Frage maßgeblich von anderen Faktoren abhängt (z.B. Ähnlichkeit des Mittels, Reaktionsbereitschaft des Patienten, Lebensweise, Stress etc.).

In F. Woods Studie wurden solche Fälle untersucht, bei denen eine Arznei eine überzeugende Wirkung erzielt hatte und es in einem bestimmten Zeitpunkt zu einem – nicht durch äußere Umstände erklärbaren – Rückfall gekommen war. Die Analyse der Wirkungsdauer einzelner Arzneien – unabhängig von der verabreichten Potenz – ergab die rechts abgebildete Verteilung. Natürlich war dem Autor bewusst, dass Arzneiwirkungen äußerst individuelle Verläufe zeigen und nicht nur von der Arznei selbst, sondern auch vom Patienten und dem Grad der Ähnlichkeit abhängen. Es zeigt sich, dass – erwartungsgemäß – eine Arznei wie Natur. im statistischen Mittel eine größere Wirkungsdauer aufweist als z.B. Gelsemium – wenn auch die Unterschiede nicht allzu groß sind.



Quelle: Winter, S. 339



339 Quelle: F. Woods, JHA 1922

Quelle: Winter, S. 339

Bedenkt man die Faktoren, von denen eine Reaktion abhängig ist, wird schon schnell klar, dass nicht das Mittel oder die Potenz eine Reaktion „macht“, sondern der Patient und seine Reaktionsfähigkeit auf einen Reiz. Diese Reaktion in Dauer und Stärke ist sehr **variabel** (von Tagen über Wochen bis Monate und Jahre) und abhängig von Faktoren, die weitgehend unabhängig von der gewählten Potenzhöhe sind. Anders formuliert: Hat der Patient viel Stress oder nimmt er bestimmte Medikamente ein, muss das Mittel evtl. schon nach fünf Tagen oder vorübergehend gar in „verschärfter Dosierung“, z.B. drei Tage hintereinander morgens und abends, genommen werden. Reagiert der Patient träge oder ist die Ähnlichkeit gering, dann wird die Wirkungszeit viel kürzer sein, als bei einem reaktionsfreudigen Patienten mit einem Similimum.

„Je höher die Potenz, desto länger die Wirkung“

Das klingt zwar logisch und wurde uns immer wieder so eingebläut, aber es zeigt sich nicht immer so in der Praxis. Das ist wichtig zu wissen, denn sonst hat man unrealistisch (lange) Erwartungen an die Gabe einer M, XM, LM, CM etc... Schaut man sich die Wirkzeiten gut gelaufener Fälle und aufsteigender Potenzen an, dann kann es sein, dass in kohärenten Fällen und leichteren Pathologien lange und mit höheren Potenzen dann zunehmend längere Wirkzeiten zu beobachten sind. Es kann aber auch - v.a. bei schwereren Pathologien - sein, dass es kein lineares aufsteigendes Reaktionsmuster gibt, sondern die Potenzen (selbst höchste Potenzen wie die MM) sehr **unterschiedlich lange** wirken. Das ist vermutlich abhängig vom Stand der Pathologie, Stress, Einnahme von Medikamenten, Lebenssituation und vielem anderen mehr.

Ein schönes Beispiel dafür ist der berühmte **Parkinsonfall** von André Saine³: Unter seiner Behandlung (Beobachtungszeitraum 6,5 Jahre) konnte nicht nur das Fortschreiten des

³ Er wird diesen Fall und die Arbeit mit Fincke-Potenzen vermutlich auf dem ICE 16-Kongress in Köthen vom 22.-24. September 2016 vorstellen. Infos: www.wisshom.de

Parkinsons bei einem Konzertpianisten zum Stoppen gebracht werden, sondern auch die Symptomatik so weit gebessert werden, dass er wieder Konzerte geben kann (ohne dass man etwas von seinem Parkinson merkt). Zudem konnte er die allopathischen Medikamente absetzen, ohne dass es zu einer Verschlechterung kam.

Saine beginnt vorsichtig in der Posologie (Arg-n. C 30, einmalig), merkt aber bald, dass es dem Patienten erst durch häufigere Gaben stabil besser geht, und so zieht er das über die Jahre bis zur MM hoch. Schaut man auf die Wirkzeiten, dann erkennt man, dass es *keine* Zunahme der Wirkzeiten unter den höheren (Fincke-)Potenzen⁴ gibt.

Potenz	Häufigkeit der Wiederholungen	Wirkzeit der Potenzstufe
Arg-n. 30 C	5	8 Wochen
Arg-n. 200 C	9	12 Wochen
Arg-n. 1 M	9	3 Wochen
Arg-n. 10 M	20	23 Wochen
Arg-n. 20 M	34	14 Wochen
Arg-n. 50 M	26	19 Wochen
Arg-n. CMF	43	17 Wochen
Arg-n. DMF	43	11 Wochen
Arg-n. MMF	31	13 Wochen
Arg-n. MMF-1h	16	9 Wochen
Arg-n. MMF-2h	74	5 Wochen
Arg-n. MMF-3h	132	3 Wochen
Arg-n. MMF-4h	152	8 Wochen
Arg-n. MMF-5h	155	5 Wochen
Arg-n. MMF-6h	185	6 Wochen
Arg-n. MMF-7h	170	7 Wochen
Arg-n. MMF-8h	170	6 Wochen
Arg-n. MMF-9h	1200	23 Wochen
Calc. 200 C	40	15 Wochen
Sulphur 200 C	6	5 Wochen
Nat-m. 200 C	54	25 Wochen
Nat-m. 1 MF	17	4 Wochen
Nat-m. 10 MF	34	10 Wochen
Nat-m. 50 MF	36	11 Wochen

⁴ Diese historischen Potenzen erkläre ich in dem Artikel über Fincke und die Geschichte der Hochpotenzen in der HK 2.13.

Nat-m. CMF	36	10 Wochen
Nat-m. DMF	18	5 Wochen
Sulphur 200 C	256	28 Wochen
Sulphur 1 MF	36	18 Tage
Phos. 200 C	82	10 Wochen
Phos. 1 Mf	18	31 Tage
Phos. 10 MF	4	8 Tage
Nat-m. DMF	28	4 Wochen
Phos. 10 MF	17	5 Wochen
Phos. 50 MF	28	7 Wochen
Phos. CMF	94	21 Wochen
Phos. DMF	20	7 Wochen
Phos. MMF	21	6 Wochen
Phos. MMF-1h	7	10 Tage
Phos. MMF-2h	5?	85 Wochen
Phos. MMF-3h	3	3 Wochen
Phos. MMF-4h	20	14 Wochen

„Kaffee und ätherische Öle stören die Mittelwirkung“

Vithoukas schreibt noch heute: „Meiner Erfahrung nach wird der tägliche Gebrauch von Kaffee die Wirkung eines homöopathischen Mittels in 95 % der Fälle antidotieren.“ Immerhin schränkt er dann bei Kampfer und Menthol ein, dass diese wohl nur „sehr empfindsame“ Menschen stören.

Denkt man über die Frage von möglichen Antidoten nach, wird es schnell klar, dass es dabei nicht „immer“ und „nie“ geben kann, sondern dass mehrere Ebenen bedacht werden sollten:

- a) **Allgemeine** Empfindlichkeit: Es gibt sehr sensible Patienten (in meiner Praxis etwa 10 %), die auf alles Mögliche (elektromagnetische Strahlung, Lärm, Wetter, Nahrungsmittel, schreckliche Nachrichten etc.) hochsensibel reagieren. Diese Patienten reagieren dann meist auch auf Kaffee, Medikamente etc. Hier ist also nicht der Kaffee das Problem, sondern die niedrige Reizschwelle der Patienten und die Heftigkeit ihrer Reaktionen. Hier braucht es neben dem ähnlichen Mittel eine extrem vorsichtige Posologie und das (vorübergehende) Meiden aller Auslöser.
- b) **Spezifische** Empfindlichkeit: Es gibt auch die Möglichkeit, nur auf wenige, spezifische Stoffe oder Auslöser stark zu reagieren. Wenn das Kaffee ist, merkte das der Patient bereits vorher (starkes Herzklopfen, Schlaflosigkeit), *dann* sollte er auch Kaffee meiden. Aber nicht nur diesen, sondern sinnvollerweise *alle* schwächenden oder ihn negativ beeinflussenden Reize - zumindest, wenn er unter einer schweren Erkrankung leidet. Warum also verbietet der Homöopath Kaffee, Lutschbonbons und Pfefferminz-Zahnpasta etc. - aber nicht Fast-Food, synthetischen Kuchen, Fernsehen, Autofahren in

der Stadt? Und warum macht er/sie nicht auf die Amalgam-Plomben und Wohngifte aufmerksam?

- c) Gefahr der Antidotierung ist abhängig von der **Posologie**: Je mehr man seine Behandlung auf seltenen Einzelgaben basiert, desto ängstlicher könnte man werden. Wiederholt man das Mittel aber regelmäßig, z.B. bei zu schwacher Reaktion oder wenn diese durch irgendetwas „gestört“ wurde, dann hat man in der Regel auch keine Probleme mit Antidotern. Und selbst massive allopathische Medikamente schaffen es dann nicht, die Reaktionsfähigkeit auf Null zu drücken.
- d) **Jede** Reaktion hängt von diversen Faktoren ab (Ähnlichkeit des Mittels, Reaktionsfähigkeit des Patienten, Posologie, Stress etc.), wovon eine mögliche Antidotierung eine der Unwichtigsten ist. Sich hier in der Beratung des Patienten also auf Nebensächlichkeiten („Meiden Sie ...“) zu konzentrieren, statt auf die Stärkung seiner Ressourcen (Ernährung, Lebensführung etc.) erscheint mir verschenkte Zeit.

„Kriegen die Patienten nicht Prüfungssymptome, wenn man das Mittel so oft wiederholt?“

Nein. Aber diese Frage bekomme ich auf Seminaren oft zu hören, und das obwohl die Kollegen an den besprochenen Fällen sehen können, dass es den Patienten unter „verschärfter Posologie“ erstaunlich schnell gut geht! Es erscheint mir fast so, als ob sich die Ängste der Homöopathen über die Jahre eher verstärken, als dass sie sich mit der Zeit relativieren würden. Eine Variation dieser Angst „etwas Falsches“ zu tun oder dem Patienten gar zu schaden sind Unterdrückungsphobien, neu provoziert z.B. durch die Thesen der Vijayakar-Schüler über „Heilungsgesetze“ und die angeblich omniprésente Gefahr der Unterdrückung⁵ falls man nicht nach diesen „Gesetzen“ handelt. Das gemeinsame Thema ist Angst... Ok, nun mal ohne Polemik: Echte Prüfungssymptome (= völlig **neue** Symptome, welche kurz nach einer Mitteleinnahme auftreten und *charakteristisch* für das Mittel sind⁶; zudem geht es dem Patienten insgesamt *besser*⁷) treten - selbst unter häufiger Gabe von hohen Potenzen - sehr **selten** auf. Meist sind das, was als „Prüfungssymptome“

verdächtig werden, unwichtige vorübergehende funktionelle Symptome oder es handelt sich um zunehmende und stabil werdende **neue Symptome**, die dann wichtig für eine bessere/ähnlichere Verschreibung werden.

Dann hätte aber das halb-ähnliche Mittel mit der Produktion von neuen Symptomen *geholfen* (siehe dazu Hahnemanns klare Argumentation in den § 180-184) ein noch ähnlicheres Mittel zu finden. Als erfahrener Praktiker fürchtet man nicht vermeintlich neue Symptome (was sie zu bedeuten haben, weiß man nicht immer sofort), sondern begrüßt sie als Chance, noch mehr zu verstehen und daraufhin evtl. besser handeln zu können. Und tatsächlich funktioniert diese Strategie (Hahnemanns „Zick-Zack-Kurs“ der § 162-184) mit verschärfter Posologie oft sehr gut und *schnell* - ganz im Sinne des § 2.

⁵ Wenn ich mehr Zeit habe, starte ich mal eine genaue Erforschung dieses Themas. Ähnlich wie bei den Miasmen kann man herrlich darüber philosophieren und ständig angebliche Zusammenhänge „sehen“. Was aussteht ist eine nicht-ideologische Verifizierung dieser Thesen, z.B. indem 10 Kollegen jeweils 10 (zufällig ausgesuchte) gut gelaufene Fälle nach vorher gemeinsam erarbeiteten Kriterien analysieren (z.B.: Wie definiert man Heilung oder Besserung? Woran erkennt man eine Unterdrückung?). Meine Vorhersage wäre: nur in unter 25 % der guten Fälle läuft der Fall nach der „Hering'schen Regel“).

⁶ Eine beliebte (sinnlose) Argumentation für angebliche Prüfungssymptome besteht darin, dass man das verdächtige Mittel irgendwo in einer *großen* Repertoriensrubrik wiedergefunden hat - das meine ich nicht mit charakteristisch.

⁷ Wenn es dem Patienten *nicht* besser geht, sind es meist keine Prüfungssymptome, sondern **neue Symptome**, welche evtl. einen Mittelwechsel anzeigen. Prüfungssymptome setzen eine Ähnlichkeit zwischen Mittel und Patient voraus - wenn wir die ca. 10 % sehr überempfindlichen Patienten mal abrechnen.

„Kann das nicht eine Spätverschlimmerung sein?“

Ähnlich wie eben besprochen werden diese neu auftretenden und hilfreichen Symptome gerne als „Spätverschlimmerung“ (§ 161, 280) interpretiert. Wenn das so wäre, müsste man das Mittel absetzen bzw. **pausieren** und **warten**, bis sich die Verschlimmerung von selbst wieder beruhigt hat (§ 281).

Dem widersprechend sage ich: Bei meiner Interpretation der Fallverläufe sehe ich keine Spätverschlimmerungen! Ich bezweifle tatsächlich deren Bedeutung bzw. Existenz. Ich sehe entweder Erstreaktionen (woraufhin ich die Posologie reduziere) oder unwichtige flüchtige Symptome (bei denen ich den Kurs nicht ändere) oder echte neue Symptome. Sind diese **klar** hinweisend für ein besseres Mittel (und bin ich mit dem bisherigen Ergebnis nicht zufrieden) wechsele ich sofort das Mittel. Sind sie *noch nicht* klar genug, **bleibe** ich in gleicher oder steigender Posologie bei dem Mittel und warte auf 1-2 weitere Hinweise. D.h. ich mache das Gegenteil der „Spätverschlimmerungs-Strategie“: ich nehme den Druck des Mittels (mit Hilfe der wiederholten Einnahme) nicht raus, sondern *halte ihn aufrecht oder erhöhe die Posologie sogar leicht*, **bis** ich die erwünschte Klarheit für die nächste Verschreibung habe. Das dauert nicht lange (vielleicht Tage bis Wochen) und natürlich erkläre ich dem Patienten diese „Suchphase“ und ermuntere ihn, alle derzeitigen Symptome genau zu beobachten und zu notieren. Und in der Regel kommt der fehlende Puzzlestein und *dann* funktioniert der Wechsel optimal, da ich dann oft eine präzise nächste Verschreibung habe mit entsprechend guter Reaktion (und kein nervöses Rumprobieren).

„Kann Thuja Krebs auslösen?“

Für Thuja schreibt z.B. Bernoville (1896-1939): „Man sollte es in hohen Potenzen {er meint über C 6} nur selten wiederholen, da es **gefährlich** sein kann und manchmal sogar eine krebsige Entartung **beschleunigen** kann.“ (S. 131)

Die Frage, ob „falsche Mittel“ oder eine „falsche Dosierung“ Krebs auslösen könne, wird mir immer wieder gestellt. Eine solche Frage sagt meist viel über die Angst des Fragestellers aus, geht aber an der Thematik Krebsentstehung völlig vorbei.

Erstens kann **jedes** homöopathische Mittel (aber auch jede wirkungsvolle Therapie) einen Krebs „verschlimmern“, was meist nichts Anderes heißt, als dass diese Intervention *keine positive Wirkung* hatte und der Prozess nun ungebremst voranschreitet. Ist man nun ängstlich auf die eigene Mittelgabe fokussiert - ich könnte auch sagen verengt -, dann *erscheint* alles Folgende nun das (negative) *Ergebnis der Mittelwirkung*.

Zweitens ist solch ein selektives Denken aber nicht mit der **komplexen Entstehungsgeschichte** von Krebs vereinbar. Krebs ist in über 90 % der Fälle ein **langsamer** Prozess, der über viele Jahre (nicht selten 10-15 Jahre und länger) bereits läuft. Und es bedarf mehrerer Faktoren (z.B. virale Infektionen, falsche Ernährung und Lebensführung, bei Brustkrebs eine hormonelle Störung, Schwächungen des Immunsystems, Stress und Kummer, etc.), die sich auch gerne gegenseitig verstärken, bis es dann zu einer diagnostizierbaren Tumor-Größe kommt, welche den Betrachtern als „plötzliche Krebsentstehung“ erscheint. Das Fass war bereits fast voll und nun bedurfte es nur noch eines winzigen **Auslösers** (irgendetwas, was die Energie schwächt), dass nun der Krebs „ausbricht“. Dabei existierte er bereits (etwas kleiner) Jahre und Jahrzehnte vorher. Somit ist also nicht der Auslöser (böses Mittel oder böse Potenz oder diverses Andere) wichtig, sondern der **Prozess** als Ganzes. Und die wichtige Frage steht an, mit welchen Mitteln der Krebsprozess wieder „beruhigt“ werden kann bzw. das zu träge Immunsystem stimuliert werden kann. Wobei ständige Ängste und Zweifel, ob man denn das Richtige tue oder getan habe, sicher nicht förderlich sind.

Fazit

Zum Abschluss meiner Abhandlung noch ein schönes Zitat von Boger aus dem Jahre 1926, wo er in meinem Sinne von schematischem Denken abrät und für eine individuelle Posologie wirbt:

„(..) Nicht alle Potenzen sind gleich. Viele Potenzen wie die CM {!} *können* recht oft wiederholt werden und richten dabei *keinen* Schaden an. (...) Wie ich hier bereits öfters betont habe, kann man die Reaktion, die Sie zu Beginn der Potenz bekommen, mit dem Drücken eines Stromschalters vergleichen. Es *geht um die Antwort darauf* {auf den Impuls, das Drücken} *die Arznei selbst tut nichts*, die Arznei selbst hat wenig eigene Kraft. Es geht um die Antwort, welche die eigentliche Arbeit macht, und wenn sie den falschen Knopf drücken, bekommen sie vielleicht eine Explosion oder vielleicht auch gar nichts als Antwort. (...) Wenn der Rückschlag [= die Reaktion] **zu stark** ist, verursacht er vielleicht viele Probleme, und wenn der Rückschlag **zu schwach** ist oder gar nicht auftritt, hat man gar nichts erreicht. Sie müssen daran denken, dass wir hier ein weites Feld betreten und dass die gegenwärtigen Experimente in diesem Feld ziemlich begrenzt sind {d.h. dass es trotz vieler Diskussionen unter Homöopathen bei der Posologie wenig verlässliche Fakten und viele offene Fragen gibt}.

Deshalb denke ich, dass **wir uns der Potenzfrage ganz offen annähern sollten; wir sollten uns bei diesem Thema nicht zu sehr auf Regeln verlassen**, da sonst irgendetwas geschehen wird, das alles Erreichte über den Haufen werfen wird."

(Winter, S.336-337)

Literatur:

Bernoville Fortier; *Die homöopathische Behandlung von Krebs* (in der Buchzusammenfassung unter dem Titel: Cooper, *Krebs und Krebs Symptome*), 1996
Handley Rima; *Auf den Spuren des späten Hahnemann*, 2001
Saine André Vortrag auf dem Liga Kongress in Paris 2014
Shepper Luc de; *Der Weg zum Simillimum*, 2006
Vithoukas George; *Ebenen der Gesundheit*, 2014
Winter Norbert; *C.M. Boger und das Erbe der amerikanischen Homöopathie*, 2013
Wurster Jens; *Die homöopathische Behandlung und Heilung von Krebs und metastasierten Tumoren*, 2006/2015

Roland Methner
Via Rompada 9
CH-6987 Caslano
romethner@icloud.com
www.rolandmethner.ch