

Das Problem Repertorium und mögliche Lösungen

Dominanz des Repertoriums

Ein (Computer-) Repertorium ist heute für die allermeisten Homöopathen in Europa das wichtigste Arbeitswerkzeug. Erst an zweiter Stelle folgt dann die Materia Medica, meist in Form einer Handvoll 'Lieblings-Materia Medicae'. Oft genug ist das Repertorium im Alltag sogar das einzige Werkzeug - die Differentialdiagnose der ersten Mittel einer Auswertung erfolgt dann im Kopf aufgrund des aktuellen Materia-Medica-Wissens.

Solch eine Dominanz des Repertoriums als Arbeitswerkzeug ist historisch relativ jung. Nach dem zweiten Weltkrieg mussten 'klassische' Homöopathen wie Künzli, P.Schmidt u.a. den Kollegen/innen erst die Vorteile einer Verwendung des Kent-Repertoriums nahelegen und sie im Umgang damit schulen. Ab den 1970er und 1980er Jahren wurde die Aufwertung des Repertoriums gegenüber der Materia Medica dann durch die aufkommende Computer-Repertorisierung beschleunigt und heute ist die Verwendung eines Repertorisierungs-Programmes Standard.

Die Kehrseite dieser Entwicklung ist eine starke Überbewertung des Repertoriums (und der entsprechenden Computerprogramme) im Entscheidungsprozess eines Homöopathen. Im Ergebnis bedienen sich Viele im Alltag des aktuell größten Repertoriums, ohne allerdings die Entstehung und die Lückenhaftigkeit ihres Werkzeuges genau zu kennen. Die Mittelwahl basiert fast ausschließlich auf der Auswertung des eigenen Computer-Repertoriums, ist somit eher passiv und letztlich repertoriumsfixiert.

Schon 1982, als die Repertorien noch längst nicht so aufgebläht wie heute waren, kritisierte W.Klunker diese unkritische Repertoriumsgläubigkeit:

"Hatte noch Kent sein Repertorium als Hilfsmittel für seinen **persönlichen** Gebrauch gefertigt und dabei seine eigene, aus dem Herstellungsprozess erwachsene lebendige Kenntnis dessen erlangt, was den ursprünglichen Symptomen angetan werden musste, um sie in das Prokrustesbett¹ der Rubriken zu zwingen, und wie gefährlich ungenau es dabei zugeht, so geriet das Repertorium nach dem Druck, den die Allgemeinheit Kent abnötigte (um ihn auf der 1. Auflage sitzen zu lassen), später ins Ideologische und **zum Ruhekissen des passiven Konsums**: zur **Passivität, die sich gedankenlos der Rubriken bedient**, und zur Ideologie, der die Rubriken unantastbare und fraglose Autoritäten bedeuten." {Hervorhebungen von mir}

¹ **Prokrustes** (griechisch „Ausstrecker“) war ein Riese aus der griechischen Mythologie und Sohn des Poseidon. Prokrustes bot Reisenden ein Bett an, auf das er sie legte. Wenn sie zu groß für das Bett waren, hackte er ihnen die Füße bzw. überschüssigen Gliedmaßen ab, waren sie zu klein, hämmerte er ihnen die Glieder auseinander, indem er sie auf einem Amboss streckte. Als *Prokrustesbett* oder *Bett des Prokrustes* bezeichnet man eine Form oder ein Schema, in die etwas gezwungen wird, das dort eigentlich nicht hineinpasst.

Problem Repertorium

Im Kampf um Marktanteile haben die beiden größten Repertorium-Produzenten² Radar (mit dem Synthesis, produziert von F.Schroyens) und Mac Repertory (mit dem Complete Repertory bzw. Complete Millenium, produziert von R.v. Zandvoort) ihre Repertorien **quantitativ** immens wachsen lassen. Alleine der Übergang vom Synthesis 7 (1998) zur Version 9 (2005) brachte 65% neue Einträge, das aktuelle Synthesis 9.1 hat nun bereits über 1,7 Millionen Einträge.

Trotz aller Lobeshymnen der Hersteller bezüglich ihrer angeblich besseren Versionen zeigt eine kritische Analyse rasch, dass die **Qualität** unserer heutigen Repertorien beklagenswert ist und der quantitativen Entwicklung weit hinterherhinkt. Ja, man hat sogar den Eindruck, dass jede noch umfangreichere Version den Wert des Werkzeuges Repertorium sogar *verschlechtert*. Ein paar Beispiele werden das gleich exemplarisch zeigen.

Grundsätzlich kann man an den aktuellen Repertorien kritisieren³:

1) Die **Zahl der Rubriken** wurde inflationär und ohne wirklichen Sachverstand um ein Vielfaches vermehrt. Beim Anlegen neuer Rubriken wurde z.B. nicht genau geprüft, ob diese Rubriken bereits in ähnlicher Form existieren (siehe das Beispiel 'Ekzem' unten). Die Folge ist ein Wildwuchs an ähnlichen (aber von den Mitteln her z.T stark verschiedenen), sinnlosen und unvollständigen Rubriken.

2) Bereits **bestehende ähnliche Rubriken** wurden nicht zusammengefasst. Daher müssen wir nach wie vor beim Repertorisieren unnötige Zeit aufwenden, um diese Rubriken zusammensuchen und sie dann zu einer einzigen zusammenzufassen. Typisches Beispiel dafür sind die Rubriken „Furcht, vor drohender Krankheit“, „Angst, um die Gesundheit“ und „Angst, hypochondrisch“. Bei Asthma müssen wir die Modalitäten und Unterrubriken nicht nur bei „Atmung, asthmatisch/Asthma“ suchen, sondern auch (bzw. sogar mehr noch) bei „Atmung, Atemnot/schwierig“. Mühsamer wird es dann bei der Behandlung von Rheuma. Hier muss ich dann immer mindestens folgende Unterrubriken studieren und zu einer Rubrik zusammenfassen:

- a) Gliederschmerzen, (Allgemein); z.B. Extremitäten, Schmerz, Gehen besser.
- b) Gliederschmerzen + Orte; z.B. Extremitäten, Schmerz, Untere Gliedmaßen, Hüften, Gehen besser.
- c) Gliederschmerzen + "rheumatisch"; z.B. Extremitäten, Schmerz, rheumatisch, Beine, Hüftgelenk.
- d) Gliederschmerzen + "Gelenke"; "; z.B. Extremitäten, Schmerz, Gelenke, Bewegung besser.

Zusätzlich muss man noch ähnliche Modalitäten zusammenfassen, wie „Bewegung besser“ und „Gehen besser“, oder „Kälte schlechter“, „kalte Luft schlechter“ und „kalter Wind“ schlechter. Und weiterhin müssen all diese Modalitäten auch noch im

² Ich konzentriere mich auf diese beiden Repertorien, da sie geschätzte 70-80% der in Europa verwendeten Repertorien ausmachen. Ich bezweifle auch, dass andere Computerfirmen bzw. Repertoriums-Macher besser sind, da es sich in der Regel um kleine Ein-Mann-Betriebe handelt.

³ Es gäbe noch viel mehr dazu zu sagen, aber im Rahmen des Artikels konzentriere ich mich auf die für mich wichtigsten Punkte.

Kapitel „Rücken“ studiert werden⁴. Wer meint, er könne darauf verzichten oder sich doch auf den genauen Wortlaut der Rubriken verlassen ("Bewegung und Gehen sind doch verschiedene Dinge!"), der versteht noch nicht genug, wie das Repertorium entstanden ist und wie verzerrt und mangelhaft es oft genug die Materia Medica wiedergibt. Zur Erinnerung: Nicht das Repertorium ist die verlässliche Referenz, sondern die gesamte Primär Materia Medica!

3) Mit Hilfe von Computerprogrammen, also nicht einzeln und mit kritischer Prüfung, wurden **Oberrubriken** 'aufgefüllt' oder neue Riesenrubriken geschaffen. Damit haben diese Rubriken meist ihren qualitativen Wert verloren. Hatte die Rubrik „Periodizität“ im Kapitel „Allgemeines“ im Complete Millenium von 2011 noch 150 Mittel, sind es nun im Complete 2013 schon über 400.

4) Die **Wertigkeiten** der Mittel entsprechen nicht oder nur unvollkommen ihrer Bedeutung in der Materia Medica. Jeder, der schon einmal ein Mittel gründlich studiert hat und anschließend die wichtigsten Informationen im Repertorium kontrolliert hat, wird entsetzt sein, wie ungenau und unvollständig die klassische Literatur im Repertorium vertreten ist. Bei meinem Studium von Iodum im Rahmen des Saine-MMPP-Projektes habe ich alleine schon bei der Repertorisation des Genius des Mittels (der gerade mal 4 Seiten umfasst, im Gegensatz zu 70 Seiten Gesamttext) über 400 Rubriken in der Wertigkeit verändert oder das Mittel überhaupt ergänzt.

5) **Wichtige Informationen** - wie charakteristische Modalitäten - der Materia Medica (aus Toxikologie, Prüfungen oder Kasuistiken) **fehlen** im Repertorium (siehe das Staphisagria-Beispiel unten). André Saine schätzt, dass im Repertorium nur 40 % der wichtigen Materia medica-Quellen enthalten ist!

Dies ist allerdings nicht unbedingt den Machern der Repertorien anzulasten, sondern resultiert aus der bisher fehlenden Bearbeitung unserer alten Materia Medica-Quellen, somit handelt es sich um ein Versäumnis der gesamten Homöopathie-Szene. Aber zum Glück ändert sich das ja gerade mit dem „Materia Medica Pura Projekt“ (MMPP) von A.Saine.

6) Die zigtausenden Ergänzungen **modernen Autoren** (inklusive deren oft zweifelhafte 'Arzneimittelprüfungen') werden nicht kritisch geprüft. Es traut sich z.B. keiner der Repertoriums-Macher eine 'Positivliste' verlässlicher Autoren anzulegen, vermutlich aus Angst irgendeine Schulen oder Richtungen zu verprellen. Es existieren auch keine Kriterien, was "Verlässlichkeit" sein könnte und wie und durch wen sie beurteilt werden kann. Somit wird *jeder* Homöopath, welcher Bücher oder

⁴ Ähnliches gilt übrigens auch für andere Kapitel, wie Magen und Abdomen. Schmerzmodalitäten bitte immer in beiden Kapiteln studieren!

Artikel veröffentlicht oder Seminare gibt als zuverlässig angesehen, was leider ein Irrtum ist⁵. Wer 'bekannt' ist, ist damit noch nicht automatisch zuverlässig⁶.

Zu Problem 1): Aufgeblähte Zahl von neuen Rubriken

1.Beispiel: Die Rubriken von „Ekzem“

Ekzeme bzw. Neurodermitis treten häufig auf, die typische Symptomatik kennen viele, somit sollte es leichtfallen, das nun folgende zu verstehen. Nehmen wir die Rubrik "Ekzem" und seine Unterrubriken aus dem Synthesis 9.1. Es existieren davon mindestens 55 (!) Unterrubriken.

Ekzem-Beispiele 1-2:

Haut - Hautausschläge - Ekzem - nachts

psor.tl1

Haut - Hautausschläge - Ekzem - juckend - nachts

psor.mtf11

Kommentar: Die beiden Rubriken enthalten jeweils nur ein Mittel. Kann das sein? Gibt es nur ein Mittel in der Materia medica, welches ein Ekzem mit einer Verschlechterung nachts heilt? Natürlich nicht!

Zum Vergleich:

Haut; JUCKREIZ; nachts (95) : *agar*.AlnP, *ail.*, *alum-p*.KentC, *am-c.*, *am-m.*, *ant-c*.AlnP, *ap-g*.CrkCt, *arg-n.*, *arn*.AlnP, *ars*.AlnP, *atista*CCRHf, *bar-c.*, *bar-s*.KentC, *berb*.AlnP, *bov.*, *cadm-s*.AlnP, *cand-a*.Rief, **Carbn-s.**, *card-m.*, *cassi-s*.CCRHf, *caust.*, *cem*.AnsR, *chin*.AlnP, **Chlol.**, *cina*AlnP, *cinnb*.AlnP, *cist.*, *clem.*, *cocc.*, *corn*.HalH, *croc.*, *cupr-o*.CCRHf, *curc*.CCRHf, *dol.*, *dulc*.HahE, *euphr.*, *fago*.HalH, *ferul*.AlnP, *fl-ac*.AlnP, *gamb.*, *gels.*, *graph.*, *ign*.AlnP, *iris*, *kali-ar.*, *kali-bi*.AlnP, *kali-c*.HahE, *kali-i*.Her, *kali-m*.AlnP, *kreos.*, *kurch*.CCRHf, *lach.*, *lachn.*, *led.*, *lyss.*, *mag-c*.HahE, *manc.*, *med*.Brk, *mela*.AlnP, *merc.*, *merc-i-f.*, *mez.*, *mosch*.AlnP, *nat-m*.AlnP, *nux-v.*, *ol-j*.AlnP, *olnd.*, *parth*.VklL, *ped*.AlnP, *per*.AlnP, *petr*.HahE, *phos*.HahE, *pic-ac*.AlnP, *plan*.AlnP, *plat*.HahE, *psor*.Ptk, *puls.*, *puls-n*.HalH, *rad-br*.CrkCt, *sabad*.AlnP, *sanic*.CrkCt, *sapin*.AlnP, *sars*.AlnP, *sil.*, *stram.*, *stry*.AlnP, **Sulph**.AlnP, *tama*.VklL, *thuj.*, *thyr*.72, *til*.AlnP, *trio*.AlnP, *tub*.AlnN, **Urt-u.**, *zinc-s*.Lili

Ekzem-Beispiel 3:

⁵ Das Thema Betrug, Täuschung und Fälschung wird in der Homöopathieszene weitgehend verdrängt und abgespalten. Es gibt noch nicht einmal eine Kontrollinstanz, welche Verdachtsfälle untersucht. Dennoch oder gerade deswegen gibt es die Problematik und gerade unter den 'berühmten' Homöopathen (interessanterweise v.a. Männern) gibt es die geschicktesten Betrüger und Blender.

⁶ Berühmtes Beispiel ist R.Sankaran. Er ist derzeit weltweit einer der bekanntesten Homöopathen - gleichzeitig ist er ein Homöopath, welcher in der Behandlung schwerer Pathologien (z.B. Krebs, Multiple sklerose) und ernster akuter Erkrankungen (z.B. Pneumonie) fast nichts vorzuweisen hat und dessen Live-Anamnesen in Europa in der Regel Fehlverschreibungen zur Folge hatten.

Haut - Hautausschläge - Ekzem - abschilfernd

ars.mtf11 bac.jl2 streptoc.jl2

Kommentar: Diese Rubrik ist ein Synonym für schuppige bzw. abschuppende Hautausschläge. Es gibt viel mehr und auch charakteristischere Mittel (von Ars. mal abgesehen) als diese 3 in der Rubrik.

Zum Vergleich:

Haut; HAUTAUSCHLÄGE; abschilfernd; allgemein (110) : acet-ac., *acon*.BngC, agar., **Am-c**.BngC, *am-m.*, ant-c.BngC, ant-t., apis, *ars*.BngC, *ars-i.*, ars-s-f.KentC, *arum-t*.HalH, *aur.*, bar-c., **Bell.**, bor.BngC, *bov.*, bufoKentC, calc.BngC, calc-s., calc-sil.KentC, canth., caps., carb-an., caust., cham., *clem.*, *coloc.*, com.HalH, con., cortico.StphH, crot-h., croto-t.BngC, cupr., dig., *dulc*.BngC, elaps, euph., ferr., ferr-p., fl-ac.BngC, foll.JulB, *graph*.BngC, *hell.*, hep.Ptk, hydr.HalH, *hydr*.72, iod., *kali-ar.*, *kali-c.*, kali-m.Ptk, **Kali-s.**, kali-sil.KentC, kreos., lach., *laur.*, *led.*, lepro.VkIL, lyc.BngC, *mag-c.*, manc., medus.CrkCt, *merc*.BngC, merc-c.BngC, **Mez.**, mosch., musaVklL, *nat-ar.*, nat-c., nat-m., nat-p., nat-sil.KentC, nit-ac.Ptk, **Olnd.**, op., par., petr.KentC, *ph-ac.*, *phos.*, phyt.Ptk, pip-m.HalH, pip-n.Bann, plat., plb., **Psor.**, *puls.*, ran-b.BngC, ran-s., *rhus-t*.BngC, *rhus-v.*, rutaMezg, sabad., sars.Ptk, sec., sel., **Sep**.BngC, *sil*.BngC, spig., *staph.*, sul-ac., sul-i.KentC, *sulph*.BngC, tarax., teucr., thuj.BngC, thyr.Ptk, til-c.253, urt-u., verat., vip.Schm

Ekzem-Beispiel 4:

Haut - Hautausschläge - Ekzem - Absonderungen; mit

alumn.mtf11 cic.bro1 con.bro1 dulc.bro1 graph.bro1 hep.bro1 kali-m.bro1 kreos.ptk1 lappa.ptk1
maland.jl2 merc-c.bro1 merc-pr-f.bro1 mez.bro1 sep.bro1 staph.bro1,mtf33 sul-i.br1,ptk1 tub.bro1
vinc.ptk1 viol-t.bro1

Kommentar: Diese Rubrik ist ein Synonym für nässende Hautausschläge. Es gibt viel mehr Mittel als diese 19 in der Rubrik, zudem fehlt eine Differenzierung in der Wertigkeit.

Zum Vergleich:

Haut; HAUTAUSCHLÄGE; Absonderung, feuchte (120) : aegle.CCRHf, *aethi-a*.Brk, alum., alum-p.KentC, alum-sil.KentC, *anac.*, anag., *ant-c.*, ant-t.1058, arist-cl.StphH, *ars.*, *ars-i.*, ars-s-f.KentC, atistaCCRHf, aur.Knr, *bar-c.*, bell., bell-p.Schm, beryl.JulB, bor.1058, *bov*.BngC, bry., bufo, cact., cadm-s., *calc*.BngC, calc-f.JulB, *calc-s.*, calc-sil.KentC, canth., caps., carb-an., **Carb-v.**, **Carbn-s.**, cassi-s.CCRHf, *caust.*, cham., chrysar.Brk, *cic.*, cist., *clem.*, con.HahE, crot-c.AlnP, crot-h., *croto-t.*, cupr., **Dulc**.HahE, germ.ShrC, **Graph.**, *hell.*, hep., hydr., iod., *jug-c.*, *kali-ar.*, *kali-br.*, *kali-c.*, kali-chl.1058, kali-p., *kali-s.*, kali-sil.KentC, *kreos.*, *lach.*, lappaHalH, *led.*, **Lyc.**, *manc.*, *merc.*, merc-i-f.1058, **Mez.**, morg-g.Pat, mur-ac., nat-ar., nat-c.HahE, **Nat-m.**, nat-p., *nat-s.*, nat-sil.KentC, nit-ac., nux-v.1058, olnd., *petr.*, *ph-ac.*, *phos.*, phyt., pitu-a.Flor, *psor.*, puls.1058, *rad-br*.Mezg, ran-b., ran-s.1058, **Rhus-t.**, *rhus-v.*, ruta, sabin., sanic.Chdr, *sars.*, sec.KentC, *sel.*, **Sep.**, **Sil.**, **Sol-n.**, squil., *staph.*, still., stront-c.Brk, sul-ac., *sul-i.*, *sulph.*, tarax., tarent.CCRHf, tarent-c.CCRHf, *tell.*, thea.CCRHf, *thuj.*, vario.Brk, vinc., viol-t., zinc., zinc-p.KentC

Ekzem-Beispiele 5-6:

Haut - Hautausschläge - Ekzem - akut

acon.bro1 anac.bro1 bell.bro1 canth.bro1 *Chinin-s*.bro1 *Crot-t*.bro1 mez.bro1 *Rhus-t*.bro1 sep.bro1
vac.jl2,mtf11

Haut - Hautausschläge - Ekzem - chronisch

am-c.bg2 bar-c.bg2 calc-f.bg2 com.mtf11 cupr.bg2 cur.bg2 guaj.bg2 ichth.mtf11 lev.mtf11 mang-
c.mtf11 merc.mtf11 *Nat-c*.bg2 psor.bg2,jl2 sec.bg2 sep.bg2,mtf11 sul-ac.mtf11 sul-i.bg2 *Sulph*.bg2
tub.mtf33 viol-t.bg2

Kommentar: Diese beiden Rubriken sind sinnlos. Es gibt in der Behandlung des Ekzems keinen Unterschied zwischen 'akuten' und 'chronischen' Mitteln. Jedes gut passende Mittel kann jeden Ekzemzustand heilen, egal ob hochakut oder lange schon bestehend. Und selbst wenn man aus der Erfahrung heraus solche Rubriken schaffen wollte, sind die hier angegebenen Mittel in ihrer Anzahl und Wertigkeit völlig mangelhaft.

Ekzem-Beispiel 7:

Haut - Hautausschläge - Ekzem - allergisch

nat-pyru.mtf11

Kommentar: Diese Rubrik ist ebenfalls sinnlos. Die meisten Ekzeme spielen sich auf allergischer Grundlage ab und diese Rubrik ist wertlos für die Mittelwahl.

Ekzem-Beispiele 8-12:

Haut - Hautausschläge - Ekzem - begleitet von - Herpes

petr.mrr1

Haut - Hautausschläge - Ekzem - begleitet von - Röte; intensiver

crot-t.mtf11

Haut - Hautausschläge - Ekzem - begleitet von - Leber; Beschwerden der

lyc.bro1,ptk1

Haut - Hautausschläge - Ekzem - begleitet von - Urin - Beschwerden in bezug auf den

lyc.ptk1

Haut - Hautausschläge - Ekzem - chronisch - begleitet von – Angst

asthm-r.mtf11

Kommentar: Diese Rubriken sind alle wertlos. Wie jeder leicht erkennen kann, kann die Kombination zweier häufig auftretender Zustände (z.B. Ekzem und Herpes, Ekzem und Harnwegsbeschwerden, Ekzem und Angst) nicht nur ein Mittel ergeben. Zudem sind diese Informationen wie "Angst" etc. völlig unspezifisch, helfen somit nicht bei der Mittelwahl.

Ekzem-Beispiele 13-17:

Haut - Hautausschläge - Ekzem - Fissuren; mit *Tub*.jl2

Haut - Hautausschläge - Ekzem - Fissuren; mit -dunkelrot

tub.jl2

Haut - Hautausschläge - Ekzem - Fissuren; mit - nässend

tub.j12

Haut - Hautausschläge - Ekzem - Fissuren; mit - schmerzhaft

tub.j12

Haut - Hautausschläge - Ekzem - Fissuren; mit - trocken

tub.j12

Kommentar: Diese Rubrik "Ekzem und Fissur" ist nicht nur ungenügend (es gibt weitaus wichtigere und zahlreichere Mittel bei rissigen Ekzemen, als Tub.), sondern ihre Vervielfachung zeigt auch das von mir oben angesprochene Grundproblem moderner Repertorien: die Aufblähung der Rubriken-Zahl mit wertlosen Informationen.

Ekzem-Beispiele 18:

Haut - Hautausschläge - Ekzem - Impfung; durch

mez.bro1 skook.c1 *Thuj*.tl1 vac.j12

CR: Allgemeines; IMPFUNG; nach (41) : acon.CrkCt, *ant-t*.BngC, *apis*GrnC, *ars.*, bac.BurC, bap.GrmC, bcgJulB, *bell*.CrkCt, bufoSchm, carc.FoubP, crot-h.Brk, diph.GrmC, echi., graph.CrkCt, gunp.AnsR, hep., kali-chl., lac-v.CrkCt, lepro.VklL, **Maland.**, *med*.Schm, *merc*.BngC, merc-cy.GrmC, **Mez**.Schm, nat-bic.Dock, *ped*.Schm, phos.CrkCt, *psor*.Schm, rhus-t.BngC, sabin.Knr, sarr.Dock, sars., sep.Brk, **SIL**.Schm, skook.CrkCt, **SULPH**.Schm, syc-co.Pat, **THUJ**.GrnC, **Tub**.Knr, **Vac**.Schm, *vario*.Bann

Kommentar: Kann es sein, dass nur 4 "Impfmittel" bei Ekzemen hilfreich sein können? Nein, sicher nicht. Weder entspricht das der Erfahrung, noch ist eine solche Rubrik aus grundsätzlichen Erwägungen heraus sinnvoll⁷.

Ekzem-Beispiele 19:

Haut - Hautausschläge - Ekzem - juckend

ars.mtf11 cygn-ol.size3 ins.br1 led.tl1 mez.tl1 rhus-t.tl1 staph.mtf33 *Tub*.j12

Kommentar: Diese Rubrik ist wieder völlig sinnlos, da die meisten Ekzeme jucken. Es ist typisch und normal, dass Ekzeme jucken. Somit ist die Information "jucken" wertlos, zumal sie ja noch nicht einmal in ihren Juckreiz-Modalitäten differenziert ist. Zudem ist sie aus fachlicher Sicht ungenügend, da viele wichtige "Juckmittel" fehlen.

Ekzem-Beispiele 20-22:

Haut - Hautausschläge - Ekzem - Kindern; bei

calc.fr3 calc-m.mtf calc-s.c1 carc.dgt1 dulc.mtf psor.mtf33 sep.mtf33 staph.mtf33 viol-t.br1

Haut - Hautausschläge - Ekzem - Kindern; bei - Kleinkindern; bei

⁷ Beim Nachdenken über das Thema 'Causa' sollte einem klar werden, dass es begrenzte "Causa-Mittel" oder entsprechende Rubriken eigentlich nicht geben kann. Jedes Mittel der Materia Medica, kann jede "Causa-Folge" korrigieren, sofern eine ausreichende Ähnlichkeit zwischen Mittel und den charakteristischen Patienten-Symptomen existiert.

frax.br1 med.gk5,mrr1 strept-ent.jl2

Haut - Hautausschläge - Ekzem - Kindheit; seit der

carc.gk6,mlr1 med.mrr1 tub.mrr1

Kommentar: Diese Rubriken zeigen eindrücklich, wie mechanisch und geistlos das Nachtragen bzw. das Neuschaffen von Rubriken offensichtlich erfolgt. Vermutlich wird ein Computerprogramm gefragt: Kennst du die Kombination "Ekzem" und "Kleinkinder" und es antwortet "Nein". Also legen die Repertoriums-Macher eine neue Unterrubrik "Haut - Hautausschläge - Ekzem - Kindern; bei - Kleinkindern; bei" an, ohne sich offensichtlich Gedanken darüber zu machen, ob diese Rubrik fachlich sinnvoll ist (es macht keinen Sinn, bei Ekzemen zwischen Kindern und Kleinkindern zu unterscheiden) oder sprachlich in anderer Form (Ekzem, seit der Kindheit) bereits existiert.

So könnte ich mit allen weiteren 33 Unterrubriken fortfahren... - sie sind alle mehr oder weniger sinnlos, überflüssig und offensichtlich ohne Nachdenken in das Repertorium übernommen worden!

2.Beispiel: Die Rubrik 'Tuberkulose'

Ein weiteres leicht nachvollziehbares Beispiel, wie scheinbar gedankenlos das Nachtragen erfolgt bietet die Rubrik "Tuberkulose'.

Im Complete Millennium 2011 (in Radar gibt es eine ähnliche Rubrik) gibt es im Kapitel 'Allgemeines' die folgende neugeschaffene Rubrik:

Allgemeines; TUBERKULOSE (149): abr.102, acon.5, agar.1058, allox.149, alum.1058, alum-sil.58, alumn.1058, am-acet.102, am-c.5, ambr.5, ang.5, ant-c.1058, apis102, *aq-mar*.72, arg.111, arg-n.1058, arist-cl.149, arn.5, *ars*.5, ars-i.1058, ars-s-f.58, asaf.5, astac.36, astra-e.149, atra-r.149, aur.5, aur-ar.102, aur-i.102, aur-m.1058, bac.62, bar-c.5, bcg149, bell.5, beryl.149, bor.5, *bry*.5, buni-o.149, calad.5, *calc*.5, calc-ar.54, calc-hp.111, calc-i.102, calc-p.54, calc-s.102, calc-sil.58, calo.85, cann-s.36, carb-ac.1058, carb-an.5, carb-v.5, carbn-s.1058, carc.119, caust.5, cham.5, *chin*.5, chlor.36, chlorpr.149, chr-o.85, cic.58, cist.1058, coca36, cocc.5, con.5, cortico.149, cund.54, cupr.5, *dros*.5, dulc.5, *ferr*.5, ferr-pic.102, form.102, form-ac.102, graph.5, guai.5, guare.36, hep.5, hip-ac.149, hippoz.85, hydr.54, hydrc.1058, hyos.5, ign.5, **lod**.5, ip.5, irid.102, kali-acet.1058, kali-bi.1058, **Kali-c**.5, kali-chl.1058, kali-i.102, kali-m.1058, kali-n.5, kali-s.1058, kreos.5, lach.5, laur.5, *led*.5, lepro.197, lob-e.85, **Lyc**.5, m-arct.58, mag-c.58, mang.5, merc.5, merc-i-r.58, nat-m.5, nit-ac.5, nux-m.5, nux-v.5, ol-j.58, op.5, par.5, paull.102, petr.5, ph-ac.5, **Phos**.5, phyt.1058, plb.5, psor.1058, **Puls**.5, ran-b.5, rhus-t.5, ruta5, sabin.58, samb.5, sec.5, sel.5, seneg.5, *sep*.5, sil.5, spig.5, spong.5, squil.5, **Stann**.5, staph.5, stram.5, sul-ac.36, sulo-ac.149, *sulph*.5, tab.36, teucr.5, thiosin.102, thuj.5, tub.102, tub-k.85, urea102, verat.5, x-ray102, zinc.5

Die gleiche Rubrik existierte aber bereits im Original-Kent im Kapitel 'Brust' und sie ist wesentlich genauer:

Brust; LUNGENTUBERKULOSE (220): acal.25, *acet-ac.*, acon.5, aesc.1058, aethi-a.77, **Agar.**, agarin.102, agav-t.149, *all-s*.72, alumn.58, am-c.5, am-m.5, ant-ar.102, ant-c.1058, ant-i.25, ant-t., aq-mar.149, arg.58, arg-n.5, arist-cl.119, arn.5, *ars*.5, *ars-i.*, ars-s-f.58, arum-t.58, asaf.54, atro.102, aur.1058, aur-ar.102, aur-m.1058, aur-m-n.85, **Bac.**62, bals-p.72, *bapt.*100, bar-c.1058, *bar-m.*, bell.5, berb.58, beryl.149, beta.102, betin.102, blatta102, *brom.*, bry.5, *bufo*, cact.1058, calag.102, **Calc.**5, calc-ar.102, calc-f.102, calc-hp.25, *calc-i.*102, **Calc-p.**, *calc-s.*, *calc-sil.*58, calo.102, cann-s.36, *carb-an.*, *carb-v.*5, *carbn-s.*25, carc.207, card-m., caust.1058, cetr.8, cham.1058, *chin.*5, *chin-ar.*54, chin-s.102, chlol.36, chlor., *cimic.*25, coc-c.36, cod.102, *con.*5, *crot-h.*102, *cupr.*37, cupr-ar.102, dig.5, *dros.*, *dulc.*5, *2 elaps*, erig.25, erio.102, eucal.77, euon.1058, eupi.111, *ferr.*5, ferr-acet.102, *ferr-ar.*102, *ferr-i.*, ferr-m.102, *ferr-p.*8, fil.72, fl-ac., form.102, form-ac.77, gall-ac.85, gamb.72, *graph.*, *guai.*5, guare.36, *ham.*54, helx.85, **Hep.**5, hippoz., hydr.8, hydrc.102, hyos.5, hyosin.102, ichth.102, **Iod.**, *iodof.*100, *ip.*8, jug-c.25, just.77, kali-ar., *kali-bi.*8, **Kali-c.**5, kali-chl.1058, kali-i.1058, kali-m.61, *kali-n.*5, *kali-p.*, **Kali-s.**, kali-sil.58, *kreos.*, lac-c.102, *lac-d.*, *2 lach.*5, lachn.72, laur.5, lec.102, led.5, lepro.197, lipp.85, lob.1058, **Lyc.**5, lycps.1058, mag-c.58, malar.77, mang.102, mang-acet.1, *med.*, *merc.*5, merc-c.8, merc-i-r.102, mill., *myos-a.*100, myris.25, *myrt-c.*, naphtin.72, nat-ar., nat-c.5, *2 nat-cac.*102, *2 nat-m.*, nat-p.1058, *nat-s.*8, *nat-sel.*102, *2 nit-ac.*5, nux-m.5, nux-v.5, *ol-j.*, ox-ac., petr., *ph-ac.*5, phel.8, **Phos.**5, phyt.1058, piloc.102, pineal.102, *plb.*, polyg.102, polyg-a.72, prun-c.25, **Psor.**, ptel.8, **Puls.**, pyrog.58, rhus-t.5, *rumx.*8, ruta5, *salv.*100, samb.5, *sang.*, sec.102, **Senec.**25, *seneg.*5, *sep.*5, **3Sil.**5, silpho.72, **Spong.**5, **Stann.**5, stann-i.85, staph.1058, stict.102, still.25, succ.72, sul-ac.5, sul-i.58, sulo-ac.149, **Sulph.**5, tarent.1058, tarent-c.58, teucr.72, teucr-s.85, thea.102, **Ther.**, thuj.1058, *tril.*8, **Tub.**, tub-a.77, tub-r.149, tus-fa.72, uran-n.25, urea102, vac.85, vanad.102, verb.85, **Zinc.**5, zinc-p.58

Ein kurzer Blick auf die *Qualität* der beiden Rubriken zeigt schnell, wie nachlässig und ungenügend die neue Rubrik ist:

	Iod.	Kali-c.	Lyc.	Phos.	Puls.	Stann.	Calc.	Sulph.	Agar.	Ars.	Bac.	Calc-p.	Chin.	Dros.	Ferr.	Hep.	Kali-s.	Psor.	Sep.	Sil.	Spong.	Tub.
Total	6	6	6	6	6	6	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Rubrics	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Kingdoms	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Traditional Miasms	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Allgemeines; TUBERKULOSE (149)	3	3	3	3	3	3	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1
Brust; LUNGENTUBERKULOSE (220)	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3

Ist es bei Mitteln wie Iod. etc. noch gleichgültig, welche Rubrik man verwendet, so kann man sich bei so 'tuberkulinischen' Mitteln wie Tub., Sil., Calc-p. etc., nur wundern, dass diese nur einwertig in der neuen Rubrik eingetragen wurden.

Zu Problem 5:

Das Repertorium deckt nicht zufriedenstellend die verlässliche **Materia medica** ab.

Beispiel: Staphisagria und die Verschlechterung durch Bewegung.

Im Repertorium (Complete und Radar {Stand 2013}) steht in der Rubrik „Gliederschmerzen, Bewegung schlechter“ *kein* Staphisagria - obwohl diese Modalität wichtig und charakteristisch für Staphisagria-Schmerzen ist. Auch bei "Gliederschmerzen, Gehen schlechter" fehlt Staphisagria.

Gliederschmerzen; ALLGEMEIN; Bewegung; agg. (78): aesc., agar.1058, alum-sil.58, androc.222, atista192, aza.192, bac.149, bamb-a.1184, *berb.*122, bor.58, **Bry.**, calc-p., cann-s.1058, caps., carb-an.1058, carb-v.1058, caust.1058, chin., cinnb.58, *cocc.*, **Colch.**, *coloc.*, croc.1058, curc.192, dulc., dys-co.136, *euphr.*, ferr.1058, fl-ac.1058, graph.1, gua.85, *guai.*1, ham.1058, hell.1, hyos.1058, jug-r.144, kali-bi.58, kali-p.1058, *kalm.*, lac-c.58, lach.1058, lap-mar-c.194, *led.*, lyc.1058, magn-gr.144, mangi.197, med.58, merc-c., naja, nat-ar.8, *nat-m.*, nit-ac.1058, *nux-m.*, *nux-v.*, *ox-ac.*, petr.1058, ph-ac.1058, phos.1058, *phyt.*, *plb.*, psor.1058, puls.1058, pyrog.1058, *ran-b.*, rhod.1058, rhus-t.1058, ruta1058, sabad.1058, sabin.85, *sil.*, spirae.144, squil., thuj.5, tub.111, valer.1058, verat.1058, vip.36, zinc.

Schauen wir in einer wirklich verlässlichen Materia Medica, in Hahnemanns 'Reiner Arzneimittellehre'⁸ unter Staphisagria. Dort finden wir im Kapitel „Extremitäten“ 27 Textstellen, welche eine deutliche *Verschlechterung durch Bewegung bzw. Gehen* zeigen aber nur 11 Textstellen mit einer *Verschlechterung durch Ruhe* (inklusive Stehen, Sitzen, Liegen; sogar nur 2 Textstelle zeigen eine ausdrückliche Besserung durch Bewegung).

Ausschnitt:

- Schmerz, wie Verrenkung, im rechten Schultergelenke, bloß **bei Bewegung**.
- Stumpf stechende Schmerzen am Schultergelenke, **bei Bewegung** und Berührung heftiger.
- Drückendes Ziehen in den Schultergelenken, früh im Bette und gleich nach dem Aufstehn; **bei Bewegung heftiger**.
- 280. Feines Reißen am Kopfe des linken Schulterknochens, **bei Bewegung heftiger**.
- Lähmiges Ziehn im Schultergelenke, bisweilen auch im ganzen Arme, wenn er ihn beim Liegen, im Bette, unter den Kopf legt.
- Reißender Schmerz im linken Oberarme, im dreieckigen Muskel, im Sitzen, welcher von Bewegung vergeht.
- Reißender Schmerz in den Muskeln des linken Oberarms, dicht am Ellbogen.
- Stichartiges Reißen in den Muskeln des rechten Oberarms, nahe beim Ellbogengelenke.
- 285. Heftig drückender Schmerz im linken Schultergelenke, **durch keine Bewegung verschwindend**.
- Lähmig drückender Schmerz am linken Oberarme, bei Berührung heftiger.
- Hartes Drücken am rechten Oberarme, nach innen, bei Berührung heftiger.
- Lähmig drückender Schmerz am linken Oberarme, bei Berührung und **Bewegung heftiger**; der Arm ist geschwächt.
- Drückendes Ziehen hie und da an den Obergliedmaßen, bei Berührung heftiger.
- 290. Lähmiger Druck an beiden Ober- und Unterarmen; **bei Bewegung** und Berührung **heftiger**.
- Drückendes Ziehen im dreieckigen Muskel.
- Langsame, stumpfe Stiche, wie Drücken, in der Mitte des Vorderarms.

⁸ Heute ja sehr schön beim Haug-Verlag als dreibändige Gesamtausgabe mit den 'Chronischen Krankheiten' zusammen erhältlich (ich empfehle nur diese Ausgabe und nicht die eines Billig-Verlages verwenden).

- Lähmige Schwäche um das Ellbogengelenk.
- Neben der Beugung des Ellbogens, mehr nach dem Vorderarme zu, eine Empfindung, als wäre ein Hautausschlag ausgebrochen, oder wie wenn man sich mit einer Nadel geritzt hat - eine Art Grießeln, etwas brennend; doch sieht man nichts an der Stelle, welche vorzüglich bei Berührung schmerzt.
- 295. Unterhalb des linken Ellbogens an der äußern Seite der Speiche, drückendes Ziehen, wie ein Klemmen.
- Stechendes Reißen im linken Vorderarme.
- Drückendes Ziehen in den Muskeln des Vorderarms und auf dem Handrücken.
- Zucken im linken Vorderarme, in der Ruhe.
- Klammartiger Schmerz um das rechte Handgelenk, der beim Ausstrecken der Finger vergeht, beim Einschlagen derselben aber zurückkehrt und dann zugleich auch einen reißenden Stich durch den ganzen Arm bis in die Schulter erzeugt.
- 300. In der Handwurzel querüber ziehendes Drücken, **besonders bei Bewegung**.
- Stechendes Reißen im linken Handgelenke.
- Ziehender Schmerz durch die Knochen des Handrückens, **besonders bei Bewegung**.
- Kitzelndes Jücken m linken Handteller, zu kratzen reizend.
- Schmerzhafte Ziehen im Mittelgelenke des rechten Zeigefingers.
- 305. Lähmig ziehender Schmerz in den hintern Gelenken der Finger, wo sie sich mit den Mittelhandknochen vereinigen - **bei Bewegung heftiger**.
- Hartes Drücken am Mittelhand-Knochen des linken Zeigefingers, bei Berührung und **bei Bewegung** des Fingers **heftiger**.
- Absetzend drückender Schmerz an den Mittelhandknochen des linken Daumens, bei Berührung heftiger.
- Schmerzhafte Ziehen in den Gliedern der Finger rechter Hand.
- Feines, zuckendes Reißen in den Muskeln der Daumens, vorzüglich stark an der Spitze.
- 310. Reißender Schmerz in den Muskeln des linken Daumenballens, welcher bei Bewegung des Daumens verging.
- Feines, zuckendes Reißen in den Muskeln mehrer Finger, vorzüglich in den Spitzen derselben.
- Wenn er die Finger frei ausstreckt, so gerathen sie in konvulsive Bewegung auf und nieder.
- Kriebeln in den Fingern, als wollten sie einschlafen.
- Drückend klammartiger Schmerz am Ballen des rechten, kleinen Fingers, **bei Bewegung** der Hand.
- 315. Anhaltend drückender Schmerz vom Mittelgelenke des rechten Mittelfingers an, nach vorne zu, **auch in der Bewegung anhaltend**.
- Tiefe, jückend brennende, scharfe Nadelstiche im linken Daumen, welche zum Kratzen reizen.
- Spannende Stiche in der linken Daumenspitze.
- Nadelstichartiger Schmerz im mittelsten Gliede des rechten Zeigefingers und dem anstoßenden Gelenke, **anhaltend in der Bewegung**.
- Klamm in den Fingern und verschiednen Theilen der Gliedmaßen.
- 320. Es ist, als wäre eine harte Haut über die Fingerspitzen der linken Hand gezogen; er hat wenig Gefühl darin und kann beim Betasten nichts gut unterscheiden.
- Mehr Hitzempfindung, als Hitze der rechten Hand, welche auch röther war, als die andre, mit feinem Reißen im Mittelgelenke der vier Finger derselben.
- Kitzelnde, scharfe Stiche in der hohlen Hand.
- Brennend jückendes Fressen an den Hinterbacken, wie wenn man etwas Schafwollenes auf die Haut zieht, Abends im Bette; durch Kratzen verging's an der einen Stelle und kam an eine andere.
- Bohrender Schmerz in den linken Gesäßmuskeln, im Sitzen.
- 325. Stechendes Jücken an den Gesäßmuskeln und mehren Stellen des Körpers.
- Beim Liegen, ein Müdigkeitsschmerz quer über die Oberschenkel und als ob sie zerschlagen wären; dabei Empfindung von allzu großer Straffheit in den Gelenken und etwas Bebendes und Unruhiges darin, so daß er sie nicht still halten kann.

- Schmerz, wie von Verrenkung in der Mitte des linken Oberschenkels, **vorzüglich beim Gehen.**
- Spannen im äußern großen Oberschenkel-Muskel, **beim Gehen.**
- Lähmiger Schmerz, wie Ziehen, vorne in der Mitte des Oberschenkels, in Ruhe und Bewegung.
- 330. Brennendes Scharfstechen an der hintern Fläche des linken Oberschenkels.
- Tief eindringender, stumpfer Stich in der Mitte des linken Oberschenkels, nach der äußern Seite zu.
- Feine, höchst schmerzhafteste, durchdringende Stiche am innern linken Oberschenkel, gleich über dem Knie.
- Jückendes Feinstechen an den innern Seiten der Oberschenkel, was zum Kratzen nöthigt.
- Eine Art Gänsehaut, ohne Frost, über beide Ober- und Unterschenkel, nämlich viele Rothe und weiße Blüthchen an denselben, welche in ihrer Spitze weißlichten Eiter enthalten, ohne die mindeste Empfindung.
- 335. Mehrtägige Schwäche des Ober- und Unterschenkels, besonders im Kniegelenke - er muß den Fuß schleppen; dabei stechendes Reißen in der Wade und Kreuzschmerzen.
- Eine grob stechende, fast kratzende Empfindung am rechten Oberschenkel, innerlich über dem Kniegelenke.
- Stichartiger Schmerz am innern Rande des Kniees.
- Zucken über der rechten Kniescheibe.
- Unter der linken Kniescheibe, ein ziehendes Reißen, was **durch Bewegung nicht vergeht.**
- 340. **Beim Gehen,** Wehthun in den Oberschenkeln (mehr im linken), welche sie fast schleppen muß.
- Ziehendes Stechen im rechten Kniegelenke, **bei Bewegung heftiger.**
- Stumpfe Stiche am Kniegelenke, neben der Kniescheibe; bei Berührung wurden die Stiche zu einem drückenden Schmerze.
- Früh, gleich nach dem Aufstehn, stumpfe Stiche im rechten Kniegelenke, **bei Bewegung heftiger.**
- In dem rechten Kniegelenke und den Köpfen der Wadenmuskeln, beim Gehen, ein lähmiges Ziehen, wie eine Schwäche, welches, **nach dem Gehen,** auch beim Sitzen noch lange anhält, ehe es sich allmählig ganz verliert.
- 345. Im rechten Knie, ein minutenlanger Schmerz (wie von Vertreten?), **beim Gehen und bei Bewegung** des Fußes.
- **Beim Aufstehn vom Sitze,** ein Gefühl, als wollten die Beine in der Kniekehle zusammenknicken - ein bebendes, überreiztes Heranziehn in der Kniekehle.
- Sobald er sich legt, entsteht ein Gefühl von Heranziehn in den Kniekehlen - eine Art Überreiztheit und wohlüstiger Unruhe darin, daß er nicht liegen bleiben kann, sondern aufstehn muß.
- Ziehendes Stechen im linken Kniegelenke, beim Sitzen; zuweilen Zucken darin.
- Brennendes Stechen unter dem linken Knie, auf der Außenseite, bisweilen in Absätzen.
- 350. Bohrender Stich im rechten Schienbeine, in der Ruhe.
- Jücken am rechten Schienbeine über den äußern Knöchel, was durch Reiben nicht verging.
- Lähmiger Druck an den Wadenmuskeln des rechten Fußes, nach außen; bei Berührung heftiger.
- Reißender Schmerz in den Muskeln des einen oder des andern Unterschenkels, im Stehen und Sitzen.

Warum steht diese wichtige Modalität nicht hochwertig im Repertorium und wie kann ich Staphisagria bei Rheuma erkennen, wenn mir diese Information im Repertorium fehlt?

Praktische Lösungen

Wie entkomme ich dem Dilemma? Man hat die Vorteile einer computergestützten Repertorisation schätzen gelernt, sich an diese Technik gewöhnt. Gleichzeitig soll das Datenmaterial ungenügend sein, ev. sogar eine erfolgreiche Verschreibung behindern? Und wenn alle Repertorien mehr oder weniger gleich gut/schlecht sind⁹, wie vermeide ich Fehler bei der Repertorisation? Gibt es spezielle Tricks oder Techniken?

Ich versuche im Folgenden drei mir sinnvoll erscheinende Wege zu beschreiben:

Lösung 1: Konzentration auf die *Materia Medica*

Man *verzichtet* weitgehend oder vollständig auf das Repertorium und konzentriert sich ganz auf die *Materia Medica*. Man lernt sozusagen eine bewährte *Materia Medica* (wie z.B. den Boericke¹⁰) auswendig¹¹ und verfährt nach M.Tylers Motto „Ein Homöopath sollte jeden Tag ein Mittel studieren - und am Wochenende zwei.“ Diese Strategie wird zwar vielfach erfolgreich in Indien benutzt, hat aber seine Nachteile. Man braucht ein extrem gutes Gedächtnis. Oder man muss sehr hart und konsequent Lernen (z.B. täglich und viele Stunden), was in der Regel in Europa an sozio-ökonomischen Schwierigkeiten¹² scheitert. Zudem bewegt man sich mit der Beschränkung auf die *Materia Medica* natürlich in einem durch das Gedächtnis begrenzten Pool von Mitteln¹³.

⁹ Das ist eine Behauptung von mir, die ich aus Zeitmangel noch nicht geprüft habe. Da aber andere Computer-Firmen (neben Radar/Synthesis und Mac Repertory/Complete) noch kleiner sind - meist handelt es sich um Ein-Mann-Betriebe an der Grenze der Wirtschaftlichkeit - und noch beschränktere Mittel zur Verfügung haben, ist es unwahrscheinlich, dass sie bessere Qualität liefern.

¹⁰ W.Boericke (1849-1929) war ein sehr belesener Homöopath. Seine *Materia Medica* von 1901 erfasst weitgehend die Frucht des Wissens der nordamerikanischen Blütezeit unter Hering und Lippe. Daher ist diese *Materia Medica* sehr verlässlich und eine der meist verbreiteten in der ganzen Welt. Auch Phataks und Vermeulens Konkordanz basieren zu über 70% auf dem Boericke.

¹¹ Eindrucksvoll kann man die Effizienz dieser Vorgehensweise bei Alok Pareek sehen, einer der wenigen Inder, welche ehrlich und ohne Ego-Probleme mit guter *Materia Medica*-Kenntnis schwere Pathologien meistern.

¹² In Europa finanzieren i.d.R. nicht die Eltern das Homöopathie-Studium, sondern man erarbeitet es selber. Die Rollenverteilung zwischen Mann und Frau ist eine andere, als in Indien, zudem die Art der Kindererziehung, die Größe der Familie, die Rolle der Großeltern, die Höhe der Lebenshaltungskosten und Abgaben etc.

¹³ Für Hahnemann war die *Materia Medica* noch vergleichsweise übersichtlich, er kannte ca. 120 Mittel. Für Hering war deren Zahl schon auf über 450 Mittel angewachsen, was vom Gedächtnis gerade noch zu bewältigen ist. Aber schon Kent nennt in seinem Repertorium mehr als 760 Mittel und W.Boericke beschreibt in seiner *Materia Medica* von 1901 bereits 1600 Mittel (davon etwa 700 ausführlicher). Das Synthesis von 2009 enthält die nicht mehr lernbare Zahl von 2373 Mitteln. Allerdings bieten die neueren *Materia Medica*-Suchprogramme wie 'Reference Works' oder 'Enzyklopädia homeopatica' die Möglichkeit DIREKT in der umfangreichen *Materia Medica* zu suchen und diese Informationen zu repertorisieren. Gäbe es nicht die Bequemlichkeit, die im Vergleich zum Repertorium höheren Anschaffungskosten, die begrenzte Auswahl an deutschen Büchern/Dateien - wir *könnten* heute damit gut ohne Repertorium arbeiten.

Lösung 2: Eine *intelligente* Repertorisation

Will bzw. kann man nicht so umfassend *Materia Medica* studieren und hat man nicht ein *Materia-Medica*-Suchprogramm zur Verfügung, dann bietet das Repertorium ja eine komfortable Hilfe, um sein schwaches Gedächtnis bzw. fehlendes Wissen zu kompensieren. Um allerdings die oben angesprochenen Mängel und Fallstricke des Repertoriums auszugleichen, empfiehlt sich die Beachtung gewisser Regeln.

a) Möglichst **zuverlässige** Rubriken verwenden. Kriterien dafür können sein (siehe schon Heli Retzeks Hinweis in der HZ 3/2012, S.85ff):

- Handelt es sich um eine Original-Kent-Rubrik, oder eine reine Nachtrags-Rubrik? Dafür muss ich im Repertorisations-Programm "Autoren zeigen" eingestellt haben, dann erkenne ich das sofort. Enthält eine Rubrik *nur* Mittel mit Nachträgen (also Informationen, welche von Schroyens oder Zandvoort¹⁴ ergänzt wurden) ist die Rubrik in der Regel eine Baustelle und unvollständig. Ich könnte das an hunderten Beispielen zeigen (siehe z.B. das Tuberkulose-Beispiel oben). Andersherum formuliert: Rubriken, welche schon im Original-Kent von 1899 existierten und dann erweitert wurden (erkennbar daran, dass eines oder mehrere der Mittel mit *keinem* Autor bzw. Kent gekennzeichnet sind), sind meist verlässlicher¹⁵.
- Enthält die Rubrik **zuverlässige Autoren**? Das ist ein delikates Thema, welches ich aus Platzgründen jetzt nicht näher ausführen möchte. Wenigstens als Trend: klassische Autoren vor 1900 sind oft verlässlicher als moderne Autoren¹⁶.
- Besteht ein 'gesunde' **Autoren-Mix**? Rubriken, welche z.B. nur zwei oder drei verschiedene Autoren enthalten zeigen, dass sie noch wenig ausdifferenziert sind und vermutlich noch diverse Ergänzungen dazukommen sollten.
- Besteht ein 'gesunder' **Wertigkeits-Mix**? Rubriken, welche nur einwertige oder nur einwertige und zweiwertige Mittel enthalten, sind eine Baustelle. Ebenso große Rubriken, welche in Relation zur Gesamtzahl nur wenige drei- oder vierwertige Mittel enthalten.

¹⁴ Ich will damit nicht sagen, dass diese zwei Kollegen keine gute Arbeit machen, im Gegenteil sie sind sicher sehr fleißig und bemüht. Aber aus bestimmten Gründen (z.B. weil sie als Einzelpersonen und nicht als große Teams arbeiten), haben sie es bisher nicht geschafft, die Mängel der Repertorien wesentlich zu verringern.

¹⁵ Das heißt weder, dass Kents Repertorium keine Fehler enthält, noch dass man keine Nachträge machen oder verwenden sollte. Es heißt auch nicht, dass man das auf alle Rubriken des Kent-Repertoriums beziehen kann. Allerdings gibt es aus verschiedenen Gründen einen **graduellen** Unterschied zwischen 'alten' und 'modernen' Rubriken.

¹⁶ Bei Radar besteht ja die Möglichkeit, bestimmte Autoren zu eliminieren oder bestimmte Filter - z.B. 'Autoren vor 1900' - zu verwenden. Unter www.info@radar24.de (Downloads, Ergänzungen, Synthesis 9.1 Tjado Galic) kann man sich sogar einen fertigen, von Tjado Galic erstellten Filter herunterladen.

Wenn man sich an diese Kriterien hält, kann man mit etwas Übung schnell erkennen, ob eine Rubrik eher brauchbar ist, oder ob man lieber woanders etwas Besseres sucht.

b) Rubriken mit **mindestens 20** und **höchstens 150** Mitteln verwenden. Das sind natürlich nur Annäherungswerte, soll aber ausdrücken, dass sehr kleine und sehr große Rubriken oft gefährlich sind. Die sehr kleinen, weil sie unvollständig sind¹⁷, die sehr großen, weil sie bei der Differenzierung von Mitteln meist nicht helfen. Dies gilt aber nur, wenn man wenige Rubriken (z.B. weniger als 10) verwendet. In der Repertorisierung vieler Rubriken, wie ich sie weiter unten noch beschreibe, kann man ruhig alle Rubriken-Größen verwenden.

c) Als Auswahlkriterium bei der Auswertung wird die Summe der **Rubriken** gewählt.¹⁸

e) Abschließend werden mindestens die **ersten 12** Mittel ¹⁹analysiert und differenziert und in zuverlässigen **Materia Medicae** kontrolliert!

Lösung 3: Eine 'künstlerische' Repertorisierung

Hat man die Grundregeln einer intelligenten Repertorisierung verinnerlicht, kann man den nächsten Schritt gehen, nämlich überlegen *wie viele* Rubriken man repertorisieren möchte. Die meisten Kollegen/innen - so sehe ich es jedenfalls in der Supervision - repertorisieren ca. 10-15 Symptome. In der Meinung "Man soll ja nicht so viele Rubriken nehmen" versuchen sie sich zu begrenzen, gleichzeitig fällt es ihnen schwer sich auf radikal wenige (z.B. unter 5) Rubriken zu beschränken. So entsteht ein fauler Kompromiss und ich werde gleich ausführen, dass v.a. *radikale Repertorisierungs-Strategien* (= ganz wenige oder ganz viele Rubriken) empfehlenswert sind!

Wählt man die Polarität 'ganz wenige Rubriken', dann beschränkt man sich tatsächlich auf **maximal 5 - 7 Rubriken**. Gebildet werden die Rubriken natürlich aus den wesentlichen Charakteristika des Falles (Saine nennt das den Genius des Falles) und zwingende Voraussetzung, dass diese Strategie funktioniert ist, dass die Regeln der intelligenten Repertorisierung eingehalten werden (d.h. z.B. dass mehrere

¹⁷ Weil das Datenmaterial Repertorium so ungenau ist, sind auch die Strategien, welche auf der Analyse von *Repertoriumsrubriken* beruhen sehr zweifelhaft. Daher spielen sich Sankarans "Wahnideen" auch oft im luftleeren Raum ab, da sie aufgrund falscher Rubriken konstruiert wurden. Am Beispiel vom Mittel Hura und der Wahnidee 'Hat seine Freunde verloren' wird das von Saine sehr anschaulich analysiert (siehe: www.homeopathy.ca; dort: Articles; Drawing a line in the sand...).

¹⁸ Dass eine Einstellung nach Wertigkeit keinen Sinn macht, ergibt sich aus dem oben Gesagten. Von "Analysestrategien" oder gar von "Experten-Programmen" (welche eine unbekannte Voreinstellung eines 'Meisters' beinhalten) halte überhaupt nichts. Es handelt sich ja i.d.R. um eine 'Black box' bei der mein Gehirn oder meine Entscheidungsfähigkeit passiv bleibt und ich letztlich nicht nachvollziehen kann, wie es zum Ergebnis kam.

¹⁹ Dabei achtet man auch auf kleinere bzw. unbekanntere Mittel, welche ungewöhnlich weit vorne stehen.

ähnliche Rubriken gesucht und dann zu einer zusammengefasst werden). Ein Meister dieser Strategie ist Tjado Galic und ich nenne diesen Weg einfach mal "künstlerische" Repertorisation, denn er bedarf einer großen Kunst. Was muss ich alles dafür wissen, um diese Kunst erfolgreich anzuwenden?! Ich muss das Repertorium *sehr* gut kennen, denn wenn ich bei nur 5 Rubriken eine oder gar zwei 'falsche' Rubriken verwende, verzerrt das Repertorisations-Programm meine Auswertung sofort und möglicherweise drastisch in die falsche Richtung. Ich brauche ein sehr feines und geschultes Verständnis dafür, welche Informationen im Fall (daher auch Tjado Galics Bemühung Seminarteilnehmern 'Fallverständnis' beizubringen) *und* in der Materia Medica charakteristisch und wahlanzeigend sind. Um das wiederum zu können, brauche ich exzellente medizinische und psychologische Kenntnisse, sonst fehlt mir das Verständnis dafür, was denn eigentlich gewöhnlich/ungewöhnlich an einem Fall oder Mittel ist. Diese Strategie ist also nicht einfach, sie ist risikoreich und bedarf viel Erfahrung oder Schulung. Ich kann noch ergänzen, dass in komplexeren Fällen öfters *mehrere* kleine Totalitäten bzw. Arbeitsblätter mit z.B. 3-7 Rubriken gebildet werden müssen. Wenn man gelernt hat, dass Fälle auch mehrere - einander unähnliche - Krankheitsdynamiken haben können, dann weiß man wie wichtig die repertoriale *Trennung* dieser Dynamiken ist²⁰. Man nennt diese Fälle inkohärente Fälle und man sollte dann wirklich mehrere kleine Repertorisierungen machen und diese getrennt auswerten.

Lösung 4: Eine 'sichere' Repertorisation

Ist man sich der ganzen Unzuverlässigkeit des Repertoriums bewusst und ist einem die 'künstlerische' Repertorisation zu schwierig oder riskant, dann empfehle ich eine Strategie, welche ich mal 'sichere Repertorisation' nenne. Ein Meister in dieser Strategie ist André Saine²¹ und sie bewährt sich v.a. bei schwierigen oder komplexen Fällen. Die Vorgehensweise ist folgende:

a) Ich repertorisiere **alle** (!) möglichen Symptome eines Falles, auch in verschiedenen Rubriken-Variationen, somit also oft 50, 60 und mehr Rubriken! Das ist kein Scherz und das sind auch keine "Rubrikenfriedhöfe" (Heli Retzek in der HK 3/210) sondern das ist dringende Notwendigkeit, wie ich gleich noch erläutere.

b) Ähnliche Rubriken werden nun zu jeweils einer **zusammengefasst**. Das reduziert die Gesamtzahl der Rubriken vielleicht von 70 auf 40 und verdichtet das Ergebnis.

²⁰ Einfaches Beispiel: Ein Patient kommt mit chronischem Rheuma zum Anamnesetermin, hat aber seit einer Woche eine Bronchitis/Pneumonie und stürzt auf dem Weg zur Praxis die Treppe runter und verletzt sich das Steißbein. Das sind also ev. drei verschiedene Krankheitsdynamiken (zuletzt mechanisches Trauma, dann akute Bronchitis/Pneumonie, davor Rheuma), welche getrennt in ihrer Symptomatik erfragt werden müssen, getrennt repertorisiert werden und ev. drei verschiedene Mittel brauchen.

²¹ Tatsächlich ist es so, das A.Saine diese Strategie gar nicht expliziert lehrt oder formuliert, er *macht* sie einfach. Ich studiere seit vielen Jahren genau, *warum* Saine so außergewöhnlich hohe Treffer- und Erfolgsquote in schwersten Fällen hat und diese Repertorisations-Technik ist *ein* Teil der Antwort.

c) Anschließend macht man mit der Liste der Symptome eine **Hierarchie**, indem man in seiner Auswertung die wichtigsten Symptome nach oben schiebt und weniger wichtige weiter nach unten verschiebt. Das ist ein kreativer, nicht einfacher Prozess, der Übung und Mut zur Entscheidung bedarf. Was ist die wichtigste Information? Was die zweitwichtigste (etc.)? Ist das Gemüt wichtiger oder die Pathologie, wo schiebe ich die Kopfschmerzmodalitäten hin, wo die Menses-Symptome? Im Ergebnis produziert man so mit den obersten Symptomen einen Genius des Falles, oder ordnet zumindest die wesentlichen Informationen in der Spitze der Auswertung. Das erleichtert zusätzlich *visuell* die Differentialdiagnose der Mittel, da man leicht sieht, welche Mittel *durchgängig* - egal in welcher Wertigkeit - die ersten Rubriken abdecken.

d) In einem *extra* Arbeitsblatt wird nun der **Genius**, also die wenigen (z.B. 5 -7) wichtigen Symptome ausgewertet, was dann der 'künstlerischen' Strategie ähnelt. Dies ist zusätzlich wichtig, da ich mit der ersten großen Auswertung die Totalität des Falles überblicke (inklusive dem Ergebnis, das viele Polychreste bei den vielen Rubriken nach vorne kommen), mit der zweiten konzentrierten Auswertung die dagegen wenigen wichtigen Symptome (mit der Möglichkeit, das kleine Mittel nach vorne kommen und gleichzeitig der Gefahr, das diese mit der Totalität des Falles wenig Gemeinsamkeit haben).

e) Nun studiere und vergleiche ich beide Auswertungen und mache eine **Differentialdiagnose** der infrage kommenden Mittel. Ich schaue z.B. wie die ersten Mittel der Genius-Auswertung in der großen Repertorisation vertreten sind. Oder welche Mittel den oberen Teil (= wichtigere Rubriken) der Auswertung abdecken. Oder ich achte auf Mittel, welche in der großen Auswertung ungewöhnlicherweise nach vorne kommen (Nosoden; kleinere Mittel; Mittel die ich nicht kenne).

f) Für die abschließende Entscheidung beziehe ich auf die verlässliche **Materia Medica**. Ich kontrolliere einzelne wichtige Rubriken (z.B. mit Reference Works) nach und für mein gesuchtes Mittel sollten die wesentlichen Informationen auch²² (ev. sogar nur! - siehe Beispiel Staphisagria oben) in der Materia Medica zu finden sein.

Dieser ganze Prozess (Repertorisation aller Rubriken, zusammenfassen, Hierarchie machen, Differenzialdiagnose, Materia Medica-Kontrolle) dauert gut und gerne eine Stunde und mehr²³. Selbst nach zig Jahren Praxis²⁴. Habe ich leichte, klare Fälle vor

²² Eigentlich ist es so, dass NUR die Materia Medica entscheidet, dass z.B. eine starke Intensität eines Symptoms in der **gleichen** Intensität auch in der Matera Medica zu finden sein soll - völlig unabhängig davon wie hoch die Wertigkeit im Repertorium ist (da wir ja mittlerweile verstehen, wie willkürlich und oft falsch diese ist).

²³ Es ist klar, dass diese zusätzliche Arbeit nicht unser Hobby ist, sondern Teil der Arbeit an einem (vermutlich schweren) Fall und somit natürlich - genauso wie die Anamnesezeit - vom Patienten bezahlt werden muss.

²⁴ Auch Saine sitzt in schweren Fällen lange an seinen Auswertungen. Er sucht - aufgrund solch einer Auswertung - solange in der Materia Medica, bis er das Mittel gut abgedeckt sieht und sich sicher ist. Es gibt keine schnellen, oberflächlichen, intuitiven Verschreibungen - und auch das ist ein Baustein seines Erfolges. Wobei man auch wissen muss, dass er die schwersten Fälle hat; nicht selten Patienten, welche von anderen Homöopathen bisher erfolglos behandelt wurden, das erfordert nochmals seine eigene Genauigkeit und Sorgfalt.

mir, brauche ich diese Strategie nicht (auch wenn es mein Gehirn natürlich sehr trainiert, wenn ich *immer* so arbeite). Habe ich lange und komplizierte Fälle, komme ich mit ihr am *Weitesten*!

Was sind denn nun die Vorteile dieser 'sicheren Strategie'? Kann das denn gute Homöopathie sein, wenn man "soo viele" Rubriken nimmt?

Erstens korrigiert man die Schwächen der Repertorien, indem man sozusagen fehlende Qualität erstmal durch **Quantität** versucht auszugleichen. Es ist ja sogar so, dass ich die wesentlichen Informationen (durch unvollständige Rubriken) leichter verpasse, wenn ich *nicht* so arbeite.

Zweitens braucht dieser Arbeits- und Entscheidungsprozess (Rubriken suchen, Ähnliche zusammenfassen, Hierarchisieren) seine **Zeit** und diese Zeit hilft mir den *gesamten* Fall zu durchdenken, abzuwägen welche Informationen wirklich brauchbar sind.

Drittens habe ich mit der großen Auswertung, mit dem Abbild des gesamten Falles, eine hervorragende Hilfe, um nun eine saubere **Differentialdiagnose** zu machen. Ich muss nun nicht punktuell oder assoziativ entscheiden ('Ach ja, Pulsatilla hat ja auch ...'), sondern kann schnell alle infrage kommenden Mittel auf verschiedene Aspekte des Falles hin untersuchen²⁵. Und ich muss diese Arbeit (= weitere Rubriken suchen) nun nicht extra und zusätzlich tun, die große Auswertung liegt bereits vor und kann elegant verwendet werden²⁶.

Im Teil 2 werde ich anhand eines chronischen Falles die Anwendung dieser Strategien erläutern.

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

²⁵ Immer natürlich in dem Bewusstsein, das eine Repertoriumsrubrik alleine nicht die letzte Weisheit in dieser Differentialdiagnose bietet.

²⁶ In Mac Repertory - und derzeit (noch?) nicht in Radar - gibt es die schöne Funktion, dass ich meine Auswertung auf bestimmte - selbst gewählte - Mittel reduziere. So kann ich visuell sehr übersichtlich meine wenigen Differenzial-Diagnose-Mittel aufgrund der Gesamtheit der Symptome anschauen und diskutieren.

Teil 2

André Saine und Roland Methner²⁷

Ein Fall von Multipler Sklerose

Anknüpfend an den Artikel über das „Problem Repertorium“ in der letzten HK möchte ich nun an einem guten Fall von A.Saine die von mir skizzierten 3 Strategien (Falllösung direkt über die Materia Medica, „künstlerische Repertorisation“ und „sichere Repertorisation“) noch etwas darstellen. Nebenbei erfährt man noch etwas über die Arbeitsweise von Saine und über die Behandlung der Multiplen sklerose.

Falldarstellung von André Saine

Fall: 28-jährige Frau mit Multipler Sklerose

Frau, 28 Jahre, Sozialpädagogin, kommt wegen Multipler Sklerose (MS) am 20.5.1999.

Vorgeschichte der MS:

April 1994: Sie entwickelte plötzlich die ersten MS-Symptome, bestehend aus zwei Wochen anhaltendem Schwindel und der Unfähigkeit zu Gehen. Das geschah zwei Wochen, nachdem ihr Freund sich nach dreijähriger Beziehung von ihr getrennt hatte²⁸. Sie war traurig und fühlte ein Mangel an Nähe. „Ein Teil von mir war gegangen“.

Januar 1995: Plötzliche Taubheit der gesamten Beine. Diese Taubheit blieb und 1996 erfolgte nach mehreren MRTs die Diagnose MS. Es begann eine Interferonbehandlung²⁹ (Avonex), welche bis heute andauert {Die Patientin wollte diese Interferontherapie unbedingt}. Sie hatte seitdem drei weitere MS-Schübe.

²⁷ A. Saine, „A Typical Case of Multiple sclerosis in the Exacerbation Phase“; Seminar Lübeck, November 2002. Von Roland Methner stammen die Bemerkungen in eckigen Klammern, die Fallanalyse, alle Repertorisationen und die Kommentare zu den Rubriken.

²⁸ Die Ursache der Autoimmunerkrankung MS ist nach wie vor nicht wirklich geklärt. Neben genetischen Faktoren, Klima, Vitamin-D-Mangel, tierproteinreicher Ernährung spielt evtl. die Psyche ebenfalls eine Rolle. Allerdings beginnt die Autoimmunerkrankung oft schon in früher Jugend, also viele Jahre vor zusätzlichen Stressfaktoren, wie Kummer, Schlafmangel etc. Somit war diese Trennung wohl eher ein auslösender, aber nicht ein ursächlicher Faktor der MS.

²⁹ Es ist normal, dass die meisten MS-Patienten Interferon oder ähnliche „Immunmodulatoren“ verordnet bekommen. Diese sind allerdings nicht nur sehr teuer und haben etliche Nebenwirkungen, sondern sie sind auch mehrheitlich wirkungslos. In einer Metaanalyse des Universitätskrankenhauses Hamburg von 2004 (unter www.rolandmethner.de nachzulesen) zeigen die MS-Studien eine nur geringe Wirkung von Interferonen: Nur **14 %** der Patienten mit Interferon hatten (im Vergleich zur Placebogruppe) keinen Schub in den zwei Jahren. Nur **9 %** hatten keine Zunahme von Beschwerden. Dafür hatten **30 %** der Patienten Nebenwirkungen: Grippe-symptome (Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, Müdigkeit), bei 7 % sogar noch nach vier Jahren anhaltend; bei 6 % erhöhte Leberwerte, bei 5 % Leukopenie. Letztlich haben **10 von 11 Patienten keinen Nutzen**, 7 Patienten müssen zwei Jahre lang nutzlos behandelt werden, damit ein Patient einen Nutzen von Interferon hat. Keine der Studien dauerte länger als 1-3 Jahre, d.h. die Langzeit-(Neben-)Wirkungen sind unbekannt. Bezieht man die Studienabbrecher (und die leider üblichen Daten-Manipulationen) in die Statistiken mit ein, wäre keinerlei Effekt mehr von Interferon nachweisbar.

September 1998 (1. Schub): „Nach komplettem Stress“ trat eine plötzliche Taubheit des Gesichtes auf mit intensivem Schwindel und Übelkeit. Sie wurde unter Cortison³⁰ gesetzt und erholte sich teilweise, allerdings waren ihre Beschwerden nur maximal 50 % besser.

November 1998 (2. Schub): Nach einem Feuer bei der Arbeit folgte eine rechtsseitige Neuritis nervi optici (Sehnerventzündung).

Februar 1999: Kribbeln und Schwere der linken Hand und des linken Armes und Lhermitte-Zeichen³¹, welches seitdem immer wieder phasenweise auslösbar ist. Es ist schlechter durch Stress, Schlafmangel oder wenn sie sich überarbeitet. Ihr linker Arm und ihre linke Hand sind noch schwächer.

Sie hat den gleichen Schwindel noch mehrmals wöchentlich, wann immer sie zu schnell aufsteht, wenn der Kopf in einer zurückgebeugten Stellung ist oder wenn sie sich im Bett umdreht. Der Schwindel dauert ungefähr 30 Sekunden lang. Sie hat Schwierigkeiten, ihre Augen zu fokussieren, wenn sie liegt und Druck in ihrem Kopf verspürt. In den letzten 6-7 Monaten löst sie jedes Mal das Lhermitte-Zeichen aus, wenn sie den Kopf vorwärts beugt. Sie empfindet dabei ein schießendes Gefühl die Wirbelsäule hinunter, welches zu Oberschenkeln und Händen ausstrahlt. Sie hat gelegentlich ein Schweregefühl in ihrem linken Bein.

Seit November 1998 blieb ihr Sehvermögen auf dem rechten Auge verschwommen, verbunden mit einem gespannten Gefühl. Damit einhergehend treten monatlich Stirnkopfschmerzen auf. Im Januar 1999 zeigte eine Augenuntersuchung einen klaren afferenten³² Pupillendefekt im rechten Auge.

Sie empfindet auch plötzlichen Harndrang, häufig aber mit wenig Entleerung.

Wärme/Kälte/Wetter:

Sie war sehr warmblütig in den letzten zwei Jahren, evtl. als Folge der Interferone. Wenn es ihr zu warm wird oder der Raum zu warm ist, wird sie reizbar und ängstlich. Sie kann einfach keinerlei warme Umgebung vertragen. Sie wird depressiv bei wolkigem oder regnerischem Wetter (2)³³. Sie fühlt sich mental besser bei Schnee. Sie mag die Sonne gerne und wird auch durch Sonne allgemein gebessert (2); „Es entspannt mich“.

Energie:

Ihre Energie ist gut. Sie ist morgens am besten und zwischen 14.00 und 15.00 Uhr am Schlechtesten. Sie liebt es, sich anzustrengen; „es wirkt wie ein Wunder bei mir, es macht

³⁰ Cortison wird bei MS meist hoch dosiert gegeben, obwohl es keine Beweise für eine Überlegenheit gegenüber niedriger Dosierung gibt {siehe Metaanalyse des UKE von 2004 unter www.rolandmethner.de}. Cortison verkürzt zwar die Schubdauer, aber nur 25 % der Patienten reagieren auf Cortison, d.h. bei drei von vier Patienten ist Cortison nutzlos.

³¹ Das Lhermitte-Zeichen (auch Lhermitt'sches Phänomen - nach J.J. Lhermitte (1877-1959, frz. Neurologe und Psychiater) ist ein klinisches Zeichen, das in der neurologischen Untersuchung eine Rolle spielt, aber von den Betroffenen auch spontan bei Alltagsbewegungen mit Beugung des Nackens wahrgenommen werden kann. Das Zeichen wird geprüft, indem der Arzt den Kopf des Patienten passiv nach vorn (mit dem Kinn auf die Brust) bewegt. Positiv ist es dann, wenn der Untersuchte ein unangenehmes bis schmerzhaftes Gefühl in Armen, Rumpf oder Beinen verspürt, das im typischen Falle vom Nacken her dorthin ausstrahlt. Das Lhermitte-Zeichen kommt zustande durch die Dehnung der schmerzempfindlichen Hirnhäute im Bereich der Wirbelsäule. Es wird oft bei der Multiplen Sklerose gefunden, kann aber auch bei anderen Krankheiten auftreten, die mit Entzündungsherden im Rückenmark einhergehen. Erfahrung von Saine: Durch gute homöopathische Behandlung bessert sich dieses Zeichen zunächst und verschwindet dann. Ein Wiederauftreten ist dann ein Hinweis auf ein Nachlassen der Mittelwirkung.

³² Nervenfasern, welche vom Gehirn zur Peripherie (z.B. Muskeln) leiten.

³³ Die Zahlen 1,2 oder 3 kennzeichnen die Intensität eines Symptoms.

mich high“. Es geht ihr körperlich und mental besser nach Aerobic oder schnellem Laufen auf dem Laufband. Ihre Kopfschmerzen sind ebenfalls besser nach Aerobic.

Schlaf:

Ihr Schlaf ist gut und ohne Besonderheiten. Sie schläft lieber auf der rechten Seite.

Appetit/Verdauung:

„Ich liebe es zu essen und ich bin immer hungrig.“ Sie hat einen gewaltigen Appetit. Sie mag gerne Süßigkeiten (2) („je süßer, desto besser“), Brot und Nudeln (2) und Bananen (2). Sie isst täglich Bananen. Sie mag kalte Getränke.

Stuhlgang normal, evtl. Blähungen nach dem Essen.

Menses:

Normal, alle 28 Tage und ohne offensichtliche PMS-Symptome.

Persönlichkeit:

Sie beschreibt sich als „sehr nervös, aufgeschlossen/kontaktfreudig, sehr fürsorglich/liebevoll, sehr offen, enthusiastisch, ungeduldig mit Dummheit“, und als Kind war sie glücklich und hatte viele Freunde.

Sie ist im Vergleich zum Durchschnitt sensibler und verletzlicher (1). Sie neigt dazu, zuviel Verantwortung auf sich zu nehmen und sorgt sich, ob sie das alles schafft. Sie weint selten. Sie ist nicht eifersüchtig.

Trauma:

Das größte Trauma in ihrem Leben war die Trennung von ihrem Freund.

Stress:

Sie hat viel Stress auf der Arbeit, "Ich versuche zu viel zu geben".

Krankheitsvorgeschichte:

Sie hatte 1991 {3 Jahre vor dem ersten MS-Schub} eine schwere Mononukleose³⁴, durch die sie drei Wochen im Bett lag.

Sie leidet unter rezidivierenden Halsentzündungen³⁵, etwa drei Mal im Winter. Der Schmerz beginnt im Hals, bewegt sich dann zu den Ohren mit Schwierigkeiten zu Schlucken und geschwollenen Drüsen, dann hört der Schmerz auf und die Nase wird verstopft. Diese Episoden können vier Wochen anhalten.

Sie bekommt leicht M. Raynaud, ebenso wie ihre beiden Schwestern³⁶.

³⁴ Es ist typisch, dass der Epstein-Barr-Virus das Immunsystem schwächt bzw. beeinflusst und dass virale Erkrankungen oft ursächlich an der Entstehung chronischer Erkrankungen beteiligt sind. Das hat allerdings nichts mit Miasmen zu tun, wie ich in meinem Buch *Miasmen in der Homöopathie* belegt habe.

³⁵ Es ist typisch für Saine's Anamnesen, dass er rezidivierend auftretende Symptome der Vorgeschichte - auch wenn sie nicht mehr aktuell bestehen (!) - genau hinsichtlich ihrer Modalitäten abfragt. Sind diese beständig (und vermutet er einen kohärenten Fall), können diese Symptomenmuster eine differenzierende Rolle bei der Mittelwahl darstellen. Dies gilt v.a. für alle Schmerzen (Migräne, Ischialgien etc.), Entzündungen u.ä., wo leicht vollständige Symptome herausgearbeitet werden können. Diese Strategie ist uralte (Bönninghausen, Lippe, Farrington, Boger) und oft sehr hilfreich in komplexen Fällen.

³⁶ Saine fragt das deswegen ab, weil er dann weiß, dass diese Symptomatik vermutlich genetisch bzw. familiär bedingt ist. Im Unterschied zu einem Miasmatischer verliert diese Information dann aber dadurch für ihn an Wert, denn er möchte die individuellen Symptome, nicht die Symptome der Familie. Hätte also nur die Patientin Raynaud gehabt, wäre es ein mögliches Symptom ihrer Totalität für ihn gewesen.

Objektiv:

Positiver Nystagmus beidseitig und sie bekommt eine Art Instabilität während des Tests.

Die Sehnen-Reflexe sind hypo bis normal.

Ihr linker Arm und das linke Bein fühlen sich „dicker an, wie Dämmstoff“.

Lhermitte ist positiv mit einem Gefühl, welches sich den Rücken hinunter erstreckt und zu beiden Armen und Händen ausstrahlt.

Houle's Test {bzw. Kleyn-Test³⁷} ist positiv mit Schwindel, wenn der Kopf zurückgebeugt und zur Seite gedreht wird.

Ihr Gang ist wackelig beim Zehen-Hacken-Gang mit geschlossenen Augen.

Fallanalyse von Roland Methner

Welches sind die wichtigsten Symptome, was ist der Genius des Falles?

Es versteht ja (leider) jede homöopathische Richtung etwas anderes darunter, was denn wichtig ist. Für Saine (und mich, denn ich habe es so von ihm gelernt) sind die wichtigsten Symptome die (meist nur wenigen) § 153-Symptome:

- a) Auffallend **intensive** Symptome - daher das exakte Abfragen und Herausarbeiten der Intensität von Modalitäten oder Symptomen in der Anamnese.
- b) **Ungewöhnliche** Symptome - daher die Bedeutung guter medizinischer Kenntnisse, damit man zwischen gewöhnlich und ungewöhnlich trennen kann. Hier in dem Fall z.B. ist es absolut ungewöhnlich für MS, dass Sonne bessert, denn normalerweise ist genau das Gegenteil der Fall. Hitze und heißes, sonniges Wetter reduzieren die Nervenleitfähigkeit und verschlechtern bei den meisten MS-Patienten ihre neurologische Symptomatik. Ebenso verschlechtert üblicherweise körperliche Anstrengung, bei dieser Patientin bessert sie aber, und das auch noch deutlich.
- c) **Charakteristische** Symptome. Das Credo von Saine: Das, was beim Patienten hoch charakteristisch ist, herausragt, ihn kennzeichnet, das sollte auch beim gesuchten Mittel in höchstmöglicher Intensität in der Materia Medica³⁸ zu finden sein. Es reicht also nicht, dass „Anstrengung bessert“ von einem Mittel „auch“ oder „irgendwie“ gedeckt wird, sondern das gesuchte Mittel sollte diese Modalität in herausragendem Maße aufweisen - bestätigt durch wiederholte Prüfungen und möglichst gehäufte klinische Verifikationen. Daher ist eine exzellente Materia Medica-Kennntnis (verlässlicher Autoren³⁹) unerlässlich.

Die Antwort von Saine auf die obige Frage nach den **wichtigsten** Symptomen war:

- „Besserung durch Sonne“. Dieses Symptom ist sehr ungewöhnlich für MS und zudem intensiv.

³⁷ Kleyn-Test: Der Patient liegt in Rückenlage. Der Untersucher führt den Kopf des Patienten in Extension und max. Rotation. Der Test ist positiv, wenn innerhalb von 15 Sekunden Schwindel, Übelkeit oder Nystagmus auftritt. In diesem Fall ist die Blutversorgung über die gleichseitige A. vertebralis nicht sichergestellt.

³⁸ Also nicht unbedingt im Repertorium. Ich habe ja in der HK 3.13 erläutert, wie unvollständig und fehlerhaft unsere Repertorien sind.

³⁹ Ich betone das deshalb, da leider viele moderne (= ab ca. 1960) Materia Medicae-Autoren zum Phantasieren und Ausdenken von Symptomen neigen und somit aus meiner Sicht nur wenig verlässlich sind.

- „Besserung durch Anstrengung und schnelles Gehen“. Ebenfalls sehr untypisch für MS und mit deutlicher Intensität geäußert.
- „Beschwerden durch Kummer bzw. enttäuschter Liebe“. Dies scheint ein wichtiger Stressfaktor/Auslöser mit starker Energie gewesen zu sein.
- „Verschlechterung 14-15.00 Uhr“. Allgemeine Besserungs- bzw. Verschlechterungszeiten (wenn klar beschrieben) sind für Saine verlässliche Symptome.
- „Schwindel beim Aufstehen, beim Umdrehen im Bett, beim Kopf zurückbeugen“ (zusammengefasst zu einem Symptom). Schwindel ist zwar ein typisches MS-Symptom, aber wenn er genau beschrieben wird, wenn er deutliche Modalitäten aufweist, kann er doch ein hilfreiches neurologisches Symptom sein.

Demgegenüber stehen gewöhnliche MS-Symptome - und daher eher wertlose Informationen:

Taubheit Beine, Gesicht; Sehnerventzündung; Kribbeln und Schwere Hände/Arme; Verschlechterung durch Schlafmangel; schießende Schmerzen oder Schweregefühl in den Extremitäten; Schwäche der Harnblase; Nystagmus; Ataxie oder Schwindel beim Gehen mit geschlossenen Augen; Parästhesien (z.B. Gefühl Körperteile sind zu groß oder dick).

Die klinische MS-Rubrik ist unwichtig. Das gilt speziell für MS⁴⁰, aber auch tendenziell für alle klinischen Rubriken⁴¹.

Die typischen Untersuchungsbefunde (Nystagmus, Lhermitte, Kleyn-Test, Reflexe) sind für Saine primär Verlaufsparemeter, aber keine zu reparatorisierenden Symptome.

Symptome zweiter Ordnung, welche die Auswertung der wichtigen fünf Symptome ergänzen können:

- Ständiger Heißhunger
- Verlangen nach Bananen (= ungewöhnlich, intensiv); evtl. Verlangen nach Süßigkeiten, Brot, Nudeln, kalten Getränken.
- Evtl. Verschlechterung durch Hitze bzw. warmen Raum. Hier war scheinbar für Saine unklar, ob dies typisch für die Patientin ist oder ob es sich um eine Nebenwirkung des Interferons handelt⁴².
- Besserung in Schnee(Luft) {dafür gibt es leider keine Rubrik }.
- Schlaf auf der rechten Seite.
- M. Raynaud {Vorsicht, unzuverlässige Rubrik}.

Wie in dem Artikel über Repertorisation (HK 3.13) von mir beschrieben, gibt es grundsätzlich (mindestens) drei verschiedene Strategien, wie man auf dem Weg

⁴⁰ Saine erzählt immer wieder von MS-Patienten, die bereits bei „großen und berühmten“ Homöopathen waren und von diesen erfolglos die klinischen Standardmittel (der MS-Rubrik) wie Alum., Arg-n., Con., Plb. erhalten hatten.

⁴¹ Das bezieht sich erstens auf die Unzuverlässigkeit dieser Rubriken in unseren Repertorien (man vergleiche mal *Synthesis*- oder *Complete*-Krebsrubriken mit meinem *Krebsrepertorium* - unter www.rolandmethner.de). Und zweitens ist für eine Hahnemann'sche Homöopathie die Individualität des Patienten wichtiger als der Krankheitsname.

⁴² Ein Studium der Medikamenten-Nebenwirkungen beantwortet meist rasch solch eine Frage. Ist ein „Nebenwirkungssymptom“ (z.B. auch durch Chemotherapie ausgelöst) zwar eher typisch für das Medikament, aber sehr genau beschrieben (= vollständiges Symptom) und/oder mit sehr hoher Intensität, kann es dennoch mit Vorteil für die Gesamtauswertung verwendet werden.

zwischen Anamnese und Mittelwahl vorgeht bzw. wie man mit dem Repertorium umgeht.

v Strategie 1

Die erste und schnellste Variante bei diesem Fall wäre, dass man ohne Repertorium und aus dem Kopf (also mit seinem eigenen Materia Medica-Wissen) schaut, welche Mittel am besten passen. Dabei käme man rasch auf **Sepia** (Anstrengung bessert, Sonne besser⁴³, 15.00 Uhr schlechter, warme Luft schlechter), **Phosphor** (Heißhunger, Verlangen kalte Getränke, nervöse und offene/liebvolle Patientin) und **Natrium muriaticum** (Beschwerden durch Kummer/Enttäuschung, Heißhunger, „zu verletzlich“, Hitze schlechter, Verlangen Brot). Da Natrium als wichtige Modalität (fast ein „must have“) eine Verschlechterung durch Sonne hat, bleibt einem die Entscheidung zwischen Sepia und Phosphor. Im Sinne des obigen Credo von Saine (wichtige Symptome des Patienten = hohe Charakteristik in der Materia Medica) deckt Sepia am besten („Anstrengung und Sonne besser“) und ist daher das optimale Mittel.

v Strategie 2

Eine „künstlerische Repertorisation“ der wichtigsten (in unserem Fall nun fünf) Symptome:

	Sep.	Con.	Rhus-t.	Nat-m.	Stram.	Sulph.	Ars.	Phos.
Total	21	15	19	17	10	10	8	14
Rubrics	11	10	9	9	8	8	8	7
Kingdoms	■	■	■	■	■	■	■	■
Traditional Miasms	■	■	■	■	■	■	■	■
Allgemeines; SONNE; amel. (19)		1	1		2			
Allgemeines; LICHT; amel.; Sonnenlicht (6)		1			1			
Allgemeines; WETTER; trübe; agg. (42)	2		3	1	1	1	1	
Gemüt; BESCHWERDEN durch; Wetter, bei trübem (7)								2
Allgemeines; ANSTRENGUNG, körperliche; amel. (40)	3		3	1				
Allgemeines; GEHEN; amel.; beim; schnell (20)	3		2	1			1	
Allgemeines; RENNEN; amel. (14)	3			1			1	
Kopfschmerzen; ALLGEMEIN; Anstrengung; amel. (9)	2							
Gemüt; BESCHWERDEN durch; Liebe, enttäuschte, unglückliche (40)	1	2		3	1	1		1
Gemüt; BESCHWERDEN durch; Kummer, Trauer, Sorge (88)	2	2	1	3	1	1	1	1
Allgemeines; NACHMITTAGS, 13 Uhr – 18 Uhr; agg.; 14 Uhr (18)							1	
Allgemeines; NACHMITTAGS, 13 Uhr – 18 Uhr; agg.; 15 Uhr (26)	1	1		1		1	1	
Schwindel; AUFSTEHEN, Aufrichten; beim; agg. (160)	1	1	3	3	1	1	1	3
Schwindel; AUFSTEHEN, Aufrichten; beim; agg.; Liegen, vom (83)	2	1	2	3	2	2	1	3
Schwindel; AUFSTEHEN, Aufrichten; beim; agg.; Sitzen, vom (66)	1	2	3		1	2		3
Schwindel; BEWEGEN des Kopfes; hinten, nach (1)		1						
Schwindel; DREHEN, beim; agg.; Bett, im (21)		3	1			1		1

⁴³ Diese wesentliche Information - ein Leitsymptom von Sepia - steht leider nicht im deutschen *Complete*, sondern wurde von Saine erst im Materia Medica-Studium im Rahmen des MMPP herausgearbeitet.

Repertorisation 1a = **Wichtigste 5 Symptome, aber noch nicht zusammengefasst**
 (Quelle: Mac Repertory 8.2, Repertorium: *Complete Millenium*).

Kommentar

Da im Repertorium die Materia Medica-Informationen ja in vielfacher Form über diverse Rubriken verteilt wurden, sollten diese Rubriken nun auch wieder „eingesammelt“ werden - und wenn es auch mehrere ähnliche Rubriken sind -, sonst bleibt die Erfassung relevanter Mittel oft unvollständig.

Um nun aber nebenbei zu zeigen, wie mangelhaft z.B. relevante Sepia-Informationen im deutschen *Complete*-Repertorium vertreten sind, hier nochmals die Auswertung, nun aber mit dem älteren (englischen) *Complete* (4.5) und inklusive diverser Nachträge von Saine:

	Sep.	Rhus-t.	Phos.	Sulph.	Ars.	Nat-m.	Con.	Puls.	Lach.	Staph.
Total	31	21	19	14	12	17	16	14	13	13
Rubrics	13	10	10	10	10	9	9	8	8	8
Kingdoms	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Traditional Miasms	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
GENERALITIES; SUN, from; exposure to; amel. (22)	4	1	2				1			
GENERALITIES; WEATHER; cloudy; agg. (46)	3	3	1	1	2	1		2	1	1
GENERALITIES; EXERTION, physical; amel. (66)	4	3			2	1				
GENERALITIES; WALKING; amel.; fast (23)	3	2			1	1				
GENERALITIES; RUNNING; amel. (15)	3				1	1				
HEAD PAIN; GENERAL; exertion of; body; amel. (9)	2									
MIND; AILMENTS from; love; disappointed, unhappy (41)	1		1	1		3	2		2	4
MIND; AILMENTS from; grief, sorrow, care (94)	2	1	3	1	1	3	2	2	3	3
GENERALITIES; AFTERNOON, one pm. – six pm.; agg.; two pm. (23)				3	1			1	1	1
GENERALITIES; AFTERNOON, one pm. – six pm.; agg.; three pm. (41)	4		1	1	1	1	1	1		1
VERTIGO; RISING; on; agg. (155)	1	3	3	1	1	3	1	2	2	1
VERTIGO; RISING; on; agg.; seat, from a (61)	1	3	3	2			2	3		1
VERTIGO; RISING; on; agg.; bed, from (83)	2	2	3	2	1	3	1	1	1	
VERTIGO; LYING; while; agg. (73)	1	2	1	1	1		3	2	2	1
VERTIGO; BENDING head, on; backwards; agg. (4)										
VERTIGO; TURNING; bed, in, on (23)		1	1	1			3		1	

Repertorisation 1b = Wichtigste fünf Symptome, noch nicht zusammengefasst; **incl. Saine-Nachträge** (Quelle: *Complete* 4.5 englisch).

Kommentar

Man sieht schon auf den ersten Blick viel deutlicher, wie sicher Sepia die ersten wesentlichen Symptome deckt. Gleichzeitig kommen Phosphor und Staphisagria mehr nach vorne.

Aber nach diesem Arbeitsschritt (Einsammeln diverser ähnlicher Rubriken) müssen nun noch die **ähnlichen Rubriken zusammengefasst** werden, sonst bleibt die Auswertung verzerrt.

	Sep.	Nat-m.	Calc.	Ars.	Rhus-t.	Bry.	Puls.	Con.	Lach.	Ant-t.	Nit-ac.	Sulph.	Iod.	Kali-c.	Bell.	Caust.	Phos.	Staph.
Total	10	9	7	5	10	8	8	7	7	5	5	5	4	4	8	6	6	6
Rubrics	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3
Kingdoms	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Traditional Miasms	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sonne >, trübes Wetter < (60)	2	1	1	1	3	1	2	1	1	1		1	1	1			2	
Anstrengung >/schnell Gehen >/Rennen > (56)	3	1	1	1	3					2	1		1	1		1		
Beschwerden Kummer/unglückl. Liebe (103)	2	3	2	1	1	3	2	2	3		1	1	1	1	2	3	1	4
14/15 Uhr < (41)	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1			3			1
Schwindel, Aufstehen </Drehen im Bett </Kopf zurück < (167)	2	3	2	1	3	3	3	3	2	1	2	2	1	1	3	2	3	1

Repertorisation 1c = **Wichtigste fünf Symptome, zusammengefasst** (Quelle: *Complete Millennium*).

Kommentar

Diese Auswertung ist nun die verdichtete und übersichtliche Arbeitsgrundlage für eine Differentialdiagnose der infrage kommenden Mittel (aufgrund der Materia Medica, aufgrund der Symptome zweiter Ordnung, aufgrund der Psyche, der Pathologie, Miasmen o.ä.). Sepia bleibt klar und sicher vorne, relevant sind v.a. Symptome eins und zwei, bei denen die hohe Wertigkeit von Sepia auch in der Materia Medica wiederzufinden ist.

v Strategie 3

Eine „**sichere Repertorisation**“ wäre das Einsammeln aller relevanten Symptome, danach die Zusammenfassung ähnlicher Rubriken, dann eine Hierarchisierung und zuletzt die Differentialdiagnose der ersten 10 Mittel. In unserem (relativ einfachen) Fall wäre Strategie 3 mit unverhältnismäßigem Aufwand verbunden, und es lassen sich problemlos und schneller Strategie 1 und 2 anwenden. Aber es geht mir ja um die grundsätzliche Demonstration der verschiedenen Wege - dieser Fall sollte ja sogar bewusst eher einfach sein, sonst würde eine Diskussion darüber den Rahmen dieses Artikels sprengen. Wäre also dieser Fall komplexer, wäre eine Differentialdiagnose aus dem Kopf nicht so leicht, wären nicht so mühelos wenige verlässliche Symptome für Strategie 2 zu finden - **dann** wäre auch Strategie 3 den anderen beiden überlegen.

	Phos.	Nat-m.	Sep.	Ars.	Sulph.	Calc.	Lyc.	Puls.
Total	45	42	41	39	39	36	37	38
Rubrics	22	22	22	22	22	21	20	19
Kingdoms	Blue	Blue	Red	Blue	Blue	Blue	Green	Green
Traditional Miasms	Light Blue							
Sonne >, trübes Wetter < (60)	2	1	2	1	1	1		2
GENERALITIES; SUN, from; exposure to; amel. (22)	2		4					
Anstrengung >/schnell Gehen >/Rennen > (56)		1	3	1		1		
Beschwerden Kummer/unglückl. Liebe (103)	1	3	2	1	1	2	1	2
14/15 Uhr < (41)		1	1	1	1	1		1
Schwindel, Aufstehen </Drehen im Bett </Kopf zurück < (167)	3	3	2	1	2	2	2	3
Heißhunger/Hunger bald n. Essen (262)	3	3	2	3	3	3	3	3
Schlaf; LAGE; Seite, auf der; allgemein; rechts (21)	3			2	1		2	
Allgemeines; SPEISEN und Getränke; Bananen; Verlangen (8)	1		1					
Allgemeines; SPEISEN und Getränke; Süßigkeiten; Verlangen (123)	2	1	2	3	3	2	3	2
Allgemeines; SPEISEN und Getränke; Brot; Verlangen (52)		2	1	2			1	2
Allgemeines; SPEISEN und Getränke; stärkehaltige Nahrung; Verlangen (17)	1	2			2			
Allgemeines; SPEISEN und Getränke; kalte; Getränke, Wasser; Verlangen (187)	3	2	2	3	1	2	2	1
Hitze </warme Räume < (200)	2	3	1	1	3	2	3	3
Gemüt; LIEBEVOLL, herzlich (45)	2	2		2			1	2
Gemüt; UNGEDULD (159)		2	3	2	3	2	2	2
Gemüt; GESELLSCHAFT, Gemeinschaft, Geselligkeit; Verlangen nach (121)	4	1	2	3	1	2	3	2
Raynaud/weiße Finger (40)			1	1	1	1		
Allgemeines; MONONUKLEOSE, Nachwirkungen von (2)								
Hals; ENTZÜNDUNG, Halsweh; rezidivierend, Tonsillen (37)	1	1	1		1	1	1	
Halsschmerzen, erstr. z. Ohr/b.Schlucken (82)		1			1	2	2	
Harndrang, plötzlich/häufig/vergeblich (280)	3	3	3	3	3	2	3	3
Ameisenlaufen Arme/Hände, links (134)	1	1	1	1	2	1	1	1
Taubheit/Schwere, Beine (369)	2	3	2	2	3	3	2	3
Gesicht; TAUBHEITSGEFÜHL, Empfindungslosigkeit (63)	1	1	1			1	1	1
Schwindel, b.Augenschließen/mit Übelkeit (170)	2	2	3	2	2	2	2	2
Augen; BEWEGUNG; allgemein; Pendel, wie ein, von einer Seite zur anderen (21)				2	1			1
Augen; ENTZÜNDUNG; Nervus opticus (27)	2			1				2
Extremitäten; ATAXIE (109)	2			1	2	2	1	
Allgemeines; SKLEROSE; multiple (53)	2	3	1		1	1	1	

Repertorisation 2 = 54 Symptome, bereits ähnlich zusammengefasst, bereits mit Hierarchie (Quelle: Complete Millennium und Complete 4.5 englisch)

Kommentar

Die Rubrik „Sun amel.“ wurde von mir ‚reingeschummelt‘, um die Differenzierung Nat-m. zu Sep. deutlich zu machen. Ansonsten besagt die (von mir vorgenommene) Hierarchie von oben nach unten: Zunächst die fünf wichtigsten Symptome, dann Symptome zweiter Ordnung, dann Gemütssymptome (hier nicht wahlanzeigend, sondern nur evtl. zur Differenzierung brauchbar). Anschließend Informationen der Vorgeschichte, am Schluss typische MS-Symptome bzw. klinische Symptome.

Aufgrund dieser Auswertung kommen primär Sep. und Phos. in Frage.

In *Mac Repertory* kann man (visuell sehr schön) die Auswertung auf bestimmte Mittel reduzieren, womit eine Differentialdiagnose leicht machbar ist:

	Total	Phos.	Sep.
	45	41	
	Rubrics 22	22	
	Kingdoms		
	Traditional Miasms		
Sonne >, trübes Wetter < (60)	2	2	
GENERALITIES; SUN, from; exposure to; amel. (22)	2	4	
Anstrengung >/schnell Gehen >/Rennen > (56)		3	
Beschwerden Kummer/unglückl. Liebe (103)	1	2	
14/15 Uhr < (41)		1	
Schwindel, Aufstehen </Drehen im Bett </Kopf zurück < (167)	3	2	
Heißhunger/Hunger bald n. Essen (262)	3	2	
Schlaf; LAGE; Seite, auf der; allgemein; rechts (21)	3		
Allgemeines; SPEISEN und Getränke; Bananen; Verlangen (8)	1	1	
Allgemeines; SPEISEN und Getränke; Süßigkeiten; Verlangen (123)	2	2	
Allgemeines; SPEISEN und Getränke; Brot; Verlangen (52)		1	
Allgemeines; SPEISEN und Getränke; stärkehaltige Nahrung; Verlangen (17)	1		
Allgemeines; SPEISEN und Getränke; kalte; Getränke, Wasser; Verlangen (187)	3	2	
Hitze </warme Räume < (200)	2	1	
Gemüt; LIEBEVOLL, herzlich (45)	2		
Gemüt; UNGEDULD (159)		3	
Gemüt; GESELLSCHAFT, Gemeinschaft, Geselligkeit; Verlangen nach (121)	4	2	
Raynaud/weiße Finger (40)		1	
Allgemeines; MONONUKLEOSE, Nachwirkungen von (2)			
Hals; ENTZÜNDUNG, Halsweh; rezidivierend, Tonsillen (37)	1	1	
Halsschmerzen, erstr. z. Ohr/b.Schlucken (82)			
Harndrang, plötzlich/häufig/vergeblich (280)	3	3	
Ameisenlaufen Arme/Hände, links (134)	1	1	
Taubheit/Schwere, Beine (369)	2	2	
Gesicht; TAUBHEITSGEFÜHL, Empfindungslosigkeit (63)	1	1	
Schwindel, b.Augenschließen/mit Übelkeit (170)	2	3	
Augen; BEWEGUNG; allgemein; Pendel, wie ein, von einer Seite zur anderen (21)			
Augen; ENTZÜNDUNG; Nervus opticus (27)	2		
Extremitäten; ATAXIE (109)	2		
Allgemeines; SKLEROSE; multiple (53)	2	1	

Repertorisation 3 = **Differentialdiagnose** der in Frage kommenden Mittel (Quelle: *Complete Millennium* und *Complete 4.5* englisch).

Pluspunkte für Sepia: Anstrengung besser, stärker Sonne besser, 14/15.00 Uhr schlechter, M. Raynaud.

Pluspunkte für Phosphor: Schlaflage, stärker Heißhunger, stärker Verlangen kalte Getränke.

Die Gemütssymptome und klinischen Informationen sind in diesem Fall⁴⁴ nicht relevant.

Verordnung

-> **Sepia C 200** (Dunham)⁴⁵, einmalig trocken.

Weiter im Fall

Follow-Up vom 11.6.99 (= 3 Wochen)

Erstverschlimmerung: In der Nacht nach der Mitteleinnahme bekam sie aus dem Schlaf heraus Schmerzen im Schienbein. Am nächsten Tag war dieser Schmerz im gesamten linken Bein und hielt dann zwei Tage an.

- > Der Schwindel war deutlich besser.
- > Fokussierungsschwierigkeiten und Anspannung im Kopf 85 % besser. Die Häufigkeit hat sich um 40 % gebessert.
- > Sie fühlt sich entspannter (25 %).
- > Sie kann die Hitze besser ertragen (15 %), fühlt sich weniger warm.
- > Lhermitte-Zeichen ist wesentlich weniger. Sie fühlte es nur zweimal in ihren Armen und gar nicht in ihren Händen. Es ist noch präsent im Rücken und den Hüften.
- > Schwäche des linken Armes und der linken Hand sind besser.
- > Energie ist wesentlich besser. Die Müdigkeit zwischen 14.00 und 15.00 Uhr ist besser...
- > Keine Kopfschmerzen.
- > Appetit ist normaler, weniger heißhungrig. Weniger Verlangen Bananen.
- > Psyche besser, bessere Stimmung, fühlt sich glücklicher.
- => Nystagmus ist nur im rechten Auge auslösbar.
- > Gleichgewicht ist besser.
- = Kribbeln und Ameisenlaufen linker Arm.

Beurteilung

Sehr gute Wirkung, also hohe Ähnlichkeit. Nun Wiederholung, denn der beste Zeitpunkt zur Wiederholung des Mittels ist die stabile Phase, die Plateauphase⁴⁶.

Verordnung 2

-> **Sepia C 200** (Dunham)

Follow-Up vom 22.7.99 (= 5 Wochen)

- > Es ging ihr deutlich besser.

⁴⁴ Ich betone das deshalb, weil das nicht schematisch für jeden Fall gilt. Weiterhin ist ein Vorteil einer „Gesamtrepertorisation“, dass man diese sekundären Informationen bei Bedarf - z.B., wenn das gewählte erste Mittel nichts bringt - hervorholen kann, weil sie evtl. später doch eine Rolle spielen.

⁴⁵ Siehe dazu HK 3.10 über Caroll Dunham.

⁴⁶ Im Gegensatz zu Kent-geprägten Homöopathen empfiehlt Saine bei schweren Pathologien, das Mittel nicht erst bei Zeichen eines Rückfalles, sondern bereits vorher zu wiederholen. Diese Methode ist sehr sinnvoll und praxistauglich, denn bei Krebs, MS, Epilepsie, Rheuma u.ä. schadet jeder Schub bzw. Rückfall und erschwert die weitere Behandlung.

- > Sie kann die Hitze wesentlich besser ertragen (80 %).
- > Lhermitte-Zeichen ist 60-80 % weniger und nur bei Stress vorhanden.
- > Blase ist nun normal.
- > Energie ist sehr gut. Müdigkeit 14-15.00 Uhr tritt nur etwa einmal wöchentlich auf.
- > Kein Verlangen Bananen mehr.
- > Nystagmus und Gleichgewicht ist 60 % besser.
- > Kribbeln und Ameisenlaufen im linken Arm ist 50-60 % besser.
- > Der Schwindel ist 60-70 % besser.

In den letzten 1-2 Wochen sieht sie ein Schild über ihrem rechten Auge begleitet einem verspannten Gefühl.

Beurteilung

Ein altes Symptom (Auge) tritt auf. Gut für die Prognose, wenn es nur kurz auftritt; schlecht, wenn es konstant besteht, dann ist es ein Zeichen eines Rückfalls und Notwendigkeit, das Mittel zu wiederholen. Falls die Wirkung der zweiten Gabe deutlich kürzer und/oder schwächer ausgefallen wäre, würde das für eine geringe Ähnlichkeit sprechen.

Verordnung 3

-> **Sepia C 200** (Dunham) und in drei Wochen die nächste Einnahme. Termin in 6 Wochen.

Follow-Up vom 1.9.99 (= 5,5 Wochen)

- Sie hatte das Mittel nur einmal genommen, obwohl sie nach der Einnahme aktiver war und mehr Energie bei ihrer Arbeit hatte; sie arbeitet derzeit 8-10 Stunden täglich.
- < Die letzten 4-5 Wochen ging sie nicht zu ihrer Gymnastik, da sie müder war und mehr Schwere in ihrer linken Körperhälfte verspürte. Ihre Energie ist nun runter auf 1-2 (auf einer Skala von 10). Ihre 14-15.00-Uhr-Verschlechterung ist wieder da.
 - < Ihr Heißhunger ist zu 60 % wieder da in den letzten drei Wochen.
 - < Die letzten 10 Tage hatte sie Übelkeit und Schmerzen in Armen, Beinen und Händen.
 - < Seit vier Tagen hat sie ein Brennen in der rechten Nase und im Kopf.
 - < Lhermitte-Zeichen ist 20 % schlechter.
 - < Taubheit im Körper, wenn sie nachts ruhig liegt.
 - < Die Empfindung von einem Schild verschwand, ist aber nun auch wieder da.
 - < Nystagmus ist 15 % schlechter.
 - > Ihr Gleichgewicht hat sich weiter verbessert auf 70 %.
 - > Kribbeln und Ameisenlaufen im linken Arm sind nach der letzten Einnahme des Mittels verschwunden.
- = Schwindel beim Liegen ist nicht weiter besser geworden.

Beurteilung

Rückfall nach mehrwöchiger guter Wirkung. Grund ist vermutlich die schlechte Zusammenarbeit (Anweisungen nicht befolgt; ungesunde Lebensführung = mehr Stress bei der Arbeit, weniger Entspannung).

Verordnung

-> Weniger arbeiten, mehr Ruhe; das Mittel alle zwei Wochen nehmen; Termin in fünf Wochen.

Follow-Up vom 6.10.99 (= 4,5 Wochen)

- > Ihr ging es deutlich besser. Die Schwere der linken Seite verschwand nach der zweiten Einnahme (15.Sept.).
- > Sie hat mehr Motivation. Ihre Energie ist wieder auf 9 (von 10).
- > Der Appetit ist wieder normal.
- > Übelkeit ist weg.
- > Lhermitte-Zeichen ist wieder besser und nun wieder bei 60 % Besserung.
- > Taubheit ist weg.
- > Das Gefühl eines Schildes über den Augen ist etwas besser.
- > Nystagmus wurde wieder besser und ist nun rechts 50 % besser, links nicht mehr auslösbar.
- > Schwindel und Gleichgewicht sind 60 % besser.
- Sie hatte vor einigen Tagen nach einem Wetterwechsel Halsschmerzen und verstopfte Nase und Ohren.
- In den letzten zwei Wochen M. Raynaud, schlechter in kaltem Wetter, Schnee und durch kalte Getränke.

Beurteilung

Gutes Zeichen, dass durch die Wiederholung des Mittels die meisten Symptome wieder besser wurden!

Verordnung

-> Wiederholung bei Bedarf oder regelmäßig alle zwei Wochen.

Zusammenfassung des Verlaufes bis 5.9.2001 (= 2 Jahre)

Sie nahm weiter die **C 200** Dunham bis Januar 2000 (= ca. 3 Monate).

Dann entwickelte sie eine akute Halsentzündung und bei anderer Gelegenheit einen akuten MS-Schub. Beide Male nahm sie die **C 200** Dunham (dann aber 3 Mal in 24 Stunden), was jedes Mal schnell besserte {gutes Zeichen!}.

Von Januar bis Juni 2000 nahm sie dann die **M** und ihre Symptome besserten sich weiter. Dann nahm sie die **XM** bis Januar 2001 und wechselte dann auf die **LM**.

Am 5. März 2001 entwickelte sie einen akuten MS-Schub nach zu wenig Schlaf. Sie wiederholte das Mittel in der **LM** und erholte sich schnell wieder {nach wie vor hohe Ähnlichkeit von Sepia sichtbar!}.

Im Mai 2001 hatte sie eine linksseitige Sehnerventzündung, als ich vorübergehend nicht in der Praxis war. Sie wiederholte das Mittel (**LM**) und es besserte sich, aber sie machte sich dann Sorgen und folgte daher der Empfehlung ihres Neurologen, täglich 10 mg Cortison zu nehmen, was sie dann zwei Wochen lang tat. Ich sprach mit ihr am 28. Mai. Da erzählte sie mir, dass sie eine Woche vor dem Schub einen gewaltigen Ärger hatte, aber sie weigerte sich, mir Details zu erzählen. Zu dem Zeitpunkt hatte das Cortison höchstens 50 % gebessert. Ich empfahl ihr eine Doppeldosis der **LM** bei Bedarf und sagte ihr, dass sie sehr schnell darauf reagieren müsse und falls nicht, mich kontaktieren solle. Sie reagierte sofort auf das Mittel mit einer Besserung. Sie nahm die Doppeldosis der **LM** bei Bedarf bis 5. September und wechselte dann auf die **CM**.

Follow-Up vom 19.10.2001 (= 6 Wochen)

Sie nahm die CM am 5.9. und 26.9.

< Schwindel, Übelkeit und Erbrechen seit 10 Tagen, nachdem sie den Kopf beim Schwimmen hin und her bewegt hatte. Damit einhergehend das Gefühl, als ob Gegenstände sich auf und nieder bewegen. Schlechter beim Autofahren (3) und schneller Kopfbewegung.

< Seit 1-2 Wochen ist sie schwächer und müder. Gegen Abend wird sie schon müde, macht dann ein kurzes Schläfchen von 20-30 Minuten und fühlt sich danach deutlich besser.

< Sie ist reizbarer.

Beurteilung

Ungewöhnlicherweise reagiert sie nun auf die CM nicht mehr. Das kann bedeuten, dass sie zu viel Stress hat oder dass nun ein anderes Mittel nötig ist. Dies liegt v.a. dann nahe, wenn sich neue Symptome entwickeln, die nicht typisch für Sepia sind. Somit deutet sich ein Mittelwechsel auf ein möglicherweise besseres, zumindest aber aktuell passenderes Mittel an. Schaut man auf die Ursprungs-Repertorisation (DD Sep. und Phos.) bzw. auf die neue Repertorisation mit den neuen Symptomen, zeigt sich in beiden deutlich Phosphor als neues Mittel.

	Phos.	Calc.	Nux-v.	Sulph.	Cocc.	Con.	Sep.
Total	15	13	13	12	11	11	11
Rubrics	7	7	6	6	6	6	6
Kingdoms	Phos.	Calc.	Nux-v.	Sulph.	Cocc.	Con.	Sep.
Traditional Miasms	Phos.	Calc.	Nux-v.	Sulph.	Cocc.	Con.	Sep.
Schwindel, mit Übelkeit/Erbrechen (169)	2	2	2	2	3	2	2
Schwindel, d. Kopfbewegung/plötzliche < (67)	2	3		1	1	3	1
Sehen, Alles/Gegenstände bewegen sich vor d. Augen (61)	3	2	2	2	1	2	2
Schwindel; FAHREN, Reiten; während; Wagen oder Bahn, in; agg. (13)		1			2		
Allgemeines; FAHREN; agg.; beim (76)	1	1		2	3	2	3
Allgemeines; SCHLAF; amel.; nach (82)	3	1	2		1	1	2
Schlaf, kurzer erquickt/bessert (27)			2				
GENERALITIES; SLEEP; amel.; after; afternoon sleep, siesta (16)	1		2	2			1
Sepia succus, officinalis, Cuttle Fish, Cephalopoda, trituration of dried liquid ...(31)	3	3	3	3		1	

Repertorisation 4 = **16 neue Symptome/Rubriken zu 9 Rubriken zusammengefasst**
(Quelle: *Complete Millennium* und *Complete 4.5* englisch).

Kommentar

Die letzte abgeschnittene Rubrik „Sepia succus...“ bedeutet: Komplementärmittel⁴⁷ von Sepia. Mit der englischen Rubrik „Sleep amel...“ (und dem Saine-Nachtrag Phos.) mache ich eine notwendige Korrektur der unvollständigen Rubrik „Schlaf, kurzer Schlaf bessert“ sichtbar.

⁴⁷ Das Folgemittel muss für Saine nicht zwingend immer ein Komplementärmittel sein. Wichtiger ist die Ähnlichkeit des Mittels.

Verordnung

-> Phosphor C 200, zweimal in drei Wochen.

Follow-Up vom 5.12.2001 (= 6 Wochen)

- > Übelkeit und Schwindel verschwanden schnell und blieben auch weg.
- > Ihr Sehen besserte sich deutlich mit diesem Mittel.
- > Nystagmus ist besser, aber sie sieht in den letzten vier Wochen einen Blitz, wenn sie den Kopf nach rechts dreht. In den letzten zwei Wochen wird das Sehen mit ihrem rechten Auge verschwommen, wenn sie nach unten schaut oder wenn sie auf dem Rücken liegt.
- > Energie besser (von 4 auf 6,5).
- > Schläft länger, braucht keinen kurzen Schlaf mehr.
- > Lhermitte-Zeichen deutlich besser, nur noch selten und mild.

Beurteilung

Gute Reaktion. Die Blitze und Sehprobleme sind noch im Rahmen von Phosphor:

	Caust.	Glou.	Kali-c.	Nat-m.	Nux-v.	Puls.	Bell.	Cycl.	Phos.	Phys.	Sant.	Sil.	Dig.	Ozone	Sec.	Sep.
Total	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2
Rubrics	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Kingdoms	Blue	Blue	Blue	Blue	Green	Green	Green	Green	Blue	Green	Green	Blue	Green	Blue	Green	Red
Traditional Miasms	Light Blue	White	Yellow	Light Blue	Light Blue	Light Green	Light Blue	Light Blue	Light Blue							
Sehen; BLITZE (32)	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1
Sehen; VERWISCHT (125)	2	2	2	3	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1

Repertorisation 5 = Sehprobleme weist auf Phos. hin (Quelle: *Complete Millennium*).

Verordnung

-> Wiederholung bei Bedarf oder alle drei Wochen.

Follow-Up vom 18.2.2002 (= 2 Monate)

Sie hatte das Mittel nicht wiederholt.

- > „Alles ist perfekt, ich habe keine Beschwerden“
- > Energie noch besser (von 6,5 auf 7-8).
- > Nystagmus nur noch leicht links.

Schwere der Beine und Füße nach 35 Minuten Laufband-Laufen.

Sie hatte vergessen zu erzählen, dass sie seit zwei Jahren das Gefühl hat, ihr linkes Bein sei nicht vorhanden.

Beurteilung

Weitere Besserung. Zusammenarbeit noch nicht gut (hält sich nicht an Anweisungen).

Verordnung

-> Wiederholung des Mittels alle drei Wochen. Termin in 6 Wochen.

Follow-Up vom 5.4.2002 (= 6 Wochen)

- > Schwere der Beine und Füße 50 % besser.
- > Nystagmus noch leicht da, aber jetzt, wenn sie nach rechts schaut.
- > Missempfindung des linken Beines (sei nicht da) seit vier Wochen weg.
- > Stimmung jedes Mal nach Einnahme besser.

Zusammenfassung bis 20.9.2002 (= 5 Monate)

> Ihr ging es bis Ende Mai sehr gut. Dann wurde sie reizbar, nachdem sie (wieder) mit ihrer Gymnastik aufhörte.

Am 3. Juni bekam sie Schmerzen in ihrer linken Augenhöhle, die sich zur linken Schläfe und zum Hinterkopf erstreckten (= Neuritis). Der Schmerz war schlimmer durch schnelles nach oben oder unten Sehen. Sie hatte den gleichen Schmerz im Mai vor einem Jahr, damals war er aber von einer Sehschwäche des linken Auges begleitet, die später als Sehnerventzündung diagnostiziert wurde.

Beurteilung

Nach wie vor gute Wirkung von Phos., eine Kontrolle der aktuellen Neuritis-Symptome zeigt noch Phos. an:

	Ars.	Phos.	Bry.	Carb-v.	Chel.	Sulph.	Bar-c.	Rhus-t.	Apis	Nat-m.
Total	6	6	5	5	5	5	4	4	5	5
Rubrics	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3
Kingdoms	Blue	Blue	Green	Blue	Green	Blue	Blue	Green	Red	Blue
Traditional Miasms	Light Blue									
Augen; ENTZÜNDUNG; Nervus opticus (27)	1	2	1					1	2	
Augen; SCHMERZEN; Allgemein; links (85)	2	1	1	1	1	2			1	
Augen; SCHMERZEN; Allgemein; erstreckt sich; außen, nach (94)	1	1	1	1		1	1	1		1
Augen; SCHMERZEN; Allgemein; erstreckt sich; Hinterkopf, in den (27)			2					1		
Augen; SCHMERZEN; Allgemein; erstreckt sich; Schläfen, in die (7)					1		1			
Augen; SCHMERZEN; Allgemein; Sehen, beim (43)	1	2		1	1	1	1	1	2	3
Augen; SCHMERZEN; Allgemein; Sehen, beim; oben, nach (12)	1			2	2	1	1			
Augen; SCHMERZEN; Allgemein; Sehen, beim; unten, nach; agg. (2)										1

Repertorisation 6 = Neuritis weist auf Phos. hin (Quelle: *Complete Millennium*).

Verordnung

-> Wiederholung von Phos. bei Bedarf.

Zusammenfassung weiterer Verlauf

> Sie wiederholte das Mittel am 12. Juni 2002 {sie hatte es vorher vergessen regelmäßig einzunehmen} und die Augenschmerzen verschwanden vollständig innerhalb von drei Tagen. Sie fühlt sich seitdem gut und ist bis jetzt {Nov. 2002} ohne Symptome.

> Überraschenderweise konnte sie letzten Sommer die Sonne und Hitze ohne Probleme ertragen, und dass trotz eines sehr heißen Sommers.

Beurteilung

Sehr gute und konstante Besserung. Gutes Zeichen ist auch die Abschwächung von Überempfindlichkeiten - hier gegen Hitze. Nach wie vor bestehen Probleme in der Zusammenarbeit⁴⁸.

Weitere Prognose: Wenn sie noch 1-2 Jahre homöopathisch behandelt wird und mitarbeitet, wird sie vermutlich völlig beschwerdefrei werden.

Abschließende Bemerkung von Roland Methner

Die Erkrankung MS eignet sich hervorragend, um die fast unglaublichen Möglichkeiten guter Homöopathie zu beschreiben. Für die Schulmedizin ist diese Erkrankung **unheilbar** und Spontanheilungen kommen fast nicht vor. Für sehr gute Homöopathen (wie Saine) lässt sie sich in etwa **zwei Drittel der Fälle** deutlich bessern, oder sogar heilen (= nach 1-3 Jahren fast keine Beschwerden mehr vorhanden). Saine`s Erfahrung (bereits vor 10 Jahren hatte er über 300 MS-Fälle): Jedes Stadium der MS ist behandelbar; selbst bei Schädigung des Nervensystems ist noch eine Besserung möglich und Homöopathie plus gesunder Lebensführung ist in vielen Fällen in der Lage, den Autoimmunprozess bzw. die chronisch rezidivierende Entzündung ohne jegliche Schulmedizin zum Stoppen zu bringen.⁴⁹

Dr. André Saine
1173 Boul. du Mont-Royal
Outremont (Quebec) H2V 2H6
Kanada
chh@videotron.ca

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

⁴⁸ Diese Schwierigkeit besteht bei vielen Patienten mit schweren Pathologien, aber ganz besonders häufig bei MS-Patienten.

⁴⁹ Siehe seinen Artikel: 'Homeopathic Treatment of the Multiple Sclerosis Patient' unter www.homeopathy.ca