

Das Problem Repertorium und mögliche Lösungen

R.Methner - Artikel in der 'Homöopathie Konkret' 3/2013

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-Repertorisation beschleunigt und heute ist die Verwendung eines Repertorisations-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 ihrem Synthesis, produziert von F.Schroyens) und Mac Repertory (mit ihrem Complete Repertory bzw. 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 Kapitel

² Ich konzentriere mich auf diese beiden Repertorien, da sie geschätzte 70-80% der in Europa verwendeten Repertorien ausmachen. Ich bezweifle auch, das andere Computerfirmen bzw. Repertoriumsmacher 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.

'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, indem man z.B. alle Mittel von Unterrubriken in höherstehenden Oberrubriken ergänzt hat. 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 420. Es ist bedauerlich, dass sowohl das Complete, als auch das Synthesis dadurch ihre Datenmenge vervielfacht und gleichzeitig damit ihre Brauchbarkeit verringert haben⁵.

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-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 den zwei *Materia medica* Projekten von Saine und Gypser (siehe HK 1/2012, Wie lerne ich *Materia medica*).

6) Die zigtausenden Ergänzungen **modernen Autoren** (inklusive deren oft zweifelhafte 'Arzneimittelprüfungen') werden nicht kritisch geprüft. Es traut sich z.B. keiner der Repertoriumsmacher eine 'Positivliste' verlässlicher Autoren anzulegen, vermutlich aus Angst irgendwelche 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 Artikel veröffentlicht oder Seminare gibt als zuverlässig angesehen, was leider ein Irrtum ist⁶. Wer 'bekannt' ist, ist damit noch nicht automatisch zuverlässig⁷.

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

⁵ Aus diesem Grund arbeite ich in der Praxis meist mit einer älteren Completeversion, welche noch nicht so aufgebläht ist.

⁶ Das Thema Betrug, Täuschung und Fälschung wird in der Homöopathieszene weitgehend verdrängt und abgespalten. Es gibt noch nicht einmal eine Kontrollinstanz, welche

Zu Problem 1): Aufgeblähte Zahl von neuen Rubriken

Beispiel: Die Rubriken von 'Ekzem'

Ekzeme bzw. Neurodermitis treten häufig auf, die typische Symptomatik kennen viele, somit sollte es leicht fallen, 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.t11

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

Ekzem-Beispiel 3:

Haut - Hautausschläge - Ekzem - abschilfernd

ars.mtf11 bac.j12 streptoc.j12

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.

⁷ 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.

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; HAUTAUSSCHLÄGE; 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.*, *bufo*KentC, *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, *fol*.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*.VklL, *lyc*.BngC, *mag-c.*, *manc.*, *medus*.CrkCt, *merc*.BngC, *merc-c*.BngC, **Mez.**, *mosch.*, *musa*VklL, *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.*, *ruta*Mezg, *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-r*.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; HAUTAUSSCHLÄGE; 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, *atista*CCRHf, *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.*, *lappa*HalH, *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 Rubrik 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.j12

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.br01 skook.c1 *Thuj*.t11 vac.j12

CR: Allgemeines; IMPFUNG; nach (41) : acon.CrkCt, *ant-t*.BngC, *apis*GrnC, *ars.*, *bac*.BurC, *bapt*.GrnC, *bcg*JuIB, *bell*.CrkCt, *bufo*Schm, *carc*.FoubP, *crot-h*.Brk, *diph*.GrnC, *echi.*, *graph*.CrkCt, *gunp*.AnsR, *hep.*, *kali-chl.*, *lac-v*.CrkCt, *lepro*.VklL, **Maland.**, *med*.Schm, *merc*.BngC, *merc-cy*.GrnC, **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, das 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 sinnvoll⁸.

Ekzem-Beispiele 19:

Haut - Hautausschläge - Ekzem - juckend

ars.mtf11 cygn-ol.size3 ins.br1 led.t11 mez.t11 rhus-t.t11 staph.mtf33 *Tub*.j12

Kommentar: Diese Rubrik ist wieder völlig sinnlos, da die meisten Ekzeme jucken. Es ist typisch und normal, das 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.

⁸ Beim Nachdenken über das Thema 'Causa' sollte einem klar werden, das 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.

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

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 Rubriken⁹ offensichtlich erfolgt. Vermutlich wird ein Computerprogramm gefragt: "Kennst du die Kombination 'Ekzem' und 'Kleinkinder'?" und es antwortet 'Nein'. Also legen die Repertoriumsmacher 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!

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,

⁹ Ich bin keinesfalls gegen das Neuanlegen von neuen Rubriken. Im Gegenteil, sie können sehr gut hilfreiche und differenzierende Informationen der Mittel darstellen. Sie sollten aber das *Charakteristische* eines Mittels herausheben und nicht belanglose oder sinnlose Informationen enthalten.

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, hippez.85, hydr.54, hydrc.1058, hyos.5, ign.5, **Iod.**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; LUNGTUBERKULOSE (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, *2elaps*, 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, hippez., 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.*, *2lach.*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.*, naphin.72, nat-ar., nat-c.5, *2nat-cac.*102, *2nat-m.*, nat-p.1058, *nat-s.*8, *nat-sel.*102, *2nit-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	Blue	Blue	Green	Blue	Green	Blue	Blue	Blue	Green	Blue	Brown	Blue	Green	Green	Blue	Blue	Blue	Red	Red	Blue	Red	Brown
Traditional Miasms	Light Blue																					
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	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3

Ist es bei Mitteln wie Jod. 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) 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, **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 wahrhaft verlässlichen Materia medica, in Hahnemanns 'Reiner Arzneimittellehre'¹⁰ unter Staphisagria. Dort finden wir im Kapitel 'Extremitäten' 27 Textstellen, welche eine deutliche *Verschlechterung durch Bewegung bzw. Gehen*

¹⁰ Heute ja sehr schön beim Haug-Verlag (bitte nur diese Ausgabe und nicht die eines Billig-Verlages verwenden) als dreibändige Gesamtausgabe mit den 'Chronischen Krankheiten' zusammen erhältlich.

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.
- 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 verschiedenen 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 schmerzhaft, 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 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 sind¹¹, wie vermeide ich Fehler bei der Repertorisation? Gibt es spezielle Tricks oder Techniken?

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

¹¹ 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.

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 Boericke¹²) auswendig¹³ 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 Schwierigkeiten¹⁴ scheitert. Zudem bewegt man sich mit der Beschränkung auf die *Materia medica* natürlich in einem durch das Gedächtnis begrenzten Pool von Mitteln¹⁵.

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 Helis 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

¹² 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.

¹³ 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. Auch Vithoukas *Materia medica*-Kenntnis beruhte die ersten zig Jahre primär auf Boericke.

¹⁴ In Europa finanzieren i.d.R. nicht die Eltern das Homöopathiestudium, 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.

¹⁵ 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.

Informationen, welche von Schroyens oder Zandvoort¹⁶ 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* Autoren bzw. Kent gekennzeichnet sind), sind meist verlässlicher¹⁷.

- 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 Autoren¹⁸.

- Besteht ein 'gesunde' **Autoren-Mix**? Rubriken, welche z.B. nur zwei oder drei verschiedene Autoren enthalten zeigen, das 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.

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, das sehr kleine und sehr große Rubriken oft gefährlich sind. Die sehr kleinen, weil sie unvollständig sind¹⁹, 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 Repertorisation vieler Rubriken - wie ich sie weiter unten noch beschreibe - kann man ruhig alle Rubrikengrößen verwenden.

¹⁶ 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.

¹⁷ Das heißt weder, das Kents Repertorium keine Fehler enthält, noch das man keine Nachträge machen oder verwenden sollte. Es heißt auch nicht, das man das auf alle Rubriken des kent-Repertoriums beziehen kann. Allerdings gibt es aus verschiedenen Gründen einen **graduellen** Unterschied zwischen 'alten' und 'modernen' Rubriken.

¹⁸ 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 runterladen.

¹⁹ 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 von 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..).

c) Als Auswahlkriterium bei der Auswertung wird die Summe der **Rubriken** gewählt²⁰, da die Wertigkeiten im Repertorium derzeit²¹ noch relativ willkürlich gewählt und oft falsch sind.

e) Abschließend werden mindestens die **ersten 12 Mittel** ²² analysiert und differenziert und in zuverlässigen **Materia medicae** kontrolliert!

Lösung 3: Eine 'künstlerische' Repertorisation

Hat man die Grundregeln einer intelligenten Repertorisation 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, das v.a. *radikale Repertorisation-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 Repertorisation eingehalten werden (d.h. z.B. dass mehrere 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 Tjados 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

²⁰ Von "Analysestrategien" oder gar von "Experten-Programmen" (welche eine unbekanntere 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.

²¹ Nach der Arbeit des Saine-Materia medica-Projektes werden sehr viele Rubriken neue Wertigkeiten der Mittel haben. Einwertige Mittel werden dann nur noch den unsicheren Bodensatz darstellen; dieser könnte allerdings durch Nachprüfungen oder Kasuistiken verifiziert werden. Lediglich die zwei, drei und vierwertige Mittel dagegen werden dann tendenziell sichere Informationen sein. Bis das Projekt fertig gestellt ist, sollte man die Wertigkeiten dagegen noch sehr kritisch betrachten.

²² Dabei achtet man auch besonders auf kleinere bzw. einem unbekanntere Mittel, welche ungewöhnlicherweise weit in der Repertorisation nach vorne rücken. Diese verdienen genau in der Materia medica studiert zu werden.

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 ist²³. 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 Saine²⁴ und sie bewährt sich v.a. bei schwierigen oder komplexen Fällen. Die Vorgehensweise ist folgende:

a) Ich repertorisiere **alle** (!) möglichen Symptome eines Falles, in allen verschiedenen Rubriken-Variationen, somit also oft 50, 60 und mehr Rubriken! Das ist kein Scherz und das sind auch keine "Rubrikenfriedhöfe" (Heli in der HK 3/210) sondern das ist dringende Notwendigkeit, wie ich gleich noch erläutere. Ich decke also die Totalität des Falles - noch ohne Hierarchisierung - in **vielen** Reperoriumsrubriken ab. Ich repertorisiere alle brauchbaren aktuellen Symptome, alle historischen Symptome, Pathologien, Gemütssymptome, objektive Symptome. Ich muss mich hier - anders als bei der künstlerischen Repertorisation - nicht strikt an die Vorgaben einer intelligenten Repertorisation halten. Im Gegenteil, es geht hier in diesem ersten Arbeitsschritt darum die Schwächen aufgeblähter Repertorien auszugleichen, indem man die Informationen gerade in möglichst *vielen* ähnlichen Stellen im Repertorium sucht. Vielleicht muss man das irgendwann, wenn es gute Repertorien gibt, nicht mehr tun, aber mit den jetzigen Synthesis und Complete empfehle ich es dringend so zu tun.

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

c) Anschließend macht man mit der Liste der Symptome eine **Hierarchie**, indem man in seiner Auswertung die wichtigsten Symptome nach oben schiebt und weniger

²³ 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.

²⁴ Tatsächlich ist es so, dass 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 Repertorisationstechnik ist *ein* Teil der Antwort.

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 Mittel²⁵. 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 abschließenden 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 auch²⁶ (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 mehr²⁷. Selbst nach zig Jahren Praxis²⁸. Habe ich leichte, klare Fälle vor

²⁵ Es gibt bei Mac Repertory (derzeit nur dort) eine elegante Funktion das sichtbar zu machen. Man klickt im Auswertungsfenster links unten auf das hellblaue Symbol und wählt "Individual Remedies" und wählt diejenigen Mittel, welche man differenzieren möchte. Nun zeigt das Auswertungsfenster nur noch diese an und sie lassen sich leichter differenzieren.

²⁶ Eigentlich ist es so, das NUR die Materia medica entscheidet, das z.B. eine starke Intensität eines Symptoms in der **gleichen** Intensität auch in der Matria 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).

²⁷ Es ist klar, das 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.

²⁸ 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, das er die schwersten Fälle hat; →

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, das ich die wesentlichen Informationen (durch unvollständige Rubriken) leichter verpasse, wenn ich *nicht* so arbeite.

Zweitens braucht dieser Arbeits- und Entscheidungsprozess (Rubriken suchen, Ähnliche zusammen fassen, 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 untersuchen²⁹. Und ich muss diese Arbeit (= weitere Rubriken suchen) nun nicht extra und zusätzlich tun, die große Auswertung liegt bereits vor und kann elegant verwendet werden³⁰.

In der nächsten HK werde ich anhand eines chronischen Falles die Anwendung dieser Strategien erläutern.

Roland Methner
Via Nosetto 6b
6987 Caslano
romethner@icloud.com
www.rolandmethner.ch

zudem nicht selten Patienten, welche von anderen Homöopathen bisher erfolglos behandelt wurden, das erfordert nochmals seine eigene Genauigkeit und Sorgfalt.

²⁹ Immer natürlich in dem Bewusstsein, das eine Repertoriumsrubrik alleine nicht die letzte Weisheit in dieser Differentialdiagnose bietet.

³⁰ In Mac Repertory - und derzeit (noch?) nicht in Radar - gibt es die schöne Funktion, das 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.