

Newsletter 3: Wissenschaft und Paradigmen

In unserem zweiten Newsletter („2. Paradigmen und Irrtümer in der Homöopathie“) haben wir gezeigt, dass sich einige voreingenommene Vorstellungen, die in Fachkreisen als Standard (paradigmatisch) gelten, nach der Auswertung größerer Fallsammlungen als falsch erweisen können. Wir haben drei irrtümliche Paradigmen im Umgang mit homöopathischen Symptomen erörtert. 1. Obligatorische Symptome basieren oft auf persönlicher Erfahrung, doch verschiedene Gruppen von Praktikern haben unterschiedliche obligatorische Symptome. 2. Surrogat-Symptome und 3. Keynote-Verschreibungen. Surrogat-Symptome und Keynote-Verschreibungen werden aufgrund einer strukturellen Verzerrung des Repertoriums verwendet: Repertoriumseinträge basieren auf dem absoluten Auftreten statt auf der Prävalenz. Dies macht es unmöglich, eine Verschreibung auf eine Kombination häufiger Symptome zu stützen, da die entsprechenden Repertoriumrubriken höchst irreführend sind.

Paradigmen werden per Definition von den Mitgliedern einer Berufsgruppe nicht hinterfragt. Nach Popper kann eine wissenschaftliche Hypothese (ebenso wie Paradigmen) nicht bewiesen, sondern nur widerlegt werden. Die bekannteste Veranschaulichung dieses Prinzips ist der Ausspruch: „Die Hypothese, dass alle Schwäne weiß sind, wird durch die Beobachtung des ersten Schwans, der nicht weiß ist, widerlegt.“

Referenz: Popper K. Logik der Forschung, 1934.

Mit anderen Worten: Das Erkennen fehlerhafter Paradigmen erfordert eine kritische Bewertung der Forschung und die Suche nach unabhängigen Daten, die unsere bestehenden Vorstellungen nicht bestätigen. Solche Daten könnten Verzerrungen aufdecken und dazu beitragen, diese zu erklären und zu verringern.

Referenz: Rutten L, Eizayaga JE. Science in medical practice: probability and clinical judgement instead of surrogate certainty. Homeopathy. IM DRUCK.

Gerade weil in der Homöopathie bereits so viel Wissen verfügbar ist, müssen wir falsche Paradigmen erkennen und korrigieren. Dies liegt in der Verantwortung sowohl der Wissenschaftler als auch der Praktiker. Die Wissenschaftler sollten über Kenntnisse und Erfahrungen in der Homöopathie verfügen, um Verzerrungen erkennen und angemessenes Feedback geben zu können. Die Praktiker sollten über ausreichende wissenschaftliche Kenntnisse verfügen, um das Risiko von Verzerrungen zu verstehen.

Referenz: Kuhn TS. Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Suhrkamp 1973

* Das Team des Bayesian Homeopathic Repertory (BHR). Leitung: José E. Eizayaga (Argentinien) und Lex Rutten (Niederlande). Mit Beiträgen von Munmun Koley (Indien), Raj K. Manchanda (Indien), Anjali Miglani (Indien), Subhranil Saha (Indien) und Rainer Schäferkordt (Deutschland).



Eine offene Haltung ist unerlässlich, um Irrtümer zu erkennen. Manchmal bedarf es einer Krise, um einen Paradigmenwechsel herbeizuführen. So wissen beispielsweise alle Homöopathen seit Jahrzehnten, dass Rubriken mit allgemeinen Symptomen im Repertorium irreführend sind, insbesondere was die am häufigsten verschriebenen Arzneimittel betrifft, doch dies zu korrigieren, ist eine große Herausforderung. In der Zwischenzeit müssen Praktiker einen Weg finden, allgemeine Symptome zu umgehen, und auf Surrogat-Subsymptome und die Verschreibung nach Keynotes zurückgreifen. Dies führt uns über den wichtigsten Grundsatz der Homöopathie hinaus: Das Arzneimittel sollte zur Gesamtheit des Patienten passen.

Es ist bekannt, dass es in der weltweiten homöopathischen Gemeinschaft unterschiedliche Meinungen gibt. Wir sollten nicht länger darüber diskutieren, ob Meinungen richtig oder falsch sind, sondern versuchen herauszufinden, wann eine bestimmte Meinung falsch sein könnte. Der zugrunde liegende Gedanke ist, dass Unterschiede im Wesentlichen nicht auf unterschiedlicher Kompetenz beruhen, sondern auf unterschiedlicher Ausbildung, Erfahrung, Kultur, reinem Zufall usw. So betrachtet können wir Unterschiede erklären und eine neue Wissensdimension hinzufügen, die einen genaueren Durchschnitt angibt und eine individuellere Behandlung ermöglicht. Im Folgenden erläutern wir, wie dies funktioniert, und wie Wissenschaftler und Ärzte ergänzendes Wissen und Fähigkeiten einbringen können.

Vielfalt der Quellen

Wenn wir dasselbe wiederholt messen, selbst unter vergleichbaren Bedingungen, sehen wir Schwankungen in den Messungen, die als 'Rauschen' bezeichnet werden. Wir können zwar einen Durchschnittswert berechnen, aber anhand der Daten lässt sich nicht feststellen, ob dieser Durchschnittswert den tatsächlichen Wert widerspiegelt. Der Durchschnittswert kann aufgrund von Bias falsch sein.

Abbildung 1 zeigt eine schematische Darstellung des [Einflusses von Rauschen und Verzerrung](#) in vier Situationen, in denen der hypothetische tatsächliche Wert in der Mitte des Zielbereichs liegt. Der tatsächliche Wert ist unbekannt, da der Einfluss der Verzerrung unbekannt ist. Der Einfachheit halber bezeichnen wir statistisches (zufälliges) Rauschen als „Rauschen“ und betrachten die möglichen Kombinationen aus Rauschen und Verzerrung.



Wenn wir drei Beobachtungen („+“) haben, die alle in der Mitte des Zielbereichs liegen (oberes linkes Diagramm), gibt es eine geringe Verzerrung und wenig Rauschen. Im oberen rechten Diagramm sehen wir eine größere Anzahl von Beobachtungen in einem weiteren Kreis um den Zielwert herum. In dieser Situation liegt der Durchschnittswert nahe am tatsächlichen Wert. Das bedeutet, dass die Verzerrung gering ist, da alle Beobachtungen um den tatsächlichen Wert schwanken.

Wir können jedoch nicht wissen, ob unsere drei Beobachtungen verzerrt sind. Die Grafik unten links könnte auf denselben Beobachtungen wie die Grafik oben links basieren, mit geringem statistischem Rauschen, aber weit entfernt vom tatsächlichen Wert. Die beiden unteren Grafiken in Abbildung 1 zeigen Situationen mit hoher Verzerrung. In der Grafik unten rechts sehen wir drei Gruppen von Beobachtungen, die weit vom tatsächlichen Wert entfernt sind (hohe Verzerrung), aber auch ein hohes statistisches Rauschen aufweisen.

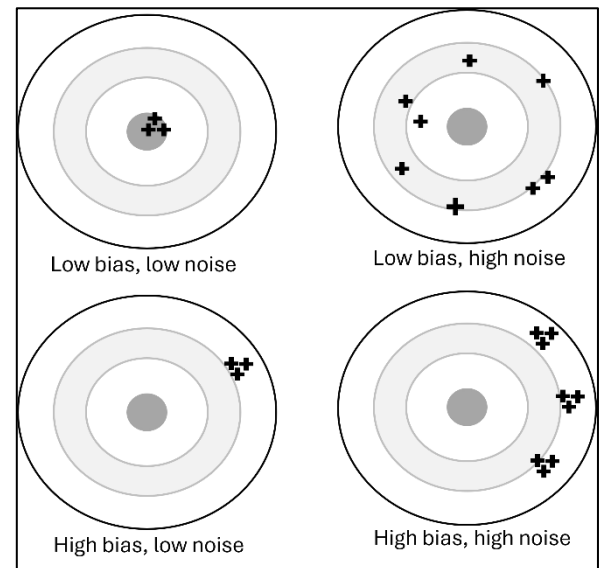


Abbildung 1: Vier Beispiele für unterschiedliche Datenverteilungen, siehe Text.

Interpretation

Die Diagramme oben und unten **links**. Wenn nur wenige ähnliche Beobachtungen vorliegen (in diesem Fall drei), wie in den Diagrammen oben und unten links, lässt sich das Ausmaß der Verzerrung anhand dieser Daten nicht bestimmen. Geringe Schwankungen werden oft durch einen einzelnen Beobachter verursacht. Geringe Schwankungen bei mehreren Beobachtern sind selten, könnten aber auf ein (trügerisches) Paradigma hindeuten. Zum Beispiel, wenn ein bestimmtes Medikament von einer Gruppe als ‘Genius epidemicus’ für eine bestimmte Krankheit angesehen wird (die einzig geeignete Arznei). Dies lässt sich feststellen, wenn andere (Gruppen von) Beobachtern zu anderen Ergebnissen kommen, siehe unten.

Die **rechten** oberen und unteren Grafiken. Wissenschaftler bevorzugen größere Stichproben wie in den rechten Grafiken, da der Durchschnitt im Allgemeinen ein besserer Hinweis auf den tatsächlichen Wert ist, wie in der rechten oberen Grafik gezeigt. Doch selbst dann müssen wir, wie in der rechten unteren Grafik gezeigt, auf Verzerrungen achten.

Wir bevorzugen mehr Beobachtungen, aber zeigen drei mal drei Gruppen ähnlicher Beobachtungen, wie im rechten unteren Diagramm, den wahren Wert an? Es sollte überprüft werden, ob es sich um drei **unabhängige** Beobachter handelt oder um drei Beobachter, die in irgendeiner Weise eng miteinander verbunden sind. In solchen Fällen ist eine hohe Verzerrung immer noch möglich. Eine genauere Analyse,



Gespräche mit den Beobachtern und mehr unabhängige Beobachter wären erforderlich, wie die folgenden zwei Beispiele zeigen werden.

Beispiel eins. Dieser Prozess war bei einer COVID-19-Fallzusammenstellung zu beobachten. In Newsletter 2 wurde die Verwendung von Surrogat-Symptomen anhand eines chinesischen Datensatzes demonstriert, in dem eine starke Beziehung zwischen Surrogat -Symptomen und bestimmten Arzneimitteln bestand, was zu einer hohen Prävalenz des Symptoms führte. Diese Beziehung verschwand weitgehend, nachdem Daten aus anderen Ländern hinzugefügt wurden, da Ärzte in anderen Ländern andere, semantisch ähnliche Surrogat -Symptome desselben Ober-Symptoms für dieselben Arzneimittel verwendeten. Dies senkte die Prävalenz der im chinesischen Datensatz bevorzugten Symptome.

Referenz: Tournier A, Fok Y, van Haselen R, To A. Homeopathic Treatment of COVID-19 Patients: Findings of the Clifical International Clinical Case Registry. Integrative Medicine Reports. 2023;2(1):87-96.

Beispiel zwei. Während der COVID-19-Pandemie trugen über hundert Ärzte weltweit mehr als 1.100 Fälle zusammen. Diese Fälle wurden verwendet, um einen Behandlungs-Algorithmus für 11 Arzneimittel zu erstellen. Dieser Algorithmus wurde von den Ärzten, die diese Fälle eingereicht hatten, an einem Teil dieser Fälle erneut getestet. Ein Arzneimittel, Mercurius solubilis (Merc), zeigte ein anderes Ergebnis als die anderen Arzneimittel. Nach Analyse und Diskussion stellte sich heraus, dass acht der 20 Merc-Fälle in der Datenbank von einem Arzt stammten und 12 Fälle mit unterschiedlichen Daten von acht anderen Ärzten. Ein Arzt war nach einer Veröffentlichung darauf geschult, dass dieses Arzneimittel für COVID-19 am besten geeignet sei. Diese Situation ist in der Grafik unten rechts in Abb. 1 dargestellt.

Referenz: Miglani A, Manchanda RK, Kalsi A, et al. Test of a Homeopathic Algorithm for COVID-19: The Importance of a Broad Perspective. Homeopathy. 2023;112(1):22-29.

Diese beiden Beispiele zeigen, dass in den Daten Metawissen verborgen ist: Wie wurden die Daten erhoben? Der erfahrene Homöopath ist in der Lage, die Besonderheit eines Symptoms einzuschätzen. Der Forscher mit homöopathischer Erfahrung kann beurteilen, ob die Prävalenz eines Symptoms mit dessen Besonderheit übereinstimmt. Eine sehr hohe Prävalenz könnte auf eine Verzerrung hindeuten. Der Forscher mit homöopathischer Erfahrung kennt auch mögliche Ursachen für Verzerrungen, wie beispielsweise verzerrende Fragebögen. Diese Annahme muss durch die Kommunikation mit den Beobachtern bestätigt werden. Im zweiten Beispiel bestätigte die Kommunikation mit den Beobachtern eine Verzerrung.

Diese Beispiele zeigen, wie die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Wissenschaftlern mit einer wissenschaftlichen, selbstkritischen Haltung bei einer weltweiten Datenerhebung Verzerrungen aufdecken kann. Wissenschaftler und Ärzte bringen in



diesem Prozess ihre spezifischen Instrumentarien ein. Die Wissenschaftler verfügen über methodische und statistische Werkzeuge wie Wiederholungsuntersuchungen und Datenanalyse. Die Ärzte verfügen über ihr Wissen, ihre klinische Erfahrung und Konsensmodelle. Übrigens offenbart das zweite Beispiel ein weiteres Problem: unterschiedliche persönliche und gruppenspezifische Präferenzen für bestimmte Arzneimittel bei bestimmten Erkrankungen. Homöopathische Ärzte sollten über [methodisch-wissenschaftliche](#) Kenntnisse verfügen, um ihre Rolle zu verstehen. Sowohl Wissenschaftler als auch Ärzte müssen Paradigmen und deren Voreingenommenheitsrisiko verstehen.

Das Instrumentarium der Wissenschaftler

Den an Prognostic Factor Research (PFR) beteiligten Wissenschaftlern stehen vor und nach der eigentlichen Datenerhebung mehrere Werkzeuge zur Verfügung. Die Gewinnung von Beobachtern und das Forschungsprotokoll sind die ersten Voraussetzungen für zuverlässige Ergebnisse. Fragebögen erfordern besondere Aufmerksamkeit, da sie leicht zu Verzerrungen führen können. Ein Beispiel: Bei der oben erwähnten chinesischen Datenerhebung wurde ein zweistufiger Fragebogen verwendet. Hatte der Patient Kopfschmerzen, wurde er gebeten, zum zweiten Fragebogen überzugehen. Der zweite Fragebogen enthielt eine begrenzte Auswahl an Ersatzsymptomen, zum Beispiel „Kopfschmerzen, die sich nach reichlichem Wasserlassen bessern“. Dies führte zu einer (fast) 100-prozentigen Prävalenz der Ersatzsymptome.

Das zweite oben gezeigte Beispiel verdeutlicht, dass selbst in gut vorbereiteten Studien unerwartete Verzerrungen auftreten können. Dies erfordert eine kontinuierliche Datenüberwachung, Analyse, Rückmeldung und möglicherweise eine erneute Überprüfung der Ergebnisse.

Datenüberwachung und -analyse

Der nächste Schritt ergibt sich aus den oben genannten Überlegungen: die Analyse der Daten. Jeder einzelne Fall sollte von Personen untersucht werden, die über wissenschaftliche Kenntnisse, homöopathisches Wissen und Erfahrung in der homöopathischen Praxis verfügen.

Ein Beispiel aus einem eingereichten Best-Case-Fall. Ein kleiner niederländischer Junge wird wegen „Geschlechtsidentitätsproblemen“ vorgestellt: Er zieht sich gerne in Mädchenkleidung an. Dieses Verhalten verschwindet nach der Behandlung mit einem homöopathischen Mittel. Die Nachbeobachtungszeit beträgt über ein Jahr, und laut Fallbeschreibung gab es keine alternative Erklärung für diese Veränderung. Der Fall wurde als ‘Best Case’ präsentiert, und den schriftlichen Informationen zufolge hätte der Fall angenommen werden müssen. Eine kritische Bewertung durch erfahrene Praktiker führte jedoch zur Ablehnung. Der Unterschied zwischen dem Datum

der Erstkonsultation und dem Geburtsdatum zeigte, dass die Erstkonsultation kurz vor seinem vierten Geburtstag stattfand. In den Niederlanden kommen Kinder im Alter von vier Jahren in die Schule. Es war daher höchst wahrscheinlich, dass der Schulbesuch die 'Heilung' bewirkte.

Wenn ein Wissenschaftler mit homöopathischer Erfahrung die Behandlungsdaten eines Einzelfalls liest, entsteht in seinem Kopf ein Bild dieses Patienten; anschließend vervollständigen Allgemeinwissen und praktische Erfahrung die Informationen.

Nach der kritischen Bewertung einzelner Fälle stehen dem Wissenschaftler statistische Instrumente zur weiteren Beurteilung zur Verfügung, wie Prävalenz, positiver und negativer LR, statistische Wahrscheinlichkeit, Variation, Korrelation und Häufigkeitsverteilungen. Wissenschaftler sehen gerne eine Variation, wie sie im rechten oberen Diagramm von Abbildung 1 dargestellt ist, die von vielen Praktikern auf der ganzen Welt stammt. Diese in einer Datenbank gesammelte globale Variation vereint eine immense Menge an vielfältigem Wissen und Erfahrung. Die Beschreibung und statistische Analyse der Daten verleihen ihr wissenschaftliche Validität.

Wissenschaftler können homöopathischen Ärzten aufzeigen, dass obligatorische Symptome in der Homöopathie theoretisch unwahrscheinlich sind. So enthält beispielsweise die Repertorium-Rubrik „Angst vor der Dunkelheit“ neben *Stram* viele andere Arzneimittel. Allein diese Tatsache bedeutet, dass die Prävalenz dieses Symptoms bei anderen Patienten als *Stram*-Patienten nicht null sein kann. Statistisch ausgedrückt bedeutet 'obligatorisch', dass der negative LR (LR-) für „Angst vor der Dunkelheit“ null wäre, da das Symptom bei der übrigen *Stram*-Population nicht beobachtet würde. Solange homöopathische Praktiker mit falschen Paradigmen wie obligatorischen Symptomen und Keynote-Verschreibungen arbeiten, verfügen sie über unzureichendes Wissen über den Rest der Population.

Wissenschaftler können homöopathischen Ärzten aufzeigen, dass obligatorische Symptome in der Homöopathie unwahrscheinlich sind. So haben wir beispielsweise in unserem Newsletter Nr. 2 das Beispiel des Dozenten erwähnt, der „niemals *Stram* verschreibt, wenn der Patient keine Angst vor der Dunkelheit hat“. In der BCHC-Sammlung wiesen nur 6 von 15 (40 %) *Stram*-Fällen Angst vor der Dunkelheit auf. Der BCHC-Datensatz umfasst 5.138 Symptom-Arznei-Paare mit einer Prävalenz > 0. Nur sieben weisen eine Prävalenz > 75 % auf, alle davon in Arznei_Populationen mit wenigen Fällen; daher handelt es sich wahrscheinlich um reine Zufälle.

Feedback

Die Wissenschaftler sollten ihr zusätzliches Wissen und die Ergebnisse der Datenanalyse an die Ärzte zurückgeben. Oftmals werden Abweichungen durch Missverständnisse verursacht. Solche Missverständnisse sollten so schnell wie möglich ausgeräumt werden.



Beispiel: Die weltweite Datenerhebung während der COVID-19-Pandemie ergab in einer Praxis eine Prävalenz von 100 % für alle bekannten COVID-Symptome. Im Austausch zwischen Wissenschaftlern und Ärzten stellte sich heraus, dass die Patienten unbeabsichtigt dazu angeregt worden waren, das Vorliegen dieser Symptome zu bestätigen. Nach diesem Feedback glich sich die Prävalenz dieser Symptome der in anderen Praxen an.

Eine traditionelle, weltweit praktizierte medizinische Methode weist immer kulturspezifische Unterschiede auf. Die Datenerhebung deckt solche Unterschiede auf, die diskutiert werden können, um die Methode zu verbessern. Solche Informationen und die Diskussion darüber lassen sich über elektronische Medien wie elektronische Newsletter leicht verbreiten. Während der COVID-Pandemie wurden über 20 Newsletter erstellt, um die Datenqualität zu verbessern und einen neuen Algorithmus für die Behandlung akuter Infektionen einzuführen (<https://www.hpra.co.uk/>).

Das Instrumentarium des Arztes

Das Wissen und die Erfahrung des Arztes sind in der PFR unerlässlich, da es in der medizinischen Praxis um Wahrscheinlichkeiten geht, die von vielen Variablen abhängen. Ein homöopathisches Symptom ist nur dann aussagekräftig, wenn es bei vergleichbaren Patienten stärker als der Durchschnitt ausgeprägt ist. Zu den relevanten Variablen können Alter, Geschlecht, Kultur, Beruf usw. gehören, und nur ein erfahrener Arzt kann alle Variablen berücksichtigen.

Ein weiteres Werkzeug ist umfassende Kenntnis der Materia medica. Basierend auf einem Gesamteindruck des Patienten entwickelt der Arzt Präferenzen für bestimmte Arzneimittel. Dieses Wissen hat oft Vorrang vor der Kombination relevanter Repertorium-Rubriken, insbesondere wenn allgemeine Symptome überwiegen. Wie oben gezeigt, wählen die Ärzte dann Surrogat-Symptom-Rubriken, die ihrer Präferenz entsprechen, anstatt des übergeordneten allgemeinen Symptoms.

Das dritte Instrument ist die Bewertung dieses Wissens in der täglichen Praxis. Jeder Arzt erlebt Schwankungen in der Zuverlässigkeit der Materia medica und der Repertorium-Daten, und entwickelt seine eigenen Präferenzen für Symptome und Arzneimittel. Diese persönliche Erfahrung deckt jedoch nur einen begrenzten Teil der umfangreichen Informationen ab, die heutzutage existiert.

Für die PFR sollten Ärzte sich ein viertes Instrument aneignen: wissenschaftliche Erkenntnisse und eine wissenschaftliche Herangehensweise. Dies erfordert den Austausch von Informationen und Ideen unter Kollegen und hat in den letzten Jahrzehnten dank moderner Kommunikationstechnologie erheblich an Bedeutung gewonnen. Es wäre Verschwendung, diese neuen Möglichkeiten nicht mit modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Instrumenten zu optimieren. Der Wissensaustausch zwischen Ärzten und Wissenschaftlern rundet diesen Prozess ab.

Selbstkritische Haltung

Die oben beschriebenen trügerischen Paradigmen entspringen einer unzureichend selbstkritischen Haltung der Praktiker. Unterschiedliche Meinungen über obligatorische Symptome, Surrogat-Symptome und Keynote-Verschreibungen sollten nicht zu paradigmatischen Auseinandersetzungen führen. Sie beruhen meist auf zufälligen Schwankungen in der persönlichen praktischen Erfahrung.

Wissensaustausch

Oben wurde die Rolle von Wissenschaftlern bei der Erweiterung des Wissens von Praktikern erörtert. Wissenschaftler sollten über homöopathisches Wissen verfügen, doch dieses Wissen könnte durch trügerische Paradigmen einer bestimmten Ärztegruppe beeinflusst sein.

Gegenseitiges Feedback zwischen Ärzten und Wissenschaftlern

Die Kommunikation zwischen Wissenschaftlern und Ärzten sollte nicht einseitig sein. Wissenschaftler sollten statistische Instrumente vermeiden, die für Ärzte unverständlich sind. Ärzte sollten sich nicht mit Statistiken zufrieden geben, die sie nicht verstehen, die aber ihre Vorstellungen bestätigen.

Paradigmenkorrekturen

Paradigmen führen zu Datenverteilungen wie in der rechten unteren Grafik in Abbildung 1, wo eine Gruppe von Ärzten demselben falschen Paradigma folgt, was zu verzerrten Ergebnissen führt. Solche Cluster verschwanden durch die Zusammenführung von Daten von >100 Praktikern weltweit. Zwei Paradigmenkorrekturen – die Verschreibung nach Keynotes und die Ersetzung spezifischer Symptome durch weniger verzerrte allgemeine (Ober-)Symptome mittels eines Bayes'schen Repertoriums – führten zu einem wissenschaftlich fundierten Behandlungsalgorithmus. Der vollständige Prozess der Paradigmenkorrekturen erfordert mehrere weitere Schritte, wie in unseren Newslettern und in folgender Quelle beschrieben:

Referenz: Miglani A, Manchanda RK, Rutten L. Prognostic Factor Research in Homeopathy: Overview of the Method, with Insights from Condition-Confined Studies. Homeopathy. 2026;115:60-70.

Der Paradigmenwechsel vom absoluten Auftreten von Symptomen hin zur Prävalenz befindet sich noch in einer Anfangsphase und erfordert eine grundlegende Änderung im Umgang mit und in der Interpretation von Symptomen. Die dringendste Änderung ist eine neue Wertschätzung allgemeiner Symptome als Indikatoren für spezifische homöopathische Arzneimittel, um die Verwendung von Ersatzsymptomen und die Verschreibung nach Keynotes zu vermeiden.

Die Kontraindikation ($LR < 1$) ist ein neues, leistungsstarkes Werkzeug für Homöopathen. Ein beträchtlicher Teil der in den alten Repertorium-Rubriken genannten



Arzneimittel ist nicht indiziert, sondern durch das Symptom kontraindiziert. Auf diese Weise wird die Differenzierung zwischen den Arzneimitteln präzise und wesentlich klarer. Kein Symptom ist für ein homöopathisches Arzneimittel zwingend erforderlich.

Eine abschließende Anmerkung zum Fehlen eines Symptoms: Dies könnte durch eine negative Wahrscheinlichkeit (LR-) angezeigt sein, ist jedoch noch nicht zuverlässig. Insbesondere die Prävalenz der Symptome in den übrigen Populationen ist noch nicht ausreichend erfasst und erfordert prospektive Untersuchungen, bei denen jedes Symptom einzeln betrachtet wird. Wie dies zu bewerkstelligen ist, werden wir aus künftigen Datenerhebungen lernen.

Schlussfolgerung

Im vergangenen Jahrhundert hat sich die Homöopathie aufgrund unzureichender Repertorien, die auf der absoluten Zählung von Symptomen basierten, von den gängigen Symptomen entfernt. Homöopathen müssen sich auf ihr Wissen aus der Materia medica statt auf das Repertorium stützen, neigen jedoch dazu, Repertoriums-Rubriken zu verwenden, um ihre Arzneimittelwahl zu veranschaulichen. Letztendlich werden Rubriken wie „Kopfschmerzen“ jedes homöopathische Arzneimittel enthalten und hinsichtlich der am häufigsten verwendeten Arzneimittel zunehmend unzuverlässig werden.

Ärzte bauen ihre Arzneimittelwahl Schritt für Schritt auf. Das Symptom „Kopfschmerzen“ reicht nicht aus und muss durch spezifischere Symptome ergänzt werden. Praktiker haben keine andere Wahl, als nach Surrogat-Unterrubriken von „Kopfschmerzen“ zu suchen, um einen zuverlässigeren Ausgangspunkt für die Fallanalyse zu erhalten. Diese Auswahl der Unterrubriken wird von ihrem Wissen über die Materia medica geleitet. Beispielsweise könnte die Unterrubrik „Kopfschmerzen, Besserung nach reichlichem Urinieren“ in Frage kommen, da es sich um ein Leitsymptom für das Arzneimittel *Gels* handelt, das eines der bevorzugten Arzneimittel sein könnte.

‘Wissenschaftliche Homöopathie’ muss auf Selbstkritik beruhen; auf der Erkenntnis, dass sich im Laufe der vergangenen Jahrhunderte irrtümliche Paradigmen eingeschlichen haben.