

# Doppelblindstudien, Rationalität und Homöopathie

Offener Brief an Prof. Dr. phil. Harald Walach

Von Dr. med. Hanspeter Seiler

November 2005

## Zusammenfassung

*Aus einer anfänglich nur auf den Kollegenkreis begrenzten Spontanaktion ist aufgrund lebhafter Resonanz und einer darauf beruhenden gründlichen Nachbearbeitung schliesslich eine recht umfassende Übersichtsarbeit zum gegenwärtig ja ziemlich brisanten Stand der Homöopathiediskussion geworden. Deshalb wurde u.a. auch die wichtige Kritik an der erst kürzlich publizierten Egger-Studie, welche laut „Lancet“ angeblich das „Ende der Homöopathie“ einläuten soll, in das einleitende Übersichtskapitel integriert. Das Kernstück bildet aber nach wie vor die viel zitierte Münchner Kopfschmerzstudie von Walach, auf welcher auch die Magie-Interpretation der Homöopathie desselben Autors beruht. Erstmals werden grundsätzliche Mängel dieser Studie wie eine aus klinisch-homöopathischer Sicht in mehrfacher Hinsicht verfehlte Konzeption, relevante Randomisierungsartefakte und nicht zuletzt auch Datenverwechslungen und andere Fehler erheblichen Ausmasses detailliert nachgewiesen. Als Vergleichsbasis werden die legendäre Migränestudie von Brigo und deren partielle Reproduktionen durch Whitmarsh und Straumsheim ebenfalls einer gründlichen Revision unterzogen. Daraus folgt, dass eine Objektivierung der Homöopathie durch klinisch-homöopathisch kompetent durchgeführte Doppelblindstudien durchaus möglich ist, obwohl dieses Kontrollinstrument dem ganzheitsmedizinischen Ansatz dieser Methode nur begrenzt gerecht werden kann. - Abschliessend wird dann noch kurz skizziert, dass der dynamisch-hylozoistische Materiebegriff Hahnemanns und Mesmers sich geradezu erstaunlich gut mit der Deutung der Quantenmechanik nach Einstein und de Broglie und damit auch mit einem rational-kausalen Weltbild verträgt. Die magische Homöopathieinterpretation Walachs, deren teilweise fragwürdige Grundlagen ebenfalls dargelegt werden, wird damit überflüssig.*

# Inhalt

<b>I. Zum heutigen Stand der Homöopathie-Forschung</b>	<b>3</b>
I.1. Einleitung	
I.2. Ein neuer physiologischer Wirksamkeitsnachweis der Homöopathie	
I.3. Nur bei einer wirklich guten Indikation tendenziell positiv: Schematisierte klinische Doppelblindstudien	
I.4. Ein besserer Ansatz: Die allergologisch individualisierten Doppelblindstudien von Reilly	
I.5. Das aktuelle Musterbeispiel einer tendenziösen Meta-Analyse: Die Homöopathie-Studie des Berner Sozialmediziners Prof. Egger	
I.6. Die pädiatrische Durchfall-Studie von Jacobs als bestes Beispiel einer grösseren, multi-zentrischen Studie mit einfacher homöopathischer Individualisierung bei einer guten Indikation	
<b>II. Chronische Kopfschmerzen – eine Idealindikation für individualisierte homöopathische Doppelblindstudien?</b>	<b>13</b>
II.1. Schon Hahnemann stiess hier an seine Grenzen ...	
II.2. Migräne kann auch eine wichtige Ventilfunktion haben	
<b>III. Die klassisch-homöopathischen Migräne- und Kopfschmerz-Studien</b>	<b>15</b>
III.1. Die legendäre italienische Migräne-Studie von Brigo und Serpelloni	
III.2. Die Glasgower Migräne-Studie von Whitmarsh – eine genaue Reproduktion der Brigo-Studie?	
III.3. Die norwegische Migräne-Studie von Straumsheim, eine Kontrolle der Münchner-Studie mit fachärztlichem Supervisor	
III.4. Ihre Münchner Kopfschmerz-Studie – eine grundsätzlich andersartige Untersuchung mit erheblichen Mängeln	
<b>IV. Magie, Kausalitätsprinzip und ganzheitliche Physik</b>	<b>49</b>
IV.1. Eine nicht-lokale bzw. magische Erklärung der Homöopathiewirkung ist nicht erforderlich	
IV.2. Die von Hahnemann postulierte Lebenskraft und die spirituellen Aspekte der Materie haben auch in einem rational-kausalen Weltbild Platz	
IV.3. Die scheinbar nicht-kausale Kopenhagener Wahrscheinlichkeitsdeutung der Quantentheorie ist nicht die einzig mögliche	
IV.4. Mesmers lebendig-dynamisches Äthermodell der Materie ermöglicht eine rationale Deutung der „Nicht-Lokalität“ der Quantenphysik	
IV.5. Jungs „magische“ Skarabäus-Erfahrung und das feinstoffliche Ähnlichkeitsprinzip	
IV.6. Subjektive Sinnsuche und objektive Wirklichkeit - Paulis Spitalzimmer-Nummer und die Feinstruktur-Konstante	
<b>Quellenangaben</b>	<b>57</b>

# I. Zum heutigen Stand der Homöopathie-Forschung

## I.1. Einleitung

Sehr geehrter Herr Professor Walach,

bereits vor Jahren schon habe ich mich über Ihre mit viel Medienspektakel vorgetragene und vom wissenschaftlichen Establishment mit entsprechender Schadenfreude bejubelte Kopfschmerz-Studie<sup>1</sup> ziemlich geärgert, da sie aus meiner Sicht weitgehend unhaltbar ist. Und nun hat Ihr erschreckender Artikel über die nicht-kausale bzw. magische Interpretation der Homöopathie<sup>2</sup>, welchen mir erst letzthin ein Kollege zur Kenntnis gebracht hat, meine sonst recht hohe Reizschwelle für eine Stellungnahme endgültig überschritten. Sowohl Hahnemann als auch Einstein gegenüber, welche sich bei derartigen Äusserungen beide im Grabe herumdrehen würden, fühle ich mich als Arzt und Naturwissenschaftler zumindest zu einigen Anmerkungen verpflichtet.

Da ich der breiten Publikationsflut eines Psychologie-Professors<sup>3</sup> kaum Gleichartiges entgegenzusetzen habe, will ich mich in diesen der chronischen Zeitnot des überlasteten Praktikers mühsam abgerungenen Zeilen bewusst um Kürze und Prägnanz bemühen. Dennoch bedingen Umfang und Komplexität der Materie eine gewisse Ausführlichkeit.

## I.2. Ein neuer physiologischer Wirksamkeitsnachweis der Homöopathie

Einmal mehr wurde gerade letzthin durch Prof. Nieber an der Uni Leipzig die physiologische Wirksamkeit von Hochpotenzen bewiesen, diesmal durch den Nachweis des Einflusses von weit über die Loschmidtsche Zahl hinaus potenziertem Belladonna-Extrakt auf den isolierten Rattendarm.<sup>4</sup> Damit dürfte wohl endgültig klar sein, dass zumindest die physiologische Wirkung von Hochpotenzen eine repro-

---

<sup>1</sup> Walach 1997 und 2000, Gaus 1994.

Die bisherige Kritik an der Studie, wie sie u.a. Kösters in sehr guten, aber mehrheitlich nur als Anregung gedachten Aufsätzen vorgelegt hat (Kösters 1998), verhallte leider mehrheitlich ungehört.

<sup>2</sup> Walach 1999.

<sup>3</sup> Laut Internet bringen Sie es ja tatsächlich in wenigen Jahren auf weit über 100 Veröffentlichungen!

<sup>4</sup> Nieber 2004. Es gibt aber schon eine ganze Reihe früherer und teilweise auch mehrfach reproduzierter positiver In-vitro-Versuche zur Wirkung von Hochpotenzen (Literatur hierzu beim Verfasser).

zierbare und damit nach den gängigen Wissenschaftskriterien von Magie<sup>5</sup> und Irrationalität freie Tatsache ist.<sup>6</sup>

Angesichts dieses physiologischen Wirksamkeitsnachweises sollte es ja eigentlich bereits klar sein, dass der Beweis von Hochpotenz-Wirkungen auch in einer klinischen Doppelblind-Studie nur eine Frage der Brauchbarkeit bzw. Intelligenz des Studiendesigns ist. Grundsätzliche Bedenken gegenüber der Verwendbarkeit von Doppelblindstudien für den klinischen Wirksamkeitsnachweis der Homöopathie, wie sie am glaubwürdigsten von dem von mir sehr geschätzten, von Ihnen aber nur am Rande erwähnten Prof. J. Hornung vorgetragen werden, sind zwar sicher beherzigenswert, aber – wie dies auch Hornung betont - keineswegs wissenschaftlich zwingend. Wie unten noch detaillierter dargelegt werden soll, ist es auch mir klar, dass die Doppelblindstudie dem ganzheitsmedizinischen Ansatz der klassischen Homöopathie nur teilweise gerecht werden kann. Doch ist die Methode derart effizient, dass bei geeignetem Design auch eine klinische Doppelblindstudie zumindest im unteren Bereich signifikant positiv ausfallen muss.

### **I.3. Nur bei einer wirklich guten Indikation tendenziell positiv: Schematisierte klinische Doppelblindstudien**

Was beim Rattendarm experimentell funktioniert, sollte auch in der Humanmedizin demonstrierbar sein! Bezüglich Menschendarm ergeben denn ja auch bereits die von Ihnen ebenfalls am Rande erwähnten schematisierten Doppelblindstudien zur postoperativen Stimulation der Darmtätigkeit durch homöopathische Opiumgaben trotz einiger Mängel bereits schon ein zumindest tendenziell positives Resultat. Dies ist zumindest das Resultat einer kritischen Meta-Analyse.<sup>7</sup> JedeRM homöopathischen PraktikerIn aber ist klar, dass der rein schematische Rezept-Einsatz der Homöopathie als Hilfsmethode der Chirurgie keinesfalls ihr optimaler Wirkungsbereich ist. Eine undifferenzierte Medikation wie die generelle Verabreichung von Opium ist nur ganz ausnahmsweise für den kurzfristigen Wirksamkeitsnachweis bei einer besonders günstigen Indikation geeignet, keinesfalls aber als Test für die allgemeine klinische Brauchbarkeit der Homöopathie!<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> hier im Sinne von nicht kausal erklärbaren Ereignissen im Sinne Ihres Artikels verstanden. Zur rationalen Erklärungsmöglichkeit „magischer“ Effekte s. unten.

<sup>6</sup> Im Weiteren liefern gerade die neueren Arbeiten des Physikers Rey einige Hinweise darauf, dass auch der physikalische Nachweis von Hochpotenzen an der Schwelle eines Durchbruches steht (Rey 2003).

<sup>7</sup> Barnes 1997.

<sup>8</sup> Vgl. hierzu auch das unten angeführte negative Resultat der ebenfalls schematisierten, aber eine ungünstigere Indikation betreffenden indischen Euphrasia-Studie bei Konjunktivitis.

#### **I.4. Ein besserer Ansatz: Die allergologisch individualisierten Doppelblindstudien von Reilly**

Um einiges besser als die postoperativen Opium-Versuche sind die etwas weniger schematisierten Versuchsreihen von Reilly konzipiert, deren positive Resultate sogar in der früher noch relativ unparteiischen und als schulmedizinischer Goldstandard geltenden Zeitschrift Lancet publiziert wurden.<sup>9</sup> Die von ihm als Testdomäne gewählte allergische Diathese ist nämlich in unkomplizierten Fällen tatsächlich ein Bereich, wo die Homöopathie besonders gut wirksam ist und schnelle Resultate zeigt. Sogar standardisierte homöopathische Rezepte können hier zumindest vorübergehend recht deutlich wirksam sein.

Auch bezüglich Auswahl seiner standardisierten Therapie ist Reilly sehr intelligent vorgegangen, indem er als homöopathisches Heilmittel das krankheitsspezifische bzw. individuelle Allergen wählte. Damit erreicht er trotz nur schulmedizinischer Arzneiwahl eine beschränkte Individualisierung, welche aber den Vorteil hat, von der subjektiven Entscheidung und damit von der Qualifikation des homöopathischen Arztes unabhängig zu sein. Derartige Studien können dann natürlich besser reproduziert werden.<sup>10</sup>

Damit kommt Reilly der schulmedizinischen Desensibilisierungstherapie sehr nahe, welche ja letztlich ebenfalls auf dem homöopathischen Prinzip beruht. Der Unterschied besteht fast nur noch in der Verabreichung des Heilmittels in Hochpotenz statt in aufsteigender materieller Minimaldosis. Und um diesen Unterschied, nämlich den Wirksamkeitsnachweis potenzierten Arzneigaben, geht es Reilly – wie er ausdrücklich festhält - einzig und allein,<sup>11</sup> und keineswegs um ein in der klinischen Praxis anzuwendendes neues Therapiekonzept! Damit stösst Ihr Vorwurf gegen Reilly, dass er anstelle der klassischen Homöopathie nur ein isopathisches Therapiekonzept getestet habe, weitgehend ins Leere.

Allerdings wurde Reillys zeitlich limitierter Wirksamkeitsnachweis später dann auch prompt als falsch verstandenes längerfristiges Therapieprinzip der allergischen Diathese mit nicht überraschendem negativem Resultat nachgetestet.<sup>12</sup> Dass diese in wesentlichen Punkten andersartig konzipierte klinische Studie<sup>13</sup> nun ganz generell als Widerlegung der sorgfältigen Arbeiten Reillys ausgegeben wird,<sup>14</sup> zeigt

---

<sup>9</sup> Reilly 1986 und 1994. Zum bedauerlichen Kurswechsel dieser Zeitschrift s. unten.

<sup>10</sup> Vgl. das positive Resultat auch der zweiten, ähnlich konzipierten Studie Reillys von 1994. Für ein optimales und auch klinisch-homöopathisch aussagekräftige Studienresultat ist allerdings die individuelle Mittelwahl durch eineN möglichst hoch qualifizierteN FachaErztIn unerlässlich (Näheres hierzu s. unten).

<sup>11</sup> Reilly 1986 S. 882.

<sup>12</sup> Lewith 2002.

<sup>13</sup> Reilly 2002. In einem ergänzenden persönlichen Schreiben vom 30.8. 05 und einem Telefongespräch hat Reilly einige wichtige Unterschiede betreffend die Studiendauer, die Gabenwiederholung und das Verhalten der Plazebo-Gruppe noch weiter präzisiert.

<sup>14</sup> Hierbei wird meist unterschlagen, dass unter der hochdosierten homöopathischen Behandlung bei der Verum-Gruppe in der 3. Behandlungswoche eine signifikante Verschlechterung auftrat und die Studie damit zumindest als negativer Wirkungshinweis auf immaterielle Arzneiwirkungen betrachtet werden kann.

einmal mehr die Fragwürdigkeit mancher Meta-Analysen: Da werden klinisch-homöopathisch brauchbare und unbrauchbare Studien einfach in den gleichen Topf geschmissen, nach vorwiegend statistischen Kriterien beurteilt und dann das Resultat mathematisch gemittelt: Eine Studie pro Reilly und eine kontra ergeben ein Unentschieden - es gibt also doch keinen Wirksamkeitsnachweis für die Hochpotenz-Homöopathie! So etwas ist wissenschaftlich sehr heikel: Auch wenn unter hundert Studien nur eine einzige mit einem eigenständigen Design ein seriös dokumentiertes positives Resultat zeigt, hat sie zumindest für diesen spezifischen Bereich für sich allein schon Beweiskraft, und zwar solange, bis sie bei genauer Reproduktion lege artis widerlegt wird.

### **I.5. Das aktuelle Musterbeispiel einer tendenziösen Meta-Analyse: Die Homöopathie-Studie des Berner Sozialmediziners Prof. Egger**

Diese Kritik betrifft ganz besonders auch die soeben vom Berner Sozial- und Präventivmediziner Prof. M. Egger neu publizierte vergleichende Meta-Analyse von 110 homöopathischen und schulmedizinischen Studien.<sup>15</sup> Diese bereits unter fragwürdigen Umständen entstandene Arbeit<sup>16</sup> wurde schon im Vorfeld vom Schweizerischen Verein homöopathischer ÄrztInnen (SVHA) kompetent und umfassend kritisiert.<sup>17</sup> Trotzdem kündigt die leider wieder ganz auf eine undifferenzierte anti-homöopathische Propaganda-Linie einschwenkende Herausgeberin „Lancet“ die Studie in ihrem Editorial grosssprecherisch gleich als „das Ende der Homöopathie“<sup>18</sup> an, ohne die bereits vorliegende Stellungnahme des zuständigen fachärztlichen Landesverbandes auch nur zu erwähnen. Doch damit nicht genug, es folgt dann im gleichen Vorwort gleich auch noch der dringliche und fast vorwurfsvoll formulierte Aufruf an die schulmedizinischen PraktikerInnen, dem definitiv bewiesenen homöopathischen Schwindel ihren PatientInnen gegenüber nun endlich entschlossener entgegenzutreten!<sup>19</sup>

Warum nur plötzlich diese hektische Gereiztheit und der „Lancet“ wirklich schlecht anstehende hysterische Schrei nach einem neuen Kreuzzug gegen die Homöopathie? - Nun, den viel geplagten Galshütern der Medizin von gestern steht eine WHO-Studie ins Haus, welche laut Entwurf der Homöopathie die ihr angesichts ihrer globalen Bedeutung und der zunehmenden Evidenz ihrer objektiven Wirksam-

---

<sup>15</sup> Shang 2005. Shang ist eine wissenschaftliche Mitarbeiterin von Prof. Egger, welche bei dieser heiklen Studie vermutlich nur aus taktischen Gründen als Hauptautorin vorgeschoben wird. Wir bezeichnen die Arbeit hingegen entsprechend der bisherigen Gepflogenheit des SVHA weiterhin verantwortungsgerecht als „Egger-Studie“.

<sup>16</sup> Details in SVHA 2005/1 und auch in SVHA 2005/2.

<sup>17</sup> SVHA 2005/1, Schlussabschnitt.

<sup>18</sup> Lancet Vol. 366 vom 27.8.05, Editorial S. 690.

<sup>19</sup> Dieser Aufruf steht dann zudem auch noch als Leitmotiv der ganzen Lancet-Ausgabe in Grossbuchstaben auf dem Titelblatt! (Lancet 366 vom 27.8.05.)

keit durchaus auch längst gebührende Anerkennung aussprechen wird.<sup>20</sup> Wohl um dieses Unheil vielleicht doch noch abzuwenden, wird nun von der Gegenseite nochmals mit allen verbleibenden Kräften zum Halali geblasen! Tatsächlich werden dann auch in einem weiteren Beitrag derselben skandalösen Lancet-Ausgabe sämtliche Register des wissenschaftlichen Druckes und selbst der Einschüchterung gegen diesen WHO-Entwurf gezogen.<sup>21</sup>

So ist es denn zumindest einmal einigermassen wohltuend, dass sofort nach dem Erscheinen des Lancet-Artikels von Seiten der medizinischen Klinik und des Instituts für medizinische Statistik der Universität Wien, wo der dringend notwendige wissenschaftliche Austausch von Schulmedizin und Homöopathie viel konstruktiver und offener gepflegt wird, grundlegende Kritik an der Egger-Studie laut wurde.<sup>22</sup> Dazu kommen nun laufend zahlreiche weitere Stellungnahmen von Seiten der Homöopathie und selbst aus ihr eher kritisch gegenüberstehenden Kreisen. Sehr erfreulicherweise haben auch Sie sich hier eingereiht,<sup>23</sup> da Ihnen diese Studie offensichtlich auch als Gegner einer rationalen Begründbarkeit der Homöopathie wissenschaftlich zu fragwürdig ist. Gerade auch weil wir in diesem Punkt ausnahmsweise zusammengehen, sollen hier die wichtigsten Kritikpunkte etwas ausführlicher dargestellt werden:

### **I.5.1. Grundsätzlicher Einwand: Zwei verschiedene Therapieansätze werden unreflektiert mittels einer nur einseitig auf die Schulmedizin ausgerichteten Methode verglichen.**

Als ganzheitsmedizinisches Verfahren verfolgt die klassische Homöopathie (auch in der Akutmedizin) stets auch einen nachhaltig therapeutischen und damit auch prophylaktischen Ansatz. Dies im Gegensatz zu der heute noch immer überwiegend allopathisch ausgerichteten Schulmedizin,<sup>24</sup> welche primär auf eine möglichst schnelle Symptombeseitigung abzielt. Für derartige Zielparameter ist die kontrollierte Doppelblindstudie das ideale Instrument. Dieses kann zwar grundsätzlich durchaus auch auf die Homöopathie angewendet werden, wobei aber stets nur Teilaspekte ihres ganzheitsmedizinischen Wirkungsspektrums erfasst werden.

Etwas pointiert ausgedrückt entspricht das methodische Vorgehen der Egger-Studie also etwa einem Wirkungsvergleich von biologischer Landwirtschaft und chemiegestützter Gentech-Agrikultur allein aufgrund des Kilogramm-Ertrages pro Quadratmeter Anbaufläche! Wenn Homöopathie und Schulmedizin schon in dieser Weise direkt miteinander verglichen werden sollen, bedarf es eines Mindestmasses an kritischer Reflexion, was der Egger-Studie aber völlig abgeht.

<sup>20</sup> WHO-Draft: „Homeopathy: Review and analysis of reports on controlled clinical trials.“ (Noch unveröffentlicht.)

<sup>21</sup> Schon der Titel spricht für sich: „Kritiker hauen den Entwurf des Homöopathie-Berichtes der WHO in die Pfanne.“ McCarthy 2005, S. 705 – 706.

<sup>22</sup> Frass et al. 2005.

<sup>23</sup> Gemeinsamer Leserbrief an Lancet, welcher ausser Ihnen auch noch von mehreren anderen universitären WissenschaftlerInnen unterzeichnet wurde.

(<http://www.dzvhae.com/portal/loader.php?navigation=38289&org=1276&seite=38284>)

<sup>24</sup> Eine Ausnahme stellen individuelle Immuntherapien wie die oben erwähnte Desensibilisierung dar, welche aber letztlich nichts anderes als eine materielle Homöopathie sind.

Es ist ja einleuchtend, dass die Schulmedizin bei dieser Art des Vergleiches im Durchschnitt eigentlich schon zum vornhinein besser abschneiden müsste. Dies ist allerdings m.W. nicht explizit durch entsprechende Studien belegt, doch dürfte es für eineN selbstkritischeN homöopathischeN PraktikerIn kaum fraglich sein, dass z.B. bei der Heuschnupfenbehandlung durch ein potentes allopathisches Antiallergikum sowie auch bei der Kortison-Therapie eines Asthma- oder Polyarthritisschubes die kurzfristigen symptomatischen Erfolgsparameter zumindest im Durchschnitt besser ansprechen als selbst unter gut qualifizierter klassischer Homöopathie. Wenn aber andererseits unter Homöopathie ein junges Mädchen mit Heuschnupfen parallel zur Besserung überraschend auch noch eine chronische Menstruationsstörung verliert, ein Asthmatiker plötzlich mit ungeahnter Energie die ihn beengenden Verhältnisse am Arbeitsplatz umzukrempeln beginnt oder bei einer älteren Polyarthritikerin parallel zu einer massiven Erstverschlimmerung ein die Krankheit mit verursachender latenter Zahnabszess durchbricht - dann ist dies echte biologische Ganzheitsmedizin, deren Effekte in ihrer ganzen Tragweite mit Doppelblindstudien kaum zu erfassen sind!

Umso beachtlicher aber ist, dass trotz nur beschränkt brauchbarer Beurteilungsmethode die Mehrzahl der Meta-Analysen homöopathischer Doppelblindstudien ein zumindest mässig positives Resultat ergibt, was die objektive Wirksamkeit von Hahnemanns Heilmethode auch aus wissenschaftlich-kritischer Sicht bestätigt.<sup>25</sup> Dies aber ist den konservativen Kräften der Schulmedizin ein Dorn im Auge, den es nun fast um jeden Preis schleunigst zu entfernen gilt. Die Egger-Studie versucht dies auf die folgende Weise:

**1.5.2. Durch ein für die Homöopathie ungünstiges, mehrstufiges Selektionsverfahren soll die Tatsache, dass selbst bei einer blind zusammengewürfelten Meta-Analyse homöopathischer Doppelblindstudien meist ein zumindest leicht positives Resultat herauskommt, auf statistischem Weg wieder aus der Welt geschafft werden.**

Zuerst einmal werden von den etwa 300 bekannten kontrollierten homöopathischen Doppelblindstudien<sup>26</sup> nach zwar einigermaßen transparenten, aber rein formal-statistischen Kriterien und ohne jegliche Berücksichtigung klinisch-homöopathischer Qualitätsaspekte 110 als Ausgangsmaterial für die Studie ausgewählt.<sup>27</sup> Dadurch wird die Ausgangslage der ja bereits durch die Beurteilungsmethode benachteiligten Homöopathie noch einmal etwas verschlechtert. So beträgt nach dieser Vorselektion z.B. der Anteil an klassisch-homöopathischen Arbeiten als potentiell wirksamste Anwendungsform der Homöopathie nur noch 16%! Weitere 7% fallen dann noch auf die Isopathie, welche v.a. bei individualisierter Anwendungs-

---

<sup>25</sup> Righetti, Argument Nr. 10 und 13, vgl. hierzu auch den oben erwähnten in Aussicht stehenden WHO-Bericht.

<sup>26</sup> Righetti Argument Nr. 13.

<sup>27</sup> Eine detaillierte Kritik dieser Auswahl findet sich in dem oben erwähnten, von Ihnen mit unterzeichneten Leserbrief an Lancet (4. Abschnitt).



form nach Reilly<sup>28</sup> zumindest als kurzfristiger Wirkungsnachweis ebenfalls noch recht gut geeignet ist. Mehr als drei Viertel der aufgenommenen Studien (76%)<sup>29</sup> betreffen dann aber nur noch eine rein schematische, nach schulmedizinischer Diagnostik eingesetzte Homöopathie!<sup>30</sup>

Die Egger-Studie behauptet nun zwar, dass man nur „wenig Evidenz dafür gefunden habe, dass die Behandlungserfolge ... der verschiedenen Arten von Homöopathie unterschiedlich seien ( $p = 0.636$ )“.<sup>31</sup> Schon die vorsichtige Formulierung weist aber auf die Gewagtheit dieser These hin. Dazu kommen noch die folgenden beiden wichtigen Aspekte:

- Der angegebene Wahrscheinlichkeitskoeffizient bezieht sich sehr wahrscheinlich nicht auf den einzig relevanten Unterschied zwischen den nur 18 klassisch-homöopathischen und den mindestens 83 (!) Studien mit rein schematischer Anwendung eines homöopathischen Mittels<sup>32</sup> in einfacher oder komplexer Form, sondern nur auf die durchschnittliche Differenz zwischen den vier von der Studie unterschiedenen Anwendungsformen.<sup>33</sup>

- Unter den 18 klassisch-homöopathischen Studien der Egger-Auswahl befinden sich alle 4 nachfolgend im Detail diskutierten Kopfschmerzstudien. Davon wurden in der bisherigen Literatur nicht weniger als 3, darunter bekanntlich ja auch Ihre Münchner-Studie, als negativ bewertet und so natürlich auch von der Egger-Studie übernommen. Es lässt sich nun aber im Folgenden detailliert nachweisen, dass diese Bewertungen allesamt fehlerhaft sind<sup>34</sup> und eine fachlich kompetente Neubeurteilung gerade auch der klassisch-homöopathischen Studien unbedingt notwendig ist. Damit müssten allein schon aufgrund meiner sehr begrenzten Kontrolle 3 negative klassisch-homöopathische Studien aus Eggers kleiner Auswahl umbewertet oder zumindest gestrichen werden, wodurch sich das Durchschnittsresultat dieser Mini-Gruppe natürlich bereits deutlich mehr zum Positiven wenden würde.

Damit kehren wir zurück zum Studienverlauf: Im nächsten Schritt wurde jeder der auf diese Weise selektionierten 110 Homöopathie-Studien eine schulmedizinische Publikation gegenübergestellt, welche punkto Thema und Bewertungsweise möglichst gut der homöopathischen Partnerstudie entspricht. Als diese beiden Studiengruppen dann aber formal bereinigt und statistisch vergleichbar einander gegen-

---

<sup>28</sup> S. oben. Es ist allerdings sehr fraglich, ob die Isopathie bei allen acht diesbezüglichen Studien tatsächlich wie bei diesem Autor klinisch individualisiert eingesetzt wurde. Viel eher handelt es sich sogar bei allen sechs neben den beiden Reilly-Studien noch verbleibenden isopathischen Arbeiten nur um schematisierte Einzelmittel-Anwendungen.

<sup>29</sup> Bei 44% der Studien wurde ein schematisiertes homöopathisches Einzelmittel, bei 32% ein Komplexmittel verabreicht. Das dann noch fehlende eine Prozent betrifft eine punkto Anwendungsform nicht klassifizierbare Studie.

<sup>30</sup> Shang S. 729.

<sup>31</sup> Shang S.729.

<sup>32</sup> Die in Anmerkung 28 erwähnten 6 Isopathie-Studien, welche sehr wahrscheinlich ebenfalls in der Mehrzahl nur rein schematisch waren, sind hier nicht mitgezählt, da isopathische Medikamente innerhalb der Homöopathie tatsächlich eine Sondergruppe darstellen.

<sup>33</sup> s. oben und Anmerkung 29. Durch die klinisch-homöopathisch unnötige Unterscheidung zwischen rein schematischer Einzelmittel- oder Komplex-Anwendung werden die Gruppenunterschiede natürlich potentiell noch flacher und unschärfer.

<sup>34</sup> die Beweisführung folgt unten.

über gestellt wurden, waren vermutlich auch die Berner Sozialmediziner anfänglich ziemlich überrascht von der Tatsache, dass die Erfolgsraten ziemlich ausgeglichen waren!

**I.5.3. Das eigentlich schon ziemlich sensationelle<sup>35</sup> Resultat, dass selbst bei dieser Selektion Homöopathie und Schulmedizin gesamthaft beide ziemlich ausgeglichene positive Resultate zeigen, wird nicht explizit erwähnt, sondern erscheint lediglich versteckt in einer Graphik.<sup>36</sup>**

Es brauchte also noch einen weiteren Ausgrenzungsschritt, um einen deutlichen statistischen Unterschied zu Ungunsten der Homöopathie zu kreieren. Hierzu gingen Egger & Co. von der primären Vermutung aus, dass die positiven Resultate für die Homöopathie allesamt durch einen so genannten „Bias“, d.h. eine künstliche Verzerrung der Studienresultate, hervorgerufen seien.<sup>37</sup> Aufgrund der Tatsache, dass bei schulmedizinischen Studien ein Bias umso seltener ist, je umfangreicher die Untersuchung ist, wurden für die Schlussbewertung nur die Studien höherer formaler Qualität und von diesen schliesslich nur noch die grössten verwendet.

**I.5.4. Erst nach einer aus klinisch-homöopathischer Sicht unakzeptablen Beschränkung der Analyse auf die 8 (!) grössten unter den formal besseren der 110 Basisstudien zeigt die Schulmedizin bei immer noch erhaltenem positivem Trend der Homöopathie ein deutlich besseres Resultat.**

Die Namen der acht zu diesem Schlussvergleich ausgewählten homöopathischen Studien habe ich leider trotz wiederholter telefonischer und schriftlicher Anfrage bei mehreren StudienmitarbeiterInnen inklusive Chef bisher nicht erfahren können. Marco Righetti als Forschungsspezialist des SVHA hat aber in seiner fundierten Kritik die wahrscheinlich verwendeten umfangreichsten Homöopathie-Studien trotzdem mit einiger Sicherheit identifizieren können. Erwartungsgemäss handelt es sich ausnahmslos um rein schematische Anwendungen von homöopathischen Einzel- oder Komplexmitteln!<sup>38</sup>

---

<sup>35</sup> So Frass S. 1. Zudem war die formale Studienqualität in der Homöopathiegruppe besser, auch waren ihre Resultate weniger heterogen (Shang S. 729).

<sup>36</sup> Shang S. 729, Abb. 2. Dementsprechend fehlt auch eine genauere quantitative Analyse dieses Resultates, jedoch kann aufgrund der Graphik die Differenz zwischen Schulmedizin und Homöopathie keinesfalls sehr gross sein. Das unerwartet schlechte Abschneiden der Schulmedizin bei diesem Vergleich ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass Effekte von derart klarer Evidenz wie der Erfolg von Kortison bei einem Arthritisschub, wo die Schulmedizin gegenüber der Homöopathie am meisten punkten könnte, vernünftigerweise kaum mehr doppelblind untersucht werden.

<sup>37</sup> Die geläufigste Ursache eines solchen Bias ist die Tatsache, dass negative Studien weniger oft als positive zur Publikation gelangen. Eine weitere Bias-Quelle ist eine schlechte methodologische Studienqualität.

<sup>38</sup> Righetti Argument 20.

### **I.5.5. Wie die Frei-Studie exemplarisch zeigt, können die bestqualifizierten klassisch-homöopathische Doppelblindstudien nur einen begrenzten Umfang haben.**

Es ist ja logisch, dass in der klassischen Homöopathie im Gegensatz zur Schulmedizin Studien mit der höchsten Teilnehmerzahl niemals diejenigen mit der höchsten klinischen Qualität sein können. Nehmen wir als Beispiel die wahrscheinlich beste und gleichzeitig auch neueste klassisch-homöopathische Doppelblindstudie, nämlich die sehr eindrückliche Arbeit von Frei mit lerngestörten hyperaktiven ADHD-Kindern.<sup>39</sup> Diese ironischerweise ebenfalls in diesem Jahr an der Universität Bern abgeschlossene, aber sowohl von Egger als auch von Lancet bisher völlig totgeschwiegene Arbeit erfüllt selbst die strengsten Doppelblind-Kriterien. Sogar das für einen homöopathischen Versuch besonders heikle Manöver des Crossover<sup>40</sup> wurde durchgeführt. Das Ergebnis ist auch unter diesen härtesten Bedingungen signifikant positiv, und man darf wirklich darauf gespannt sein, auf welchen Bias die schulmedizinischen Kritiker dieses Resultat zurückführen werden...

Die Arbeit Heiner Freis ist jedoch nicht nur aus schulmedizinisch-statistischer, sondern auch aus klinisch-homöopathischer Sicht fast<sup>41</sup> ideal konzipiert: Bei einer guten Indikation mit individueller Mittelwahl wird das uneingeschränkte Können des wohl besten klassisch-homöopathischen Spezialisten auf diesem Gebiet gegen Plazebo getestet. Mit 86 teilnehmenden Kindern und Jugendlichen bewegte sich diese ein jahrelanges Engagement erfordernde Studie aber bereits an der obersten Kapazitätsgrenze eines einzelnen homöopathischen Arztes. Eine grössere Studie aber wäre nur mit einem Riesenaufwand und einem mehrköpfigen Aertzeteam durchführbar, welches derzeit in vergleichbarer Qualität aber wohl kaum auf die Beine zu stellen wäre.<sup>42</sup>

---

<sup>39</sup> Frei 2005.

<sup>40</sup> = Austausch von Plazebo- und Verum-Gruppe im Verlauf der Studie, wodurch Randomisierungsartefakte minimiert werden können (vgl. hierzu die zahlreichen Beispiele von Randomisierungsproblemen in den nachfolgend besprochenen Studien). Die ausgesprochenen Langzeit-Wirkungen einer klassisch-homöopathischen Behandlung können bei diesem Prozedere das Studienresultat aber erheblich verwässern, was die Frei-Studie aber offensichtlich gut verkraften konnte.

<sup>41</sup> Es verbleibt allerdings das prinzipiell schwierige psychologisch-ethische Setting von Doppelblindstudien, welches für die klassische Homöopathie mit ihrer engen Arzt-Patient-Beziehung immer besonders belastend ist.

<sup>42</sup> Natürlich beschränkt sich damit auch die Aussagekraft der Studie Freis auf dessen individuelle homöopathische Leistung. Für den prinzipiellen Wirkungsnachweis der Homöopathie bzw. den Beweis, dass der Behandlungserfolg grundsätzlich von der homöopathischen Medikation und nicht von den psychotherapeutischen oder gar magisch-schamanistischen Qualitäten deRS AErztEINS abhängt, spielt dies aber keine Rolle. - Die durchschnittliche Erfolgsrate einer klassisch-homöopathischen Praxis beim kindlichen ADHD-Syndrom würde einer grundlegend anderen klinischen Fragestellung entsprechen. Wir werden auf dieses auch für Ihre Münchner-Studie nicht ganz unwichtige Problem nochmals kurz zu sprechen kommen.

### **I.5.6. Schematisierte Massenstudien sind für die Homöopathie nicht repräsentativ**

Vergleichen wir nun diese sorgfältig individualisierte homöopathische Massarbeit mit einer der schematisierten Massenstudien der Egger-Auswahl: Da wurde z.B. in Indien bei einem Kollektiv von 1306 Schulkindern mit Konjunktivitis einzig und allein das keineswegs sehr breit wirkenden Pflanzenmittel Euphrasia in Hochpotenz eingesetzt.<sup>43</sup> Bei diesem einfachsten Konzept ergeben sich natürlich auch bei einer umfangreichen Studie für die Homöopathie keine grösseren Probleme als für die Schulmedizin. Ebenso wenig überraschend ist dann allerdings auch das Null-Resultat dieser sich nur noch in der Anwendung des Mittels in Hochpotenz von einfachster allopathischer Phytotherapie unterscheidenden Studie.<sup>44</sup>

Doch selbst bei dieser sehr einseitigen Auswahl von acht derartigen Studien ergab sich noch immer ein leicht positives Durchschnittsresultat. Erst mittels eines komplizierten, in schwer verständlichem Statistiker-Latein vorgetragenen Extrapolationsverfahrens gelingt es der Egger-Studie dann, aus dieser Gruppe dann auch noch ein absolutes Null-Resultat für die Homöopathie zu extrahieren...<sup>45</sup>

\*

Damit kehren wir wieder zurück zur Analyse der für die wissenschaftliche Objektivierung der Homöopathie brauchbareren Studienansätze. - Die oben erwähnten Arbeiten Reillys zeigen also noch besser als die postoperativen Opium-Versuche, dass bei geeignetem Design bereits eine nur ganz beschränkt individualisierte homöopathische Standard-Behandlung im Doppelblindversuch zumindest kurzfristig statistisch signifikant positive, wenn auch keineswegs überwältigende klinische Resultate zeigen kann.

### **I.6. Die pädiatrische Durchfall-Studie von Jacobs als bestes Beispiel einer grösseren, multizentrischen Studie mit einfacher homöopathischer Individualisierung bei einer guten Indikation**

In einer neueren Doppelblind-Studie ist das Prinzip einer zumindest ganz einfachen klassisch-homöopathischen Individualisierung durch ein grösseres Aerzteam bei einer guten Akut-Indikation auch auf eine grössere Patientenzahl angewandt worden. Die amerikanische Aerztin J. Jacobs führte in Entwicklungsländern drei Studien zur Behandlung kindlicher Diarrhoe durch, welche die klinische Beeinflussbarkeit des menschlichen Darms durch Hochpotenzen definitiv beweisen. Bei insgesamt 242 Kindern mit akutem Durchfall wurde aus einer relativ kleinen

---

<sup>43</sup> Righetti, Argument 20.

<sup>44</sup> Das oben diskutierte leicht positive meta-analytische Resultat des schematisierten postoperativen Opium-Einsatzes zeigt aber, dass bei etwas besserer Indikation auch derartige Studien beschränkt zum Wirkungsnachweis von Hochpotenzen tauglich sein können.

<sup>45</sup> Shang S. 730.

Hauptgruppe von Arzneien das passende ausgewählt und - begleitet von den üblichen oralen Rehydrierungsmassnahmen - als immaterielle Arzneihochpotenz (C 30) oder Placebo in wiederholten, aber sorgfältig überwachten und genau dem klinischen Bedarf angepassten Dosen verabreicht. Die Krankheitsdauer verkürzte sich unter Verum statistisch signifikant um immerhin fast 20%.<sup>46</sup>

Diese Studie zeigt nochmals, dass die Wirkung homöopathischer Hochpotenzen bei geeignetem, einfachen Design zumindest bei akuten Krankheiten auch in einer grösseren Doppelblindstudie nachgewiesen werden kann, wobei allerdings mit recht kleinen Effekten gerechnet werden muss. - Nach dieser kurzen Übersicht wollen wir uns nun am Beispiel der Migräne und verwandter Kopfschmerzformen dem schwierigeren Thema chronischer Krankheiten bei Erwachsenen und damit auch der bisher viel zuwenig bekannten Problematik Ihrer Studie zuwenden.

## **II. Chronische Kopfschmerzen – eine Idealindikation für individualisierte homöopathische Doppelblindstudien?**

### **II.1. Schon Hahnemann stiess hier an seine Grenzen ...**

Bei den Kopfschmerzstudien ergibt sich zuerst einmal die grundsätzliche Frage der Brauchbarkeit chronifizierter Kopfschmerz-Syndrome für einen homöopathischen Doppelblindversuch. Da habe ich einige Vorbehalte. Wie mir wohl jedeR erfahrene PraktikerIn beipflichten wird, können chronifizierte, sehr oft komplex überlagerte Kopfschmerz-Syndrome selbst für dieN bestqualifiziertenN AErztIn ausgesprochene therapeutische Knacknüsse sein.

Dies galt bereits für den Altmeister der Homöopathie. Als Beispiel sei der vielschichtige und mit einer Krankheitsdauer von 16 Jahren erheblich chronifizierte Fall des 63-jährigen Marquis of Anglesea angeführt.<sup>47</sup> Bei diesem neuralgiformen Dauerschmerz-Syndrom musste selbst der schon auf der Höhe seiner Kunst stehende Hahnemann über drei Jahre hinweg eine Vielzahl von Heilmitteln<sup>48</sup> und flankierenden Massnahmen einsetzen, und dies – wie neuere Forschungen gezeigt haben - mit zumindest bezüglich Schmerzparameter nicht gerade spektakulärem

---

<sup>46</sup> Jacobs S. 231.

<sup>47</sup> Seiler 1988 S. 145ff.

<sup>48</sup> Während eines Aufenthaltes in Paris erhielt der Patient im Rahmen einer persönlichen Intensivbehandlung durch Hahnemann in knapp zwei Monaten bei entsprechend häufigen Konsultationen nicht weniger als 8 verschiedene Arzneien! Derartige mit Akutbehandlungen vergleichbare Verordnungsfrequenzen können bei chronischen Krankheiten mit täglichem Symptomendruck auch nach meiner Erfahrung durchaus notwendig sein.

Langzeit-Resultat!<sup>49</sup> - Daneben ist von ihm allerdings auch ein weniger schwieriger Migräne-Fall bei einer jungen Frau bekannt, wo bereits nach zwei Monaten eine dauerhafte Heilung gelang, allerdings erst nach einer deutlichen Erstverschlimmerung.<sup>50</sup>

## II.2. Migräne kann auch eine wichtige Ventilfunktion haben

Obwohl es also durchaus auch relativ problemlos verlaufende Fälle gibt, sind komplexe körperliche und vor allem auch seelische Überlagerungen bei chronifizierten Kopfschmerzsyndromen sehr häufig und bedingen ein entsprechend differenziertes und umsichtiges Vorgehen. Dies vor allem auch angesichts der ganzheitsmedizinisch höchst bedeutungsvollen und heute sogar schulmedizinisch dokumentierten Tatsache, dass vor allem die typische Migränekrankheit auch eine gewisse Schutz- bzw. Blitzableiter-Funktion für noch schwerere Krankheiten haben kann.<sup>51</sup> Gerade bei scheinbar glatt verlaufenden Fällen muss deshalb auch die homöopathische AErztIn ein besonders wachsames Auge auf negative, zentripetale Symptomverschiebungen haben. Mir sind z.B. in bald 30-jähriger Praxis leider immerhin zwei - allerdings durch erhebliche, trotz aller Bemühungen nicht behebbare Risikofaktoren belastete<sup>52</sup> - Fälle vorgekommen, wo nach Besserung der Kopfschmerzen sogar ein Malignom auftrat bzw. manifest wurde!<sup>53</sup> Dies bestätigt meine Erfahrung, dass ein komplex überlagerter chronischer Kopfschmerzfall ganzheitsmedizinisch betrachtet durchaus den therapeutischen Schweregrad einer Krebserkrankung erreichen kann.

Umso lieber sehen wir deshalb bei diesen PatientInnen eine deutliche Erstverschlimmerung oder noch besser eine direkte zentrifugale Entwicklung wie z.B. das (Wieder-)Auftreten einer chronischen Sinusitis oder eines Hautleidens, welche mit einer betont langsamen und auch psychosomatisch gut integrierten Besserung der Kopfschmerzen einhergeht. - Die bis in Ärztekreise hinein verbreitete Vorstellung der Migräne als Paradebeispiel eines rein psychovegetativ-hysterischen und relativ leicht beeinflussbaren Krankheitsbildes ist also alles andere als richtig.

Dies genügt wohl schon zum Beweis dafür, dass chronische Kopfschmerzen nur sehr beschränkt für den stets relativ kurzfristigen Wirksamkeitsnachweis der Homöopathie mittels Doppelblindstudie geeignet sind. Dennoch können derartige Studien - wie ich im Folgenden kurz darlegen möchte - bei geeignetem Design und klinisch kompetenter Interpretation durchaus interessant sein. Dies bedingt

---

<sup>49</sup> Der ehemalige Waterloo-General war trotz vorübergehend guter Teilerfolge schliesslich mit dem langsamen Gesamtfortschritt nicht mehr zufrieden und wandte sich von Hahnemann wieder ab. Immerhin aber erreichte er trotz seines chronischen Leidens das für die damalige Zeit sehr respektable Alter von 86 Jahren (neuere Literatur beim Verfasser).

<sup>50</sup> Seiler 1988 S. 125. Von diesem nur durch ein Patienteninterview dokumentierten Fall kennen wir leider keine weiteren therapeutischen Details. Bemerkenswert aber ist, dass sich die Patientin noch gut daran erinnerte, dass Hahnemann auch auf die psychologischen Aspekte ihres Falles sehr genau einging.

<sup>51</sup> Straumsheim S. 4.

<sup>52</sup> in einem Fall Rauchen und im anderen eine nicht lösbare psychische Dauerbelastung.

<sup>53</sup> S. hierzu auch unten!

aber, dass sie nur von den erfahrensten homöopathischen ÄrztInnen konzipiert, geleitet und beurteilt werden – und nicht von medizinisch meist zu wenig kompetenten Geistes- und Sozialwissenschaftlern!

### **III. Die klassisch-homöopathischen Migräne- und Kopfschmerz-Studien**

#### **III.1. Die legendäre italienische Migräne-Studie von Brigo und Serpelloni**

Diese individualisierte Doppelblindstudie mit deutlich positivem Resultat war der Grund dafür, dass Kopfschmerz-Studien in der wissenschaftlichen Homöopathie-Diskussion einen derart hohen und – wie oben gezeigt – keineswegs ganz angemessenen Stellenwert bekamen. Heute steht ja Brigos Studie neben den nach Ihrer Aussage völlig negativen Folgestudien recht isoliert da, was zum gegenwärtigen meta-analytischen Chaos und damit auch zu Ihrer nicht-kausalen Hexerei-Interpretation der Homöopathie wesentlich beigetragen hat.

Die Brigo-Studie umfasst 60 chronische, mehrjährige Migräne-Fälle. Es wird kritisiert, dass die Diagnose „Migräne“ fachärztlich nicht ganz entsprechend den heutigen Kriterien gesichert sei, was aber im Vergleich zu den nachfolgenden Migräne-Studien sicher keine entscheidende Rolle spielt. Das wichtigste Migränekriterium, nämlich das anfallsweise Auftreten von sich in typischer Weise über längere Zeit auf- und abbauenden Schmerzkrisen, erfüllt die Studie mit Sicherheit.<sup>54</sup>

##### **III.1.1. Günstigere Altersstruktur als bei der Münchner Studie**

Wesentlicher ist wohl, dass bei Brigo und Serpelloni bei der Randomisierung ein recht deutlicher Zufallsfaktor zugunsten der homöopathischen Verum-Gruppe ins Spiel kam: Bei den italienischen Placebo-PatientInnen betrug die durchschnittliche Krankheitsdauer 19 Jahre, bei der der Verum-Gruppe nur 14! Dieser Glücksfaktor zugunsten der Homöopathie von gegen 30% hat zwar die Statistiker offenbar nicht gestört und kann auch nicht allein für das positive Resultat der Studie verantwortlich sein. Hingegen könnte er dessen überraschenden Deutlichkeitsgrad sehr wohl beeinflusst haben. Wie wir noch sehen werden, können sich bei den relativ geringen Fallzahlen der homöopathischen Migränestudien derartige statistische Ausrutscher schon deutlich auswirken.

Werfen wir diesbezüglich schon einmal einen vergleichenden Blick auf Ihre Studie: Hier betrug die auf beide Gruppen gleichmässig verteilte durchschnittliche Krankheitsdauer nicht weniger als 23 Jahre! Dies ist schon im Gesamtdurchschnitt deutlich länger als bei Brigo (16,3 J.), was sich auch in einem über 10 Jahre höheren Durchschnittsalter der PatientInnen (48,5 vs. 37,5 J) ausdrückt. Noch krasser wird

---

<sup>54</sup> S. hierzu auch unten.

der Unterschied beim Vergleich der beiden Verum-Gruppen: Die homöopathische Gruppe Ihrer Studie weist gegenüber derjenigen von Brigo eine um deutlich mehr als die Hälfte längere Krankheitsdauer (14 vs. 23 J.) bei einem Altersunterschied von nun sogar 14 Jahren (37 vs. 51<sup>55</sup> J.) auf!

Doch davon später mehr, kehren wir zurück zu der italienischen Studie!

### **III.1.2. Weitere Vorteile der Brigo-Studie**

Die durchschnittliche, auf beide Gruppen sehr ausgeglichen verteilte Anfallshäufigkeit war mit 10 Migräneattacken pro Monat ausserordentlich hoch.<sup>56</sup> Diese hohe Anfallsfrequenz hat jedoch den grossen Vorteil, dass sich therapeutische Effekte nach viel kürzerer Zeit auf die Anfallshäufigkeit auswirken, als wenn das untersuchte Kollektiv z.B. nur 2 Attacken im Monatsdurchschnitt aufweisen würde. Gerade bei den relativen kurzen, auch für die Folgestudien geltenden Laufzeiten von wenigen Monaten kommt dieser Faktor sehr zum Tragen. Ähnliches gilt auch für die durchschnittliche Schmerzintensität, welche mit 8,7 VAS<sup>57</sup> bei den italienischen PatientInnen sehr hoch lag.<sup>58</sup>

Ebenso wichtig wie diese statistischen Besonderheiten der Brigo-Studie aber ist ihr spezifisches klinisch-homöopathisches Konzept: Der vor der Randomisierung allein über das Behandlungskonzept entscheidenden Arzt nahm lediglich PatientInnen auf, auf welche eine Erstmedikation mit Nat-m, Sil, Lach oder Sulph passte. PatientInnen mit anderen Konstitutionsbildern wurden ausgeschlossen, so z.B. ganz ausdrücklich gerade auch der bei Migräne recht häufige Konstitutionstyp Sepia. Dies wurde in keiner der Folgestudien so restriktiv gehandhabt und könnte ebenfalls ein wichtiger Grund für deren divergierende Resultate sein: WelcheR homöopathische AErztIn würde daran zweifeln, dass z.B. gerade mit den Sepia-PatientInnen ein therapeutisch ganz besonders problemträchtiges Grüppchen ausgeklammert wurde? Andererseits finden wir – wie noch zu zeigen ist - in keiner anderen Migräne-Studie einen derart hohen Prozentsatz von Silicea-Verordnungen. Silicea-PatientInnen sind aber nicht nur für ihre sprichwörtliche Zuverlässigkeit bekannt, sondern sie reagieren nach meiner Erfahrung bei richtiger Indikationsstellung auch therapeutisch in der Regel überdurchschnittlich dankbar und konstant. - Diese spezifische Typenwahl hat damit eventuell ebenfalls noch zum überraschenden Resultat der Brigo-Studie beigetragen.

Dazu kommt, das Brigo als allein verordnender Spezialist für Migränebehandlung möglicherweise homöopathische Qualitäten einbringen konnte, welche den AErztInnen der Nachfolgestudien schlichtweg nicht zur Verfügung standen. Dies ist ein

---

<sup>55</sup> Die Verum-Gruppe ist in Ihrer Studie durch ein immerhin etwa 10% höheres Alter noch zusätzlich leicht benachteiligt, bei Brigo ist dieser Faktor völlig ausgeglichen.

<sup>56</sup> Zur Problematik Ihrer noch höheren „Kopfschmerzfrequenzen“ s. unten.

<sup>57</sup> Verwendet wurde hier eine 10er-Skala.

<sup>58</sup> Man kann sich fragen, ob bei diesen sehr hohen Werten der Schmerzparameter in einer italienischen Studie auch noch ein populationsspezifischer „Mamma-mia-Faktor“ mit hineinspielte. Da dieser aber doppelblind für beide Gruppen gelten würde, kann er nur das quantitative, nicht aber das qualitative Resultat der Studie beeinflusst haben. Es würde dann ja auch für Placebo ein identischer Verstärkungsfaktor gelten.



weiterer Faktor, der zu dem überdurchschnittlichen Erfolg seiner Studie beigetragen haben könnte.<sup>59</sup>

Neben den vier genannten, mehr chronisch-konstitutionell gelagerten Mineral- und Tierstoff-Arzneien standen dem Arzt aber auch noch die eher akut bzw. ausleitend wirkenden Pflanzenmittel Bell, Ign, Gels und Cycl zur Verfügung. Diese wurden aber ausnahmslos nur für die ebenfalls zur Wahl stehende anschließende Zweitmedikation verschrieben. Von dieser Möglichkeit wurde in der Mehrzahl der Fälle (2/3) Gebrauch gemacht.

Die Medikation wurde ohne Vorlauf direkt anschliessend an die Fallaufnahme in nur vier zweiwöchentlichen Einzeldosen von C 30 verabreicht. Die PatientInnen mit Doppelverordnung erhielten das Grund- und Folgemittel alternierend,<sup>60</sup> es wurde also in jedem der beiden Therapiemonate nur eine einzige Behandlungssequenz verabreicht. Diese im Vergleich zu den Folgestudien sehr zurückhaltende Dosierung mag dazu beigetragen haben, dass in der italienischen Studie homöopathische Erstreaktionen wie auch sonstige Nebenwirkungen weder klinisch noch statistisch erwähnenswert wurden.

Nach dieser zweimonatigen Behandlungsphase erfolgte die erste Zwischenkontrolle. Nach einer ebenso langen medikamentenfreien Nachbeobachtungsphase wurde dann das Endresultat festgehalten. Die genaue Erfassung der klinischen Daten oblag ebenfalls dem behandelnden Arzt. Diese rein ärztliche Erfassung der Studienergebnisse ist – wie wir ebenfalls noch sehen werden – ebenfalls einer der Vorteile der Brigo-Studie.<sup>61</sup>

Ein weiterer Vorteil ist, dass nur minimal in das gewohnte therapeutische Setting der PatientInnen eingegriffen wurde: Es erfolgte kein Kaffee-Entzug<sup>62</sup> und keine Umstellung oder Ermahnung zur Minimierung der bisher zur Schmerzbekämpfung verwendeten Medikamente. Der allopathische Medikamentenverbrauch wurde jedoch ebenfalls in der Krankengeschichte festgehalten. Verboten wurde lediglich die Verwendung von Kampher und Menthol, ein erfahrungsgemäss nur minimaler Eingriff in die Lebensweise der PatientInnen ohne nennenswerten Einfluss auf die Migräneparameter.

---

<sup>59</sup> Vgl. hierzu die ähnliche Situation bei der Frei-Studie und die dortigen Anmerkungen.

<sup>60</sup> Diese in der Originalpublikation fehlende Präzisierung hat mir Brigo mündlich mitgeteilt.

<sup>61</sup> Der mögliche Vorwurf, dass bei diesem Auswertungsverfahren die positive Erwartungshaltung des Untersuchers das Resultat verfälscht, ist unbegründet. Das Doppelblindverfahren bewirkt ja auch hier, dass sich eine eventuelle zu positive ärztliche Erfolgsbeurteilung auf beide Gruppen gleich auswirkt und sich damit wiederum höchstens in einem auch für Placebo geltenden überhöhten Gesamtergebnis niederschlagen kann.

<sup>62</sup> In einer italienischen Studie sowieso fast ein Ding der Unmöglichkeit! - Doch Spass beiseite: Kaffee ist bei Migräne das beste und geläufigste Phytotherapeutikum. Seine Reduktion hat also – wie wir noch sehen werden – wie jeder Medikamentenentzug sicher Einfluss auf die Erfolgsparameter einer Migränestudie. Die Erstwirkung des Entzuges ist praktisch immer negativ, kann dann aber von einer komplexen und m.W. bei Migräne bisher nicht systematisch erforschten positiven Nachwirkung gefolgt sein.

### **III.1.3. Geschickte Kombination von Basismedikation und Folgemittel**

In der 30 Fälle umfassenden Verum-Gruppe erhielten 14 PatientInnen (also fast die Hälfte!) als Erstmedikation Nat-m, davon 6 für die ganze Behandlungsdauer von zwei Monaten. Diese Spitzenposition des Kochsalzes werden wir – allerdings weniger ausgeprägt - auch bei Ihnen und den anderen dokumentierten Studien finden. Dies in bereits erwähntem Gegensatz zu der fast gleich oft verschriebenen zweithäufigsten Medikation Silicea (12 Erstverordnungen, davon 4 als Monotherapie). Weit abgeschlagen folgen dann Sulph (3) und Lach (1), welche beide Verordnungen zudem stets durch eine Zweitmedikation ergänzt wurden.

Bei den insgesamt 20 Zweitverordnungen schwang das typische Akutmittel Bell mit 10 Verschreibungen weit obenauf, gefolgt von Gels (5), Ign (3), Cycl (1) und dem in einem Fall auch als Zweitmittel verabreichten Lach. Die genauen Mittelfolgen lauteten: Nat-m – Bell (5), Sil – Gels (3), in je 2 Fällen Sulph – Bell, Sil – Bell, Nat-m – Gels und Sil - Ign sowie schliesslich in je einem Fall Lach – Bell, Sil - Cycl, Nat-m – Ign und Sulph – Lach. - Auch diese in keiner anderen dokumentierten Studie zu findende Verordnungshäufigkeit von Belladonna als Zweitmittel mag zu dem spezifischen Erfolg der Studie beigetragen haben. Auch ich staune immer wieder, wie effektiv eine richtig platzierte Zwischengabe der von Hahnemann zu Recht als göttliches Mittel bezeichneten Tollkirsche den Heilverlauf gerade bei schweren, chronifizierten Fällen optimiert!

### **III.1.4. Ein fast allzuschönes Resultat ...**

Der bereits erwähnte Erfolg der Studie war schon nach 2 Monaten in allen Bereichen erstaunlich: Die Anfallsfrequenz als am besten objektivierbarer Migräne-Parameter nahm in der Verum-Gruppe um etwa 70% ab, während es bei der Placebo-Gruppe nur 20% waren! Dieser Effekt verstärkte sich auf über 80% in der Nachwirkungsphase. Bei der Placebo-Gruppe hingegen zeigten die Migräneparameter nach den letzten beiden Studienmonaten insgesamt wieder eine ansteigende Tendenz, wie dies für ein Scheinmedikament typisch ist.

Auch die Schmerzintensität reduzierte sich deutlich, wenn auch deutlich weniger drastisch als die Anfallsfrequenz. Auf der VAS-Skala zeigte sich bei der Homöopathie-Gruppe eine Reduktion von über 60%, während es unter Placebo deutlich weniger als 10% waren. - Ähnlich deutlich fielen die Resultate für den Medikamentenverbrauch und die Dauer der Anfälle aus.

Es scheint, dass die geschickte Kombination und sorgfältige Dosierung von Basis- und Folgemittel zusammen mit einer günstigen homöopathischen Gruppenauswahl und einer guten Prise statistischen Glücks den Erfolg der Brigo-Studie erklären. - Aber schauen wir uns zuerst die anderen von Ihnen als Gegenbeweis angeführten Studien an!

## **III.2. Die Glasgower Migräne-Studie von Whitmarsh – eine genaue Reproduktion der Brigo-Studie?**

Diese Untersuchung bezeichnen Sie als „direct replication“, also als direkte Reproduktion der Brigo-Studie. Wie unhaltbar diese Behauptung ist, zeigt ein genauere Vergleich der beiden Konzepte:

Wirklich gemeinsam ist lediglich die Anzahl von je 30 PatientInnen in den beiden Vergleichsgruppen, wobei die Migränediagnose nun genau nach den geltenden Regeln gestellt wurde. Die genaue durchschnittliche Krankheitsdauer wird nicht angegeben,<sup>63</sup> welcher bedauerliche Mangel die Vergleichbarkeit bereits etwas erschwert. Das Durchschnittsalter liegt mit 41 Jahren etwas näher bei der italienischen (37 J) als bei Ihrer Studie (48.5 J).

Die gemittelte initiale Anfallsfrequenz hingegen ist ganz wesentlich geringer als in der Brigo-Studie. Sie ist leider nicht genau angegeben, indirekt aber kann man ableiten, dass sie ursprünglich bei weniger als 4 Anfällen pro Monat lag (bei Brigo 10/Mt!). PatientInnen mit über 8 Attacken wurden sogar von der Studie ausgeschlossen! Allein schon dieser Faktor könnte wesentlich dazu beigetragen haben, dass das Studienresultat wesentlich weniger deutlich positiv ausgefallen ist als dasjenige Brigos.

Die Gesamtdauer der Studie beträgt zwar ebenfalls 4 Monate, jedoch mit einem völlig anderen Konzept: Anschliessend an die homöopathische Fallaufnahme, welche auch hier durch einen einzelnen Arzt erfolgt, wird als an sich interessante Neuerung im ersten Monat ein Placebo-Vorlauf für beide Gruppen durchgeführt. Dann erst folgt die dreimonatige Therapiephase (bei Brigo nur zwei Monate) und anschliessend ohne Abwarten einer allfälligen Nachwirkung direkt die Schlussbeurteilung (bei Brigo zwei Monate medikamentenfreie Nachwirkungszeit). Ab Beginn des Placebo-Run-in erfassten die PatientInnen ihr klinisches Befinden mittels eines detaillierten Tagebuches. Wichtigster Erfolgsparameter war auch hier die Anfallsfrequenz, der Schweregrad der Anfälle wurde lediglich durch eine grobe Einteilung in drei Intensitätsstufen erfasst.

### **III.2.1. Andere Arzneiauswahl und häufigere Gaben nur eines Mittels**

Die verabreichte Potenz war wie bei der italienischen Studie C 30, wobei als potentiell ebenfalls wesentliche Änderung zwei Gaben wöchentlich verabreicht wurden (bei Brigo nur eine Gabe in zwei Wochen). Durch diese viermal häufigere Wiederholung der Arzneigaben wurde das Risiko von Erstreaktionen deutlich erhöht. - Wesentliche Eingriffe in das Patientenverhalten wie Kaffeentzug und Modifikation der allopathischen Medikation bereits zu Therapiebeginn erfolgten hingegen auch in der Glasgower-Studie nicht, jedenfalls ist hierzu nichts dokumentiert.

Hingegen wurde auch das homöopathische Spektrum der Studie gründlich verändert. Es wird zwar wiederum lediglich eine begrenzte Zahl homöopathischer Erstdiagnosen zur Studie zugelassen. Neu stehen hierzu nun aber insgesamt 11 Mittel zur Verfügung, von welchen jedoch für die ganzen drei Behandlungsmonate nur

---

<sup>63</sup> Minimales Einschlusskriterium waren lediglich mindestens zwei Jahre Krankheitsdauer.

eines gewählt werden darf. Die geschickte Kombination von Primär- und Folgemittel ist nun natürlich nicht mehr möglich.

Den 8 Arzneien der Brigo-Studie entsprechen zudem nur noch Nat-m, Sil, Sulph und Lach sowie das Pflanzenmittel Bell; neu dazu kommen hingegen Sepia (!) und Kali-bi, dazu die pflanzlichen Mittel Nux-v, Bry, Sang und Iris (Ign, Gels und Cycl fallen weg). Die schwierige Sepia-Gruppe kommt nun also auch ins Spiel, und zwar in erheblichem Ausmass: In der ebenfalls 30-köpfigen Verum-Gruppe von Whitmarsh ist Sepia zusammen mit Nat-m mit je 8 Verschreibungen die häufigste Verordnung! Es folgen Sulph (5), Nux-v (3), Sang und Sil (je 2)<sup>64</sup> und schliesslich Bell<sup>65</sup> und Bry mit je einer Verordnung.<sup>66</sup> Kali-bi und Iris wurden überhaupt nicht verwendet.

### III.2.2. Eine böse Überraschung schon beim Plazebo-Vorlauf

Obwohl die PatientInnen bei Studienbeginn möglichst gleichmässig auf die zukünftige Verum- und Placebo-Gruppe verteilt wurden, ergab die einleitende, für das ganze Kollektiv geltende Placebophase eine böse Überraschung: Anstelle der zu diesem Zeitpunkt noch zu erwartenden Homogenität des Kollektivs wiesen die Tagebücher der nachmaligen Placebo Gruppe statistisch signifikant häufigere, wenn auch durchschnittlich leichtere Attacken auf! In der Verum-Gruppe hingegen rapportierten dafür ebenfalls signifikant mehr PatientInnen, dass sie bereits von der Placebo-Medikation eine positive Wirkung verspürt hätten! - In Zahlen ausgedrückt stieg die Anfallsfrequenz der Placebo-Gruppe vom leider nicht genau bekannten Ausgangswert von etwas unter 4 auf 4,32,<sup>67</sup> während das Verum-Kollektiv auf 3,13 absank. - Offensichtlich führten gegenläufige und in den beiden Gruppen unterschiedlich wahrgenommene Einflüsse zu der offensichtlichen Falschmeldung, dass das eine Placebo positiv und das andere negativ gewirkt habe!

Handelt es sich beim verfrühten Positiveffekt der nachmaligen Verum-Gruppe nun etwa um eine magische, nichtkausale Vorauswirkung der Homöopathie? - Wohl kaum, denn es lässt sich leicht eine rationale Erklärung finden: Schon im Placebo-Run-in war ja das Gesamtkollektiv tatsächlich und objektiv mindestens zwei teilweise gegenläufigen Faktoren ausgesetzt. Der eine war der zu erwartende und recht gut bekannte Placebo-Effekt, den beide Gruppen nach einem Monat noch immer als zumindest leichte Besserung hätten wahrnehmen müssen. Der zweite Einfluss war die Führung des Patiententagebuches, was – wie wir in der nachfolgenden Studie noch besser sehen werden – bei MigränepatientInnen offensichtlich anfänglich zu einer verstärkten Selbstwahrnehmung und damit zu einer deutlichen scheinbaren Zunahme der Symptomatik führen kann.

Ein zusätzlicher Faktor, der möglicherweise sogar objektiv migräneverstärkend wirkte, könnte auch eine gewisse nervliche Anspannung bei Therapie- und Tage-

<sup>64</sup> Vgl. Brigos 12 Silicea-Verordnungen.

<sup>65</sup> Bei Brigo 10 Verordnungen.

<sup>66</sup> Die hier erfreulicherweise ebenfalls dokumentierte Placebo-Gruppe wies erwartungsgemäss ein vergleichbares Verordnungsmuster auf.

<sup>67</sup> Also etwa um 10%.

buchbeginn gewesen sein. Im diesem Zusammenhang wäre es auch denkbar, dass in Erwartung einer deutlichen Wirkung der neuen Placebo-Medikation die alte auf eigene Initiative anfänglich zu schnell abgebaut wurde.

Von all den genannten Faktoren weiss man (oder kann zumindest logischerweise annehmen), dass sie mit zunehmender Studiendauer wieder abnehmen.

### **III.2.3. Ein Randomisierungsartefakt als wahrscheinliche Ursache**

Aufgrund eines von der Randomisierung der Glasgower-Studie nicht tangierten psychosomatischen Faktors war nun offenbar die Empfänglichkeit für mindestens zwei gegenläufige Einflüsse in den beiden Studiengruppen unterschiedlich: Die Verum-Gruppe reagierte deutlicher auf den positiven Placebo-Effekt und die offenbar eher negativer eingestellte Placebo-Gruppe stärker auf einen oder mehrere der potentiell symptomverstärkenden Einflüsse! Eine mögliche Erklärung für dieses unterschiedliche Verhaltensmuster der beiden Gruppen ist das erstaunliche Zufallsereignis, dass von den insgesamt 5 Lachesis-PatientInnen unter den 60 StudienteilnehmerInnen ausnahmslos alle in der Placebo-Gruppe landeten!<sup>68</sup> Damit gehörte immerhin 1/6 des Placebo-Kollektivs zu diesen sehr sensiblen, eher pessimistischen, überkritischen und klagsamen PatientInnen. Ein deutlicher Hinweis hierauf ist auch die Tatsache, dass während des Placebo-Vorlaufes gleich drei PatientInnen der Placebogruppe (und niemand aus dem Homöopathie-Kollektiv!) über neu aufgetretene „Nebenwirkungen“ der Scheinmedikation klagten.<sup>69</sup>

### **III.2.4. Verzerrtes Gesamtergebnis**

Die Resultate der Therapiephase bestätigen diese Interpretation:

Die deutlich verschlechterte Anfallsfrequenz der Placebo-Gruppe machte bereits im ersten Therapiemonat den nach einem kurzfristigen Negativeinfluss zu erwartenden kompensatorischen Sprung Richtung Besserung und fiel dann sogar unter den ursprünglichen Ausgangswert ab. Dies ist wahrscheinlich durch das Nachlassen der initialen Tagebuchspannung bei erfahrungsgemäss noch anhaltendem bzw. nun erst in Erscheinung tretendem Placebo-Effekt bedingt. Diese Tendenz flachte dann aber bereits im 2. Monat deutlich ab und ging im Schlussmonat dann in den für Placebo typischen Wiederanstieg der Symptome über.<sup>70</sup>

Die Verum-Gruppe hingegen zeigte im ersten Therapiemonat zwar ebenfalls eine recht deutliche Senkung der Anfallsfrequenz, welche jedoch vom erwähnten Sprung der Placebogruppe deutlich übertroffen wurde. Im zweiten Monat zeigte

<sup>68</sup> Die Wahrscheinlichkeit dieses Ereignisses beträgt nur 1:32!

<sup>69</sup> In der Verum-Gruppe wurde nur eine einzige vermutlich echte Klage über schmerzende Brüste zu Beginn der homöopathischen Behandlung geäussert. Ein später im zweiten Behandlungsmonat klinisch manifest gewordener Lungentumor wurde bezeichnenderweise nicht einmal als theoretische Möglichkeit mit dem Versuch in Verbindung gebracht (vgl. aber die obigen einleitenden Bemerkungen!). Dementsprechend finden wir auch keine Angabe, ob die entsprechende PatientIn zum Placebo- oder Verum-Kollektiv gehörte. Da von drei Ausfällen während der Therapiephase zwei zur Verum-Gruppe gehörten, ist eine Zugehörigkeit des Tumor-Falles zur Homöopathiegruppe aber nicht nur klinisch, sondern auch statistisch wahrscheinlicher.

<sup>70</sup> Diesen Endverlauf der Placebo-Kurve haben wir ja schon bei der Brigo-Studie angetroffen.

sich im Homöopathie-Kollektiv unter fortgesetzter Medikation eine praktisch flache Kurve. Im Schlussmonat aber folgte dann nochmals eine merkliche Verbesserung, was für Placebo ja völlig atypisch wäre.

Dieser Kurvenverlauf lässt sich dadurch erklären, dass das wesentlich andersartige homöopathische Konzept dieser Studie aus den oben angeführten Gründen tatsächlich eine deutlich schwächere Wirkung zeigte als dasjenige Brigos. Zudem ist aufgrund der bei schnellerer Gabenfolge vermehrt zu erwartenden homöopathischen Erstverschlimmerungen auch ein etwas langsamer einsetzender Effekt zu erwarten. Die im ersten Therapiemonat feststellbare Besserungstendenz der Verum-Gruppe war deshalb wahrscheinlich noch mehrheitlich durch den von diesem Kollektiv ja besonders deutlich wahrgenommenen, nun aber allmählich auslaufenden Placebo-Effekt bedingt. Dies vermochte die homöopathischen Erstverschlechterungen, welche im Durchschnitt offenbar auch nicht allzu heftig waren, anfänglich völlig zu übertönen. Auf diesen Mechanismus weist auch die nachfolgende Stagnation der Anfallsfrequenz im 2. Behandlungsmonat hin, welche durch das weitgehende Abklingen des Placebo-Effektes im dritten Monat der Scheinmedikation und den nach Abklingen der Initialverschlechterung erst langsam anlaufenden Homöopathie-Effekt erklärt werden kann. Die erneute, sich von Placebo nun deutlich abhebende Besserungsphase im Schlussmonat wäre dann vorwiegend auf die sich nun zunehmend positiver auswirkende Homöopathie zurückzuführen.

Es ist aber klar, dass dieser nur leicht positive Gesamtverlauf der Verum-Gruppe infolge des durch eine überhöhte Startposition künstlich nach oben verschobenen Endresultates der Placebogruppe nur sehr verschleiert in Erscheinung treten konnte. So ergibt die Schlussbilanz für die Homöopathie-Gruppe lediglich ein nicht signifikantes therapeutisches Plus (gesamthaft 19% Reduktion der Anfallsfrequenz vs. 16% in der Placebo-Gruppe).

### **III.2.5. Nach Korrektur des Artefaktes ein signifikant positives Resultat für die Homöopathie**

Wenn die Migräne-Attacken nun aber aufgeteilt in ihre drei Intensitätsstufen untersucht werden, erweist sich in dieser Einzelauswertung die Scheinmedikation erwartungsgemäss nur bei den in der Vergleichsgruppe nach dem Placebo-Vorlauf artifiziiell-statistisch gehäuften leichten Fällen gesamthaft als deutlich „wirksamer“.

**In der mittleren und schweren Intensitätsgruppe hingegen erreicht die Homöopathie-Gruppe eine signifikante Frequenzsenkung von fast 30% gegenüber nur knapp 15% in der Placebo-Gruppe!** Dieses von Ihnen unter den Tisch gewischte artefaktbereinigte Resultat ist zumindest tendenziell vergleichbar mit demjenigen der Brigo-Studie. Wie die Autoren wiederum im Gegensatz zu Ihnen ausdrücklich betonen, darf man somit die Whitmarsh-Studie keinesfalls als Widerlegung von Brigo und Serpelloni bewerten.

### **III.3. Die norwegische Migräne-Studie von Straumsheim, eine Kontrolle der Münchner-Studie mit fachärztlichem Supervisor**

Diese Untersuchung umfasst wiederum etwa die gleiche Anzahl Patienten (68), wobei die durchschnittliche Krankheitsdauer wieder nicht angegeben ist; zudem fehlt leider auch das genaue Durchschnittsalter. Die ebenfalls nicht genau dokumentierte ursprüngliche Anfallsfrequenz liegt wiederum deutlich tiefer als bei der Brigo-Studie; mit minimal 2 und maximal sogar nur 6 Attacken pro Monat dürfte sie ähnlich wie bei der Glasgower-Studie bei etwa 4 liegen.

#### **III.3.1. Schon in der Beobachtungsphase ohne Testmedikation ...**

Anstelle des Placebo-Vorlaufes wurde für beide Gruppen anschliessend an die fachärztlich-neurologische Erstbeurteilung eine einmonatige Beobachtungsphase ohne Testmedikation vorgeschaltet, an welche dann die vier Monate dauernde Behandlungsphase anschloss. Während der Beobachtungsphase mussten die PatientInnen ein offenbar recht anspruchsvolles, jedoch nicht im Detail beschriebenes Tagebuch führen, wo die einzelnen Attacken und der Schmerzmittelverbrauch genau festgehalten wurden.

Bei der anschliessenden homöopathischen Diagnostik und Medikation wiederum durch einen einzelnen homöopathischen Arzt wurde keine Erstdiagnose ausgeschlossen, es war also im Gegensatz zu den vorangehenden Studien jede Mittelwahl möglich. Bei den monatlichen Zwischenkontrollen während der Therapiephase war zudem auch ein Mittelwechsel oder die Verordnung von Placebo erlaubt, wobei die Placebo-Gruppe natürlich unabhängig davon immer nur ihr doppelblindes Scheinmedikament erhielt. Die Schlussbeurteilung durch die Statistiker und den unabhängigen Neurologen erfolgte direkt nach dem 4. Behandlungsmonat.

Die PatientInnen wurden angewiesen, mit Behandlungsbeginn ihren Kaffeekonsum und den allopathischen Medikamentenverbrauch zu reduzieren. In ihrer Schlusskritik meinen die Autoren, dass diese störungsträchtige Massnahme besser schon in der Beobachtungsphase angeordnet worden wäre.

Auf das eigentliche homöopathische Behandlungskonzept erhalten wir leider wiederum nur wenig Hinweise. Wir erfahren nicht einmal alle verwendeten Medikamente, lediglich die häufigsten Verordnungen: Spitzenreiter war auch hier wiederum Nat-m (24 Verordnungen), gefolgt von Ign (20), Carc (16), Sep (8), Aur (8), Sulph (6) und Puls (6). Diese Arzneien machten etwa 2/3 der insgesamt 137 Verordnungen aus. Die übrigen, selteneren Verschreibungen betrafen andere Medikamente<sup>71</sup> und ärztlich verordnetes, „echtes“ Placebo. Es wurden also pro Fall ziemlich genau zwei Verordnungen abgegeben, wobei die Mittelkombinationen aber im Gegensatz zu den im Schnitt häufigeren Zweitverordnungen der italienischen Studie<sup>72</sup> völlig unbekannt bleiben.

<sup>71</sup> Wiederum liegen die bei Brigo zum Spitzentrio gehörigen Mittel Silicea und Belladonna offenbar in diesem untersten Segment oder wurden sogar überhaupt nicht verordnet!

<sup>72</sup> Im Durchschnitt erfolgten etwa 70 Verordnungen für ca. 35 PatientInnen in vier Therapie-monaten. Daraus ergeben sich etwa 60 Verordnungen für 30 PatientInnen in 4 Monaten, woraus wir für die gleiche Patientenzahl den Schnitt von 30 Verordnungen in 2 Monaten ab-

Verwendet wurden wiederum ausnahmslos Potenzen über der materiellen Verdünnungsgrenze, z.T. nun aber eigenartigerweise auch D-Potenzen, deren tiefste Potenz D 30 aber ebenfalls weit im immateriellen Bereich liegt. Dies lässt zusammen mit der eigenartigen Häufung von Carcininum als einzig erwähnte und sogar im Spitzentrio figurierende Nosode auf ein zumindest recht eigenwilliges, in der klassischen ärztlichen Homöopathie Mitteleuropas sonst nicht so geläufiges Behandlungskonzept schliessen.

Die Gabenfrequenz ist leider ebenfalls nicht festgehalten. Die zumindest teilweise Verwendung von D-Potenzen lässt aber auch hier auf öfters als bei Brigo repetierte Gaben mit erhöhtem, die Glasgower-Studie vielleicht sogar noch übertreffendem Risiko von Erstverschlimmerungen schliessen.

### **III.3.2. ... lässt das Tagebuch die Anfallsfrequenz in die Höhe schnellen**

Noch wichtiger aber ist, dass auch bei dieser Studie eine einschneidende klinische Veränderung schon vor der Medikamentenabgabe vor sich ging: Bei immerhin 18 PatientInnen aus beiden Gruppen stieg während des Vorlauf-Monates zumindest laut Patienten-Protokoll die Attackenhäufigkeit sogar über das Studienlimit von 6 Attacken pro Monat hinaus an! Da diese Tendenz offenbar generell war, rutschte damit das ganze Kollektiv mit über 5 Anfällen pro Monat an die oberste Grenze des Studienbereiches.<sup>73</sup> Wie die Studienleitung zugibt, hätten die 18 Ausrutscher eigentlich ausgeschlossen müssen, womit aber die Durchführung der ganzen Untersuchungsreihe gefährdet gewesen wäre. Die Studie wurde deshalb trotzdem durchgezogen, wenn auch – wie die Autoren wiederum festhalten – ihre Aussagekraft ähnlich wie bei der vorangehenden relativiert werden muss.<sup>74</sup>

Wir finden also ähnlich wie bei der Glasgower-Studie eine relevante Veränderung der Migränefrequenz noch vor dem eigentlichen Therapieteil der Studie, wobei in dieser reinen Beobachtungsphase die Beurteilung des Phänomens etwas einfacher ist. Da ja noch keine Test-Medikation abgegeben wurde, fallen der Placebo-Effekt und der bei dieser Studie sicher relevante Kaffee- und Medikamentenentzug ja sicher noch ausser Betracht. Somit bleibt allein der Tagebuch-Effekt übrig, welcher hier wahrscheinlich weitgehend als Einzelfaktor die auf beide Gruppen etwa gleichmässig verteilte, sehr deutliche scheinbare Anfangsverschlechterung bewirkte.

### **III.3.3. Nur noch maskierte Heilwirkung bei der Verum-Gruppe**

Umso schwieriger zu beurteilen wird die Situation dafür aber in der Therapiephase, wo die Störeinflüsse nun noch eingreifender und komplexer werden als in der Glasgower-Studie. Dies gilt vor allem für den hier erstmals ausdrücklich angeord-

---

leiten können. Trotz grösserer Therapiefreiheit wurde also die Möglichkeit des Mittelwechsels deutlich seltener benutzt als in der italienischen Studie, wo wir ja für 30 Fälle 50 Verordnungen in 2 Therapiemonaten finden.

<sup>73</sup> Der genaue Durchschnitt für beide Gruppen betrug 5,3. Wenn wir von einem ursprünglichen Basiswert von knapp 4 ausgehen, entspricht dies einem sehr beachtlichen Anstieg von deutlich über 30%!

<sup>74</sup> Straumsheim S. 7.



neten Kaffee- und Schmerzmittelentzug, welcher ja zumindest anfänglich eine erhebliche Symptomverstärkung bewirken kann. Längerfristig sind dann aber auch positive Nachschwankungen möglich, welche als echte Heileffekte dann auch die Endphase der Studie beeinflussen können. Zu Behandlungsbeginn müssen wir aber sicher mit einem deutlichen Negativeffekt rechnen.

Als weiterer möglicher Negativfaktor schlug der nervliche Stress zu Behandlungsbeginn hier wohl nicht so sehr zu Buche, da die PatientInnen in der vorangehenden Beobachtungsphase wohl bereits eine gewisse Gewöhnung an die Bedingungen einer Studie entwickelt hatten. Bei der Verum-Gruppe ist hingegen aus den oben erwähnten Gründen eine homöopathische Erstverschlimmerung als negativer Initialfaktor keineswegs auszuschliessen.<sup>75</sup>

Unter den anfänglich sicher positiven Faktoren ist erstens einmal der nach der erwartungsvollen Beobachtungsphase wohl besonders deutlich einsetzende Placebo-Effekt zu berücksichtigen. Dazu kommt nun noch die Korrektur des hier gut nachweisbaren und überraschend deutlichen Tagebuch-Effektes, dessen relativ schnell einsetzende Korrektur wir bei der Glasgower-Studie ja bereits beobachten konnten. Dieser Korrekturfaktor sollte hier nun aber wie auch der Placebo-Effekt für beide Gruppen etwa ausgeglichen in Erscheinung treten.

Damit lassen sich auch die Resultate der norwegischen Studie recht gut erklären: Eine bei der Placebo-Gruppe im ersten Therapiemonat recht deutliche, dann aber stagnierende Besserungstendenz zeigt, dass im ersten Monat erwartungsgemäss die beiden starken Positivfaktoren ihre Gegenkräfte übertrafen. In der Verum-Gruppe hingegen neutralisierten wahrscheinlich deutliche und relativ lange anhaltende Erstverschlimmerungen diese Anfangsverbesserung völlig, was sich in einem praktisch flachen initialen Kurvenverlauf zeigt. Im zweiten Monat finden wir in der Homöopathiegruppe als zu erwartende Folge des Nachlassens der anfänglichen Positivfaktoren bei vermutlicher Persistenz der Erstverschlimmerung dann sogar eine leichte Verschlechterung, welche sich nun von der Placebogruppe ziemlich deutlich unterscheidet.

Dann aber setzt auch bei der Homöopathie-Gruppe wahrscheinlich aufgrund des Abklingens der Erstverschlimmerungen eine deutliche Besserungsphase ein. Das Aufholen der Gruppe gegenüber dem Placebo-Kollektiv hingegen, welches im Schlussmonat der Whitmarsh-Studie ja noch recht deutlich erkennbar wurde,<sup>76</sup> wurde in der norwegischen Untersuchung durch ein parallel dazu verlaufendes weiteres Absinken der Placebo-Anfallskurve vollständig neutralisiert. Dies könnte

---

<sup>75</sup> Tatsächlich vermeldeten nicht weniger als etwa ein Drittel der Patienten aus beiden Gruppen Nebenwirkungen vor allem zu Beginn der Behandlung. Meistens handelte es sich hierbei um Verstärkungen der Migränesymptomatik, welche durch Medikamentenentzug, Studienstress und in der Verum-Gruppe auch durch eine homöopathische Erstverschlimmerung verursacht sein können. Leider fehlt eine nach Gruppen aufgeteilte genaue Analyse der Intensität und Art der Beschwerden. So ist es durchaus möglich, dass auch bei dieser Studie die Homöopathie-Gruppe ein etwas anderes, homöopathietypischeres Beschwerdemuster aufwies als das Placebo-Kollektiv (vgl. hierzu die nachfolgende genaue Analyse der Therapieaktionen der Mühner-Studie).

<sup>76</sup> Während der Therapiephase waren die Patiententagebücher der Whitmarsh-Studie tatsächlich auch weniger Störfaktoren unterworfen, s. oben.

eventuell durch eine in der Placebogruppe etwas deutlicher in Erscheinung tretende positive Langzeitwirkung des Kaffee- und Medikamentenentzuges bedingt sein. Im komplexen Wechselspiel stark ausgeprägter Störfaktoren in der Therapiephase der norwegischen Studie können aber natürlich sehr wohl auch noch andere eventuelle Gruppen-Inhomogenitäten mitgespielt haben.

### **III.3.4. Laut Tagebuch erreicht das Plazebo-Kollektiv deutlich überhöhte 30% Frequenzreduktion**

Im Gesamtergebnis erreichten so beide Gruppen schliesslich recht beachtliche 30% Frequenzreduktion, wobei die Placebo-Gruppe sogar tendenziell etwas besser abschnitt.<sup>77</sup> - Einen sicheren Beweis für die Verfälschung dieses Schlussresultates durch mindesten einen Störfaktor liefert aber bereits schon ein Blick auf die vorangehenden Studien: Selbst in der italienischen Studie mit ihren sehr hohen Ausgangswerten erreichte die Placebo-Gruppe ja lediglich 20% Frequenzreduktion! Bei Whitmarsh waren es bei ebenfalls leicht überhöhten Ausgangswerten 16%, welche sich in der korrigierten Auswertung dann aber auf 13,2 reduzierten.<sup>78</sup> Auch eine allopathische Migränestudie ergab für Placebo lediglich eine monatliche Frequenzreduktion von 4,3 auf 3,7, also eine Abnahme von lediglich etwa 14%.<sup>79</sup> Die bei Straumsheim von Placebo erreichte Besserung von 30% liegt also sicher deutlich zu hoch!

### **III.3.5. Die fachärztliche Kontrolle ergibt ein signifikant positives Resultat für die Homöopathie**

Zudem beweist auch eine unabhängige Kontrolle, welche glücklicherweise in die norwegische Studie eingebaut wurde, dass die Homöopathie-Gruppe bei diesem sicher verfälschten Gesamtergebnis die benachteiligte war. Der für die neurologische Eintrittsdiagnose verantwortlichen Facharzt führte nämlich bei beiden Gruppen auch eine klinische Schlussbeurteilung durch, welche ein deutlich anderes Bild als die Patienten-Tagebücher ergab: Hier schnitt die Homöopathie-Gruppe punkto Anfallsfrequenz gegenüber dem Placebo-Kollektiv statistisch signifikant um immerhin etwa ein Drittel besser ab!<sup>80</sup>

Auch bei den sekundären Erfolgsparametern ergibt die fachärztliche Kontrolle zumindest tendenziell dieselbe Korrektur:

- Während die durchschnittliche Schmerzintensität gemäss Patienten-VAS-Skala für beide Gruppen praktisch unverändert blieb, verbesserte sich der Schweregrad der Anfälle gemäss fachärztlicher Beurteilung in der Verum-Gruppe gegenüber dem Vergleichskollektiv wiederum deutlich. Der Unterschied lag hier allerdings knapp unter der Signifikanzgrenze.

- Auch beim Schmerzmittelverbrauch zeigte sich noch eine kleine Differenz zwischen Patientenprotokoll und fachärztlicher Beurteilung. In beiden Erfassungsmodi erreichten zwar beide Gruppen das angestrebte Ziel einer Medikamentenreduktion.

<sup>77</sup> Dieser minimale Unterschied war natürlich nicht signifikant.

<sup>78</sup> s. oben.

<sup>79</sup> Whitmarsh S. 601.

<sup>80</sup> Leider fehlen hierzu absolute Zahlenangaben.

Gemäss Facharzt aber war hier wiederum die Verum-Gruppe geringgradig überlegen, laut Tagebuch hingegen das Placebo-Kollektiv.

Diese von Ihnen wiederum verschwiegenen positiven Resultate der mit Sicherheit weniger störungsbelasteten fachärztlichen Beurteilung zeigen, dass auch diese Studie keinesfalls als Widerlegung von Brigo und Serpelloni gelten kann.

\*

Wir können uns bereits jetzt die Frage stellen, wieso bei der italienischen Studie diese Störfaktoren sehr viel weniger in Erscheinung treten. Neben der bei Brigo aus den bereits diskutierten Gründen besonders deutlichen Homöopathie-Wirkung war die Erfassung der Studienresultate in erster Linie aufgrund des ärztlichen Gesamtbefundes und nicht allein aufgrund von Patientenaufzeichnungen sicher ein wichtiger Faktor. Vor allem das Führen eines detaillierten Tagebuches scheint bei Migränestudien ein recht störungsanfälliger und dringend kontrollbedürftiger Faktor zu sein. Weiter hat der Verzicht auf Kaffee- und Schmerzmittelreduktion bei zurückhaltender homöopathischer Dosierungsweise sicher ebenfalls wesentlich zur Vermeidung schwer erfassbarer Schwankungen beigetragen. Ein weiterer Vorteil war die Erfassung der ersten Resultate erst nach zwei Monaten Behandlung, da hier der Placebo-Effekt und auch andere initiale Störfaktoren bereits abzuklingen beginnen. - Wir werden nun sehen, dass Ihre Studie als einzige unter den vorgenannten, für welche nicht ein Arzt, sondern ein Psychologe als erstgenannter Autor verantwortlich zeichnet, klinisch-homöopathisch noch wesentlich erheblichere Mängel aufweist.

### **III.4. Ihre Münchner Kopfschmerz-Studie – eine grundsätzlich andersartige Untersuchung mit erheblichen Mängeln**

#### **III.4.1. Die Erweiterung des Diagnosespektrums erschwert die Vergleichbarkeit mit den Migränestudien**

Auch Sie begründen Ihre Studie als Bestätigungsversuch der Brigo-Studie.<sup>81</sup> Umso erstaunlicher ist es deshalb, dass Sie im Alleingang unter den genannten Studien den Indikationsbereich ganz generell auf chronische Kopfschmerzen ausweiten. Ihre Begründung, dass dies eher der homöopathischen Alltagspraxis entspreche, klingt gerade für eine Nachuntersuchung gar nicht plausibel. Die Folgen dieser Erweiterung des Studienbereiches sind nämlich sehr weit reichend: Mehr als die Hälfte der PatientInnen Ihres Kollektivs sind nun nicht mehr reine Migränekranke, sondern weisen Mischbilder oder Spannungskopfschmerzen bis hin zu schwerst chronifizierten Dauerschmerzen auf.<sup>82</sup> So gibt z.B. mehr als ein Drittel der PatientInnen (37%) an, unter Dauerschmerzen zu leiden!<sup>83</sup> Dementsprechend

---

<sup>81</sup> Walach 1997 S. 119.

<sup>82</sup> Walach 1997 S. 119.

<sup>83</sup> Walach 2000 S. 70.

liegt auch die durchschnittliche Schmerzdauer bei deutlich mehr als acht Stunden pro Tag.<sup>84</sup>

Hierzu erwähnen Sie nun aber mit keinem Wort, dass bei Dauerschmerzen die Anfallsfrequenz als wichtigster Erfolgsparameter für Migränestudien sehr problematisch wird. Im Gegenteil verwandeln Sie in der Art eines Magiers diese Patientengruppe ebenfalls in Anfallspatienten, indem Sie ihnen – wenn ich ihre bei diesem Thema sehr knappen Unterlagen verstehe – ganz einfach 7 „Anfälle“ pro Woche anrechnen! Jedenfalls definieren Sie Ihre „Anfallsfrequenz“ pro Woche ausdrücklich als wöchentliche Zahl der positiven Antworten auf die Frage „Hatten Sie heute Kopfweg?“!<sup>85</sup>

Mit dieser eigenwilligen Erfassungsweise kommen Sie locker auf eine sehr hohe, selbst Brigo übertreffende durchschnittliche „Kopfschmerzfrequenz“ von initial drei pro Woche bzw. mehr als 12 pro Monat!<sup>86</sup> JedeRM KlinikerIn aber ist klar, dass dies sehr fragwürdig ist: EinE PatientIn mit Dauerschmerzen spürt bei Besserung im Gegensatz zu den Migränefällen primär nicht eine Reduktion der bei ihRM gar nicht vorhandenen Anfallsfrequenz, sondern nur eine Reduktion der Schmerzintensität! Symptomfreie Intervalle treten erst in der Spätphase der Heilung auf, also bei langjährigen Fällen selten im Zeitrahmen Ihrer Studie. So werden wir denn auch sehen, dass das paradoxe Schlussresultat Ihrer Studie beim Intensitätsparameter der Kopfschmerzen viel deutlicher zum Ausdruck kommt als bei deren „Frequenz“.

Allerdings muss hier einschränkend bemerkt werden, dass bei der konkreten Frage nach der Kopfschmerzhäufigkeit pro Woche schliesslich „nur“ noch 14% der PatientInnen tägliche Schmerzen angaben.<sup>87</sup> Die Differenz zu den 37%, welche bei der generellen diagnostischen Befragung Dauerschmerzen angaben, lässt sich am ehesten dadurch erklären, dass es unter den zahlreichen Mischformen Ihrer Studie auch MigränepatientInnen gab, welche zusätzlich zu den typischen Attacken auch noch unter mehr oder weniger ausgeprägten kontinuierlichen Spannungsschmerzen litten.<sup>88</sup> Nicht wenige dieser PatientInnen scheinen dann bei der Frage nach der wöchentlichen Schmerzfrequenz nur ihre Attacken und nicht die Dauerschmerzen zu Protokoll gegeben zu haben. Möglicherweise beinhalten also die 14% sogar nur noch die „reinen“ DauerschmerzpatientInnen. Obwohl dies immer noch ein

---

<sup>84</sup> Walach 2000 S. 66.

<sup>85</sup> Walach 1997 S. 120. Hier muss allerdings erwähnt werden, dass wir unter den klinischen Grenzwertangaben von Brigo ebenfalls den möglichen Extremwert von 30 Anfällen pro Monat, also tägliche Attacken finden. Dies ist für Migräne zumindest ungewöhnlich. Auf meine Rückfrage teilte Brigo mit, dass es sich hierbei nach seiner Erinnerung lediglich um eine einzige Patientin gehandelt habe, bei welcher ein leichter Dauerschmerz von mindestens einmal täglich auftretenden migräneähnlichen Attacken überlagert war. Bei dieser Patientin sei die Diagnose reine Migräne tatsächlich etwas zweifelhaft. Heute würde man diesen Fall wohl eher als Mischform einordnen.

<sup>86</sup> Wenn wir die 3 Tage pro Woche bzw. 7 Tage genau auf einen 30-Tage-Monat umrechnen, erhalten wir sogar 12,9, also fast 13 „Anfälle“ pro Monat.

<sup>87</sup> Gaus 1994 S. 19.

<sup>88</sup> Vgl. hierzu den von Brigo erwähnten Fall (Anm. 52).

recht hoher Prozentsatz ist, würde dies natürlich das Ausmass des Artefaktes deutlich relativieren.

So oder so muss aber richtig gestellt werden, dass die von Ihnen ungeachtet dieser Problematik weiterhin als wichtigster Erfolgsparameter gehandelte „Kopfschmerzfrequenz“<sup>89</sup> der Münchner Studie erstens einmal artifiziell überhöht ist und zweitens trotzdem träger reagiert als die Anfallsfrequenz der reinen Migränestudien.

### **III.4.2. Ein schwierigeres Kollektiv für eine Kopfschmerzstudie ist kaum mehr denkbar.**

Und was hat Sie nur dazu geführt, die durchschnittliche Leidensdauer und das Durchschnittsalter der PatientInnen in bereits beschriebener Weise derart massiv zu erhöhen? Sie behaupten zwar, dass die jedeRM AErztIn und insbesondere deRM homöopathischen PraktikerIn bekannte Binsenwahrheit, dass nämlich die Behandlungsproblematik einer Krankheit mit ihrer Chronifizierung zunimmt, für Ihre Studie nicht gelte.<sup>90</sup> Als Argument hierfür führen Sie an, dass die ResponderInnen Ihrer Studie eine signifikant längere Leidensdauer aufgewiesen hätten als die auf die Therapie nicht ansprechenden PatientInnen.<sup>91</sup>

Den genauen wissenschaftlichen Beleg einer möglichen positiven Korrelation von Therapieerfolg und Krankheitsdauer bleiben Sie aber schuldig, und ich glaube schlicht und einfach nicht, dass die Fallzahlen Ihrer Studie und deren sehr geringe Ansprechraten für eine schlüssige diesbezügliche Beweisführung ausreichen.

Tatsächlich waren nämlich nach Ihrer Statistik nur gerade 21 der insgesamt 98 PatientInnen ResponderInnen.<sup>92</sup> Von dieser kleinen Gruppe gehörte zudem ein guter Teil zum Placebo-Kollektiv, da dieses gesamthaft sogar leicht besser abschnitt als die Homöopathie-Gruppe.<sup>93</sup> Wenn nun Ihr Gesamtkollektiv zufällig z.B. eine auch nur sehr kleine Anzahl positiver Placebo-ResponderInnen höheren Alters mit überdurchschnittlich langer Leidensdauer beinhaltete, hätte dies die durchschnittliche Krankheitsdauer Ihrer Responder-PatientInnen auch bei voller Gültigkeit des Gesetzes der schwierigeren Therapierbarkeit bei längerer Krankheitsdauer bereits wesentlich verlängert.

Für eine genauere Beurteilung dieser Problematik müsste man nun allerdings mehr Details kennen. - Wenn aber Ihre Studie tatsächlich den Beweis dafür erbringen würde, dass sich die therapeutische Beeinflussbarkeit der Migräne paradoxerweise mit zunehmender Krankheitsdauer verbessert, hätten Sie auch als Psychologe wahrlich den medizinischen Ehrendoktor verdient!

---

<sup>89</sup> Jedenfalls erwähnen Sie in Ihrem summary (Walach 1997 S. 119) erstrangig diesen Parameter ausdrücklich als „headache frequency“, und er ist auch der einzige, dessen Kurvenverlauf in Ihrer Hauptpublikation für beide Gruppen graphisch genau dargestellt wird.

<sup>90</sup> Walach 1997 S. 124.

<sup>91</sup> Walach 2000 S. 163.

<sup>92</sup> 39 der 98 PatientInnen verschlechterten sich, 38 blieben unverändert oder nur leicht gebessert, nur 21 waren als klar gebessert einzustufen (Walach 2000 S. 90).

<sup>93</sup> Allerdings ist dieser Unterschied wie auch das Gesamtergebnis Ihrer Studie statistisch nicht signifikant, s. hierzu auch unten.

In jedem Fall aber muss festgehalten werden, dass ein schwierigeres Kollektiv für eine Kopfschmerzstudie als Ihre komplex überlagerten und schwer chronifizierten Fälle kaum mehr denkbar ist. Wäre es Ihnen primär darum gegangen, eine Kopfschmerzstudie möglichst mit Null-Resultat zu generieren, hätten Sie zumindest von der Patientenauswahl her wohl kaum besser vorgehen können! Auch Ihre StudienärztInnen hielten – leider erst bei Versuchsende – ernüchert fest, dass “die im Rahmen der Studie behandelten Patienten zu den schwierigsten gehörten, die sie in ihrer Praxis behandelt hatten und dass für diese schwierigen Patienten die Studiendauer viel zu kurz war.”<sup>94</sup>

### **III.4.3. Massive Eingriffe in den Kaffee- und Medikamentenkonsum**

Ein Vorteil Ihrer Studie ist dafür der Einbezug der bereits erwähnten deutlich größeren Patientenzahl von 98. Auch ist Ihre Randomisierung ähnlich detailliert und genau festgehalten wie bei Brigo. Leider aber führte diese bei Ihnen zu sehr ungleichen Patientenzahlen (61 Verum, 37 Plazebo), was – wie auch Sie und Ihr sehr exakter Statistiker Prof. W. Gaus ausdrücklich festhalten - die statistische Aussagekraft wieder erheblich reduziert. Wie schwierig eine gute Randomisierung in einer Kopfschmerz-Studie mit ihrem gerade auch in psychischer Hinsicht sehr vielschichtigen Patientengut ist, zeigen dann auch gleich drei trotz aller Bemühungen noch verbleibende und potentiell durchaus störungsträchtige Gruppen-Inhomogenitäten:

a. Wie Sie selbst als Mangel zugeben, nahmen im Verum-Kollektiv 75% der PatientInnen vor Studienbeginn allopathische Medikamente ein, während es in der Vergleichsgruppe nur 58% waren. - Was Sie hierzu aber nicht erwähnen, ist die Tatsache, dass die bei dieser Gruppe folglich verstärkt zu erwartende medikamentöse Entzugssymptomatik noch durch eine zweite, grundsätzlich wiederum gut gemeinte Besonderheit Ihrer Studie verstärkt wird: In keiner anderen Studie wird die bisherige Medikation so stark verändert! So musste die bisherige Einnahme von prophylaktischen Medikamenten in der Therapiephase völlig sistiert werden, dazu kam eine Umstellung der Schmerzmittel nach standardisierten Regeln. Beispielsweise wurden alle koffein- und kodeinhaltigen Medikamente verboten, zudem durfte die monatliche Ergotamindosis von 35 mg monatlich nicht überschritten werden.<sup>95</sup> Patientinnen, die an der Studie teilnehmen wollten, mussten zudem auf hormonhaltige Medikamente verzichten.<sup>96</sup> Zusammen mit dem in Ihrer Studie verlangten vollständigen (!) Kaffeeentzug<sup>97</sup> musste dies in beiden Kollektiven, bevor-

---

<sup>94</sup> Walach 2000 S. 165.

<sup>95</sup> Gaus 1992 S. 136.

<sup>96</sup> Walach 1997 S. 119 und 2000 S. 32. Dies betraf immerhin 7 Frauen (also 11% der 65 Frauen unter den 98 StudienteilnehmerInnen, wovon in guter Verteilung 4 der Verum- und 3 der Plazebo-Gruppe angehörten, Gaus 1994 S. 16). Hormonentzug kann das psychovegetative Gleichgewicht und damit auch die Schmerzwahrnehmung inklusive Kopfwehanfälligkeit wesentlich beeinflussen. Vgl. hierzu auch die ausdrückliche Meldung einer schwerwiegenden Nebenwirkung dieser Massnahme (s. unten)!

<sup>97</sup> Vgl. hierzu die unten dargestellte wesentliche Rolle des Kaffeeentzuges als eines der Hauptmotive des Studienausstieges und als auch unter den Therapie Nebenwirkungen explizit erwähnter Faktor.

zugt aber in der vermehrt medikamentenorientierten Verum-Gruppe, zu deutlichen und eventuell auch längere Zeit anhaltenden Initialverschlimmerungen führen.<sup>98</sup>

#### **III.4.4. Übersehene Randomisierungsartefakte mit erheblichem Fehlerpotential**

b. Ähnlich deutlich ist eine zweite, mit der ersten zusammenhängende therapeutische Gruppendifferenz, welche Ihnen aber auch als Psychologe offenbar nicht erwähnenswert erscheint: Während beide Kollektive klassische Alternativmethoden wie Akupunktur und Homöopathie bislang ziemlich genau in gleichem Umfang in Anspruch genommen hatten, waren es in der Placebo-Gruppe fast doppelt so viele PatientInnen (27% vs. 14%) welche primär auf der psychischen Ebene ansetzenden Therapien wie Entspannung, Psychotherapie und Selbsthilfegruppen angewandt hatten. Dies lässt auf eine zumindest leicht erhöhte Empfänglichkeit für psychische Einflüsse in der Vergleichsgruppe schliessen.

c. Noch deutlicher ist schlussendlich ein beruflicher Unterschied, der Ihnen offenbar ebenfalls nicht aufgefallen ist, obwohl er nochmals sehr für eine verstärkte Sensitivität der Placebogruppe spricht: Durch einen fast unglaublichen Zufall landeten alle sechs im künstlerisch-kreativen Bereich (Medien, Werbung und Kunst) tätigen Mitglieder Ihres Patientenkollektivs in der nur 37-köpfigen Vergleichsgruppe, wo sie denn auch mit einem Anteil von 16% gleich die zweitgrösste Berufsgruppe stellen!<sup>99</sup> Dieses sehr auffällige Verteilungsmuster entspricht einer Zufallswahrscheinlichkeit von nur noch etwa 1:350 (!)<sup>100</sup> und stellt m.E. ein erhebliches potentiell Störpotential dar,<sup>101</sup> zumal nun natürlich in der Verum-Gruppe die eher nüchtern-praxisbezogenen Berufssparten überwiegen.<sup>102</sup>

Bei der Beurteilung der Persönlichkeit und des Beschwerdemusters Ihrer PatientInnen kommt die vermehrte Labilität der Placebo-Gruppe allerdings in den Sparten

<sup>98</sup> Vgl. hierzu auch die Betonung dieser Problematik durch Straumsheim (s. oben).

<sup>99</sup> Gaus 1994 S. 16.

<sup>100</sup> = 0.0029. Da die beiden Gruppen ja nicht gleich gross sind, beträgt die statistische Einteilungswahrscheinlichkeit eineRS PatientEin in die Vergleichsgruppe statt 50% bzw.  $\frac{1}{2}$  nur etwa 38% oder etwas mehr als  $\frac{1}{3}$  (genau 37/98, s. oben). Für 6 PatientInnen ergibt sich hieraus die obige sehr kleine Wahrscheinlichkeit.

<sup>101</sup> Wir erinnern uns an den ähnlich erstaunlichen Zufall mit den Lachesis-PatientInnen der Whitmarsh-Studie, welcher über den Tagebuch-Effekt wahrscheinlich bereits die Run-In-Phase erheblich störte.

<sup>102</sup> Dies betrifft vor allem die Hausfrauen (18% vs. 5%), aber auch die technischen Berufe (10% vs. 5%), dazu FacharbeiterInnen sowie Land- und ForstwirtInnen (10% vs. 5%) und schliesslich die Lehrer- und DozentInnen (8% vs. 3%). Zum Gesamtbild einer vermehrten Labilität der Placebogruppe passt auch die Tatsache, dass im Vergleichskollektiv die Anzahl von AbiturientInnen ohne abgeschlossenes Studium deutlich überwog (22% vs. 7%), während bei den abgeschlossenen Hochschulstudien ein ausgeglichenes Verhältnis bestand (Gaus 1994 S. 16). - Zusätzlich zum KünstlerInnenüberschuss ist in der Placebogruppe in zweiter Linie auch noch ein deutliches Ueberwiegen der medizinischen Hilfs- und Plegeberufe (14% vs. 2%!) auffällig.

„Emotionalität“<sup>103</sup> und „emotionale Reaktivität“<sup>104</sup> nur sehr diskret, wenn auch mit konstanter Tendenz zum Ausdruck. Dies beruht mit grosser Wahrscheinlichkeit darauf, dass diese beiden psychosomatischen Klassifizierungen Ihres Kollektivs nur auf einer relativ oberflächlichen Selbstbeurteilung mittels Fragebogen beruhen, wo unterbewusst-tiefenpsychologische Unterschiede sehr viel leichter verborgen bleiben können als bei wichtigen Lebensentscheiden wie etwa bei der Berufs- oder Therapiewahl.

#### **III.4.5. Vor- und Nachteile der freien Therapiewahl durch ein Ärztekollektiv**

Ihr klinisches Studienkonzept ist der norwegischen Studie ähnlich.<sup>105</sup> Auch Sie wählen eine der Therapiephase vorgeschaltete Beobachtungsphase mit Patiententagebuch, welche hier sogar auf 6 Wochen verlängert ist.<sup>106</sup> Dafür wird die Therapiezeit auf nur drei Monate verkürzt, was bei Ihrem am meisten chronifizierten Patientengut eine zwar besonders heikle,<sup>107</sup> aber gegenüber den Vergleichsstudien – wie Sie zu Recht bemerken - wohl kaum entscheidend ins Gewicht fallende Massnahme ist.

Die neurologische Eintrittsbeurteilung erfolgte wie bei Straumsheim durch einen unabhängigen Facharzt, der aber im Gegensatz zur norwegischen Studie leider keine unabhängige, nicht nur allein auf den Patiententagebüchern beruhende klinische Nachkontrolle durchführte. Anschliessend an die Beobachtungsphase erfolgte dann auch bei Ihnen die homöopathische Diagnosestellung, welche nun aber kollektiv durch eine Ärztegruppe erfolgte. Dies ist aber wie schon angedeutet gegenüber den Einmann-Diagnosen der anderen Studien nur insofern ein gewisser Vorteil, als dadurch die homöopathische Verordnungsqualität auf den Durchschnitt der betreffenden Ärztegruppe nivelliert wird. Für einen optimierten Nachweis der Homöopathiewirkung bei chronifizierten Kopfschmerzen wäre die alleinige Diagnosestellung und Therapieführung durch die EN besten überhaupt greifbaren Kopfschmerz-Spezialisten besser gewesen. Diese Situation haben wir mutatis mutandis ja bei der Frei-Studie angetroffen und sie lag, wie ebenfalls schon erwähnt, vielleicht auch bei Brigo vor.

---

<sup>103</sup> Ein Punkt Unterschied auf der 9er-Skala des Freiburger Persönlichkeitsinventars (Gaus 1994 S. 22).

<sup>104</sup> Zwei Punkte Unterschied auf der 32er-Skala der Freiburger Beschwerdeliste (Gaus 1994 S. 23).

<sup>105</sup> Die Straumsheim-Studie wurde ja einige Zeit nach der Ihrigen durchgeführt, vermutlich u.a. auch als Kontrolle Ihrer Resultate. Umso wichtiger ist deshalb das in dieser Studie enthaltene Kontrollinstrument der unabhängigen fachärztlichen Parallelbeobachtung, welche das erhebliche Fehlerpotential dieses Studienkonzeptes beweist.

<sup>106</sup> Ein kleiner Vorteil gegenüber Straumsheim ist, dass Sie die besonders unzuverlässigen Daten der ersten zwei Wochen des Vorlaufes nicht für die Berechnung der Ausgangsparameter der Studie verwendet haben, sondern nur den nachfolgenden Monat. Wie noch zu zeigen ist, genügte dies dann aber nicht zur Vermeidung von Artefakten.

<sup>107</sup> Vgl. hierzu auch die oben erwähnte Kritik der StudienärztInnen.



Wie bei Straumsheim ist auch bei Ihnen die homöopathische Mittelverordnung nicht eingeschränkt. Dies ist allerdings entgegen Ihrer Meinung<sup>108</sup> ebenfalls keine besondere Verbesserung des Studienkonzeptes. Auch bei Brigo war ja die Individualisierung der PatientInnen voll gewährleistet, lediglich wurden nur bestimmte Diagnosetypen für die Studie ausgewählt. Aus dieser Beschränkung resultierte dann als nicht zu unterschätzender Vorteil ein konstitutionell-psychosomatisch homogeneres und, wie schon diskutiert, eventuell sogar generell positiver ansprechendes Kollektiv!

### III.4.6. Fragwürdiger Einsatz der Q-Potenzen

Frei waren Ihre ÄrztInnen auch in der Wahl von Dosierung und Potenzen, insbesondere wurde als prinzipiell wiederum begrüssenswerter Fortschritt auch die Verwendung der in der modernen Homöopathie immer geläufiger werdenden Q-Potenzen ermöglicht, welche schliesslich fast ein Drittel der Verordnungen ausmachten.<sup>109</sup> Doch auch hier bringt der scheinbare Fortschritt einige neue Probleme mit sich, welche von Ihnen offenbar überhaupt nicht gesehen wurden: So erfahren wir z.B. lediglich aus Ihrer kaum bekannten Detailpublikation, dass die verwendeten Q-Potenzen alle in den tiefen Stufen Q1 und Q3 verabreicht wurden.<sup>110</sup> Hierzu ist es nun aber sehr wichtig zu wissen, dass diese tiefen Q-Potenzen im Gegensatz zu den durchwegs über  $10^{-30}$  hinaus potenzierten Arzneien der vorangehend diskutierten Studien keineswegs allein nur im nicht-materiellen Bereich liegen: Eine Q 1 liegt rein verdünnungsmässig betrachtet erst etwa im Bereich von  $10^{-12}$  bzw. einer D 12. Die Loschmidtsche Zahl wird entgegen Ihrer falschen Angabe<sup>111</sup> erst ab Q 4 überschritten.<sup>112</sup>

Da die immaterielle Arzneiwirkung nun aber unzweifelhaft das heisseste Thema in der ganzen Homöopathiediskussion ist, ist dies ein besonders heikler Punkt. Auch in der ersten und ausführlichsten Präsentation Ihres Studienkonzeptes wird ja dem Nachweis einer allfälligen Wirkung von immateriellen Hochpotenzen eine hohe Pri-

---

<sup>108</sup> Walach 1997 S. 123 und 2000 S. 22, wo Sie dieses Konzept wiederholt als besonderen Fortschritt darstellen.

<sup>109</sup> 65 von 217 exakt dokumentierten Verordnungen waren Q-Potenzen (Walach 1997 S. 121), dies entspricht ziemlich genau 30%. Erst bei einer genaueren Nachprüfung der Studien-Unterlagen fällt aber auf, dass diese Verordnungszahlen auch die anlässlich der Schlusskonsultation verschriebenen Medikamente betreffen, „welche für den Verlauf der Doppelblindstudie nicht mehr von Belang waren“ (Walach 2000 S. 77)! Dies ist natürlich nicht korrekt, zumal diese Präzisierung in ihrem Hauptartikel fehlt (Walach 1997 S. 121). Für die prozentuale Aufteilung der verordneten Potenzen spielt dieser Fehler allerdings kaum eine Rolle (in Realität waren nur 51 von 171, aber wiederum fast genau 30% der dokumentierten studienrelevanten Verordnungen Q-Potenzen), doch wirft er ein weiteres Schlaglicht auf die unsorgfältige Detail-Auswertung Ihrer Studie (s. hierzu auch unten!). Zum Vergleich mit den Verordnungszahlen anderer Studien muss dann aber natürlich unbedingt die korrekte Anzahl der Verschreibungen berücksichtigt werden (s. unten).

<sup>110</sup> Walach 2000 S. 77. Diese Potenzwahl ist für den Behandlungsbeginn allerdings durchaus üblich.

<sup>111</sup> Walach 2000 S. 15. Dort behaupten Sie, dass die Grenze zur immateriellen Arzneigabe bereits ab Q 2 überschritten werde.

<sup>112</sup> Seiler 1988, S. 190.

orität eingeräumt,<sup>113</sup> und dies war auch ein Hauptanliegen von Brigos Migränestudie.<sup>114</sup> Damit stellt allein schon die ausgiebige Verwendung tiefer Q-Potenzen Ihre ganze Untersuchung in Frage, zumindest in ihrer Intention als Test von Hochpotenzen und Kontrolle der Brigo-Studie. - Und stellen Sie sich nur vor, Ihre Studie wäre positiv ausgefallen, und ein intelligenter Kritiker hätte bemerkt, dass die verwendeten Q-Potenzen allesamt noch im materiellen Mikrobereich liegen. Da wären Sie schön unter Beschuss gekommen!

In diesem Zusammenhang muss man es auch als unsinnig bzw. als Verschwendung von Forschungsgeldern bezeichnen, wenn Sie zum Beweis der physikalisch-chemischen Identität von Homöopathie und Placebo mit viel Aufwand ein Speziallabor<sup>115</sup> und dann zusätzlich sogar noch einen NMR-Spektrographen<sup>116</sup> auffahren lassen - und daneben trotzdem tiefe Q- und sogar auch D-Potenzen<sup>117</sup> verwenden! Für die rein klinische Aussage Ihrer Studie ist diese Problematik allerdings von untergeordneter Bedeutung.<sup>118</sup>

Wesentlicher für die Klinik aber ist, dass die Q-Potenzen ein ziemlich anderes Fallmanagement erfordern als die von der ärztlichen klassischen Homöopathie heute noch mehrheitlich angewandte Kentsche Hochpotenztechnik, an welche die weitmaschigen klinischen Kontrollfrequenzen der bisher diskutierten Studien ja auch angepasst waren. Wie wir aber bereits im Fall des Marquis of Anglesea gesehen haben, kontrollierte Hahnemann symptomatische chronische Fälle in sehr viel kürzeren Abständen von nur etwa ein bis zwei Wochen, mit entsprechender lebhafter Verordnungsdynamik.<sup>119</sup> Bei fehlender engmaschiger Kontrolle besteht bei der Q-Potenztechnik mit ihren wiederholten Arzneigaben eine erhebliche Gefahr von potentiell schwerwiegenden Erstverschlimmerungen.<sup>120</sup>

Die Angaben über die Dosierung der Q-Potenzen sind nach Ihren Unterlagen nicht ganz klar: Einmal beschreiben Sie die Gabe nach den Vorschriften der RS HerstellerIn<sup>121</sup> als in Wasser verdünnte Tropfendosis,<sup>122</sup> dann wieder ist von

<sup>113</sup> Gaus 1992 S. 134.

<sup>114</sup> Brigo S. 99.

<sup>115</sup> Walach 1997 S. 120.

<sup>116</sup> Walach 1997 S. 123.

<sup>117</sup> Sicher dokumentiert ist die Verwendung mindestens einer D 12, s. unten.

<sup>118</sup> Ebenso wenig wollen wir auf der aus klinisch-homöopathischer Sicht ebenfalls eher bedenklichen Tatsache herumreiten, dass IhrE LieferantIn von Q-Potenzen diese nicht genau nach den Hahnemannschen Vorschriften liefert und einsetzen lässt. Da aber nach der klinischen Erfahrung auch diese Anwendungsform zumindest partiell wirksam ist, brauchen wir dieses Thema zumindest vorläufig nicht auch noch anzugehen. Bedenklich ist allerdings, dass Sie diese fehlerhaften bzw. ungenauen Angaben zur Q-Potenztechnik auch in die theoretische Einführung Ihrer ausführlichen Publikation übernommen haben (Walach 2000 S. 25).

<sup>119</sup> S. Anmerkung 16. Im Fall Anglesea wandte Hahnemann zwar noch keine Q-Potenzen an, benutzte aber bereits eine neu entwickelte und wenig später auf die Q-Potenzen übertragene intensivierete Dosierungstechnik (Potenzierungsflasche) mit entsprechender Kontrollfrequenz.

<sup>120</sup> Vgl. hierzu die nachfolgend angeführten konkreten Nebenwirkungsschilderungen der Verum-Gruppe.

<sup>121</sup> Gudjons.

<sup>122</sup> Walach 1997 S. 120. Diese entspricht, wie bereits erwähnt, nicht genau den Hahnemannschen Vorschriften (s. Anm. 76).

Tropfengaben ohne Verdünnungsangabe die Rede,<sup>123</sup> und schliesslich finden wir auch die Angabe beider Möglichkeiten.<sup>124</sup> Wahrscheinlich war also das letztere der Fall, wobei – wie erwähnt - die Gefahr von Nebenwirkungen bei den Q-Potenzen bei unverdünnter Gabe nach meiner Erfahrung wirklich recht erheblich sein kann. Die Q-Potenzen wurden zudem während der ganzen Versuchsperiode in der Regel einmal täglich eingenommen, selten auch zweimal täglich.<sup>125</sup> Nach Hahnemann können bei akuten Beschwerden aber noch wesentlich häufigere Gaben indiziert sein,<sup>126</sup> welche Möglichkeit in Ihrer Studie aber offenbar nicht ausgenutzt wurde.

Trotz dieser häufigen und lange Zeit fortgesetzten Mittelgaben erfolgt in Ihrer Studie nach der Fallaufnahme mit Erstverordnung erst nach sechs Wochen eine erste routinemässige Kontrolle mit Möglichkeit eines Mittelwechsels, und dann in demselben Abstand bereits die Schlusskontrolle. Allerdings hatten die PatientInnen jederzeit die Möglichkeit, bei Bedarf den Arzt für zusätzliche Instruktionen anzurufen.<sup>127</sup> Diese Möglichkeit wurde aber offenbar nur selten benutzt, jedenfalls ergaben sich daraus nur sehr wenige neue Mittelverordnungen.<sup>128</sup>

Für diese fehlende Ausnutzung der durch die Hahnemannsche Q-Potenz-Technik gegebenen Möglichkeiten einerseits und die für diese Therapieform zu weitmaschige Kontrollen andererseits tragen nun natürlich nicht Sie die Hauptverantwortung, sondern die behandelnden ÄrztInnen. Abgesehen von der für mich schwierig nachvollziehbaren Tatsache, dass sie sich überhaupt in ein derartiges Versuchskonzept einspannen liessen, trifft diese damit wahrscheinlich auch von der technisch-homöopathischen Seite her eine gewisse Mitschuld am faktischen Null-Resultat Ihrer Studie.

Die Namen der sowohl für Verum als auch Plazebo verordneten Arzneien sind erfreulicherweise wenigstens in ihrer ausführlichen Publikation vollständig dokumentiert. Leider aber entspricht diese Liste wie oben erwähnt<sup>129</sup> nicht den studienrelevanten Verordnungszahlen, sodass wir für unsere Aufstellung die aus der Publikation von Gaus ableitbaren korrigierten Zahlen<sup>130</sup> benutzen:

---

<sup>123</sup> Walach 2000 S. 79.

<sup>124</sup> Walach 2000 S. 25.

<sup>125</sup> Walach 2000 S. 79. Nach mündlicher Bestätigung eines der Studienärzte wurden die täglichen Q-Potenz-Gaben tatsächlich in der Regel über die ganze sechswöchige Studienphase hinweg durchgezogen (!), welche von der Hahnemannschen Technik deutlich abweichende Dosierungsweise aber offenbar „keinerlei Probleme“ gemacht habe...

<sup>126</sup> Hahnemann S. 137, § 248. Allerdings müssen dann auch entsprechend engmaschige Kontrollen durchgeführt werden, welche in akuten Verlaufsphasen schon in Hahnemanns Praxis bis zu täglichen Visiten reichen konnten (s. z.B. Seiler 1988 S. 172).

<sup>127</sup> Walach 1997 S. 120.

<sup>128</sup> Weniger als 10 neue Verschreibungen während der gesamten Studie (Walach 2000 S. 79).

<sup>129</sup> S. Anm. 110.

<sup>130</sup> Gaus 1994 S. 30 ff. Die korrigierten Zahlen differieren im Vergleich zu den Ihrigen (Walach 2000 S. 78) in der Regel um den zu erwartenden Faktor von etwa -20%, lediglich bei Sepia (nur 6), Pulsatilla (nur 3) und Silicea (0!) ergeben sich noch wesentlich tiefere Werte, welche wahrscheinlich auf einem zusätzlichen Fehler beruhen. Auch diese Zahlen wurden aufgrund der Liste von Gaus korrigiert.

Auch in Ihrer Studie war Natrium muriaticum mit 25 Verschreibungen führend, gefolgt von Phos (23) und Nux-v (20). Darauf folgen Calc (16), Lyc und Ign (je 15), Sep (13), Puls und Sil (je 9), Lach (5), Sulph (4) und Bell (3). Die nachfolgenden, nur ein- oder zweimal verordneten Mittel sollen auf dieser sowieso etwas unsicheren Liste nicht angeführt werden. Das Verordnungsmuster wirkt aber durchaus klassisch, im Vergleich zu Brigo fällt lediglich wiederum die relativ geringe Anzahl von Belladonna- und Silicea-Verordnungen auf.

Wenn wir weiterhin von den korrigierten Zahlen ausgehen, wurden für Ihre insgesamt 98 PatientInnen etwa 120 C- und 51 Q-Potenzen verordnet. Dazu kam noch die bereits erwähnte D 12, und bei 7 Verschreibungen schliesslich ist die Potenzierung gar völlig unbekannt (!).<sup>131</sup> Damit kommen wir auf etwa 179 Verschreibungen für 98 PatientInnen in 3 Monaten, was verglichen mit der Hahnemannschen Technik und gemessen an der völligen Therapiefreiheit inklusive telefonische Konsultationsmöglichkeit erneut auf eine recht wenig ausgeprägte Verordnungsdynamik schliessen lässt. Diese lag ähnlich wie bei Straumsheim sogar deutlich unter der Frequenz von Brigos rein schematischen Mittelwechseln.<sup>132</sup>

#### **III.4.7. Noch mehr Störfaktoren als bei der norwegischen Studie**

Zum Verlauf der Therapiephase Ihrer Studie können wir schon jetzt voraussagen, dass noch mehr Störfaktoren auftreten werden als bei Straumsheim:

- Infolge der wesentlich rigoroseren Medikamentenvorschriften müssen wir mit noch mehr Entzugserscheinungen rechnen, welche zudem aufgrund der erwähnten Gruppeninhomogenität vermehrt bei der stärker medikamentenorientierten Verum-Gruppe zu erwarten sind.
- Zumindest bei den Q-Potenzen muss zudem mit erheblichen Erst- und eventuell auch Langzeit-Verschlimmerungen gerechnet werden, was wiederum und hier nun sogar ausschliesslich die Verumgruppe betrifft.
- Bei der sensitiveren Kontrollgruppe könnte sich der Plazebo-Effekt zumindest zu Beginn der Therapiephase deutlich stärker auswirken als bei den nüchterneren Verum-PatientInnen.

In der Beobachtungsphase hingegen sollte die Situation hingegen nicht viel schwieriger aussehen als bei Straumsheim. Bereits dort hat uns aber ein sehr wahrscheinlich durch den Tagebuch-Effekt verursachter erheblicher Anstieg der ursprünglichen Anfallsfrequenz von wahrscheinlich über 30% in beiden Gruppen überrascht. Zudem hat uns die Whitmarsh-Studie gezeigt, dass sich psychische Gruppen-Inhomogenitäten gerade auf den Tagebuch-Effekt deutlich auswirken können. Damit müssen wir auch bei der Münchner Studie schon in der Vorlauf-Phase mit einer ausgeprägteren Tagebuch-Reaktion der Plazebogruppe rechnen.

---

<sup>131</sup> Dieser Umstand geht aber offensichtlich auf Nachlässigkeiten der StudienärztInnen zurück.

<sup>132</sup> Wir kommen rein rechnerisch auf etwa 55 Verschreibungen für 30 PatientInnen in drei Monaten, woraus sich als theoretische Vergleichszahl zu Brigos 50 Verschreibungen für die gleiche Patientenzahl in zwei Monaten etwa 37 Verordnungen für diesen Zeitraum ableiten lassen (bei Straumsheim 30, s. unten).

Als Dokumentation des tatsächlichen Studienverlaufes publizieren Sie in Ihrem Hauptartikel lediglich Ihre „Frequenzkurve“ mit nur ungefähr ablesbaren Zahlenwerten.<sup>133</sup> Wohl nicht ganz zufällig haben Sie hier nicht wie Brigo, Whitmarsh und Straumsheim die anschauliche Grösse „Anfälle pro Zeiteinheit“ angegeben, sondern den Patientenprozentsatz mit Kopfschmerzen pro Tag, woraus man zum Vergleich mit den anderen Studien die „Anfallsfrequenz“ dann ziemlich kompliziert zurückrechnen muss.<sup>134</sup>

Deshalb wird auch nicht sofort ersichtlich, dass bei Ihnen ähnlich wie bei Straumsheim die „Kopfschmerzfrequenz“ mit Beginn der Beobachtungsphase ebenfalls einen abrupten Sprung nach oben macht. Anstelle des ja bereits schon überhöhten Vorwertes von 3 pro Woche bzw. knapp 13 pro Monat kommen Sie nun schon am ersten Tag der Beobachtungsphase für beide Gruppen auf etwa 3,85/W. bzw. 16,5/Mt!<sup>135</sup> Dieser initiale Zunahme-Artefakt von mehr als 3 Schmerztage pro Monat bzw. etwa 28% ist bereits mehr drei mal grösser als das noch zu besprechende Gesamtergebnis Ihrer Studie! Im Gegensatz zu Straumsheim, der aus diesem Grund die Aussagekraft seiner ganzen Studie relativieren musste,<sup>136</sup> ist Ihnen dieser hinter Ihrer andersartigen Zählweise versteckte Störfaktor aber kein Wort der Diskussion wert!

Ebenfalls anders als bei Straumsheim zeigt bei Ihnen bereits die Beobachtungsphase die zu erwartende Inhomogenität der beiden Gruppen, indem die „Frequenzkurve“ der nachmaligen Placebo-Gruppe im Verlauf der Beobachtungsphase im Vergleich zum nun weitgehend stationären Verlauf bei Verum noch deutlich weiter ansteigt und erst kurz vor Beginn der Therapiephase wieder abzusinken beginnt.<sup>137</sup> Ihre Vergleichsgruppe erreicht so in den für die Ausgangslage Ihrer Stu-

---

<sup>133</sup> Walach 1997 S. 123. Auch in ihrer Detailpublikation ist nur diese Verlaufskurve ohne weitere Detailangaben wiedergegeben, hier nun allerdings ergänzt durch die ähnlichen Diagramme der Parameter „Kopfschmerzdauer“ und „Schmerzintensität“ (Walach 2000 S. 83 – 86).

<sup>134</sup> Man kann natürlich argumentieren, dass bei täglichen Zahlenangaben der Ausdruck Anfallsfrequenz pro Woche oder Monat nicht mehr sinnvoll ist. Dieser statistische Momentanwert kann aber als Durchschnittsgrösse aufgefasst werden, welche zu jedem Zeitpunkt auf längere Zeitabschnitte extrapolierbar ist, und bleibt damit anschaulich und brauchbar. Wenn also an einem bestimmten Tag 50% der PatientInnen an Kopfschmerzen litten, entspricht dies extrapoliert auf eine 7-Tage-Woche einer durchschnittlichen „Kopfschmerzfrequenz“ von 3,5 Tagen pro Woche bzw. 15 Tagen pro Monat. – Im weiteren verdient hier festgehalten zu werden, dass die Angabe des Patientenprozentsatzes die oben diskutierte Problematik der Durchmischung von Anfalls- und Dauerpatienten tatsächlich etwas besser löst. Dies hindert Sie dann aber wie gesagt nicht daran, im Summary Ihrer Hauptpublikation und auch anderswo immer wieder von „Kopfschmerzfrequenz“ zu sprechen.

<sup>135</sup> Werte aus der erwähnten Verlaufskurve errechnet (vgl. hierzu die obige Anmerkung). Die Tatsache, dass dieser Anstieg mit etwa 28% leicht tiefer liegt als derjenige der norwegischen Studie (wahrscheinlich über 30%), demonstriert nochmals die Tatsache, dass durch den relativ hohen Anteil von Dauerschmerz-Fällen Ihre „Anfalls-Kurve“ träger reagiert. Ihre Dauerschmerz-PatientInnen konnten sich ja nicht auf mehr als auf 7 Schmerztage pro Woche steigern!

<sup>136</sup> Straumsheim S. 7.

<sup>137</sup> Allerdings sind die Ausgangswerte bei Ihnen nicht einheitlich angegeben: Meist sprechen Sie von 3, einmal aber auch von 2,5 für beide Gruppen, und schliesslich ist einmal auch 2,5

die massgeblichen 4 Wochen vor Therapiebeginn eine durchschnittliche „Anfallsfrequenz“ von über 4 pro Woche bzw. etwa 18 pro Monat!<sup>138</sup> Damit erreichte die für den Tagebuch-Effekt erwartungsgemäss empfänglichere Placebo-Gruppe ähnlich wie die Vergleichsgruppe der Whitmarsh-Studie einen gegenüber Verum deutlich überhöhten Ausgangswert.

Entsprechend dieser Annahme zeigt die überhöhte Kurve dieser Gruppe dann ja schon kurz vor Therapiebeginn wieder eine sinkende Tendenz, was dem uns ebenfalls von der Whitmarsh-Studie her bekannten relativ raschen Einsetzen der Korrektur des initialen Tagebuch-Effektes entsprechen dürfte. Diese statistische Besserungstendenz setzt sich in der Vergleichsgruppe dann auch in der Therapiephase fort, nun natürlich noch unterstützt durch den Placebo-Effekt, für welchen dieses Kollektiv wahrscheinlich ja ebenfalls etwas empfänglicher ist.<sup>139</sup> Die Negativfaktoren Kaffee- und Medikamentenzug hingegen wirken sich bei dieser weniger arznei-abhängigen Gruppe offenbar nur als Bremseinfluss auf diese ausgeprägten Positivfaktoren aus. Im letzten Therapiemonat steigt die „Frequenzkurve“ der Vergleichsgruppe dann aber wieder deutlich an, was sehr wahrscheinlich in erster Linie durch das zu diesem Zeitpunkt etwa zu erwartende Nachlassen des Placebo-Effektes bedingt ist, wie dies ja auch die Brigo- und die Whitmarsh-Studie zeigen.

#### **III.4.8. Deutliche Hinweise auf eine erhöhte Belastung der Homöopathie-Gruppe**

Die Verum-Kurve hingegen zeigt zu Beginn der Therapiephase eine in auffälligem Gegensatz zur Besserungstendenz der Placebo-Gruppe stehenden stationären Kurvenverlauf,<sup>140</sup> welcher erst etwa ab der dritten Therapiewoche in eine sehr langsame und diskrete, dafür aber recht konstante Besserungstendenz übergeht. Die anfänglich flache Kurve ist nun sehr wahrscheinlich durch die in dieser Gruppe verstärkt zu erwartenden medikamentösen Entzugssymptome und die gleich nachfolgend beschriebenen homöopathische Erstverschlimmerung bedingt, welche den auch in der Homöopathiegruppe zu erwartenden positiven Placebo-Effekt offensichtlich weitgehend aufzuheben vermochten.

Auf die Tatsache, dass in der Therapiephase Ihrer Studie die Verum-Gruppe tatsächlich mehr zu leiden hatte, weist bereits einmal der Umstand hin, dass alle 4 PatientInnen, welche die weitere Einnahme der Medikation verweigerten und ausstiegen,<sup>141</sup> zur Verum-Gruppe gehörten. Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Verteilung der Aussteiger rein zufällig ist, ist bereits recht gering.<sup>142</sup> Zum Ausstiegsmotiv schreibt selbst der vorsichtige Gaus ausdrücklich, dass ein unbefriedigender The-

---

für Verum und 3 für Placebo angegeben. Wir gehen von dem meistgenannten, auch im Summary und in Ihrer ausführlichen Publikation (Walach 2000 S. 66) angeführten Wert von 3 Kopfschmerztagen pro Woche aus.

<sup>138</sup> in der Verum-Gruppe hingegen bleibt der Wert fast konstant auf etwa 3,85.

<sup>139</sup> S. unten.

<sup>140</sup> Walach 2000 S. 83 ff. Die schönsten Kurvendarstellungen finden sich bei Gaus 1994 S. 52 ff.

<sup>141</sup> Walach 1997 S. 121 und 2000 S. 63 und 64.

<sup>142</sup> Bei gleicher Gruppengrösse würde sie nur 1:16 betragen, welche Voraussetzung allerdings nicht erfüllt ist.

rapieverlauf als Ursache keineswegs auszuschliessen sei.<sup>143</sup> In zwei Fällen spielte offenbar die Weigerung, weiterhin auf Kaffee zu verzichten, vordergründig die Hauptrolle. Aber auch hier es sehr gut denkbar, dass verstärkte Kopfschmerzen zu vermehrtem Kaffeebedarf und damit zum Widerruf der anfänglich ja erfolgten Verzichtserklärung führten. Die Ausstiegsgründe der beiden anderen Fälle sind leider nicht dokumentiert, aber eine Verbesserung des Zustandes wird auch bei diesen wohl kaum der Beweggrund für den Therapieabbruch gewesen sein...

Besser dokumentiert sind dann aber erfreulicherweise die Nebenwirkungen, welche die in der Studie verbliebenen PatientInnen verzeichneten. Alle TeilnehmerInnen mussten nämlich am Ende der beiden 6-wöchigen Studienperioden auf der Schlussseite des Tagebuches die Frage nach unerwünschten Wirkungen mit Ja oder Nein beantworten. Immerhin 40% der 98 PatientInnen kreuzten mindestens einmal Ja an, davon waren 22 Mitglieder der Verumgruppe und 17 des Placebo-Kollektivs. Daraus lässt sich aber keineswegs ein Trend zu vermehrten Nebenwirkungsmeldungen unter homöopathischer Behandlung ableiten, da diese Zahlen infolge der ungleichen Gruppengrößen in Prozentanteile umgerechnet werden müssen. So kommen wir auf 36% Nebenwirkungs-PatientInnen unter Verum<sup>144</sup> und auf 46% in der Kontrollgruppe, also sogar auf ein recht deutliches Ueberwiegen der Placebogruppe.

Dies lässt sich aber wiederum durch die vermehrte psychische Suggestibilität dieses Kollektivs recht gut erklären. Tatsächlich zeigt Ihre Vergleichsgruppe erwartungsgemäss auch in sämtlichen sonstigen Verlaufsparemtern deutlich stärkere Schwankungen nach oben und unten.<sup>145</sup> Dies lässt sich nur dadurch erklären, dass die relativ kleine Placebo-Gruppe sowohl im Positiven als auch Negativen etwas stärker beeinflussbar war als die Homöopathie-Gruppe.

Erfreulicherweise machten zudem recht viele PatientInnen aus eigenen Stücken<sup>146</sup> noch präzisierende Angaben zu ihren Therapiereaktionen, welche Sie ebenso erfreulicherweise auch detailliert wiedergeben.<sup>147</sup> Verwertbare Präzisierungen<sup>148</sup> lieferten 17 PatientInnen des Verum-Kollektivs und 12 der Placebogruppe, was relativ zur Gruppengrösse für Verum etwa 28% und für Placebo 32% ergibt.

Für die Beurteilung der entscheidenden Frage, ob die Therapiereaktionen der Verum-Gruppe zu einem relevanten Anteil als homöopathische Mittelwirkun-

---

<sup>143</sup> Gaus 1994 S. 12.

<sup>144</sup> Wahrscheinlich aufgrund eines Rechnungsfehlers ist bei Ihnen diese Zahl etwas zu klein angegeben (Walach 2000 S. 99).

<sup>145</sup> Details s. unten.

<sup>146</sup> Auf Ihrem Fragebogen (Walach 2000 S. 50) jedenfalls ist keine konkrete entsprechende Aufforderung hierzu erkennbar. Im Text schreiben Sie aber, dass die PatientInnen um genauere Angaben gebeten worden seien. Möglicherweise erfolgte dies aber auch nachträglich mündlich, oder dann aber war der unter der Schlussfrage nach Nebenwirkungen eventuell noch offene Raum als stillschweigende Aufforderung zu verstehen.

<sup>147</sup> Walach 2000 S. 100 ff.

<sup>148</sup> Freitextangaben, welche lediglich das angekreuzte Ja ohne weitere Präzisierung relativieren wie „Ja + vielleicht“ oder „Ja + weiss nicht genau“ konnten in dieses Verzeichnis konkreter Symptommeldungen natürlich nicht aufgenommen werden. Es gab auch nur 3 derartige Angaben (2x Verum , 1x Placebo).

gen zu interpretieren sind und sich in dieser Hinsicht von den Placebo-Reaktionen unterscheiden, spielt nun aber – wie Sie richtig bemerken – nicht die Quantität, sondern die Qualität der Symptome die entscheidende Rolle. Hier wird Ihre Argumentation dann aber sehr fadenscheinig: Unter Verzicht auf jede Beweisführung oder auch nur eine Erläuterung deklarieren Sie einfach, dass in der Verumgruppe 10 von 20 Eintragungen einen möglichen Hinweis auf spezifische Arzneimittelwirkungen enthalten würden und in der Placebogruppe 8 von 16, also jeweils genau 50%. Und folglich: „Ein Unterschied zwischen den Gruppen ist nicht erkennbar.“<sup>149</sup> - Diese Beweisführung ist vom klinisch-homöopathischen Aspekt her natürlich völlig ungenügend, weshalb eine verbesserte und systematisierte Analyse der einzelnen Therapiereaktionen dringend notwendig ist.

### **III.4.9. Verwechslung der Therapiereaktionen von Verum- und Kontrollgruppe**

Wenn wir hierzu nun aber vorsichtshalber Ihre Nebenwirkungsliste mit derjenigen von Gaus vergleichen, ergibt sich die ungeheuerliche, aber unzweifelhafte Feststellung, dass bei Ihnen die Angaben der Placebo- und der Verum-Gruppe grösstenteils miteinander verwechselt wurden!<sup>150</sup> So werden alle 12 detailliert meldenden PatientInnen des Placebo-Kollektivs fälschlicherweise der Verum-Gruppe zugeordnet, und von den 17 Verum-Leuten landen immerhin 11 bei der Vergleichsgruppe, womit Ihre Einteilung schlussendlich nur noch für 6 Verum-PatientInnen stimmt! Aufgrund Ihrer sowieso nur sehr oberflächlichen und nicht detaillierten Analyse erübrigt sich die Frage, ob dieser falsche Zuteilung schon bei der Bearbeitung Ihrer Studie oder erst im Nachhinein bei der Drucklegung erfolgte - in jedem Fall ist eine genauere Analyse umso mehr angesagt!

Im homöopathischen Alltag können die folgenden Fragen zu klären helfen, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine unter der Therapie beobachtete Verschlimmerung als Mittelreaktionen zu betrachten ist:

1. Wie sicher bzw. wie charakteristisch und ausgeprägt ist das festgestellte Symptom, und lässt es sich eventuell auch durch Fremdbeobachtung bzw. objektive klinische Symptome verifizieren?
2. Gibt es ausser der Einnahme des Mittels noch einen anderen äusseren oder inneren Faktor, der die Beschwerden erklären könnte?
3. Sind die Symptome völlig neu bzw. hat sich am bekannten Erscheinungsmuster des Leidens grundlegend etwas verändert?<sup>151</sup>

---

<sup>149</sup> Walach 2000 S. 102.

<sup>150</sup> Walach 2000 S. 100 – 101 und Gaus S. 70 – 72. Die Tatsache der Datenverwechslung wurde von Prof. Gaus schriftlich bestätigt.

<sup>151</sup> Wenn die neuen Symptome bzw. das wesentlich veränderte Erscheinungsbild des bekannten Leidens zudem ins Arzneimittelbild der verabreichten Medizin passen, ist dies natürlich eine weitere wichtige Bestätigung einer Arzneiwirkung. - Leider aber lassen sich die den einzelnen PatientInnen Ihrer Studie verabreichten Mittel nicht mehr eruieren.



4. Handelt es sich bei bekannten Symptomen um alte, schon seit längerer Zeit nicht mehr verspürte Krankheitszeichen?

5. Folgte auf die Verschlechterung eine deutliche Verbesserung?

Wenn bei einem ausgeprägten, charakteristischen Symptom die zweite Frage verneint und von den drei letzten zumindest eine bejaht wird, ist dies ein bereits ein recht deutlicher Hinweis auf eine homöopathische Mittelreaktion. - Für eine genaue Analyse der Therapiereaktionen Ihrer Studie nach diesen Kriterien ist es nun sinnvoll, die einzelnen Angaben der PatientInnen nach Diagnosegruppen aufzuteilen. Da ja nach beiden sechswöchigen Beobachtungsperioden je ein Fragebogen ausgefüllt werden musste, sind auch bei den Präzisierungen Doppelmeldungen einzelner PatientInnen möglich, welche nun auch doppelt gezählt werden.<sup>152</sup> Ebenso werden Mehrfachangaben in derselben Meldung, sofern sie getrennte Diagnosebereiche betreffen (z.B. Herzklopfen und Blähungen), als zwei getrennte Einzelangaben erfasst.<sup>153</sup>

So kommen wir schliesslich bei der Verum-Gruppe auf 27 Einzelangaben und beim Plazebo-Kollektivs auf 20. Bezogen auf die Gruppengrösse ergibt dies rein statistisch 0.44 Symptombeschreibungen pro Patient in der Verum- und 0.54 in der Plazebo-Gruppe,<sup>154</sup> also auch bei den Einzelsymptomen ein leichtes Ueberwiegen des Vergleichskollektivs.

Wenn wir nun aber die Detailbeschreibungen aufgrund des obgenannten Fragechemas hierarchisch in Qualitätsgruppen aufteilen, ergibt sich ein anderes Bild:

### **A. Erstverschlimmerung mit ausdrücklich festgehaltener nachfolgender Besserung**

a. Verum:

1. Drei Tage schlecht, danach gut! (109/I. Das verstärkende Ausrufezeichen ist beachtenswert. Die nicht detaillierte Verschlechterung betraf sehr wahrscheinlich die Kopfschmerzen als Leitsymptom der Studie.)

b. Plazebo:

Keine entsprechende Angaben.

### **B. Nach längerer Zeit wieder erscheinende alte Symptome**

a. Verum:

1. Wiederauftreten von Depressionen nach längerer Stabilität, von der Familie als inakzeptabel empfunden. (136/I.)

---

<sup>152</sup> Hinter der in der nachfolgenden Aufstellung jedem Symptom beigefügten Patientenummer Ihrer Studie geben die Zahlen I bzw. II an, ob das Symptom in der ersten oder zweiten Studienhälfte angegeben wurde, so z.B. 109/I.

<sup>153</sup> Bei Mehrfachnennungen nummeriert eine arabische Zahl hinter der lateinischen die Einzelsymptome der entsprechenden Meldung, z.B. 54/II/2.

<sup>154</sup> oder durchschnittlich eine Symptomschilderung bei 44% der Verum- und 54% der Plazebo-PatientInnen.

2. Unerträgliche Kopfschmerzen, welche seit Geburt des Sohnes vor zwei Jahren nie mehr in dieser Stärke aufgetreten waren, während zwei genau mit Datum bezeichneten Tagen. (138/I.)

b. Plazebo:

Keine entsprechende Angaben.

### **C. Ausdrücklich als neu oder ungewöhnlich bezeichnete Symptome**

a. Verum:

1. Periode vier Tage früher als normal, was sonst noch nie der Fall war. (108/I.)

2. Ungewöhnlicher Verlauf der Kopfschmerzen an vier einzelnen, genau mit Datum bezeichneten Tagen. (62/I.)

b. Plazebo:

Keine entsprechende Angaben.

Bei der allerdings nur recht kleinen Zahl von Symptombeschreibungen in den ersten drei Qualitätsgruppen, welche den letzten drei Punkten unseres Fragebogens entsprechen, zeigt sich ein ganz ausschliessliches Überwiegen der Homöopathie-Gruppe im Verhältnis von 5 : 0. Auch wenn wir diese Zahl im Hinblick auf die unterschiedliche Gruppengrössen relativieren, bleibt immer noch ein Quotient von 3.7 : 0.

Mindestens ähnlich bedeutsam ist nun aber, dass diese mit einiger Wahrscheinlichkeit einer homöopathischen Reaktion zuzuordnenden Verum-Symptome ausnahmslos alle aus der Studienphase I stammen! Auch diese Häufung von Reaktionen zu Therapiebeginn ist ja für die Homöopathie typisch, jedoch kann dies natürlich auch bei Plazebo-Reaktionen durchaus der Fall sein. Aber wenn wir nun alle Therapiereaktionen der Plazebo- und Verum-Gruppe auf ihr Auftreten in der ersten oder zweiten Studiehälfte hin untersuchen, ergibt sich ein ganzes deutliches Überwiegen der Homöopathiegruppe in der Phase I: Von den 27 detaillierten Symptomen der Verum-Gruppe wurden nicht weniger als 21 in den ersten sechs Therapiewochen aufgezeichnet! Das Verhältnis zu den Spätreaktionen beträgt also 27 : 6 bzw. 4.5 : 1. In der Plazebogruppe hingegen wurden nur 8 Frühreaktionen gegenüber 12 Nebenwirkungsmeldungen in der zweiten Studiehälfte verzeichnet; das entsprechende Verhältnis lautet somit 8 : 12 bzw. 0.7 : 1.

**Anstatt dem bei einer reinen Plazebo-Wirkung der Homöopathie zu erwartenden Verhältnis von 1 : 1 stehen die Koeffizienten von Früh- und Spätreaktion für Verum und Plazebo also im Verhältnis von 4.5 : 0.7 bzw. 6.5 : 1! Dies ist ein deutlicher Hinweis auf ein wahrscheinlich sogar signifikant überwiegendes negatives Reaktionsmuster der Homöopathiegruppe in der ersten Phase Ihrer Studie.**<sup>155</sup>

---

<sup>155</sup> Es stellt sich die Frage, warum dieser deutliche Hinweis auf eine Homöopathiewirkung in Ihrer Studiendarstellung völlig unter den Tisch fällt. Ihre zahlenmässige Zusammenstellung der Therapiereaktionen wurde nämlich durchaus korrekt von Gaus übernommen (Walach 2000 S. 99). Leider aber werden dort im Wesentlichen nur die Rubriken „Ja bei beiden Fragebogen“, „Nein bei beiden Fragebogen“ und „Ja beim einen und Nein beim anderen“ erfasst. Durch diese eigenartig reduzierte Darstellungsweise bleibt der wichtige Unterschied

Warum sich die Negativmeldungen der Plazebo-Gruppe in der zweiten Studienhälfte etwas häufen, lässt sich ebenfalls recht gut erklären: Schon die Brigo- und die Whitmarsh-Studie zeigten, dass das allgemein bekannte Gesetz des Abklingens von positiven Plazebo-Wirkungen nach einigen Wochen auch für homöopathische Kopfschmerzstudien Gültigkeit hat. Wie bereits erwähnt zeigen auch Ihre Verlaufskurven gegen Ende der Studie eine deutliche Verschlechterungstendenz der Plazebo-Gruppe. Mit steigender Enttäuschung der PatientInnen über das Abklingen der positiven Anfangswirkung ist dann sehr wohl auch mit einer Zunahme der Nebenwirkungsmeldungen zu rechnen.

Damit kehren wir zurück zu der qualitativen Analyse des Nebenwirkungsprofils, wo auch in der nachfolgenden Qualitätsgruppe die Meldungen der Homöopathiegruppe noch deutlich überwiegen:

#### **D. Wahrscheinlich neu aufgetretene Symptome mit charakteristischer, markanter Symptomatik**

a. Verum:

1. Zeitweise starke Schmerzen in beiden Brüsten. (Dosierung in Q-Potenz in vermutlich täglicher Dosierung über die ganze Studiendauer hinweg, 54/I/1, s. zu diesem Fall auch unten).
2. Etwas weniger, aber noch immer teilweise starke Brustschmerzen. (Unter reduzierter, aber vermutlich noch immer täglicher Q-Potenz-Gabe, 54/II/1. – Die Symptomatik der am meisten Nebenwirkungen aufweisenden Patientin 54 ist sehr verdächtig auf eine starke hormonelle Reaktion, wie sie durch ein homöopathisches Mittel durchaus ausgelöst werden kann. Nicht wenige Frauen hatten aber zu Therapiebeginn auch ihre Hormonmedikation abgesetzt,<sup>156</sup> jedoch hätte ein Auftreten dieser gynäkologischen Symptome nach Hormonentzug<sup>157</sup> eigentlich durch die Patientin selbst<sup>158</sup> oder zumindest ihren Arzt auf diese Ursache zurückgeführt werden müssen. Entsprechendes gilt für eine Frühschwangerschaft als weitere mögliche anderweitige Ursache dieses Symptomenkomplexes.)
3. Klopfen und Hämmern im linken Ohr. (54/I/4, s. oben.)
4. Augenflimmern, nicht verschwommen, sondern eher leichter Schatten. (Augenflimmern ist ein typisches Migräne-Äquivalent, das hier möglicherweise unter der Wirkung des homöopathischen Mittels als Symptomverschiebung neu auftritt. 43/I.)
5. Weniger Schlaf seit Therapiebeginn, Erwachen um 0500h. (128/I/1.)
6. Tagsüber trotz Schlafstörung selten müde, wie aufgezogen, wesentlich aktiver. (128/I/2, s. hierzu auch die nachfolgende Anmerkung.)

---

zwischen den Nennungen in der Früh- und Spätphase natürlich verborgen. Erst bei den Detailangaben ist die zugehörige Therapiephase dann zumindest festgehalten, allerdings völlig unsystematisch. - Es ist wirklich wie verhext mit Ihrer Studie: Wenn man es bewusst darauf abgesehen hätte, diese Auffälligkeit zu vertuschen, hätte man wohl kaum besser vorgehen können!

<sup>156</sup> S. Anmerkung 65.

<sup>157</sup> Allerdings ist die vorliegende Symptomatik für einen Hormonentzug nicht so typisch.

<sup>158</sup> Vgl. hierzu die explizite Meldung einer derartigen Nebenwirkung durch eine Patientin unter G/b/1!

7. Abgesehen von Niedergeschlagenheit während und nach den wöchentlichen, verstärkten Anfällen psychisch sehr wohl (115/II/2. Es könnte sich hier sehr wohl um eine beginnende Heilwirkung nach Erstverschlimmerung handeln,<sup>159</sup> welche mit etwas Grosszügigkeit auch in die Gruppe A eingeteilt werden könnte. Da leider keine genaueren Angaben über den weiteren Verlauf bestehen,<sup>160</sup> wollen wir aber diese Gruppeneinteilung beibehalten.)

8. Extremer Appetit. (169/I/1.)

b. Plazebo:

1. Fast jeden Morgen beim Erwachen leichte Übelkeit, die nach einer Stunde vorbeiging. (159/II.)

2. Kiefer oft verkrampft. (84/I/2.)

Auch wenn wir diese vierte Qualitätsgruppe dazuzählen, überwiegt die Homöopathie-Gruppe noch deutlich im Verhältnis von 13:2. Erst ab der nächsten Qualitätsgruppe beginnt sich das Verhältnis auszugleichen.

### **E. Wahrscheinlich neu aufgetretene unspezifische und wenig markante Symptome**

a. Verum:

1. Schmerzen im Unterleib. (54/I/3, zu Patientin 54 s. die Anmerkungen zu D/a/1.)

2. Herzrhythmusstörungen mit beschleunigtem Puls. (54/I/4, zu Patientin 54 s. die Anmerkungen zu IV/a/2.)

3. Noch immer schneller Puls. (Unter reduzierter Dosis, 54/II/2. Zu Patientin 54 s. die Anmerkungen zu D/a/2.)

4. Nasenbluten. (121/I/1.)

5. Ohrensausen. (121/I/2.)

6. Anhaltende Müdigkeit. (169/I/2.)

7. Kraftlosigkeit. (169/I/3.)

b. Plazebo:

1. Starkes Herzklopfen. (69/II/1. Dieses relativ markante Symptom steht sicher an der Grenze zu Gruppe D, ist jedoch so häufig, dass es ohne weitere Spezifizierung doch eher in die Gruppe E gehört.)

2. Nach der Mitteleinnahme Blähungen (69/II/2. Das Symptom wurde unter Q-Potenz in wiederholter Dosis beobachtet, wahrscheinlich handelt es sich also um einen typischen „Nozebo“-Effekt.)

3. Harter Stuhl. (59/1.)

4. Kreislaufprobleme während zwei Wochen. (145/II.)

5. Müdigkeit. (135/I.)

6. Müdigkeit. (135/II/2.)

<sup>159</sup> Vgl. auch den vorangehenden Fall 6.

<sup>160</sup> Bei allen Nebenwirkungsfällen wäre natürlich die Kenntnis des Schlussergebnisses sehr aufschlussreich.

## 7. Mehr Hunger. (84/I/1.)

Ab dieser Qualitätsstufe beginnen sich wie erwähnt die beiden Vergleichsgruppen mit leichter Dominanz der Plazebo-Gruppe auszugleichen.

### **F. Verschlechterung bekannter aktueller Symptome ohne Erwähnung einer positiven Nachwirkung**

Verum:

1. Nach Medikamenteneinnahme verstärkte Anfälle. (115/II/1.)
2. Verstärkte Kopfschmerzen. (177/I.)

b. Plazebo:

1. In den ersten drei Wochen nach Einnahme der Arznei Verstärkung einer chronischen Nesselsucht mit teilweise unerträglichem Juckreiz, aber ohne Ausschlag. (Sehr wahrscheinlich wurde eine Einzeldosis einer C-Potenz verabreicht. 63/I, zu den Anmerkungen zu diesem Fall s. unten).
2. Erneute Verschlechterung der Nesselsucht während 3-4 Wochen. (63/II, nach der zweiten vermutlichen Einzelgabe. - Nesselsucht mit massivem Juckreiz ist an und für sich ein markantes und auch gut objektivierbares Symptom, wobei allerdings die Angabe des fehlenden Ausschlages unter 1. etwas stützig macht. Vermutlich handelte es sich bei dieser Aktivierung eines bestehenden Leidens doch in erster Linie nur um den Juckreiz. Aber auch eine Urticaria kann bekanntlich rein psychisch und damit auch durch einen negativen Plazebo- bzw. „Nozebo“-Effekt ausgelöst werden. Dies gilt natürlich auch für die hier sehr eindrückliche Korrelation mit der Mitteleinnahme, welche einen „Nozebo“-Effekt ebenfalls keinesfalls ausschliesst.)
3. Insgesamt verstärkte Kopfschmerzen. (58/II.)
4. Kopfschmerzen. (135/II/1.)

### **G. Ausdrücklich auf anderweitige Ursachen zurückgeführte oder sonstwie relativierte Symptome:**

a. Verum:

1. Allgemein verschlechterte Situation infolge Kaffeeabstinenz. (44/I.)
2. Nach Mitteleinnahme zwei Tage starke Kopfschmerzen, möglicherweise aber infektbedingt. (87/II. Sehr oft treten homöopathische Mittelreaktionen in der Gestalt von akuten Infekten auf, welche von den PatientInnen dann meist auch entsprechend fehlinterpretiert werden. Trotzdem bleibt dieses wahrscheinlich therapiebedingte Symptom in dieser Gruppe.)
3. Nach Ankreuzen von „Ja“ unter „unerwünschte Wirkungen“ folgt die Anmerkung, dass parallel zu dieser sehr wahrscheinlich die Kopfschmerzen betreffenden Verschlechterung eine hartnäckige Erkältung mit Heiserkeit und verstopfter Nase bestehe. (95/I, s. hierzu die obige Anmerkung.)

4. Gewichtszunahme von 3 kg?? (Diese unter Verum keineswegs unübliche Therapiereaktion wird vom deRM Betroffenen aber gleich mit zwei Fragezeichen in Frage gestellt, 105/II.)
5. Vorübergehende Schlaflosigkeit, möglicherweise im Zusammenhang mit der Therapie, nach Mittelreduktion gebessert. (133/1. Die Besserung nach Mittelreduktion bestärkt hier den Verdacht auf einen Homöopathieeffekt. Negative Plazebowirkungen zeigen zwar wie erwähnt typischerweise ebenfalls eine Korrelation mit der Mitteleinnahme, welche aber meist nicht so differenziert ist.)

b. Plazebo:

1. Starke Depression infolge Absetzens der Hormone. (97/II.)
2. Verstärkte Beschwerden während drei Tagen, vielleicht auch durch heisses Wetter bedingt. (153/I/1.)
3. Müdigkeit, vielleicht auch durch heisses Wetter bedingt. (153/I/2.)
4. Neuerdings Einschlaf- und Durchschlafstörungen?? (Dieses zwar explizit als neu bezeichnete Symptom wird aus unbekanntem Gründen durch gleich zwei Fragezeichen stark relativiert, 59/II.)
5. Vermutlich: Kreisrunder Haarausfall. (Ein an und für sich sehr charakteristisches und gut objektivierbares Autoimmun-Symptom, welches bei Neuauftreten durchaus durch ein homöopathisches Mittel, wohl kaum aber durch Plazebo allein verursacht werden kann. Man muss hier aber daran denken, dass in der Therapiephase Ihrer Studie auch allopathische Mittel teilweise neu eingeführt wurden, was natürlich auch einmal eine Autoimmunreaktion auslösen kann. Andererseits aber weist die Relativierung dieses bei eindeutigem Neuauftreten frappanten und kaum zweifelhaften Befundes darauf hin, dass es sich entweder nur um eine eher unsichere Minimalmanifestation oder – wahrscheinlicher - um eine dieseRM PatiententIn auch sonst bekannte Krankheitserscheinung handelte. 113/II/1.)
6. Hautjucken am Bauch. (113/II/2, wahrscheinlich ebenfalls noch unter „vermutlich“ angeführt, s. oben.)
7. Eventuell in den ersten Tagen verstärktes Auftreten von Mitessern im Bereich der Nasenwurzel. (164/I. Zu diesem ebenfalls recht charakteristischen, aber wiederum deutlich relativierten Hautsymptom s. die Anmerkungen zu 5.)

Zusammenfassend lässt sich aufgrund einer genaueren Analyse der Studienabbrüche und vor allem der Nebenwirkungsmeldungen mit grosser Wahrscheinlichkeit sagen, dass die Homöopathie-Gruppe im Gegensatz zu Ihrer Beurteilung deutliche und in spezifischer Weise auftretende homöopathische Arzneireaktionen aufwies. Diese aus klassisch-homöopathischer Sicht nur sehr unvollständige Dokumentation der unerwünschten Therapiewirkungen lediglich durch Spontanmeldungen der PatientInnen liesse sich durch eine gezielte und systematisierte fachärztliche Befragung sicher noch ganz wesentlich erweitern und verbessern.

### III.4.10. Fragwürdige und paradoxe Resultate

Damit kehren wir zurück zum Beginn der Therapiephase Ihrer Studie: Die oben beschriebenen, in Phase I gehäuften wahrscheinlichen Homöopathie-Reaktionen erklären zusammen mit den bereits diskutierten Entzugs- und Umstellungsreaktionen das Ausbleiben einer deutlichen Besserungstendenz bei der Verum-Gruppe zu Therapiebeginn. Die anschließende diskrete Besserungsphase dieses Kollektivs wäre dann erster Linie durch den schwachen, aber vor allem nach zumindest teilweise Abklingen der Erstreaktionen etwas deutlicher einsetzenden Homöopathie-Effekt bedingt.

Im Endresultat ergibt sich so für beide Gruppe eine Reduktion der „Kopfschmerzfrequenz“ von nur gerade einem Tag pro Monat bzw. von 0.23 Tagen pro Woche, wobei die Placebo-Gruppe wie erwähnt sogar tendenziell etwas besser liegt.<sup>161</sup> Dies entspricht einer minimalen Besserung von etwa 6%. Mit der mir reichlich schleierhaften Begründung, dass die Vergleichsgruppe sowieso etwas besser abschneidet, wurde keine genauere statistische Analyse dieses minimalen, höchst wahrscheinlich nicht einmal signifikanten Gesamtergebnisses durchgeführt.

Wie wir gesehen haben, liegen aber bei den Migränestudien die entsprechenden Placebo-Resultate mit durchschnittlich etwa 15% Besserung der Anfallsfrequenz deutlich höher. **Ihr viel tieferer Placebo-Wert von nur 6% beweist, dass sich bei der Münchner Untersuchung zumindest beim wichtigsten Parameter „Kopfschmerzfrequenz“ positive Einflüsse um einen Faktor von fast 2/3 schlechter durchsetzten als bei einer durchschnittlichen Migränestudie!** Ihr Studienkonzept ist also für den relativ kurzfristigen Nachweis einer Heilwirkung bei Migräne und chronischen Kopfschmerzen tatsächlich denkbar schlecht geeignet. Wie bereits angedeutet, vermochten die Positivfaktoren der Therapiephase der Münchner-Studie im Gegensatz zur norwegischen ja nicht einmal den Anfangsartefakt der Beobachtungsphase zu korrigieren.<sup>162</sup> So kann es nicht verwundern, dass auch der in Ihrer Studie besonders schwache Homöopathie-Effekt gegenüber der vor allem durch eine artifiziell überhöhte Ausgangslage begünstigten Placebo-Gruppe statistisch völlig unterging.

Um einiges deutlicher war das Resultat Ihrer Studie dann aber betreffend Kopfschmerzintensität, wie dies aufgrund des hohen Anteils an DauerschmerzpatientInnen ja schon zu Beginn prognostiziert werden konnte. Allerdings war dieses Ergebnis noch etwas überraschender als dasjenige der „Kopfschmerzfrequenz“: Mit einer gut 20%-igen „Besserung“ zeigte hier das Placebo-Kollektiv ein gleich dreimal besseres Resultat als die Homöopathieguppe!<sup>163</sup> Dieses erreicht vermutlich bereits die Signifikanzgrenze.<sup>164</sup> Wie kommt es zu diesem paradoxen Resultat? - Leider fehlt, wie dies bei diesem Parameter allerdings zu erwarten

<sup>161</sup> Es besteht nur ein minimaler, sicher nicht signifikanter Unterschied.

<sup>162</sup> Das Schlussresultat lag mit etwa 3,6 „Anfällen“ pro Woche noch immer deutlich über dem ursprünglichen Ausgangswert von 3!

<sup>163</sup> Details hierzu folgen unten.

<sup>164</sup> Wiederum stellt sich die Frage, wieso eine genauere statistische Beurteilung Ihrer sonderbaren Studienresultate unterlassen wurde. Die Tatsache, dass ein Resultat völlig aus dem Rahmen fällt, ist noch kein hinreichender Grund hierfür.

ist,<sup>165</sup> ein Ausgangswert der Kopfschmerzintensität vor Studienbeginn, sodass wir als Startpunkt nur die ersten Tagebucheintragungen der Beobachtungsphase vorliegen haben. Aber selbst inklusive dem auch hier ja zu erwartendem initialem Tagebucheffect liegen diese Anfangswerte mit durchschnittlich nur etwa 15 mm VAS<sup>166</sup> verblüffend tief gegenüber 87 mm VAS bei Brigo und 53,7 bei Straumsheim.<sup>167</sup> Diese von Ihnen wiederum nirgends diskutierte hochgradige Abweichung von den Vergleichsstudien kann ich mir nur dadurch erklären, dass aufgrund des bekannten hohen Anteils von chronischen Dauerschmerz-PatientInnen bei der Münchner-Studie vermutlich ein Langzeit-Durchschnitt erfasst wurde, während reine Migränestudien, zumindest so wie ich sie verstehe, nur die auf die Migräneattacken begrenzte Schmerzintensität messen. Hierbei ergeben sich natürlich in aller Regel deutlich höhere Werte als z.B. im Tagesdurchschnitt chronischer Spannungskopfschmerzen. An diesem Beispiel zeigt sich erneut die klinische Sonderstellung Ihrer Studie und ihre schlechte Vergleichbarkeit mit den reinen Migränestudien.

Im Verlauf der Beobachtungsphase zeigte dann die Schmerzintensität der Plazebo-Gruppe wiederum den uns bereits bekannten isolierten Anstieg bis auf einen erhöhten Studien-Ausgangswert von etwa 20 mm VAS. Hiervon ausgehend übertraf sie dann mit einer im Vergleich zur „Frequenzkurve“ noch deutlicheren und vor allem auch etwas länger anhaltenden kräftigen Gegenschwankung von 4,7 Millimeter VAS das Homöopathie-Kollektiv gleich um das Dreifache. Damit ergibt sich für die Plazebo-Gruppe eine beachtliche statistische „Besserung“ von etwa 23.5%. Die Verum-Gruppe bewegte sich hingegen nur um etwa 1,5 mm VAS in die positive Richtung, womit sie mit 7.5% Besserung aber immerhin ebenfalls ein etwas besseres Resultat als bei den nur 6% der „Schmerzfrequenz“ erreichte.<sup>168</sup> Der Durchschnittswert beider Gruppen beträgt somit 15%, also immerhin mehr als das doppelte der Verbesserung beim Patientenprozentsatz mit Kopfschmerzen pro Tag. Die hier deutlich über eine blosse Tendenz hinausgehende Dominanz der Plazebo-Gruppe ist bemerkenswert, zumal sie auch bei meisten sonstigen Erfolgsparametern nachweisbar ist. Wenn in einer Studie Plazebo deutlich besser als Verum abschneidet, kann dies zwei Ursachen haben:

1. Ein relevanter verborgener Randomisierungsartefakt, wie ihn z.B. der Plazebo-Artefakt im Vorlauf der Whitmarsh-Studie in exemplarischer Deutlichkeit zutage förderte. Dies ist die häufigste Ursache, welche die betreffende Studie dann natürlich zumindest partiell unbrauchbar macht.<sup>169</sup>

---

<sup>165</sup> Ein VAS-Resultat ist ja sicher nur in seltenen Fällen vor Studienbeginn vorhanden.

<sup>166</sup> Gaus 1994 S. 54. Der Wert lässt sich auf der gut dargestellten Kurve recht gut ablesen und mitteln.

<sup>167</sup> Wir erinnern uns, dass die hier fehlende Whitmarsh-Studie zur Beurteilung der Schmerzintensität lediglich ein ganz einfaches, schlecht quantifizierbares Dreistufen-Schema verwendete.

<sup>168</sup> Walach 2000 S. 82.

<sup>169</sup> Vgl. hierzu wiederum das korrekturbedürftige Resultat der Whitmarsh-Studie.



2. Eine echte gesamthaft negative Wirkung des getesteten Medikamentes auf den betreffenden Erfolgsparameter (wesentlich seltener).

Beide Ursachen können natürlich auch miteinander kombiniert auftreten.

Aufgrund der nun schon mehrfach nachgewiesenen psychosomatischen Inhomogenität Ihrer beiden Vergleichsgruppen ist für die Münchner Studie die erstgenannte Ursache die weitaus wahrscheinlichste, **womit der paradoxe Verlauf v.a. ihres Schmerzintensitäts-Parameters nochmals die faktische Unbrauchbarkeit Ihrer Studie beweist**. Die zweite mögliche Ursache kann nämlich bei der Münchner-Untersuchung zwar aufgrund der nebenwirkungsträchtigen Einsatzweise der Q-Potenzen nicht ganz ausgeschlossen werden, ist aber zumindest als alleinige Ursache des doch recht deutlichen paradoxen Effektes hochgradig unwahrscheinlich. Und dass die Homöopathie – wie man aufgrund Ihrer Studie ja durchaus auch vermuten könnte - ganz generell noch schlechter als Placebo wirkt, wagen selbst ihre verbiestertesten Kritiker dann doch nicht zu behaupten!<sup>170</sup>

## IV. Magie, Kausalitätsprinzip und ganzheitliche Physik

### IV.1. Eine nicht-lokale bzw. magische Erklärung der Homöopathiewirkung ist nicht erforderlich

Es zeigt sich also, dass das gerade auch durch Ihre viel beachtete Studie angeordnete meta-analytische Chaos der Homöopathie-Studien, welches mit der Egger-Studie nun hoffentlich seinen Kumulationspunkt erreicht hat, gar nicht so düster und verwirrend ist, wie Sie dies zu Beginn Ihres Magie-Artikels<sup>171</sup> behaupten. Selbst bei dem schwierigen Thema der Kopfschmerzstudien sieht die Situation viel positiver aus als von Ihnen dargestellt: Anstatt 3:1 gegen die Homöopathie (Walach, Straumsheim und Whitmarsh gegen Brigo) steht es nach Korrektur offensichtlicher, auch von den jeweiligen Autoren offen zugegebener Fehler 3:1 für Hahnemann (Brigo, Whitmarsh und Straumsheim gegen Walach), indem alle drei erstgenannten Studien statistisch signifikante (Teil)-Resultate zugunsten der Homöopathie ergeben haben. Ja, eigentlich steht es sogar 3:0, da die Mängel Ihrer Studie derart offensichtlich sind, dass diese im Gegensatz zur bisherigen Beurteilung nicht mehr ernsthaft als Gegenargument gegen die Homöopathie angeführt werden kann.

Zusammen mit der oben zusammengefassten sonstigen klinischen Evidenz würde dies bereits genügen, um Ihr Postulat eines magisch-irrationalen Modells der Homöopathiewirkung für unnötig zu erklären. Doch ist die Verunsicherung selbst in

---

<sup>170</sup> Dies mit gutem Grund, denn damit würden Sie ja einen negativen Wirkungsnachweis eingestehen!

<sup>171</sup> Walach 1999.

Homöopathie-Kreisen noch immer recht gross und es spuken in vielen Köpfen noch mehr als früher nebelhaft-magische Ideen in der Art der Ihrigen herum. Wie oft hört man z.B. auch aus berufenem Munde, dass Doppelblindstudien ganz grundsätzlich nicht zum Nachweis der Homöopathie geeignet seien, da sich Hahnemanns Heilkunst in irgendwelchen ausserwissenschaftlichen, wenn nicht gar ausserirdischen Dimensionen bewegen würde! Damit aber wird nur jenen Kräften Vorschub geleistet, welche die Homöopathie in die esoterische Ecke abschieben wollen. Vergessen wir nie, dass bereits Hahnemann kein mystischer Schwärmer war, sondern ein Mann der Aufklärung und damit Anhänger eines kritischen, wenn auch stets ganzheitlich-lebendig denkenden Rationalismus!

Obwohl wie nun schon mehrfach dargelegt die Doppelblindstudie sicher nicht das Ei des Kolumbus ist und wesentliche Aspekte der Homöopathie nicht erfasst, müssen wir uns dieser Herausforderung stellen. Die Zeit ist erst im Kommen, wo wir auch von der Homöopathie her eine eigene Studienkultur aufbauen werden, welche heute noch in den Kinderschuhen steckt. Dank Leuten wie Reilly, Jacobs und Frei aber wurden bereits einige Fortschritte erzielt, und aus den bisherigen Fehlern und Irrtümern kann viel gelernt werden. In diesem Sinne ist ja gerade auch Ihre Studie wichtig.

#### **IV.2. Die von Hahnemann postulierte Lebenskraft und die spirituellen Aspekte der Materie haben auch in einem rational-kausalen Weltbild Platz**

In ähnlicher Weise bietet nun auch Ihr Magie-Artikel den Vorteil, dass sonst oft nur vage und nebelhaft formulierte Ideen klar positioniert und damit argumentativ auch besser greifbar sind. Hierbei will ich wiederum nur so kurz wie möglich auf die allerwichtigsten Punkte eingehen:

Dass Hahnemann die Wirkung eines homöopathischen Heilmittels als geistartigen, lebensenergetischen Prozess gesehen hat, halten Sie völlig zu Recht fest.<sup>172</sup> Dies hat aber nichts mit Magie und Hexerei zu tun. Sie übersehen, dass es für ihn und auch für viele seiner Zeitgenossen noch durchaus geläufig war, den in der heutigen Naturwissenschaft verpönten Begriff einer universellen Lebenskraft nicht nur in der Medizin, sondern auch ganz allgemein in der Naturwissenschaft inklusive Physik zu verwenden. Erst der aufkommende Vulgärmaterialismus des späteren 19. Jahrhunderts hat dann die unselige Spaltung von Geist und Physik endgültig vollzogen. Als Wegbereiter dieses Denkens lag bereits der von Ihnen zitierte Schopenhauer falsch, wenn er z.B. den Heilmagnetismus Mesmers ausserhalb der naturwissenschaftlich-physikalischen Realität ansiedelt: Er bezeichnet den Mesmerismus zwar durchaus zu Recht als Beweis für die Fernwirkung des menschlichen Geistes und die diesem Phänomen zugrunde liegende innere Verbundenheit alles Seienden, betrachtet dieses aber ausdrücklich als ausserhalb der Gesetzmässigkeit

---

<sup>172</sup> Walach 1999 S. 298.

ten von Raum, Zeit und Kausalität liegend.<sup>173</sup> Auf derartigen Überlegungen beruht denn ja auch Ihr Magie-Verständnis der Homöopathie.

Mesmer selbst aber hat dies als naturwissenschaftlich orientierter Arzt noch völlig anders gesehen: Aufgrund seiner heilmagnetischen Erfahrungen baute er ein ganzheitlich-physikalisches Weltbild auf, welches u.a. die heilmagnetische Interaktion zwischen HeilerIn und PatientIn und die Wechselwirkung zwischen zwei physikalischen Magneten auf eine gemeinsame lebensenergetische Ursache zurückführt.<sup>174</sup> In seinem grossen Spätwerk<sup>175</sup> erklärt er alle Naturkräfte von der Geisteskraft bis zur Gravitation als Wirkungen eines feinstofflichen, der materiellen Sinneswahrnehmung nicht zugänglichen bioenergetischen Fluidums, welches den leeren Raum der heutigen Physik vollständig erfüllt. Damit wird der Heilmagnetismus, den Schopenhauer ja als meta-physisch deklariert, als eine feinstofflich-hydrodynamische, letztlich also sogar mechanische Einwirkung kausal erklärt. Diese könnte somit zumindest theoretisch auch exakt-mathematisch beschrieben werden.

Trotz ihrer physikalischen Natur bleibt aber Mesmers feinstoffliche Flüssigkeit untrennbar mit dem Begriff des Seelisch-Lebendigen, ja sogar Göttlichen verbunden. Dies war ja zu Beginn unserer Naturwissenschaft z.B. für die pythagoräische Mathematik und Himmelsmechanik noch völlig selbstverständlich.<sup>176</sup> Mesmers Urflüssigkeit wird durch einen göttlichen Anstoss in steter Bewegung gehalten, welche damit zum direkten Ausdruck ihrer seelischen Belebtheit wird. Sie ist die Basis alles Seienden, welche mit ihrer vollständigen Raumerfüllung und permanenten Bewegtheit sogar bereits den Raum- und – wie wir dies aufgrund von Einsteins epochaler Leistung heute noch etwas erweitert sehen dürfen – auch den Zeitbegriff definiert.<sup>177</sup>

Auf diesem lebendigen Raum-Zeit-Fluidum, welches Mesmer konsequent auch als „psychische Flüssigkeit“ bezeichnet, beruhen dann auch alle Naturkräfte, und es entstehen daraus durch bestimmte lokale Bewegungsmuster auch das Licht (Photonen) und die Materie (Elementarteilchen).<sup>178</sup> Mesmers dynamischer Flüssigkeitsraum ist also nicht nur die Muttersubstanz der feinstofflichen Welt, sondern auch der ganzen materiellen Schöpfung. Bis auf seine betont seelisch-lebendigen Qualitäten ist er mit dem Äther, dem raumerfüllenden Medium der zeitgenössischen Schulphysik, weitgehend identisch. Bis zu Einsteins Relativitätstheorie war der Äther ja ein zwar immer viel diskutiertes, aber stets zentrales Grundelement der Physik.<sup>179</sup>

---

<sup>173</sup> Walach 1999 S. 298.

<sup>174</sup> Deshalb auch der Ausdruck „Heilmagnetismus“.

<sup>175</sup> Mesmer 1814.

<sup>176</sup> Seiler 1997 S. 95.

<sup>177</sup> als ätherischer „Zeit-Raum“, welchen ich in meiner Neubearbeitung von Mesmers Physik als „Kosmonenraum“ bezeichne (Seiler 1986).

<sup>178</sup> Ansätze zu einer Aktualisierung dieser Vorstellungen finden sich zusammengefasst bei Seiler 1997 S. 106 – 111.

<sup>179</sup> Es verdient hier aber zumindest als Anmerkung festgehalten zu werden, dass Einstein trotz seiner Relativierung auch dieses Begriffes in Gegensatz zur heutigen Meinung stets an der prinzipiellen Existenznotwendigkeit des Äthers festgehalten hat (Seiler 1986 S. 9)!

Hahnemann hat ja Mesmers feinstoffliches Heilsystem als eine der ganz wenigen akzeptablen Ergänzungsmethoden seiner ebenfalls die Grenzen der ponderablen Materie überschreitenden Hochpotenz-Homöopathie in das Organon aufgenommen. Bestimmt hat er also auch das physikalische Werk seines grossen Vorläufers in der westlichen bioenergetischen Ganzheitsmedizin gekannt und war von diesem mit beeinflusst. Im Gegensatz zu Mesmer hat er aber auf ein konkretes physikalisches Modell der feinstofflichen Materie bzw. des Potenzierungsprozesses verzichtet. Sicher ist jedoch, dass auch er an ein in der Materie schlummerndes und durch Dynamisierung aktivierbares, geistartiges Lebensprinzip glaubte,<sup>180</sup> welches mit seiner pantheistischen Vorstellung einer „allgütigen Gottheit, die das unendliche All beseelt“ in engstem Bezug zu sehen ist.<sup>181</sup>

### **IV.3. Die scheinbar nicht-kausale Kopenhagener Wahrscheinlichkeitsdeutung der Quantentheorie ist nicht die einzig mögliche**

Das Modell einer das ganze Universum lückenlos erfüllenden ätherischen Flüssigkeit erhält nun in der modernen Physik eine bisher noch kaum erkannte neue Aktualität: Sie lässt uns nämlich auch das von Ihnen als Begründung ihrer magischen Homöopathie-Interpretation oft zitierte Einstein-Podolsky-Rosen-(EPR-)Paradoxon<sup>182</sup> in einfacher Weise kausal erklären. Einstein, der ja bis an sein Lebensende an eine rational-kausale Welt glaubte („Gott würfelt nicht!“), war ein scharfer Gegner der statistischen oder komplementären Kopenhagener-Deutung<sup>183</sup> der Quantenmechanik. Diese betrachtet bekanntlich zumindest die mikrokosmische Wirklichkeit nur noch als prinzipiell unscharfes Spiel von Wahrscheinlichkeiten, dessen Elemente lediglich angenähert mit Hilfe von nicht miteinander kompatiblen, so genannt komplementären Modellen vorstellbar sind („Welle-Teilchen-Dualismus“)<sup>184</sup>, und dessen Veränderungen nicht mehr über raumzeitlich klar determinierte Kausalitätsketten vermittelt werden.<sup>185</sup> Einstein stellte zusammen mit gleich gesinnten Kollegen ein Gedankenexperiment auf, eben das EPR-Paradoxon, welches beweisen sollte, dass die Wellenfunktionen der Quantenmechanik eine unvollständige, nur nebelhafte Beschreibung der Wirklichkeit darstellen, welche erst durch eine verbesserte Theorie dereinst entschleiert werden könne. Diese Möglichkeit wurde von Leuten wie Bohr bestritten, für welche eine nur noch statistisch er-

---

<sup>180</sup> Seiler 1988 S. 58 ff.

<sup>181</sup> Haehl II S. 402.

<sup>182</sup> Walach 1999 S. 300. Für eine weiterführende Diskussion des EPR-Paradoxons s. das sehr gute Einführungskapitel bei Sexl.

<sup>183</sup> Der Kopenhagener Quantentheoretiker N. Bohr war ihr wichtigster Vertreter.

<sup>184</sup> Das bekannteste Beispiel hierfür ist die sonderbare Doppelsexistenz eines Partikels als Welle und Teilchen.

<sup>185</sup> Der Äther, welcher nach Einstein mit dem modernen physikalischen Feldbegriff weitgehend identisch ist (Seiler 1986 S. 10), ermöglicht im Gegensatz hierzu auch im Mikrobereich determinierte Kausalzusammenhänge.

fassbare, für mystisch-magische Interpretationen aller Art offene Quanten-Ge-spensterwelt als letzte Wahrheit akzeptabel oder gar willkommen war.

Die nach Einsteins Tod durchgeführten experimentellen Untersuchungen zur Klä-rung des EPR-Paradoxons bestätigten die Vorhersagen der Quantentheorie und schienen damit dem physikalischen Jahrhundertgenie zum ersten Mal grundsätz-lich Unrecht zu geben: Die Messung eines Partners eines ursprünglich vereinigten, nun aber getrennten Teilchenpaares scheint wie durch Magie augenblicklich den Zustand des anderen zu beeinflussen! Oder ein einzelnes Teilchen scheint durch zwei nebeneinander liegende Passagen gleichzeitig zu hindurchzuschlüpfen! - Dies gab allerlei esoterisch angehauchten Weltbild-Schöpfern von F. Capra bis zu Ihnen Anlass zu mehr oder weniger geschickt formulierten irrationalen Modellvorstellun-gen.

Hierbei wird meist ausgeklammert, dass auch weltweit anerkannte Physiker wie de Broglie und Bohm Alternativen zur Kopenhagener Deutung aufgestellt haben, bei welchen das lokale Kausalitätsprinzip erhalten bleibt. Hierbei wird wohl nicht ganz zufällig auf hydrodynamische Hilfsvorstellungen zurückgegriffen: Nach De Broglie wird ein Elementarteilchen von einer umgebenden „Führungswelle“ determiniert, welche die scheinbaren logischen Ungereimtheiten der EPR-Teilchenexperimente zwangslos erklärt. Diese Führungswelle lässt nämlich die Teilchengrenze unscharf werden und bis ins fernste All hinaus reichen. Dadurch bleiben zwei vereinigte Teilchen auch nach Trennung miteinander in Verbindung, und bei der Passage z.B. eines Elektrons durch einen Spalt wird auch die benachbarte Lücke quasi mitbe-nutzt, in jedem Fall aber mit beeinflusst.

#### **IV.4. Mesmers lebendig-dynamisches Äthermodell der Materie ermöglicht eine rationale Deutung der „Nicht-Lokalität“ der Quantenphysik**

Wie der Physiker J. Bell nach Einsteins Tod bewiesen hat, erfolgt die Wechselwir-kung dieser Führungswellen augenblicklich, d.h. instantan. Diese Art der Wechsel-wirkung bezeichnet man nicht gerade glücklich auch als „nicht-lokal“. Dies in dem Sinne, dass die Wechselwirkung unabhängig vom Ort bzw. der Distanz der betei-ligten Partikel augenblicklich vor sich geht und diese damit als ungetrennt oder nicht separierbar<sup>186</sup> erscheinen. Nach der Kopenhagener Deutung bedeutet diese Nicht-Lokalität nun aber, dass das Teilchenpaar vor seiner Beobachtung gar nicht real im (Zeit-)Raum existiert und nur eine Art statistische Geisterexistenz führt. Diese skurrile Vorstellung ist aber dank de Broglies Führungswellen glücklicherwei-se keineswegs die einzig mögliche. Mesmers Äthermodell ermöglicht uns sogar, diese Theorie noch etwas mehr zu konkretisieren:

---

<sup>186</sup> Noch besser für ein ganzheitlich-lebendiges Weltbild würde der auch emotional gefärbte Ausdruck der „Unzertrennlichkeit“ passen, welcher im geläufigen Bild eines unzertrennlichen Paares noch deutlicher die mögliche Koexistenz von lokal determinierter Individualität und instantaner bioenergetischer Verbundenheit illustriert.

Betrachten wir einmal die De Broglieschen Führungswellen zweier ursprünglich vereinigter Teilchen als zwei gegenläufige Wirbel in Mesmers Urflüssigkeit, welche durch einen gemeinsamen Bewegungsanstoss<sup>187</sup> entstanden sind. Trotz unscharfer Begrenzung der Strömungsfelder sind die Zentren der beiden Wirbel im flüssigen (Zeit-)Raum-Medium klar lokalisiert.<sup>188</sup> An der Berührungsfläche der Wirbel erfolgt eine permanente hydrodynamische Wechselwirkung der beiden Systeme, durch welche Veränderungen des einen „Wirbelteilchens“ instantan auf das andere übertragen werden.

Damit wird noch deutlicher, dass die de Broglie-Bohmsche Interpretation der Quantenmechanik kausal, aber trotzdem „nicht-lokal“ ist, indem räumlich getrennte Teilchenpaare durch die instantane, aber trotzdem determinierte Wechselwirkung ihrer Führungswellen miteinander verbunden bleiben.<sup>189</sup> Damit sind wir beim springenden Punkt: **Im Gegensatz zu Ihrer Darstellung bedeutet „nicht-lokal“ keineswegs zwangsläufig undeterminiert oder gar magisch-akausal!**

Einstein bekundete seinerzeit noch etwas Mühe mit dem Begriff der instantanen, „nicht-lokalen“ Wechselwirkungen, er verlangte für seine Physik eine „saubere“ Trennung der Objekte. Die vorsichtige Formulierung seiner Forderung nach „(quasi-)abgeschlossenen Systemen“ als Voraussetzung für eine exakte Physik<sup>190</sup> zeigt aber, dass er als Relativitätstheoretiker die Relativität auch der physikalischen Separierbarkeit getrennter Systeme im Prinzip bereits erkannte. Dieses Eingeständnis wäre ihm sicher viel leichter gefallen, wenn er schon zu Lebzeiten gewusst hätte, dass sich damit seine kausale Interpretation der Welt retten lässt!

#### **IV. 5. Jungs „magische“ Skarabäus-Erfahrung und das feinstoffliche Ähnlichkeitsprinzip**

Auch elementarste physikalische Prinzipien wie das Gesetz von actio et reactio und das damit zusammenhängende Machsche Prinzip bedingen ja eigentlich schon eine innere Verbundenheit alles Seienden. Auch wenn wir damit sogar im makroskopischen Bereich im Prinzip sagen können, dass „der Flügelschlag eines Schmetterlings die ganze Welt bewegt“, ist es für die praktische Belange des materiellen All-

<sup>187</sup> Im zweidimensionalen Modell ganz grob etwa mit einem Ruderschlag vergleichbar, der an der Wasseroberfläche ein gegenläufiges Wirbelpaar erzeugt.

<sup>188</sup> Es gibt wohl keine bessere modellmässige Auflösung des Welle-Teilchen-Paradoxons als ein Wirbel, der sowohl als ein durch das Wirbelzentrum lokal klar definiertes Teilchen als auch als eine unscharf begrenzte stehende Wellenbewegung betrachtet werden kann (Seiler 1997 S. 106 – 111). Ein Partikel ist damit lediglich noch eine lokale Sonder-Konfiguration des (Äther-)Raumes! (Nur in Klammern sei hierzu noch bemerkt, dass das Ätherwirbelmodell der Materie auch eine gute Erklärung des Potenzierungseffektes ermöglicht: Neben den extrem kurzwelligen Wellenstrukturen der massiven Materie sind auch gleichartig strukturierte, aber langwelligere, lichtähnliche spezifische Wirbelkomplexe denkbar, welche der potenzierten Form einer bestimmten Materieart entsprechen könnten).

<sup>189</sup> Sexl S. 36.

<sup>190</sup> Sexl S. 36.

tages durchaus genügend und auch sinnvoll, den Schmetterling z.B. mit den materiellen Augen einer Spaziergängerin als von der Umwelt separierbares Objekt zu betrachten. Für eine vertiefte Weltkenntnis ist es aber wichtig, sich bewusst zu sein, dass auch der Schmetterling als im Vergleich zu einem Elementarteilchen bereits sehr differenziertes Produkt der Schöpfung von einem hochkomplexen unsichtbaren Muster der Brogliescher Führungswellen bzw. mesmerischer Ätherströme umgeben ist, mittels welchem er mit der ganzen umgebenden Welt in unmittelbarer, lebendiger Wechselwirkung steht.

Damit lässt sich auch die von Ihnen zitierte berühmte Episode ursächlich erklären, welche Jung als frappantestes Beispiel für seine ebenfalls nicht-kausale „Synchronizität“ anführt:<sup>191</sup> Er sitzt mit einer Patientin in seinem Sprechzimmer und versucht ihr einen Traum von einem Skarabäus aufgrund der altägyptischen Wiedergeburtssymbolik dieses Insektes zu erklären. Jung ist engagiert und beflissen, die Patienten voller Widerstände; es herrscht also eine bioenergetisch hochgespannte Stimmung.<sup>192</sup> In diesem Moment prallt ein Rosenkäfer an die Fensterscheibe, in Zürcher Breitengraden der nächste Verwandte des Skarabäus. Dies ist tatsächlich ein fast unglaublicher „Zufall“,<sup>193</sup> für Patientin und Arzt ein unvergessliches Schlüsselerlebnis (wie die Sache für den Käfer endete, wird leider und bezeichnenderweise nicht rapportiert).

Muss man nach einem derartigen Ereignis aber in der Art des Mystikers Jung an einen nicht-kausalen „synchronen“ Weltkonnex zu glauben beginnen? – Man kann, wenn man dies aus Vorliebe zur Irrationalität unbedingt will, aber das oben skizzierte rationale Modell genügt vollauf: Die hochgespannte Stimmung mit dem Thema „Skarabäus“ erzeugte im Raum ein spezifisches feinstoffliches Wellenmuster von hoher Intensität, welches weit über die Wände des Sprechzimmers hinauswirkte. Aufgrund des im ätherisch-feinstofflichen bzw. magischen Bereich sehr wichtigen, im Detail aber bis auf die medizinische Anwendung in der Homöopathie noch wenig erforschten Ähnlichkeits- oder Sympathieprinzips trat dieses feinstoffliche Skarabäus-Signal mit der „Führungswelle“ des Rosenkäfers in Interaktion und beeinflusste wie ein Richtstrahl dessen Flugbahn.

---

<sup>191</sup> Walach 1999 S. 302.

<sup>192</sup> Die Tatsache, dass der Skarabäus im alten Ägypten als Erscheinungsform des sich selbst erneuernden, höchsten Sonnengottes auch eine sehr tiefe religiöse Bedeutung hatte, mag die Spannung des Momentes noch wesentlich erhöht haben. Zur rationalen bioenergetischen Deutung des Skarabäus-Mysteriums s. Seiler 2004 S. 16 und 33.

<sup>193</sup> Zur Berechnung der Zufallswahrscheinlichkeit dieses Ereignisses müsste die Häufigkeit von Fensterkollisionen des Rosenkäfers in unserer Gegend mit der Frequenz des Skarabäus-Themas in Jungs Sprechstunde kombiniert werden. Obwohl hierzu erstaunlicherweise noch keine Studien gemacht wurden, können wir doch mit genügender Sicherheit von einer hochgradigen Unwahrscheinlichkeit dieses Ereignisses ausgehen.

## IV. 6. Subjektive Sinnsuche und objektive Wirklichkeit - Paulis Spitalzimmer-Nummer und die Feinstruktur-Konstante

Mit diesem einfachen Modell lassen sich nach meiner Erfahrung sämtliche glaubwürdigen „magischen“ Phänomene rational erklären. Dies gilt allerdings nicht für allerlei sonstige Phantastereien, für welche mystisch-irrational veranlagte Menschen zusätzlich noch anfällig sind, so z.B. auch für die allermeisten Fälle der so genannten Zahlenmagie. Hierzu führen Sie als Beweis für Ihre irrationale Weltsicht ein weiteres Beispiel aus Jungs Umfeld an:<sup>194</sup>

Der berühmte, mit Jung kooperierende Physiker Pauli starb 1958 im Zimmer 137 des Zürcher Rotkreuzspitals an Krebs. Er brachte diese Zimmernummer mit der Sommerfeldschen Feinstruktur-Konstante und dann gleich auch noch mit der Zahlenmystik der Kabbala in Zusammenhang. Ob hier tatsächlich ein überzufälliger und durch das Führungswellen-Modell kaum erklärbarer Zusammenhang im Sinn von Jungs Synchronizität besteht, können wir zumindest für den postulierten mystisch-magischen Zusammenhang von Zimmernummer und physikalischer Konstante recht gut klären:

Rein mathematisch ist die Chance, bei Zufallswahl eine bestimmte dreistellige Zahl wie 137 zu treffen, nur 1: 1000. Ein derartiges Ereignis wäre also tatsächlich sehr unwahrscheinlich. Das Rotkreuzspital war aber vor seiner Schliessung vor einigen Jahren nur ein kleines Spital, welches zuletzt lediglich 93 Privat- und HalbprivatpatientInnen aufnehmen konnte. Einige der Zimmer waren also Doppelzimmer, wodurch die Zimmerzahl noch wesentlich kleiner wird als die Patientenzahl. Wenn wir einmal ganz ungefähr - aber sicher nicht allzu weit von der Wahrheit entfernt - annehmen, dass die gleiche Zahl von Doppel- und Einzelzimmern zur Verfügung stand, kommen wir auf insgesamt 62 Zimmer.<sup>195</sup> Ob Pauli nun ein Doppel- oder Einz Zimmer erhielt, spielt für unsere summarische Statistik keine Rolle; die Chance auf eine bestimmte Zimmernummer lag so oder so bei etwa 1:60.<sup>196</sup> Dies entspricht einer zwar wesentlich grösseren, aber immer noch sehr geringen Zufalls-Wahrscheinlichkeit.

Damit kommen wir zur Wahrscheinlichkeit des physikalischen Bezuges: Der Wert der Sommerfeldschen Feinstruktur-Konstante beträgt keineswegs genau 137, sondern  $1/137,04$ , was ebenso geläufig auch als  $7,2974 \times 10^{-3}$  dargestellt wird.<sup>197</sup> Der Vergleich von Zimmernummer und Konstante beginnt damit schon auf mehr als nur einem Bein zu hinken: 137 ist nur der reziproke Konstantenwert und auch dies

---

<sup>194</sup> Walach 1999 S. 304.

<sup>195</sup> Die höher als 62 liegende Zimmernummer 137 erklärt sich dadurch, dass ähnlich wie in Hotels die erste Zahl nur die Etage angibt und die Zimmerzahl pro Stockwerk meist weit unter 100 liegt.

<sup>196</sup> Der weltberühmte, nicht unvermögende und zudem todkranke Physikprofessor erhielt ja fast sicher eines der etwa 30 Einzelzimmer, wobei nun aber die Einteilungswahrscheinlichkeit der Nr. 137 zu dieser Gruppe von etwa 50% in unsere Rechnung eingehen muss. Die Wahrscheinlichkeit, dass er als Privatpatient gerade diese Zimmernummer erhielt, beträgt also nur  $1:2 \times 1:31$ , also 1:62.

<sup>197</sup> Greulich Bd. 2 S. 330.



nicht einmal genau! Somit könnte mit zumindest ähnlicher Berechtigung auch eine Zimmernummer 73 den magischen Bezug zu besagter Konstante für sich beanspruchen, da ihr nicht-reziproker Wert sinnvoll abgekürzt sehr wohl auch als  $73 \times 10^{-4}$  dargestellt werden kann.

Und was wäre gewesen, wenn Pauli etwa das Nachbarzimmer 138 erhalten hätte? Ein Blick ins Physikbuch lässt uns leicht einen neuen Bezug herbeizaubern: Die physikalisch ebenfalls sehr bedeutungsvolle Boltzmannsche Konstante hat den Wert von  $1,3807 \times 10^{-23}$ . Nach einer ähnlichen Kürzung wie beim ersten Beispiel und einer nur leicht modifizierten Darstellung des Zahlenwertes könnte man diese Grösse als  $138 \times 10^{-25}$  mit etwas gutem Willen und einer Prise Aberglauben ohne weiteres auch in einen magischen Bezug zu Zimmer Nr. 138 bringen!

Damit entpuppt sich die obige Koinzidenz als kaum mehr auffälliges Spiel des Zufalls und der menschlichen Imagination, was sich bei näherer Betrachtung wohl für die ganze Zahlenmagie inklusive Kabbala nachweisen liesse.

Ich denke, dass damit genügend Beweise dafür gegeben sind, dass es keine zwingenden Gründe für Ihre nicht-kausale Interpretation der Homöopathie gibt.

Mit freundlichen Grüssen

Hanspeter Seiler

Dem Forschungsfonds für ganzheitliche Medizin und Naturwissenschaft, insbesondere seinem Initianten und Hauptsponsor Heinrich Brunner, sei an dieser Stelle sehr herzlich für die grosszügige Unterstützung dieser Arbeit gedankt!

## Quellenangaben

Barnes J.B.: „Homeopathy for Postoperative Ileus?: A Meta-Analysis.“  
Journal of Clinical Gastroenterology, Vol. 25, Dec. 1997.

Frass M. et al.: „Studie: Homöopathie wirkt besser als Scheinmedikamente.“  
<http://www.aekh.at/lancetfrass.htm>

Frei H. et al.: „Homeopathic treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized, double blind, placebo controlled crossover trial.“  
European Journal of Pediatrics, Springer 2005. Elektronische Publikation auf <http://www.springerlink.com>. unter „Heiner Frei“.

(Summary und Interview mit Heiner Frei auf der Homepage des LIGA-Kongresses 2005 [www.liga2005.de](http://www.liga2005.de) unter „Dozenten“. Es sei hier auch auf das soeben unter dem Titel „Die homöopathische Behandlung von Kindern mit ADS/ADHS“ im Haug-Verlag erschienene Buch dieses Autors verwiesen).

- Gaus W. et al.: „Die Wirksamkeit der klassischen Homöopathie bei chronischen Kopfschmerzen.“  
Der Schmerz, 1992/6, S. 134 – 140.
- Gaus W.: Biometrischer Auswertungsbericht der Studie  
„Die Wirksamkeit der klassischen Homöopathie bei chronischen Kopfschmerzen.“  
Universitätsklinikum Ulm 1994.
- Greulich W. : „Lexikon der Physik.“ Bd. 1 – 6.  
Spektrum-Verlag, Heidelberg 1998.
- Gudjons: „Einnahme der homöopathischen Q-Potenzen nach Dr. Gypser.“  
Merkblatt des Labors Gudjons, D-86391 Stadtbergen-Deuringen.
- Haehl R.: „Samuel Hahnemann - sein Leben und Schaffen.“ Bd. I und II.  
Schwabe, Leipzig 1922.
- Hahnemann S.: „Organon der Heilkunst.“ 6., unveränderte Auflage.  
Hippokrates, Stuttgart, 1955.
- Jacobs J. et al.: „Homeopathy for childhood diarrrhea.“  
The Pediatric Infectious Disease Journal, Vol. 22 (2003), S. 229 – 34.
- Kösters C.: „Ueberlegungen zur Münchener Migräne-Studie.“  
Allgemeine homöopathische Zeitschrift (AHZ) 1/1998, S. 12 – 15.
- Lewith G. T. et al.: „Use of ultramolecular potencies of allergen to treat asthmatic people allergic to house dust mite.“  
British Medical Journal 324 (7336): 520. März 2002.
- MacCarthy M.: „Critics slam Draft WHO report on homeopathy.“  
Lancet Vol. 366 27.8.05, S. 705ff.
- Mesmer F.A.: „Mesmerismus oder System der Wechselwirkungen.“  
Nikolaische Buchhandlung, Berlin 1814.
- Nieber K. et al.: „Entwicklung eines in-vitro Testsystems zum Wirkungsnachweis ausgewählter homöopathischer flüssiger Verdünnungen.“  
Biologische Medizin 2004/33: 32-36,

Aktueller Kurzbericht unter:

<http://www.gruppe12.de/Redaktion/Beitraege/Allgemein/Homoeopathie.htm>

Rey L.: "Thermoluminescence of ultra-high dilutions of lithium-chloride and sodium chloride."  
Physica A 323 (2003) S. 67 – 74.

Righetti M.: "Stellungnahme des SVHA zur Homöopathiestudie des ISPM Bern ("Egger-Studie").  
Undatiert, wahrscheinlich 2005.  
[http://www.unioncomed.ch/pdf/Medienmitteilung\\_21\\_04\\_2005/Homoeopathie\\_Stellungnahme\\_ISPM\\_Studie\\_Righetti\\_2005\\_04\\_21.pdf](http://www.unioncomed.ch/pdf/Medienmitteilung_21_04_2005/Homoeopathie_Stellungnahme_ISPM_Studie_Righetti_2005_04_21.pdf)

Reilly D.T. et al.: „Is Homoeopathy a Placebo Response?“  
The Lancet, October 1986, S. 881 – 85.

Reilly D.T. et al.: „Is evidence for homoeopathy reproducible?“  
The Lancet, Vol. 344, December 1994, S. 1601 – 6.

Reilly D.T.: „Commentary.“  
"Forschende Komplementärmedizin und klassische Naturheilkunde", Bd. 9, Heft 3, Juni 2002.

Sexl R. et al.: „Die Deutungen der Quantentheorie.“  
Vieweg, Braunschweig 1986.

Seiler Hp.: „Der Kosmonenraum - Ansätze zu einer ganzheitlichen Betrachtung von Raum, Zeit, Leben und Materie aufgrund einer erweiterten Neuformulierung der Physik F.A. Mesmers.“  
Verlag für Ganzheitsmedizin, Essen, 1986. Zusammenfassung des Buches in Emotion Nr. 8, Berlin 1987.

Seiler Hp.: „Die Entwicklung von S. Hahnemanns ärztlicher Praxis.“  
Haug-Verlag, Heidelberg 1988.

Seiler Hp.: „Raum, Zeit, Leben und Materie – Geschichte und neue Perspektiven der Aetherwirbeltheorie.“  
In Emotion Nr. 12/13, Berlin 1997.

Seiler Hp.: „Spiralwege des Lebens. Eine bioenergetische Deutung des Ägyptischen Labyrinthes und des Diskos von Phaistos.“  
Noch ungedrucktes Manuskript (2004), beim Autor erhältlich.

Shang A., Egger M. et al.: "Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy." Lancet Vol. 366 27.8.05, S. 726 - 32.

Straumsheim P. et al.: „Homeopathic treatment of migraine.“  
British Homeopathic Journal 89 (2000), S. 4 -7.

SVHA: "Unkorrekte Vorgehensweise, unhaltbare Aussage."  
Medienmitteilung vom 21.4.05 zur Egger-Studie.  
[http://www.unioncomed.ch/pdf/Medienmitteilung\\_21\\_04\\_2005/Homoeopathie\\_Communique\\_Stellungnahme\\_SVHA\\_ISPM\\_Studie\\_2005\\_04\\_21.pdf](http://www.unioncomed.ch/pdf/Medienmitteilung_21_04_2005/Homoeopathie_Communique_Stellungnahme_SVHA_ISPM_Studie_2005_04_21.pdf)

SVHA: "Umstrittene Forschungsergebnisse zur Homöopathie."  
Medienmitteilung vom 28.8.05 zur Egger-Studie.  
[http://www.dzvhae.com/portal/pics/abschnitte/290805111535\\_svha\\_commlancet\\_2005-08-28\\_def\\_v3.pdf?PHPSESSID=79c31430b730ce7c8bd1e8b553fd453f](http://www.dzvhae.com/portal/pics/abschnitte/290805111535_svha_commlancet_2005-08-28_def_v3.pdf?PHPSESSID=79c31430b730ce7c8bd1e8b553fd453f)

Walach H. et al.: „Classical Homeopathic Treatment of chronic headaches.“  
Cephalalgia 17 (1997), S. 119 – 126.

Walach H.: „Magic of Signs: A Nonlocal Interpretation of Homeopathy.“  
Journal of Scientific Exploration, Vol. 13 (1999), Nr. 2, S. 291 – 315.

Walach H.: "Wissenschaftliche Untersuchungen zur Homöopathie."  
KVC-Verlag, Essen 2000.

Whitmarsh T.E. et al.: „Double-blind randomized placebo-controlled study of homoeopathic prophylaxis in migraine.“  
Cephalalgia 17 (1997), S. 600 - 604.

---

Dr. med. Hanspeter Seiler  
FMH Allgemeine Medizin  
ehem. Chefarzt der Bircher-Benner-Klinik Zürich  
Im Dörfli  
CH-8124 Maur

Telefon: 044 980 47 80  
Fax: 044 980 42 69  
E-Mail: [praxisseiler@bluewin.ch](mailto:praxisseiler@bluewin.ch)