

Zur Problematik homöopathischer Studiendesigns allgemein und am Beispiel der Multiplen Sklerose

In den vergangenen Jahren ergaben sich bei regelmäßigen Besuchen in verschiedenen MS-Foren immer wieder kontroverse Diskussionen zur Behandlung von MS-Patienten mit klassischer Homöopathie. Die größten Meinungsverschiedenheiten entstanden regelmäßig beim Thema 'Studien' zur allgemeinen Wirksamkeit der Homöopathie, die möglichst doppelblind, randomisiert und mit großen Teilnehmerzahlen durchgeführt werden sollen.

Da ich persönlich die immer wiederkehrenden Fragen der Betroffenen ernst nehmen und diesem Thema nicht ausweichen möchte oder auf andere Arbeiten von Kollegen hinweisen will, versuche ich, meine eigene Gedanken dazu zu verdichten.

Vorab möchte ich darauf hinweisen, dass die (meist) *schulmedizinische* Seite „Beweise“ in Form von Studien verlangt, wie sie auf ihrem *eigenen* Gebiet zwar anerkannt sind, jedoch nur für **20 % aller** Therapien und Medikamente überhaupt erstellt werden. **Nur 5 % davon erweisen sich als signifikant.**

Im Verlauf umfangreicher Recherchen stieß ich auf eine Fülle von homöopathischen Studien, die zumeist als Abstract im Rahmen von Metastudien und nicht im vollen Umfang veröffentlicht sind - wenn auch nur wenige davon die besonderen Anforderungen nach *klassisch*-homöopathischen Kriterien erfüllen.

Einige berücksichtigen m. E. die individuellen Belange der klassischen Homöopathie bei aller bekannten Problematik ganz gut. Ohne die komplette Studie im Schubfach zu haben, würde ich z. B. empfehlen, folgende Quelle zu eruieren. Sie stammt aus einer Metastudie¹, die außerdem weitere umfangreiche Quellen zu Pflanzen-, Tier-, In-Vitro-Studien und auch zu vielen anderen Komplexen von Erkrankungen beim Menschen enthält:

„Eine **spezielle Doppelblindstudie** stammt vom SCHWAB 1989 [104], **die die spezifischen Eigenheiten homöopathischer Behandlungsform berücksichtigt.** Das Ziel einer Studie war in erster Linie, Wirkungen von Sulphur in hochpotenzierter Form (C30/200/M) zu zeigen, ohne einen Wirksamkeitsnachweis zu führen. **Patienten mit Hautkrankheiten, deren Hautsymptomatik derjenigen von Sulphur ähnlich war, wurden durch einen homöopathischen Arzt ausgewählt und nach einer homöopathischen Verschreibung von Sulphur anhand klar definierter Kriterien nachbeobachtet.** 26 Patienten zeigten in der Pilot- wie in der Hauptstudie einen **hochsignifikanten Effekt** von Sulphur verglichen mit Placebo. Alle eindeutigen Reaktionen konnten vor der Entschlüsselung der Mittel korrekt durch Verum zugeschrieben werden.“²

Ganz bestimmt werden die Zweifler die *geringen Patientenzahlen* anprangern. Riesige Patientenmassen, die mindestens 3- oder besser 4-stellig sind, sind in einer homöopathischen Studie vom Design, den enormen Kosten her und aus *wesentlichen* anderen Gründen kaum möglich: Ein bekanntes Prinzip aus der Statistik und der empirischen Forschung heißt:

Wenig Variablen – viele Fälle. (Beispiel: Diagnose MS mit schubförmigem Verlauf und ein bestimmtes Beta-Interferon.) Und im Umkehrschluss: **Je mehr Variablen –** wie in der Homöopathie nötig, um ein geeignetes Mittel für diesen gegenwärtigen *Zustand* des Pat. zu finden, also viele individuelle Charakteristika eines einzelnen Patienten – **desto weniger Fälle.**

Es gibt ein grundlegenden Problem bei der Konzeption von Forschungsdesigns zur Überprüfbarkeit der Wirksamkeit einer homöopathischen Mittelgabe: Das Problem besteht darin, im Vorhinein nicht sagen zu können, welche vielfältigen Aspekte des Krankheitsbildes, der Konstitution sowie der situativen Befindlichkeit des Patienten bei der Mittelfindung eine

Rolle spielen werden.

Damit aber ist ein Element „klassischer Wissenschaftlichkeit“, nämlich die Reproduzierbarkeit unter angebbaren Bedingungen, nicht mehr gegeben.

Deswegen ist Homöopathie keine nicht-wissenschaftliche Arbeitsweise, sondern sie entzieht sich einem *bestimmten* Blickwinkel der deskriptiven wie auch der schließenden Statistik. Es geht hier um nicht weniger als um eine *detaillierte Prognostik auf individueller Ebene*. Dies maßt sich zurecht keine vergleichende Untersuchung zur Medikamentenwirksamkeit an. Bei nahezu allen schulmedizinisch inspirierten Studien geht es um einen bestimmten Bereich der Wahrscheinlichkeitsrechnung auf der Basis der „Statistik der großen Zahl“. Genau aus diesem Grund werden Studien mit beispielsweise 50 Teilnehmern über einen Zeitraum von 3 Monaten als nicht repräsentativ und damit ohne Aussgekraft für Verallgemeinerungen diskreditiert, auch wenn ihre Intention eine andere war, als verallgemeinerungsfähige Aussagen zu produzieren. Es ist leicht vorstellbar, wie gewaltig der personelle, zeitliche, finanzielle und logistische Aufwand für eine Studie wäre, die z. B. 1000 Personen über einen Zeitraum von 10 Jahren untersucht, bezogen auf – sagen wir – 30 der wichtigsten zur homöopathischen Mittelfindung nötigen Informationen (= Variablen), die sich in diesem Zeitraum auch noch erheblich verändern können, möglicherweise ganz verschwinden oder neue hinzu kommen.

Es würde zudem nicht reichen – wie beispielsweise in einer randomisierten Doppelblindstudie – dass die Patienten innerhalb der Verum-Gruppe alle das identische Medikament bekommen, was unabhängig von der verabreichenden Person erfolgen kann. Vielmehr müssten die Behandler alle nach gleichen Standards, gleichen Repertorien, und vor allem mit den gleichen *Mittel-Ideen* arbeiten. Auch in der Homöopathie heißt Verstehen immer noch Interpretieren. Ein vergleichendes Forschungsdesign, das diese Voraussetzungen erfüllt, fände in einer Welt statt, in der wir alle nicht leben wollten. Das wäre eine Gleichschaltung von Interpretationsmustern, die keinen Spielraum mehr dafür ließe, was uns schließlich alle umtreibt: Die Vermehrung von Wissen. Unter anderem auf der Basis von Forschung.

Bei der Beschreibung eines individuellen Behandlungsverlaufes rückt ein Aspekt in den Mittelpunkt, der bei Studien mit großen Personengruppen zurecht getrost vernachlässigt werden kann: Die Frage der **Kontingenz**. Hätte nicht alles auch ganz anders laufen können? Auf der individuellen Ebene muss sich jeder Patient und jeder Behandler bei unbefriedigendem Behandlungserfolg die Frage stellen, ob er nicht mit einer alternativen Behandlung (z. B. andere Medikation, andere Dosis etc.) zu einem günstigeren Ergebnis gekommen wäre. Bei einer Studie mit hohen Fallzahlen löst sich diese Frage durch die Gruppierung von Verum-, Placebo- und Alternativmedikationsgruppe auf scheinbar elegante Weise auf. Wenn die Verumgruppe, bezogen auf die gewählten Parameter, nachweisbar besser reagiert, wird automatisch die Schlussfolgerung gezogen, dass dies der Großteil der Placebogruppe bei Einnahme des Verums auch getan hätte. In der Homöopathie wäre eine solche Schlussfolgerung völlig undenkbar und nicht *lege artis*.

Ein Beispiel zur Veranschaulichung: Ein Patient mit einem bestimmten Symptomenkomplex bekommt nach individueller Analyse das homöopathische Mittel A. Er reagiert gut. Ein anderer Patient mit dem gleichen Symptomenkomplex bekommt nach individueller Analyse das homöopathische Mittel B. Er reagiert – bezogen auf die gleichen Parameter – weniger gut. Kein ernstzunehmender klassischer Homöopath käme nun auf die Idee zu denken: Hätte ich meinem 2. Patienten nur auch Mittel A gegeben, dann ginge es ihm jetzt auch besser. Er wird nach einem *Fehler in seiner Verschreibung* suchen. Bei welchem Mittel die Fehlersuche endet, ist zu diesem Zeitpunkt völlig offen.

Die Frage der Kontingenz können letztlich weder schulmedizinische noch homöopathische Behandler beantworten.

Vielleicht sollten sich „beide Seiten“ zunächst auf diese gemeinsame Basis verständigen.

Verhaltensforscher haben lange versucht, die Sprachfähigkeit von Affen zu erforschen. Nach heutigem Wissensstand ist diese Frage unsinnig, weil Affen physiologisch-anatomisch nicht in der Lage sind zu sprechen. Intelligenz und Sprachfähigkeit sind, wie wir alle wissen, eng miteinander verknüpft. Sollen wir allein aus dem Umstand, dass Affen nicht sprechen können, schließen, sie seien weniger intelligent? Oder reduziert sich die Frage der Intelligenz nicht dadurch schon von vornherein auf Unseresgleichen?

Soll heißen: Ich kann nur zulässige Aussagen innerhalb eines vergleichbaren Systems treffen. Das Beispiel zeigt nur, dass ich die Intelligenz von Affen nicht über ihre Sprachfähigkeit beurteilen kann. Es sagt mir nichts darüber, ob Affen intelligent sind und wie ich ihre Intelligenz sonst messen könnte, sondern nur, dass Sprachfähigkeit bei Affen der falsche Indikator für Intelligenz ist. Gleiches gilt für die Wirkung eines homöopathischen Arzneimittels. Aus schulmedizinischer Sicht muss bei gleicher Indikation ein Mittel bei allen Patienten ein ähnliches Wirkungsspektrum haben. Und das hat es in der Homöopathie nicht. Daraus lässt sich aber nicht auf die Wirksamkeit des Mittels schließen.

Wenn ein Schulmediziner mit dem Anspruch auf ein ganzheitliches Verständnis in der Anamnese an mehr Informationen über einen Patienten gelangt als bei rein symptomatischer Betrachtungsweise, so führt dies nicht zwangsläufig zu einer Verbreiterung seiner Behandlungsoptionen oder Möglichkeiten. Dennoch fühlen sich die meisten Patienten besser angenommen und verstanden. Der Schulmediziner hat günstigstenfalls nur die Wahl zwischen vorgegebenen wenigen Behandlungsmöglichkeiten – z. B. bei schubförmiger MS: Basistherapie Nr. 1, 2, 3 oder 4, die alle einen ähnlichen immuntherapeutischen Ansatz haben, ähnlich wirken und ein ähnliches Nebenwirkungsspektrum haben. Das „Mehr an Informationen“ führt nicht zwingend zu einer anderen Behandlung.

Homöopathisches Denken hingegen sagt: Je mehr Informationen ich habe, umso besser wird die Qualität meiner Verschreibung. In der Homöopathie gibt es erst mal keine von vornherein unwichtigen Informationen. Potenziell sind sie alle wichtig. In der Abgrenzung, Auswahl, Bewertung und Hierarchisierung der Symptome³ besteht gerade ein wesentlicher Teil der homöopathischen Arbeit.

Blasenschwäche, Depressionen oder Sehnerventzündungen als häufige Begleiterscheinungen im Krankheitsbild der MS beispielsweise führen in der Schulmedizin zur symptomorientierten Einzelmedikation, oft zusätzlich zur Basismedikation. (Ein Medikament für die Blase, ein Medikament gegen die Depressionen, ein Medikament, um den Entzündungsprozess/Ödem um den N. opticus zu dämpfen etc.)

Wie bewerte ich solche Symptome in der Homöopathie? Es kommt darauf an!

Erstens reichen sie allein zur Mittelfindung nicht aus. Zweitens brauche ich die „Idee des Falles“. Diese „Idee“ liefert mir erst die Vielfalt und das Ordnen der Informationen.

Gesucht wird also ein Mittel, das nicht nur einen möglichst großen Bezug zu den genannten drei Erscheinungen hat, sondern auch den Gesamteindruck des Patienten am besten abbildet⁴.

Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, auf ein „Mehr“ an Information mit einem „Besser“ in der Medikation reagieren zu können.

Diese „bessere“ Verschreibung bezieht sich *nicht* auf die schulmedizinische Alternative, sondern auf die homöopathische „Verschreibungssicherheit“ in Bezug auf eine anamnestische Ausgangssituation mit weniger Informationen.

Letztlich geht es bei allen diesen homöopathischen Studien ja generell nicht darum, ein Medikament für eine Krankheit zu prüfen – wie es schulmedizinisch üblich ist – sondern darum, die Wirksamkeit der HOMÖOPATHIE als Prinzip zu beweisen.

Dieser Beweis ist längst erbracht, auch wenn das Wirkprinzip auf physikalischer Ebene noch nicht geklärt ist.

Es ist etwas ganz Normales und in liegt in der Natur der Sache, dass Studien unter anderem dazu dienen, im Endeffekt ein *Produkt* möglichst umsatzsicher zu verkaufen.

Bei der Homöopathie geht es *nicht* darum! Niemand rennt Apothekern oder Pharmakonzernen, homöopathischen Ärzten oder Heilpraktikern die Bude ein, um sich (das preiswerte) Sulphur C 1000 zu beschaffen, weil er ein Hautproblem hat und eine Studie sagt, dabei würde Sulphur helfen.

Hinzu kommt, dass es in bestimmten akademischen Kreisen einen kolossalen Druck zur Veröffentlichung gibt, der mit Sicherheit die Zahl der Studien nicht unerheblich beeinflusst. (Assistenten können nur an der Uniklinik bleiben, wenn sie ausreichend publizieren, die Publikationsnot wird nur mit Geldern aus der Industrie gedeckt, die Publikation wird nur gedruckt, wenn das Ergebnis wunschgemäß ausfällt, und der lächerliche Grundlohn der Uni-Ärzte wird durch horrende Vortrags-Seminare der Industrie aufge bessert.)

Niemand verdient an homöopathischen Studien und wird jemals daran verdienen können.

Norma Gäbler
Praxis f. klass. Homöopathie & klass. Akupunktur
Kantstr. 61
10627 Berlin
Tel.: 030 / 82 70 12 73
E-Mail: n.gaebler@web.de

¹ <http://www.ganzheitsmedizin.ch>, Schweizerische Zeitschrift für GanzheitsMedizin, Heft 1, Febr. 1999

² [104] = Schwab G.: Lässt sich eine Wirkung homöopathischer Hochpotenzen nachweisen? - Eine kontrollierte Cross-over Doppelblindstudie bei Hautkrankheiten. Dissertation, UNI Freiburg, Medizinische Fakultät, Freiburg 1989. (Das ist nur einer von 130 genannten Autoren der Literaturliste dieser Metastudie. Text hervorhebungen von mir.) Anschrift der Autoren der Metastudie: *Dr. med. Klaus Halter, Innere Medizin FMH, Arzt für Homöopathie SVHA Oberwilerstrasse 3, CH-4106 Therwil, Dr. med. Marco Righetti, Spezialarzt für Psychiatrie, Arzt für Homöopathie SVHA Leonhardshalde 2, CH-8001 Zürich*

³ *Symptome* bedeuten in der Homöopathie alle auffälligen Zeichen des kranken Menschen, also sowohl die körperlichen als auch die Geistes- und Gemütssymptome, deren Modalitäten etc.

⁴ Ich will an dieser Stelle bewusst nicht auf die speziellen Überlegungsstrategien zum Fallverständnis eingehen, die einen Unterschied in der Betrachtung von akuten und chronischen Prozessen, einseitigen und komplexen Krankheiten und deren Hierarchisierung betreffen, dann wird es für dieses Beispiel zu kompliziert.