

Für Homöopathie und anthroposophischen Medizin gibt es positive wissenschaftliche Evidenz. Das Streichen aus den förderfähigen Leistungen der GKV beruht auf wissenschaftlich fragwürdigen Argumenten.

Professor Dr. Meinhard Simon (im Ruhestand)
Institut für Chemie und Biologie des Meeres
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Carl von Ossietzky Str. 9-11
26129 Oldenburg

Mai 2026

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Diskussion um die Reform der GKV wurden mir eine Reihe von Argumenten entgegengebracht, dass Homöopathie und anthroposophische Medizin unwirksam seien im Vergleich zu Placeboeffekten und mit Verweis auf einige wissenschaftliche Publikationen begründet. Allerdings basieren die meisten der dafür angeführten Kritikpunkte nicht auf der genauen Analyse der zitierten Arbeiten, sondern beinhalten Aussagen, die übernommen wurden und gerade nicht auf einer Basis fundiert sind, die einer kritischen wissenschaftlichen Analyse standhält. In den folgenden Ausführungen möchte ich diese Kritikpunkte genauer analysieren, relevante Ergebnisse dieser Publikationen sachgemäß erläutern und einige durchaus fragwürdige Befunde und Schlussfolgerungen kommentieren und z.T. richtigstellen. Diese Punkte sind mir wichtig, da ich als langjähriger Vorsitzender und seit meinem Ruhestand immer noch als beratendes Mitglied der Kommission für Gute Wissenschaftliche Praxis der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg auf solche Dinge Wert lege.

Die Kritikpunkte umfassen insbesondere folgende Punkte:

1. Der Systematic Review von Hamre et al. (2023), das große Aufmerksamkeit auch auf internationaler Ebene hervorgerufen hat, sei methodisch erheblich umstritten.

Wenn man sich mit den Kritiken an dem Artikel genauer befasst, muss man feststellen, dass diese größtenteils verzerrend sind und ohne echte wissenschaftliche Substanz. Ausführliche Antworten der Autoren auf Kritikpunkte findet man unter diesen Links:

1. <https://www.ifaemm.de/forschung/faq-de/>
2. <https://www.ifaemm.de/forschung/kritiken-und-repliken/>

Das interne Review der renommierten Fachzeitschrift *Systematic Reviews*, wo das Review publiziert wurde, hob die besonders gute Qualität der Untersuchung hervor:

GENERAL COMMENTS: The objective, study design, and execution described in the manuscript are very clear and appropriate. This is an extremely detailed and well written systematic review of meta-analyses of trials in homeopathy. It has been analyzed meticulously and is presented in extensive detail..... (<https://link.springer.com/article/10.1186/s13643-023-02313-2/peer-review>)

Die Qualität dieses Systematic Reviews ist mindestens so gut wie viele andere Systematic Reviews aus der medizinischen Forschung (vgl. Punkte 22 und 23 unter o.a. Link 1).

Es handelt sich nicht um eine Auswertung neuer klinischer Daten, sondern um eine Zusammenfassung bereits bestehender Metaanalysen — ein sogenanntes „umbrella review“. Daher entspricht der Review dem obersten EBM (Evidence-Based Medicine)-Evidenzlevel 1.

Kritiker des Reviews beanstanden, dass dieselben Einzelstudien in mehreren der eingeschlossenen Metaanalysen mehrfach erfasst wurden, was die zugrunde liegende

Studienpopulation künstlich aufbläht und das Ergebnis entsprechend verzerrt. Diese Kritik ist aus der Luft gegriffen. Die partielle Mehrfacherfassung hatte keinerlei Einfluss auf das Ergebnis. Es wurde hierdurch die Studienpopulation nicht künstlich aufgebläht und es wurde das Ergebnis nicht verzerrt. Zu dieser Kritik haben die Autoren des systematischen Reviews detailliert Stellung genommen. Siehe die Punkte 24 und 25 unter dem o.a. Link 1.

Eine Kritik ist auch, dass die Autoren einen institutionellen Interessenskonflikt hätten: Mehrere der Hauptautoren sind am Institut für Angewandte Erkenntnistheorie und medizinische Methodologie (IFAEMM) tätig, das an der Universität Witten/Herdecke einer Professur für anthroposophische Medizin angegliedert ist, und dass die Finanzierung der Studie ausschließlich durch Stiftungen erfolgte, die homöopathische und anthroposophische Medizin fördern.

Dieses Argument ist eigentlich verwunderlich. Wenn das wirklich ernstgenommen wird, müssten viele andere Studien und Untersuchungen, die von kompetenten Fachleuten durchgeführt worden sind, genauso kritisiert werden.

Spezifische Fachkompetenz ist kein Diskreditierungsmerkmal. Z.B. wurden die Covid-19-Zulassungsstudien, zu Recht, von den Herstellern der Impfstoffe durchgeführt. Fast alle vorklinischen und klinischen Studien, die vor der Zulassung eines neuen Medikamentes durchgeführt werden müssen, führen die Firmen durch, welche das Medikament auf den Markt bringen wollen, natürlich nach festgelegten Kriterien. Solche Kriterien gelten auch für die Durchführung eines Systematic Reviews, und diese wurden von den Autoren absolut eingehalten (vgl. oben) und die Studie wurde nach anonymer und offener Begutachtung in der hochrenommierten Zeitschrift *Systematic Reviews* publiziert (Gutachterkommentar vgl. oben).

Wenn man sich die Kritik an diesem Review und die Repliken der Autoren ansieht, kann man sich leicht davon überzeugen, dass die Autoren ihren Kritikern (z.B. dem expliziten Homöopathiekriker Edzard Ernst und dem Informationsnetzwerk Homöopathie) in wissenschaftlicher Sorgfalt und Kompetenz überlegen sind.

(<https://www.ifaemm.de/forschung/kritiken-und-repliken/>)

- 2. Eine aussagekräftige Beobachtungsstudie aus dem IFAEMM von Hamre et al. (2016) sei methodisch nicht kontrolliert: Patienten seien nicht zufällig einer Behandlungsgruppe zugewiesen worden, sondern wählten — oder wurden von Eltern gewählt für — eine anthroposophische oder konventionelle Behandlung. Dies erzeugt eine systematische Verzerrung (selection bias): Familien, die anthroposophische Praxen aufsuchen, unterscheiden sich typischerweise erheblich in ihrer Einstellung zu Antibiotika von der Vergleichsgruppe. Der geringere Antibiotikaverbrauch ist daher mit hoher Wahrscheinlichkeit auf diese vorbestehenden Unterschiede zurückzuführen — nicht auf die Therapie selbst.**

Der geringere Antibiotikaverbrauch ist definitiv nicht auf die betreffenden Unterschiede zurückzuführen.

Die anthroposophisch behandelten Patienten hatten anfangs stärker ausgeprägte Beschwerden, die Abheilung war jedoch gleich schnell im Vergleich zu den schulmedizinisch behandelten Patienten (bei Kindern schneller). Antibiotika und fiebersenkende Arzneimittel wurden nur bei 5% bzw. 3% der Patienten verabreicht, verglichen mit jeweils 25% bei den schulmedizinisch behandelten Patienten. Dennoch gab es keine vermehrten Komplikationen. Diese Differenz – 5% bzw. 3% versus 25% – ist nicht durch die fehlende Randomisierung der Studie erklärbar.

Diese Studie ist wegen des Problems der Antibiotikaresistenz von allgemeiner Relevanz. Eine Behandlung mit anthroposophischer Therapie kann also die Antibiotika-Behandlung

reduzieren, ohne die Heilung zu beeinflussen und dadurch die Kosten der Behandlung reduzieren.

Im Übrigen ist es nicht korrekt, dass die Patienten die Behandlung gewählt hätten, sie wählten lediglich die von ihnen konsultierte Arztpraxis (konventionell oder anthroposophisch erweitert).

Es kommt noch etwas hinzu: Eine solche Praxisvergleichsstudie wäre in randomisierter Form, wenn überhaupt, finanziell nur im weit zweistelligen Euro-Millionenbereich durchführbar und wäre damit praktisch nicht realisierbar. Warum aber soll so eine für die betreffenden Patienten erfolgreiche Behandlung nur deshalb erschwert werden, weil keine Art von Studie vorgelegt werden kann, deren Durchführung praktisch unmöglich ist (wegen der nicht leistbaren Kosten; siehe oben)? Das allgemein gültige Prinzip der EBM ist, sich auf die „best available evidence“ zu stützen, und nicht die Forderung nach „impossibly available evidence“.

(Es ist in diesem Zusammenhang sicherlich interessant, dass ein methodologisches Cochrane-Review aus dem Jahr 2024 (Toews et al. 2024) keinen Unterschied in den Ergebnissen randomisierter und nicht-randomisierter klinischer Studien finden konnte., *We found no difference or a very small difference between effect estimates from RCTs and observational studies. These findings are largely consistent with findings from recently published research.*“)

3. Den genannten und anderen Publikationen gegenüber (vgl. z.B. Homepage IFAEMM, <https://www.ifaemm.de/publikationen/>) stehe eine Fülle unabhängiger wissenschaftlicher Evidenz aus hochrangigen Institutionen. Die Cochrane Collaboration, die methodisch strengste unabhängige Instanz für die Bewertung klinischer Studien weltweit, kommt in sämtlichen verfügbaren Reviews zu dem Schluss, dass homöopathische Mittel keine Wirkung über den Placeboeffekt hinaus zeigen.

Ich habe mir zusammen mit einem kompetenten Kollegen die Cochrane Reviews näher angesehen. Bei den Cochrane-Reviews zur Homöopathie gibt es jedoch Probleme wie z.B. das folgende:

Die klassische Homöopathie ist eine Therapiemethode, die einheitlich Indikationen-übergreifend angewendet wird. Deswegen ist das Globalvorgehen des systematischen Reviews von Hamre et al. (siehe oben) die adäquate Methode. Die Cochrane-Reviews sind dagegen indikationsspezifisch und Zielparameter-spezifisch durchgeführt. Hierdurch wird oft die Zahl der jeweils ausgewerteten Studien und Patienten minimiert und deshalb geht zuletzt oft die statistische Power für den Beleg einer statistisch signifikanten Wirksamkeit verloren, anders als in dem Systematischen Review von Hamre et al.

Dies gilt allerdings nicht für das genannte Cochrane-Review:

4. Besonders relevant für das Argument zur anthroposophischen Behandlung von Atemwegsinfektionen bei Kindern ist der Cochrane-Review von Hawke et al. aus dem Jahr 2022, der elf randomisierte kontrollierte Studien mit insgesamt 1813 Kindern auswertete: Die Zusammenfassung von fünf Präventions- und sechs Behandlungsstudien zeigte keinen konsistenten Nutzen homöopathischer Mittel gegenüber Placebo hinsichtlich des Auftretens von Atemwegsinfektionen oder Heilungsraten bei Kindern.

Ein wichtiger Satz aus der Zusammenfassung dieses Cochrane-Reviews lautet:

"All studies assessed as at low risk of bias showed no benefit from oral homeopathic medicinal products, whilst trials at unclear or high risk of bias reported beneficial effects." Es

gab also durchaus positive Effekte, aber nicht in den Studien mit „low risk of bias“. Was hier jedoch nicht berücksichtigt wurde, ist das Problem der weit verbreiteten falsch negativen Ergebnisse speziell in randomisierten Studien. Dies ist insbesondere in der Homöopathieforschung ein gravierendes Problem. Näheres hierzu unter: <https://www.ifaemm.de/forschung/4-4-randomisierte-homopathiestudien/>

5. Die grundlegende Großstudie in diesem Forschungsfeld ist die Metaanalyse von Shang et al., veröffentlicht im Lancet 2005 (DOI: 10.1016/S0140-6736(05)67177-2). Die Autoren — ein Forschungsteam der Universität Bern — analysierten 110 placebokontrollierte Studien zur Homöopathie und verglichen sie mit 110 entsprechenden Studien zur konventionellen Medizin. Nach Bereinigung um methodische Verzerrungen fanden sich bei qualitativ hochwertigen Studien nur schwache Hinweise auf eine spezifische Wirkung homöopathischer Mittel, aber starke Belege für spezifische Effekte konventioneller Behandlungen — ein Befund, der mit der Placebohypothese vollständig vereinbar ist.

Die Metaanalyse von Shang et al (2005), die bis heute die Wissenschaftsdiskussion zur Homöopathie dominiert, folgte dem Muster eines logischen Zirkelschlusses. Bei dieser Metaanalyse wurde a priori davon ausgegangen, dass sich die insgesamt positiven Ergebnisse von Homöopathie-Studien als methodische Artefakte großen Stiles erklären lassen, dass sie Ergebnis von Publikationsbias und small study bias seien. Deshalb wurde bei der Gesamtheit von 110 Placebo-kontrollierten Homöopathiestudien eine Funnel-Plot-Asymmetrie (FPA) gesucht und, als sie gefunden war, als Ausdruck von Publikationsbias und small study bias interpretiert. Man hatte aber außer Acht gelassen, dass eine FPA nicht unbedingt eine Folge von Bias sein muss. Sie kann auch gute Gründe haben. FPA ist kein Bias-Beweis, es gibt noch wenigstens sieben weitere mögliche Ursachen einer FPA (Rutten et al. 2008). Tatsächlich lassen sich in dem von Shang et al ausgewerteten Studienmaterial zwei der sieben alternativen FPA-Ursachen direkt nachweisen (odds ratio als Zielparameter und statistische Heterogenität mit einer anderen Ursache als FPA.) So beruhte die FPA-gestützte These des Publikation-Bias auf der rein spekulativen Annahme, dass in der gleichen Anzahl wie positive ausgefallene Homöopathiestudien (von deren Existenz man Kenntnis hat) auch Studien mit negativem Ergebnis existieren müssten (von deren tatsächlicher Existenz aber niemand Kenntnis hat).

Das Problem der Shang et al-Analyse ist sogar noch komplexer, denn es wurden den 110 Placebo-kontrollierten Homöopathiestudien noch 110 Studien der konventionellen Medizin nach dem Prinzip von Matched Pairs zugeordnet (jeweils gleiche Indikation und gleiche Messparameter). Da diese schulmedizinischen Studien ebenfalls eine FPA zeigten, wurde die Gesamtauswertung (ohne Protokollvorlage) auf größere Studien höherer Qualität eingeschränkt. Es blieben nur 8 Studien übrig zur Homöopathie und 6 Studien zur Schulmedizin, mit einem statistisch signifikanten Gesamtergebnis für die konventionelle Medizin, aber nicht mehr für die Homöopathie. Die Schlussfolgerung war, dass nur die konventionelle Medizin eine starke Evidenz für spezifische Effekte biete, nicht aber die Homöopathie. Hier liegt aber die Krux: Bei der drastischen Reduktion der Studienzahl von jeweils 110 auf 8 bzw. 6 Studien brach das Matched-Pair Prinzip zusammen. Es bestand keine Vergleichbarkeit mehr und der Vergleich von homöopathischen versus schulmedizinischen Studien hatte keine Validität mehr. Tatsächlich zeigte eine Re-Analyse durch Lüdtko et al. (2008), dass bei nur geringfügig anderen Selektionskriterien für „große“ Studien sich auch für die Homöopathie statistisch signifikante Ergebnisse gezeigt hätten.

Das Ergebnis der Shang et al-Analyse hatte die vorab formulierte Arbeitshypothese bestätigt („specific effects of homeopathy seem implausible“), so dass es damals für die Autoren keinen Anlass gab, die methodischen Schwächen ihrer Analyse (z.B. keine Protokollvorlage)

zu befragen und zu artikulieren. Es gab den besagten logischen Zirkel. Und es gab, da ein Hinweis auf Unwirksamkeit der Homöopathie konstruiert worden war, reduzierte methodische Qualitätsanforderungen. Dies ist ein Musterbeispiel für Plausibilitätsbias und kein Beispiel guter wissenschaftlicher Praxis.

6. Auf Überblicksebene sei die systematische Auswertung von E. Ernst (British Journal of Clinical Pharmacology, 2002; DOI: 10.1046/j.1365-2125.2002.01699.x) einschlägig, in der 17 unabhängige Metaanalysen und systematische Reviews zusammengefasst wurden. Die Auswertung ergab, dass es keine Indikation gibt, für die homöopathische Behandlung überzeugend wirksamer wäre als Placebo, und kein homöopathisches Mittel, das klinische Effekte zeigt, die sich überzeugend von Placebo unterscheiden — mit dem Fazit, dass die verfügbare Evidenz keine positiven Empfehlungen für den Einsatz in der klinischen Praxis rechtfertigt.

Die Auswertung von dem expliziten Kritiker und Gegner der Homöopathie, E. Ernst, enthält allerdings eine Reihe von gravierenden falschen oder nicht validierten Aussagen, die auf selektive Datenauswahl zurückzuführen sind.

Von den 17 Metaanalysen fasst E. Ernst 6 besonders relevante Re-Analysen der originalen Metaanalyse von Linde et al (1997) zusammen. 3 dieser 6 Re-Analysen erfolgten unter Ernsts eigener Beteiligung: Ernst 1998; Ernst et al. 2000; Morrison, Lilford & Ernst 2000, die allerdings nicht den Grundsätzen guter wissenschaftliche Praxis folgten. Ein genauer Blick auf diese 6 „Re-Analysen“ zeigt Folgendes:

1. Die methodisch besten Studien werden ausgeschlossen – ein Verstoß gegen gute wissenschaftliche Praxis (Ernst et al. 2000)

Diese Re-Analyse (Ernst et al. 2000) hatte tatsächlich ein negatives Ergebnis, aber nur infolge eines unzulässigen Kunstgriffs. Ernst hat bei dieser Re-Analyse ausgerechnet die methodisch besten Studien willkürlich ausgeklammert, kein Zeichen von guter wissenschaftlicher Praxis seinerseits. Ernsts Vorgehen war wie folgt: Sein Ausgangspunkt war eine von Linde et al. 1999 selbst durchgeführte Subgruppenanalyse der 89 Studien der Linde et al.-Metaanalyse von 1997. In jener Metaanalyse war die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien nach der 6-stufigen Skala des Jadad-Score (von 0 = geringste Qualität bis 5 = höchste Qualität) beurteilt worden. Linde et al. hatten bei ihrer eigenen Re-Analyse diese 89 Studien in 6 Qualitätsgruppen entsprechend diesem Score verteilt. In allen 6 Subgruppen hatten die Effektschätzungen (Oddsrate, OR) einen signifikanten positiven Effekt von Homöopathie im Vergleich zu Placebo gezeigt. Ein wichtiges Ergebnis war außerdem, dass in den Subgruppen mit Jadad-Score von 1 bis 4 die OR stetig abnahmen (OR bei 1 bis 4 Jadad-Punkten: 3,58 – 3,24 – 1,83 – 1,42), dass dann aber die 10 Studien mit einem Jadad-Score von 5, also die 10 methodisch besten Studien, eine höhere OR (2,00) hatten als die zweit- und drittbesten Studien (1,42 bzw. 1,83). So gesehen gab es keinen klaren linearen Zusammenhang zwischen Studienqualität und Effektgröße.

Statt dieses für die Homöopathie positiv ausgefallene Ergebnis zu akzeptieren, nahm Ernst eine neuerliche Re-Analyse vor, allerdings unter den Vorzeichen eines willkürlichen Zirkelschlusses. Das Motto war: Wir „wissen“, dass Homöopathie nichts als Placebo ist, also ist es richtig, die Daten so zu manipulieren, dass zuletzt dieses Wissen bestätigt wird. Konkret gesagt: Wenn man darauf insistiert, dass homöopathische Arzneimittel bloße Placebos seien („*scientists who insist that homeopathic remedies are in every way identical to placebos*“), dann seien ausgerechnet die 10 qualitativ besten Studien nicht glaubwürdig („*not credible*“). Also schloss Ernst diese 10 besten Studien aus der Auswertung aus und ersetzte den positiven Homöopathie-Effekt dieser 10 real existierenden besten Studien aus der Metaanalyse von Linde 1997 durch ein Ergebnis von 10 hypothetisch angenommenen (aber nicht

existierenden!) Studien mit statistisch geschätzter Nullwirkung. Daraufhin konnte Ernst eine neue Regressionslinie über die Studien-„Ergebnisse“ ziehen, die dann natürlich nichts anderes zeigen konnte als einen fehlenden Effekt der Homöopathie. Dieses künstlich auf eine absurde Weise erzeugte Resultat sei nach Ernst „*the ultimate epidemiological proof that homeopathic remedies are, in fact, placebos*“ (Ernst 2000). Dass hier ein Zirkelschluss vorliegt, haben schon Lütke et al. (2008) hervorgehoben („*This is a typical circular argument and thus does not prove anything*“). Es handelte sich um eine nachträgliche Manipulation der Daten und einen eindeutigen Verstoß gegen gute wissenschaftliche Praxis.

2. Die Studie von Ernst 1998 ist eine ungültige Analyse: 2 von 5 Studien erfüllten die selbst gesetzten Einschlusskriterien nicht.

Schon 1998 hatte Ernst eine Re-Analyse durchgeführt (Ernst 1998). Das Modell hierfür war eine in der Metaanalyse von Linde et al. 1997 vorgenommene Schlimmstfall-Szenarioanalyse: Bei Beschränkung auf 5 (von 89) Studien bei denen enge Kriterien erfüllt waren (höhere methodische Qualität nach vorab festgelegten Kriterien, plus Medline-indexierte Publikation, plus vorab definierter Hauptzielparameter, plus nur Homöopathika in mittleren und hohen Potenzen), hatte Linde für die Homöopathie einen signifikant positiven Effekt gefunden (OR 1,97, 95%-Konfidenzintervall [95%-KI] 1,04-3,75).

Ernst verwendete nun eine andere Auswahl solcher „Schlimmstfall“-Kriterien: nur höchste Qualität, d.h. $\geq 90\%$ des Höchstwertes von Jadad-Score oder Internal Validity Scale, plus nur individualisierte Homöopathie oder klinische Homöopathie, plus nur Homöopathika in hohen Potenzen, d.h. $\geq C12$ oder $\geq D24$ (Ausschluss von „*not ...highly dilute [Homöopathika], thus still containing molecules of their »mother tincture«*“; Ernst 1998, S.291). Laut Ernst verblieben 5 Studien. Zusammengerechnet hatten sie kein positives Ergebnis für Homöopathie. Jedoch: 2 der 5 Studien erfüllten nicht die von Ernst selbst gewählten Einschlusskriterien; es waren in diesen 2 Studien homöopathische Mittel in tieferen Potenzen verwendet worden (Labrecque et al. 1992: Antimonium crudum CH7, Acidum nitricum CH7, Hofmeyr et al. 1990: Arnica D6). Die Analyse ist somit ungültig.

3. Keine Schlussfolgerung möglich (Morrison, Lilford & Ernst 2000)

Bei einer Re-Analyse von Morrison et al. aus dem Jahr 2000 lag der Ausgangspunkt in den 26 Hohe-Qualität-Studien aus der Linde et al.-Metaanalyse von 1997. Bei Linde et al. hatte sich ein signifikant positiver Effekt der Homöopathie gezeigt (OR 1,66, 95%-KI 1,33-2,08). Diese 26 Studien wurden nun einer erneuten Qualitätsbewertung bezüglich Randomisierung und Verblindung unterzogen. Gesucht wurde ein Zusammenhang zwischen Studienqualität und Effektgröße, es wurde aber diesbezüglich kein signifikanter Zusammenhang gefunden. Im Übrigen wurden bei dieser Re-Analyse keine Effektgrößen analysiert. Festzuhalten ist deshalb, dass bei dieser Re-Analyse keine Ergebnisse zu Ungunsten der Homöopathie ausfielen.

4. Keine Schlussfolgerung möglich (Sterne et al. 2001) – falsche Wiedergabe in Ernst (2002)

Die Untersuchung von Sterne et al. aus dem Jahr 2001 (sie wurden in einer Lang-, Sterne et al. 2001A, und Kurzfassung, Sterne et al. 2001B, publiziert) war ein narratives Review zum Thema Publikationsbias. In diesem Kontext wurde die Metaanalyse von Linde et al. 1997 als Demonstrationsobjekt („*case study*“) benutzt. Da die Sterne et al. Analyse allerdings ähnlich vorging wie Shang et al. 2005, ermöglicht sie keine sicheren Schlussfolgerungen zur Homöopathie-Wirksamkeit.

Ernst (2002, Table 1) berichtete über die Sterne et al. Publikation: „*89 trials of Linde [1997] review compared with 89 trials of allopathic medicines*“; und: „*When adjusting high quality trials [of homeopathy] for publication bias, the OR changed from 0.52 to 1.19 but remained*

unchanged for allopathy“). Diese Angaben waren allerdings unrichtig. Die Publikationen von Sterne et al. 2001 enthielten keinerlei Vergleich mit 89 Allopathie-Studien; sie enthielten auch keinerlei unveränderte OR für Allopathie und keine OR von 1,19.

5. Ein Positiv- und ein Negativergebnis nach Beschränkung auf höchstes Qualitätsniveau (Linde et al. 1999)

Linde et al. nahmen selbst 1999 eine eigene Re-Analyse ihrer Metaanalyse von 1997 vor. Das Hauptthema der Untersuchung war die Beziehung zwischen methodischer Qualität und Effektgröße. Hierfür wurden zwei kumulative Metaanalysen mit schrittweiser Beschränkung auf Studien von höherer Qualität durchgeführt:

- Für den Jadad-Score gab es bis zum Höchstwert von 5 Punkten (bei 10 Studien) einen signifikanten positiven Effekt zugunsten der Homöopathie (OR 2,00, 95%-KI 1,37-2,91), vgl. auch Ernst 2000 oben.
- Für den Internal Validity Score (0-7) blieb das Ergebnis bis zum zweithöchsten Wert von 6,5 Punkten (bei 7 Studien) signifikant positiv, beim Höchstwert von 7,0 Punkten (bei 5 Studien) war die Effektgröße weiterhin zugunsten der Homöopathie, jedoch nicht mehr signifikant: OR 1,55 (0,77-3,10).

Von diesen zwei kumulativen Analysen fiel also je eine positiv bzw. negativ aus.

6. Meta-Analyse mit Negativergebnis bei strengster, subjektiver Bewertung (Linde et al. 1998)

Linde et al. hatten noch eine weitere Analyse durchgeführt (Linde et al 1998). Es war keine direkte Re-Analyse der ursprünglichen Arbeit von 1997, sondern eine eigenständige neue Metaanalyse von 18 Studien zu individualisierter Homöopathie. Das Ergebnis zeigte eine signifikante Überlegenheit der Homöopathie gegenüber Placebo: Ratenverhältnis 1.66 (95%-KI 1,20-2,28), OR 2,62. Als die Auswertung auf 6 Studien beschränkt wurde, die post-hoc nach subjektiver Bewertung der Autoren als „*likely to have good methodological quality*“ (Linde et al. 1998, S.372) bezeichnet wurden, war die Effektgröße sehr gering und nicht mehr signifikant: Ratenverhältnis 1,12 (95%-KI 0,87-1,44) [16].

Hier hatte man ein negatives Ergebnis bei strengster, subjektiver Bewertung der methodischen Qualität.

Zusammenfassung der Kritik von E. Ernst

Wie dieser Faktencheck zeigt, waren die Aussagen von Ernst, auf die sich zuletzt der für das Entstehen des vorherrschenden Homöopathie-Narrativs so wichtige Homöopathie-Bericht des britischen House of Commons stützte, nicht zutreffend. Wie aus den o.a. Ausführungen ersichtlich ist, stimmt es einfach nicht, dass die ursprünglich positiv ausgefallene Meta-Analyse von Linde et al. 1997 sechsmal re-analysiert worden ist und dabei sich jedes Mal ein negatives Resultat ergeben hätte („*all of the 6 re-analyses ... have come out negative*“ (Ernst 2002, S. 18). Hier zeigt sich sehr deutlich, wie mit ideologischen Vorurteilen - dass Homöopathie unmöglich wirksam sein könne - vorgegangen wird, um die Richtigkeit der eigenen Ideologie zu belegen. Dieses Vorgehen entspricht keiner guten wissenschaftlicher Praxis.

7. Der Europäische Wissenschaftsakademien-Beirat (EASAC), der die nationalen Wissenschaftsakademien aller EU-Mitgliedstaaten repräsentiert, stellte 2017 fest, dass der therapeutische Effekt homöopathischer Präparate auf den Placeboeffekt

zurückzuführen ist, und empfahl einheitliche Wirksamkeitsnachweise für alle Arzneimittel.

EASAC hat keine eigenen Untersuchungen durchgeführt, sondern Positionen anderer übernommen, z.B. basierend auf den Publikationen von Ernst (2002) und Shang et al. (2005).

8. Schließlich schloss die australische Gesundheitsbehörde NHMRC nach Auswertung von 176 Studien, dass nach Abschluss einer unabhängigen Prüfung durch den Commonwealth Ombudsman im Jahr 2023 — ohne jegliche Beanstandung — keine Gesundheitsbedingung existiert, für die verlässliche Evidenz für die Wirksamkeit der Homöopathie vorliegt.

In dem 2015 publizierten Bericht des australischen *National Health and Medical Research Council (NHMRC)* zur Effektivität der Homöopathie (NHMRC-2015) wurden a priori alle Homöopathiestudien aus der Bewertung genommen, die keine höchste Qualität und keine Fallzahl von mindestens 150 Probanden hatten. Diese Fallzahlbeschränkung findet sich sonst weder in Cochrane Reviews, noch in BMJ Clinical Evidence Reviews oder in eigenen Reviews des NHMRC. Sie wurde ad hoc für die Homöopathiestudien eingeführt, ohne empirische Sichtung, z.B. Funnelplo-Inspektion. (Eine entsprechende Beschränkung in der konventionellen Medizin würde zum Ausschluss von 94% aller Studien bzw. 87% aller Indikationen führen. So wurden von den ursprünglich 176 eingeschlossenen Studien nur 5 Studien für die Wirksamkeitsbewertung berücksichtigt. Somit verwundert die negative Gesamtbilanz nicht: Es gebe keine verlässliche Evidenz für ein bedeutsames Ergebnis („*meaningful result*“) einer homöopathischen Behandlung.

Hier kann man mit Recht fragen, ob diese anscheinend willkürliche Auswahl von Studien guter wissenschaftlicher Praxis entspricht.

Bemerkenswerterweise gab es schon einen früheren Homöopathiebericht des australischen *National NHMRC* ohne eine solche Fallzahlbeschränkung. Hier wurde von ermutigenden Ergebnissen („*encouraging evidence*“) homöopathischer Behandlung bei fünf Indikationen gesprochen (Fibromyalgie, Mittelohrentzündung, oberen Atemwegsinfekten bei Erwachsenen, postoperativer Ileus, Prävention von Dermatitis bzw. Stomatitis unter Bestrahlung bzw. Chemotherapie). Die Existenz dieses Berichts wurde erst 2015 bekannt und erst nach öffentlichen Druck 2019 freigegeben (NHMRC 2019).

9. Generelle Aussage:

Es bestehe in der Fachwelt zumindest erheblicher, begründeter Zweifel an der spezifischen Wirksamkeit homöopathischer und anthroposophischer Behandlungen über den Placeboeffekt hinaus.

Was wird hier unter „Fachwelt“ verstanden? Als „Experten“ und damit „Fachwelt“ werden oft E. Ernst und das Informationsnetzwerk Homöopathie (INH) befragt und zitiert. Zu E. Ernst und seiner Art der wissenschaftlichen Analysen vgl. oben. Das INH hat ein klar erklärtes politisches Programm und ist insofern kein „Informations“-Netzwerk, sondern eine Agitationsplattform.

Die wirklichen Experten aber - zum Beispiel vom IFAEMM oder von der Universität Bern (Prof. Stefan Baumgartner) werden - von eben jenen „Experten“ als befangen diskreditiert. Diese wirklichen Experten zeigten spezifische Wirksamkeiten der Homöopathie und deren Ergebnisse sind in begutachteten Publikationen veröffentlicht und allgemein zugänglich.

Ein Vergleich: Wie würde man reagieren, wenn aus „Befangenheitsgründen“ Studien und Untersuchungen über das Christentum nur von Buddhisten und Muslims durchgeführt werden sollten? Oder wenn medizinische Analysen über Frauen nur von Männern und über Männer nur von Frauen durchgeführt werden dürften?

10. Generelle Aussage: Der Zweifel an der Wirksamkeit der Homöopathie und anthroposophischer Medizin allein — unabhängig davon, ob man ihn teilt — stellt eine hinreichende Grundlage dar, um die Frage zu stellen, ob die Solidargemeinschaft der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler für Leistungen aufkommen sollte, deren therapeutischer Mehrwert wissenschaftlich nicht belegt ist. Die GKV finanziert sich aus den Beiträgen von Menschen, die darauf vertrauen dürfen, dass ihre Mittel für wirksame Behandlungen eingesetzt werden aufgrund einer evidenzbasierten Leistungsgestaltung.

Wie aus meinen Ausführungen hervorgeht, gibt es auch für die Homöopathie eine positive wissenschaftliche Evidenz. Im Übrigen bin ich überzeugt, dass das Streichen der Homöopathie aus der Gesetzlichen Krankenversicherung zu kostensteigernden Substitutionseffekten führen und damit das Gegenteil der beabsichtigten Wirkung erzeugen würde.

Meinhard Simon

Professor Dr. Meinhard Simon (im Ruhestand)
Institut für Chemie und Biologie des Meeres
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Carl von Ossietzky Str. 9-11
26129 Oldenburg
Google scholar:
https://scholar.google.de/citations?hl=de&user=82-CkLYAAAAJ&view_op=list_works&sortby=pubdate

Zitierte Literatur:

- Ernst E. Are highly dilute homeopathic remedies placebos? *Perfusion* 1998; 11: 291–292.
- Ernst E. A systematic review of systematic reviews of homeopathy. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2002; DOI: 10.1046/j.1365-2125.2002.01699.x
- Ernst E, Pittler MH. Re-analysis of previous meta-analysis of clinical trials of homeopathy. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 1188
- Hamre HJ, Glockmann A, von Ammon K, Riley DS, Kiene H. Efficacy of homeopathic treatment: Systematic review of meta-analyses of randomised placebo-controlled homeopathy trials for any indication. *Syst Rev* 2023;12:191. DOI: 10.1186/s13643-023-02313-2.
- Von Schoen-Angerer T, Madeleyn R, Kiene H, Kienle GS, Vagedes J. Improvement of asthma and gastroesophageal reflux disease with oral Pulvis stomachicus cum Belladonna, a combination of *Matricaria recutita*, *Atropa belladonna*, Bismuth, and Antimonite: A pediatric case report. *Global Adv Health Med* 2016;5(1):107-11. DOI: 10.7453/gahmj.2015.019.
- Hamre HJ, Glockmann A, Schwarz R, Riley DS, Baars EW, Kiene H, Kienle GS. Antibiotikaverbrauch bei Kindern mit akuten Atemwegs- oder Ohrinfekten: eine prospektive Beobachtungsstudie zum Vergleich zwischen anthroposophischer und konventioneller Behandlung in der hausärztlichen Routineversorgung. *Der Merkurstab*, 2016; 69(3): 188-204. DOI: 10.14271/DMS-20637-DE.
- Hawke K, King D, van Driel ML, McGuire TM. Homeopathic medicinal products for preventing and treating acute respiratory tract infections in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Dec

- 13;12(12):CD005974. doi: 10.1002/14651858.CD005974.pub6. PMID: 36511520; PMCID: PMC9746041.
- Hofmeyr GJ, Piccioni V, Blauhof P. Postpartum homeopathic *Arnica montana*: a potency-finding pilot study. *Internat J Clin Practise* 1990; **44**:619-621. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.1990.tb10120.x>
- National Health and Medical Research Council (NHMRC) Evidence on the effectiveness of homeopathy for treating health conditions. 2015. (<https://www.hri-research.org/wp-content/uploads/2015/07/NHMRC-Information-Paper-Mar2015.pdf>)
- National Health and Medical Research Council (NHMRC) The Effectiveness of Homeopathy: An overview review of secondary evidence, 2019. (<https://www.hri-research.org/wp-content/uploads/2019/08/Draft-annotated.-2012-homeopathy-report.pdf>).
- Labrecque M, Audet D, Latulippe LG, Drouin J. Homeopathic treatment of plantar warts. *CMAJ* 1992; **146**(10):1749-1753
- Linde K, Clausius N, Ramirez G, et al. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A metaanalysis of placebo-controlled trials. *Lancet* 1997; **350**: 834-43 [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(97\)02293-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(97)02293-9).
- Linde K, Clausius N, Ramirez G, et al. Erratum. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Lancet* 1998; **351**(9097): 220 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)78164-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)78164-2).
- Linde K, Scholz M, Ramirez G, Clausius N, Melchart D, Jonas WB. Impact of study quality on outcome in placebo-controlled trials of homeopathy. *J Clin Epidemiol* 1999; **52**(7): 631-6 [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(99\)00048-7](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(99)00048-7).
- Lüdtke R, Rutten AL. The conclusions on the effectiveness of homeopathy highly depend on the set of analyzed trials. *J Clin Epidemiol* 2008; **61**(12): 1197-204 <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.06.015>
- Morrison B, Lilford RJ, Ernst E. Methodological rigour and results of clinical trials of homeopathic remedies. *Perfusion* 2000; **13**: 132–138
- Rutten AL, Stolper CF. The 2005 meta-analysis of homeopathy: the importance of post-publication data. *Homeopathy* 2008; **97**(4): 169-77 <https://doi.org/10.1016/j.homp.2008.09.008>
- Shang A, Jüni P, Sterne JAC, Huwiler-Müntener K, Egger M. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? - Authors' reply. *Lancet* 2005; **366**(9503): 2083-5 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67881-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67881-6).
- Sterne JAC, Smith GD, Altman DG. Investigating and dealing with publication and other biases. In: Egger M, Smith GD, Altman DG, eds. *Systematic reviews in health care: Meta-analysis in context*. Chichester: John Wiley & Sons; 2001: 189-208. <https://doi.org/10.1002/9780470693926.ch11>.
- Sterne JA, Egger M, Smith GD. Systematic reviews in health care: Investigating and dealing with publication and other biases in meta-analysis. *BMJ*. 2001 Jul 14; **323**(7304):101-5. doi: 10.1136/bmj.323.7304.101. PMID: 11451790; PMCID: PMC1120714.
- Toews I, Anglemeyer A, Nyirenda JLZ, Alsaïd D, Balduzzi S, Grummich K, Schwingshackl L, Bero L. Healthcare outcomes assessed with observational study designs compared with those assessed in randomized trials: a meta-epidemiological study. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024, Issue 1. Art. No.: MR000034. DOI: 10.1002/14651858.MR000034.pub3