

Prof. Harald Walach

Antwort auf den Offenen Brief

„Doppelblindstudien, Rationalität und Homöopathie“
von Dr. med. Hanspeter Seiler*

November 2005

Sehr geehrter Herr Seiler,

die Möglichkeit zu publizieren habe ich nur, weil ich versuche irrelevante Kommunikation zu reduzieren. Ob Ihre Kommunikation irrelevant ist, kann ich noch nicht sagen. Aber eines weiß ich schon jetzt: Wenn Sie 60 Seiten darauf verwenden, eine Studie zu kritisieren, ohne die entsprechende Diskussion darüber gelesen zu haben, und dies dann auch noch als „prägnant“ bezeichnen, ist etwas faul. Ich werde mich linear an Ihrem Schreiben entlang hangeln und Sie auf Probleme aus meiner Sicht hinweisen:

1. Die „Magie-Interpretation“ der Homöopathie beruht nicht allein auf unserer Kopfschmerzstudie, sondern auf einer jahrelangen, sehr intensiven Sichtung der Literatur, auf den Daten von Arzneimittelprüfungen von mir und von vielen anderen Autoren.
2. Die Kopfschmerzstudie wurde von mir überhaupt nicht mit Medienrummel vorgetragen. Dass die Medien einen Rummel daraus gemacht haben, liegt leider in der Natur der Sache.
3. Es ist leider ein weit verbreiteter Fehler, von einer gelungenen Studie dazu überzugehen, die „Homöopathie als bewiesen“ zu vermelden. Ich weise konstant auf das Doppelproblem hin: Es gibt zu viele Daten, um Homöopathie als Unsinn abzutun, aber viel zu wenig *konsistente* Daten, um sie als kausal und lokal wirksam zu belegen. Siehe dazu unseren neuesten Überblick, in dem die Argumentation ausgeführt ist.
4. Die in der Homöopathie-Szene euphorische Rezeption der Reilly-Studien ist verständlich, hält aber bei genauerem Hinsehen nicht stand: Keine einzige der Studien ist eine wirklich genaue Replikation. Wenn man genau hinsieht, ist bei jeder Studie was verändert, und diejenigen Studien, die sich als genaue Replikation verstanden, haben das Phänomen eben genau nicht repliziert.
5. Es ist ein komplettes Missverständnis, mich als „Gegner einer rationalen Begründbarkeit“ zu titulieren. Dagegen wehre ich mich. Die Tatsache, dass Sie das tun, zeigt, dass Sie weder meine Arbeiten ausreichend zur Kenntnis genommen haben, um sich ein solches Urteil zu erlauben und zweitens ein Verständnis von „rationaler Begründbarkeit“ haben, das in einem Wissenschaftsverständnis des 19. Jahrhunderts begründet ist. Dies ist an sich für mich nicht satisfaktionsfähig. Daher sollte ich jetzt eigentlich aufhören zu schreiben. Da ich nicht als dialogunfähig gelten will, tue ich dies bewusst nicht.
6. Ich bin ziemlich Ihrer Meinung, was die Egger-Studie betrifft und habe meine entsprechenden Argumente öffentlich kundgemacht. Daher spare ich mir eine Wiederholung. Allerdings ist es ein Missverständnis zu glauben, die wissenschaftliche Methodik würde der Homöopathie im Prinzip nicht gerecht. Dies stimmt aus meiner Sicht nicht.

*http://www.dzvhae.com/portal/pics/abschnitte/211105103810_seilerwalachoffenerbrief.pdf

7. Die Frei-Studie ist ein denkbar schlechtes Beispiel. Wenn man sie nämlich genau analysiert, sieht man, dass eigentlich gar kein therapeutischer Effekt in dem Sinne abgebildet ist, sondern eine differentielle Reaktion auf Placebo. Was das bedeutet, ist eine komplexe Frage. Jedenfalls gilt auch hier: Jede *neue* Studie zeigt irgendetwas Interessantes. Die Frage ist: Lässt sich ein Effekt stabil reproduzieren?
8. Das Argument gegen „Massenstudien“ ist schwach. Es ist zwar pragmatisch gesehen richtig. Sachlich wäre aber denkbar, dass eine riesige Studie mit lauter individualisierten Behandlungen durchgeführt wird. Unsere Kopfschmerzstudie war ein erster Anfang, und andere Studien, die diesen Ansatz wählten, sind alle nicht sehr weit gekommen (etwa Elly de Lange, Straumsheim, um nur einige Beispiele zu nehmen). Es gibt auch gute Gegenbeispiele, aber keines mit einer stabilen Replikation.
9. Das Beispiel der Jacobs-Studie übersieht, dass das Ergebnis gerade nicht replizierbar war. Die letzte Studie ist nicht signifikant und nur eine Meta-Analyse behält das Ergebnis bei.
10. Bei den Kopfschmerzen haben Sie erwiesenermaßen Unrecht: Die neue Dokumentation von Witt et al. zeigt, dass Kopfschmerzen häufig in der homöopathischen Praxis behandelt werden und auch mit Erfolg. (Witt, C. M., Lüdtke, R., Baur, R., & Willich, S. N. (2005). Homeopathic medical practice: Long term results of a cohort study with 3981 patients. *BMC Public Health*, 5, 115.) Ich habe mich im Vorfeld mit sehr vielen, damals weitherum bekannten Homöopathen genau auf Kopfschmerzen als potenziell einfaches Syndrom verständigt.
11. Warum die Brigo-Studie so erfolgreich war, ist schwer zu sagen. Post-hoc lässt sich alles sagen. Tatsache ist, dass ich viele Versuche unternommen habe, die originalen Autoren zu kontaktieren, auch um zu erfahren, warum diese Studie nie ordentlich publiziert wurde. Weder die Autoren noch die Sponsoren (Boiron) haben mir irgendeine Auskunft gegeben. Meine private Schlussfolgerung lautet: Diese Daten sind wissenschaftlich nicht brauchbar. Aber da kann man anderer Meinung sein.
Die Glasgower Migräne-Studie war als Replikation von Brigo geplant. Dass einzelne Parameter anders waren, liegt in der Natur der Sache, weil im klinischen Kontext eine komplette Replikation ohne Variation Unsinn und Geldverschwendung ist. Die entscheidende Tatsache ist, dass ein der Sache nach sehr ähnliches Therapiekonzept sich nicht replizieren ließ. Dies lag sicher nicht am mangelnden Enthusiasmus oder an der mangelnden Kompetenz der Autoren. Man kann über die Art, Ähnlichkeit zu definieren, sehr geteilter Meinung sein. Aber es ist nicht einzusehen, warum etwas, das bei Brigo funktioniert hat, plötzlich in Glasgow nicht mehr funktionieren soll. Ihre Argumente sind aus meiner Sicht hilflose Versuche, diese simple Tatsache zu ignorieren. Es ist übrigens falsch zu glauben, Placebo-Effekte würden rasch wieder zurückgehen und alles was stabile Veränderung ist, kann daher nur ein Verum-Effekt sein. Diese Aussage ist sachlich und empirisch nicht haltbar. Die Verlaufskurven und Besserungen von Placebo und Verum sind schon in konventionellen Studien hochkorreliert (mit $r = .78$, wie eine von uns durchgeführte Meta-Analyse ergab; siehe Walach, H., Sadaghiani, C., Dehm, C., & Bierman, D. J. (2005). The therapeutic effect of clinical trials: understanding placebo response rates in clinical trials - A secondary analysis. *BMC Medical Research Methodology*, 5, 26.).
12. Ich habe übrigens nie behauptet, dass die Whitmarsh-Studie komplett negativ war. Ich habe in der von mir durchgeführten und in meiner Habil-Arbeit enthaltenen Meta-Analyse die Effektstärke berechnet und weiß sehr wohl, dass sie einen kleinen positiven Effekt enthält, der auch eine gewisse signifikante Tendenz enthält. Der springende Punkt ist, dass die Effektstärke dramatisch gesunken ist.
13. In der norwegischen Studie wurde individualisierte Homöopathie eingesetzt. Die unterschiedlichen Placebo-Reaktionsraten in Studien als Beweis für irgendetwas einzusetzen, geschweige denn dafür, dass die Daten falsch sein müssen, ist Zeichen von wissenschaftlicher Ignoranz (aus meiner Sicht). Dies ist völlig unhaltbar, widerspricht der

Literatur und ist aus meiner Sicht ein klarer Beleg für die Unfähigkeit oder Unwilligkeit, die Wirklichkeit so zu sehen, wie sie sich präsentiert: variabel.

14. Der springende Punkt der Straumsheim-Studie ist: Der eigentlich anerkannt sensitivste Parameter, das Tagebuch, ergibt einen paradox negativen Effekt, während ein unsensibler Parameter einen positiven Effekt zeigt. Auf jeden Fall wurde die apriori Hypothese nicht bestätigt. Schade drum, in der Tat.
15. Ihre Betonung des ärztlichen Urteils gegenüber dem Tagebuch ist zwar aus Ihrer Sicht verständlich, verkennt aber die Ergebnisse von etwa 2 Dekaden Forschung, mehreren hundert Studien zur Validität und Reliabilität solcher Daten und die Tatsache, dass sich die gesamte Beurteilung von Schmerzsyndromen und ihrer Besserung in allen Bereichen ausschließlich auf Patientenurteile stützt, weil allen mittlerweile klar ist, dass es nur einen Experten für Schmerz gibt: den Patienten selber. Und es gibt nur eine reliable Art, dies zu messen: möglichst häufig nachfragen. Dabei sieht man dann, dass Tagebücher, oder idealerweise mehrfach am Tage getätigte Abfragen andere Ergebnisse liefern als retrospektive Befragungen von Patienten über Fragebögen oder Arzturteile.
16. Wir haben die Brigo-Studie als generelle Argumentationsgrundlage verwendet, nie als Vorbild. Daher auch die Ausweitung auf chronische Kopfschmerzen. Die Epidemiologie gibt uns hier Recht, und eigentlich die Pragmatik (siehe Witt et al. 2005) auch. Man kann darüber natürlich geteilter Meinung sein.
17. Ich habe noch nie abgestritten, dass unsere Patienten möglicherweise ein sehr schwieriges Kollektiv waren und auch nicht, dass dies eine mögliche Ursache für unser negatives Ergebnis war. Sicherlich haben die Ärzte dies so gesehen und wenn ich mich nicht täusche, ist auch ein entsprechender Hinweis in unserer Studienbeschreibung enthalten.
18. Es ist allerdings falsch zu sagen, dass dadurch unsere Messung in irgendeiner Form gelitten hat. Denn wir haben nicht die Frequenz von Migräneanfällen als Parameter genommen, sondern die Häufigkeit, die Dauer und die Intensität von Kopfschmerzen, als drei gleichwertige Parameter. Auch das ist klar beschrieben.
19. Es ist richtig, dass die Schmerzintensität möglicherweise ein sensiblerer Parameter wäre. Deswegen haben wir ja die beiden anderen Parameter hinzugezogen. Der springende Punkt ist: In keinem Parameter gab es einen Unterschied. Es ist übrigens falsch zu sagen, wir hätten die Anfallsfrequenz als wichtigsten Parameter definiert. Wir hatten drei.
20. Meine Aussagen beruhen auf einer Responder-Analyse. Wir haben die Responder mit den Nicht-Respondern verglichen und untersucht, in welchen Parametern sie sich unterscheiden. Interessanterweise waren die Responder eigentlich die komplizierteren Patienten: Sie hatten längere Krankheitsdauer und häufiger Doppeldiagnosen. Sie können es glauben oder bleiben lassen. Das ist ihr Problem. Die Daten und die Wirklichkeit waren in diesem Falle so gelagert. Ich entscheide mich im Zweifelsfall für die empirische Wirklichkeit und frage mich, was ich daraus für Schlussfolgerungen zu ziehen habe. Ein ideologisch motivierter Denker tut das Gegenteil. Mir scheint, Ihre Argumentationsstruktur ist ideologisch, deshalb sollte ich eigentlich aufhören zu schreiben und meine Zeit sinnvoller verwenden. Aber da ich auch immer an die Belehrbarkeit von Menschen glaube, unternehme ich halt noch weitere Dialogversuche.
21. Ihre Argumentation übersieht einen Punkt: Gegen die von Ihnen angeführten möglichen Zufallsschwankungen ist nichts zu sagen. Dies wird aber genau durch die Irrtumswahrscheinlichkeit quantifiziert. Wir wissen, dass wir uns möglicherweise irren. Mit einer Wahrscheinlichkeit von 1 in tausend Fällen. Die Tatsache, dass der Effekt trotz der kleinen Fallzahl signifikant ist, zeigt, wie stark er ist. Basale Statistik. Sie sollten sich erst kundig machen, bevor Sie zu so starken Worten greifen.
22. Ihre Ausführungen zu unserem Randomisierungsprozess zeigt, dass sie weder die Grundlagen noch das Ziel dieses Vorgangs wirklich verstanden haben: Wir haben eine

unbeschränkte Randomisation gewählt. Das Ziel dieses Verfahrens war es, erstens einen wirklich reinen Zufallsprozess zu erzeugen, was übrigens die wenigsten Studien tun, und zweitens die konfundierenden Variablen möglichst optimal zu balancieren. Dass uns das fast ganz gelungen ist, zeigt ein Blick auf die Tabelle der Ausgangswerte. Dass dies unserer Statistik überhaupt nichts anhat, ergibt sich schon daraus, dass wir gar keine gerechnet haben. Erst wenn wir einen Effekt in die vorhergesagte Richtung gesehen hätten, dann hätte uns die ungleiche Patientenzahl vielleicht in Schwierigkeiten gebracht, weil dann die statistische Mächtigkeit reduziert worden wäre, aber sicher nicht irgendetwas anderes. Der beobachtete Baseline-Unterschied in der Ausgangsmedikation ist zwar sichtbar, aber nicht signifikant. Ich habe an anderer Stelle ausführlich auf die Medikationsunterschiedshypothese geantwortet und wiederhole mich hier nicht (Walach, H. (2002). Response to Vithoulkas: Homeopathic fantasies about science, a meta-critique. *Homeopathy*, 91, 35-39.)

23. Die Sistierung von Prophylaxe-Medikation fand übrigens schon vor Beginn der Behandlung statt, da dies ein Einschlusskriterium war. Deshalb ist das kein wirklich stichhaltiges Argument.
24. Das Argument bezüglich des Koffein-Entzuges ist natürlich bedenkenswert. Aber nicht schlagkräftig: Entzugssymptome dauern normalerweise maximal 6 Tage. Außerdem durften die Patienten auch auf andere Formen von Koffeinersatz (Tee, Cola) ausweichen. Und überhaupt haben die Patienten dies bereits zu Baselinebeginn getan.
25. Selbstverständlich sieht man trotz optimaler Randomisation immer einige Unterschiede, da eine vollständige Homogenisierung nur bei sehr großen Kollektiven von etwa 500 und mehr zu erwarten ist. Diese Zahlen waren für uns nicht realisierbar. Dennoch würde ich behaupten, dass wir gemessen an der kleinen Zahl von Patienten eine optimale Homogenisierung erreichen konnten. Die geringen Unterschiede, die verblieben sind, lassen sich sicher nicht ausschlagen, um das Ergebnis vollständig zu negieren. Wenn man schon so argumentiert, dann müsste man das Argument des multiplen Testens einführen und die Anzahl der möglichen Tests ins Feld führen. Dann würde Ihre Baseline-Auffälligkeit, die sie mit einer Wahrscheinlichkeit von $p = 0.0029$ benennen, etwa zu einer Wahrscheinlichkeit von $p = 0.14$ werden, da wir von etwa 50 Ausgangsvariablen und Tests ausgehen müssen.
26. Wir haben sogar in den meisten Fällen längere Tagebuchvorlaufdaten und auch längere Nachbeobachtungen. Diese Auswertungen sind in meinem Buch enthalten. Sie unterscheiden sich nicht von den Aussagen, die die protokollgemäße Auswertung der offiziellen Publikation ergab. Dies ist wichtig, denn alle Argumente, dass unsere Beobachtung zu kurz war, die Vorbeobachtung zu kurz etc., sind aufgrund dieser zusätzlichen Informationen nicht haltbar.
27. Man kann die Individualisierung so durchführen, wie wir sie gemacht haben, oder so, wie sie bei Brigo/Straumsheim gemacht wurde. Immer ist entscheidend: Wurde wirklich individualisiert und wurde das richtige Mittel getroffen? Ich gehe davon aus, dass unsere Ärzte ihr Bestes gegeben haben, um die richtige Wahl zu treffen. Ich gehe auch davon aus, dass sie fähig waren. Immerhin gehörte und gehört ihre Praxis zu den frequentiertesten in Deutschland. Was Ihre Argumentation übersieht: Die Arzneimittelwahl war immer die eines individuellen Arztes. Das Kollektiv entschied nur darüber, ob aufgrund der Falldarstellung die Arzneimittelwahl potenziell richtig war, und vor allem, ob der Fall klar genug war. Denn:
28. Das wichtigste Element wird gern übersehen: Wir haben nur die Patienten aufgenommen, bei denen die Ärzte sich sicher waren, dass eine von zwei ausgewählten Arzneien wirklich passt. Alle anderen wurden gar nicht eingeschlossen. Ich finde es auch typisch und bezeichnend für Ihre selektive Lesart, dass Ihnen anscheinend dieses entscheidende Designdetail entgangen ist.
29. Ihre Ausführungen zu Q-Potenzen in Ehren, aber diese Argumente finde ich albern. Unser Anliegen war ja nicht, die Wirksamkeit und Wirklichkeit immaterieller Potenzen zu

beweisen, sondern die klinische Brauchbarkeit von klassischer Homöopathie zu untersuchen, so wie sie praktiziert wird. Und da gehört die Verwendung von Q-Potenzen eben mit dazu. Wenn man übrigens Q-Potenzen richtig herstellt, dann ist das Ausgangsmaterial zur C3 verrieben, hat also einen rechnerischen Gehalt von 10^{-6} , wird dann bei der Q1 etwa auf einen rechnerischen Endgehalt von 10^{-10} bis 10^{-12} weiterverdünnt, etc. Wenn eine solche Verdünnung wirksam wäre, würde sich jeder Pharmazeut verwundert fragen. Abgesehen davon sind in den konventionell hergestellten C200 Potenzen, die in unserem Falle Korsakov-Potenzen waren, in den meisten Fällen noch molekulare Spuren nachweisbar. Nur bei Einglaspotenzen funktioniert die Algebra. Ich halte das aber eigentlich für einen komplett irrelevanten Nebenschauplatz.

30. Die Q-Potenzen wurden nach Herstellerangaben eingenommen und verdünnt. Dazu gehört, dass die Tropfflaschen nochmals in einem Glas Wasser verdünnt werden, etwa 3-5 Tropfen in einem Glas Wasser. Allein dadurch schon erübrigt sich die Haarspalterei ziemlich. Die Anwendung, die Indikation und die Häufigkeit der Gabe lag den Ärzten frei und entsprach deren normaler Praxis.
31. Es ist falsch zu sagen, die Patienten und Ärzte hätten die Modulationsfähigkeit der Q-Potenzen nicht genutzt. Die Ärzte gaben den Patienten präzise Anweisungen mit und die Patienten konnten sich melden, falls sie Fragen oder Unklarheiten hatten.
32. Die beklagte mangelnde Verordnungsdynamik kann und will ich nicht kommentieren. Ich gehe davon aus, dass dies damit zusammenhängt, dass durch den Einschluss von Patienten, bei denen sich die Ärzte sicher waren, dass die Arznei stimmt, die Tendenz gegeben war, einmal möglichst lange abzuwarten, was ja durchaus mit dem klassischen Vorgehen kompatibel ist. Was sicher richtig ist, ist die Tatsache, dass die Ärzte sich auf eine eher konservativ-vorsichtige Arzneimittelwahl gestützt haben.
33. Es ist völlig verfehlt, nur auf die Häufigkeit von Kopfschmerzen abzuheben. Das Interessante ist: Alle Parameter zeigen die gleiche Tendenz. Sie können sich auch die gesamte Gedankenakrobatik sparen: Der verblüffendste Befund ist, dass sich eben überhaupt kein Unterschied zeigt, im Gegenteil, dass Placebo sogar leicht besser ist als Verum. Man kann natürlich, wie Vithoulkas, das ganze als ein Verschlimmerungsphänomen abtun. Ich halte dies für unlauter, zumal wir auch aus den Nachbeobachtungen, der Langzeitstudie und den Einzelfallverläufen keinerlei Hinweise darauf haben, dass die Studie etwas anderes abbildet.
34. Umgekehrt müssten dann aber die teilweise sehr spezifischen Nebenwirkungssymptome der anderen Gruppe als Placebosymptome interpretiert werden. Sie können es drehen und wenden wie Sie wollen: Das Entscheidende ist, dass Sie spezifische und unspezifische Symptome in beiden Gruppen gleichermaßen finden.
35. Es ist durchaus denkbar, dass wir in den 3 Monaten Therapie nur Verschlimmerung abgebildet haben. Dagegen sprechen aus meiner Sicht folgende Beobachtungen und Daten: Es gibt keine einzige offene Beobachtungsstudie, die annähernd plausibel machen würde, dass man in einem Migränekollektiv mit korrekter Behandlung *ausschließlich* 12 Wochen lang Verschlimmerungen sieht. Die wenigen Daten, die es zu homöopathischen Erstverschlimmerungen gibt, legen nahe, dass diese nach 10, 14, allerlängstens 28 Tagen vorbei sind. Was wir erwartet hätten, ist, dass sich wenigstens gegen Ende der Studie ein Trend gezeigt hätte. Ein wirklich reagierender Patient in der Verum-Gruppe oder 5 deutlich gebesserte hätten genügt, um einen statistisch signifikanten Effekt zu erreichen. Der wirklich spannende Befund ist, dass genau dies nicht, aber auch nicht ansatzweise, zu beobachten war. Es gab nämlich wirklich dramatische Verbesserungen. Dummerweise waren die alle in der Placebogruppe. Die einzige Patientin, die komplett beschwerdefrei wurde, war in der Placebogruppe. Es ist genau diese Konfundierung der Verhältnisse, die das Ergebnis so erstaunlich macht.
36. Man kann nun eben, wie Sie es tun, viel Aufwand ins Wegerklären investieren. Mit viel Mühe wird das immer gelingen. Man übersieht dabei, dass man der Phänomenologie

Gewalt antut. Vor allem, wenn man die Daten auf einen breiteren Hintergrund tut, und wenn man die Daten aus anderen Forschungsbereichen und Studien mitberücksichtigt.

37. Sie als Praktiker können gar nicht anders, als sich vor dem Rutsch Ihres Weltbildes zu sichern. Soll mir recht sein. Dann bleiben Sie aber bitte bei Ihrem Leisten und wildern nicht in Gegenden, von denen Sie vergleichsweise wenig Ahnung haben. Ich komme ja auch nicht und pfusche Ihnen in Ihr Handwerk und sage Ihnen, wie Sie Ihre Patienten zu behandeln haben. In diesem Sinne kommentiere ich Ihre Aussagen zu den anderen Aspekten nicht mehr. Im Gegensatz zu Ihnen will ich niemand von meiner Sicht der Dinge überzeugen. Ich stelle meine Erkenntnisse zur Diskussion und bin gerne bereit, mit jedem und jederzeit über divergierende Ansichten, vor allem aber über divergierende Daten zu reden. Aus Ihren Ausführungen habe ich keinen einzigen Punkt entnommen, der mich wirklich dazu verführen könnte, Ihre Ansicht zu übernehmen. Ich habe vielmehr vielfältige Bemühungen gesehen, die Augen vor der Wirklichkeit zu verschließen. Dies ist, wie gesagt, Ihr gutes Recht. Aber stellen Sie dies bitte um Himmels willen nicht als Wissenschaft, und schon gar nicht als Wahrheit dar. Ich habe vielmehr wahrgenommen, dass Sie Ihre Wahrnehmung willentlich, unwissentlich, absichtlich oder unbewusst auf einen vergleichsweise kleinen Ausschnitt der Wirklichkeit begrenzen. Sie haben z.B. den ganzen Diskussionsprozess um unsere Studie nicht zur Kenntnis genommen, auch nicht die anderen Daten, die ich und andere produziert haben. Auch nicht meine weiterführenden Überlegungen. Müssen Sie auch nicht. Aber dann treten Sie doch bitte mit ein klein wenig mehr Bescheidenheit auf. Fände ich jedenfalls angemessener. Ich bin gerne bereit zu weiterem Dialog. Das wird aber das letzte Mal sein, dass ich mir ein 60-seitiges Elaborat aus Ihrer Feder durchsehe und kommentiere. Alles Weitere ließe sich nur in einem wirklichen und konstruktiven Dialog klären. Nach allem, was ich gelesen habe, sind Sie daran anscheinend nicht interessiert, sondern nur am Beweis der Richtigkeit Ihres Standpunktes. An solchen Diskussionen bin nun ich wiederum nicht interessiert, weil sie nicht weiterführen, weil sie nichts zu neuer Erkenntnis beitragen und weil sie allen fundamentalen Prinzipien zuwider sind, die auch für Hahnemann wichtig waren: sich nämlich aufgrund der Erfahrung eines Besseren belehren zu lassen und die Theorie entsprechend anzupassen. So funktioniert nämlich Wissenschaft. Nicht anders.

Beste Grüsse
harald walach

Prof. Harald Walach
Research Professor in Psychology

University of Northampton
School of Social Sciences &
Samueli Institute for Information Biology (www.siib.org)
Boughton Green Rd
Northampton NN2 7AL
UK

Tel.: +44-1604-89 2952

Fax: +44-1604-722067

E-Mail: harald.walach@northampton.ac.uk

Web-page:

http://almond.admin.nene.ac.uk:7777/portal/page?_pageid=473,2921716&_dad=portal&_sc_hema=PORTAL#walach