



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
Main Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2008

Störung der Mikrozirkulation: Phytotherapie zur Prophylaxe und Behandlung

Falch, B

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-13855>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Falch, B (2008). Störung der Mikrozirkulation: Phytotherapie zur Prophylaxe und Behandlung. Schweizerische Zeitschrift für Ganzheitsmedizin / Swiss Journal of Integrative Medicine, 20(2):76-86.

Störung der Mikrozirkulation: Phytotherapie zur Prophylaxe und Behandlung

22. Tagung der SMGP – Schweizerische Medizinische Gesellschaft für Phytotherapie, Kongresszentrum TRAFÖ Baden, 29. November 2007

Die 22. Schweizerische Tagung für Phytotherapie war mit nahezu 300 Teilnehmern, darunter Vertreter von Behörden und phytotherapeutischen wie komplementärmedizinischen Gesellschaften aus dem In- und Ausland, gut besucht. Wie **Dr. med. Roger Eltbogen**, Präsident Schweizerische Medizinische Gesellschaft für Phytotherapie SMGP, in seiner Begrüssung ausführte, hatte die SMGP mit dem Thema Mikrozirkulation ein aktuelles, in seiner Bedeutung zunehmendes medizinisches Thema aufgegriffen.

Dem Blutfluss auf der Spur

Die vielfältigen Faktoren, die zu einer Störung der Mikrozirkulation führen, und die sich daraus ergebenden Komplikationen weisen auf eine komplexe Problematik hin. Der Vorteil von pflanzlichen Arzneimitteln mit ihrem Vielstoffcharakter ist hierbei in ihrer „Multi-target“-Funktion zu sehen.

So war es auch ein Anliegen von **Prof. Dr. med. Reinhard Saller**, Lehrstuhl für Naturheilkunde, Universität Zürich, in seinem Eröffnungsreferat am Beispiel von Diabetes die noch vielfach unterschätzte Bedeutung von Arzneipflanzen zur Prävention und als unterstützende therapeutische Massnahme aufzuzeigen.

Wie Pflanzen den Diabetes beeinflussen können

Diabetes wird oft als Zivilisationskrankheit bezeichnet, obwohl er in allen Kulturen bekannt ist – immer

Traditionell lädt die Schweizerische Medizinische Gesellschaft für Phytotherapie in Zusammenarbeit mit der Fachgruppe Phytopharmazie der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften und dem Institut für Naturheilkunde der Universität Zürich Ende November zu ihrer Jahrestagung nach Baden ein – in 2007 zum Thema «Störung der Mikrozirkulation: Phytotherapie zur Prophylaxe und Behandlung». Den Organisatoren war es wieder gelungen, mit einem breiten Referatespektrum eine umfassende Betrachtungsweise dieses Themengebietes zu gewährleisten. So wurden nicht nur pflanzliche Arzneimittel diskutiert, sondern ebenso Fragen der Lebensweise und Gesundheitsförderung, wie sie von Medizinalpersonen begleitet werden kann. Und wie immer wurde auch der fachliche Austausch in den Pausen, beim Stehlunch und bei den Ausstellern sehr geschätzt.

erkennbar an der Süsse des Urins und der Besiedlung mit Bakterien. Über 1'200 Pflanzenspezies werden gemäss Saller weltweit traditionell bei Diabetes eingesetzt, wobei viele Pflanzen eher nur eine lokale Bedeutung haben.

Während Diabetes früher rein aus der glukozentrischen Sicht („Eisbergspitze“) betrachtet wurde, werden heute Taillenumfang, Hypertonie und mikrovaskuläre Wandschädigungen als wesentliche Faktoren bei Entstehung und Fortschreiten des Diabetes mit in Betracht gezogen. Dieses multifaktorielle Geschehen ist sehr komplex. Durch oxidativen Stress, Dyslipidämie, Hypertonie sowie Störungen im Renin-/Angiotensin-System kommt es zu Endothelschädigungen und Proliferationen, was letztendlich zu einem erhöhten vaskulären Risiko führt.

Gemäss Saller werden bei Diabetes vor allem Arzneipflanzen aus der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) eingesetzt, europäische Arzneipflanzen dagegen eher zögerlich. Mischungen mit mehr als fünf Arzneidrogen sind dabei durchaus üblich und für Saller wissenschaftlich nachvollziehbar.

Die unmittelbare Wirkung von Phytotherapeutika aus der ayurvedischen

Medizin auf die Insulinresistenz ist wissenschaftlich gut erfasst, aber auch antioxidative Eigenschaften und die Beeinflussung des Blutdrucks sind bei diesen Diabetes-Drogen untersucht.

Grüntee bei KHK

Als Beispiel einer gebräuchlichen Arzneipflanze in der Ayurveda nannte Saller den Grüntee. Mit zwei bis drei Tassen Grüntee pro Tag ist eine positive Beeinflussung der Mikrozirkulation zu erwarten (auch Schwarztee ist möglich, er muss jedoch höher dosiert werden). Grüntee zeigt Effekte auf die Insulinsensitivität, die Insulinresistenz, die Glucoseaufnahme und den Blutzuckerspiegel. Grüntee wird aufgrund seiner antioxidativen und antiinflammatorischen Wirkung bei der koronaren Herzkrankheit eingesetzt, daneben auch als Diuretikum und ganz allgemein beim metabolischen Syndrom.

Darüber hinaus ging Saller auf die grundlegenden Therapie-Mechanismen der ayurvedischen Medizin ein. Krankheit wird hier nämlich als eine Energieverschiebung des individuellen



Dr.med. Roger Eltbogen,
Präsident SMGP



Prof. Dr. med. Günter Siegel,
Berlin



Prof. Dr. med. Reinhard Saller,
Zürich



Dr. med. Ernst Gröchenig,
Aarau



Dr. med. Isabella Sudano,
Zürich



PD Dr. Kurt Hersberger,
Basel



Prof. Dr. Beat Meier,
Geschäftsführer SMGP



Prof. Dr. med. Volker Schulz,
Berlin



Andy Suter, Leiter Medizin
Bioforce AG Roggwil



PD Dr. med. Dr. h.c. Andreas
Schapowal, Landquart

Energieprofils – innerhalb des Energiedreiecks mit den Eckpunkten Wind, Schleim und Galle – verstanden, was der Arzneipflanze auch eine Art systemischen Charakter verleiht.

Johanniskraut – nicht nur antidepressiv

Als ein weiteres „Systemmittel“ kann Johanniskraut (*Hypericum perforatum*) bezeichnet werden. Mit einer halben bis einer Tasse Tee pro Tag hat man zwar keine antidepressive Wirkung, aber antientzündliche und antioxidative Effekte. Das Wirkpotential von Johanniskraut in dieser niedrigen Dosierung ist weitreichend, u.a. bei Erschöpfung, in der Rekonvaleszenz, bei Störungen der Mikrozirkulation durch Beeinflussung der endothelialen Dysfunktion, zur Vasodilatation und Senkung des Sympathikustonus.

Für solche sogenannten multimodalen phytotherapeutischen Wirkstoffgemische gibt es also nicht nur zwei bis drei Indikationsgebiete, sondern es steckt noch viel mehr in diesen Arzneipflanzen. Dabei sollte berücksich-

tigt werden, dass geringe Mengen andere Effekte zeigen als hohe Dosierungen. Dieser systemische Charakter von Arzneipflanzen wird zum Bedauern von Saller regulatorisch nicht berücksichtigt, haben doch gerade diese Systemmittel bei der sogenannten „small vessel disease“ ihren berechtigten therapeutischen Platz.

Pharmaceutical Care beim Metabolischem Syndrom

Die mit dem Metabolischen Syndrom zusammenhängenden Risikofaktoren lassen sich nicht nur durch Medikamente, sondern auch durch Lebensstiländerungen positiv beeinflussen. Daher sind gemäss Privatdozent **Dr. sc. nat. Kurt Hersberger**, Institut für klinische Pharmazie, Basel, die Früherkennung der Risiken, die rechtzeitige Umstellung des Lebensstils und eine lebenslange Compliance die Herausforderungen der Gesundheitsversorgung. Gerade Apotheken können dank Pharmaceutical Care (d.h. Nutzung pharmazeutischer Kompetenz) dazu einen sinnvollen Beitrag leisten. Denn

mittels eines Screenings lassen sich nicht diagnostizierte, asymptomatische Personen mit Verdacht auf Risikofaktoren für ein metabolisches Syndrom in der Apotheke identifizieren.

Screening in der Apotheke

Hersberger betonte, dass es um ein Mehrfachrisiko-Screening geht, man also nicht nach einem Einzelrisiko suchen soll. Dazu empfiehlt er für die Apothekenpraxis ein sequentielles Vorgehen: In einem Prä-Screening wird das Risikoprofil einer Person erstellt (z.B. mit den Parametern Alter, Geschlecht, BMI, körperliche Aktivität, familiäres Risiko). Bei mehr als zwei Risikofaktoren ist ein Blutglukose-Screening nüchtern angezeigt. Zusätzlich kann das Lipidprofil erfasst werden. Liegen die Werte im Grenzbereich, ist eine Wiederholungsmessung durchzuführen.

Bisherige Erfahrungen zeigen, dass in einem Apothekenscreening eher selten abnorme Blutglukosewerte, dagegen sehr häufig (> 40%) grenzwertige bis abnorme Lipidwerte erfasst werden. Gerade Risikopatienten, die noch keine Pharmakotherapie benötigen,

Fortbildung

gilt es zu einem gesunden Lebensstil zu motivieren. Auch Nahrungsergänzungsmittel und Phytotherapeutika können mit gutem Erfolg eingesetzt werden.

Ohne Compliance kein Therapieerfolg

Während nun die Erfassung dieser Risikofaktoren und die Messungen im Kapillarblut in der Apotheke problemlos durchführbar sind, ist die umfassende und zielgerichtete Beratung von Risikopatienten zur Änderung des Lebensstils deutlich aufwendiger. Denn ein gesunder Lebensstil muss über Jahre in den Alltag integriert werden. Diese Compliance über Jahre aufrechtzuerhalten ist eine ausserordentliche Herausforderung, weiss man doch für die Pharmakotherapie, dass 6–12 Monate nach Therapiestart die Compliance bereits auf 50–60% abfällt.

In der Apotheke gilt es daher im Sinne eines Massnahmenpaketes – an den Patienten und seine Situation angepasst – Informationen zu vermitteln, ihn zur Aktion zu animieren, Erinnerungshilfen und möglicherweise ein Belohnungssystem einzusetzen sowie Telefon-Follow-ups durchzuführen.

Ginkgo beim metabolischen Syndrom

Professor Dr. med. Günter Siegel, Charité – Universitätsmedizin Berlin, erläuterte in seinem Referat, dass das metabolische Syndrom während Jahren den Folgestörungen wie Arteriosklerose oder der Alzheimer-Plaquerbildung vorausgeht. In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass es mit zweimal täglicher Einnahme von 120 mg des Ginkgo-Extraktes EGb 761 zu einer deutlich verbesserten Perfusion kommt. Aus der verbesserten Durchblutung resultiert sekundär eine verbesserte Endothelfunktion.

Aber auch durch die Hemmung der Superoxid-Anionenbildung kommt es zu einem endothelialen Zellschutz. Dies wirkt einer Arterioskleroseentstehung entgegen. Es liegt daher nahe, Ginkgo kardiovaskuläre Effekte zuzusprechen.

Ginkgo nach Bypass-Operation

In einer klinischen Studie untersuchte Siegel den Einfluss des Ginkgo-Extraktes EGb 761 auf die arteriosklerotische Nano plaquebildung bei acht Hochrisikopatienten. Diese Patienten erhielten als Standardtherapie ASS, β -Blocker und ACE-Hemmer sowie zusätzlich 2x täglich 120 mg EGb 761.

Als einer der Messparameter wurde die Nano plaquebildung mittels eines laserbasierten polarisierten Lichtstrahles bestimmt. Dazu erläuterte Siegel, dass Kalziumionen, LDL und die Cholesterin-Rezeptoren einen ternären Aggregationskomplex bilden, der die Nano plaquebildung auf der Endothelzelle repräsentiert. HDL hat eine vierfach bessere Affinität zu LDL-Rezeptoren, daher schirmt HDL die LDL-Rezeptoren ab. Wenn freie Sauerstoffradikale eine Lipidperoxidation bewirken, bilden sich schon in dieser ersten Phase Aggregate.

Nach der zweimonatigen Therapie mit EGb 761 nahm die Plaquerneubildung im Mittel um 12% und die Plaquergrösse um 25% ab. Die Aktivität der Superoxiddismutase war im Mittel um 16% hochreguliert und der Quotient aus oxidiertem LDL und LDL erniedrigte sich um 17%. Dieses Ergebnis zeigt einmal mehr, dass Ginkgo einer der besten Radikalfänger ist. Damit das „radikalisierte“ Ginkgo entsorgt werden kann, sollte man ergänzend Vitamin C und E verabreichen.

Zusätzlich wurde die Lipoprotein(a)-Konzentration um 23% reduziert.

Die Konzentration von c-AMP und c-GMP, die starke Vasodilatoren sind, wurde um 37% bzw. 28% erhöht.

Statine haben dagegen keine Wirkung auf die Lipoprotein(a)-Konzentration und zeigen auch keine Lipidoxidationshemmung bei gleichen Effekten auf die Nano plaquebildung und -grösse. Ginkgo und Statine lassen sich aber kombinieren. Mit Acetylsalicylsäure ist keine Interaktion zu befürchten. Die Interaktion mit Marcoumar ist für Siegel noch nicht ausdiskutiert.

Als zukunftsweisend sieht Siegel, dass der Bypass der acht Patienten bis anhin offengehalten werden konnte. Falls dieser Effekt anhält, würde dies möglicherweise neue Therapieoptionen für Bypass-Patienten eröffnen.

Periphere arterielle Verschlusskrankheit PAVK

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) tritt bei den über 75-Jährigen zu 30% auf, wobei zwei Drittel der Patienten keine Symptome im Sinne der Claudicatio intermittens aufzeigen, obwohl sie krank sind.

Als Hauptursache der PAVK nannte **Dr. med. Ernst Gröchenig**, Chefarzt Angiologie am Kantonsspital Aarau, die Atherosklerose. Zu weniger als 10% sind entzündliche Gefässerkrankungen für die PAVK verantwortlich. Bei Diabetikern sieht man vor allem periphere Läsionen. Eine Atherosklerose manifestiert sich als periphere, zentrale, viszerale oder koronare AVK. Mit der PAVK ist auch ein erhöhtes Risiko für Schlaganfall und Herzinfarkt verbunden.

Zur Diagnose einer PAVK wird eine Inspektion durchgeführt, der Pulsstatus und die Hauttemperatur bestimmt. Zusätzlich wird mittels Duplexsonographie der ABI (Ankle-Brachial-Index) bestimmt, dabei wird der Blutdruck an den Beinen gemessen und durch den



Fortbildung

höchsten Blutdruck an den Armen dividiert. Ein ABI unter 0.9 steht für eine PAVK und für ein hohes kardiovaskuläres Risiko.

Therapieoptionen der PAVK

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit wird in vier Stadien eingeteilt: Im Stadium I hat man häufig niereninsuffiziente Patienten. Hier gilt es vor allem Stress zu reduzieren. Im Stadium II findet man den symptomatischen Patienten mit Claudicatio intermittens. Hier gilt die Empfehlung „Stop smoking, keep walking“. Im Stadium III hat der Patient Ruheschmerz. Im Stadium IV findet man Nekrosen oder ein Gangrän, und es wird mit Prostacyclin-derivaten (z.B. Ilomedin®) therapiert.

Im Sinne einer Sekundärprävention werden standardmässig ein Thrombozytenaggregationshemmer, ein Statin und ein ACE-Hemmer verabreicht, ergänzt durch regelmässiges, strukturiertes Gehtraining. Dieses Gehtraining mit dem Ziel, die Ausbildung der Kollateralen zu fördern, kann mit dem tibetischen Heilmittel Padma 28 erfolgreich unterstützt werden; dies ist durch klinische Studien und Metaanalysen belegt.

Sind konservative Methoden nicht ausreichend, muss durch interventionelle Massnahmen und gefässchirurgische Operationen der Blutfluss wieder hergestellt werden. Daran schliessen sich die genannten sekundärprophylaktischen Massnahmen an, um den Therapieerfolg zu gewährleisten.

Abschliessend vergass Gröchenig nicht zu erwähnen, dass eine Lebensstiländerungen zu jeder Therapie dazugehört, um die Risikofaktoren günstig zu beeinflussen.

Fettsäuren und kardiovaskuläre Gesundheit

Gemäss des Ausspruches „Fett ist nicht gleich Fett“ unterschied **Dr. med. Isabella Sudano**, Universitätsspital Zürich, zwischen ungünstigen gesättigten Fettsäuren und Trans-Fettsäuren sowie den „guten“ ungesättigten Fettsäuren. Gesättigte Fettsäuren – beispielsweise in Fleisch, Butter, Speck,

einigen fetten Ölen und Schmalz enthalten – erhöhen das Plasmacholesterin. Auch Transfettsäuren, die vor allem bei der Hydrogenierung von ungesättigten Fettsäuren in der Lebensmittelindustrie (Fetthärtung oder Herstellung von Margarinen) entstehen, erhöhen das LDL-Cholesterin. Darüber hinaus erhöhen sie aber auch die Triglyceride sowie die Lipoprotein(a)-Konzentration, senken das HDL-Cholesterin und begünstigen die Progression der Atherosklerose.

Ungesättigte Fettsäuren spielen dagegen eine protektive Rolle bezüglich der kardiovaskulären Gesundheit. Sie sind in frischem Gemüse wie Brokkoli, Früchten, Vollkornbrot, vegetabilen Ölen sowie in Fisch enthalten. Wie gross angelegte Studien – DART, DART II, Chicago Western Electric Study, Lyon Diet Heart Study – gezeigt haben, reduziert die mediterrane Diät und/oder ein hoher Fischkonsum signifikant die plötzlichen Herztodesfälle sowie generell das Risiko einer koronaren Herzkrankheit.

Fischöle für die Herzgesundheit

Wie Sudano ausführte, sind Omega-3-Fettsäuren (Eicosapentaensäure in Fischöl und Linolensäure in Rapsöl) den Omega-6-Fettsäuren (Linolensäure) vorzuziehen, da letztere nur einen bescheidenen positiven Effekt auf die koronare Herzkrankheit haben.

So zeigte die GISSI-Studie, dass Patienten mit manifester koronarer Herzkrankheit von der täglichen Einnahme von 1 g Fischöl profitierten. Die Gesamtmortalität nahm um 20%, die kardiale Mortalität um 30% und plötzliche Herztodesfälle um 45% signifikant ab.

Weitere Untersuchungen zeigten, dass Fischöl den Triglyceridspiegel senken, die Oxidation von LDL verringern und die Endothelfunktion verbessern kann. Fischöl reduziert darüber hinaus den Blutdruck, wirkt antiarrhythmogen und vermindert die Plättchenaggregation. Viele Mechanismen, die zu einer Plaque führen, können mit Fischöl therapiert werden. Daher empfiehlt die European Society of Cardiology (ESC) 1 g Fischöl

(also Omega-3-Fettsäuren) pro Tag.

Für die Sekundärprophylaxe eines Herzinfarktes ist Fischöl gleich gut wirksam wie beispielsweise Acetylsalicylsäure – jedoch ohne ein erhöhtes Blutungsrisiko – während bei einer Kombinationstherapie mit einem solchen zu rechnen ist.

Will man Fisch vermehrt in den Speiseplan einbauen, empfiehlt Sudano grillierten, gekochten oder rohen Fisch dem frittierten Fisch vorzuziehen, und dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um Zuchtfisch oder Wildfang handelt.

Chronisch-venöse Insuffizienz

Chronisch-venöse Insuffizienz (CVI) ist eine der häufigsten Gefässerkrankungen in der westlichen Welt. Krampfadern treten bei 25–33% aller Frauen und 10–20% aller Männer auf. Ödeme und Hautveränderungen aufgrund einer fortgeschrittenen CVI finden sich bei 3–11% der Gesamtbevölkerung.

Das venöse Blut wird zu 80% über das tiefe Venensystem transportiert. Die Funktion der Beinvenen ist durch das Venensegel gekennzeichnet, welches als Rückstossventil fungiert. Zusätzlich wirken die Muskelspindeln als Pumpe. Durch eine primäre Varikose mit venösem Rückfluss oder eine tiefe Beinvenenthrombose mit behindertem Abfluss des venösen Blutes kommt es zu einem Überdruck. Dies führt zu einer nachhaltigen Störung der Mikrozirkulation und der Gefässwand. Ein schwaches Bindegewebe und die Abnahme der Muskelspannung unterstützen die Entwicklung einer chronischen Entzündung, wodurch das Endothel geschädigt wird. Es entstehen Löcher, durch die Wasser aus den Blutgefässen austritt, ein Ödem entsteht.

Als eine CVI verschlimmernde oder mitauslösende Faktoren nannte **Andy Suter**, Bioforce AG, die Bewegungsarmut, das Rauchen und eine fleischhaltige Ernährung.

Typische Erscheinungsbilder der CVI sind das Auftreten von Besenreisern und Krampfadern sowie müden, schweren Beinen, Spannungsgefühlen, ziehenden Schmerzen, Wadenkrämp-

fen und ruhelosem Kribbeln nach langem Sitzen oder Stehen. Im fortgeschrittenen Stadium kann es dann zu Gewebeverhärtungen, Ödemen und als letztes Stadium zu einem *Ulcus cruris venosum* mit Nekrose kommen.

Roskastanie am besten untersucht

Bei leichten und mittleren Formen der CVI haben sich pflanzliche Arzneimittel als Vielstoffgemische mit ihren multiplen Wirkungen, wie Extrakte aus Roskastaniensamen, bewährt. Roskastaniensamen wirken entzündungshemmend, proteolytisch, antioxidativ sowie kapillarabdichtend und verbessern die Fliesseigenschaften des Blutes. Hauptwirkstoff ist das aus 20 verschiedenen Saponinen bestehende Aescin.

Nach 12 Wochen Einnahme von Roskastaniensamen-Extrakt ist die Gefässwand wieder mehr oder weniger intakt. Der Extrakt kann über Jahre eingenommen werden, auch wenn Studien meist nur maximal über 12 Wochen durchgeführt wurden. Intervallmässige Einnahme ist ebenfalls möglich.

Eine Analyse aus 14 randomisierten klinischen Studien hat gezeigt, dass es mit Roskastaniensamenpräparaten (normiert auf 100 mg Aescin/Tag) im Vergleich zu Placebo zu einer signifikanten Symptom- und Ödemreduktion kommt, die mit einer Kompressionstherapie vergleichbar ist. Eine Kombinationstherapie aus Kompressionsstrümpfen und Roskastaniensamenextrakten ist daher durchaus sinnvoll.

Arzneipflanzen bei CVI

Abschliessend erwähnte Suter eine Vielzahl von weiteren Arzneipflanzen, die bei CVI eingesetzt werden können und zu denen meist auch klinische Studien vorliegen. So nannte er Steinklee (*Melilotus officinalis*), zu dem eine Monographie der Kommission E und der ESCOP vorliegt. Auch das Mäusedornrhizom (*Ruscus aculeatus*) enthält Saponine, die stark diuretisch wirken und eine gute Wirkung auf Ödeme haben. Zu einem Kombinationspräparat, das aus einem Mäusedornextrakt und Hesperidin besteht, gibt es einige klinische Studien.

Präparate aus Rotem Weinlaub haben in klinischen Studien eine gute

Wirkung auf Ödeme gezeigt, ein Effekt auf die Mikrozirkulation ist demzufolge naheliegend.

Pflanzliche Lipidsenker

Professor Dr. med. Volker Schulz, Berlin, diskutierte die Bedeutung von Knoblauchzwiebeln (*Allii sativi bulb*), Artischockenblättern (*Cynarae folium*) und Gelbwurzel (*Curcuma longae rhizoma*) zur Senkung erhöhter Blutfettwerte. Von diesen drei Pflanzen hat die Kommission E in Deutschland seinerzeit nur für Knoblauch die beiden Anwendungsgebiete „zur Unterstützung diätetischer Massnahmen bei Erhöhung der Blutfettwerte“ und „zur Vorbeugung altersbedingter Gefässveränderungen“ anerkannt. Für Artischockenblätter und Gelbwurzel nennt sie nur dyspeptische Beschwerden als Anwendungsgebiet. Immerhin wird unter den pharmakologischen Wirkungen die Lipidsenkung bei Artischocke aufgeführt.

Inzwischen sind zahlreiche Publikationen zu diesen drei Arzneipflanzen verfügbar. Für Knoblauch ist ein interessantes Phänomen beobachtbar, nämlich dass die Therapie-Erfolge bezüglich der Senkung von Blutlipiden im zeitlichen Verlauf einen negativen Trend aufweisen. So gibt es nur noch wenige neuere Studien, denen im Placebo-Vergleich der Wirksamkeitsbeweis für Knoblauch bei Lipidstoffwechselstörungen gelingt. Für Schulz steht daher fest, dass für Studien mit Knoblauch primäre Surrogate der Arteriosklerose-Prophylaxe herangezogen werden sollten. Dank neuer Messmethoden lässt sich nämlich – wie zwei aktuelle Studien zeigen – die Wirksamkeit von Knoblauch zur Vorbeugung der altersbedingten Gefässverhärtung bestätigen.

Mehr Studien sind gefragt

Für Artischockenblätter und Gelbwurzel ist eine choleretische Wirkung in Tierversuchen und am Menschen nachgewiesen. Ein lipidsenkender Begleiteffekt ist daher naheliegend und konnte auch in tierexperimentellen Untersuchungen mit Gelbwurzelextrakten sowie wässrigen und alkoholi-

schen Extrakten von Artischockenblättern gezeigt werden. Darüber hinaus ist für Artischockenblätter bekannt, dass sie die Biosynthese von Cholesterin hemmen. In fünf Anwendungsbeobachtungen zeigte sich, dass es unter sechs- bis 24-wöchiger Einnahme von Artischockenblätterextrakt zu Senkungen des Gesamt-Plasma-cholesterins um 8–13% kam. Auch eine placebokontrollierte Doppelblindstudie zeigte nach einer 6-wöchigen Therapie mit 1'800 mg Artischockenblätterextrakt pro Tag ein ähnliches Ergebnis. In der Verum-Gruppe nahm das Gesamtcholesterin im Mittel um 18,5%, in der Placebo-Gruppe dagegen nur um 8,6% ab.

Ähnliche Ergebnisse findet man für Kurkuma (zwei offenen Studien und eine Anwendungsbeobachtung). Bei einer Anwendungsbeobachtung mit 221 Patienten war nach 60 Tagen das Gesamtcholesterin im Durchschnitt um 12% gesunken.

Auch wenn die Wirksamkeitsbelege bisher noch als bescheiden zu bezeichnen sind, empfahl Schulz die Anwendung dieser drei Arzneipflanzen, nicht zuletzt wegen ihres geringen Anwendungsrisikos, einzeln oder additiv zur Regulation des Lipidstoffwechsels einzunehmen.

Tinnitus – von akut bis chronisch

Aktuellen Erhebungen zufolge kennen 4% der schweizerischen Bevölkerung permanent Ohrgeräusche und 1% sind von Tinnitus schwergradig betroffen. Aufgrund von Stress durch seelische und körperliche Überlastung sowie Lärm ist Tinnitus eine Krankheit mit steigender Tendenz. Wie Privatdozent Dr. med. Dr. h. c. Andreas Schapowal, Landquart, bemerkte, sind besonders Jugendliche durch Hören von zu lauter Musik in Diskotheken, mit iPods und MP3-Playern zunehmend belastet. Auch musikalische Dauerberieselung in Kaufhäusern – immerhin mit 60 Dezibel – bedeutet Dysstress für die Menschen.

Von einem akuten Tinnitus spricht man, wenn die Ohrgeräusche bis zu drei Monate andauern, von einem sub-

SMGP: Aus- und Weiterbildung in Phytotherapie

Die SMGP ist die einzige Schweizer Gesellschaft, die die Förderung und die Ausbildung der Phytotherapie in den Medizinalberufen zum Ziel hat. Die dreijährige Ausbildung endet im Phytotherapie-Zertifikat SMGP, mit dem der Ausweis Phytotherapie der UNION (für Ärzte/Ärztinnen) respektive der Fähigkeitsausweis FPH in Phytotherapie (für Apotheker/ApothekerInnen) beantragt werden kann.

Details zur Weiterbildung mit den Terminen und die entsprechenden Reglemente finden Sie jederzeit aktuell auf www.smgp.ch

chronischen, wenn sie bis zu 12 Monate andauern. Ohrgeräusche, die länger als 12 Monate andauern, werden als chronischer Tinnitus bezeichnet.

Ein Tinnitus, der nicht bald von selbst wieder verschwindet, beruht in 90% der Fälle auf einer Schädigung des Innenohrs. Tinnitus als Symptom für eine organische Störung der zentralen Hörbahn tritt dagegen eher selten auf. Stress ist häufig Auslöser oder Co-Faktor für den Tinnitus. Auch Probleme mit der Halswirbelsäule oder im Zahn-Kiefer-Bereich, innere Erkrankungen wie Hypertonie, Diabetes mellitus oder Fettstoffwechselstörungen können auslösende oder verstärkende Faktoren sein. In Folge der permanenten Ohrgeräusche kann es zu Ein- und Durchschlafstörungen kommen.

Eine gründliche ärztliche Abklärung und Diagnose ist notwendig. Eine Screening-Audiometrie-Messung beim Hausarzt reicht gemäss Schapowal nicht aus. Wichtig ist unter anderem die Messung der Unbehaglichkeitsschwelle. Um den Schweregrad des Tinnitus-Leidens einzuordnen, kann der Fragebogen nach Göbel und Hiller (Dauer 10 Min.) herangezogen werden.

Die Diagnose Tinnitus macht den Patienten Angst, daher ist die Aufklärung über neurophysiologische und neuropsychologische Zusammenhänge die beste Vorbeugung vor einer akuten Depression oder Angststörung.

Therapieoptionen bei Tinnitus

Bei einem akuten Tinnitus verschreibt Schapowal Ginkgo-Präparate in der Dosierung von zweimal täglich 120 mg für drei Wochen, um die Mikrozirkulation anzuregen und damit die Selbstheilung zu fördern.

Der chronische Tinnitus ist meist nicht heilbar. Jedoch lässt sich mit verschiedenen nicht-medikamentösen Therapieformen, die Geduld und „Ertragungsfähigkeit“ fördern, das Leiden am Tinnitus deutlich mindern, teilweise sogar völlig beseitigen. Möglich sind beispielsweise die Tinnitus-Retraining-Therapie, eine individuelle Musiktherapie – von einer Tinnitus-CD hält Schapowal dagegen nichts –, eine Hörtherapie, Entspannungstechniken und Psychotherapie (z.B. analytisch nach Freud/Jung). Selbsthilfegruppen, wie die der Schweizerischen Tinnitus-Liga (www.tinnitus-liga.ch), helfen durch den Gedankenaustausch, die gegenseitige Beratung und Unterstützung.

Bei leichten und mittelschweren Depressionen als Folge eines Tinnitus setzt Schapowal zusätzlich Johanniskrautpräparate ein, als Einmaldosis von 500 mg am Morgen. Bei Schlafstörungen (der Patient muss ständig an den Tinnitus denken) hat er gute Erfahrungen mit einer Kombination aus 500 mg Baldrian- und 120 mg Hopfenextrakt. Die Erfolgsquote der pflanzlichen Arzneimittel bei Tinnitus gab

Schapowal mit beachtlichen 80% an.

Für schwergradig von Tinnitus und Hyperakusis Betroffene gibt es ein stationäres Therapieangebot der Tinnitusklinik (www.tinnitusklinik.ch). Das vornehmliche Ziel ist die Bewältigung des Tinnitusleidens. Hier soll durch Entspannungsübungen, kognitive Verhaltenstherapie und Hörtherapie erreicht werden, dass der Patient seine auditiven Fähigkeiten umstrukturiert, die Freude am Hören wiedergewinnt und dass positive Anteile der Hörwahrnehmung gefördert werden.

Verleihung des Unionsausweises Phytotherapie

Für Ärztinnen und Ärzte, die bereits das SMGP-Zertifikat besitzen, gibt es seit kurzem die Möglichkeit, den «Ausweis Phytotherapie der UNION schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen» zu erwerben.

Anlässlich der Tagung wurde dieser Ausweis nun erstmalig an 54 SMGP-Mitglieder durch den Präsidenten der UNION, Dr. med. Jörg Fritschi, verliehen. In einer kurzen Ansprache betonte Fritschi die Wichtigkeit der Vorreiterrolle der SMGP bezüglich der Schaffung eines eigenen Ausweises der UNION mit den gleichen Anforderungen wie ein Fähigkeitsausweis der FMH. Dies sei besonders hinsichtlich der bevorstehenden Abstimmung über die Initiative „Ja zur Komplementärmedizin“ zu sehen, so dass die UNION in jedem Fall, sei es gegenüber dem Bund bei einer Annahme, sei es gegenüber den Krankenkassen bei einer Ablehnung, ein qualitativ gutes Werkzeug in den Händen hat, die Phytotherapie mit Erfolg zu vertreten. Weiter orientierte er, dass die UNION den Krankenkassen demnächst den Ausweis anlässlich einer gemeinsamen Sitzung vorstellen wird. Somit sollte der Weg für eine problemlose Abrech-





nung von Leistungen der Zusatzversicherung möglich werden.

Alfred-Vogel-Preis 2007

Der diesjährige A. Vogel-Preis wurde verliehen an **Professor Dr. Beat Meier**, Leiter der Fachgruppe Phytopharmazie und Dozent an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (ZHAW) sowie Geschäftsführer der SMGP, für seine bisherigen langjährigen Verdienste für die Phytotherapie. Meier nutzte die Gelegenheit, die politische Entwicklung der Phytotherapie in jüngster Zeit in seinem Referat zu erläutern.

Noch vor 50 Jahren fanden sich pflanzliche Präparate von Sandoz und Boehringer Ingelheim in der Apotheke. Heute werden pflanzliche Arzneimittel fast ausschliesslich von KMUs hergestellt.

Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Phytotherapie wurde im Rahmen des Programms Evaluation Komplementärmedizin (PEK) erstmals umfassend evaluiert. Inzwischen gibt es nämlich in der internationalen Literatur umfangreiches Datenmaterial, seien es randomi-

sierte kontrollierte Studien nach GCP, systematische Reviews oder seien es sorgfältig durchgeführte Anwendungsbeobachtungen, die alle eindeutig die Wirksamkeit phytotherapeutischer Behandlungen belegen. Im Rahmen von PEK wurden in einer Analyse mit „Matching“ 89 klinische Studien mit pflanzlichen Arzneimitteln 89 Studien mit chemisch-synthetischen Präparaten gegenübergestellt, die ein sehr breites Diagnosespektrum abdeckten. Dieser Vergleich zeigte, dass die Qualität von phytotherapeutischen Studien mindestens gleich gut ist wie von Studien der Schulmedizin.

Eine Studie bezüglich der Versorgungssituation zeigte, dass der Patient sich beim ärztlichen Phytotherapeuten besser aufgehoben fühlt als beim konventionellen Grundversorger, nimmt sich doch der Phytotherapeut mehr Zeit für seine Patienten. Die Phytotherapie-Ärzte setzen mehr nicht-medikamentöse Behandlungen ein und besitzen darüber hinaus weniger technische Geräte. In dieser Untersuchung fand sich kein Unterschied im Behandlungsergebnis, während es mit dem EUROPEP-Fragebogen sogar zu einem signifikant besseren Ergebnis bei phytotherapeutisch behandelten Patienten

kam. Ausserdem wurde im Bericht des *Health Technology Assessments*, der im Rahmen von PEK erstellt wurde, die Nebenwirkungsarmut phytotherapeutischer Interventionen bestätigt und das Interaktionsrisiko bei einer ausschliesslich pflanzlichen Therapie – von wenigen Ausnahmen abgesehen – als sehr gering eingestuft.

In Bezug auf die Wirtschaftlichkeit sind die Ergebnisse gemäss den PEK-Auswertungen ebenfalls eindeutig: Phytotherapeuten verursachen keine höheren Kosten. Die totalen Medikamentenkosten pro Patient liegen in der Phytotherapie tiefer.

Meier kritisierte einmal mehr, dass entgegen dieser eindeutig günstigen Kosten-Nutzenverhältnisse die Phytotherapie bisher nicht in die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) aufgenommen wurde. Ungeachtet dieser Problematik bedarf die Phytotherapie als ärztliche Leistung einer vertieften Definition. Eine Möglichkeit sieht Meier in der Etablierung einer Guten Phytotherapie Praxis (GPP).

Fazit

Die Tagung zeigte einmal mehr, dass sich die Phytotherapie nicht nur wissenschaftlich, sondern auch politisch in einer spannenden Phase befindet. Es ist zu hoffen, dass der Arzneipflanzenschatz erhalten bleibt und dass das politische wie wissenschaftliche Umfeld eine nachhaltige und erstklassige Arzneipflanzenforschung gewährleistet.

**Die 23. Jahrestagung der SMGP:
20. November 2008
Leber und Galle –
die vergessenen Organe**

Text: Dr. sc. nat. Beatrix Falch, Zürich
Photos: Dr. Stefan Becker, Basel

Korrespondenzadresse:
Geschäftsstelle SMGP
c/o Zürcher Hochschule für angewandte
Wissenschaften, Life Sciences and
Facility Management
Grüntal, Postfach 335, CH-8820 Wädenswil