Jean-Michel Jeannin
Beat Meier

**«Evidence-based Medicine –
eine Hilfestellung für phyto-
therapeutisch tätige Ärzte
und Apotheker»**

Unter dem Titel «Evidence-based Medicine – eine Hilfestellung für phytotherapeutisch tätige Ärzte und Apotheker» bot PD Dr. med. Dr. h.c. Andreas Schapowal, Landquart, einleitend einen Einblick in die evidenzbasierte Medizin und die zugehörigen Leitlinien und Klassifikationen: Der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) gehören in Deutschland 163 Fachgesellschaften an. Seit 1996 entwickelt sie Leitlinien zur Therapie und Diagnostik, die dem Arzt und den Patienten die Entscheidungsfindung erleichtern sollen. Die Leitlinien sind ein wichtiges Instrument zur Förderung der Qualität und Transparenz. Sie sind rechtlich nicht

28. Schweizerische Jahrestagung für Phytotherapie: Moderne klinische Forschung in der Phytotherapie kennt viele Methoden

Die vielen Facetten klinischer Forschung, die in der Phytotherapie zur Anwendung kommen, vermochten an der 28. Schweizerischen Tagung für Phytotherapie zum Thema «Evidence-based Medicine und pragmatische Forschung in der Phytotherapie» zu faszinieren. Dem steht gegenüber, dass diese Forschung immer noch nicht in genügendem Ausmass zur Kenntnis genommen wird. Das zeigt sich an verschiedenen Leitlinien im deutschsprachigen Raum, welche die Phytotherapie in den meisten Fällen nicht gemäss den vorhandenen Erkenntnissen berücksichtigen.

Die Schweizerische Medizinische Gesellschaft für Phytotherapie (SMGP) blieb sich einmal mehr treu und präsentierte zum 28. Mal ein neues Thema. Der Mut, ein für viele der Teilnehmer eher theoretisches Gebiet zu behandeln, hat sich gelohnt. Mit rund 210 Tagungsteilnehmenden, den Organisatoren der SMGP (Abb. 1–3) in Kooperation mit der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften sowie dem Institut für Naturheilkunde, Universitätsspital Zürich, und den Ausstellern fanden sich annähernd 300 Personen in Baden ein und legten Zeugnis ihres Engagements für die Phytotherapie ab.

bindend. Die ersten Leitlinien waren Handlungsempfehlungen von Expertengruppen, die heute als S1-Leitlinien

bezeichnet werden. S2-Leitlinien basieren auf Evidenz (S2e) oder auf Konsens eines repräsentativen Gremiums

Abb. 1. Dr. med. Roger Eltbogen begrüßte als SMGP-Präsident die etwa 300 Interessenten.

Abb. 2. Prof. Dr. Beat Meier leitete die Diskussion zu den Themen Evidence-based Medicine und Versorgungsforschung in der Phytotherapie.

Abb. 3. Prof. Dr. med. Reinhard Saller leitete die abschliessende Diskussion.

(S2k). Die höchste Stufe sind die S3-Leitlinien, die auf Evidenz und auf Konsens eines repräsentativen Gremiums basieren. In der Schweiz sind Leitlinien noch nicht so verbreitet. Immerhin werden Zubereitungen aus *Hypericum perforatum* als pflanzliches Arzneimittel in der Leitlinie «Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störung» der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vollwertig aufgelistet. Sie wurden, hauptsächlich gestützt auf ein Cochrane-Review von 2005, dem Evidenzlevel A zugeordnet (Wertung gemäss Tab. 1).

Von den 5069 in der Schweiz zugelassenen Humanarzneimitteln sind 741 (14,61%) pflanzliche Arzneimittel. Davon sind 95 (12,82%) kassenzulässig. Der Referent hat für neun Präparate einer forschenden Schweizer Unternehmung untersucht, welchem Evidenzlevel sie gemäss des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) mit Sitz in Berlin (Wertung gemäss Tab. 2) zugeteilt werden können: Drei Präparate erfüllten die Kriterien des Evidenzlevels 1, die verbleibenden sechs den Evidenzlevel 2. Diese Zubereitungen werden in der Schweiz allesamt von der Grundversicherung vergütet. Die evidenzbasierte Phytotherapie bietet Ärzten, Apothekern, Patienten, Zulassungsbehörden und Krankenkassen wertvolle Belege für die Wirksamkeit von pflanzlichen Arzneimitteln. Im Unterschied zu Deutschland bestehen in der Schweiz

bisher nur wenige Leitlinien zur evidenzbasierten Bewertung von Arzneimitteln. Die Fachgesellschaften, insbesondere auch die SMGP, wurden vom Referenten aufgerufen, die Diskussion um Leitlinien zu eröffnen.

«Johanniskraut: Versorgungsforschung folgt Doppelblindstudien»

Die Zahl der Doppelblindstudien zu Zubereitungen aus Johanniskraut ist erheblich – bei weiteren solchen Studien sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Anhand eines Beispiels zeigte Prof. Dr. Dr. med. Reinhard P.T. Rychlik (Abb. 4), Burscheid, Deutschland, in seinem Vortrag «Johanniskraut: Versorgungsforschung folgt Doppelblindstudien», dass in dieser Situation die Kapazitäten in Zukunft besser in Studien zur Versorgungsforschung mit dem Ziel eines Nachweises der Alltagswirksamkeit investiert werden. Es lohnt sich, Aspekte der Wirksamkeit, Lebensqualität, Verträglichkeit, Compliance sowie der relevanten direkten und indirekten Kosten zu studieren. Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen gehören depressive Störungen. Sie verursachen hohe (direkte) Kosten für die medizinische Behandlung und hohe Folgekosten (indirekte Kosten), z.B. durch Arbeitsunfähigkeit. In einer nichtinterventionellen Beobachtungsstudie mit 669 ambulanten Patienten und 77 Ärzten wurden die Wirksamkeit und die Verträglichkeit des Johanniskrautextrakts STW3 und

eines selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmers (SSRI) miteinander verglichen. Dabei wurden auch eine Kosten-Nutzen-Analyse und eine Kosten-Effektivitäts-Analyse durchgeführt. Der Extrakt war gemäss der Einschätzung des Klinikers und der Selbsteinschätzung des Patienten bezüglich der Wirksamkeit nicht dem SSRI unterlegen, bei einer signifikanten Überlegenheit bezüglich Verträglichkeit und Patientencompliance. Die Ergebnisse klinischer Studien konnten bestätigt werden. Der Extrakt erzielte einen höheren QALY (Quality-Adjusted Life-Year)-Score (virtuelle Einheit für die Le-

Abb. 4. Prof. Dr. Dr. med. Reinhard P.T. Rychlik referierte zum Thema Versorgungsforschung.

Tab. 1. Evidenzbasierte Klassifikation als Basis für die im Text erwähnte Leitlinie der SGPP

A	Gute Evidenz: Wirksamkeit in mindestens drei mittelgrossen randomisierten, kontrollierten Studien, zumindest eine Studie placebokontrolliert
B	Mittelmässige Evidenz: Wirksamkeit in mindestens zwei mittelgrossen randomisierten, doppelblinden Studien und in mindestens einer offenen Studie
C	Geringe Evidenz: Eine randomisierte Doppelblindstudie gegen eine andere Substanz und eine prospektive offene Studie
D	Auf Expertenmeinung basierend, unterstützt durch eine offene, prospektive Studie mit mindestens 10 Teilnehmern

Tab. 2. Evidenzlevel des ÄZQ als Basis zur Evaluation von neun pflanzlichen Arzneimitteln in der Schweiz

1	Es gibt ausreichende Nachweise für die Wirksamkeit aus systematischen Übersichtsarbeiten über zahlreiche randomisierte kontrollierte Studien
2	Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus zumindest einer randomisierten, kontrollierten Studie
3	Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus methodisch gut konzipierten Studien, ohne randomisierte Gruppenzuweisung
4a	Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus klinischen Berichten
4b	Stellt die Meinung respektierter Experten dar, basierend auf klinischen Erfahrungswerten bzw. Berichten von Expertenkomitees

Abb. 5. Dr. med. Christine Bodmer schilderte die Einsatzmöglichkeiten der Phytotherapie in der gynäkologischen Praxis.

bensqualität), führte zu geringeren Gesamtkosten und wies ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis auf als eine Behandlung mit SSRI. Rychlik kritisierte, dass solche Gesamtbetrachtungen bei den Versicherern noch nicht beachtet werden: «Da interessieren nur die direkten Kosten. Die Versorgungsforschung ist in Europa noch nicht angekommen.»

«Ginkgo biloba – Ergebnisse und methodische Beurteilung klinischer Studien zur Demenzbehandlung»

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Ralf Ihl, Krefeld, Deutschland, befasste sich unter dem Titel «Ginkgo biloba – Ergebnisse und methodische Beurteilung klinischer Studien zur Demenzbehandlung» mit Daten zur Wirksamkeit des Extrakts EGb 761 aus *Ginkgo biloba*. Drei besprochene Studien erfüllten die Kriterien der Weltgesellschaft der Biologisch Psychiatrischen Fachgesellschaften (WFSBP) und gleichzeitig auch die Kriterien des Deutschen Instituts für Wirksamkeit und Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG): Placebokontrolle, Randomisierung, Doppelverblindung und Ver-

meidung von methodischen Schwächen, die das Ergebnis massgebend beeinflussen. Eine vierte Studie wurde zwar ohne Placebokontrolle, dafür jedoch im Vergleich mit Donepezil sowie mit einer guten Methodik durchgeführt und deshalb vorgestellt. In den drei placebokontrollierten Studien war EGb 761 gegenüber Placebo statistisch signifikant wirksamer. In der Vergleichsstudie zeigten EGb 761, Donepezil und die Kombination von EGb 761 mit Donepezil keine signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit. Der Extrakt wird in den Behandlungsleitlinien der WFSBP, wie auch die anderen Antidementiva, bei einem Teil der Patienten für eine beschränkte Zeit als moderat wirksam beurteilt. Bis heute ist keine Substanz bekannt, die Demenz überlegen behandelt. Auch die Ursachen der Krankheit sind weiterhin unklar.

«Phytotherapie mit *Cimicifuga racemosa* versus Hormonersatztherapie aus der Sicht der EBM und der gynäkologischen Praxis»

In ihrem Vortrag mit dem Titel «Phytotherapie mit *Cimicifuga racemosa* versus Hormonersatztherapie aus der Sicht der EBM und der gynäkologischen Praxis» präsentierte Dr. med. Christine Bodmer (Abb. 5), Basel, Entscheidungskriterien für die medikamentöse Behandlung von klimakterischen Beschwerden bei verschiedenen Ausgangslagen. Für die Behandlung von Frauen mit einem klimakterischen Syndrom ab ca. 50 Jahren ohne Notwendigkeit einer Osteoporoseprophylaxe sind Zubereitungen aus *C. racemosa* (CR) gemäss ihrer Erfahrung gut geeignet. Frauen, bei denen der Symptomenkomplex, insbesondere Wallungen und Schweissausbrüche, stark ausgeprägt ist, sprechen innerhalb von 3–6 Monaten am besten auf die Therapie mit CR an. Frauen mit einem Mammakarzinom in der Anamnese und einem klimakterischen Syndrom – unabhängig von Alter und Kno-

chenstatus – profitieren von einer Behandlung mit CR. Mittels In-vitro-Untersuchungen konnte ein antiproliferativer Effekt auf MCF-7-Zellen gezeigt werden. Die Dichte der Brust wird im Gegensatz zu einer Hormonersatztherapie (HET) nicht negativ beeinflusst. Randomisierte placebokontrollierte klinische Studien zeigen ein widersprüchliches Bild: Sowohl CR als auch Placebo führten zu Reduktionen der Scores von perimenopausalen Beschwerden. Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen resultierten nicht in allen Studien (Kommentar der Autoren: Zubereitungen und Dosierungen sind in den einzelnen Studien oft unterschiedlich, sodass zur Beurteilung von Präparaten deren spezifische Dokumentation beigezogen werden muss). Die Placeboeffekte bei der Behandlung des klimakterischen Syndroms dürfen nicht unterschätzt werden, so die Referentin. In Studien, in denen CR mit einer HET verglichen wurden, zeigte die HET eine ausgeprägtere Wirkung. Daten zur Langzeitanwendung (mehr als 12 Monate) fehlen derzeit für CR. Die Wirkung von CR auf die Knochendichte wurde in nur wenigen placebokontrollierten Studien untersucht. Es wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der Verum- und der Placebogruppe gefunden. Deshalb empfiehlt die Referentin bei Frauen ab 50 eine HET zur Behandlung eines klimakterischen Syndroms bei Notwendigkeit einer Osteoporoseprophylaxe. Unter einer Östrogentherapie nimmt die Knochendichte dosisabhängig zu, sodass die Frakturraten sinken. Die präventive Wirkung bleibt über Jahre erhalten.

Sowohl HET als auch CR können zur Behandlung des klimakterischen Syndroms aus der Sicht der Praxis empfohlen werden. Jede Behandlung hat ihre Vor- und Nachteile. Bodmer schloss mit der Empfehlung, vor der Entscheidung zu einer Therapie eine individuelle Nutzen-Risiko-Analyse unter Berücksichtigung des Alters,

allenfalls vorbestehender Krankheiten, der Risiken der HET und der Wünsche der Frau vorzunehmen. In der Diskussion verwiesen erfahrene Phytotherapeutinnen darauf, dass die Phytotherapie weitere Möglichkeiten zur Linderung der Beschwerden bietet.

«Kohortenstudien als Grundlage für erweiterte Erkenntnisse der Wirksamkeit pflanzlicher Präparate am Beispiel der Mistel»

Die evidenzbasierte Medizin fokussiert zu einseitig auf die placebokontrollierte Doppelblindstudie (randomized controlled trial (RCT)). Solche Studien werden von den Behörden meistens vorbehaltlos akzeptiert. Die Kehrseite: Andere Studienformen gelten als minderwertig. In seinem Vortrag mit dem Titel «Kohortenstudien als Grundlage für erweiterte Erkenntnisse der Wirksamkeit pflanzlicher Präparate am Beispiel der Mistel» kritisierte Dr. rer. nat. Marcus Reif, Institut für Klinische Forschung, Berlin, Deutschland, diese Einseitigkeit. Die Einteilung von Studiendesigns in feste, hierarchisch angeordnete Evidenzklassen steht im Widerspruch zur Definition einer «gegenwärtig besten Evidenz», zu der auch andere Studienformen einen wesentlichen Beitrag leisten können. Nicht alle Behandlungen sind der RCT zugänglich. Beispielsweise ist eine Verblindung in der Chirurgie, Psychotherapie oder Physiotherapie allein schon aus technischen Gründen nicht machbar. Die ethische Rechtfertigung für eine Placebokontrolle setzt voraus, dass kein ausreichender Grund für die Annahme besteht, die Prüftherapie sei wirksamer als die Kontrolltherapie, was im Fall einer Therapie aus dem «well established use»-Bereich in der Phytotherapie paradox wäre.

Als eine der RCT gleichwertige Studienform bietet sich die Therapie- oder Kohortenstudie an. Dabei entfallen die Elemente Randomisierung und Placebogabe. Solche Studien

können retrospektiv, aber auch prospektiv sein. Ein Spezialfall einer retrospektiven Studie ist die retrolektive Studie: Zuerst wird ein Studienprotokoll entworfen; der Einschluss der Patienten wird dann auf der Basis der Krankengeschichten in die Vergangenheit verlegt. Der Nachteil solcher Studienformen besteht darin, dass die Einteilung der Patienten in Gruppen nach der jeweils bereits gestarteten Therapie inkonsistent ist und dass die Ausgangslage der Patienten in den beiden Gruppen unterschiedlich ist («confounding by indication»). Es sind auch andere Einflussfaktoren bekannt, die jedoch mit einer geeigneten Studienplanung und -auswertung vermieden oder bei der statistischen Auswertung berücksichtigt werden können. Schwieriger zu handhaben sind die unbekannten Einflussfaktoren. Jedoch gibt es auch hier Methoden, mithilfe derer die Gruppenunterschiede ausgeglichen werden können, z.B. die Methode der instrumentellen Variablen oder eine Weiterentwicklung, die «Marginal Structural Models». Hier erfolgt das Ausbalancieren über Gewichtungungsverfahren.

Bis zu 80% aller Tumorpatienten in Deutschland werden im Verlauf ihrer Krankheit mit dem Mistelpräparat Iscador® (ISC) behandelt. Während die Wirkungsweise der Mistel in vitro sehr gut untersucht ist, bleibt die klinische Wirksamkeit Gegenstand einer kontroversen Diskussion. Die Wirksamkeit der Zubereitung wurde bei Patienten mit einem kolorektalen Karzinom (CRC) bzw. einem Pankreastumor (PAN) in zwei retrolektiven Kohortenstudien untersucht. In der CRC-Studie wurden 804 (429 ISC vs. 375 Kontrolle) Patienten aus 26 Studienzentren über einen medianen Zeitraum von 58 bzw. 51 Monaten nachverfolgt; die mediane Dauer der Misteltherapie betrug 51 Monate. Ungefähr 54% aller Patienten in beiden Gruppen erhielten eine adjuvante Chemotherapie, 17% eine Radiotherapie. In der PAN-Studie wurden 396

Patienten (201 ISC vs. 195 Kontrolle) aus 17 Zentren über einen medianen Zeitraum von 15 bzw. 10 Monaten nachverfolgt; die Misteltherapie dauerte im Mittel 15 Monate. Die Auswertung, für welche die statistischen Ungleichgewichte mit geeigneten Modellen ausgeglichen wurden, zeigte eine statistisch signifikante Überlegenheit der ISC-Therapie bezüglich der relativen Häufigkeit unerwünschter chemo- bzw. strahlentherapiebedingter Ereignisse sowie tumorbedingter Symptome und der krankheitsfreien Überlebenszeit (CRC) bzw. der Gesamtüberlebenszeit (PAN). Die signifikant besseren Befunde in der Misteltherapiegruppe gegenüber der Kontrollgruppe wurden mit Sensitivitätsanalysen bestätigt.

«Versorgungsforschung am Beispiel der PhytoVIS-Datenbank: Konzept und erste Ergebnisse»

Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Ralph Mösger (Abb. 6), Köln, Deutschland, stellte unter dem Titel «Versorgungsforschung am Beispiel der PhytoVIS-Datenbank: Konzept und erste Ergebnisse» eine moderne Strategie zur Dokumentation pflanzlicher Arznei-

Abb. 6. Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Ralph Mösger äusserte sich zum Aspekt der Versorgungsforschung anhand der PhytoVIS-Datenbank.

mittel vor. Ziel von PhytoVIS ist die Sammlung von Daten zur Anwendung von Phytotherapie im therapeutischen Alltag. In einer ersten Phase wurde das Projekt auf Praxisfähigkeit geprüft und validiert. Die Befragungen wurden in dieser Phase zur Sicherung der Datenqualität auf Arztpraxen beschränkt. Für die Studie wurde ein Beobachtungsplan entsprechend den Richtlinien der Ethikkommission Köln verfasst. Der Plan erfüllte gleichzeitig die Qualitätsstandards des Europäischen Netzwerks der Zentren für Pharmakoepidemiologie und Pharmacovigilance (ENCePP). Der therapeutische Effekt wurde jeweils mittels des CGI(Clinical Global Impression)-Wirksamkeitsindex erfasst, der es ermöglicht, die Ergebnisse aus PhytoVIS mit den Ergebnissen aus anderen Untersuchungen zu vergleichen. Im Rahmen der Pilotstudie wurden im Berichtszeitraum 1031 Fragebogen aus 82 Dokumentationsstellen übermittelt. Praktisch tätige Ärzte und Apotheker konnten nur schwer vom Wert einer solchen Untersuchung überzeugt werden, sodass die Datensammlung nicht ausreichend wuchs. Schlussendlich wurden Studierende der Medizin im Rahmen ihrer universitären Ausbildung für die Datenerfassung eingesetzt, damit die für die Pilotphase geplanten 1000 Fragebogen zusammengekommen sind.

Der mittlere CGI-Wirksamkeitsindex über alle eingesetzten pflanzlichen Arzneimittel betrug 3,06 Punkte (Höchstwert 4,0). Ein Wert von 3,0 ist ein Signal für eine moderate Wirksamkeit bei Abwesenheit von Nebenwirkungen (moderate efficacy in the absence of side effects). Wenn die Therapieempfehlung von medizinischem oder pharmazeutischem Personal stammte, wurde der medizinische Outcome von den Patienten signifikant besser bewertet ($p < 0,05$) im Vergleich zu Empfehlungen von anderen Quellen, d.h. aus der Presse, aus dem Internet oder von der Familie bzw. von Bekannten. Analog war der Outcome signifikant besser ($p < 0,1$),

Abb. 7. Maja Dal Cero deckte auf, dass die Volksmedizin ein geeigneter Filter zur Evaluation wirksamer Arzneipflanzen ist.

wenn das Präparat in der Apotheke bezogen wurde. Der Referent folgerte aus den bisherigen Ergebnissen, dass ein Online-Fragebogen dazu geeignet sei, valide retrospektive Daten über die Wirksamkeit von pflanzlichen Arzneimitteln schnell und zuverlässig zu erfassen. Damit steht ein geeignetes Instrument für die Versorgungsforschung in der Phytotherapie zur Verfügung. Dieses sollte längerfristig Belege für die risikofreie Anwendung pflanzlicher Arzneimittel in verschiedenen Altersphasen (Pädiatrie, Geriatrie) und Risikogruppen erbringen können.

«Was kann die Volksmedizin zum therapeutischen Wissen beitragen?»

Zum Thema «Was kann die Volksmedizin zum therapeutischen Wissen beitragen?» präsentierte Maja Dal Cero (Abb. 7), Zürich, spannende Antworten aus Interviews mit kräuterkundigen Menschen (Heilpflanzenexperten und -expertinnen) in der deutschsprachigen Schweiz. Rund 250 Arzneipflanzen sind derzeit im Gebrauch; dies entspricht etwa 30% der 770 Arzneipflanzen, die in den letzten 2000 Jahren schriftlich doku-

mentiert wurden. Am häufigsten verwendet werden *Taraxacum officinale* (Löwenzahn), *Hypericum perforatum* (Johanniskraut), *Melissa officinalis* (Melisse), *Symphytum officinale* (Beinwell), *Thymus* spp. (unter anderem Thymian) und *Urtica dioica* (Brennnessel). Obwohl die Gesamtzahl der in den unterschiedlichen Regionen (Emmental, Jura, Val d'Anniviers, Tessin, Prättigau) genutzten Arzneipflanzen ähnlich gross ist, werden jeweils unterschiedliche Pflanzen bevorzugt, was unter anderem auch mit den lokal verfügbaren Pflanzen zusammenhängt. Pflanzen aus Pflanzenfamilien, die sensorisch leicht erkennbare Stoffe (ätherische Öle, Bitterstoffe und Gerbstoffe) enthalten, werden bevorzugt angewendet. Sie stammen vorwiegend aus den Familien der *Apiaceae*, *Lamiaceae*, *Pinaceae* und *Rosaceae*. Die beliebteste Verabreichungsform ist der Kräutertee (44%), gefolgt von den Tinkturen (20%), Öl-Auszügen (5%), ätherischen Ölen und Nahrungsmitteln (je 4%) und schliesslich Salben, Wickeln und Kompressen (je 3%). In abnehmender Reihenfolge wurden folgende Indikationen genannt: Behandlung der Haut, Atemwege, Nerven, des Verdauungstrakts, zur allgemeinen Stärkung, Behandlung des Bewegungsapparats, frauenheilkundliche Indikationen, Behandlung des Urogenitaltrakts, Detoxifizierung und Behandlung von Herz-Kreislaufkrankheiten.

Die volksheilkundliche Anwendung von Heilpflanzen zeichnet sich durch eine breite Wahrnehmung dessen, was eine Heilpflanze ist, aus: Sie umfasst gesundheitsfördernde Nahrungspflanzen, Gewürzpflanzen und Arzneipflanzen. Der Gedanke der selbstständigen und selbstbestimmten Gesundheitsförderung ist sehr ausgeprägt. Häufig beruht eine Anwendung auf einem Konzept von Prävention bzw. «Reinigung» und «Entgiftung». Der Geruch, der Duft und die Farbe einer Pflanze spielen eine wichtige Rolle bei der Anwen-

dung. Die Pflanze wird oft intensiv als ästhetisches Lebewesen wahrgenommen. Keine der befragten Personen nannte eine Arzneipflanze, deren Anwendung nicht beschrieben ist. Das bedeutet, dass die Volksmedizin für die Anwendung von Arzneipflanzen ein guter Filter ist. Was heutzutage in aufwendigen Studien bewiesen werden muss, ist in der Volksmedizin meist seit Langem bekannt – ein Paradoxon.

«Phytotherapie in Leitlinien – heute und in Zukunft»

Prof. Dr. med. Karin Kraft, Rostock, Deutschland, präsentierte in ihrem abschliessenden Vortrag mit dem Titel «Phytotherapie in Leitlinien – heute und in Zukunft» eine Untersuchung der aktuellen deutschen S3-Leitlinien der AWMF (n = 123) und der Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) (n = 6) nach der Nennung von Phytotherapie bzw. von pflanzlichen Wirkstoffen. In den NVL wird die Phytotherapie zwar sechsmal genannt, jedoch nur zweimal mit der Empfehlung «offen» (kann verwendet werden). So heisst es in der NVL Depressionen zum Johanniskraut: «Wenn bei leichten oder mittelgradigen depressiven Episoden eine Pharmakotherapie erwogen wird, kann bei Beachtung der spezifischen Nebenwirkungen und Interaktionen ein erster Therapieversuch auch mit Johanniskraut unternommen werden.» Zur Behandlung von Kreuzschmerzen und zur Behandlung der koronaren Herzkrankheit wird hingegen von der Phytotherapie abgeraten («negative Empfehlung»); ebenso wird die Behandlung der Herzinsuffizienz mit Weissdorn nicht berücksichtigt. In 11 der 15 S3-Leitlinien, die Phytotherapie erwähnen, werden positive Empfehlungen gemacht. Hohe Empfehlungsgrade werden jedoch nur in 2 Leitlinien erreicht. Typischerweise werden die Fortschritte der Phytotherapie bezüglich des Wirksamkeitsnachweises nur unge-

Abb. 8. Frau Nationalrat Dr. med. Yvonne Gilli begrüßte die Teilnehmenden und wies bei der Vergabe des Fähigkeitsausweises Phytotherapie (SMGP) auf die Bedeutung solcher Ausbildungsprogramme hin. Dr. med. Simon Feldhaus, Dr. med. Bettina Kneip und Dr. med. Gernod Hoffmann wurde der Ausweis verliehen.

nügend zur Kenntnis genommen und in den Leitlinien kaum abgebildet. Demgegenüber werden negative Aspekte der besprochenen pflanzlichen Arzneimittel und der Phytotherapie sehr ausführlich und unkritisch dargestellt. Die Empfehlungen beruhen meist auf älteren Studien bzw. sind zum Teil widersprüchlich und unvollständig. Die Referentin hält es für dringend nötig, dass in Zukunft Experten der Phytotherapie in die Leitlinienkommissionen aufgenommen werden und mitarbeiten dürfen, damit pflanzliche Arzneimittel adäquater bewertet werden.

Bilanz der Tagung

Die Phytotherapie kann sich gelassen den Anforderungen einer evidenzbasierten Medizin stellen. Die moderne Versorgungsforschung zeigt, dass sie dank besserer Verträglichkeit und geringerer Kosten die bevorzugte Therapie sein kann. Was nach der Ansicht mehrerer Referenten drin-

gend nötig ist, ist die Ausarbeitung eigener Phytotherapierichtlinien, die Mitarbeit von Phytotherapieexperten in Leitlinienkommissionen und die Durchführung gut strukturierter klinischer Studien. Der Aufwand muss gar nicht so gross sein, wie oft geglaubt wird. Von der SMGP wird gewünscht, dass sie sich in die zögerlich anlaufende Leitliniendiskussion in der Schweiz einbringt. Die deutsche Gesellschaft für Phytotherapie durfte vor Kurzem mit einer Erfolgsmeldung aufwarten: Sie wurde in die AWMF aufgenommen. Sie wird damit nun gleichberechtigt mit anderen Fachgesellschaften bei der Entwicklung der klinischen Leitlinien in Deutschland mitarbeiten können.

Fortsetzung folgt

Die Thematik der 28. Schweizerischen Jahrestagung (Abb. 8–10) wird im Juni 2014 wieder aufgenommen, wenn in Winterthur am 19. und 20. Juni der internationale Kongress «Phytotherapie 2014: Klinik und Praxis» stattfinden wird. Der erste Tag ist der Phytotherapie im Alter gewidmet, während am zweiten Tag die wissenschaftliche Praxis sowie die Zulassung pflanzlicher Arzneimittel diskutiert werden. Erstmals seit Jahren werden die leitenden Behördenvertreter von Deutschland, Österreich und der Schweiz am Symposium gemeinsam auftreten und versuchen, Antworten zu geben, wie die Zulassung in Zukunft gestaltet werden kann, um über ausreichend und auch innovative pflanzliche Arzneimittel

Abb. 9. Eindrücke von der Industrieausstellung.

Abb. 10. Gedanken- und Ideenaustausch beim Stehlunch im TRAFÖ, Baden.

verfügen zu können. Informationen zur nächsten Tagung können unter

<http://phytotherapie2014.smgp.ch> abgerufen werden.

Anmerkung

Der Bericht wurde mithilfe der ausführlichen Kurzfassungen der Referierenden zusammengestellt. Der Tagungsband kann bei der Korrespondenzadresse gegen ein kleines Entgelt bestellt werden. Die vollständigen Texte und die Portraits der Referierenden sind unter www.smgp.ch/smgp/archiv/jahrestagungen/jahrestagung2013.html zu finden.

Die SMGP (www.smgp.ch) ist der einzige Verband in der Schweiz, der eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung in Phytotherapie für die akademischen Medizinälberufe anbietet. Kursprogramme und Ausbildungsordnungen auf der Website.