

PHYTO

Therapie
AUSTRIA

**Phytotherapie &
Phytopharmaka
32. SÜDTIROLER
HERBSTGESPRÄCHE
23.- 26. Oktober 2017 Meran**

ABSTRACT BAND Nr. 10
Wissenschaftliche Fortbildung zur Phytotherapie

www.phytotherapie.at

www.phyto-austria.at

Die Zeitschrift der Österreichischen Gesellschaft für Phytotherapie



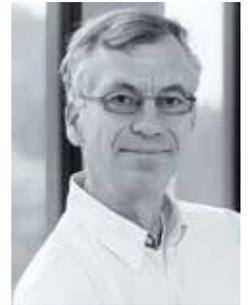
ÖGPHYT



Mund und Magen – Neue Targets für innovative therapeutische Ansätze

von Andreas Hensel

Pflanzliche Zubereitungen spielen in der Behandlung von Beschwerden im GI-Trakt - aber auch im Mundschleimhautbereich - traditionell immer schon eine große Rolle. Das diesbezügliche phytopharmazeutische Repertoire beinhaltet u. a. gerbstoffhaltige Drogen bei Diarrhö, Anthrachinon- und Polysaccharid-haltige Pflanzen bei Obstipation, Drogen mit spasmolytisch und antiinflammatorisch wirkenden Flavonoiden und Terpenen, aber auch antimikrobielle Naturstoffe oder komplex zusammengesetzte Phytopharmaka bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Neuere Forschungen beziehen sich auf innovative Strategien gegenüber *Helicobacter pylori*. Hierbei stehen auf der einen Seite Impfstoffentwicklungen im Vordergrund, auf der anderen Seite werden auch gezielt Naturstoffe gegen *H. pylori* Oberflächenproteine (BabA, SabA) entwickelt, die die Erkennung der Magenepithelzelle durch das Bakterium und den nachfolgenden Adhäsionsprozess inhibieren. Pektin-ähnliche Polysaccharide aus Süßholzwurzel und Okrafrüchten stellen unter in situ Bedingungen starke Inhibitoren der bakteriellen Adhäsion von *H. pylori* dar. Die Hemmung der bakteriellen Adhäsion kann mittels eines ELISA unter Verwendung rekombinant hergestellten BabAs auf Proteinlevel verifiziert werden. Die genannten Drogen werden auch in der traditionellen Medizin bei Gastritis eingesetzt. Ähnliche Inhibitoren wurden in der Stoffgruppe der N-Phenylpropenoylaminosäureamide (aus Kakaofrüchten) identifiziert, aber auch kurzkettige Peptide (aus Erbsenproteinhydrolysat) können spannende Leitstrukturen auf der Suche nach BabA-Inhibitoren darstellen.



Im Bereich entzündlicher Erkrankungen der Mundschleimhaut stellt Parodontitis eine nicht zu unterschätzende Volkskrankheit dar, die einen enormen wirtschaftlichen Schaden generiert. Die Standardbehandlung von Parodontalerkrankungen nutzt das Antiseptikum Chlorhexidin, welches aber auf Grund seiner Eigenschaften in der Regel nicht für eine längere Anwendung eingesetzt werden kann. Parodontitis wird durch Bakterien des sogenannten „roten Komplexes“ verursacht, wobei insbesondere das Gram-negative Bakterium *Porphyromonas gingivalis* für die Gewebedestruktion des Parodonts verantwortlich ist. Neue Entwicklungen in der medikamentösen Behandlung der Parodontalerkrankungen untersuchen Inhibitoren, die spezifische Hemmstoffe der Gingipaine, also der Adhäsionsproteine von *P. gingivalis*, die gleichzeitig Proteasefunktion haben und die wichtigsten Virulenzfaktoren des Bakteriums darstellen. Hierbei kommen im Rahmen von Lokalbehandlungen Extrakte aus Sauerampferkraut und aus *Limonium brasiliense* zum Tragen. Als Wirkstoffe für die Gingipainhemmung wurden oligomere B-Typ Proanthocyanidine mit trihydroxyliertem B-Ring identifiziert.

Mund- und Magenerkrankungen: Die Natur gibt uns viele Pflanzen, die Tradition lehrt uns mögliche Anwendungen, und die Wissenschaft schafft die Rationale, damit wir die Stoffe phytotherapeutisch für diese Erkrankungen sinnvoll nutzen können.

Univ.-Prof. Dr. Andreas HENSEL
Inst. f. Pharm. Biologie u. Phytochemie d. Univ. Münster
Hittorferstr. 56, D 48149 MÜNSTER
+49 251 8333381
ahensel@uni-muenster.de

Leitlinienbasierte Phytotherapie bei funktionellen Magen-Darm-Störungen

von Ahmed Madisch

Einleitung

Funktionelle Magen-Darm-Störungen sind gekennzeichnet durch rezidivierende oder persistierende Magen-Darm-Beschwerden ohne erkennbare organische Ursache. Sie können in Beschwerden, die vom oberen Gastrointestinaltrakt [Funktionelle Dyspepsie (FD), Reizmagen (RMS)] und solche, die vom Darm besonders vom Dickdarm (Reizdarmsyndrom (RDS)) ausgehen, unterteilt werden, obwohl epidemiologische und klinische Studien zeigen, dass bei 30 Prozent aller Patienten gleichzeitig Symptome vom oberen und vom unteren Magen-Darm-Trakt ausgehen. Die funktionellen Magen-Darm-Störungen, allen voran das Reizmagen- und Reizdarmsyndrom, zählen in der Allgemeinpraxis mit 12 Prozent und in der gastroenterologischen Praxis mit bis zu 30 Prozent zu den häufigsten Problemen in der ambulanten Medizin.

Phytotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten bei FD

In der niedergelassenen Medizin werden schon seit Jahrzehnten Phytotherapeutika eingesetzt, ohne dass hierfür gesicherte Studienergebnisse zur Wirksamkeit vorliegen. In jüngster Zeit wurden jedoch viele Studien vorgelegt, in denen durch die Verabreichung von Phytotherapeutika ein signifikanter Effekt auf Symptome bei der FD im Vergleich zur Placebotherapie nachgewiesen wurde. Häufig kommen Kombinationspräparate in der Behandlung zum Einsatz. Es sind dies meist Mixturen aus Bauernsenf (*Iberis amara*), Wermut, Enzian und Angelikawurzel, meistens in Kombination mit spasmolytisch und sedativ wirkenden Extrakten wie Kamille, Pfefferminze, Kümmel, Melisse und anderen. Phytotherapeutika wirken spasmolytisch, tonisierend und/oder sedierend und können auf diese Weise die Beschwerden bei FD lindern.

In mehreren plazebokontrollierten Doppelblindstudien (mittlerweile an > 800 Patienten) konnte die Wirksamkeit des Kombinationspräparates STW 5 (Iberogast®) bzw. seiner modifizierten Rezeptur bei FD nachgewiesen werden. In einer weiteren



randomisierten, multizentrischen, doppelblinden plazebokontrollierten Studie sowie einer Äquivalenzstudie (gegen Cisaprid) wurde die klinische Wirksamkeit und gute Verträglichkeit des fixen Kombinationspräparates bestehend aus Pfefferminzöl und Kümmelöl (Carmenthin®) bei Patienten mit FD nachgewiesen.

Die Wirksamkeitsnachweise von Phytotherapeutika in kontrollierten Studien führten dazu, dass Phytotherapeutika in den Leitlinien bei FD empfohlen werden.

Stuhlregulierung mit Ballaststoffen beim RDS

Im Gegensatz zur zeitlich begrenzten Therapie bei Schmerzen und Meteorismus werden stuhlregulierende Substanzen beim RDS als Langzeittherapeutika eingesetzt. Beim Obstipations-dominanten Typ des RDS sind Laxanzien wie Anthrachinone oder Bisacodyl zu vermeiden zugunsten der osmotisch wirksamen Lactulose. Eine ballaststoffreiche Kost wird empfohlen, sie hat jedoch oft den Nachteil verstärkter Blähungen. Daher empfehlen sich Quell- und Füllstoffe wie z. B. Flohsamenpräparate. In einer kontrollierten Studie konnte gezeigt werden, dass beim RDS mit vorwiegender Obstipation *Plantago afra* und *ovata* bei regelmäßiger Einnahme nicht nur die Stuhlkonsistenz und Stuhlfrequenz verbessern, sondern auch signifikant die begleitenden Schmerzen und Blähungen lindern. Auch beim RDS vom Diarrhö-Typ binden diese Quellstoffe einen Teil der im Darmlumen vorhandenen übermäßigen Flüssigkeit, sodass die Stuhlkonsistenz zunimmt. In schweren Fällen kann die Therapie durch Loperamid und Diphenoxylat ergänzt werden.

Phytotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten beim RDS

Zur Behandlung von Patienten mit überwiegend meteoristischen und krampfartigen Beschwerden beim RDS haben sich pflanzliche Karminativa als Einzel- oder Mischpräparate bewährt. Karminative Wirkungen sind für verschiedene Heilpflanzen nachgewiesen, die als Wirksubstanzen ätherische Öle, Scharfstoffe, Senföle oder Bitterstoffe enthalten. So wirken Ätherischödrogen (wie Pfefferminze, Fenchel, Kümmel, Melisse, Angelikawurzel, Koriander) zum Teil antibakteriell und somit der Gasbildung entgegen. Weiterhin fördern sie durch ihre sekretolytischen Eigenschaften die Verdauung und fördern so die gastrointestinale Motilität. Senfödrogen (*Iberis amarae herba*) wirken ebenfalls bakteriostatisch, Scharfstoffe (Kalmus-, Galgant- und Ingwerwurzel) stimulieren die Darmperistaltik. Auch beim RDS erwies sich in einer plazebokontrollierten Doppelblindstudie bei 203 Patienten das Phytotherapeutikum Iberogast® als wirksam. In einer Subgruppenanalyse erwies sich das fixe Kombinationspräparat bestehend aus Pfefferminzöl und Kümmelöl (Carmenthin®) bei RDS-Symptomen ebenfalls als wirksam, plazebokontrollierte Studien mit diesem Präparat laufen aktuell. Eine weitere Therapieoption bei Reizdarmsyndrom ist die Verabreichung von Probiotika. In zahlreichen, plazebokontrollierten Doppelblindstudien und entsprechenden Metaanalysen zeigt sich ein signifikanter Effekt auf die allgemeinen RDS-Symptome sowie auch auf das Leitsymptom Schmerz.

Basierend auf den vorgelegten Studien werden in der aktuellen S-3-Reizdarmleitlinie der DGVS Phytotherapie/Probiotika als Therapieoption empfohlen, dieses gilt insbesondere bei vordringlichem schmerz- oder blähdominantem Reizdarmsubtyp.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass Phytotherapeutika eine wirksame, nebenwirkungsarme und kostengünstige Alternative in der Behandlung von funktionellen Magen-Darm-Beschwerden darstellen, wie sie mittlerweile auch in den entsprechenden Leitlinien empfohlen werden.

Literatur

- Layer P et al. Irritable bowel syndrome: German consensus guidelines on definition, pathophysiology and management. *Z Gastroenterol* 2011; 49:237-93.
 Malfertheiner P et al. Leitlinien der DGVS zur Behandlung der Dyspepsie. *Z Gastroenterol* 2001; 39: 937-956.
 Ottillinger B et al. STW 5 (Iberogast®) - a safe and effective standard in the treatment of functional gastrointestinal disorders. *Wien Med Wochenschr* 2013; 163:65-72. Review.
 Rahimi R, Abdollahi M. Herbal medicines for the management of irritable bowel syndrome: a comprehensive review. *World J Gastroenterol*. 2012; 18:589-600. Review.

Prof. Dr. med. habil. Ahmed MADISCH
 Gastroenterologie, Interventionelle Endoskopie,
 Diabetologie, Akutgeriatrie
 Klinikum Region Hannover GmbH, Klinikum Siloah
 Stadionbrücke 4, D 30459 HANNOVER
 +49 (0) 511-927 2100
 ahmed.madisch@krh.eu



Das wissenschaftliche Programm wird unterstützt von:



Magen-Darbeschwerden im Kindesalter

von Ulrike Kastner

„Bauchweh“ ist ein sehr häufiges, von Kindern geäußertes Symptom, hinter dem sich von der milden Magen-Darmverstimmung bis hin zum schwerwiegenden Krankheitsbild mit der Notwendigkeit zur chirurgischen Intervention vieles verbergen kann. Im Schul- und Jugendalter kommt noch hinzu, dass die Symptome psychisch überlagert sein können und die exakte Diagnose nicht immer ganz einfach ist.



Bei der Frage nach der richtigen, altersgerechten Therapie kommt das Wissen um die sehr hohe Selbstheilungsrate zum Tragen, viele Befindlichkeitsstörungen sind allein durch diätetische Maßnahmen und Förderung einer ausgewogenen Ernährung und Bewegung heilbar. Als Spiegel unserer Zeit sind Bauchschmerzen zunehmend durch ungesunde, nicht kindgerechte Ernährung, Bewegungsarmut und ballaststoffarme Kost ausgelöst, abgesehen davon, dass die Inzidenz von Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Sensibilitäten oder echten Allergien im Steigen begriffen ist.

Die Phytotherapie bietet vor allem bei den moderaten bis milden Beschwerdebildern, wie z. B. der viralen Enteritis, Meteorismen, Dyspepsien und funktionellen Verdauungsbeschwerden ein vielschichtiges Einsatzgebiet. Alarmsymptome wie kritischer Flüssigkeitsverlust, drohende Exsikkose, ungewollter Gewichtsverlust sowie Anzeichen für ein akutes Abdomen dürfen dabei nicht übersehen werden.

Bereits im frühen Säuglingsalter kann Johannisbrotmehl zum Andicken der Milchnahrung (Muttermilch oder Formula) bei Kindern mit gastro-ösophagealem Reflux herangezogen werden.

Die typischen sogenannten „Dreimonatskoliken“, pathogenetisch nicht immer nur auf schmerzhafte Meteorismen zurückzuführen, sind nach wie vor Domäne der Phytotherapie. Zwar haben pharmakologische Studien bezüglich Toxizität von Bestandteilen des ätherischen Öls als Reinstoffen (Estragol) Aufsehen erregt und viel Verunsicherung hervorgerufen, doch kann nach dem derzeitigen Wissensstand davon ausgegangen werden, dass bei bestimmungsgemäßem Gebrauch Fencheltee auch im sehr frühen Säuglingsalter bedenkenlos eingesetzt werden kann [1].

Bei der Therapie der infektiösen Enteritis sind traditionelle Konzepte, wie getrocknete Heidelbeeren oder Karottensuppe nach Moro hinsichtlich der Wirkprinzipien mittlerweile aufgeklärt. In der Moro'schen Karottensuppe sind es saure Oligosaccharide [2], die die Adhärenz von pathogenen Mikroorganismen an der Darmschleimhaut hemmen und somit einen initialen Schritt in der Pathogenese der Erkrankung unterbinden. Virale und bakterielle Keime werden durch diese Adhärenzblockade rasch und effizient über den Stuhl eliminiert, die Enteritis heilt schneller ab.

Extrakte aus der Heidelbeere finden sich auch als Zusatz zu bilanzierten Glukose-Elektrolytlösungen, die darin enthaltenen Anthocyane und Anthocyanidine [3] wirken reizlindernd, entzündungshemmend und adstringierend.

Bei Obstipation, die v. a. im Kleinkindesalter zunehmend beobachtet wird, müssen nicht immer synthetische Laxantien oder Klysmen zum Einsatz kommen. Eine konsequente Ernährungsumstellung auf ballaststoffreiche zuckerarme Nahrung sowie der Einsatz von Samen Lini oder Samen Psyllii können da bereits Abhilfe schaffen. Ist jedoch die Obstipation sehr hartnäckig und wird zu spät interveniert, so ist der Einsatz von Phytotherapeutika meist nicht mehr ausreichend. Anthrachinon-hältige Drogen sind im Kindesalter kontraindiziert.

Bei dyspeptischen Magen-Darbeschwerden oder gastritischen Schmerzen ist nach wie vor der „klassische“ Kamillentee, ev. in Kombination mit Pfefferminze oder Malve indiziert. Auch zugelassene Phytotherapeutika haben sich bei Kindern und Jugendlichen bewährt, so die Kombination von Extrakten aus der Bitteren Schleifenblume (Frischpflanze) mit solchen aus Kümmel, Süßholzwurzel, Pfefferminzblättern, Kamillenblüten, Schöllkraut, Mariendistel Früchten und Angelikawurzel [4].

Pfefferminzöl zeigte sich in einer Studie [5] erfolgreich beim kindlichen Reizdarmsyndrom, das sich in der modernen Literatur als eigene Krankheitsentität etabliert hat. Dabei handelt es sich um meist periumbilikale Bauchschmerzen bei 5-15jährigen Kindern, die unabhängig von Nahrungsmitteln und mit wechselnder Stuhlkonsistenz beobachtet werden. Die Befindlichkeitsstörung ist als Ausschlussdiagnose zu sehen und kann durch immer wiederkehrende Beschwerden und dadurch bedingte häufige Fehlzeiten in der Schule den Alltag eines Kindes und dessen Familie erheblich beeinträchtigen. In einem Review von Studien an Erwachsenen mit Reizdarmsyndrom hat sich das Pfefferminzöl gegenüber dem Einsatz von synthetischen Spasmolytika als überlegen erwiesen [6].

Für Phytotherapeutika ist die Vielfalt der Einsatzmöglichkeiten bei Magen-Darmerkrankungen im Kindes- und Jugendalter auch heute noch gegeben. Sie lassen sich individuell je nach Alter und Beschwerdebild anwenden und bieten eine sichere und kindgerechte Alternative und/oder Ergänzung zu synthetischen Arzneimitteln.

Literatur:

1. Saller R: Keine Angst vor Fencheltee. Schweiz Z Ganzheitsmed 2016; 28(suppl 1):10-11
2. Kastner U, Glasl S, Follrich B, Guggenbichler JP, Jurenitsch J: Acid oligosaccharides as the active principle of aqueous carrot extracts for prevention and therapy of gastrointestinal infections. Wiener Medizinische Wochenschrift 2002; 152(15-16):379-381
3. Piberger H, Oehme A, Hofmann C, Dreiseitel A, Sand PG, Obermeier F, Schoelmerich J, Schreier P, Krammer G, Rogler G: Bilberries and their anthocyanins ameliorate experimental colitis. Mol Nutr Food Res. 2011; 55:1724-9
4. Ottillinger B, Storr M, Malfertheiner P, Allescher HD: STW 5 (Iberogast) - a safe and effective standard in the treatment of functional gastrointestinal disorders. Wiener Medizinische Wochenschrift 2013; 163: 65-72
5. Kline RM, Robert M, Kline RM, Kline JJ, Di Palma J, Barbero GJ: Enteric-coated, pH-dependent peppermint oil capsules for the treatment of irritable bowel syndrome in children. J Pediatr. 2001; 138: 125-8
6. Ford AC, Talley NJ, Spiegel BMR, Foxx-Orenstein AE, Schiller L, Quigley EMM, Moayyedi P: Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. BMJ 2008; 337: a2313

Univ.-Doz. DDr. Ulrike KASTNER
FÄ für Kinder- und Jugendheilkunde
Hauptstraße 21, A 2344 MARIA ENZERSDORF
www.kinderarzt-kastner.at, +43 (0)2236-62630
ulrike.kastner@stanna.at, ordination@kinderarzt-kastner.at

Workshop: Phytorezeptur, Schwerpunkt Gastrointestinaltrakt

von Ilona Leitner

und Michaela Kreuzinger



Eine Fülle von Teezubereitungen steht zur Unterstützung der Funktionen und zur Linderung von Störungen des Gastrointestinaltrakts zur Verfügung. Viele Rezepturen haben eine lange Geschichte. Sie sind in Arzneibüchern, Fachliteratur und im Internet verzeichnet. In vielen Fällen kommen sie aus der Volksmedizin. Sie werden oft als erste Maßnahme gegen eine harmlose Befindlichkeitsstörung oder als adjuvante Therapie eingesetzt.

Zum Erzielen der gewünschten Wirkung und zur täglichen Beratung von KundInnen und PatientInnen sind Fachkenntnis, Erfahrung und nicht zuletzt ein kritisches Hinterfragen von Rezepturen in Hinblick auf die gewünschte Wirksamkeit erforderlich. Die nachgewiesene Wirkung bewährter Arzneistoffe und die verbraucherfreundliche Handhabung garantieren den Erfolg ihres Einsatzes.

Der Workshop widmet sich der phytotherapeutischen Praxis:

Das Programm folgt den Haupteinsatzgebieten der arzneilich genutzten Wirkstoffe

- bei Magenbeschwerden durch Subazidität oder Appetitlosigkeit
- als beruhigende/karminative Rezepturen
- als Linderung bei akuten entzündlichen Magenbeschwerden
- zur Unterstützung der Darmtätigkeit und der Galle

Das Hauptaugenmerk des Workshops liegt auf Teezubereitungen. Natürlich kommen alternative Arzneiformen (Tinkturen, Pflanzensäfte, ...) sowie andere Therapieformen (z. B. Aromatherapie) auch zur Sprache.

Eine kurze Charakterisierung der Pflanzen, die sekretionsfördernd und tonisierend, spasmolytisch und antiphlogistisch eingesetzt werden, geht der Diskussion in Gruppen voraus.

Der Einsatz, die Konzentration, Kombinationen und der Geschmack der aktuell empfohlenen Arzneidroge werden in Gruppen diskutiert und die Ergebnisse ausgetauscht.

Anschließend werden die in den Gruppen erarbeiteten Kräuterzusammenstellungen zubereitet und verkostet. Die angesprochenen Tees zu den verschiedenen Indikationen sollen durch die Präsentation und die Diskussion wieder in Erinnerung gerufen, Erfahrungen ausgetauscht und Trends besprochen werden.



Mag. pharm. Ilona E. LEITNER
St. Lucas-Apotheke
Penzingerstraße 99, A 1140 WIEN
+43 (0) 1 894 61 90
i.leitner@lucasapotheke.at

Mag. pharm. Dr. Michaela KREUZINGER
Auge-Gottes-Apotheke
Nußdorferstraße 79, A 1090 WIEN
+43 (0) 1 3179 344
michaela.kreuzinger@augegottes.at

Phytotherapie bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

von Jost Langhorst

Über 50 Prozent aller Patienten mit CED in Deutschland haben eigene Erfahrungen mit naturheilkundlichen oder komplementärmedizinischen Therapieverfahren gemacht. Etwa jeder vierte Patient in Deutschland berichtet über eigene Erfahrungen mit dem komplementären Einsatz von pflanzlichen Medikamenten.

Für die folgenden Phytotherapeutika liegen erste klinische Studien für CED vor:

Flohsamen (*Plantago psyllium*) und Indische Flohsamen (*P.ovata*) bzw. Flohsamenschalen: Quellmittel bzw. Gelbildner über Wasserbindung, erhöhen das Stuhlvolumen, regulieren die Peristaltik, mild antientzündlich. Dürfen nicht eingesetzt werden bei bekannten Stenosen des Darmes; mögliche Bindung und damit Wirkungsherabsetzung gleichzeitig eingenommener Medikamente, deshalb mindestens 1 Stunde zeitlicher Abstand bei der Einnahme.

Dosierung zur Remissionserhaltung bei Colitis ulcerosa: (z. B. Flosa®; Mucofalk®)

1-3-mal tgl. ein Beutel á 5g.

Entsprechend der AWMF-Leitlinien für Colitis ulcerosa von 2011 kann *Plantago ovata* in der remissionserhaltenden Behandlung bei Colitis ulcerosa eingesetzt werden.

Zulassung als Arzneimittel: Erstattungsfähig bei M. Crohn (hier jedoch keine Studie!).

Weihrauch (*Boswellia serrata*): Trockenextrakt aus dem Harz der Rinde, Boswelliasäure.

Wirkprinzip: u. a. in-vitro-Hemmung der Leukotrienbiosynthese, selektive Hemmung der 5-Lipoxygenase; anti-inflammatorische, anti-arthritische und anti-proliferative Effekte; keine analgetische oder antipyretische Wirkung (keine Wirkung über Prostaglandin-Synthesehemmung; keine ulcerogene Wirkung im Tiermodell).

Dosierung: 3-mal tgl. (1–)2 Tabl. (á 400mg). In-vitro-Studien sowie erste klinische Studien.



32. Südtiroler Herbstgespräche

In Leitlinien keine Empfehlung.

Nur als Nahrungsergänzungsmittel verfügbar

Myrrheharz (*Commiphora molmol*): Trockenextrakt aus dem Gummiharz der Rinde, Commiphora-Säure; In-vitro-Studien: antiphlogistisch, antidiarrhoisch und anti-mikrobiell.

Kamillenblüten-Extrakt: Trockenextrakt; In-vitro-Studien: antiphlogistisch, anti-mikrobiell und spasmolytisch.

Kaffeebohle: gemahlene, bis zur Schwarzbräunung und Verkohlung der äußeren Samenpartien geröstete grüne, getrocknete Früchte von *Coffea arabica*. In-vitro-Studien: antidiarrhoisch und antiphlogistisch.

Anwendung in Kombination: Myrrheharz (100mg), Trockenextrakt aus Kamillenblüten (70mg) und Kaffeebohle (50mg); Dosierung: 3-mal tgl. 4Tabl.; Myrrhetinktur zur Therapie oraler Aphthen oder Stomatitis.

Berücksichtigung bei der in Vorbereitung befindlichen Überarbeitung der AWMF Leitlinie für Colitis ulcerosa.

Zulassung in Deutschland als traditionelles Arzneimittel.

Heidelbeeren (*Vaccinium myrtillus*): u. a. reich an Proanthocyanidinen und Anthocyanen; adstringierend, antioxidativ, antiinflammatorisch und mild antiseptisch; besonders für den Einsatz bei akuten Schüben mit Diarrhöen, z. B. in Form von kalt gepresstem Muttersaft, Dosierung 1-3x 100ml/d, oder getrockneten Früchten.

In Leitlinien bisher keine Empfehlung; in Deutschland als Nahrungs(ergänzungsmittel) verfügbar.

Blutwurz (*Potentilla erecta*, *Tormentilla*): reich an Tanninen; Wirkung: adstringierend; mild antiseptisch und antioxidativ; Darreichung in Form von Tee, Tinktur oder Fertigpräparat; Mittlere Tagesdosis: 1,5 - 3 g Droge, Fertigpräparat: 3 x 2 Kps/d (200mg standardisiertes Extrakt).

In Leitlinien bisher keine Empfehlung,

In Deutschland als Nahrungsergänzungsmittel verfügbar. Verwendung in der Regel als Tee oder Tinktur.

Gelbwurz (*Curcuma longa* und *C. xanthorrhiza*): Trockenextrakt aus Curcuma-Wurzelstock; Curcuminoiden und das ätherische Öl; Mittlere Tagesdosis: 1,5 - 3 g Drogenpulver; Tinktur; 2 x 1 Kps/d (81mg standardisiertes Extrakt) als Fertigpräparat.

In der AWMF-Leitlinien für Colitis ulcerosa von 2011 genannt.

Wermut (*Artemisia absinthium*): Bitterstoffe und äther. Öl. Diese fördern die Speichel- und Magensaftsekretion und führen darüber hinaus zur Steigerung des Tonus und Anregung der Darmperistaltik.

In Leitlinien bisher keine Empfehlung

Verwendung als Tee (sehr bitter!).

Aloe vera Gel: Wirkmechanismus fraglich über Carboxypeptidase mit Hemmung von Bradykinin; die Anthrachinonglykoside Aloin A und B mit laxativem Effekt im Gel nicht enthalten.

In Leitlinien bisher keine Empfehlung, spielt klinisch keine Rolle.

Weizen gras-Saft (*Triticum aestivum*): Vitamine und Mineralien; Wirkmechanismus unklar; fraglich anti-oxidativer Effekt.

Es zeigten sich keine relevanten Nebenwirkungen.

In Leitlinien bisher keine Empfehlung, spielt klinisch keine Rolle.

Cannabis: Vielzahl an Cannabinoiden, v. a. 9-Tetrahydrocannabinol und Cannabidiol. Wirkmechanismus: Anti-inflammatorischer Effekt, vermittelt über Cannabinoid 2 Rezeptor, chronischer Konsum verbunden mit zellulärer Immunsuppression. Immunmodulation vermittelt über Endocannabinoid-System. Hemmung der Prostaglandin- und Histamin- Freisetzung aus Mastzellen. In-vitro down-Regulation von TNF-alpha, Interferon-gamma und Interleukin-1.

In Leitlinien bisher keine Empfehlung.

Schlussfolgerungen

Im klinischen Alltag haben vor allem Flohsamen, Myrrhe, Kamille und Kaffeebohle, Weihrauch, Gelbwurz oder Heidelbeeren Bedeutung. Erstere stehen als Arzneimittel bzw. traditionelle Arzneimittel zur Verfügung, während Weihrauch und Heidelbeeren derzeit nur als Nahrungsergänzung bzw. Nahrungsmittel verfügbar sind. In den Deutschen AWMF-S3-Leitlinien für die Therapie der Colitis ulcerosa werden Flohsamen und Curcumin genannt, wobei auch Curcumin nicht als Arzneimittel verfügbar ist. Blutwurz und Wermut kommen vor allem in Tee-Form zum Einsatz. Aloe vera Gel und Weizen gras-Saft spielen in der Therapie keine Rolle. Cannabis unterliegt dem Betäubungsmittelgesetz und kommt deshalb eine Sonderstellung zu, eine Zulassung für CED oder offizielle klinische Erfahrungen außerhalb klinischer Forschung liegen derzeit nicht vor.

Weitere hochqualitative klinische Forschung wird dringend benötigt, um Präparate mit Potential auf Arzneimittelniveau abzusichern und den Betroffenen den Einsatz als komplementäre Therapiealternativen zu ermöglichen.

Literatur:

Langhorst J, Wulfert H, Lauche R, Klose P, Cramer H, Dobos GJ, Korzenik J: Systematic Review on Complementary and Alternative Medicine Treatments in Inflammatory Bowel Diseases. JOURNAL OF CROHN'S AND COLITIS, (2014) Nov 28. pii: jju007. [Epub ahead of print] Review.

Prof. Dr. Jost LANGHORST

Integrative Gastroenterologie,

Naturheilkunde und Integrative Medizin, Kliniken Essen-Mitte

Knappschafts Krankenhaus, Universität Duisburg-Essen

A. Krupp v. Bohlen u. Halbach-Stiftungslehrstuhl f. Naturheilkunde

Leitlinienbeauftragter d. Ges. f. Phytotherapie (AWMF-Mitglied)

Am Deimelsberg 34a, D 45276 ESSEN

www.kliniken-essen-mitte.de/leistung/zentren-institute/integrative-gastroenterologie/home.html

+49-201-174 25701, j.langhorst@kliniken-essen-mitte.de

Cannabis und Cannabinoide in der Allgemeinpraxis

von Kurt Blaas

In meinem Vortrag berichte ich über die heimische Cannabismedizin. Bereits in den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurden synthetische Cannabinoide wie Marinol für Patienten verschrieben. Zum Einsatz von natürlichem Dronabinol (THC) aus Hanfblüten kam es in den späten neunziger Jahren, wobei die Produkte aus Deutschland (THC Pharma) importiert wurden. Der Staat ermöglicht einen breiten therapeutischen Einsatz der Cannabinoide, wobei auch die magistralen Verschreibungen bei Diagnosen wie Depression, Tinnitus oder Schlafstörungen zur Anwendung gebracht werden.

Die Verwendung der gesamten Pflanze in Form von medizinischen Cannabisblüten oder Cannabisextrakten ist in unserem Land leider nicht erlaubt. Dafür dürfen die Inhaltsstoffe wie Dronabinol, Cannabidiol oder jegliche Form von synthetischen Cannabinoiden verschrieben werden.

Neben der Schmerzbehandlung mit Cannabinoiden gibt es ein breites Feld des Einsatzes, derzeit sind jedoch vorwiegend onkologische, psychiatrische Patienten oder Patienten mit Polypharmazie in der ambulanten Behandlung.

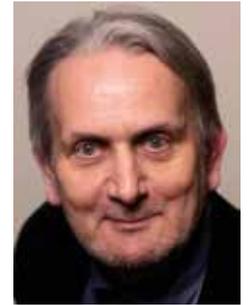
Durch die großen Patientenzahlen und das rege Interesse an der Hanfmedizin musste in meiner Ordination ein eigenes Versorgungssystem in Form eines Empowerments entwickelt werden. Die PatientInnen kommen zu einer Informationsveranstaltung, anschließend zu einem privaten ausführlichen Therapiegespräch und zu einer Betreuung bzw. Versorgung mit den notwendigen verschriebenen Rezepturen.

Da die Kosten der Behandlung sehr hoch sind, muss versucht werden, die Kostenübernahme bei speziellen Erkrankungen durch die Krankenkassen zu erhalten. Dies ist jedoch eine tägliche, schwierige Herausforderung für die PatientInnen und für die verschreibende Ärzteschaft.

Zusätzlich werden neben medizinischen Produkten höchster Qualität wie Dronabinol oder Sativex auch immer mehr Nahrungsergänzungsmittel aus der Hanfreihe zum Einsatz gebracht. CBD Produkte oder spezielle Hanfblütenteesorten sind in der Bevölkerung mittlerweile schon sehr beliebt, sollten jedoch einer besseren Qualitätskontrolle durch staatliche Einrichtungen zugeführt werden. Ein Drittel der PatientInnen spricht auf natürliche Cannabisprodukte wie Blüten und Extrakte wesentlich besser an, als bei den hergestellten Monoprodukten. Daher sollte im Rahmen einer optimierten Versorgung mit Cannabisprodukten die Möglichkeit in unserem Land gegeben werden, diese natürlichen Produkte als Erweiterung der Angebotspalette zu sehen. Eine Umsetzung und Genehmigung durch die Behörden und Gremien wäre unbedingt erforderlich.

Die Medikamente sollten im Allgemeinen verbilligt werden. Eine Ausbildung für Ärzte und Pharmazeuten sollte so rasch wie möglich installiert werden.

Dr. Kurt BLAAS
Lindengasse 27, A 1070 WIEN
www.ordinationblaas.at, +43(0)1 523 1400
drblaas@gmail.com



Cannabis als Arzneimittel – die rechtliche Situation

von Johanna Schopper

Der Einsatz von Cannabis für medizinische Zwecke beschäftigt unterschiedlichste Völker dieser Erde bereits seit Jahrhunderten. Die ältesten Dokumente über die medizinische Anwendung stammen aus China und Ägypten. Die Jahrzehnte vor 1900 können in Kontinentaleuropa als Höhepunkt der medizinischen Karriere von Cannabis bezeichnet werden. Die massiven rechtlichen Einschränkungen, insbesondere die Aufnahme von Cannabis in den Anhang I der Einigen Suchtgiftkonvention 1961 der Vereinten Nationen, führten dazu, dass die arzneiliche Verwendung und auch die diesbezügliche Beforschung von Cannabis beinahe vollständig zum Erliegen kamen.

Die Verschreibung von Cannabis, definiert als die Blüten- und Fruchtstände der zur Gattung Cannabis gehörenden Pflanze, ist in Österreich verboten. Dem medizinischen Einsatz cannabisbasierter Arzneimittel steht das Suchtmittelrecht nicht entgegen. Der Wirkstoff „Delta-9-Tetrahydrocannabinol“ aus synthetischer bzw. halbsynthetischer - auf Faserhanf beruhender - Erzeugung wurde im Zuge des Beitritts Österreichs zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über psychotrope Stoffe dem Anhang IV der Suchtgifterordnung unterstellt und steht damit weiterhin (z. B. für die magistrale ärztliche Verschreibung) zur Verfügung. Seit 2012 ist ein aus hochwirksamem Cannabis hergestelltes, (auch) in Österreich zugelassenes Arzneimittel der ärztlichen Verschreibung zugänglich (der zur Symptomverbesserung bei Multipler Sklerose zugelassene cannabisbasierte Spray Sativex®). Dabei handelt es sich um einen aus den Blättern und Blüten der Hanfpflanze *Cannabis sativa* hergestellten Extrakt, der die Wirkstoffe „Delta-9-Tetrahydrocannabinol“ und „Cannabidiol“ enthält. Seit 2015 ist schließlich aus hochpotenten Cannabisextrakten isoliertes Delta-9-THC („Dronabinol“) mit einem standardisierten Reinheitsgrad von mehr als 95 Prozent für magistrale Zubereitungen ärztlich verschreibungsfähig. Dabei ist der verschreibenden Ärztin/dem verschreibenden Arzt keine so eng definierte Grenze nach Indikation auferlegt, wie dies bei zugelassenen Arzneispezialitäten der Fall ist. Cannabidiol (CBD) als Reinsubstanz unterliegt nicht den suchtmittelrechtlichen Vorschriften.

In den letzten Jahren wird die arzneiliche Verwendung von Cannabis weltweit wieder vermehrt beforscht. Dessen ungeachtet ist die Evidenz, was den Einsatz der Blüten- und Fruchtstände selbst betrifft, insbesondere im Vergleich zu den bereits medizinisch zum Einsatz kommenden Arzneimitteln auf Cannabisbasis, bis dato dürftig. Insbesondere fehlt der wissenschaftliche Nachweis der Vorteile des Marihuanas im Vergleich zum Wirkstoff Dronabinol - jenem Cannabisextrakt, dessen Wirksamkeit bei einigen Indikationen durch Publikationen und medizinische Erfahrung mittlerweile recht gut belegt ist. Die Frage des medizinischen Einsatzes und in Verbindung damit der Änderung der Rechtslage ist grundsätzlich anhand der wissenschaftlichen Evidenz zu beurteilen.

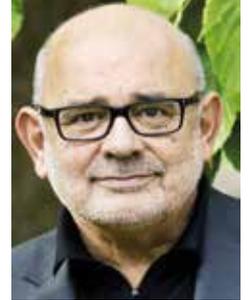
Dr. Johanna SCHOPPER
Bundesministerium f. Gesundheit und Frauen
Sektion 3, Abteilung 9
Radetzkystraße 2, A 1030 WIEN
+43 1 711 00 64 41 49
johanna.schopper@bmgf.gv.at



Übelkeit und Erbrechen – Möglichkeiten der Phytotherapie

von Reinhard Saller

Übelkeit und/oder Erbrechen sind eine symptomatologische Endstrecke zahlreicher Erkrankungen, Eingriffe und Beeinträchtigungen sowie Teil unerwünschter Wirkungen unterschiedlichster Arzneimitteltherapien. Sie können zudem in der Frühschwangerschaft auch temporäre Folge hormoneller Veränderungen sein. Die physiologischen und v. a. pathophysiologischen Abläufe bei Übelkeit bzw. Erbrechen sind vielfältig und pleiotrop, d. h. es liegen jeweils mehrere, z. T. voneinander unabhängige Reaktionsmechanismen vor. Dementsprechend erscheint es sinnvoll und empfehlenswert, in Therapie und Prävention Arzneimittel zu verwenden bzw. mitzuverwenden, die multifunktional (multi-target) und ebenfalls pleiotrop sind und die ggf. mit spezifischen Monosubstanzen (z. B. 5-HT3-Antagonisten) gemeinsam verabreicht werden können.



Phytotherapeutika sind genuine pflanzliche Vielstoffgemische mit regelhafter Multifunktionalität und Pleiotropie. Zahlreiche der zur Behandlung von Übelkeit/Erbrechen verwendeten pflanzlichen Mittel weisen, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß, Wirkungen auf, die therapeutisch relevant zentral und peripher in die Komplexität von Übelkeit und Erbrechen eingreifen (z. B. breite antioxidative und antiinflammatorische Eigenschaften, prokinetische, muscarinerge, antiodopaminerge und antiserotoninerge Effekte). Die klinische Forschung konzentriert sich derzeit v. a. auf verschiedene Zubereitungen aus dem Ingwerrhizom, auf Aromatherapie sowie die Reflexzonen- bzw. Akupunkturpunkte-bezogene topische Applikation von Phytotherapeutika (schwerpunktmäßig Capsicum-Zubereitungen). Es liegen zahlreiche klinische Studien vor, die bei der Mehrzahl von Patienten für Ingwerrhizom-Zubereitungen eine relevante Wirksamkeit u. a. bei Reise- und Seekrankheit, bei Übelkeit und Erbrechen in der Frühschwangerschaft, nach operativen Eingriffen sowie während und nach verschiedenen Formen von Chemotherapien zeigen.

Neben den Ergebnissen der EBM-orientierten Forschung spielt die reflektiert berichtete und aufgearbeitete therapeutische Erfahrung eine wesentliche Rolle, einerseits wegen individuell notwendiger Dosierungen, Kombinationen und Behandlungszeiträumen und andererseits wegen des großen Spektrums weiterer diesbezüglich mutmaßlich therapeutisch sinnvoller Phytotherapeutika. EBM-orientierte Forschung ist angesichts der Fülle und Vielfältigkeit von Phytotherapeutika selektiv und auch konservativ, d. h. es werden bereits EBM-beforschte Phytotherapeutika bevorzugt weiter beforscht. Gerade Phytotherapeutika mit gesichteter Anwendungstradition eignen sich für eine „translationale“ Therapie, d. h. einen begründeten Gebrauch jenseits der jeweiligen Zulassung, sofern Qualität und Sicherheit des Phytotherapeutikums aus anderen Anwendungsgebieten hinreichend bekannt sind. Dies betrifft z. B. Phytotherapeutika mit Bitter- und Scharfstoffdrogen für Behandlungsansätze gegen Übelkeit und Erbrechen, für die neben therapeutischer Empirie auch eine Fülle experimenteller Untersuchungen vorliegen.

Übelkeit und Erbrechen sind häufig Bestandteil komplexer Krankheitsbilder, besonders im weiten und mannigfaltigen Feld dyspeptischer Erkrankungen und Symptomkomplexe. Dyspepsien sind eine Domäne wirksamer phytotherapeutischer Arzneimittel (Mono- und Kombinationsmittel). Effektive Dyspepsitherapien vermindern bzw. beheben nahezu regelhaft auch Übelkeit und Erbrechen. Phytotherapeutische Dyspepsiemittel eignen sich auch bei einer Reihe anderer Formen von Übelkeit und Erbrechen. Sie erweisen sich insbesondere als wirksam, wenn eine gestörte bzw. herabgesetzte Motorik des Verdauungstraktes eine wesentliche Rolle spielt. Ebenfalls sinnvoll erscheinen „vegetativ wirksame“ Phytotherapeutika. Zu ihnen gehören eine Reihe von „Nervina“ (häufig bitterstoffhaltig). Einige von ihnen sind bei verschiedenen somatoformen Erkrankungen geprüft.

Univ.-Prof. Dr. Reinhard SALLER
Albisstraße 20, CH 8038 Zürich
reinhard.saller@usz.ch

FKI

GelolMyrtol 300 mg - Kapseln

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält 300 mg Destillat aus einer Mischung von rektifiziertem Eukalyptusöl, rektifiziertem Süßorangenöl, rektifiziertem Myrtenöl und rektifiziertem Zitronenöl (66:32:1:1). Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 25 – 30 mg Sorbitol. Hilfsstoffe: Raffiniertes Rapsöl, Gelatine, Glycerol 85 %, Trockensubstanz aus Sorbitol-Lösung 70% (nicht kristallisierend), Hypromelloseacetatsuccinat, Triethylcitrat, Natriumdodecylsulfat, Talkum, Dextrin, Glycyrrhizinsäure (Ammoniumsalz), Lecithin (pflanzlich) in Spuren. Anwendungsgebiete: Zur Sekretolyse bei akuter und chronischer Bronchitis und Sinusitis. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile; Kinder unter 3 Jahren. ATC-Code: R05CA10. Abgabe: Rezeptfrei, Apothekenpflichtig. Packungsgrößen: Packung mit 20 oder 50 Kapseln in Blistern zu je 10 Kapseln. Kassenstatus: No Box. Zulassungsinhaber: G. Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG. Stand der Information: August 2017. Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und sonstigen Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten entnehmen Sie bitte der veröffentlichten Fachinformation