

Phytotherapie auf neuen Wegen

Ein Bericht von der 21. Schweizerischen Tagung für Phytotherapie in Baden

Mit dem zukunftsweisenden Thema «Phytotherapie in der Palliativ- und Supportivmedizin» lockte die 21. Jahrestagung für Phytotherapie am 23. November 2006 über 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Baden. Das breit gefächerte Referatenspektrum bot Ansatzpunkte, wie in der Palliativ- und Supportivmedizin mit pflanzlichen Zubereitungen nicht nur Symptome gelindert werden können, sondern auch ein positiver Einfluss auf die Lebensqualität möglich ist.

BEATRIX FALCH

Wie immer, wenn es um Naturheilkunde geht, kommt der Anspruch an die Medizin vonseiten der Patientinnen und Patienten. So konstatierte auch Dr. med. Roger Eltbogen, Präsident der Schweizerischen Medizinischen Gesellschaft für Phytotherapie (SMGP), in seinen einleitenden Worten zur von Prof. Dr. sc. nat. Beat Meier zusammen mit einem Team der Hochschule Wädenswil und Prof. Dr. med. R. Saller von der Universität Zürich organisierten Tagung, dass die Kranken besonders in der Palliativmedizin die Natur wieder für sich entdecken wollen. Die Phytotherapie hat neben ihrem naturwissenschaftlichen Anspruch immer auch den Patienten als Ganzes im Auge. Daher sind die Zielrichtungen moderner Medizinkonzepte, wie Palliativmedizin, Präventivmedizin und Supportivmedizin in der Phytotherapie nichts Neues. In der derzeitigen Schulmedizin dagegen wird erst seit Kurzem wieder anerkannt,

dass in schwierigen Therapiesituationen nur in Kooperation mit dem Patienten und unter Einbezug von dokumentiertem Wissen und langjähriger Erfahrung Wege zum therapeutischen Erfolg gefunden werden können. Dabei ist Heilung in vielen Fällen ein unerreichbares Ziel, weswegen die Linderung von Symptomen und die Verbesserung der Lebensqualität in den Vordergrund rücken. Es verwundert also nicht, dass die Phytotherapie gut in diese modernen medizinischen Strategien integriert werden kann und an einigen Stellen bereits auch schon ein Teil der Behandlungsstrategie geworden ist.

Palliative Care – wiederentdeckte Notwendigkeit

Dass die Strategien der Palliativmedizin gar nicht so neu sind, drückte Eva Weidmann, Co-Präsidentin von Palliative Care – Netzwerk Zürich, bereits mit ihrem Referatstitel aus: «Palliative Care: gestern wohlbekannt – heute neu ent-

deckt – morgen selbstverständlich». Wie Weidmann ausführte, wurde der Tod fast 2000 Jahre lang im Abendland als vertrauter Begleiter und als Bestandteil des Lebens akzeptiert. Man hatte zwar auch Furcht, aber mehr vor der Hölle als vor dem Tod als solchem. Ab dem 20. Jahrhundert hingegen wird der Tod vor allem in der Medizin als Niederlage und eigenes Unvermögen empfunden. In unserer leistungsorientierten Gesellschaft wird der Tod «ausgebürgert». Mit der Folge, dass der Sterbende vorzeitig aufgegeben wird und dass sein eigentliches Bedürfnis nach Nähe, Kommunikation, nach dem Teilen von Angst und Schmerz sowie nach spiritueller Begleitung oft (vor allem in Spitälern) unerfüllt bleibt. Ausgelöst durch die Hospizbewegung in den Sechzigerjahren scheint, so Weidmann, die Akzeptanz der eigenen Vergänglichkeit und sogar die Versöhnung mit ihr wieder vermehrt ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu geraten. Aber auch das Bedürfnis der Patienten und ihrer Angehörigen nach Unterstützung, Begleitung, Erklärung und Aufklärung hat dazu beigetragen, dass sich die Fachrichtung «Palliative Care» bilden konnte. Palliative Care stellt den Patienten als Menschen in den Mittelpunkt: Der Patient wird über Behandlungsmöglichkeiten umfassend aufgeklärt, Vor- und Nachteile werden aufgezeigt, und die Kommunikation nimmt einen hohen Stellenwert ein. Auch die Angehörigen werden umfassend mit einbezogen und begleitet. Schmerzen sowie andere physische, aber auch psychosoziale und spirituelle Probleme frühzeitig und aktiv zu erkennen, immer wieder zu erfassen und angemessen zu behandeln, ist das Hauptanliegen von Palliative Care.

Palliative Care in der Schweiz

In der Schweiz wird das Thema Palliative Care seit 1970 diskutiert. 1988 wurden die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP) und die Europäische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (EAPC) gegründet. 1990 definierte dann die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Begriff Palliative Care. 1997 fand der 1. Europäische Forschungskongress zu Palliative Care in Berlin statt. Seit 2006 gibt es sogar einen ersten Lehrstuhl für Palliative Care an der Universität Lausanne, der mit Prof. Dr. José Pereira besetzt werden konnte.



Blick ins Publikum

Mistel-Präparate in der Onkologie

Mistel-Zubereitungen gehören in der Schweiz im Rahmen supportiver komplementärmedizinischer Therapieansätze zu den sehr häufig verordneten Arzneimitteln. Genaue Angaben zur Anwenderzahl von Mistel-Zubereitungen sind aber in der Literatur nicht zu finden. Dr. med. Jörg Melzer, Institut für Naturheilkunde, Universitätsspital Zürich, zeigte anhand von Schätzungen und nicht repräsentativen Umfragen, dass davon ausgegangen werden kann, dass bis zu 50 Prozent der Krebspatienten Mistel-Zubereitungen verwenden. Gemäss den Erfahrungen am Universitätsspital Zürich werden Mistel-Präparationen vor allem bei Mamma-, Bronchial-, Uterus-, Ovarial- und Kolonkarzinomen eingesetzt. Ein Vergleich einiger ausgewählter Mistel-Präparate, die in Deutschland oder in der Schweiz erhältlich sind, zeigt, dass

es sich bei diesen Präparaten immer um wässrige Extrakte handelt, die zum Teil fermentiert sind und vor allem zur subkutanen Injektion geeignet sind. Deutliche Unterschiede findet man bei den Wirtspflanzen, denen die Mistel entnommen wurde. Pappel, Apfel, Kiefer, Tanne, Eiche und Ulme gehören zu den typischen Wirtspflanzen.

Wirkungsweise der Mistel

Die Gehaltsangaben variieren deutlich, so findet man beispielsweise Normierungen auf ein bestimmtes Lektin im Ng-Bereich oder auf Gesamtlektine im Mg-Bereich. Experimentelle Daten zu den Inhaltsstoffen finden sich zu den Lektinen (zuckerbindende Glykoproteine), Viscotoxinen sowie Oligo- und Polysacchariden (Rhamnogalakturane). Lektine sind gegen verschiedene Krebszelllinien zytotoxisch, zeigen eine immunstimulierende Aktivität und aktivieren Makrophagen. Viscotoxine zeigen eine erhöhte, durch NK-Zellen (natural killer cells) vermittelte Toxizität. Oligo- und Polysaccharide verstärken die NK- und Lymphokin-aktivierte zellvermittelte Zytotoxizität, aktivieren Monozyten und stimulieren die Proliferation von CD4⁺-T-Lymphozyten. In seiner Analyse klinischer Studien zeigte Melzer auf, dass als Untersuchungsparameter ab den Neunzigerjahren Aspekte der Lebensqualität zunehmend in den Vordergrund treten. Aufgrund der bisherigen Studienergebnisse kann postuliert werden, dass mit einer supportiven Mistel-Behandlung die Lebensqualität während der Rekonvaleszenz und während einer Chemo- respektive Radiotherapie, hier unter einer Reduktion der unerwünschten Wirkungen, erhöht werden kann. Die Frage einer eventuellen Lebenszeitverlängerung ist nach wie vor Gegenstand der klinischen Forschung und der wissenschaftlichen Diskussion. Melzer stellte abschliessend sein Therapieschema für die Mistel-Behandlung vor. Er beginnt mit Serienpackungen (zumeist Iscador® M Serie 0) in einem Dosierungsintervall von zweimal einer Ampulle zu 1 ml (s.c.) pro Woche. Eine Dosissteigerung orientiert sich an der individuellen Verträglichkeit und dem

Krankheitsstadium. Die Behandlungsdauer verläuft sehr individuell, häufig beträgt sie ein Jahr, kann aber auch mehr als zwei Jahre umfassen. Behandlungspausen macht Melzer dann, wenn sie medizinisch, psychisch oder sozial begründet sind, aber auch basierend auf den Erfahrungen der Patienten.

Phytotherapie für eine Tabuzone

Dr. med. Regina Widmer, Frauenärztin in Solothurn, zeigte auf, dass der Intimpflege bei weiblichen Patienten in Kliniken, Praxen, Alters- und Pflegeheimen zu wenig Beachtung geschenkt wird. In einer Art Feldforschung befragte Widmer ÄrztInnen, Pflegedienstleitungen, Pflegende der Spitex, in Kliniken und Pflegeheimen sowie Einzelpersonen und suchte in der Literatur nach Hinweisen zur Pflege der Intimzone. Dabei musste sie feststellen, dass der Genitalbereich von fast allen Beteiligten als Tabuzone angesehen wird. Es gibt aber auch Ausnahmen. So erfuhr Widmer im Gebärsaal einer Universitätsklinik, dass der Vaginalbereich mit Lavendelwasser gewaschen wird und in einer anderen Klinik, dass Genitalmykosen ergänzend mit Lavendel- oder Teebaumöl therapiert werden. In anthroposophischen Kliniken hingegen traf sie auf eine arzneipflanzenbetonte Pflege und Therapie der Genitalhaut. Sobald sie das Thema Intimpflege ansprach, stiess sie jedoch überall auf grosse Offenheit und Interesse.

Wozu Intimpflege?

Während für die Körperhaut eine fettende Pflege selbstverständlich ist und hierfür auch eine Vielzahl von Produkten zur Verfügung stehen, gilt für die Intimhaut in der Regel nur «waschen und trocknen» und «nur bei Beschwerden gezielt therapeutisch behandeln». Es gibt aber keinen Grund, nicht auch die anogenitale Region in die Hautpflege mit einzubeziehen. Die anogenitale Pflege ist der wichtigste Grundpfeiler in der Prophylaxe, Nachbehandlung und Sekundärprophylaxe von vulvo-vaginalen und urethralen Beschwerden. Hier besteht also noch erheblicher Nachholbedarf.

Was heisst richtige Intimpflege?

Um diesem gerecht zu werden, muss mit falschen Vorstellungen aufgeräumt werden. So wird beispielsweise die Vulva durch Fetten nicht, wie oft behauptet, mazeriert. Fett darf in die Scheide eingeführt werden (hingegen keine Vaseline und kein Melkfett, da Okklusionsgefahr). Scheidenspülungen sind nicht schädlich, mit Seife sollte jedoch nicht gewaschen werden. Produkte mit konzentrierten ätherischen Ölen oder einem hohen Alkoholgehalt sind ebenfalls nicht für die Vagina geeignet.

Phytotherapeutika eignen sich aufgrund ihrer Wirksamkeit und hohen Akzeptanz besonders gut für Pflegeprodukte im Vaginalbereich. Da man aber fast keine dermatologischen Fertigpräparate auf Pflanzenbasis für die Intimpflege findet, kommt den Magistralrezepturen eine grosse Bedeutung zu. In einer kleinen Auswahl stellte Widmer in ihrer Praxis bewährte Anwendungsmöglichkeiten von pflanzlichen Zubereitungen für Haut und Schleimhäute der Frau vor. Als Beispiel sei hier die Rosencreme genannt.

In ihrem Schlussplädoyer forderte Widmer neue Pflege- und Therapierichtlinien für die Intimzone von Frau (und Mann), die sie selbst mit weiteren an dieser Thematik Interessierten im Rahmen einer noch zu gründenden Arbeitsgruppe ausarbeiten möchte.

Urogynäkologische Beschwerden

Professor Dr. med. Jakob Eberhard, Chefarzt Frauenklinik, Kantonsspital Frauenfeld, betonte in seinem Referat, dass urogynäkologische Beschwerden wie Harnwegsinfekte, Drangsymptome, Inkontinenz, Senkungsbeschwerden sowie Juckreiz, Brennen, Schmerzen und Entzündungen in Intimbereich, Harnröhre und Blase zu den häufigsten Frauenleiden zählen. Im Vordergrund stehen Harnwegsinfekte, die im Pflegeheim innerhalb eines Jahres bei über 60 Prozent der Frauen auftreten.

Am Beispiel der Harnwegsinfekte zeigte Eberhard, was ein urogynäkologisches Therapiekonzept beinhaltet. So wird eine genaue Abklärung mithilfe von einfachen Fragen und diversen Unter-

suchungen durchgeführt. Eberhard betonte, dass nicht jede Entzündung ein Infekt ist, dass viele Infektionen und urogenitale Reizzustände durch Antibiotika und andere chemisch-synthetische Medikamente allein nicht langfristig geheilt werden können und dass die überwiegende Zahl der Infektionen durch Erreger ausgelöst werden, die dank unserem Immunsystem normalerweise keine Probleme verursachen.

Phytotherapie zur Prophylaxe und Therapie

Besonders bei rezidivierenden Infekten und chronischen Reizzuständen, Harnrang, Pruritus und Juckreiz braucht es also Massnahmen, die es der Frau ermöglichen, sich gegen die Entstehung solcher Entzündungen zu schützen. Hier hat sich die Phytotherapie einen wichtigen Platz in der adjuvanten Therapie und in der Prophylaxe erobert, vor allem in der Frauenklinik Frauenfeld. Dort werden Arzneipflanzen als Desinfizienzien bei Infekten und Reizblasenbeschwerden, als Spasmolytika, Analgetika, Antiphlogistika, als Aquaretika zur Durchspülungstherapie, als Lithiasismittel und als gerbende, stimmungsaufhellende oder wehenfördernde Mittel eingesetzt. Auch der Aromatherapie mit ihrem vielfältigen Wirkspektrum kommt eine grosse Bedeutung zu.

Zusammenfassend hob Eberhard hervor, dass urogynäkologische Beschwerden immer mehrere Krankheitsursachen haben, dass sinnvolle Therapiekombinationen den Behandlungserfolg verbessern und dass jeder Primärbehandlung eine Langzeitprophylaxe folgen muss.

Magen-Darm-Beschwerden bei Tumorerkrankungen

Professor Dr. med. Reinhard Saller, Universitätsspital Zürich, machte unter Berufung auf die European Association for Palliative Care darauf aufmerksam, dass viele Grundsätze der Palliativmedizin auch in frühen Krankheitsstadien zusammen mit der kausalen Therapie wirkungsvoll eingesetzt werden sollen. Dabei kommt der Behandlung von Symptomen eine wichtige Bedeutung zu. Gerade Symptome im Magen-Darm-

Bereich sind zu beachten, da hier das sogenannte enterale Nervensystem (ENS) oder Bauchhirn sitzt. Vom Bauchraum fliessen nämlich wesentlich mehr Informationen zum Gehirn (ZNS) als umgekehrt. Diese Informationen spielen eine wesentliche Rolle für das Wohlbefinden und die Lebensqualität.

Typische und häufige gastrointestinale Symptome bei tumorkranken Menschen sind Völlegefühl, Geschmacksänderungen, Obstipation, Mundtrockenheit, Übelkeit und Erbrechen, daneben auch noch Diarrhö, Bauchschmerzen, Schmerzen im Mundbereich, Zahnprobleme und Probleme beim Kauen.

Palliative Phytotherapie bei Magen-Darm-Beschwerden

Zur Behandlung dieser Symptome bedient man sich der quantitativ und systematisch erhobenen empirischen Daten, die aus Behandlungssituationen ausserhalb der Behandlung tumorkrankter Menschen gewonnen wurden und die in Analogie auf vergleichbare Situationen in der Palliativtherapie übertragen werden können. So werden bei Übelkeit und Erbrechen Zubereitungen aus Ingwerrhizom, Pfefferminzblättern und Pfefferminzöl eingesetzt.

Bei Halitosis (übler Geruch aus dem Mund) empfiehlt Saller Zubereitungen (bzw. Spülungen) aus Pfefferminzblättern, Pfefferminzöl, Kümmelfrüchten, Salbeiblättern, Salbeiöl, australischem Teebaumöl, Eucalyptusöl, Thymiankraut, Thymianöl, Myrrhe oder kanadischer Blutwurz.

Bei der Dyspepsie- und Reizdarmproblematik kommt der Beeinflussung der motorischen Aktivität und der Galle- und Pankreassaftsekretion eine grosse Bedeutung zu.

Die Magen- und Darmmotilität und die Sekretion von Galle und Pankreassaft kann mit Bitterstoffdrogen (z.B. Wermut, Enzian, Artischocke, Löwenzahn, Schafgarbe), Cholagoga (Scharfstoffdrogen), stimulierenden Laxanzen und phytotherapeutischen Kombinationen (z.B. Iberogast®) gesteigert werden. Gehemmt wird die Motilität und Sekretion dagegen mit den sogenannten Karminativa wie «warmen» Gewürzdrogen, mit

Alfred-Vogel-Preis

Auch dieses Jahr konnte an der Schweizerischen Jahrestagung für Phytotherapie wieder der Alfred-Vogel-Preis verliehen werden. Er ging an Frau Prof. Dr. Angelika Viviani, Hochschule Wädenswil, und Dr. Lukas Rist, Paracelsus-Spital Richterswil, für ihre zellbiologischen Untersuchungen von Mistel-Extrakten bezüglich der krebstötenden Wirksamkeit. In ihren Untersuchungen konnte bestätigt werden, dass der Lektin Gehalt, das Herstellungsverfahren und die Art des Wirtsbaumes die Zytotoxizität eines Mistel-Präparats beeinflussen. Interessant ist nun aber, dass es Mistel-sensitive und Mistel-resistente Zelllinien (z.T. von PatientInnen des Paracelsus-Spitals gewonnen) gibt und dass es neben den Lektinen auch noch eine weitere stark zytotoxisch wirkende Komponente geben muss. Beim lektinreichen Iscador® Qu hat man herausgefunden, dass es auf Apoptose und Entzündungswege wirkt, während das lektinarme Isador-A Gene der Zelleinbettung und des Zytoskeletts beeinflusst. Mithilfe genetischer Modelle kann nun ausgesagt werden, welcher Mistel-Extrakt zur Abtötung einer bestimmten Krebszelllinie am geeignetsten wäre. Inwieweit diese Ergebnisse nun auch auf Patienten übertragbar sind, wird Gegenstand zukünftiger Forschung sein.

tannin- und gerbstoffhaltigen Drogen und mit antiinflammatorisch wirkenden ätherischen Ölen. Mit vielen Rezepturen und detaillierten Wirkungsbeschreibungen der erwähnten Arzneipflanzen rundete Saller sein Referat ab.

Orientalische Kräuter in der onkologischen Palliativmedizin

Auch Dr. med. Günther Spahn, Klinik Susenberg, betonte, dass die Phytotherapie eine sinnvolle Ergänzung zur Behandlung von typischen Symptomen onkologischer Patienten sein kann. In seinen Ausführungen konzentrierte er sich auf Weihrauch, Myrrhe, Opium und Ingwer, die neben vielen anderen Drogen aus fernen Kontinenten Eingang in die ärztliche Therapie in Europa gefunden haben.

Der Trockenextrakt des Harzes des Weihrauchbaumes (*Boswellia serrata*) ist ein potenter Lipoxygenase-Inhibitor, der bei primären Hirntumoren und bei Hirnmetastasen zum Einsatz kommt. Es konnte gezeigt werden, dass durch die Hemmung der bei primären Hirntumoren erhöhten Lipoxygenase Apoptosevorgänge in den Tumorzellen ausgelöst werden können. Die Lipoxygenase spielt aber

auch bei anderen Krebsarten eine Rolle, sodass sich in Zukunft möglicherweise noch andere Behandlungskonzepte mit Weihrauch ergeben können. Die zunehmende Bedeutung des Weihrauchs lässt sich auch daran erkennen, dass in der nächsten Ausgabe der Europäischen Pharmakopoe eine Weihrauch-Monografie aufgelegt wird.

Der Ingwerwurzelstock (*Zingiber officinalis*) wird traditionell bei Übelkeit, Dyspepsie, rheumatoider Arthritis und Osteoarthritis eingesetzt. Ingwer wirkt unter anderem prokinetisch, cholinerg, spasmolytisch, antioxidativ, antihepatotoxisch und antiinflammatorisch. In Einzelfällen profitieren auch onkologische Patienten mit chronischer Nausea von einer Therapie mit Ingwer.

Die Opiumtinktur ist ein wirksames Antidiarrhoikum, welches bei chemotherapieinduzierter Diarrhö erfolgreich eingesetzt werden kann.

Phytotherapie bei Schleimhautentzündungen

Schleimhautentzündungen im Mund- und Rachenraum (Mukositis) zählen zu den häufigsten Nebenwirkungen einer Chemo- und Strahlentherapie. Vor allem Antimetaboliten wie 5-Fluorouracil und

Methotrexat, Anthrazykline sowie Vinca-Alkaloide und Taxane können Mukositiden auslösen, die im Extremfall jegliche orale Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme verhindern. Bei gleichzeitiger Immunsuppression und/oder Cortison-Gabe muss zusätzlich mit einem erhöhten Risiko für eine virale, bakterielle oder *Candida-albicans*-bedingte Superinfektion gerechnet werden. Daher kommt der Prophylaxe im Sinne einer guten Mund- und Zahnhygiene, inklusive Zahn-sanierung vor Chemotherapiebeginn, eine grosse Bedeutung zu.

Sowohl zur Prophylaxe als auch zur Therapie von Stomatitiden nannte Dr. med. Matthias Rostock, Klinik für Tumorbiologie, Freiburg i. Br., an erster Stelle Salbeiblätter und Kamillenblüten. Salbeiblätter wirken vor allem adstringierend, antiphlogistisch und antimikrobiell und die Kamillenblüten unter anderem antiphlogistisch, antibakteriell und fungizid. Kombiniert man beide noch mit Nelkenöl, so wird die antimikrobielle Wirkung verstärkt, und es kommt zusätzlich zu einem lokalanästhesierenden Effekt.

Adstringenzien, Mucilaginoso und Amara

Bei beginnender Mukositis werden Adstringenzien (z.B. Ratanhiawurzel) eingesetzt. Die Myrrhen-Tinktur (*Commiphora molmol*) wird – wie auch schon Spahn in seinen Ausführungen erwähnte – als Pinselung oder Mundspülung verwendet. Spahn hat mit einer Kombination von Myrrhe und einem Aloe-vera-Gel gute Erfahrungen gemacht. Bei leichten Schmerzen können Mucilaginoso, wie Isländisch Moos, Eibischwurzel, Leinsamen und Malvenblätter reizmildernd wirken. Das aus dem Fruchtfleisch gewonnene fette Öl des Sanddorns besitzt deutliche lokal schmerzstillende und wundheilungsfördernde Effekte und kann daher auch bei ausgeprägter Stomatitis mit sehr schmerzhaften aphthösen Ulzerationen eingesetzt werden. Bei Mundtrockenheit (Xerostomie) verwendet Rostock Amara (z.B. Enzianwurzel), Mucilaginoso (z.B. Eibischwurzel) oder Olivenöl mit ätherischem Öl aus der Zitronenschale (*Oleum citri*).

Phytotherapeutika in der Arzt-Patient-Partnerschaft

Professor Dr. med. Gerd Nagel, Stiftung Patientenkompetenz, erläuterte die Entwicklung der Rolle des Patienten in der Therapie in den letzten Jahrzehnten. Der Patient hat sich vom bevormundeten Patienten (bis in die Sechzigerjahre) über den informierten, den mündigen und autonomen Patienten zum heutigen kompetenten Patienten «hochgearbeitet». Kompetente Patienten wollen sich um die eigenen Angelegenheiten kümmern, durch eigenes Zutun zum günstigen Krankheitsverlauf beitragen und mit und trotz der Erkrankung ein möglichst normales Leben führen. Kurzum, sie suchen Selbst-Sicherheit, wollen Selbst-Vertrauen gewinnen und Selbst-Verantwortung übernehmen, aber sie müssen dies auch den Ärzten gegenüber klarstellen und kommunizieren. Ärzte tun sich aber mit kompetenten Patienten schwer, da ihre Kompetenz infrage gestellt wird, der Patient sich in ärztliche Angelegenheiten einmischt und der fragende Patient den geordneten Arbeitsablauf stört. Nagel fasste diese Einstellung mit den Worten

zusammen: «Ich bin doch der Arzt, die Krankheit gehört mir!»

Komplementäre Wirklichkeiten

Die Komplementärmedizin passt primär ins Weltbild der Patienten und nicht in das der Ärzte. Wenn nun aber Ärzte von sich aus beispielsweise Phytotherapeutika einsetzen, signalisieren sie damit, dass sie für die subjektiven Denkstile, Motive und Ziele des kompetenten Patienten offen sind. Phytotherapeutika sollen ja beispielsweise entgiften, Organe schützen, den Stoffwechsel anregen, allgemein kräftigen oder zur besseren Stressbewältigung beitragen. Dies sind alles subjektive Ziele und Motive der Patienten, die den Wirkungen zahlreicher Phytotherapeutika zugeordnet werden können.

Wird die subjektive Wahrnehmung des Patienten im Therapieplan berücksichtigt, wird das Arzt-Patienten-Verhältnis unterstützt, der Arzt entlastet, und der Patient übernimmt seinen Teil der Verantwortung.

Der Begriff Patientenkompetenz ist also nicht nur ein aktueller «Megatrend», son-

dern bezeichnet eine Grundhaltung, die für die Lebensqualität und den Krankheitsverlauf, die Arzt-Patienten-Kommunikation und für die Compliance entscheidend ist. ■

Dr. sc. nat. Beatrix Falch
Hochstrasse 51
8044 Zürich
Tel./Fax 044-262 65 69
E-Mail: bfalch@gmx.ch

Interessenlage: Die Autorin ist Mitglied der SMGP.

Kontaktadresse, Auskünfte und Dokumentationen:
Geschäftsstelle SMGP
Prof. Dr. sc. nat. Beat Meier
Hochschule Wädenswil
8860 Wädenswil
E-Mail: b.meier@hsw.ch

Weitere Berichte von der Jahrestagung:
www.smgp.ch

Ein Sonderheft zum Kongress erscheint in Ausgabe 1 der Zeitschrift «Phytotherapie» aus dem Rosenfluh-Verlag.
Die 22. Jahrestagung für Phytotherapie findet am 29. November 2007 statt.