

POTENZIAL DER PHYTOTHERAPEUTIKA WIRD OFTMALS UNTERSCHÄTZT

Interview mit Reinhard Saller

Die Phytotherapie kann viel mehr, als ihr oftmals zugetraut wird. Richtig eingesetzt, könnten die Vielstoffgemische den gebräuchlichen Arznei- und Pharmakotherapiebegriff deutlich erweitern, ist Reinhard Saller überzeugt. Wie das optimalerweise aussehen könnte, und was dem heute oftmals entgegensteht, erläutert der Experte im Interview.

Pink Floyd meets Edgar Allan Poe

Christine Mücke

WIR HABEN IM RAHMEN DES SCHWERPUNKTES «ALTERNativen? GEHT DOCH!» DIE PHYTOTHERAPIE DER PHARMAKOTHERAPIE GEGENÜBERGESTELLT. WAS FÄLLT IHNEN ZU DIESEN BEIDEN BEGRIFFEN EIN?

Reinhard Saller: Die Phytotherapie ist eine moderne Form der Pharmakotherapie, mit langer Tradition in verschiedenen Medizinkulturen. Bei der Pharmakotherapie gibt es gerade in den letzten 50 Jahren das Dogma, dass sie möglichst einfach sein soll; man arbeitet mit Monosubstanzen oder ganz einfachen künstlichen Kombinationen. Der Wirkstoff der Phytotherapeutika hingegen ist immer ein Vielstoffgemisch, bestimmt durch die Behandlung des Rohstoffs. Der Wirkstoff aus Johanniskraut ist sehr unterschiedlich, je nachdem, ob ich einen Tee, ein Öl oder Extrakte mit verschiedenen Alkohol-Wasser-Gemischen mache. Aber alle Wirkstoffe haben in der Regel eine Reihe von pharmakologischen Wirkungen mit unterschiedlichen Wirkmechanismen, auch als «Pleiotropie» zusammengefasst.

WAS BEDEUTET DAS IN DER PRAXIS?

Erstens: Man kann man mit diesen Vielstoffgemischen auch bei genetischen oder epigenetischen Variationen, bei denen der eine oder andere Stoffwechselweg nicht ausreichend angelegt ist, einen therapeutischen Ansatzpunkt finden. Zweitens wird durch die vorhandenen sehr niedrigen bis ausserordentlich niedrigen Konzentrationen der

Einzelkomponenten in aller Regel keine vollständige Hemmung oder Stimulation erfolgen. Und daher sind Konsequenzen sowie Häufigkeit und Schwere unerwünschter Wirkungen geringer als bei Monosubstanzen. Ausserdem haben Wirkstoffe mit Multitargetansatz in aller Regel therapeutisch ein wesentlich breiteres Anwendungsspektrum: Häufig stellt die zugelassene Indikation eines Phytotherapeutikums lediglich einen Ausschnitt des phytotherapeutischen Potenzials dar. Und wenn man die Charakteristika pharmakologischer Wirkungen betrachtet, trifft man immer wieder auf Eigenschaften, die auf ganz viele Pflanzen zutreffen: antioxidativ, antientzündlich, spasmolytisch, keimreduzierend und so weiter ... Diese systemischen Ansätze spielen derzeit bei modernen Forschungen und Anwendungen eine grosse Rolle, etwa bei den inflammatorischen Vorgängen in der Entstehung der Arteriosklerose oder bei Depressionen. Auch bei verschiedenen Demenzerkrankungen werden sie diskutiert und sind möglicherweise bedeutsamer als die Amyloidablagerungen.

WIE WÜRDEN MAN DEMNACH PHYTOTHERAPEUTIKA BESTMÖGLICH EINSETZEN?

Anders als vielfach üblich. Heute denken wir häufig erst dann an Phytoterapeutika, wenn andere Therapien nicht besonders wirksam sind. Angesichts der Breite ihrer therapeutischen Anwendungsmöglichkeiten müsste man sie jedoch bei



REINHARD SALLER

bis 2013 Direktor des Instituts für Naturheilkunde am Universitätsspital Zürich. Forschungsschwerpunkte im Bereich Arzneipflanzenforschung und Phytotherapie. Vorstandsmitglied der Schweizerischen Medizinischen Gesellschaft für Phytotherapie (SMGP), Editor bzw. Autor v.a. phytotherapeutischer Fachzeitschriften und -bücher.
reinhard.saller@usz.ch

Krankheiten, bei denen pathophysiologisch Entzündungen eine grosse Rolle spielen, schon relativ frühzeitig als systemisches Mittel mitanwenden. Und könnte aus zahlreichen Mitteln das auswählen, welches zusätzlich die Symptomkomplexheit der Krankheit eines bestimmten Patienten abdeckt – eine deutliche Erweiterung des entsprechenden Arznei- und Pharmakotherapiebegriffs.

HANDELT ES SICH DABEI EIGENTLICH UM GEGENSÄTZE?

Nicht unbedingt, eher eine gegenseitige Erweiterung, meines Erachtens könnte man die pflanzlichen «Breitbandwirkstoffe» als nicht selektive Basis verwenden und mit anderen Arzneimitteln selektiv (aus)korrigieren.

IN WELCHEN SITUATIONEN KOMMEN PHYTOTHERAPEUTIKA NICHT INFRAGE?

Etwa lebensbedrohliche Situationen, in denen ausreichende Erfahrungen damit fehlen, Leukämien, die Aufgliederung von Tumoren ... Hier haben, was Überleben und zum Teil auch Lebensqualität anbelangt, Phytotherapeutika alleine nicht die Wirkung, die notwendig wäre; deshalb sollte man derzeit die therapeutischen Präferenzen hier anders legen.

GIBT ES ALTERSGRUPPEN ODER ERKRANKUNGEN, DIE SPEZIELL FÜR EINE REIN PFLANZLICHE BEHANDLUNG ZUGÄNGLICH ODER GEEIGNET WÄREN?

Ja, Phytotherapeutika sollten von Anfang an bei Alten oder Mehrfacherkrankten mit einbezogen werden, bei denen ein Bündel von Pathophysiologien eine Rolle spielt. Bei einer Reihe von Erkrankungen wären pflanzliche Arzneimittel möglicherweise sogar allein hinreichend. Meiner Meinung nach wird ihr Potenzial unterschätzt, da es mangels Forschungsmitteln noch nicht ausreichend untersucht ist. Man merkt allerdings einen gewissen Wandel: Ihr Einbezug bei der Behandlung von Tumoren und rheumatischen Erkrankungen, die grosse Diskussion über pleiotrope Mechanismen im Zusammenhang mit Antibiotikaresistenzen ...

AUF WELCHER BASIS FALLEN DIE ENTSCHEIDUNGEN?

Zum Beispiel vor dem Hintergrund potenzieller unerwünschter Wirkungen schulmedizinischer Therapien, wie bei Demenzerkrankungen, leichten bis mittelschweren Depressionen, leichten bis mittelschweren Angst- und Panikstörungen. Auch bei Erkältungskrankheiten ist die Datenlage für Phytotherapeutika besser als für andere Medikamente – diese auch im Kindesalter häufigen Erkrankungen stellen ganz klar einen Schwerpunkt für den Einsatz pflanzlicher Arzneimittel dar. Zu guter Letzt kommen noch persönliche Präferenzen

zum Tragen: Auf Seiten der Patienten etwa Geruch, Geschmack, Aussehen ... Ebenso spielen Präferenzen und Kenntnisstand von Arzt oder Therapeut eine ganz grosse Rolle.

WIE STEHT ES MIT DER EVIDENZ?

Evidenz heisst ja eigentlich nur: Ich habe nachvollziehbare Gründe und Argumente für etwas, beziehungsweise dass etwas (überprüfbar) einsichtig ist. Das könnte man auf unterschiedliche Art belegen, für diesen Begriff der Evidenz wäre ich sehr offen. Momentan aber ist der Evidenzbegriff eingeeengt auf das Vorhandensein klinischer Studien, wobei auch noch gewisse Studientypen vorgegeben sind. Ob Studien vorliegen und wie gross diese sind, hat aber häufig wenig mit dem therapeutischen Imperativ noch mit sonstigen patientenbezogenen Gesichtspunkten zu tun, sondern mit der Verfügbarkeit von Geld oder der Frage, ob man mit dieser Forschung Karriere machen kann oder nicht.

Finanziell betrachtet hat die Phytotherapeutikaforschung in Europa momentan ein riesiges Problem, es fehlen Forschungsgelder. In Ländern wie Iran, China oder Indien, zum Teil in Südkorea und auch in Japan, in denen die Phytotherapie eine ganz andere Rolle spielt und intensiv gefördert wird, tun sich derzeit in der Forschung ganz neue Aspekte für diese Breitbandwirkstoffe auf. Da Forschung immer auch kulturell eingebunden ist, werden jedoch nicht alle diese Erkenntnisse für uns gleichermaßen relevant sein.

UND WAS HAT UNSERE FORSCHUNG ZU BIETEN?

Für einige heimische Pflanzen stehen auch bei uns ausreichend Gelder und Forschungskapazitäten zur Verfügung. Eine ausserordentlich hohe Evidenz – auch unter dem Gesichtspunkt der Anwesenheit von randomisierten klinischen Studien – gibt es etwa für Johanniskrautzubereitungen, die ganzen Mariendistel- und zum Teil auch für Ginkgoextrakte ... Wie sehr sich Erfahrungsgesichtspunkte und Forschung ergänzen, zeigt das Beispiel der Mariendistel: Diese hatte sich bei uns vor allem bei der alkoholtoxischen Leberzirrhose eingebürgert, und durch die Forschung haben sich dann weitere Anwendungsbereiche eröffnet. Und so gibt es eine ganze Reihe von Pflanzen.

Bei gesamthafter Betrachtung könnte man die Evidenzlage – im Alltag und in der Medizin – zwar immer noch verbessern, dennoch leidet die Phytotherapie nicht a priori an einem generellen Evidenzmangelsyndrom. Hingegen sollten die Massstäbe, mit denen Evidenz ermittelt und bewertet wird, dringend einmal überprüft werden.

DER HERKÖMMLICHE EVIDENZBEGRIFF

ist unzureichend, zum Beispiel weil

- weder Patient noch Arzt als Subjekt berücksichtigt werden und
- die biologische Streubreite an Dosierungen in den Studien in aller Regel nicht abgebildet werden kann.

STATTDESSEN SOLLTE

- die Individualempirie zuverlässiger gestaltet werden und
- die Aussagekraft gut gemachter Beobachtungsstudien stärker gewichtet werden, das heisst die Beobachtung dessen, was der individuelle Patient tatsächlich macht, und das in grösseren Fallzahlen.