

Klostermedizin als Komplementär der stationären neurologischen Rehabilitation: eine Machbarkeits- und Akzeptanzstudie

Neurol Rehabil 2014; 20 (2): 74 – 78
Hippocampus Verlag 2014

S. Hesse, N. Schattat, D. Krohne, C. Werner

Zusammenfassung

Fragestellung: Ist der Einsatz der Klostermedizin als komplementäres Therapieangebot während der stationären neurologischen Rehabilitation machbar und von den Patienten akzeptiert? Eine Pilotstudie sollte diese Fragen klären.

Patienten und Methode: 38 Patienten in der neurologischen stationären Rehabilitation erhielten je nach Indikation (Schlafstörungen, Depressionen, Erschöpfung, unspezifische Magen-Darm- und Atembeschwerden) und bis zum Abklingen der Beschwerden bzw. bis zum Ende des Rehabilitationsaufenthaltes eine individuelle Tee- oder Inhalationsmischung. Es wurden Gerb- und Bitterstoffe, Flavone und Saponine verwandt.

Ergebnisse: Kein Patient hat die Therapie abgebrochen, es traten keine Nebenwirkungen auf und 36 von 38 Patienten erreichten oder übertrafen ihr selbst formuliertes Ziel auf der Goal Attainment Scale.

Schlussfolgerung: Die komplementäre Heilkräutertherapie der Arbeitsgruppe Hortulus war in der neurologischen Rehabilitation einsetzbar und erfuhr eine hohe Akzeptanz bei den Patienten mit z. B. Schlafstörungen, Depressionen, Erschöpfungszuständen und unspezifischen Magen-Darm und Atembeschwerden. Ein Placeboeffekt ist ggf. zu diskutieren, weitere kontrollierte Studien sind angezeigt.

Schlüsselwörter: Komplementärmedizin, neurologische Rehabilitation, Heilkräuter

1 Medical Park Berlin, Abteilung Neurologische Rehabilitation, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Einleitung

Immer mehr Patienten wenden sich alternativen Behandlungsmethoden zu. Nach Apel und Mitarbeitern nutzten ca. zwei Drittel aller MS-Patienten komplementäre Behandlungsmethoden im Krankheitsverlauf [1], und für die englische Bevölkerung wurde eine Nutzungsrate von knapp 50 % im Laufe eines Jahres berichtet, Kräutermedizin war am häufigsten [9]. Im Vergleich zu den behandelnden Ärzten schätzten die Patienten die Wirksamkeit der Klostermedizin höher ein [4].

Als Argumente für eine sanfte Medizin führen die Patienten die Aktivierung von Selbstheilungskräften, die notwendige Wiederherstellung der Balance zwischen Körper und Seele und eine zu organspezifisch denkende Medizin an. Der Mensch sei eben mehr als die Summe seiner Einzelteile. Die neurologische Rehabilitation wird zum Teil als technisiert und zu sehr auf Intensität ausgerichtet empfunden, auch stehen viele Patienten nach Schlaganfall mit depressiver Verstimmung und Schlafstörung Antidepressiva und Schlafmitteln skeptisch gegenüber.

Aus dieser Situation heraus hat sich die Arbeitsgruppe Komplementärmedizin an der Klinik konstituiert. Mit der Akupunktur in der Therapie von muskuloskeletalen Begleitbeschwerden wie Rückenschmerzen und Gonarthrosen wurden sehr gute Erfahrungen gesammelt [6, 8], und zur Erweiterung des Angebotes hat sich die Arbeitsgruppe nun den Naturheilverfahren in Anlehnung an die Klostermedizin aus unserem Kulturkreis zugewandt.

Die Klostermedizin und ihre Heilkräuter nahmen ihren Ursprung in der Antike, erlebten eine Blüte im mittelalterlichen Kloster und bildeten die Grundlage der modernen Pharmazie. In Anlehnung an das Werk »De Cultura Hortorum« von Walahfrid Strabo, Kloster Reichenau, aus dem neunten Jahrhundert, wurde in unserer stationären Rehabilitationsklinik eine Arbeitsgruppe zur Klostermedizin mit dem Projektnamen »Hortulus« (lat. ein kleiner Garten) gegründet (www.hortulus-berlin.de). Weiterer geistiger Pate des Projekts war Bernhard von Clairvaux (1090–1153), der schon früh Spitäler gründete, in denen die Klostermedizin für die Bevölkerung zugänglich war.

Der vorliegende Artikel möchte das zu Grunde liegende Projekt »Hortulus« und erste Ergebnisse einer Pilotstudie zur komplementären Klostermedizin bei den Indikationen Depression, Schlafstörung, Erschöpfungszustände sowie unspezifische Magen-Darm- und Atembeschwerden vorstellen. Die Machbarkeit und Akzeptanz bei Patienten der stationären neurologischen Rehabilitation sollte überprüft werden.

Methodik

Patienten

Patienten der neurologischen stationären Rehabilitation nahmen teil, sie wurden im Rahmen der Visite auf das Angebot der Klostermedizin aufmerksam gemacht. Ein- und Ausschlusskriterien waren:

- Die Patienten berichteten über eine Schlafstörung und waren gegenüber der Einnahme von Hypnotika oder schlafanstoßenden Antidepressiva trotz Aufklärung skeptisch eingestellt bzw. hatten noch keine ausreichende Wirkung erfahren,
- die Patienten waren depressiv verstimmt und waren gegenüber der Einnahme von Antidepressiva (u.a. Citalopram, Mirtazapin) trotz Aufklärung skeptisch eingestellt bzw. hatten noch keine ausreichende Wirkung erfahren,
- die Patienten vermittelten einen Eindruck der Überforderung, einer inneren Unruhe und/oder eines unverhältnismäßig hohen, blockierenden Leistungsanspruch an sich selbst,
- die Patienten beklagten anhaltende diffuse Magen-Darm-, Atem oder klimakterische Beschwerden, die ärztlich abgeklärt und einer monokausalen Therapie nicht zugänglich waren,
- keine bekannten Allergien gegen die eingesetzten Kräuter,
- schriftliche Einwilligung in den Heilversuch, das Projekt war keiner Ethikkommission vorgestellt worden.

Intervention

Nach einem Beratungsgespräch mit ausführlicher Anamnese in dem einem gotischen Gewölbe nachempfundenen Klosterstübchen (Abb.1), wurde je nach Indikation und persönlicher Disposition eine individuelle Teemischung oder eine Inhalationslösung zubereitet. Verantwortlich für die Auswahl der Kräutermischung waren der ärztliche Projektleiter und eine wissenschaftliche Mitarbeiterin mit jahrelanger Erfahrung in der Klostermedizin. Sie hatte Biologie studiert und u.a. Kurse der Forschungsgruppe »Klostermedizin« der Universität Würzburg besucht.

Die in Tabelle 1 aufgeführten und je Indikation verwandten Kräuter beinhalteten Gerb- und Bitterstoffe, Flavone und Saponine; Alkaloide wurden nicht eingesetzt. Es wurden lediglich pestizidfreie, getrocknete Pflanzen verwendet, sie waren weniger wirksam

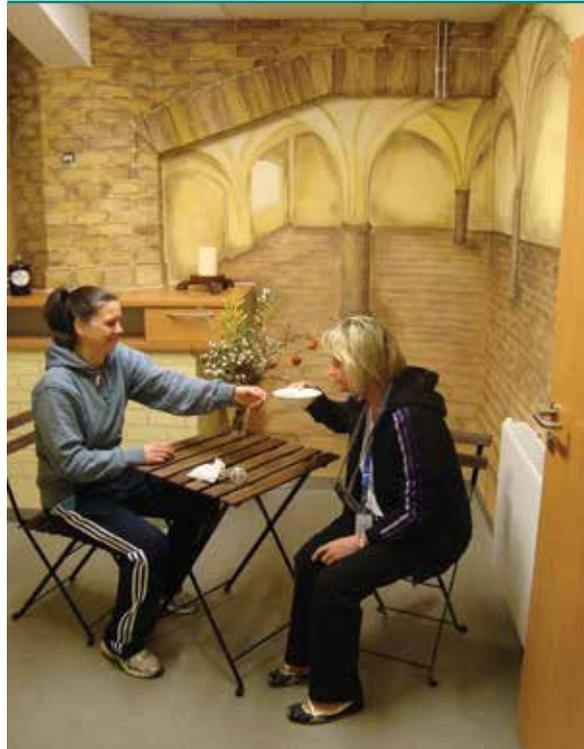


Abb. 1: Klosterstübchen

und somit besser dosier- und kontrollierbar als frische Kräuter. Ein akkreditierter Händler garantierte die Qualität der verwendeten Substanzen. Der Einsatz einer Apothekerwaage und eines Rezeptbuchs sicherte die Reproduzierbarkeit der individuellen Rezeptur.

Die Kräutermischungen wurden in einem kleinen Leinensack mit einem Tee-Ei und einem Rezept dem Patienten überreicht, die zuständigen Pflegekräfte bereiteten den Tee oder die Inhalationsmischung auf den Stationen zu. Nach einer Probephase von 2–4 Tagen

Indikation	Ingredienzien		
	Gerb- und Bitterstoffe	Flavone	Saponine
Schlafstörungen	Hopfen	Baldrian, Johanniskraut, Lavendel, Augentrost, Fenchel, Thymian	Melisse, Frauenmantel
Depression		Johanniskraut, Mutterkraut, Salbei	Melisse, Rosmarin, Nieswurz
Innere Unruhe	Hopfen, Melisse	Baldrian, Kamille, Lavendel	
Magen-Darm-erkrankungen	Beifuss, Engelwurz, Huflattich, Schafgarbe, Tausendgüldenkraut	Königskerze, Kamille, Lavendel, Vogelknöterich	Ringelblume, Spitzwegerich, Melisse
Atemwegs-erkrankungen	Engelwurz, Augentrost, Eisenkraut, Salbei	Thymian, Heublume, Fenchel, Lavendel, Vogelknöterich	Pfennigkraut, Lungenkraut
Beschwerden des Klimakteriums	Löwenzahn, Nachtkerze	Engelwurz, Baldrian, Fenchel, Heublume, Hopfen, Rosmarin, Salbei	Frauenmantel, Melisse

Tab. 1: Indikationsspezifische Auführung der eingesetzten Wirkstoffe

entschied der Patient über den Abbruch oder die Fortsetzung der Therapie, sei es bis zum Ende der stationären Rehabilitation oder bis zu ausreichend empfundener Linderung der Beschwerden, wobei eine Mindestdauer der Anwendung von zwei Wochen empfohlen wurde.

Assessment

Mittels der Goal Attainment Skala (GAS; -3 bis +2) wurde das Erreichen des jeweiligen Therapieziels gemessen. Die GAS ist eine 6-stufige Zielerreichungsskala, die überprüft, ob das individuell formulierte Therapieziel (u. a. gesunder und erholsamer Schlaf, Stimmungsaufhellung, mehr Spannkraft, geringeres Gefühl der Erschöpfung, Linderung der Magen-Darmbeschwerden) erreicht oder verfehlt wurde. Der Ausgangszustand wurde als Ist-Zustand auf der -2 vermerkt, das zu erreichende konkret formulierte Ziel wurde auf der 0 vermerkt. Nach Ende der Therapie beurteilte der Patient, inwieweit sein Ziel verfehlt oder erreicht wurde:

- 3 = verschlechterter Zustand im Vergleich zu Beginn,
- 2 = Ziel nicht erreicht, keine Veränderung,
- 1 = etwas Verbesserung, aber nicht in dem Ausmaß, wie erwartet,
- 0 = Ziel ist erreicht,
- +1 = Ziel ist erreicht und die Verbesserung ist sogar mehr als erwartet,
- +2 = Ziel ist erreicht und die Verbesserung ist deutlich höher und übertrifft alle Erwartungen.

Zusätzlich wurde mittels einer visuellen Analogskala (VAS, 0 – 10) die Schwere des jeweiligen Problems vom Patienten bewertet. 10 = schwerste vorstellbare Ausprägung und 0 bedeutete komplette Beschwerdefreiheit.

Beide Parameter (GAS und VAS) wurden jeweils zu Beginn und Ende der Therapie erhoben, das Ende der Therapie war entweder nach der Probephase oder zu einem vom Patienten bestimmten Zeitpunkt.

Ergebnisse

Bisher nahmen 38 Patienten (16 Männer, 22 Frauen) das komplementäre Angebot in Anspruch (Tabelle 2).

Parameter	
n	38
Alter	68,9 (±7,8) Jahre
Geschlecht	22 = w ; 16 = m
Diagnose	Schlaganfall = 25; SHT = 6; Querschnittspatienten = 5; MS = 2
Behandelte Indikation	
Ein- und Durchschlafstörungen	n = 12
Erschöpfungszustände	n = 9
Depressive Verstimmungen	n = 8
Atembeschwerden (Husten u. Erkältungen)	n = 6
Magen-Darmbeschwerden	n = 2
Begleiterscheinungen des Klimakteriums	n = 2

Tab. 2: Klinische Daten aller Patienten

Kein Patient hatte die Therapie nach der Probezeit abgebrochen, es traten keine Nebenwirkungen auf. Fast alle Patienten (94,5 % der insgesamt 38 Patienten) erreichten oder übertrafen ihr selbst formuliertes Ziel (Tabelle 3).

Behandelte Indikation	GAS -3 Verschlechterter Zustand im Vergleich zu Beginn	GAS -2 Ziel nicht erreicht, keine Veränderung	GAS -1 etwas Verbesserung, aber nicht in dem Ausmaß, wie erwartet	GAS 0 Ziel ist erreicht	GAS 1 Ziel ist erreicht und die Verbesserung ist sogar mehr als erwartet	GAS 2 Ziel ist erreicht und die Verbesserung ist deutlich höher und übertrifft alle Erwartungen
Ein- und Durchschlafstörungen (n=12)	0	0	1	7	3	1
Erschöpfungszustände (n=9)	0	0	0	7	1	1
Depressive Verstimmungen (n=8)	0	1	1	5	1	0
Atembeschwerden (Husten u. Erkältungen) (n=6)	0	0	0	3	1	2
Begleiterscheinungen des Klimakteriums (n=2)	0	0	0	2	0	0
Magen-Darmbeschwerden (n=2)	0	0	0	1	1	0

Tab. 3: Bewertung der Zielerreichung der Patienten mittels der Goal Attainment Scale (GAS) nach zwei Wochen Behandlung mit der individuell zusammengestellten Kräutermischung

Im Mittel war die empfundene Linderung $-5,5 (\pm 1,2)$ auf der VAS. Mehr als zwei Wochen Mindesttherapiedauer wünschten 73% aller Teilnehmer, insbesondere Patienten mit Erschöpfungszuständen, depressiven Verstimmungen sowie Ein- und Durchschlafstörungen.

Von den acht Patienten mit der Indikation depressive Verstimmung nahmen drei zeitgleich ein Antidepressivum vom SSRI- oder SNRI-Typ. Von den zwölf Patienten mit der Indikation Ein- und Durchschlafstörung nahmen lediglich zwei zeitgleich ein Schlafmittel ein.

Diskussion

Die Patienten äußerten sich zufrieden mit dem Behandlungsergebnis der Klostermedizin, 36 der 38 Patienten erreichten oder übertrafen die selbst formulierten Ziele, kein Patient hatte die Therapie nach Ende der Probezeit abgebrochen, relevante Nebenwirkungen traten nicht auf.

Eine Beurteilung der Effektivität der Therapie im Sinne der evidenzbasierten Medizin erlaubt die Untersuchung natürlich nicht. Es war keine placebokontrollierte Studie, die Auswahl der Patienten auf der Visite berücksichtigte eine aktiv angegebene oder angenommene Affinität des jeweiligen Patienten für die Heilkräutertherapie, und die Therapie war komplementär zur Rehabilitation. Lediglich die Machbarkeit und die Akzeptanz durch die Patienten können bejaht werden.

Das positive Ergebnis deckt sich nicht nur mit der jahrhundertalten guten Erfahrung zur Heilkräutertherapie, sondern auch mit der wissenschaftlichen Literatur, u. a. aus China. Mehrere kontrollierte Studien zeigten, dass Kräuter aus der chinesischen Medizin, wie z. B. Xiao Yao San, westlichen Medikamenten vergleichbare Ergebnisse in der Behandlung von depressiven Verstimmungen und Einschlafstörungen erzielte, das Nebenwirkungsprofil war günstiger [2, 12]. Die Kombination von Kräuter- und westlicher Medizin erwies sich nach einer weiteren Metaanalyse chinesischer Autoren über sieben kontrollierte Studien mit 576 Teilnehmern gegenüber der alleinigen westlichen Medizin in der Behandlung von Depressionen sogar als überlegen [7]. Auch in der vorliegenden Studie wurden bei den meisten Patienten mit der Indikation depressive Verstimmung nach Schlaganfall Kräuter mit SSRI oder SNRI kombiniert [3]. Saris et al. aus Australien identifizierten in ihrer Metaanalyse 66 randomisierte, kontrollierte Studien, die für eine Vielzahl an Kräutern in unterschiedlicher Darreichungsform einen Effekt in der Behandlung von Depressionen [10], Angststörungen und Schlafstörungen nachwiesen. Die meisten Studien fanden sich für das bekannte Johanniskraut zur Behandlung der Depression.

Trotz dieser positiven Berichte ist Vorsicht geboten. Bei Naturheilverfahren aus dem chinesischen Raum sind schädliche Nebenwirkungen in jüngster Zeit berichtet worden, und die Interaktionen gerade des Johanniskrauts mit SSRI, Hormonpräparaten und Antikoagulantien sind zu beachten. Prinzipiell sollte bei allen

Naturheilverfahren der behandelnde Arzt hinzugezogen werden, von einer Eigenmedikation ist dringend abzuraten.

Die hiesigen Apotheken bieten eine Vielzahl fertiger Teemischungen und flüssiger Pflanzenextrakte zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen an. Jedoch sind die meisten in der »Roten Liste« (49039, 49041, 49042) aufgezeigten Präparate alkohol- und zuckerhaltig. Die von uns verwendeten Teemischungen waren bewusst alkoholfrei, und die Patienten sollten auf das Süßen mit Zucker, aufgrund seiner anregenden und metabolischen Wirkung, verzichten.

Neben einer unmittelbaren Wirkung der Naturheilverfahren, wie sie die zahlreichen Metaanalysen wohl belegen, ist der Einfluss des Settings nicht zu unterschätzen. Das Projekt Hortulus und das gotische Gewölbe kontrastierten attraktiv mit einer zunehmend technisierten und auf Intensität ausgerichteten Rehabilitation, und der Wunsch nach einer tradierten Medizin aus unserem christlichen Kulturkreis scheint in einer zunehmend individualisierten und profanen Gesellschaft zuzunehmen. Auch fühlt sich der Patient durch die individuelle Beratung ernst genommen und aufgehoben. Inwiefern eine stärkere Betonung des religiösen Kontexts der Klostermedizin die Akzeptanz noch weiter steigern kann, bleibt abzuwarten.

Des weiteren muss auch ein Placeboeffekt diskutiert werden. Der Placeboeffekt eines jeden Pharmakons wird inzwischen auf 30–40 % geschätzt [5]. Eine positive Einstellung des Patienten und des Therapeuten einer Therapie gegenüber verstärken anerkanntermaßen deren Wirkung, und ein komplementärer Ansatz war intendiert. Auch haftet der nicht-invasiven Kräutermedizin kein Noceboeffekt an, sie gilt in der Bevölkerung als nebenwirkungsarm und sanft [11]. Die Autoren sehen gespannt zukünftigen kontrollierten Studien entgegen, keinesfalls war das Projekt Hortulus als eine ausschließlich geschickt inszenierte Placebobehandlung geplant.

Fazit

Zusammenfassend ist das Projekt Hortulus im klinischen Alltag einer Klinik für neurologische Rehabilitation machbar und erfuhr eine hohe Akzeptanz bei den Patienten mit Schlafstörungen, Erschöpfungszuständen und unspezifischen Magen-Darm und Atembeschwerden. Die Heilkräutertherapie in einem geeigneten Setting ist ein attraktiver Komplementär einer zunehmend technisierten und auf Intensität ausgerichteten Rehabilitation. Placebokontrollierte Studien sind angezeigt.

Literatur

1. Apel A, Greim B, König N, Zettl UK. Frequency of current utilisation of complementary and alternative medicine by patients with multiple sclerosis. *J Neurol* 2006; 253: 1331-1336.
2. Butler L, Pilkington K. Chinese herbal medicine and depression: the research evidence. *Evid Based Complement Alternat Med* 2013; 2013: 739716.
3. Dam M, Tonin P, De Boni A, Pizzolato G, Casson S, Ermani M, Freo U, Piron L, Battistin L. Effects of fluoxetine and maprotiline on functional recovery in poststroke hemiplegic patients undergoing rehabilitation therapy. *Stroke* 1996; 27: 1211-14.
4. Junaid R, Abaas M, Fatima B, Anis I, Hussain M. Attitude and practice of patients and doctors towards complementary and alternative medicine. *J Pak Med Assoc* 2012; 62(8): 865-8.
5. Kaňovský P, Slawek J, Denes Z, Platz T, Comes G, Grafe S, Pulte I. Efficacy and safety of treatment with incobotulinum toxin A (botulinum neurotoxin type A free from complexing proteins; NT 201) in post-stroke upper limb spasticity. *J Rehabil Med* 2011; 43: 486-92.
6. Kong JC, Lee MS, Shin BC, Song YS, Ernst E. Acupuncture for functional recovery after stroke: a systematic review of sham-controlled randomized clinical trials. *CMAJ* 2010; 185: 1723-29.
7. Kou MJ, Chen JX. Integrated traditional and Western medicine for treatment of depression based on syndrome differentiation: a meta-analysis of randomized controlled trials based on the Hamilton depression scale. *J Tradit Chin Med* 2012; 32: 1-5.
8. Molsberger AF, Streitberger K, Kraemer J, Brittinger CS, Witte S, Boewing G, Haake M. Designing an acupuncture study: II. The nationwide, randomized, controlled German acupuncture trials on low-back pain and gonarthrosis. *J Altern Complement Med* 2006; 12: 733-72.
9. Posadzki P, Watson LK, Alotaibi A, Ernst E. Prevalence of use of complementary and alternative medicine (CAM) by patients/consumers in the UK: systematic review of surveys. *Clin Med* 2013; 13: 126-131.
10. Sarris J, Panossian A, Schweitzer I, Stough C, Scholey A. Herbal medicine for depression, anxiety and insomnia: a review of psychopharmacology and clinical evidence. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21: 841-60.
11. Schmicke C. Kräuter sind oft wichtiger als Nadeln. *Naturheilkunde* 2004; 7: 24-26.
12. Yeung WF, Chung KF, Poon MM, Ho FY, Zhang SP, Zhang ZJ, Ziea ET, Wong VT. Chinese herbal medicine for insomnia: a systematic review of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev* 2012; 16(6): 497-507.

Interessenvermerk

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Stefan Hesse
Medical Park Berlin Humboldtmühle
An der Mühle 2 – 9
13507 Berlin
E-mail: s.hesse@medicalpark.de