

Jahrgang 20

Nummer 2/1998

Olanzapin (A. Frei)	5
Wie andere atypische Neuroleptika ist Olanzapin mindestens so wirksam wie Haloperidol, verursacht aber weniger extrapyramidale Nebenwirkungen. Olanzapin führt oft zu Gewichtszunahme und Somnolenz.	
Hat uns Dr. Weil etwas zu sagen? (E. Gysling)	7

Synopsis

Olanzapin

A. Frei

Olanzapin (Zyprexa®) ist ein neues Neuroleptikum, das zur Behandlung der Schizophrenie empfohlen wird.

Chemie/Pharmakologie

Wie Risperidon (Risperdal®) und Sertindol (Serdolect®) gehört Olanzapin zur Gruppe der *atypischen Neuroleptika*. Chemisch ist es ein Thienobenzodiazepin, eng verwandt mit Clozapin (Leponex®), dem Prototyp dieser Arzneimittelgruppe. Atypische Neuroleptika entfalten ihre Wirkung nicht nur – wie Haloperidol (Haldol® u.a.) – über die Blockade des Dopamin-D₂-, sondern vor allem über eine Blockade des serotoninen 5HT₂-Rezeptors. Die Blockade der dopaminergen Übertragung wird für die extrapyramidalen Nebenwirkungen der Neuroleptika verantwortlich gemacht, welche die Patienten in ihrer Lebensqualität stark einschränken.¹ Atypische Neuroleptika sollen auch bei Patienten, die auf sogenannte klassische Neuroleptika nicht angesprochen haben, wirksam sein. Ausserdem sollen sie eine grössere Wirksamkeit in der Behandlung der sogenannten *Negativsymptomatik* der Schizophrenie (Apathie, sozialer Rückzug u.a.) zeigen und die Prolaktin-Plasmaspiegel nicht wesentlich erhöhen.² Allerdings ist die Bindung von Olanzapin an den D₂-Rezeptor dosisabhängig höher als diejenige von Clozapin und etwa gleich stark wie diejenige von Risperidon.³

Pharmakokinetik

Etwa 5 bis 8 Stunden nach oraler Gabe von Olanzapin werden maximale Plasmaspiegel erreicht; die Resorption wird durch Mahlzeiten nicht beeinflusst. Olanzapin wird in der Leber durch Zytochrome extensiv metabolisiert, die Metaboliten scheinen pharmakologisch inaktiv zu sein. Die Plasmahalbwertszeit beträgt bei jungen Leuten im Mittel etwa 35 Stunden. Bei Frauen und bei älteren Personen ist die Halbwertszeit länger; sie beträgt bei Gesunden über 65 Jahren bis zu 55 Stunden. Bei Rauchern ist die

Halbwertszeit dagegen verkürzt.⁴ Etwa die Hälfte einer Dosis wird, vorwiegend in Form von Metaboliten, mit dem Urin ausgeschieden.

Klinische Studien

In einer sechswöchigen Doppelblindstudie sind Olanzapin 1 mg/Tag, Olanzapin 10 mg/Tag und Placebo miteinander verglichen worden. 152 Männer und Frauen mit einer chronischen Schizophrenie wurden aufgenommen. Der Erfolg der Behandlung wurde mit drei *psychiatrischen Bewertungsskalen* (siehe Tabelle 1), nämlich mit BPRS, CGI und PANSS beurteilt. Extrapyramidale Symptome wurden mit der AIMS (siehe Tabelle 1), der Simpson-Angus-Skala sowie der Barnes-Angus-Akathisia-Skala erfasst. Mit einer *Tagesdosis von 10 mg Olanzapin* wurden auf allen Bewertungsskalen statistisch signifikant bessere Resultate als mit Placebo erreicht. Dagegen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Olanzapin 1 mg/Tag und Placebo. Keine Unterschiede zwischen den Gruppen zeigte sich auf den drei Skalen zur Bewertung extrapyramidaler Symptome.²

Olanzapin ist in *drei internationalen Doppelblindstudien* mit *Haloperidol* verglichen worden. In diese Studien wurden stationäre und ambulante Patienten beiderlei Geschlechts im Alter zwischen 18 und 65 Jahren aufgenommen. Die meisten hatten eine chronisch verlaufende, paranoide Schizophrenie; daneben wurden auch einige Personen mit schizophreiformen oder schizoaffektiven Störungen behandelt.

In die grösste dieser sechswöchigen Studien wurden 1996 Patienten aufgenommen, deren Erkrankung gemäss BPRS als *mittelschwer* eingestuft werden konnte. 1336 Personen erhielten Olanzapin und

Tabelle 1: Psychiatrische Bewertungsskalen

Psychotische Symptome:

Brief Psychiatric Rating Scale = BPRS

Clinical Global Impression = CGI

Positive and Negative Syndrome Scale = PANSS

Montgomery Asberg Depression Rating Scale = MADRS

Scale for the Assessment of Negative Symptoms = SANS

Extrapyramidale Symptome:

Assessment of Involuntary Movement Scale = AIMS

Simpson Angus Scale

Barnes Angus Akathisia Scale

660 Haloperidol. Die Tagesdosis beider Medikamente betrug initial 5 mg; sie konnte in wöchentlichen Schritten von 5 mg bis auf maximal 20 mg/Tag erhöht oder allenfalls wieder bis auf ein Minimum von 5 mg/Tag reduziert werden. Neben BPRS, PANSS und CGI wurde auch die MADRS (siehe Tabelle 1) als Beurteilungsinstrument verwendet. Aus der Haloperidol-Gruppe verblieben signifikant weniger Patienten (47%) als aus der Olanzapin-Gruppe (66%) bis zum Ende in der Studie. Die mittlere Dosis betrug 13,2 mg/Tag für Olanzapin und 11,8 mg/Tag für Haloperidol. Am Studienende zeigte sich auf allen vier erwähnten Skalen eine signifikante Überlegenheit von Olanzapin gegenüber Haloperidol. Schon nach vier Wochen waren die Unterschiede zwischen den Gruppen auf der BPRS und in der PANSS-Untergruppe «negative Symptome» signifikant.⁵

Zwei weitere, kleinere Doppelblindstudien dauerten ebenfalls sechs Wochen. In der einen wurden 335 hospitalisierte, vorwiegend männliche Schizophrene mit schwerer *negativer Symptomatik* behandelt. Gegenüber Placebo waren in dieser Studie Haloperidol (mittlere Tagesdosis 16,4 mg) und Tagesdosen von 10 oder 15 mg Olanzapin gemäss BPRS-Gesamtwert und BPRS-Positivsymptombewertung signifikant besser. Negative Symptome wurden von der höchsten Olanzapindosis (15 mg/Tag) besser beeinflusst als von Haloperidol.⁶ In der anderen Studie wurden Olanzapin-Tagesdosen zwischen 1 und 15 mg bei 431 Patienten mit chronischer Schizophrenie mit Haloperidol (10-20 mg/Tag) verglichen. Im Vergleich mit 1 mg/Tag hatte die höchste Olanzapindosis eine signifikant stärkere Verbesserung der BPRS-, CGI- und PANSS-Werte zur Folge. Extrapyramidale Symptome waren in den Olanzapin-Gruppen weniger häufig als unter Haloperidol.⁷

Ein Teil der in diesen drei Akutstudien erfolgreich Behandelten wurde anschliessend in eine *längere Doppelblindphase* aufgenommen, die zwischen 16 und 78 Wochen (meistens etwa 46 Wochen) dauerte. Die *gepoolten Daten* zeigen, dass 627 Patienten mit durchschnittlich 13,6 mg Olanzapin und 180 Patienten mit 13,5 mg Haloperidol/Tag behandelt worden sind. Rund 36% der Olanzapin- und rund 39% der Haloperidol-Gruppe beendeten die Studie aus verschiedenen Gründen (Nebenwirkungen, ungenügende Wirkung usw.) vorzeitig. Während der Langzeittherapie kam es bei 14% der mit Olanzapin und (nicht-signifikant häufiger) bei 19% der mit Haloperidol Behandelten zu einem Rezidiv mit Spitalbedürftigkeit. Eine Berechnung des Rezidivrisikos mit statistischen Methoden, die auch die *Zeit* bis zum Rezidiv berücksichtigen, zeigt dagegen einen signifikanten Vorteil von Olanzapin.⁸

In einer weiteren Doppelblindstudie ist Olanzapin mit *Risperidon*, einem anderen atypischen Neuroleptikum, verglichen worden. 339 Patienten mit Schizophrenie erhielten 4 bis 12 mg Risperidon oder 10 bis 20 mg Olanzapin täglich. Rund die Hälfte beider Gruppen befand sich nach 28 Wochen noch in der Studie. Gemessen an den Veränderungen der verschiedenen Skalenwerte (BPRS; PANSS total, positiv und negativ; SANS; CGI) erwiesen sich beide Präparate als wirksam. Negative Symptome wurden gemäss SANS durch Olanzapin signifikant besser als durch Risperidon beeinflusst. Eine mehr als 40%ige Besserung des PANSS-Wertes erreichten 37% der Patienten unter Olanzapin, jedoch nur 27% unter Risperidon. Mit Risperidon Behandelte nahmen zudem mehr Anticholinergika. Andererseits war die durchschnittliche Gewichtszunahme unter Olanzapin (4,1 kg) signifikant grösser als unter Risperidon (2,3 kg).⁹

Unerwünschte Wirkungen

Die nach bisherigem Wissen wichtigsten unerwünschten Wirkungen von Olanzapin sind die *Gewichtszunahme* und *Somnolenz*. Besonders unter höheren Olanzapindosen (15 mg/Tag) kann das Körpergewicht innerhalb weniger Wochen stark zunehmen (durchschnittlich 3 bis 4 kg), signifikant mehr als z.B. unter Haloperidol oder Risperidon. Auch die Somnolenz ist teilweise dosisabhängig und wird bei bis zu 40% der Behandelten beobachtet. Andere zentralnervöse Symptome (Erregtheit, Asthenie, Nervosität, Kopfschmerzen, Schwindel) sind weniger häufig. Extrapyramidale Symptome sind unter Olanzapin seltener als unter Haloperidol; es ist nicht gesichert, dass in dieser Hinsicht nennenswerte Unterschiede zu anderen atypischen Neuroleptika bestehen. Gastrointestinale Symptome (Obstipation, Xerostomie, Dyspepsie) kommen bei 5 bis 15% der Behandelten vor.

Olanzapin führt bei rund 10% der Behandelten zum Anstieg der Transaminasen, seltener auch zu einem leichten Anstieg des Pro-laktinspiegels. Trotz der Verwandtschaft mit Clozapin ist bisher unter Olanzapin keine Agranulozytose beobachtet worden.⁴ Bisher ist ein Fall einer tödlichen Überdosierung mit Olanzapin bekannt geworden.¹⁰

Interaktionen

Andere zentral dämpfende Medikamente oder Alkohol können die sedierende Wirkung von Olanzapin verstärken. Olanzapin kann möglicherweise die Wirkungen von Levodopa (in Madopar[®] u.a.) und von Dopaminagonisten antagonisieren. Olanzapin ist zwar Substrat von verschiedenen hepatischen Zytochromen (CYP1A2, CYP2D6), scheint jedoch keines dieser Enzyme zu hemmen und sollte deshalb den Metabolismus anderer Arzneimittel nicht beeinflussen.

Dosierung, Verabreichung, Kosten

Olanzapin (Zyprexa[®]) ist kassenzulässig und als Filmtabletten zu 5 und zu 10 mg erhältlich. Das Mittel wird einmal täglich verabreicht. Es wird empfohlen, mit einer Dosis von 10 mg/Tag zu beginnen; bei älteren Personen und möglicherweise auch bei Frauen wird besser mit 5 mg/Tag begonnen. Zu einer Dosisreduktion wird auch bei eingeschränkter Leberfunktion geraten; bei Niereninsuffizienz ist keine Dosisanpassung notwendig. Eine Erhöhung auf 15 mg oder mehr soll frühestens nach vier Tagen erfolgen. Erfahrungen zur Behandlung von Schwangeren, in der Stillzeit oder bei unter 18jährigen liegen nicht vor.

In einer Dosierung von 5 bis 20 mg/Tag kostet Olanzapin CHF 200.- bis 657.- pro Monat. Andere atypische Neuroleptika sind deutlich billiger; die monatlichen Kosten üblicher Maximaldosen liegen zwischen CHF 226.- (Clozapin 400 mg/Tag) und rund CHF 370.- (Risperidon, Sertindol). Haloperidol (Haldol[®], 10 mg/Tag) kostet nur CHF 46.- pro Monat.

Kommentar

Olanzapin besitzt bei positiven Symptomen eine gleichwertige Wirkung wie Haloperidol, ist diesem aber bei negativen Symptomen überlegen und weist weniger extrapyramidale Nebenwirkungen auf. Das Medikament erscheint deshalb zunächst vielversprechend. Was aber die Compliance betrifft, so ist das Fazit der gepoolten Daten von Langzeitstudien eher ernüchternd.⁸ Keinesfalls kann der gegenüber Haloperidol exorbitant

hohe Preis durch eine nennenswerte Kosteneinsparung dank verhinderter Hospitalisierungen gerechtfertigt werden. Zudem fehlen auch Vergleichsstudien mit Depotapplikationen konventioneller Neuroleptika. Positiv zu vermerken ist, dass Olanzapin – mit Ausnahme der für die Patienten sehr lästigen Gewichtszunahme – bisher nicht durch bedrohliche unerwünschte Wirkungen aufgefallen ist. Noch fehlen Daten über die Anwendung von Olanzapin bei Erstmanifestation einer Schizophrenie. Wie bei anderen atypischen Neuroleptika gibt es keine injizierbare Form und kein Depot-Präparat, was die Anwendung dieser Arzneimittel bei einer zahlenmässig kleinen, aber dennoch bedeutsamen Gruppe erschwert, nämlich bei gewalttätigen Schizophrenen.¹¹

Literatur

- 1 Liebermann JA. J Psychiatry 1996; 57 (Suppl. 11): 68-71
- 2 Beasley CM et al. Psychopharmacology 1995; 124: 159-67
- 3 Kapur S et al. Am J Psychiatry 155: 921-8
- 4 Fulton B, Goa KL. Drugs 1997; 52: 281-95
- 5 Tollefson GD et al. Am J Psychiatry 1997; 154: 457-64
- 6 Beasley CM et al. Neuropsychopharmacology 1996; 14: 111-23
- 7 Beasley CM et al. Eur Neuropsychopharmacol 1997; 7: 125-37
- 8 Tran PV et al. Br J Psychiatry 1998; 172: 499-505
- 9 Tran PV et al. J Clin Psychopharmacol 1997; 17: 407-18
- 10 Elian AA. Forens Sci Int 1998; 91: 231-5
- 11 Anon. Br J Psychiatry 1996; 169 (Suppl. 31): 21-30

ceterum censeo

Hat uns Dr. Weil etwas zu sagen?

Schon seit rund zwei Jahren erhalte ich jede Woche Post von Dr. Weil, elektronische Post zwar, aber lesenswerte Post auf jeden Fall.¹ Dr. Weil ist in der Schweiz nicht vielen bekannt. Er ist meines Wissens der wichtigste Exponent einer Medizin, die sich als «integrativ» bezeichnet. Obwohl er von Kalifornien aus für Nordamerikaner schreibt (und auch auf dem ganzen Kontinent Vorträge hält), könnten viele seiner «Rezepte» auch in Europa erfolgreich angewandt werden. Ich möchte im folgenden auf einige Weil'sche Maximen eingehen und Unterschiede zur sogenannten Komplementärmedizin in Europa aufzeigen.

In den letzten Jahren hat ja die Bedeutung nicht-konventioneller medizinischer Verfahren weltweit zugenommen. Dabei ist es nicht so, dass die wissenschaftlich fundierte Medizin weniger in Anspruch genommen würde, im Gegenteil. Viele Leute empfinden jedoch ein gewisses Malaise gegenüber der pharmazeutisch («chemisch») dominierten Medizin und lassen sich bei geringfügigen Gesundheitsproblemen gerne mit Methoden behandeln, die sie als natürlicher einschätzen. Dass sich diese Methoden selten auf wissenschaftliche Evidenz stützen können, ist solange belanglos, als dabei nicht wirklich bedeutsame Massnahmen verpasst werden. Oft scheint es, dass sich die Kluft zwischen komplementärer und konventioneller Medizin kaum überbrücken liesse. Es genügt zum Beispiel nachzulesen, in welcher Weise ich vor ein paar Jahren von Exponentinnen und Exponenten der Komplementärmedizin attackiert wurde, als ich wagte, gewisse Zweifel anzumelden.²

Die «integrative» Medizin versucht dagegen, Elemente aus beiden medizinischen Lagern zusammenzufassen. So ist es offensichtlich Weils wichtigstes Anliegen, Präventivmedizin mit möglichst natürlichen Mitteln durchzuführen. Sein Buch «Eight weeks to optimum health» ist in den USA nicht vergebens ein Bestseller.³ In diesem Buch beschreibt Weil in erster Linie relativ einfache Massnahmen, die nach seiner Auffassung Wohlbefinden und Lebenserwartung verbessern sollen. Wir sind vielleicht der Meinung, Amerikaner lebten weniger gesund als wir Europäer und hätten daher diese Art von Instruktion nötiger als wir. Anhand einiger Beispiele lässt sich jedoch erkennen, dass die Weil'schen Ermahnungen auch bei uns durchaus Berechtigung haben. Dass sich im übrigen Weil in der Rolle eines alternativmedizinischen Gurus gefällt, mag bei uns Opposition wecken, trägt aber in den USA wahrscheinlich zu seinem Erfolg bei.

Das Kapitel, mit dem er sein 8-Wochen-Büchlein beginnt, ist mit seiner wohl wichtigsten Maxime überschrieben: «People can change». Genau das ist es ja, was die Präventivmedizin eigentlich erreichen möchte. Nur wenn es gelingt, dass Leute gesundheits-schädigende Gewohnheiten aufgeben und sich angewöhnen, sich so zu verhalten, dass ihre natürlichen Reserven erhalten bleiben, ist Präventivmedizin erfolgreich. Was Weil seinen Leserinnen und Lesern in «acht Wochen zu optimaler Gesundheit» an Änderungen vorschlägt, ist bemerkenswert anspruchsvoll, vielfältig – und weitgehend mit den Erkenntnissen der «gewöhnlichen» Schulmedizin übereinstimmend. So fordert er unter anderem Nichtrauchen (selbstverständlich), eine bessere Trinkwasserqualität, regelmässige körperliche Aktivität, Schutz vor übermässiger Sonnenbestrahlung, genügend Zeit zur Entspannung und zur Freude am Leben. Im weiteren geht er auf eine Reihe von aktuellen «gesundheitlichen» Einzelfragen ein.

Das Schwergewicht seiner Empfehlungen liegt aber meines Erachtens im Bereich der Ernährung. Vielleicht hätte «unser» Dr. Bircher, wenn er in der heutigen Zeit lebte, ähnliche Ratschläge formuliert. Die meisten Schweizerinnen und Schweizer müssten aber ihre Ernährung massiv reformieren, wenn sie sich an Dr. Weils Rezepte halten wollten. So rät er gänzlich davon ab, Fleisch (mit Ausnahme von Fisch) zu essen. Auch Milchprodukte kommen – zweifellos mit Rücksicht auf ihren Cholesteringehalt – nicht gut weg. Allerdings schreibt er, es sei auf alle Fälle besser, mit dem Brot eine kleine Menge Butter zu essen als das völlig unnatürliche, chemisch manipulierte Produkt namens Margarine zu sich zu nehmen. In seiner Empfehlung, viel Gemüse und viele Früchte zu essen, stimmt er einmal mehr durchaus mit den heutigen Erkenntnissen der wissenschaftlich orientierten Medizin überein. Man darf sich nicht daran stören, dass er offenbar eine Art Broccoli-Tic hat und selbst gar nicht genug von diesem Gemüse bekommen kann. Daneben empfiehlt er noch eine Vielzahl von weiteren Gemüsen (notabene: wenn immer möglich Biogemüse!), zu denen oft auch attraktive Kochrezepte angegeben werden. Dies ist vielleicht eine der überzeugendsten Qualitäten des 8-Wochen-Büchleins: es wird nicht einfach doziert, sondern man gewinnt den Eindruck, es stecke jemand hinter dem Text, der sich z.B. an gutem Essen richtig freuen kann. Ich könnte mir vorstellen, dass dies ein Element darstellt, das dazu beiträgt, dass viele mindestens einmal den Versuch machen, «gesünder» zu essen. Was im Buch kaum zum Ausdruck kommt, aber in den Internet-Briefen sehr oft durchschimmert: es handelt sich bei Dr. Weil um einen Menschen, der zwar von seinen Konzepten überzeugt ist, aber auch einmal fünf gerade lassen

kann. So schrieb er einmal, er halte es keineswegs für dramatisch, wenn man ausnahmsweise einmal seine Ernährungsregeln nicht einhalte, er tue dies auch nicht immer.

Sehr viele Elemente der Weil'schen Ernährung basieren auf Untersuchungen, die uns zwar keine «harten» Evidenzdaten liefern, aber denen doch eine hohe Aussagekraft zukommt. So gibt es ja tatsächlich gute Indizien, dass eine überwiegend vegetarische Ernährung lebensverlängernd wirkt. Auch für andere Diätbestandteile wie Fisch, Sojaprodukte, grünen Tee usw. gibt es allmählich überzeugende Argumente. Dass unsere Ernährungsweise bedeutsame gesundheitliche Konsequenzen hat, ist heute wohl unbestritten. Die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und von vielen Krebsformen ist mit grösster Wahrscheinlichkeit von Nahrungsfaktoren beeinflusst.^{4,5} In der Medizin, die wir praktizieren, sprechen wir zwar mit einzelnen Kranken über spezifische Diäten, jedoch kaum je allgemein von der Ernährung. Dr. Weil tut es, mit Überzeugung und ausführlicher Genauigkeit.

Instruktionen für das *körperliche Training* beanspruchen im Buch weniger Platz als die Kochrezepte. Das liegt nicht daran, dass sie weniger wichtig wären, sondern hat damit zu tun, dass sie eben sehr einfach sind. Da wird kein anspruchsvoller Sport propagiert; Fitnesszentren sind nicht nutzlos, aber auch nicht notwendig. Zwei Prinzipien werden propagiert, die bei jeder möglichen Gelegenheit in die Tat umgesetzt werden sollen: *Stretching* und *Walking*. So schlägt Weil vor, in jeder der acht Wochen etwas länger zu gehen und daraus eine ständige Gewohnheit zu machen. Er hat zweifellos recht, wenn er gewöhnliches Gehen als ideale Aktivitätsform bis in hohe Alter propagiert. An diesen Empfehlungen ist – ähnlich wie bei vielen seiner Ernährungsregeln – bemerkenswert, dass sie sich praktisch ohne zusätzliche Kosten realisieren lassen und auch kein spezielles Können erfordern.

Besondere Aufmerksamkeit widmet Weil auch der *Atmung*. Er empfiehlt, täglich einfache Atemübungen durchzuführen, z.B. während fünf Minuten Ein- und Ausatmung bewusst zu beobachten. Für Weil eröffnen solche Übungen den Zugang zu körpereigenen Kräften, die für die Gesundheit bedeutsam sein sollen. Lebenswert sind auch die Weil'schen Aussagen zu den Möglichkeiten, den *Schlaf* zu verbessern. Auch hier geht es nicht um komplizierte Anweisungen. Vielmehr handelt es sich um durchaus sinnvolle Ratschläge, wie Lärmeinflüsse, pharmakologische Einwirkungen usw. ausgeschaltet werden könnten.

«Wenn Ihnen meine Empfehlungen, sich an Blumen, Gärten, Musik und Kunst zu freuen, Schwierigkeiten machen, so kann ich Ihnen nicht helfen. Je mehr Sie diese Einflüsse auf Ihr Leben einwirken lassen, desto glücklicher und gesünder werden Sie sein.» Diese typisch Weil'sche, schon etwas missionarisch anmutende Aussage illustriert seine Bemühung, Menschen als Ganzes zu verstehen. Wiederholt empfiehlt er auch, einmal für einen Tag auf die «News» zu verzichten. Die kontinuierliche Berieselung mit immer wieder neuen, in vielen Fällen für das Individuum weitgehend irrelevanten Meldungen sei nämlich geeignet, das psychische Gleichgewicht empfindlich zu stören. (Das hielt ihn andererseits keineswegs davon ab, in einem der neueren Briefe ausdrücklich auf das unermessliche Unglück der vom Wirbelsturm Mitch betroffenen Menschen in Honduras und Nicaragua und auf die Notwendigkeit von Hilfeleistung hinzuweisen.)

Im Gegensatz zu vielen Vertreterinnen und Vertretern der Komplementärmedizin in Europa erhebt aber Weil nicht zu Unrecht den Anspruch, eine Integration anzustreben. Bei ihm geht es nicht

darum, eine bestimmte Methode – Akupunktur, Homöopathie oder was auch immer – als *die* Methode darzustellen. Er bemüht sich vielmehr, Türen für die verschiedensten Einflüsse zu öffnen und wirkt dabei in den seltensten Fällen apodiktisch.

Am wenigsten überzeugend ist Weil, wenn er Empfehlungen zu *Supplementen* (Vitamin C und E, Beta-Carotin, Selen) macht. Zwar trifft es zu, dass man heute eine vorteilhafte Wirkung z.B. hoher Dosen bestimmter Vitamine *vermuten* kann. Nachgewiesen ist diese Wirkung jedoch noch nicht überzeugend. So würde ich von einem kritisch denkenden Dr. Weil erwarten, dass er dies auch zum Ausdruck bringt, wenn er sagt, er selbst nehme diese Supplemente und empfehle sie auch anderen. Auch was er zu «Tonika» wie Ginseng, Astragalus, Cordyceps u.ä. sagt, geht deutlich über das hinaus, was sich heute vernünftigerweise vertreten lässt. Immerhin merkt er an, die Einnahme von Supplementen dispensiere keineswegs davon, regelmässig viel Früchte und Gemüse zu essen. Ein Minimum an Vorbehalten bringt er auch zu den Tonika an. Ein Beispiel: «Of course, serious clinical trials need to be conducted, but in the meantime, ashwagandha is nontoxic, affordable, and available for use». So dürfte man nicht schreiben, wenn man ganz glaubwürdig bleiben will. Besser ist es aber immer noch, als was uns von der Pharmaindustrie im Kontext mit Tonika vorgelegt wird. So bestehen doch auch erhebliche Zweifel, ob z.B. Dynamisan® forte tatsächlich «Leistungsfähigkeit, Wohlbefinden, Gedächtnis und Merkfähigkeit» verbessert.

Das 8-Wochen-Programm ist also nicht in jeder Hinsicht optimal, enthält aber so viele gute Anregungen, dass die wenigen Schwächen nicht ins Gewicht fallen. Es zeigt, wie sich aus den Wurzeln von alternativer Medizin und wissenschaftlich fundierter Präventivmedizin ein ansprechendes Ganzes bilden lässt, das eigentlich auch für Europa vorbildlich sein könnte.

Etzel Gysling

- 1 <http://cgi.pathfinder.com/drweil/bulletin/>
- 2 pharma-kritik 1992; 14: 25-32
- 3 Weil A. Eight Weeks to Optimum Health. 1997; New York: Ballantine Publishing Group
- 4 De Lorgeril M et al. J Am Coll Cardiol 1996; 28: 1103-8
- 5 World Cancer Research Fund. Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. 1997; Washington: American Institute of Cancer Research

Mitarbeiter dieser Ausgabe:

Dr. A. Frei, Psychiatrische Universitätsklinik, CH-4025 Basel

Diese Nummer wurde am 17. November 1998 redaktionell abgeschlossen.

pharma-kritik

Internet-Adresse: <http://www.infomed.org>

Herausgegeben von Etzel Gysling (Wil)
unter Mitarbeit von Renato Galeazzi (St. Gallen) & Urs A. Meyer (Basel)
Redaktionsassistent: Thomas Koch, Katharina Spanaus, Thomas Weissenbach
Verlagsmitarbeiterin: Judith Künzler
Bezugspreise: Jahresabonnement Fr. 98.- (Studierende Fr. 49.-),
Zweijahresabonnement Fr. 182.-, Einzelnummer Fr. 7.-
Infomed-Verlags-AG, Postfach 528, 9501 Wil
Telefon (071) 910 08 66, Telefax (071) 910 08 77, e-mail: infomed@infomed.org
© 1998 Etzel Gysling Wil. All rights reserved.