

### Präambel

#### Definition

*Unkonventionelle Therapien* sind alle Verfahren, die als nicht anerkannt und/oder überprüft gelten. *Komplementärmedizinische Verfahren* (z. B. Homöopathie, Naturheilverfahren, traditionelle chinesische Medizin [TCM] inklusive Akupunktur, anthroposophische Therapieverfahren und ayurvedische Medizin) werden als Ergänzung zu konventionellen Standardtherapien angewendet.

Verfahren, die die konventionellen Standardtherapien ausschließen, werden als *alternative Therapieverfahren* bezeichnet.

#### Erläuterung

Die Definition wurde während der Konsensuskonferenz 1999 zum Verständnis der unterschiedlichen Begriffe beschlossen und wird entsprechend in der Literatur verwendet [1].

#### Methodik

Methodik und Fragestellung bestimmen gemäß CONSORT-Konsens die Bewertung einer Evidence-Based-Medicine-(EBM-)Hierarchisierung. Dies ist bei der Bewertung komplementärmedizinischer Literatur zu berücksichtigen.

#### Erläuterung

Einige komplementäre Therapieverfahren beziehen sich auf das salutogenetische Potenzial des Patienten und schließen die Arzt-

Patienten-Beziehung als Wirkprinzip ein. Ein Randomised-Controlled-Trial-(RCT-)Studiendesign ist daher nicht immer durchführbar und bei einer EBM-Hierarchisierung zu berücksichtigen [2, 3].

#### Indikationen

##### Empfehlung

Entsprechend der in der Präambel genannten Definition sind alle alternativen Therapieverfahren abzulehnen, da sie die konventionellen Standardtherapien ausschließen (A).

#### Häufigkeit der Anwendung

##### Aussage

Mindestens die Hälfte der CED-Patienten wendet komplementäre Heilmethoden an. Unzufriedenheit mit der konventionellen Therapie, (relatives) Therapieversagen, Ängste und subjektiver Benefit (durch komplementärmedizinische Verfahren) werden als häufigste Gründe für die Anwendung komplementärmedizinischer Verfahren beschrieben. Ein ähnlich hoher Gebrauch unkonventioneller Therapieverfahren findet sich bei Kindern mit CU.

##### Empfehlung

Patienten sollten daher über die Anwendung komplementärer Heilmethoden befragt werden (B).

#### Institutsangaben

<sup>1</sup> Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Klinik für anthroposophisch erweiterte Heilkunst, Berlin, Germany

<sup>2</sup> Universität Wien, Universitätsklinik für Innere Medizin IV, Wien, Austria

<sup>3</sup> Universität zu Lübeck, Medizinische Klinik II, Lübeck, Germany

#### Korrespondenzadresse

Dr. H. Matthes · Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Klinik für anthroposophisch erweiterte Heilkunst · Kladower Damm 221 · 14089 Berlin · Germany · Tel.: ++49/30/36501343 · Fax: ++49/30/36501455 · E-mail: hmatthes@havelhoehe.de

#### Bibliografie

**Erläuterung**

Die Experten schätzen den Gebrauch unkonventioneller Methoden bei Patienten mit CU realistisch und im Einklang mit der Literatur ein [4–9].

Die Mehrheit der Experten weiß um das Verschweigen des Gebrauchs unkonventioneller Methoden durch die Patienten gegenüber dem behandelnden Facharzt. Patienten sollten in einer nicht wertenden Weise darüber befragt werden, um die Beweggründe für die Anwendung zu erheben und besprechen zu können. Am häufigsten beruht dies auf Unzufriedenheit mit der konventionellen Therapie und ist auf Ängste des Patienten zurückzuführen [4, 5, 10, 11].

**Methoden und Anwendungsempfehlung****Empfehlung**

Für viele komplementäre Therapieverfahren wie die meisten Phytopharmaka und Homöopathika fehlt bisher ein Wirksamkeitsnachweis bei CU, so dass die CU bisher keine Therapieindikation für diese Medikamente darstellt (C). Wirksam sind Probiotika, die bisher in der Komplementärmedizin geführt wurden (A). Seit kurzem liegen Studien zur Wirksamkeit verschiedener Probiotika bei CU und Pouchitis vor, so dass dieses Therapieprinzip in den entsprechenden Therapieempfehlungen dieser Leitlinie abgehandelt wird (siehe „Remissionserhaltung“).

Für das Phytopharmakon Jiang-Pi-Ling-Tabletten aus der traditionellen chinesischen Medizin, Akupunktur mit Moxibustion und Plantago ovata hat sich eine Wirksamkeit bei leichten bis mittelgradigem Schub der CU gezeigt. Außerhalb der TCM sollten Jiang-Pi-Ling-Tabletten nicht gegeben werden, weil wenige Erfahrungen in Europa vorliegen (B).

**Erläuterung**

Aufgrund der hohen Anwenderzahl und vermehrter Literaturhinweise sollte man sich den unkonventionellen Therapiemethoden nicht verschließen, wenn auch für viele Therapieverfahren ein Wirksamkeitsnachweis bisher nicht erbracht wurde.

Die Kombination von Probiotika mit Mesalazin wird häufig von Patienten eingesetzt und ist aufgrund der unterschiedlichen Wirkmechanismen möglicherweise sinnvoll, aber bisher nicht in Studien überprüft.

Das Phytopharmakon Jiang-Pi-Ling-Tabletten aus der traditionellen chinesischen Medizin sowie die Akupunktur mit Moxibustion sind einer SASP-Therapie bei leichten bis mittelschweren CU-Schüben in der untersuchten Population überlegen [12–14]. Bisher ist jedoch unklar, inwieweit Ergebnisse aus China auf europäische Verhältnisse übertragen werden können. Plantago ovata zeigt eine äquipotente Remissionserhaltung wie Mesalazin [15].

Ob *Boswellia serrata* (H15®) bei CU einen ähnlich antiinflammatorischen Effekt wie Mesalazin hat, wurde durch Studien nicht belegt und kann allenfalls indirekt aus Vergleichen mit M. Crohn mit Dickdarmbefall abgeleitet werden. Eine Empfehlung für *Boswellia serrata* bei CU kann selbst bei Mesalazin-Unverträglichkeit daher nicht allgemein gegeben werden.

Bei leichter bis mittelgradiger Aktivität einer CU weist *Escherichia coli* Nissle 1917 eine remissionsinduzierende Wirksamkeit und einen mäßigen remissionserhaltenden Effekt auf [16, 17]. Auch *Bifidobacteria* zeigten sich in einer kleinen randomisierten Studie gegenüber Placebo in der Remissionserhaltung signifikant überlegen [18]. Bei einer Pouchitis stellen Probiotika eine gute Therapieoption dar (siehe „Pouchitis“).

**Literatur**

- Matthes H. Alternative Therapien bei CED. In: Hoffmann J, Kroesen AJ, Klump B (Hrsg). Chronisch entzündliche Darmerkrankungen. Stuttgart, New York: Thieme, 2004: 199–203 (IV)
- Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Lancet* 2001; 357: 1191–1194 (IV)
- Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Clin Oral Invest* 2003; 7: 2–7 (IV)
- Moser G, Tillinger W, Sachs G et al. Relationship between the use of unconventional therapies and disease-related concerns: a study of patients with inflammatory bowel disease. *J Psychosom Res* 1996; 40: 503–509 (III)
- Hilsden RJ, Scott CM, Verhoef MJ. Complementary medicine use by patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 697–701 (III)
- Langhorst J, Anthonisen I, Steder-Neukamm U et al. Einsatz komplementärmedizinischer Therapieverfahren bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen in Deutschland. *Z Gastroenterol* 2002; 8: 641 (III)
- Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C et al. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *N Engl J Med* 1993; 328: 246–252 (IIb)
- Rawsthorne P, Shanahan F, Cronin NC et al. An international survey of the use and attitudes regarding alternative medicine by patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 1298–1303 (III)
- Heuschkel R, Afzal N, Wuerth A et al. Complementary medicine use in children and young adults with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 382–388 (III)
- Moody GA, Eaden JA, Bhakta P et al. The role of complementary medicine in European and Asian patients with inflammatory bowel disease. *Public Health* 1998; 112: 269–271 (III)
- Verhoef MJ, Scott CM, Hilsden RJ. A multimethod research study on the use of complementary therapies among patients with inflammatory bowel disease. *Altern Ther Health Med* 1998; 4: 68–71 (III)
- Wu HG, Zhou LB, Shi DR et al. Morphological study on colonic pathology in ulcerative colitis treated by moxibustion. *World J Gastroenterol* 2000; 6: 861–865 (Ib)
- Chen ZS, Nie ZWSun QL. [Clinical study in treating intractable ulcerative colitis with traditional Chinese medicine]. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi* 1994; 14: 400–402 (Ib)
- Chen Z. Treatment of ulcerative colitis with acupuncture. *J Tradit Chin Med* 1995; 15: 231–233 (Ib)
- Fernandez-Banares F, Hinojosa J, Sanchez-Lombrana JL et al. Randomized clinical trial of Plantago ovata seeds (dietary fiber) as compared with mesalamine in maintaining remission in ulcerative colitis. Spanish Group for the Study of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU). *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 427–433 (Ib)
- Kruis W, Schutz E, Frick P et al. Double-blind comparison of an oral *Escherichia coli* preparation and mesalazine in maintaining remission of ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 1997; 11: 853–858 (Ib)
- Rembacken BJ, Snelling AM, Hawkey PM et al. Non-pathogenic *Escherichia coli* versus mesalazine for the treatment of ulcerative colitis: a randomised trial. *Lancet* 1999; 354: 635–639 (Ib)
- Ishikawa H, Akedo I, Umesaki Y et al. Randomized controlled trial of the effect of bifidobacteria-fermented milk on ulcerative colitis. *J Am Coll Nutr* 2003; 22: 56–63 (Ib)