

Zum Krankheitsverständnis und zur Behandlung des Restless-legs-Syndroms mit Zincum valerianicum und Calcium Quercus Inject 10

MATTHIAS KRÖZ^{1,2}, DAGMAR BRAUER¹, MATTHIAS GIRKE^{1,2}

Zum Krankheitsverständnis und zur Behandlung des Restless-legs-Syndroms mit Zincum valerianicum und Calcium Quercus Inject 10

■ Zusammenfassung

In der vorliegenden retrospektiven Auswertung von 9 untersuchten Patienten unserer Schlafmedizinischen Ambulanz mit gesichertem Restless-legs-Syndrom sind erste konstitutionelle Befunde erhoben worden, die in Richtung auf eine niedrige autonome Regulation weisen. Dies könnte auf ein schwaches Eingreifen der Ich-Organisation über den Strom 1 im Sinne des „Kästchenvortrags“ („Der unsichtbare Mensch in uns“) von Rudolf Steiner deuten (13). Dieser Befund wird noch anschaulicher unter der Berücksichtigung, dass ein erniedrigtes Ferritin einen besonders sensiblen Marker darstellt, was gut mit dieser Konstitution vereinbar ist. Weiterhin sind Erkrankungen, die ebenfalls eine niedrige autonome Regulation aufweisen, gehäuft mit einem sekundären Restless-legs-Syndrom assoziiert, wie Anämie, Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Rheumatoide Arthritis oder terminale Niereninsuffizienz. Die Kombinationstherapie aus Zincum valerianicum und Calcium Quercus Inject 10 führt zu einer Abnahme der Befindlichkeitsstörungen in der International Restless Legs Severity Scale.

■ Schlüsselwörter:

Autonome Regulation (aR)
Calcium Quercus Inject 10
Fatigue
Restless-legs-Syndrom
Tagesschläfrigkeit
Zincum valerianicum

Pathology of restless legs syndrome and its treatment with Zincum valerianicum and Calcium Quercus inject

■ Abstract

In a retrospective evaluation of 9 patients with validated restless legs syndrome recruited by our outpatient sleep clinic, first constitutional findings indicate low autonomic regulation. This could point to weak intervention of the I-organization via stream 1 in the sense of Rudolf Steiner's lecture "The invisible human being in us" (13). This finding gains in importance if we consider that a particularly sensitive marker is a reduced ferritin level, which agrees well with this constitution. Conditions which also show low autonomic regulation are also frequently associated with a secondary restless legs syndrome, e. g. anaemia, type 1 and 2 diabetes, rheumatoid arthritis or terminal renal insufficiency. Treatment combining Zincum valerianicum and Calcium Quercus Inject 10 leads to a reduction in the International Restless Legs Severity Scale rating.

■ Keywords

Autonomic regulation (aR)
Calcium Quercus Inject 10
Fatigue
Restless legs syndrome
Daytime sleepiness
Zincum valerianicum

1) Forschungsinstitut Havelhöhe (FIH)

2) Allgemein-Internistische Abteilung des Gemeinschafts-Krankenhauses Havelhöhe

Einleitung

Das Restless-legs-Syndrom (RLS), das nach seinem Erstbeschreiber auch Ekbom Syndrom (1) genannt wird, ist eine erst im letzten Jahrzehnt stärker ins allgemeine ärztliche Bewusstsein getretene Erkrankung. Den teils noch geringen Kenntnissen über dieses Syndrom stehen die hohen Prävalenzen mit 2–4 % in Deutschland (2) und mit bis zu 7,2 % Restless-legs-Symptomen und 2,7 % klinisch relevanten Restless-legs-Syndromen in einer neuen internationalen epidemiologischen Studie entgegen (3). Nach dem MONICA Projekt der WHO besteht bei Menschen über 65 Jahren sogar eine Prävalenz von 9,8 % (bei Frauen 14 %, bei Männern 6 %) (2). Das Restless-legs-Syndrom kann zu schweren Beeinträchtigungen der Lebensqualität im allgemeinen und der Schlafqualität im besonderen führen (2). Die Diagnosekriterien des Restless-legs-Syndroms sind dabei zunächst klinische. Nach Walters et al. (4) werden essentielle von unterstützenden und assoziierten Kriterien unterschieden. Diese Kriterien sind erst kürzlich von der International Restless-legs-Syndrome Study Group ergänzt und als verbindliche Diagnosekriterien formuliert worden (5).

Essentielle Kriterien:

1. Drang, die Beine zu bewegen, meist begleitet durch Missempfindungen (auch an Armen und anderen Körperteilen)
2. Beginn oder Verschlechterung durch „Ruhe“
3. Erleichterung durch Bewegung
4. Zirkadianes Muster: Verschlechterung am Abend oder in der Nacht

Unterstützende Kriterien:

1. Positive Familienanamnese
2. Besserung auf Gabe dopaminerger Substanzen
3. Periodische Bewegungen von Armen und/oder Beinen in der Nacht (PLMS)

Assoziierte Kriterien:

1. „Natürlicher“ Verlauf
2. Schlafstörungen
3. Körperliche Untersuchung

Der natürliche Verlauf zeichnet sich durch einen Krankheitsbeginn der idiopathischen Formen zumeist vor dem 50. Lebensjahr aus und zeigt einen progredienten Verlauf mit höherem Alter. Als besonders quälend werden die assoziierten Schlafstörungen erlebt, die teils in Einschlafstörungen infolge der unruhigen Beine oder in Durchschlafstörungen durch die anhaltenden Schlaffragmentierungen mit Schlafdeprivationen bestehen (2). Beim idiopathischen Restless-legs-Syndrom stellt sich der neurologische Befund unauffällig dar. Deutlich sind in den letzten Jahren genetische Einflüsse bei 40–60 % aller Patienten mit idiopathischen RLS-Syndromen mit autosomal dominanten Erbgängen und Genloci auf den Chromosomen 9, 12 und 14 (zwischenzeitlich wird schon von 7 Genloci gesprochen) nachgewiesen worden, ohne dass deren exakte genetische Zusammenhänge hinreichend geklärt wären (6, 7). Bei klinischer Unsicherheit

wird gängigerweise das Ansprechen auf dopaminerge Substanzen als Zusatzkriterium akzeptiert (5).

Darüber hinaus bestehen auch symptomatische oder sekundäre Formen des RLS. Sie treten v. a. auf bei Eisenmangel, im Rahmen einer Schwangerschaft (11–33 %), bei Rheumatoider Arthritis, Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Polyneuropathien, COPD, Schilddrüsenerkrankungen oder bei Urämien. Die Prävalenzen von Restless-legs-Symptomen schwanken bei Diabetes mellitus Typ 2 und Rheumatoider Arthritis zwischen 22–30 % (8, 9) und soll >70 % aller Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz betreffen (2).

Weiterhin treten Restless-legs-Syndrome im Rahmen von Folsäure- und Vitamin B12-Mangel, aber auch bei medikamentös induzierten Formen, wie unter Neuroleptika, trizyklischen Antidepressiva oder Antiepileptika auf (2). Auch Koffein oder Wärme können eine Verschlimmerung der Symptome bewirken.

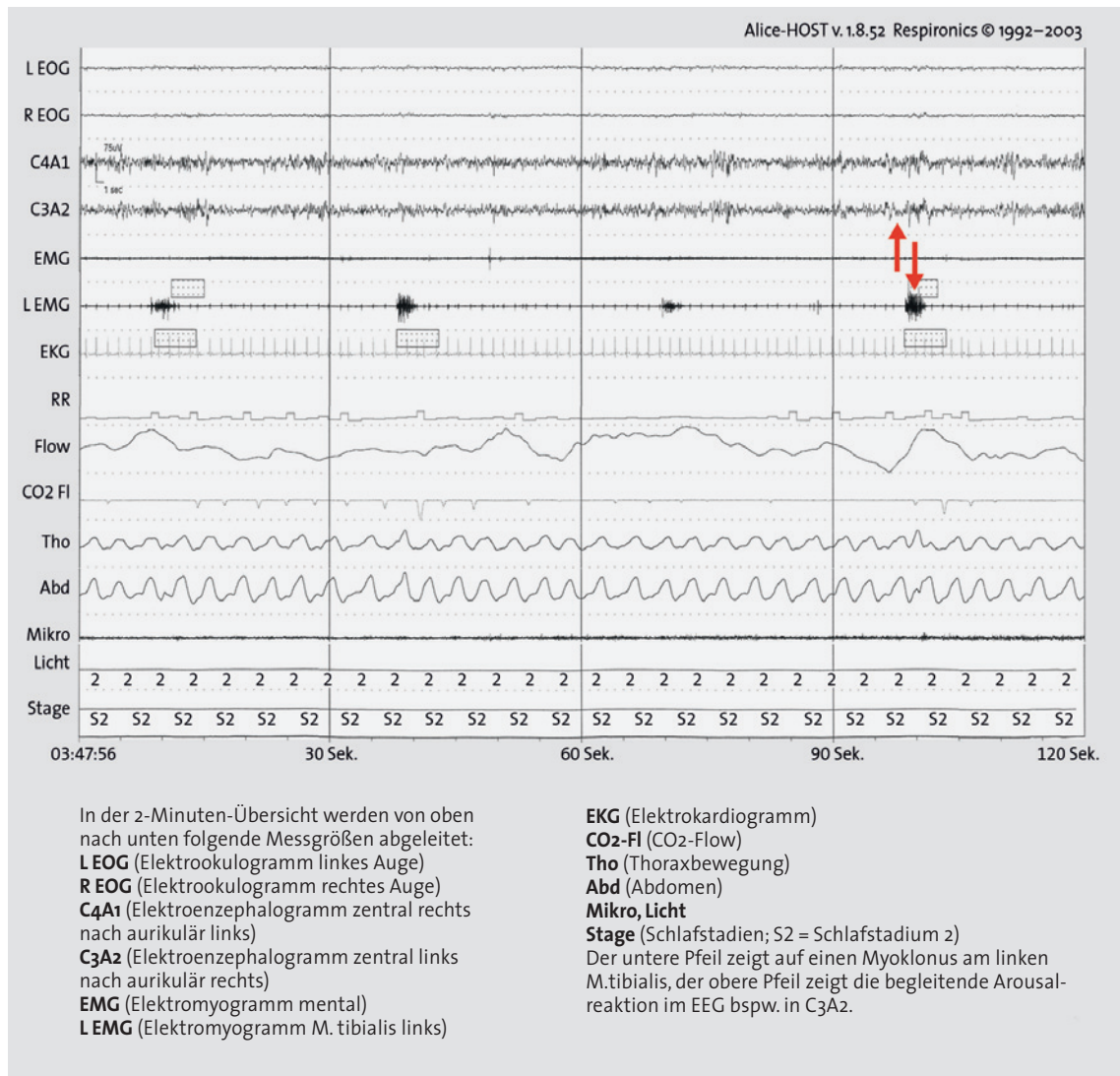
Als wichtigste klinische Differentialdiagnosen sind nächtliche Wadenkrämpfe, Polyneuropathie bzw. chronische Myelopathie, Beschwerden im Rahmen von Varikosis, das sogenannte „Painful legs and moving toes“-Syndrom, Claudicatio intermittens, Akathisie und Beinschmerzen anderer Genese (z. B. bei Arthritis, pAVK) zu diskutieren. Aus schlafmedizinischer Sicht sollten insbesondere primäre oder sekundäre Periodic Limb Movement Syndrome (PLMS), fragmentarischer Myoklonus, REM-Verhaltensstörungen oder nächtliche epileptische Anfälle mit berücksichtigt werden (10, 11).

Die genannten Prävalenzzahlen verdeutlichen die hohe sozialmedizinische Relevanz des Restless-legs-Syndroms und stellen an die Anthroposophische Medizin die Aufgabe, menschenkundliche Hintergründe dieses Beschwerdebildes zu beleuchten und eigene Therapiekonzepte zu evaluieren. Dabei verfügen Anthroposophische Medizin und Homöopathie über verschiedene medikamentöse Ansätze, die einzeln oder in Kombination Anwendung in der klinischen Praxis erfahren. Wir verwenden in Klinik und Sprechstunde neben den beschriebenen Standardtherapien insbesondere *Zincum valerianicum*, *Calcium Quercus Inject 10* und *Mygale comp.* Bisher finden sich hierzu allerdings keine klinischen Studien oder Veröffentlichungen. Mit der vorliegenden Arbeit sollen durch eine retrospektive Auswertung von Einzelfällen das menschenkundliche Konzept und erste Ergebnisse des therapeutischen Ansatzes überprüft werden.

Menschenkundliche Aspekte

Das sprichwörtliche Unruhegefühl mit Bewegungsdrang beim Restless-legs-Syndrom, namentlich in den Beinen, weist auf eine übersteigerte Tätigkeit des Nerven-Sinnes-Systems im Bereich der Gliedmaßen hin. Dieses Unruhe- und Kribbelgefühl führt mitunter zu sehr erheblichen Einschlafstörungen, kann aber auch als periodische Beinbewegungen zu Arousal- oder kurzen Weckreaktionen führen, insbesondere im Schlafstadium 2. Diese werden in *Abb. 1* gezeigt. Die Periodizität der

Abb. 1
65-jähriger Patient
mit mittelschwerem
familiären RLS-Syn-
drom, einem PLMS-
Arousal-Index von
29/h und aus-
geprägter Tages-
müdigkeit.



Beinbewegungen verdeutlicht den reflexhaften Charakter dieses Syndroms.

Diese periodischen Zuckungen können als ein krampfhaftes Eingreifen der astralischen Organisation über das Nervensystem aufgefasst werden. Unter Berücksichtigung des so genannten „Kästchenvortrages“ Rudolf Steiners kann von einem zu starken Eingreifen der astralischen Organisation über den Strom 2 gesprochen werden (13). Interessanterweise fällt auf, dass Patientengruppen, bei denen eine Prädisposition zum Restless-legs-Syndrom besteht, auch eine erniedrigte autonome Regulation (aR) (14) aufweisen, wie Diabetes mellitus Typ 2 (MW= 24,6–26,3) und Typ 1 (MW= 26,0–26,3), Rheumatoide Arthritis (MW= 26,9), Eisenmangelanämie (mit einem korrelativen Bezug zur aR: $r = 0,32$ ($p < 0,05$)). Latente Hyper- und Hypothyreosen (MW= 24,4) weisen eine signifikant erniedrigte autonome Regulation (aR) auf oder zeigen wie im Falle der Anämiker einen korrelativen Bezug zu niedriger aR (14, 15, 16, 17).

Unter autonomer Regulation (aR) wird der physiologische Regulationszustand einzelner vegetativer Funktionen im rhythmischen Wechsel von Ruhe- und Aktivität im Tageslauf verstanden. Die autonome Regulation wird durch Konstitution, Geschlecht, Alter und Krank-

heit beeinflusst. Unter gesunden Bedingungen ist autonome Regulation ein Trait-Marker, also relativ stabil. Im Rahmen von Krankheit und von Befindlichkeitsstörungen kann es zu Regulationsverlust kommen, der zu einer Erniedrigung der aR führt. Mittels unseres Fragebogens zum Befinden während der letzten Woche (State-aR) kann das abgebildet werden. Die aR wird durch einen Summen-Score erfasst (18). Unter niedriger bzw. hoher autonomer Regulation (aR) wird im Sinne der Anamnesefragen von Rudolf Steiner ein schwaches bzw. starkes Eingreifen des Seelisch-Geistigen in das Körperlich-Funktionelle verstanden (19). Hierbei ist die Wirkung der Ich-Organisation als Regulator und „Feineinsteller“ verschiedener vegetativer Funktionen im Vordergrund zu sehen (20, 21), wie es Steiner exemplarisch für die Wirkungszusammenhänge beim Kephalodoron® genannt hat (22). Die auf ihn zurückgehenden Fragen konnten nach den gängigen Testkriterien der modernen Testtheorie (23) für einen 12-Item Kurzfragebogen, mit Fragen zur Ruhe-/Aktivitäts- und orthostatisch-zirkulatorischer Regulation, und für einen 18-Item Langfragebogen mit zusätzlichen gastrointestinalen Fragen evaluiert und validiert werden (14, 24).

Niedrige autonome Regulation beim Restless-legs-Syndrom geht demnach mit einem zu schwachen Eingreifen der Ich-Organisation am Tage über den Strom 1 und einem zu starken Eingreifen des Astralleibes in der Nacht über den Strom 2 einher. Interessanterweise korreliert der Tagesverlauf der RLS-Symptomatik invers mit der Körperkerntemperatur (KKT), d.h. mit Abnahme der KKT nimmt die Beschwerdesymptomatik zu (2). Ferner verlaufen die Tagesphasenminima der Eisen- und Dopamin-Zirkadianrhythmik, die zwischen 0 und 2 Uhr morgens liegen, exakt synchron mit dem Zeitpunkt der maximalen Beschwerden (11). Hierin drückt sich das unzureichende Einwirken der Ich-Organisation über den Strom 1 aus, wie in *Abb. 2* dargestellt, und würde daher in charakteristischer Weise der Konstellation des Restless-legs-Syndroms aus geisteswissenschaftlicher Sicht entsprechen.

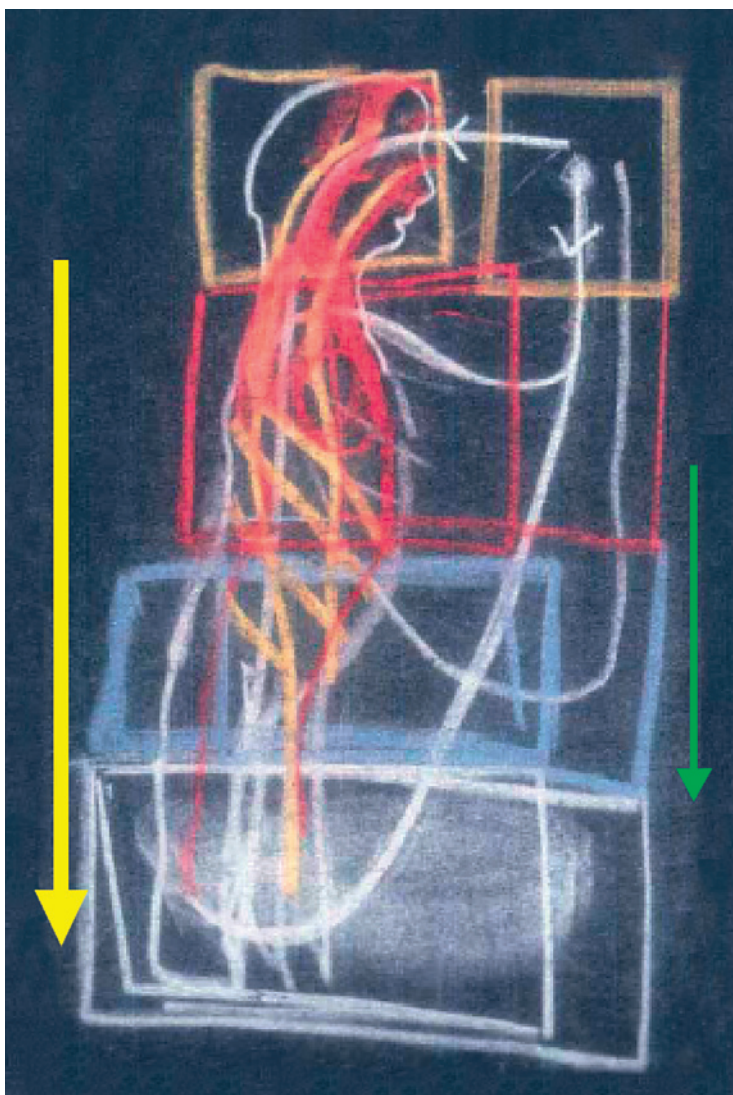
Methodik

In der schlafmedizinischen Ambulanz Havelhöhe wurden 11 Patienten mit dem Beschwerdebild des RLS konsekutiv mittels folgender Instrumente befragt: Havelhöher schlafmedizinischer Fragebogen mit Epworth Sleepiness Scale (Fragen zur Tagesschläfrigkeit, ESS) (25), International Restless Legs Severity Scale (RLSSG) zur Einschätzung des Schweregrades des RLS-Syndroms (28), Cancer Fatigue Skala (CFS-D) zur Einschätzung der Tagesmüdigkeit (16), Havelhöher Konstitutionsfragebogen zum Trait (Fragen zur konstitutionellen autonomen Regulation (aR)) (14, 18), Havelhöher Konstitutionsfragebogen zum State der letzten Woche und Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) (26, 27). Um die Führung eines Schlaftagebuches wurde gebeten. 10 Patienten hatten ein gesichertes Restless-legs-Syndrom, einer ein periodisches Beinbewegungssyndrom, 9 Patienten mit einem RLS konnten retrospektiv ausgewertet werden. Ihnen wurden zumindest einmal, möglichst aber zweimal die Fragebögen vorgelegt, eine Einverständniserklärung wurde von allen unterschrieben. Da es sich nicht um eine Anwendungsbeobachtung handelt, sondern um die Abbildung eines gängigen Behandlungsverfahrens in unserer schlafmedizinischen Sprechstunde, liegen die erhobenen Daten nicht in der für Studien notwendigen kompletten Form vor. Diese Fragebogeninventare werden jedoch vielen Patienten unserer Ambulanz aus diagnostischen und zu Dokumentationszwecken regulär ausgehändigt.

Wir verwenden neben gängigen Therapiesubstanzen, wie Carbi/Dopa und Dopaminagonisten, häufig in der Erstlinientherapie oder zur Ergänzung Zincum valerianicum D3–D6 (Weleda) (1–2 x 20–30°), Cuprum aceticum/Zincum valerianicum (Weleda) (1–2 x 20–30°), Calcium Cortex Quercus Inject (WALA) (1–2 x 10 ml TA) (25) und Mygale comp. (Weleda) (1 x 20°).

Ergebnisse

Von den 9 Patienten waren 6 Frauen und 3 Männer, das mittlere Alter betrug 62,1 Jahre (SD = 10,7). Der Abstand zwischen Erstbefragung vor Therapie und Zweit-



befragung unter Therapie betrug im Mittel 51,7 Tage (Range: 2–180 Tage).

Die konstitutionelle autonome Regulation (Trait-aR) ergibt mit einem MW von 23,4 (SD = 7,1) eine sehr niedrige aR, die nicht nur deutlich unter derjenigen Gesunder (Frauen = 28,6 (SD = 3,5); Männer = 30,7 (SD = 3,2)) liegt, sondern unterhalb unserer Referenzwerte für multitorbid Kranke (MW = 25,9 (95%-Konfidenzintervall 24,1–27,8)) (15) oder Hepatitis-C-Patienten (26). Auch unter Berücksichtigung der 18 aR-Fragen in der Langversion mit gastrointestinalen Items ergibt sich mit einem MW = 34,7 (SD = 10,4) eine sehr niedrige aR (18).

Auch die Subskala Ruhe-/Aktivitätsregulation der Trait-aR zeigt einen niedrigen MW = 14,0 (SD = 4,4), wobei nur von 7 Patienten die Angaben vorlagen.

Entsprechend der beschriebenen Klinik finden sich hohe Müdigkeitswerte, die mit einem MW = 30,3 (SD = 11,3) über den Fatigue-Werten von Krebspatienten liegen, von denen 54,4 % eine Chemo- und 24,6 % eine Radiotherapie erhalten haben (MW = 25,98 (SD = 11,15)) (16). Die Tagesschläfrigkeit ist mit einem MW = 6,1 (SD = 2,7) im oberen Normbereich (27), die Angst- und Depressionswerte sind mit einem MW von 10,0 (SD = 5,7) und 7,3 (SD = 5,5) fraglich erhöht (28). Insofern gibt unser Pilot-

Abb. 2
Beim RLS zu schwaches Eingreifen über Strom 1 (rechts grüner Pfeil). Zu starkes kompensatorisches Eingreifen über Strom 2 (links gelber Pfeil) abends und nachts, daher Störung des Ruhe-Aktivitäts-Rhythmus und in Folge eine erniedrigte aR. (Wandtafelzeichnung Rudolf Steiners vom 11.2.1923.)

Abb. 3

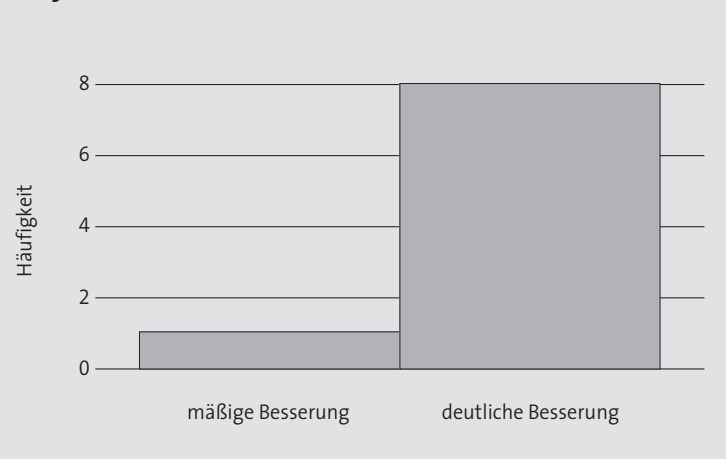


Abb. 4

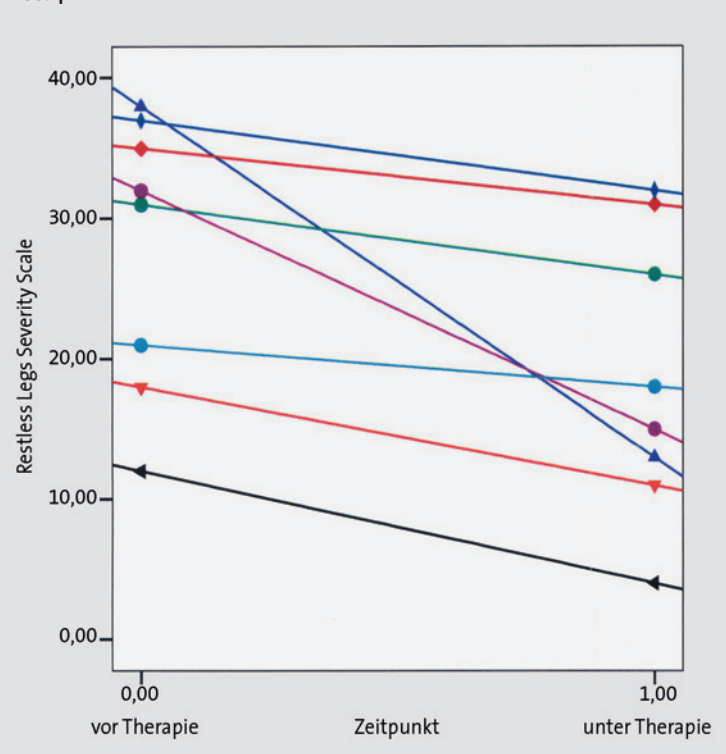


Abb. 3
Globale Einschätzung des Therapieergebnisses

Abb. 4
Summenwerte der Restless legs Severity Scale (RLSSG) für 9 Patienten jeweils einzeln aufgetragen vor und unter Therapie mit Calcium Quercus Inject und Zincum valerianicum D4/3.

projekt Hinweise darauf, dass Restless-legs-Patienten in der Tat eine schwerwiegende Einschränkung in ihrer autonomen Regulation aufweisen, insbesondere im Bereich der Ruhe-/Aktivitätsregulation mit vermehrter Tagesmüdigkeit und seelischer Beeinträchtigung. Somit ergeben sich erste Befunde, die die Ausgangshypothese eines zu schwachen Eingreifens über den Strom 1 und eines konsekutiv verstärkten Eingreifens über den Strom 2 entsprechen (Abb. 2).

Insgesamt gaben 8 von 9 Patienten eine deutliche Besserung an, einer unter Calcium Quercus Inject 10 und Zincum valerianicum D3/4, zwei unter Kombination von Calcium Quercus Inject 10 mit Mygale comp. oder Cuprum aceticum/Zincum valerianicum (Abb. 3).

In der International Restless Legs Severity Scale (RLSSG) stellte sich mit einseitigem Test bei gepaarter Stichprobe (Wilcoxon Test, Monte Carlo-Verfahren) eine

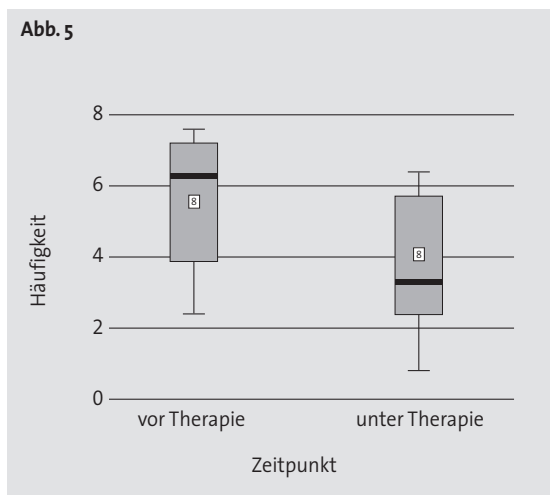
signifikante Abnahme der Restless-legs-Beschwerden dar, mit einem MW = 28,0 (SD = 9,7) vor Therapie auf ein MW = 16,8 (SD = 11,1) unter Therapie (Z = 2,54; p = 0,003) (Abb. 4 und 5).

Der periodische Beinbewegungsindex ist tendenziell ebenfalls rückläufig ohne ein signifikantes Niveau zu erreichen. Einschränkend ist zu bemerken, dass nur bei fünf Patienten Baseline- und Follow up-Messungen vorliegen und vier gleichzeitig eine CPAP-Therapie erhielten. Bei zwei der vier Patienten ging die Therapie mit einer skeptischen Einstellung einher, bei den beiden anderen mit Compliance Problemen, so dass die Verminderung der PLMS mit großer Zurückhaltung aufgrund der verschiedenen Einflussgrößen zu interpretieren ist. Eine wesentliche Reduktion, aber auch Zunahme von periodischen Beinbewegungen ist durch die CPAP-Therapie möglich. In diesem Zusammenhang ist darauf hin zu weisen, dass die Nacht- zu Nachtvariabilität bei PLMS im Allgemeinen als hoch zu bewerten ist (14,1/15/h (29)), so dass unsere Daten nicht überinterpretiert werden sollten. Aus diesem Grunde verzichten wir über die deskriptive Darstellung (Abb. 6) hinaus, quantitative Messgrößen und Unterschiede zu untersuchen.

Diskussion

Zincum valerianicum wird in der Homöopathie bei Unruhegefühlen in den Beinen, Zuckungen, Bewegungsdrang und Schlafstörungen verordnet (30). Dies entspricht exakt dem klinischen Bild des Restless-legs-Syndroms. Beim Calcium Quercus Inject 10 handelt es sich um eine homöopathische Zubereitung des Eichenrinndenextraktes Quercus robur/petraea e cortice cum Calcio carbonico in Lösung = D6 der Firma WALA (25). Für die Anthroposophische Medizin liegt die Anwendung in der Anregung der Ich-Organisation bei dystop eingreifender Empfindungsorganisation mit Störungen des Aufbaustoffwechsels wie z. B. Allergien, Ekzeme, Dermatitis und Menorrhagien (31). Erste Untersuchungen von Lukas Rist zeigten positive Effekte beim Restless-legs-Syndrom (persönliche Mitteilung von Ulrich Meyer). Die physiologische Bedeutung des Calciums unter menschenkundlicher Betrachtung hat Broder von Laue ausgearbeitet. Dabei kommen dem Calcium u. a. als Werkzeug der Seelenorganisation die bekannte muskuläre Aktionspotentialauslösung über den oberen Menschen und der zelluläre Potentialausgleich über den unteren Menschen zu; auch dient es der Ich-Organisation in der regulativen Feineinstellung zirkadianer Tag/Nachtprozesse (32). Hiernach könnte dem Calcium Quercus Inject 10 in der Restless-legs-Behandlung eine regulatorische Funktion zukommen.

Die Ergebnisse zeigen in unserem kleinen Patientenkollektiv eine deutliche Abnahme der subjektiven RLS-Beschwerden um 40 %. Allerdings ist die Range der Zeitabstände zwischen Eingangs- und Zweitbefragung mit 2–180 Tagen groß und die vorliegenden Effekte gehen v.a. auf eine Patientin zurück. Die meisten Patienten berichteten von Beschwerdeverbesserungen in der Restless legs Severity Scale zwischen 10 bis 15 %. Ein weiterer



begrenzender Faktor ist, dass in der Therapie des Restless-legs-Syndroms Placebo- oder Kontexteffekte von 20–40 % für die RLSSG-Scale beschrieben werden (www.medknowledge.de/neu/med/jahr/2006/III-2006-31-sifrol) (2). Die Ergebnisse unserer Einzelfall-Auswertung sind trotz dieser Limitationen – unter Berücksichtigung ihres pilothaften Charakters und der Präluminarität der Daten – als ermutigend anzusehen; weitergehende Untersuchungen zur Wirksamkeit dieses Therapieansatzes sollten folgen. Dabei sollten durch systematische Anwendungsbeobachtungen die Wirkungen der Einzelsubstanzen untersucht werden, bzw. bei Bestätigung hier vorliegender Ergebnisse bis hin zu placebokontrollierten Studien zur Wirksamkeit erwogen werden.

Dies gilt umso mehr als die Häufigkeit des Restless-legs-Syndroms in der west- und mitteleuropäischen Bevölkerung 2–7 % beträgt, bei über 65-Jährigen auf 9,8 % ansteigt und die Beschwerden in der Regel persistieren und bei älteren multimorbiden Patienten schwerer verlaufen (2). Spontane Remissionen werden, außer im Rahmen einer Schwangerschaft, nicht beobachtet (2).

Das Restless-legs-Syndrom geht – wie es auch unsere Daten nahe legen – mit einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität einher, die in der Störung des Nachtschlafes und damit der Zirkadianrhythmik liegen dürfte (33). Typischerweise spricht das Restless-Legs-Syndrom auf L-Dopa und Dopaminagonisten an. Die gängigen Therapieverfahren wie Carbi-Dopa weisen eine Beschwerdereduktion in der Restless Legs Severity Scale von 34,8 % auf (10), gehen jedoch in einem relevanten Prozentsatz der Patienten mit typischen Augmentationen nach einem halben bis drei Viertel Jahr einher. Die effektivere und anhaltende Wirkung von nicht ergolinen Dopaminagonisten (wie Ropinorol oder Pramipexol) und ergolinen Dopaminagonisten (wie Carbgolin) wird mit einer Symptomreduktion um 60 % angegeben (10). Sie sind bei multimorbiden Patienten mitunter nebenwirkungsträchtig (2), bzw. von vielen Patienten unserer Sprechstunde nicht gewünscht. Neuere Ansätze – wie das Verabreichen von Eisen – ist nur bei Patienten mit erniedrigtem Ferritin Erfolg versprechend und bisher

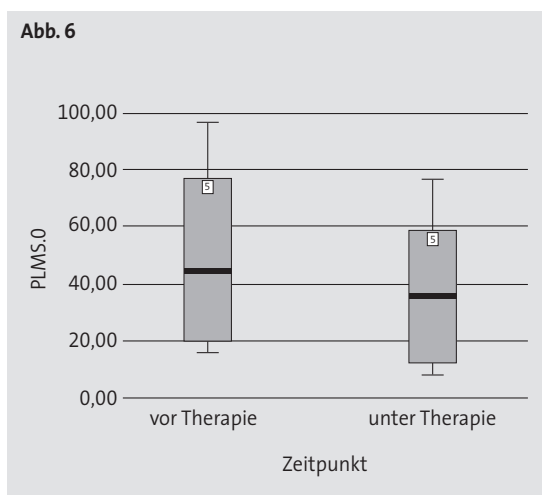


Abb. 5
Summenwert der Restless legs Severity Scale (RLSSG) für die gesamte Gruppe vor und unter Therapie mit Calcium Quercus Inject 10 und Zincum valerianicum D4/3 im Boxplot (0%-Quartil, 25%-Quartil, Median, 75%-Quartil und 100%-Quartil).

Abb. 6
Periodische nächtliche Beinbewegungen (PLMS) vor und unter Therapie.

durch intravenöse Applikationen in Phase-2-Studien gezeigt worden (12). Solche Therapiewege zu erschließen ist auch unter menschenkundlichen Aspekten, wie das durch die niedrige autonome Regulation abgebildete schwache Eingreifen des unteren Menschen, nicht nur einleuchtend, sondern orientieren sich sinnhaft am eigentlichen Krankheitsprozess des Restless-legs-Syndroms und könnten die Therapie mit Zincum valerianicum und Calcium Quercus Inject 10 ergänzen.

Insofern halten wir fest, dass das Therapiekonzept mit Zincum valerianicum und Calcium Quercus Inject 10 eine lohnende Option darstellt; die gute Compliance unserer Patienten spricht für eine als hilfreich empfundene Wirkung.

Anmerkung

Diese Arbeit wurde durch das Humanus Institut e. V., Kändern und die Wala GmbH, Bad Boll unterstützt.

Korrespondierender Autor:

Dr. Matthias Kröz

Forschungsinstitut Havelhöhe (FIH)

Allgemein-Internistische Abteilung

des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe

Kladower Damm 221

D-14089 Berlin

mkroez@havelhoehe.de

Literatur

- 1 Ekblom K. Asthenia crurum paraesthetica ("irritable legs"). A new syndrome consisting of weakness, sensation of cold and nocturnal paresthesia in legs, responding to certain extent to treatment with prisol and doryl. Note on paresthesia in general. *Acta Medica Scandinavica* Stockholm 1944
- 2 Clarenbach P, Benes H. Restless Legs Syndrom – die unruhigen Beine, Klinik – Diagnostik – Therapie. Bremen, London, Boston, Uni-med 2006
- 3 Allen RP, Walters AS, Montplaisir J, Hening W, Myers A, Bell TJ, Ferini-Strambi L. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1286–1292
- 4 Walters AS. Toward a better definition of the restless legs syndrome. The International Restless Legs Syndrome Study Group. *Mov Disord* 1995; 10: 634–642
- 5 Allen R, Picchiotti D, Hening W, Trenkwalder C, Walters A, Montplaisir J. Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Health Institutes of Health. *Sleep Medicine* 2003; 4: 101–119
- 6 Desautels A, Turecki G, Montplaisir J, Sequeira A, Verner A, Rouleau GA. Identification of a major susceptibility locus for restless legs syndrome on chromosome 12q. *Am J Hum Genet* 2001; 69: 1266–1270
- 7 Winkelmann J, Wetter TC, Collado-Seidel V, Gasser T, Dichgans M, Yassouridis A, Trenkwalder C. Clinical characteristics and frequency of the hereditary restless legs syndrome in a population of 300 patients. *Sleep* 2000; 23: 597–602
- 8 Lopes LA, Lins Cde M, Adeodato VG, Quental DP, de Bruin PF, Montenegro RM, Jr., de Bruin VM. Restless legs syndrome and quality of sleep in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28: 2633–2636
- 9 Abetz L, Allen R, Follet A, Washburn T, Earley C, Kirsch J, Knight H. Evaluating the quality of life of patients with restless legs syndrome. *Clin Ther* 2004; 26: 925–935
- 10 Benes H, Hornyak M, Riemann D, Stiasny-Kolster K, Trenkwalder C, Winkelmann J. Restless Legs Syndrom (RLS) und Periodic Limb Movement Disorder (PLMD). *Neurologie DGf, Ed., www.dgn.org/fileadmin/leitlo5/11restless-Leg.pdf*, 2007
- 11 Stevens S. Restless legs Syndrome and Periodic Limb Movement Disorder. *Sleep Medicine Secrets*. Stevens D, Ed. Philadelphia, Henley & Belfus inc. 2004; p. 125–133
- 12 Earley CJ, Heckler D, Allen RP. Repeated IV doses of iron provides effective supplemental treatment of restless legs syndrome. *Sleep Med* 2005; 6: 301–305
- 13 Steiner R. Der unsichtbare Mensch in uns. Das der Therapie zugrunde liegende Pathologische. Vortrag vom 11.2.1923 in Dornach. In: *Erdenwissen und Himmelskenntnis*. GA 221. 3. erg. Aufl. Dornach: Rudolf Steiner Verlag, 1998
- 14 Kröz M, Laue von H, Zerm R, Girke M. [Development of a Questionnaire for Endogenous Regulation – a Contribution for Salutogenesis Research]. *Forsch Komplementär Med Klass Naturheilkd* 2003; 10: 70–77
- 15 Kröz M, von Laue H, Zerm R, Brauer D, Reif M, Girke M, Matthes H, Heckmann C. (Reduction of endogenous regulation in internal medicine patients). *Forsch Komplementär Med Klass Naturheilkd* 2005; 12: 333–341
- 16 Kröz M, Zerm R, Reif M, von Laue H, Schad F, Büssing A, Bartsch C, Feder G, Girke M. Validation of a German version of the Cancer Fatigue Scale (CFS-D). Accepted in *European Journal of Cancer Care* 2007; 16, online
- 17 Scheffer C, Debus M, Kröz M, Heckmann C, Girke M. Colchicum autumnale in the treatment of patients with latent hyperthyreosis. Publikation in Vorbereitung, 2007
- 18 Kröz M, von Laue H, Feder G, Zerm R, Reif M, Girke M, Matthes H, Gutenbrunner C, Heckmann C. Validation of a long version questionnaire on autonomic regulation an inventory for the measurement of autonomic functioning. Publication in process, 2007
- 19 Steiner R. Geisteswissenschaft und Medizin. 5. Vortrag vom 25.3.1920. GA 312. Dornach, Rudolf Steiner Verlag, 1990: 96–116
- 20 Kröz M, von Laue HB, Ebeling A, Brauer D, Matthes B, Heckmann C, Girke M. Ergebnisse der Prävalenzstudie des Havelhöher Konstitutionsfragebogens (HKF), Version 1.0. *Der Merkurstab* 2000; 53 (2): 99–111
- 21 von Laue HB. Phosphor als Substanz und als Prozess im Menschen. *Der Merkurstab* 2005; 58 (5): 428–447
- 22 Steiner R. Anthroposophische Menschenkenntnis und Medizin. 9. Vortrag vom 24.7.1924. GA 319. 3. Aufl. Dornach: Rudolf Steiner Verlag, 1971
- 23 Lienert G, Raatz U. Testaufbau und Testanalyse. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union, 1998
- 24 Kröz M, Laue von H, Zerm R, Reif M, Girke M, Heckmann C. A new long version of trait marker questionnaire for endogenous regulation. Program & Abstracts, 1st World Congress of Chronobiology Sapporo, 2003, p. 73
- 25 Johns M. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991; 14: 540–545
- 26 Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361–370
- 27 Herrmann C, Buss U. HADS-D, Hospital Anxiety and Depression Scale- Deutsche Version. Testdokumentation und Handanweisung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber, 1995
- 28 Allen RP, Kushida CA, Atkinson MJ. Factor analysis of the International Restless Legs Syndrome Study Group's scale for restless legs severity. *Sleep Med* 2003; 4: 133–135
- 29 Borm J. Untersuchung der antiinflammatorischen Wirkung von intravenös applizierten Calciumpräparaten im Histamin-Quaddeltest. Medizinische Fakultät Freiburg, Albert-Ludwigs-Universität, 2005
- 30 Schad F. Endogene Regulation, Selbstregulation und Lebensqualität unter Mistel-Solanumtherapie bei chronischer Hepatitis C. Vortrag im Rahmen des Kolloquiums zur Chronobiologie bei Krebs und im Alter. Havelhöhe, Berlin, 2004
- 31 Hornyak M, Vorderholzer U, Lütkemeyer A, Riemann D. Variabilität der nächtlichen periodischen Beinbewegungen in zwei aufeinanderfolgenden Nächten bei Patienten mit Restless Legs Syndrom. *Somnologie* 1999; 3: 17
- 32 Gawlick W. Arzneimittelbild und Persönlichkeitsportrait. Konstitutionsmittel in der Homöopathie., Hippokrates, 2002
- 33 Wala: Wala Arzneimittelverzeichnis, 27. Auflage Mai 2005. Bad Boll, Wala Heilmittel GmbH, 2005: 57
- 34 von Laue HB. Kalzium als Substanz und als Prozess im Menschen. *Der Merkurstab* 2004; 57 (2): 78–95
- 35 Gudbjornsson B, Broman JE, Hetta J, Hallgren R. Sleep disturbances in patients with primary Sjogren's syndrome. *Br J Rheumatol* 1993; 32: 1072–1076
- 36 Davidson JR, MacLean AW, Brundage MD, Schulze K. Sleep disturbance in cancer patients. *Soc Sci Med* 2002; 54: 1309–1321
- 37 Abetz L, Arbuckle R, Allen RP, Mavragi E, Kirsch J. The reliability, validity and responsiveness of the Restless Legs Syndrome Quality of Life questionnaire (RLSQoL) in a trial population. *Health Qual Life Outcomes* 2005; 3: 79