

Journal für Hypertonie

Austrian Journal of Hypertension

Österreichische Zeitschrift für Hochdruckerkrankungen

Aktuelles: Die Behandlung leichter Formen von Hypertonie (WHO I) mit einem homöopathi- schen Kombinationspräparat (Homviotensin®-Tabletten)

M. Adler

**Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie**



Österreichische Gesellschaft für
Hypertensiologie

www.hochdruckliga.at

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus



www.kup.at/hypertonie

Aktuelles: Die Behandlung leichter Formen von Hypertonie (WHO I) mit einem homöopathischen Kombinationspräparat (Homviotensin®)

M. Adler

■ Einleitung und Grundlagen der Hypertonie

Epidemiologie

48 % aller Todesfälle in Deutschland sind auf Erkrankungen des Kreislaufsystems zurückzuführen. Die zweithäufigste Todesursache, Krebserkrankungen, ist für ein weiteres Viertel aller Todesfälle verantwortlich, sämtliche anderen Todesfälle stellen das verbleibende Viertel dar. Diese Statistik zeigt die gewaltige Bedeutung von kardiovaskulären Erkrankungen für die Gesamtmortalität und -morbidity in Deutschland und den westlichen Industrieländern.

Die arterielle Hypertonie ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und ihre konsequente Therapie ist deshalb von hoher Bedeutung für die Verbesserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung [1].

Die wichtigsten Risikofaktoren für die Entstehung von kardiovaskulären Erkrankungen sind die arterielle Hypertonie, erhöhte Cholesterinwerte, Diabetes mellitus, Adipositas, Rauchen und Stress.

Das mit steigenden Blutdruckwerten verbundene kardiovaskuläre Risiko steigt graduell an: Bei Vorliegen einer arteriellen Hypertonie ist das daraus resultierende kardiovaskuläre Risiko nicht isoliert zu betrachten, sondern als Teil eines Geflechtes von sich potenzierenden Komorbiditäten zu interpretieren. Entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Hochdruckliga sind für die Entscheidung, welche nicht-pharmakologischen und medikamentösen Interventionen notwendig sind, folgende Risikofaktoren zu berücksichtigen:

- Vorliegen einer positiven Familienanamnese hinsichtlich kardiovaskulärer Erkrankungen
- Alter (Männer > 55 Jahre, Frauen > 65 Jahre)
- Schweregrad der Hypertonie
- Rauchen
- Hypercholesterinämie (> 6,5 mmol/l bzw. 250 mg/dl)
- Diabetes mellitus

Weitere prognostisch relevante Faktoren sind (1) Übergewicht, (2) körperliche Inaktivität und (3) ein erhöhter Fibrinogenspiegel.

Die Korrelation zwischen systolischem Blutdruck und einem relativen Risiko eines Schlaganfalls ist enger als die Beziehung zum relativen Risiko einer koronaren Herzkrankheit. Hervorzuheben ist die Sterblichkeit durch die koronare Herzkrankheit, die quantitativ als dominierende Folge der Hypertonie zu werten ist [2].

Die modernen Definitionen von pathologischen Blutdruckwerten gehen auf epidemiologische und interventionelle Stu-

Tabelle 1: Definitionen und Klassifikation der Blutdruckwerte (in mmHg). Aus [6].

Kategorie	Systolisch	Diastolisch
Optimal	< 120	< 80
Normal	120–129	80–84
Hoch-normal	130–139	85–89
Grad-1-Hypertonie (leicht)	140–159	90–99
Grad-2-Hypertonie (mittelschwer)	160–179	100–109
Grad-3-Hypertonie (schwer)	≥ 180	≥ 110
Isolierte systolische Hypertonie	> 140	< 90

dien zurück, die gezeigt haben, dass oberhalb der heute gültigen Grenzwerte – nach den oben beschriebenen Kriterien – ein deutlicher Anstieg des kardiovaskulären Risikos zu beobachten ist. Eine Senkung von erhöhten Blutdruckwerten in normotone Bereiche hat eine signifikante Reduktion der kardialen und zerebralen Ereignisse zur Folge [3].

Die Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) der arteriellen Hypertonie ist in den Industrieländern seit den 1980er-Jahren konstant hoch. Sie liegt bei 10–50 % der Gesamtbevölkerung, wobei die Häufigkeit mit dem Alter deutlich ansteigt. Über 20 % der Mitteleuropäer haben einen stark erhöhten systolischen Blutdruck von > 160 mmHg, bei den > 80-Jährigen liegt dieser Anteil sogar bei 30 % [4]. In Deutschland findet sich die höchste Hypertonieprävalenz in Europa und bei der Schlaganfallmortalität steht Deutschland mit an Europas Spitze [5].

Klassifikation der Hypertonie

Tabelle 1 zeigt die Definition und Klassifikation der Blutdruckwerte. Anhand von Abbildung 1 kann eine individuelle Risikoprofilbestimmung bei Hypertonikern durchgeführt werden.

Die Wahrscheinlichkeit eines kardiovaskulären Ereignisses beträgt bei niedrigem Risiko < 15 %, mittlerem Risiko 15–20 %, hohem Risiko 20–30 % und sehr hohem Risiko > 30 %.

Bei niedrigem und mittlerem Risiko kann durchaus 3–6 Monate lang mit komplementären Verhaltensmaßnahmen, wie z. B. Ernährungsumstellung, Gewichtsreduktion, Absetzen von schädigenden Noxen (Nikotin) und einer Therapie mit homöopathischen Komplexmitteln oder aber auch mit Phytotherapie, versucht werden, den Blutdruck auf < 140/90 zu senken. Gelingt dies nicht, sollten anerkannte Antihypertensiva eingesetzt werden.

Bei hohem und sehr hohem kardiovaskulärem Risiko ist immer eine sofortige Pharmakotherapie als Standard notwendig [6].

Gesamt kardiovaskuläres Risiko / Hypertonie

Zusätzliches Risiko, OS oder Krankheit

Blutdruck (mmHg)					
Andere Risikofaktoren, OS oder Krankheit	Normal RR syst 120-129 oder RR diast 80-84	Hoch Normal RR syst 130-139 oder RR diast 85-89	Grad 1 HT RR syst 140-159 oder RR diast 90-99	Grad 2 HT RR syst 160-179 oder RR diast 100-109	Grad 3 HT RR syst >179 oder RR diast >109
Keine anderen Risikofaktoren	Durchschnittliches Risiko	Durchschnittliches Risiko	Leicht erhöhtes Risiko	Moderat Erhöhtes Risiko	Hohes Risiko
1-2 Risikofaktoren	Leicht erhöhtes Risiko	Leicht erhöhtes Risiko	Moderat erhöhtes Risiko	Moderat erhöhtes Risiko	Sehr hohes Risiko
3 oder mehr Risikofaktoren MS, OS oder Diabetes	Moderat erhöhtes Risiko	Hohes Risiko	Hohes Risiko	Hohes Risiko	Sehr hohes Risiko
Begleitkrankheit Nierenschaden	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko	Sehr hohes Risiko

Abbildung 1: Kardiovaskuläres Gesamtrisiko. Aus [7]. Der Begriff „erhöht“ bedeutet, dass das Risiko höher als durchschnittlich ist.

Die Behandlung der Hypertonie wird mit unterschiedlichen homöopathischen Komplexpräparaten bei niedrigem und mittlerem Risiko schon seit vielen Jahren durchgeführt [8, 9].

Hier wird reviewartig das Präparat Homviotensin® in der Behandlung der leichten Hypertonie vorgestellt:

Im Gegensatz zur klassischen Homöopathie, die dem Patienten repertorisierte Einzelmittel überwiegend in Hochpotenzen zuführt, wird hier ein homöopathisches Komplexmittel nach klinischen Gesichtspunkten zur Behandlung in Tablettenform verabreicht.

Homviotensin® war in der Bundesrepublik Deutschland seit 1976 auf dem Markt und wurde 1998 in der Ukraine zugelassen. Es ist seit 2007 in Österreich zur Behandlung leichter Formen von Bluthochdruck rezeptpflichtig zugelassen. Homviotensin® besteht aus 4 homöopathischen Wirkstoffen: Reserpinum D3, Rauwolfia D3, Viscum album D2 und Crataegus D2.

Diese niedrig potenzierten homöopathischen Einzelmittel werden als homöopathisches Komplexmittel zusammengefasst und bei folgenden Indikationen eingesetzt: Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen sowie bei funktionellen Beschwerden des Herzens und des Kreislaufsystems. Herzneurosen und Spannungszustände auf der Basis von psychomotorischen Dysregulationen kommen bei diesem Komplexmittel ebenfalls zur Anwendung.

Homviotensin® wird in der Praxis aufgrund seiner Zusammensetzung zur Behandlung von vegetativen und altersbedingten hypertonen Dysregulationsstörungen eingesetzt. Ebenfalls

wirksam ist dieses Medikament bei intermittierenden Spannungszuständen, die durch den Sympathikus induziert werden [10].

Für die Behandlung mit homöopathischen Komplexpräparaten ist typisch, dass nicht nur organotrope Veränderungen, z. B. eine leichte Hypertonie erfolgreich behandelt werden kann, sondern gleichermaßen mit ein und demselben Präparat psychotrope Befindlichkeitsstörungen positiv verändert werden können.

Ziel dieser Übersicht ist es, die Wirksamkeit und Sicherheit von Homviotensin® bei der Behandlung der leichten Hypertonie aus dem Fundus der vorhandenen Studien und wissenschaftlichen Daten darzulegen.

Methodik

Bisher liegen 2 randomisierte placebokontrollierte Phase-IV-Studien [11, 12], eine Vergleichsstudie mit Metoprolol [13], ca. 20 offene Studien, Anwendungsbeobachtungen und etliche Erfahrungsberichte mit Homviotensin® vor.

Die Studien- und Anwendungsdaten zu Homviotensin® werden nach Evidenzgraden unterschieden:

Eine Studie der Evidenzklasse A enthält mindestens eine randomisierte kontrollierte Studie. Die Evidenzklasse B beschreibt eine kontrollierte Studie ohne Randomisierung, C ist eine klinisch-experimentelle prospektive Studie.

Nach D (nicht-experimentelle, deskriptive Studie) wird in diesem Evidenzgrad weiterhin unterschieden nach Patienten-

Tabelle 2: Studien und Erfahrungsberichte mit Homviotensin®-Tabletten.

A	Krönig B et al. (2003)	Randomisierte placebokontrollierte Phase-IV-Studie
	Besrodnaja B et al. (2002)	Randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte Phase-IV-Studie
B	Wolf R (1999)	Kontrollierte Vergleichsstudie Homviotensin® vs. Metoprolol
C	Swischtschenko EP et al. (2006)	Offene Vergleichsstudie Homviotensin® vs. Homviotensin® + Ambrax®
D	Schmidramsl H et al. (1997)	Arzneimittelprüfung Reserpinum D3
E	1996–1997	2 offene Studien und 1 Anwendungsbeobachtung (Deutschland)
	2000–2007	16 offene Studien (Ukraine)
	1998–2008	53 klinische Erfahrungsberichte (Ukraine, Deutschland)

zahl, Alter, Dosierung, Studiendauer, Blutdrucksenkung, Pulsfrequenz, Besserung subjektiver Beschwerden und Auftreten von unerwünschten Wirkungen. Für die Evidenzklasse E werden klinische Erfahrungsberichte gesammelt und ausgewertet. Alle Studien mit kleinen Fallzahlen, Anwendungsbeobachtungen und andere, z. B. nur in ukrainischen Fachzeitschriften publizierte Studien, werden hier zusammengefasst. Eine Übersicht über alle wichtigen Studien ist in Tabelle 2 aufgeführt.

■ Ergebnisse

Evidenzklasse A

Es wurden 2 randomisierte placebokontrollierte Phase-IV-Studien an insgesamt 140 Patienten durchgeführt:

63 Patienten erhielten in 5 Allgemeinpraxen nach einer 14-tägigen Wash-out-Phase der bisherigen antihypertensiven Therapie 28 Tage lang 2 × 1 Tablette Homviotensin® oder Placebo. Die ABDM-Tagesmittelwerte sanken in der Verumgruppe signifikant von $139,8 \pm 7,8/86,7 \pm 5,6$ auf $132,5 \pm 7,8/81,1 \pm 7,0$ mmHg ($p < 0,001/p = 0,001$). In der Placebogruppe wurden mit $140,6 \pm 6,3/85,9 \pm 6,2$ zu $141,0 \pm 8,2/85,2 \pm 7,4$ mmHg keine signifikanten Veränderungen beobachtet [11].

77 Patienten erhielten nach einer 3-wöchigen Run-in-Phase ohne antihypertensive Therapie 6 Wochen lang 2 × 1 Tablette Homviotensin® oder Placebo. Die Behandlung mit Homviotensin® führte zu einer signifikanten Senkung des durchschnittlichen systolischen Blutdruckes am Tag von $144,0 \pm 13,7$ auf $127,9 \pm 8,2$ (um 16,1 mmHg; $p < 0,05$) und in der Nacht von $134,4 \pm 12,4$ auf $114,6 \pm 9,0$ (um 19,8 mmHg; $p < 0,05$). Die Senkung des diastolischen Blutdruckes am Tag von $89,2 \pm 8,3$ auf $79,0 \pm 6,6$ (um 10,2 mmHg; $p < 0,05$) und in der Nacht von $79,1 \pm 7,1$ auf $67,5 \pm 6,7$ (um 11,6 mmHg; $p < 0,05$) war ebenfalls signifikant. In der Placebogruppe wurden keine signifikanten Veränderungen beobachtet [12].

Evidenzklasse B

Es wurde eine kontrollierte Vergleichsstudie an 50 Patienten durchgeführt: 50 Patienten erhielten nach einer 3-tägigen Baseline-Phase 4 Wochen lang 2 × 1 Tablette Homviotensin® oder 2 × 1 Tablette mit 50 mg Metoprolol. Die ABDM-Tagesmittelwerte sanken unter Homviotensin® signifikant von $154,5 \pm 8,7/90,2 \pm 5,3$ auf $142,7 \pm 13,4/83,4 \pm 6,3$ mmHg (jeweils $p \leq 0,001$) und unter Metoprolol signifikant von $153,8 \pm 8,3/93,1 \pm 5,4$ auf $140,2 \pm 5,9/83,1 \pm 7,6$ mmHg (jeweils $p \leq 0,001$). Homviotensin® und Metoprolol in den angewendeten Dosierungen bewirkten nach 4 Wochen vergleichbare kontinuierliche Blutdrucksenkungen [13].

Evidenzklasse C

Es wurde eine offene Studie [14] durchgeführt: 40 Patienten mit leichter arterielle Hypertonie und vegetativen Dysfunktionen erhielten nach einer 7-tägigen Wash-out-Phase ohne antihypertensive Therapie in Folge 28 Tage lang 2 × 1 Tablette Homviotensin® oder eine Kombination von 2,5 × 1 Tablette Homviotensin mit 3 × 1 Tablette des homöopathischen Komplexpräparates Ambrax®. Die Behandlung mit Homviotensin® bewirkte eine Reduktion der systolischen bzw. diastolischen Blutdruckwerte um 11 bzw. 9 mmHg und eine signifikante Verringerung von nächtlichem Aufwachen und Tagesmüdigkeit ($p < 0,05$). Die Kombination mit Ambrax® reduzierte die systolischen und diastolischen Blutdruckwerte um 12 bzw. 10 mmHg, bewirkte eine signifikante Verlängerung der Schlafzeit, Verkürzung der Einschlafzeit und Verringerung von nächtlichem Aufwachen und Tagesmüdigkeit ($p < 0,05$) und reduzierte Nervosität und Angstgefühle [15].

Evidenzklasse E

Es wurden 18 offene Studien an 591 Patienten und eine Anwendungsbeobachtung (AWB) an 9 Patienten durchgeführt sowie 53 klinische Erfahrungsberichte an 5112 Patienten erhoben:

31 Patienten erhielten in 2 offenen Studien und einer AWB in Deutschland (1996–1997) 2 × 1 Tablette Homviotensin® über einen durchschnittlichen Zeitraum von 24 Tagen. Die systolischen und diastolischen Blutdruckwerte sanken dadurch im arithmetischen Durchschnitt um 13 mmHg und 6 mmHg.

569 Patienten erhielten in 16 offenen Studien in kardiologischen Zentren der Ukraine (2000–2007) 3 Tabletten Homviotensin® über einen durchschnittlichen Zeitraum von 38 Tagen. Eine Langzeitstudie wurde über einen Zeitraum von einem Jahr durchgeführt. Die systolischen und diastolischen Blutdruckwerte sanken dabei im arithmetischen Durchschnitt um 24 mmHg und diastolisch um 13 mmHg.

5112 Patienten erhielten in der Ukraine Homviotensin® im Durchschnitt 3 ×/d 1 Tablette in Abhängigkeit von den jeweiligen Blutdruckwerten. 54 Erfahrungsberichte dokumentieren für diese Anwendungen eine Senkung der systolischen und diastolischen Blutdruckwerte.

Eine Auswahl der in den wichtigsten placebokontrollierten und offenen Studien dokumentierten Blutdrucksenkungen wird in Tabelle 3 zusammengefasst.

Tabelle 3: Auswahl der in den wichtigsten placebokontrollierten und offenen Studien dokumentierten Blutdrucksenkungen.

	Dauer (Tage)	Dosierung	Patienten (n)	Alter* (Range)	Blutdruck (Verum) Blutdruck (Placebo/Metoprolol)	Blutdrucksenkung (mmHg)	
						Syst.	Diast.
Krönig B et al. (2003)	28		63:	52 (25–81)			
		2 × 1 Tab.	27 Verum		140/87 → 133/81	7	6
		Placebo	36 Placebo		141/86 → 141/85	0	1
Besrodnaja B et al. (2002)	42		77:	53 (na)			
		2 × 1 Tab.	39 Verum		144/89 → 128/79 Tag 134/79 → 115/68 Nacht	16 19	10 11
		Placebo	38 Placebo		140/87 → 138/84 Tag 130/76 → 128/72 Nacht	2 2	3 4
Wolf R (1999)	28		50	61 (na)			
		2 × 1 Tab.	25 Verum		155/90 → 143/83 Tag 144/80 → 135/76 Nacht	12 9	7 4
		2 × 50 mg Metoprolol	25 Metoprolol		154/93 → 140/83 Tag 140/80 → 135/75 Nacht	14 5	10 5
1996–1997	24*	2 × 1 Tab.	31	60 (na)	149/93 → 136/87*	13	6
2000–2007	38*	3 × 1 Tab.	569	43 (12–85)	153/92 → 129/79*	24	13

* Arithmetisches Mittel; na: nicht angegeben

Diskussion

Die Wirksamkeit von Homviotensin® wird durch randomisierte placebokontrollierte Studien, Vergleichsstudien, Studien auf der Basis von „good scientific practice“ (GCP) und einfachen Anwendungsbeobachtungen seit 1987 beschrieben.

Evidenz

Die Altersverteilung in allen vorgelegten Studien lag bei dem Gesamtkollektiv der Patienten zwischen 12 und 85 Jahren. Der durchschnittliche Median der beobachteten Patienten in den angeführten Statistiken liegt bei 47,5 Jahre. In den vorgelegten Anwendungsbeobachtungen von 47 Ärzten und Heilpraktikern aus der Bundesrepublik Deutschland lag der mittlere Altersmeridian bei 60 Jahren, was im Vergleich auch identisch ist für das angegebene Erkrankungsalter des Hypertoniereports 2008 [6].

Interessant ist, dass auch bei jüngeren Patienten [12] eine Senkung des systolischen und diastolischen Blutdrucks erzielt werden konnte.

Bei den in den Studien eingeschlossenen Patienten konnte bei dem überwiegenden Anteil der Patienten eine Hypertonie Grad 1 (leicht) diagnostiziert werden.

Die beiden randomisierten placebokontrollierten Studien (n = 140) und die Vergleichsstudie mit Metoprolol sind Kernpunkt der Betrachtung. Fasst man die Studien von Krönig, Besrodnaja und Wolf zusammen, liegt die systolische Blutdrucksenkung bei 7–19 mmHg und die Senkung der diastolischen Blutdruckwerte bei 4–11 mmHg. Die Varianzbreite lässt sich durch unterschiedliche Fallzahlen und auch durch eine unterschiedliche Beobachtungsdauer der 3 durchgeführ-

ten Studien erklären. Besrodnaja konnte mit dem hier vorgelegten Studiendesign in der 24-h-Tagesmessung eine systolische Absenkung von 16 mmHg und diastolisch 10 mmHg vorstellen.

Bei allen vorgelegten Placebogruppen liegt ein signifikant niedrigerer Wert als im Vergleich zur Verumgruppe vor [11, 12].

Fünf ukrainische Studien (n = 126) untersuchten die Wirksamkeit von Homviotensin® an Patienten mit mittelschwerer Hypertonie (Grad 2), davon sind 4 Studien mit Patienten interessant, da diese Patientengruppen über einen signifikant langen Zeitraum behandelt wurden. Bei diesem offenen Studiendesign konnte im Durchschnitt der systolische Blutdruck um 12,5 mmHg und der diastolische Blutdruck um 10,5 mmHg gesenkt werden.

13 weitere Studien (n = 454) untersuchten höhere Tagesdosen von Homviotensin®. Die Dosierung schwankte zwischen 2 (Standarddosierung) und 6 Tabletten pro Tag.

Tabelle 3 zeigt, dass bereits bei einer Erhöhung um eine Tablette pro Tag bei leichten Hypertonieformen eine annähernd doppelte Blutdrucksenkung systolisch und diastolisch erzielt werden kann.

Bei 3 Studien mit einer Dosierung von 3–6 Tabletten wurden einige nicht schwerwiegende Begleitwirkungen beobachtet: Schnupfen (n = 7), Müdigkeit (n = 6), Magenschmerzen (n = 3) und Mundtrockenheit (n = 1). Übertragen auf die Anzahl der Patienten lagen die Begleitsymptome, wie sie bei homöopathischen Komplexpräparaten typischerweise auch als Erstverschlimmerung vorkommen können und vollkommen folgenlos abheilen, bei unter einem Prozentpunkt.

■ Zusammenfassung

Studienergebnisse an 951 Patienten, klinische Erfahrungsberichte an 5112 Patienten und vorliegende bibliografische Daten der Wirkstoffe skizzieren deutlich die Wirksamkeit von Homviotensin® bei der leichten arteriellen Hypertonie.

Bei Durchsicht aller Studienergebnisse kann eine direkte dosisabhängige Wirkung auf den erhöhten Blutdruck nachgewiesen werden. Ebenfalls wird beobachtet, dass Homviotensin® eine regulierende Wirkung auf die Herzfrequenz hat. Alle befindlichkeitsabhängigen Beobachtungsmerkmale, wie intermittierende Tachykardien, Kopfschmerzen, Schwindel, Schwäche, Müdigkeit und reaktive psychologische Verstimmungszustände konnten durch das Medikament gebessert werden.

Um die bisherigen Ergebnisse bei der Behandlung einer mittelschweren Hypertonie näher zu evaluieren, sind weitere Untersuchungen notwendig. Auch die Anwendung bei Jugendlichen und Kindern muss durch weitere Studien abgeklärt werden.

Unerwünschte Arzneimittelreaktionen, wie sie vergleichsweise bei allopathischen Arzneimitteln vorkommen, konnten bei der Anwendung von Homviotensin® in allen Studien nicht beobachtet werden.

Bei Homviotensin® handelt es sich um ein wirksames Medikament bei der leichten Hypertonie, es kann frühzeitig auch nach den Regeln der Deutschen Hochdruckliga angewendet werden. Zusätzlich zu prüfen ist, ob dieses homöopathische Komplexpräparat nicht als Erweiterung einer Standardtherapie in der täglichen Praxis genutzt werden kann. Auch das muss mit weiteren Studien belegt werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Martin Adler
Institut für Naturheilverfahren Siegen
D-57078 Siegen
Sohlbacher Straße 20
E-mail: info@dr-martin-adler.de

Literatur:

1. Statistisches Bundesamt, 2001.
2. Kjeldsen SE, Julius S, Hedner T, et al. Stroke is more common than myocardial infarction in hypertension: analysis based on 11 major randomized intervention trials. *Blood Press* 2001; 10: 190–2.
3. Thamm M. Blutdruck in Deutschland – Zustandsbeschreibung und Trends. *Gesundheitswesen* 1999; 61: S90–S93.
4. Fink W, Haidinger G. Die Häufigkeit von Gesundheitsstörungen in 10 Jahren Allgemeinpraxis. *Z Allg Med* 2007; 83: 102–8.
5. NN. Taurine Hypertonie-Rekorde: Hochdrucktherapie in Deutschland kurieren. *Medical Tribune* 2007; 42 (4): 24.
6. Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL® – Deutsche Hypertonie Gesellschaft. Leitlinien zur Behandlung der arteriellen Hypertonie, Deutsche Hochdruck Liga. 2008. <http://www.paritaet.org/rr-liga/Leitlinien-Therapie2007.pdf> [gesehen 03.08.2011].
7. Watschinger B. „Update Hypertonie“: Neue Guidelines und renale Aspekte. *J Hyperton* 2008; 12: 21–7.
8. Adler M. Die Bedeutung der Grenzwert-hypertonie in der täglichen Praxis. *Therapeutikon* 1994; 8: 109–11.
9. Adler M, Vestweber AM. Homöopathie und Selbstmedikation: Heilen mit Komplex-Homöopathie. *Erfahrungsheilkunde* 1994; 43: 322–6.
10. Keller K, Greiner S, Stockebrandt P (Hrsg.). Homöopathische Arzneimittel. Materialien zur Bewertung. Monographien der Kommission D des deutschen Bundesgesundheitsamtes (BGA). Govi-Verlag, Frankfurt, 1990 (6. Lieferung 1995).
11. Krönig B, Fassbinder F, Terhaar A, et al. Homviotensin® versus Placebo bei leichter essentieller arterieller Hypertonie – randomisierte, multizentrische, ABPM-kontrollierte Phase IV-Studie. Abstract: 27. Wissenschaftlicher Kongress der Hochdruckliga. Bonn, 26.–29.11.2003.
12. Besrodnaja LV, Davydova IV, Schlykova NA. Homviotensin: Wirksames homöopathisches Antihypertonikum. *Ärztliche Forschung* 2002; 49 (Sonderdruck 1).
13. Wolf R. Hochdrucktherapie – Eine homöopathische Alternative. Eine Therapiestudie mit Homviotensin und Metoprolol. *Ärztliche Forschung* 1999; 46 (Sonderdruck 1).
14. Fachinformation Homviotensin-Tabletten (Österreich, Stand: Oktober 2007).
15. Swischtschenko EP, Gulkewitsch OV. Homvio-Nervin (in Deutschland: Ambrax) kombiniert mit Homviotensin bei der Behandlung von Patienten mit arterieller Hypertonie und vegetativer Dysfunktion. *Naturheilpraxis, Fachzeitschrift für Naturheilkunde, Erfahrungsheilkunde und biologische Heilverfahren* 2006; 10 (Sonderdruck).

■ Anhang

Österreichische Gesellschaft für Homöopathische Medizin (ÖGHM): <http://www.homoeopathie.at>

Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte (DZVhÄ): <http://www.dzvhae.com/portal/loader.php?org=1113&seite=Index>

IWPH International Website for Professional Homeopathy: <http://www.dzvhae.com/portal/loader.php>

Fachkurzinformation zur gegenüberliegenden Seite

Homviotensin® Tabletten

Anwendungsgebiete: Zur Anregung der Selbstheilungskräfte gemäß den homöopathischen Arzneimittelbildern bei leichten Formen von Bluthochdruck. **Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält: Reserpinum D3 32 mg, Rauwolfia serpentina D3 32 mg, Viscum album D2 32 mg, Crataegus D2 64 mg. Enthält Lactose-Monohydrat, Magnesiumstearat, Maisstärke. **Gegenanzeigen:** Homviotensin darf nicht angewendet werden: Bei Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile, bei Depressionen, bei Magen-Darm-Ulcera und Phäochromozytom, von Kindern und Jugendlichen, da dafür keine ausreichend dokumentierten Erfahrungen vorliegen, während der Schwangerschaft und Stillzeit. **Nebenwirkungen:** Bisher keine bekannt. **Packungsgrößen:** 100 / 200 Tabletten; **Stand der Info:** Juni 2008. Weitere Angaben zu Neben-, Wechselwirkungen und zu den „Besonderen Warnhinweisen zur sicheren Anwendung“ entnehmen Sie bitte der „Austria-Codex-Fachinformation“. **Inhaber der Zulassung:** Homviora Arzneimittel, Dr. Hagedorn GmbH & Co., München. Rezept- und apothekenpflichtig.

TITELBILD: Stephen Hales. Englischer Naturforscher, * 17. 9.1677 Bokesbourne, Kent, † 4.1.1761 Teddington, Middlesex. Durch eine neue Darstellung der Pflanzenernährung Mitbegründer der Pflanzenphysiologie. Quelle: en.wikipedia.org. Public Domain.

IMPRESSUM: Offizielles Organ der Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie. **Chief Editor:** Univ.-Prof. Dr. Jörg Slany, A-1090 Wien, Mariannengasse 21. **Medieninhaber, Verleger, Produktion, Anzeigen, Vertrieb:** Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft, A-3003 Gablitz, Mozartgasse 10. **Druck:** Ueberreuter Print GmbH, A-2100 Korneuburg, Industriestraße 1.



Homviotensin®

200 Tabletten zum Einnehmen
N2

Weißdorn
– Crataegus –



Mistel
– Viscum album –



Schlangenwurz
– Rauwolfia serpentina –



