

Thema:

Was ist eigentlich eine gute Akupunktur?

Das Thema der Jahrestagung 2009 der DÄGfA war so einfach wie schwierig. Ansprechend war es auf jeden Fall, denn wer hat nicht schon mal sich selbst die Frage gestellt: „Bin ich eigentlich ein guter Akupunkteur? Genügt meine Ausbildung? Muss ich noch viel mehr wissen? Und was?“

Die Antworten auf diese Frage, so der Moderator der Jahrestagung und Leiter des Wissenschaftszentrums der DÄGfA, **PD. Dr. Domink Irnich**, sollten sowohl wissenschaftlich, als auch praxisnah angegangen werden: durch drei Hauptvorträge, zwei Impulsreferate, eine abschließende Podiumsdiskussion der Vortragenden und insgesamt vier Workshops mit dem Titel „Mein größter Erfolg, mein größter Fehler in der Akupunktur“.

Welche Hinweise geben die Studien der Modellvorhaben auf eine qualitativ gute Akupunktur?

1. **Prof. Dr. Claudia Witt** (Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité – Universitätsmedizin Berlin) analysierte hierzu die Daten der ARC-Studie der Techniker Krankenkasse. In ihr war es bei sechs Indikationen um die Frage der Effectiveness und Kosten gegangen. Eingeschlossen waren 50.473 Patienten mit den Indikationen: Lumbago, Osteoarthritis, Kopfschmerzen, Nackenbeschwerden, Dysmenorrhoe, und Allergische Rhinitis. Diese Studie hatte schon vor dem Start der Modellvorhaben begonnen, die drei letztgenannten Diagnosen waren in den Modellvorhaben nicht eingeschlossen.

Design: Randomisation in eine Akupunkturgruppe (Routineversorgung plus Akupunktur (add on) mit follow up sowie eine Kontrollgruppe mit Routineversorgung, die erst nach einer Wartezeit von 3 Monaten Akupunktur erhielt. Gemessen wurde, wieviel Prozent der Patienten mehr als 50% Besserung angaben (SF 36 Schmerzskala).

Ergebnis: Nach 3 Monaten zeigte sich ein signifikanter Erfolg der Akupunkturgruppe, die im Durchschnitt um den Faktor 3 besser abschnitt, bei Heuschnupfen um den Faktor 2; bei Arthroseschmerzen gar um den Faktor 5 (!).

Für die Fragestellung der Jahrestagung analysierte Frau Prof. Witt die Daten von 9.900 Patienten mit den Diagnosen Lumbago (n=2.838), Nackenbeschwerden (n= 3.451), Kopfschmerzen (n=3.138) und Knie- und Hüftarthrose (n=563), die von 1.760 Ärzten behandelt worden waren. Die durchschnittliche Ausbildungszeit betrug 280 Stunden, davon hatten 18% das B-Diplom = >350 Std. Ausbildung. 37 % waren Ärztinnen. Es zeigten sich keine Unterschiede in der individuellen Erfolgsquote betreffend Ausbildung und Erfahrung, allerdings zwischen den Fachrichtungen: OrthopädInnen lagen deutlich unter dem Durchschnitt, InternistInnen deutlich drüber, die AllgemeinärztInnen etwa im Schnitt. An dieser Stelle stöhnten die anwesenden Orthopäden deutlich auf, allerdings zu Unrecht. Denn Frau Prof. Witt präsentierte die zehn erfolgreichsten ÄrztInnen (natürlich codiert) der Studie, die zum Teil mit ihren Erfolgen erheblich über dem Durchschnitt lagen (Faktor 4.6 bis 23.4). Darunter befanden sich vier OrthopädInnen.

Frau Prof. Witt schloss mit folgendem Statement:

1. Formale Aspekte – z.B. die Ausbildung – scheinen keinen relevanten Einfluss auf den Outcome zu haben
2. Sog. soft-skills spielen ggf. eine wichtige Rolle.

Es wäre interessant, eine Folgestudie über eine Auswahl der erfolgreichen Akupunkteure durchzuführen, um die Kriterien des Erfolges genauer studieren zu können (falls diese ÄrztInnen ihrer Entblindung zustimmen).

Abschließend verwies sie auf eine kürzlich abgehaltene interdisziplinäre Expertenkonferenz (Ärzte, Psychologen, Soziologen, Ethnologen, Linguisten, Epidemiologen, Historiker) zum Thema „Guter Arzt“. Diese kam zu dem Ergebnis, dass das kommunikative und psychosoziale Handlungswissen während der Medizinausbildung abnimmt, dass zu einer guten Arzt-Patient-Beziehung aber gerade diese gesellschaftlichen, kulturellen und sozioökonomischen Faktoren eine wichtige Rolle spielen.

2. **Dr. Wolfgang Weidenhammer** (Zentrum für naturheilkundliche Forschung, II. Med. Klinik und Poliklinik, TU München) trug eine entsprechende Studie innerhalb der Modellvorhaben bei den Ersatzkassen (10 Kassen) vor: Evaluation der Patientenversorgung mit Akupunktur, PEP-AK München. Eingeschlossen waren 4.084 PatientInnen, die von 828 ÄrztInnen behandelt worden waren. Hier zeigten sich folgende Ergebnisse:

1. Weibliche Akupunkteure hatten besserer Erfolg als männliche Akupunkteure, jedoch auch gestaffelt nach Fachrichtung (Andere > Allgemeinärztinnen > Orthopädinnen).
2. Geringerer Therapieerfolg bei OrthopädInnen insgesamt
3. Bessere Erfolge, wenn AkupunkturInnen auch klass. NHV, Homöopathie, TCM im „Angebot“ hatten
4. Gleich guter Therapieerfolg bei A- und B-Diplom
5. Weniger Nebenwirkungen bei besserer Ausbildung

Zusammenfassend: Ärztinnen zeigten sich ihren männlichen Kollegen vor allem in den „soft skills“ überlegen: von Information über Arzt-Patient-Beziehung, Organisatorischem bis zur Trost-Spende. Der gleich gute Erfolg bei A- und B-Diplom erklärt sich möglicherweise aus dem behandelten Diagnosespektrum: Das im B-Diplom vermittelte Wissen bezieht sich hauptsächlich auf die Behandlung innerer Störungen.

3. Die „psychosoziale Kompetenz“ wurde auch von **Dr. Wolfram Stör**, dem ehemaligen Leiter des Wissenschafts-Zentrums der DÄGfA, in den Mittelpunkt seines Impulsreferates gestellt, und zwar unter starker Bezugnahme auf den Psychiater Prof. Dr. Klaus Dörner, der u.a. durch seine Bücher „Irren ist menschlich“ und „Der gute Arzt“ bekannt wurde. Hier stand die Empathie und die Nachhaltigkeit der Behandlung als führende Eigenschaften für eine gute Akupunktur im Vordergrund.

4. **Dr. Gerald Stux**, Leiter der Deutschen Akupunktur Gesellschaft Düsseldorf, hatte noch eine spezifischere Aussage: Im Mittelpunkt der Akupunkturtherapie solle die individuelle Regulierung des gestörten Qi stehen. Der gute Arzt ist derjenige, dem es gelingt, die Lebensenergie der PatientInnen zum Fließen zu bringen. Was heilt? Vor allem ein warmes, mitfühlendes Herz auf der Seite des Arztes.

5. Einen ganz anderen Ansatz verfolgte Frau **Dr. Ingrid Wancura-Kampik**, Ehrenpräsidentin der Österr. Wiss. Ärztesellschaft für Akupunktur. Sie hat kürzlich nach 40 Jahren Studium der Segment-Anatomie ein gleichnamiges Buch vorgelegt. Die Kernaussage: Viele Akupunkturwirkungen können aus der Segment-Anatomie heraus besser erklärt werden und sollten somit die klassischen chinesischen Erklärungsmodelle, allen voran das Meridian-Modell, ablösen. Das Segment-Denken nahm vor ca. 110 Jahren seinen Ausgangspunkt mit den britischen Neurologen Head und McKenzie und wurde in den 60-er Jahren des letzten Jahrhunderts in entscheidender Weise von den deutschen Klinikern Hansen und Schliack weiterentwickelt. Darüber hinaus sei es sinnvoll, sich genauer mit der

Embryologie zu beschäftigen. So ist z.B. die Wirksamkeit des Akupunkturpunktes Dünndarm 3 auf Schulter und ebenso auf die Lende dadurch zu erklären, dass es sich bei der Unterarm-Muskulatur um ausgewanderte C8-Muskulatur handelt, ein Teil dieser Muskulatur dann wieder an den Rumpf zurückgewandert ist, aber weiterhin von seinem Segment C8 innerviert wird.

Diese überzeugende Darstellung der Bedeutung der Segmente als Erklärungsmodell für die Akupunktur wurde garniert mit Seitenhieben („Esoterik“) auf die klassischen theoretischen Modelle der chinesischen Medizin wie Yin-Yang und Fünf Wandlungsphasen, ebenso auf die Psychosomatik, die Frau Dr. Wancura-Kampik angesichts der Bedeutung des vegetativen Nervensystems – und hier besonders in seiner Kooperation mit den Rami dorsales der Spinalnerven – als weitgehend entbehrlich ansieht.

Durch diese Polarisierung war natürlich der Zündstoff für die von **Prof. Dr. Winfried Banzer** Podiumsdiskussion gegeben, in die sich auch die Zuhörerschaft ordentlich einbrachte.

Verschiedene Redemeldungen zeigten, dass man nicht bereit ist, sich so schnell von klassischen Modellen zu lösen, zumal z.B. die Fünf-Wandlungsphasen-Theorie für die Innere Medizin, sei es mittels Akupunktur oder mittels Kräutern ausgeführt, eine große Hilfe darstelle. Auch Yin-Yang habe in der Akupunktur wenig Bedeutung, dafür umso mehr in der Inneren Medizin. Auch erkläre sich durch die Verzweigung des N. sympathicus, warum uns die Angst kalt über den Rücken läuft, doch sei dies eben nur ein kleiner Aspekt einer nach wie vor bedeutungsvollen Psychosomatik, die sich mehr über die von den Limbischen Strukturen gesteuerten Emotionen erklären lassen. In diesen Diskussionen blitzte ansatzweise schon längst verloren geglaubte Diskussionsfreude in der DÄGfA auf. Dies lässt für die Zukunft hoffen.

Quintessenz: Was durch diese Konferenz klar wurde:

1. Es sind weniger die formalen Aspekte der Ausbildung und Erfahrung als eine bestimmte Einstellung der BehandlerInnen den PatientInnen gegenüber, dass den guten Arzt, die gute Ärztin ausmacht. Dies ist aber eine Aussage, die für alle Disziplinen und Methoden gilt. Was ist das Spezifische in der Akupunktur?
2. Wir Akupunkteure sind erfolgreich im Vergleich mit konventioneller Therapie.
3. Könnten wir noch erfolgreicher werden, wenn es uns gelingt, die Akupunktur weiterzuentwickeln und mehr auf biologische Füße zu stellen, d.h., von überkommenen Metaphern abzurücken?
4. Auf jeden Fall zeigt sich eine weitere große Bedeutung für Grundlagenforschung. Auch in der Segment-Anatomie ist noch zu klären, ob und warum bestimmte Punkte anders wirken als benachbarte Punkte im identischen Segment.

Lassen Sie mich diesen Kongressbericht mit einem Vergleich schließen. Igor Strawinski soll einmal, als er ein eigenes Werk dirigierte, ins Orchester gerufen haben: „You shall not play notes, you shall play music!“ Für die Akupunktur sieht die Sachlage genau konträr aus. Wir haben mit unseren Nadelkonzerten gute Erfolge, wissen aber oft nicht genau, warum. Ein die Nadel statt den Taktstock schwingender Strawinski könnte uns also zurufen: „The music is okay, let’s study the notes. The music might even become better!“ „Wir haben bislang gute Musik gespielt. Aber lassen Sie uns nun mal die Noten genauer studieren. Vielleicht wird ja dadurch die Musik noch besser.“

Dr. med. Dr. phil Tom Ots
Chefredakteur der Deutschen Zeitschrift für Akupunktur
Lehrbeauftragter für TCM, Medizinuniversität Graz

Literatur (wie von den Vortragenden angegeben)

LBP: Witt *Am J Epi* 2006

Neck Pain: Witt *Pain* 2006, Willich *Pain* 2006

OA: Witt *Arthritis & Rheumatism* 2006

Headache: Jena et al *Cephalalgia* 2008,

W. Weidenhammer, G. Menz, A. Strang, K. Linde, D. Melchart: Akupunktur bei chronischen Schmerzpatienten. Behandlungsergebnisse– Rolle des Akupunkteurs.

Schmerz 2006,20:418-432

Wancura-Kampik I. *Segment-Anatomie*. Elsevier (Urban&Fischer) 2009