

Akupunkturpatientin: „Jede intime Begegnung zwischen Arzt und Patient wirkt besonders gut“

DIRK EISERMANN / LAIF

MEDIZIN

Die eingebildete Heilung

Die größten Akupunkturstudien der Krankenkassen haben ein sensationelles Ergebnis gebracht: Die Nadelstecherei wirkt tatsächlich – doch es ist egal, wo der Therapeut hinsticht. Sind die Erfolge der chinesischen Heilkunst nur auf einen gigantischen Suggestionseffekt zurückzuführen?

Die deutschen Ärzte hielten sich scheinbar strikt an die Regeln der traditionellen chinesischen Akupunktur. Um eine wichtige Einstichstelle zur Behandlung von Rückenschmerzen aufzuspüren, folgten die Mediziner auf der Hinterseite des Oberschenkels zunächst dem Verlauf des „Blasenmeridians“ sechs Daumen breit nach unten und gingen von dort aus noch einmal drei Zentimeter nach innen: Exakt dort lag einer der Punkte, an denen sie den geplagten Patienten eine Akupunkturnadel drei bis fünf Millimeter tief ins Fleisch zu stechen hatten.

Für die behandelten Schmerzkranken wirkte diese Prozedur ganz schön chinesisch – doch in Wahrheit war sie ein reines Phantasieprodukt. Erfahrene Akupunk-

teure hatten den Scheinakupunkturpunkt extra erfunden. Er lag ganze drei Zentimeter von dem „echten“ Akupunkturpunkt Yinmen („prächtiges Tor“) entfernt, in den traditionell bei Rückenproblemen,



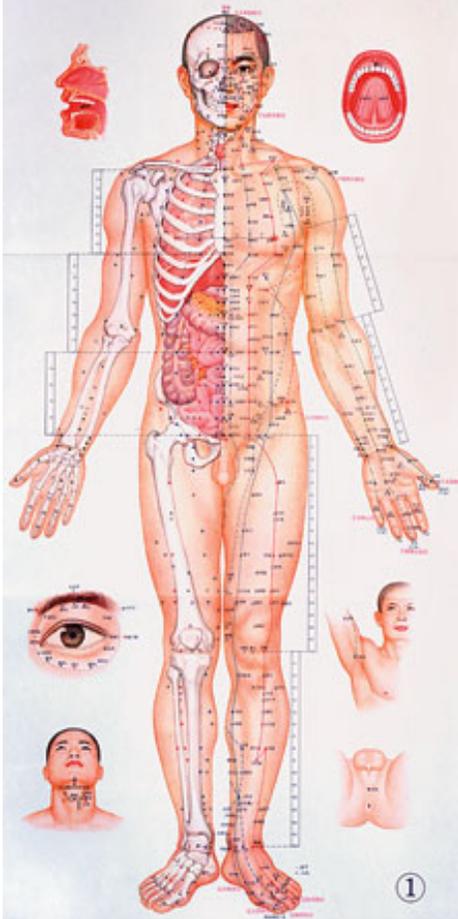
Projektleiter Trampisch

„Es stand auf Messers Schneide“

insbesondere bei Ischias-Beschwerden, gestochen wird – und zwar nicht nur wenige Millimeter tief wie beim Scheinpunkt, sondern zwei bis vier Zentimeter.

Der Schwindel war Teil der Gerac-Studien („German acupuncture trials“): der bislang größten wissenschaftlichen Akupunkturstudien, die im Auftrag mehrerer Krankenkassen klären sollten, ob die fernöstliche Nadelstecherei tatsächlich wirkt. Zu diesem Zweck wurden die Kranken nach dem Zufallsprinzip drei Gruppen zugeteilt: Die Schmerzpatienten der ersten Gruppe wurden nach einem chinesischen Originalverfahren gestochen, auf das sich Akupunkteure bundesweit geeinigt hatten; die Patienten der Kontrollgruppe hingegen erhielten – ohne davon zu wissen – nur die

针灸穴位挂图



Meridiankarte mit Akupunkturpunkten Budenzauber mit Yin und Yang

bestimmte Menge an Schmerzmitteln erlaubt war). Die Pointe aber lautet: Die Scheinakupunktur schnitt fast ebenso gut ab (siehe Grafik).

„Also, ich war schon überrascht“, sagt Projektleiter Hans Joachim Trampisch, Medizinstatistiker an der Ruhr-Universität Bochum. Und der Akupunkteur und Studienleiter Albrecht Molsberger gesteht: „Ich hätte schon damit gerechnet, dass der Unterschied zwischen echter und Scheinakupunktur größer ist.“

Die Studienergebnisse bestätigen andere, kleinere Studien und sind wegen ihrer wissenschaftlichen Qualität nicht mehr vom Tisch zu wischen. Sie werden auch nicht ohne Folgen bleiben: Vor vier Jahren hatte der gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Erstattung der Akupunktur durch die gesetzlichen Krankenkassen nur noch unter der Bedingung erlaubt, dass das Verfahren gleichzeitig wissenschaftlich erforscht wird. Auf der Basis dieser Ergebnisse sollte dann die endgültige Entscheidung fallen, ob die Akupunktur in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen wird. Spätestens im nächsten Sommer muss der Bundesausschuss seine Entscheidung fällen.

Doch wie lassen sich die verblüffenden Resultate der Akupunkturstudien erklären? Verbirgt sich hinter den Heilerfolgen der

Scheinakupunktur. Eine weitere Kontrollgruppe wiederum bestand aus Patienten, die nach der schulmedizinischen Standardtherapie behandelt wurden.

Die ersten Resultate für die Behandlung chronischer Rückenschmerzen und chronischer Kniearthroseschmerzen wurden vergangenen Donnerstag auf dem Orthopädenkongress in Berlin vorgestellt. Das Ergebnis muss Skeptiker und gläubige Akupunkturanhänger gleichermaßen verstören: Akupunktur wirkt, viel besser sogar als die schulmedizinische Standardtherapie – doch die Scheinakupunktur wirkt genauso gut wie das chinesische Original.

Ist es bei der hohen Kunst der Akupunktur also egal, wohin man sticht? Hat die Gerac-Studie die chinesische Yin-Yang-Philosophie als bloßen Budenzauber entlarvt? Andererseits: Sind die Ergebnisse nicht auch für die Schulmedizin peinlich?

Beispiel Kreuzschmerz: Sechs Monate nach einer Standardtherapie mit Medikamenten und insgesamt 10 bis 15 „Anwendungen“ wie Massagen oder Krankengymnastik hatte nur bei gut einem Viertel der Patienten entweder der Schmerz spürbar nachgelassen oder sich die Beweglichkeit der Wirbelsäule merklich gebessert. Nach nur 10 bis 15 Sitzungen mit „echter“ Akupunktur hingegen betrug die Erfolgsrate fast 50 Prozent (wobei zusätzlich eine

Nadeln gegen Schulmedizin

Patienten, denen die jeweilige Therapie helfen konnte*

CHRONISCHER KREUZ SCHMERZ

„echte“ Akupunktur 47,6%

Scheinakupunktur 44,2%

Standardtherapie 27,4%

CHRONISCHER KNIE SCHMERZ

„echte“ Akupunktur 51,0%

Scheinakupunktur 48,0%

Standardtherapie 28,0%

Quelle: Gerac-Studie; jeweils 387 Kreuzschmerz- bzw. rund 350 Kniearthroseschmerzpatienten je Therapie

* Schmerzlinderung und Funktionsverbesserung um einen definierten Mindestbetrag auf einer international gültigen Skala

„Die Studien“, sagt Bernhard Egger vom AOK-Bundesverband, „sind auf vielfache Weise interpretierbar.“ In der Tat: Jede Fraktion kann sich auf ihre Weise bestätigen oder gedemütigt fühlen – und nun damit beginnen, die Daten durch geschickte Interpretation zurechtzubiegen.

Schon bezweifeln einige, dass die Akupunktur tatsächlich so viel wirksamer ist als die schulmedizinische Standardtherapie. „Der große Unterschied“, sagt beispielsweise auch Egger, „könnte teilweise, wenn auch nicht allein, dadurch zu Stande kommen, dass die Patienten, die die Standardbehandlung erhielten, enttäuscht waren, dass sie nicht der Akupunkturgruppe zugeordnet worden sind. Die Leute litten ja oft schon seit Jahren unter Schmerzen und hatten sich möglicherweise sehr auf die Akupunktur gefreut.“

Wahr ist auch: Zumindest bei der Kniearthroseschmerzstudie erhielten die Akupunkturpatienten deutlich mehr Zuwendung vom Arzt als die Standardpatienten – eine methodische Schwachstelle, die zu Verzerrungen geführt haben könnte. Bislang weiß auch niemand, ob der positive Effekt der Akupunktur länger anhält als sechs Monate.

Dass es zudem egal zu sein scheint, wohin man sticht, ist besonders unangenehm für all jene Akupunkteure, die es zum Dogma erhoben haben, nur nach original chinesischen Regeln zu piksen. Ausgerechnet einer der besten Kenner der Geschichte der chinesischen Medizin, der Sinologe und Medizinhistoriker Paul Unschuld von der Universität München, sagt: „Dieses Ergebnis verwundert mich nicht.“

Innerhalb wie außerhalb Chinas, so Unschuld, gebe es eine Vielzahl von Akupunkturtraditionen, die sich teilweise erheblich unterscheiden. „In der japanischen Akupunktur, die häufig von blinden Therapeuten angewendet wird“, bestätigt auch der Akupunkturarzt Ulrich Eberhard aus Madrid, „werden etwa viel feinere Reize gesetzt als bei der chinesischen.“ Und vieles, was im Westen als „Traditionelle Chinesische Medizin“ (TCM) und Akupunktur gelehrt wird, ist eher über eine Aneignung durch Umdeutung entstanden als durch eine echte Tradition.

Schon der Begriff TCM ist keinesfalls 4000 Jahre alt, sondern wurde erst von den Maoisten geprägt – die die chinesische Medizin als Exportschlager entdeckten.

Welches der vielfältigen Akupunkturverfahren nun letztendlich das beste sei, so Unschuld, lasse sich wissenschaftlich kaum klären: „Solange es dem Patienten nicht schadet, ist es also eigentlich egal, welche Akupunkturvariante ein Arzt anwendet.“

Zudem gibt es Hinweise darauf, dass es einfach der Stich an sich sein könnte, der

Nadelstecher nur Suggestion, also eine Art gigantischer Placebo-Effekt? Und falls ja: Müssen die Krankenkassen dann trotzdem dafür zahlen? Und warum bezahlen sie andererseits für schulmedizinische Therapien, die offensichtlich viel schlechter wirken?

wirkt – alle Theorien über Meridiane und das „Gleichgewicht der Elemente“ wären demnach reine Philosophie. So zeigen neuere Experimente aus der Schmerzfor schung, dass bei jedem Einstich in die Haut Botenstoffe freigesetzt werden, die den Schmerz hemmen können.

Hinzu kommt vermutlich noch die Wirkung der Suggestion: „Jede invasive Therapie“, sagt der Schmerztherapeut und Stu-

Ausbildung erhalten soll – kürzere Lehrgänge von Konkurrenten werden in der Regel als Schmalspurausbildung verteuert.

Projektleiter Trampisch: „Die Forderung nach großer Ausbildung ist jetzt allerdings fraglich.“ Norbert Schmacke von der Universität Bremen, der auch Mitglied im Bundesausschuss ist, stimmt ihm zu: „Die Behauptung, dass nur gut ausgebildete Akupunkteure gute Ergebnisse er-

die jeder Patient aufgenommen wurde, der wegen Kreuz-, Knie- oder Kopfschmerzen akupunktiert werden wollte. Inzwischen sind allein in den von AOK, Betriebs- und anderen Krankenkassen finanzierten Kohortenstudien über 1,9 Millionen Patienten behandelt worden. Ursprünglich sollten die Kohortenstudien angeblich der Erforschung der Nebenwirkungen dienen – doch inzwischen versucht nicht einmal mehr

der AOK-Bundesverband, diesen Schein aufrechtzuhalten.

Das wissenschaftlich weitgehend sinnlose Mammutprojekt gefährdete zeitweise sogar die qualitativ hochwertigen Studien. „Das größte Problem“, sagt Carmen Brittinger von der Universität Marburg, eine Leiterin der Kreuzschmerzstudie, „war die selbst gemachte Konkurrenz durch die Kohortenstudie.“ Dadurch sei es extrem schwierig geworden, Patienten zu finden, die bereit waren, an der wissenschaftlich korrekten Studie teilzunehmen. Denn dort mussten sie das Risiko eingehen, in die Standardgruppe gelöst zu werden – und damit auf die gewünschte Akupunktur vorläufig zu verzichten.

„Manchmal“, sagt Projektleiter Trampisch, „stand

es auf Messers Schneide. Wir haben sehr viel Geld für Werbemaßnahmen ausgeben müssen, um überhaupt noch Patienten für die wissenschaftlich hochwertigen Studien zu finden.“

Welche Schlüsse der Bundesausschuss im nächsten Jahr aus den Gerac-Studien ziehen wird, ist noch offen. Die Akupunktur völlig aus dem Leistungskatalog herauszuhalten wird wohl schwierig werden. Doch mit Sicherheit wird es erregte Debatten um Ausbildung und Honorierung der Akupunkteure geben.

Schmerzexperte Zenz hofft, dass dann auch um die entscheidende Frage gestritten wird: Warum ist die Standardtherapie des chronischen Schmerzes in Deutschland so erschreckend schlecht?

Für viele Schmerzkrankungen fehlen klar strukturierte Leitlinien. Und oft bestimmt nicht der Arzt, sondern der Praxiscomputer, welche Therapie der Patient gerade bekommt; denn Leistungen wie Krankengymnastik oder Massagen unterliegen einem Budget, das am Quartalsende häufig ausgeschöpft ist.

„Wir müssen diese Studien zum Anlass nehmen“, sagt Zenz, „um uns endlich einmal zu fragen: Wie soll der chronische Schmerz im Gesamtkonzept behandelt werden?“

VERONIKA HACKENBROCH



Muskelaufbau-Training: Warum sind die Erfolge der Standardtherapie so erschreckend schlecht?

dienleiter Michael Zenz von der Ruhr-Universität Bochum, „ist eine sehr intime Begegnung zwischen Arzt und Patient und wirkt damit besonders gut – und zwar vor allem beim Schmerz.“ Tatsächlich zeigen Experimente aus der Placebo-Forschung, dass Schein-Spritzen gegen Schmerzen in der Regel besser wirken als Schein-Tabletten.

Wozu aber müssen die Ärzte dann noch aufwendig in TCM geschult werden? Eine große Bedrohung stellt die Gerac-Studie denn auch für die großen deutschen Akupunkturorganisationen wie der „Deutschen Ärztesellschaft für Akupunktur“ (DÄGfA) oder der „Forschungsgruppe Akupunktur“ dar, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, Ärzte für viel Geld in der Technik der Nadelstecherei auszubilden.

Den Kassen und Ärzten bieten sich diese Verbände als die einzig seriösen Ausbilder an; das von ihnen vergebene „A-Diplom“ (nach 140 Stunden für etwa 1800 Euro) und das „B-Diplom“ (nach 350 Stunden für insgesamt etwa 4800 Euro) werden zurzeit in eine von den Ärztekammern anerkannte Zusatzbezeichnung umgewandelt, die der Mediziner nach 200 Stunden

zielen, lässt sich vielleicht nicht mehr halten. Das hätte dann erhebliche Konsequenzen, denn die Ausbildung der Akupunkteure ist ja zu einer richtigen Industrie geworden.“

Dominik Irnich, Dozent der DÄGfA, schließt Veränderungen am Ausbildungskonzept zumindest nicht kategorisch aus. „Es ist denkbar, dass das Studienergebnis

eine Auswirkung auf die Ausbildung haben könnte“, sagt Irnich, „aber nicht sofort.“ Natürlich müsse man sich immer fragen, „wo bauen wir Mythen auf?“; doch die jetzige Ausbildung sei „ohnehin ein Minimum“.

Blamiert stehen aber nicht zuletzt die Geldgeber, die Krankenkassen, da. Denn die Gerac-Studien kamen nur zu Stande, weil die Kassen ein starkes Interesse daran hatten, die Wirksamkeit der Akupunktur zu beweisen – um diese endlich offiziell bezahlen zu dürfen. Andernfalls, so ihre Befürchtung, könnten Versicherte zur Konkurrenz wechseln.

Damit die Krankenkassen trotz der noch nicht abgeschlossenen hochwertigen Gerac-Studien weiter für die Nadelstecherei zahlen konnten, ließen sie parallel dazu riesige so genannte Kohortenstudien laufen, in

Schein-Spritzen wirken in der Regel auch besser gegen Schmerzen als Schein-Medikamente.