

Der Akupunkturpunkt und die Zukunft der Akupunkturforschung

Die Charité ist eine weltberühmte und honorige Universitätsklinik. Sie steht fest auf dem Boden der Wissenschaft. Auch die medizinischen Fakultäten der Technischen Universität München und der Universität Bochum stehen fest verankert auf diesem Boden. Ein bedeutender moderner Zweig dieser medizinischen Wissenschaft ist die *Evidence Based Medicine*, *EBM*.

Und weil nur randomisierte, klinisch kontrollierte Studien, auf Englisch RCT's genannt, als Aussage über die Wirksamkeit oder Unwirksamkeit einer Therapie anerkannt sind, hatten sich die Krankenkassen vor einigen Jahren mit diesen drei genannten Universitäten zusammengetan, um die Wirksamkeit der Akupunktur zu erforschen.

Kernpunkt der Forschungsprojekte, je nach Universität ART- oder GERAC-Studien genannt, waren die unterdessen veröffentlichten und weltweit beachteten randomisierten Studien zur Wirksamkeit der Akupunktur beim Kopfschmerz, Kreuzschmerz [1, 2] und Knieschmerz [3, 4]. In diesen Studien wurde dann so einiges mit einigem verglichen, z. B. die Akupunktur mit Sham-Akupunktur, oder mit Minimalakupunktur, oder mit einer gar nicht behandelten Gruppe (Warteliste) oder mit Gruppen von Patienten, die nur mit der leitlinienbasierten Schulmedizin behandelt wurden.

Der Akupunktur-Schock

Am Ende kam dann der große Schock für die Akupunkteure: Nur in einer einzigen Studie bezüglich Knieschmerz (ART) war die Akupunktur besser als die Sham- oder Minimalakupunktur. Bei der zweiten Kniestudie (GERAC) war dieser Unterschied nicht nachzuweisen. Die Gegner der Akupunktur frohlockten, Akupunktur sei also nichts wert. Die „echte chinesische“ Akupunktur zeigte kaum bessere Resultate als die Sham- oder Minimalakupunktur, die unzutreffenderweise z. T. auch Placeboakupunktur genannt wurde. Doch bald frohlockten die Akupunkteure: Beim Kreuz- und Knieschmerz waren sowohl die „echte“ als auch die „Sham“-Akupunktur der Leitlinien-basierten Therapie (Krankengymnastik, Massagen, Rückenschule, Elektrotherapie und spezifische Medikamente) haushoch überlegen.

Das Erstaunliche in der dann folgenden Diskussion war und ist die Tatsache, dass scheinbar niemand daran zweifelte, dass die „chinesische“ Akupunktur die einzig richtige sei. Von einigen Akupunkteuren wurde sogar ins Feld geführt, dass die ohne differenzierte Syndromdiagnosen durchgeführte Akupunktur selbst an „echten“ Punkten nicht so gut sein konnte, da möglicherweise die „falschen“ „echten“ Punkte genadelt worden seien.

Fast unbemerkt hat sich im Lärm dieser Diskussionen sowohl in der Grundlagenforschung als auch in der kli-

nischen Forschung und in der Placeboforschung [5] so viel getan, dass die Akupunktur für den Interessierten immer spannender wird: 1988 hatte Prof. Hartmut Heine seine anatomischen Studien zu Akupunkturpunkten veröffentlicht [6]. Er hatte nach chinesischen Tafeln Leichen präpariert und festgestellt, dass es sich bei den Akupunkturpunkten um Gefäß-Nervenbündel handle, die durch die oberflächliche Körperfaszie in die Tiefe ziehen. Demnach schienen die Chinesen mit ihren Meridian- und Punkte-tafeln recht zu behalten. Die Forschung von Prof. Heine wurde in die Lehre der Akupunktur einbezogen.

Kratzer an der Akupunkturlehre

Die anfängliche Euphorie bekam bald Kratzer, als der Pionier der englischen Akupunktur, Dr. Felix Mann, den Channel überwand und uns Festland-Akupunkteuren darlegte, es gäbe weder Meridiane (Leitbahnen, Englisch: *channels*) noch Akupunkturpunkte [7]. Schaute man ihm jedoch bei der Arbeit zu (und er akupunktierte ohne Skrupel nach gründlicher Palpation an Stellen, die bestimmt keine „echten“ chinesischen Akupunkturpunkte waren), war man von seiner Nadeltechnik und seinen Resultaten beeindruckt.

Etwa zur gleichen Zeit kam Dr. Qiu Yu Feng, ein chinesischer Akupunkteur aus Nanjing, nach Europa. Er gab Kurse in Malta und Deutschland und betonte, dass die Akupunkturtafeln mit ihren Meridianen und Punkten nur Annäherungen an die Wirklichkeit seien, wie eine grobe Landkarte [8]. Und auch er palpizierte, allerdings entlang der Meridiane, um auch Punkte zu finden, die nicht so genau den chinesischen Beschreibungen entsprachen. Seine Nadeltechnik war dann bestechend: hatte er „Leere“ palpiziert, benutzte er die kleinste Intrakutan-Nadel, die er als Dauernadel setzte. Fand er „Fülle“, griff er zur größeren Nadel und drehte und bohrte. Und das alles beim identischen Patienten. Auch seine Resultate waren beeindruckend.

Wer vom Virus dieser Ketzereien befallen war, bekam bald neue Nahrung. Aus Seattle kam ein Akupunkteur, Dr. Chan Gunn. Er nannte seine Akupunktur „*dry needling*“ [9]. Er verbreitete die Triggerpunkt-Akupunktur, nannte sie aber nicht so, da er in Kanada und den USA zu dieser Zeit als Arzt noch Angst haben musste, als *quack* verschrien zu werden. Viele seiner deutschen Schüler lernten diese Triggerpunkt-Akupunktur sehr gründlich. Mit Erstaunen sahen sie, dass diese Punkte sehr häufig mit den „echten“ chinesischen Punkten übereinstimmten.

Zuletzt kamen noch mehr Ketzereien direkt aus China. Im Vorwort zu dem bereits im letzten Editorial erwähnten Buch „*Biomedical Acupuncture for Pain Management*“ von Dr. Yun-tao Ma (siehe auch die Rezension dieses

Buches in dieser Ausgabe) schreibt der Vize-Präsident des Institutes für Akupunkturforschung der Akademie der TCM und Vizedirektor des Meridian-Forschungszentrums in Beijing Folgendes: „Die Meridiantheorie hat ihre historische Mission, die Akupunktur zu erhalten, erfüllt; jetzt aber ist sie zum engen Flaschenhals geworden, welcher die weitere Entwicklung der Akupunktur in der Medizin des 21. Jahrhunderts behindert.“ [10]

Was soll man mit Akupunkturpunkten ohne Meridiane anfangen? Die ganze Poesie scheint auseinanderzufallen: Keine antiken Punkte mehr, keine Tonisierungs- und Sedierungspunkte, keine *Yuan*- und *Luo*-Punkte, keine *Xi*-Punkte, keine *Mu*- und *Shu*-Punkte, keine unteren einflussreichen Punkte und keine Meisterpunkte, keine Einschaltpunkte mehr? Tradition gegen Moderne? Werden wir das alles neuro- und muskelphysiologisch erklären können? Sogar vielleicht besser und konkreter?

Fast 20 Jahre nach seinen anatomischen Studien zu den „Akupunkturpunkten“ konnte man Prof. Heine hören, wie er davon sprach, dass es wahrscheinlich 10.000 Akupunkturpunkte gäbe. Erfahrene und neugierige Akupunkteure hatten längst herausgefunden, dass auch die Nadelung eines klitzekleinen Hautnervenastes genügen konnte, eine volle Akupunkturwirkung zu entfalten. Geht nicht jeder „klitzekleine“ Hautnervenast letztlich auch zu einem Gefäß-Nervenbündel, das an einer bestimmten Stelle die Faszie durchzieht? Könnte es sein, dass man durch die strenge Beachtung der Punkte- und Meridianlehre viele Jahre oder gar Jahrzehnte damit zubringt, gewisse traditionelle Aussagen, die sich einer alten Theorie unterordnen, zu verifizieren, und dadurch gehindert wird, Neuland zu betreten und einen modernen Zugang zu finden?

Akupunktur – spezifisch oder unspezifisch?

Ist der Punkt Dickdarm 11 wirklich der maßgebliche Punkt am Arm, die Immunität zu stimulieren? Oder gar den Blutdruck zu reduzieren? Wie groß ist der Einfluss von akupunktierten Punkten an anderen oder beliebigen Stellen des Körpers auf die Immunität oder den Blutdruck? Sollte man da nicht weitersuchen?

Viele der erfahrenen Akupunkteure gehen unterdessen von einer hohen Unspezifität der Akupunktur aus. Sie meinen vermutlich nur den Ort der Akupunktur.

Die Akupunktur wird schnell spezifisch, wenn man an die Art und Weise des Stechens und die Nadeltechnik denkt. Und nicht zuletzt vor dem Hintergrund der jedem Patienten innewohnenden spezifischen Reaktionsweise. Sie wird auch spezifisch, wenn wir an die unterschiedlichen Reaktionen des sympathischen Nervensystems [12] auf die Nadel denken, an den Triggerpunkt einer bestimmten Muskelfunktionskette, an die Impulse, die durch unterschiedliche Nadelrotation durch die kollagenen Fasern [13, 14] und die Fibrozyten ans Nervensystem weitergegeben werden, an die reduzierten Blasenschmerzen bei der Zystitis durch einen Nadelimpuls im segmentalen cu-

tiviszeralen Reflexbogen. Ebenso spezifisch ist das Vertrauen des Patienten in den Arzt, der die Nadel sticht. Auch bezüglich der Schmerzschwelle ist die Akupunktur spezifisch. Der gleiche Impuls kann bei einem Patienten einen Schmerzscrei auslösen, bei einem anderen ein wohlthuendes Strömen, ein Dritter spürt gar nichts. Steche ich einem Patienten eine Nadel in den Bauch, wird er durch den evtl. erzeugten Schmerz eine völlig andere Abwehrbewegung und -haltung entwickeln, als wenn die Nadel im Rücken platziert wird.

Wir sind uns alle einig: eine Nadel in die Haut provoziert in aller Regel eine reflexartige Abwehr. Warum lassen die allermeisten Patienten das Stechen dieser besagten Nadel in ihre Haut zu? Warum kann sich ihre Muskulatur in der Folge dann entspannen, anstatt sich zu kontrahieren? Reicht es, nur die Nadel in der passenden Art und Weise zu platzieren? Wie viel Vertrauen ist nötig, wie viel Arzt-Patienten-Beziehung?

Akupunktur – ein Forschungsparadies

Alle Beteiligten sind gefragt. Der Grundlagen-Wissenschaftler soll weiter untersuchen, was eine gestochene Nadel tut und tun kann und inwieweit die genaue Platzierung der Nadel von Wichtigkeit ist. Er soll auch herausfinden, welchen Gehalt „Wind-Punkte“ oder „Sedierungs- und Tonisierungspunkte“ in unserem heutigen modernen Verständnis haben. Der klinische Forscher soll uns Gewissheit verschaffen, bei welchen Krankheitsbildern oder gar bei welchen Patienten die Akupunktur hilfreich ist. Und vielleicht sogar darüber, bei welchem Arzt die Akupunktur gut und bei welchem sie nicht so gut wirksam ist. Die Ärztin oder der Arzt muss herausfinden, ob und wie und wo sie/er die Nadel stechen soll, um eine Heilung des Patienten in Gang zu setzen, um einen Zugang zu ihm zu finden.

Und insgesamt sollte die Forschung Sinn oder Unsinn von Placebo- bzw. Sham-Studien untersuchen: Auf dem diesjährigen Symposium der American Association of Medical Acupuncture (AAMA) konnte Richard Hammerschlag, Research Director des Oregon College of Oriental Medicine und ehemals Präsident der Society of Acupuncture Research, überzeugende Studien vorstellen, die klar machten, dass Placebo- und Sham-Studien wissenschaftlich sehr problematisch sein können. Unter anderem bezog er sich auch auf die deutschen Modellvorhaben und sagte: *“Inclusion of a sham arm in an acupuncture RCT may result in underestimating treatment efficacy by increasing the benefit to the control group, and by decreasing the benefit to the treatment group.”* [15] Bislang ist der Einfluss der Zweifel des Patienten, ob er denn zur Verumgruppe gehöre, nicht ausreichend in die Diskussion der Ergebnisse einbezogen worden. Studien zeigen, dass diese Zweifel sich negativ auf das Ergebnis auswirken. Warum also überhaupt Sham-Studien? Warum nicht zwei Ansätze innerhalb der Akupunktur gegeneinander testen, z. B. einen traditionellen „TCM“-Ansatz gegen eine standar-

disierte oder gegen eine Segment-bezogene oder gegen eine Befund- (Palpations-) orientierte Akupunktur, wie dies David Mayor als Resümee seiner Studien zur segmentalen Innervation der *Shu*- und *Mu*-Punkte in dieser Ausgabe vorschlägt.

Auf der Bühne der Medizin

Durch alle diese Fragen sind die Akupunktur und der Patient fast unbemerkt auf eine große Bühne der Medizin gelangt. Der Mensch, der Patient, der Zugang zu ihm, die Aktivierung seiner Selbstheilungskräfte ohne die Ablehnung moderner medizinischer Methoden, all dies steht im Zentrum dieser Bühne. So wie die Akupunktur die Schulmedizin bereichert, so tut dies heute auch die ganzheitliche Theorie der TCM, die nicht Körper und Psyche unterscheidet. Das psychosomatische Denken der chinesischen Medizin erhält auch eine zunehmende Bedeutung in der heutigen Medizin.

Literatur

1. Haake M, Müller HH, Schade-Brittinger C et al. German Acupuncture Trials (GERAC) for Chronic Low Back Pain. Arch Intern Med 2007; 167,17:1892–1898
2. Brinkhaus B, Witt C, Jena S et al. Acupuncture in Patients With Chronic Low Back Pain. Arch Intern Med 2006; 166,4:450–457
3. Witt C, Brinkhaus B, Jena S et al. Acupuncture in patients with osteoarthritis of the knee. www.thelancet.com 2005, Vol 366, July 9
4. Scharf H-P, Mansmann U, Streitberger K et al. Acupuncture and Knee Osteoarthritis. Annals of Internal Medicine, 2006;145:12–20
5. Kleinman A, Guess H, Wilentz J. The Science of the Placebo, An overview. www.nih.gov 2002
6. Heine H. Anatomical structure of acupoints. Journal of Traditional Chinese Medicine 1988;8:207–212
7. Mann F. Reinventing Acupuncture. Oxford: Butterworth/Heinemann, 1992
8. persönliche Ausführungen während eines Workshops mit Patientenbehandlungen in Hamburg 1995
9. Gunn C. Treating Myofascial Pain. Seattle: University of Washington Medical School, Multidisciplinary Pain Center, 1989
10. Ma Y-T, Ma M, Cho ZH. Biomedical Acupuncture for Pain Management. St. Louis (USA): Elsevier, 2005
11. Ma Y-T, Ma M. Biomedical Acupuncture Model. Dt. Ztschr f Akup. 2006;49,2:6–17
12. Poetzschner R. Vortrag auf dem Deutschen Akupunkturkongress in Bad Nauheim 2007
13. Langevin H. Connective Tissue Involvement in Acupuncture. The FASEB Journal. 2002,16:872–874
14. Giebel J. Mechanotransduktion und Signaltransduktion über das Bindegewebe. Dt. Ztschr f Akup. 2007;50,3:6–10
15. Hammerschlag R. What is the Future for Acupuncture Research? Vortrag auf dem 20th Annual AAMA Symposium, Washington D.C., April 12, 2008; Zitat nach einem Dia, aufgenommen von Ots T.

Helmut Rüdinger
2. Vorsitzender der DÄGfA
ruedinger@daegfa.de