



Gutachterliche Stellungnahme

zur Anwendung der Akupunktur in Kombination mit schmerztherapeutischen Verfahren
Albrecht Molsberger, Jürgen Krämer

Hintergrund

Die Akupunktur bewirkt eine überschwellige Propriozeptorenreizung, wobei die Weiterleitung des Reizes über A delta Fasern vermittelt wird. Hierdurch kommt es unter anderem zu einer erhöhten Endorphin- und Cortisolausschüttung [16]. In letzter Zeit wird die regenerative Wirkung der Akupunktur vermehrt über die Ausschüttung immunologischer Stoffe wie Interleukin-1 und Wachstumsfaktoren (z.B. NGF) erklärt [9]. Die Akupunktur wird mit großer Häufigkeit in der westlichen Medizin seit 15 – 20 Jahren eingesetzt. Es existieren zahlreiche klinische Studien, die die Wirksamkeit der Akupunktur für eine Reihe von Indikationen wahrscheinlich machen oder auch wissenschaftlich nachweisen [3,9,10,12,16].

Injektion von Lokalanästhetika an Akupunkturpunkte

Eine tiefe Infiltration der Akupunkturpunkte und der darunterliegenden Muskelanteile vor der eigentlichen Akupunktur ist kontraproduktiv (Stux, Pomeranz) [16]. Der Nadeleinstich und Nadelstimulation würden nicht mehr zu einer Reizung der Propriozeptoren führen, der Patient würde die Akupunktur nicht mehr wahrnehmen, eine therapeutische Wirkung wäre unwahrscheinlich.

Akupunktur als Monotherapie

In einer Vielzahl von Fällen kann nach Einschätzung maßgeblicher Akupunktur-Lehrbücher eine alleinige Akupunkturtherapie zur Schmerzlinderung oder Förderung der Regeneration ausreichen [16]. Der Berufsverband Deutscher Akupunkturärzte sowie der Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren empfiehlt die Akupunktur je nach Krankheitsbild entweder alleine oder auch zusammen mit anderen schmerztherapeutischen oder naturheilverfahrenstherapeutischen Verfahren einzusetzen [13]. Hierzu gehören hiernach insbesondere neuraltherapeutische Narbenentstörungen und homöopathische Injektionen, auch intraartikulär, genauso wie physikalische und physiotherapeutische Maßnahmen (Pollmann) [13]. Argumentationen für den in jedem Fall ausschließlichen monotherapeutischen Einsatz der Akupunktur finden sich in anerkannten Lehrbüchern nicht, wohl aber vereinzelt in hier vorliegenden Stellungnahmen von Kostenträgern und einzelnen Akupunkturärzten; hier folgt die Argumentation eher wirtschaftlichen oder ideologischen Überlegungen.

Akupunktur als adjuvantes Verfahren in der Schmerztherapie

Orthopädische und schmerztherapeutische Lehrbücher sowie viele weitere Publikationen empfehlen die Akupunktur bei komplexen Erkrankungen (sich über mehrere Etagen ausbreitender Wirbelsäulenschmerz, multilokuläre Schmerzen, Schmerzen unterschiedlicher Genese, Kombination verschiedener Erkrankungen wie z.B. aktivierte Gelenkarthrosen und zusätzlich muskuläre und neurogene Entzündungen) auch als adjuvante (zusätzliche) Therapiemethode zusammen mit anderen etablierten Therapieverfahren einzusetzen. Es besteht Konsens, dass fachgerecht angewandt, die zusätzlichen Verfahren die Akupunkturwirkung nicht aufheben sondern eher fördern [1,4,6,8,11,13,14,15,17,18,19]. So bezeichnen Krämer und Nentwig in

ihrem Lehrbuch „Orthopädische Schmerztherapie“ die Akupunktur als „adjuvante“ Therapie [11]. In der Studie von Grifka, in der eine deutliche Überlegenheit der Verumakupunktur gegenüber einer Placeboakupunktur bei chronischem LWS Syndrom nachgewiesen wurde, wurde die Akupunktur jeweils innerhalb eines Tages zusammen mit paravertebralen Injektionen und Corticoidinjektionen angewandt [3]. Laage beschreibt in der Zeitschrift „Der Schmerz“ den Stellenwert der Akupunktur „oft wird Akupunktur als ergänzendes Verfahren in einem schmerztherapeutischen Gesamtkonzept eingesetzt z.B. bei chronischem Rückenschmerz, um Analgetika einzusparen und Nebenwirkungen zu vermeiden....und sie kann mit transkutaner elektrischer Nervenstimulation kombiniert werden“ [6]. Ogal stellt in dem Lehrbuch „Akupunktur in Klinik und Praxis“ fest, dass die „Einsatzmöglichkeiten der Akupunktur genutzt und gegebenenfalls durch weitere reflextherapeutische Methoden und Naturheilverfahren ergänzt werden können“ und nennt explizit TENS, Hydrotherapie, Hyperthermie, manuelle Therapie, Neuraltherapie, Lokalanästhesie, hautausleitende Verfahren wie die Schröpftherapie u.a. [14]. Hedtmann beschreibt in „Praktische Orthopädie“ den Stufenplan zur Therapie radikulärer Lumbalsyndrome. Hier nennt er neben der Akupunktur „TLA, Facetteninfiltrationen, Spinalwurzelanalgesie auch mit Steroidzusatz, NSAR als Basismedikation, Vitamin B und E Substitution, sowie Physiotherapie und physikalische Therapie.“ Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass die genannten Maßnahmen nicht alternativ sondern additiv – auch zeitnah zur Akupunktur und mehrmals täglich – eingesetzt werden sollen [4]. Im gleichen Sinn äußern sich in ihrem Standardlehrbuch zur „Reflextherapie – Behandlung von Schmerzen des Bewegungsapparates“ Tilscher und Eder und listen Therapieempfehlungen zu 38 orthopädischen und neuroorthopädischen Erkrankungen auf. Hier kann die Akupunktur immer zusammen mit TLA, Krankengymnastik, Manueller Therapie, Elektrotherapie, Thermotherapie, Balneotherapie, und diätetischen Maßnahmen eingesetzt werden [17]. Auch Klaus in „Grundlagen der Schmerztherapie – Curriculum Spezielle Schmerztherapie des Schmerztherapeutischen Kolloquiums e.V. nach dem Kursbuch der Bundesärztekammer“ (Unterstreichung durch den Autor) sowie weiterhin Zöller, Suden Tiedemann und Thomalske, Refisch, Matthiesen beschreiben den Einsatz der Akupunktur in Kombination mit anderen Verfahren [1,8,15,17,18,19]. Auch in China wird die Akupunktur häufig in Kombination mit Injektionsmaßnahmen eingesetzt; hier werden meist direkt an die Akupunkturpunkte pflanzliche Essenzen oder Vitaminpräparate injiziert [16]. Argumentationen oder empirisch, wissenschaftliche Belege für den in jedem Fall ausschließlichen monotherapeutischen Einsatz der Akupunktur finden sich in auch in oben genannten Publikationen nicht.

Wissenschaftliche Nachweislage

Wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise im Sinne randomisierter, kontrollierter klinischer Studien mit einem rigorosen Studiendesign, die darüber hinaus durch unabhängige Arbeitsgruppen repliziert sind (evidenced based medicine), existieren nur für einen Bruchteil aller allgemein anerkannten therapeutischen Maßnahmen. Dies gilt für konventionelle- oder naturheiltherapeutische Maßnahmen gleichermaßen und gilt ebenso für die Akupunktur und alle weiteren oben genannten kombinierten schmerztherapeutischen Verfahren [2]. Dieses Kriterium ist mithin nicht geeignet, die Anwendung und Wertung einer Therapiemethode als medizinisch notwendig oder wirtschaftlich allgemein anzuerkennen oder abzulehnen. Vielmehr haben sich Zustimmung oder Ablehnung in solchem Fall auf den Expertenkonsens, die Anwendungshäufigkeit, Verbreitung und Wirksamkeitswahrscheinlichkeit zu stützen - BGH Urteil(10.7.96, AZ: IV ZR 133/95). Der BGH führt hier aus, dass für ein chronisches Krankheitsbild, für das es noch keine allgemein anerkannte Therapie gebe, die objektive Vertretbarkeit einer Behandlung bereits dann zu bejahen sei, wenn eine Wirksamkeit nach medizinischen Erkenntnissen im Zeitpunkt ihrer Vornahme als wahrscheinlich angesehen werden konnte. Insbesondere, wenn bereits zuvor Behandlungen mit der angewendeten Methode in einer solchen Anzahl stattgefunden hätten, die Aussagen darüber zuließen, ob die Behandlung

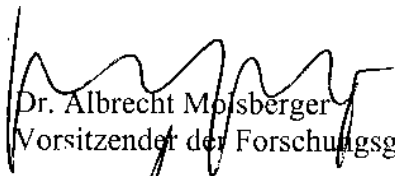
die mit ihr erstrebte Wirkung wahrscheinlich zu erreichen geeignet sei, könne darin ein besonders aussagekräftiger Umstand für die Beurteilung der Notwendigkeit der Heilbehandlung zu erkennen sein, so der BGH (Unterstreichung durch den Autor).

Da gerade chronische Erkrankungen, insbesondere Schmerzerkrankungen, zu derjenigen Gruppe von Erkrankungen gehören, für die es keine allgemein anerkannt langfristig wirksame Therapie gibt, und des weiteren die Akupunktur allein oder kombiniert mit weiteren schmerztherapeutischen Behandlungskonzepten sich in der Literatur als empirisch fundierte Lehrmeinung (Expertenkonsens) darstellen, sind insoweit die Anforderungen der BGH - Rechtsprechung hier als sicher erfüllt anzusehen.

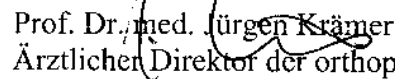
Schlussfolgerung

Zusammenfassend besteht ein breiter Expertenconsens, dass die Akupunktur bei der Schmerztherapie und Therapie chronischer Erkrankungen gute Therapieerfolge zeigt. Bei komplexen Erkrankungsmustern kann nach allgemeinem Expertenconsens mit einem gezielten polypragmatischen Therapieansatz der Therapieerfolg erhöht werden. Hier empfehlen viele Autoren die Akupunktur zu kombinieren mit Verfahren wie der TLA, der Neuraltherapie, der Chirotherapie, paravertebralen Injektionen, Gelenkinjektionen wie z.B. Facetteninfiltrationen an der Wirbelsäule, Infusionen, Homöopathika, Naturheiltherapeutika, physikalischer Therapie und Physiotherapie. Dies gilt für Behandlungen am gleichen Tag und auch in engem zeitlichen Zusammenhang. Hierbei wird die Akupunkturwirkung durch den gleichzeitigen Einsatz der o.g. weiteren Verfahren, sofern nicht direkt Akupunkturpunkte behandelt werden, nicht beeinträchtigt. Tiefe lokalanästhetische Injektionen zeitlich vor der eigentlichen Akupunktur direkt an und in die Akupunkturpunkte sind zu vermeiden.

Die rigorose Annahme, dass eine Akupunkturbehandlung eine gleichzeitige, zeitnahe konventionelle Therapie ausschließt (oder auch umgekehrt), da sich die einzelnen Therapiewirkungen aufheben oder mindestens nicht addieren würden, ist in der Literatur wissenschaftlich nicht belegt und wird nicht durch die allgemeine Lehrmeinung gestützt.



Dr. Albrecht Mojsberger
Vorsitzender der Forschungsgruppe Akupunktur und Traditionelle Chinesische Medizin



Prof. Dr. med. Jürgen Krämer
Ärztlicher Direktor der orthopädischen Klinik des St. Josephs Hospitals, Universität Bochum

Literatur

1. Flöter Th, Edwin Klaus. Grundlagen der Schmerztherapie – Curriculum Spezielle Schmerztherapie des Schmerztherapeutischen Kolloquiums e.V. nach dem Kursbuch der Bundesärztekammer. Verlag Medizin & Wissen, 1996: 244
2. Gerlach FM. Institute of Medicine. ZfA1995: 71
3. Grifka J Schluß T: Prospektive randomisierte Studie zur Effektivität der Akupunktur beim Lumbalsyndrom, Orthopädische Praxis 31, 1995:134-38
4. Hedtmann A. Stufentherapie beim radikulären Lumbalsyndrom. In Bernau A.
5. Praktische Orthopädie. Wirbelsäule und Statik, Thieme Verlag1996, Bd 28: 280-285
6. Laage D. Stellenwert der Akupunktur im schmerztherapeutischen
7. Gesamtkonzept. Der Schmerz 2000, Suppl 1, 9

8. Matthiesen HD. Die Behandlung des akuten Rückenschmerzpatienten in der Praxis - mit Fallvorstellung. In Bernau A. Praktische Orthopädie. Wirbelsäule und Statik, Thieme Verlag 1996, Bd 28: 228-242
9. Molsberger A: Neuroakupunktur - neuartiges Therapiekonzept zur Behandlung von Bandscheibenbeschwerden, Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1994; 70: 837-838
Molsberger A, Böwing G. Klinische Akupunkturstudien bei chronischen orthopädischen Erkrankungen. Der Schmerz, 1997, 11:24-29
10. Molsberger A, Winkler J, Schneider S, Mau J Acupuncture and conventional orthopedic pain treatment in the management of chronic low back pain - a prospective randomised and controlled clinical trial. Lecture at the annual meeting of the International Society of the Study of the Lumbar Spine, Brussels, June 1998.
11. Nentwig CG, Krämer J. Orthopädische Schmerztherapie. Enke Verlag 1999: 83
12. National Institutes of Health Consensus Development Statement Acupuncture. Nov. 3-5: 1997. [HTTP://odp.od.nih.gov/consensus/statements/cdc/107/107_stmt.htm](http://odp.od.nih.gov/consensus/statements/cdc/107/107_stmt.htm)
13. Pollmann A. Persönliche Stellungnahme . Vorsitzender des Bundesverbandes Deutscher Akupunkturärzte und Präsident des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren.
14. Ogal HP, Elies M, Herget F. Schmerzen des Bewegungsapparates. In Pothmann R. Akupunktur in Klinik und Praxis. Systematik in der Schmerzakupunktur, 1997: 77
15. Refisch A. Stufentherapie bei zervikalem Wurzelreizsyndrom. In Bernau A. Praktische Orthopädie. Wirbelsäule und Statik, Thieme Verlag 1996. Bd 28: 257-275
16. Stux G, Stiller N, Pomeranz B. Akupunktur – Lehrbuch und Atlas. Springer Verlag, 4. Auflg. 1994
17. Tilscher H, Eder. Reflextherapie – Behandlung von Schmerzen des Bewegungsapparates. Hippokrates 1998:181-186
18. Tilscher H, Thomalske G. Rücken- und Kreuzschmerz. Edition medizin 1998: 259-260
19. Zöllner B, Wildenhayn. Therapeutische Lokalanästhesie. In Zöllner B, Suden-Tiedemann U. Komplementäre Schmerztherapie in der Geriatrie, Hippokrates 1998: 41