

Vermeidbare Fehler bei der Placebo- bzw. Sham-Akupunktur

Von F. BAHR

Für die Verum-Akupunktur ist es eigentlich klar wie ihr methodischer Aufbau sein sollte:

1. Die Akupunkturärzte sollten eine gute Ausbildung haben (Vollausbildung mit wenigstens 350 Stunden)
2. Im Studiendesign sollten für ein bestimmtes Krankheitsbild klar definierte obligatorische Akupunkturpunkte enthalten sein und außerdem eine (beschränkte) Auswahl von individuellen, eher lokalen, Schmerzpunkten.
3. Dauer der einzelnen Akupunktur, Anzahl der Sitzungen, das gesamte Studienprotokoll und die Dokumentation sollten zusammen mit der Verblindung internationalen Kriterien entsprechen.

In der Literatur findet man unterschiedliche Angaben zur

- a) Minimal-Akupunktur
- b) Sham-Akupunktur
- c) Placebo-Akupunktur

Diesbezüglich sind die Standards nicht einheitlich und genügen keinen wissenschaftlichen Anforderungen.

Zur a) Minimal-Akupunktur

Üblicherweise versteht man unter der Minimal-Akupunktur entweder das sehr oberflächliche Stechen von handelsüblichen, dünnen Akupunkturadeln an Nicht-Akupunkturpunkten oder das Einstechen von einer Spezial-Nadelanfertigung, dabei rutscht die Nadel wieder in den Griff zurück.

Kritik: Sinnvoll ist ein Vergleich von Minimal-Akupunktur zur Verum-Akupunktur nur, wenn aus der Sicht und hier insbesondere vom Gefühl des Patienten her, der Einstich der Akupunkturadel als „wahr“, also mit dem typischen geringen Schmerzempfinden, gespürt wird. Bei der Minimal-Akupunktur ist dies offensichtlich nicht der Fall. Einen Ausweg bietet die Laser-Nadel-Akupunktur, da bei einwandfrei verblindetem Design der Patient selbst nicht unterscheiden kann, ob der Laser eingeschaltet war oder nicht [1]. Nur bei der Verum-Laser-Nadelakupunktur lassen sich deutliche Effekte, beispielsweise im Gehirn und in der Peripherie messen.

Zur b) Sham-Akupunktur

Die Sham-Akupunktur wird üblicherweise mit normalen Nadeln durchgeführt, aber an Stellen, die von den klassischen chinesischen Akupunkturpunkten entfernt liegen.

Kritik: Die Auswahl der Sham-Akupunkturpunkte ist hoch problematisch. Bei Arbeiten über Migräne oder Spannungskopfschmerz berichtet Frau Dr. A. Hoppe, dass die Akupunkturadeln an Punkten, die mindestens 3 cm von den Verum-Akupunkturpunkten entfernt waren, eingestochen wurden. Offensichtlich gab es dabei keine Ausschlusskriterien wegen des Tendinomuskulären Meridianverlaufs oder der Headschen Zonen [2].

Hinweis zum Verlauf der Hauptmeridiane:

Die eigentlichen Akupunkturpunkte sind innerhalb des Meridianverlaufs Maximalstellen der Akupunkturwirkung, aber auch knapp daneben gibt es trotzdem noch eine Wirkung, daher stechen geübte Akupunkteure die Nadel auch möglichst in Richtung des Meridianverlaufs.

Verlauf der Tendinomuskulären Meridiane:

Außer den Hauptmeridianen gibt es noch die etwas breiteren Tendinomuskulären Meridiane, von denen aus besonders auf muskuläre Verspannungen eingewirkt werden kann. Da solche Spasmen besonders beim Spannungskopfschmerz und beim WS-Syndrom wichtig sind, ist es aus der Sicht der klassischen Akupunktur klar abzulehnen, Punkte auf den Tendinomuskulären Meridianen bei diesen Indikationen zu verwenden. Noch schärfer muss diese Ablehnung ausfallen, wenn für die Sham-Akupunktur Areale ausgewählt werden, die GLEICHZEITIG auf den Tendinomuskulären Meridianen liegen UND in Headschen Zonen, die in einem Bezug zu den Krankheitssymptomen stehen, denn diese Punkte haben eine deutliche Eigenwirkung.

Hinweis zu den Headschen Zonen:

Werden Hautpunkte im Bereich der Headschen Zonen und insbesondere bei Beschwerden im Segment die sogenannten „hyperalgetischen“ Triggerpunkte

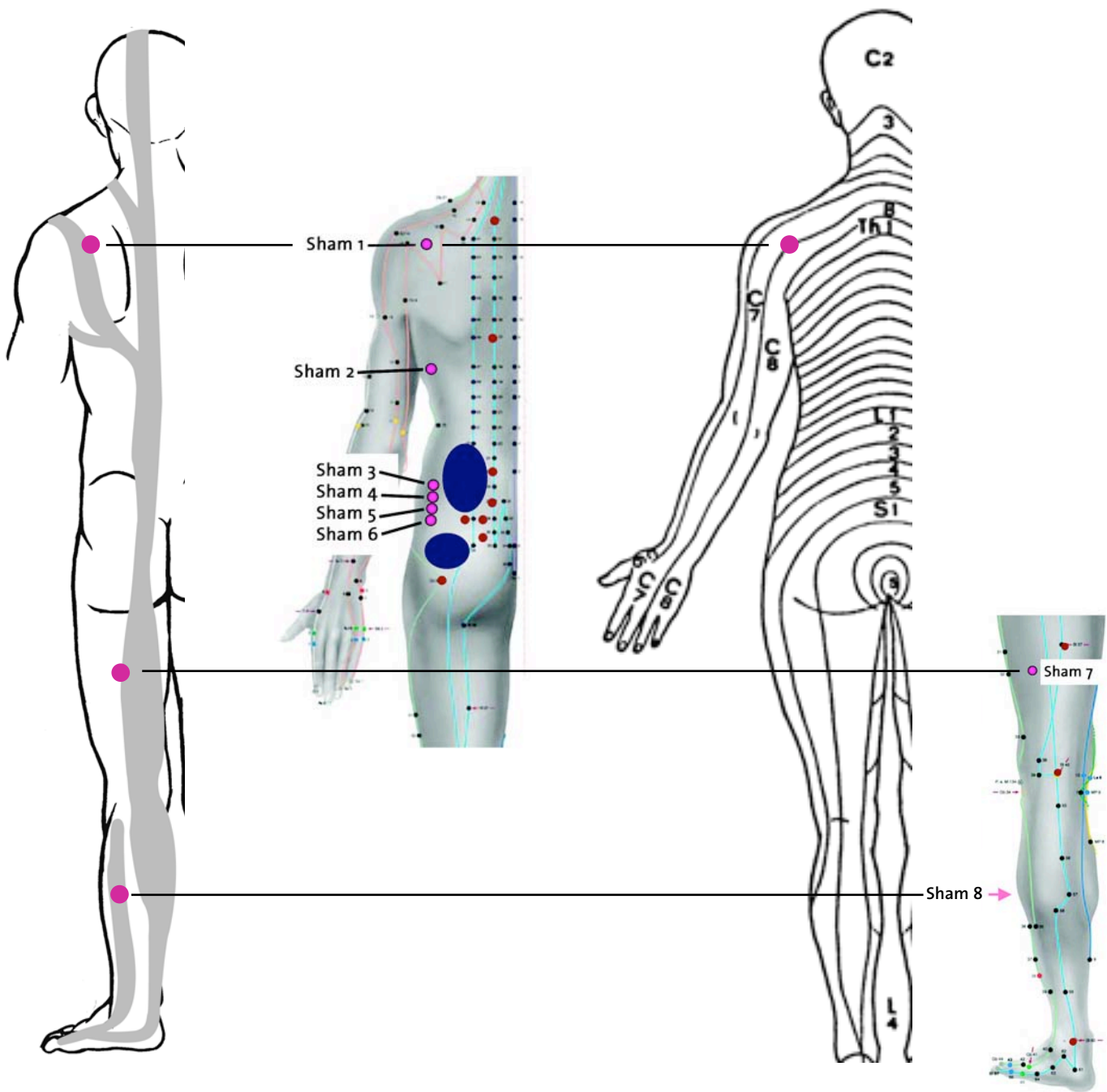


Abb. 1 von links nach rechts: der Tendinomuskuläre Meridian der Blase, die Sham-Punkte 1–6 im Rückenbereich, Schema der Headschen Zonen, die Sham-Punkte 7 und 8 im Beinbereich.

akupunktiert, so wird dieser Reiz über den Spinalnerv im Ramus communicans albi über das erste Spinalganglion auf die Synapsen im Hinterhorn des Rückenmarks weitergeleitet. Bereits auf dieser Ebene kommt es zur intermodalen und intramodalen Schmerzverdeckung bzw. Schwellenerhöhung der Schmerzwahrnehmung aus dem Erfolgsorgan bereits auf spinaler Ebene. Deren Impulse werden reduziert und verdeckt und somit werden die aufsteigenden Schmerzimpulse über den kontralateralen Tractus spinothalamicus gedämpft. Die Reizung von Hautsinneszellen im Bereich der Headschen Zonen und insbesondere der Triggerpunkte haben also einen doppelten Effekt:

1. im corticalen Bereich: Sie bewirken eine Veränderung der Schmerzschwelle bzw. ein Analgesie.
2. im Segment: Sie führen auch zu einer Veränderung der Schmerzschwelle bzw. Analgesie auf spinalem Wege.

Herr Dr. A. Molsberger empfahl bei der Gerac-Studie 8 Sham-Punkte, die zur Behandlung des LWS-Schmerzes verwendet wurden (Abb. 1).

Im Einzelnen zu den Punkten:

Sham 1: Liegt genau im Bereich des Tendinomuskulären Blasenmeridians und hat daher eine direkte Wirkung auf muskuläre Verspannungen im ganzen Meridianbereich. Außerdem liegt der Punkt im Bereich von C 7 / C 8 der Headschen Zone und wirkt daher auf Verspannungen im unteren Bereich der HWS. Diese ist häufig als Gegenblockade bei LWS-Schmerzen auffällig, der Punkt Sham 1 beeinflusst daher sowohl die HWS- wie die LWS-Blockierungen positiv.

Sham 2: liegt nahe am Maximalpunkt des Dermatoms Th 5 und wirkt auf den zugehörigen dorsalen Ast des Spinalnerven.

Sham 3, 4, 5 und 6: Diese Punkte sind dem Bereich der Headschen Zone L3 bis L5 zuzuordnen und wirken daher direkt im Segment analgetisch.

Sham 7: liegt sowohl im Bereich des Tendinomuskulären Meridians der Blase als auch in der Headschen Zone S 1.

Sham 8: befindet sich seitlich vom Muskelus gastrocnemius genau im Bereich des Tendinomuskulären Blasenmeridians und außerdem in der Headschen Zone S 1.

Zusammenfassend kann also in Bezug auf die Gerac-Studie zu LWS-Schmerzen festgehalten werden, dass alle gewählten 8 Sham-Punkte analgetische Wirkungen, teilweise sogar sehr deutliche, haben und daher für die Auswahl ungeeignet waren. Dies trifft insbesondere für die Sham-Punkte 7 und 8 zu, da sie sowohl auf einem Tendinomuskulären Meridian liegen und außerdem in der für die LWS-Schmerzen zuständigen Headschen Zone. Kollege Dr. Molsberger hat dies wohl auch als Problem erkannt, denn er hat diese Art der Akupunktur auch nicht als „echte“ Placebo-Akupunktur bezeichnet, sondern führte in einem Vortrag aus:

(Zitat)

Achtung: Jeder Punkt des Körpers kann ein Akupunkturpunkt sein. Weiter sagte er: „jeder Einstich führt zu einer über den Körper verteilten Schmerzlinderung“

(Zitatende) [3].

Besser wäre es gewesen, wenn vor dem Festlegen der Sham-Punkte das Buch von Frau Dr. Wancura-Kampik „Segment-Anatomie“ inhaltlich berücksichtigt worden wäre, denn die Autorin bezeichnet zu recht das Wissen um die Segmentlehre als den „Schlüssel zur Akupunktur“ [4]. Auch die Chinesische Akademie der Wissenschaften weiß um die Bedeutung der Headschen Zonen für die Akupunktur [5].

Zur c) Placebo-Akupunktur

Von Placebo kann man natürlich nur sprechen, wenn keine Eigenwirkung durch das Placebo ausgelöst wird. Für die Akupunktur bedeutet dies, dass die gewählten Einstichstellen keine Teilwirkung haben als Triggerpunkte oder als so genannte Maximalpunkte der Spinalnerven und sie sollten wie oben erwähnt keinesfalls in den segmentalen Headschen Zonen liegen. Dies hat beispielsweise Herr Prof. Zerobin aus Zürich bei seinen Untersuchungen beachtet, denn er verwendete bei der Prüfung der Akupunkturwirkung auf die Uterusmotilität des Rindes Placebo-Punkte am Hals des Tieres. Bei mehreren Untersuchungen dieser Art hatte jeweils die Placebo-Akupunktur keinerlei Effekt, dagegen die Verum-Akupunktur einwandfreie und nicht diskutierbare Wirkungen [6].

Einen geradezu optimalen Ansatz wurde von einem Team am Universitätsklinikum Jena gewählt. Herr Dr. Meissner und seine Mitarbeiter narkotisierten freiwillige Versuchspersonen und fügten diesen Schmerzreize zu. Sie verglichen dann die im ZNS der akupunkturierten bzw. nichtakupunkturierten Patienten ankommenden Signale miteinander. Weder die narkotisierten Versuchspersonen noch die auswertenden Forscher wussten dabei, ob ein Teilnehmer eine echte Behandlung („Verum“-Gruppe) oder keine Behandlung („Placebo“-Gruppe) erhielt [7].

Zum Versuchsaufbau: In der Schmerzambulanz wurden 16 Freiwillige narkotisiert und es wurde dabei mit Hilfe von elektrischen Reizen ein Schmerz am Zeigefinger erzeugt. Computerunterstützt wurde die Schmerzverarbeitung im ZNS anhand der somatosensorisch evozierten Potentiale (SEP) erfasst – eine objektive Messmöglichkeit von Schmerzreaktionen. Nach der ersten Messung erhielt die Hälfte der Studienteilnehmer eine 15-minütige elektrische Nadelaakupunktur an traditionellen Akupunkturpunkten der unteren Extremität. Die übrigen acht Probanden hingegen wurden nicht behandelt. Anschließend erfassten die Studienärzte erneut in beiden Gruppen die Schmerzverarbeitung.

Da die Akupunktur unter Narkose erfolgte, konnte das Wissen der Studienteilnehmer die Wirkung der Akupunktur nicht beeinflussen, ein Suggestiv-Effekt war ausgeschlossen.

Auch das Auswerteteam wusste nicht, welcher Teilnehmer in welcher Gruppe war. Wie der Vergleich der beiden Gruppen ergab, wurden die evozierten Potentiale durch die Akupunktur abgeflacht, ein klarer Nachweis für die Dämpfung der Schmerzreize durch Akupunktur.

Ergebnis: Nur die Verum-Akupunktur-Gruppe zeigte die Veränderungen der evozierten Potentiale, die Placebo-Gruppe nicht.

Literatur:

- [1] Litscher et al.: Die schmerzfreie Laser-„Nadel“-Akupunktur moduliert die Gehirnaktivität, Schmerz & Akupunktur 1/2004, Seite 4 ff
- [2] Hoppe, A.: Die Erfassung der Beschwerdesymptomatik bei Migräne und Spannungskopfschmerzen. Dissertation TU München, 2007, Seite 14
- [3] Molsberger, A.: Pressekonferenz zur Gerac-Studie in Berlin am 21.10.2004
- [4] Wancura-Kampik, I.: Segment-Anatomie, Der Schlüssel zur Akupunktur, Neuraltherapie und Manualtherapie, Elsevier, 2009
- [5] Chinesische Akademie der Wissenschaften, persönliche Mitteilung, Shanghai, 1974
- [6] Zerobin, K.: Neue Ergebnisse der Akupunktur in der Veterinärmedizin, zitiert in Bahr, F.: Einführung in die wissenschaftliche Akupunktur, Verlag Medizin & Wissen, 2005, Seite 196
- [7] Meissner W. et al.: Anaesthesia & Analgesia 2004, Vol. 98: 141-7.)

Anschrift des Verfassers:

Prof.mult.hc. VRC Dr.med. Frank R. Bahr

Oselstraße 25 A

81245 München

Tel. 0049-89-8145252

E-Mail: bahr@chinesische-akupunktur.de