

Problemfall Akupunktur

mir unmöglich, auf diesen Leserbrief einzugehen. Anekdoten sind komisch, Kranke in ihrer Not nicht!

Gaillard-von Oy trifft das Zentrum meines Anliegens mit der Meinung, daß die Ergänzung unserer westlichen Medizin durch die östliche angestrebt werden sollte. Dabei sehe ich weniger die philosophische Seite als vielmehr die praktische mit der Integration der Reflextherapien Akupunktur und Moxibustion. Wer sich länger mit der Akupunktur befaßt, wird immer wieder davon beeindruckt sein, wie exakt reproduzierbar das Ergebnis bei richtiger Anwendung der Akupunktur ist. Mit Stux bedaure ich, daß Baum und Schmidt nur die Schmerzbehandlung durch Akupunktur für nachgewiesen halten. Es

ist auf dem Gebiet der Schmerzbehandlung lediglich einfacher, den naturwissenschaftlichen Nachweis zu erbringen, daß die Methode spezifisch wirkt, als beispielsweise beim Asthma bronchiale. Wird die Akupunktur zunächst – wie derzeit in Schweden – nur für die Schmerzbehandlung eingeführt, so ist das auf alle Fälle ein Schritt in die richtige Richtung. Leider sind die hervorragenden Arbeiten von Marx zur Entgiftungsbehandlung Drogenabhängiger mittels Akupunktur viel zu wenig bekannt. Mit Glauben und Placebo-Effekt ist bei Drogenabhängigen kein Erfolg zu erzielen. Man wünscht der von Marx entwickelten Behandlung Drogenabhängiger mit Akupunktur weitere Verbreitung.

Kirchner muß ich leider sagen, daß man nicht einfach zwei Studentengruppen in Akupunktur ausbilden kann. Um die Akupunktur zu erlernen, bedarf es zunächst einer abgeschlossenen ärztlichen Ausbildung. Danach braucht man schon einige Jahre, um selbständig Akupunktur ausüben zu können. Der Vorschlag ist sicher gut gemeint, aber nicht praktikabel. Ich stimme Dittmar zu, daß die Bundesärztekammer aktiv bleiben sollte. Ob aber eine großangelegte Studie mit großem Aufwand an Zeit und Geld der richtige Weg ist, möchte ich bezweifeln. Es gibt bereits eine umfangreiche internationale Literatur zum Thema Akupunktur. Diese Literatur entsprechend auszuwerten, dürfte rascher und preisgünstiger zum Ziel führen. Außerdem

bin ich der Meinung, daß bei der Entscheidung weniger die Physiologen als vielmehr die Kliniker gehört werden sollten. Allein die Beiträge der Universität Wien kann man heute nicht mehr übergehen. Es wäre sehr zu begrüßen, wenn – wie Sonnabend von der Universität München berichtet – auch an anderen Hochschulen über Akupunktur gesprochen würde.

Dr. med. Helmut Samlert
Deutsche Akademie für
Akupunktur und
Aurikulomedizin e. V.
Poppenbütteler
Hauptstraße 11 a
2000 Hamburg 65



Überrascht, ob ihrer Einmütigkeit fast etwas irri-

Zum Beispiel Paul Klee.

- 1898-1901 Malstudium in München.
- 1901 Erste Reise nach Italien.
- 1906 heiratet er die Pianistin Lily Stumpf.
- 1911 begegnet er Wassily Kandinsky und Franz Marc.
- 1914 reist er mit August Macke nach Tunis und Kairouan.
- 1920 Berufung an das Staatliche Bauhaus nach Weimar.
- 1924 Gründung der „Blauen Vier“: Feininger, Jawlensky, Kandinsky, Klee.
- 1930 Professur an der Düsseldorfer Kunst-Akademie; Ausstellung im 'Museum of Modern Art', New York.
- 1933 fristlose Entlassung aus der Akademie in Düsseldorf; Emigration in die Heimat Bern.
- 1937 besuchen ihn Picasso und Braque.
- 17 Werke in der Ausstellung „Entartete Kunst“.
- 1939 letztes Stilleben: Metapher der Weltverdingung.
- 1940 am 29. Juni stirbt Paul Klee in der Clinica Sant' Agnese in Muralto-Locarno.



tiert, hat mich die breite Zustimmung, die meine Schlußfolgerungen zu den Wirkmechanismen der verschiedenen Akupunkturformen gefunden haben. Diese Zustimmung schlägt sich einerseits in den mir von der Redaktion übersandten Leserbriefauschnitten und in Briefen nieder, die mir direkt zugegangen sind. Noch positiver möchte ich andererseits das praktisch vollständige Ausbleiben von Stellungnahmen werten, die meinen Ausführungen nicht zustimmen und sich dabei wissenschaftlicher Argumentation bedienen.

Zumindest für den deutschen Sprachraum ist damit eine Basis geschaffen, von der aus die wissenschaftliche Erforschung der ursprünglich von der

klassischen chinesischen Akupunkturlehre ausgehenden Nadelungs- und Reizverfahren fortgesetzt werden kann. Jeder ist willkommen, der die in meinem Aufsatz skizzierten Erkenntnisse in Frage stellen, die dort festgehaltenen Übereinstimmungen zwischen Befürwortern und Kritikern ablehnen, den Ausführungen über die möglichen Wirkmechanismen neue Aspekte hinzufügen und die Schlußfolgerungen entsprechend ändern oder ergänzen möchte. Aber das Echo auf meinen Aufsatz zeigt eindeutig, daß er nicht überraschend sein darf, wenn ihm nicht nur von experimenteller, sondern auch von praktisch-klinischer Seite hieb- und stichfeste Daten zur Begründung seiner Vorschläge abverlangt werden.

Es kommt mir als nicht klinisch tätigem Arzt nicht zu, darüber zu urteilen, ob die Forderung nach einer Anerkennung der Akupunktur im Bereich der Schmerzbehandlung derzeit zu rechtfertigen ist (siehe Leserbrief Prof. I. Oepen).

Wie in Punkt 6 meines Aufsatzes gesagt, bleiben die klassische Akupunktur und ihre Spielarten derzeit Methoden, die in ihrer Wirksamkeit zahlreichen anderen Suggestivmethoden nicht nachstehen, sie aber auch nicht übertreffen.

Und die Elektroakupunkturmethoden haben mit den gleichen Schwierigkeiten zu kämpfen wie andere elektrische Reizverfahren (z. B. TENS): Niemand kann sagen, wie sie genau wirken; und daher ist ihr Einsatz mehr

Glücksspiel als gezielte Therapie. So gesehen erscheinen alle diese Methoden entbehrlich.

Aber ich räume gerne ein, daß dies nicht nur auch für andere, etablierte Behandlungsverfahren gelten mag (wie mir immer wieder entgegengehalten wird), sondern daß von klinischer Seite auch vernünftige Gründe genannt werden, die selbst bei dieser Sachlage für den zumindest gelegentlichen Einsatz dieser Methoden plädieren.

Mein Plädoyer, Nadelungs- und Reizverfahren korrekterweise dann nicht mehr Akupunktur zu nennen, wenn sie nicht mehr fest auf dem Boden der klassischen chinesischen Lehre stehen, wird ungehört verhallen. Hier bleibt wohl der Wunsch des Patienten



Der Mensch fordert. Das Herz gibt.
Geben Sie dem Herzen, was das Leben fordert:
Herzschutz. Adalat.

Zusammensetzung: Kapseln: 1 Kapsel Adalat 5[®] enthält 5 mg Nifedipin. 1 Kapsel Adalat[®] enthält 10 mg Nifedipin. 1 Kapsel Adalat 20[®] enthält 20 mg Nifedipin. Tabletten: 1 Tablette Adalat[®] retard enthält 20 mg Nifedipin. 1 Kapsel Adalat 20[®] enthält 20 mg Nifedipin. **Anwendungsgebiete:** 1. Koronare Herzkrankheit, Chronisch-stabile Angina pectoris, Ruheangina einschließlich vasospastischer Angina (Prinzmetal-Angina, Variantangina) und instabile Angina (Crescendo-Präinfarkt-Angina) (gilt nicht für Adalat 5 und Adalat retard), Angina pectoris nach Herzinfarkt (außer in den ersten 8 Tagen nach dem akuten Infarkt). 2. Hypertonie (gilt nicht für Adalat 5). **Gegenanzeige:** Gesamte Schwangerschaft. Über die Anwendung in der Stillzeit liegen keine Befunde vor. **Vorsicht** bei ausgeprägt niedrigem Blutdruck (schwerer Hypotension: BPS <90 mmHg). **HerzKreislaufschock.** **Nebenwirkungen:** Begleiterscheinungen vorzugsweise zu Beginn der Behandlung, oft leichter und vorübergehender Natur: Gesichtsrötung, Wärmegefühl, Kopfschmerzen. In Einzelfällen bei hoher Dosierung: Übelkeit, Schwindel, Müdigkeit, Hautreaktionen, Parästhesie, hypotone Reaktion, Palpitationen und Erhöhung der Pulsfrequenz. Gelegentlich Beinödeme aufgrund einer Erweiterung der Blutgefäße. Äußerst selten: unter längerer Behandlung Gingivahyperplasie, die sich nach Absetzen völlig zurückbildet; Schmerzen im Bereich der Brust (unter Umständen Angina pectoris-artige Beschwerden) bei denen Nifedipin, sofern ein kausaler Zusammenhang vermutet wird, abgesetzt werden soll. **Vorsicht** bei Dialysepatienten mit maligner Hypertonie und irreversiblen Nierenversagen mit Hypovolämie, da Blutdruckabfall durch Vasodilatation entstehen kann. Die Behandlung des Bluthochdrucks mit diesem Arzneimittel (Adalat, Adalat 20 oder Adalat retard) bedarf der regelmäßigen ärztlichen Kontrolle. Durch individuell auftretende unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatewechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Nifedipin/**Antihypertonika:** Bei gleichzeitiger Anwendung kann der blutdrucksenkende Effekt von Nifedipin verstärkt werden. **Nifedipin/ β -Rezeptoren-Blocker:** Bei gleichzeitiger Anwendung sorgfältige Überwachung des Patienten erforderlich, da stärkere Hypotension möglich, auch wurde eine gelegentliche Ausbildung von Herzinsuffizienz genannt. Bei parenteraler Applikation mit Nifedipin sollte deshalb die gleichzeitige Anwendung von β -Rezeptoren-Blockern i. v. unterbleiben. **Nifedipin/Cimetidin:** Verstärkte blutdrucksenkende Wirkung möglich. **Handelsformen:** **Kapseln:** Adalat: Kapseln zu 10 mg Nifedipin. Packung mit 30 Kapseln DM 26,35; Packung mit 50 Kapseln DM 40,50; **Packung mit 100 Kapseln DM 72,90;** Anstaltspackung. Adalat 5 Kapseln zu 5 mg Nifedipin. Packung mit 30 Kapseln DM 15,00; Packung mit 50 Kapseln DM 24,75; **Packung mit 100 Kapseln DM 42,70;** Anstaltspackung. Adalat 20 Kapseln zu 20 mg Nifedipin. Packung mit 30 Kapseln DM 41,05; Packung mit 50 Kapseln DM 64,95; **Packung mit 100 Kapseln DM 117,90;** Anstaltspackung. **Tabletten:** Adalat retard: Retardtabletten zu 20 mg Nifedipin. Packung mit 30 Tabletten DM 39,15; Packung mit 50 Tabletten DM 61,95; **Packung mit 100 Tabletten DM 110,55;** Anstaltspackung. Stand: 7.5.1985, 3a

Herzschützendes Koronartherapeutikum.



nach fernöstlichem Heil Befehl ...

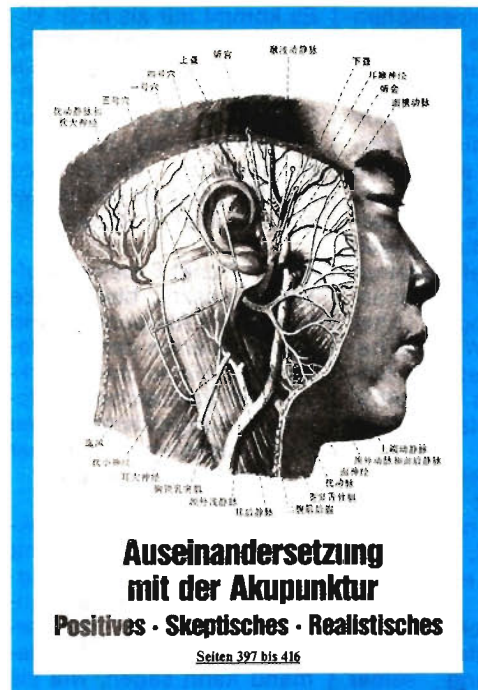
Professor Dr. med.
Robert F. Schmidt
Physiologisches Institut der
Universität Würzburg
Röntgenring 9
8700 Würzburg



In der abschließenden Stellungnahme sollen drei grundlegende Fragen, die wiederholt in der Diskussion auftauchten, aufgegriffen und beantwortet werden:

1. Kann die Akupunktur – eine Therapievariante der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) – mit ihrem völlig andersartigen theoretischen Überbau überhaupt mit den Kriterien der naturwissenschaftlichen Medizin beurteilt werden?

Diese Frage soll eindeutig mit „Ja“ beantwortet werden: Die Theorie der TCM entzieht sich wegen ihres philosophischen Charakters einer kritischen naturwissenschaftlichen Beurteilung. Wird die Akupunktur jedoch als Therapieverfahren zur Behandlung umschriebener pathophysiologischer Störungen eingesetzt, deren Definition durch die naturwissenschaftliche Medizin selbst vorgegeben ist, so ist es unabdingbar, daß auch deren Kriterien zur Beurteilung des therapeutischen Erfolges herangezogen werden. Jede eigenständige Bewertung nach den Theorien der TCM muß, da philosophischer Natur, rein spekulativ sein. Es darf in diesem Zusammenhang aber nicht verschwiegen werden, daß die TCM auch krankhafte Störungen beschreibt, für die es ein pathophysiologisches Äquivalent in der westlichen Medizin nicht gibt. In solchen Fällen ist eine naturwissenschaftliche Beurteilung des The-



Verkleinerte Schwarzweiß-Reproduktion des Titelbildes aus dem Deutschen Ärzteblatt, Heft 7/1985

rapieeffektes nicht möglich.

2. Ist bei Infragestellung des theoretischen Überbaues der TCM das Einstechen von Nadeln durch die Haut noch Akupunktur im eigentlichen Sinne zu nennen?

Auch diese Frage soll eindeutig mit „Ja“ beantwortet werden: Alle in der Publikation erörterten Überlegungen dienen letztendlich nur dem Bestreben, dem therapeutischen Effekt der Akupunktur – einem Verfahren der Erfahrungsmedizin – für einen akzeptablen Indikationsbereich – der Schmerztherapie – eine naturwissenschaftlich fundierte Erklärung zu geben. Zum einen wird die Existenz definierter Akupunkturpunkte und deren postulierte Meridianverbindung in Frage gestellt, zum anderen wird auf Untersuchungsergebnisse hingewiesen, daß bestimmte therapeutische Effekte bei der Schmerzbehandlung nicht nur von definierten Punkten, sondern durch Reizapplikation auf

einer ganzen Oberflächenzone bewirkt werden können. Es ist dennoch legitim, sich des klassischen Therapiekonzeptes zu bedienen. Die Nadelung bestimmter klassischer, zur Schmerztherapie empfohlener Akupunkturpunkte bewirkt bekanntermaßen einen überaus starken Reiz, was mit deren Nachbarschaft zu nervalen Strukturen oder deren Rezeptordichte erklärt werden muß. Der resultierende therapeutische Effekt ist eben die afferente Hemmung des nozizeptiven Einstroms. Dieses uralte chinesische Therapieverfahren, auch wenn es als Variante der Hyperstimulationsanalgesie gewertet wird, ist letztendlich charakterisiert – unbeschadet des zugrundeliegenden theoretischen Überbaues – durch den Einstich von Nadeln, der Akupunktur, und hebt sich damit von anderen Therapieverfahren ab.

3. Sind die Mechanismen der afferenten Hemmung nozizeptiver Signale, die vielfach zur Erklärung der

nachweislichen Schmerzhemmung mittels Akupunktur herangezogen werden, durch neurophysiologische Untersuchungen hinlänglich gesichert?

Diese letzte Frage muß nach der Auseinandersetzung mit den Thesen von Herrn Professor Schmidt mit „Nein“ beantwortet werden: Obwohl das Phänomen der Schmerzhemmung durch Akupunktur als solches nicht bezweifelt wird, beurteilt Schmidt die vielfach zur Erklärung des therapeutischen Effektes herangezogenen neurophysiologischen Mechanismen als grob simplifizierende Hypothesen und, was den Rückgriff auf die Gate-Control-Theorie von Melzack und Wall anbetrifft, als sachlich falsch. Es braucht aber nicht unerwähnt zu bleiben, daß andere als namhaft geltende Autoren – ebenfalls häufig unter Bezug auf die Gate-Control-Theorie – die der Schmerzhemmung durch Akupunktur zugrundeliegenden Mechanismen so darstellen, als seien diese anteilig zumindest durch neurophysiologische Untersuchungen hinreichend belegt (s. Literaturhinweise). Sachlich falsch ist die von Schmidt vorgenommene Einschränkung des analgetischen Effektes auf die „Elektroakupunktur“:

Eine analgetische Wirkung kann ebenso durch Manipulation der Nadel, also Applikation intensiver mechanischer Reize erreicht werden.

Literaturhinweise

1. Eriksson, B. E.; Sjölund, B. H.: Der Schmerzsinn. Schmerz 1 (1980) 25–33.
2. Melzack, R.: Acupuncture and Related Forms of Folk Medicine. In: Textbook of Pain (Eds.: P. D. Wall, R. Melzack). Churchill Livingstone, Edinburgh/London/Melbourne/New York 1984