

# Vermessen – über die Schwierigkeit, Qualitätsstandards in der chinesischen Medizin zu setzen

## Teil 5

### Qualität hat seinen Preis - Akupunktur, TCM und ihre Ausbildungsgänge in Deutschland als Qualitätsmanagement

Im Bereich der Industrie- und Warenproduktion lassen sich, wie bereits im vierten Teil des Artikels aufgezeigt,<sup>1</sup> Qualitätsanforderungen objektiv festlegen. Diese werden u. a. durch Kundenwünsche und dem Diktat der Kundenbefriedigung vorgegeben. Qualitätssicherung erfolgt hier im Wesentlichen über die Normenreihe DIN EN ISO 9000 ff.. Bei der Beurteilung von Qualität im Bereich medizinischer Dienstleistungen verhält es sich komplizierter. Denn einerseits beruht eine medizinische Dienstleistung auf der teilweise subjektiven Festlegung des Begriffes „Gesundheit“, andererseits aber auch auf der individuellen Reaktionsbereitschaft des Patienten auf die Therapie. Ganz zu schweigen von seiner subjektiven Motivation der Bedürfnisbefriedigung und schließlich vom Ausbildungsgrad des Therapeuten hinsichtlich der angewendeten Therapie. Die Vorgaben des Patienten sind weniger präzise als die eines Kunden, das gewünschte Ausmaß an Heilung ist mitunter nicht vorhersehbar, die subjektive Patientenzufriedenheit ist schwierig zu beurteilen.<sup>2</sup>

Definitionsversuche zur Qualität medizinischer Dienstleistungen und ihrer Ausbildungen in Hinblick auf eine Übertragung auf die Normenreihe DIN EN ISO 9000 ff. fallen dem entsprechend unscharf und vage aus.

Dennoch wurden nach der Etablierung der chinesischen Medizin in Deutschland weder Kosten noch Mühen gescheut, diese Therapieform für den eigenen Berufsstand zu sichern und ihre Ausübung und Ausbildung zu kontrollieren. Es ist nur Ärzten (Approbationsordnung in der Neufassung von 2002) und Heilpraktikern (Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung von 1939) erlaubt, die chinesische Medizin resp. die Akupunktur auszuüben.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Siehe **Der Heilpraktiker/Volkshilfkunde** 5/2008.

<sup>2</sup> Vergl. dazu **G. Viethen**: Qualitätssicherung in der Medizin in: Bundesärztekammer, Curriculum Qualitätssicherung und Ärztliches Qualitätsmanagement, Köln 1996, S. 130.

<sup>3</sup> Im beschränkten Umfang ist die Ausübung der Akupunktur auch den Hebammen im Rahmen der Geburtshilfe gestattet.

Somit ist es interessant, beide Berufsgruppen darin zu vergleichen, mit welchen Qualitätsansprüchen sie die traditionelle chinesische Heilkunde belegen, wie sie ihre Ausbildungen organisieren und nach außen hin präsentieren.

## Akupunkturqualität bei den Ärzten:

Mit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 1.1.1993 wurde die Qualitätssicherung als unverzichtbarer Bestandteil der ärztlichen Versorgung rechtsbindend festgelegt (SGB V, §§ 135-139).<sup>4</sup> Die Akupunktur als Bestandteil einer Komplementärmedizin wurde dann 1997 mit in die Qualitätssicherung eingebunden. Seitdem gibt es auch ärztliche Qualitätszirkel für Akupunktur. 2005 entwickelte die „ärztliche Fachgesellschaft Forschungsgruppe Akupunktur und Traditionelle Chinesische Medizin“ (FATCM) ein Siegel, das qualifizierte Akupunkturärzte kennzeichnen sollte. Das Siegel sollte Patienten helfen, Ärzte mit Akupunturausbildung schon auf dem Arztschild zu erkennen.

Um das Siegel zu erwerben, musste ein Arzt seinerzeit eine 350-stündige „Vollausbildung“ in Akupunktur nachweisen.<sup>5</sup> Dieses wurde bereits von den Ersatzkassen gefordert, damit eine Behandlung mit Akupunktur bezuschusst werden könne. Die Ärztesgesellschaften für Akupunktur fordern heute (seit Ende 2006), gemäß den Vorgaben der Landesärztekammern, für die Grundausbildung mit Zusatzbezeichnung „Akupunktur“ nur noch 200 Stunden.<sup>6</sup>

Zum 1. Januar 2007 wurde die Akupunktur als vertragsärztliche Leistung in das Kapitel „Schmerztherapie“ aufgenommen. Die Leistung beinhaltet die Durchführung einer Körperakupunktur bei zwei Diagnosen, nämlich chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule und chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose. Auslöser für diese „Gesundheitsreform“ ist die sog. GERAC-Studie, die viele Millionen Euro gekostet hat, um zu beweisen, dass Akupunktur auch unter naturwissenschaftlichen Messvoraussetzungen wirksam ist. Auftraggeber der Studie waren die AOK, BKK, IKK, Bundesknappschaft, Landwirtschaftliche Sozialversicherung und die See-Krankenkasse.

---

<sup>4</sup> **G. Viethen:** (wie Anm. 2.), S. 127. Der Heilpraktikerberuf unterliegt diesen gesetzlichen Bestimmungen nicht.

<sup>5</sup> Die „Akupunturausbildung für Ärzte bestand seinerzeit (1997-2006) aus einer Basisausbildung von 140 Stunden und einem darauf aufbauenden Modul von 210 Stunden., also insgesamt 350 Stunden.

<sup>6</sup> <http://www.daegfa.de/Pages/StandardContent.aspx?content=6.3|1&navnode=6.3>

Bei der **GERAC-Studie** (German Acupuncture Trials) wurden über einen Zeitraum von drei Jahren (2002-04) mehr als 2.000 Patienten mit chronischen Kreuz- bzw. chronischen Knieschmerzen mit einer Verum-Akupunktur nach den Regeln der traditionellen chinesischen Medizin (TCM), einer sog. Sham-Akupunktur – bei der nach Lehre der TCM eigentlich unwirksame Punkte gestochen werden – oder mit einer allgemein üblichen westlichen Standardtherapie behandelt.

„Die Akupunkturpunkte für beide Studien wurden von Experten auf der Basis internationaler Literatur und der Ausbildungsinhalte großer deutscher Akupunkturgesellschaften teilstandardisiert vorgegeben. Die Punktekombinationen der **Verum-Akupunktur** enthielten sowohl obligate wie auch individuell auswählbare Punkte gemäß Meridian- und Syndromdiagnostik der TCM. Somit bestanden einerseits genügend Freiheiten, um nach TCM-Kriterien den individuellen Krankheitsmustern der einzelnen Patienten gerecht zu werden, andererseits war das Therapiekonzept für die Ärzte leicht nachvollziehbar beschrieben. Die Nadeln wurden 2 bis 40 mm tief eingestochen und manuell stimuliert, um ein „De Qi-Gefühl“ auszulösen. Elektro- oder Wärmestimulation (Moxibustion) war nicht zugelassen.

Bei der **Sham-Akupunktur** wurde nur oberflächlich (bis maximal 3 mm) und ohne Nadelstimulation (kein De Qi) an Punkten gestochen, die im gleichen Körperbereich lagen, aber entfernt von bekannten Meridian- oder erkrankungstypischen A-Shi-Punkten, so dass keine punktspezifischen Effekte auftreten sollten.

Jeder Akupunkturpatient erhielt zehn Akupunktursitzungen (zwei pro Woche) und konnte fünf weitere erhalten, wenn nach der zehnten Sitzung ein „partieller“ Behandlungserfolg vorlag. Dieser wurde automatisch aus den Patientenantworten des Telefoninterviews berechnet. Analog konnte auch die Standardtherapie um fünf weitere Therapeutenkontakte verlängert werden, sodass in allen drei Therapiearmen die Zahl der Therapeutenkontakte vergleichbar blieb.

**Resultat:** Es berichteten die Patienten der beiden Akupunkturgruppen insgesamt über wesentlich weniger Schmerzen als in der Standard-Behandlungsgruppe. Für beide Indikationen bestand die schulmedizinische Standardtherapie aus einer Kombination von physikalischer Therapie und unterstützender Einnahme nichtsteroidaler Antirheumatika. An Krankengymnastikübungen konnten in der Gonarthrostudie auch die Akupunkturpatienten teilnehmen.

Als wichtigste Ergebnisse der GERAC-Studie in den orthopädischen Indikationen wurden festgehalten:

1. Akupunktur ist ein bei chronischen Rücken- oder Knieschmerzen wirksames Verfahren, das zu einer klinisch relevanten Minderung der Schmerzsymptomatik und damit verbundener Begleitsymptomatiken führt.
2. Eine an aktuellen Leitlinien orientierte Standardtherapie ist bei Rücken- und Knieschmerzen einer Akupunkturtherapie unterlegen.
3. In den Hauptzielkriterien konnte zwischen Verum- und Sham-Akupunktur kein Unterschied festgestellt werden.

Die fehlende Überlegenheit von Verum-Akupunktur gegenüber Sham-Akupunktur stellt wesentliche Vorgaben der traditionellen chinesischen Akupunktur in Frage. Dies gilt insbesondere für die Wahl der Akupunkturpunkte, die Stichtiefe (bei Shamakupunktur bis maximal 3 mm) und die Stimulation der Nadeln bis zum Eintreten des De-Qi-Gefühls, die bei der Shamakupunktur völlig fehlte. Um die Wirksamkeit beider Akupunkturformen erklären zu können, müssen sowohl spezifische, physiologische Faktoren einer repetitiven oberflächlichen Nadelung definierter Körperregionen – bekannt aus der japanischen Akupunktur –, als auch unspezifische, psychologische Faktoren herangezogen werden.

Eine mögliche Erklärung für die signifikante Unterlegenheit der Standardtherapie gegenüber beiden Akupunkturformen könnte sein, dass Akupunktur bedingt durch eine Kombination unspezifischer Faktoren – die von der positiven Erwartungshaltung der Patienten gegenüber Akupunktur bis hin zum „Heilungsritual“ mit fremden kulturellen Hintergrund reichen – ein „**Superplacebo**“ darstellt.“<sup>7</sup>

Die Ergebnisse der GERAC-Studie waren ein gefundenes Fressen für die Medien. Der „Spiegel“ z. B. postulierte, es sei egal, wo man hinpiekst, die Heilung mit Akupunktur werde im Wesentlichen über einen Placeboeffekt erzielt durch die vermehrte Aufmerksamkeit dem Patienten gegenüber. Medizinische Laien verstanden die Studie auch so, dass man sich nur ein paar Nadeln zu kaufen bräuchte und drauflos stechen kann, denn es sei ja egal, wohin man piekst (Tenor eines Patienten).<sup>8</sup> Schon war die Wirkung der Akupunktur auf ein Placebo reduziert, eine gründliche Ausbildung darin unwichtig geworden.

---

<sup>7</sup> Siehe **Deutsches Ärzteblatt**, Jg. 104, Heft 3, 19. Januar 2007

<sup>8</sup> Siehe die Zeitschrift „Der Spiegel“ im Artikel: „Die eingebilddete Heilung“ von Veronica Hackenbroch in Heft Nr. 44, 2004.

Ökonomisch interessant ist, dass mit der Durchführung der Gerac-Studie die Akupunktur erneut einen Aufschwung erhielt und die Zahl der akupunktierenden Ärzte sich seitdem mehr als verdoppelte. Heute gibt es überall in Deutschland Ärzte, welche die medizinische Dienstleistung „Akupunktur“ auf ihren Schildern führen, unabhängig ihrer fachärztlichen Ausrichtung. Durch die Reduktion der ärztlichen Akupunkturausbildung auf 200 Stunden ist die Akupunktur eine leicht gewonnene Zusatzqualifikation geworden.<sup>9</sup>

Grundsätzlich spielt die Ausbildung in Akupunktur bei den niedergelassenen Ärzten nur noch eine untergeordnete Rolle. So heißt es in den Empfehlungen des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen zur Qualitätssicherung in der Akupunkturausbildung:

„Die Auswertung der Literatur und die Anhörung der Sachverständigen lassen kein Akupunkturkonzept erkennen, das in seiner Effektivität überlegen wäre. Ebenso scheint nicht erheblich zu sein, ob die Akupunktur durch einen ärztlichen Anwender oder durch andere Heilberufe (z. B. Physiotherapeuten) durchgeführt wird. Es konnte auch nicht gezeigt werden, dass eine bestimmte Art der Akupunkturpunktfindung (Palpation, Locus dolendi, Punktsuchgerät etc.) oder die spezifische Kombination von Akupunkturpunkten nach einem besonderen Lehrkonzept (z. B. der Traditionellen Chinesischen Medizin) überlegen wäre. Vielmehr ist die Auswahl der Punkte offenbar nur von untergeordneter Bedeutung.

Gleiches scheint auch für die Qualifikation des Akupunkteurs zu gelten: Aus der gesichteten Literatur lässt sich nicht ableiten, dass detaillierte Kenntnisse beispielsweise der TCM für den Therapieerfolg erforderlich sind. Hauptfaktor der Wirkung scheint die Zuwendung zu sein, und dieser Effekt ist offensichtlich frei von den Meridian- oder Mikrosystemkonzepten der Akupunktur.

Daraus ergeben sich Konsequenzen für die Qualitätssicherung hinsichtlich der **Strukturqualität**: Die Ausbildungsvoraussetzungen für die Durchführung der Akupunktur können gerade im Hinblick auf die Ergebnisqualität nicht von einer Mindeststundenanzahl abhängig

---

<sup>9</sup> Ab dem 1. Januar 2008 sollen zu den 200 Stunden Akupunkturausbildung noch 80 Stunden „Psychosomatische Grundversorgung“ und 80 Stunden „Schmerztherapie“ als Voraussetzung für die Abrechnung der ärztlichen Akupunktur hinzukommen. Dies sei eine Ohrfeige für jeden, der ernsthaft Akupunktur gelernt hat, so die 1. Vorsitzende der Deutschen Ärztegesellschaft für Akupunktur (DÄGFA) in einer Stellungnahme zur Entscheidung des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) in: **Deutsche Zeitschrift für Akupunktur** 4/2006, S. 64 f.

gemacht werden. Vielmehr scheint die persönliche Erfahrung in der Akupunkturanwendung und die Einbettung dieser Erkenntnisse in die jeweils individuellen Therapiekonzepte des behandelnden ärztlichen Akupunkteurs von wesentlicher Bedeutung zu sein. Insofern können stundendefinierte Ausbildungsstandards, die aus einem Binnenkonsens von Akupunkturschulen entstanden sind, nicht die tatsächlichen Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen.

Für die **Prozessqualität** sind Durchführungsstandards zu definieren: Dazu gehören hygienische Mindeststandards der Nadelanwendung, die Dokumentation der Behandlung und als wesentlichster Bestandteil die umfassende Anamnese der Erkrankung. Diese Anamnese darf sich nicht ausschließlich im Gedankengebäude einzelner „Akupunkturschulen“ bewegen, sondern muss vielmehr auch die derzeit als indiziert angesehene Diagnostik der Medizin berücksichtigen.

Voraussetzung für Empfehlungen zur **Ergebnisqualität** ist die Definition und Erfassung des Behandlungserfolges. Hierzu liegen weder national noch international einheitliche Empfehlungen vor, welche die Einführung akupunkturspezifischer Konzepte begründen könnten. ... Erst dann können verbindliche Empfehlungen zur Ergebnisqualität abgegeben werden.

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass die Inhomogenität der Lehrkonzepte und die daraus resultierende Widersprüchlichkeit es derzeit nicht ermöglichen, inhaltlich begründete, evidenz-basierte Empfehlungen zur Qualitätssicherung abzugeben. Solche Empfehlungen können zwar einer „inneren Logik“ folgend im Konsens der verschiedenen Akupunkturschulen entstehen. Es gibt jedoch keine validen Hinweise, dass dies einen wesentlichen Einfluss auf den therapeutischen Erfolg hat.<sup>10</sup>

Heute scheint es eher darum zu gehen, den Patientenumgang anzupassen, um die Akupunktur optimal in den Praxisalltag zu integrieren. Qualitätsmanagement in der ärztlichen Akupunkturpraxis beschreibt die Ausstattung des Behandlungsraumes, den Behandlungsablauf, unerwünschte Wirkungen und vor allen Dingen die Abrechnungspraxis im vertragsärztlichen und privatärztlichen Bereich.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> **Quelle:** Abschlussbericht Akupunktur, Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen, Köln 2001, zitiert in der Zeitschrift Akupunktur – Theorie und Praxis, Heft 1/2001, Uelzen.

<sup>11</sup> **Wolfram Stör:** Abrechnung und Qualitätsmanagement in der Akupunktur, München 2006. In diesem nicht uninteressanten Buch, das viele Tipps für die Praxisführung beinhaltet, nimmt der Abrechnungsteil der Akupunkturleistungen über die Hälfte des Buches ein.

Über inhaltliche Aspekte von Qualität in den Ausbildungsgängen zu sprechen ist unnötig geworden, denn scheinbar haben die Studien über die Wirkung der Akupunktur aufgezeigt, dass ihre Einbettung in das Schema von Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität keiner stringenten Logik folgt. Das „Superplacebo“ Akupunktur lässt jede ernsthafte Diskussion über Ausbildungsinhalte im Keim ersticken. Plötzlich ist die Placebowirkung (Placebo = „ich werde gefallen“) als Erklärungsmodell für Heilungen in der Komplementärmedizin anerkannt.

### Akupunkturqualität in der Heilpraktikerschaft:

Dem Heilpraktiker bereitet die Anerkennung der unterstützenden Heilwirkung eines Placebos keine Probleme, denn einerseits ist sein Denken weniger fest in das Korsett der Naturwissenschaften eingeschnürt, andererseits nimmt die theoretische Rechtfertigung seines Tuns einen anderen Stellenwert ein als beim Arzt. Denn ein Heilpraktiker praktiziert die Heilkunde und: „Wer heilt hat recht!“ Seine Dömanie ist die Naturheilkunde und er möchte Hand in Hand mit der Natur zusammenarbeiten in der Behandlung seiner Patienten. Das Anregen von Selbstheilungskräften ist sein oberstes Ziel, die Wege dahin sind vielfältig. Einen Weg dahin bietet auch die Akupunktur und TCM.

Die Idee der natürlichen Heilung mag einer der Gründe dafür sein, dass der Heilpraktiker seit seiner Therapieerlaubnis ohne Bestallung (1939) von der Bevölkerung zwar nicht unumstritten, aber doch dankbar als zusätzliches Angebot im deutschen Gesundheitssystem angesehen wird. Ebenso legen die Heilpraktikerverbände dem Adepten ihres Berufes eine solide medizinische Grundausbildung nahe, um Gefahren für den Patienten zu erkennen und abzuwenden. Dies mag auch zu einem besseren Bild des Heilpraktikers in der Öffentlichkeit beigetragen haben.

Das Kesseltreiben der Schulmediziner gegen die sogenannten „Kurpfuscher“, das Anfang des 20. Jahrhunderts seinen Höhepunkt hatte und seitdem immer mal wieder aufflackert, hat heute seine Schärfe verloren. Gehen wir von der Etymologie des Begriffs „Kurpfuscher“ aus, so ist klar und eindeutig derjenige, der eine „Kur“ verpfuscht, ein Kurpfuscher. Eine Kur aber ist die Sorge (lat. *cura* = Sorge, Fürsorge) des Arztes für den Patienten, damit ihn die Natur zu heilen vermag.<sup>12</sup> Ein wahrer Heilkundiger wird so sicher nicht in den natürlichen Heilungsprozess seines Patienten störend eingreifen. Denn:

---

<sup>12</sup> Siehe auch: **Der Naturarzt** Nr. 6, Juni 1902, der Beitrag von **Spohr**, Oberst a. D.: Das Kesseltreiben der Schulmediziner gegen die sogenannten „Kurpfuscher“, S. 130.

*Natura sanat, medicus curat* = „die Natur heilt, der Arzt versorgt“.

„Wer aber seine Sorge so betreibt, dass er der Natur nur Knüppel zwischen die Beine wirft, wer sie zwingt, ihren Heilungsweg zu verlassen, der wird eine Scheinheilung erzielen, scheinheilig auch in dem Sinne, dass die Krankheit sich vertieft oder verkompliziert. Wer so verfährt, der ist in der That ein Kurpfuscher!“<sup>13</sup>

Da der Heilpraktikerberuf in der Reichsversicherungsordnung (RVO) keine Erwähnung findet, kann der Patient auch keine Erstattung seiner Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verlangen. Erstattungen von Heilpraktikerleistungen können zur Zeit nur über private Krankenversicherungen erfolgen. Das Gros der „Kunden“ besteht damit aus Selbstzahlern, die unter erheblichem Leidensdruck im Heilpraktiker oft „die letzte Rettung“ sehen.

Die Frage nach Qualität in der Akupunktur stellt sich für den Heilpraktiker anders als für den Arzt. Der Arzt kann mit seiner Zulassung den Kranken (bei Knie- und Rückenproblemen) als Kassenleistung akupunktieren und der Patient hat kaum eine finanzielle Belastung zu tragen. Wie ein neues Medikament wird eben auch mal die Akupunktur versucht.

Der Heilpraktiker steht in der Regel unter einem hohen Erfolgsdruck. Die Erwartungen des selbstzahlenden Patienten sind höher, aber auch seine Motivation. Hier gilt: Wenn etwas Geld kostet, muss es einen (Gegen-) Wert erbringen. Der Therapieerfolg ist bei den Heilpraktikern deshalb mehr an den gekonnten Umgang mit seiner Heilkunst geknüpft als beim Arzt. Das erfordert in der Regel einen höheren Ausbildungsgrad wie z. B. in der Akupunktur, um den Patientenansprüchen gerecht zu werden. Der Patient erwartet eine besondere Behandlung und einen Heilungserfolg. Und nur wer als Heilpraktiker erfolgreich bei seinen Behandlungen ist, wird mit seiner Erwerbspraxis im freien Wettbewerb der Gesundheitsfürsorge überleben können.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> **Der Naturarzt**, ebenda.

<sup>14</sup> Wobei auch der Heilpraktiker natürlich keine Heilungsversprechen abgeben kann und darf. Die Tatsache, dass, anders als beim Arzt, die meisten Patienten ihre Behandlung beim Heilpraktiker aus eigener Tasche bezahlen müssen, ist für einige Anlass für Neid und Missgunst gegenüber dem scheinbar privilegierten Arzt. Die Forderung einzelner Interessenverbände nach Gleichstellung und Beteiligung des Heilpraktikers an den gesetzlichen Krankenkassen wird so verständlich, muss aber auch kritisch gesehen werden. Denn durch eine gesetzliche Einbindung in das Gesundheitswesen würde viel von der Freiheit des Heilpraktikerberufs verloren gehen. Wer möchte schon, eingebettet in eine aufgeblähte Bürokratie mit Abrechnungsregeln, Rechnungswesen und Behandlungsvorschriften, seine Patienten in einem Rahmen behandeln, der die Therapiefreiheit einschränkt und uns womöglich zwingt, den Patienten nach „Schema F“ zu behandeln?