

Arbeit unter der Leitung von Dr. med. Brigitte Ausfeld-Hafter und lic. phil. Marko Nedeljkovic,
Kollegiale Instanz für Komplementärmedizin KIKOM

In der chinesischen Medizin verwendete Diagnostikverfahren in Basler Akupunkturpraxen

—
Ein Vergleich zwischen Ärzten und Therapeuten



Thesis zur Erlangung des Grades Master of Science (MSc)
am

Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung
Graz / Schloss Seggau (college@inter-uni.net, www.inter-uni.net)

vorgelegt von

Jacqueline Müller

Graz, im Oktober 2010

Jacqueline Müller
Maispracherweg 6
4058 Basel
Schweiz

info@akupunktur-bs.ch

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit selbständig unter Nutzung keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel (unter 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 erwähnt) verfasst zu haben.

Graz, im Oktober 2010

Jacqueline Müller

Thesis angenommen

Im Sinne fachlich begleiteter Forschungsfreiheit müssen die in den Thesen des Interuniversitären Kolleg vertretenen Meinungen und Schlussfolgerungen sich nicht mit jenen der Betreuer/innen und Begutachter/innen decken, sondern liegen in der Verantwortung der Autorinnen und Autoren.

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	5
BEGRIFFSERLÄUTERUNG	6
ABSTRACT	8
ZUSAMMENFASSUNG	10
1. EINLEITUNG	14
1.1 Eine kurze Einführung in die Akupunktur	14
1.2 Aktuellen Wissensstand über potentielle Wirkmechanismen und Wirksamkeit.....	15
1.3 Vergleich zwischen COM- und CAM-Diagnostik.....	16
1.4 Aktueller Stand im Bereich der komparativen Diagnostikforschung	19
2. ZIELSETZUNG, FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN	20
2.1 Zielsetzung	20
2.2 Fragestellungen	20
2.3 Hypothesen.....	20
3. METHODIK	21
3.1 Zielsetzung und Methode/Studiendesign	21
3.2 Beteiligte	21
3.3 Durchführung	21
3.4 Material	22
3.5 Statistik.....	1
4. ERGEBNISSE	23
4.1 Eigenschaften der Befragten Untersuchungspopulation	23
4.1.1 Rücklauf	23
4.1.2 Anzahl in der Datenauswertung berücksichtigter Fragebögen.....	23
4.1.3 Alter	23
4.1.4 Geschlecht und Geschlechterverhältnis	24
4.1.5 Praxisstandort Stadt / Land	24
4.1.6 Ausbildungsabschluss	24
4.2 Ergebnisse zur ersten Fragestellung.....	24
4.3 Ergebnisse zur zweiten Fragestellung.....	25
4.3.1 Häufigkeit der COM-Diagnosestellung	26
4.3.2 Häufigkeit einer TCM-Diagnosestellung	26
4.3.3 Verwendung von Apparaturen in der Diagnostik.....	27
4.3.4 Explorative Datenanalyse über Unterschiede in der Anwendung von diagnostischen Verfahren	27
4.4 Ergebnisse zur dritten Fragestellung.....	28
4.4.1 Verwendete Zeit für das Erstanamnesegespräch.....	29
4.4.2 Verwendete Zeit für die Pulsdiagnostik.....	29
4.4.3 Explorative Datenanalyse über Unterschiede im diagnostischen Vorgehen.....	29
5. DISKUSSION	32
5.1 Inhaltliche Aspekte der Studie	32
5.1.1 Besonderheiten der Stichprobe.....	32
5.1.2 Übersicht über die wichtigsten Studienresultate	32
5.2 Methodologische Schwierigkeiten.....	33

5.2.1 Analysieren des Prozesses.....	33
5.2.2 Eigenkritisches.....	33
6. AUSSICHTEN.....	34
7. STUDIENFINANZIERUNG.....	35
8. DANK.....	35
9. LITERATURANGABEN.....	35
ANHANG.....	38
A1 – Fragebogen.....	38
A2 – Glossar zum Fragebogen.....	45
A2.1 Bicom, Bioresonanztherapie, BRT.....	45
A2.2 Elektroakupunktur nach Voll, EAV.....	45
A2.3 Elektrische Punkt-Lokalisationsgeräte/Hautwiderstand-Messgerät.....	46
A2.4 "Prognos"-Hautwiderstand-Messgerät.....	46
A3 – Hintergrundinformationen zu ausgewählten traditionellen diagnostischen Verfahren.....	47
5.3.1 Anamnesegespräch.....	47
5.3.2 Inspektion.....	47
5.3.3 Auskultation und Olfaktion.....	48
5.3.4 Palpation.....	48
5.3.5 Pulsdiagnostik.....	48
5.3.6 Zungendiagnostik.....	48
5.3.7 Ohrakupunktur.....	48
5.3.8 Reflexe auriculo-cardiaque RAC.....	49

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ASA	Assoziation Schweizer Ärztgesellschaften für Akupunktur und chinesische Medizin
CAM	Complementary and Alternative Medicine
COM	Conventional Medicine
FGB	Fragebogen
EMR	Erfahrungsmedizinisches Register
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum, Verbindung Schweizer Ärzte und Ärzte
EMR	Erfahrungsmedizinisches Register
KIKOM	Kollegiale Instanz für Komplementärmedizin
SBO-TCM	Schweizerische Berufsorganisation für Traditionelle Chinesische Medizin
TCM	Traditionelle Chinesische Medizin
WHO	World Health Organization

BEGRIFFSERLÄUTERUNG

Die nachfolgenden Begriffe sind in der Literatur unterschiedlich definiert. Um ihre Bedeutung in der vorliegenden Arbeit klarzustellen, erfolgt einleitend eine Begriffserläuterung.

Arzt¹

Der Begriff „Arzt“ (althochdeutsch: „arzāt“, über spätlateinisch: „archiater“ aus griechisch:

„archiátrōs“: „Oberheilkundiger“) ist die „Berufsbezeichnung für Männer oder Frauen (Ärztinnen), die nach einer wissenschaftlichen Ausbildung den Heilberuf ausüben und zum Führen dieser Bezeichnung aufgrund der Approbation berechtigt sind.“ (Brockhaus, 2010). In der vorliegenden Studie werden mit dem Begriff „Arzt“ Fachpersonen mit universitärem Abschluss in Humanmedizin bezeichnet, welche über einen von der FMH anerkannten Fähigkeitsausweis für Akupunktur verfügen.

Biokybernetik

Die Biokybernetik ist die Wissenschaft, welche sich mit den Steuerungs- und Regelungsvorgängen in Organismen beschäftigt. Das Bestreben biokybernetischer Vorgänge ist, es kleinste Abweichungen der Normalfunktion unseres Körpers festzustellen und möglichst auszugleichen. In ihren Fachbereich fallen beispielsweise Prozesse wie die Steuerung der Fortbewegung, die Temperaturregulation oder die Regulation der Genaktivität (Brockhaus, 2010).

Diagnose

Das Wort „Diagnose“, (gr. „diágnōsis“: Entscheidung, Urteil), bezeichnet die Zuordnung von Beschwerdebildern zu einem Krankheitsbegriff. Die Diagnose ist Voraussetzung für eine gezielte Behandlung und für Voraussagen über Verlauf und Heilungsaussichten der Krankheit (Prognose) (Brockhaus, 2010).

Diagnostik

Das Wort „Diagnostik“, (gr. „diágnōsis“: „fähig zu unterscheiden“) ist im medizinischen Kontext ein Sammelbegriff für eine Vielzahl von Strategien und Verfahren, die zur Untersuchung des Auslösers und des Entwicklungsverlaufes einer gesundheitlichen Störung angewendet werden. Die Diagnostik ist das Werkzeug zur Diagnosestellung. (Brockhaus 2010)

¹ Zwecks einfacherer Lesbarkeit wird die männliche Form angewandt, gemeint sind jedoch immer beide Geschlechter. Wenn dies nicht der Fall sein soll, wird dies explizit erwähnt.

Grundregulation

Die Grundregulation findet innerhalb der Grundsubstanz (vgl. unten) zwischen Endstrombahn der Kapillargefäße, Nervenendigungen und den Lymphgefäßen und den zu versorgenden Zellen statt. Durch die ständige Bewegung der Grundsubstanz spielt sich ein permanenter Informationsaustausch ab (Heine 2007, S. 12).

Grundsubstanz

Dieser Begriff wird derzeit als extrazelluläre Matrix (ECM) bezeichnet (Hay 1991). Die ECM befindet sich zwischen Endstrombahn der Kapillargefäßen, Nervenendigungen, Lymphgefäßen und den zu versorgenden Zellen und macht ungefähr 30 Prozent des Körpergewichtes aus. Die ECM besteht vor allem aus Bindegewebe. Sie hat eine nährenden Funktion und fungiert als Vermittlerin zwischen Endstrombahn und den zu versorgenden Zellen. Unter anderem ist sie verantwortlich für die Formgebung von Geweben und Organen, für den Wassergehalt der Gewebe, für die Elastizität der Gewebe, die Zugfestigkeit und Stabilität der Knochen, Sehnen und Bänder, und beeinflusst Wundheilungsprozesse (Heine 2007, S. 12).

Humoralpathologie

Mit dem Wort „Humoralpathologie“ wird das Krankheitskonzept mehrerer Kulturen, v. a. der Antike, der hippokratischen und galenischen Medizin bezeichnet. Diese Lehre sah eine falsche Mischung der Körpersäfte (*Dyskrasie*) als Ursache der Krankheiten an. Die vier klassischen Körpersäfte sind Blut, Schleim (Phlegma), gelbe und schwarze Galle. Die Dyskrasie wird nach dem Prinzip *contraria contrariis curantur* (Gegensätzliches mit Gegensätzlichem heilen) wieder zur Ausgeglichenheit geführt. Die Humoralpathologie beherrschte die Medizin im Europäischen Raum bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts (Brockhaus, 2010).

Solidarpathologie:

Mit dem Wort „Solidarpathologie“ wird die Krankheitslehre der antiken Medizin bezeichnet, welche auf der Atomlehre von Leukipp und Demokrit von Asklepiades basiert. Im Rahmen dieser wurden die fehlerhaften Veränderungen der aus Atomen aufgebauten festen Körperbestandteile (*solidi*) als hauptsächliche Krankheitsursache betrachtet. Die Solidarpathologie löste die Humoralpathologie ab (Brockhaus, 2010).

Therapeut

Mit dem Wort „Therapeut“ (gr. „*therapeutes*“, zu „*therapeúein*“: „dienen“, „pflegen“, auch „(Gott) verehren“), wird ursprünglich eine jüdische asketische Gemeinschaft im ersten und zweiten Jahrhundert n. Chr. bezeichnet, die in der Nähe von Alexandria lebte und sich dem Gebet und Schriftstudium widmete. Ihre Askese bestand v. a. im Fasten und im Verzicht auf Privatbesitz. – Die Kirchenväter sahen in den Therapeuten Vorläufer des christlichen Mönchtums (Brockhaus, 2010).

In der vorliegenden Studie sind mit diesem Begriff die im EMR registrierten Naturheilpraktiker gemeint, welche über eine Fachausbildung in Akupunktur verfügen.

ABSTRACT

In der chinesischen Medizin verwendete Diagnostikverfahren in Basler Akupunkturpraxen - Ein Vergleich zwischen Ärzten und Therapeuten

Jacqueline Müller

Ziel

Ziel war die deskriptive Erfassung der angewandten Diagnostikverfahren in den Basler Akupunkturpraxen und das Vergleichen der Anwendung von diagnostischen Verfahren und der diagnostischen Vorgehensweise der Ärzte mit jener der Therapeuten.

Hintergrund

In der Schweiz zählt die Akupunktur zu den am häufigsten nachgefragten komplementärmedizinischen Behandlungsmethoden. Energiebahnen überziehen den theoretischen Grundlagen der TCM zufolge den gesamten Körper, in denen eine Form von Lebenskraft fließt. Die Ursprünge der Akupunktur reichen bis ca. 3000 Jahre v. Chr. zurück. Seit den sechziger Jahren werden wissenschaftliche Studien durchgeführt. Dem aktuellen Forschungsstand zufolge kann die Akupunktur als ein auf neuronaler, vegetativer, hormoneller und psychischer Ebene schmerzhemmender Reiz aufgefasst werden. Nach eingehender Literaturrecherche wurde ersichtlich, dass es nur wenige wissenschaftliche Arbeiten gibt, welche sich mit einem diagnostischen Thema beschäftigen.

Methodik

In den Kantonen Baselland und Baselstadt wurden 44 Akupunktur praktizierende Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Akupunktur – Traditionelle Chinesische Medizin (ASA), und 33 im Index des Erfahrungsmedizinischen Registers (EMR) aufgeführte Therapeuten mittels Fragebogen über ihr therapeutisches Vorgehen befragt. Dies ist sowohl um eine analytisch-deskriptive als auch um eine quantitativ-komparative Grundlagenstudie im Querschnittsdesign.

Ergebnisse

Der Gesamtrücklauf der Fragebogenstudie belief sich bei 51%. 36 Fragebogen wurden ausgewertet. Die Therapeuten antworteten überzufällig mehr als die Ärzte.

Die Anamnese wie auch die Puls- und Zungendiagnostik und die Palpation zur Lokalisation von Körper- und Ohrakupunkturpunkten werden häufig von Ärzten und Therapeuten zu Beginn einer therapeutischen Sitzung angewendet.

Hinsichtlich der angewendeten Diagnostikverfahren konnten signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen festgestellt werden wie zum Beispiel, dass Ärzte überzufällig häufiger eine COM-Diagnose stellen und ihre Patienten signifikant häufiger schulmedizinisch untersuchen (lassen) als Therapeuten. Wider Erwarten unterscheiden sie sich nicht signifikant hinsichtlich der Verwendung von Apparaturen in der Diagnostik. Die Pulsdiagnostik wird von den Therapeuten häufiger angewendet als von den Ärzten.

Ein hoch signifikantes Ergebnis zeigte, dass sich Therapeuten mehr Zeit für das Erstanamnesegespräch nehmen als Ärzte.

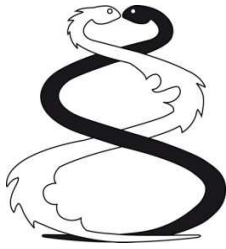
Diskussion

Eine COM-Diagnose wird überzufällig häufiger von schulmedizinisch ausgebildeten Ärzten gestellt als von Therapeuten. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass Ärzte ihre Patienten selber schulmedizinisch untersuchen und daraufhin auch die COM-Diagnose stellen.

Das Behandlungssetting der beiden Berufsgruppen, bedingt durch die Unterschiede der Leistungsverrechnungsmodalitäten, unterscheidet sich. Das kann sich auf die Anwendungshäufigkeit von zeitintensiven Diagnostikverfahren wie beispielsweise auch auf die Pulsdiagnostik und das Erstanamnesegespräch auswirken.

Interessant wären Vergleichsstudien in den verschiedenen Kantonen der Schweiz und auch in unterschiedlichen Provinzen Chinas, in Spitälern wie auch in Privatpraxen.

ZUSAMMENFASSUNG



www.inter-uni.net > Forschung

In der chinesischen Medizin verwendete Diagnostikverfahren in Basler Akupunkturpraxen - Ein Vergleich zwischen Ärzten und Therapeuten

Autorin: Jacqueline Müller
Betreuer: Dr. med. Brigitte Ausfeld-Hafter
Prof. Dr. med. Jens Christoph Türp
lic. phil. Marko Nedeljković
Statistik: Mag. rer. nat. Harald Lothaller

Einleitung

Die Akupunktur, eine Therapieform der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) zählt zu den am häufigsten nachgefragten komplementärmedizinischen Behandlungsmethoden in der Schweiz (Bundesamt für Statistik, 2009). Bei der Akupunktur werden spezifische Akupunkturpunkte durch das Stechen von feinen Nadeln stimuliert. Den theoretischen Grundlagen der TCM zufolge überziehen Energiebahnen (Meridiane) den gesamten Körper, in denen eine Form von Lebenskraft, das „Qi“, fließt. Die Ursprünge der Akupunktur reichen bis ca. 3000 Jahre v. Chr. zurück (Hempfen, 1995). Seit den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurden wissenschaftliche Studien zur Untersuchung der neurophysiologischen Grundlagen der Akupunkturwirkung durchgeführt (Melzack u. Wall, 1965). Dem aktuellen Forschungsstand zufolge kann die Akupunktur als ein schmerzhemmender Reiz aufgefasst werden, der über lokale und systemische Angriffspunkte Wechselwirkungen auf neuronaler, vegetativer, hormoneller und psychischer Ebene auslösen kann (Streitberger, Schneider, 2005). Aus der Sicht der evidenzbasierten Medizin ist der wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweis der Akupunktur trotz zahlreicher randomisierter kontrollierter Studien noch recht bescheiden. Eine Standardisierung der Akupunkturtherapie ist für die Reproduzierbarkeit einer Studie nötig, was jedoch den ganzheitlichen Behandlungsansatz der TCM massiv einschränkt. Diesem ganzheitlichen Behandlungsansatz liegt eine differenzierte Diagnosestellung zu Grunde, welche in der bisherigen Akupunkturforschung stark vernachlässigt wurde. Eine Kurzanalyse wissenschaftlicher Zeitschriften zur Komplementärmedizin (CAM) zeigte, dass nur ca. jede sechzigste wissenschaftliche Arbeit (Originalarbeiten und Editorials) sich mit einem diagnostischen Thema befasst (Lüdtke, 2008). Das diagnostische und therapeutische Vorgehen von ärztlichen und nichtärztlichen Akupunkteuren wurde erstmals 2005 in einer Studie von Kalauokalani und Kollegen deskriptiv erfasst und miteinander verglichen. Nach eingehender Literaturrecherche ist anzunehmen, dass im Anschluss an diese

Publikation von Kalauokalani et al. (2005) keine weiteren komparativen Studien zur TCM-Diagnostik durchgeführt wurden. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es abzuklären, welche Diagnostikverfahren in der Akupunktur-Praxis wie häufig angewendet werden, und inwiefern es zwischen den ärztlichen und nichtärztlichen Akupunkteuren signifikante Unterschiede in der Anwendung von diagnostischen Verfahren und im diagnostischen Vorgehen gibt.

Methodik

Mittels Fragebogen wurden in den Kantonen Baselland und Baselstadt 44 Akupunktur praktizierende Ärzte mit einem Fähigkeitsausweis Akupunktur – Traditionelle Chinesische Medizin (ASA), und 33 im Index des Erfahrungsmedizinischen Registers (EMR) aufgeführte Therapeuten über ihr therapeutisches Vorgehen befragt. Bei dieser Studie handelt es sich sowohl um eine analytisch-deskriptive als auch um eine quantitativ-komparative Grundlagenstudie im Querschnittsdesign.

Ergebnisse

Von den 77 befragten Personen waren 44 (= 57,1%) Ärzte und 33 (= 42,9%) Therapeuten. Der Gesamtrücklauf der Fragebogenstudie belief sich bei 51%.

Von den 39 zurückgesandten Fragebögen konnten 36 ausgewertet werden: Die Therapeuten antworteten mit 23 Fragebögen überzufällig ($p < .001$) mehr als die Ärzte (13 Fragebögen).

Zur ersten Fragestellung: „Welche Diagnostikverfahren werden in der Akupunktur-Praxis wie häufig angewendet?“ hat sich gezeigt, dass Therapeuten und Ärzte in Basler Praxen nebst der Anamnese häufig auch die Puls- und Zungendiagnostik wie auch die Palpation zur Lokalisation von Körper- und Ohrakupunkturpunkten zu Beginn einer therapeutischen Sitzung anwenden. Nur von 22% der Antwortenden werden die Patienten immer schulmedizinisch abgeklärt. Weitere 36% tun dies oft, 31% nur selten und 3% nie.

Zur zweiten Fragestellung: „Gibt es signifikante Unterschiede in der Anwendung von diagnostischen Verfahren zwischen Ärzten und Therapeuten?“ liegen folgende Resultate vor:

Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Ärzten und Therapeuten bei den angewendeten Diagnostikverfahren, nämlich insofern, dass Ärzte überzufällig häufiger ($p < .05$) eine COM-Diagnose stellen und ihre Patienten signifikant häufiger schulmedizinisch untersuchen ($p < .05$), als dies die Therapeuten veranlassen. Wider Erwarten unterscheiden sich beide Berufsgruppen nicht signifikant ($p = .462$) hinsichtlich der Verwendung von Apparaturen in der Diagnostik. Durch eine explorative Datenanalyse konnte aufgezeigt werden, dass die Pulsdiagnostik von den Therapeuten häufiger angewendet wird ($p < .05$) als von den Ärzten.

Die dritte Fragestellung lautete: „Gibt es signifikante Unterschiede im diagnostischen Vorgehen zwischen Ärzten und Therapeuten?“ Zu dieser wurden die folgenden beiden Hypothesen überprüft:

1. „Therapeuten nehmen sich überzufällig mehr Zeit für ein Anamnesegespräch, als dies Ärzte tun.“
2. „Therapeuten nehmen sich überzufällig mehr Zeit für die Pulsdiagnostik, als dies Ärzte tun.“

Das Ergebnis für die erste Hypothese war hoch signifikant ($p < .001$) und zeigte, dass sich Therapeuten mehr Zeit für das Erstanamnesegespräch nehmen, als dies Ärzte tun.

Für die zweite Hypothese liegt kein signifikanter Gruppenunterschied vor (p -Wert .123). Weitere Variablen hinsichtlich Gruppenunterschiede im diagnostischen Vorgehen wurden explorativ untersucht. Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen wurden lediglich im Vorgehen nach dem Zang Fu Konzept ($p < .01$) und in der Berücksichtigung der Mu-Alarmpunkte ($p < .05$) festgestellt. Von den Therapeuten werden beide Vorgehensweisen häufiger bei der Diagnosestellung und in der Therapie berücksichtigt.

Diskussion

Dies ist die erste Umfragestudie, die sich mit der Verwendung von Diagnostikverfahren und dem Vergleich von allgemeinen Diagnostikverfahren zwischen TCM praktizierenden Ärzten und TCM-Therapeuten befasst.

Auffällig war, dass die Studienbeteiligung seitens der Therapeuten viel grösser war als bei den Ärzten. Daher sind die Studienergebnisse für die Akupunktur anbietenden Therapeuten im Raume Basel um einiges repräsentativer als dies für die Ärzte der Fall ist.

Zur Häufigkeit der Anwendung einzelner Diagnostikverfahren hat sich gezeigt, dass Therapeuten und Ärzte zu Beginn einer therapeutischen Sitzung nebst der Anamnese häufig auch die Puls- und Zungendiagnostik und die Palpation zur Lokalisation von Körper- und Ohrakupunkturpunkten anwenden. Zusätzlich zu den Methoden, welche im Fragebogen erfragt wurden, haben 44% der Antwortenden angegeben, dass sie auch noch weitere Diagnostikverfahren anwenden, bei denen es sich um sehr unterschiedliche ergänzende Verfahren handelt. Dass von nur 22% der Antwortenden die Patienten immer schulmedizinisch abgeklärt werden, ist hauptsächlich dadurch zu erklären, dass die Mehrheit der Antwortenden über keinen schulmedizinischen Ausbildungshintergrund verfügt. Der Sachverhalt, dass eine COM-Diagnose überzufällig häufiger von Ärzten gestellt wird als von Therapeuten, spricht dafür, dass Ärzte ihre Patienten selber schulmedizinisch untersuchen und daraufhin auch die COM-Diagnose stellen. Anscheinend gibt es bei den Ärzten genauso wie bei den Therapeuten ein Für und Wider für individuelle und apparative Diagnostikverfahren, da sich die beiden Berufsgruppen nicht signifikant betreffend der Verwendung von Apparaturen in der Diagnostik unterscheiden.

Im Weiteren wurde festgestellt, dass, mit Ausnahme der Pulsdiagnose, die TCM-Diagnostikverfahren sowohl von den Therapeuten wie auch von den Ärzten in gleichem Masse angewendet werden. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass die Durchführung der Pulsdiagnostik für die Therapeuten eine wichtigere Referenz für die Verlaufskontrolle der Therapie zu sein scheint. Dabei ist jedoch auch zu berücksichtigen ist, dass die zeitliche und somit auch inhaltliche Gestaltung des jeweiligen Behandlungssettings bei den beiden Berufsgruppen durch die Unterschiede der Leistungsverrechnungsmodalitäten beeinflusst sein kann. Dies kann sich dementsprechend auch auf die Anwendungshäufigkeit von zeitintensiven Diagnostikverfahren wie zum Beispiel der Pulsdiagnostik auswirken. Ebenfalls auf diese Weise lässt sich auch der Sachverhalt erklären, dass sich Therapeuten überzufällig mehr Zeit für das Erstanamnesegespräch nehmen als Ärzte. Ein möglicher Erklärungsansatz für die häufigere Anwendung von TCM-spezifischen diagnostischen Vorgehensweisen, wie dem Zang Fu-Konzept und der Mu-Alarmpunkte, seitens der Therapeuten wäre, dass die beiden besagten TCM-Methoden im Rahmen der Therapeutenausbildung stärker gewichtet werden als bei der ärztlichen TCM-Ausbildung. Die Überprüfung der Gültigkeit dieser Annahme bedarf jedoch einer weiterführenden Untersuchung.

Zu erwähnen ist, dass die SBO-TCM-Mitglieder in dieser Studie nicht im Rahmen einer separaten Untersuchungsgruppe berücksichtigt wurden, da viele der Mitglieder auch beim EMR registriert sind. Durch diese auf die beiden Kantone Basel-Land und Basel-Stadt beschränkte Studie lassen sich keine für die ganze Schweiz gültigen Aussagen ableiten. Von Interesse wäre daher das Durchführen von Vergleichsstudien in den verschiedenen Kantonen der Schweiz und auch in unterschiedlichen Provinzen Chinas, in Spitälern wie auch in Privatpraxen. Gerade im Bereich der Diagnostik sind intensive weiterführende Forschungsbemühungen angebracht, zumal es die Diagnostik ist, welche die wesentlichen Grundlagen für das therapeutische Handeln bildet.

Literatur

Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 – Standardtabellen, Neuchâtel 2009.

Hempfen CH,: Taschenatlas Akupunktur, Thieme Verlag, Stuttgart 1995.

Kalauokalani D, Cherkin D, Sherman K,: A Comparison of Physician and Nonphysician Acupuncture Treatment For Chronic Low Back Pain, ORIGINAL ARTICLE, Clin J Pain 2005;21:406–411.

Lüdtke R,: Diagnostik – die dunkle Seite der (wissenschaftlichen) Komplementärmedizin, Forsch Komplementmed 2008;15:128-129.

Melzack R, Wall PD Pain mechanisms: A new theory. Science (1965), 150(699): 971–979.

Streitberger, K, Schneider, A,: Akupunktur In: H. G. Kress (Hg.): Aktuelle Schmerztherapie. Landsberg – Lech, Ecomed Medizin Verlag 2005.

1. EINLEITUNG

Am 17. Mai 2009 entschied das Schweizer Stimmvolk mit dem Verfassungsartikel über die „Zukunft mit Komplementärmedizin“ (Gegenentwurf zur zurückgezogenen Volksinitiative „Ja zur Komplementärmedizin“ von 2005). 67% sagten Ja zur Vorlage über die Komplementärmedizin. Die Stimmbeteiligung betrug 38,3%. Kein einziger Kanton sagte Nein zu dieser Vorlage (Neue Zürcher Zeitung, 2009).

Die Komplementärmedizin wird von gut der Hälfte der schweizerischen Bevölkerung in Anspruch genommen. Eine Umfrage des Krankenverbandes Santésuisse ergab, dass 81 % der Bevölkerung eine Berücksichtigung der Komplementärmedizin in der Grundversicherung wünschen (Santésuisse, Schneuwly, 2008). Wie die Ergebnisse der Schweizer Gesundheitsbefragungen aus den Jahren 2002 und 2007 belegen, zählt die Akupunktur und die TCM im Allgemeinen zu den am häufigsten nachgefragten komplementärmedizinischen Behandlungsmethoden in der Schweiz (Bundesamt für Statistik, 2009). Im Jahr 2009 waren schweizweit 733 Ärzte als Inhaber des von der FMH anerkannten Fähigkeitsausweises für Akupunktur – TCM (ASA) (Naterop-Perroud, 2009) registriert, und 433 nichtärztliche Akupunktur-Therapeuten im Index des Erfahrungsmedizinischen Registers (EMR, 2009; Abgerufen: 22.4.2010) aufgeführt.² Beide Berufsgruppen sind mit der TCM-Diagnostik vertraut und wenden die Akupunktur als Behandlungsmethode an. Aufgrund ihres unterschiedlichen Ausbildungshintergrundes ist jedoch anzunehmen, dass sich Ärzte und Therapeuten in ihrer diagnostischen Herangehensweise unterscheiden. Bevor auf den aktuellen Forschungsstand zur komparativen Diagnostik im Bereich der TCM eingegangen wird, erfolgt zunächst eine kurze Einführung in die Akupunktur mit einer anschliessenden dialektischen Betrachtungsweise der Besonderheiten der CAM-Diagnostik im Vergleich zur schulmedizinischen (COM) Diagnosestellung.

1.1 Eine kurze Einführung in die Akupunktur

Akupunktur ist eine Technik aus China, bei der spezifische Akupunkturpunkte durch das Stechen von feinen Nadeln stimuliert werden. Ursprünglich kommt das Wort „Akupunktur“ aus dem Lateinischen von acus „Nadel“ und pungere „stechen“. Der chinesische Begriff „zhenjiu“, kann annäherungsweise mit Aku-Moxa-Therapie (Akupunktur und Moxibustion) übersetzt werden. Bei „zhen“ handelt es sich um die mechanische (Nadel stechen) und bei „jiu“ um die thermische (moxa, abgeleitet vom japanischen Wort „mogusa“ für Beifusskraut) Einwirkung auf die Akupunkturpunkte (Focks, Hillenbrand, 2006; Hempen, 1995).

Nach Ansicht der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) ist der Körper von Energiebahnen (Meridianen) durchzogen. Sie überziehen den gesamten Körper und stehen mit den Organen in Verbindung. In den Meridianen fliesst eine Form von Lebenskraft, welche im Chinesischen mit „Qi“ bezeichnet wird. Die Ursprünge der Akupunktur reichen bis 3000 Jahre v.Chr. zurück. Als relativ neues Phänomen wurde sie im Westen erstmals im 17. Jahrhundert bekannt. Der Bekanntheitsgrad nahm seit den 1980er Jahren zu, als der damalige US-Präsident Nixon China besuchte und erfuhr, dass mittels Akupunkturadeln eine Analgesie erreicht werden konnte. Seit diesem Ereignis ist es für viele

² Das EMR wollte keine Angaben über die Akupunkturtherapeutenzahlen angeben, deshalb konnte diese Information nur über die manuelle Auszählung der im EMindex aufgeführten Akupunktur-Therapeuten in Erfahrung gebracht werden.

Ärzte und Wissenschaftler eine Herausforderung, sich mit der Akupunktur zu beschäftigen (Hempfen, 1995).

1.2 Aktuellen Wissensstand über potenzielle Wirkmechanismen und Wirksamkeit

Eine einheitliche wissenschaftliche Erklärung über die Wirkmechanismen der Akupunktur gibt es bisher nicht. Die Neurophysiologie bietet jedoch zahlreiche Ansatzpunkte für plausible Mechanismen der analgetischen Akupunkturwirkung wie beispielsweise die Gate-Control Theory von Melzack und Wall (1965). Als wissenschaftlich belegt gelten folgende Feststellungen:

- 82% der klassischen 361 Akupunkturpunkte stellen scharf markierte Perforationen der Körperfaszien dar, die restlichen 18% befinden sich in Bereichen ohne Faszien wie beispielsweise im Gesicht (Heine, 1997).
- Im Akupunkturpunktebereich lässt sich als strukturelles Prinzip ein Gefäß-Nerven-Bündel in einer Scheide aus lockerem Bindegewebe in einer wasserreichen Mesenchymhülle darstellen. Aufgrund des hohen Wassergehaltes der Mesenchymhülle weisen die Akupunkturpunkte eine erhöhte elektrodermale Hautleitfähigkeit auf. (Heine, 1997).
- Die Akupunkturpunkte haben Anschluss an Spinalnervenäste der Haut, der Muskulatur, der inneren Organe, der Gefäße und an das Zentralnervensystem. Ein Teil der analgetischen Akupunkturwirkung kann somit über die Aktivierung spinal hemmender Botenstoffe im Hinterhorn des Rückenmarks erklärt werden (Heine, 1997; Streitberger, Schneider, 2005).
- Im Perforationskanal eines Akupunkturpunktes führt „jede Zug-, Druck- und Strömungsänderung zu einer mechano-elektrischen Transformation im Bereich der Grundsubstanz“, wodurch Rezeptoren, welche auf schmerzhaft/Haut verletzende Reize (Nozizeptoren) und vegetative Nerven in der Grundsubstanz sowie Anteile des N. Sympathikus der Gefäßwand aktiviert werden. Dabei können sich die Funktionszustände in der Grundsubstanz und in den Organen verändern (Bergsmann 1997; zit. n. Heine, 1997).
- Beim Reiz einer Nadelung findet zwischen Metall und Grundsubstanz ein elektrischer Kurzschluss statt und eine Verschiebung der lokalen elektrischen Ladeverhältnisse und so unter anderem zur Aktivierung verschiedener Nervenfasern (Vasomotorenplexus, vegetative Axone in der Mesenchymhülle) und Abwehrzellen. Dabei entsteht eine proinflammatorische Reaktion und der entzündungshemmende Parasympathikus wird aktiviert unter anderem durch Botenstoffe (Azetylcholin) (Heine, 1997).
- Akupunkturpunkte sind Instrumente der Grundregulation, die Umwelt- und Innwelteinflüsse aufeinander abstimmen können (Heine, 1997).

Fazit: Die Akupunktur kann als ein schmerzhemmender (repetitiver nociceptiver) Reiz aufgefasst werden, der über lokale und systemische Angriffspunkte Wechselwirkungen auf neuronaler, vegetativer, hormoneller und psychischer Ebene auslöst (Streitberger, Schneider, 2005).

Aus Sicht der evidenzbasierten Medizin ist der wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweis trotz zahlreicher randomisierter kontrollierter Studien noch recht bescheiden. Obwohl die Besonderheiten und Qualitätsmerkmale für Akupunkturstudien gut definiert wurden, sind die Schlussfolgerungen der bis anhin durchgeführten Akupunkturstudien auf Grund von inkonsistenten Studienergebnissen, heterogenen Studiendesigns, methodischen Mängeln und / oder zu geringer Studienzahl in der jeweiligen Indikation nicht eindeutig (Linde et al., 2001). Akupunktur als prophylaktische Massnahme

postoperativer Übelkeit und Erbrechen gilt bis anhin als einzige Ausnahme mit einer klar positiven Aussage (Lee, Done, 2004).

„Zur Reproduzierbarkeit einer Studie ist eine gewisse Standardisierung der Akupunkturtherapie nötig, die im Rahmen eines pragmatischen Ansatzes gut möglich, für einen traditionellen Ansatz allerdings zu sehr einschränkend ist.“ (Streitberger, Schneider, 2005).

Für die Akupunktur gibt es kein vergleichbares Placebo wie in einer pharmakologischen Studie, was ein grosses Problem für die Wissenschaftlichkeit darstellt. Verschiedene Methoden wurden in Studien angewandt, um ein Placebo zu nachzuahmen. Dabei wurden jedoch nur Teilaspekte der unspezifischen Effekte der Akupunktur berücksichtigt. Die meisten kontrollierten Studien vergleichen Akupunktur mit „Sham-Akupunktur“. Bei einer Durchführung von „Sham-Akupunktur“ werden Nadeln an vordefinierten Stellen, die keinen Akupunkturpunkten entsprechen, gestochen. Um eine physiologische Wirkung so gering wie möglich zu halten, wird dabei meist oberflächlich gestochen. Bei einem Vergleich mit Sham-Akupunktur wird genau genommen nicht die Wirksamkeit, sondern die Spezifität der Punktauswahl untersucht, da jeder die Haut verletzende Reiz physiologische Auswirkungen hat. Eine Eigenwirkung durch die Hautpenetration kann über die Verwendung einer so genannten Placebo-Nadel verhindert und auf einen minimalen Druckreiz reduziert werden. Dabei wird ein Stich durch die Haut vorgetäuscht ohne sie zu penetrieren (Streitberger, Kleinhenz, 1998). Hierbei kann eine Wirksamkeit im Allgemeinen untersucht werden, jedoch kann keine Aussage über die Punktspezifität gemacht werden. „Aktuelle methodisch hochwertige Studien zeigen immer noch ein unklares Bild über die Bedeutung der Punktspezifität, die möglicherweise auch abhängig von der jeweiligen Indikation ist. Allerdings zeigt sich ein klar positives Bild der Akupunktur im Vergleich zu Wartelisten und teilweise sogar auch zu Sham-Akupunktur und zu anderen bisherigen Standardtherapien“ (Streitberger, Schneider, 2005).

1.3 Vergleich zwischen COM- und CAM-Diagnostik

In der COM- und CAM-Diagnostik nimmt das Anamnesegespräch eine wichtige Rolle ein. Dabei unterscheiden sich die Fragen, der Zeitaufwand für die Diagnostik und Therapie, die Weltbilder sowie die Denk- und Sprechweisen grundlegend.

Die Diagnostik der COM bedient sich einer vorwiegend krankheitsorientierten Sichtweise (Endler et al., 2005). Im Mittelpunkt der COM steht der körperliche wissenschaftlich messbare Befund, weniger das kranke Individuum, so wie es in der CAM der Fall ist. Aus der Sichtweise der COM wird Krankheit als etwas von aussen Kommendes bzw. als Körperfremdes verstanden. In der Solidarpathologie ist bei einer Krankheit an einer bestimmten Stelle etwas gestört. Eine Entwicklung fand diesbezüglich von der Organ- über die Zellular- zur Genebene statt. Im Gegenzug dazu wird Krankheit in der Humoralpathologie, in die auch die traditionelle Chinesische Medizin (TCM) eingeschlossen ist, als innere Reaktion auf eine innere oder äussere Veränderung angesehen. Sie geht davon aus, dass die Dynamik im Organismus gestört ist. In der chinesischen Medizin spricht man von Krankheit, wenn die Lebensenergie Qi nicht frei fliessen kann (Kratky, 2005) und das Yin/Yang-Gleichgewicht gestört ist (Focks, Hillenbrand, 2006).

Das geistig-seelische Befinden wird in der COM weniger beachtet als die körperliche Krankheit. Der menschliche Organismus und seine Beschwerden werden dadurch nicht als zusammenhängendes Ganzes betrachtet, sondern in Teildisziplinen aufgeteilt. Für jeden Teil ist ein Spezialist zuständig.

„If a human being becomes a patient – that is, complains of an illness – the first idea of a doctor [...] is that something must have gone wrong with one of the many parts of the complex machine. This part must be identified and put right. I hasten to add that this, the working principle of what is called scientific medicine achieved the spectacular successes of the past one and a half centuries.

Because of its undeniable successes it is not easy to recognise that this way of thinking also has drawbacks. But once this can be accepted, it is not too difficult to see that each “offer” by the patient, such as ucler pains [...], or palpitations, may be understood not just as a pointer to disturbed structure or function of some part, but also a communication by the whole patient [...]. But more often by the scientific medicine cares to admit it is not with a part, but with the whole man that something has gone wrong.” (Balint, 1965)

Dabei geht der Überblick über den ganzen Menschen verloren.

„It is a tragic consequence of to lose the whole person in the maze of parts examined by the many specialists consulted by a conscientious and painstaking doctor. The badly needed *real* examination – which understands the patient’s “offers” both as pointers to some disturbed part and as meaningful communications by the whole person – can be performed more easily and more reliably by one man than by several, even though they may include a psychiatrist.” (Balint, 1965).

Seit über hundert Jahren bedient sich die westliche Medizin der „kausalen Analyse“. Was zählt, ist die „Messbarkeit“ (Hempfen, 1995) und die Reproduzierbarkeit (Kratky, 2005). Aus diesen „harten Daten“ kann jedoch nur bei etwa 20% der Patienten eine eindeutige medizinisch-wissenschaftliche Diagnose gestellt werden. Ungefähr 80% der Beschwerdebilder liegen in der Grauzone zwischen gesund und krank und finden sich in den medizinischen Lehrbüchern nicht als klar definierte Krankheit. Auch bei einer genauen Definition von Krankheiten ist die Diagnosestellung in der Schulmedizin schwierig. „Einzelne Ärzte wären sich letztlich immer noch untereinander uneinig, ob der Patient die definierten Kriterien der Symptome, Zeichen und Befunde überhaupt erfüllt.“ (Kastner, 1997) Es gibt oft zahlreiche Untersuchungsmethoden zur Abklärung ein und desselben Problems. Man könnte meinen, dass die Diagnosestellung durch dieses Angebot erleichtert werde. Diese Methoden gezielt einzusetzen wird jedoch immer schwieriger bei der Fülle der Angebote. Es ist auch schwierig zu entscheiden, ob man (Arzt und Patient) sich mit dem Resultat einer einzelnen Untersuchung zufrieden gibt, welche Kombination von Untersuchungsmethoden die Treffsicherheit erhöhen, wie auf negative Testergebnisse zu reagieren ist und ob die Belastungen invasiver Untersuchungsmethoden für den Patienten vertretbar sind (Kastner, 1997).

Das Verständnis der modernen Physiologie und Schulmedizin wird heutzutage wesentlich von einer vernetzungsorientierten Betrachtungsweise bestimmt. Dabei werden beispielsweise in der Biokybernetik Zusammenhänge von Regelkreisen des Organismus beschrieben. Als Beispiel dafür kann die Einstellung des Blutdrucks genannt werden (Spranger et al., 2005).

Ein Grundgedanke der CAM besteht in der Autoregulationsfähigkeit des Organismus. Daraus folgt der Ansatz, dass der Kranke mit seinen Fähigkeiten und inneren Abwehrkräften von selber gesund werden kann oder zumindest einen wichtigen Beitrag dazu leisten kann. Krankheitssymptome stellen aus der systemischen Sicht der CAM Kompensationsmechanismen grundlegender Ursachen dar. Zunächst ist nicht unterscheidbar, ob ein Symptom die Krankheit selbst oder ein Versuch ihrer Heilung ist.

Organismen versuchen vorerst sich selber zu heilen, die Grundsituation kann sich jedoch auch der Krankheits-Situation anpassen, wie es bei chronischen Krankheiten geschieht. Die eigentliche pathologische Situation wird durch die Reaktion des Systems aufrechterhalten. Der Organismus erzeugt eine Symptomatik und hält sie als ein Überlebensversuch aufrecht. Aus der systemischen Sicht der CAM lässt sich Gesundheit nicht herstellen, nur fördern (Blättner et al., 2005).

CAM Diagnostik bedient sich einer ganzheitlichen Sichtweise, welche immer von wechselseitigen Wirkzusammenhängen zwischen Körper, Geist und Seele ausgeht und sich an den Ressourcen der Patienten orientiert. Es handelt sich vor allem um ein gesundheitsorientiertes (salutogenetisches) System (Endler et al., 2005, Kratky, 2005). So werden in der TCM wie auch in anderen Richtungen der CAM die körperliche Verfassung immer auch mit geistig-seelischen Zuständen in Verbindung gebracht. Das Medizinsystem der TCM im speziellen ordnet die Beobachtungen der Symptome, der Lebensäußerungen und der Phänomene der Patienten in ein Entsprechungssystem ein (Hempen, 1995). Die Lehre von Yin und Yang bildet dabei die Grundlage. Fragen über das Körperbewusstsein werden gestellt, z.B. ob ein Mensch lieber warm oder kalt mag, um über die Konstitution und die momentane Verfassung eines Menschen Informationen zu erhalten. Störungen können anhand des Entsprechungssystems erkannt und eingeordnet werden (Focks, Hillenbrand, 2006).

Während einer Diagnosestellung soll auch geklärt werden, welchen Wert die diagnostizierte Krankheit für den Patienten hat. „Hier kommen auch die individuell sehr unterschiedlichen Erfahrungen und Wertvorstellungen ins Spiel. Es gibt grosse Unterschiede, wie einzelne Menschen Schmerzen, Invalidität, Operationsrisiko, Lebenserwartungen oder Krankenhausaufenthalte einschätzen oder konkret empfinden“ (Kastner, 1997). Mit Hilfe einer entsprechenden Aufklärung der Patienten sollen die persönlichen Interpretationen der Krankheit erfragt und die Patienten in die weiteren Entscheidungen eingebunden werden. Das ist wichtig, damit sich der Patient verstanden und in den diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen für seine persönliche Gesundheit integriert fühlt. Das wäre eine optimale Vorgehensweise aus der Sicht der Salutogenese.

In einer Arzt-Patienten-Begegnung gibt es drei Formen. Das „bevormundende Modell“ („Paternalistic Model“) überwiegt in einer schulmedizinischen Praxis, bei dem der Arzt bestimmt, wie im Interesse des Patienten zu handeln ist. „Festlegen der Ziele oder Besprechung der Möglichkeiten erfolgt selten“ (Kastner, 1997). Es wird „von oben herab“ umgegangen, wobei oft wichtige Beobachtungen nicht zur Geltung kommen. Des Weiteren gibt es das „informierende Modell“ („Informative Model“). Hier „nennt der Arzt dem Patient die technischen Möglichkeiten, damit dieser dann [...] alleine seine Entscheidungen trifft“ (Kastner, 1997). Beim „beratenden Modell“ („Deliberative Model“) hilft der Arzt dem Patienten „auch beim Abwägen des Für und Wider einer Entscheidung“. Hierbei findet eine partnerschaftliche Kommunikation statt. Die Entscheidungen sind für Patienten persönlich akzeptabel und verlangen von ihm mehr Eigenverantwortung (Kastner, 1997). Das „beratende Modell“ beansprucht wesentlich mehr Zeit, die in einer schulmedizinischen Konsultation meist nicht aufgewendet werden kann. In einer komplementärmedizinischen Konsultation ist für diagnostische Aufklärung und für Kommunikation im Allgemeinen wesentlich mehr Platz, was zu einer besseren Patientenzufriedenheit führt (Kastner, 1997; Michlig, Ausfeld-Hafter, Busato, 2008).

Diagnose und Therapie sollen an einem Ort stattfinden, an dem eine angemessene Beratung und Behandlung vollzogen wird. Um dies zu verwirklichen, ist eben partnerschaftliche Kommunikation bzw. das „beratende Modell“ erforderlich.

Der Schlüssel zum therapeutischen Erfolg sind Gesundheitskompetenzen, wie Widerstandsfähigkeit oder Kohärenzgefühl. Sie umschreiben die Fähigkeit von Menschen

- schwierige Situationen bewältigen zu können (Handhabbarkeit)
- sich das Leben erklären (Erklärbarkeit)
- im Leben einen Sinn zu finden (Sinnhaftigkeit)
- sich und andere zu achten
- Veränderung als Herausforderungen verstehen zu können (Blättner et al., 2005).

Der Umgang mit Krankheit aus der Sicht der COM und CAM unterscheidet sich insofern, dass die CAM Krankheit zulässt und die COM Krankheit entweder ausschliesst oder beseitigt. In der CAM wird Krankheit als eine Botschaft gesehen, wobei Symptome als Resultat von Konflikten zu lesen, verstehen und begreifen sind (Spranger, 2005, LERNFELD 5)

Die Befindlichkeit, d.h. ob sich ein Mensch gesund oder krank fühlt, ist subjektiv. Auf einer imaginierten Befindlichkeitsskala werden gesund sein (Wohlbefinden) und krank sein (Unbehagen) als zwei Extreme eines Kontinuums betrachtet. Die Leitfrage in der CAM heisst nicht nur „Was ist die Ursache des Unbehagens?“, sondern auch „Was hilft auf der Skala der Befindlichkeit nachhaltig mehr in Richtung Wohlbefinden zu gelangen?“ Gesundheitsexperten geben keine Antworten über die richtigen Entscheidungen. Sie können Wege aufzeigen, die sich mit dem Zustand von Wohlbefinden verbinden. (Blättner et al. 2005, LERNFELD 12) Wenn der Patient sich während der Diagnostik auf den für ihn relevanten Ebenen ernst genommen und wohl fühlt, kann die Diagnostik durchaus eine therapeutische Wirkung auf den entsprechenden Ebenen haben.

1.4 Aktueller Stand im Bereich der komparativen Diagnostikforschung

Eine Kurzanalyse wissenschaftlicher CAM-Zeitschriften zeigte, dass sich etwa jede 60. wissenschaftliche Arbeit (Originalarbeiten und Editorials) mit einem diagnostischen Thema befasste (Lüdtke, 2008).

Die Ergebnisse einer Studie, in welcher erstmals das diagnostische und therapeutische Vorgehen von ärztlichen und nichtärztlichen Akupunkteuren in der USA deskriptiv erfasst und miteinander verglichen wurde, wurden 2005 von Kalauokalani und Kollegen veröffentlicht. Insgesamt wurden 464 Fragebögen an Akupunktur-Ärzte versendet. 137 Ärzte (30%) antworteten. Die Resultate dieser Befragung wurden mit Daten verglichen, die von einer ähnlichen Umfragestudie mit 56 nichtärztlichen Therapeuten in Washington State von Sherman et al. durchgeführt wurde. Insgesamt bevorzugten Ärzte die westliche Diagnostik. Den Therapeuten war es gängiger als den Ärzten, eine Diagnostik nach TCM zu stellen, so zum Beispiel Qi- und/oder Blutstagnation und Bi-Syndrome. Die bevorzugte Akupunkturanwendung der Ärzte basierte auf einer neuroanatomischen Punktewahl. Dagegen entsprach die Punktselektion der Therapeuten einer Herangehensweise, welche auf den Diagnose- und Behandlungsprinzipien der TCM beruhte. Trotz dieser unterschiedlichen Vorgehensweise war eine hohe Übereinstimmung in der Wahl von Akupunkturpunkten zwischen Ärzten und Therapeuten in der Behandlung der Lendenwirbelsäulen-Beschwerden zu finden. Zusätzlich zur Akupunkturbehandlung wandten Ärzte weitere medizinische Behandlungen an, während dessen die Therapeuten weitere Methoden aus der Chinesischen Medizin nutzten. Die von den Autoren der Studie bearbeitete Fragestellung begrenzte

sich auf die Diagnosestellung bei und der Behandlung von chronischen Lendenwirbelsäulen-Beschwerden.

Die vorliegende Studie fragt allgemeiner nach dem Diagnostikverfahren ohne Eingrenzung auf bestimmte Symptome. Wie nach eingehender Literaturrecherche anzunehmen ist, wurden im Anschluss an die Publikation von Kalauokalani et al., (2005) keine weiteren komparativen Studien zur TCM-Diagnostik weder störungsspezifisch noch im Generellen durchgeführt. Das primäre Ziel der hier vorliegenden Forschungsarbeit ist es daher, einen allgemeinen Überblick über die Art und Weise der von Ärzten und Therapeuten in der Akupunktur-Praxis verwendeten Diagnostikverfahren zu erhalten.

2. ZIELSETZUNG, FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN

2.1 Zielsetzung

Im Rahmen dieser Arbeit sollen zum einen die Diagnostikverfahren erfasst werden, welche in den Basler Akupunktur-Praxen angewendet werden. Zum anderen gilt es allfällige Unterschiede in der Anwendung von diagnostischen Verfahren und im diagnostischen Vorgehen zwischen Ärzten und Therapeuten festzustellen.

2.2 Fragestellungen

1. Welche Diagnostikverfahren werden in der Akupunktur-Praxis wie häufig angewendet?
2. Gibt es signifikante Unterschiede in der Anwendung von diagnostischen Verfahren zwischen Ärzten und Therapeuten?
3. Gibt es signifikante Unterschiede im diagnostischen Vorgehen zwischen Ärzten und Therapeuten?

2.3 Hypothesen

Zur ersten Fragestellung wurden keine Hypothesen formuliert, da diese deskriptiv untersucht wird.

Zur zweiten Fragestellung wurden folgende zwei Hypothesen formuliert:

Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Ärzten und Therapeuten bei den angewendeten Diagnostikverfahren, nämlich insofern, dass ...

... Ärzte überzufällig häufiger eine COM-Diagnose stellen, als dies Therapeuten tun.

... Ärzte überzufällig häufiger Apparaturen in der Diagnostik verwenden, als dies Therapeuten tun.

Zur dritten Fragestellung wurden folgende vier Hypothesen formuliert:

Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Ärzten und Therapeuten im diagnostischen Vorgehen, nämlich insofern, dass ...

... Therapeuten sich überzufällig mehr Zeit für ein Anamnesegespräch nehmen, als dies Ärzte tun.

... Therapeuten sich überzufällig mehr Zeit für die Pulsdiagnostik nehmen, als dies Ärzte tun.

... Therapeuten sich überzufällig mehr Zeit für die Zungendiagnostik nehmen, als dies Ärzte tun.

... Patienten im Rahmen einer ärztlichen Behandlung signifikant häufiger schulmedizinisch abgeklärt werden, als wenn sie bei einem Therapeuten in Behandlung sind.

3. METHODIK

3.1 Zielsetzung und Methode/Studiendesign

Die Ziele dieser Forschungsarbeit sind die deskriptive Erfassung der angewandten Diagnostikverfahren in den Basler Akupunkturpraxen und das Vergleichen der Anwendung von diagnostischen Verfahren und der diagnostischen Vorgehensweise der Ärzte mit jener der Therapeuten. Hierfür wurden in den Kantonen Baselland und Baselstadt Akupunktur praktizierende Ärzte und Therapeuten mittels Fragebogen über ihr therapeutisches Vorgehen befragt. Bei dieser Studie handelt es sich sowohl um eine analytisch-deskriptive als auch um eine quantitativ-komparative Grundlagenstudie im Querschnittsdesign.

3.2 Beteiligte

Institutionen

Diese Studie wurde von der Verfasserin mit Unterstützung der Mentoren der KIKOM, Dr. med. Brigitte Ausfeld-Hafter, lic. phil. Marko Nedeljkovic und des Mentors des Interuniversitären Kolleg Graz / Schloss Seggau, Prof. Dr. med. dent. Jens Türp, durchgeführt. Die statistische Datenauswertung erfolgte unter Mithilfe von Mag.rer.nat Harald Lothaller.

Stichprobe

Die befragte Stichprobe setzte sich wie folgt zusammen:

- Sämtliche Ärzte (n=44) mit Fähigkeitsausweis Akupunktur - Traditionelle Chinesische Medizin (ASA), welche im Ärzteverzeichnis (<http://www.doktor.ch/akupunkturaerzte>, (Abgerufen: 20.4.2010) als im Kanton Baselland oder Baselstadt praktizierend eingetragen waren. Die Gruppe der Ärzte wurde so gewählt, weil die meisten Akupunktur praktizierenden Ärzte im Ärzteverzeichnis registriert sind.
- Sämtliche Akupunktur Therapeuten (n=33), welche im Index des EMR aufgeführt waren (Abgerufen: 22.4.2010). Die Gruppe der Therapeuten wurde so gewählt, weil die meisten praktizierenden Therapeuten, welche Akupunktur anbieten, im Index des EMR registriert sind.

Der Einfachheit halber werden in Zukunft nur noch die Begriffe „Ärzte“ und „Therapeuten“ erwähnt, wenn von den Studienteilnehmern die Sprache ist.

3.3 Durchführung

Mitte September 2009 wurde der ursprüngliche Fragebogen im Rahmen eines Pre-Tests mit fünf Therapeuten und zwei Ärzten auf dessen Verständlichkeit und inhaltliche Vollständigkeit hin überprüft. Daraufhin wurde dieser überarbeitet und am 17.12.2009 per Post an die 77 Studienteilnehmer versendet. Der initiale Rücklauf bis zur Zeitlimite vom 8. Januar 2010 belief sich auf 28,6% und konnte durch wiederholte telefonische Kontaktaufnahme bis Ende März 2010 auf 51% gesteigert werden. Da vier der antwortenden Personen nicht mehr praktizierten, konnten für die

Datenauswertung 36 Fragebögen (46,8%) berücksichtigt werden. Detailliertere Angaben hierzu sind dem nachfolgenden Flussdiagramm (Abb. 1) zu entnehmen.

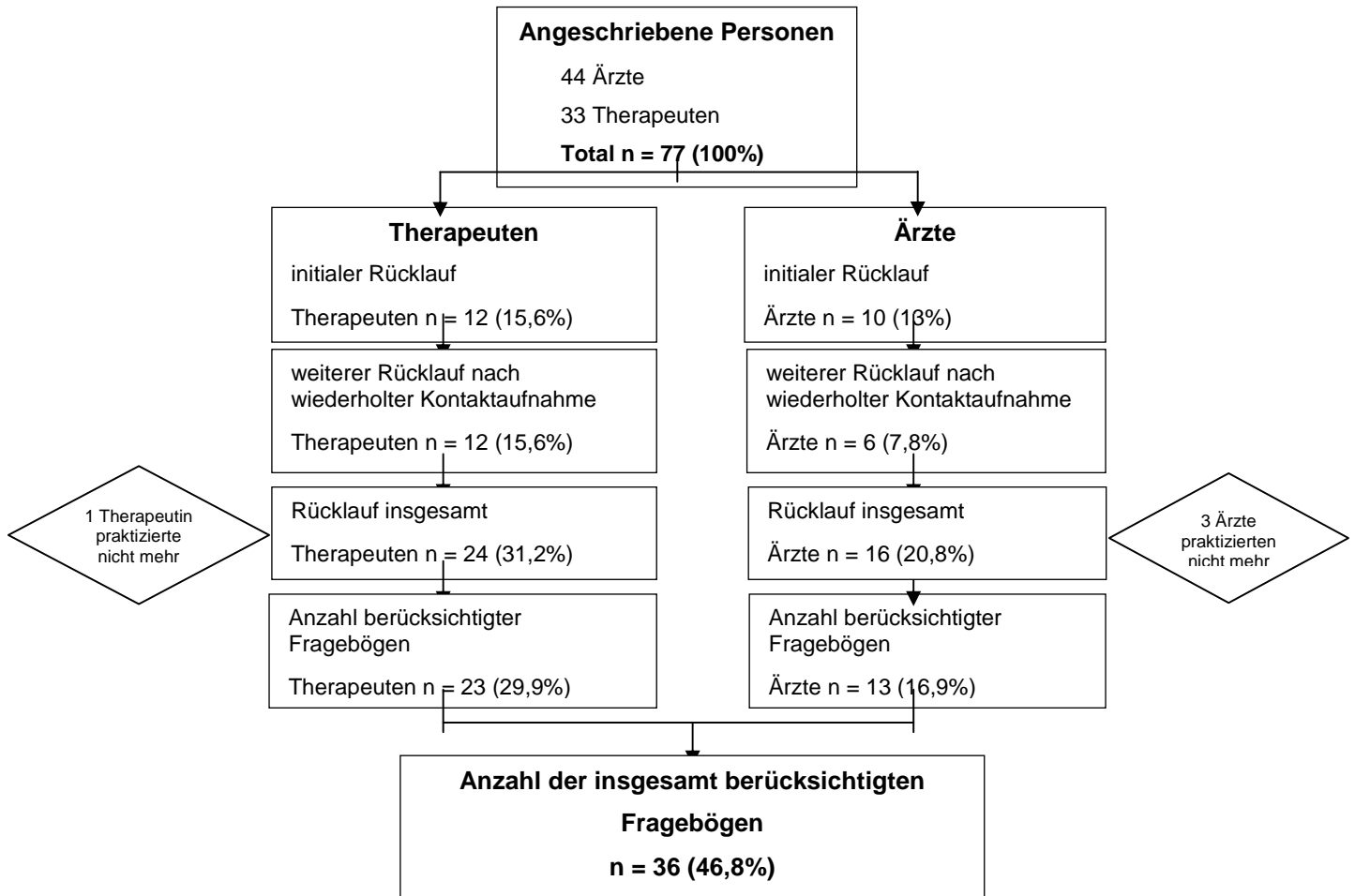


Abb. 1: Flussdiagramm zur Darstellung des Fragebogenrücklaufes

Die Angaben der zurückerhaltenen Fragebögen wurden für die statistische Datenauswertung in eine Excel-Tabelle übertragen. Eine Überprüfung der Dateneingabe wurde Anfangs März 2010 von Jacqueline Müller und Margrit Kniss durchgeführt. Es wurden dabei keine fehlerhaften Eingaben gefunden.

3.4 Material

Fragebogen und Datensatz

In einer einmaligen Befragung mit einem selber konstruierten sechsseitigen Fragebogen wurde das Diagnostikverfahren in Basler Akupunkturpraxen untersucht. Der Fragebogen bestand aus 15 Fragen, von welchen drei Fragen mehrfach und eine zweifach unterteilt waren. Insgesamt wurden auf diese Weise 32 Antworten erfasst.

Inhalt des Fragebogens

Anhand des Fragebogens wurden folgende Daten erfragt:

- Soziodemographische Angaben (Geschlecht, Alter, Ausbildungsstätte, Jahr des Ausbildungsabschlusses)
- Fragen zu den angewandten Diagnostikverfahren und deren Anwendungshäufigkeit.
- Fragen zum diagnostischen Vorgehen.

Einzelheiten zum Aufbau und zum Inhalt des Fragebogens können dem im Anhang A1 enthaltenen Originalfragebogen entnommen werden.

3.5 Statistik

Die statistischen Auswertungen für die vorliegende Arbeit wurden mit SPSS 17 für Windows durchgeführt. Es wurden Häufigkeitsanalysen für die Gesamtstichprobe bzw. für Teilstichproben sowie Chi-Quadrat-Analysen zum Gruppenvergleich von nominalskalierten Daten, Mann-Whitney U-Test zum Gruppenvergleich von rangskalierten Daten und der T-Tests zum Gruppenvergleich von mindestens intervallskalierten Daten durchgeführt. Nachfolgend werden primär signifikante ($p < 0.05$) Werte ausgewiesen. Die Daten aus den partiell ausgefüllten Fragebögen ($n=20$) wurden in der statistischen Datenauswertung mitberücksichtigt, da bei diesen im Durchschnitt 92,8% der Fragen beantwortet wurden.

4. ERGEBNISSE

4.1 Eigenschaften der befragten Untersuchungspopulation

4.1.1 Rücklauf

Von den 77 befragten Personen waren 44 (= 57,1%) Ärzte und 33 (= 42,9%) Therapeuten. Der Gesamtrücklauf der Fragebögen belief sich auf 51%. Bei den Therapeuten betrug der Rücklauf 72,7% und war somit signifikant ($\chi^2 = 9,989$; $df = 1$; $p < .01$) grösser als bei den Ärzten (= 36,4%).

4.1.2 Anzahl in der Datenauswertung berücksichtigter Fragebögen

Von den 39 zurückgesandten Fragebögen konnten 36 ausgewertet werden. Von den durch die Ärzte zurückgesandten Fragebögen konnten 13 in der Datenauswertung berücksichtigt werden. Bei den Therapeuten waren es mit 23 Fragebögen überzufällig ($\chi^2 = 12,21$; $df = 1$; $p < .001$) mehr.

4.1.3 Alter

Das Durchschnittsalter der Antwortenden belief sich bei 48,4 Jahren ($SD = 9,3$). Dieses war bei den Ärzten ($M = 54,2$ Jahre; $SD = 4,8$) signifikant höher ($p < .01$) als bei den Therapeuten ($M = 45,2$; $SD = 9,7$).

4.1.4 Geschlecht und Geschlechterverhältnis

Von den 36 Teilnehmenden waren 21 (=58,3%) Frauen und 15 (=41,6%) Männer. Der Frauenanteil bei den Therapeuten war mit 78,3% (18 Therapeutinnen von insgesamt 23 Therapeuten) signifikant grösser ($p < .01$) als bei den Ärzten (23,1%, 3 Ärztinnen von insgesamt 13 Ärzten).

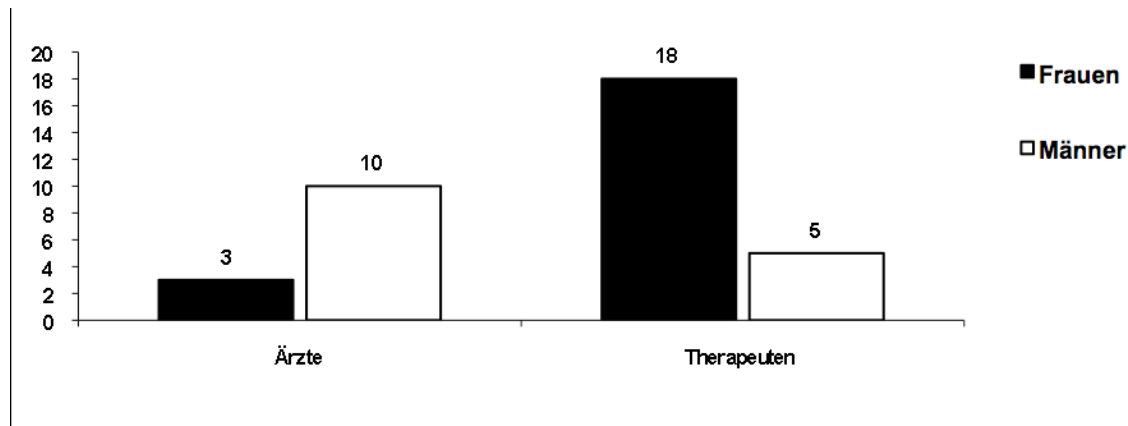


Abb. 2: Studienteilnehmer – Berufsgruppen und Geschlecht

4.1.5 Praxisstandort Stadt / Land

47,2% der Antwortenden führten ihre berufliche Tätigkeit auf dem Land und 52,8% in der Stadt aus. In dieser Hinsicht konnten keine Unterschiede zwischen den Ärzten und Therapeuten festgestellt werden.

4.1.6 Ausbildungsabschluss

Die Antwortenden haben ihre TCM-Ausbildung im Durchschnitt vor 10,8 Jahren ($SD = 8,1$) abgeschlossen. Der Ausbildungsabschluss liegt bei den Ärzten ($M = 17,9$ Jahre; $SD = 8,0$) hoch signifikant länger zurück ($p < .001$) als bei den Therapeuten ($M = 6,8$ Jahre; $SD = 4,7$).

4.2 Ergebnisse zur ersten Fragestellung

Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich auf die erste Fragestellung: „Welche Diagnostikverfahren werden in der Akupunktur-Praxis wie häufig angewendet?“ Zusammengefasst werden die Ergebnisse in der Abbildung 3 dargestellt.

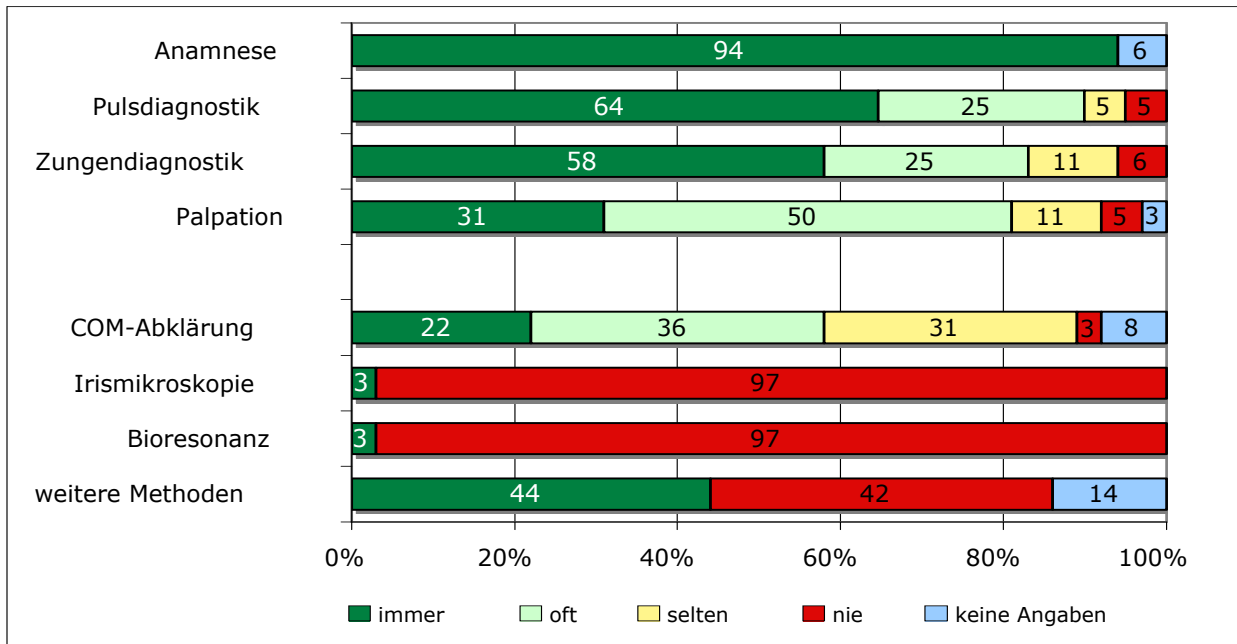


Abb. 3: Häufigkeit der angewandten Diagnostikverfahren

Es hat sich gezeigt, dass Therapeuten und Ärzte in Basler Praxen nebst der Anamnese häufig auch die Puls- und Zungendiagnostik wie auch die Palpation zur Lokalisation von Körper- und Ohrakupunkturpunkten zu Beginn einer therapeutischen Sitzung anwenden. Auch wenden 44% der Antwortenden weitere Methoden zur Diagnosestellung an. Irismikroskopie und Methoden aus der Bioresonanz kommen jedoch kaum zur Anwendung. Interessanterweise werden die Patienten nur von 22% der Antwortenden immer schulmedizinisch abgeklärt. Weitere 36% tun dies oft, 31% jedoch nur selten und 3% nie. Auf die Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen wird im Rahmen der zwei weiteren Fragestellungen genauer eingegangen.

4.3 Ergebnisse zur zweiten Fragestellung

Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Hypothesenprüfung im Rahmen der zweite Fragestellung: „Gibt es signifikante Unterschiede in der Anwendung von diagnostischen Verfahren zwischen Ärzten und Therapeuten?“

Folgende beide gerichteten Hypothesen wurden formuliert:

Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Ärzten und Therapeuten bei den angewendeten Diagnostikverfahren, nämlich insofern, dass ...

- ... Ärzte überzufällig häufiger eine COM-Diagnose stellen, als dies Therapeuten tun.
- ... Ärzte überzufällig häufiger Apparaturen in der Diagnostik verwenden, als dies Therapeuten tun.

4.3.1 Häufigkeit der COM-Diagnosestellung

Das Ergebnis zur Prüfung der ersten gerichteten Hypothese spricht dafür, dass Ärzte mit einem mittleren Rangwert von 13,5 signifikant häufiger eine COM-Diagnose stellen ($p < .05$) als dies Therapeuten (mittlerer Rang = 20,6) tun. Die nachfolgende Abbildung 4 soll dieses Ergebnis veranschaulichen.

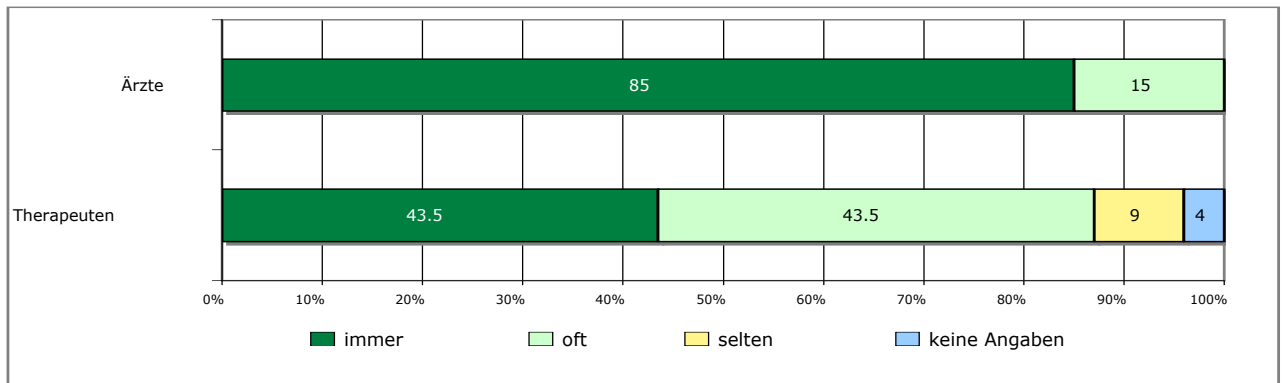


Abb. 4: Häufigkeit der COM-Diagnosestellung

Weiter ist festzuhalten, dass Ärzte ihre Patienten überzufällig häufiger schulmedizinisch untersuchen ($p < .05$) als dies die Therapeuten veranlassen. Hierzu wurde ein Mann-Whitney U-Test durchgeführt bei welchem die Ärzte einen mittleren Rangwert von 12,3 erreichten. Jener der Therapeuten hingegen war deutlich tiefer (19,7). Dies spricht für die Annahme, dass Ärzte ihre Patienten selber schulmedizinisch untersuchen und daraufhin auch die COM-Diagnose stellen. Im Vergleich dazu veranlassen die Therapeuten bei ihren Patienten vor Therapiebeginn weniger oft eine durch einen Arzt durchgeführte schulmedizinische Untersuchung.

4.3.2 Häufigkeit einer TCM-Diagnosestellung

Therapeuten tendieren eher dazu eine TCM-Diagnose zu stellen (mittlerer Rangwert = 16), als dies bei den Ärzten der Fall ist (mittlerer Rangwert = 23). Dieser Gruppenunterschied ist jedoch nicht signifikant ($p = .099$) und liegt somit im Trendbereich.

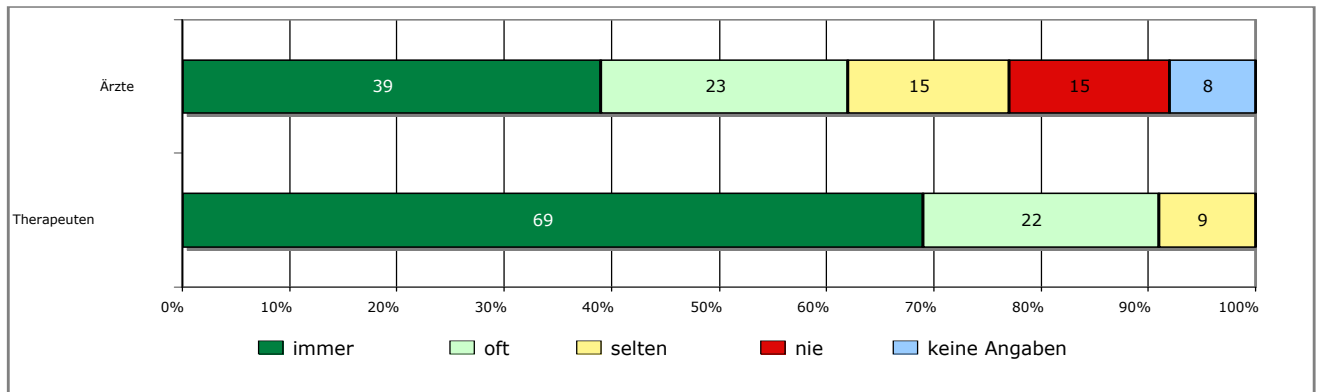


Abb. 5: Häufigkeit einer TCM-Diagnosestellung

4.3.3 Verwendung von Apparaturen in der Diagnostik

Wider Erwarten unterscheiden sich beide Berufsgruppen nicht signifikant ($\chi^2 = 0,009$; $df = 1$; $p = .462$) hinsichtlich der Verwendung von Apparaturen in der Diagnostik. 53,8% der Ärzte verwenden Punktsuchgeräte oder andere Geräte unterstützend zur Diagnosestellung. Bei den Therapeuten sind dies vergleichbare 52,2%.

4.3.4 Explorative Datenanalyse über Unterschiede in der Anwendung von diagnostischen Verfahren

Nachfolgend wird explorativ untersucht, wie häufig Therapeuten im Vergleich zu den Ärzten eine Puls- und Zungendiagnose stellen und Palpation in der Diagnostik verwenden.

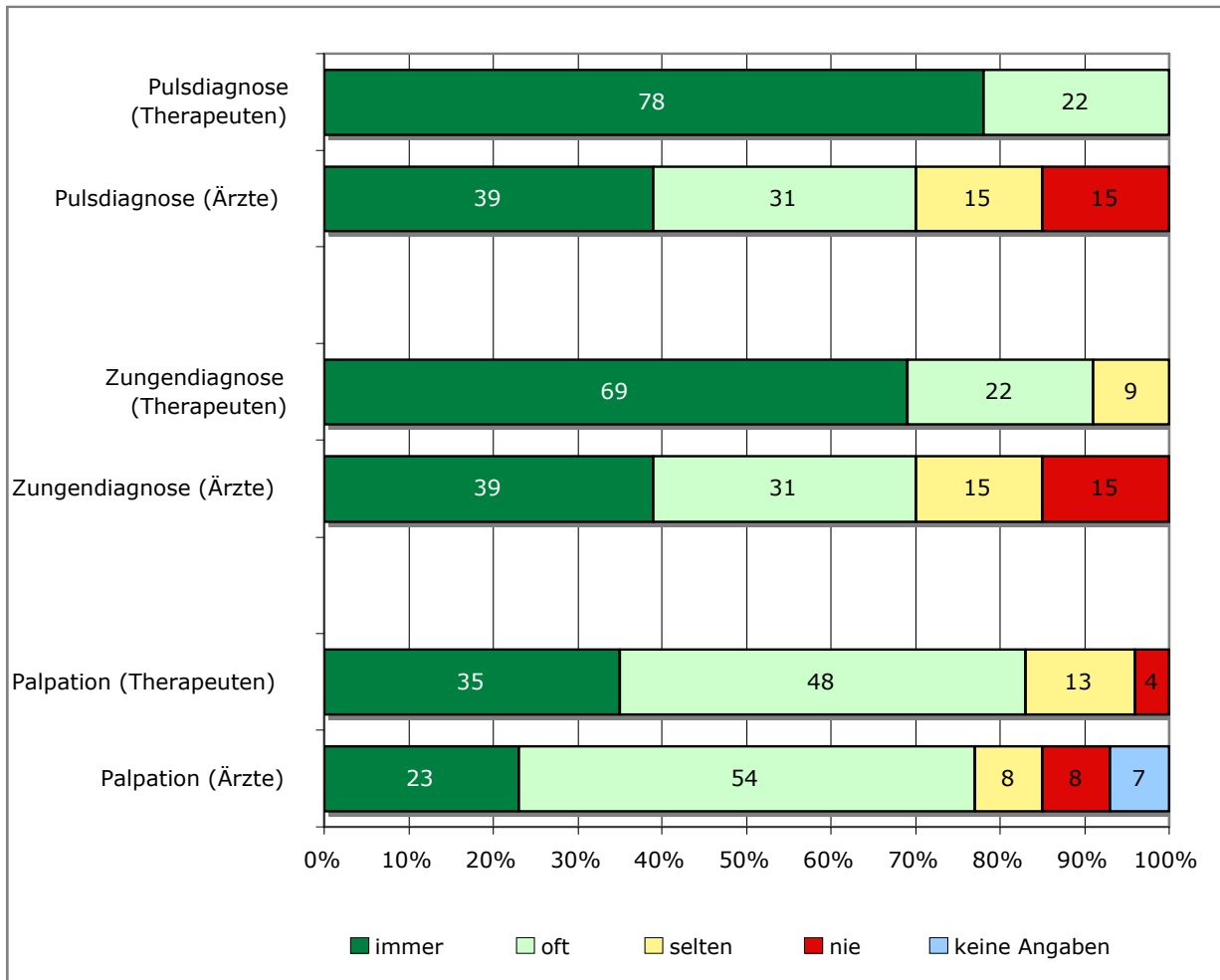


Abb. 6: Häufigkeit der Anwendung von TCM-Diagnoseverfahren

Wie der Abbildung 6 entnommen werden kann, werden TCM-Diagnoseverfahren von den Therapeuten häufiger angewendet als von den Ärzten. Signifikant ist dieser Unterschied jedoch lediglich bei der Pulsdiagnose ($p < .05$; mittlerer Rang Therapeuten = 15,5 vs. mittlerer Rang Ärzte = 23,9), nicht so aber bei der Zungendiagnose ($p = .075$) und bei der Palpation ($p = .694$).

4.4 Ergebnisse zur dritten Fragestellung

Die dritte Fragestellung lautet: „Gibt es signifikante Unterschiede im diagnostischen Vorgehen zwischen Ärzten und Therapeuten?“

Zu dieser Fragestellung wurden zwei gerichtete Hypothesen formuliert:

1. „Therapeuten nehmen sich überzufällig mehr Zeit für ein Anamnesegespräch, als dies Ärzte tun.“
2. „Therapeuten nehmen sich überzufällig mehr Zeit für die Pulsdiagnostik, als dies Ärzte tun.“

Nachfolgend werden beide Hypothesen geprüft. Erweiternd hierzu folgen dann weitere explorative Datenauswertungen zu den potenziellen Unterschieden im diagnostischen Vorgehen, womit dann auch die Bearbeitung dieser Fragestellung abgeschlossen wird.

4.4.1 Verwendete Zeit für das Erstanamnesegespräch

Der Gruppenvergleich mittels dem Mann-Whitney U-Test hat ergeben, dass sich Therapeuten mit einem mittleren Rangwert von 21,5 hoch signifikant ($p < .001$) mehr Zeit für das Erstanamnesegespräch nehmen, als dies Ärzte (mittlerer Rang = 10,1) tun.

4.4.2 Verwendete Zeit für die Pulsdiagnostik

Der Gruppenvergleich mittels dem Mann-Whitney U-Test hat ergeben, dass sich Therapeuten mit einem mittleren Rangwert von 19,4 tendenziell mehr Zeit für die Pulsdiagnose nehmen, als dies Ärzte (mittlerer Rang = 13,6) tun. Dieser Unterschied ist jedoch mit einem p-Wert von .123 nicht signifikant. Somit konnten keine überzufällige Gruppenunterschiede hinsichtlich der für die Pulsdiagnose verwendeten Zeit festgestellt werden.

4.4.3 Explorative Datenanalyse über Unterschiede im diagnostischen Vorgehen

Im Rahmen der explorativen Datenauswertung wurden weitere Variablen hinsichtlich Gruppenunterschiede im diagnostischen Vorgehen untersucht. Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Berufsgruppen wurden mittels dem Mann-Whitney U-Test lediglich im Vorgehen nach dem Zang Fu Konzept ($p < .01$) und in der Berücksichtigung der Mu-Alarmpunkte ($p < .05$) festgestellt. Beide Vorgehensweisen werden von den Therapeuten häufiger bei der Diagnosestellung und in der Therapie berücksichtigt. Die mittleren Rangwerte unterscheiden sich wie folgt:

<i>Variable</i>	<i>mittlerer Rang Therapeuten</i>	<i>Mittlerer Rang Ärzte</i>
Vorgehen nach Zang Fu ($p < .01$)	15,1	24,5
Berücksichtigung der Mu-Punkte ($p < .05$)	15,8	23,3

Diese, wie auch die übrigen explorativen Ergebnisse zur Untersuchung gruppenspezifischer Unterschiede im diagnostischen Vorgehen sind grafisch in der Abbildung 7 zusammenfassend dargestellt.

Ebenfalls deskriptiv ausgewertet und dargestellt (vgl. Abb. 8) wurde die Gewichtung verschiedener Informationsinhalte im Rahmen des Erstanamnesegesprächs. Auch hierbei wurde der Datensatz explorativ nach signifikanten gruppenspezifischen Unterschieden hin untersucht. Solche konnten aber keine beobachtet werden. Die verschiedenen Informationsinhalte im Rahmen eines Erstanamnesegesprächs werden demnach von Ärzten und Therapeuten nicht überzufällig anders gewichtet.

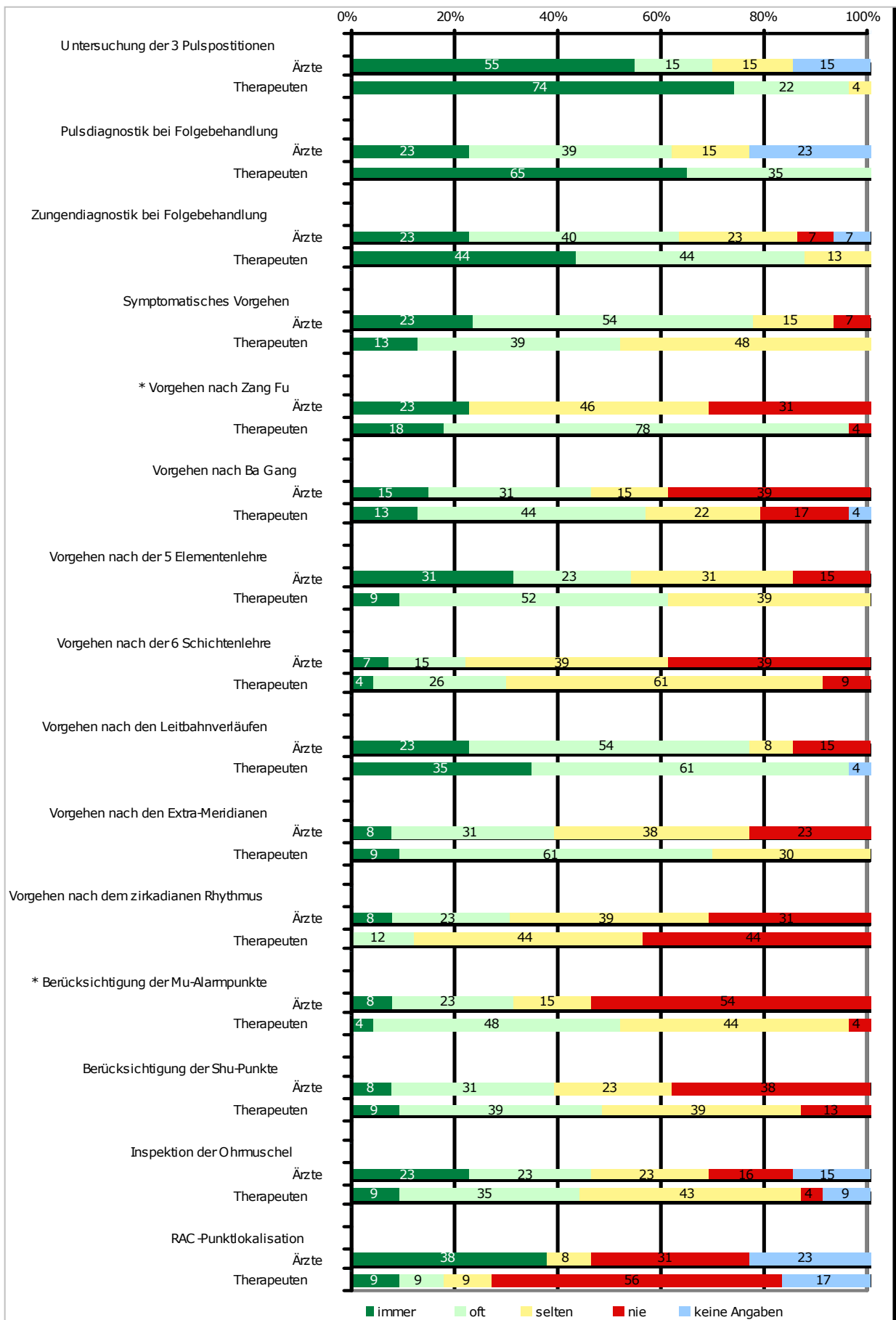


Abb. 7: Übersicht zur explorativen Datenanalyse zum diagnostischen Vorgehen

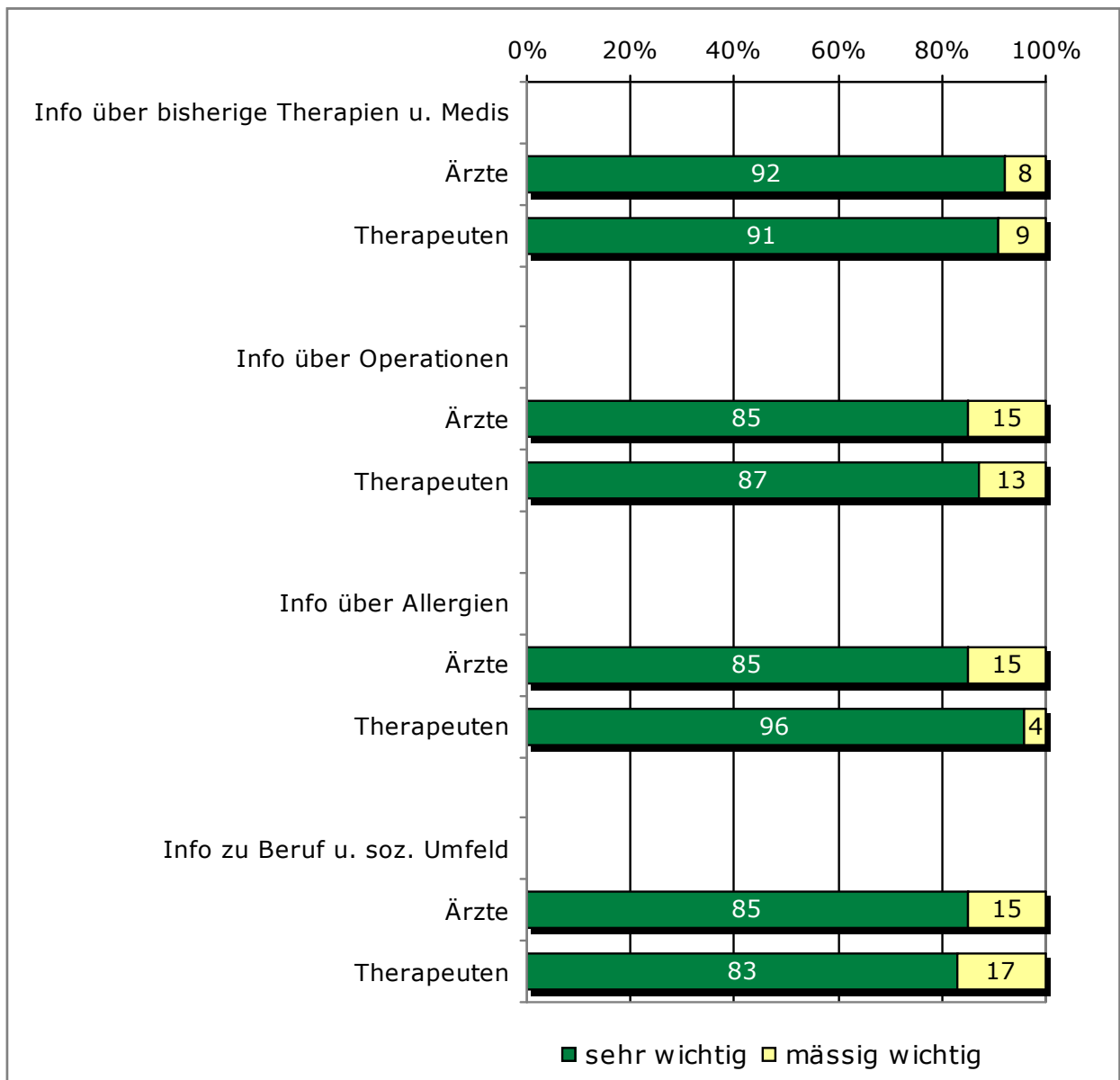


Abb. 8: Gewichtung von Informationen im Rahmen eines Erstanamnesegespräches

5. DISKUSSION

5.1 Inhaltliche Aspekte der Studie

Im Rahmen dieser Arbeit wurde zum Einen die Anwendungshäufigkeit von verschiedenen Diagnostikverfahren in den Basler Praxen erfasst. Zum Anderen galt es allfällige Unterschiede in der Anwendung von diagnostischen Verfahren und im diagnostischen Vorgehen zwischen Ärzten und Therapeuten festzustellen.

In den Kantonen Baselland und Baselstadt wurden 77 Akupunktur praktizierende Ärzte und Therapeuten mittels selber konstruiertem Fragebogen in einer einmaligen Befragung über das therapeutische Vorgehen befragt. Es handelt sich um die erste Studie, die sich mit der Verwendung von Diagnostikverfahren und dem Vergleich von allgemeinen Diagnostikverfahren zwischen Ärzten und Therapeuten befasst.

5.1.1 Besonderheiten der Stichprobe

Auffällig für die vorliegende Studie war, dass die Prozentzahl der antwortenden Therapeuten viel höher (63,9%, 23 der 36 Antwortenden) war als die der Ärzte (36,1%, 13 der 36 Antwortenden). Schon nach dem initialen Rücklauf antworteten im Verhältnis mehr Therapeuten als Ärzte, obwohl verhältnismässig mehr Ärzte angeschrieben wurden: 44 Ärzte und 33 Therapeuten. Auch nach dem Rücklauf nach wiederholter Kontaktaufnahme haben mehr Therapeuten geantwortet. Aus diesem Grund ist eine generelle Aussagekraft der Studie für die Akupunktur anbietenden Ärzte im Raume Basel weniger tragbar als für die Therapeuten.

5.1.2 Übersicht über die wichtigsten Studienresultate

Zur ersten Fragestellung: „Welche Diagnostikverfahren werden in der Akupunktur-Praxis wie häufig angewendet?“ hat sich gezeigt, dass Therapeuten und Ärzte in Basler Praxen nebst der Anamnese häufig auch die Puls- und Zungendiagnostik wie auch die Palpation zur Lokalisation von Körper- und Ohrakupunkturpunkten zu Beginn einer therapeutischen Sitzung anwenden. 44% der Antwortenden haben jedoch auch angegeben, dass sie nebst den Methoden, welche im Fragebogen erfragt wurden, auch noch weitere zusätzliche Diagnostikverfahren anwenden. Bei diesen handelt es sich um sehr unterschiedliche ergänzende Verfahren, weshalb davon ausgegangen werden darf, dass die Anwendungshäufigkeit der grundlegenden Diagnostikverfahren der TCM umfassend erfasst wurde. Der Sachverhalt, dass nur von 22% der Antwortenden die Patienten immer schulmedizinisch abgeklärt werden, ist dadurch zu erklären, dass die Mehrheit der Befragten über keinen schulmedizinischen Ausbildungshintergrund verfügt. Dementsprechend wird eine COM-Diagnose überzufällig häufiger von schulmedizinisch ausgebildeten Ärzten gestellt, als dies bei den Therapeuten der Fall ist. Dies spricht dafür, dass Ärzte ihre Patienten selber schulmedizinisch untersuchen und daraufhin auch die COM-Diagnose stellen. Therapeuten hingegen veranlassen bei ihren Patienten vor Therapiebeginn weniger oft eine durch einen Arzt durchgeführte schulmedizinische Untersuchung. Zu berücksichtigen ist, dass einige Therapeuten bei dieser Frage vermerkt haben, dass die Patienten meist schon abgeklärt zu ihnen in die Praxis kommen, wodurch eine vorausgehende schulmedizinische Abklärung nicht mehr eingeleitet werden muss.

Die beiden Berufsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant ($p=.462$) hinsichtlich der Verwendung von Apparaturen in der Diagnostik. Anscheinend gibt es bei den Ärzten genauso wie bei den Therapeuten ein Für und Wider für individuelle und apparative Diagnostikverfahren.

Des Weiteren wurde bei der Überprüfung der zweiten Fragestellung festgestellt, dass die TCM-Diagnostikverfahren sowohl von den Therapeuten wie auch von den Ärzten in gleichem Masse angewendet werden, mit Ausnahme der Pulsdiagnose. Diese wird von den Therapeuten bei der Erstkonklusion als auch bei den Folgebehandlungen mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p<.05$ signifikant häufiger praktiziert. Für Therapeuten scheint die Durchführung einer Pulsdiagnostik eine wichtigere Referenz für die Verlaufskontrolle der Therapie zu sein, als dies für die Ärzte der Fall zu sein scheint. Zu beachten gilt jedoch, dass sich das Behandlungssetting der beiden Berufsgruppen, bedingt durch die Unterschiede der Leistungsverrechnungsmodalitäten, voneinander unterscheiden kann. Dies kann sich wiederum auf die Anwendungshäufigkeit von zeitintensiven Diagnostikverfahren wie z.Bsp. auch auf die Pulsdiagnostik auswirken.

Zur dritten Fragestellung: „Gibt es signifikante Unterschiede im diagnostischen Vorgehen zwischen Ärzten und Therapeuten?“ liegen folgende Befunde vor:

Therapeuten nehmen sich überzufällig mehr Zeit ($p<.001$) für das Erstanamnesegespräch als Ärzte. Auch hierbei wird vermutet, dass dieser signifikante Unterschied auf berufsgruppenspezifische Besonderheiten der Leistungsverrechnungsmodalitäten zurückzuführen ist.

Im Hinblick auf die Berücksichtigung von TCM-spezifischen diagnostischen Vorgehensweisen unterscheiden sich die beiden Berufsgruppen nur insofern, dass die Therapeuten überzufällig häufiger das Zang Fu-Konzept ($p<.01$) und die Mu-Alarmpunkte ($p<.05$) berücksichtigen. Eine mögliche Erklärung hierfür wäre, dass die beiden besagten TCM-Methoden im Rahmen der Therapeutenausbildung stärker gewichtet werden.

5.2 Methodologische Schwierigkeiten

5.2.1 Analysieren des Prozesses

Begleitet wurde diese Studie von insgesamt drei Mentoren, Dr. med. Brigitte Ausfeld, Prof. Dr. med. Jens Türp und lic. phil. Marko Nedeljkovic. Die Statistik wurde von Mag. rer. nat. Harald Lothaller betrieben. Frau Ausfeld initiierte das Thema der Studie und war somit die „leitende Mentorin“. Professor Türp brachte sich mit stilistischen und orthographischen Korrekturen ein. In der Endphase wurde Herr Nedeljkovic von Frau Ausfeld beigezogen. In dieser Phase war er derjenige, der die Arbeit am intensivsten betreute. Er überarbeitete nochmals die Statistik und brachte neue Ideen und Ansätze ein.

5.2.2 Eigenkritisches

Durch kritisch-anregende Diskussionen mit Herrn Nedeljkovic habe ich Verbesserungsmöglichkeiten bei der Fragebogenkonzipierung festgestellt. Dies jedoch leider erst zu einem Zeitpunkt, an welchem die Datenerhebung bereits abgeschlossen war. Aus diesem Grund werden nachfolgend die Optimierungsvorschläge dargelegt:

- Frage 5 (inkl. aller Unterfragen): Das gleichzeitige Fragen nach Diagnostik und Therapie hätte in zwei separat gestellten Fragen erfolgen sollen. Verknüpfungen in Fragestellungen sollten vermieden werden, da sonst keine bereichsspezifischen Aussagen möglich sind.
- Frage 9: Anstelle der Bezeichnung „Ohr“ wäre „Ohrmuschel“ treffender gewesen.

- Frage 15: Diese Frage nach regelmässigem Treffen in Intervisions-, Ballint- und/oder Supervisionsgruppen wurde zu wenig präzise gestellt. Es wäre besser gewesen, diese Frage auseinander zu nehmen und auf jede einzelne Austauschmöglichkeit gesondert einzugehen.
- Zu diversen Häufigkeitsfragen wurde an Stelle von quantitativen Antwortmöglichkeiten eine „ja / nein“- Antwortoption vorgegeben. Dies trifft auf folgende Fragen zu: Frage 3, 3a, 3c, 3e, 3f, 3g, 5 bis 5g, 6, 7a, 7b, 9, 10, 12.
- Frage 11: Diese Frage müsste genauer mit dem Fokus auf die Diagnostikverfahren gestellt werden, ohne auf die Therapie einzugehen. Die korrekte Frage müsste demnach wie folgt lauten: „Verwenden Sie in Ihrer Praxis weitere Diagnostikverfahren? Wenn ja, welche Verfahren?“
- Frage 14: Zwecks besserer Übersicht wäre eine Kategorisierung der folgenden Nennungen unter der Rubrik „elektrische Punkt-Lokalisationsgeräte/Hautwiderstand-Messgeräte“ sinnvoll gewesen: Elektroakupunktur nach Voll, Hautwiderstand-Messgerät, Laser-Messgeräte, "Prognos"-Hautwiderstand-Messgerät. Für die Auswertung wäre es einfacher gewesen, die zusätzliche Antwortmöglichkeit „keine“ beizufügen für keine Benutzung der genannten Hilfsmitteln. Zusätzlich müsste die diagnostische Anwendung der genannten Hilfsmittel betont werden, falls diese auch therapeutisch angewendet werden können.

5.2.3 Weiteres Erwähnenswertes:

- Die SBO-TCM-Mitglieder wurden für die Studie nicht berücksichtigt, da viele der Mitglieder auch beim EMR registriert sind.
- Die Studie ist auf den Raum Basel beschränkt. Da in jedem schweizerischen Kanton andere Gesetzmässigkeiten vorliegen, lassen sich durch diese Studie keine für die ganze Schweiz gültigen Aussagen ableiten. Dafür sollte wahrscheinlich in jedem einzelnen Kanton vergleichbare Studien durchgeführt werden.
- Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass andere, nicht zur Gewichtung herangezogene Parameter zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben. Schon alleine wegen der Häufungen der Ausbildungsstätten in den verschiedenen Kantonen ist der Unterschied in der Diagnostik schwer aufzeigbar. Auch die ständigen Fortbildungen führen zu neuem Wissen über Diagnostikverfahren der Ärzte und Therapeuten.
- In Fort-, Weiter- und Ausbildungen haben die Ärzte und Therapeuten verschiedene Vorgehensweisen der chinesischen Diagnostik gelernt, die ihnen eine Grundlage in der Praxis bieten. In jeder Praxis besteht eine eigene Auswahl an Methoden, die zur Diagnostik genutzt werden. Die Entscheidung der Ärzte und Therapeuten für die Diagnostikverfahren sind individuell. Die Ausbildungsstätten und die Art der Aus-, Weiter- und Fortbildungen spielen auch eine Rolle in der Wahl der am meisten ausgeübten Methoden. Naheliegend ist es, dass das Vertrauen in eine Methode von der jeweils besuchten Schulung abhängig ist. Dennoch gibt es einige Verfahren der chinesischen Medizin, welche grundlegend für eine TCM-Diagnostik sind.

6. AUSSICHTEN

Dass zur Diagnostik innerhalb der Komplementärmedizin so gut wie keine Forschung betrieben wird, ist hinreichend bekannt. Wenn von evidenzbasierter Komplementärmedizin gesprochen wird, dreht es

sich ausschliesslich um therapeutische Interventionen, nicht um diagnostische. Dabei ist es gerade die Diagnostik, welche die Grundlagen für jedes therapeutische Handeln schafft (Lüdtke, 2008).

Interessant wären Vergleichsstudien, nicht nur in den verschiedenen Kantonen der Schweiz, sondern auch in unterschiedlichen Provinzen Chinas, in Spitälern wie auch in Privatpraxen.

7. STUDIENFINANZIERUNG

Über das Stiftungsverzeichnis wurden 15 potenzielle Sponsoren für die Studie ausgesucht und angeschrieben. Leider war keine der angeschriebenen Institutionen bereit, sich an den Durchführungskosten der vorliegenden Studie zu beteiligen. Die Versandkosten der Fragebögen und der Briefe an die Sponsoren wurden von der KIKOM getragen.

8. DANK

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich bei meiner Arbeit unterstützt haben. Danke den Mentoren Brigitte Ausfeld, Jens Türp, Marko Nedeljkovic und dem Statistiker Harald Lothaller. Auch danke ich Margrit Kniss, Doris und Oswald Leitner.

9. LITERATURANGABEN

Bücher

Benner KU,: Gesundheit und Medizin heute, Bechtermünz Verlag, 3. überarbeitete Auflage Augsburg 1997.

Bergmann O, Bergmann R,: Projektionssymptome – Reflektorische Krankheitszeichen als Grundlage für holistische Diagnose und Therapie, Facultas, 2. Auflage Wien 1997.

Focks C, Hillenbrand N,: Leitfaden Chinesische Medizin, Urban und Fischer , 5. Auflage München 2006.

Heine H,: Lehrbuch der biologischen Medizin, Hippokrates Verlag, 3. vollständige Auflage Stuttgart 2007.

Hempfen CH,: Taschenatlas Akupunktur, Thieme Verlag, Stuttgart 1995.

Kastner U,: Am anderen Ende der Nadel, Medizin auf dem Prüfstand, Ueberreuter, Wien 1997.

Angermaier M,: Leitfaden Ohrakupunktur mit französischen und chinesischen Punkten, Urban & Fischer Verlag, 4. Auflage München 2007.

Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch, De Gruyter, 259. Auflage Berlin 2002.

Module

Blättner B, EU-team@inter-uni.net, Salutogenetische Grundlagen, Health Promotion & Promotion of Health, Orientierung an Ressourcen, Graz 2005.

Endler C et al., EU-team@inter-uni.net, Vorstellung regulatoriver Verfahren - Systematik, Beschreibung und Stand der Forschung, Graz 2005, Lernfeld 1.

Kratky KW, edition@inter-uni.net, Vergleich und Integration komplementärmedizinischer Verfahren - Menschenbild und Heilkunde, Graz 2005, Lernfeld 1.

Spranger H, EU-team@inter-uni.net: Regulationsbiologische Grundlagen – Paradigmen und Naturwissenschaftliche Grundlagen regulatoriver Verfahren, Graz 2005.

Artikel

„Anonymus“, Neue Zürcher Zeitung, 17. Mai 2009: Deutliche Zustimmung zur Komplementärmedizin, Online, URL: http://www.nzz.ch/nachrichten/schweiz/abstimmung_hochrechnung_biometrischer_pass_komplementaermedizin_1.2571713.html (Abgerufen: 29.10.2010).

Balint M.: The doctor's therapeutic function, The Lancet I 1964;1177-1180.

Beal MW.: Acupuncture and oriental body work: traditional and biomedical concepts in holistic care: history and basic concepts, Holist Nurs Pract 2000;14:69–78.

Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 - Standardtabellen, Neuchâtel 2009.

Kalauokalani D, Cherkin D, Sherman K.: A Comparison of Physician and Nonphysician Acupuncture Treatment For Chronic Low Back Pain, ORIGINAL ARTICLE, Clin J Pain 2005;21:406–411.

Lee A, Done ML.: Stimulation of the wrist acupuncture point P6 for preventing postoperative nausea and vomiting, The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3 2004;CD003281.pub2.

Linde K, Vickers A, Hontras M et al.: Systematic reviews of complementary therapies – an annotated bibliography, Part I, Acupuncture, BMC Complementary and Alternative Medicine 2001;1:3.

Lüdtke R.: Diagnostik – die dunkle Seite der (wissenschaftlichen) Komplementärmedizin, Forsch Komplementmed 2008;15:128-129.

Melzack R, Wall PD: Pain mechanisms: a new theory, Science, 1965, 150(699): 971–979.

Michlig M, Ausfeld-Hafter B, Busato A.: Patient satisfaction with primary care: A comparison between conventional care and traditional Chinese medicine, Elsevier 2008;16:350-358.

Naterop-Perroud A.: 10 Jahre Fähigkeitsausweis Akupunktur – TCM (ASA) 1999 – 2009, Historische Entwicklung und heutiger Stand des FA Akupunktur – TCM, Newsletter 24, Ausgabe April 2010;9(4):2).

Streitberger K, Kleinhenz J.: Introducing a placebo needle into acupuncture research. Lancet 1998;352:364-5.

Streitberger, K, Schneider, A.: Akupunktur In: H. G. Kress (Hg.): Aktuelle Schmerztherapie. Landsberg - Lech: Ecomed Medizin Verlag 2005.

Internet

„Anonymus“, Brockhaus Enzyklopädie 2010, <http://www.brockhaus-encyklopaedie.de/> (Abgerufen: 29.10.2010).

Ulrich A, Zeitschrift "esotera" 11/99, URL: <http://www.life-testinstitut.de/presse2.htm> (Abgerufen: 29.10.2010).

[Layout gemäß Richtlinien des Interuniversitären Kollegs angepasst]

Fragebogen über das Diagnostikverfahren in Basler Praxen

Eine Erhebung in Basler Praxen über verwendete Diagnostikverfahren
der Chinesischen Medizin

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht M F

Jahrgang: _____

An welcher Ausbildungsstätte und in welchem Jahr haben Sie Ihre Akupunkturausbildung
abgeschlossen?

Ausbildungsstätte: _____

Jahr: _____

*Kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an und ergänzen Sie die fehlenden
Angaben!*

1) Wie lange nehmen Sie sich Zeit für ein Erstanamnesegespräch?

unter 20 Minuten 20-40 Minuten

40 Minuten bis 1 Stunde über 1 Stunde

2) Notieren Sie sich eine schulmedizinische Diagnose?

immer oft

selten nie

3) Notieren Sie sich eine chinesische Diagnose?

immer oft

selten nie

3a) Führen Sie eine chinesische Pulsdiagnostik durch?

immer oft

selten nie

Wenn Sie keine chinesische Pulsdiagnostik durchführen: Weiter zu Frage 3f.

Wenn Sie eine chinesische Pulsdiagnostik durchführen:

3b) Wie lange nehmen Sie sich Zeit dafür?

unter 1 Minute

1-5 Minuten

5-15 Minuten

über 15 Minuten

3c) Untersuchen Sie die 3 traditionellen chinesischen Pulspositionen und -tiefen einzeln?

immer

oft

selten

nie

3d) Führen Sie noch weitere Pulsdiagnostikformen durch?

- ja
 nein

**Wenn ja,
welche?** _____

3e) Führen Sie bei einer Folgebehandlung zur Beobachtung und Bewertung der Therapie-Wirksamkeit nochmals eine Pulsdiagnostik durch?

- immer oft
 selten nie

3f) Führen Sie eine chinesische Zungendiagnostik durch?

- immer oft
 selten nie

3g) Führen Sie bei einer Folgebehandlung zur Beobachtung und Bewertung der Therapie-Wirksamkeit nochmals eine Zungendiagnostik durch?

- immer oft
 selten nie

4) Wie wichtig sind Ihnen Informationen über:

4a) bisherige Therapien und Medikamente, die die PatientInnen regelmässig einnehmen?

- nicht wichtig mittelwichtig sehr wichtig

4b) Operationen?

- nicht wichtig mittelwichtig sehr wichtig

4c) Allergien?

- nicht wichtig mittelwichtig sehr wichtig

4d) Beruf und soziales Umfeld der PatientInnen?

- nicht wichtig mittelwichtig sehr wichtig

5) Gehen Sie in Diagnostik und Therapie symptomatisch vor?

- immer oft
 selten nie

5a) Gehen Sie in Diagnostik und Therapie nach den Zang Fu vor?

- immer oft
 selten nie

5b) Gehen Sie in Diagnostik und Therapie nach den Ba Gang vor?

- immer oft
 selten nie

5c) Gehen Sie in Diagnostik und Therapie nach der 5 Elementelehre vor?

- immer oft
 selten nie

5d) Gehen Sie in Diagnostik und Therapie nach der 6-Schichten-Lehre vor?

- immer oft
 selten nie

5e) Gehen Sie in Diagnostik und Therapie nach den Leitbahnverläufen vor?

- immer oft

selten nie

5f) Gehen Sie in Diagnostik und Therapie nach den ausserordentlichen Meridianen vor?

immer oft

selten nie

5g) Gehen Sie in Diagnostik und Therapie nach dem Zirkadianen Rhythmus vor?

immer oft

selten nie

6) Verwenden Sie Mu-Alarmpunkte zur Diagnostik?

- immer oft
 selten nie

7) Verwenden Sie Shu-Punkte zur Diagnostik?

- immer oft
 selten nie

8) Suchen Sie mittels Drucktastung nach

a) Körperpunkten?

- immer oft
 selten nie

b) Ohrpunkten?

Wenn sie keine Aurikulartherapie durchführen: weiter zur Frage 11.

- immer oft
 selten nie

9) Beziehen Sie die Inspektion des Ohres in die Diagnostik mit ein?

- immer oft
 selten nie

10) Suchen Sie mit Hilfe des Reflexe auriculo-cardiaque RAC gemäss Nogier nach Ohrpunkten?

- immer oft
 selten nie

11) Gehen Sie in Diagnostik und Therapie auch anders als oben genannt vor?

- Ja
 Nein

Wenn ja,
wie? _____

12a) EMR-anerkannte AkupunkteurInnen: Weisen Sie Ihre Patienten, welche ohne vorgängige schulmedizinische Abklärung kommen, an einen Arzt/eine Ärztin weiter?

12b) ÄrztInnen: Klären Sie Ihre Patienten vor einer chinesischen Behandlung schulmedizinisch ab?

- immer oft
 selten nie

13) Wie lange nehmen sie sich bei Folgekonsultationen während der ganzen Sitzung Zeit für die Gespräche?

- unter 10 Minuten 10-20 Minuten
 20-40 Minuten länger als 40 Minuten

14) Welche Apparaturen oder Hilfsmittel verwenden Sie in Ihrer Praxis?

- "Prognos"-Hautwiderstand-Messgerät
 Elektroakupunktur nach Voll, EAV
 Laser-Messgerät
 Hautwiderstand-Messgerät
 Bicom, Bioresonanztherapie, BRT
 Irmiskroskopie für die Augendiagnostik
 andere: _____

15) Treffen Sie regelmässig Kollegen, mit denen Sie sich über Patientenfälle austauschen (z.B. Balint- oder Supervisionsgruppen)?

- Nein
 Ja, _____ pro Jahr

Möchten Sie Informationen über den Ausgang der Studie erhalten?

- Ja
E-mail:

 Nein

Feedback zum Fragebogen

- sehr gut gut mittelmässig schlecht

Bemerkungen: _____

Ort, Datum _____

Praxisstempel _____

Besten Dank für Ihre Mitarbeit!

A2 – Glossar zum Fragebogen

A2.1 Bicom, Bioresonanztherapie, BRT

Bei dieser stromlosen Diagnostik- und Therapieform werden die unterschiedlichen elektromagnetischen Schwingungen, die der menschliche Körper abstrahlt, genutzt. Erste Ansätze zur Bioresonanz finden sich in der Elektroakupunktur nach Voll, die 1975 durch den Arzt Franz Morell und Erich Rasche, erweitert wurde. Des Weiteren wurde die BRT aus der Elektrotechnik und Elektronik entwickelt. Zusätzlich werden manchmal Ansätze aus der Homöopathie (Hahnemann, 1755—1843) genutzt.

Die BRT geht davon aus, dass im menschlichen Körper ein Informations- und Regulationssystem gibt, das dem nervlich-elektrischen und hormonellen Steuerungssystem übergeordnet ist und dass die Einzelschwingungen der Zellen, Gewebe und Organe miteinander in Verbindung stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Gemeinsam bilden sie das Gesamtschwingungsspektrum des Patienten, das individuelle Schwingungsbild. In Form elektromagnetischer Schwingungen soll sich dieses System bemerkbar machen und über diese auch mess- und beeinflussbar sein. Bei kranken Menschen sollen die im Körper abgespeicherten Schwingungen von Fremdstoffen wie zum Beispiel Amalgam, Bakterien, Viren, Allergenen, Pilze das Schwingungsbild stören. Diese störenden, elektromagnetischen Schwingungen werden laut BRT-Theorie über Elektroden, die über Mess- und Einspeisungspunkte auf der Haut, zumeist an den Enden der aus der Akupunktur bekannten Meridiane liegen, aufgenommen und in das BICOM-Gerät geleitet. Hier sollen Störinformationen durch geeignete Filterung und Verstärkung gemessener und zurückgeführter Signale, gegebenenfalls auch durch Invertierung, abgeschwächt und Fehlinformationen umgewandelt und anschließend als heilende Therapieschwingungen an den Körper des Patienten zurückgegeben werden (Brockhaus, 2010).

A2.2 Elektroakupunktur nach Voll, EAV

In Anlehnung an die Erkenntnisse von der Wirkungsweise der chinesischen Akupunktur entwickelte Reinhold Voll 1953 die Elektroakupunktur nach Voll (EAV). Er definierte Hautpunkte, Terminalpunkte der Akupunkturmeridiane, um die energetische Lage des Körpers durch Ausmessen des Hautwiderstandes derselben zu beurteilen. Die Elektroakupunktur nach Voll geht davon aus, dass ein Krankheitsherd, der über die Meridiane mit einem oder mehreren Akupunkturpunkten im Zusammenhang steht, durch positive oder negative Verschiebung der Hautwiderstandswerte lokalisiert werden kann. Niedrige Werte sollen auf degenerative Zustände, sehr hohe Werte auf entzündliche Zustände hinweisen. Das ganze Organsystem (Organe, Haut- und Muskelpartien etc. im Meridianverlauf) soll mittels spezifischer Stromzufuhr oder Einbringen von speziellen Arzneimitteln in den Messkreis durch einen »Ausgleich der Energiebilanz« salutogenetisch beeinflusst werden können. Mittels Reizstrom oder einer Kombination aus Nosoden, Isopathica, Homöopathica und potenzierten Organpräparaten sollen die Störungen geheilt werden. Zur Ermittlung des geeigneten Mittels wird ein Resonanztest durchgeführt, wobei auch wieder das EAV-Geräte eingesetzt wird (Brockhaus, 2010).

A2.3 Elektrische Punkt-Lokalisationsgeräte/Hautwiderstand-Messgerät

Mit einem elektrischen Punktelokalisationsgerät wird der elektrische Hautwiderstand an verschiedenen Akupunkturpunkten gemessen, um Hinweise auf deren Zustand zu erhalten. Die an der Haut unterschiedlich messbaren Widerstandswerte und die Unterschiede der elektrischen Hautpotenziale werden als typisch für das Vorhandensein einer gespeicherten »Lebensenergie« gesehen. Von der wissenschaftlichen Physiologie werden diese messbaren Spannungen als physiologische Erscheinungen in Abhängigkeit von der Verteilung und Funktion der Schweißdrüsen dargestellt, wobei auch psychische Reaktionen eine Rolle spielen. Beispiele sind:

- Bioresonanztherapie
- Elektroakupunktur nach Voll
- Laser-Messgeräte
- "Prognos"-Hautwiderstand-Messgerät

Auf einzelne Geräte wurde bereits und wird noch genauer in diesem Kapitel eingegangen.

A2.4 "Prognos"-Hautwiderstand-Messgerät

Dieses Messgerät wurde im Rahmen der russischen Weltraumforschung entwickelt, um bereits geringe Störungen im Gesundheitszustand der Kosmonauten zu überwachen und zu therapieren.

Diagnose und Therapie beruhen hier auf den Prinzipien der Chinesischen Medizin. Der elektrische Hautwiderstand wird an den Endpunkten der Meridiane gemessen, um Hinweise auf den Zustand dieser energetischen Leitbahnen zu erhalten.

Das "Prognos"-Hautwiderstand-Messgerät kann sowohl zur Funktionsdiagnose der Meridiane als auch zur Behandlung in Form von Elektroakupunktur, eingesetzt werden. Beim Diagnose-Test wird ein Akupunkturpunkt mit einem geringen Reizstrom versehen und dadurch die Veränderung des Hautwiderstandes gemessen (Arndt, 1999).

A3 – Hintergrundinformationen zu ausgewählten traditionellen diagnostischen Verfahren

Im Fragebogen wurde die Stichprobe über das Durchführen vieler der unten genannten Diagnostikverfahren der chinesischen Medizin erfragt. Jedoch konnte nicht jedes Verfahren einbezogen werden, da sich die Studie sonst im Detail verloren hätte.

Die chinesische Diagnostik basiert auf 4 Säulen:

1. Anamnese
2. Inspektion
3. Auskultation, Olfaktion
4. Palpation

Darauf wird gleich genauer eingegangen.

Spezielle Techniken sind:

5. Pulsdiagnose
6. Zungendiagnose (Focks, Hillenbrand, 2006).

5.3.1 Anamnesegespräch

Bei einem Besuch bei einem TCM-Arzt oder TCM-Therapeuten erfolgt zu Beginn einer Behandlung ein intensives Anamnesegespräch in Bezug auf das Körperempfinden im Allgemeinen und im Speziellen über den aktuellen Gesundheitszustand und die Krankheitsgeschichte/Vorgeschichte eines Patienten

Dabei werden Fragen über:

- den Zustand

der Sinnesorgane

der inneren Organe

der Haut

der Wirbelsäule

der Gelenke

- Temperaturempfinden
- Schwitzen
- Appetit, Durst, Geschmack
- Stuhl, Urin
- Schmerzen
- Schlaf
- Bei Frauen: Menstruation

Fragen nach Allergien, Operationen und Medikamente sind auch üblich. Die psychische Verfassung wird auch oft im Gespräch einbezogen.

Bei jeder weiteren Sitzung erfolgt ein kurzes Einführungsgespräch über die Entwicklung des Gesundheitszustandes (Focks, Hillenbrand, 2006).

5.3.2 Inspektion

Zur Inspektion gehört das Beobachten des ganzen Patienten, im Speziellen die Zungendiagnostik, worauf noch genauer eingegangen wird, und die Ohrmuscheldiagnostik.

Die Körperoberfläche wird untersucht, um so den Zustand innerer Organe zu erfassen. Über die Vitalität kann der Zustand der vier Substanzen (Qi, Blut, Essenz und Körperflüssigkeiten) und der Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eingeschätzt werden. Das äussere Erscheinungsbild sowie die Gesichtsfarbe und Sinnesorgane werden beurteilt. Überdies existiert eine differenzierte chinesische Gesichtsdagnostik. Ausserdem wird nach Exkreten wie Sputum, Urin, Nasensekret etc. gefragt (Focks, Hillenbrand, 2006).

5.3.3 Auskultation und Olfaktion

Bei der Auskultation wird auf die Stimme und auf die Atmung geachtet. Bei Vorhandensein von Husten wird auf seine Qualität geschaut. Dazu gehört auch das Abhören der Lunge und des Herzens mit einem Stethoskop, was nicht obligat zur TCM-Diagnostik gehört. In der Olfaktion werden Körpergeruch und Exkrete erfasst (Focks, Hillenbrand, 2006).

5.3.4 Palpation

Die vierte Säule, Palpation, beinhaltet die Abdomen-, Meridian- und Akupunkturpunktpalpation (Focks, Hillenbrand, 2006).

5.3.5 Pulsdiagnostik

Das Tasten des Pulses ist in der chinesischen Medizin von grosser Bedeutung. Mit Zeige-, Mittel-, und Ringfinger fühlt der Therapeut an verschiedenen Stellen des linken und rechten Handgelenks den Puls. Dabei ist nicht nach schulmedizinischen Normen entscheidend, ob der Puls zu schnell oder zu langsam ist. Unterschieden werden 28 Pulsqualitäten bei oberflächlichem, mittlerem und tieferem Fingerdruck. Veränderungen innerer Organe, des „Qi“, der Körperflüssigkeiten sowie des psychischen Zustandes können so erfasst werden (Focks, Hillenbrand, 2006).

5.3.6 Zungendiagnostik

Die Beobachtung der Zunge ist eine wichtige Basis für die Diagnose. Sie umfasst folgende Aspekte: den Zungenkörper (dick, dünn etc.), den Zungenbelag (gelb, weiss etc.) und die Beurteilung der Unterzungenvenen. Es gibt über 30 Manifestationsmöglichkeiten des Zungenkörpers und rund 40 des Belags, die auf verschiedene Krankheiten hinweisen (Focks, Hillenbrand, 2006).

5.3.7 Ohrakupunktur

Bei der Ohrakupunktur handelt es sich um eine Reflexzonentherapie. Reflexzonen sind Abbildungen des Körpers und der Organe auf kleine Körperareale. Bei der Ohrakupunktur kann man sich einen auf dem Kopf liegenden Embryo vorstellen, dessen Bild auf die Ohrmuschel projiziert wird (Somatotopie).

Die Wirkmechanismen der Ohrakupunktur sind nicht vollständig geklärt. Diskutiert werden segmentale Verschaltungen und Modulationen auf verschiedenen Ebenen des Zentralnervensystems. Des Weiteren wird die Ausschüttung von Neurotransmittern diskutiert. Wissenschaftlich wird von der nervalen Innovation der Ohrmuschel ausgegangen:

- Nervus auricularis magnus (Plexus cervicalis)
- Nervus auricularis nervi vagus

- Nervus auriculotemporalis (N. trigeminus) (Heine, 2007).

Ohrakupunkturpunkte können in der Haut der Ohrmuschel als Felder mehrerer extrem kleiner Bindegewebskörperchen beobachtet werden, die von Axonen der oben genannten Nerven umspinnen sind. Dadurch haben sie Anschluss an alle Kerngebiete des Hirnstammes. Bei verschiedenartigen Belastungen können sich diese Körperchen mit Entzündungszellen füllen. Aus diesem Grund kann der Ohrakupunkturpunkt bei einer Reizung mit einem Drucktaster schmerzempfindlich erscheinen. Dabei können die den verschiedenen Körperfunktionen und Organen zugeordneten Reflexpunkte nicht nur zur Therapie benutzt werden, sondern werden auch zur Diagnosestellung verwendet (Angermaier, 2007).

Die reflektorische Beziehung zwischen Ohrarealen und bestimmten Körperregionen wurde vom französischen Arzt Paul Nogier um 1950 untersucht. Nogier Untersuchungsergebnisse wurden sogar in China anerkannt, wo schon eine eigene Variante der Ohrakupunktur vorbestanden hatte (Angermaier, 2007).

5.3.8 Reflexe auriculo-cardiaque RAC

RAC-Erklärungsmodell nach Nogier: Der elektrische Hautwiderstand ist bei den pathologischen Akupunkturpunkten am Ohr verändert. Werden diese Punkte mit einer elektrischen Spannung (z.B. Eigenspannung eines Metalls oder Batteriespannung) oder einem Farbreiz (schwarz, weiss) kontaktiert, wird ein sympathischer Reiz im Körper ausgelöst. Folglich schliessen sich periphere arterio-venöse Shunts, was kurzzeitig zu einer vermehrten Blutfülle im arteriellen Gefäßsystem führt. Dadurch wird der RAC ausgelöst. Dabei nimmt der Therapeut eine Veränderung der Pulsqualität bzw. der Pulsdruckwelle wahr. Des Weiteren kann die Ohrakupunktur-Punktsuche mittels Abtasten, z.B. mit Hilfe eines Drucktasters oder eines elektrischen Punktsuchgeräts (reagiert auf veränderten Hautwiderstand), erfolgen. (Angermaier, 2007).