

Akuperm – ein Erfahrungsbericht zur Förderung der Nachhaltigkeit in der Manualtherapie

Einleitung

Im aktuellen Cochrane Review vom 6.1.26 über die Bewertung der Wirksamkeit der Manualtherapie bei chronischen Kreuzschmerzen wurde eine durchschnittlich um die zehnprozentige Wirksamkeit beschrieben relativ zu sham-MT oder gar keiner Therapie.

Bezogen auf meine eigenen manualtherapeutischen Erfahrungen kann ich diese Ergebnisse nicht nachvollziehen, da ich meine, eine völlig andere Erfolgsquote gehabt zu haben. Bei bestimmten chronischen, lokal begrenzten und sich durch Ruhe Verschlechternden Erkrankungen in der Peripherie (wie Zoster oder chron. Schulter-Arm-Syndrom) könnte ich sogar fast eine Erfolgsgarantie aussprechen. Aber ich habe auch fast seit Anfang meiner Praxistätigkeit als kassenärztlicher Hausarzt nie eine isolierte Manualtherapie durchgeführt, sondern, um sie effektiver zu machen, diese immer mit einer Tenderpunkttherapie kombiniert, die ich „Akuperm“ genannt hatte. „Aku“ wegen der Verwendung einer Akupunkturnadel (oder Kugelpflaster) und „perm“, weil sie über Wochen oder gar Monate am selben Ort verblieb. Selten war ich gezwungen Patienten öfter als dreimal zu behandeln, um ein befriedigendes Ergebnis zu erreichen.

Gerne möchte ich diese Methode darstellen, um die Nachhaltigkeit der Manualtherapie zu fördern.

Manualtherapie und Akupunktur

Allgemein bekannt beruht die Akupunktur der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) auf der Vorstellung, eine sogenannte Qi Energie fließe durch Meridiane. Auf diesen sollen definierte Punkte zu finden sein, von denen bestimmte Steuerungsfunktionen auf den Energiefluss ausgehen, wenn man hier Nadeln einsticht. Weiterhin gibt es noch viele andere Punkte wie zum Beispiel auch die sogenannten Ashi-Punkte die außerhalb der Meridiane liegen. Diese sollen jedoch immer auffindbar sein durch Auslösung eines Druckschmerzes.

Untersuchungen in den letzten Jahren haben gezeigt, dass je nach Untersucher 70 bis gar 95 % dieser Punkte mit Trigger- oder Tenderpunkten übereinstimmen. Es ist daher anzunehmen, dass im antiken China schon ein erhebliches Wissen über das Bewegungssystem (Gelenke, Faszien und Muskeln) bestand und wohl wahrscheinlich, dass primär diese „orthopädischen“ Punkte gefunden wurden aber nur ist deren Interpretation eine andere gewesen als die unsrige heutzutage. Gerade den – meiner Meinung nach durch eine Wirbelblockierung entstandenen - auf dem äußeren Blasenmeridian liegenden „Zustimmungspunkten“ in ihrer Wirksamkeit auf bestimmte inneren Organen kann ich – zwar nicht identisch - aber im Prinzip zustimmen.

Die Erfahrung zeigt, dass man mit etlichen dieser Punkte besonders positive Auswirkungen auf orthopädische Leiden haben kann. Das führte in Deutschland zur Kassenzulassung der TCM-Akupunktur zumindest für chronische Kreuzschmerzen und die Gonarthrose.

Dieses lässt den berechtigten Schluss zu, dass man große Anteile der Akupunktur als eine besondere Variation der Manualtherapie betrachten kann, die ja funktionalen Veränderungen an Gelenken, Sehnen und Faszien zum Inhalt hat. Es ist also nicht abwegig die Manualtherapie durch die Anwendung der Akupunktur zu ergänzen.

Der Leiter der Münchener interdisziplinären Schmerzambulanz Dominik Irnich hat sich auf die Erforschung von Triggerpunkten spezialisiert und behauptet eine 95% Übereinstimmung mit Akupunkturpunkten. Er weist darauf hin, dass die Stimulation sowohl von Akupunkturpunkten als auch von Triggerpunkten eine lokale und systemische Wirkung entfalten kann, die zur Schmerzreduktion und Verbesserung der Beweglichkeit beiträgt. Diese Erkenntnis könne dazu beitragen, die beiden Therapieansätze zu integrieren, obwohl sie aus unterschiedlichen medizinischen Traditionen stammen und somit eine effektivere Behandlung für Patienten zu ermöglichen.

Die Entwicklung der Akuperm-Methode

In meiner hausärztlichen Praxis mit Schwerpunkt Manualtherapie und Akupunktur habe ich besonders nach der Chirotherapie des ISG sehr oft erfahren müssen, dass Patienten nach einer erfolgreichen Manipulation schmerzfrei Praxis verließen, aber am nächsten Tag identischen Schmerzen zurückkamen. In der Akupunkturausbildung hatte ich von dem ehemaligen Präsidenten der englischen Akupunkturgesellschaft Felix Mann (Revolution der Akupunktur) gelernt, dass er Syndrome, die vom ISG ausgehen, an einem wohl definierten Punkt medial der SISP (entspricht dem Punkt Blase 27) mit seiner „Periostakupunktur“ behandelte. Da er immer nur ganz monoprägnant einen Punkt behandelte nannte er die Methode „micro-acupuncture“. Auch ich als Manualtherapeut fand diesen Punkt identisch bei allen Verwundungen des Beckengelenkes, war jedoch seiner Methode wegen der Schmerzhaftigkeit nicht so sehr zugetan.

Im antiken China mussten Händler in bergigen Gegenden ihre schweren Lasten üblicherweise tragen. Wurden ihnen die Beine schwer, konnten sie eine Erleichterung erreichen, indem sie ein Reiskorn auf einen schmerzhaften Punkt am Ansatz des musculus tibialis anterior am lateralen Rand der Tibia klebten. Dieser Punkt ist in der chinesischen Akupunktur identisch mit dem Punkt Magen 36 und wird „Drei Dörfer“ genannt.

In Erinnerung an die Technik der „Drei Dörfer“ setzte ich die aus der Suchttherapie in der Auriculotherapie bekannten ear-seeds oder auch kleine Dauernadeln auf diesen von Mann beschriebenen Punkt. Das führte dann zu einer erheblich nachhaltigeren Besserung der Beschwerden als zuvor mit der alleinigen Manualtherapie.

Nach diesen Erfahrungen erweiterte ich die Anwendung an bei allen chronischen Blockierungen immer zu findenden wohldefinierten – von Felix Mann so genannten – „**Insertionstriggerpunkte**“ zu setzen. Diese fand ich an der BWS durchgehend 4-5 Finger lateral der Medianen am angulus der Rippen, bei der **HWS über den Querfortsätzen**.

Es erwies sich für den Erfolg als sehr wichtig, den **Tenderpunkt millimetergenau zu detektieren**. Eine Applikation der Dauernadel nur 5 mm neben dem exakten Punkt erbrachte keine Veränderung. Wurde die Dauernadel nur zwei Millimeter daneben gesetzt, wurden die Beschwerden recht häufig oft unerträglich, entweder im direkten Bereich der Nadel oder es kam auch zu einer Verschlechterung der eigentlichen Symptomatik. Gerade dieses Phänomen zeigt die unglaubliche **Wirkmächtigkeit dieses doch so minimalen Reizes**.

Die erfolgreiche Anwendung der Akuperm-Methode erfordert also eine **erhebliche Akkurateesse** bei der Auffindung der Punkte. Diese findet aber in der nachhaltigen Besserung ihren Lohn.

Versuch der Definition der Akuperm-Methode

Akupunkturpunkt, Triggerpunkt, Tenderpunkt, Insertions-Triggerpunkt, Ashi-Punkt, dry-needling

In der Literatur wird ein sehr breites Spektrum qualitativ unterschiedlichster therapeutisch wirksamer Punkte beschrieben, die durch ein Anstechen mit einer Nadel oder einer lokalen Massage stimuliert werden. Neben den Standard-Punkten der Akupunktur, bei der versucht wird, einen Deqi- Effekt mit Ausstrahlung in Richtung des Meridians, auf dem sie verortet sind, zu erzielen, wird auch bei den sogenannten Triggerpunkten – eine Verhärtung im Muskelbauch – ein fortgeleiteter Schmerz beschrieben, wenn diese durch Druck oder mit dem sogenannten „dry-needling“ traktiert werden. Auch bei den oben erwähnten Ashi-Punkten der TCM wird von einer jedoch eher lokal begrenzten Schmerzausstrahlung berichtet.

Dies wird jedoch bei den am Ansatz des Muskels sitzenden Tenderpoints nicht beschrieben. In der Literatur sind diese eigentlich der Diagnostik mit wohldefinierten **18 Punkten der Fibromyalgie** vorbehalten. Der Terminus wird jedoch auch für die manuelle „Tenderpunkttherapie“ verwendet. Auch ich hatte das „Akuperm“ als Tenderpoint-Methode beschrieben, da ich bisher davon ausging, dass sich diese - im Gegensatz zum im Muskelbauch befindenden Triggerpunkte - **am Ansatz der Sehne am Periost** befinden. Eben **dort wo ich die Dauernadel setze**. Im Rahmen dieses Artikels muss ich erkennen, dass auch dieser Terminus schon besetzt ist, hier von der „strain-counterstrain“ Methode der Osteopathie.

Ich muss gestehen, dass das Studium der Fachliteratur zu obigen Punkten als Versuch, das Akuperm einer Gruppe zuzuordnen, mich eher ratloser als schlauer gemacht hat. Nirgendwo konnte ich mich in der Deutung von Anatomie und Physiologie der von mir behandelte Punkte wiederfinden. Die Versuche anderer Autoren, das beobachtete Geschehen nach Reizung der unterschiedlichen Punkte physiologisch zu deuten, ging über komplexe Vermutungen nicht hinaus.

Auch die Beschreibungen der Reaktionen auf die Stimulierung der unterschiedlichen Punkte (Akupunktur-, Trigger-, Tender- und Ashi-Punkte) , liegen den mit dem Akuperm zu

machenden Erfahrungen sehr fern. Auch der TCM-kritische Felix Mann, dessen Erfahrungen am ehesten mit den meinigen übereinstimmen, vermag keine belastbaren Erklärungen für die Wirksamkeit zu geben.

Üblicherweise werden die durch Muskelverspannungen entstandenen orthopädischen Beschwerden durch die Applikation des Akuperm-Reizes innert einer Sekunde gelindert. Auch Felix Mann beschreibt die sofortige Linderung der Beschwerden (zum Teil auch nur durch die Berührung mit der Spitze der Nadel, was er dann „**hyper-micro-akupuncture**“ nannte).

Beschreibung des Punktes und Wirkungshypothese

Die Beschreibung eines Gegenstandes wird von der Art des Untersuchungsinstrumentes definiert. Ich habe den zu detektierenden Punkt entweder wie Felix Mann mit den Fingern getastet oder einen Untersuchungsgriffel mit einer zwei Millimeter großen abgerundeten Spitze zum Auslösen eines Druckschmerzes verwendet. Bei der tastenden Berührung der Haut war eine leichte Verquellung zu spüren. Bei der Inspektion in der Tiefe mittels des Untersuchungsgriffels war ebenfalls eine veränderte Qualität relativ zur Umgebung feststellbar, deren Qualität ich jedoch nicht zu beschreiben vermag. Durch dieses **Detektionsverfahren** wurden die **palpierbaren Punkte**, für die der Patient auch den maximalen Schmerz angab, als **nicht größer als zwei Millimeter** gedeutet.

Diese Punkte ließen sich jedoch auch darstellen mithilfe von Hautwiderstands-Messgeräten wie Sie aus der Akupunktur bekannt sind. Ich vermute, dass sich durch die tastbare **Verquellung (Einlagerung von Gewebsflüssigkeit)** der **Hautwiderstand** an dieser Stelle **verminderte** und dadurch mit dem Messgerät zu detektieren war.

Da die Rotationsblockierung eines Brustwirbelkörpers automatisch zu einer Anhebung der zugehörigen Rippe führt, kommt es zur einer **dauerhaften Dehnung des musculus liocostalis**, der am angulus der Rippe ansetzt. Die hierdurch entstehende **Insertions-Periostitis** können wir dann mit dem Untersuchungsgriffel als schmerzhaft detektieren.

Im Rahmen der Sympathikus-Therapie, die beim chronischen Schulter-Arm-Syndrom mit pain-full-arc-Symptomatik und nächtlicher Verschlechterung eine Rotationsblockierung des fünften Brustwirbels voraussetzt, wurde bei diesem Syndrom immer ein **periostalgischer Punkt am angulus** der fünften **Rippe** gefunden. Auch hier wurde auf der Haut genau darüber ein elektrisch messbarer Punkt detektiert.

Bei der Retraktion der Schulter in Richtung Wirbelsäule wurde dieser Punkt durch das Schulterblatt überdeckt, so dass der Druckschmerz natürlich nicht mehr auslösbar war. Auch der elektrisch messbare Hautpunkt war dann innerhalb einer Minute nicht mehr nachweisbar. Es ist also anzunehmen, dass der **Periostpunkt die Veränderung** in der **Epidermis direkt senkrecht über ihm auslöst**. Allein in Wikipedia fand ich die Beschreibung einer Verbindung bindegewebiger und neuraler Strukturen mit der Haut. Aber beantwortet das die Frage nach der Entstehung des elektrisch zu detektieren Punktes? Zumal auch bei adipösen oder sehr muskulösen Personen die Hautpunkte zu detektieren waren.

Endogene Evidenz

Ich wage mich an die Kollegenschaft mit meinen Vorschlägen zu wenden, da ich aus folgenden Gründen denke, über eine sehr hohe endogene Evidenz zu verfügen:

1. Eine Landarztpraxis weist ein hohes „**feedback**“ auf. Kommt die wegen einer Migräne vor einem Jahr alternativ behandelte Patientin jetzt mit einem Grippalen Infekt in die Praxis, kann die Langzeit- und damit reelle Wirkung eruiert werden. Allein durch ein **Placebo induzierte Wirkungen sind in überwiegender Zahl nach einem halben Jahr verblasst.**
2. Dass „**side effects**“ Versuchsergebnisse erheblich beeinflussen ist allgemein bekannt. diese „side-effects“ wurden durch die Anwendung Akuperms auf dem Rücken (dieses Körperareal ist bekannt für seine sehr geringe **Diskriminationsfähigkeit**) total vermieden. Der auf dem Bauch liegende Patient war nicht in der Lage, die touchierende Berührung mit dem Therapiegriffel zu erspüren oder zu sehen. Wenn keine zusätzliche manualtherapeutische Behandlung stattgefunden hatte, fühlte sich der Patient eigentlich unbehandelt und verließ trotz einer Besserung seines Leidens oft unwirsch die Praxis.
3. Viele zum Allgemeinarzt kommenden Patienten wussten nicht, dass man eine Reflux-Ösophagitis auch manualtherapeutisch behandeln kann. Es gab bei diesen deswegen keinen üblichen „**Erwartungs-Bias**“. (Bias meint eine Verzerrung des reinen Ergebnisses bezüglich der Wirkung einer Anwendung durch psychische oder andere Faktoren.) Ohne das erwartete Rezept in der Hand und nur mit einem ominösen Pflaster auf dem Rücken fühlten sie sich nicht behandelt. Die „Droge Arzt“ spielte hierbei also keine Rolle.
4. **Randomisierung:** Wie oben beschrieben kamen auch viele der hausärztlich betreuten Patienten mit Beschwerden in die Praxis, die mit unserer Methode behandelbar waren. Diesen Patienten war jedoch meistens nicht bekannt, dass ihr Herpes oder ihre Magenbeschwerden auch manualtherapeutisch behandelt werden konnten. So erfolgte durch die parallel betriebene hausärztliche Praxis eine erhebliche Randomisierung und damit ebenfalls eine Reduzierung des „**Erwartungs-Bias**“.
5. „**Monopragsmasie**“: Das meint, dass außer der Manualtherapie/Akuperm im Bereich der Wirbelsäule keine weiteren Therapien zusätzlich angewendet wurden. Bei der Polypragsmasie weiß man i. a. später nicht, wie groß der jeweilige Anteil einer Methode am Therapieerfolg war. Vielleicht lag er sogar bei null trotz völliger Ausheilung der Krankheit. Um das zu vermeiden wurde beispielsweise ein chron. Schulter-Arm-Syndrom nur über die Deblockierung des fünften BWK und zur Stabilisierung des Ergebnisses mit der Applikation einer Dauernadel behandelt.
6. Durchführung einer prospektiven interventionellen **Studie** mit 89 Patienten mit akutem oder chronische **Zoster**. Danach noch weitere manualtherapeutische Behandlung von über 300 Zoster-Patienten.

7. Ein **Vergleich** der Effektivität meiner Herangehensweise war möglich durch viele Hospitationen bei manualtherapeutisch tätigen Kollegen. **Effektivität** ist nach der Huna-Lehre ein Maß der „Wahrheit“ (besser Realitätstüchtigkeit).

Weiterhin:

Die Statistik der Kassenärztlichen Vereinigung wies seit 1986 über 100.000 Manualtherapien aus. Seit der Einführung der EDV im Jahr 1994 hatte ich über 44.000 unterschiedliche Patienten behandelt. Ich nehme an, dass diese für eine Landarztpraxis erhebliche Anzahl unterschiedlicher Patienten und manualtherapeutischen Behandlungen durch die breite Anwendung der „Sympathikus-Therapie“ entstand, die ja primär eine manuelle Therapie der Behandlung von chronischen mechanischen Irritationen des Sympathikus im Grenzstrang ist.

Da ich meine in Isny gelernte Manualtherapie wohl identisch wie alle anderen ärztlichen Manualtherapeuten durchführte, kann ich mir die Effektivität meiner Anwendungen nur durch die mittels der Akuperm-Methode erzielten Nachhaltigkeit erklären.

Schlussbemerkung

Bei einer weiteren Betrachtung der Metaanalysen des Cochrane-Reviews fiel auf, dass die Manualtherapie zwar anfänglich eine gewisse Wirksamkeit zeigte, diese jedoch im weiteren Verlauf gegen Null ging. Auch hier ist wieder die **Nachhaltigkeit** das Problem.

Vor einigen Jahren war die naturheilkundliche Abteilung der Universität Heidelberg bereit, mich anzuhören wegen meines Vorschlages, eine Studie zur manualtherapeutischen Behandlung von Herzrhythmusstörungen (nur in Ruhe) aufzulegen. Nach einer sehr zugewandten Audition wurde mein Anliegen mit Bedauern abschlägig beschieden. Die Begründung war, der ganze Aufwand einer Studie lohne sich nicht. Denn auch wenn sie ein überzeugendes positives Ergebnis hätte, würde das wegen der völligen **Nichtbeachtung der Manualtherapie in der Schulmedizin** zu keinerlei Konsequenzen bei den Kardiologen führen. Auch meine Anfragen wegen kleinerer Studien bei Kardiologen der Umgebung wurden erst gar nicht beantwortet.

In meinem Umfeld bemerkt musste ich bemerken, dass Patienten nur selten gerne zur Chirotherapie von den Kollegen überwiesen wurden. Sie wurden eher mit Warnungen wegen der Gefährlichkeit der Manualtherapie abgehalten, sich manualtherapeutische behandeln zu lassen. Und dies, obwohl in den Metaanalysen die fast völlige Nebenwirkungsfreiheit der Manualtherapie beschrieben wird.

Was mag der Grund für diese Missachtung sein, wo nicht nur ich, sondern wir doch alle so begeistert und überzeugt sind von unserer besonderen Therapie? Es ist unglaublich begeisternd, eine therapieresistente Postzosterneuralgie oder einen jahrzehntelang bestehenden Reizdarm mit den Händen heilen zu können.

Ich vermute mal, dass es an der mangelnden Nachhaltigkeit liegt. Und ich bin überzeugt, **dass überhaupt allein dieser Mangel das wesentliche Problem der Manualtherapie ist.**

Auch die Sympathikus-Therapie ist ja primär eine manualtherapeutische Anwendung und hat als Grundlage ein **Wirkmodell, das nach meiner Kenntnis die Realität so gut abbildet wie kein anderes**. Aber ohne die durch das Akuperm erreichte Nachhaltigkeit hätte ich trotz des hervorragenden Wirkmodells wohl kaum mehr Erfolg als die vom Cochrane Review untersuchten Methoden.

Als Schlussfolgerung obiger Ausführungen möchte ich der manualtherapeutischen Kollegenschaft empfehlen, die in den Analysen beschriebene Steigerung der Wirksamkeit der Manualtherapie durch zusätzliche Akupunkturverfahren oder andere reflexologische Therapien zu ergänzen und für die Nachhaltigkeit der sonst nur kurzfristig erhaltenen positiven Ergebnisse diese durch die Applikation eines permanenten Reizes auf den gefundenen Reflexpunkt zu erzielen.

Literatur

Die Übersichtsarbeiten zu obigem Thema habe ich mir primär mithilfe einiger der gerade von vielen Seiten angebotenen KIs angesehen. Dabei war zu erkennen, dass fast generell die Aussagen zum Wirkprinzip von Manualtherapie und Akupunktur und auch der Triggerpunkttherapie nur auf Vermutungen basieren. Deswegen und da mein Text auch nur auf dem Niveau eines Diskussionsbeitrags zugelassen wurde, habe ich mir das sonst für einen wissenschaftlichen Artikel notwendige ausführliche Quellenstudium erspart. Falls der Wunsch besteht, meine Angaben genauer zu beleuchten, möchte ich bitten, ebenso vorzugehen und sich der Möglichkeiten des Internets zu bedienen.