

## Akupunktur zur Spannungskopfschmerzprophylaxe

### Ergebnisbericht

#### Recherche

Datum der Suche: 31.10.2011

#### **PICO-Fragestellung:**

Population: erwachsene Patienten mit chronischem oder episodischem Spannungskopfschmerz  
 Intervention: Körperakupunktur mit Nadeln ohne elektrische Stimulation zur prophylaktischen Behandlung bei Spannungskopfschmerzen zur Reduktion der Kopfschmerzfrequenz  
 Kontrolle (Control): keine Behandlung (Warteliste)/ Usual care, Plazebo (nicht-invasiv), Sham-Akupunktur, andere Therapien zur Reduktion der Kopfschmerzfrequenz  
 Zielgrößen (Outcome): Reduktion der Kopfschmerzhäufigkeit, Schmerzintensität, Ansprechrage, Medikamentenbedarf

#### **Kommentar:**

Da es sich bei Migräne und Spannungskopfschmerzen um zwei unterschiedliche Kopfschmerzerkrankungen handelt und wir uns in der Bewertung auf Patienten mit Spannungskopfschmerz konzentrieren, werden die Ergebnisse aus den Reviews, die keine Unterscheidung zwischen Migräne-Patienten und solchen mit Spannungskopfschmerzen ermöglichen, nicht in die Bewertung aufgenommen.

Die S-1 Leitlinie „Therapie des episodischen und chronischen Spannungskopfschmerzes und anderer chronischer täglicher Kopfschmerzen“ erwähnt, dass Akupunktur nach klassischen Kriterien genauso wirksam sei wie eine "Minimal-Akupunktur. Da die Evidenz nicht auf einer systematischen Literaturlaufbereitung beruht, wird die Leitlinie in der Bewertung nicht näher berücksichtigt.

Da aktuelle Reviews aus den letzten Jahren vorliegen und die großen aktuellen Einzelstudien aus den letzten Jahren stammen, wurde der Suchzeitraum der Update-Recherche auf die Jahre ab 2007 eingegrenzt. In der erweiterten Updaterecherche bei Medline wurde keine relevante randomisierte Studie identifiziert, die noch nicht in den gefundenen Übersichtsarbeiten enthalten war.

#### **Suchbegriffe:**

deutsch: Spannungskopfschmerz/ Kopfschmerz und Akupunktur  
 englisch: tension-type headache/headache and acupuncture

Datenbank	gefundene Dokumente	verwendete Dokumente
IQWiG (Berichte)	3 Treffer: 3 nicht relevant (andere Indikation)	0
Cochrane (Reviews)	5 Treffer: 1 verwendet 4 nicht relevant	Linde K, et al.: Acupuncture for tension-type headache. Cochrane Database Syst Rev, 2009; 1. Art. No.: CD007587
G-BA	11 Treffer: 1 verwendet 10 nicht relevant (keine Abschlussberichte, andere Indikationen)	Unterausschuss „Ärztliche Behandlung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses: Zusammenfassender Bericht des Unterausschusses "Ärztliche Behandlung" des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bewertung gemäß §135 Abs.1 SGB V der Körperakupunktur mit Nadeln ohne elektrische Stimulation bei chronischen Kopfschmerzen, chronischen LWS-Schmerzen, chronischen Schmerzen bei Osteoarthritis. 2007
AWMF (S2e und S3)	8 Treffer zu „Spannungskopfschmerz“ 8 nicht relevant (siehe Kommentar)	0
NICE (guidance documents)	1 Treffer: nicht relevant	0
CRD (DARE und HTA)	34 Treffer 3 verwendet (ein Treffer das Cochrane-Review)	Sun Y, Gan T.J. Acupuncture for the management of chronic headache: a systematic review. Anesth Analg. 2008 Dec;107(6):2038-47.

	von Linde et a. s.o.) 31 nicht relevant	Davis M A, Kononowech R W, Rolin S A, Spierings E L. Acupuncture for tension-type headache: a meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Pain 2008; 9(8): 667-677
AHRQ/USPSTF (Index-Suche)	16 Treffer 16 nicht relevant (keine Reviews, andere Indikationen, andere Interventionen)	0

## Eingeschlossene Dokumente: Beschreibung, Qualitätsbewertung, Extraktion

### Verwendete Reviews

<b>Verwendetes Review</b>	<b>Reviewqualität</b> 1. Methodik der Recherche und Auswahl systematisch? 2. Ende des Suchzeitraums? 3. Ergebnispräsentation ausführlich?	<b>Einschlusskriterien für Studienauswahl Design und ggf. PICO-Erläuterung</b>	<b>Evidenz</b>
Linde K, et al.: Acupuncture for tension-type headache. Cochrane Database Syst Rev, 2009; 1. Art. No.: CD007587	1. ja 2. Januar 2008 3. ja	RCT's zur Nadelakupunktur bei Patienten mit chronischen oder episodischen Spannungskopfschmerzen im Vergleich zu keiner prophylaktischen Behandlung (außer Therapie der akuten Beschwerden oder Routinebehandlung), Sham-Akupunktur, oder anderen prophylaktischen Therapien mit einem Follow up von mindestens 8 Wochen	Insgesamt wurden 11 Studien mit 2317 Patienten eingeschlossen. 2 Studien (Jena 2008; Melchart 2005) verglichen die Akupunktur mit keiner prophylaktischen Behandlung bzw. Usual care; 6 Studien (Endres 2007; Melchart 2005; Karst 2001; Tavola 1992; White 1996; White 2000) verglichen die Akupunktur-Behandlung mit sogenannten Scheinakupunkturen und 5 dieser Studien konnten metaanalytisch ausgewertet werden (Endres 2007; Melchart 2005; Karst 2001; Tavola 1992; White 2000). 4 Studien ( Söderberg 2006; Wylie 1997; Carlsson 1990; Ahonen 1984) führten einen Vergleich zu anderen prophylaktischen Behandlungen durch (Physiotherapie, Massage und/oder Entspannungstherapie).  <u>Evidenz zum Nutzen</u> Verglichen mit keiner prophylaktischen Therapie (Usual care bzw. lediglich Behandlung der akuten Kopfschmerzen) zeigten 2 Studien 3 Monate nach Randomisierung einen signifikanten Benefit unter der Akupunkturbehandlung. Aufgrund von Unterschieden in den Patientencharakteristika (Patienten in der Studie von Melchart 2005 hatten eine deutlich höhere Kopfschmerzfrequenz als die Patienten in der Studie von Jena 2008) wurde keine gepoolte Analyse durchgeführt. In beiden Studien konnte unter der Akupunktur die Kopfschmerzhäufigkeit und -intensität signifikant reduziert werden sowie eine höhere Ansprechrate (Anteil der Patienten mit einer mind. 50%igen Verringerung der Kopfschmerzhäufigkeit pro

			<p>Monat) erreicht werden (Ansprechrate in der Studie von Melchart 2005: 45 % in der Akupunkturgruppe (AG) vs. 4% in der Kontrollgruppe (KG); Relatives Risiko (RR): 11,36; 95% Konfidenz-Intervall (KI): 3,69-34,98;          Ansprechrate in der Studie von Jena 2008: 47 % in der AG vs. 17% in der KG; RR: 2,68; KI: 2,22-3,23.          Nur in einer Studie (Melchart 2005) wurde der Analgetikagebrauch erfasst, auch dieser wurde signifikant unter der Akupunktur gesenkt. Daten zum Nutzen über 3 Monate hinaus gab es nicht.</p> <p>Die 5 auswertbaren Studien (Endres 2007; Melchart 2005; Karst 2001; Tavola 1992; White 2000), die als Kontrollintervention eine Scheinakupunktur durchführten, waren von durchweg guter methodischer Qualität. 4 Studien hatten eine Nachbeobachtungszeit von etwa 6 Monaten, eine (Tavola 1992) von mehr als 12 Monaten. Nur eine dieser Einzelstudien (Endres 2007) zeigte einen statistisch signifikanten Benefit der „wahren“ Akupunktur im Vergleich zur Scheinakupunktur hinsichtlich einer höheren Ansprechrate und Verringerung der Kopfschmerztage. Da diese bei weitem die größte Studie war, dominierte sie auch das Ergebnis der Metaanalyse. Anhalt für höhergradige statistische Heterogenität fand sich nicht. Nach Angaben der Autoren haben die Analysen aufgrund der geringen Studienanzahl aber eine eingeschränkte Power.</p> <p>In der gepoolten Analyse lag 3 bis 4 Monate nach Randomisation die Ansprechrate in der Akupunkturgruppe bei 50% im Vergleich zu 41% unter der Scheinakupunktur (RR 1,24; KI: 1,05-1,46; nach 5-6 Monaten RR: 1,18; KI: 1,02-1,37)          Die Kopfschmerztage wurden nach 3-4 Monaten signifikant im Mittel um 1,94 Tage pro Monat (KI: 3,15- 0,72) reduziert und nach 5-6 Monaten um 1,57 Tage (KI: 2,97-0,17).          Bezüglich des Analgetikagebrauchs konnten für die Zeitpunkte 2 Monate und 3-4 Monate nach Randomisation jeweils 3 Studien (Karst 2001; Melchart 2005; Tavola1992) ausgewertet werden; hier ergab die gepoolte Analyse einen kleinen signifikanten Benefit zu Gunsten der „wahren“ Akupunktur (Std. Mean Difference: -0,31; KI: -0,56 - -0,06 bzw. -0,30; KI: -0,56 - -0,05). Zu den übrigen Zeitpunkten (4-5 Monate und länger als 6 Monate) gab es nur Daten aus jeweils einer einzelnen Studie, diese Ergebnisse zeigten einen positiven Trend, waren aber nicht signifikant.</p> <p>Keine der 4 Studien, die Akupunktur mit</p>
--	--	--	--

			<p>anderen prophylaktischen Behandlungen wie Physiotherapie, Massage und/oder Entspannungstherapie verglichen, konnten eine Überlegenheit der Akupunktur belegen. In einigen Endpunkten zeigte sich sogar die Kontrollintervention überlegen. Nach Angaben der Autoren können diese Ergebnisse aufgrund der schlechten methodischen Qualität der überwiegend älteren Studien und der meist sehr geringen Probandenzahl jedoch nur mit Vorsicht interpretiert werden.</p> <p>Einen Vergleich zu einer medikamentösen prophylaktischen Behandlung gab es nicht.</p> <p>Zusammenfassend zeigt diese Übersichtsarbeit, dass Akupunktur bei Patienten mit chronischen Spannungskopfschmerzen zusätzlich zur Routinebehandlung oder zur akuten Therapie der Kopfscherzattacken über 3 Monate die Kopfschmerzhäufigkeit senkt. Langzeit Ergebnisse sind hier nicht vorhanden.</p> <p>Im Vergleich zur Scheinakupunktur findet sich ein kleiner aber signifikanter Benefit bezüglich der Reduktion der Kopfschmerzfrequenz über einem Zeitraum von 6 Monaten.</p> <p>Ein Hinweis auf die Überlegenheit über andere nicht-medikamentöse prophylaktische Behandlungen findet sich nicht, wobei die Validität der zugrundeliegenden Studien deutlich eingeschränkt ist.</p> <p><u>Evidenz zum Schaden</u></p> <p>Hier nicht untersucht.</p> <p>Insgesamt schlussfolgern die Autoren, dass Akupunktur eine nützliche nicht-medikamentöse Therapieform sein kann bei Patienten mit häufigen episodischen oder chronischen Spannungskopfschmerzen. Weitere Studien wären wünschenswert.</p>
<p>Unterausschuss „Ärztliche Behandlung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses: Zusammenfassender Bericht des Unterausschusses "Ärztliche Behandlung" des Gemeinsamen Bundesausschusses über die</p>	<p>1. ja 2. September 2004 plus Hinzunahme der Studienergebnisse der GERAC-, ART- und ARC-Studien 3. ja</p>	<p>systematische Literaturrecherche zur Wirksamkeit der Körperakupunktur mit Nadeln ohne elektr. Stimulation (TCM-Akupunktur)in Ergänzung zu den Endberichten aus den Modellversuchen (GERAC, ART, ARC) insofern sie noch nicht im Vorbericht aus dem Jahr 2001 enthalten waren: RCT's (Mindestlaufzeit 6</p>	<p><u>Evidenz zum Nutzen</u></p> <p>Aufbauend auf dem zusammenfassenden Bericht des Unterausschusses „Ärztliche Behandlung“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beratungen der Jahre 1999 und 2000 zur Bewertung der Akupunktur gemäß § 135 Abs. 1 SGB V wurde eine umfangreiche Literaturrecherche durchgeführt, aus der sechs Studien zum chronischen Spannungskopfschmerz (drei Publikationen entstammten der Recherche, drei aus den durchgeführten Modellvorhaben) ausgewertet wurden. Die drei durch die Recherche identifizierten Publikationen zum Spannungskopfschmerz</p>

<p>Bewertung gemäß §135 Abs.1 SGB V der Körperakupunktur mit Nadeln ohne elektrische Stimulation bei chronischen Kopfschmerzen, chronischen LWS-Schmerzen, chronischen Schmerzen bei Osteoarthritis. 2007</p>		<p>Monate) systematische Reviews, HTA's und Leitlinien, in englischer oder deutscher Sprache, . Recherche zur Sicherheit der Akupunktur: RCT's., Kohortenstudien, sonstige prospektive Studien, epidemiologische Studien, Querschnittsstudien, Kasuistiken und systematische Übersichtsarbeiten</p>	<p>erwiesen sich laut Autoren aufgrund methodischer Einschränkungen als nicht für einen Wirksamkeitsnachweis geeignet. In den drei übrigen ausgewerteten Studien (Endberichte aus den Modellversuchen GERAC, ART, ARC) wurde Akupunktur zusätzlich zur Standardakuttherapie (Add-on-Design) untersucht. Hauptzielkriterium der GERAC-Studie war „Ansprechen“ auf bzw. „Erfolg“ der Therapie (ja / nein), definiert als eine Reduktion der Anzahltage mit Kopfschmerz innerhalb eines Beobachtungsintervalls von vier Wochen um mehr als 50%.Hauptzielkriterium in den Auswertungen der zwei anderen Modellprojekte (ART und ARC) war die Anzahl der Kopfschmerztage.</p> <p>Anmerkung: Die Ergebnisse zum Spannungskopfschmerz der GERAC-Studie wurden veröffentlicht in Endres 2007, die der ART-Studie in Melchart 2005, die der ARC-Studie in Jena 2008.</p> <p>In 2 Studien (ART- u. ARC-Studie) zeigte sich die TCM-Akupunktur gegenüber der Behandlung in der Wartelistenkontrollgruppe als signifikant überlegen. In der dreiarmligen ART-Studie konnte diese Überlegenheit gegenüber der Wartelistenkontrollgruppe auch für die Scheinakupunktur beobachtet werden.</p> <p>In den durchgeführten Modellprojekten (ART- und GERAC-Spannungskopfschmerz) zeigte sich kein Unterschied zwischen Schein- und TCM-Akupunktur. Eine spezifische Wirksamkeit der TCM-Akupunktur im Vergleich zur Schein-Akupunktur konnte nicht nachgewiesen werden.</p> <p>Eine Überlegenheit der Akupunktur gegenüber der medikamentösen prophylaktischen Standardtherapie konnte in der GERAC-Studie nicht gezeigt werden, da dieser Kontrollarm aufgrund fehlender Patienteneinschlüsse nicht ausgewertet werden konnte.</p> <p>Nach Angaben der Autoren konnte für die Indikation Spannungskopfschmerz für die TCM-Akupunktur keine spezifische Wirksamkeit nachgewiesen werden. Eine Überlegenheit gegenüber der medikamentösen prophylaktischen Standardtherapie konnte aufgrund fehlender Daten nicht belegt werden. Von daher wurde diese Indikation nicht in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen.</p> <p>Zu den oben wiedergegebenen Ausführungen des G-BA-Berichts muss folgendes erläutert werden: die oben beschriebenen Ergebnisse der GERAC-</p>
---	--	---	---

		<p>Studie (entspricht Endres 2007) zeigten keinen Unterschied zwischen Schein- und TCM-Akupunktur. Die Ergebnisse derselben Studie im Cochrane-Review Linde 2009 demonstrierten aber eine signifikante Überlegenheit der TCM-Akupunktur gegenüber der Scheinakupunktur. Diese Diskrepanz ist durch eine unterschiedliche Definition des primären Endpunktes zu erklären. Im Studiendesign ist das Ansprechen auf die Therapie („Response“) wie folgt definiert: Reduktion der Kopfschmerztage um mehr als 50%, wenn keine Gründe für ein Therapieversagen vorlagen. Der häufigste Grund für ein Therapieversagen war eine unerlaubte Medikamenteneinnahme; hierzu zählte jeder Wechsel des Analgetikums, so zum Beispiel auch der Wechsel von einem ASS-Monopräparat zu einem ASS-Kombipräparat.</p> <p>Bei Anwendung dieser Definition des primären Endpunktes war aufgrund der hohen Rate an sogenannten Therapieversagern die Zahl der Patienten, die erfolgreich auf die Therapie ansprechen relativ gering: 33% unter der Verum-Akupunktur im Vergleich zu 27% unter der Scheinakupunktur. Dieser Unterschied war nicht signifikant.</p> <p>Verwendet man, wie im Cochrane-Review geschehen, die üblicherweise angewandte Definition für den Erfolg bzw. das Ansprechen der Therapie, ohne alle Patienten mit Protokollverletzungen als „non-responder“ zu klassifizieren, so erhöhen sich die Ansprechraten sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe. Der Unterschied ist jetzt signifikant.</p> <p>Würden in der Metaanalyse des Cochrane-Reviews, die ursprünglichen rigiden Ergebnisdaten der GERAC- (Endres 2007-) Studie verwendet, so wäre nach Angaben der Cochrane-Autoren die Überlegenheit der Verum-Akupunktur gegenüber der Scheinakupunktur nach 6 Monaten nicht mehr statistisch signifikant.</p> <p><u>Evidenz zum Schaden</u></p> <p>Zur Sicherheit der Akupunktur wurden 26 Literaturstellen (eine systematische Übersicht über prospektive Studien zur Sicherheit, ansonsten hauptsächlich Surveys oder Kasuistiken) ausgewertet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mit der Akupunktur ist eine Vielzahl möglicher Nebenwirkungen verbunden, die mit unterschiedlicher Häufigkeit zu erwarten sind.</li> <li>• Leichte Nebenwirkungen wie z.B. Nadelschmerz, Blutungen oder Hämatome an der Einstichstelle und vasovagale Reaktionen fanden sich in Kohortenstudien bei ca. 7 bis 7,5% der Patienten.</li> </ul>
--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwere unerwünschte Ereignisse wie z.B. Pneumothorax oder Infektionen sind selten und potentiell vermeidbar.</li> <li>• Art und Schwere der Nebenwirkungen hängen insbesondere vom Akupunkturstil, vom Akupunkteur und von der Akupunkturlokalisierung ab.</li> <li>• Patienten, die eine Akupunkturbehandlung erhalten sollen, müssen genaue Informationen über die Möglichkeit von Nebenwirkungen erhalten.</li> </ul> <p>Die Autoren schlussfolgern, dass für die Indikation Spannungskopfschmerz für die TCM-Akupunktur keine spezifische Wirksamkeit nachgewiesen werden kann und von daher diese Indikation nicht in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen wird.</p>
<p>Sun Y, Gan TJ. Acupuncture for the management of chronic headache: a systematic review. <i>Anesth Analg.</i> 2008 Dec;107(6):2038-47.</p>	<p>1. ja 2. November 2007 3. ja, aber für die Untergruppen eingeschränkt</p>	<p>RCT's zur klassischen Nadelakupunktur bei erwachsenen Patienten mit chronischen Kopfschmerzen mit einem Follow up von mindesten 4 Wochen, Durchführung von Subgruppenanalysen für Migräne-Studien, bzw. Studien zum Spannungskopfschmerz</p>	<p>Insgesamt wurden 31 Studien eingeschlossen, darunter 10 Studien zum Spannungskopfschmerz (Carlsson 1990; Endres 2007; Hansen 1985; Karst 2000; Karst 2001; Melchart 2005; Söderberg 2006; Tavola 1992; White 2000; Xue 2004). 2 Studien (Carlsson 1990; Söderberg 2006) verglichen die Akupunktur mit anderen prophylaktischen Behandlungen wie Physiotherapie und/oder Entspannungstherapie; alle anderen führten einen Vergleich gegen eine Scheinakupunktur; Melchart 2005 führte zusätzlich einen Vergleich gegen eine Warteliste.</p> <p><u>Evidenz zum Nutzen</u> Im Vergleich zur Scheinakupunktur zeigte sich in der Untergruppenanalyse für die Spannungskopfschmerz-Patienten nach 2-3 Monaten ein signifikanter Benefit bezüglich der Ansprechrate (hier definiert als Anteil der Patienten mit einer mind. 33%igen Verringerung der Kopfschmerzhäufigkeit oder Verbesserung der Symptomatik pro Monat): 5 Studien: Relatives Risiko (RR) 1,26; KI: 1,10 – 1,44. Auch die Kopfschmerzintensität verbesserte sich unter der Verum-Akupunktur, sowohl nach 2-3 Monaten (6 Studien) als auch nach 3-6 Monaten (4 Studien), in einem signifikant höheren Ausmaß als unter der Scheinakupunktur (Weighted Mean Difference (WMD) -3,77 mm; KI: -7,00 - -0,55 bzw. WMD -3,66 mm; KI: -6,54 - -0,79). Für den Endpunkt Kopfschmerzfrequenz konnte nach Angaben der Autoren kein Unterschied zwischen der wahren und der Scheinakupunktur ermittelt werden.</p> <p>Weitere Ergebnisse von relevanten Untergruppenanalysen wurden nicht aufgeführt.</p> <p><u>Evidenz zum Schaden</u></p>

			<p>12 der insgesamt 31 eingeschlossenen Studien berichteten Nebenwirkungen. Von den RCTs zum Spannungskopfschmerz wurden in 2 Studien leichte Blutungen, Quetschungen oder Parästhesien an der Einstichstelle berichtet. Triggerung von Kopfschmerzen wurde in 3 Studien zum Spannungskopfschmerz berichtet. Insgesamt traten unerwünschte Ereignisse annähernd gleich oft unter wahrer Akupunktur und unter Scheinakupunktur auf.</p> <p>Eine Schlussfolgerung der Autoren bezüglich des Nutzens der Akupunktur speziell für die Gruppe der Patienten mit Spannungskopfschmerzen fand sich nicht.</p>
<p>Davis M A, Kononowech R W, Rolin S A, Spierings E L. Acupuncture for tension-type headache: a meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Pain 2008; 9(8): 667-677</p>	<p>1. ja 2. August 2007 3. ja</p>	<p>RCT's zur Nadelakupunktur bei Patienten mit chronischen oder episodischen Spannungskopfschmerzen im Vergleich zur Scheinakupunktur; eine Mindestlaufzeit war nicht definiert, aber es mussten mindestens sechs Akupunktursitzungen erfolgt sein. Studie, in denen die klassischen Nadelakupunktur mit elektrischer Stimulation oder durch Moxibustion durchgeführt wurde, wurden nicht primär ausgeschlossen</p>	<p>Insgesamt wurden 8 relevante RCT's (Endres 2007; Hansen 1985; Karst 2001; Melchart 2005; Tavola 1992; White 1996; White 2000; Xue 2004) identifiziert, von denen 5 (Endres 2007; Karst 2001; Melchart 2005; White 2000; Xue 2004) ausreichende Daten berichteten, um in die metaanalytischen Auswertungen eingeschlossen zu werden. Die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien war nach Angaben der Autoren vergleichsweise hoch, die Studiengröße variierte von kleine Pilotstudien mit 10 Patienten bis zu großen Multicenter-Studien mit 409 Patienten. Alle Studien verglichen die Wirkung der Akupunktur mit der einer Scheinbehandlung. In einer Studie (Xue 2004) wurde die Nadelakupunktur mit elektrischer Stimulation durchgeführt. Die Ergebnisse der Studie flossen nur bei der Analyse der kurzfristigen Wirkungen während der laufenden Akupunkturbehandlung ein. Eine aufgrund von Heterogenität durchgeführte Sensitivitätsanalyse, in der diese Studie ausgeschlossen wurde, zeigte keine wesentliche Änderung des Ergebnisses. In die Analysen des längerfristigen Effekts flossen keine Daten dieser Studie ein. Als primäre Zielgröße wurden die Kopfschmerztage pro Monat erfasst, als sekundäre Zielgröße die Kopfschmerzintensität.</p> <p><u>Evidenz zum Nutzen</u> Bezüglich des kurzfristigen Nutzens zeigte sich im eigentliche Behandlungszeitraum kein signifikanter Unterschied zwischen der Verum- und der Scheinakupunktur; weder wurden die Kopfschmerztage pro Monat signifikant reduziert (4 Studien: Weighted Mean Difference (WMD) -1,37; KI -2,93 – 0,18) noch die Kopfschmerzintensität (3 Studien: WMD -7,24; KI -18,46 – 3,99). Anders beim Langzeiteffekt, hier kam es 5-6 Monate nach Randomisierung unter der „wahren“ Akupunktur verglichen mit der Scheinakupunktur zu einer signifikanten Reduktion der Kopfschmerztage pro Monat</p>



		<p>(4 Studien: WMD -1,83; KI -3,01 - -0.64) und ebenfalls zu eine signifikanten Reduktion der Kopfschmerzintensität (4 Studien: WMD -3,64; KI -6,55 - -0.73)</p> <p><u>Evidenz zum Schaden</u>  Drei Studien (Endres 2007; Melchart 2005; White 2000) berichteten Daten zu unerwünschten Wirkungen. Bezogen auf die Verum-Akupunktur wurden keine schweren unerwünschten Wirkungen beobachtet, aber eine schwere Exazerbation von Kopfschmerzen unter der Scheinakupunktur. Nebenwirkungen, wie Verschlimmerung oder Triggerung von Kopfschmerzen, Hämatome (2000) in der Verum-Akupunkturgruppe mit einer Häufigkeit von 16% vor, in den Scheinakupunkturgruppe von 4%. In den RCTs von Endres (2007) und Melchart (2005) wurden in beiden Gruppen gleich viele unerwünschte Ereignisse berichtet (jeweils 17%)</p> <p>Insgesamt sehen die Autoren einen begrenzten Nutzen der Akupunktur hinsichtlich der Reduktion der Kopfschmerzhäufigkeit bei Patienten mit Spannungskopfschmerz im Vergleich zu einer Scheinbehandlung.</p>
--	--	--