

Für die Therapie chronischer Schmerzen ist es sinnvoll, die Beziehungen des Patienten zum Körper (z. B. durch Akupunktur als Körperwahrnehmungsschulung, „sich besser fühlen“ (physisch und psychisch) und zur Umwelt zu verbessern (z. B. durch Psychotherapie, Intentionstraining). Mit verhaltensbezogener Akupunktur als der Kombination von Akupunktur mit Psychotonik Glaser® ist beides möglich.

### Literatur

1. Glaser V. Eutonie. Das Verhaltensmuster menschlichen Wohlbefindens. 4. Aufl. Heidelberg: Haug; 1993
2. Irnich D (Hrsg.). Leitfaden Triggerpunkte. München: Urban & Fischer; 2009
3. Hanna T. Beweglich sein – ein Leben lang. 3. Aufl. München: Kösel; 1994
4. Egle UT, Hoffmann SO. Der Schmerzkranken: Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht. Stuttgart New York: Schattauer, 1993
5. Servan-Schreiber D. Die neue Medizin der Emotionen. Stress, Angst, Depression: gesund werden ohne Medikamente. München: Kunstmann; 2004

6. Schmincke C. Die Psychotonik Volkmar Glasers (1912–1997). Dt Zschr f Akup. 2012;55(2):19–23
7. Behrens N. Körperorientierter Therapieansatz bei Rückenschmerzen ZKM 2009;2:42–47
8. Glatzer M, Vogelsberger W. Verhaltensbezogene Akupunktur – die Erweiterung der Akupunktur durch die Psychotonik Glaser®. Akupunktur 1999;27(4)240–3

### Autoreninformation (STRICTA recommendations)

Dr. Nicolas Behrens ist Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin mit den Zusatzbezeichnungen Naturheilverfahren und Akupunktur. Weitere Ausbildungen in systemischer körperorientierter Psychotherapie, systemischer Familientherapie sowie in Atem- und Körpertherapie Psychotonik® Glaser. Seit 1988 Dozent der DÄGfA, seit 1994 Referententätigkeit u. a. an der LMU München, beim Kneippärztebund, christlichen Besinnungstagen. Seit 1998 in eigener Privatpraxis mit den Schwerpunkten Akupunktur, Schmerztherapie, Psychosomatik in München niedergelassen.

### KOMMENTAR | COMMENT

DOI: 10.1016/J.DZA.2014.10.008 | 30 | DT. ZTSCHR. F. AKUPUNKTUR 57, 4/2014

✉ J.D. Hahn-Godeffroy

## Zur Unentbehrlichkeit von Procain in der Neuraltherapie

Zunächst: Der Aufsatz der Kollegen Saha und Wander (Das Störfeld als neuromodulatorischer Trigger auf allen Ebenen, DZA 2/2014:6–9) ist geradezu wegweisend, und er besticht durch seine klare, leicht verständliche Sprache.

Erlauben Sie mir noch einige wenige Anmerkungen.

Neuraltherapie ist eben nicht Therapie mit Lokalanästhetika, sondern Therapie mit Procain. Lidocain, und nur dieses, wurde erst recht spät, nämlich in den 1980er-Jahren von Professor Hopfer in Wien in die Neuraltherapie eingeführt, und zwar, wie wir heute wissen, aufgrund eines wissenschaftlichen Irrtums: Prof. Hopfer beklagte gehäufte Unbekömmlichkeiten unter Impletol®, welches nicht 1%iges Procain enthielt, sondern 2%iges Procain, kombiniert mit einem fixen recht hohen Coffein-Zusatz. Coffein aber, anders als Ferdinand Huneke und Bayer Leverkusen 1927 bei der Einführung des Impletols annahmen, senkt nicht, sondern steigert vielmehr, wie der Kölner Pharmakologie-Professor Zipf herausfand, die Toxizität von Procain um ein Mehrfaches [1].

In seinen späteren Jahren warnte Prof. Hopfer immer wieder vor den Nebenwirkungen von Procain, meinte aber Impletol und lehrte deshalb unbeirrt die Verwendung von Lidocain in der Neuraltherapie. Abgesehen davon, dass mit Lidocain viele der klinischen Effekte von Procain nicht zu erzielen sind, so die von Saha und Wander angesprochenen psycho-emotionalen Effekte, ist Lidocain 2- bis 3-mal toxischer als Procain und von wesentlich geringerer Steuerbarkeit, ein Umstand, der für die ambulante Praxis von Bedeutung ist.

Auch die Häufung von Zwischenfällen unter Procain in den 1950er-Jahren scheint inzwischen aufgeklärt: sie entstanden fast immer unter Zusatz von Adrenalin im Rahmen operativer Eingriffe mit dem Ziel, die Anästhesiezeit zu verlängern, ohne zu bedenken, dass Adrenalin die Toxizität von Procain um das 2- bis 3-Fache steigert, und ohne zu bedenken, dass die gefäßdilatorische Wirkung von Procain zu erhöhtem Adrenalinbedarf und schließlich zum Bild einer tödlichen Adrenalin-Vergiftung führen kann.

Der Zusatz von Adrenalin bei der Verwendung von Procain muss inzwischen als Kunstfehler gelten.

Heute zählt Procain 1%ig, frei von Zusätzen, zu den nebenwirkungsärmsten Arzneistoffen überhaupt auf dem deutschen Markt. Prof. Fischer, Bern, schreibt von Procain als „praktisch nebenwirkungsfrei“. Barop und Hahn-Godeffroy applizierten zwischen 1986 und 2011 500.000 bis 600.000 Ampullen Procain 1 % à 5 ml ohne nennenswerte Zwischenfälle [2–4].

### Literatur

1. Hirsch E. Impletol-Zwischenfälle und ihre Behandlung. In: Voss HF, ed. Deshalb Neuraltherapie. ML-Verlag, Uelzen 1968:482-484
2. Hahn-Godeffroy, J.D., Barop, H.: Zur Arzneimittelsicherheit von Procain; Dt Zschr f Akup. 2011;54,4:28
3. Hahn-Godeffroy, J.D.: Wirkungen und Nebenwirkungen von Procain: Was ist gesichert? Komplement Integr. Med. 2007; 2:32-34
4. Hahn-Godeffroy, J.D.: Procain-Reset: Ein Therapiekonzept zur Behandlung chronischer Erkrankungen. Schweiz Z. Ganzheitsmed. 2011;23:291–296