

Neuraltherapie – niederschwelliger Zugang zu einer Primärversorgung



Autor:

Dr. Kurt Gold-Szklarski

Arzt für Allgemeinmedizin, Wien

Abstract:

Eine große heterogene Gruppe von Patienten riskiert heutzutage, ein chronisches Leiden zu erwerben. Einerseits gehören hierzu diejenigen, welche aus Angst um ihren Arbeitsplatz auf Krankenstand und suffiziente Behandlung verzichten, und Analgetikaabusus betreiben. Zweitens zählt dazu die Unzahl von Wartenden, sei es auf einen Termin bei einem Spezialisten oder bei einer apparativen Einrichtung. Drittens seien diejenigen erwähnt, die zwar eine sogenannte „Abklärung“ ihres Leidens hinter sich gebracht, jedoch als Therapievorschlag lediglich NSAR erhalten haben. Nicht zuletzt werden auch nicht schmerzhaft Leidenszustände wie z.B. Infekte durch frühzeitige suppressive Therapieformen und konsequente Antipyrese in die Chronizität getrieben.

Eine suffiziente Primärversorgung muss zahlreiche Anforderungen erfüllen. Sie muss schnell und unkompliziert verfügbar sein, sie darf die folgenden Analyseschritte nicht behindern, und sie sollte sowohl lokal als auch systemisch einsetzbar sein. Ein günstiges Nebenwirkungsprofil und für den Patienten leistbare Kosten runden die Wunschliste ab.

Aufgrund schneller Verfügbarkeit, guter Verträglichkeit, praktisch fehlender Kontraindikationen und besonderer Betonung der 5-Sinne-Diagnostik eignet sich Neuraltherapie hervorragend als first-line-Therapie für ubiquitäre Schmerzzustände, aber auch für viele andere Leiden. Durch die zentrale Betonung der Störfeldbehandlung, durch ihr kausales Wirkprinzip auf zahlreichen Ebenen der Schmerzentstehung und ihre fehlende Immunsuppressivität könnte Neuraltherapie ein wirksames Mittel zur Bekämpfung chronischer Erkrankungen darstellen.

Ein beliebtes Thema auf Schmerzkongressen und Schmerztagegen ist der chronische Schmerzpatient. Einen solchen zu heilen oder sein Schicksal zu verbessern bringt Ruhm und Ehre, und nicht zuletzt sind auch viele dieser Patienten bereit, für ihre Genesung erheblichen finanziellen Aufwand zu treiben.

Wie kommt es zu diesen chronischen, oft frustranen Fällen?

Abgesehen von schicksalshaften Ereignissen wie Unfällen, etc. entwickeln sich viele chronische Störungen schleichend und unbemerkt. Die Symptome sind lediglich störend, und erregen in der Regel weder die Aufmerksamkeit des Patienten noch die seines Arztes.

Bagatellisierung durch Patient

Bagatellisierung durch Therapeut

Noncompliance

Angst um Arbeitsplatz

Angst vor der Therapie

Weiters entwickeln sich chronische Störungen oftmals parallel zu einer Haupterkrankung. Diese erregt allgemeines Interesse, während die Begleitstörungen oft unbeachtet bleiben. Häufige Beispiele finden sich in der Traumatologie, dem perioperativen Management, aber auch in den Begleitumständen beispielweise internistischer oder gynäkologischer, Erkrankungen.

Wartezeiten oder zu später Behandlungsbeginn ist oft die Folge mangelnder Aufmerksamkeit des Patienten. Sie resultieren aber leider oftmals aus der Trägheit des Systems. So warten Kassenpatienten in Österreich meist länger als 3 Wochen auf einen Ersttermin beim „Spezialisten“, und ein bis mehrere Monate auf eine interventionelle Therapie oder einen operativen Eingriff.

Und eine beachtliche Zeitspanne verstreicht auch im Verlauf sogenannter „Abklärungen“, welche häufig vorrangig der forensischen Absicherung dienen, und dem Patienten lediglich einen klingenden Syndrombegriff und einen deprimierenden Behandlungsvorschlag liefern. Sowohl die vorläufigen symptomabschwächenden Maßnahmen als auch die abschließenden Therapieansätze bestehen aus Analgetika, NSAR + Protonenpumpenhemmern, gelegentlich aus physikalischen Therapien (meist ohne spezifischen Vorschlag) und aus Opioiden sowie Psychopharmaka. Weder in der Diagnostik noch in der Therapie werden funktionelle bzw. regulatorische Gesichtspunkte berücksichtigt!

Was sich in der Zwischenzeit abspielt, sei am Beispiel einer Verletzung skizziert:

Der lokale Dauerreiz führt zur Freisetzung von **Protonen, algogenen Ionen, freien Radikalen** und **ATP**. Durch Ankurbelung des **Arachidonzyklus** werden **COX1 und COX2** produziert, und das aktivierte **Kallikrein-Kininsystem** produziert **Kinine, Histamin und NGF**. Die so entstandene „**Entzündungssuppe**“ führt über Freisetzung von **Neuropeptiden (Substanz P, GCRP)** zu Hyperalgesie und einem C-Faservermittelten Dauerfeuer der Schmerzafferenzen. Die im Rahmen dieser **peripheren Sensibilisierung** produzierten extrazellulären Kinasen (**ERK**) zeichnen verantwortlich für ein allgemeines Krankheitsgefühl. Das Hinterhorn bleibt wegen der dominierenden C-Afferenzen geöffnet, und so ist der Weg für Genexpression und **zentrale Chronifikation** frei.

Zentral werden ruhende **Glutamatrezeptoren** vom Typ **NMDA** aktiv und führen zur sogenannten „**Early-long-time-potential**“ (**LTP**). Ebenfalls zentral freigesetzte **Neuropeptide** führen zu einer **Volume transmission** und damit zu einer Vergrößerung des rezeptiven Feldes der WDR- Neurone. Schließlich setzt nach gewisser Zeit eine **Proteinsynthese** ein, und dauerhafte neuroplastische Veränderungen entstehen (**late-LTP**). Resultate dieses Circulus vitiosus sind sowohl morphologische Schäden als auch der Aufbau eines Schmerzgedächtnisses auf verschiedenen Ebenen.

Viele der oben angeführten Therapieansätze eignen sich nicht oder kaum zur Vermeidung eines Schmerzgedächtnisses! Zusätzlich führt eine unkritische Verwendung der Substanzen zu erheblichen, teilweise lebensbedrohlichen Nebenwirkungen (NSAR, Steroide). Opiate und Opioide werden von Schmerzambulanzen und stationären Einrichtungen tendenziell mit zu hohen Startdosen angewendet, während der niedergelassene Bereich sie zu zögerlich verordnet (gilt für Österreich). Oft sind Nausea und herabgesetzte Vigilanz die einzigen bemerkbaren Effekte.

Als Primärversorgung im Sinne dieses Artikels ist also ein Therapieprinzip gefragt, welches dem Arzt, der als erster mit einer Störung konfrontiert wird, ein geeignetes Werkzeug liefert, um schnell zu agieren. Ein solches muss **schnell und unkompliziert verfügbar sein, darf durch sofortigen Einsatz die laufende Analyse nicht behindern, muss lokal oder systemisch einsetzbar sein, sollte wenig Nebenwirkungen haben, kostengünstig und nicht zuletzt auch wirksam sein!**

Neuraltherapie wird vielen dieser Anforderungen gerecht. Während NSAR eine periphere Sensibilisierung lediglich abschwächen, vermag die neuraltherapeutische Injektion sämtliche

Aspekte dieses Geschehens zu antagonisieren. Die Regeneration der Matrix als Folge einer gezielten LA-Injektion wird durch die unmittelbare Änderung des Palpationsbefundes ebenso bestätigt wie durch die häufig geäußerte Mitteilung der Patienten, eine deutliche Erleichterung zu empfinden (spontanes Nachlassen des Krankheitsgefühls, „es fällt eine Last von den Schultern“). Die Diagnostik fußt vorwiegend auf einer funktionell orientierten 5-Sinne-Diagnostik mit besonderer Betonung der Anamnese und der Palpation. Auch dies dient der schnellen Einsetzbarkeit, da apparative Diagnostik primär eine geringe Rolle spielt und auch nach einer Startbehandlung vollzogen werden kann. Weitere Vorteile sind ein äußerst günstiges Risikoprofil, der kausale Therapieansatz (Störfeldelimination), fehlende Immunsuppressivität und vernachlässigbare Substanzbelastung.

Wenn auch sämtliche Neuraltherapeuten NT zur first-line-Therapie anwenden, gibt es dennoch in der derzeitigen Versorgungssituation zahlreiche Schwachstellen:

- 1) Die first-line-Einsetzbarkeit wird stumm akzeptiert, jedoch zu wenig publiziert.
- 2) Die Information über ihre hervorragende Wirkung bei schnellem Einsatz ist viel zu wenig bekannt, speziell an Zentren zur Primärversorgung wie Ambulanzen, Schmerzeinrichtungen etc.
- 3) Der unkritische Einsatz einer Kombination mit Steroiden macht viele Vorteile der LA-Injektion zunichte.
- 4) Viele primär zu versorgenden Patienten sind nicht in der Lage, ihre Behandlung privat zu bezahlen. Die einfachen TLA-Techniken sollten in den Leistungskatalogen der Krankenversicherungen vertreten sein!

Abschließend möchte ich bemerken, dass ich als Allgemeinmediziner seit über 30 Jahren NT als first-line-Therapie bei mittlerweile mehr als 15000 Patienten kurzfristig oder intermittierend über lange Zeiträume eingesetzt habe. Anfangs war in Österreich vorwiegend ein Procain-Mischpräparat in Verwendung, seit geraumer Zeit steht uns ein reines Lidocainpräparat zur Verfügung. Bei einem Jahresverbrauch von >30 Litern!! verzeichnete ich bis auf einen Fall einer definitiven LA-Allergie lediglich vasovagale Reaktionen sowie harmlose Hämatome. Mein Bedarf an injizierbaren NSAR ist im Gegenzug mit den mir gelieferten Ärztemustern suffizient abzudecken, Steroide werden nur bei wenigen Indikationen eingesetzt. Etwa 30% der so behandelten Patienten finden mit diesem Management nicht das Auslangen, und bedürfen einer Polypragmasie sowie interventioneller Therapie.

Literatur beim Verfasser

