



Dr. med. Rainer Wander
Friedensstraße 47, 07985 Elsterberg
Tel. 036621-29025, Fax 036621-29026
Dr.Wander@t-online.de
www.dr-wander.de

Arzt in eigene Niederlassung, Facharzt für Allgemeinmedizin
(Naturheilverfahren, Homöopathie, Chirotherapie, Spezielle
Schmerztherapie)
Professor Distinguido UMES www.umes.edu.gt
Ehrenmitglied in zahlreichen nationalen und internationalen
Neuraltherapie-Gesellschaften, Ehrenpräsident der Deutschen
Gesellschaft für Akupunktur und Neuraltherapie e. V. www.dgfan.de
Zahlreiche Veröffentlichungen und Vorträge im In- und Ausland.

Abstract: Störfelder im HNO und orofacialen Bereich und deren Auswirkung auf den Gesamtorganismus

Die Neuraltherapie nach HUNEKE umfaßt die Segmenttherapie und die Störfeldtherapie. Störfelder liegen erfahrungsgemäß zu 75% im HNO-Bereich. Die dort liegenden NNH, Zähne, Tonsillen und Ohren werden dem segmentalreflektorischen Komplex als inneres Organ der HWS zugeordnet. Ihre Reizrückkopplung beeinflusst die Kopfgelenke, von denen wegen ihrer hohen propriozeptiven Information fast stereotyp eine funktionelle Skoliose ausgelöst wird. Funktionelle Bewegungsstörungen (Blockierungen) der Segmente 0 / C1 / C2, C4, Th4, Th10, L5 / S1 / ISG werden so unterhalten. Die diesen Segmentebenen angeschlossenen Organe gelangen in einen sympathischen Reizzustand, der die Organfunktionen beeinträchtigt.

Das Kiefergelenk ist in seiner Bewegung mit der HWS und damit der gesamten WS gekoppelt. Bei physiotherapeutischen Bemühungen einschließlich der Manuellen Therapie ohne Löschung der Störfelder im HNO-Bereich kommt es häufig zu Rezidiven.

Beschwerden im statisch belasteten LWS- und Beckenbereich werden fast regelmäßig durch Kopfgelenksfehlstellungen gebahnt. Das Segment C2 hat außerdem eine β -Motoneuronenverschaltung. Diese beeinflusst den Tonus der gesamten Körpermuskulatur.

Jeder lokalen segmentalen Behandlung sollte die Diagnostik der Störfelder im HNO-Bereich und deren neuraltherapeutische Löschung zur Effektivitätssteigerung vorausgehen.

Die Lumbalgie und Ischialgie geht immer mit Beckenstörungen einher, die mit ISG-Blockierungen kombiniert sein können. Wir unterscheiden die häufigere craniocaudale und die seltenere dorsoventrale ISG-Blockierung. Wir orientieren uns an der Stellung des Beines, welches in Außenrotation oder Innenrotation liegen kann. Eine funktionelle Beinlängendifferenz ist leicht in Rückenlage zu finden. Das kürzere Bein zeigt einen Beckenrücklauf und über das Lig. ileolumbale einen Rücklauf des Querfortsatzes von L5. Das Bein kommt in Außenrotation mit Dehnung des Lig. capit. femoris mit Verengung der darin liegenden Arterie. Hüftschmerz und Verspannung des M. psoas sowie Schmerz am Innenmeniskus sind die Folge.

Die Dorsalstellung des Querfortsatzes von L5 bedingt ebenfalls die Dorsalstellung des Querfortsatzes von C7 und C1. Die C1-Fehlstellung wird primär durch Kopfstörfelder induziert und funktionell in das Becken projiziert.