



Eine wirkungsvolle punktuelle Schmerz-Therapie

Aus der Praxisarbeit mit SANUM-Präparaten

von Rudolf Siener

veröffentlicht in SANUM-Post Nr. 9/1989, Seite 12 - 16

SCHMERZEN, jeder von uns kennt Schmerzen aus eigener und ganz persönlicher Erfahrung, akute, chronische und rezidivierende Schmerzen. Wenn zehn Menschen beisammen sind, sind wohl zwei dabei, die unter Schmerzen leiden. In unseren Praxen stehen unsere Bemühungen um schmerzgeplagte Menschen häufig im Vordergrund. In meiner Praxis fast immer, denn ich habe mich seit Jahren der Schmerztherapie verschrieben.

Bevor ich hier mit der NEUEN PUNKTUELLEN SCHMERZTHERAPIE bekannt mache, grenze ich das Indikationsgebiet dieser Therapie ein, wobei die angeführten Indikationen gesichert sind. Wegen der hier gebotenen Begrenzung des Umfangs ist eine vollständige Beschreibung noch vieler anderer Möglichkeiten in diesem Beitrag nicht möglich. Daher beschränke ich mich auf die folgenden Erscheinungsbilder von Schmerzen:

1. Chronische und akute Kreuz- und Beinschmerzen,
2. Schulter-Armsyndrom, also z.B. Periarthritis humeroscapularis,
3. Hand-, Unterarmschmerzen, also z. B. Tendopathien,
4. Kopfschmerzen.

Was hat das mit der SANUM-Therapie zu tun? Aus Gründen der Sicherheit des Patienten, wegen der Effektivität der Schmerztherapie und zur Vermeidung eines Rückfalls in den gewesenen Schmerzzustand gilt in unserer Praxis der absolute Grundsatz: KEINE SCHMERZTHERAPIE OHNE SANUM-THERAPIE! Warum?

Die Bedeutung der Medikamentenschäden

Wir kennen Schmerzpatienten, deren Schmerzen für diese zwar im Mittelpunkt stehen, die aber noch andere subjektiv empfundene Beschwerden haben. Sie klagen etwa über Mattigkeit, Antriebsmangel, Schwindel, Durchblutungsstörungen, Hyper- oder Hypotonie, Schlafstörungen, trockene Haut, nervöse Erschöpfung, sexuelle Störungen und andere Beschwerden. Diese Patienten kippen uns oft eine Menge Medikamente auf den Schreibtisch, daneben Arztberichte, Röntgenbilder und Laborbefunde. In vielen Fällen verliefen klinische Untersuchungen dabei negativ. Der Arzt hat nichts gefunden, heißt es dann lapidar. EKG, EEG, Endoskopie, Leberstatus, alles ohne Befund. Sind es wirklich nur die Nerven und kann sich die Diagnose in einer Vegetativen Dystonie erschöpfen? Solche Zustände sind in den meisten, vielleicht sogar in allen Fällen Medikamentenschäden.

Dieser Begriff ist hier einmal näher zu untersuchen: Die konservative Medizin bedient sich bei der Behandlung von Schmerzen im wesentlichen der Behandlung von Symptomen. Dr. Egbert Asshauer teilt die Behandlung in seinem Buch Die Schmerzfibel in folgendes Schema ein, wobei durchaus anerkannt werden soll, daß er bei der Schmerztherapie deutlich ein Umdenken andeutet. Man wendet mittlerweile Therapien an, die vor nicht allzu langer Zeit die Domäne naturheilkundlich orientierter Behandler waren. Die Einteilung nach Asshauer:

- A. Eingriffe am schmerzleitenden System
 1. Therapeutische Lokalanästhesie
 2. Transkutane Nervenstimulation
 3. Manuelle Therapie (Chiropraxis)
 4. Akupunktur
 5. Physikalische Therapie
 6. Röntgenbestrahlung
 7. Neurochirurgische Verfahren
- B. Psychische Schmerzbeeinflussung
Dazu gehören u.a. autogenes Training, Hypnose, Psychotherapie, Psychohygiene.
- C. Behandlung mit Medikamenten
 1. Analgetika, meist Salicylate, am bekanntesten Aspirin, auch Mischmittel (Pyrazolabkömmlinge, z.B. Novalgin)
 2. Antirheumatika, z.B. Amuno, Voltaren, Cortison
 3. Muskelentspannende Mittel, z.B. Musaril, Muskel Tranco-pal
 4. Tranquilizer (Psychopharmaka), z.B. Valium, Adumbran, Lexotanil, Tavor
 5. Antidepressiva und Neuroleptika (Psychopharmaka), z.B. Anafranil oder Tofranil, gemischt mit Haloperidol wirkt auch angstlösend
 6. Opiate und opiatähnliche Mittel (Psychopharmaka)
 7. Mutterkornpräparate, z.B. Cafegot PB oder ergo-sanol
 8. Serotoninantagonisten, z.B. Dihyergot, Sibelium, aber auch Betablocker oder Serotonien



9. Antiepileptica, z.B. Tegretal usw.

Medikamentenschäden, welche Tragik verbirgt sich hinter diesem Begriff! Ich fühle mich nicht berufen, einen Feldzug gegen Schmerzmittel zu führen. Ich sehe nur viele von solcher Behandlung zerrüttete bedauernswerte Menschen und versuche daher hier zu schildern, wie man diesen Patienten wieder ein lebenswertes Leben geben kann. Aber auch viele Mediziner beginnen schon zu begreifen, weltweit zeichnet sich ein Umschwung ab. Dr. Schimmel, ich nenne ihn den „Weltreisenden in Sachen Gesundheit“, sagte im Oktober 1987 zu mir: In eineinhalb bis zwei Arztgenerationen sei der Umschwung vollzogen, und eine weitere Äußerung: Selbst das Großkapital, vor allem in den USA beginnt, Umdispositionen in Sachen Pharmaindustrie vorzunehmen.

Die Gefahren durch Medikamenten sind unübersehbar

Dr. Reckeweg, dieser große Geist, hat schon zu Beginn der 50er Jahre nicht nur eindringlich vor Medikamentenschäden gewarnt, sondern in seiner Firma Heel die Homöopathischen Allopathika entwickelt, deren ich mich als Begleittherapie zu der SANUM-Therapie zu Beginn der Schmerztherapie fast immer bediene. Einer seiner Jünger und Weggenossen, Dr. F Hoff, behauptet: Therapieschäden gehören zu den häufigsten Krankheitsursachen (Heel-Kompendium).

Professor L. Dereskey, wissenschaftlicher Leiter eines pharmazeutischen Forschungslabors, schreibt in seinem Buch: „Medikamente, die helfen, die nichts nützen, die töten“ warnend und sehr eindringlich z.B. über die negativen Kombinationseffekte allopathischer Medikamente: Barbiturate z.B. vermögen Alkohol in Gift umzuwandeln oder Kombinationen verschiedener Substanzen bringen oft größte Komplikationen usw. Zu

denken ist auch an die Selbstmedikation, die unkontrolliert zu den vom Arzt verordneten Medikamenten oft wahllos angewendet wird. Auch daran ist zu denken, daß der schmerzgeplagte Mensch oft von Arzt zu Arzt wandert, um „noch bessere“ Schmerzmittel zu ergattern. Die alten Mittel nimmt er aber weiter, ohne die neu beschafften mit seinem „neuen Arzt“ abzustimmen. Der verharmloste Begriff „paradoxe Reaktion“ wird ebenfalls meist vom Patienten übersehen. Er ahnt nicht die Konsequenzen: Durch Schmerzmittel steigert sich der Schmerz, durch Schlafmittel bringt er sich völlig um seinen Schlaf, durch Beruhigungsmittel stört oder zerstört er seine Nerven.

SANUM-Therapie, Teil der Schmerz-Therapie

Jetzt ist vielleicht zu verstehen, daß zu Beginn einer jeden Schmerztherapie die Forderung gelten muß: Keine Schmerzbehandlung ohne vorherige SANUM-Therapie! Anders ausgedrückt: Die SANUM-Therapie ist Teil der Schmerz-Therapie. Was wird behandelt und wie wird behandelt? Vor jeder Behandlung haben die Götter bekanntlich die Diagnose gesetzt und vor jeder Diagnose die Untersuchung. In unserer Praxis halten wir bei der Untersuchung der Schmerzpatienten die im folgenden beschriebene Reihenfolge ein.

Die gründliche Anamnese erfolgt zuerst. Dazu gehören insbesondere folgende Fragen: Wann begannen die Schmerzzustände, welches Ereignis war davor? Krankheit, Unfall, Fraktur, Schock, welche Operationen usw. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein? Welche Medikamente haben Sie früher eingenommen? Wer ist Ihr behandelnder Arzt? Danach wird die Blutsenkung festgestellt (Vorsicht, fast alle Schmerzpatienten haben eine hohe BSG).

Wenn erforderlich: Röntgen, EKG usw., tumorisches Geschehen abklären. Operationen abfragen (an even-

tuelle Störfelder denken). Die Augendiagnose, dem guten alten Diagnosemittel vertraue ich noch immer. Selbst wenn ich nach all den Jahren der Anwendung immer noch zuzulernen habe, gibt sie mir doch Hinweise auf die Konstitution oder die obligatorischen Oberbauchbeschwerden der Schmerzpatienten, Wirbelsäulenschäden, oder Nierenfunktionsstörungen und Medikamentenschäden. Wie das!

Seit Jahren beobachte ich den äußeren sogenannten Hautring eingetrübt, grau und diffus verschwommen. Die Patienten klagten über vorzeitig gealterte, welke Haut, sie können nicht mehr schwitzen. Oder sie haben ein aufgeschwemmtes schwammiges Unterhautgewebe. Es besteht dann ein Verdacht auf Schäden durch Antibiotika, cortisonhaltige Salben, und bei Frauen auch durch Hormonpräparate.

Die nächste Untersuchungsmethode ist die bioelektrische Funktionsdiagnose. Wir verwenden hierzu das VEGA-Testgerät. Zu diesem Gerät haben wir fünf Testkästen mit ca. 600 Ampullen, unsere Standard-Ampullen. In einem Testkasten befinden sich alle SANUM-Präparate, in den übrigen fünf Kästen Testampullen verschiedener anderer Hersteller.

Bioelektronische Funktionsdiagnose ist unentbehrlich

Wir beginnen mit dem Vortest. Dazu geben wir dem Patienten die Handelektrode in die rechte Hand und messen an seiner linken Hand die bekannten Meßpunkte, ebenso an beiden Füßen. Sofort danach testen wir die Medikamente aus, meist am Lymph- oder ND- oder Allergiepunkt. Wir beginnen mit den SANUM-Präparaten, den großen Mitteln, wie wir sie nennen. Die bei der Erstbehandlung am meisten gebrauchten Mittel sind der Reihenfolge nach: UTILIN schwach, UTILIN S schwach, MU-COKEHL, LATENSIN schwach, NOTAKEHL, PEFRAKEHL, NIGER-



SAN (dieses meist in Verbindung mit SANUVIS). Oft setzen wir bei der Erstbehandlung zwei dieser Präparate ein.

Danach prüfen wir immer die homöopathischen Allopathika, der Firma Heel. Zumeist kommen wir auf insgesamt 6 bis 8 Ampullen, um zum völligen Ausgleich der Patientenmeßpunkte zu kommen. Diese Ampullen applizieren wir, von wenigen Ausnahmen abgesehen, intravenös. Solche Ausnahmen sind z.B. Patienten in einem sehr desolaten Allgemeinzustand, ältere Patienten mit schlechtem Allgemeinzustand, digitalisierte Patienten, Kinder bzw. Jugendliche bis etwa 15 Jahre sowie natürlich Injektionsverweigerer (sehr selten).

Dem Schmerzpatienten erklären wir, daß diese Behandlung die Grundbehandlung ist, die vor der eigentlichen Schmerzbehandlung unumgänglich ist. Je nach der Schwere seiner Schmerzen bestellen wir den Patienten zwischen einem bis acht Tagen wieder in unsere Praxis. Je nach Zustand statten wir den Patienten zuvor mit Medikamenten aus, meist aus der SANUM-Serie, die er zu Hause oral oder rektal appliziert. Bei hoher BSG z.B. verschreiben wir ihm 10 Supp. NOTAKEHL, die wir ihn täglich einmal, in Ausnahmefällen zweimal nehmen lassen. Wir halten ihn an, reichlich Volvic-Wasser zu trinken sowie Schweinefleisch, Zucker und Weißmehl zu meiden.

Der erste Behandlungserfolg zeigt sich bald

Positiv verändert und aufgeschlossen erscheint der Patient in der Regel bei seinem nächsten Besuch. In vielen Fällen haben seine Schmerzen deutlich nachgelassen, vor allem wenn sie als diffus an allen Gelenken empfunden wurden. Auch Muskelschmerzen und Kopfdruck gehören dazu. Der Allgemeinzustand hat sich verbessert, die Psyche aufgehellt. Häufig hat er bessere Blutdruckwer-

te, der Puls ist weniger beschleunigt. Meist schläft er auch wieder besser. Wir haben den Patienten also „freigeschossen“ und der gezielten Schmerzbehandlung zugänglich gemacht.

Seinen Zustand können wir in Testverfahren objektivieren, denn wir messen und kontrollieren den Patienten bioelektronisch bei jedem Besuch neu aus, um so jeweils einen Überblick über seinen augenblicklichen Zustand zu bekommen. Entzündungen müssen vor der gezielten Schmerztherapie abgebaut werden. Hierzu die folgenden Beispiele:

Eine Patientin hat eine akute Zystitis mit sehr schmerzhafter Harnröhrenentzündung. Folgendes Rezept hilft: Je eine Ampulle NIGERSAN, SANUVIS, Spascupreel und Engystol wird intravenös verabreicht. Nach ca. einer viertel Stunde spürt die Patientin ein angenehmes Wärmegefühl im Blasenbereich. Der Schmerz ist verschwunden. Dieselben Ampullen wirken auch bei einer Nierenkolik.

Eine andere Anwendung bei einem Ulcus cruris, der sehr häufig von einem unerträglichen Brennschmerz begleitet ist: Morgens sind in die Wunde einige Tropfen MUCOKEHL zu träufeln und um die Wunde ist ein Strang MUCOKEHL-Salbe zu legen. Dann lasse man folgende Mischung zubereiten: 0,5 Liter destilliertes Wasser, 0,2 Liter Retterspitz äußerlich und 30 Tropfen Spengler-Kolloid „C“, alles im gut kalten Zustand. Damit erhält die Wunde über die entzündlichen Stellen hinaus ein sehr nasses Stück Zemuco als Auflage. Darüber kommt eine dicke Lage trockener Watte, und das ganze wird mit einer elastischen Binde eingebunden. Der Verband wird alle vier Stunden gewechselt. Kurz nach dem Anlegen des Wickels verschwindet der Brennschmerz; die Entzündung bildet sich zurück.

Die tiefgehende Wirkung der SANUM-Mittel

MUCOKEHL ist für mich das größte Medikament; welches ich jemals in einem meiner vielen Testkästen hatte. Zu erinnern ist an einen Ausspruch von Dr. Baum, der vor Jahren anlässlich einer Tagung einer früheren Arbeitsgemeinschaft sagte: „Der Mucor racemosus läßt auch da noch wachsen, wo überhaupt nichts mehr ist“. Einige Zeit nach dieser Tagung hatte ich als Patient einen etwa 40jährigen Ingenieur in meiner Praxis; er war Hobby-Segelflieger. Eines Tages stürzte er bei der Landung aus 12 Meter Höhe ab. Die Folgen waren komplizierte Trümmerfrakturen an beiden Sprunggelenken. Er mußte 12 Operationen über sich ergehen lassen, die ihn aber in keiner Weise von seinen Krücken befreiten. Als er zu mir in die Praxis kam, lautete die klinisch gesicherte Diagnose: Sudek-Syndrom, eine entzündliche Knochenatrophie mit fortschreitendem Schwund der Knochen.

Im Mittelpunkt meiner Therapie stand das SANUM-Mittel MUCOKEHL, und zwar in den ersten Behandlungswochen zusammen mit den homöopathischen Allopathika-Ampullen und Katalysatoren von Heel. Außerdem erfolgte ein gezielter Einsatz von UTILIN und SANUVIS. Später wurden noch gezielte Injektionen mit MUCOKEHL mit und ohne Eigenblut an dem geschädigten Knochenbereich vorgenommen. Nach etwa einem halben Jahr konnte dieser Mann erstmals an einem Stock sein Haus verlassen. Die Behandlung erfolgte unter klinischer Kontrolle.

Die Bedeutung der punktuellen Schmerztherapie

Folgende Kriterien zeichnen die neue punktuellen Schmerztherapie für ihre Anwendung in der Praxis aus:

- Sie löscht schnell den Schmerz.
- Sie löscht dauerhaft den Schmerz.



- Sie ist für den Patienten fast schmerzlos.
- Sie ist für den Behandler leicht erlernbar.
- Sie ist für den Patienten risikolos.

Zum besseren Verständnis dieser Therapie verwende ich drei Begriffe zur Erklärung für ihre Anwendung:

1. Schmerzzentrum SZ
2. Maximaler Energiepunkt MEP
3. Energetische Linien EL (gedacht).

Der mit dieser Therapie zu behandelnde Patient zeigt mir das gesamte Schmerzareal, also die Flächen und Stellen, wo er den Schmerz spürt. Ich untersuche durch Palpieren das Schmerzareal und finde in diesem Areal ein oder mehrere Schmerzzentren. Diese Punkte sind besonders druckempfindlich. Diese SZ werden nach der neuen Methode nicht behandelt, rein theoretisch braucht man sie sich nicht einmal anzusehen. Die zu behandelnden Punkte liegen im entgegengesetzten Teil des Schmerzzentrums (Bilder 1 und 2).

Die neue Therapie in der Praxis

Ein Beispiel: Ein Schmerzareal liegt etwa 3-5 Finger oberhalb der Patella (Bild 3). In diesem Schmerzareal tastet man zwei besonders druckempfindliche Stellen, die Schmerzzentren SZ. Würde man nun ein Senkblei an eines dieser Schmerzzentren legen, endet man damit genau am Os tarsi medial, also in der Mitte des Fußwurzelknochens. Und genau an dieser Stelle befinden sich ein oder mehrere MEPs. Diese werden behandelt und zwar nur diese!

Den genauen MEP, also den Behandlungspunkt, findet man mit Hilfe eines Meßgriffels, der Teil eines elektrischen Widerstandsmeßgerätes ist (Bild 2). Zweckmäßig sollte ein Ton-generator eingebaut sein. Wir benutzen zwar ein VEGA-Testgerät, aber jedes andere Gerät mag genauso geeignet sein. An diesen genauestens ermittelten Punkt geben wir mit ei-

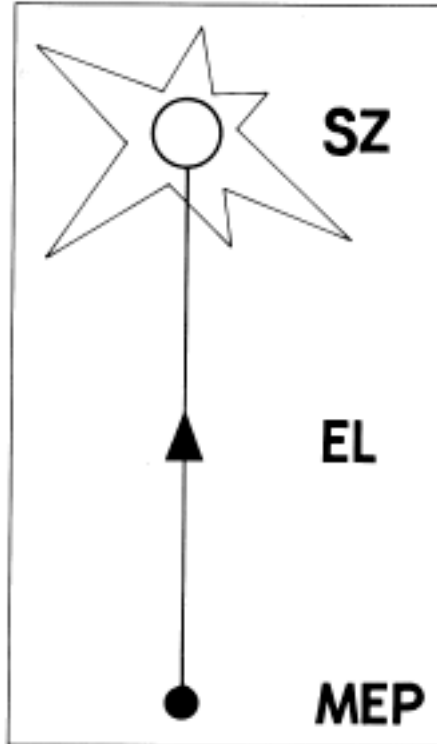


Bild 1

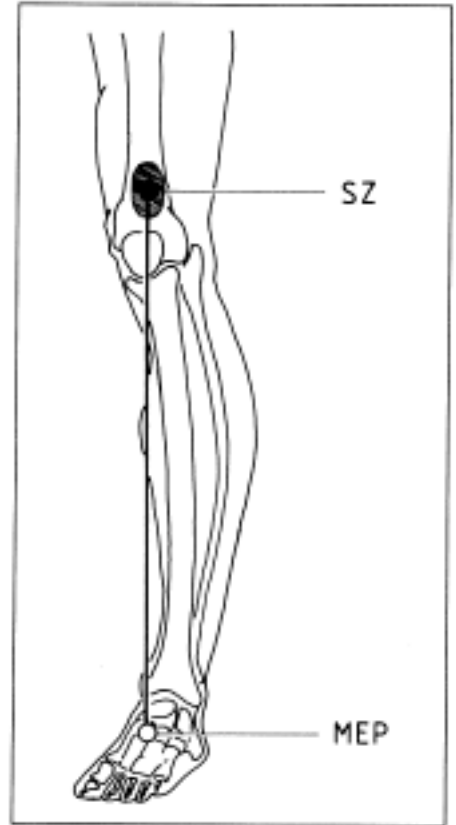


Bild 3

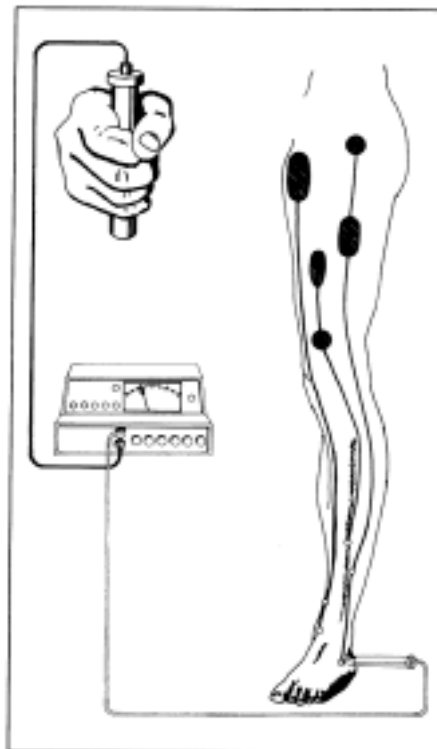


Bild 2

ner Spritze einen Tropfen Neuraltherapeutikums durch die Haut vorsichtig an das Periost. Damit ist der Schmerz im analogen Schmerzzentrum gelöscht. Man kann das kontrollieren, wenn man die vorher schmerzhaften Muskelspasmen palpirt: Dieser Muskelschmerz ist ge-

löscht, die Muskeln sind normal elastisch geworden. Das gleiche System wenden wir bei allen einleitend beschriebenen und abgegrenzten Schmerzzuständen an.

Es ist ein Kreuz mit dem Kreuz!

In der Röntgendarstellung der LWS zeigt sich bei Schmerzen in den Bereichen des M-glutaeus und äußeren Oberschenkels sowie auch im Hüftgelenkbereich nach meinen Erfahrungen immer eine Skoliose. Beckenschiefstand ist obligatorisch. Ein Bein ist kürzer. Meist ist eine Osteochondrose auszumachen, mehr oder weniger auch eine Spondylosis deformans. Der Patient sagt, er habe einen „Verschleiß“. Bei Ischialgien findet man als typische Zeichen eine reflektorische Seitwärtskrümmung der Wirbelsäule. Beim akuten Lumbago (Hexenschuß) zeigt das Röntgenbild eine Steilstellung der Lendenwirbelsäule im seitlichen Bild. Die Lordose (Krümmung der WS nach vorn) ist häufig aufgehoben oder in ihr Gegenteil verkehrt.



Bei der Behandlung dieser Schmerzen suchen wir wieder im Schmerzareal nach den Schmerzzentren und testen mit dem Meßgriffel am entgegengesetzten Teil des SZ, somit am lateralen, also äußeren Teil des Fußwurzelknochens nach MEPs und unterspritzen diese auch wieder vorsichtig an das Periost mit einem Tropfen Neuraltherapeutikum. Das hört sich nicht nur einfach an, es ist bei einiger Übung auch einfach in der Anwendung.

Bei Schmerzen direkt an der LWS-Mitte sucht man MEPs in der Mitte des Fersenbeins. Genau dort sind die Bezugspunkte für die einzelnen Wirbelkörper. Bei einiger Übung kann man das Fersenbein als Diagnose-Hilfsmittel benutzen.

Wie entstand die neue punktuelle Schmerztherapie

Etwa im 16. Lebensjahr hatte ich einen Sportunfall am linken Sprunggelenk. Wie sich etwa 25 Jahre später herausstellte, handelte es sich um eine schmerzhafte Fraktur im Bereich des Fußwurzelknochens. Die damaligen Zeiten waren hart, und mein geschwollener Fuß wurde daher Monate nur mit kalten Umschlägen behandelt.

Beim Sport und bei Bergtouren mußte ich bandagieren. Der linke Fuß war und blieb eine Schwachstelle. Etwa im 35. Lebensjahr begannen äußerst schmerzhafte Sensationen im Bereich der LWS und der linken Hüfte, öfter mal ein Hexenschuß war die Regel. Massagen, Stangerbäder und Fangopackungen halfen wenig oder verschlimmerten eher meinen Zustand.

Später, als ich glaubte ein halbwegs passabler Neuraltherapeut zu sein, versuchte ich mich mit einigen klassischen Techniken von meinen Schmerzen zu befreien, jedoch ohne Erfolg. Irgendwann stellte ich folgende Überlegung an: Wenn die eigentlichen Ursachen der Schmerzen im Bereich der damaligen Verletzungen

liegen, müßte ich die Behandlung genau dort ansetzen. Denn Skoliose, Beckenschiefstand, Bein verkürzt usw. sind doch offensichtlich Folgen dieser Verletzung.

Damals beherrschte ich durch meine Kopfschmerzbehandlung schon das System der Meßtechnik. Ich setzte also meinen Meßgriffel an die vermuteten Frakturstellen an und hatte bei einigen Punkten eine sehr hohe Meßanzeige. In diese Stellen deponierte ich etwas Procain und hatte mein erstes Erfolgserlebnis. Meine Schmerzen und meine Spasmen waren auf wundersame Weise verschwunden, oder gelöscht, wie wir heute sagen.

Auch bei einigen meiner Patienten mit einem LWS-Syndrom versuchte ich danach diese Methode und hatte in vielen Fällen Erfolg, immer davon ausgehend, daß durch eine frühere Verletzung im Fußbereich die Ursachen auch genau dort zu suchen sind. Es begegneten mir aber auch Fälle, wo ich trotz gründlicher Anamnese und sorgfältiger Untersuchung des Fußes keine Verletzungsmerkmale fand und trotzdem an den analogen Gegenpunkten, also z.B. am Os tarsi, hohe Meßwerte feststellte und nach Unterspritzung mit Procain einen vollen Erfolg hatte. Waren nun meine Überlegungen falsch oder gibt es doch ein System? Den Lösungsweg hierzu wies mir ein Traumerlebnis mit einem Schuh. Ich setzte mir danach exakt die Fersenmitte eines Schuhs von mir medial an meine LWS, schwang ihn über meine Hüften und landete mit der Schuhspitze genau an der tastbaren Stelle der Arterie femoralis, an der Leiste. Der Schuh versinnbildlicht hierbei den Fuß. Am jeweiligen Schmerzzentrum kann man nun mit Hilfe des Schuhs die Stellen aufspüren, bei denen die MEPs mit Hilfe des Meßgriffels gefunden werden; der Rest ist Routine, wenn man lange genug geübt hat.

Die gleiche Methode wenden wir beim Schulter-Armsyndrom an. Bei Schmerzen im Bereich vom Os frontale (Stirnbein) suche ich die MEPs an

der Hand-Innenfläche am Ossa carpi, also am Handinnenknochen, bei Schmerzen im Bereich der HWS und Musculustrapezius auf dem Handrücken.

Einzelhinweise zur Therapie

Ich frage regelmäßig den Patienten, nach welcher Seite zieht der Schmerz, nach rechts oder links, wie weit zieht der Schmerz, bei welchen Bewegungen ist der Schmerz am größten? Den Patienten lasse ich alles demonstrieren. Für die Behandlung benutzen wir Pasco-Neural, es ist natürlich auch jedes gute andere Neuraltherapeutikum geeignet.

Die 5 ml-Einmalspritze liegt mir besonders gut in der Hand, mit einer 12er-Kanüle für die übliche Behandlung. Gehe ich in tiefere Schichten, hat sich die Sterikan-Kanüle Größe 17/12 gut bewährt. Beim Unterspritzen genügt die kleinstmögliche Menge, nach dem Motto von Dr. Huneke: Es kommt nicht auf die Menge an, der Ort ist wichtig. Bei gezielter und konzentrierter Arbeit kommt man z.B. bei einem akuten Lumbago mit etwa 5-7 Einstichen aus.

Die Behandlung wird erst dann als beendet angesehen, wenn der Schmerz völlig gelöscht ist. Bei einem Restschmerz besteht die Gefahr, daß der gesamte Schmerzkomplex wieder kommt. Wir fragen den Patienten klipp und klar: Ist der Schmerz völlig oder fast weg. Sagt er fast weg, suchen wir weiter bis zur völligen Schmerzfreiheit. Die Behandlung erfolgt auf einer Liege in halb sitzender, halb liegender Position.

Nach der Behandlung lassen wir den Patienten noch 10 bis 15 Minuten auf einer Liege entspannen. Durch Bewegungsabläufe kontrollieren wir seine Schmerzfreiheit. Zum Schluß korrigieren wir seine Fehlhaltung. Wir erklären ihm auch, daß er sich eine weitere halbe Stunde nicht an das Steuer seines Autos setzen darf und bestellen ihn zur Nachbehandlung eine Woche später.