Neuraltherapeutische Aspekte in der Gynäkologie

Wolfgang Ortner, Kurt Gold-Szklarski

Das kleine Becken ist ein Bereich, auf den sich eine Vielfalt von Störfaktoren auswirken und von dem viele ausgehen können. Über die Organpathologie hinaus ist diese Region aufgrund der ausgeprägten vegetativen Einbindung stark mit der Psyche gekoppelt; Selbstbewusstsein, Dominanz oder Unterlegenheit, Schamgefühl sowie der große Bereich der Sexualität sind nur einige Beispiele hierfür. Man spricht von einem locus majoris reactionis, weil ein Großteil der persönlichen Erlebnisse und Erkrankungen sich teils ausschließlich, teils begleitend auf diesen Bereich bezieht und ihn fokussiert.

Dies bedeutet, dass alle oben angesprochenen Faktoren ein Erkrankungsäquivalent im gynäkologischen Bereich erzeugen können, quasi einer somatischen Verschlüsselung entsprechend. Dabei ist diese umso komplexer und verworrener, je belastender und peinlicher das verursachende Moment ist. Dass diese Botschaften weit über die Organpathologie mit morphologisch fassbaren Details hinausgehen, sollte einleuchten. Denn noch in der Erkrankung behält die Patientin ihr Schamgefühl und versucht, die wahren Details nicht zu offenbaren.

Daraus resultieren eine große Zahl von so genannten funktionellen Beschwerden, die der gynäkologischen Routineuntersuchung unzugänglich sind und der herkömmlichen Therapie trotzen:

Tabelle 1:

- Chron. Fluor vaginalis ohne Erregernachweis
- Dysmenorrhoe
- Prämenstruelle Migräne
- Prämenstruelles Syndrom
- Blutungsanomalien ohne Organbefund
- Menstruationsabhängige Beschwerden
- Chron. rezidivierende Ovarialzysten ohne Malignitätsverdacht
- Pelvipathie (chronische Unterleibsschmerzen ohne Organbefund)
- Reizblase ohne Stressinkontinenz
- Lumbago
- Kraurosis vulvae
- Schilddrüsendysfunktion ohne Organbefund
- Chronischer Pruritus vulvae ohne Erregernachweis

Um den Ursachen dieser Erkrankungen näher zu kommen und griffige therapeutische Handlungen zu setzen, bedarf es auf analytischer und therapeutischer Ebene zusätzlicher Kenntnisse und Maßnahmen, welche die Routinemedizin ergänzen. Die Neuraltherapie kann bei exakter Diagnostik und lege artis durchgeführter Technik einen Großteil der oben beschriebenen funktionellen Störungen günstig beeinflussen oder beenden.

Definition der Neuraltherapie

Neuraltherapie ist eine holistische, diagnostische und therapeutische Disziplin, die sich aufgrund ihrer ubiquitären Verwendbarkeit gut in jede Fachrichtung integrieren und adjuvant anwenden lässt. Dabei ist ihr Hauptaugenmerk auf Störungen der Regulation gerichtet. Letzterer wird im medizinischen Alltag nur ungenügend Beachtung geschenkt, und wenn, dann meistens durch Suppression (anti-Medikamente).

Ziel der Neuraltherapie ist hingegen, die Entgleisung der regulatorischen Prozesse zu normalisieren und wieder planmäßig verlaufen zu lassen. Dabei legt sie großen Wert auf das Erkennen von Störfaktoren, welche die Regulation behindern, ohne selbst in Erscheinung zu treten (die so genannten Störfelder). Therapeutisch wird vorwiegend die Injektion von Lokalanästhetika unter Anwendung verschiedener therapeutisch-lokalanästhetischer Techniken zur Inaktivierung von Störfeldern verwendet. Zusätzlich kommen bei Bedarf weitere regulationsmedizinisch wertvolle Maßnahmen zur Anwendung, auch chirurgische und psychotherapeutische Maßnahmen sind gelegentlich indiziert.

Diagnostische Schritte

Natürlich legen wir Wert auf eine genaue differentialdiagnostische Abklärung mit allen zu Gebote stehenden Hilfsmitteln im labormedizinischen und radiologischen Bereich. Jedoch ist dies allein für den Neuraltherapeuten unzureichend und sollte nicht ohne vorhergehende Anamnese, Inspektion und Palpation veranlasst oder interpretiert werden.

Die **Anamnese** muss über die Datenerhebung der Routineuntersuchung hinausgehen. Wenn wir davon ausgehen, dass die vorliegende Störung eine verschlüsselte Botschaft vorerlebter Ereignisse enthält, so ist das rein chronologische Erfassen von Erkrankungs- und geburtshilflichen Daten unzureichend. Die **rezente Anamnese** sollte am Anfang der Befragung stehen. Hier ist ein wichtiger Aspekt, der Patientin zuzuhören und die Heftigkeit oder Zurückhaltung bei der Schilderung genau zu registrieren! Ebenso trägt die Beachtung ihrer Gestik zur gesamten Interpretation des Geschehens bei, denn wir müssen herausfinden, ob sie die Störung als Belastung oder Bedrohung ihrer Persönlichkeit oder sogar ihrer Existenz empfindet!

Die Befragung nach Vorerkrankungen und geburtshilflichen Details zielt weniger auf die chronologische Reihung als auf Zusatzkriterien wie:

- Gestörte Abheilung oder rezidivierende Verläufe
- Zeitlicher Zusammenhang zwischen Erstmanifestation und Stressbelastung
- Angst vor Wiederholung
- Angst vor Schicksalsgleichheit (gegenüber der Mutter oder anderen Vorfahren)
- Angst, dass die Fruchtbarkeit Schaden erleiden könnte
- Somatische Angstäquivalente wie zum Beispiel Kopfschmerz
- Gleichzeitig mit der Manifestation auftretende Zusatzstörungen (des Bewegungsapparats, ...)
- Zeitliche Zusammenhänge zwischen anderen Ereignissen und Erstmanifestation der rezenten Beschwerden (Zweitschlag nach Speranski)

Die psychosoziale Anamnese erhellt (leider meist nicht beim ersten Anlauf!) wesentliche Details über familiäre und berufliche Stellung und Belastung. Sie muss unangenehme Fragen wie Abtreibungen, Vergewaltigung, inzestuöse Handlungen, etc. mit Gespür und gebührlichem Taktgefühl ansprechen. Man muss sich hier aber auch der Tatsache bewusst sein, dass oft ein NEIN einem viel grösseren JA ensprechen kann! Denn gerade bei diesen Themen geschieht eine weit über die Verschlüsselung hinausgehende Verdrängung ins Unterbewusste!

Schließlich müssen in der Anamnese auch möglichst alle **nichtgynäkologischen Details** erfasst werden, also Unfälle, Verletzungen, Operationen, schwere oder rezidivierende schleichende Erkrankungen und auch Bagatelltraumen.

Die **Inspektion** sollte neben der Betrachtung der unmittelbaren Umgebung eine Inspektion der ganzen Patientin beinhalten. Dabei sind regionale Narben, Beckenfehlstellungen oder Beinlängendifferenzen ebenso zu registrieren wie Krümmungsanomalien der Wirbelsäule oder auch Schulterasymmetrien. Wichtig ist eine genaue Inspektion der häufig beherdeten Kopf-Halsregion. Besonders hervorzuheben sind Eingriffe oder Erkrankungszeichen im Bereich der Schilddrüse sowie der Mammae.

Der nächste und vielleicht wichtigste Schritt ist die **Palpation** nach neuraltherapeutischen Richtlinien. Die Palpation bildet deswegen den Mittelpunkt der neuraltherapeutischen Diagnostik, weil sie zwei wesentliche Effekte miteinander verbindet:

1) Sie bringt reflektorische Krankheitszeichen aus den inneren Organen und verborgenen Körperregionen an die Oberfläche. Möglich wird dies durch die cuti-viscerale Reflektorik, die dadurch zustande kommt, dass sämtliche über ein Rückenmarksegment verschalteten Abschnitte von Haut, Muskel, Knochen, Bindegewebe und innere Organe bei Erkrankung gleichsinnig mitreagieren. (Segmental-regulatorischer-Komplex nach Bergsmann/Eder). So kann bei einiger Übung die Palpation der Haut, Subcutis und Muskulatur Aufschluss über pathologische Vorgänge in inneren Regionen und Organen Aufschluss geben. Dies verleiht dem Therapeuten Sicherheit bei der Befundinterpretation und hilft auch bei der Therapieentscheidung.

2) Zusätzlich ist der mit der Untersuchung verbundene Körperkontakt zur Patientin hilfreich zur Überwindung von Barrieren in beiderlei Richtung. Bei richtiger Kontaktaufnahme wirkt er angstlösend, reduziert Ressentiments und fördert die Entwicklung einer Vertrauensbasis. Denn man glaubt einem Menschen schon weit mehr, wenn er den eigenen Zustand angefühlt und „begriffen" hat, als wenn er nur über das Medium der Laboranalyse oder des Röntgenbilds kommuniziert!

Technisch gesehen versucht die Palpation, pathologische Quellungs- oder Spannungszustände zu erfassen. Schon beim zarten Streichen über die Haut können Hypersensibilität, veränderte vegetative Zustände wie Piloarrektion, unterschiedliche Temperatur oder Feuchtigkeit über vegetativ veränderte Regionen Aufschluss geben. Die Strichpalpation und die Technik der Kibler´schen Hautfalte stellen die Quellungszustände der Cutis und Subcutis dar. Auch diese verändern sich durch vegetative Umstellung in pathologisch reaktiven Segmenten. Die tiefere Palpation stellt verspannte Muskelzüge und ihre Triggerpunkte dar. Letztere sind an bestimmten Stellen befindliche Maximalpunkte des pathologischen Muskeltonus, die sowohl diagnostisch als auch therapeutisch hochrelevant sind. Sie stimmen bezüglich ihrer Topographie mit therapeutisch oft genutzten Akupunkturpunkten überein.

Weiters bringt die Druckpalpation schmerzhafte Sehneninsertionen oder Knochenvorsprünge zur Darstellung, die ebenfalls therapeutisch wertvoll sind („Therapeutische Lokalanästhesie"). Die Prüfung der Gelenksfunktionen, insbesondere jener des Beckengürtels, der unteren LWS und der Hüftgelenke kann helfen, Fehlinterpretationen bei einer Pelvipathie zu vermeiden. Denn oft sind Störungen in diesen Bereichen Hauptursache eines nicht durchschaubaren Schmerzgeschehens.

Nicht unerwähnt darf bleiben, dass auch die vaginale Untersuchung unter neuraltherapeutischen Gesichtspunkten palpatorische Auffälligkeiten im Bereich der Vaginalschleimhaut, der Beckenbodenmuskulatur, aber auch von Narben nach Eingriffen aufzudecken vermag. Damit versetzt sie uns in die Lage, zusätzliche Therapieindikationen zu stellen.

Die überregionale Palpation sollte die gesamte Patientin erfassen. Das bedeutet, dass man erstens den nötigen Zeitaufwand richtig vorausberechnen muss, um nicht unnötig in Verzug zu geraten. Zweitens verursacht sie a priori einen kurzen Erklärungsbedarf, denn die Patientinnen sind an diesen Umgang meist nicht gewöhnt. Sie erkennen aber in der Regel schnell die Vorzüge der Methode, und sie schätzen zumeist den neu gewonnenen Zugang. Es sei in diesem Zusammenhang auch erwähnt, dass die überregionale Diagnostik NIE eine Fachüberschreitung, sondern nur einen weiteren Horizont darstellt. Auch die überregionale Neuraltherapie ist nie fachüberschreitend, wenn sie sich auf Zusatzbelastungen der gynäkologischen Region bezieht!!!

Ziel des bisher beschriebenen Untersuchungsgangs ist es, ein chronologisch geordnetes Gesamtbild der Patientin, ihrer regionalen und überregionalen somatischen Vorerkrankungen und deren Residuen, ihres vegetativen Gesamtzustands und ihrer psychischen Situation zu erfassen. Weiters soll ein strategisches Konzept resultieren, um die zum Einsatz kommenden Techniken geordnet anzuwenden und bestmögliche Effekte zu erzielen. Dabei ist es auch nötig, auf den regulatorischen Momentzustand der Patientin einzugehen, denn nicht in jedem Fall werden die Maßnahmen gleich beantwortet.

Hyperregulatorische oder dysregulatorische Zustände sind oft Ursache für Erstverschlimmerung, vasovagale Kippreaktionen oder (fälschlich als Allergie interpretierte) kurze Synkopen. Die richtige Einschätzung und die adäquate Reaktion des Therapeuten helfen, unerwünschte Komplikationen, Kontroversen oder Therapieabbrüche zu vermeiden oder zahlenmäßig gering zu halten. Man muss sich eben der Tatsache bewusst sein, dass man ein hoch- und schnellwirksames Agens zur Hand hat, das nicht spontan nach Laune eingesetzt werden darf!

Therapie

Die Therapie erlaubt mehrere Zugänge:

1) **Injektion an den Frankenhäuser´schen Plexus** (differentialdiagnostisch und therapeutisch): Grundsätzlich sind zwei Zugänge möglich, suprapubisch und transvaginal.

a) **suprapubisch:**

Abb. 1:
Nadellänge je nach Patientin 6 - 8 cm
Einstichstelle: 2 cm medial der Art. iliaca externa oberhalb des Randes des Pecten ossis pubis. Die Nadel wird knapp hinter dem Schambeinast, nach Möglichkeit ohne Berührung desselben mediocaudal in Richtung auf den Anus etwa 4 - 6 cm vorgeschoben. Ein blitzartiger Schmerz in den Labien vermittelt die endgültige Eindringtiefe. Pro Seite sollten 2 - 3 ml Lidocain verabreicht werden.

b) **transvaginal:**

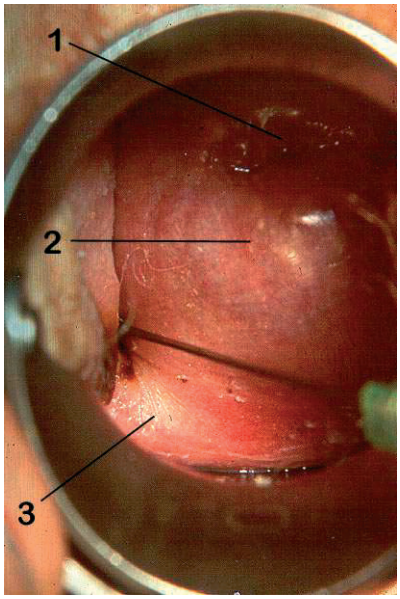

Abb. 3: *Einstellen der Portio (2) mit Selbsthaltespatel. Im oberen Bildbereich ist der Muttermund (1) zu sehen. Nadellänge 6 - 8 cm. Die Einstichstelle ist am Übergang der Portio vom seitlichen zum hinteren Fornix (3) bei 5 und 7 h. Hier vermeidet man das Anstechen von Gefäßen für die Cervixversorgung. Die Stichrichtung verläuft cranialwärts und leicht nach lateral, die Stichtiefe beträgt 3 - 5 cm. Die zu verabreichende Menge entspricht derjenigen beim suprapubischen Zugang.*

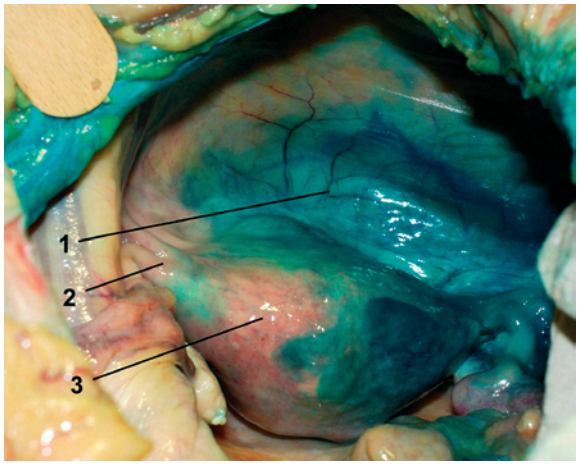

Abb. 2:
Excavatio vesicouterina (1), Adnexabgang (2), Uterus (3). Deutlich zu sehen ist die großflächige parametrane Ausbreitung des Kontrastmittels auf der rechten Seite.

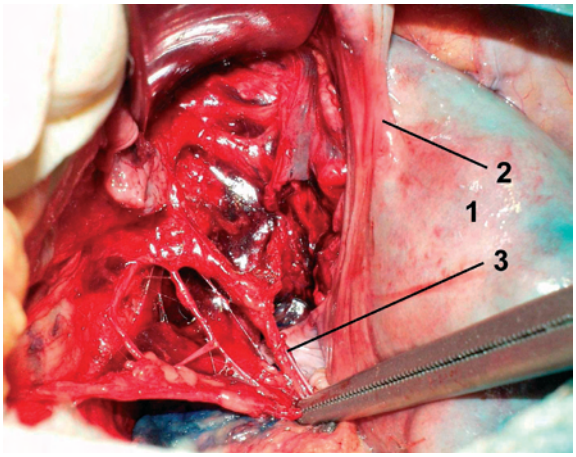

Abb. 4: Der Uterus (1) ist nach rechts gekippt, der Abgang der Adnexe (2) deutlich sichtbar. In der Klemme befinden sich Anteile des Plexus uterovaginalis (3), darunter ist die dunkelblaue Anfärbung des parametranen Bindegewebes deutlich erkennbar.

Zu beiden Techniken sei gesagt, dass der Plexus selbst nie direkt getroffen wird. Daher ist die angegebene Menge an Lidocain die Mindestmenge, die durch Diffusion eine Wirkungswahrscheinlichkeit über den Plexus verspricht. Gleichzeitig ist aber anzumerken, dass durch diese Techniken auch viele andere Strukturen im kleinen Becken angesprochen werden, was einen additiven Effekt zu haben scheint. Bei beiden Techniken empfiehlt sich die zusätzliche Quaddelung oder Infiltration der ISGs.

2) **Maßnahmen über die Cutivisceralreflektorik** (nur therapeutisch):

Hier kann der reflektorische Bogen über Hautquaddeln, präperiostale Depots an regionalen Knochenvorsprüngen und die Infiltration des direkt reflektorisch verschalteten Bereichs der Symphyse und der Iliosacralsyndesmosen therapeutisch genutzt werden. Die Quaddeln werden suprapubisch und über dem Sacralbereich gesetzt. Die Periosttechnik zielt auf den untersten Lendenwirbel, das os pubis und die Darmbeinkämme. Infiltration der iliolumbalen, iliosacralen und sacrotuberalen Bänder sowie der Kreuzdarmbeinfugen vervollständigt die reflektorisch wirksamen Maßnahmen. Diese sind besonders dann indiziert und wertvoll, wenn aus irgendeinem Grund die Techniken an den Frankenhäuser'schen Plexus nicht zum Einsatz gelangen können. Somit sind sie prädestiniert für Allgemeinmediziner und Nichtgynäkologen, die diesen Bereich in ihre Therapie einbeziehen wollen.

3) **Epidurale Infiltration über den Hiatus sacralis** (differentialdiagnostisch u. therapeutisch): Nadellänge: 8 cm. Die Patientin kann in Bauch- oder Seitenlage gelagert, in Seitenlage sollte die Hüfte flektiert werden. Nach Infiltration der cornua sacralia wird die Nadel in Richtung des Sakralkanals eingebracht und nach Überwindung des Ligamentes 5 - 6 cm in den Sakralkanal vorgeschoben. Aspiration hilft, unerwünschte intrathekale Applikation zu vermeiden (dies kann i. d. R. bei der geschilderten Eindringtiefe nicht vorkommen). Es werden 5 ml verabreicht. Speziell nach dieser Technik empfiehlt sich eine ein- bis zweistündige Nachbeobachtung!

4) **Überregionale neuraltherapeutische Intervention** (differentialdiagnostisch und therapeutisch):

Abgesehen von der Infiltration regionaler Narben (z. B. nach Episiotomie, Dammriss, Laparatomien und endoskopischen Eingriffen) muss das therapeutische Konzept die Infiltration sämtlicher weiterer Störfelder der Patientin beinhalten. Dazu gehören insbesondere Kopfstörfelder wie Tonsillen, Zähne und Nasennebenhöhlen, die Schilddrüse oder deren OP-Narben, Bauchoperationsresiduen etc. Weiters ist die Mitbehandlung der gesamten Wirbelsäule indiziert, und man muss sich der Tatsache bewusst sein, dass chronische Störungen der Beckengelenke immer Störungen der Kopfgelenke nach sich ziehen oder zur Ursache haben.

5) Eine spezielle Technik erfordert der **Zustand nach vaginaler Hysterektomie**:

Hierzu ist zu bemerken, dass es sich dabei um das geplante Hinterlassen einer p. s. heilenden Wunde handelt, denn der Scheidenstumpf wird nicht vernäht, sondern muss mit Granulationsgewebsbildung abheilen. In dieser Situation muss die Scheidenstumpfnarbe infiltriert werden.

Mit einer 6 cm langen Nadel wird beidseits in die Ecken des Scheidenstumpfes zirka 1,5 cm eingestochen und 2 ml infiltriert. Wegen des derben Gewebes empfiehlt sich hier die Verwendung einer 2 ml Spritze oder einer Druckkammerspritze. Sodann verteilt man noch zwei bis drei kleinere Depots an die quere Narbenspange.

Indikationen

Nach diesen Ausführungen über Diagnostik und Therapie mögen einige Gedanken zu den in Tab.1 aufgelisteten Indikationen angeführt werden:

Die **Pelvipathie**, das pelvine Schmerzsyndrom, ist gekennzeichnet von unklaren Schmerzzuständen im Beckenbereich, denen kein morphologisch fassbares Substrat zuzuordnen ist. Verzweifelt sucht man nach Endometriose, „Verwachsungen" oder der so genannten „chronischen Adnexitis", um schließlich eine psychosomatische Ursache zu postulieren und die Patientin entsprechend aus der Hand zu geben.

Hierzu möchten wir anmerken, dass erstens der gynäkologische Raum schon im frühen Kindesalter eine Konditionierung erfährt. Wird das Kind bei-

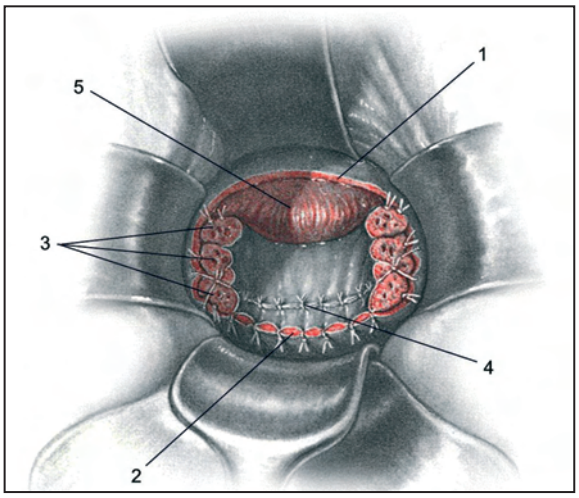

Abb. 5: *Situation am Ende der Operation: Der vordere Scheidenwundrand (1) ist unversorgt, der hintere (2) mit Nähten zur Blutstillung versehen. Seitlich die Stümpfe der Gefäße, des Lig. rotundums und der Adnexe (3). In der Mitte ist das verschlossene Peritoneum (4) und ein Teil des Blasenbodens (5) zu sehen.*

spielsweise zum Unterdrücken seiner schmerzbedingten Emotionen erzogen, so lernt es unter anderem auch, diese Unterdrückung durch Anspannen der Beckenbodenmuskulatur zu unterstützen. Dieser konditionierte Reflex stellt in der Abhängigkeit des Kindes eine wichtige Überlebensstrategie dar. Leider wirkt sich diese durch Veränderung von Atmung, Hämodynamik und muskulärer Balance im Sinne einer Schwächung der genannten Region aus und ist so Störfeld-Wegbereiter. Das bedeutet, dass die Empfänglichkeit für urogenitale Erkrankungen erhöht ist und solche Kinder oft durch Reizblase oder Fluor vaginalis auffällig werden.

Ein zweiter Aspekt der muskulären Dysbalance ist eine Tendenz zu Blockierungen in den Iliosakralgelenken und die Neigung zu weiteren funktionellen **Störungen der unteren Lumbalsegmente und der Becken-Hüftmotorik**. Somit haben wir sowohl auf der psychogenen als auch auf der somatischen Ebene schon einige Anhaltspunkte, die uns zur Therapie führen, obwohl noch gar keine sichtbaren oder anamnestisch erhebbaren Verletzungs- oder Erkrankungsdaten vorliegen müssen.

Die chronisch rezidivierenden benignen **Ovarialzysten** könnten ein psychisches Korrelat in langzeitig unerfülltem Kinderwunsch finden.

Fluor, Blutungsanomalien, Pruritus vulvae oder **Kohabitationsbeschwerden** können neben Störfeldbelastungen und Funktionsstörungen auf somatischer Ebene die Abwehr des gegenwärtigen Sexualpartners zum Thema haben. Ebensolches muss bei der menstruations-assoziierten Migräne ins Konzept integriert werden. Kraurosis vulvae könnte auch die Verlustangst in der Terminalphase der weiblichen Sexualität bedeuten. Ebenso können aber auch Funktionsstörungen des gynäkologischen Raumes Ausdruck einer körperlichen Unterlegenheit und eines „sich Zurückziehens" bedeuten, wenn andere Bereiche des Körpers geschwächt oder erkrankt sind. Denn in diesen Phasen hat der Körper den Wunsch und den Bedarf nach Ruhe und die Libido ist naturgemäß stark reduziert. Daher ist auch die überregionale Störfeldsanierung durchaus sinnvoll und verständlich und übersteigt in ihrem Wert jedenfalls die symptomatische Regionaltherapie und auch den ungezielten Einsatz von Antidepressiva.

Ein großes Problem bereitet der Umstand, dass viele Patientinnen **perimenstruelle Beschwerden** fast völlig verdrängen und als „normal" bezeichnen. Sie sind gewöhnt, in dieser Phase Antirheumatika zu konsumieren, und auch die in diesem Zeitraum auftretenden Kopfschmerzen sind keiner Erwähnung wert. Man muss in der Anamnese gezielt danach fragen. Hier ist meist ein von der Mutter und von Freundinnen übernommenes Verhaltensmuster verantwortlich.

Diese Beschwerden sind a priori einer invasiven Neuraltherapie unzugänglich, weil die Patientinnen aus Angst vor den Injektionen lieber Tabletten einnehmen möchten. Feingefühl, zarte Anfangstechnik und ein Gespür für die richtige Injektionsstelle mit einem ausreichenden Quantum an Geduld vermögen dieses Problem jedoch meist in kurzer Zeit zu lösen.

Abschließend kann zusammengefasst werden, dass die neuraltherapeutische Denk- und Handlungsweise den gynäkologischen Praxisalltag deutlich zu bereichern vermag. Viele der vorgebrachten

Beschwerden sind einer eindeutigen Diagnostik und Standardtherapie unzugänglich, und auch viele eindeutige Erkrankungen hinterlassen nach erfolgreicher Basistherapie Residuen, die ähnliche Kriterien aufweisen. Somit möchten wir darauf hinweisen, dass die Beschäftigung mit dem neuraltherapeutischen Zugang längerfristig eine erfreuliche Erfrischung des oft grauen Alltagsgeschehens bedeutet.

Neuraltherapie ist eine absolut individualmedizinische Disziplin. Dies bedeutet erstens, dass der Therapeut die Gesprächsführung, die Untersuchung und die Therapie seiner Persönlichkeit entsprechend vornehmen muss. Und zweitens ist jede Patientin eine eigene Persönlichkeit und muss individuell eingestuft und behandelt werden. Dies erschwert auch das studienmäßige Betrachten von Kollektiven. Gemeinsamer Nenner sind jedoch die Technik von Anamnese, Inspektion, Palpation und die therapeutischen Maßnahmen. Andererseits bedeutet ein erfolgreiches Vorgehen eine Stärkung des Selbstvertrauens des Therapeuten und ein intensiveres, freundschaftliches Verhältnis zu den Patientinnen, was sich in jedem Fall lohnen muss.

Weitere Details auf Anfrage bei den Autoren. Interessenten finden uns unter: www.neuraltherapie.at. Auf dieser Seite können Sie auch alle nötigen Infos über das Seminarangebot unseres Curriculums abfragen.

Dr. Wolfgang Ortner
Tannenweg 5, 2451 Hof am Leithaberge
Dr. Kurt Gold-Szklarski
Erdbergstrasse 126, 1030 Wien