Medical Journal for Applied Kinesiology

MJAK

by IÄAK / ICAK-D

3. Ausgabe Februar 1998
DM 20,-

Dr. Werner Klöpfer

Kiefergelenk und Statik – ein Erbe aus grauer Vorzeit –

Eine paläantologische Betrachtung der gemeinsamen Entwicklung von Statik und Schädelskelett

Dr. Harald Stossier

Gesinnungswandel im Gesundheitswesen

AK in der zukünftigen medizinischen Versorgung

Boswellia serrata in der Therapie entzündlicher Erkrankungen

Theorie: Wolfgang Gerz / Praxisfälle: Fritz Junghans

- **Aktuelles**
- **Infos**
- **Praxisfälle**

Liebe AK'ler, liebe Leserinnen und Leser,

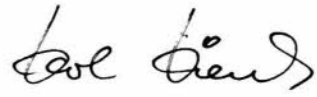
jedesmal, wenn ich die eingehenden Artikel lese und bearbeite, sehe ich mit Begeisterung in wieviele Fachbereiche die AK hineinreicht. Es ist erstaunlich in welch kurzer Zeit so viele verschiedene Disziplinen in die AK integriert und welch mannigfaltige Impulse und Denkanstöße wieder von hier nach außen getragen wurden. In dieser Ausgabe freut es mich hiervon einen kleinen Ausschnitt präsentieren zu können.

Dr. Klöpfer zeigt mit einer zusammenfassenden Arbeit die entwicklungsgeschichtliche Bedeutung des Kiefergelenks auf und verfestigt die grundlegende Bedeutung des stomatognathen Systems. Herr Peter Gsinn liefert uns theoretische Grundlagen zum besseren Verständnis von Legasthenie und Lernstörungen. Mit neuen Erkenntnissen auf dem Gebiet des Prostaglandin- und Leukotrienstoffwechsels demonstriert uns Wolfgang Gerz wie elegant solche Forschungsergebnisse mit Hilfe der AK überprüft und therapeutisch genutzt werden können.

Es ist mir ein großes Anliegen, alle Therapeuten, die sich der AK als diagnostisches Werkzeug bedienen, aufzufordern dieses Instrument zu pflegen und weiterzuentwickeln. Nur durch wirklich qualitativ hochwertige Arbeit in Präsentation und Forschung werden wir die Anforderungen für eine zukünftige allgemeine Anerkennung erfüllen.

In diesem Sinne

Euer



Karl Kienle, Arzt
Redaktion

Inhalt

Editorial, Inhaltsverzeichnis 1

Intern: AK-Partner 2

Info: Neue Präparate zur hormonellen Regulation 2

◆ ICAK-D/IÄAK: **Stellungnahme zur ›Kinesiologie‹** 4

◆ Dr. Eugen Burtscher: **Applied Kinesiology (AK) und Neuraltherapie – Fallbericht** 8

◆ Wolfgang Gerz: **Indischer Weihrauch (Boswellia) – der pflanzliche Lipoxygenasehemmer** 10

◆ Fritz Junghans: **Erste Erfahrungen mit Boswellia serrata** 12

◆ Dr. Werner Klöpfer: **Kiefergelenk und Statik – ein Erbe aus grauer Vorzeit –** 13

◆ Prof. Dr. Manfred O. Heideborn/Wolfgang Gerz: **AK in der Kieferorthopädie** 17

◆ Peter Gsinn: **Legasthenie und Dyskalkulie haben mit Dummheit nichts zu tun** 19

Impressum 20

◆ Dr. Harald Stossier: **Gesinnungswandel im Gesundheitswesen** 21

◆ Peter-Hansen Volkmann: **Epilepsie eines Kindes wegen Nahrungsmittelunverträglichkeit** 23

Wichtige Adressen .....

INTERN

ICAK-D & IÄAK

AK-Partner

Die Vorstände von ICAK-D und IÄAK haben erfreulicherweise ab Anfang 1998 eine Reihe von Firmen als **AK-Partner** gewinnen können.

Dies bedeutet: diese Firmen haben die Möglichkeit, in allen unseren Aussendungen, Rundschreiben, in MJAK und auch anlässlich von Seminaren oder Veranstaltungen beider Gesellschaften werbend und für unsere Mitglieder informierend tätig zu sein.

Sie unterstützen uns dafür mit einem großzügigen Pauschalbetrag für jeweils ein Jahr.

Im Rundschreiben 1/98 haben wir unsere Mitglieder um die Erlaubnis gebeten, die Adreßdaten an unsere AK-Partner weiterzuleiten.

Wer mit der Weitergabe seiner Adresse nicht einverstanden ist, möge uns dies bitte innerhalb von 6 Wochen (bis 31.03.98!) mitteilen; alle übrigen Adressen würden wir dann an unsere AK-Partner weitergeben, so daß diese auch direkt entsprechende interessante neue Informationen an unsere Mitglieder versenden können.

Bei Rückfragen zu den Themen der diversen Beilagen und Informationsschriften der AK-Partner bitten wir um direkte Kontaktaufnahme mit der jeweiligen Firma, keinesfalls über ICAK-D!

AK-PARTNER FÜR 1998:

- **Labor Dr. Bayer GmbH**, Bopserwaldstr.26, 70184 Stuttgart, Tel.: 0711/16 41 80, Fax 164 18 18
- **Centropa Pharma**, Waltherstr.27, 80337 München, Tel.: 089/ 54 42 29-0, Fax 54 42 29 88
- **Medizinisch Immunologische Laboratorien** (Dr. Bieger und Kollegen), Mittererstr.3, 80336 München, Tel.: 089/54 308-0, Fax 54 30 81 39
- **Labor Dr. Brigitte Riedelsheimer**, Schützenstr. 10, 40211 Düsseldorf, Tel.: 0211/164 66 93, Fax 164 66 94
- **Pewa-Med Vertrieb**, Dr. Peter Wasler GmbH, Brandhofgasse 24/III, A-8010 Graz, Tel.: 0043/(0)316/38 46 90, 38 44 38, Fax 38 46 90

INFO

Neue Präparate zur hormonellen Regulation

Viele Ak'ler arbeiten ja seit längerem mit den Präparaten von Riedweg:
Phytocortal, Phytohypophyson C, Phytohypophyson L von der Firma Steierl, sowie die bisher nur über Riedweg persönlich erhältlichen Präparate Phytocrin C, G, Phytocort, Phytimmun usw.
Mit Erscheinen der 2. Auflage des Buches ›Hormonmangel‹ (Sonntag Verlag) hat Dr. Riedweg die bisher nur über Ihn beziehbaren Präparate umbenannt und den normalen Bezug über den Apothekenweg möglich gemacht.

Seit 1.02.1998 sind diese Präparate in allen Apotheken erhältlich (registriert in der sogenannten Lauer-Liste der Firma IFA).

Auch der Direktbezug über die ›Pilsensee-Apotheke‹, in der die Präparate per Hand nach HAB hergestellt werden, ist möglich:

Pilsensee-Apotheke
Günteringer Straße 2
82229 Seefeld-Hechendorf,
Telefon: 08152-70305
Fax: 79877

Der Preis ist mit DM 23,70 ➔

INFO

pro 100ml-Flasche äußerst günstig.

Ein kleiner Testsatz mit den Riedweg-Präparaten ist über die ›Pilsensee-Apotheke‹ oder AKSE zum Preis von DM 25.- möglich.

Alter Name	Neuer Name	Inhaltsstoff
Phytogon II	Androgenotrop	Populus tremula Dil. D4
Phytocrin C	Corticotrop	Helleborus (niger) Dil. D4
Phytocort	Cortisonotrop	Potentilla reptans Dil. D4
Phytogon II	Gestagenotrop	Populus tremula Dil. D4
Phytocrin G	Gonadotrop	Ruta graveolens Dil. D4
Phytimmun	Immunotrop	Juglans (regia) Dil. D4
	Parathyreotrop	Viscum populi Dil. D8
	Thyreotrop	Ledum palustre Dil. D4

Phytogon I ist ersatzlos gestrichen

Anzeige

..bewußt leben!

...für ein bewußtes LEBEN!

ALYX BIOLOGICALS

Nahrungsergänzungsmittel für Allergiker

Nahrungsergänzungsmittel von höchster Qualität und Reinheit in wissenschaftlich fundierter Zusammensetzung. Hypoallergen

Große Produktpalette an:

- *Vitaminen*
- *Mineralien*
- *Aminosäuren*
- *Natürliche Anti-Oxydantien*
- *Enzymen*
- *Kombi-Präparate in speziellen Zusammensetzungen*

Microbionten

- *milchfrei*
- *Lactobacillen mit dem klinisch geprüften Acidophilusstamm DDS1™*

Testsätze

- *für alle angebotenen Präparate*

Katalog- und Preislisten-Anfragen stellen Sie bitte an unseren Vertrieb.

Vertrieb:

ALYX Biologicals
Koperstraat 17
NL- 62 91 AH Vaals

Tel. +31-43-3 06 65 26
Fax +31-43-3 06 65 26

Kontakt-Deutschland: Fax 0 21 31 / 76 69 14

ICAK-D/IÄAK

Stellungnahme zur ›Kinesiologie‹

Herausgegeben von den Vorständen des International College of Applied Kinesiology-Deutschland (ICAK-D) und der Internationalen Ärztegesellschaft für Applied Kinesiology (IÄAK)

I. Einleitung

Immer mehr verbreiten sich in den letzten Jahren in Deutschland und Österreich, aber auch anderen europäischen Ländern, die ›Kinesiologie‹ wie auch Abwandlungen davon (›Psychokinesiologie‹, ›Edukinesthetik‹, ›Physioenergetik‹ u.a.m.).
Dem Patienten oder Klienten gegenüber wird die jeweilige ›Kinesiologie‹ sowohl als naturheilkundlich-ganzheitsmedizinische Diagnosemöglichkeit, aber auch als ›Grundlage für Lebensberatung‹, ›psychosomatische Behandlungsmethode‹, ›zur Lernförderung‹ bei verschiedensten schulischen Problemen, ›energetische Ganzheitsmethode‹ – meist in Form von sogenannten ›Sitzungen‹ – verkauft.

Probleme entstehen dadurch, daß

- all diese Methoden von Laien oder selbsternannten ›Kinesiologen‹ aus Lehr- und Hilfsberufen (Lehrer, Soziologen, Sozialarbeiter u.a.m.), aber auch von Angehörigen ärztlicher und nichtärztlicher Heilberufe (Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Physiotherapeuten, Psychologen/Psychotherapeuten u.a.m.) angewendet werden
- für die Arbeit all dieser ›Kinesiologen‹ keinerlei allgemeingültige fachliche Voraussetzungen oder Qualitätsnachweise vorliegen
- weder interessierte Patienten noch medizinische/therapeutische Fachgesellschaften noch staatliche/behördliche Stellen noch potentielle Kostenerstatter (Versicherungen/Beihilfe) einen kompetenten und anerkannten Ansprechpartner haben
- damit die Kostenerstattung durch private und gesetzliche Krankenversicherer zu Recht nicht möglich ist
- trotz aller Fragwürdigkeit in der Ausbildung die jeweiligen ›Kinesiologen‹ oft verblüffend erfolgreich sind
- gleichzeitig die seriöse Applied Kinesiology (AK), die nach dem Begründer der Methode, dem amerikanischen Chiropraktiker Dr. George Goodheart, nur Angehörigen ärztlicher und nichtärztlicher Heilberufe gemäß definierter Lehrpläne gelehrt wird, erhebliche Differenzierungs- und Abgrenzungsprobleme zur ›Kinesiologie‹ hat.

ABSTRACT:

ICAK-D und IÄAK grenzen in ausführlicher Darstellung die **AK (Applied Kinesiology)** von der ›Kinesiologie‹ ab, mit besonderem Hinweis auf Geschichte und Ausbildungsregelungen.

ICAK-D and IÄAK differenciate in a detailed manner **AK (Applied Kinesiology)** from ›Kinesiologie/TFH‹ with a special sideglance to history and educational standards.

Die Vorstände von ICAK-D (International College of Applied Kinesiology-Deutschland) und IÄAK (Internationale Ärztegesellschaft für Applied Kinesiology) sehen sich deshalb gezwungen, zur Problematik der ›Kinesiologie‹ Stellung zu nehmen.

II. Geschichte

Goodheart entwickelte die Methode seit 1964 und begründete 1974 zusammen mit einigen seiner ersten Schüler das International College of Applied Kinesiology (ICAK) als internationale Organisation zur Förderung von Forschung und Lehre auf dem Gebiet der AK.
Kurze Zeit später gründete Goodheart – zusammen mit dem heutigen ›Kopf‹ der ›Touch-for-Health‹-Bewegung (s.unten), John F. Thie, D.C. und einigen weiteren amerikanischen Chiropraktikern - eine **reine Laienorganisation: Touch-for-Health (TFH).**

Goodheart und die anderen Begründer wollten über die TFH-Organisation ihren Patienten und anderen interessierten **Laien** die Grundzüge dessen erklären, was sie selbst ➔

→ als qualifizierte Chiropraktiker mit 4jähriger Universitätsausbildung mit dieser neuartigen Muskeltestmethode an Diagnostik durchführten.
Goodheart selbst wollte als Grenze der Weitergabe von Informationen aus der AK an Laien einige einfache Muskeltests, das Arbeiten mit einfachen Reflexpunkttechniken (NL und NV = Neurolymphatische und Neurovaskuläre Reflexpunkte), einfachen Akupressur- bzw. Meridiantechniken und simplen Nahrungsmitteltests als reine Selbsthilfe im familiären Bereich sehen (z.B. für Mütter von allergischen Kindern).
Thie und andere TFH-Mitbegründer expandierten jedoch mit einem eleganten Schneeball-System die TFH-Organisation so schnell, daß Goodheart bereits ein Jahr später die Organisation wieder verließ - unter allerdings nutzlosem Protest.

Im Verlauf der 70er und frühen 80er Jahre war die Expansion so stark, daß bald viele Tausende von Laien, aber auch Therapeuten verschiedenster Richtungen in USA diese auf den ersten Blick so verblüffend einfache Methode mehr oder weniger gut erlernten.
Zur TFH-Literatur und zu den Ausbildungsmöglichkeiten sei auf das Freiburger ›Institut für Angewandte Kinesiologie‹ verwiesen (siehe Literatur).

Im gleichen Zeitraum entwickelte sich ICAK wesentlich langsamer – was aufgrund der strengeren Ausbildungskriterien und der Beschränkung ausschließlich auf staatlich anerkannte Therapieberufe nicht verwunderlich ist.
Die beiden Begründer des Freiburger Instituts, die Heilpraktiker Mathias Lesch und Alfred Schatz, wurden in den frühen 80er Jahren Mitglied von ICAK, legten aber niemals die Prüfung zum ›Diplomate ICAK‹ ab – nach den Kriterien von ICAK bis zum heutigen Tag die Voraussetzung, um AK international anerkannt lehren zu können.
Tatsächlich wurden Lesch und Schatz unter falscher Berufsbezeichnung (D.C.!) in der ICAK-Datei geführt und traten dann Ende der 80er-Jahre aus ICAK wieder aus.
Es ist also festzuhalten, daß die beiden Begründer des Freiburger Instituts für Angewandte Kinesiologie mindestens seit Mitte der 80er-Jahre wissen, daß sie für die Lehre der Applied Kinesiology (AK) nach George Goodheart nicht qualifiziert sind.

III. Heutige Situation

a) International College of Applied Kinesiology (ICAK)

Die von Goodheart gegründete weltweite Organisation ist in sogenannte ›Chapters‹ untergliedert, die für einzelne Länder oder Sprachbereiche verantwortlich sind.

b) International College of Applied Kinesiology (ICAK-D)

ICAK-D, eingetragen in München, ist die offizielle ICAK-Unterorganisation für die deutschsprachigen Länder.
Adresse: ICAK-D, Leopoldstr. 33, 80802 München, Fax 089 - 38100318

c) Internationale Ärztegesellschaft für Applied Kinesiology (IÄAK)

Die IÄAK wurde 1993 gegründet, um gegenüber den berufsständischen Gremien der Ärzteschaft, staatlich/behördlichen Stellen sowie innerhalb ICAK die Interessen von Ärzten und Zahnärzten zu vertreten, die mit klassischer AK arbeiten.
Seit 1994 ist die IÄAK von ICAK als sogenannte ›Interchapter Affiliation‹ für ärztliche/zahnärztliche Mitglieder anerkannt.
Für Ärzte und Zahnärzte im deutschsprachigen Raum ist die Doppelmitgliedschaft in ICAK-D und IÄAK empfohlen.

ICAK-D und IÄAK empfehlen seit Jahren allen Mitgliedern dringend, die Bezeichnungen ›Angewandte Kinesiologie‹, ›Kinesiologie‹, ›kinesiologisch‹ usw. in Verbindung mit ihrer Arbeit in der Praxis nicht zu verwenden.
Zitat aus dem Rundschreiben 5/97:
›Wegen der Wichtigkeit des Themas ersuchen wir alle unsere Mitglieder, sowohl verbal im Gespräch mit Kollegen und Patienten als auch schriftlich bei medizinischen Publikationen, Patienteninformationsschriften, Rechnungen usw. die Worte ›Kinesiologie‹, ›kinesiologisch‹ und ›Kinesiologe‹ bzw. ›Kinesiologin‹ auf keinen Fall zu verwenden.
Wir weisen darauf hin, daß die Beihilfestellen bereits seit Jahren ›kinesiologische Behandlungen‹ o.ä. nicht mehr erstatten dürfen und daß außerdem mehrfach von ärztlichen und zahnärztlichen Standesorganisationen wie Gutachtern die ›Kinesiologie‹ als nicht-seriös und sogar als unethisch bezeichnet wurde. Wir bitten deshalb alle Anhänger der klassischen AK, sich auch in Wort und Schrift von der ›Kinesiologie‹ zu differenzieren!‹

d) Es läßt sich somit eindeutig feststellen, daß die klassische AK in den deutschsprachigen Ländern für die ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufe seit 1993 gemäß den Kriterien des Begründers der Methode gelehrt wird. Warum aber greift die Laienversion ›Kinesiologie‹ so um sich?

Die Übersetzung von ›Applied Kinesiology‹ ins Deutsche ist ›Angewandte Kinesiologie‹ →

➔ – und Goodheart hat weder für die USA noch irgendein anderes Land der Welt ein Copyright oder ähnliches eintragen lassen. Der Begriff ›Applied Kinesiology (AK)‹ ist also ungeschützt.
Lesch und Schatz waren schlau genug, bereits 1989 die ›Deutsche Gesellschaft für Angewandte Kinesiologie (DGAK)‹ mit Sitz in Freiburg als e.V. zu gründen (s. oben).
Mit zunehmendem Erfolg lehrte ihr Freiburger Institut seit den 80er-Jahren die ›Kinesiologie‹ – zuerst in ›TFH-Kursen‹, dann zunehmend unter Verwendung anderer Namen: ›Angewandte Kinesiologie‹, ›Educational Kinesiology‹, ›Three-in-One‹, ›Edu-Kinesthetik‹ u.a.m.

Aus der Sicht des Außenstehenden erscheint es so, daß die TFH-Bewegung seit ca. 6-8 Jahren versucht, von ihrem eigentlichen Namen wegzukommen und diesen durch den Ausdruck ›Kinesiologie‹ mit oder ohne zusätzliches Anhängsel zu ersetzen.
Dies geschieht weltweit durch die Begriffe ›Specialized Kinesiologies‹ als Überbegriff und dann die jeweils aus verschiedenen Schulen und Ländern kommenden Unterbegriffe; im Deutschen also ›Angewandte Kinesiologie‹, ›Edu-Kinesthetik‹, ›Kinesiologie‹ und – in jüngster Zeit – der ›Psychokinesiologie‹ mit ihrem Protagonisten Dr. Klinghardt.
Auch wurde bereits eine internationale Konkurrenzorganisation zu ICAK gegründet: ›IKC‹ = ›International Kinesiology College‹.

IV. Zur Differenzierung

Angesichts der offenkundigen Versuche der Laienorganisation TFH und ihrer Ableger, den Ausdruck ›Kinesiologie‹ weltweit zu besetzen, ist es für den Außenstehenden prima vista oft unmöglich, zwischen seriös arbeitenden Therapeuten mit fundierter Ausbildung in AK einerseits und Therapeuten oder Laien mit einer mehr oder weniger guten ›Kinesiologie-Ausbildung‹ zu unterscheiden.
Erschwerend kommt hinzu, daß es durchaus Ärzte, Zahnärzte und Heilpraktiker gibt, die auch mit einer ›TFH/Kinesiologie/Laienausbildung‹ gute und seriöse Arbeit leisten.

Entscheidend sind aus der Sicht von ICAK-D und IÄAK folgende Punkte:

1. Zu jeglicher Diagnose darf **niemals** das Ergebnis eines oder mehrerer Muskeltests **alleine** herangezogen werden; vielmehr ist die AK-Testung nur **eine** klinische Untersuchungsmethode, die immer durch eingehende Anamnese, körperliche Untersuchung, und – je nach Fall – andere klassische Untersuchungsverfahren ergänzt werden muß.

2. Den Berufsbegriff ›Kinesiologe‹ kann es eigentlich gar nicht geben, da klassische AK ausschließlich für ärztliche und nichtärztliche Heilberufe gelehrt wird. Der jeweilige Arzt oder Heilpraktiker wendet gegebenenfalls die AK als ein Verfahren im Rahmen seiner Tätigkeit an, ähnlich wie klassische manuelle Untersuchungstechniken, Sonographie oder Labormethoden u.a.m.

3. ICAK-D und IÄAK haben seit 1993 in den **deutschsprachigen Ländern** die Ausbildung in klassischer Applied Kinesiology für folgende ärztliche und nichtärztliche Heilberufe definitiv, d.h. mit eigenem Ausbildungsgang und Abschlußprüfung, geregelt:

Ärzte und Zahnärzte:
Mindestens 160 Ausbildungsstunden gemäß Ausbildungsprogramm der IÄAK; Abschlußprüfung zum **›A-Diplom IÄAK‹**

Heilpraktiker:
Mindestens 149 Ausbildungsstunden gemäß Ausbildungsprogramm des ICAK-D; Abschlußprüfung zum **›HP-Diplom ICAK-D‹**

Physiotherapeuten:
Mindestens 146 Ausbildungsstunden gemäß Ausbildungsprogramm des ICAK-D; Abschlußprüfung zum **›AK-Physio-Diplom ICAK-D‹**

4. Auf internationaler Ebene gilt für alle Angehörigen ärztlicher und nichtärztlicher Heilberufe als Abschluß der Grundausbildung in AK der ›Test of Clinical Competence‹, der frühestens nach 100 anerkannten Ausbildungsstunden abgelegt werden kann. ➔

LITERATUR:

☞ Gerz, W.: ›Das ist Applied Kinesiology‹, 2. Aufl., 1997, AKSE Verlag, Sonnenlängstr. 2, 81369 München
☞ Gerz, W.: Lehrbuch der Applied Kinesiology (AK) in der naturheilkundlichen Praxis, 1996, AKSE Verlag, Sonnenlängstr. 2, 81369 München
☞ Goodheart, G.J., Jr.: ›You'll be Better – The Story of Applied Kinesiology‹, Printing, Geneva, Ohio 44041, in Deutschland: AKSE Verlag, Sonnenlängstr. 2, 81369 München
☞ Schimkus, M.: Psychokinesiologie und Erlösungsphantasien: Kritik am Umgang mit dem sogenannten unerlösten seelischen Konflikt (in Vorbereitung)
☞ Thie, J.F.: ›Gesund durch Berühren‹, VAK Verlagsgesellschaft, Eschbachstr. 5, 79199 Kirchzarten
☞ Walther, D.S.: ›Applied Kinesiology Synopsis‹, 1988 Systems DC, Pueblo, Colorado

➔ Die Lehrberechtigung in klassischer AK ist von ICAK und IÄAK geregelt.

5. ICAK-D und IÄAK empfehlen allen Angehörigen ärztlicher und nichtärztlicher Heilberufe mit Interesse an der AK dringend, eine Ausbildung gemäß den o.g. Kriterien zu absolvieren und auch Mitglied in ICAK-D und – dies gilt nur für Ärzte/Zahnärzte – der IÄAK zu werden.

6. ICAK-D und IÄAK distanzieren sich von allen übrigen Anwendern ›kinesiologischer Muskeltests‹ und bieten gleichzeitig allen staatlichen oder behördlichen Gremien, Kostenträgern oder medizinischen Fachgesellschaften ihre Hilfe an bei der Bewertung von und Auseinandersetzung mit Vertretern dieser Verfahren.

V. Kann ›Kinesiologie‹ schaden?

Eigentlich ist eine **direkte** Schädigung durch unsachgemäße ›kinesiologische‹ Muskeltestverfahren unwahrscheinlich und im wesentlichen begrenzt auf leichtere orthopädische Probleme, die bei Überlastung von Gelenken oder schmerzhaften bzw. pathologisch veränderten Abschnitten des Bewegungsapparates auftreten können.

Indirekt kann sich ›Kinesiologie‹ – wie jedes unsachgemäß angewendete Diagnose- oder Therapieverfahren – auf mannigfaltige Art und Weise schädlich auswirken.
Dabei muß man grundsätzlich unterscheiden:

a) Falsche Indikationsstellung für eine bestimmte Therapieform (medikamentös, manualmedizinisch, chirurgisch, prothetisch, psychotherapeutisch, übende Verfahren betreffend…)
b) Falsche Empfehlungen in Bezug auf Allergenkarenz, Ernährungrichtlinien, ›Life Style Modification‹ u.a.m.
c) Finanzielle Schädigung: Geld für sinnlose bzw. falsche Diagnose/Therapie
d) Unterlassung sinnvoller und notwendiger Diagnose- und Therapieformen

Zu a): Dies ist tatsächlich öfter ein Problem in den ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen. Zuständig sind dann die jeweiligen Standesorganisationen bzw. staatliche Stellen.

Zu b): Hier wird es äußerst schwierig sein, irgendeinem ›Kinesiologen‹ bei auch noch so abstrusen Empfehlungen grobe Fehler oder Fahrlässigkeit nachzuweisen. Auch Laien können Empfehlungen geben, wem und wie sie wollen, sodaß der ›Markt‹ hier regeln muß und wird.

Zu c): Hier gilt sinngemäß das gleiche.

Zu d): ›Kinesiologisch‹ arbeitende Ärzte, Zahnärzte und andere Angehörige ärztlicher und nichtärztlicher Heilberufe ›sündigen‹ hier wohl am häufigsten: wissend oder nichtwissend verkaufen sie den Patienten die ›kinesiologische Testung‹ oder ›Sitzung‹ und nehmen sich selbst und ihren Patienten dadurch die Möglichkeit, mit Hilfe der klassischen AK und sauberer klinischer Vorgehensweise zu sinnvollen Ergebnissen zu kommen. Wenn Laien durch ›Kinesiologie‹ Diagnosen stellen oder Therapien an Stelle eventuell indizierter anderer Therapien durchführen, so handelt es sich streng genommen um Verstöße gegen das Heilpraktikergesetz.

Aus der Sicht von ICAK-D und IÄAK sind vor allem die Möglichkeiten a) und d) problematisch; hier könnten durchaus Verfahren gegen Angehörige ärztlicher und nichtärztlicher Heilberufe in Zukunft in zunehmender Zahl notwendig werden.

Folgende Probleme sind bereits häufig an ICAK-D und IÄAK herangetragen worden:

1. Verträglichkeitstestungen auf Nahrungsmittel oder andere Allergene bzw. Noxen brachten bei falscher Durchführung oft falsche Ergebnisse.

2. Fehlerhafte Testungen von Heilmitteln oder Medikamenten führten zur Rezeptierung unverträglicher oder nicht indizierter Medikamente – mit oder ohne Nebenwirkungen.

3. Insbesondere bei Schulkindern mit Teilleistungsstörungen, Hyperaktivität usw. werden häufig von den Lehrern der Kinder nachmittags ›kinesiologische Sitzungen‹ angeboten, die oft bis zu DM 100.-/Stunde kosten. ➔

ADRESSEN:

- IÄAK: St. Veiter Str. 34, A-9020 Klagenfurt
Tel. 0043-664-1801110; Fax: 0043-463-358000
- IÄAK Büro Deutschland: Schützenstr. 12 a, 82229 Seefeld
Tel.: 08152-79080; Fax: 08152-79273
- ICAK-D: Leopoldstr. 33, 80802 München
Tel.: 089-3810030; Fax: 089-38100318
- Institut für angewandte Kinesiologie GmbH: Eschbachstr. 5, 79199 Kirchzarten, Tel.: 0761-73308

➔ 4. Bei der gleichen Patientengruppe werden oft sinnlose oder sogar irritierende ›kinesiologische Übungen‹ (›Liegende Acht‹, ›Cross Crawl‹ etc.) eingesetzt, anstatt zu Beginn und dann auch bei regelmäßigen Kontrollen die Kinder funktionell-neurologisch mit AK zu untersuchen und dann entsprechend zu behandeln.

5. Auf dem Gebiet der Psychosomatik bzw. Psychotherapie wird häufig ›kinesiologisch‹ gearbeitet mit dem primären Ziel der Beeinflussung des Patienten in eine bestimmte Richtung; sogar verschiedene Sekten (Scientology, Borne Again u.a.) machen sich hierzu die ›Kinesiologie‹ zunutze.
Der derzeitige › Gipfel‹ aus ärztlicher Sicht ist die ›Psychokinesiologie‹ nach Dr. Klinghardt (siehe hierzu Schimkus), die aus Sicht der AK nichts anderes ist als eine circensische Esoterikperformance eines primären Selbstdarstellers.

6. Größte Probleme bestehen in der Zahnmedizin, da hier sowohl die Indikation für operative Eingriffe (Extraktionen, Revisionen) als auch aufwendige Prothetik mit erheblichen gesundheitlichen und finanziellen Konsequenzen oft aufgrund fehlerhafter ›kinesiologischer Testverfahren‹ gestellt wird.

Die Sichtweise von IÄAK und ICAK-D ist dann klar: Lege artis durchgeführte Untersuchungen und Behandlungen mit AK, basierend auf einer von ICAK und IÄAK anerkannten Ausbildung, werden wir unterstützen.
›Kinesiologische Verfahren‹ werden wir als nicht seriös bzw. als nicht unseren Richtlinien entsprechend bezeichnen müssen. ←

Gemeinsame Erklärung von IÄAK und ICAK-D

DR. EUGEN BURTSCHER

Applied Kinesiology (AK) und Neuraltherapie – Fallbericht

Anamnese:
42jähriger Patient, seit 2 Jahren rezidiverende Schulterschmerzen links mit Bewegungseinschränkung. Der Patient kann besonders nachts nicht auf der linken Schulter liegen.
Vom Orthopäden erhielt der Patient – bei radiologisch und sonographisch unauffälligem Schulterbefund – vor 1,5 Jahren eine Cortisoninjektion ins Schultergelenk.
Da die Beschwerden sich daraufhin nur für einen Tag besserten, wurde stationär eine Schmerz-Infusionstherapie für eine Woche duchgeführt. Anschließend waren die Schulterbeschwerden für ca. 1 Jahr deutlich gebessert.
Jetzt zeigt sich seit einem halben Jahr weder auf physikalische Maßnahmen noch auf nichtsteroidale Antirheumatika und/oder örtliche Cortison-Injektionen eine anhaltende Besserung. Der Patient gibt sogar an, daß auf lokale Injektionen eine Verschlechterung eingetreten war.

Erstuntersuchung:
Starke Schmerzhaftigkeit bei passiver und aktiver Bewegung der Rotatoren; Anteversion und Abduktion aktiv deutlich eingeschränkt. Keine Schwellung, keine entzündlichen Veränderungen, keine deutlich lokalisierbaren Schmerzpunkte.
Eine manuelle Korrektur nach Testung mit Applied Kinesiology bei C6 mit positiver Therapielokalisation (TL) und positivem Challenge bringt keine Befundänderung an der Schulter.

Frühere Anamnese:
Tonsillektomie als Kind; vor 3 Jahren Verletzung am Daumengrundgelenk links mit anschließender operativer Sanierung – seither spürt der Patient diese Narbe bei Wetterwechsel.

Diagnostik mittels Applied Kinesiology:
Schwache und überwiegend schmerzhafte Muskeln beim AK-Muskeltest an der linken Schulter: Deltoideus, Infraspinatus, Subscapularis, Teres minor, Serratus. ➔

ABSTRACT:

Anhand eines Falles wird der Einsatz der AK bei der Diagnostik von Störfeldern dargestellt.

Along with a case history the diagnostic procedure of focus with AK is presented.

➔ Die Tonsillennarben zeigen eine positive TL mit Normalisierung auf Xyloneural®. Während der TL an die Tonsillennarben reagieren einzelne anfangs schwache Muskeln mit einer Stärkung. Die ebenfalls positive TL der Daumennarbe reagiert auf das homöopathische Komplexmittel Traumeel®. Bei gleichzeitiger Daumen-TL und Tonsillennarben-TL (Doppel-TL) heben sich diese auf.

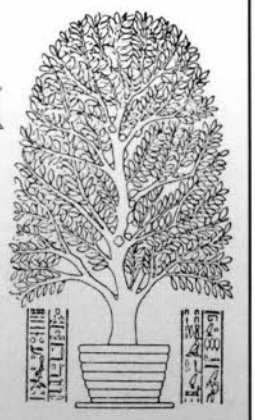
Neuraltherapie:
Nach neuraltherapeutischer Injektion der Tonsillennarben und der Daumennarbe mit den getesteten Substanzen (Xyloneural®, Traumeel®) zeigte sich eine deutliche Besserung der aktiven und passiven Beweglichkeit. Die Schmerzhaftigkeit reduzierte sich fast schlagartig um über 50% und beim AK-Muskeltest sind 3 von 5 zuerst schwachen Muskeln jetzt stark. Vier Tage darauf war der Patient nahezu beschwerdefrei und konnte nachts auf der linken Schulter liegen.
Die Neuraltherapie wurde noch zweimal im Abstand von einer Woche wiederholt. Die Daumennarbe war anschliessend nicht mehr wetterempfindlich. Die Schulter selbst wurde nicht behandelt.

Diskussion:
Offensichtlich war der Regelkreis von Lunge/Dickdarm (nach der Akupunktur-Lehre) durch die seit Kindheit bestehenden Tonsillennarben vorbelastet. Eine weitere Narbe im Meridianverlauf (Daumennarbe) führte schließlich zur Dekompensation (Zweitschlag). Man beachte: Der Beginn der Beschwerden erfolgte erst ein Jahr nach der OP am Daumen. Die Wetterempfindlichkeit der Daumennarbe weist zwingend auf ein Störfeld hin. Auch die Verschlechterung auf eine lokale Therapie zeigt auf eine/ mehrere Störung(en) abseits der Schulter und weniger auf ein lokales Geschehen.
Bei einem Beschwerdebild, bei dem von zwei Seiten (hier bezugnehmend auf Akupunktur - Meridian - Organ - Zusammenhänge) eine Störzone gefunden wird, ist die Chance groß, mittels gezielter Neuraltherapie eine rasche Besserung zu erzielen.
Gerade die AK bietet hier eine effiziente diagnostische Kontrolle für die Neuraltherapie. Es konnten sowohl die wirksamen Mittel, als auch der energetische Zusammenhang von beiden Narben mittels dem Instrument der TL (+Doppel-TL) gefunden werden. Ebenfalls zeigte sich bei der AK-Muskeluntersuchung, daß durch eine positive TL nicht jeder schwache Muskel mit einer Stärkung reagieren muß oder kann. ←

Dr. med. Eugen Burtscher
Eisengasse 6/II, A-6850 Dornbirn,
Fax: 0043-(0)5572-319459

Anzeige

INDISCHER WEIHRAUCH



Erstmalig registriert in Deutschland
Qualität amtlich geprüft

OLIBANUM RA

Tropfen / Tabletten / Salbe

Olibanum RA - Tropfen Homöopathisches Arzneimittel
(Reg.-Nr. 39 240.00.00)
Zusammensetzung: 10 ml enthalten: Arzneilich wirksame Bestandteile:
Olibanum Ø (HAB 1, V 4a) 10,0 ml
Enthält 90,2 Vol.-% Alkohol.
Gegenanzeigen: Alkoholkranke, Leberkranke, Kinder unter 12 Jahren.
Neben-, Wechselwirkungen: Keine bekannt.

Olibanum RA - Tabletten Homöopathisches Arzneimittel
Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Arzneilich wirksame Bestandteile:
Olibanum D 1 trit. (HAB 1, V 6) 250 mg
Gegenanzeigen, Neben-, Wechselwirkungen: Keine bekannt.

Olibanum RA - Salbe Homöopathisches Arzneimittel
Zusammensetzung: 10 g enthalten: Arzneilich wirksame Bestandteile:
Olibanum Ø (HAB 1, V 4a) 1,0 g
Gegenanzeigen, Neben-, Wechselwirkungen: Keine bekannt.

Ärzte-Muster und Info-Broschüre
„Aktuelle Weihrauch-Forschung" gratis bei:
Fritz Zilly GmbH · Postfach 1318 · 76502 Baden-Baden

WOLFGANG GERZ

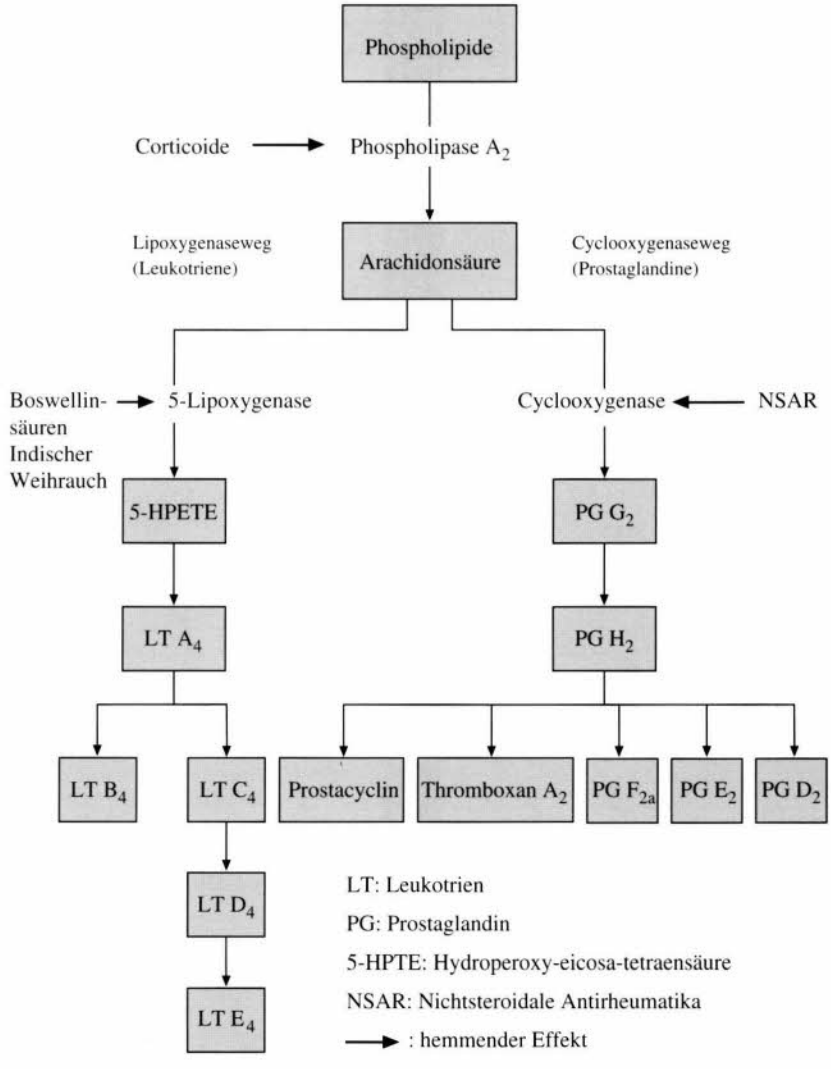
Indischer Weihrauch (Boswellia) – der pflanzliche Lipoxygenasehemmer

Spätestens ab dem Kurs AK 1 haben wir bisher immer mit allen Kursteilnehmern diskutiert, was sozusagen das Gegenstück zur Testung mit der Mischung aus nicht-sterioidalen Antirheumatika (NSAR) für unsere AK-Testung sein kann.
In der Praxis hat wohl jeder, der mit Schmerzpatienten zu tun hat, täglich das Problem der Alternative bzw. der Ergänzung der Therapie zu den NSAR – selbst wenn sie symptomatisch wirken.

Aus der indischen Medizin ist seit Jahrtausenden der Gebrauch des indischen Weihrauchs bei verschiedensten entzündlichen Erkrankungen bekannt. In den letzten Jahren wurde genau erforscht, wie der Wirkmechanismus der Wirksubstanzen (die sogenannten Boswellinsäuren) des indischen Weihrauchs ist.
Der derzeitige Stand des Wissens ist in der Abbildung 1 gezeigt.
Nachdem seit Jahren das Präparat H15® intensiv beworben wurde, in der Praxis der AK-Testung aber häufig ein neutrales oder gar schlechtes Testergebnis erbrachte und auch von den Patienten subjektiv nicht als sonderlich hilfreich angegeben wurde, war ich angesichts des bekannten Wirkmechanismus der Boswellia-Substanzen froh, vor etwa zwei Jahren eine Mustersendung mit Olibanum RA®-Tropfen zu erhalten.
Dieses Präparat ist eine nach dem homöopatischen Arzneibuch (HAB) hergestellte Urtinktur und zeigt sich in meiner Praxis seit zwei Jahren als deutlich überlegen gegenüber dem H 15® in der AK-Testung – und in der klinischen Wirksamkeit!

Testmöglichkeiten mit AK:
1. Ausgehend vom schmerzhaften, schwachen oder hypertonen Muskel testen wir mit einem Tropfen oral, ob weitgehende Schmerzreduktion oder/und Normotonus erreicht wird.
Sollte dieses Ergebnis auftreten, so ist Olibanum RA® sofort indiziert.
2. Nimmt der Patient bisher NSAR, so sind diese auf Verträglichkeit zu testen.
Im Fall der ›guten‹ Testung ➔

Abbildung 1
Biosynthese von Leukotrienen und Prostaglandinen aus Phospholipiden



➔ (NC durch NSAR oder zumindest Verträglichkeit von NSAR mit subjektiver Schmerzlinderung für den Patienten) bleibt das bisherige Vorgehen mit dem Ziel der Balancierung des Prostaglandinstoffwechsels bestehen:
Testung der pflanzlichen Öle (Leinöl, Hanföl, Sonnenblumenöl, Borretschöl etc.) als Vorläuferstufen sowie auf jeden Fall Überprüfung der wichtigsten Cofaktoren des Prostaglandinstoffwechsels:
Zink, B3, B6, Magnesium, Vit.E.
Olibanum RA® kann dann separat getestet werden und zusätzlich gegeben werden, wenn es ebenfalls NC ist!
3. Sollte dagegen auf das NSAR-Präparat eine Schwächung oder ein Hypertonus entstehen, so ist direkt gemäß dem Prinzip der antagonistischen Testung ein Tropfen Olibanum RA® hinzuzugeben; wird hierdurch NC erreicht, so ist die Therapie mit NSAR kontraindiziert und die Therapie mit Olibanum RA® eindeutig die Therapie der Wahl.

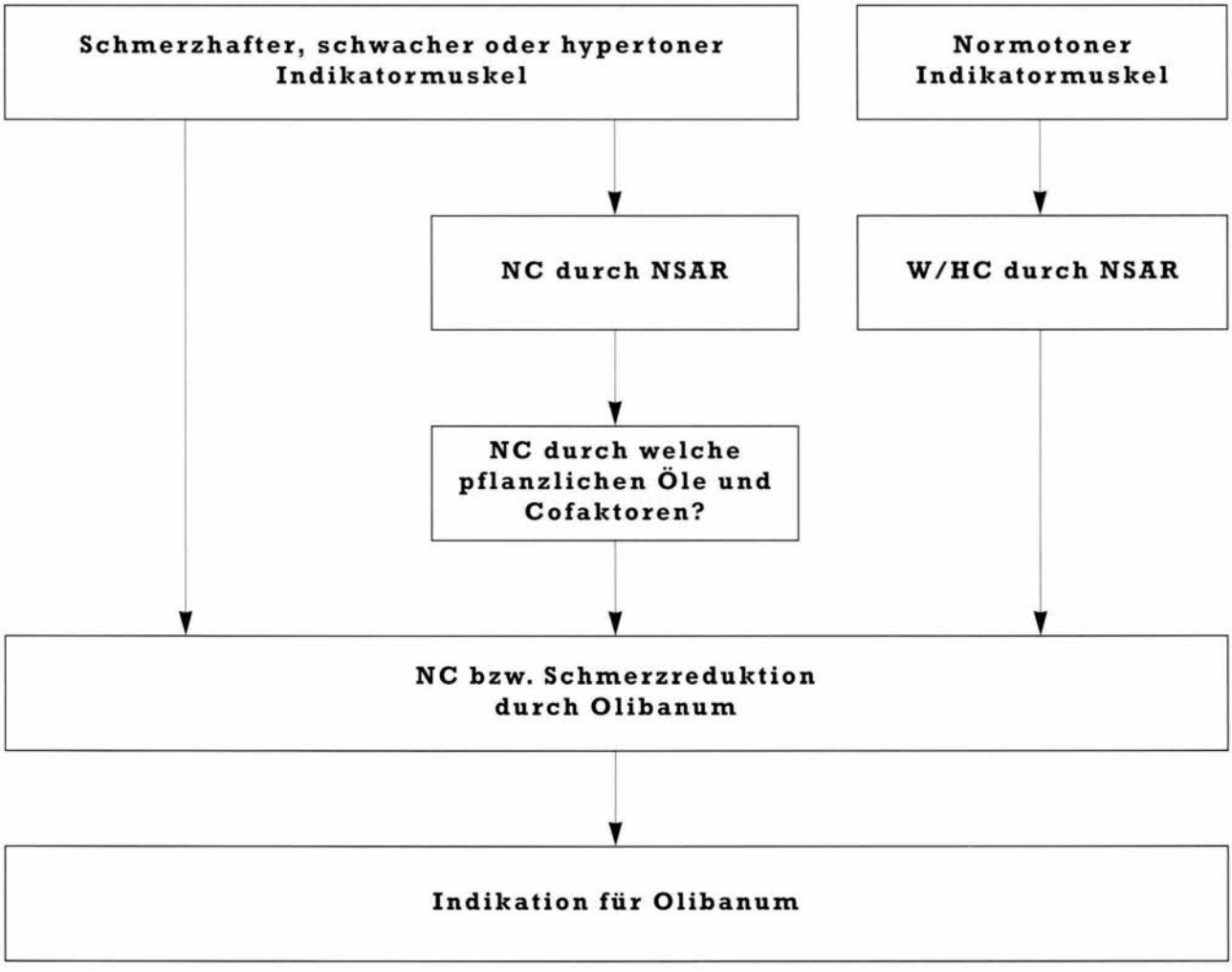
Literatur zu den Olibanum-Präparaten (neben den Tropfen, die wir ausschließlich zur Testung verwendet haben, sind auch Tabletten, Globuli und eine Salbe erhältlich) ist direkt erhältlich von:

Firma Fritz Zilly GmbH Baden-Baden
Postfach 1318, 765502 Baden-Baden, Tel.: 07221-73734
Fax: 07221-73733

Ich würde mich freuen, wenn ich auch von anderen AK-Praxen Rückmeldungen zur Effizienz der Olibanum-Therapie erhalten würde! ←

Wolfgang Gerz, Arzt, Diplomate ICAK Sonnenlängstraße 2, 81369 München, Fax: 089-781928

Abbildung 2
Flußdiagramm zur Testung von Olibanum



FRITZ JUNGHANS

Erste Erfahrungen mit Boswellia serrata

Zwei Fälle aus der Praxis

ABSTRACT:

Der Einsatz der **Boswellinsäure** als **Lipoxygenase-Hemmstoff** wird in zwei Fällen chronisch entzündlicher Systemerkrankung demonstriert.

In two cases of chronic inflammatory disease the treatment with **Boswellia acid** as an **inhibitor of the Lipoxygenase** is shown.

Krankheitsbilder mit autoaggressivem Charakter stellen den Behandler immer wieder auf die Probe. Therapieziel ist hier meist nicht eine letztendliche Heilung, sondern vielmehr die Vermeidung von Rezidiven, wie bei der Colitis Ulcerosa (Fall 1) oder die Einsparung von schmerzlindernden aber nebenwirkungsbehafteten Allopathika (Fall 2).

Erhöhte Leukotrienwerte und daraus resultierende überschießende Reaktionen des Komplementsystems mit der Bildung von Immunkomplexen und diversen Entzündungsfaktoren werden für viele autoaggressive Krankheiten verantwortlich gemacht.

Ein neues Therapieprinzip aus dem Pflanzenreich ist der Indische Weihrauch – Boswellia serrata. Neuere Untersuchungen zur Wirkung der Boswellinsäuren auf das Komplementsystem von Wagner et al. legen nahe, daß diese als Komplement-Inhibitoren wirken und so durch ihren selektiv hemmenden Effekt auf die 5-Lipoxygenase die Biosynthese der Leukotriene unterbinden.
Diese Erkenntnisse legen nahe, dieses Therapieprinzip in geeigneten Fällen mit einzubeziehen.

Fall 1: Waltraud P., geb. 1955, Colitis Ulcerosa seit 1985.
In Behandlung hier seit 1989. Vorher behandelt mit Decaprednil 40mg und Salofalk. Unter dieser Therapie regelmäßig Rezidive.

Therapie in meiner Praxis:
Horvi C33 und C 300 sowie Horvi-Russelli, parenteral und oral als Dauertherapie. Nach ca. 4 Monaten keine Durchfälle mehr, aber noch schlechte Eisenwerte. Therapie: Iron Picolinate (das einzige Präparat, das den schwachen Tensor stärkte). In der Folge Normalisierung der Eisenwerte (Juni 1990) und allmähliche Besserung der immer erhöhten BKS. Auch Ernährungsfehler werden nun toleriert. Unter dieser Therapie rezidivfrei von 1990 bis Oktober 1997!
Durch psychischen Stress Rezidiv im Oktober 1997 mit ausgedehnten Entzündungen im Bereich des Transversum und des Deszendens, Sigma und Rektum frei. Durchfälle mit Blut.
Therapie: Initial 60mg Corticoide tgl., Horvipräparate wieder 2 x wö. parenteral und zusätzlich ab Dezember 97 Olibanum RA Tabl. 3x2 tägl. (stärkt im AK-Test alle schwachen Muskeln). Unter dieser Zusatztherapie sistieren die Duchfälle ab 1. Jan. Woche '98. Corticoide noch 20 mg, werden langsam abgebaut.
Nachbehandlung: Die Therapie mit Horvi-Präparaten hat die vorher stets nachwachsenden Darmpolypen erfolgreich verhindert; es wurden bei der ersten Darmspiegelung nach 7 Jahren keine gefunden.
Patient fühlt sich subjektiv (Ende Januar 98) wieder ok.

Fall 2: Johannes K., geb. 1940, seit 1994 berufsunfähig wegen PCP, wobei besonders die Handgelenke betroffen sind.
Patient benötigt, um die Schmerzen einigermaßen auszuhalten, große Mengen an NSAR auch als Zäpfchen. Da er sich über die Langzeitauswirkungen dieser Medikamente informiert hatte (Niereninsuffizienz etc.) erscheint er im August '97 in der Praxis.
Therapie: Regenaplexe, Horvi Crotalus, Vit. E Steirocall. Daneben manuelle Moxatherapie, Fußreflexzonen. Während dieser Therapie baut der Patient die NSAR langsam ab. Ab Dezember '97 zusätzlich Olibanum RA 3x2 Tabl. täglich. Anfang Januar '98 berichtet der Patient, die Weihrauchtabletten hätten eine weitere Schmerzreduktion gebracht, so daß er nun fast ganz auf die ›chemischen‹ Mittel verzichten könne.
Die Therapie wird in diesem Sinne weitergeführt.

Fritz Junghans, Heilpraktiker
Essenbügl 14, 93176 Beratzhausen

DR. WERNER KLÖPFER

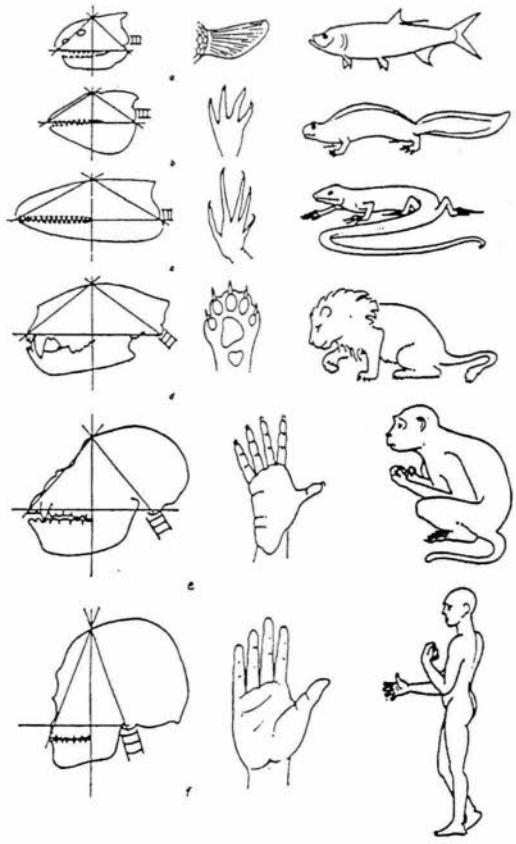
Kiefergelenk und Statik – ein Erbe aus grauer Vorzeit –

Viele Forschungsergebnisse liegen in einem Dornröschenschlaf bis ihre Bedeutung entdeckt wird. Das scheint auch für das Kiefergelenk zu gelten. Die reflektorischen Zusammenhänge zwischen Kiefergelenk, Wirbelsäule und Haltung zeigen neue Wege der Therapie; die neurophysiologischen Pfade über den N. trigeminus sind in ihrer Komplexität noch lange nicht vollständig erforscht und bisher noch kein Allgemeingut der Medizin geworden.

Bereits vor über 30 Jahren veröffentlichte der Franzose André Leroi-Gourhan paläontologische Forschungsergebnisse, die aus phylogenetischer Sicht Erklärungsmodelle für den Zusammenhang zwischen Kiefergelenk und Statik liefern.

Bei den im Wasser lebenden Wirbeltieren lagen aufgrund der geringeren Schwerkraftanforderungen Kopf und Wirbelsäule in einer horizontalen Linie, war die Hauptbewegung des Rumpfes in der Horizontalen, konnten Oberkiefer und Unterkiefer beweglich sein. Mit dem allmählichen Verlassen des Wassers wurden erhöhte Anforderungen an die mechanische Organisation der Wirbelsäule und der Extremitäten gestellt. Davon nicht zu trennen ist die Aufhängung des Schädels als Steuerungselement des übrigen Körpers. Umformungen des Schädels waren ohne Veränderungen des Gebisses nicht möglich, da Änderungen der Statik via Veränderungen am Schädel eine Umformung des Kopfes bewirkten. Änderte sich der Schädel durch die unterschiedliche Schwerkraft auf dem Lande, brauchte der Schädel andere Knochenelemente, um den gegenseitigen Zahndruck aufzufangen. Die Beweglichkeit des Oberkiefers bei den Wassertieren mußte aufgegeben werden, ein Kiefergelenk entstand.

Abbildung 1
Schädelgerüst im Verhältnis zu Körperhaltung und Gebiß, mit Entwicklung der Greiforgane
aus: Leroi-Gourhan, ›Hand und Wort‹



Ein weiteres Funktionselement, das mit der Entwicklung eines sensorischen Gesichtsfelds auftaucht, sind Greiforgane, die die Wurzel unserer Hände darstellen, deren weitere Entwicklung aber im Zusammenhang mit dem Kiefergelenk nicht weiter verfolgt werden soll.

Da bei den Fischen im Wasser keinerlei senkrechte Kräfte auf den Kopf einwirken, bestimmt lediglich die Zugbelastung der Kaumuskeln bei der Tätigkeit des Unterkiefers die Form und Funktion. Der Oberkiefer braucht nur den Gegendruck des Unterkiefers aufzunehmen. Beim Übergang an die Luft kamen Belastungen hinzu, die durch das Gewicht beim Tragen des Kopfes entstanden und auf den hinteren Schädel einwirkten. Das mechanische Gleichgewicht wurde durch eine ökonomische Integration der drei Belastungsresultanten aus Ober-Unterkiefer und freier Haltung des Kopfes hergestellt. Der Schädel wurde durch ein Spiel von Muskeln und Bändern in ➔

ABSTRACT:

Bereits vor über 30 Jahren berichtete der französische Paläontologe, Leroi-Gourhan über die gemeinsame Entwicklung von Statik und Schädelskelett sowie über die Veränderungen, die dadurch im Bereich des Kopfes und der Zähne ausgelöst wurden.
Vergleichende Studien an Schädeln von frühen Amphibien bis zu den jetzigen Hominiden erlauben die These, daß die Entwicklung des menschlichen Schädels in der jetzigen Form ohne entsprechende Veränderungen an Kiefergelenk, Zähnen und Statik nicht möglich gewesen wäre.

➔ der Horizontalen gehalten, die am Genick, dem äußeren Inion (in der Skizze I) ansetzten und einen Hebelarm bildeten, der bis zum Basion (Skizze II) reichte und die Wirkung des Kopfgewichtes ausglich. Mit dem Ausgleich der Gewichtsbelastungen, die vom Kiefer ausgingen, dem Abheben des Kopfes von der Erde wurde eine neue Dimension notwendig, die Vertikale. Je stabiler die Aufrichtung des Kopfes zunächst auf vier Beinen, dann auf zwei Beinen wurde, umso mehr paßten sich Kiefer und Statik aneinander an. Gebiß und Körperhaltung waren von Anfang an miteinander in der Gestaltung verknüpft!
Beginnend bei den Sauriern setzten die Veränderungen der Statik ein Gesetz konstanter Proportionen am Schädel in Gang.

Der Abstand zwischen dem vordersten Punkt der Schnauze (Prosthion) und dem hintersten Punkt des Schädels (Basion) wurde in zwei gleiche Hälften unterteilt – in eine zahnseitige und eine hirnseitige. Der Mittelpunkt zwischen Prosthion und Basion entspricht dem Höcker des letzten Mahlzahns; dieser Punkt bildet das geometrische Zentrum des Schädelbaus. Eine Ausnahme machen lediglich die Wiederkäuer; bei ihnen wurde die vermehrte mechanische Kaubelastung durch eine Verstärkung und eine Verschiebung der Schnauzenfront aufgefangen.

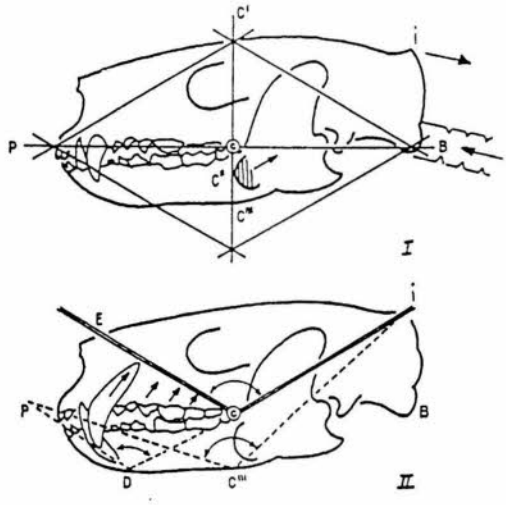
50 Millionen Jahre vor den ersten Säugetieren gewannen die Reptilien eine bodenfreie vierfüßige Fortbewegung. In ihrer Erscheinung glichen sie dem Bild, das uns von den Säugetieren vertraut ist, senkrecht stehende Beine stützen sich auf Zehenspitzen, ähnlich wie bei unseren heutigen Schweinen.

Der Schädel ähnelte dem der fleischfressenden Säugetiere. Überraschend aber ist das Gebiß: besaßen bis dahin Amphibien und Reptilien ein Gebiß mit einfachen oder völlig gleichartigen Zähnen, zeigten die vierfüßigen Reptilien ein Gebiß mit Schneide-, Eck- und Mahlzähnen, was zwingend auf eine neue Form der Nahrungszurichtung hinweist, wie sie später auch für höhere Wirbeltiere charakteristisch ist. Mit der Spezialisierung des Gebisses bekam auch der Kopf ein beträchtliches Bewegungsfeld auf der Halswirbelsäule. Die zunehmende Spezialisierung des Gebisses ging mit erhöhter Anforderung an Beweglichkeit und Statik parallel, ein Bauprinzip, das bis zu den Hominiden beibehalten wurde.

Gourhan schreibt: ›Der Schädelbau enthüllt in der Tat den tiefgreifenden Zusammenhang, der zwischen Hederodontie (= unterschiedliche Zahnformen und -funktionen) (Anm. des Verf.) und der Veränderung der Körperhaltung besteht.‹

Auch später noch ist der Schädelbau der Primaten das genaue Spiegelbild der Einheit funktioneller Merkmale von Kopf und Statik. Die grundlegende Verbindung zwischen Schädel und Körpergerüst ist die Verbindung Atlas-Okziput mit der zentrisch liegenden Hinterhauptsöffnung. Während das Foramen magnum bei den Landreptilien und niederen Wirbeltieren am hinteren Ende des Schädels liegt, öffnet es sich bei den Affen schräg nach unten. ➔

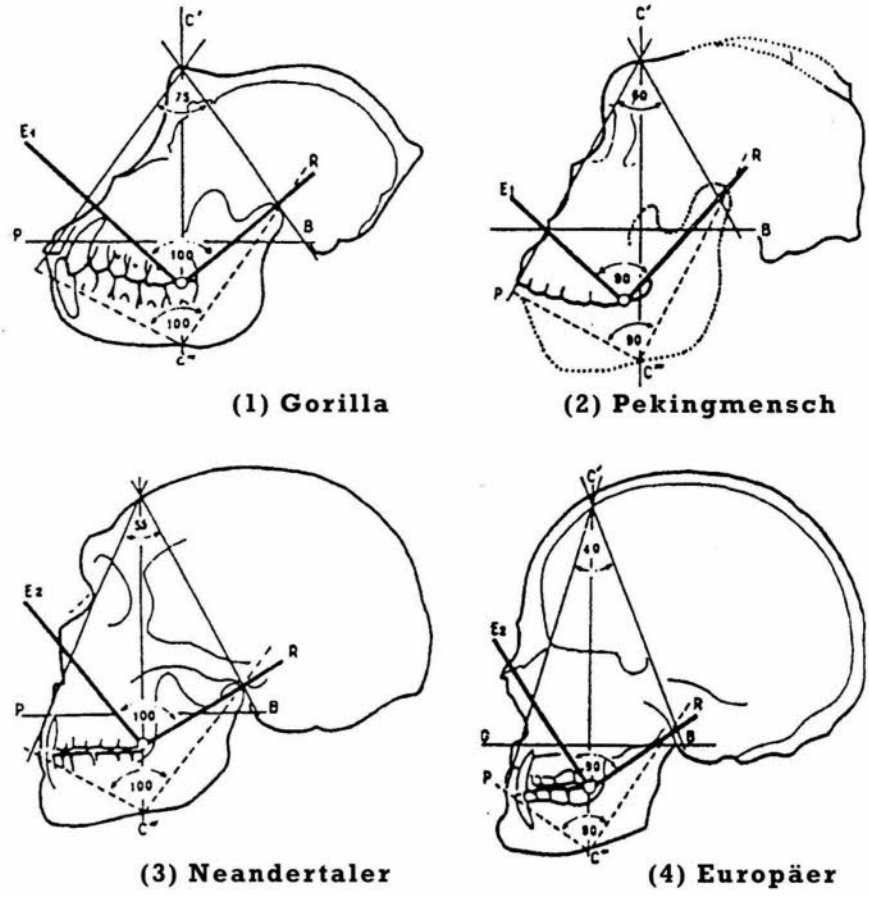
Abbildung 2
Konstruktion des Schädels der frühen Wirbeltiere; aus: Leroi-Gourhan, ›Hand und Wort‹



i: Inion
P: Prosthion
B: Basion
C: Centrum des Schädels hinter letztem Mahlzahn
E – C: Basis für d. Aufnahme des Zahndruckes, die Wurzel des Eckzahns reicht an sie heran
CI - CIII: Trennung in Gesichts- und Hirnschädel

➔ Diese Anordnung ist unmittelbare Folge der Körperhaltung; ihr entspricht die Wirbelsäule, die in der Lage ist, sich bei den Affen sowohl der vierfüßigen wie der sitzenden Position anzupassen. Bei der Weiterentwicklung der Affen zeigte sich, daß die Lage der Hinterhauptsöffnung in einem direkten Zusammenhang mit dem Grad der Aufrichtung der Wirbelsäule verbunden war.
Das führte zu einer Reihe bedeutsamer Folgerungen für den Schädel der Primaten: die Distanz zwischen dem vorderen Ende der Schnauze (Prosthion) und dem Unterrand der Protuberantia occipitalis (=Basion) verkürzt sich erheblich, d.h. Gesicht und Gebiß wurden kürzer als bei den Landreptilien.
Zum ersten Mal wurde das Schädeldach von den Belastungen der Schädelaufhängung befreit, dadurch entging die Schädelbasis der Zugbelastung des Kieferapparates, der Gesichtsblock wurde unabhängig vom Hirnschädel.
Die Frühformen der Menschen zeigten zwar in der Morphologie des Gesichtes noch die nahe Verwandschaft zu den Affen mit einem Hirn, das kaum größer als das eines Gorillas war, aber Becken und Schenkel ließen keinen Zweifel an der grundlegenden Eigenschaft zum Menschen. Das Becken war so gebaut, daß es von unten her die Beckeneingeweide stützte – ein wichtiger Beweis für die Zweifüßigkeit. Der Fuß wurde bereits an die Aufgaben längeren Tragens angepaßt, beim Schädel lag die Hinterhauptsöffnung auf der Unterseite für eine gerade aufzurichtende Wirbelsäule.

Abbildung 3
Reduzierung des Zahnapparates mit Aufrichtung der Gesichtspartie (Winkel CI); aus: Leroi-Gourhan, "Hand und Wort"



Allmähliche Verlagerung der Eckzahnabstützung in die Backenknochen
Höchster Punkt des Schädels wandert vom Augenwulst sagittal, der Augenwulst verschwindet

Auch für Zahn und Kieferform blieb die Veränderung der Statik nicht ohne Folgen:
Am Gesichtsschädel wurden Schneide- und Eckzähne rückverlagert. Diese Rückverlagerung war die Antwort auf die mechanische Entlastung des hinteren Schädelbereiches. Die tragende Länge der Zahnreihe stand im Gleichgewicht mit den durch die Temporalmuskulatur beanspruchten Partien des Oberkiefers. Die Verkürzung der Schädelbasis, die aus dem aufrechten Gang resultierte, führte zu einer merklichen Verkleinerung der Eckzahnwurzeln.

Die Entwicklung des Gesichtes von den Frühformen des Hominiden bis heute beinhaltet drei wesentliche Veränderungen, die das Gesicht des heutigen Menschen prägen:

- das Knochengerüst, das die vorderen Zähne mit der Augenpartie und dem oberen Augenhöhlenrand verbindet, bildet sich zunehmend zurück, der Frontalaugen-➔

LITERATUR

☞ Leroi-Gourhan, André: Hand und Wort, Suhrkamp (TB) Wissenschaft (1995)

→wulst verschwindet allmählich.

- der gleiche Vorgang wiederholt sich spiegelbildlich im Unterkiefer, die Kinnregion erfährt eine wesentliche Umformung mit Reduzierung der Prognathie und der Herausbildung des Kinns.
- der erste Mahlzahn wird die Basis für den wichtigsten Pfeiler des Gesichts, die Wangenknochen führen die wichtigsten Kraftlinien hinter die Augenhöhlen, so daß die Backenknochen des heutigen Menschen eine andere Form zeigen als z.B. des Neandertalers.

In der langen Entwicklungsreihe von den ersten Landtieren bis zu den Primaten wird eine Logik der Gestaltung erkennbar, die aus der Anpassung an die Schwerkraft und Entwicklung des Schädels durch Entlastung von mechanischen Zugbelastungen resultiert sowie durch den Gebrauch von Greifwerkzeugen ergänzt wird.

ABSTRACT:

Temporo-mandibular-joint – a heritage from ancient times

More than thirty years ago Leroi-Gourhan, a french paleontologist, informed of a common development of posture and skull as well how they influenced the alterations of the teeth and the bones of the skull.

The thesis comes to the fore by common studies of the skulls of early amphibiens till the early man, that the human skull would not have developped in his present shape without corresponding evolution of temporo-mandibular joint, teeth and upright posture.

Für Leroi-Gourhan sind die Merkmale des Menschen, selbst in seiner Frühform, der aufrechte Gang mit einer vollständig aufgerichteten Wirbelsäule und die mechanische Isolierung des Gesichtsschädels vom Hinterkopf mit den Konsequenzen für Zahnentwicklung und Kieferproportionen.

Wenn im evolutorischen Prozeß die Aufrichtung des Körpers mit Veränderungen und Anpassung des Gesichtsschädels, einschließlich des Kiefergelenks, an diese veränderten statischen Bedingungen einherging, sind diese Zusammenhänge zwischen Körperhaltung über Füße, Becken und Kopf beim letzten Schritt zum heutigen Menschen nicht einfach verlorengegangen. Sie bestätigen sich durch die tägliche klinische Erfahrung bei der Behandlung des stomatognathen Systems.

Dabei öffnen wir ein wenig das Fenster, hinter dem die noch weitgehend unbekannten Korrelationen von Statik und Kiefergelenk liegen. ←

Dr. Werner Klöpfer, Nervenarzt, Chirotherapie, George Goodheart-Institut, Traubengasse 19, 91154 Roth
Fax: 0043-(0)9171-88616

Anzeige

APPLIED KINESIOLOGY

Für die AK von Anfang an – jetzt europaweit

Thorne Products Europe – exclusiv

Hypoallergene Nahrungsergänzung

AK-Orthomolekular-Fortbildung

Testsatz IÄAK u. Seminarmaterial

Wissenschaftliche Unterstützung

Waltherstrasse 27
D 80337 München
Centropa Pharma
Tel 089/54 42 29-0
Fax 089/54 42 29 88

Produkte in Österreich über den Partner von Centropa Pharma München:
MHK-PHARMA · Mag. H. Kowarik · Grünangergasse 12 · 1010 Wien
Tel. 01 - 5 12 41 44 · Fax 01 - 5 12 13 32

CENTROPA PHARMA MÜNCHEN

M. H. K.-PHARMA WIEN

PROF. DR. MANFRED O. HEIDEBORN/WOLFGANG GERZ

AK in der Kieferorthopädie

Praxisbeispiel I

ABSTRACT:

Der folgende Fall aus der kieferorthopädischen Fachpraxis Prof. Heideborn in Freiburg zeigt die Wichtigkeit und Eleganz der **AK in der Kieferorthopädie.**

AK in Orthodontistry – Case Study 1

The following case history from the orthodontic practice of Prof. Heideborn in Freiburg/Germany shows the importance and beauty of AK for the orthodontic practice.

Patientin C. W. , 23 Jahre, Dauerdiagnosen: Chron. HWS- und LWS-Syndrom bei massiver craniomandibulärer Dysfunktion; allergotoxische Amalgambelastung.

Der Oberkieferbiß war primär aus kieferorthopädischer Sicht komprimiert, die Sechsjahrmolaren nach anterior rotiert.
Bei der kieferorthopädischen Nachbehandlung nach dem ersten Einsetzen eines den Oberkiefer insgesamt und insbesondere die oberen Sechsjahrmolaren expandierenden Innenbogens nach Goshgarian ergab sich die nachfolgend geschilderte interessante AK-Untersuchung mit direktem Bezug zur Klinik.
Das akute klinische Beschwerdebild der Patientin war eine kleine Läsion im Bereich der Zunge links, ausgelöst durch eine verschobene Ligatur palatinal am Zahn 26 infolge des Abstehens der Ligatur. Außerdem subjektiv das Gefühl, daß der Darm schlechter sei seit Einsetzen der Spange (Obstipation).
Insgesamt aber deutliche Besserung seit Beginn der Behandlung (Amalgamsanierung + KFO).

U: H Rectus re, N Rectus li.
Die direkte TL zur Läsion an der Zunge links brachte eine Schwächung des normotonen Muskels links und einen SC des hypertonen Muskels rechts, was auf die hochkarätige Wertigkeit der Läsion hinweist.
Wäre die Lösung nicht so einfach gewesen, hätte man auf Switching weiter untersuchen müssen: **zu auffällig war die Seitendifferenz zwischen klinischem Befund und AK-Test.**
Therapiekonsequenzen: Entfernung der Ligatur links, Entfernung des Goshgarians und etwas Spülung des Mundes mit Wasser.
Danach Normotonus des Rectus beidseits!

Ohne die Untersuchung mit AK hätte man wohl die kleine Korrektur der störenden Ligatur vorgenommen, dann aber wahrscheinlich während des gesamten weiteren Untersuchungs- und Behandlungsverlaufes mit dem ›Switching‹ bzw. kontralateralen Hypertonus der Muskulatur seine Probleme gehabt!

Weiter: HC Lymphe 2 bds. → NC Lymphaden (Hevert), Merc. sol D6, Zinc 30(PE), Magnesium citrate(PE)
Ø: Silberamalgam D6, Merc. sol. comp.(Pascoe)
Ebenfalls HC: fester Biß ohne Bogen!!
Es wurde deshalb ein Wachsbiß genommen; bei leicht nach anterior korrigierter Unterkieferposition NC.
Zur weiteren Therapie wurden jetzt Aufbisse im Bereich der ersten und zweiten Molaren exakt eingegliedert entsprechend dem getesten Wachsbiß.
Die Überprüfung mit AK – immer noch bei nicht eingesetztem Goshgarian – zeigte **HC!**
Dieser Befund erschien etwas irritierend, da der Wachsbiß und der Kunststoffaufbiß bezüglich der Einstellung des Unterkiefers identisch waren – auch bei intensiver Kontrolle.
Die Lösung des Problems: NC durch Expiration assist!

Die durchgeführte manuelle Korrektur brachte sofort Normotonus, welcher aber sofort wieder in den Hypertonus umschlug bei festem Biß auf die eingegliederten Aufbisse.
Als der leicht expandierende Goshgarianbogen wieder eingesetzt wurde – mit leichter transversaler Dehnung bzw. vestibulärer Auslenkung der 16, 26 – **war der Biß bezüglich des Kunststoffaufbisses sofort verträglich!**

Diskussion: Die Lokalisation des Wachsbisses war im Prämolarenbereich, die Lokalisation des Kunststoffaufbisses im Molarenbereich. Ohne den transversal expandierenden Bogen verursachten die Aufbisse im Gegensatz zum Wachsbiß einen Schädelfehler.
Es empfiehlt sich also für die Kieferorthopädie, alle Korrekturschritte einzeln und dann am Schluß der Behandlung zusammen zu testen. ←

Prof. Dr. Manfred O. Heideborn/W. Gerz; Stadtstraße 28, 79104 Freiburg
Fax: 0049-(0)421-2034318

Anzeige

LABOR
SCHÜTZENSTRASSE

- Mikrobiologische Stuhluntersuchungen auf physiologische Darmflora
- Pilze Parasitenuntersuchungen

NEU

***ALCAT*-Test®** Spezialtest auf Nahrungsmittelallergene
- Schimmelpilze
- Umweltchemikalien
- Permeabilitätstest (leaky gut syndrom)

Dr.med. Brigitte Riedelsheimer · Ärztin/Chemikerin/Allergologin
Elisabeth Becker · Fachärztin f. Mikrobiologie/Infektionsepideminologie

· Zugelassen zu alle Krankenkassen ·

LABOR · Schützenstrasse 10 · D-40211 Düsseldorf
Telefon: 02 11 / 1 64 66 93 · Fax 02 11 / 1 64 66 94

PETER GSINN

Legasthenie und Dyskalkulie haben mit Dummheit nichts zu tun

ABSTRACT:

Der Autor legt in übersichtlicher Form die Ursachen und therapeutischen Möglichkeiten für Legasthenie und allgemeine Lernschwierigkeiten dar.

The author explains in a systematic way the causes and therapeutic strategies for legasthenie and common learning disabilities.

Ursachen für Lernstörungen können sein:

1. Entwicklungsverzögerungen
2. visuelle und akustische Wahrnehmungs- und Verarbeitungsschwächen (dabei sind die Organe in der Regel gesund)
3. Dominanzlage nicht gefestigt, rechts-links Verwechslungen
4. Teilleistungsschwächen (MCD), Blockaden im Balkensystem beim Zusammenspiel der beiden Hirnhälften.
5. geringe Belastbarkeit (häufige Krankheiten), Allergien, Hyper- und Hypoaktivität.
6. psychische Belastungen, nicht kindgerechte Lerntechniken, Haltungsschäden

Zu 1.: Die körperliche, aber auch die geistige Entwicklung der Kinder kann sehr unterschiedlich verlaufen. Dazu kann es verschiedene Gründe geben: Frühgeburt, Geburtstraumata, häufige Krankheiten, erbliche Belastung, Erziehungsfehler, usw.
Oft liegen aber auch noch Blockaden des Balkensystems vor, der Informationsfluß zwischen den Hirnhälften ist gehemmt.

Zu 2.: Außer Weit- und Kurzsichtigkeit oder Hornhautverkrümmung kann eine Winkelfehlsichtigkeit in der Ferne oder Nähe die Ursache sein.
Zu beachten ist auch, daß das Zusammenspiel der Akkommodation und der Konvergenz nicht immer übereinstimmt. Die akkommodative Konvergenz sollte ca. 3/4, die fusionelle ca. 1/4 der ganzen Konvergenz sein. Ist der Kopplungsfaktor der beiden Steuerungen zu hoch oder zu gering, muß über die Fusion ausgeglichen werden, damit die von den Augen aufgenommenen Bilder verschmolzen werden können. Da dies anstrengender ist, kommt es zu schnellerer Ermüdung. Diese Kinder lesen ungern, reiben sich die Augen, bekommen vereinzelt sogar Kopfschmerzen beim Lesen, verwechseln Buchstaben oder lassen einige aus. Die allgemeine Diagnose dafür lautet ›Konzentrationsschwäche‹.
Hier kann mit einer Spezialbrille in vielen Fällen Erleichterung erzielt werden.
Die Entwicklung vom Kontrastsehen (Objekte trennen zu können) ist meist erst mit 10 Jahren soweit, daß Zeitungsschriften normal gelesen werden können. Kinder brauchen daher in der Zeit des analytischen Lesens, solange die Wörter aus den einzelnen Buchstaben aufgebaut werden, größere Schriften.
Hilfsmöglichkeiten sind: Vergrößerte Lesetexte (mit Kopierer), Verwendung von Lesestäben mit Vergrößerungseffekt oder eine Spezialbrille, die Schriften vergrößert und gleichzeitig die Bilder ruhiger stellt. Derartige Sehhilfen sind nur in der Zeit des analytischen Lesens notwendig. Ist der Übergang zum ganzheitlichen Lesen geschafft und werden Worte oder Wortgruppen aufgenommen ist die Brille nicht mehr notwendig. Dies ist meist im Alter von 12 bis 15 Jahren der Fall.
So wie im Sehen zwei optische Bilder verschmolzen werden müssen, sind auch beim Hören zwei Schalleindrücke im Gehirn zu vereinen. Viele Kinder, die ›wie ein Luchs hören‹, verstehen den Lehrer beim Diktat nicht richtig und machen viele Rechtschreibfehler. Die Ursache kann in Laufzeitdifferenzen von den beiden Ohren zum Gehirn liegen oder die Informationsverarbeitung ist mangelhaft ausgeprägt.

Hilfen sind möglich über Hörtrainig mit speziellen Kassetten, bessere Bahnung über das Balkensystem durch AK-Techniken, aber auch lautes deutliches Vorlesen wird empfohlen, um die optischen und akustischen Zentren, sowie die verbalen Muskeln besser in Koordination zu bringen. Außerdem bietet die naturheilkundliche Medizin verschiedene Therapiemöglichkeiten. Erfolge ➔

→ sind auch mit speziellen Magnetfeldbehandlungen zu beobachten.

Zu 3.: Aus der Vorgeschichte sind wir Menschen, wie auch unsere verwandten Primaten, die Affen, doppelseitig angelegt. Die mit unserer Kultur verbundene Schreib- und Arbeitsweise hat uns über die Jahrhunderte genetisch überwiegend zu Rechtshändern gemacht. Nach wie vor gibt es aber Beidhänder oder Linkshänder. Sie haben manchmal Schwierigkeiten und verwechseln Buchstaben aber auch die Seiten. Umstellungen von Links- auf Rechtshänder sollte bei bereits festgelegter Prägung unterbleiben.
Mit speziellen AK-Techniken wird der Informationsfluß über das Balkensystem verbessert. Dabei regen die motorischen Nervenreize den Aufbau von Faserverknüpfung zwischen den sensorischen Zentren der Hemisphären an.
Bekanntlich sind die motorischen Steuerzentren der Muskeln kreuzweise angelegt. Die rechte Hand, der rechte Fuß usw. wird von links innerviert, die linke Seite von rechts. Die sensorischen Zentren der Augen und Ohren sind doppelseitig angelegt. Zwischen den beiden Hirnhälften erfolgt eine Arbeitsteilung, deren Funktion von den Faserverbindungen über den Balken abhängig sind. Beim Säugling sind die Verknüpfungen soweit gegeben, daß das vegetative System die lebensnotwendigen Funktionen der Organe steuern kann. Die weitere Entwicklung wird stark von den äußeren Reizen angeregt.

Zu 4.: Teilleistungsschwächen (MCD) werden bei Kindern, deren Mütter schwierige Schwangerschaften hatten, aber auch nach Geburtstraumen, diagnostiziert. Der Aufbau der Faserverbindungen über das Balkensystem kann verzögert oder blockiert sein. Hier sind Förderungen mit Gymnastik und spezielle Übungen zur Bahnungsverbesserung angezeigt.

Zu 5.: Kinder, die häufig erkranken, sind nicht leistungsfähig, zeigen oft eine ausgeprägte Konzentrationsschwäche und sind der schulischen Belastung nicht gewachsen. Dies gilt auch für Allergiker, denn auch die Hypergenetik kann eine Form der Allergie sein. Hier ist eine biologische Behandlung angezeigt und Vollwert-Ernährung (ausreichend Mineralstoffe und Vitamine) notwendig.

Zu 6.: Psychische Belastungen und ständige Kritik im Elternhaus, aber auch in der Schule zerstören das Selbstwertgefühl. Kinder versagen dann auch in Fächern, in denen sie bisher gute Leistungen erbrachten.
Dem Kind muß Hilfe und Verständnis entgegen gebracht werden, damit es wieder Selbstvertrauen aufbauen kann. Wichtig sind aber auch kindgerechte Lehrmethoden, die je nach Veranlagung unterschiedlich sein können. Bei Verdacht auf Lernschwierigkeiten sollten schon in der ersten Klasse entsprechende Untersuchungen veranlaßt und wenn notwenig, behandelt werden. Setzt die Hilfe erst verspätet ein, so läßt der Erfolg viel länger auf sich warten. Die bereits falsch oder ungenau gelegten Engramme müssen erst gelöscht werden, damit die neuen gesetzt werden können.
Die Legasthenie-Therapie erfordert ein breites Wissen und sollte nur von speziell ausgebildeten Fachleuten durchgeführt werden. Nachhilfe in Form von Wiederholung des schulischen Stoffes reicht nicht aus und kann sogar nachteilig sein. ←

Peter Gsinn, Heilpraktiker, Augenoptikermeister, Hörgeräte-Akustikermeister
Hauptstraße 26, 82327 Tutzing
Fax: 0043-(0)8158-3095

IMPRESSUM

Herausgeber: ICAK-D / IÄAK ◆ **Redaktion:** Karl Kienle, Landsbergerstr. 6, D-86946 Vilgertshofen, Fax: 0049-(0)8194/8562 ◆ **Wissenschaftliche Beratung:** Wolfgang Gerz, München ◆ **Gestaltung:** Lucy S. Wiedner, München ◆ **Druck:** Brummer GmbH, Markt Schwaben, Printed in Germany

Namentlich gekennzeichnete Artikel liegen in der Verantwortlichkeit des Autors. MJAK, oder Teile davon dürfen nicht ohne schriftliche Genehmigung von MJAK oder dem Autor in irgendeiner Form reproduziert werden.

DR. HARALD STOSSIER

Gesinnungswandel im Gesundheitswesen

ABSTRACT:

Vor dem Hintergrund sich verändernder politischer Maßstäbe hinsichtlich Anerkennung und Kostenerstattung alternativer Therapierichtungen stellt Dr. Stossier die AK als leistungsfähiges Instrument einer Medizin mit mehr Eigenverantwortlichkeit dar.

Der deutsche Bundestag hat vor kurzem durch einen Beschluß viel Bewegung ins Gesundheitswesen gebracht. War es vor wenigen Jahren noch die Aufhebung der ›Wissenschaftlichkeitsklausel‹ in Deutschland, die es den deutschen Kassen nicht mehr gestattete, sich durch diese Argumentation des Leistungsanspruches des Versicherten zu entledigen, so wurde nun ein weiterer Schritt in Richtung Eigenverantwortlichkeit des Patienten gemacht.
›Die Wissenschaftlichkeit ist in der jeweiligen Therapierichtung zu erbringen‹. Diese Formulierung bedeutet, daß nunmehr eine Gleichstellung aller Therapieformen erfolgte.
Der Arzt entscheidet auf Grund seiner Ausbildung und Erfahrung, welche Behandlungsform gewählt wird. Alle Therapierichtungen, somit auch jene aus dem alternativ- und komplementärmedizinischen Bereich, sind gleichwertig bzw. werden nicht mehr diskriminiert oder sogar kriminalisiert. Der deutsche Bundestag überläßt es dem Markt - der Patient und der Arzt entscheiden gemeinsam entsprechend Angebot und Nachfrage. Daß dies weitreichende Konsequenzen für Deutschland und wahrscheinlich mit einiger Verpätung auch für Österreich hat, ist klar. Weiters betont der deutsche Gesundheitsminister Seehofer ›den festen Willen der deutschen Bundesregierung, die Bevölkerung zu mehr Selbstbeteiligung hinzuführen‹. Dies ist zum ersten Mal eine Umkehrung des bisherigen Denkens im Gesundheitswesen. Wenn auch das Magazin ›Der Spiegel‹ in seiner Ausgabe Nr. 21 vom 19.5.97 unter dem Titel ›Milliarden für Wunderheiler‹ dies gleichsam wie ein letztes Aufbäumen kritisiert und argwöhnt, daß nun Kassengelder den Alternativmedizinern zufließen, so ist dies wohl nicht im Sinne der deutschen Bundesregierung. Die Autoren des Spiegelartikels übersehen auch ganz, daß es hier wohl nicht um kassenärztliche Leistung gehen kann, sondern schlichtweg um den Stellenwert der Methoden, deren Akzeptanz und Anerkennung. Lesenswert hierzu die Antwort von Prof. Julius Hackethal in der Erfahrungsheilkunde Nr. 7 vom Juli 1997. Der Ärger der Schulmedizin liegt wohl auch darin, nun gleichbehandelt zu werden, wie die ›Alternativen‹.

Der Wiesbadener Jurist Dr. H.J. Schade formuliert es folgendermaßen: ›Die Wissenschaftlichkeit wird gesetzlich durch den Rechtsgedanken der Wirtschaftlichkeit modifiziert und beschränkt‹, und Seehofer noch etwas drastischer: ›Nur aus der privaten Selbstbeteiligung ist die Dynamik wissenschaftlichen Fortschritts zu finanzieren‹. Dies hat nun auch für uns innerhalb der AK entscheidenden Einfluß auf unsere zukünftige ärztliche Tätigkeit. Wenn auch vorerst für Deutschland, so ist diese Veränderung sicher auch mit einer gewissen Latenz für Österreich zu erwarten.
Der größte Vorteil liegt wohl darin, daß nun im Gesundheitswesen eine Gleichstellung von Diagnose- und Therapieverfahren erfolgt ist. Gleichzeitig wird aber auch klargestellt, daß sie deshalb nicht automatisch eine Kassenleistung darstellen. Somit werden ganzheitsmedizinische Konzepte vom Grundsatz her anerkannt und als private, selbst zu zahlende Leistungen eingestuft, die allenfalls teilweise erstattet werden. Hier nun steht die Applied Kinesiology auf der selben Stufe wie jede andere medizinische Leistung.

Dabei gilt es nun in der Zukunft, die Menschen insgesamt zu überzeugen, daß Gesundheit ohne Selbstbeteiligung, ohne Eigenleistung, sowohl im therapeutischen wie im finanziellen Bereich nicht durchführbar ist. Die Kasse wird sanft gezwungen, sich wieder des ›Bismark'schen-Gedanken‹ zu besinnen. Dieser wollte nämlich für sozial Schwache, für jene, die es sich nicht leisten können, eine Minimalversorgung gewährleisten. Der Arzt/die Ärztin jedoch, der/die vorwiegend im Vorsorgebereich, in der Behandlung chronischer Erkrankungen bzw. Behandlung ➔

[→] von Risikofaktoren udg. tätig ist, muß nun nicht mehr auf unterschiedlichen Ebenen nach Argumenten der Wissenschaftlichkeit der Applied Kinesiology suchen, sondern kann getrost das mit dem Patienten gemeinsam erarbeitete Behandlungskonzept umsetzen. Hierbei müssen wir auch nicht mehr mit Bedauern zur Kenntnis nehmen, daß die Kasse eben nichts zahlt, weil sie nicht gewillt ist, dies nicht kann, udg. Die Eigenverantwortlichkeit und damit Eigenleistung wird zur Selbstverständlichkeit werden müssen, auch und gerade für die Applied Kinesiology.

Langfristig werden sich die Kassen sicher von der Wirtschaftlichkeit einzelner Methoden überzeugen und gerade in diesem Bereich brauchen wir AK-Ärzte keine Sorge zu haben. Wenn man die Effektivität der Applied Kinesiology bedenkt, so wird sich rasch herausstellen, daß bei konsequenter Durchführung der sich aus der AK-Diagnostik ergebenden Therapie, ein enormer gesundheitlicher und wirtschaftlicher Vorteil zu erwarten ist.

Um jedoch in diesem ›freien Gesundheitsmarkt‹ bestehen zu können, ist es wichtig, eigene Qualitätsstandards zu erarbeiten. Langfristig wird sich nämlich sowohl der Patient als auch die Kasse an dieser Qualität orientieren.
Hier haben ICAK-D und IÄAK jetzt ein klares Konzept. Obwohl wir eine relativ kleine Gruppe sind, war es nicht leicht unterschiedliche Strömungen in den Gesellschaften zu vereinen und so die AK-Prinzipien von Diagnostik und Therapie zu festigen. Die derzeitige Homogenität kommt sicher auch aus dem persönlichen Bemühen jedes einzelnen, innerhalb der bisherigen Gesellschaftsstrukturen, die AK zu etablieren.
Wir sind uns bewußt, daß hier wichtige Aufgaben zu bewältigen sind. Gleichzeitig sind wir aber auch der Überzeugung, daß gerade in der Etablierung und Bewahrung von Qualitätsnormen die Akzeptanz der Methode steigen wird. In diesem Sinne sind auch alle Bemühungen zur Verbesserung in Applied Kinesiology zu verstehen (siehe Ausbildungskriterien).

Die Wissenschaftlichkeit in der eigenen Therapierichtung zu erbringen, heißt auch die Latte hochlegen und sich ehrlich um fundiertes, erfahrbares Wissen bemühen. Auch müssen wir vermehrt in Diskussion miteinander treten – um der Patienten willen und um der persönlichen und fachlichen Entwicklung wegen.
Zusammenarbeit wird in der Zukunft sicher verstärkt notwendig sein, sei es in unterschiedlichen Kooperationsformen von Praxen oder auch zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Wenn man bedenkt, daß derzeit ca. 5% der Bevölkerung bereit sind, in Eigenverantwortlichkeit sich um ihre persönliche Gesundheit zu bemühen, so erkennt man rasch, daß dies zwar eine absolut große Zahl ist – bei der Fülle von Angeboten am Medizinmarkt dieser jedoch auch wieder bald gesättigt ist. Sinnvolle und ehrliche Kooperationen in medizinischen Belangen sichern langfristig auch den wirtschaftlichen Erfolg der Partner. Die medizinische Kompetenz steht dabei immer im Vordergrund. Der Erfolg einer Praxis – auch der Kassenpraxis – wird zukünftig davon abhängen, wie sehr der Einzelne den Patienten zur gesundheitlichen Eigenverantwortlichkeit motivieren kann.
Dies erfordert genaue Kenntnis in Diagnostik und Therapie und vor allem die persönliche Überzeugung und Kraft, in der Vermittlung durch die Therapie einen echten Beitrag zur Gesundung zu leisten.
Hier wünschen wir allen möglichst immer eine glückliche Hand! [←]

Dr. med. Harald Stossier, 1. Vorsitzender IÄAK
Gesundheitszentrum Golfhotel, A-9082 Dellach/Maria Wörth,
Fax: 0043-(0)4273-251151

Anzeige

PEWA-MED VERTRIEB

pure encapsulations™

DAS
Orthomolekulare Programm
Mineralien
Spurenelemente
Vitamine
Aminosäuren
REINSUBSTANZEN
HYPOALLERGENE NAHRUNGSSUPPLEMENTE

Vertrieb für Österreich (Direktimport aus USA)

PEWA-MED VERTRIEB
Dr. med. Peter Wasler, GesmbH
A-8010 Graz, Brandhofgasse 24/III
Tel.: 03 16 / 38 44 38, Fax 38 46 90

PETER-HANSEN VOLKMANN

Epilepsie eines Kindes wegen Nahrungsmittelunverträglichkeit bei Candidose

Fallbeschreibung:
Marie, geb.: 1985, Größe: 141cm, Gewicht: 35kg, Dauermedikation: Timonil ret. 300, ca. 600-900mg/die

Vorgeschichte :
Das damals ca. 6-jährige Kind hatte im Rahmen eines Kindergeburtstages bei Freunden reichlich mitgefeiert und am Abend des Tages seinen ersten Krampfanfall bekommen. Die Anfallshäufigkeit steigerte sich kurzfristig auf bis zu 50(!) Anfälle pro Tag über einen Zeitraum von ca. 6 Wochen.
Neurologisch war eine Maximaltherapie mit Beruhigungsmedikamenten wie Valium usw. sowie mit verschiedenen Krampfmedikamenten unter Infusionsbehandlung im Krankenhaus durchgeführt worden. Das Kind wirkte seither auf Eltern und Freunde ›wie mit angezogener Handbremse und verlangsamt im Denken‹!

Aufnahmebefund allgemeinmedizinisch – internistisch :
Das Kind wurde als 9-jährige mit fieberhaftem Infekt akut vorgestellt, wobei die Eltern Sorge wegen eines möglichen Fieberkrampfes hatten, obwohl ein solcher nie aufgetreten war. Es bestand eine akute Virusinfektion des Nasen-Rachenraumes, Tonsillenschwellung rechts mehr als links, die Lunge war beidseits gut belüftet, keine Geräusche, Herzaktionen beschleunigt, Herztöne rein, leise, vereinzelt SVES. Abdomen weich, diffuse leichte Reizung sowohl des Dünndarmes als auch des Dickdarmes und der Blasenregion. Die Darmgeräusche waren regelrecht.
Auffällig war ein Schulterhochstand links, was u.a. für eine Darmerkrankung spricht, sowie eine Kyphoskoliose der Wirbelsäule, d.h. eine starke Verkrümmung bei fast ausgeglichener Beinlänge.
Bei der neurologischen Untersuchung fiel eine allgemein deutliche Abschwächung der Muskeleigenreflexe auf.
In der Stuhluntersuchung auf Pilze wurde eine Candidose bestätigt. Bei der Blutuntersuchung fiel eine Cholesterinerhöhung auf 213mg/dl sowie eine Eosinophilie von 11% auf. Der γ-GT-Wert war altersbezogen grenzwertig mit 20 U/l. Ansonsten war das Labor bei einer BSG von 2/4 insgesamt unauffällig.

Applied Kinesiologie- (AK) Befund:
Alle getesteten Arm- und Beinmuskeln testeten zunächst schwach (W), bei Therapielokalisation auf das Abdomen kam es in allen 4 Quadranten zu einem Hypertonus (H), Candidakontakt führte zum Superchallenge! Der Histamintest zeigte massive Belastungen auch mit Zusatzstoffen!

Vorgehen :
Candida - Therapie →
Nahrungsmittel - Unverträglichkeits - Test →
Toxische Umwelterkrankung - Test

Zunächst wurde eine strenge Candidatherapie mit strikter Diät sowie Nystatin- und Amphomoronal-Behandlung mit Symbioselenkung auch der Familie durchgeführt.
Sodann wurde mittels Vegatest - Bioresonanz ein Nahrungsmitteltest auf Unverträglichkeitsreaktionen vorgenommen. Die unverträglichen Substanzen von Alternaria als Pilzkontamination über Getreide wie Sesam und Fleischsorten bis zu Tierhaar-Antigenen wurden erfolgreich gelöscht mit dem Bicomgerät nach entsprechenden Grund- und Narbentherapien.
Die ebenfalls als belastend getesteten Konservierungs- und künstlichen Aromastoffe wurden durch Kostumstellung eliminiert, sodaß die Ernährung des Kindes innerhalb von ca. 6 Monaten hypoallergen war und insgesamt alle Nahrungsmittel natürlichen Ursprungs gut vertragen wurden.

Ergebnisse :
Der Neurologenbefund der Universität war ›insgesamt überaus erfreulich!‹ Die Entwicklung des Kindes war schulisch ›super‹, es ging ihm ›hervorragend‹ und das EEG war völlig unauffällig, sodaß die Dauertherapie mit den Krampfmitteln beendet werden konnte. Du bist (so gesund) wie Du ißt! ←

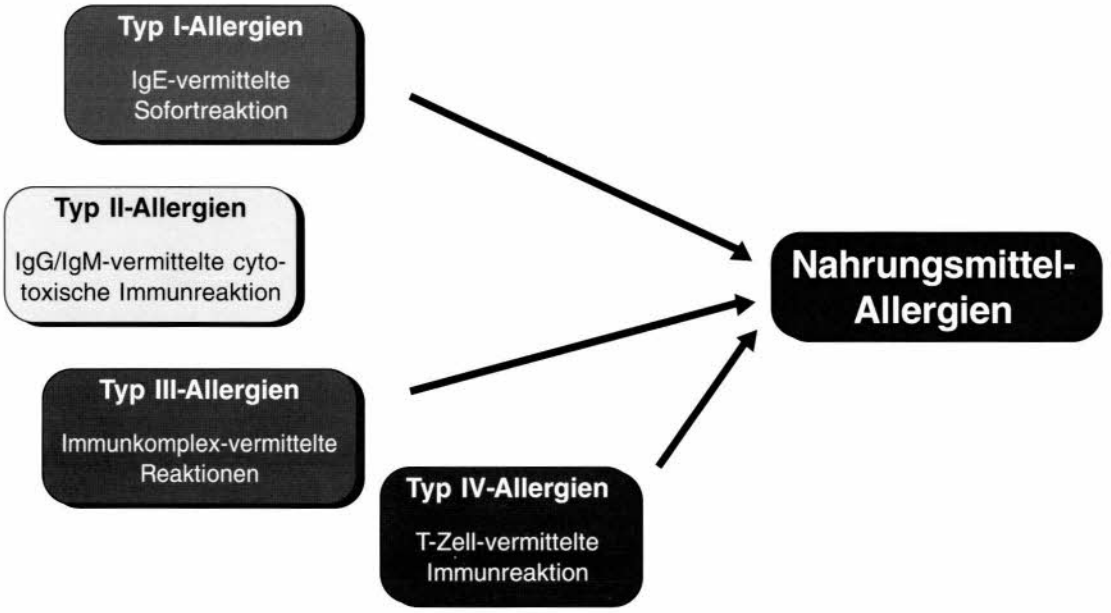
Peter-Hansen Volkmann, Facharzt für Allgemeinmedizin
Kücknitzer Hauptstraße 53, D-23569 Lübeck,
Fax: 0049-(0)451-30 41 79

NAHRUNGSMITTELALLERGIEN

Dr. Karin Luber de Quintana

Die Lebensbedingungen haben sich für die Menschen in den Industrienationen in den letzten Jahrzehnten gravierend verändert. Vor allem mit der Nahrung kommen immer mehr potentielle Allergene auf den Tisch. Gründe dafür sind einerseits das erweiterte Nahrungsangebot (z.B. zunehmender Verzehr exotischer Früchte, Gemüse- und Getreidesorten) und andererseits der zunehmende Trend zu Fertiggerichten mit industriell bearbeiteten Nahrungsmitteln. Vor allem die darin enthaltenen Zusatzstoffe (Konservierungsstoffe, Farb- und Aromastoffe) erweisen sich immer häufiger als Allergene.

Man unterscheidet bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten zwischen **toxischen Reaktionen** (Giftpilze, Lebensmittelvergiftungen durch Bakterientoxine) und **nichttoxischen Reaktionen**. Letztere können entweder **immunologisch** oder **nichtimmunologisch** bedingt sein. Die immunologischen Unverträglichkeitsreaktionen sind die eigentlichen **Nahrungsmittel-Allergien**, von denen nach Schätzungen bis zu 20% der Bevölkerung betroffen sind. Zu den nicht-immunologischen Reaktionen, den **Pseudoallergien,** zählen vor allem der verbreitete intestinale Laktasemangel mit Laktoseintoleranz, die Intoleranz gegenüber Nahrungsmittelzusatzstoffen und Medikamenten (Aspirin) sowie die überschießende Reaktion auf Histamin oder andere vasoaktive biogene Amine in Nahrungsmitteln (z.B. Tyramin in bestimmten Käsesorten und gepökeltem Fleisch).



Klinische Manifestation der Allergien

Gastrointestinale Symptome	Hautsymptome	Atemwegs-beschwerden	Kreislauf-komplikationen	verschiedene Symptome
Übelkeit	Urtikaria	Rhinitis	Kollaps	Fieber
Erbrechen	Juckreiz	Asthma	Anaphyl. Schock	Kopfschmerzen
Durchfälle	Ekzeme	Larynxschwellung		Migräne
Bauchkrämpfe	Exanthem			Konjunktivitis

Nahrungsmittel-Allergien gehören zu den problematischsten Fragestellungen in der Allergologie, da sie aufgrund nicht-immunologischer bzw. pseudoallergischer Reaktionen oft schwer zu diagnostizieren sind. Häufig ist die klinische Symptomatik uncharakteristisch, auslösende Ursache und klinische Reaktionen lassen keinen direkten Zusammenhang erkennen. Dieses Phänomen spricht für einen hohen Anteil verzögerter Immunreaktionen, die jedoch sowohl Ausdruck der Spätphase einer Typ I-Allergie als auch Manifestation einer Typ III- oder Typ IV-Allergie sein können.

Addresses / Adressen

✏ **International College of Applied Kinesiology (ICAK)**
6405 Metcalf Ave STE 503, Shawnee Mission KS 66202-392, USA
Tel.: 001-(0)913-384 5336, Fax: 001-(0)913-384 5112
✏ **Internationale Ärztegesellschaft für Applied Kinesiology (IÄAK)** St.-Veiter-Str. 34, A-9020 Klagenfurt
Tel: 0043-(0)664 -1801110, Fax: 0043-(0)463 -358000

International Council Chapter Contacts
✏ **ICAK-AIKA:** Daniela Fumigalli, Via Recchi 7,I-Como 22100, Italy, Office Phone: 0039-(0)3157-4444
Fax: 0039-(0)3157-4788
✏ **ICAK-Australasia:** Eric Pierotti, D.C., 64 Goobarabah Ave., Lake Haven Nsw 2263, Australia
Office Phone: 0061-(0)4393-25, Fax: 0061-(0)4393-2562
✏ **ICAK-Benelux:** Gert Drenth, D.O., Heuveneindewig 6, B-Zonhoven 3520, Belgium
Office Phone: 0032-(0)1181-207, Fax: 0032-(0)1181-2075
✏ **ICAK-Canada:** Cameron Colquhoun, D.C., 4035 Hamilton Rd, PO Box 236, Dorchester Ontario N0L 1G0,Canada
Office Phone: 001-(0)519-268861, Fax: 001-(0)519-2682665
✏ **ICAK-Deutschland:** Leopoldstr. 33, D-80802 München
Fax: 0049-(0)89-348071
✏ **ICAK-Russia:** Ludmila Vasilyeva, Russian Assoc. of Applied Kinesiology, Bardin St 36, Clinical Hospital No. I, Novokuznetsk 654057, Russia
Office Phone: 007-(0)38434-79919, Fax. 007-(0)38434-72932
✏ **ICAK-Scandinavia:** Leif Sockander, D.C., DIBAK, Gamla Brogatan 5a, S-44231 Kungalv, Sweden
Office Phone: 0046-(0)303-1906, Fax: 0046-(0)303-64278
✏ **ICAK-Switzerland:** Michel Barras, D.C., Ch. De Mornex 7, CH-Lausanne 1003, Switzerland
Office Phone: 0041-(0)21-32323, Fax: 0041-(0)21-3232509
✏ **ICAK-UK:** Christopher R.A Smith, D.O., 54 East St, GB-Andover Hampshire SP10 1ES, England
Office Phone: 0044-(0)1380-813139, Fax: 0044-(0)1380-813078
✏ **ICAK-USA:** Terry Kay Underwood, 6405 Metcalf Ave STE 503, USA-Shawnee Mission KS 66202-392, USA
Office Phone: 001-(0)913-3845336, Fax: 001-(0)913-3845112

LABORATORIUM FÜR
UND BIOLOGISCHE

SPEKTRALANALYTISCHE
UNTERSUCHUNGEN

Dr. Bayer GmbH

Bopserwaldstraße 26, D-70184 Stuttgart, Telefon (07 11) 16 41 80, Fax (07 11) 1 64 18 18

IHR SPEZIALLABOR FÜR

● MINERALSTOFFE

Natrium, Kalium, Calcium, Magnesium,
Phosphor, Eisen
(**Vollblut,** Serum, Erythrozyten)

● SCHWERMETALLE

Blei, Cadmium, Quecksilber, Zinn,
Arsen, Palladium

● VITAMINE

Vitamin A, C, E, B1, B2,
B6, B12, Folsäure, ß-Carotin

● IMMUNDIAGNOSTIK

Lymphozyten-Subpopulationen: T- und
B-Zellen, Helfer- und Suppressor-Zellen,
Zytotox. T-Zellen, NK-Zellen.

Thymuspeptide: Thymulin, Thymosin ß-4

● CANDIDA-SEROLOGIE

Antigen sowie IgA-, IgG-, IgM- und
IgE-Antikörper

● SPURENELEMENTE

Kupfer, Zink, Selen, Mangan, Chrom
Vollblut-, Serum-, Harnuntersuchungen

● SÄURE-BASEN-HAUSHALT

Harntitration nach SANDER (Tagesprofil)

● RISIKOFAKTOREN

Homocystein
oxidiertes LDL-Cholesterin

● MYKOTOXINE

Aflatoxin B1, Ochratoxin A,
Zearalenon

● SCHIMMELPILZ-SEROLOGIE

Antigen sowie IgA-, IgG-, IgM- und
IgE-Antikörper

UNSER ZUSATZANGEBOT

- AUSFÜHRLICHE INTERPRETATIONSHILFEN UND KOMMENTIERUNGEN ZU UNSEREN BEFUNDEN
- LAUFENDE PRAXISINFORMATION, SEMINARE, KURSE

SCHREIBEN SIE UNS, RUFEN SIE UNS AN ODER SENDEN SIE UNS EIN FAX -
WIR INFORMIEREN SIE, WIR HELFEN IHNEN WEITER . . .