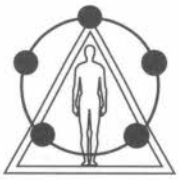
21. Ausgabe Juni 2004 • € 10,-



Medical Journal for Applied Kinesiology

by IMAK / ICAK-D / ICAK-A

Dr. Rudolf Meierhöfer

Piercing – Gewebsverletzungen mit gravierenden Folgen

Uschi Baier-Wolf

Erfahrungsbericht über die Rocabado-Übungen in der physiotherapeutischen/osteopathischen Praxis

Extra zum Raustrennen: Modifizierte Übungen nach Rocabado

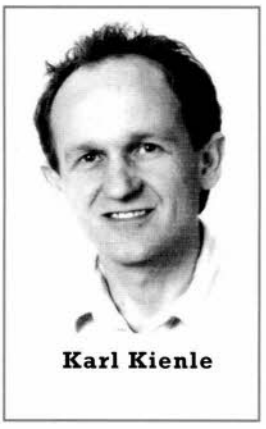
George Goodheart, D.C.

Ernährung und Körpersprache

• Infos • Fallberichte • Aktuelles • Interessantes •

Editorial

Liebe AK'ler, liebe Leserinnen und Leser,



Karl Kienle

Es ist nicht immer einfach hier an dieser Stelle ein geeignetes Thema für ein Editorial zu finden. Es soll ja einen gewissen Gehalt haben, „Qualität" darstellen.
Vielleicht ist dies der Grund warum ich dieses Wort heute direkt zum Thema machen möchte. Vielleicht ist es aber auch die in der Technik -Ecke beschriebene Vorgehensweise von G. Goodheart in diesem MJAK. Wie am Ende vermerkt beinhaltet der Artikel im streng logischen Sinne eine kleine Fehlerhaftigkeit – fehlt es ihm dadurch an Qualität?
Eins der herausragenden Kennzeichen von Goodheart's bisherigen Lebenswerk ist mit Sicherheit die maximale Bemühung um den Patienten, um die Gesundheit des Patienten, was er mit offenem Geist, unvoreingenommen und mit voller Energie verfolgt. Dabei ist er sicher mehr Forscher als Systematiker, doch es wird ihm keiner einen Mangel an Qualität vorwerfen.

Es ist selbstverständlich, dass Qualität schon immer eine große Rolle in der Menschheitsgeschichte gespielt hat. Desgleichen und vor allem in der heutigen Zeit spielt der Versuch diese Qualität zu definieren eine große Rolle. Mag die Beurteilung und die Definition von Qualität bei technischen, materiellen Produkten durchaus noch einwandfrei möglich und auch sinnvoll sein, so wird dies im Rahmen von persönlichen Leistungen oder schon gar im medizinischen Bereich zunehmend schwieriger.

Viel spricht man heute von Qualitätssicherung, aus diesem Grunde haben ja auch die AK Gesellschaften die Rezertifizierungskriterien entworfen um dem Trend der Zeit genüge zu tun. Man beweist also nun durch das Erfüllen von bestimmten Kriterien Qualität. Gerade im medizinischen Bereich sind wir uns hoffentlich sicher, dass sich Qualität nicht in Länge mal Breite mal Höhe und auch nicht in der Anzahl von Punkten wirklich definieren lässt. Auch das Bestehen einer Prüfung mit besten Noten bedeutet nicht automatisch, dass daraus unbedingt Qualität in der Arbeit resultieren muss.

Nachdem wir alle – auch in unseren persönlichen Anschauungen, unseren politischen Überzeugungen und unserer Arbeit - hoffentlich das Beste – das Maximum an Qualität – erzielen wollen, sollten wir uns gewahr sein, dass es hier unterschiedliche Maßstäbe gibt und wir uns selbst nicht zum Maß aller Dinge erheben sollten. Dies würde uns bei vielen Auseinandersetzungen helfen, bei denen jeder eigentlich nur das Beste will.

Oder mit anderen Worten gesprochen von Khalil Gibran: *„Mit einer Weisheit, die nicht weint, einer Philosophie, die nicht zu lachen versteht, und einem Stolz, der sich nicht vor einem Kind verbeugt, will ich nichts zu tun haben."*

In diesem Sinne
Euer Karl Kienle

Karl Kienle, Arzt, Redaktion

Impressum

Herausgeber: IMAK / ICAK-D / ICAK-A • Redaktion: Karl Kienle, Münzstraße 17, D-86956 Schongau, Fax: 0049-(0)8861-900584, karlkienle@ gmx.net • Gestaltung: Lucy S. Wiedner, München • Druck: Nora Druck & Verlag GmbH, Raisting a. Ammersee

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

Infos

Arbeitskreise

AK Chiemsee
Dr. Marat, Tel.: 08051-2330
AK NRW
Dr. Strauven, Römerstr. 34, 53111 Bonn
Fax: 0228-651102
AK Roth
Dr. Meierhöfer, Fax 09171-4678
AK SOG
Karl Kienle, Münzstr. 17, 86956 Schongau
Fax: 08861-900584, e-mail: karlkienle@gmx.net
AK Wien
Dr. Werner Klöpfer, Hauptplatz 17C/ 2. Stock, A-2514 Traiskirchen, Tel. 02252-508 808, Fax: 02252-508 80870,
e-mail: werner.kloepfer@aerztezentrum-traiskirchen.at

Veranstaltungen:

- 17.-22.10.04 **AK-Tage Gardasee**: OM/Phytotherapie/Labor/Ernährung/Akupunktur/Akupressur bei Organdysfunktionen und zusätzlich 23./24.10.04 – AK-M5
- 12.-14.11.04 **Vollversammlungen** ICAK-D, ICAK-A, IMAK, sowie Kongress: **AK und Psyche**, Traiskirchen
- 27.2.-05.03.05 **AK-Skiseminar**, Bad Hofgastein

Traiskirchen (bei Wien) November 2004

- ***Mitgliederversammlungen ICAK-A, ICAK-D, IMAK am 12. November***

- ***Symposium AK und Psyche***

Beginn: Freitag 12. November 14:30h
Ende: Sonntag, 14. November 13:30h

Anmeldung:
Büro IMAK in Österreich (siehe auch beiliegende Ankündigung)

Referenten:
N. Annunciato, K.Weigl, P.-K. Österreicher, D. Becker, R. Leipert, M. Golenhofen, M. Schimkus, K. Kienle, J. Lemke, E. Burtscher, U. Baier-Wolf, A. Suntinger, G. Weiss, W. Klöpfer, K. Dimova, P. Ferdinand, R. Schmidhofer

Workshops:
- *Möglichkeiten und Grenzen bei der Integration der AK in der Therapie psychosomatischer Beschwerden oder Konfliktlösungen unter besonderer Berücksichtigung der systemischen Aufstellungsarbeit nach Hellinger*
  Dr. Klaus Weigl
- *Schamanisches Heilen in der ärztlichen Praxis, ein AK-Konzept?* Dr. Michael Golenhofen

Inhalt

Editorial, Impressum 3
Infos, Inhalt 4
R. Meierhöfer: ***Piercing – Gewebsverletzungen mit gravierenden Folgen*** 5
Die Technik-Ecke: ***Frontal Descent Technik*** 9
A. Rathgeber, W. Ziss: ***Fallbeispiel: Koordinationsstörungen, Adenoide*** 10
Serie: ***George Goodheart: Ernährung und Körpersprache*** 11
Zum Raustrennen: ***Modifizierte Übungen nach Rocabado*** 15
A. Suntinger: ***Hirngerechtes Lernen des Iliopsoas*** 19
Für Sie gelesen: ***Chronische entzündliche Darmerkrankungen: Sind doch Enteropathogene schuld?*** 19
U. Kalbermatter: ***Histaminintoleranz – Nachtschattengewächse??*** 21
J. Tönnis: ***Geheilt mit AK in 30 Minuten*** 21
A. Suntinger: ***Mikroaderlass bei akuter Lumbago*** 22
U. Baier-Wolf: ***Erfahrungsbericht über die Rocabado-Übungen in der Praxis*** 23
Buchbesprechung: ***„Störfeld und Herd im Trigeminusbereich"*** 26
C. Haider: ***Anatomie des Lymphgefäßsystems am Kopf*** 27
A. Suntinger: ***Tatsachenberichte*** 30

Dr. Rudolf Meierhöfer

Piercing – Gewebsverletzungen mit gravierenden Folgen

1. Einleitung

Nach einer Umfrage des Institutes für Demoskopie in Allensbach tragen 26% aller Deutschen im Alter zwischen 16 und 29 Jahren ein Piercing. Im Jahr 2002 ließen sich 60.000 Deutsche ihre Zunge mit einem Piercingschmuckring verzieren.
Während gepiercter Schmuck an Ohr und Nase bereits eine Tradition von über 3000 Jahren hat, gibt es heute immer weniger Tabus bei der Auswahl der zu durchbohrenden Körperstellen.

Gesundheitliche Folgen des Piercings werden von der Schulmedizin und auch von den Krankenkassen weitgehend ignoriert. So empfiehlt der Beratungszahnarzt der AOK-Mittelfranken beim Zungenpiercing eher Kunststoffkugeln, weil dadurch die Zähne weniger gefährdet seien. Das Risiko der Zungendurchbohrung mit allen Folgen wird dabei völlig außer acht gelassen. Der Abteilungsleiter des zahnärztlichen Bereiches einer großen bayerischen Gesundheitskasse hat nach seinen Aussagen keinerlei Probleme mit Nabelpiercing, „weil dort das Risiko wohl am geringsten sei" (Zitat in der Tageszeitung). An den folgenden 3 Patientenfällen soll dargestellt werden, dass Piercings gravierende Folgen für die Gesundheit haben können.

Patientenfall 1:

Die 23jährige Patientin erschien frühmorgens mit starken Gesichtsschmerzen in unserer Praxis. Die Mundöffnung war auf 18 mm eingeschränkt, die gesamte Kaumuskulatur sowie der Bereich des Kiefergelenkes beidseits druckschmerzhaft. Die Patientin berichtete uns unter großen Schmerzen, dass sie bereits seit mehreren Jahren ein Knacken im Kiefergelenk bemerkt hatte. Aus diesem Grunde war bereits vor 2 Jahren eine Schiene ohne Erfolg eingegliedert worden. Seit dem Auftreten des Kiefergelenkknackens hätten sich auch die Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule, der unteren Brustwirbelsäule sowie der Lendenwirbelsäule verstärkt.

Da uns bei der Patientin das Augenbrauenpiercing beidseits, mehrere Ohrringe im Bereich wichtiger Akupunkturpunkte sowie ein Nabelpiercing auffielen, baten wir, auf Grund unserer Erfahrungen mit diesen Störstellen, um Entfernung des Ohrrings (Bild Nr. 1), der etwa am Akupunkturpunkt des Kiefergelenks angebracht war sowie um Entfernung des Nabel- und Augenbrauenpiercings.

Bild 1: Ohrring

Die Verletzungsstelle am Nabel zeigte eine deutliche entzündliche Reaktion (siehe Foto Nr. 2). Etwa 2 Minuten nach Entfernung der Piercings ließ sich bei der Patientin eine Mundöffnung von 28 mm messen, die Schmerzintensität im Gesichtsbereich ließ nach Angaben der Patientin deutlich nach. Wir behandelten nach Testung mit Applied Kinesiology die Piercingstellen mit Ionensalbe der Fa. Helmbold und therapierten lokal die Kaumuskulatur für 16 min. mit pulsierenden Magnetfeld (MRS 2000 med der Fa. Vitalife) und anschließend mit hochfrequenten Ozonimpulsen des Gerätes Ozonythron der Fa. Mymed. Dadurch erreichten wir eine Mundöffnung von 34 mm, die Patientin war weitgehend schmerzfrei. Zur weiteren Therapie wurde der Patientin ein Aqualizer zur Entlastung der Kaumuskulatur mitgegeben sowie spezielle Muskelübungen mit ihr trainiert. Tagsdarauf ergab die Nachkontrolle eine schmerzfreie Mundöffnung von 44 mm.

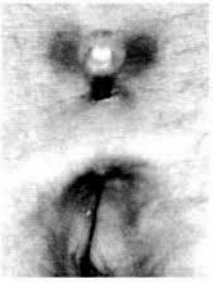


Bild 2: Nabel

Die Nachfrage bei der seit Jahren die Patientin behandelnden Physiotherapeutin ergab folgende Vorbefunde:

- Seit ca. 2 Jahren sterno-symphysale Fehlhaltung mit Schwächen

➢ der gesamten rumpfstabilisierenden Muskelgruppen
- Fortschreitende endgradige Einschränkung der Bewegung im Bereich der Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule und Lendenwirbelsäule
- Der in den Vorjahren immer wieder durchgeführte Test mit Applied Kinesiology zeigte einen positiven Challenge auf festen Biss, eine immer wiederkehrende Schwäche des M. iliopsoas sowie des M. tensor fasciae latae und einen Hypertonus der Hamstrings. Durchgeführte Mobilisationen im Bereich der Wirbelsäule, des Sacrums sowie Occiputrelease waren ohne langdauernden Erfolg. Nach Entfernung der Piercings in unserer Praxis zeigte sich jedoch ein völlig anderes Bild. Die am Tag danach durchgeführte physiotherapeutische Behandlung führte zu einer dauerhaften Wirkung, die Schmerzausstrahlungen aus dem Bereich der Wirbelsäule verschwanden weitgehend und nach Durchführung einer stabilisierenden Rückenschule mit der Patientin, in der die muskulär bedingte Fehlhaltung stabilisiert wurde, sind bis jetzt die Schmerzen nicht mehr aufgetreten.

Anmerkung:
Die Ohrstecker am Kiefergelenkspunkt sowie das Nabelpiercing wurden 6 Monate vor Auftreten der strukturellen Beschwerden (HWS, LWS, Kiefergelenk) gesetzt.

Patientenfall 2:

Die 27 jährige Patientin klagte in der Anamnese über rezidivierende Blokkierungen der Halswirbelsäule und davon ausgehend immer wieder sehr starkem Schläfenkopfschmerz. Diese seit 2 Jahren bestehenden Beschwerden gingen einher mit starker Verstopfung (teilweise 1 Stuhlgang pro Woche), wobei diese Problematik bei beruflichem Stress noch verstärkt wurde. Exzessives Knirschen und Pressen mit den Zähnen führte regelmäßig zu morgendlichen Verspannungen im Gesichtsbereich. Alle bisher durchgeführten Therapien blieben ohne dauerhaften Erfolg. Die Halswirbelsäule wurde regelmäßig mobilisiert, wobei die Mobilisationen maximal 3 bis 5 Tage anhielten. Die Patientin trug nach eigenen Angaben seit ca. 2 Jahren Piercings im Bereich der Ohren, des Nabels und der Nase. Das „Bohrloch" an der Nase entzündete sich regelmäßig alle 2 Monate. Entfernte die Patientin das Nasenpiercing, verbesserten sich in der Abheilphase der Entzündung deutlich die HWS-Verspannungen, das Knirschen und Pressen reduzierte sich nach Patientenangaben deutlich.

Die Testung mit Applied Kinesiology ergab an allen Piercingstellen eine positive Therapielokalisation (TL). Diese positive TL wurde aufgehoben durch die Doppeltherapielokalisation zu den Alarmpunkten von Dünndarm und Dickdarm, was auf einen Zusammenhang der betreffenden Meridiane mit der Störstelle (Piercingloch) hinwies. Alle Piercingstellen ließen sich in der Testung mit Ionensalbe nach Helmbold aufheben. Der Patientin wurde daraufhin empfohlen, die Piercings abzunehmen und die Piercingstellen mehrmals täglich mit der Ionensalbe zu behandeln.
Innerhalb einer Woche veränderte sich die Darmträgheit der Patientin gravierend.

Seit nunmehr 6 Monaten sind bei der Patientin weder Blockierungen im Bereich der Halswirbelsäule noch Kopfschmerzen aufgetreten, obwohl sich die Belastungssituation durch Examensprüfungen, die neben der beruflichen Tätigkeit abgelegt wurden, noch verstärkt hat. Die Probleme im Bereich der Verdauung sind seit dieser Zeit vollständig verschwunden. Knirsch- und Pressphänomene im Bereich des stomatognathen Systems sind deutlich reduziert. Zur weiteren Schonung der Zahnsubstanz wurde zusätzlich eine Schiene nach orthopädischen Kriterien eingegliedert.

Patientenfall 3:

Die 19 jährige Patientin erschien Anfang 2003 mit folgendem Beschwerdebild in unserer Praxis:

- Verlust aller Haare (siehe Bild Nr.3)
- Rheumatische Schmerzen in fast allen großen und kleinen Gelenken
- Sehr schnelle Ermüdung
- Rezidivierender Herpes im gesamten oralen Bereich

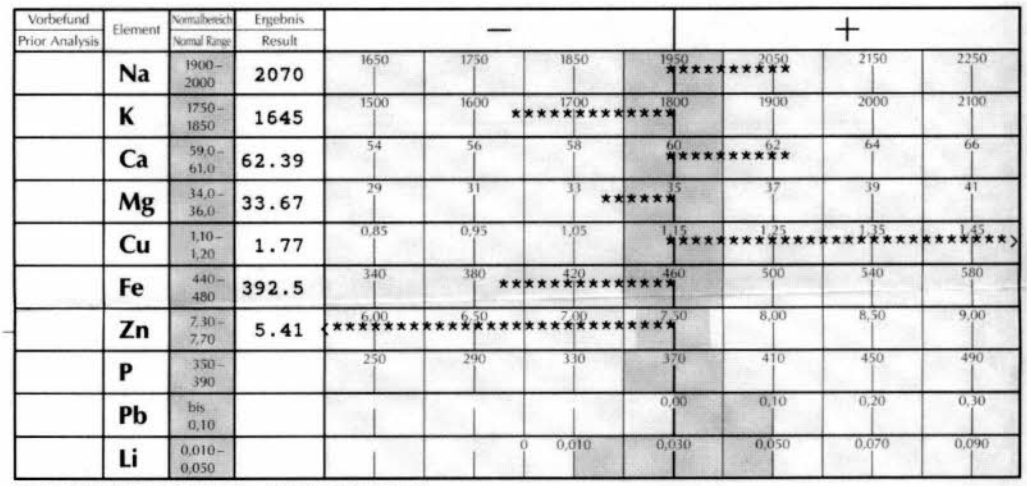
Bild 3: Haarausfall

Das Blutbild zeigte nach Angaben des behandelnden Hausarztes mit Ausnahme eines erhöhten ASL-Titers keine problematischen Werte.

Unsere Anamnese ergab, dass die Patientin am Tag mehr als 20 Zigaretten rauchte und seit mehr als 5 Jahren Piercings an mehreren Stellen im Ohr, im Nabel sowie an den Brustwarzen trug.

Die Testung mit Applied Kinesiology zeigte ein Switching, das aufhebbar war nach der Entfernung der Piercings und Behandlung der Piercingstellen mit Ionensalbe. Dies war für uns ein deutlicher Hinweis darauf, dass das massive Piercing bei der Patientin zu einer generellen Dysorganisation geführt hatte, die evtl. bestehende Dysfunktionen und Mangelerscheinungen im Bereich Vitamine, Spurenelemente noch ➢

Vorbefund / Prior Analysis	Element	Normalbereich / Normal Range	Ergebnis / Result
	Na	1900–2000	2070
	K	1750–1850	1645
	Ca	59,0–61,0	62.39
	Mg	34,0–36,0	33.67
	Cu	1,10–1,20	1.77
	Fe	440–480	392.5
	Zn	7,30–7,70	5.41
	P	350–390	
	Pb	bis 0,10	
	Li	0,010–0,050	



Alle Werte beziehen sich auf mg/l. – All values refer to mg/l.

Spektrodiagramm Patientin 3

➢ verstärkte. Nachdem die AK-Testung einen deutlichen Hinweis auf Schwermetallbelastungen sowie starken Spurenelement- und Vitaminmangel gezeigt hatte, wurde eine Vollblutanalyse durchgeführt.

Folgende Werte außer der Norm wurden zusätzlich gefunden:

Selen	69 µg/l
Folsäure	191 µg/l
Cadmium	7,9 µg/l

Auf Grund der hier gezeigten Mangelerscheinungen wurde Zink, Eisen, Selen und Folsäure substituiert. Allein durch die Substitution von Spurenelementen und Vitaminen sowie die homöopathische Begleitbehandlung mit Hypericum (alles nach AK-Testung) verbesserte sich die Gesamtsituation der Patientin. Wie auf Bild Nr. 4 sichtbar, sind auch die verlorengegangenen Haare weitgehend nachgewachsen. Alle Piercings wurden in der Zwischenzeit entfernt, die Störstellen regelmäßig mit getesteter Ionensalbe behandelt. Der extrem hohe Cadmiumwert, der wahrscheinlich durch den hohen Zigarettenkonsum der Patientin ausgelöst wurde, soll nach Stabilisierung der Gesamtlage mit DMSA ausgeleitet werden.

Bild 4: Nach der Behandlung

Die „Verschönerung" des Körpers durch Piercing nimmt in unserer Gesellschaft immer mehr zu. Die damit verbundenen Folgen, die von den zuständigen Institutionen, Ärzten und Krankenkassen weitgehend ignoriert werden, sind teilweise gravierend. Abhängig von Konstitution der Person und der Piercingstelle können Piercings Krankheiten und Dysfunktionen verstärken.

Auch wenn viele Menschen Ihre Piercings stolz als Schmuckstück tragen, wie untenstehender Seemann, soll mit oben dargestellten Patientenfällen die Notwendigkeit der anamnestischen Nachfrage nach Piercings aufgezeigt werden. ❑

Dr. Rudolf Meierhöfer, Zahnarzt
Traubengasse 19, D-91154 Roth
Fax: 0049-(0)9171-4678
e-mail: DrRume@aol.com
www.drmeierhoefer.de

Aura Energie

Sponsor der DSV Deutschen Ski-Nationalmannschaften

hypo - A

Die Besonderen Nahrungsergänzungen

Chemie Nahrung

Psyche Seelenleben

Struktur Gesundheit-Krankheit

Calcium	**100 Stck.**	**PZN**
Inhaltsstoffe: 150 mg Calcium als Carbonat		0028240
Magnesium	**100 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 150 mg Magnesium als Carbonat		0028257
Magnesium - Calcium	**100 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 75 mg Magnesium plus 75 mg Calcium als Carbonate		0028286
Chrom	**120 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 0,1 mg Chrom als Chrom-III-chlorid, Inulin*		0028292
Eisen plus Acerola Vit. C	**120 Stck.**	
Inhaltsstoffe: *Mit verbesserter Rezeptur – ohne Gelatine!* 24 mg Eisen als FE-II-Gluconat, Acerolapulver entsprechend 50 mg Vitamin C		1879299
Mangan	**120 Stck.**	
Inhaltsstoffe: *Mit verbesserter Rezeptur – ohne Gelatine!* 5,0 mg Mangan als Gluconat, Inulin*		0028346
Selen plus Acerola Vit. C	**120 Stck.**	
Inhaltsstoffe: *Mit verbesserter Rezeptur – ohne Gelatine!* 100 µg Selen, Acerolapulver entspr. 100 mg Vit. C		1879282
Zink	**120 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 25 mg Zink als Gluconat, Inulin*		0028375
Spurenelemente	**100 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 25 mg Zink, 4,5 mg Mangan als Gluconate, 0,1 mg Chrom als Chrom-III-chlorid, 30 µg Selen als Hefe selenhaltig, Inulin*		0028487
Vit. B-Komplex plus	**120 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 25 mg Zink, 4,5 mg Mangan als Gluconate, Vitamine B1-Thiamin 2,4 mg, B2-Riboflavin 3,0 mg, B3-Niacin 30,0 mg, B5 Ca-D-Pantothenat 25,0 mg, B6-Pyridoxin 3,0 mg, B12-Cyano cobalamin 8 mcg, Folsäure (B9) 0,4 mg, Biotin 0,25 mg, Inulin*		0267163

PZN – (Deutsche) Pharma-Zentral-Nummer

hypo - A GmbH

D-23569 Lübeck
Kücknitzer Hauptstraße 53
Tel.: 04 51 - 307 21 21
Fax: 04 51 - 30 41 79
E-Mail: info@hypo-a.de
stets aktuell: www.hypo-A.de

Erfolgreiche Bioenergetiker schwören auf

hypo - A – Premium-Qualität

„You can never lie to an allergic patient!" sagt der Amerikaner. Wer effektiv und erfolgreich arbeitet, weiß exzellente reine Substanzen zu schätzen – pure encapsulation hochwertiger Rohstoffe in klugen Kombinationen:

- **ohne** chemische Hilfsstoffe
- **ohne** Farben
- **ohne** Aromen
- **ohne** belastende Fremdstoffe

Unsere bioenergetisch selektierten Substanzen normalisieren den Energiefluß im Meridiansystem. Sie optimieren die Organfunktion wie die Streßregulation und garantieren natürlich das hormonelle Gleichgewicht.
Nach deutschem Lebensmittelrecht in Deutschland gefertigt, sind unsere Produkte ohne Einschränkung in der EG voll verkehrsfähig. Therapeuten können bei uns direkt beziehen und an Patienten selber abgeben oder über Apotheken rezeptieren.

hypo - A – Nahrungsergänzungen sind der Garant Ihrer ganzheitlichen Therapieerfolge mit der hoT-hypoallergenen orthomolekularen Therapie.

hypo - A – Premiumqualität ist das energetische und nutriologische Fundament einer Schönheitspflege von innen, die sich dem Erfahrenen durch die erstrahlende Aura offenbart.

hypo - A – Orthomolekularia schaffen die nutritive Optimierung der Nahrungsgrundlage. Sie sind die natürliche Basis der energetischen Erweiterung einer balancierten *„Triade of health"*:
Chemie ⇔ Struktur ⇔ Psyche ⇔ ... ... *Energie!*

hypo - A – Nahrungsergänzungen –
die bio-energetische Dimension der Nutriologischen Medizin!

3-SymBiose	**100 Stck.**	**PZN**
Inhaltsstoffe: Kombination von Bifidobacterium lactis, Lactobacillus acidophilus als 10⁹ lebensfähige Keime, Zink 10,0 mg als Gluconat, Folsäure 0,2 mg, Vitamin B12 0,004 mg, Vitamin D3 0,005 mg, Silicea/Kieselerde 50 mg, Inulin*		1609890
Vitamin A + E	**120 Stck.**	
Inhaltsstoffe: Vitamin E (natürliches D-Tocopherol) 65 mg, Vitamin A (Retinol) 4,5 mg, 380 mg Öko-Leinöl		0556909
Q 10 plus Vitamin C	**90 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 600 mg Acerola-Kirschpulver mit 150 mg natürlichem Vitamin C, 30 mg Coenzym Q 10		0813039
Lachsöl	**150 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 510 mg Lachsöl mit 10 mg D, L-α-Tocopherolacetat		0028493
Nachtkerzenöl	**150 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 500 mg Nachtkerzenöl mit 10 mg D, L-α-Tocopherolacetat		0028518
NK-Borretschöl	**150 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 300 mg Nachtkerzenöl mit 200 mg Borretschöl, 10 mg D, L-α-Tocopherolacetat		0503184
Schwarzkümmelöl	**150 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 490 mg Schwarzkümmelöl mit 10 mg D, L-α-Tocopherolacetat		0028524
Echium Ω 3/6 „Vegetarisches Lachsöl"	**90 Stck.**	
Inhaltsstoffe: 500 mg Echiumöl, Vitamin E (50 mg/100g)		0813016
Bioenergetischer Testkasten		

– Alle Produkte in bei Bedarf zu entfernender hypoallergener farbloser Kapsel
** Ballaststoff aus der Zichorienwurzel zur Förderung der symbiotischen Keime der Darmflora*

hypo - A Garantie:

hypo - A – Premium – Nahrungsergänzungen werden garantiert ohne chemische Zusatzstoffe in Deutschland aus bioenergetisch selektierten hochwertigen Rohstoffen hypoallergen verkapselt.

hypo - A – Nutritiva sind speziell auch für Allergiker konzipiert!

Dr. Werner Klöpfer

Die Technik-Ecke

Diesmal eine Technik, die in Europa kaum bekannt ist, die aber allen, die kranial arbeiten, nützlich sein kann:

Frontal Descent Technik

Geschichte und Anwendung:
Diese Technik wurde zuerst von Terry Franks DC, DIBAK, in seinem Artikel „Anterior Lumbar Pattern" beschrieben. Goodheart erweiterte später diese Technik nach folgender Vorgeschichte: Goodheart behandelte einen Patienten mit Fazialisspasmus. Der Spasmus besserte sich, wenn der Pterygoideus lateralis mit Strain-Counterstrain-Technik entspannt wurde. Aber die Symptomatik kam immer dann zurück, wenn der Patient sich aufrichtete und sein Körpergewicht in die Senkrechte brachte. Durch Herumexperimentieren nach „Versuch und Irrtum" fand Goodheart heraus, dass durch Entspannung des Pterygoideus lateralis das Sphenoid am Frontale anstieß und dabei das Frontale mitnahm.
Solange sich der Patient in der Liegeposition befand, wirkte die Schwerkraft nicht auf das Frontale und Sphenoid, aber unter der Einwirkung der Schwerkraft beim Aufrichten verursachte das abgesunkene Frontale erneut die Symptome.
Die Korrektur des abgerutschten Frontale beseitigte dann die Symptome.

Untersuchungsgang und Korrektur:
- ein starker Indikatormuskel wird schwach, wenn der Patient das Stirnbein kranialwärts anhebt. Dann ist die Respirationsphase zu suchen, die die Schwäche aufhebt, gewöhnlich die Inspiration.
- Dann muss der verspannte M. pterygoideus lateralis durch Strain-Counter- Strain Technik entspannt werden. *(Bemerkung: wir kennen im Allgemeinen nur die SCS Technik des Pterygoideus medialis am inneren Kieferwinkel. In den USA wird aber durchaus intraoral von der Pterygoidtasche aus horizontal der Pterygoideus lateralis behandelt)*
  Palpiert wird das maximal schmerzhafte Areal am Pterygoideus lat. dann die Schmerzreduktion durch Positionierung der HWS in Flexion, Rotation und Lateralbeugung vorgenommen.
  Dann hält der Patient solange wie möglich den Atem an, wobei gleichzeitig der Druck auf den Muskel aufrechterhalten wird, (in der üblichen Literatur 5-7 mal einatmen).
- Dann prüfe, ob ein Frontal Descent vorliegt. Zunächst TL des Os frontale vor dem Challenge, um eine positive TL anderer Ursache auszuschließen. Danach wird das Frontale in kranialer Richtung angehoben und gehalten. Im Falle eines positiven Challenge suche die Atemphase, die die Schwäche aufhebt. Dann Korrektur durch Anheben des Frontale fünf- bis sechsmal in kranialer Richtung, in der entsprechenden Atemphase.
- Um ein Rezidiv zu verhindern ist auch der M. temporalis anterior mit Spindelzelltechnik und Origin/ Insertion- Technik sowohl an seinem Ursprung in der Fossa temporalis und am Processus coronoideus zu behandeln.

Kommentar:
Der Gedanke von Goodheart, auch das Frontale mitzubehandeln ist sicher beachtenswert. Bei chronischen TMJ-Störungen wird man ohnehin alle Schädelfehler behandeln, ob sich dann diese Technik nicht erübrigt, sollte einfach ausprobiert werden. Für Rückmeldungen wäre ich dankbar.

Literatur:

1. Goodheart, George J., Applied Kinesiology 1985 Workshop Procedure Manual, S. 39 - 42
2. Franks, Terry, Anterior Lumbar Pattern, Collected Papers of the Members of the International College of Applied Kinesiology, Summer Meeting, 1984, S. 115 - 117
3. Personal notes at How, Why, When Chiropractic Works, Session 3, Goodheart and Schmitt, March 8 - 9, 1986
4. Walther David, Applied Kinesiology, Vol.II, 1983

Dr. Werner Klöpfer
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, DIBAK
Hauptplatz 17C/2.Stock
A-2514 Traiskirchen
Fax 0043-(0)2252-508 80870

Anmerkung der Redaktion:
In dem oben beschriebenem Vorgehen ist eine Unklarheit verborgen bzw. steht das Procedere im Widerspruch zu ähnlichen Techniken des Kurses AK Manuelle Medizin 2 – Wer merkts? Bitte Rückmeldungen an die Redaktion! Abschliessender Kommentar in MJAK 22

Astrid Rathgeber und Dr. Walter Ziss

Fallbeispiel: Koordinationsstörungen, Adenoide

F. G., m, 6 J.
A: Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen (Einbeinstand und Cross Crawl nicht möglich), motorische Unlust, F. mag nicht laufen, Fußball spielen oder andere motorische Spiele, schlechte Feinmotorik, Haltungsschwäche, Mundatmung, häufige Infekte, Obstipation. F. ist bereits morgens müde und antriebsschwach. HNO-Befund vom 02.04.04: Paukenerguss bds., Adenoide, Schallleitungsschwerhörigkeit bds. 40 dB pantonal. Es wird zur Rachenmandel- und Polypenentfernung geraten.

KG-Befund nach ärztlicher Verordnung am 15.04.03:
Beckenrotation, re Ilium anterior, verstärkte BWS-Kyphose, protrahierte Schultern bds, Mm. pectorali minores bds +++, anteriore Kopfhaltung, Beinlängenverkürzung li ca. 1cm, Plattfüße bds. re < li.

Ärztlich eingeleitete Maßnahme:
KG-Behandlung mit Vojta zur Haltungsverbesserung und neurologischen Bahnung bis zum 04.06.03. Da es während dieser Maßnahmen zu keiner wesentlichen Besserung kam wurde F. zusätzlich osteopathisch und mit AK untersucht.

Osteopathie-/AK-Befund am 04.06.03:
Gesichtsskoliose, Sidebending-Rotation re der SBS, beide Ossa temporalia in medialer Kompression, M. temporalis re, Mm. masseter bds., Mm. pterygoidei med. bds. und M. sternocleidomastoideus bds. schmerzhaft +++, beide Condylen der Mandibula druckschmerzhaft – re stärker, re Condylus post., Lateralflexion der HWS re schmerzhaft eingeschränkt.
n: Rectus bds.
→ W: fester Biss, weite Mundöffnung, Cross Crawl
→ +TL Tonsillen → NC Tonsilla comp.®
→ NC: Biss mit Watteröllchen, HWS-Beweglichkeit fast frei.

Osteopathische Schädelbehandlung
- Lösen der med. Kompression der Ossa temporalia
- Lösen der Sut. occipitomastoidea (SOM) re
- Lösen der intraossären Läsion des Occiputs
- Lösen der Sut. intermaxillaris
- Behandlung der Kiefermuskulatur und des TMJ nach o.g. Befunden mit den bekannten Muskel- und Faszientechniken.

Nach 4 Behandlungen bereits wesentliche Besserung der Motorik. Zusätzlich Vorstellung bei einem anderen HNO-Arzt und beim Kieferorthopäden zur weiteren Abklärung.

HNO-Befund am 28.07.03:
Tonsillen unauffällig, mäßige Peritonitis, Adenoide vergrößert, cervicaler Lymphstau, Audiogramm: geringfügige Schallleitungsschwerhörigkeit 15 dB bds.!!, Trommelfellbeweglichkeit eingeschränkt, Unterdruckverhältnisse im Mittelohr, kein Paukenerguss mehr!!!, neuro-otologische U. o.B. (keine Labyrinthläsion).
n: Rectus bds.
→ + TL Ly 1, 2 bds., TE bds. → NC Alymphon® (Lymphmittel)
→ + TL 3E20 bds. → NC Vertigoheel®
→ Cat. II li. → NC: Korrektur SBS Inspiration Assist Fault
→ ∅ TL 3E20, ∅ Beinlängendifferenz (BLD).

Bei der KFO-Untersuchung im August wurde festgestellt, dass eine craniomandibuläre Dysfunktion vorliegt. Auf Grund des fast vollständig bestehenden Milchgebisses kann diese jedoch noch nicht sinnvoll behandelt kann. In 1 Jahr Wiedervorstellung beim KFO.

Abschlussbefund:
Durch die o.g. konservativen Maßnahmen konnte ein operativer Eingriff am Mittelohr und die Entfernung der Rachenmandeln verhindert werden. Die nicht-labyrinthär ausgelösten Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen sind weitgehend behoben. F. spielt seit zwei Monaten Tennis. Im September konnte die Einschulung erfolgen, bis jetzt keinerlei schulische Schwierigkeiten. Laut Aussage der Mutter ist F. auch wesentlich munterer und aktiver.
Bis zum heutigen Zeitpunkt keine Infekte, Nasenatmung problemlos möglisch. Der Stuhlgang ist völlig normal.
n: Rectus bds.
→ ∅ Atemscreening, ∅ Cross Crawl
→ W: fester Biss
Mm.. masseter bds., Mm. pterygoidei medialis bds. schmerzhaft.

➢ Weiteres Procedere: F. wird noch weiterhin cranial behandelt, v.a. die Kiefermuskulatur und das TMJ. Auch die HNO-, v.a. die Adenoide und KFO-Befunde müssen kontrolliert werden.

Zusammenfassung:

Dieses Beispiel zeigt, wie wichtig und fruchtbar die interdisziplinäre Arbeit in der AK ist. Dem Kind konnte so sehr geholfen werden, dass die Aussage der Mutter „ich habe ein neues Kind" war. Dies war nur möglich, da es eine sinnvolle Zusammenarbeit zwischen Physiotherapeutin, HNO- und KFO-Arzt gab. ❑

Astrid Rathgeber, Physiotherapeutin
c/o Praxis Uschi Baier-Wolf,
Mietenkamer Str. 186,
D-83224 Grassau
Fax: 0049-(0)8641-697143
Dr. Walter Ziss, HNO
Obere Hauptstr. 8,
D-85354 Freising
Fax: 0049-(0)8161-3578

Serie

GEORGE GOODHEART, D.C.

You'll be better – Die Geschichte der Applied Kinesiology

Ernährung und Körpersprache

Kapitel 2

Inzwischen war meine Praxis so stark frequentiert, dass es mir, zusammen mit dem Bestreben, dieses neue Material zu lehren, schwer fiel, durchzuhalten. Ich hatte Glück, Dr. Terry Franks als meinen ersten Partner zu haben, der „den Laden schmiss", während ich unterwegs war. Es war auch während dieser ersten Lehrzeiten, dass der Sohn meines Nachbarn, der jetzige Dr. Walter Schmitt, sich meinen Vortrag anhörte und mich bei der Behandlung einer ziemlich besorgten, weiblichen Ärztin beobachtete. Mein spezielles Vorgehen brachte ihn dazu, dem chiropraktischen College beizutreten.

Bei vorsichtigem Vergleich der Fakten – die ich nun bei den Patienten von Dr. Franks und mir beobachten konnte, ebenso wie bei der Assistenz des Studenten, Walter Schmitt – erforschten wir viele verschieden gestaltete Probleme, die Muskeltests und -behandlungen involvierten; wir erstellten Unterlagen und forschten mit fortschreitendem Erkenntnisgewinn.

Ich hatte eine Patientin, eine gute Freundin, die im Alter von 45 Jahren an der Wayne University studieren wollte, nachdem sie ihre Kinder großgezogen hatte. Sie litt an einer Schilddrüsen- und Nebennierenunterfunktion. Ihrer Nebennierenunterfunktion konnte ich helfen.
Während sie 3 Körner Schilddrüsenextrakt täglich einnahm, zeigte sie weiterhin Symptome von Schilddrüsenunterfunktion; das heißt, sie nahm an Gewicht zu, hatte schnelle Ermüdungserscheinungen, verlor das äußere Drittel der Augenbrauen, hatte fettige Haut und ein schlechtes Gedächtnis – was nicht gerade förderlich war, um in einem relativ späten Lebensabschnitt ein guter Student zu sein. Wegen der drei Körner Schilddrüsenextrakt täglich und dem Ausbleiben der Wirkung dachte ich, es wäre interessant herauszufinden, was bei der Einnahme von Schilddrüsenextrakt in einer anderen Form passieren würde.

Viele Jahre zuvor beobachtete ich einen Jungen, der den Inhalt einer Orangensaftflasche trank, in der Annahme es sei Orangensaft. Stattdessen enthielt die Flasche jedoch eine Lauge und seine Speiseröhre wurde chemisch durchlöchert. Seine Speiseröhre wurde in mehrfachen Eingriffen wiederhergestellt, wobei man ➢

einen Teil seines Darms benutzte. Durch eine Magensonde wurde vitamin- und kalorienbilanziertes Essen eingeführt. Dieser junge Mann verlor trotz der angemessenen Einnahme von Kalorien an Gewicht, hatte schlechte Nierenwerte und litt an Arthritis – im Alter von sieben Jahren. Ich dachte, das Wissen meines Vaters zu kennen, verstand ihn aber nicht ganz als er mir empfahl, den Jungen zu bitten, die Nahrung, die er nicht schlucken konnte, zu kauen und erst dann in die Magensonde einzuführen.

Nachdem wir diesen Ratschlag befolgten, beobachtete ich einen Rückgang der Arthrose, die Nierensteine verschwanden, und er nahm an Gewicht zu. Dies überraschte mich sehr – dass unsere Speichelverdauung und der Kauvorgang eine Rolle bei der richtigen Essensaufnahme spielen.

Während meine eigenen Kinder aufwuchsen, bemerkte ich, dass, wenn Sie vor Hunger weinten und ich ihnen ein Stück Käse zu essen gab, sie sofort aufhörten zu weinen, obwohl ich wusste, wie lange die Verdauung des Käses dauerte. Wenn ich eines dieser Kinder wäre, würde ich erst beim Beginn der Verdauung aufhören zu weinen. Es war mir schwer verständlich, warum sie sich schon in Erahnung der Verdauung beruhigten.

Ich testete auch den Speichel von Patienten mit einer Stärke-Jod-Kombination auf Vitamin B. Die Speisestärke-Jod-Kombination produzierte eine blaue Farbe in Abhängigkeit von Ptyalin. Ptyalin im Speichel ist ein Indikator für den Vitamin B Gehalt; je mehr Ptyalin um so mehr Vitamin B, und je schneller die blaue Stärke-Jod-Farbe verschwand, um so höher der Vitamin B Anteil. So ließ sich die Notwendigkeit einer Vitamin B Zufuhr für den jeweiligen Patienten beurteilen.
Zudem war mir bekannt, dass die Ohrspeicheldrüse (Parotis) das Essen, das wir zu uns nehmen, dejodiert. Mit diesem Hintergrundwissen über Speichelverdauung und -aufnahme bat ich die vorher erwähnte Patientin, die Schilddrüsentabletten zu kauen – sie hatte an diesem Morgen bereits eine eingenommen – sie nahm 3 Körner Schilddrüsenmittel am Tag. Sie kaute eines der Körner und fiel augenblicklich in eine tiefe Ohnmacht. Zu diesem Zeitpunkt war ich nicht erschüttert durch diese schnelle Reaktion, ich überprüfte ihre Lebenszeichen, die alle normal waren, und wartete ab. Nach vier bis fünf Minuten wachte sie auf und fragte, was passiert sei. „Sie sind ohnmächtig geworden" antwortete ich. „Durch das Kauen der Schilddrüsenmittel?" Ich antwortete „Ja." Sie sagte, dass ihr das nie zuvor passiert war und ich erinnerte sie daran, dass sie das Mittel zuvor nie gekaut hatte.

Der Teres minor in der hinteren Schulter kann leicht durch Beugen des Arms im 90° Winkel und das Drücken des Handgelenks gegen den Nabel, getestet werden. Der Patient versucht währenddessen, den Arm gegen den Druck des Arztes nach außen zu rotieren. Ich stellte einen Zusammenhang dieses Muskels mit der Schilddrüse fest, und im Fall meiner Patientin war dieser Muskel immer geschwächt, trotz der schon erwähnten anfänglichen Behandlungsversuche. Nun war dieser Muskel plötzlich sehr stark und sie sah mich an und sagte: „Kann es sein, dass ich mich besser fühle, durch das Mittel, das sie mir gaben?" Ich sagte: „Deswegen kommen sie ja zu mir!" Sie war die erste Patientin, der wir empfahlen, das Mittel zu kauen, ohne es herunterzuschlucken.

An diesem Nachmittag war der Vater unseres Nachbarn bei einer mexikanischen Party des hiesigen Jagdclubs und trank einigen Tequila, von dem er Kopfschmerzen bekam. Ermutigt durch die Erfahrung, die ich bereits früher an diesem Tag machte, ließ ich ihn Galle-Salz-Dragées kauen. Ich hatte den PMS – assoziiert mit der Leber – getestet und als schwach erkannt. Dann ließ ich ihn dieses Galle-Salz-Dragée in Kombination mit Vitamin A kauen. Augenblicklich wurde der getestete Muskel stärker und er sah mich fragend an: „Kann das meinen Kopfschmerzen so schnell geholfen haben?" „Deshalb kamen sie schließlich hierher" antwortete ich und berichtete ihm von meiner Erfahrung, die ich an diesem Morgen machte.

Dann testeten wir Muskeln in Abhängigkeit von Nährstoffen und entwickelten das Grundprinzip, welches wir später im Text behandeln werden.

Wir fanden heraus, dass bestimmte Nährstoffe spezifische Muskeln stärken oder schwächen. Gewisse Verunreinigungen in unserer Umwelt können durch Inhalieren oder direkten Kontakt getestet werden. Wir fanden weitere Hintergründe über das bisher eher nebulöse Konzept von Allergien und Empfindlichkeiten.

Ernährung ist ein Glück und auch ein Fluch, denn Menschen nehmen nährstoffhaltige Produkte für bestimmte Symptome ein. Abhängig davon, welche Ausgabe welcher Zeitschrift sie gelesen haben, nehmen sie die gerade angesagten Nährstoffe zu sich, oftmals mit guten Resultaten.

Serie

➢ Der Körper hat ein einzigartiges System zur Identifizierung seiner Bedürfnisse, sowohl im Hinblick auf Nahrung, als auch auf Nahrungsergänzung und Medikation. Der fragliche Nährstoff kann in Bezug auf jeden Muskel des Patienten durch die jeweilige Nahrungsaufnahme an seinen Zungenrezeptoren getestet werden; ein Muskel wird getestet und wenn die Nahrung gut oder neutral ist, wird der Muskel nicht schwächer. Wenn die Nahrung, wenn auch sehr schmackhaft und beliebt, für den Patienten schädlich ist, wird der Muskel geschwächt. Das gleiche gilt für einen Nährstoff oder ein Medikament. Dies macht Sinn im Hinblick auf Erfolg oder Misserfolg einer Ernährung. Statt nur auf die Symptome zu achten, müssen wir die Körperreaktionen beobachten, eine wesentlich effektivere Technik.

Es ist ebenfalls möglich, Essenskombinationen zu testen. Beispielsweise kann sich der gelegentliche, ausschließliche Verzehr von Rindfleisch oder Roggenbrot sehr positiv auswirken, aber wenn beide kombiniert werden schneiden sie schlecht ab. Folglich sollten manche Nahrungsmittel nicht miteinander kombiniert werden.

Der Punkt ist, dass man jedes Nahrungsmittel, jedes Medikament testen kann und eine Körperreaktion erhält, sofern die Zungenrezeptoren von der fraglichen Substanz aktiviert werden. Dies braucht weder Training, noch spezielle Fertigkeiten. Der Mann kann es für seine Ehefrau machen und umgekehrt, jedes Mitglied des Haushalts kann leicht dazu ausgebildet werden. Dies verbessert bereits die Handhabung von Allergien und Nahrungsempfindlichkeiten, sowie das Finden von Essen, das für den jeweiligen Menschen verträglich ist. Es verbessert außerdem den biologischen Aufbau eines Menschen und seine Energiebalance.

Ernährung als eine Wissenschaft befindet sich in einem gewissen Chaos, denn Menschen finden Bruchstücke von Informationen großer und bedeutender Probleme heraus. Es ist wie ein Teil eines Puzzles – wenn man das richtige Teil für ein Puzzle findet wird es komplett, aber es ist nicht das Teil, das für das Puzzle einer anderen Person benötigt wird, obwohl sie das gleiche Verlangen nach Problembewältigung und möglicherweise auch ein ähnliches Problem hat.

Nahrung benötigt eine Art von Auswertung, sowohl bei Überschuss-, als auch bei Mangelsituationen. Die Möglichkeit, gültige klinische Beobachtungen von Ernährungsbedürfnissen durchzuführen setzt standardisierte Tests von Muskeln voraus. Hier liegt der Schlüssel zu angemessener Ernährung.

Wenn ein Patient einen bestimmten Nährstoff benötigt, sollte dieser zumindest keine Muskeln schwächen. Wenn ein Muskel bereits ohne Reiz (Challenge) beim Test schwach ist, dann sollte der angemessene Baustoff, sobald er auf den Zungenrezeptoren platziert wurde, zu einer schnellen Muskelstärkung führen. Dies bringt sicheren, effektiven und einwandfreien Nutzen der Ernährungswissenschaft auf Basis der Zungenrezeptoren. Dieselbe Zungenrezeptoren-Aktivierung kann angewandt werden um die Nahrung, die dieses Individuum zu sich nimmt zu testen, und oft sollte auch das Essen an sich getestet werden, ebenso wie die Nährstoffe.

Ich erinnere mich an eine sehr berühmte Person im Show-Business, die 60 verschiedene Nährstoffe einnahm. Lediglich 12 der 60 eingenommenen benötigte sie tatsächlich und 48 schadeten ihr. Sie litt an einer schweren Allergie und aufgrund ihrer einzigartigen Stimme gab es keinen Ersatz für sie. Es ging ihr sehr gut, nachdem sie sich unserer erwähnten Prozedur unterzog.

Das Scheitern der Ernährungswissenschaft, um den Bedarf oder den fehlenden Bedarf der Nahrungsunterstützung einer Person richtig auszuwerten, liegt nur an der üblichen Technik der Symptombekämpfung oder der „für jede Krankheit eine entsprechende Pille" – Einstellung, egal ob es sich um einen Nährstoff oder ein pharmakologisches Produkt handelt. Es gibt eine bessere Lösung, und diese bessere Lösung ist es, die Person mit dem Muskeltest auszuwerten und den Nährstoff einzeln anhand der Reaktion dieser Person zu testen.

Ein kürzlich erschienenes Buch mit dem Titel „The Food Connection", von Schecter and Scheinken, behandelt die Applied Kinesiology Technik in Bezug auf cerebrale Empfindlichkeiten.

Es gibt eine neue Theorie der Biologie, wie von James Isaacs in seinem Buch „Complementary In Biology" verfochten, herausgegeben von John Hopkins Press, auch diese wird in den noch folgenden Kapiteln behandelt. ❑

(Fortsetzung folgt)

George Goodheart, D.C.

Übersetzung:
Gaby Harris, Karl Kienle

Qualität ist nachprüfbar!

Fettsäuren sind nicht immer gleich Fettsäuren

Orientieren Sie sich an unseren Testergebnissen

Unsere Produktbeispiele:

Aus Fischölen:

SUPER EPA® (Nutri-Fish): gereinigte Omega-3-Fettsäuren von Meeresfischen
OMEGA PLUS® (Nutri-Omega): gereinigte Omega-3- und -6-Fettsäuren
Spezial: DHA: gereinigte Omega-3- Fettsäuren aus Algenöl

Aus pflanzlichen Ölen:

BLACK CURRANT OIL: Hochdosierte Omega-3- und Omega-6-Fettsäuren aus dem Samen der Schwarzen Johannisbeere
TRI-CLA®: Konjugierte Linolsäure aus pflanzlichen Ölen

Unsere Qualitätsgarantie:

Die Qualitätssicherheit von Fischölextrakten entscheidet sich am Umgang des Herstellers mit den Problemgruppen im Fischgewebe wie Schwermetalle, Pestizide, restliche Eiweiße

Unsere Testergebnisse:		**Bisherige Werte:**
Arsen:	< 0,100 ppm	0,100 ppm
Blei:	< 0,050 ppm	0,250 ppm
Cadmium:	< 0,050 ppm	0,100 ppm
Quecksilber:	< 0,030 ppm	0,100 ppm
PCBs:	nihil bis 0,005 ppm	unbekannt

Senden Sie mir bitte

Produktunterlagen ❐
Fachinformationen ❐
ein Musterangebot ❐

Meine Adresse

Centropa Warehouse T.P.E.
Karveelweg 30 a
NL-6222 NH Maastricht
Niederlande
Hotline: 01805 33 11 60
Fax: 01805 33 11 69
info@centropa.com

Modifizierte Übungen nach Rocabado

(aus: Uschi Baier-Wolf/Karl Kienle: Craniale Osteopathie und Applied Kinesiology, AKSE Verlag, 2003)

A. Einleitung

Die hier gezeigten physiotherapeutischen Übungen unterstützen die Therapie zur Behandlung einer craniomandibulären Dysfunktion. Diese Erkrankung entsteht im Kiefergelenk und der dazugehörigen Kaumuskulatur und kann Schmerzzustände und Funktionsstörungen im gesamten Körper auslösen.

Die korrekte und regelmäßige Durchführung dieser Übungen verbessert die Muskelfunktion im gesamten Körper und unterstützt die bei Ihnen durchgeführte Schienentherapie bzw. kieferorthopädische Behandlung.

Diese Übungen bewirken:
1. Das Erlernen einer korrekten Körperhaltung durch eine neurologische Umprogrammierung der gesamten Haltemuskulatur.
2. Die Dehnung verkürzter Muskulatur und damit eine verbesserte Gelenkbeweglichkeit.
3. Eine Verbesserung des Körpergleichgewichts.

Durch diese Maßnahmen haben Sie die Möglichkeit, aktiv zur Wiedergewinnung Ihrer Gesundheit beizutragen.

B. Durchführung

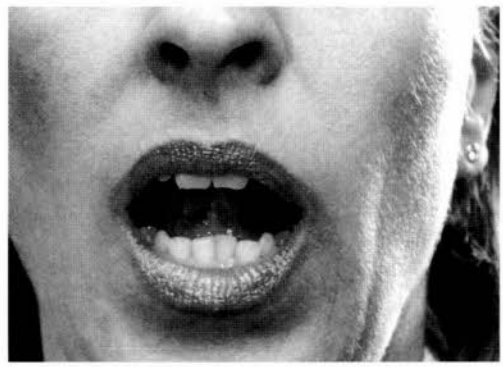
Die Übungen sollten täglich morgens und abends durchgeführt und fünf Mal wiederholt werden. Man beginnt vorsichtig und übertreibt nicht!
Sofern nicht anders bei den Übungen vermerkt, setzen Sie sich bitte in aufrechter Körperposition auf einen Hocker. Die Beine befinden sich in hüftbreiter Position; die Fußsohlen sollen guten Bodenkontakt haben.

I. Ruhelage der Zunge

Drücken Sie die Zunge gegen den harten Gaumen, so als ob Sie ein schnalzendes Geräusch mit der Zunge erzeugen wollten, und atmen Sie dabei ruhig durch die Nase ein und aus. Halten Sie diesen Druck 6 Sekunden.

II. Bewusste Steuerung der Kieferbewegung

Legen Sie die Zunge wie bei Übung I an den Gaumen und öffnen und schließen Sie den Mund, ohne die Zungenposition zu verändern. Achten Sie – vor dem Spiegel sitzend – darauf, dass die Öffnungs- und Schließbewegung so gerade wie möglich ist.
Als Hilfsmittel können Sie sich eine Gerade zwischen Nasen- und Kinnspitze vorstellen oder einen Faden senkrecht am Spiegel befestigen.



Bewusste Steuerung der Kiefergelenke: Lage der Zunge am Gaumen

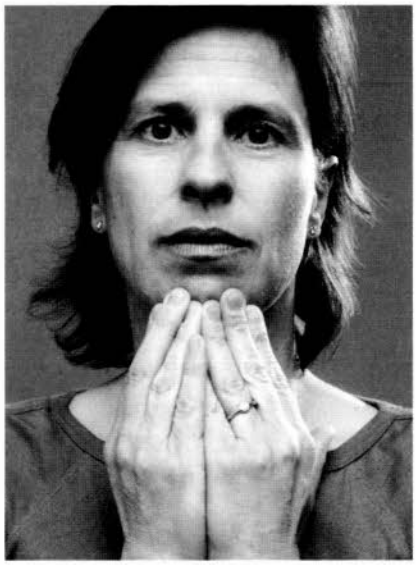
III. Isometrisches Training der Kiefergelenksmuskulatur

Bei diesen Übungen darf es zu keiner Bewegung des Unterkiefers kommen!
Legen Sie die Zunge wie bei Übung I an den Gaumen und achten Sie darauf, dass Sie keinen Zahnkontakt haben:

a. Legen Sie die Fingerspitzen beider Hände von vorne an die Kinnspitze und drücken Sie dann den Unterkiefer gegen den Widerstand der Finger nach vorne.

b. Legen Sie die rechte/linke Hand an die rechte/linke Unterkieferhälfte und drücken Sie den Unterkiefer gegen die Hand nach rechts/links.

Halten Sie die Anspannung jeweils sechs Sekunden aufrecht!

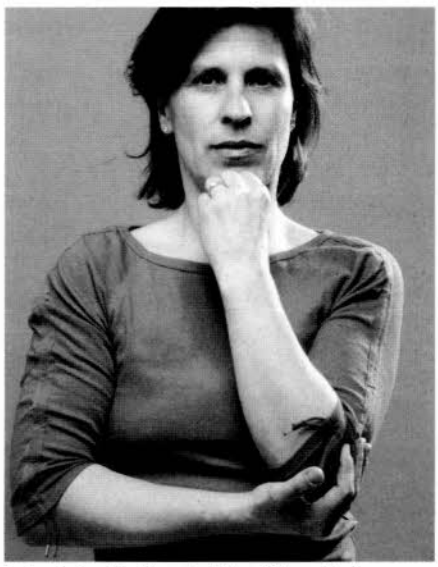


Griffanlage für Übung a

Griffanlage für Übung b

IV. Isotonisches Training der Mundöffner und Nackenbeuger

Legen Sie die linke Faust vorne ans Kinn und stabilisieren den Ellbogen mit der rechten Hand. Schieben Sie nun gegen den gleichbleibenden Widerstand Ihrer Faust den Unterkiefer leicht nach vorne und öffnen Sie dann den Mund, soweit es Ihnen bequem möglich ist.

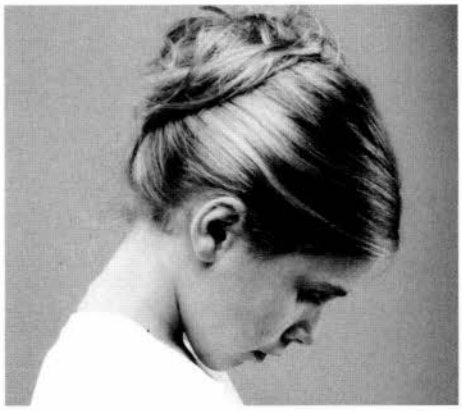


Isotonisches Training der Mundöffner: Beginn

Isotonisches Training der Mundöffner: Ende der Bewegung

V. Lockerung der Halswirbelsäule

Neigen Sie den Kopf nach vorne (Kinn auf die Brust) und drehen Sie ihn aus dieser Position im Wechsel nach rechts und links. Die Bewegung sollte völlig ohne Kraftaufwand – wie die langsame und gleichmäßige Bewegung eines Uhrpendels – durchgeführt werden.



Lockerung der HWS: Ausgangstellung

Lockerung der HWS: Endposition

VI. Streckung der Halswirbelsäule

Ziehen Sie das Kinn leicht in Richtung Brustbein (ohne dabei den Kopf nach vorne zu neigen) und strecken Sie Ihre Halswirbelsäule. Stellen Sie sich dabei vor, wie eine Marionettenpuppe am Scheitel aufgehängt zu sein und dabei zu wachsen.

Korrekte Position beim Strecken der HWS.

VII. Streckung der Wirbelsäule

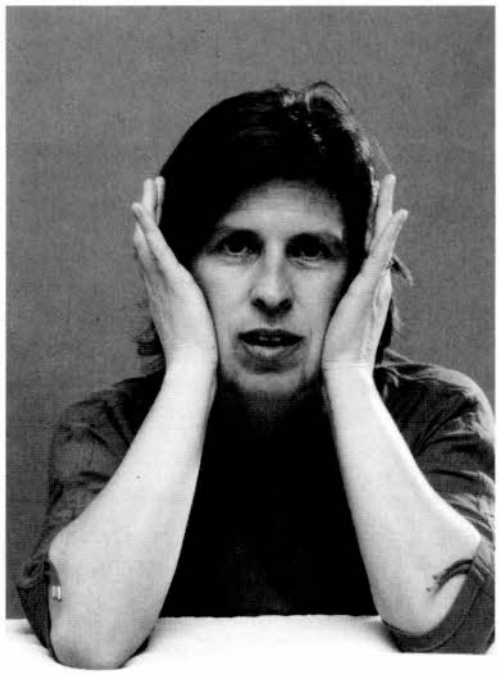
a. Stellen Sie sich mit dem Rücken zur Wand, die Beine hüftbreit gespreizt, die Fersen circa 30 cm von der Wand entfernt, beugen Sie leicht die Knie und achten darauf, dass die gesamte Wirbelsäule flächenhaften Kontakt hat.
Winkeln Sie die Ellenbogen an und legen die Handrücken an die Wand (U-Form der Arme). Drücken Sie nun die Arme und den Hinterkopf gegen die Wand. Ziehen Sie dabei die Schulterblätter an die Wirbelsäule.

b. Ausgangstellung wie unter a.
Schieben Sie langsam die Ellbogen – unter Beibehaltung des Wandkontaktes – nach unten und wieder nach oben zurück in die Ausgangstellung.

Streckung der Wirbelsäule: Korrekte Ausgangsstellung

VIII. Entlastung des Kiefergelenks und Eigenmassage eines wichtigen Kaumuskels

Legen Sie Ihre Finger oder Daumenballen vorsichtig seitlich am Kopf vor dem Ohr auf. Führen Sie nun langsam einen sanften Zug am Unterkiefer nach vorne/unten aus, in dem Sie mit Ihren Händen entlang des Knochens nach vorne/unten streichen.



Entlastung des TMJ und Eigenmassage des Masseters

C. Abschließende Bemerkungen

- Lassen Sie sich vor dem selbständigen Üben von Ihrem Therapeuten anleiten!
- Vermeiden Sie unbedingt eine extreme Mundöffnung!
- Während der Übungen dürfen keinerlei Schmerzen auftreten!

(mit freundlicher Genehmigung des AKSE Verlages)

Dr. Anton Suntinger

Hirngerechtes Lernen des Iliopsoas

Um mir diesen Muskel und seine Verbindungen besser zu merken, hat mein rechtes Hirn mir das Bild einer Taufe geliefert, bei der ein Priester im Talar die Taufe vornimmt.

Meridian und Organ: Niere, die zum Wasserelement (Taufwasser) gehört.
Nährstoffverbindungen: Wasser, Vitamin A und E. WAssEr. Man merke sich einfach das Taufwasser, im Wort Wasser steckt A und E.
Neurolymphatische Reflexpunkte, vorne: 2 Querfinger lateral und kranial des Nabels. Das sind die Stellen, an denen die Taufgäste den Bauch berühren, wenn ihnen vom Taufschmaus schlecht wird und sie erbrechen müssen.
Neurolymphatische Reflexpunkte, hinten: Liegen paravertebral zwischen 12. Brustwirbel und 1. Lendenwirbel. Das Taufessen ist meistens zwischen 12 und 1 Uhr.
Neurovaskuläre Reflexpunkte: ca. 3-4 cm lateral der Protuberantia occipitalis externa. Das sind die Stellen, wo das Taufwasser abtropft.
Beidseitige Schwäche: Occiputfixation. Bevor dem Täufling das Taufwasser über das Haupt gegossen wird, entfernt die Patin das Häubchen. Wenn sie es zuerst vom Hinterkopf löst, macht sie einen „Occiput-Release".
Schwäche eines Iliopsoas auch bei **Verschiebung des Talus nach medial.** Das Wort Talar kommt daher, dass dieses Gewand bis zum Talus (vestis talaris – knöchellanges Gewand) reicht. Medial merkt man sich am besten durch die Medien (Photoapparate), die anwesend sind.

Eine katholische Vergangenheit kann durchaus auch von Vorteil sein. ❑

Dr. med. Anton Suntinger
Kölnhofallee 17, A-9300 St. Veit/Glan
dr.suntinger@netway.at

Für Sie gelesen:

Chronische entzündliche Darmerkrankungen
Sind doch Enteropathogene schuld?

Mikroben als Auslöser von Colitis ulcerosa und Morbus Crohn sind im Gespräch, seit die beiden Erkrankungen zum ersten Mal beschrieben wurden. Viele Pathogene standen seither unter Verdacht, konnten jedoch nicht als Ursache dingfest gemacht werden. Doch widerlegt ist die Infektions-Hypothese damit nicht. Die Autoren stellen erneut die Frage, inwieweit klassische Infektionen entzündliche Darmerkrankungen auslösen könnten.

Ein spezifisches, im Darm persistierendes Enteropathogen konnte bisher nicht nachgewiesen werden. Aber man weiß heute, dass auch nicht gastrointestinale Infektionen die Immunreaktion im Darm beeinflussen und Schübe der entzündlichen Darmerkrankung auslösen können. Einige Patienten reagierten in Studien positiv auf antivirale Therapie. Wenn erst einmal ein Pathogen die Schleimhautbarriere des Darms durchbrochen hat, scheint das Eindringen luminaler Antigene zu einer chronischen Immunreaktion in der Lamina propria zu führen. Eine gewisse genetisch vorprogrammierte Anfälligkeit vorausgesetzt, könnte eine Infektion mit einem Mikroorganismus so durchaus zum Auslöser für eine entzündliche Darmerkrankung werden (sogenannte Hit-and-Run-Hypothese).

FAZIT.: Bei wiederkehrenden Darmentzündungen sollte auf jeden Fall sorgfältig auf Enteropathogene untersucht werden. (DS) ❑

Stallmach A et al.: Role of infections in the manifestation or reactivation of inflammatory bowel diseases. Inflamm Bowel Dis 8 (2002) 213-218

(Gastro-Depesche)

pure encapsulations®

DAS ORTHOMOLEKULARE SYSTEM

· Mineralien
· Spurenelemente
· Vitamine
· Aminosäuren
· Phytotherapeutika
· Pilzextrakte

REINSUBSTANZEN

HYPOALLERGENE NAHRUNGSSUPPLEMENTE

Alleinvertrieb für

Österreich
Schweiz
Slowenien
Kroatien
Bosnien
Yugoslawien

Direktimport aus USA

pro medico
pewa med

Brehmstrasse 2 . A-8053 Graz
Tel. +43 / 316 / 26 26 33-0
Fax +43 / 316 / 26 26 33-6

UWE KALBERMATTER

Histaminintoleranz – Nachtschattengewächse ??

Vor ca. 6 Wochen wurde mir eine 63-jährige Bäuerin überwiesen mit schmerzhaften Rhizarthrosen beidseits, rechts stärker als links, bestehend seit etwa einem halben Jahr. Der behandelnde Arzt wollte vor irgendwelchen operativen Eingriffen einen Therapieversuch wagen. Bei der Untersuchung legte ich den Schwerpunkt aufgrund der Beidseitigkeit auf ein zentrales Geschehen (HWS, BWS, Biochemie).

U: auffallender cerviko-thorakaler Übergang mit Fehlhaltung und muskulären Dysbalancen, ansonsten GHT!

NC: Mini-KUF Histamin
Ich bat die Patientin das Infoblatt für Histaminintoleranz durchzulesen und die Nahrungsmittel, welche verdächtig erscheinen zu einem Nahrungsmitteltest mitzubringen. Die Patientin war sehr kooperativ und fand es sehr spannend, dass ich auf ihren Muskeln „rumdrückte" und aufgrund dessen Therapieempfehlungen machen konnte.

Im Nahrungsmitteltest unverträglich waren: Kartoffel, Tomate, Weizen.
Ich erklärte ihr das weitere Vorgehen und empfahl ihr für einige Zeit völlige Karenz der gefundenen Nahrungsmittel. Sie schien nicht sehr erfreut darüber zu sein, dass sie jetzt gewisse Nahrungsmittel nicht mehr essen durfte. In den nächsten zwei Wochen behandelte ich sie vorwiegend strukturell am CTÜ, lokal am Hypothenar, Unterarm und an den muskulären Dysbalancen am Schultergürtel und gab entsprechende Heimübungen.

Sie empfand aufgrund der Behandlung eine subjektive Besserung um ca. 30%.

Dann kam das Verblüffende: Die Patientin berichtete mir, dass sie sich mit diesen Nahrungsmittelgeschichten nicht richtig anfreunden konnte und einige Eigenexperimente gemacht hatte. Sie hat mir dann geschildert, dass sie mit den Tomaten angefangen hatte zu experimentieren und fand heraus, dass der Tomatenkonsum ihre Schmerzen verstärkte. Dies verblüffte mich nicht. Die Patientin war so erbost, dass sie ihre heissgeliebten Tomaten nicht mehr essen durfte, dass sie weiter geforscht hatte. Sie hat dann herausgefunden, dass sie, wenn sie die **Kerne der Tomaten** weglässt, keine Schmerzen mehr von den Tomaten bekommt. Mittlerweile isst die Patientin wieder alles wie gewohnt, ausser dass sie die Tomatenkerne weglässt. Seit zwei Wochen ist die Patientin völlig beschwerdefrei!!
Kann mir jemand weiterhelfen und erklären, was es mit den Tomatenkernen auf sich hat? ❑

Uwe Kalbermatter, Dipl. Physiotherapeut
Furkastr. 63, CH-3904 Naters
kalbermatter.uwe@web.de

JOHANNES TÖNNIS

Geheilt mit AK in 30 Minuten

Anlässlich eines wunderschönen Rügenurlaubes untersuchten Dr. Carmen Kannengießer und ich eine junge Patientin gemeinsam. Die Patientin arbeitete in einer Pension als Servicekraft und wurde dringend für die Urlauberbetreuung in der Ostsee-Hauptsaison benötigt. Die Patientin hatte plötzlich starke Schmerzen und eine totale Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule. Der behandelnde Arzt und Chiropraktiker diagnostizierte eine Ischialgie. Allerdings erwähnte er ihr gegenüber, dass er ➢

➢ sich die Gesamt-Symptomatik nicht so recht erklären könne.

Anamnese:
Hauptauffälligkeit: Sie trank wenig und wenn dann nur Kakao, Ginger Ale und Pfefferminztee.

Inspektion:
Massive Bewegungseinschränkung der LWS, Gehen nur mit Hilfe und in kleinen Schritten möglich, das Hinlegen auf die Untersuchungsliege war ein Riesenproblem.

Palpation:
Druckschmerz der Wirbelsäulenmuskulatur beidseits, aber auch des Bauchraumes – insbesondere des Dünndarmes.

AK-Testung:
nicht möglich aufgrund der Steifigkeit und massiver Schmerzen, Muskeltestung war nur über Surrogat möglich.

Surrogat: n: Deltoideus re.

mit Patientin: n: Deltoideus re.
Nahrungsmitteltest: Ø : Pfefferminztee, Kakao, Kuhmilch, Weizen, Tomate
W: Ginger Ale → NC: BP III (nach Rauch), Zink 30 (PE), Copper picolinate (Thorne), Buffered Ascorbic Acid (PE)

Die Patientin sollte das BP III ausspülen. Plötzlich konnte sie sich schmerzfrei aufrichten.
Sie selbst bemerkte das nicht, tat es eben einfach, weil es ging! Wir machten sie auf diese Veränderung aufmerksam, erst da begriff sie und konnte es kaum fassen! Es war für die Patientin wie ein Wunder. Nach Meidung von Ginger Ale und Einnahme der getesteten Präparate kam es innerhalb von 48 Stunden zur vollen Beweglichkeit, Beschwerdefreiheit und Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit.

Zusammenfassung

Wieder einmal zeigt dieser Fall die Effektivität der AK bei solchen akuten Fragestellungen (Zeitaufwand ca.30 Minuten). Zum anderen zeigt er aber auch, dass es sinnvoll ist, den AK- Test mit einer Testbewegung zu kombinieren, in diesem Fall die Beweglichkeit der LWS zu prüfen. So ließ sich sofort beurteilen, welcher Challenge (hier der orale Challenge) am bedeutendsten war. Gleichzeitig ist es für den Patienten sehr beeindruckend, wenn die zunächst schmerzhafte Bewegung nun schmerzfreier auszuführen ist.

In diesem Fall erfolgte im Nachgang die genaue Untersuchung des Säure-Basen-Haushaltes der Patientin mit entsprechender Ernährungsberatung und Therapie.
Seitdem erfreut sich die Patientin einer stabilen Gesundheit. ❑

Johannes Tönnis, Heilpraktiker, Physiotherapeut
Petersburgstr. 36 A, c/o Jurzica
D-29223 Celle
Fax: 0049-(0)5141-484009

Dr. Anton Suntinger

Mikroaderlass bei akuter Lumbago

Im chinesischen Sinne ist eine akute Lumbago eine Blut-Stopp-Symptomatik. Durch den Stau von Blut und Qi treten Schmerzen auf. Dieser Stau kann durch den unteren einflussreichen Punkt des Blasenmeridians, das ist Bl 40 in der Mitte der Kniekehlenquerfalte, gelöst werden. Man sucht sich eine Vene entweder direkt an diesem Punkt oder in der Nähe dieses Punktes und macht entweder mit einer Lanzette oder mit einer etwas dickeren Injektionsnadel (0,8 mm) eine Inzision, worauf aus der Vene das Blut herausspritzt und der Patient manchmal sofort beschwerdefrei ist. Noch verbleibende Fehlstellungen werden dann mit den AK-Techniken korrigiert.
Für mich ist es immer wieder eine große Freude, durch eine einfache Maßnahme so schnell und so gut helfen zu können.
Bitte nachahmen, ihr werdet wahre Wunder erleben. ❑

Dr. med. Anton Suntinger
Kölnhofallee 17, A-9300 St. Veit/Glan
dr.suntinger@netway.at

Uschi Baier-Wolf

Erfahrungsbericht über die Rocabado-Übungen in der physiotherapeutischen/osteopathischen Praxis

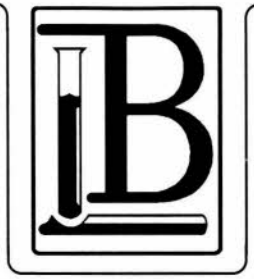
In diesem Artikel möchte ich über meine praktischen Erfahrungen mit den Rocabado-Übungen berichten, die ich in den letzten zwei Jahren gesammelt habe, besonders natürlich auch durch die Arbeit am Lehrbuch „AK und Craniale Osteopathie". Dies bezieht sich zum einen auf die Notwendigkeit der Anwendung bei allen CMD-Patienten, zum anderen auf die Testung der Übungen mit AK. Zu jeder der in der Heftmitte abgebildeten Übungen zeige ich die häufigsten Fehlerquellen und Verbesserungsvorschläge in der Durchführung der Übung auf.

All denjenigen unter Euch, die noch nie über mehrere Tage regelmäßig die Übungen selbst angewendet haben, rate ich dies dringend zu tun, um die intensive Wirkung am eigenen Körper zu erfahren.

A. Durchführung

1. Bei der Verdachtsdiagnose CMD hat es sich in der Praxis bewährt, am Ende des Ersttermins, der ja überwiegend aus Anamnese und Untersuchung besteht, dem Patienten das Übungsblatt und zwar mit Bildern (so wie sie im Lehrbuch „AK und Craniale Osteopathie abgebildet sind) mit zugeben. Der Patient wird aufgefordert, bis zum nächsten Behandlungstermin diese Übungen regelmäßig durchzuführen und darauf zu achten, dass keinerlei Schmerzen entstehen.
2. Beim nächsten Termin bitte ich den Patienten, die Übungen vorzumachen. Zum einen kann ich daraus ersehen, ob sich der Patient damit tatsächlich auseinander gesetzt hat und zum anderen korrigiere ich die Fehler. Außerdem werden alle offenen Fragen mit dem Patienten diskutiert.
3. Die häufigsten Fehler waren:
   a) Schlechte Haltung, meist zu viel Kyphose in LWS/BWS bei Hyperlordosierung der HWS; dies muss natürlich unbedingt korrigiert werden, da dies genau der Haltung der meisten Patienten mit CMD entspricht. Dies gilt für alle Übungen.
   b) Bei Übung I „ Ruhelage der Zunge" war ich überrascht, als mir eine Patientin berichtete, dass sie dauernd Zahnkontakt hätte und eigentlich der Meinung war, dies sei normal und, dass beim anfänglichen Durchführen dieser Übung die Okklusion nicht aufgehoben wurde. Seit dieser Zeit befrage ich jeden Patienten sehr genau in Bezug auf diese Problematik und habe erfahren, dass ein ständiger Zahnkontakt für viele Patienten Normalität darstellt. Deshalb schule ich seitdem jeden Patienten ganz bewusst, dass bei dieser Übung die Okklusion aufgehoben werden muss und diese nur während des Schluckkontaktes physiologisch ist.
   c) Bei Übung II „Bewusste Steuerung der Kieferbewegung" war es einigen Patienten gar nicht möglich, mit Zungen-Gaumen-Kontakt den Mund zu öffnen oder nur in sehr geringem Ausmaß. Die Kompensation erfolgte regelmäßig über die Hyperextension der oberen HWS. Goodheart's Aussage: „He opens his head, not his mouth" fand hier ihre Bestätigung.
   d) Bei Übung III „Isometrisches Training der Kiefergelenksmuskulatur" kam es immer wieder zur Bewegung innerhalb des TMJ. Die Ursache liegt im zu hohen Kraftaufwand während der Übung.
   e) Bei der Übung IV „Isotonisches Training der Mundöffner und Nackenbeuger" wurde zu wenig vor dem Spiegel geübt und so vom Patienten die teilweise dramatische Abweichung der Symphysis mentis in der Öffnungsbewegung nicht bemerkt. Außerdem kam es zu Ausweichbewegungen wie bereits unter c) beschrieben.
   f) Die Übung V „Lockerung der HWS" wurde von den meisten Patienten als sehr angenehm empfunden. Dies liegt sicherlich an der dramatischen Verkürzung und damit Verspannung der Nackenextensoren bei Patienten mit CMD. Bei der Bewegung des Kopfes in Rechts-Links-Rotation fiel allerdings auf, dass die meisten Patienten diese eben nicht ohne muskulären Kraftaufwand bewerkstelligen könnten. Das wirkliche Lockerlassen der posterioren HWS- ➢

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, Palladium

● VITAMINE

Vitamin A, C, D, E, B1, B2, B6, B12, Biotin, Folsäure, ß-Carotin, Coenzym Q10

● IMMUNDIAGNOSTIK

Lymphozyten-Subpopulationen: T- und B-Zellen, Helfer- und Suppressor-Zellen, Zytotox. T-Zellen, NK-Zellen, Helfer-Zell-Subpopulationen, aktivierte Killer-Zellen
Humorales Immunprofil

● RISIKOFAKTOREN

Cardiovaskuläres Risikoprofil
Homocystein
oxidiertes LDL-Cholesterin

● SPURENELEMENTE

Kupfer, Zink, Selen, Mangan, Chrom
(**Vollblut-**, Serum-, Harnuntersuchungen)

● SÄURE-BASEN-HAUSHALT

Harntitration nach SANDER (Tagesprofil)

● FETTSÄUREN

Fettsäurestatus im Serum mit 14 Fettsäuren

● HORMONE

Östradiol, Östron, Testosteron, Progesteron, DHEA-S, Cortisol, Somatomedin C, Melatonin, FSH, LH

● CANDIDA- UND 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 . . .

Muskulatur und damit des Kopfes war oft erst nach manueller Behandlung sowie Dehnung dieser Muskulatur möglich.

g) Bei Übung VI „Streckung der HWS" fehlte häufig die Bewegung der Flexion in der oberen HWS. Während die untere HWS aufgerichtet wurde, blieb die obere HWS in Hyperextension und die Kompensation erfolgte über die untere HWS und die restliche Wirbelsäule (WS).

h) Bei Übung VII „Streckung der Wirbelsäule" mußte ich bei allen Patienten anfänglich die Ausgangsstellung (AGST) verändern, denn im Stand war es praktisch keinem Patienten möglich, die korrekte AGST einzunehmen. Teilweise sah ich eine völlige Unfähigkeit, mit dem Kopf die Wand zu berühren, während die LWS/BWS an die Wand gedrückt werden sollte. Deshalb bin ich dazu übergegangen, diese Übung immer im Sitzen zu beginnen. Im fortgeschrittenen Übungsstadium ist es dann teilweise möglich, die Übung im Stand auszuführen. Wichtig ist jedoch die korrekte Durchführung und nicht das Ziel, die Übung unbedingt im Stehen machen zu können. Das Schieben der Ellbogen nach oben/unten wurde von den meisten Patienten als massive Anstrengung empfunden und konnte nur unter Verkrampfung der Muskulatur durchgeführt werden. Dies zeigt, wie massiv eine CMD nicht nur die HWS, sondern die gesamte Körperstatik beeinflußt. Deshalb wurde diese Komponente anfänglich nicht geübt und erst dann wieder eingebaut, wenn der Patient ein gewisses „Trainingsstadium" erreicht hatte.

B. Notwendigkeit

1. Bei allen Schienenpatienten muss nach dem heutigen Stand unseres Wissens in der AK unbedingt eine physiotherapeutische/osteopathische Begleittherapie erfolgen, bei der die Rocabado-Übungen den aktiven Teil der Behandlung darstellen. Eine Schienentherapie ohne diese Begleittherapie ist gleichzusetzen mit einem operativen Eingriff – z.B. einer Kreuzbandplastik – ohne nachfolgende physiotherapeutische Maßnahmen. In unserem Fall stellt die Schiene den „operativen Eingriff" dar und dies führt, genauso wie jegliche orthopädische Operation, erst einmal zur Veränderung der gesamten Körperstatik des Patienten.
2. Der Patient sollte bereits im Stadium vor Anfertigung der Schiene (Konstruktionsbiss) die Übungen durchführen, um eine optimale myofasziale Situation der Kau- und Wirbelsäulenmuskulatur sowie der supra- und infrahyoidalen Muskulatur zu schaffen.
3. Wird bei einem Patienten aufgrund der bekannten (AK-) Tests, (s. Lehrbuch Gerz, und Lehrbuch Baier-Wolf/Kienle), die Verdachtsdiagnose CMD gestellt, sollte der Patient vorerst die Übungen unter entsprechender Kontrolle durchführen und beobachtet werden, ob es zur Änderung/Verbesserung der Beschwerden kommt. Mit diesem Vorgehen ersparen wir uns viele Schienen, die nicht unbedingt gebraucht werden, wenn nämlich bereits durch die Übungen weitgehende Beschwerdefreiheit zu erzielen ist . Kommt es bei der regelmäßigen Durchführung der Übungen (mindestens für eine Woche regelmäßig fünf Mal täglich) zu keiner Verbesserung der Beschwerden, so sollte die Indikation für eine Schienentherapie nochmals genau überprüft werden.
4. Sehr gute Erfahrung mit den Übungen habe ich auch in der Anwendung bei Kindern mit laufender KFO-Behandlung gemacht. Die Kinder sollten aber mindestens 10-12 Jahre alt sein, damit eine sinnvolle Durchführung möglich ist.
5. Alle HWS-Patienten profitieren enorm von den Übungen, auch wenn die Ursache der Beschwerden nicht primär aus dem TMJ-Gebiet stammt. Dies zeigt uns eigentlich, dass das Kiefergelenk und damit der N. trigeminus immer in irgendeiner Form bei HWS-Problematiken involviert ist.
6. Äußerst logisch wäre es, wenn die Übungsdurchführung nicht nur in physiotherapeutischen Praxen stattfinden würde, sondern auch in allen Zahnarzt-/KFO-Praxen, die Schienen herstellen. Dazu wäre es sinnvoll, Helferinnen entsprechend auszubilden, so dass diese die Übungen in Kleingruppen durchführen und beaufsichtigen können. Falls dies von einzelnen Praxen gewünscht wird, bitte Rückmeldung an mich!

C. AK und Rocabado-Übungen

Betrachtet man die einfache Tatsache, dass oft bei Patienten mit CMD bereits nach 2-3 maliger Durchführung von ein oder zwei passenden Rocabado-Übungen ein Normotonus herstellbar ist, dann zeigt uns dies nichts anderes, als dass diese Maßnahmen einen direkten Einfluss auf das craniosacrale System und somit die gesamten duralen Membranen haben.

Würde man das geniale Konzept des Total Compression Syndroms von Chris Smith erweitern, so müssten auf der Seite der manuellen Therapiemöglichkeiten die Übungen nach Rocabado stehen.

Dieser einfache AK-Test zeigt zum einen die klare Notwendigkeit der Korrektur im stomatognathen System, zum anderen motiviert sie aber auch den Patienten zum Üben, da er ja selbst sieht, welch große Einwirkung die eigentlich „kleinen" Übungen auf seinen Körper haben.

Da es nicht sinnvoll ist, alle Übungen auf einmal dem Patienten als

➢ Dauer-Hausaufgaben-Programm aufzugeben, sollte nach dem Ersttermin und dem erstmaligen Durchführen des häuslichen Übungsprogramms folgendes Procedere zur gezielten Übungsauswahl stattfinden:

1. Bei bestehendem GHT oder – wesentlich seltener- generalisierter Schwäche werden die Übungen ausgesucht, die im AK-Test zu einem Normotonus führen.
2. Bei bestehendem Normotonus sollte erst untersucht werden, ob eine der Übungen schwächt oder hyperton macht. Dies kommt dann vor, wenn der Patient cranial oder myofaszial die Voraussetzung dafür noch nicht erfüllt. Diese Übungen dürfen dann natürlich nicht durchgeführt werden. Hier muss zuerst eine entsprechende craniale Behandlung unter Berücksichtigung der Kaumuskeln erfolgen.
3. Die Übungen, die bei bestehendem Normotonus nicht schwächen oder eine hypertone Reaktion zeigen, können dann noch via CH untersucht werden. Hierfür kommen alle bekannten CH, die wir aus der Untersuchung des stomatognathen Systems kennen in Frage: fester Biss, weite Öffnung, Laterotrusion, usw. (s. Lehrbuch Gerz oder Kursunterlagen „Stomatognathes System/Orale Orthopädie"). Die Übung/en die einen positiven CH aufhebt/en, ist/sind für den Patienten vorrangig durchzuführen.

Mit den o.g. Möglichkeiten, kann das Übungsprogramm bei jedem einzelnen Behandlungstermin individuell angepaßt, bzw. erweitert werden. Ziel jeder physiotherapeutischen/osteopathischen Begleittherapie sollte letztendlich sein, dass keine der Übungen mehr einen Hypertonus/Schwäche produziert. Auffallend war in der Praxis, dass genau die Übungen, die der Patient als unangenehm oder sogar schmerzhaft empfand, auch schlecht im AK-Test waren. Dies konnte allerdings fast immer durch entsprechende craniale und myofasziale Behandlung aufgehoben werden. ❑

Uschi Baier-Wolf, Physiotherapeutin
Mietenkamer Str. 186
D-83224 Grassau
Fax: 0049-(0)8641-697143
u.baier-wolf@freenet.de

Buchbesprechung

„Störfeld und Herd im Trigeminusbereich"

„Ihre Bedeutung für die ärztliche und zahnärztliche Praxis" von Dr. Ernesto Adler, 5. verbesserte und erweiterte Auflage. Verlag: Gesellschaft für ganzheitliche Medizin, Heidelberg 2004, ISBN 3-00-013678-9 Preis 49,90 Euro

Im Jahre 1973 veröffentliche Herr Dr. Ernesto Adler, Zahnarzt in Spanien, im Rahmen seiner Mitarbeit in der deutschen medizinischen Arbeitsgemeinschaft für Herd und Regulationsforschung seine damals bereits über 20 jährigen Erfahrungen über Störfelder im Trigeminusbereich und deren Auswirkungen auf Allgemeinerkrankungen. Trotz der ausführlichen Darstellung vieler Patientenfälle mit umfassendem Bildmaterial wurde dieses Wissen, das in intensiver Zusammenarbeit mit Dr. Huneke (Neuraltherapie), Prof. Pischinger (Grundsystem), Primanius Altmann von der Universität Wien sowie Prof. Thielemann (damals Leiter der deutschen Arbeitsgemeinschaft für Herd- und Regulationsforschung) zusammengetragen worden war, nie zum Allgemeingut der Medizin und Zahnmedizin.

Dieses Buch wurde 4 mal neu aufgelegt und überarbeitet, verschwand dennoch in den letzten Jahren vom Markt der Fachbücher und war nicht mehr zu erwerben.

Nun ist es durch den intensiven Einsatz von Frau Adler-Riedel, Herrn Dr. Riedel aus Ködderitzsch sowie dem GGM-Verlag gelungen, dieses wichtige Werk zum 5. male aufzulegen.

Auf über 300 Seiten werden an vielen Einzelbeispielen mit Röntgenbildern die Auswirkungen von Weisheitszähnen, Zysten, verlagerten Zähnen, Wurzelresten, Restostitiden im Leerkiefer, Wurzelbehandlungen und Tonsillenstörungen auf die verschiedensten Krankheitsbilder dargestellt. Die Untersuchen der Schmerzpunkte an der Halswirbelsäule (heute bekannt als Adler/Langerpunkte) sowie Techniken zur Störfeldelimination stellt der Autor kurz und prägnant dar. Besonders der neue Anhang „Weisheitszahn-Unglückszahn" in der Dr. Adler 40 Jahre Beobachtungszeitraum seiner Studien einbringt, zeigt die enge Verknüpfung von vielen Allgemeinerkrankungen mit der Weisheitszahnregion.

Herauszuheben ist insgesamt das ausgezeichnete Bildmaterial und der südländische Humor des Autors, der das Studium dieses Buches immer wieder zur Freude macht.

Dieses Buch ist ein Muss für alle ganzheitlich denkenden und behandelnden Mediziner und Zahnmediziner.

Bezugsquellen:

- Dr. L. Riedel, Tel 036463-40450
- Petra Meierhöfer, Medizinische Fachliteratur, Tel 09122/73177; Email: petraMFT@aol.com
- Fachbuchhandel

Cornelia Haider

Anatomie des Lymphgefäßsystems am Kopf

Nachdem seit ein paar Jahren Zahnarzthelferinnen in München und Dresden die Kursserie „Lymphdrainage für Zahnarzthelferinnen" absolviert haben, wird nun die Lymphdrainage in einigen zahnärztlichen und kieferorthopädischen Praxen mit Erfolg eingesetzt.

Über die Methode der Lymphdrainage und deren Einsatzmöglichkeiten in der Zahnmedizin wurde bereits im MJAK 13, Juli 2001 und im MJAK 18, Juni 2003 berichtet. Auf diese Themen soll in diesem Artikel nicht weiter eingegangen werden.

In diesem Artikel möchte ich die Anatomie des Lymphsystems im Kopfbereich ausführlicher darstellen, auch um deutlich zu machen, welche Rolle das Lymphsystem im Kopfbereich spielt und wie wichtig es ist dieses bei zahnmedizinischen sowie kieferorthopädischen Problemen begleitend zu behandeln.

Das Lymphsystem an Hals und Kopf

Der Mensch besitzt ca. 600 – 700 Lymphknoten, davon befinden sich ca. 160 im Hals- / Kopfbereich! Nachfolgend die wichtigsten Lymphknotengruppen.

a) Okzipitale Lymphknoten
Sie liegen auf der Hinterhauptschuppe und nehmen Lymphe aus dem Hinterhaupt und dem oberen Bereich des Nackens auf.

b) Retroaurikuläre Lymphknoten
Man findet sie hinter dem Ohr. Zu ihrem Einzugsgebiet gehören die Ohrmuschel, die Kopfhaut im Bereich des Warzenfortsatzes und der Scheitelzone.

c) Präaurikuläre Lymphknoten
Diese Lymphknoten liegen in der Höhe der Ohrspeicheldrüse. Sie nehmen die Lymphe aus der Haut der Stirn und Schläfenregion, der Nasenwurzel, dem äußeren Teil der Augenlider und der Bindehaut, der äußeren Wangenpartie und des äußeren Gehörganges auf.

d) Submentale Lymphknoten
Sie liegen unterhalb des Kinns und drainieren Unterlippe, Kinn, Zungenspitze und untere Frontzähne und das dazugehörige Zahnfleisch.

e) Submandibuläre Lymphknoten
Sie liegen am Unterkieferrand. Zu ihrem Einzugsgebiet gehören die restlichen Zähne mit dazugehörigem Zahnfleisch, Haut und Schleimhaut der Lippen und Wangen, der Bereich der Tränensäcke, der Nase, des mittleren Drittels der Lider und der Bindehaut, Teile der Zunge sowie der Mundboden und dessen Speicheldrüsen.

f) Halslympknoten
Im Bereich des Halses befinden sich beiderseits seitlich drei große Sammellymphknotenketten, in welche die Lymphgefäße des Kopfes und des Halses münden. Diese münden in den rechten bzw. linken Angulus venosus.

g) Abflüsse des Gehirns
Ein Großteil der lymphpflichtigen Last aus dem Gehirn fließt über den Liquor cerebrospinalis ab. Vom Liquor cerebrospinalis besteht eine Querverbindung zu den Halslymphknoten. Aber auch entlang der Arachnoidalscheiden der Hirnnerven sickert lymphpflichtige Last ins Perineurium und wird dann von den initialen Lymphgefäßen in der Nasen- und Gaumenschleimhaut aufgenommen.
Bei einem Versuch mit Tusche, die sich wie lymphpflichtige Last verhält und die in den Liquor injiziert wurde, wurde in der Wand von Arterien und Venen des Gehirns und in den Lymphgefäßen und -knoten des Halses ein Teil der Tusche gefunden.

Die Lymphgefäße des Mundhöhlendaches, der Gingiva und der Zähne

Nachfolgend noch einmal detaillierter die Lymphgefäße, die besonders wichtig im Bereich der Zahnmedizin sind.

a) Mundhöhlendach
Die Kollektoren verlaufen von vorne, von der Area incisiva, den Zahnbogen entlang nach hinten zur Retromolarregion und folgen von dort aus drei Wegen.
Die den mittleren Weg bildenden Gefäße durchbohren den Ursprung des M. buccinator und steigen meist am Vorderrand des Mandibula- ➢

pure encapsulations® Europe

Die neue Marke für Nahrungsergänzungsmittel Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente

- Volle Deklaration der Inhaltsstoffe
- Höchste Qualität der Ausgangsstoffe
- Vegetarische Kapseln
- Keine Hilfsstoffe
- Unabhängige Laborkontrolle jeder Charge
- Gutes Preis – Leistungs - Verhältnis

Interessant für **alle** Therapeuten, da kein Rezept mehr erforderlich

Alle Nahrungsergänzungsmittel von P.E. Europe entsprechen der neuen EU-Richtlinie.
Testsätze sind erhältlich.

bio-mineral Europe B.V. Sport Laan 26 NL – 1906 XE Limmen
Tel.: 089 - 29 16 16 40 Fax: 089 - 29 16 46 44

➢ rastes zur Jugularis-Interna-Kette ab.
Die Kollektoren des vorderen Weges gehen vom harten Gaumen aus und steigen nach Durchbohrung des M. buccinator zu den Nodi lymphatici (Nn. lymph.) submandibulares.
Die Kollektoren des hinteren Weges folgen dem Arcus palatopharyngeus, durchbohren den M. constrictor pharyngis superior und enden in die Nn. lymph. retropharyngei laterales.

b) Gingiva
Die äusseren Kollektoren der Gingiva superior und inferior bilden entlang der gingivo-buccalen Umschlagsfalte ein Geflecht, welches den Ursprung des M. buccinator durchbohrt und dann in die Nn. lymph. submandibulares mündet.
Aus der Regio incisiva der Gingiva mündet ein Teil der Lymphe in die Nn. lymph. submentales.
Die inneren Kollektoren der Gingiva superior vereinigen sich mit den Gaumenkollektoren und enden wie diese in den Nn. lymph. retropharyngei laterales, jugulares interni und submandibulares.

Bei den inneren Kollektoren der Gingiva inferior steigen die vorderen an der Innenseite der Mandibula ab und enden in den Nn. lymph. submandibulares. Die hinteren Kollektoren enden in der Jugularis-Interna-Kette.

c) Zahnpulpa
Sie ist durch den Plexus periodontalis mit den Kollektoren der Gingiva verbunden – die Abflußwege und regionale Lymphknoten sind daher die selben.

Da man sich an Hand der Beschreibung der Grifffolgen nicht wirklich vorstellen kann, wie komplex die Methode der Lymphdrainage ist und wie wichtig es ist, die eingesetzten Griffe exakt zu erlernen, möchte ich kurz in vereinfachter Form den Behandlungsablauf am Kopf beschreiben.

Behandlung des Halses

Es wird immer mit einer Behandlung des Halses begonnen, damit die Lymphe des Kopfes frei abfließen kann. Mit sanften stehende Kreisen werden die Halslymphknoten sowie die okzipitalen Lymphknoten entleert und in den Angulus venosus geschoben.
Es folgen stehende Kreise von der Kinnspitze bis zum Kieferwinkel und dann hinab bis zum Angulus venosus.
Mit einem Gabelgriff werden die retroaurikulären Lymphknoten und die präaurikulären Lymphknoten entleert und die Lymphe wieder bis zum Angulus venosus transportiert.
Der Schulterbereich wird frei gemacht und danach noch einmal abschließend die Halslymphknoten.

Behandlung des Gesichts

Nach ersten Streichungen beginnt man mit stehenden Kreisbewegungen von der Mitte der Unterlippe über die Mundwinkel bis zum Angulus, immer 5 Kreise auf einer Stelle.
Es folgen stehende Kreisbewegungen von der Mitte der Oberlippe über die Mundwinkel bis zum Angulus. Danach wird ein mal der Hals bis zum Angulus venosus abdrainiert.
Es folgt die Drainage der Nase auf drei Linien, beginnend an der Nasenspitze, seitlich bis zur Wange. Zum Schluß wird seitlich der Nase bis vor zu den Nasenflügeln gearbeitet.
Unter den Augen beginnend wird abwärts pumpend von den Wangen, an den Mundwinkeln vorbei bis zur Kinnspitze und von dort bis zum Angulus in einer Spirale gearbeitet.
Falls nötig, werden die Tränensäcke behandelt.
Nach Behandlung der Nasenwurzel, flachen Drückungen der Augenbrauen mit Daumen und Zeigefingern wird der Stirnbereich erst mit stehenden Kreisen oberhalb der Augenbrauen, dann mit ganz flach aufgelegten Fingern von der Stirnmitte bis zur Schläfe behandelt.
Anschließend von der Schläfe bis zum Angulus venosus die Lymphe abdrainiert. Es folgen einige Abschlußstriche.

Die einzelnen Grifffolgen können je nach Bedarf mehrfach wiederholt werden oder auch durch spezielle Sondergriffe, wie z.B. einer Mundinnendrainage ergänzt werden.
Die Griffe, die bei der Lymphdrainage eingesetzt werden, müssen sehr exakt und differenziert ausgeführt werden, soll die Methode zum Erfolg führen.

Dies kann nicht im Eigenstudium erlernt werden, sondern nur im Rahmen eines Kurses, in dem der Kursleiter den Übenden ständig korrigiert.

Literatur:

- Renato Kasseroller
  Kompendium der Manuellen Lymphdrainage nach Dr. Vodder
  Haug, ISBN 3-7760-1526-8

- M. Földi, S. Kubik
  Lehrbuch der Lymphologie
  Gustav Fischer, ISBN 3-437-45320-3

- M. Földi, R. Stößenreuther
  Grundlagen der manuellen Lymphdrainage
  Urban & Fischer, ISBN 3-437-45362-9

Nähere Informationen sind außerdem bei der Verfasserin erhältlich.

Cornelia Haider, Heilpraktikerin
Landsbergerstr. 6, D-86946 Issing
Fax 0049-(0)8194-998924
e-mail: c-haider@web.de

Tatsachenberichte

Im Studium fahre ich mit dem Zug nach Graz, mir gegenüber sitzt eine Frau, die sich erkundigt, was ich beruflich mache. Ich sage ihr, dass ich Medizin studiere. Sie fragt mich: „Sind Sie wohl fleißig?" Ich erzähle, dass ich mit dem Studium ganz gut vorankomme. Dann will sie es noch genauer wissen und fragt: „Wie viele Semester schaffen Sie im Jahr?" Ich antworte höflich: „Zwei, das ist aber eh normal."

◊

Ich steige dann am Hauptbahnhof in die Tramway (Tramvai sagen die Leute zur Straßenbahn in der sonst eher wenig englischsprachigen Steiermark; Arnold Schwarzenegger hat diese Aussprache voll ins Englische übernommen z. B. im Film: Onan, der Barbar). Fragt eine Frau den Tram-Fahrer: „Wie oft verkehren Sie denn am Abend?" Er antwortet: „Alle 20 Minuten." Erst als ich „Bravo" rufe, merkt er, was er gesagt hat, der Angeber.

◊

Eine ältere Patientin auf der Geriatrie (ist auch ein Pleonasmus wie weißer Schimmel) hat immer viele Süßigkeiten, sie ist aber sehr geizig und gibt dem Personal nie etwas davon. Als ich gerade zur Nachbar-Patientin unterwegs bin, weil gerade eine Infusion von mir para gegangen ist, (mein erster Auftritt als Para-Mediziner), ruft sie mich zu sich und drückt mir eine Bonbonniere (ohne Französisch geht nichts in Kärnten) in die Hand, worauf ich mich überschwänglich bedanke: „Vielen Dank, liebe Frau Maier." (Name von der Chef-Redaktion geändert). Sie sagt: „Tun's mir's bitte in den Kasten."
Ich ging zwar leer aus; so wurde aber ich, und nicht meine Candida unterhalten.

Dr. Anton Suntinger

Anzeige

Ankündigung Kurs ›*Lymphdrainage für Zahnarzthelferinnen*‹ 2004

Lymphdrainage für Zahnarzthelferinnen

Die Lymphdrainage ist eine sanfte Methode, die sich durch ihre entödematisierende Wirkung u.a. hervorragend als prä- und postoperative Begleitmaßnahme in der Zahnmedizin und der Kieferorthopädie eignet. Sie beschleunigt den Heilungsprozess und wirkt schmerzlindernd. Ebenso hat sie sich im Rahmen der Parodontosebehandlung bewährt.

In der Kursserie für Zahnarzthelferinnen liegt der Schwerpunkt auf dem Erlernen und praktischen Anwenden der Grifftechniken im Kopfbereich. Zusätzlich werden die Wirkungsweise der Methode besprochen und ihre Einsatzmöglichkeiten in der Zahnarztpraxis eingeübt. Wichtiges Hintergrundwissen wie die Anatomie und Pathologie des Lymphgefäßsystems werden erlernt.

Die Kursserie umfasst zwei Wochenenden sowie einen Tag Refresher.
Termine: 25.09.04 – 26.09.04, 06.11.04 –07.11.04, 29.01.05
Ort: München-Solln

Am 24.09.04 findet zusätzlich ein Infonachmittag für die Praxisinhaber statt.
Hier wird anhand von theoretischen Hintergründen und praktischem Üben ein Einblick in die Methode und deren Einsatzmöglichkeiten in der Zahnarztpraxis gegeben.

Nähere Informationen bei Cornelia Haider, Landsbergerstr. 6, 86946 Issing,
Tel. 08194-999865, Fax 08194-998924, e-mail C-Haider@web.de