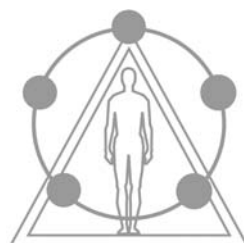


Herausgeber ICAK-D

International College of Applied Kinesiology – Deutschland

**B**io-**L**ogische **M**edizin mit  
Applied Kinesiology (AK)

Ausgewählte  
Falldokumentationen  
und Artikel aus  
ICAK-D-Jahrbüchern  
seit 2005



## Inhalt

### 50 Jahre AK | 1964 - 2014

<b>Vorworte</b> Baier-Wolf, Scheidter	7
<b>Einleitung und Gebrauchsanweisung</b> Gerz	9
<b>Liebe auf den zweiten Blick – Plädoyer für die einheitliche Falldokumentation</b> Scheidter	12

### 2005

<b>Sinnvolle Ergänzung von AK und Osteopathie</b> Baier-Wolf	17
<b>Neues zum Thema Histamin</b> Gerz	19
<b>Vorwort CMD</b> Gerz	21
<b>Tinnitus – eine Herausforderung auch für ganzheitlich tätige Zahnärzte</b> Kannengießer	23
<b>Bachblüten und AK</b> Oswald, Riedl-Hohenberger/Hohenberger, Gerz	28

### 2006

<b>Die Lyme-Borreliose – Ursache für Schwerhörigkeit</b> Ziss	37
<b>Samter-Trias und AK – Konsequenzen für das Immunscreening</b> Gerz, Ziss	41
<b>Kupfer in der AK-Praxis</b> Baier-Wolf	44
<b>Unverträglichkeit/Toxizität von Zahnmetallen – eine Verlaufsstudie</b> Wenzel Anna Wenzel	48 52
<b>Zahnmaterialien oral testen? – Ja!</b> Mertens	54
<b>Magnesium/DMSO-Salbe gegen Muskelkrämpfe und Verspannungen</b> Wright	56

### 2007

<b>Zwei perfekte COPA-Fälle – etwas anders!</b> Niepmann	58
<b>Herdsanierung und COPA passen perfekt zusammen</b> Kannengießer	65
<b>Gelb-Schienen und Applied Kinesiology</b> Kalbermatter	70
<b>Borreliose und andere Infektionskrankheiten in der HNO-Praxis</b> Ziss	73
<b>CMD trotz negativem TMJ-Screening</b> Tönnis	78
<b>COPA hebt neurologische Befunde nach Bandscheiben-OP auf</b> Tönnis	80
<b>Es muss nicht immer eine Schiene sein – Palpation ist wichtig!</b> Baier-Wolf	82
<b>Energetische Cremes und Salben wirken doch!</b> Gerz, Gaile, Rückriem, Suhorukovs	85
<b>Lyme-Borreliose Stadium I und II</b> Scheidter, Hauk	88

## 2008

<b>Hypertonus bei Challenge oder TL im Bereich Wirbelsäule/Becken/Sacrum?</b> Baier-Wolf	102
<b>Narbenentstörung und Applied Kinesiology</b> Kalbermatter	105
<b>Schulter-OP verhindert – durch AK</b> Scheidter	108
<b>CMD – immer eine Schienenindikation?</b> Baier-Wolf, Wenzel	109
<b>Gelb-Splint als Notfallbehandlung</b> Kubitzek	112
<b>Zwei CMD-Fälle aus der KFO-Praxis</b> Laupheimer	114
<b>Rhizarthrose – Tomate – Nachtschatten – Histamin-Intoleranz</b> Kalbermatter	121
<b>Histamin-Intoleranz: Kleine Ursachen – Große Wirkung</b> Rückriem	122
<b>Dekubitus und AK – ein Fallbeispiel</b> Scheidter	123
<b>Bursitis und ICV – ein Fall aus der AK-Praxis</b> Ziss	125
<b>Update Aspirin-Intoleranz/Widal-Samter-Trias</b> Ziss	126

## 2009

<b>Histamin – oft vergessen und doch so einfach und effektiv</b> Adler	129
<b>Keep it simple!</b> Baier-Wolf	131
<b>BPD oder die Notwendigkeit und Wichtigkeit der richtigen Atmung</b> Baier-Wolf	134
<b>Kopfschmerz, Haut und AK-Screening</b> Beutel	140
<b>Manuelle Therapie und URS im Spitzensport</b> Brenn	142
<b>Switching Update 2009</b> Gerz	143
<b>Die Potenzfrage in der Homöopathie – Antworten mit AK</b> Scheidter	144
<b>Schwerste Dysmenorrhoe – geheilt durch Nabel-Entstörung</b> Venetz	146
<b>Kombinierte Histamin-Aspirin-Intoleranz – eine Fallbeschreibung</b> Ziss	147
<b>Behandlungsüberlegungen nach Desaktivierungstherapie bei Aspirin-Intoleranz</b> Ziss	149

## 2010

<b>CMD in Zusammenhang mit der Entfernung eines verlagerten oberen Weisheitszahnes</b> Redl	152
<b>Mundtrockenheit durch Schienentherapie – nicht immer eine Materialunverträglichkeit!</b> Wenzel	155
<b>Materialunverträglichkeit und 3E</b> Adler	156
<b>Schulprobleme mit AK lösen</b> Baier-Wolf	157
<b>Erfolgreiche MRSA-Behandlung mit lokalen Maßnahmen</b> Ziss	162
<b>„Multitis“ – Pro-inflammatorische Diathese bei <math>\Omega</math>-3-Mangel</b> Gerz	164
<b>AK bei MS</b> Beutel	170
<b>Der interessante Fall</b> Kalbermatter	174
<b>Alles – nur keine Borreliose</b> Scheidter	175

**2011/2012**

<b>Narbenstörfeld und Neurologische Dysorganisation</b> Baier-Wolf	181
<b>AKMT in der Physiotherapie oder: „Einseitiges Schwitzen und ein gleichseitiger Zahnherd“</b> Baier-Wolf	184
<b>Notwendigkeit der manuellen Begleitbehandlung bei Schienenpatienten</b> Baier-Wolf	186
<b>So lange kann's dauern</b> Kannengießer	190
<b>Schientherapie bei Schlafapnoe-Syndrom mit AK</b> Kannengießer	193
<b>Helicobacter pylori – nicht immer ist der Magen betroffen!</b> Wenzel	195
<b>„Es ist alles in Ordnung“ – die Krux mit den Laborwerten</b> Adler	197
<b>Verantwortungsvolle Mütter – gesunde Kinder!</b> Wenzel	200
<b>Und wieder war's die ICV ...</b> Adler	202
<b>Medikationsdauer – Testung mit AK</b> Tönnis	204
<b>Änderung orthopädischer Befunde durch TL und/oder Challenge</b> Tönnis	205
<b>Störfeld Wohnraum</b> Tönnis	207
<b>Tierische Therapieerfolge – alles Placebo?</b> Scheidter	208
<b>Die Ernährung nach Gerson bei Schmerzpatienten und individuelle Nahrungsmittelunverträglichkeiten</b> Baier-Wolf	210
<b>Königlicher Kaffeeklatsch mit Beata Bishop</b> Scheidter	213
<b>Fehlerquellen in der AK</b> Scheidter	215
<b>Aus der Trickkiste</b>	217

**2013/2014**

<b>So einfach war der Einstieg!</b> Schmitt	222
<b>Switching?</b> Stengl	225
<b>Warzenbehandlung mit AKMT</b> Gerz	226
<b>Gelenkschmerzen, englische Ernährung und AKMT</b> Adler	227
<b>AK interdisziplinär – auch für Einsteiger erfolgreich</b> Kannengießer, Burmeister	228
<b>Kunststoff, Kunststoff, Kunststoff ... !!!</b> Kannengießer, Gralitzer	230
<b>Ist es wirklich das Schienen-Material?</b> Adler	234
<b>Skoliose, COPA und AK</b> Hesse	236
<b>Erfolgreiche manuelle CMD-Behandlung bei unklaren Zahnschmerzen</b> Baier-Wolf	239
<b>Erfolg mit rein manueller Therapie</b> Bieber-Zschau	241
<b>Arachidon- und Linolsäure</b> Ziss, Gerz	244
<b>AI und Sulfid-Intoleranz</b> Ziss	247
<b>Und wieder ein Hashimoto ...</b> Adler	248
<b>TSH im Sturzflug</b> Giesche, Pia Gerz	251
<b>Spätes Anglerglück dank AK</b> Baier-Wolf	252
<b>Immer wieder schön – Klassische Homöopathie bei Kindern</b> Wenzel	254

<b>Ernährungsberatung in der AK-Praxis</b> Adler	255
<b>AK, Schlaf und Baubiologie</b> Kalbermatter	257
<b>Zurück an den Ort des Geschehens – Erfolgreiche Traumatherapie</b> Scheidter	260
<b>Was teste ich wo?</b> Scheidter	262
<b>Hokus, pokus – ex juvantibus?</b> Scheidter	263

<b>Autorenverzeichnis</b>	265
<b>Stichwortverzeichnis</b>	267

## **Anhang**

<b>Übersicht der wichtigsten Grundlagenartikel zur AK und Bio-logischen Medizin (BLM)</b>	271
---	-----



Uschi Baier-Wolf, 1. Vorsitzende ICAK-D  
Physiotherapeutin & Heilpraktikerin  
Osteopathie, Manuelle Therapie, Vojtathérapie  
Applied Kinesiology

## 50 JAHRE APPLIED KINESIOLOGY | 1964 – 2014

Im Namen des Vorstands von ICAK-D möchte ich dieses Jubiläum zum Anlass nehmen, mit dieser Festschrift die Weiterentwicklung der AK innerhalb von ICAK-D festzuhalten und dies nicht nur für ihre Mitglieder, sondern auch für alle anderen Interessierten aus den verschiedenen Heilberufen.

Auch wenn ihr Gründervater George Goodheart – unser erster Ehrenpräsident – leider schon verstorben ist, so lebt die AK weiter und dies besonders breit gefächert bei uns. Der Stand der modernen AK innerhalb von ICAK-D zeigt sich an der Vielfalt der Beiträge in diesem Buch und ist in unseren Augen wirkliche „Bio-Logische Medizin“ (BLM). Was auf der Kenntnis der funktionellen Anatomie und Physiologie aufbaut und mit einer möglichst einfachen, aber effizienten Diagnostik – nämlich AK – Abweichungen davon untersucht und behandelt, ist physio-logisch und bio-logisch. So haben wir unzähligen Patienten – auch mit schwierigsten Krankheitsbildern – helfen können.

An dieser Stelle möchte ich v. a. Wolfgang Gerz, unserem Ehrenpräsidenten, Diplomate und ICAK-D-Lehrer danken, der nicht nur die AK vor fast 30 Jahren nach Deutschland gebracht hat und auch noch die Gnade hatte, von Georg Goodheart zu lernen, sondern sich seit dieser Zeit unermüdlich für die Weiterentwicklung der AK zu einer wirklich Bio-Logischen Medizin eingesetzt hat.

Ebenfalls gilt ein großer Dank allen früheren und jetzigen Vorstandsmitgliedern, ICAK-D-Lehrern und -Referenten, ICAK-D-Partnern und Alexandra Scheidter, die unsere Geschäftsstelle so perfekt leitet – und zuletzt allen Mitgliedern der Gesellschaft, ohne die die AK nicht mit Leben erfüllt worden wäre.

Ich wünsche mir für die nächsten 50 Jahre nicht nur eine weitere Entwicklung der AK, sondern, dass diese geniale diagnostische Methode sich innerhalb der Medizin noch mehr verbreiten wird und dadurch letztlich einer immer größeren Anzahl von Patienten bio-logisch geholfen werden kann.

Uschi Baier-Wolf im Dezember 2014



Alexandra Scheidter  
Heilpraktikerin  
Applied Kinesiology  
Geschäftsstellenleitung ICAK-D

Obwohl ich leider kein derart leistungsfähiges Gedächtnis habe wie unser Ehrenpräsident, der bei Fragen zu diversen Themen auf Jahrbuch Jahrgang XY, Artikel und Autor verweisen kann, weiß ich wohl, welche Schätze sich in den letzten Jahren in unseren Jahrbüchern angesammelt haben.

So kam mir die Idee, so etwas wie ein „Best of“ zu erstellen: eine Sammlung ausgewählter Fälle und Artikel, die „Lehrbuch-Charakter“ haben, dabei praxisnah sind und dem „modernen Vorgehen“ in der Bio-logischen Medizin mit AK entsprechen.

Vorstand und Lehrerschaft waren schnell von der Idee zu überzeugen, da das Material ja bereits vorhandenen war und sich die Arbeit somit eigentlich in Grenzen halten sollte ... Letzteres erwies sich als nicht ganz so realistisch – denn um das Buch in seiner Gesamtheit abzurunden wurden Ergänzungen vorgenommen, die Nomenklatur wurde vereinheitlicht, Veraltetes überarbeitet und ein Stichwortverzeichnis musste ebenfalls erstellt werden. Dieses findet sich zum besseren Gebrauch gleich direkt im Anschluss an den letzten Jahrbuchartikel ab 267.

Die Geduld aller Beteiligten wurde mehrfach hart auf die Probe gestellt – aber um der Sache Willen wurden Kompromisse geschlossen, Überstunden gemacht, Nachschichten eingelegt und die Zähne (mit Gelb-Splint) kräftig zusammengebissen.

Wolfgang Gerz und Uschi Baier-Wolf haben Ihren wohlverdienten Urlaub mehrfach für Skype-Konferenzen unterbrochen, Korrektur gelesen und Ergänzungen geschickt – eine Weiterführung enormen Engagements für die AK und ICAK-D, deren Wert nicht hoch genug geschätzt werden kann. Ein ganz besonders großes Dankeschön gilt Silvia Pohl vom AKSE-Verlag – sie hatte letztlich die größte Arbeit mit unseren diversen Korrekturversionen, Änderungs- und Ergänzungswünschen und nicht zuletzt dann den Umstellungen, um möglichst auch noch Kosten beim Druck mit den Farbbögen zu sparen ... Und das Endergebnis halten Sie heute in Händen – wir von ICAK-D wünschen Ihnen viel Freude damit und lehrreiche Erkenntnisse zum Wohle der Patienten.

Über Lob, konstruktive Kritik und natürlich auch Artikel für die kommenden Jahrbücher würden wir uns freuen – denn unsere AK-Gesellschaft lebt vom fachlichen Austausch!



**Wolfgang Gerz**

## Einleitung und Gebrauchsanweisung

Seit Jahren werde ich gefragt, wann die Neuauflage des AK-Lehrbuches erscheint – und jedes Jahr weigere ich mich, obwohl es natürlich seit 2001 sehr viel Neues in der AK gegeben hat. Diese Tatsache wurde mir seit 2005 jedes Mal besonders klar, wenn wieder die Zusammenstellung des jeweiligen Jahrbuches anstand. Anfang 2014 wurde bei einem erweiterten Vorstandstreffen diskutiert, was ICAK-D angesichts des 50jährigen AK-Jubiläums machen sollte – und plötzlich hatte Alexandra Scheidter die Vision eines „Super-Jahrbuches“, in dem wir die besten Jahrbuchartikel seit 2005 zusammenfassen – und hier ist es!

Tatsächlich dürfen wir stolz darauf sein und wollen dieses Super-Jahrbuch nicht nur für unsere Mitglieder und Kursteilnehmer verwenden, sondern auch zur Außendarstellung für Neu-InteressentInnen, befreundete KollegInnen, Werbepartner u.a.m. Sie alle können und sollen sehen, dass es uns in ICAK-D ernst ist mit der Bio-Logischen Medizin (BLM), zu der sich die AK in unserer Vereinigung entwickelt hat.

Basierend auf der phantastisch einfachen – aber oft nicht leichten – Muskeltestung, die bei korrekter Ausführung auch bei vielen schwierigen Fällen überragende Ergebnisse bringen kann, entwickelt sich bei gleichzeitiger Kenntnis der Anatomie und Physiologie zusammen mit dem weiten Spektrum der Komplementärmedizin etwas wirklich Neues, nämlich eben BLM im besten Sinne des Wortes.

Die Redaktionsarbeit war viel umfangreicher als gedacht, weil wir bei ICAK-D in einigen Dingen eine fast perverse Liebe zum korrekten Detail haben:

- Jeder Artikel mit Fallbeispielen sollte praxisnah und möglichst komplett vom Testablauf her dokumentiert und nachvollziehbar sein – von der Anamnese über die körperliche Untersuchung bis zu den AK-Ausgangsbefunden und dann jedem einzelnen weiteren Schritt mit TL und Challenge bis zur daraus erfolgten Therapie.
- Die Dokumentation idealerweise jedes einzelnen Untersuchungsschrittes ist immer noch besser und klarer geworden und unterscheidet uns jetzt positiv von allen anderen AK-Gesellschaften der Welt. Deshalb folgt auch gleich nach dieser Einleitung der Beitrag von Alexandra Scheidter, der diese Nomenklatur nochmals erklärt.
- Die verwendeten Präparate wurden wo nötig aktualisiert, da sich ja leider immer wieder viele Präparate-Namen verändern.



- Nachvollziehbare Literaturangaben, die auf wirklich wichtige Artikel und Bücher hinweisen, wurden ausgewählt und hinzugefügt.

Ich möchte an dieser Stelle besonders meiner langjährigen Mitarbeiterin Silvia Pohl danken, ohne die diese manchmal unsäglich schwierige Detailarbeit unmöglich gewesen wäre!

Die Bandbreite, die durch die Arbeit unserer Mitglieder abgedeckt wird, geht von der Manuellen Medizin inkl. BPD über die verschiedenen Aspekte der Zahnheilkunde und Oralen Orthopädie bis zur Inneren Medizin mit besonderem Blick auf Allergien, Schmerz- und Entzündungsgeschehen, Infektionskrankheiten wie Borreliose, Parasitosen und Candidosen sowie Orthomolekulare Medizin und endet noch lange nicht bei Bachblüten oder Narben- und Traumatherapie.

Keine(r) kann mehr das ganze Spektrum der AK beherrschen, so wie es in diesem Buch beispielhaft dargestellt wird. Das ist auch gar nicht notwendig, wenn man – wie bei uns gehandhabt und in vielen Beiträgen dokumentiert – interdisziplinär und vertrauensvoll zum Wohl der PatientInnen zusammenarbeitet.

Hoffentlich lässt sich niemand von der Tiefe und Perfektion mancher Beiträge abschrecken („Das ist mir zu viel“ oder „Das kann ich eh nie lernen“...).

Mir selbst ist 1984 vorübergehend ähnlich zumute gewesen – und wohl allen anderen AutorInnen dieses Buches ebenfalls. Aber: wer einfach anfängt, den Muskeltest sauber zu erlernen, viel übt und dann langsam, aber sicher immer mehr klinische Fragestellungen damit untersucht, wird erfolgreich sein. Auch für die AK gilt sinngemäß nach Hahnemann: **Mach's nach, aber mach's genau nach!**

Wir haben die gesamte Kursabfolge und -struktur überarbeitet, weil uns immer klarer geworden ist, dass ja AK einerseits eigentlich nur der reine Muskeltest in möglichst perfekter Ausführung ist – aber andererseits das, was wir täglich in der Praxis machen, auch auf einem insgesamt riesigen Wissensschatz an Komplementärmedizin beruht, der primär mit dem Muskeltest nichts zu tun hat, in Verbindung mit ihm aber perfekt zur Diagnose und Therapie eingesetzt werden kann.

Erst dadurch wird aus dem Ganzen Bio-Logische Medizin = BLM!

Lange haben wir uns überlegt, wie wir die Beiträge anordnen – nach Autoren, Inhalt, Fachgebieten – und letztlich haben wir uns für die chronologische Reihenfolge entschieden, um auch die Entwicklung zu zeigen. Dafür sind die Themen im Inhaltsverzeichnis und alphabetisch im Stichwortverzeichnis (ab Seite 267) zu finden.

Die Kontaktadressen der einzelnen AutorInnen sind nicht nach jedem Beitrag, sondern separat zusammengefasst (ab Seite 265). Wer Fragen hat, sollte bitte als erstes die/den AutorIn kontaktieren und erst wenn einen das nicht weiterbringt die Geschäftsstelle von ICAK-D – womit wir bei Alexandra Scheidter wären, die selbige seit vielen Jahren und hoffentlich bis zur Rente leitet und ohne die ICAK-D gar nicht mehr denkbar ist.

Für NeuinteressentInnen aber auch Mitglieder ist die Webseite von ICAK-D immer wichtiger geworden. Hier sind viele weitere Artikel zur AK und auch alle kompletten Jahrbücher als speicherreduziertes PDF zu finden. Wer sich für einzelne Themen oder die 2014 erneuerte Ausbildung in AK interessiert, sollte als erstes dort nachschauen.

Angesichts der Andersartigkeit und Vielfalt unserer Therapieansätze ist die Information der PatientInnen, aber auch nicht AK-bewanderter KollegInnen ein wichtiges Thema in der Praxis. Deshalb haben wir im Anhang eine ganze Reihe dieser Info-Artikel jeweils nur mit einer „Demo-Seite“ aufgeführt; in kompletter Form sind sie alle über AKSE oder ICAK-D erhältlich.

Im Namen aller AutorInnen hoffe ich, dass dieses Buch NeuinteressentInnen Appetit auf die AK macht und unsere Mitglieder noch mehr anspornt, immer besser zu werden. Wir freuen uns auf Rückmeldungen und konstruktive Kritik!

Abschließend danke ich dem Vorstand von ICAK-D mit unserer tollen Uschi an der Spitze für die ehrenamtliche Tätigkeit und allen AutorInnen nochmals für ihre Beiträge, auf die der leider schon verstorbene George Goodheart sicher stolz gewesen wäre!

Wolfgang Gerz im Dezember 2014

**Alexandra Scheidter**

## **Liebe auf den zweiten Blick – Plädoyer für die einheitliche Falldokumentation**

Zugegeben, ich habe mich auch sehr lange gesträubt gegen jegliche Art des Konformismus und meine ganz eigene Dokumentation geführt – mit dem Erfolg, dass ich jedes Mal, wenn ich einen anderen AK'ler um seine Meinung zu einem Fall befragen wollte oder einen Artikel fürs Jahrbuch schreiben wollte, alles umschreiben musste und es dann meist lieber gleich gelassen habe.

Aber wie heißt es doch so schön: Erwachsen ist man dann, wenn man etwas Gutes annehmen kann, auch wenn es von den Eltern kommt – Analoges gilt wohl für das Wachstum innerhalb ICAK-D – und eine bessere Dokumentation als die vorherrschende hat bisher keiner gefunden, auch wenn die Kreativität mitunter wilde Blüten treibt (ich sage nur „durchgestrichener Kippschalter“ – Insider wissen, was gemeint ist).

Los geht's in der Regel mit Patientendaten, **Anamnese (A:)** und **Untersuchung (U:)**.

Die Ausgangsbefunde werden je nach Testergebnis mit Kleinbuchstaben angegeben:

**w: schwach**    **n: normoton**    **h: hyperton**    **s: stark ohne Überprüfung auf Hypertonus**

**Sonderfälle:** Generalisierter Hypertonus (GHT) oder generalisierte Schwäche (GW) (Achtung: zwei hypertone Muskelpaare reichen nicht aus, um einen GHT zu „diagnostizieren“); ggf. in Klammern, welche Muskeln getestet wurden.

Eine **hochgestellte 2** hinter den Abkürzungen der Muskeln bedeutet beidseits.

Alles was dann folgt, sind Challenges (CH) und deren Ergebnisse werden in Großbuchstaben notiert:

**W:** ein oder mehrere normotone Muskeln werden schwach

**SC:** ein oder mehrere hypertone Muskeln werden schwach

**NC:** ein oder mehrere schwache oder hypertone Muskeln werden normoton

**HC:** ein oder mehrere schwache oder normotone Muskeln werden hyperton

**Ø:** Keine Reaktion im Muskeltest (Achtung: dieses Zeichen wird in der Homöopathie als Abkürzung für Urtinktur hinter dem Namen des jeweiligen Mittels verwendet – siehe die Beispiele unten mit den Ceres-Mitteln!)

**Hilfreiche Abkürzungen:** **HMK** (Histamin Mini-KUF), **SMK** (Silberamalgam Mini-KUF), **MMA** (Methylmetacrylat), **NSAR** (Nichtsteroidale Antirheumatika), **URS** (Uhren-Ringe-Schmuck), **NV** (Neurovaskuläre Reflexpunkte), **NL** (Neurolymphatische Reflexpunkte), **TL** (Therapie-lokalisierung), **CH** (Challenge), **STP** (Switching-Test-Punkte), **Ø**: Urtinktur u. v. a. m. – siehe die Legenden in den AK-Lehrbüchern seit ca. 2000.

**Weitere Regel:** überflüssige Punkte werden vermieden, also  
li/re, bds, J, w/m = links/rechts, beidseits, Jahre, weiblich/männlich

**Beispiel 1, ausgehend vom normotonen Muskel:**

n: PMS<sup>2</sup>

**W:** Niacin, CH Leber (führt in die Schwäche)

**Ø:** Carduus marianus KUF (ändert nichts)

**HC:** Copper PE (führt in den Hypertonus)

**+++ Switching (HC/W):** Material Schiene

**Beispiel 2, ausgehend vom schwachen Muskel:**

w: PMS<sup>2</sup>

**NC:** Ceres Carduus marianus Ø, TL Leber

**Ø:** Ceres Cynara scol. Ø

**HC:** Copper pic. Thorne → **NC:** Zinc 30 PE (synergistisch/antagonistische Testung)

**Beispiel 3, ausgehend vom hypertonen Muskel:**

h: PMS<sup>2</sup>

**NC:** Ceres Carduus marianus Ø, TL Leber

**Ø:** Copper PE

**SC:** Ceres Cynara scol. Ø, CH Leber (führt aus dem Hypertonus in die Schwäche)

**Beispiel 4, ausgehend vom generalisierten Hypertonus:**

GHT (Rect<sup>2</sup>, PMS<sup>2</sup>, PMC<sup>2</sup>, Infra<sup>2</sup>, Teres min.<sup>2</sup>, Lat. dorsi<sup>2</sup>, TFL<sup>2</sup>, Piri<sup>2</sup>)

**NC:** Rocephin, TL Thymus

**Ø:** Kardetinktur

**SC:** Borrelia KUF, CH Thymus

**Sonderfall Nahrungsmitteltest (NMT):**

Zwei Spalten:

Gut verträglich/unverträglich, wenn auf Switching kontrolliert wurde in Klammern SK, bei den unverträglichen NM bedeutet ein Pfeil nach oben, dass das NM in den Hypertonus geführt hat, ein Pfeil nach unten die resultierende Schwäche. Wenn zur „Löschung“ eines Challenges zusätzlich ein Temporal Tap nötig ist, in Klammern TT. Führt ein NM zum Switching, wird in Klammern der gefundene Switching-Punkt (STP) angegeben.

Der 10jährige Benni Huber kommt am 11.2.2010 zum ersten Mal in die Praxis und hat Bauchschmerzen.	B.H., 10 J, m; Ersttermin 11.2.2010 <b>A:</b> Bauchschmerzen
Die AK-Untersuchung ergibt beidseits normotonen Infraspinatus und PMC, einen Hypertonus beidseits bei Rectus femoris und TFL und beidseits schwachen PMS.	<b>U:</b> n: Infra <sup>2</sup> , PMC <sup>2</sup> h: Rect <sup>2</sup> , TFL <sup>2</sup> w: PMS <sup>2</sup>
Er reagiert massiv auf die Histamin-Mini-KUF-Reihe, die vorher hypertonen Muskeln werden ebenso schwach wie die vorher normotonen.	<b>SC:</b> HMK
Alle Muskeln werden normoton auf P-5-P 50 und gepuffertes Vit. C	<b>NC</b> für alles: P-5-P 50, Buff. C
Auf Zinc 30 PE keine Veränderung der Muskelbefunde	<b>Ø:</b> Zinc 30 PE
Weizen testet unverträglich, der Infraspinatus wird hyperten, Hartweizen ebenfalls, da wird der Muskel allerdings schwach, Dinkel ist gut verträglich und löst auch nachgewiesenermaßen kein Switching aus. Tomate führt zum Switching, das über die Therapielokalisation Nabel gefunden wird	<b>Unverträglich:</b> Weizen (Pfeil nach oben) Hartweizen (Pfeil nach unten) Tomate (Nabel-Switching) <b>Gut verträglich:</b> Dinkel (SK)

**Weitere Beispiele zum Üben: (Auflösung Seite 15)**

**FALL A)** B.U., 23 Jahre, weiblich kommt am 13.1.2009 zum ersten Mal in die Praxis und hat einen akuten Infekt der oberen Atemwege mit starkem Husten.

Die Untersuchung ergibt folgende Befunde:

Die mit Lunge und Thymus assoziierten Muskeln sind beidseits hyperten, die Herz, Dünndarm und Dickdarm zugeordneten Muskeln normoton.

Thymus-Challenge führt in die Schwäche, aber nur die normotonen Muskeln.

Copper pic. Thorne, Zinc 30 PE, Buffered Ascorbic Acid PE und Ceres Imperatoria Ø führen alles in den Normotonus. Engystol Amp. haben keine Änderung zur Folge.

Der mitgebrachte Erkältungstee führt in den Hypertonus.

Die Therapielokalisation zu den emotionalen neurovaskulären Punkten führt in den Hypertonus und ist aufhebbar durch die Bachblüte Impatiens.

**FALL B)** K.F., elfjähriger Junge mit chronischer Borreliose, kommt zum ersten Mal am 29.08.2010 in die Praxis. Die Untersuchung zeigt eine generalisierte Schwäche, Schmerzen beim Test des Infraspinatus rechts.

Keinerlei Reaktion auf Hypericum C30, C200 oder C1000 und Cefalymphat Amp.

In den Normotonus führen: Chamomilla C30, Amoxicillin, Lymphdiaral L Amp., Borrelia D12 und Leinöl. Mit Lymphdiaral Amp. in der Hand führt ein Leberchallenge in die Schwäche, was aufhebbar ist durch Ceres Carduus marianus Ø. Er bekommt als Einmalgabe 5 Globuli Chamomilla C30.

**FALL C)** F. V., 30 Jahre alt, Stresspatientin mit massiven Mineralstoffdefiziten im Vollblut, Schlafstörungen und chronischer Müdigkeit, stellt sich am 20.07.2010 erstmalig vor.

Die Untersuchung zeigt einen generalisierten Hypertonus.

Sie reagiert massiv auf Histamin-Mini-KUF.

ADR-Formula und Mineral 650 führen in die Schwäche, sie zeigt keine Änderung im Status durch Copper pic. Thorne oder Methylcobalamin Tr.

Alle Muskeln werden jedoch normoton mit Zinc 30 PE, Pot./Magn. asp. PE, Copper PE (glycinate), Gerson-Salz und B-Complex Plus (PE).

**FALL D)** A.B., Dachdecker, kommt im Alter von 57 Jahren wegen Schmerzen in der rechten Schulter zum Ersttermin 03.07.2010. In der Untersuchung zeigen sich eine rechtsseitige Schwäche von Rectus, TFL sowie PMS und Infraspinatus, wobei die beiden Muskeln des Oberkörpers beim Testen einen Schmerz auslösen. Auf der linken Seite sind Rectus, TFL und Infraspinatus normoton, der PMS links lässt sich nicht sedieren. Alle Muskeln reagieren extrem auf eine Therapielokalisation des Zahnes 43, Lidocain bringt alle gestörten Muskeln in den Normotonus

### Lösung zu Übungsbeispielen von Seite 14

**FALL A)** B.U., 23 J, w; Erstkonsultation 13.01.2009

**A:** akuter Infekt der oberen Atemwege mit starkem Husten

**U:** h: Delt<sup>2</sup>, Infra<sup>2</sup>                      n: Subsc<sup>2</sup>, Rect<sup>2</sup>, TFL<sup>2</sup>                      **W:** CH Thymus

**NC FÜR ALLES:** Copper pic. Thorne, Zinc 30 PE, Buff. C PE, Ceres Imperatoria Ø

**Ø:** Engystol Amp.                      **HC:** Erkältungstee

**HC:** TL ENV → **NC:** Impatiens

**FALL B)** K.F., 11 J, m; Ersttermin 29.08.2010

**A:** chron. Borreliose

**U:** gen w, w+Schmerz: Infra re

**Ø:** Hypericum C30, C200, C1000 und Cefalymphat Amp.

**NC:** Chamomilla C30, Amoxicillin, Lymphdiaral L Amp., Borrelia D12, Leinöl

Mit Lymphdiaral L Amp.: **W:** CH Leber → **NC:** Ceres Carduus mar. Ø

⇒ EG Cham. C30 (5 Glob.)

**FALL C)** F.V., 30 J, w; Ersttermin 20.07.2010

**A:** Stresspatientin, Schlafstörungen, chronischer Müdigkeit, mass. Mineralstoffdefizite (VB)

**U:** GHT

**SC:** HMK, ADR-Formula, Min. 650 PE

**Ø:** Copper pic. Thorne, Methylcobalamin Tr.

**NC für alles:** Zinc 30 PE, Pot./Magn. asp. PE, Copper PE (glycinate), Gerson-Salz, B-Complex Plus PE

**FALL D)** A. B., 57 J, m, Dachdecker; Ersttermin 03.07.2010

**A:** Schulterschmerzen re

**U:** w: Rect re, TFL re                      w + Schmerz: PMS re, Infra re                      n: Rect li, TFL li, Infra li

h: PMS li                      +++ TL 43

**NC für alles:** Lidocain

**Uschi Baier-Wolf**

## Sinnvolle Ergänzung von AK und Osteopathie

**K.A., 13,5 Monate**, wurde mir von einer ärztlichen Kollegin, die bereits den Kurs „AK und Craniale Osteopathie“ absolviert hat, mit der Bitte um osteopathische Abklärung geschickt. Sie hatte bei ihrer Erstuntersuchung den V. a. schwere Schädelläsionen! Zusätzlich teilte sie mir folgende Untersuchungsergebnisse mit:

**U:** 20.01.04: Surrogat W mit Kind → **NC:** Nystatin, Zinc Plus

**U:** 15.02.04: Surrogat W mit Kind → **NC:** AB-Lactobacillen, Leber-Galle-Tropfen, Cefalymphat, Mutaflor

**Ø:** Nystatin

### Ersttermin Osteopathie 16.04.04

**A:** Kind wollte nie auf dem Rücken liegen, leichte Entwicklungsverzögerung: Krabbelbeginn mit 11,5 Monaten, jetzt Hochziehen an Möbeln möglich und Beginn mit Seitwärtsschritten an Gegenständen. Gastrointestinale Beschwerden wie häufiges Spucken, Aufstoßen, besonders nach den Mahlzeiten; kein geregelter Schlaf-Wachrhythmus (maximale Schlafzeit 5 Stunden am Stück). Sehr unruhiges Kind, das oft – für die Eltern vermeintlich grundlos – weint. Bekannte Lactose-Intoleranz (AK-getestet), woran sich die Eltern auch halten. Seitdem leichte Besserung der o.g. Symptome! Zur Zeit bekommt das Kind Ziegenmilch. Z. n. Saugglockengeburt, bis jetzt keine Impfungen.

**U:** Aufgrund des Alters wurde eine rein strukturelle osteopathische Untersuchung ohne AK durchgeführt.

**Schädelbefund:** Massive Compression der SOM und der S. basico-occipitalis li mehr als re; sehr dichte Hinterhauptschuppe, Occiputläsion in Flexion, SBS-Läsion (Lateral Strain re), CSR in Frequenz und Amplitude stark verlangsamt.

Beim Ersttermin wurden alle osteopathischen Läsionen behandelt und die AK-Kollegin telefonisch um Testung weiterer Nahrungsmittel gebeten.

**U 22.04.05 in der Praxis der AK-Kollegin:** Surrogat n mit Kind

**W:** Kuhmilch, Sahne, aber auch die Ziegenmilch, HMK

**NC:** Zink, Vitamin C, Nystatin

**Ø:** Copper pic., Calcium citrate, Calcium aspartate

**Verträglich:** Reismilch, Reis-Hafer-Milch, Vollkornflocken

### Zweitertermin Osteopathie am 13.05.05

**ZA:** Seit der letzten Behandlung wesentlich bewegungsfreudiger, sehr gutes physiologisches Krabbelmuster, das – nach Aussagen der Eltern – bereits zwei Tage nach der Erstbehandlung einsetzte! Aufstoßen und Spucken um 70 % reduziert.



**Schädelbefund:** CSR in Amplitude und Frequenz deutlich besser, SOM und S. basico-occipitalis bds o. B., ebenfalls SBS! C0/C1 links fixiert (C1 lateral/anterior), Spannung der Falx cerebri.

**Viszeraler Befund:** Zwerchfellfixation in Inspiration, Spasmus von Cardia und Pylorus.

→ Osteopathische Behandlung aller Befunde und kurze Ernährungsberatung.

**Drei Wochen später** kurzes Telefonat mit der Mutter, die berichtet, dass es Anna sehr gut geht, sie aber doch gerne zu einer abschließenden Untersuchung kommen möchte, da Anna jetzt frei läuft!

Anm.: Bei schweren SBS-Läsionen, wie z.B. Lateral Strain und bei allen Entwicklungsverzögerungen ist es ratsam, die Kinder nochmals entwicklungs-kinesiologisch zu untersuchen, wenn sie die freie Lokomotion erreicht haben.

### **Abschlussuntersuchung 23.07.05**

Keinerlei gastro-intestinale Beschwerden mehr! Freie Lokomotion erreicht, keinerlei Auffälligkeiten im Bewegungsmuster.

**Schädelbefund:** SBS o.B., gute Frequenz und Amplitude des CSR, leichte Spannung der Falx cerebri.

**Viszeraler Befund:** o.B.

Nach Ausgleich der Falx wird das Kind entlassen und die Eltern aufgefordert, dass Sie sich bei erneuten Problemen sofort melden sollten. Ansonsten benötigt Anna derzeit keine weiteren Therapien. Weiterhin habe ich der Mutter empfohlen, die unverträglichen Nahrungsmittel weiterhin zu meiden und nach einiger Zeit eine Nachtestung, auch der orthomolekularen Substanzen, durchführen zu lassen.

Im November 04 bekam ich dann folgenden Brief von den Eltern:

Liebe Frau Baier-Wolf!

Wir hatten den weiten Weg zu Ihnen gefunden und möchten noch einmal ganz herzlich DANKE sagen. Der Behandlungserfolg war/ist sagenhaft! Anna holte alles nach und liegt besonders gerne auf Bauch und Rücken, wälzt sich geradezu auf dem Boden. Die „Rülpserie“ ist vorbei und sie ist gut drauf. Solche Hinweise (von meiner Ärztin) sind echt ein Geschenk!

Wir wünschen Ihnen eine schöne Adventszeit verbunden mit lieben Grüßen!

Familie K.

Seit dem geht es dem Kind weiterhin gut!

Dieser Fall zeigt, wie perfekt die Osteopathie mit der AK harmonieren kann und auch wie effektiv die interdisziplinäre Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen sein kann!

Wolfgang Gerz

## Neues zum Thema Histamin

### Es ist nicht immer Histamin – aber öfter als man denkt!

Insbesondere im Bereich des Histaminstoffwechsels haben sich in den letzten Jahren – vor allem bedingt durch die Arbeiten von Prof. Jarisch – immer wieder neue Erkenntnisse ergeben, die auch die AK-Testung entsprechend beeinflusst haben.

Im MJA 23/2005 wurde von Eugen Burtscher zum Thema Histamin Stellung genommen und ich möchte hier weiter eigene Gedanken vorstellen, nachdem mich Eugen hierzu aufgefordert hat.

Zum medizinischen Grundlagenwissen gehört es, dass letztlich alle allergischen Reaktionen, insbesondere aber die im HNO- und Bronchialbereich, irgendwo in der chemischen Reaktionskette Histamin als Schlüsselsubstanz haben.

**Klartext:** Eine allergische asthmatische Reaktion oder die typischen Heuschnupfensymptome ohne **Histamin** sind nicht denkbar.

Es gibt aber Patienten, bei denen die oberflächliche AK-Testung keinerlei Hinweis auf Histamin hergibt. Was ist die Lösung?

### Hierzu zwei Patientenbeispiele:

#### 1. S.C., w, 39 J

**A:** Durchblutungsstörungen mit Schwindel, kalte Füße, stark wechselnder Blutdruck, Schlafstörungen, Nervosität, depressive Verstimmungen, Erschöpfung, PMS mit erhöhter Aggressivität vor der Periode, Magen-Darm-Probleme, große Empfindlichkeit auf Hormone mit starker Akne auf Pilleneinnahme.

**Med:** Doppelherz 2 x 1, Magnesium verla 3 x 40 mg Dragees; Jatrosan (MAO-Hemmer)

**U:** w: Teres minor<sup>2</sup>      h: Piriformis<sup>2</sup> → **SC/HC:** SMK

Anm.: Dies ist natürlich eine Art von Switching – die hypertonen Muskeln werden schwach und gleichzeitig die schwachen hyperten!

**Ø: HMK! – aber: bei nochmaliger Nachfrage wegen der vielen Histamin-Symptome in der Anamnese gibt die Patientin Heuschnupfen mit bekannter Gräserallergie an!**

Angesichts der AK-Testung und der Anamnese wurde nun neben verschiedenen anderen Laboruntersuchungen auch ein DMPS-Test durchgeführt, der nach 30 Minuten folgendes Ergebnis brachte: n: Piriformis re., alle anderen Muskeln hyperten (Teres minor<sup>2</sup>, Rectus<sup>2</sup>, Piriformis li, TFL<sup>2</sup>) → **URS:** nach Entfernen des Eherings am 4. Finger re und der Ohringe kompletter Hypertonus. Aber jetzt:

**SC:** HMK! – jedoch nicht für alle Muskeln, denn keinerlei Reaktion am Piriformis bds!

**NC für alles:** Amphomoronol Suspension!

Wie ist das nun zu bewerten?

Offensichtlich besteht bei der Patientin eine tiefe Switching-Problematik, die wie so häufig primär die Regulation im Feuelement betrifft, was wir u. a. an den auffälligen Befunden der Testmuskeln Teres minor und Piriformis sehen. Nach Gabe von DMPS und Entfernen von URS zeigt sich dann relativ eindeutig die Reaktion auf Histamin (HMK).

## 2. F. D., w, 36 J

**A:** Seit ca. fünf Jahren Schwindel, Neuralgien, Sehstörungen, Lichtscheu, Gelenk- und Galleschmerzen, generelles Schwächegefühl, Kältesensationen auf verschiedene Nahrungsmittel, elektrosensibel, große Geruchsempfindlichkeit, Tinnitus re – alles ist rechts! Seit einem Jahr alle Beschwerden nach Amalgamsanierung extrem stärker. Entfernt wurden 16 Amalgamfüllungen, danach insgesamt vier DMPS-Injektionen. Erbliche rheumatische Belastung, 1997 erhöhte Rheumawerte! Rektale Temperatur am Vortag 36,8.

**U:** GHT bei völlig freier Beweglichkeit aller oberen und unteren Extremitäten bds.

Keinerlei Schmerz bei den Muskeltests.

**Ø:** SMK, TMJ-Screening **aber SC:** HMK – aber keinerlei Reaktion auf die Einzelampullen Histamin 5, 6, 8, 10, 12, 15, 30, 60, 100 und 200!

Da ich dieses Ergebnis noch nie gesehen hatte, testete ich und zusätzlich separat eine Mitarbeiterin nochmals nach – mit gleichem Ergebnis:

**SC sowohl auf die ganze Mini-KUF-Reihe von Histamin (HMK), als auch die alte KUF-Reihe von Histamin!**

Ausnahmsweise testeten wir dann auch noch andere „Histamin-Homöopathika“ zusätzlich zu den üblichen orthomolekularen Mitteln:

**Ø:** Histidinum KUF-Reihe, Histamin Injeel, P5P, Kupferorotat, B12/Folsäure, Thyreogland, Lugol, B-Complex.

**NC** ausser Piriformis li. und Teres minor bds: Copper glyc.

**NC für alles:** Buffered C

**Diskussion:** Wir sollten in der AK noch vorsichtiger sein mit der Diagnose Histamin-assoziiierter Probleme und uns keinesfalls nur auf die AK-Testung von Einzelampullen wie Histamin D12 oder auch der Mini-KUF-Reihe verlassen. Entscheidend ist v. a. die Anamnese!

Das Verblüffende an diesem Fall war also letztlich die Tatsache, dass nur die beiden Potenzreihen von Histamin getestet haben, aber nicht irgendeine der Einzelpotenzen und auch nicht das Histamin Injeel, in dem ja mehrere Potenzen von Histamin in einer Ampulle zusammen sind. Die Tatsache des NC durch Copper glycinate, aber v. a. durch Buffered C passt letztlich zur Diagnose Histamin-Intoleranz!

**Es ist nicht immer Histamin – aber immer öfter!**