

Wolfgang Wildner
Verzahnungen

Über den Autor:

Dr. Wildner hat sich auf die „Verzahnungen“ der Medizin mit der Zahnmedizin spezialisiert. Er ist Zahnarzt und Heilpraktiker in Nürnberg und verbindet bei seiner Arbeit seit über 30 Jahren diagnostisches und therapeutisches Denken aus beiden Berufen. Er kann immer wieder beobachten, dass Erkrankungen aus dem Bereich der Allgemeinmedizin durch ungeeignete zahnärztliche Maßnahmen verstärkt werden oder aber auch durch geeignete verschwinden können. So sieht er viele Patienten, deren allgemeine Beschwerden wie Rückenschmerzen oder Gelenkprobleme auch nach mehrfachen Besuchen bei Fachärzten oder Heilpraktikern sich erst dann nachhaltig verbessern, wenn auch ein falscher Biss, ein unverträgliches Material oder ein Störfeld im Mund erkannt und behandelt wurde.

Dr. Wildner war über zehn Jahre der Leiter des Arbeitskreises biologisch-ganzheitliche Zahnmedizin des Zahnärztlichen Bezirksverbandes Mittelfranken.

Er hält regelmäßig Seminare an einer Heilpraktikerschule in Nürnberg.

Dr. Wolfgang Wildner

Verzahnungen

Wie Leib und Seele mit dem Mundraum verzahnt sind

**Ganzheitliche (Zahn-)Heilkunde
für Patienten,
Heilpraktiker,
Ärzte und Zahnärzte**

Die Ratschläge in diesem Buch sind sorgfältig geprüft und in der täglichen Praxis des Autors erprobt worden. Sie werden zum Teil kontrovers diskutiert oder gelten als wissenschaftlich noch nicht erwiesen. Sie können daher nur Anregungen geben und nicht die individuelle Beratung durch einen Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker ersetzen.

Alle Angaben in diesem Buch erfolgen daher ohne jegliche Gewährleistung oder Garantie seitens des Autors oder des Verlags. Eine Haftung des Autors bzw. des Verlags ist ebenfalls ausgeschlossen.

Titelbild: Jürgen Höflinger

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

© 2018 Dr. Wolfgang Wildner

3. verbesserte Auflage 2022

Herstellung und Verlag: BoD – Books on Demand, Norderstedt

ISBN: 978-3-746-06861-9

Inhalt

Seitenzahlen passen zu dieser Leseprobe, nicht zum Buch

1	Einleitung.....	11
1.1	Wie alles begann	11
1.2	Begriffe zur Abgrenzung von der Schulmedizin	13
2	Grundlagen der Schul-Zahnmedizin	16
2.1	Zahnaufbau.....	16
2.2	Zahnentwicklung	18
2.3	Gebiss und Zahnarten, Quadranten	19
2.4	Zahnflächen	21
2.5	Zahnnummern	22
2.6	Milchzähne	23
2.7	Durchbruchszeiten	24
2.8	Einflüsse auf Zahngröße und Zahnbogen	25
2.9	Wachstumskräfte	26
2.10	Kieferorthopädie (Kfo).....	26
2.11	Krankheiten	27
2.12	Härte und Abrieb der Werkstoffe	30
2.13	Röntgenbilder	30
2.14	Mythen und Legenden	31
3	Ganzheitliche (Zahn-)Medizin.....	33
3.1	Schulmedizinisch erkannte Mund-Organ-Zusammenhänge..	39
3.2	Störeinflüsse vom Mund zum Körper	40
3.2.1	Mechanische Störung: schiefer Biss = schiefer Rumpf..	40
3.2.2	Chemische Störungen vom Mund zum Körper	60

3.2.3	Elektrische Störungen vom Mund zum Körper	61
3.2.4	Elektromagnetische Störungen vom Mund zum Körper	64
3.2.5	Energetische Störungen vom Mund zum Körper	66
3.2.6	Der Herd als Störmöglichkeit vom Mund zum Körper ..	67
3.2.7	Kauen und Verdauen	78
3.3	Heilende Einflüsse vom Mund zum Körper	79
3.3.1	Störenden Ursachen erkennen und beseitigen	79
3.3.2	Die Neuraltherapie	79
3.3.3	Die Mundakupunktur	79
3.4	Störeinflüsse vom Körper zum Mund	80
3.4.1	Mechanische Störungen vom Körper zum Mund	80
3.4.2	Chemische Störungen vom Körper zum Mund	80
3.4.3	Darmbakterien	80
3.4.4	Ernährung	80
3.4.5	Energetische Einflüsse vom Körper zum Mund	81
3.4.6	Seelische Einflüsse auf den Mund	81
3.4.7	Nachbarschaftliche Einflüsse vom Körper zum Mund ...	81
3.5	Heilende Einflüsse vom Körper zum Mund	81
4	Die Konsequenzen	83
4.1	Diagnostik und Therapie in der ganzheitlichen Zahnmedizin	83
4.1.1	Diagnoseformen in der ganzheitlichen Zahnheilkunde	84
4.1.2	Therapieformen in der ganzheitlichen Zahnheilkunde	111
4.2	Das Amalgam-Problem	136
4.2.1	Amalgam - ein Gift?	136
4.2.2	Ersatz für Amalgam	140
4.3	Karies und Fluorid	140

4.4	Parodontose/Parodontitis	144
4.5	Ernährung.....	148
4.5.1	Verdauung	151
4.5.2	Der Weg durch den Verdauungstrakt.....	152
4.5.3	Die Essfehler	154
4.5.4	Makronährstoffe	158
4.5.5	Mikronährstoffe	159
4.5.6	Rohkost.....	159
4.5.7	Nahrungsmittelallergie und Unverträglichkeiten	159
4.5.8	Die Reihenfolge der Nahrungsbestandteile.....	159
4.5.9	Trennkost.....	160
4.5.10	Fasten	160
4.5.11	Mikrowelle.....	160
4.5.12	Ausblick.....	161
4.6	Die latente Übersäuerung	162
4.6.1	Gibt es eine Übersäuerung?	162
4.6.2	Was sind Säuren und ihre Gegenspieler?	164
4.6.3	Wie entstehen Säuren im Stoffwechsel?	165
4.6.4	Welche Krankheiten entstehen durch Übersäuerung ? 167	
4.6.5	Wie erkenne ich eine Übersäuerung?	167
4.6.6	Wie behandle ich eine Übersäuerung?.....	171
4.6.7	Womit soll ich entsäuern?	173
4.6.8	Welche Präparate sind empfehlenswert?	173
4.6.9	Wie oft und wie viel Basenpulver braucht man?	173
4.6.10	Wie lange muss ich entsäuern?	173
4.6.11	Äußerlich entsäuern?	174

4.6.12	Wer darf nicht alleine entsäuern?	174
4.6.13	Problemfälle	175
4.6.14	Erfolge	176
4.6.15	Misserfolge	177
4.7	Philosophische Gedanken zur ganzheitlichen Medizin.....	179
4.7.1	1000 Krankheiten - 1 Gesundheit	179
4.7.2	Akute und chronische Krankheiten	179
4.7.3	Die zwei Seiten einer Medaille	180
4.7.4	Gesundheit	182
4.7.5	Körper und Seele	182
4.8	Tipps zur Suche eines ganzheitlichen Zahnarztes	183
4.9	Tipps für einzelne Berufsgruppen / betroffene Patienten..	184
4.9.1	Tipps für Heilpraktiker	185
4.9.2	Tipps für Zahnärzte.....	189
4.9.3	Tipps für Ärzte	200
4.9.4	Tipps für alle Menschen	203

Vorwort

Wer sollte dieses Buch lesen?

Am liebsten hätte ich ihm den Titel gegeben: „Bis(s) zu den Füßen.“ Dann hätten sich auch die Liebhaber von Vampir-Romanen dafür interessiert. Denn hier geht es unter anderem auch um Menschen mit zu langen Zähnen und um ungewöhnliche Ernährungsformen. Urheberrechtliche Gründe aber verbieten mir diesen Titel.

Entstanden ist das Buch aus meinen Erfahrungen als ganzheitlich arbeitender Zahnarzt. Dieses Wissen gebe ich in Seminaren weiter, die ich an einer Heilpraktikerschule halte. **Heilpraktiker** lernen ja normalerweise nichts über Zahnheilkunde, weil sie die laut Gesetz nicht ausüben dürfen. Aber gerade die Heilpraktiker sind doch überwiegend ganzheitlich ausgerichtet und suchen bei ihren Patienten nach ganzheitlichen Zusammenhängen und verborgenen Ursachen und Auslösern für chronische Erkrankungen. Daher sollten Heilpraktiker auch alles über die Wechselwirkungen zwischen den Zähnen und den anderen Teilen des Körpers wissen. Nur dann können sie ihre Patienten wirklich ganzheitlich behandeln. Natürlich darf und kann ein Heilpraktiker nicht zahnärztlich therapieren, wenn er z. B. einen Zahn als Auslöser für eine rheumatische Erkrankung der Gelenke erkennt. Aber er muss den Patienten mit der Verdachtsdiagnose zum Zahnarzt schicken. Ebenso verlangt man ja vom Heilpraktiker per Gesetz, dass er meldepflichtige Krankheiten erkennt und ärztlich behandeln lässt, auch wenn er sie nicht selber behandeln darf.

Dieses Buch war also zunächst für Heilpraktiker gedacht. Es setzt keine zahnmedizinischen Kenntnisse voraus, alle wichtigen Grundlagen werden am Anfang leicht verständlich erklärt.

Und wenn es nun schon ein gut verständliches Buch über die Zusammenhänge zwischen Mund und Körper ist, dann können und sollten es eigentlich auch **alle Patienten** lesen, die sich für diese ganzheitlichen Zusammenhänge interessieren. Ganz besonders sollten es diejenigen Patienten lesen, die noch keinen Heilpraktiker oder ganzheitlichen Arzt gefunden haben, der auch die Zusammenhänge der ganzheitlichen Zahnheilkunde schon genau genug kennt. Dann kann der Patient das Buch erst mal selber lesen und anschließend seinem Behandler in die Hand drücken. Mit der

freundlichen Bitte, dieses und jenes Kapitel einmal anzuschauen. Oder er spricht mit seinem behandelnden Zahnarzt darüber und fragt ihn, ob der sich in diesem Fall einen Zusammenhang vorstellen kann. Kann er das nicht, soll auch er das Buch lesen.

Natürlich ist das Wissen über ganzheitliche Zahnheilkunde auch für **Ärzte** vieler anderer Fachrichtungen interessant. Zum einen, weil das Zahnsystem viele ärztliche Fachbereiche betreffen kann. Zum anderen, weil jeder Arzt immer auch persönlich betroffen sein kann, als Patient. Denken Sie an das Sprichwort „Gesund ist nur der, der nicht lange genug untersucht wurde“.

Mit anderen Worten: Dieses Buch ist für alle Menschen interessant, die noch Zähne haben oder jemals hatten, zur Vorbeugung und zur Früherkennung von vermeidbaren Belastungsfaktoren. Und für alle Menschen, die schon irgendwie chronisch krank geworden sind und nicht glauben wollen, dass man die Symptome nur unterdrücken müsse oder dass man sonst eben nichts machen könne. Und für Patienten, denen man sagt: Da ist nichts, das bilden Sie sich ein, das ist nur psychisch.

Sprache, Aussprache und Gliederung

Die Inhalte dieses Buches mögen oft genug ein wenig ungewohnt oder kompliziert erscheinen. Daher bemühe ich mich, nicht auch noch die Form und die Formulierungen unnötig kompliziert zu machen. Ich verzichte daher auf politisch korrekte, aber unleserliche Schreibweisen wie „Leser und Leserinnen“, „Patienten/innen“, „HeilpraktikerInnen“, man/frau oder „Behandler*innen“. Bitte glauben Sie mir, dass ich im ganzen Buch immer gleichwertig Männer *und* Frauen meine (und alle Menschen, die es dazwischen und daneben gibt. Wussten Sie, es gibt nicht nur Menschen mit xx-Chromosomen (Frauen) oder mit xy-Chromosomen (Männer), sondern auch Menschen mit der Kombination xxy oder xyy).

Ein kleines Problem sehe ich noch bei der korrekten gemeinsamen Ansprache der Ärzte/Zahnärzte/Heilpraktiker/Osteopathen/anderen Mediziner: Ich könnte „Therapeuten“ sagen, aber manche Ärzte fühlen sich dabei nicht angesprochen. Sie meinen mit Therapeuten nur diejenigen, die wie Physiotherapeuten nicht selber Diagnosen stellen dürfen und nur auf ärztliche Anweisung therapieren dürfen. Daher sage ich zu allen gemeinsam „Behandler“. Seine Hände kann ja jeder auch zum Untersuchen und Diag-

nostizieren einsetzen (fühlen, tasten, klopfen, sondieren, erschüttern, biegen ...), nicht nur zum Therapieren und Behandeln. Hoffentlich sind alle damit zufrieden.

Damit Sie wissen, wie Sie unbekannte Fremdwörter **richtig betonen**, sind die lángen betonten Sílben unterstrichen, die kúrzen tragen einen Akzént.

Persönliche Erlebnisse, Fallberichte, Anekdoten und Witze sind in einem grauen Feld.

Beim Thema Ganzheitlichkeit hängt zwar nicht unbedingt alles mit allem zusammen, aber doch vieles mit vielem. Was soll an welcher Stelle beschrieben werden? Ich habe mich für folgende Gliederung entschieden:

Der erste Teil bringt einen Überblick über die „normale“ Zahnheilkunde: alles was ein Heilpraktiker, ein anderer nicht-zahnärztlicher Behandler oder ein interessierter Patient darüber wissen sollte. Zahnmedizinisches Basiswissen ist einfach nötig, wenn man die Einflüsse verstehen will, die z. B. von kranken Zähnen oder unpassenden zahnärztlichen Werkstoffen ausgehen können. Außerdem kann der Nicht-Zahnarzt dann besser mit dem Zahnarzt sprechen.

Es folgt Teil zwei über die Zusammenhänge innerhalb des Körpers, welche Organe sich wie gegenseitig beeinflussen, natürlich mit dem Schwerpunkt Zähne und Kausystem (das sogenannte stomatognathe System, Stoma = Mundhöhle, Gnathos = Kiefer).

Im dritten Teil wird erörtert, welche Konsequenzen sich aus diesen Einflüssen ergeben, welche Diagnose- und Therapieformen dabei geeignet sind, welche Einflüsse von außen auf den Organismus einwirken und direkt oder indirekt auch das Zahnsystem betreffen.

Es folgen einige Hinweise über Karies, Amalgam, Fluorid, Ernährung und Übersäuerung. Wer sich bis dahin durch die ganzheitliche Zahnheilkunde durchgearbeitet hat, findet anschließend noch Tipps nach Krankheits- oder Facharztgruppen sortiert.

1 Einleitung

1.1 Wie alles begann

Mein Weg zur ganzheitlichen (Zahn-)Heilkunde

1975 habe ich in München mein Staatsexamen als Zahnarzt abgelegt, als ganz normaler „Schulmediziner“. Wir hatten zwar schon als Studenten in privaten Gesprächen etwas davon gehört, dass es manchmal einen sogenannten Herd (lateinisch: focus) geben soll, also einen kranken Zahn, der den Körper in seiner Gesundheit stören könnte. Aber als wir einmal unseren Oberarzt danach fragten, gab er uns mit ironischem Lächeln die Antwort: „Focus ist Hokuspokus.“ Diese Privatmeinung eines wissenschaftlichen Klinikarztes haben wir zunächst für eine wissenschaftlich begründete Aussage gehalten.

Später, während meiner Assistentenzeit in Berlin, als angestellter Zahnarzt, habe ich etwas erlebt, das mich zum Nachdenken gebracht hat. Ich musste einem älteren Herren einen linken unteren Eck- oder Backenzahn ziehen, und beim Kontrolltermin sagte er mir ganz erfreut: „Herr Doktor, seit der Zahn draußen ist, ist das Rheuma in meinem linken Knie verschwunden!“ Mich hat das auch sehr gefreut, aber ich hatte noch keine Ahnung, wie man bei einem Rheumakranken nach einem schuldigen Zahn suchen sollte.

Ein Jahr später traf ich einen jungen Kollegen in Nürnberg, einen ehemaligen Schulkameraden. Da man als junger Zahnarzt allen Menschen instinktiv genau auf die Zähne schaut, bemerkte ich schnell, dass ihm rechts oben ein erster Backenzahn fehlte. Das erstaunte mich sehr, hatten wir doch alle gelernt, der beste Zahnersatz sei der eigene Zahn. Ich musste ihn unbedingt fragen, warum er ihn sich hatte ziehen lassen. Die Antwort war für mich sehr überraschend: Er hatte immer wieder Schmerzen in der rechten Schulter gehabt, und nach dem Zahnziehen war der Spuk vorbei!

Wie konnte man denn so sicher sein, dass das auch wirklich hilft? Bestand nicht das Risiko: Zahn weg – Schmerz noch da? Statt mir jetzt lange Vorträge zu halten, verwies er mich auf ein Buch von Dr. Fritz Kramer über

Elektroakupunktur für Zahnärzte. Ich kaufte mir nacheinander alle vier Bände und tauchte in die Geheimnisse der Akupunkturpunkte, der Testungen, der Zusammenhänge zwischen Zähnen und übrigen Körper und in die Grundlagen der Homöopathie ein.

Bald darauf hielt Dr. Kramer zusammen mit Dr. Türk und Dr. Schwarz einen praktischen Kurs in Nürnberg ab. Da musste ich unbedingt hin, um meine angelesenen theoretischen Kenntnisse auch praktisch zu untermauern. Dort sah ich, dass es noch mehr Zahnärzte gab, die von diesen „Geheimnissen“ wussten, und die Ihr Wissen bereitwillig (und gegen eine angemessene Gebühr) weitergaben. Bei solchen Kursen lernt man viele offene Kollegen kennen, die begeistert von ihren Erfolgen mit ganzheitlichen Methoden schwärmen und einem andere Kurse ans Herz legen, die man unbedingt auch besuchen soll. So kam ich zu einer Ausbildung in Homöopathie, in F.X.Mayr-Medizin und in Mundakupunktur nach Dr. Gleditsch. Mit diesem Wissen konnte ich schon weit über den Tellerrand der normalen Zahnheilkunde blicken und immer wieder Patienten auch bei allgemeinen Gesundheitsproblemen helfen.

Eines Tages berichtete mir eine Patientin ganz begeistert: „Ich gehe jede Woche zum Senioren-Turnen, und bisher mussten zwei Freundinnen und ich immer dringend aufs Klo rennen, wenn wir länger auf der Stelle hüpfen sollten. Wir haben alle eine Reizblase. Und beim letzten Mal, nachdem Sie mir die Akupunktur gegen die Reizblase gemacht haben, musste ich nicht mitrennen und konnte weiterhüpfen. Die beiden haben erstaunt gefragt: Und Du, Erna, musst Du net mit? – Naa, hab’ ich stolz gesagt, ich war doch bei meinem Zahnarzt!“

Diese Erfolgsgeschichte hat mich sehr gefreut. Aber andererseits bekam ich auch Bedenken: Was ist, wenn das die Frau eines Urologen hört, und ihrem Mann erzählt: „Der Zahnarzt behandelt eine Reizblase, der nimmt Dir doch Deine Arbeit weg!“ Erwartet mich dann vielleicht eine Anzeige? Muss ich mich vor Gericht rechtfertigen? Werde ich wegen Ausübung der Heilkunde ohne staatliche Zulassung bestraft? Natürlich kann ich dann begründen, dass ich ja mit der Mundakupunktur nur im Mund behandelt habe. Aber wie sieht das der Richter? Kann ich ihm die Reizblasenheilung als Nebenwirkung einer Zahnbehandlung erklären?

In einem Gespräch mit dem Medizinalrat der Regierung von Mittelfranken wurden mir dann meine Grenzen aufgezeigt: Alles am Kopf darf

der Zahnarzt behandeln, z.B. auch eine Kieferhöhlenentzündung. Für alles unterhalb des Kopfes muss ich die „Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung“ nachweisen, das heißt, ich muss die Heilpraktikerprüfung ablegen. Für diese staatliche Prüfung durch den Amtsarzt reicht es nicht zu zeigen, wie toll man die ganzheitlichen Zusammenhänge beherrscht. Davon weiß der Amtsarzt ja selber nicht viel. Man muss laut Heilpraktikergesetz beweisen, dass man „keine Gefahr für die Volksgesundheit“ ist. Man muss also die schulmedizinischen Zusammenhänge beherrschen und zeigen, dass man erkennt, was ein Heilpraktiker nicht behandeln darf (z. B. die meldepflichtigen Krankheiten), dass man weiß, wann man den Patienten zum Arzt oder in die Klinik schicken muss.

Für mich hieß das: lernen, lernen, lernen. Denn als Zahnmediziner waren wir ja nur als „Schmalspurmediziner“ ausgebildet. So kam ich also 10 Jahre nach meinem Zahnarztexamen ergänzend zu meinem zweiten Beruf als Heilpraktiker.

1.2 Begriffe zur Abgrenzung von der Schulmedizin

Die „normale“ Heilkunde wird an den Universitäten = Hochschulen gelehrt und daher *Schulmedizin* genannt. Sie ist überaus wichtig und in vielen Fällen lebensrettend. Typischerweise denkt man in der Schulmedizin organbezogen und in Fachgebieten. Sie will sich zunächst nicht in fremde Fachgebiete einmischen: Der Hautarzt behandelt die Haut und interessiert sich selten für die Darmgesundheit, der Rheumaarzt kann über hundert Rheumaarten unterscheiden, fragt aber nicht unbedingt nach entzündeten Zähnen.

Es gibt aber auch Behandler, die ganzheitlich denken und fachübergreifende Zusammenhänge erkennen wollen, nach deren gemeinsamen Ursachen suchen und nicht immer gleich „mit Kanonen auf Spatzen schießen“ möchten. Sie bevorzugen also die sanfte Medizin und bedenken das Individuelle am Patienten. Ihre Methoden sind unter vielen verschiedenen Namen bekannt, als alternativ, komplementär, biologisch, holistisch, naturheilkundlich oder systemisch.

Zunächst hat man alle Methoden jenseits der Schulmedizin als *Alternativmedizin* bezeichnet. Damit ist mancher Arzt zu Recht nicht glücklich. Alternative heißt die eine von zwei Möglichkeiten, und er will nicht unbedingt entweder oder. Er will vielleicht schulmedizinisch diagnostizieren (z. B. röntgen) und ergänzend mit Naturheilverfahren behandeln. Dieses ergänzende Behandeln wird besser *komplementär* genannt.

„*Biologisch*“ ist zu einem vieldeutigen Modebegriff verkommen, jeder kann etwas anderes darunter verstehen. Vom Wort her bezeichnet bios das Leben, logos die Lehre. Eine biologische Behandlung soll sich also an den Gesetzen des Lebens orientieren.

Auch das Wort *Naturheilverfahren* wird unterschiedlich gebraucht. Im engeren Sinn umfasst der Begriff nur diejenigen Heilverfahren, die direkt aus der Natur stammen, also „Natur-Heilverfahren“ (bitte achten Sie auf die Stellung des Bindestriches). Damit beschränken wir uns auf Pflanzenheilkunde, Wasseranwendungen, Massagen, Licht, Luft, Sonne, Bewegung und Ernährung. Ich meine in diesem Buch im weiteren Sinne „Naturheil-Verfahren“, also alle (auch technische) Verfahren, die die natürliche Heilung anregen und verbessern sollen. Das kann dann auch eine Behandlung mit Magnetfeld, Reizstrom, Softlaser, Akupunktur oder Homöopathie sein.

Hausmittel und *Volksmedizin* sind einfache Behandlungen, die man vielleicht schon von seiner Oma kennt, z. B. Zwiebelsaft gegen Husten, eine Wärmflasche gegen Bauchweh, kalte Wadenwickel bei Fieber. An diesem letzten Beispiel möchte ich gleich aufzeigen, dass Hausmittel zwar rezeptfrei, billig und oft aus der Natur genommen sind (hier kaltes Wasser), aber manchmal eben kein Naturheil-Mittel sind: Fieber ist ja kein Irrtum des Organismus, sondern ein aktuell brauchbarer und vom Organismus gewünschter Weg, um mit einer höheren Temperatur des Körpers die Abwehr besser zu aktivieren. Notwendige biochemische Reaktionen können dann schneller ablaufen. Der „kluge“ Behandler meint es besser zu wissen als die Natur und will mit kalten Wadenwickeln das Fieber vorzeitig beenden. Was macht der Körper? Er ist noch nicht fertig mit der Fieberphase und strengt sich an, trotz äußerer Kälte die Kerntemperatur hoch zu halten. Das kostet ihn mehr Energie als „normales“ Fieber ohne Wadenwickel. Wissen Sie noch aus Kindertagen, wie scheußlich unangenehm Ihnen die kalten Wadenwickel waren?

Umweltmedizin beschäftigt sich mit krankmachenden Wirkungen aus der Umwelt des Menschen, z. B. sucht sie Belastungen des Patienten durch Holzschutzmittel, Spritzmittel wie Insektizide, Pestizide, oder Herbizide. Auch individuell belastende Konservierungsmittel, Farbstoffe oder andere Zusätze in der Nahrung werden hier aufgespürt.

Umwelt-ZahnMedizin ist als Begriff in diesem Zusammenhang zunächst etwas irreführend: Hier sucht man die Störungen nicht in der Umwelt des Menschen, sondern in der Umwelt der Zähne. Als mögliche Ursachen für chronische Allgemeinerkrankungen fahndet man hier nach Zahnherden und individuell unverträglichen Werkstoffen, die als Füllung, Krone oder Prothese in die Mundhöhle eingebracht wurden.

„Holistisch“ und „systemisch“ und „integrativ“ sind nur andere Wörter für „ganzheitlich“. Darüber gibt es so viel zu sagen, dass es für mehrere Kapitel reicht. Aber dazu später im Teil 2. Jetzt kommt erst mal eine Einführung in das „normale“ zahnärztliche Grundwissen. Damit ist alles andere über die Ganzheitlichkeit viel besser zu verstehen.

2 Grundlagen der Schul-Zahnmedizin

Unter Zahnmedizin oder Zahnheilkunde versteht man juristisch die Diagnostik und Therapie der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Die folgende Kurzeinführung soll die Grundlagen vermitteln, die ein Nicht-Zahnmediziner braucht, um sich angemessen mit einem Zahnarzt über zahnärztliche Themen unterhalten zu können. Heilpraktiker und Patienten werden vom Zahnarzt leichter mit ihren Anliegen ernst genommen, wenn sie ihm zeigen, dass sie mit ihm die gleiche Sprache sprechen und die wichtigsten Grundlagen kennen.

2.1 Zahnaufbau

Die Grundsubstanz eines Zahnes besteht aus Dentin (3). Der selten gewordene deutsche Name dafür ist Zahnbein; dabei meint das Wort Bein hier nicht die unteren Gliedmaßen, die aus Ober-, Unterschenkel und Fuß bestehen. Bein hat hier die alte Bedeutung „Knochen“, wie im Ausdruck „es geht mir durch Mark und Bein“, oder bei Nasenbein und Schläfenbein. Dentin ist aber kein richtiger Knochen, nur ähnlich fest und hell wie Knochen, ist aber anders aufgebaut.

Zu etwa zwei Dritteln steckt der Zahn mit seiner Wurzel (12) fest im Kieferknochen, zu etwa einem Drittel ragt er durch das Zahnfleisch hindurch in die Mundhöhle. Zum Schutz gegen Abnutzung beim Kauen ist dieser Teil des Zahnes mit einer etwa ein bis drei Millimeter dicken Schutzschicht überzogen, dem Zahnschmelz (2). „Schmelz“ kennen wir heutzutage nur noch aus der Werbung, wenn sie bei Eis oder Pralinen von einem Schokoladeüberzug als „zartem Schmelz“ spricht. Anders beim Zahn: Der Zahnschmelz ist die *härteste* Substanz, die es in der belebten Natur gibt!

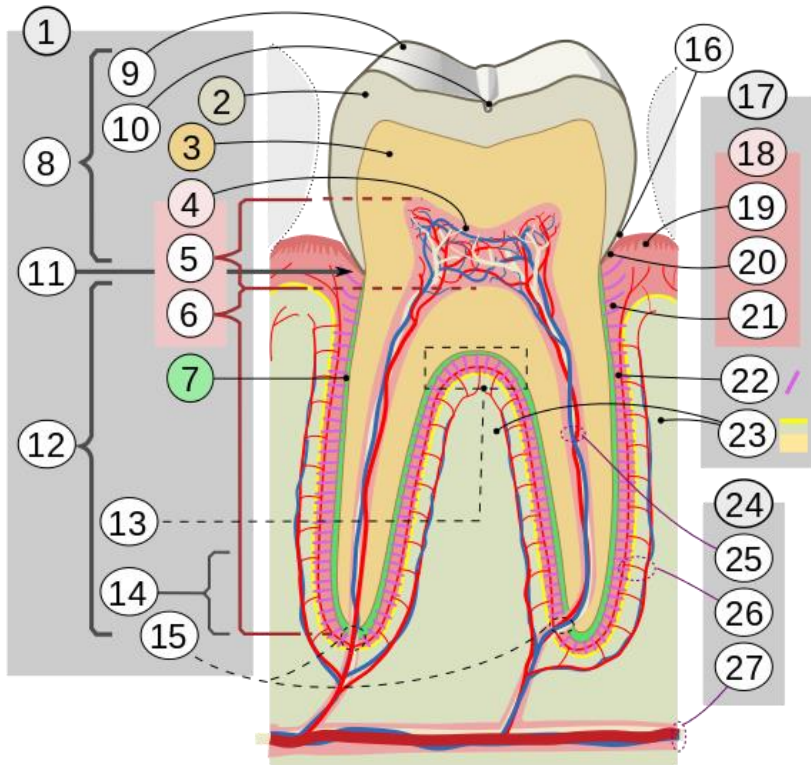


Abb. 1 Zahnaufbau (Quelle Wikipedia)

1. Zahn 2. Zahnschmelz 3. Dentin Zahnbein) 4. Pulpencavum mit Pulpa 5. Kronenpulpa 6. Wurzel-pulpa 7. Wurzelzement 8. Zahnkrone 9. Höcker 10. Fissur 11. Zahnhals 12. Zahnwurzel 13. Bifurkation 14. Wurzelspitze 15. Foramen apicale 16. Sulcus gingivae 17. Zahnhalteapparat 18. Zahnfleisch: 19. oral oder vestibulär 20. marginal 21. alveolar 22. Wurzelhaut mit Sharpey-Fasern 23. Alveolarknochen (Die feine gelbe Linie ist die Lamina dura). 24. Gefäße und Nerven: 25. Pulpa 26. Parodontium 27. Canalis mandibulae

Anatomische Zahnkrone (8) nennt man den Teil des Zahnes, der mit Schmelz überzogen ist. Klinische Krone heißt der Anteil des Zahnes, der über dem Zahnfleisch (= Gíngiva) in die Mundhöhle ragt. Wenn also beim alternden Patienten sich das Zahnfleisch langsam zurückzieht, wird die klinische Krone länger. Die anatomische Krone kann dabei nicht länger werden.

Zahnhal (11) nennen wir den obersten Teil der Wurzel, der gerade noch nicht von Zahnschmelz bedeckt ist. Die Wurzel ist nicht direkt mit dem Kieferknochen verwachsen. Auf dem Dentin der Wurzel ist eine dünne Schicht: *das* Zement (nicht *der* Zement) (7). Vom Zement verlaufen Bindegewebsfasern (Sharpey'sche Fasern) (22) zum angrenzenden Kieferknochen (23), an denen der Zahn aufgehängt ist. Der biologische Vorteil dieser Aufhängung: Druck auf den Zahn bewirkt keinen Druck auf den Knochen, sondern wird in Zugkräfte umgewandelt. Bei ständigem Druck durch das Kauen würde der Knochen mit Knochenabbau reagieren. Auf Zug reagiert er jedoch mit Verstärkung.

Das Zement und die Fasern bilden zusammen den sog. Zahnhalteapparat (das Parodontium) (26).

Ganz innen im Zahn ist eine Höhle im Dentin, die jedoch nicht leer ist. Sie wird vollständig vom sog. Zahnmark (Pulpa) (25) ausgefüllt. Diese Pulpa besteht aus Bindegewebe sowie Adern und Nerven. Weil diese Nerven alle Schmerzempfindungen weiterleiten, heißt die Pulpa im Volksmund auch „der Nerv“. An der Wurzelspitze (Apex) (14) ist eine enge Öffnung im Dentin, durch die Nerven und Blutgefäße in den Kieferknochen führen.

2.2 Zahnentwicklung

Die Entwicklung der Zähne beginnt schon in der achten Woche des Embryos im Mutterleib. Aus dem Ektoderm (äußeres Keimblatt) wandern Zellen in die Tiefe, in das Mesoderm (mittleres Keimblatt). Es bildet sich in jedem Kiefer ein hufeisenförmiger Gewebestreifen (die Zahnleiste), der sich in 10 einzelne Gebilde aufteilt. Jedes entwickelt sich zu einer glockenähnlichen Form, in der Größe der Grenzschicht von Zahnschmelz und Dentin des zukünftigen Zahnes. Die äußere Zellschicht besteht aus Ameloblasten. Das sind Zellen, die den Zahnschmelz absondern, und zwar in Richtung auf die innere Zellschicht zu. Diese besteht aus Odontoblasten, den Zellen, die das Dentin in Richtung zum Zahnschmelz hin produzieren.

Die den Schmelz bildenden Ameloblasten bleiben also immer die äußerste Zellschicht. Wenn der Zahn fertig entwickelt ist und durch das Zahnfleisch hindurch wächst, werden die Ameloblasten beim Kauen abgerieben und sind für immer verloren. Damit erklärt sich, dass der einmal

durch Karies zerstörte Zahnschmelz nicht mehr nachwachsen kann. Ein Kariesloch kann also nie mehr von alleine wieder zuwachsen.

Wenn das Dentin fertig gebildet ist, liegen die Odontoblasten im Inneren des Zahnes, als äußerste Schicht der Pulpa. Sie können bei Bedarf weiterhin Dentin produzieren, solange die Pulpa lebt. Nutzt sich der Schmelz im Laufe eines langen Lebens langsam ab, liegt irgendwann stellenweise das Dentin frei. In den Dentinkanälchen befinden sich feine Nerven, die an die Pulpa melden, dass das äußere Dentin von Kälte, Wärme, Säuren oder Bakterientoxinen (Giftstoffen) gereizt wird. Als Reaktion bildet sich langsam neues Dentin (Sekundärdentin = Zweitdentin) als Schutzschicht zwischen dem ersten Dentin und der Pulpa.

Ist aber der Zahnschmelz durch *Karies* verlorengegangen, wird auch das Dentin kariös infiziert (angesteckt). Die Karies aber schreitet viel schneller voran als die natürliche Abnutzung, damit kann die Dentinneubildung nicht mithalten. Die Kariesbakterien erreichen die Pulpa, infizieren auch sie, und die Pulpa stirbt ab, langsam und still oder unter sehr heftigen Schmerzen.

Weil neues Dentin nur in der äußersten Schicht der Pulpa gebildet werden kann, ist es unmöglich, dass ein im Dentin quer oder längs gebrochener Zahn wieder zusammenwachsen kann.

Was hier für die Milchzähne beschrieben wurde, gilt entsprechend auch für die bleibenden Zähne. Sie entwickeln sich ab etwa der 20. Embryonalwoche, und ihre Zahnleiste teilt sich in jedem Kiefer in 16 Zahnglocken.

2.3 Gebiss und Zahnarten, Quadranten

Die Gesamtheit aller eigenen Zähne nennt man das natürliche Gebiss. Wer sagt „ich finde mein Gebiss nicht“, meint sein künstliches Gebiss, sei- ne meist herausnehmbaren Zahnprothesen.

Im Normalfall hat der Erwachsene 16 Zähne im Oberkiefer und 16 Zähne im Unterkiefer. In jedem Kiefer sind die Zähne symmetrisch auf die rechte und die linke Kieferhälfte verteilt. Da eine Kieferhälfte ein Viertel des Gesamtgebisses ist, heißt sie auch Quadrant. Von der Kiefermitte aus gesehen hat jeder Quadrant als erstes 2 Schneidezähne. Man kann ihre

Kronen als schaufelförmig beschreiben, und sie haben eine Schneidekante, die das Abbeißen erleichtert.

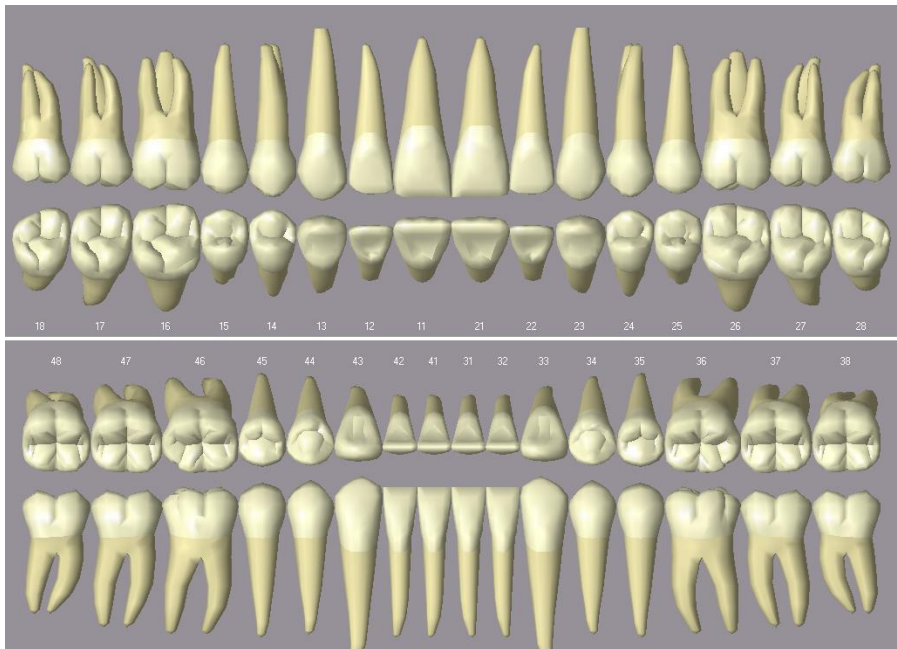


Abb. 2 Zahnarten (Quelle Wikipedia)

Als nächstes folgt in jedem Quadranten ein Eckzahn. Er hat eine eher spitze Kronenform und ist der längste Zahn. Auch seine Wurzel ist die längste von allen. Der Eckzahn ist bei uns das, was bei Raubtieren wie Hund und Katze der Reißzahn ist und zum Festhalten der Beute dient.

Die Eckzähne werden mit den Schneidezähnen zur Gruppe der Frontzähne zusammengefasst.

Auf die Frontzähne folgen die Seitenzähne. Zuerst kommen die kleineren beiden Prämolaren mit je 2 Kauhöckern. Das sind die eigentlichen Backenzähne. Anschließend kommen die größeren 3 Mahlzähne (Molaren). Im Volksmund werden oft alle Seitenzähne Backenzähne genannt. Sie dienen dem Kauen der Nahrung.

2.4 Zahnflächen

Die Bezeichnung der einzelnen Flächen des Zahnes weicht ein wenig ab von der in der Allgemeinmedizin üblichen Lagebezeichnung. In der Medizin sagt man „medial“ und „distal“, wenn eine Region zur Körpermitte bzw. zum Ende des Körpers liegt. In der Zahnmedizin ist es sinnvoller, die Lage in Beziehung zur Mitte oder zum Ende des Zahnbogens zu beschreiben.

Mesial heißt die Fläche, die der Zahnbogenmitte am nächsten liegt, die distale Fläche weist zum Ende des Zahnbogens. Mesial und distal haben eine Gemeinsamkeit: Es sind die Flächen, die dem Nachbarzahn zugewandt sind. Darum heißen sie approximal (lateinisch proximus = der nächste, der nächste).

Okklusal heißt die Kaufläche, die mit der Kaufläche des Gegenzahnes zusammenbeißt (=okkludiert).

Vestibulär heißt die Zahnfläche, die im Zahnbogen nach außen liegt (Vestibulum ist der Vorraum, der Raum zwischen dem Zahnbogen und der Wange bzw. der Lippe.)

Bukkal (zur Wange hin) und labial (zur Lippe hin) sind ältere Bezeichnungen für den neueren Sammelnamen vestibulär.

Lingual heißen alle Flächen zum Inneren der Mundhöhle hin, dort, wo die Zunge (lingua) liegt.

Palatinal (zum Gaumen hin) ist ein älterer Ausdruck für die lingualen Flächen im Oberkiefer.

Zervikal (cervix = Hals) bezeichnet den Übergang von der Zahnkrone zur Zahnwurzel.

Apikal (apex = Spitze) heißt zur Wurzelspitze hin.

Koronal heißt die Zahnkrone betreffend.

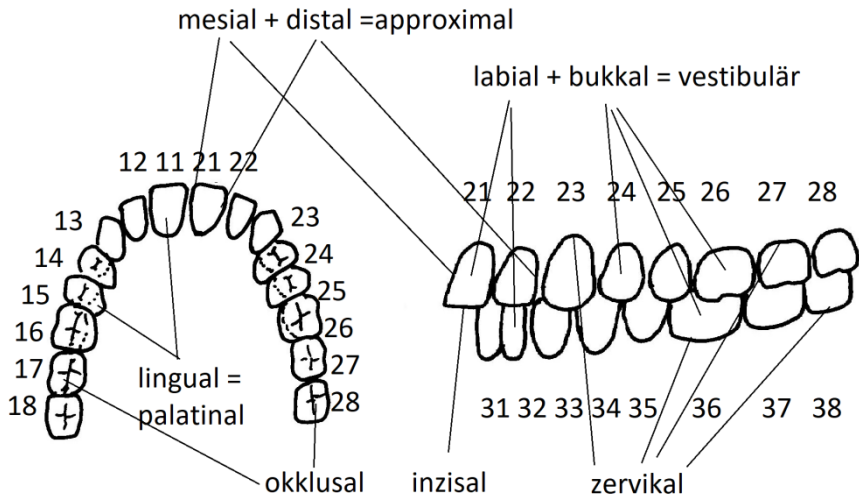


Abb. 3 Zahnflächen und Zahnnummern im Oberkiefer

2.5 Zahnnummern

Jeder Zahn hat eine eigene „Adresse“, die wie eine zweistellige Zahl aussieht (aber nicht so gesprochen wird!). Die erste Ziffer bezeichnet den Quadranten, in dem der Zahn steht. Der 1. Quadrant ist vom Patienten aus gesehen oben rechts, der 2. ist oben links, der 3. unten links, der 4. unten rechts. Diese erste Ziffer entspricht dem Straßennamen in der Adresse des Zahnes.

Die zweite Ziffer entspricht der Hausnummer und wird von der Mitte des Zahnbogens nach außen gezählt: Der mittlere Schneidezahn hat die Nummer 1, der Eckzahn die Nummer 3 usw.

Den Zahn mit der Bezeichnung 13 spricht man also „eins-drei“, bitte nicht „dreizehn“. Er ist von der Mitte aus der dritte Zahn rechts oben, also der rechte obere Eckzahn. Zahn 48 (vier-acht! Achtundvierzig Zähne hat ja niemand, also wäre die Bezeichnung achtundvierzig unsinnig) ist der Weisheitszahn unten rechts.

2.6 Milchzähne

Die Milchzähne haben ihren Namen daher, dass man sie schon bekommt, wenn man noch ein Säugling ist. Sie haben etwa die gleiche Form wie die entsprechenden bleibenden Zähne, nur sind sie etwas kleiner und heller. Allerdings gibt es keine Milchprämolaren, hinter den Milcheckzähnen kommen daher gleich die Milchmolaren.

Die Milchzähne werden nach dem gleichen Schema nummeriert wie die bleibenden: Die „Hausnummer“ geht von 1 bis 5, von der Mitte nach außen gezählt. Die Straßennummer, also die Quadrantennummer, wird aber nicht von 1 bis 4, sondern von 5 bis 8 gezählt. 51 (fünf-eins) heißt also der erste Milchsneidezahn rechts oben, 63 ist der Milcheckzahn links oben, 74 ist der erste Milchmolar links unten, 85 ist der letzte Milchzahn rechts unten.

Manche Leute glauben, Milchzähne hätten keine Wurzeln, weil man an den ausgefallenen Milchzähnen keine Wurzel sieht. Das stimmt aber nicht. Auch Milchzähne haben Wurzeln, die etwa doppelt so lang sind wie die Zahnkrone. Damit sind sie fest im Kieferknochen verankert und verbleiben dort etwa 6 bis 9 Jahre lang. Erst wenn der entsprechende bleibende Zahn so weit gewachsen ist, dass seine Krone in die Nähe der Milchzahn-Wurzelspitze kommt, wird ein Botenstoff gebildet, der die Wurzel langsam auflöst (resorbiert). Ist die Wurzel ganz abgebaut, fällt der Milchzahn aus, wenig später bricht der neue Zahn durch.

Milchzähne müssen genauso gründlich gereinigt werden wie bleibende. Karies an Milchzähnen muss schon im Frühstadium erkannt und behandelt werden. Es wäre falsch, sie verlottern zu lassen, "weil sie ja doch bald ausfallen". Auch die Karies an Milchzähnen kann Zahnschmerzen verursachen. Muss ein zerstörter Milchzahn vorzeitig gezogen werden, dann verengt sich die Lücke, ehe der neue Zahn durchbricht, dieser hat nun zu wenig Platz, und die Zähne wachsen schief.

Kinder sind erst dann fähig und geschickt genug, sich alleine ihre Zähne gut zu putzen, wenn sie auch sicher die Schreibschrift beherrschen können, also erst im späteren Grundschulalter. Bis dahin brauchen sie Anleitung, Hilfe und Überwachung beim Putzen.

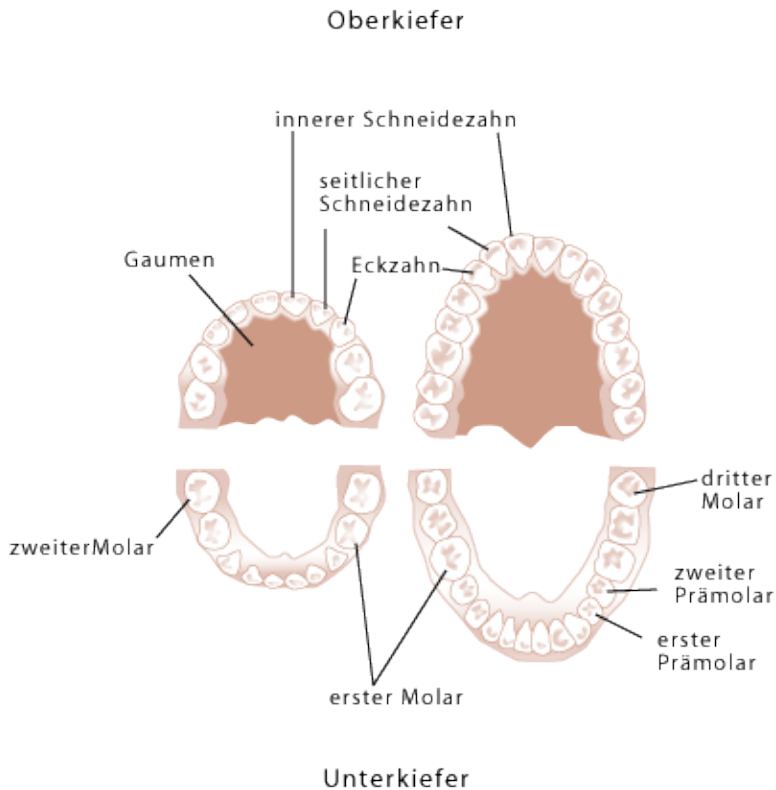


Abb. 4 Milchzähne (links) und bleibende Zähne (rechts) (Quelle Wikipedia)

2.7 Durchbruchzeiten

Es gibt große komplizierte Tabellen, die anzeigen, in welchem Alter des Kindes durchschnittlich mit dem Durchbruch welchen Zahnes zu rechnen ist. Allerdings halten sich die Zähne nicht genau an die Zeiten. Milchzähne können etwa ein halbes Jahr früher oder später als „normal“ kommen, bleibende Zähne können sogar ein ganzes Jahr von der Norm abweichen. Mit den folgenden zwei Faustregeln kann man den Durchbruch leicht abschätzen:

Bei den Milchzähnen kommt in jedem Quadranten alle halbe Jahre einer, von der Mitte nach hinten der Reihe nach. Im Alter von 3 Jahren ist das Milchgebiss vollständig.

Wichtig für Eltern und andere Zahnpfleger: Wer bei einem Kind ab etwa 5 Jahren einen größeren „dritten Milchmolaren“ zu sehen glaubt, der sieht in Wirklichkeit schon den unauffällig gekommenen ersten bleibenden Zahn! Dieser muss besonders gründlich gepflegt werden, weil er ja ein Leben lang halten soll. Das Kind muss wissen, dass es jetzt an dieser Stelle weiter nach hinten putzen muss!

Bei den bleibenden Zähnen kommt als erster im Alter von etwa 6 Jahren der erste Molar, also der Sechser. Er heißt auch Sechs-Jahr-Molar. Er bricht hinter dem hintersten Milchzahn durch, ohne dass für ihn ein Milchzahn ausfällt. Daher kommt er so unauffällig. Dann folgt in jedem Quadranten alle Jahre ein neuer Zahn, von der Mitte nach hinten der Reihe nach. Also mit 7 Jahren die Einser, mit 8 Jahren die Zweier usw. (Nur im Oberkiefer kommt der Vierer vor dem Dreier.) Mit etwa 12 Jahren ist der zweite Molar zu erwarten (12-Jahr-Molar). Der dritte Molar kommt (wenn überhaupt) mit etwa 18 Jahren oder (viel) später. Er heißt Weisheitszahn, weil man ihn erst nach der Kindheit bekommt.

2.8 Einflüsse auf Zahngröße und Zahnbogen

Die Größe und die Form der einzelnen Zähne sind sehr stark erblich bedingt. Sie können nur durch schwere Erkrankungen während der Zahnentwicklung beeinflusst werden.

Dagegen sind die Größe und die Form des Zahnbogens sehr stark von Einflüssen während des Wachstums abhängig, auch bei Erwachsenen und sogar noch im Alter sind Veränderungen möglich. Die Zähne stellen sich nämlich so, dass sie im Gleichgewicht der Kräfte von innen nach außen und umgekehrt stehen. Hat ein Mensch eine sehr große und kräftige Zunge und nur selten große Spannung in der Wangen- und Lippenmuskulatur, weil er oft fröhlich ist und viel lacht, dann entwickelt er einen breiten Zahnbogen. Er hat dann so viel Platz für die Zähne, dass sie ihre Nachbarzähne nicht berühren. (Dieser kleine Zwischenraum heißt nicht Lücke sondern „Diásthema“. Lücke heißt die Stelle, an der ein Zahn fehlt.)

Wer eine normal große Zunge hat, aber viel Spannung in Wangen oder Lippen, weil er viel Stress aushalten muss, der bekommt einen schmalen Zahnbogen mit zu wenig Platz für die Zähne. Diese stehen dann unregelmäßig und verschachtelt. Wer seine Zunge unbewusst immer mehr nach rechts hält, der drückt seine rechten Zähne weiter nach außen oder nach vorne.

Das bekannteste Beispiel für die Verformbarkeit des Zahnbogens ist der sog. Lutschiß, bei dem das Daumenlutschen dazu führt, dass die oberen Frontzähne nach vorne gekippt werden und der Unterkiefer im Wachstum gebremst und zu klein und zu kurz wird.

Unterbrechung der Leseprobe: Im Buch folgen hier noch 15 Seiten mit Informationen zu folgenden Themen:

2.9 Wachstumskräfte

Es gibt zwei normalerweise unauffällige Wachstumsrichtungen der Zähne, die natürlich und zweckmäßig sind (man nennt das physiologisch).

Die erste Wachstumsrichtung geht von distal nach ...



Abb. 5 Mesialkipplung des 37 und Elongation des 26 wegen fehlendem 36

...

2.10 Kieferorthopädie (Kfo)

Stehen einzelne Zähne falsch oder ist ein Kiefer zu eng oder zu kurz, dann ist das nicht „nur“ ein Schönheitsproblem...

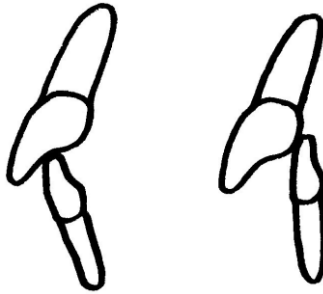


Abb. 6 Elongation bei Distalbiss (rechts), normaler Überbiss bei regelrechter Verzahnung in der Front (links)

...

2.11 Krankheiten

Die häufigsten Erkrankungen in der Zahnmedizin sind Karies und Parodontitis.



Abb. 7 Inlay, Onlay, Krone (von links)

....

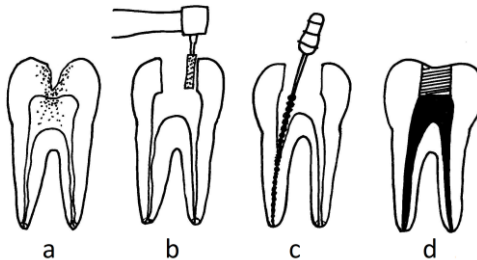


Abb. 8 Wurzelbehandlung und Wurzelfüllung
a) Zahnkaries, Pulpa infiziert und stark entzündet.

- b) Pulpendach und Kronenpulpa abtragen, Kanaleingänge sichtbar machen.
- c) Kanäle säubern, infizierte Kanalwand abtragen, Kanäle desinfizieren.
- d) Wurzelfüllung (schwarz), darüber kaufte und dichte Füllung (schraffiert)

...

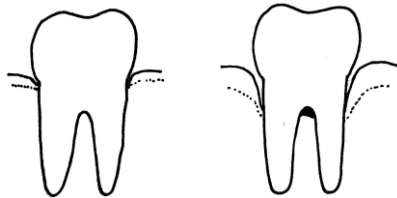


Abb.9 Parodontitis gepunktet die Zahnfleisch-Knochen-Grenze. Links gesunde Verhältnisse, rechts Zahnfleisch verdickt, Taschenbildung und Knochenschwund

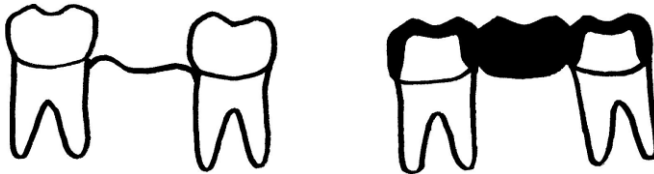


Abb. 10 Brücke

...



Abb.11 Teilprothese (Quelle Wikipedia)

...

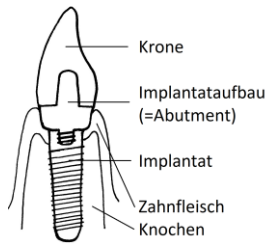


Abb. 12 Implantat

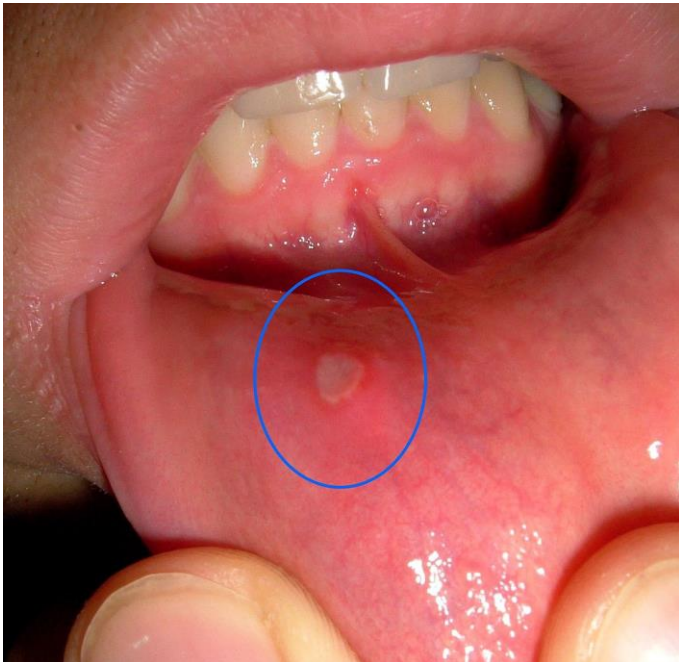


Abb.13 Aphthe (Quelle Wikipedia)

Wichtig sind noch die Erkrankungen des **Kiefergelenkes** (TMG = TemporoMandibularGelenk = Schläfen-Unterkiefer-Gelenk, CMD = Cranio-Mandibuläre Dysfunktion = Schädel-Unterkiefer-Funktionsstörung). Gelenkgeräusche wie Knack- oder Reibegeräusche sind noch am harmlosesten. Sie allein sind noch keine Krankheit, aber ein Zeichen, dass ...

2.12 Härte und Abrieb der Werkstoffe

...

2.13 Röntgenbilder

...



Abb. 14 Röntgenbild Zahn 45 distal erweiterter Parodontalspalt als Hinweis auf Fehlbelastung, zusätzlich große apikale Aufhellung, entspricht apikaler Ostitis, als Folge der unvollständigen Wurzelfüllung

...Diese Zähne machen meistens (noch) keine Probleme, daher wird dieser Befund oft nicht genügend beachtet. Wichtig ist er aber dennoch, weil der verbreiterte Parodontalspalt ein deutlicher erster Hinweis darauf ist, dass der betroffene Zahn überlastet ist, also stärkere Kräfte aushalten muss als er verträgt. Die größten Kräfte wirken nicht beim normalen Kauen von Nahrung oder Kaugummi auf die Zähne, sondern beim leeren Zusammenbeißen und Reiben der Zähne im Stress und nachts beim Träumen...

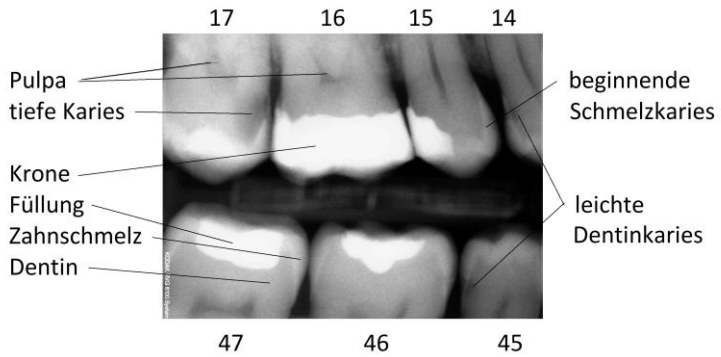


Abb.15 Röntgen-Bissflügel Aufnahme

...

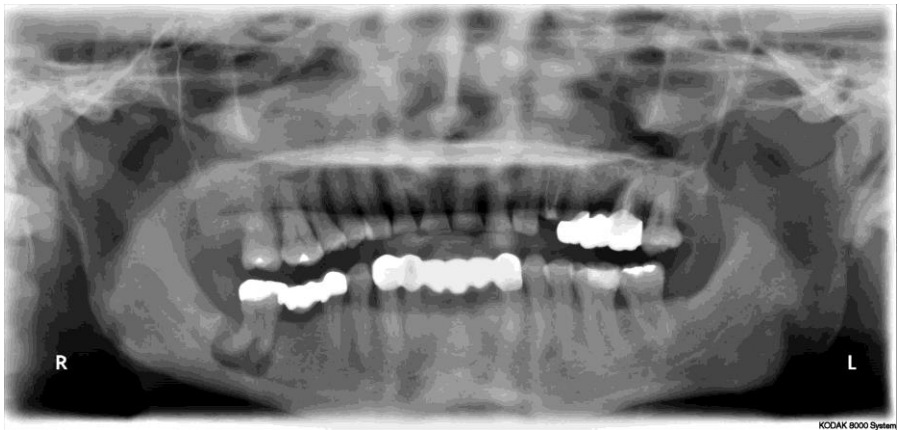


Abb. 16 Orthopantomogramm Zahn 47 mit großer apikaler Aufhellung, Zahn 27 mit starker mesialer Knochentasche. Die Aufhellung bei Zahn 44 ist keine Entzündung an 44, sondern das Foramen mentale, das Ende des Mandibularkanal.

...

2.14 Mythen und Legenden

Die sog. echten **dritten Zähne**, die wirklich erst in hohem Alter wachsen, nachdem schon alle anderen ausgefallen sind: Es gibt sie nicht wirklich. Leider. Was so aussieht, sind ...

Amalgam im Mund in Gold verwandeln, davon kann man gelegentlich hören oder lesen...

„Jedes Kind kostet die Mutter einen Zahn.“ Das stimmt glücklicherweise auch nicht...

Jetzt geht es weiter mit einer ungekürzten Leseprobe:

3 Ganzheitliche (Zahn-)Medizin

Von Reflexzonen und Nebenwirkungen

Was ist ganzheitliche Heilkunde (oder holistische oder systemische Medizin)? Arbeitet nicht der Arzt für Allgemeinmedizin auch am ganzen Menschen? Ja, das tut er sicherlich. Aber: Der ganzheitliche Denkansatz bedeutet viel mehr. Damit soll nicht ausgedrückt werden, dass man an alle Facharztbereiche denkt, sondern dass man nicht jedes Symptom oder jedes Organ einzeln und für sich allein behandelt. Man versucht in der ganzheitlichen Medizin, verschiedene Symptome oder unterschiedliche Organerkrankungen fachübergreifend im Zusammenhang zu verstehen. Man fragt, ob die eine Erkrankung die Ursache für die andere sein kann, und man sucht auch nach möglichen gemeinsamen, übergeordneten und ganzheitlichen Ursachen zweier unterschiedlicher Krankheiten. Das sind dann vielleicht gar nicht wirklich zwei unabhängige, verschiedene Krankheiten (obwohl verschiedene Fachärzte sich zuständig fühlen). Es könnten auch zwei verschiedene Ausdrucksformen einer gemeinsamen Grunderkrankung sein.

Die ganzheitliche Medizin hat festgestellt, dass eine Gesundheitsstörung an einer Stelle des Körpers immer auch Auswirkungen auf andere Stellen hat. Man ist also nie nur an der Stelle krank, an der man die Krankheit spürt, sondern immer sind auch gleichzeitig andere Stellen im Körper verändert. Man ist ganzheitlich krank. Aus dieser Sicht sollten wir eigentlich nicht sagen: Ich *habe* eine Krankheit. Es sollte heißen: Ich *bin* krank.

In der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) kennt man das schon seit über 2000 Jahren. Man weiß, dass es auf dem Körper sogenannte Energieleitbahnen gibt, heute würde man besser Informationsleitbahnen sagen. Im Westen nennen wir sie auch Meridiane, weil sie in ihrem Verlauf auf der Körperoberfläche grob an die Meridiane auf der Erdkugel erinnern. Auf den Akupunktur-Meridianen liegen Punkte, die mit inneren Organen zusammenhängen. Man kann die inneren Organe günstig beeinflussen, indem man die äußeren Meridian-Punkte reizt, mit Wärme, Massage oder

mit einem kleinen Stich mit einer Akupunkturnadel. Daher heißen diese Punkte Akupunkturpunkte.

In der westlichen Medizin gibt es etwas Ähnliches: Hier kennt man die sogenannten Reflexzonen. Sie haben auch den zungenbrecherischen Namen Sómatotopien (soma = Körper, topos = Ort). Das bedeutet, auf verschiedenen Teilen der Körperoberfläche gibt es eine unsichtbare Landkarte, auf der wiederum der ganze Körper oder seine wichtigsten Organe abgebildet sind. Wenn ich z.B. auf dieser Landkarte auf dem Ohr etwa die Zone für den Fuß massiere, kann ich einen wohltuenden Einfluss auf den echten, wirklichen Fuß ausüben. Mit einem Experiment lassen sich diese Zusammenhänge gut zeigen:

Jeder Mensch hat an seiner Ohrmuschel einen Akupunkturpunkt für das Knie, den sog. Knie-Punkt. Der ist erfahrungsgemäß geeignet, bei einer Erkrankung des Knies die Heilung des Knies zu fördern und den Schmerz am Knie zu lindern. Bei einer Versuchsperson mit gesunden Knien ist dieser Punkt am Ohr unauffällig, d.h. er reagiert auf Berührung oder auf Wärme nicht anders als seine Umgebung. Der Punkt und seine Umgebung haben auch den gleichen elektrischen Hautwiderstand, wie man ihn in der Elektroakupunktur misst.

Wenn man nun an ein gesundes Knie eine Klammer zwickt und das Knie auf diese Weise reizt, dann wird der Knie-Punkt am Ohr reflexartig empfindlicher auf Berührung oder Wärme. Ebenso verändert sich dabei sein elektrischer Hautwiderstand. Damit zeigt sich, dass eine Veränderung am Knie eine Veränderung am Ohr bewirken kann. Umgekehrt kann auch ein Reiz am Ohr (Massage oder Nadelung des Kniepunktes im Ohr) eine Veränderung am Knie auslösen.

Mit solchen Experimenten lässt sich systematisch feststellen, welche Punkte am Ohr oder auch welche Zonen auf der Fußsohle mit anderen Körperteilen zusammenhängen. So erforscht man die Reflexzonen. Es gibt viele Körperteile, auf denen man wie auf einer Landkarte die Organe des Körpers derartig zuordnen kann. Hier einige Beispiele für geläufige „Landkarten“ mit dem Namen Somatotopien: HEAD'sche Zonen, die Fußreflexzonen, die Systeme der Ohrakupunktur und der Mundakupunktur nach GLEDITSCH (s. Abb 28 in 3.3.3).

Die HEAD'sche Zonen sind naturwissenschaftlich nachgewiesen und in jedem Lehrbuch der Physiologie zu finden. Sie beschreiben, wie die Spi-

nalnerven des Rückenmarks einzelne Bereiche der Haut, auch Dermatome genannt, versorgen. Die Trennlinien zwischen den einzelnen Hautzonen in der Abbildung 17 sind nur schematisch, tatsächlich überlappen sich benachbarte Zonen. Das ist auch der Grund, warum es verschiedene leicht voneinander abweichende Darstellungen gibt.

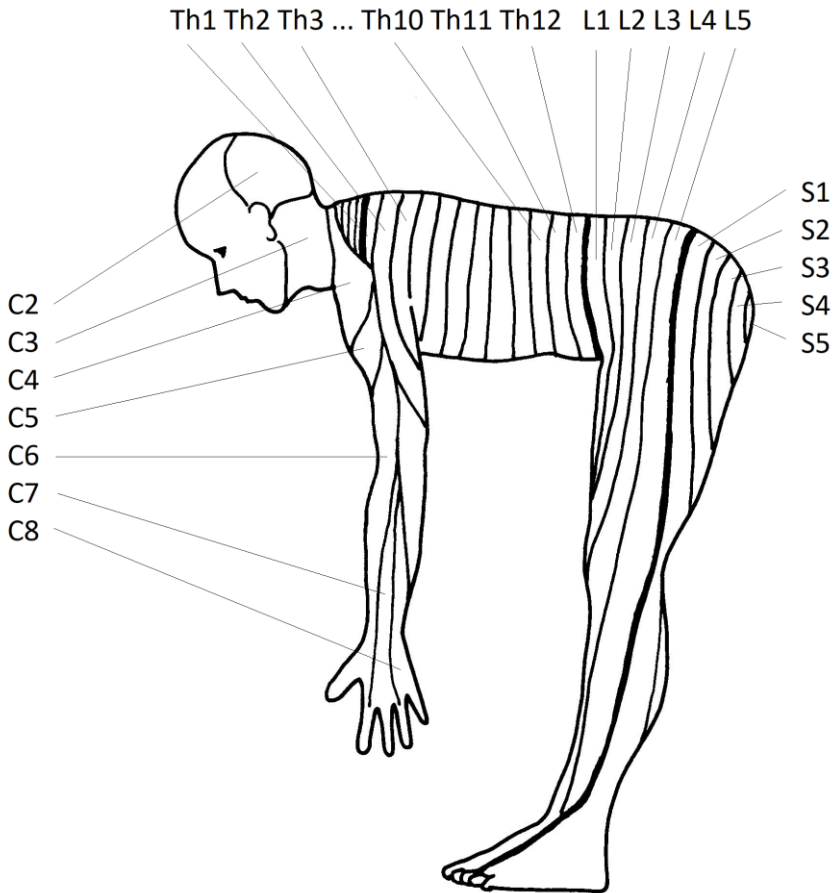


Abb. 17 Dermatome = HEAD'sche Zonen. Dicke Linien trennen die Bereiche
C=cervical, Th=thoracal, L=lumbal, S=sacral

Fußreflexzonen (s. Abb. 18) sowie die weiteren Reflexzonen gelten dagegen als wissenschaftlich noch nicht bewiesen. Sie entstammen der Erfahrungsheilkunde und werden von naturheilkundigen Behandlern erfolgreich für Diagnose und Therapie in der ganzheitlichen Medizin eingesetzt.

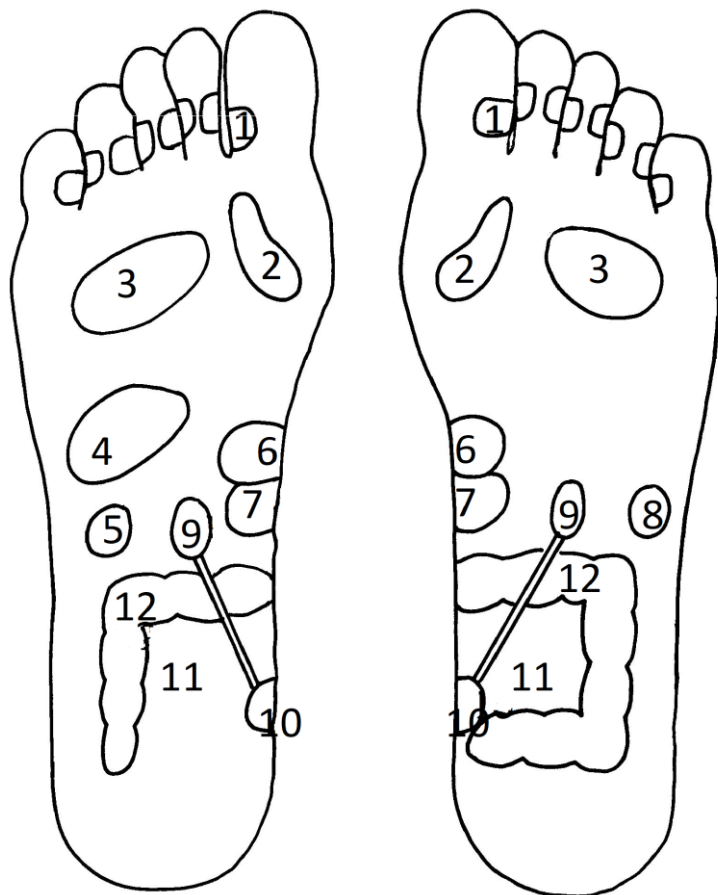


Abb.18 Fußreflexzonen. 1 Zähne: (1. Zehe = 1er, 2. Zehe = 2er und 3er, 3. Zehe = 4er und 5er, 4. Zehe = 6er und 7er, 5. Zehe = 8er)
 2 Schilddrüse, 3 Lunge, 4 Leber, 5 Gallenblase, 6 Magen, 7 Bauchspeicheldrüse, 8 Milz, 9 Niere, 10 Blase, 11 Dünndarm, 12 Dickdarm

Auf der Ohrmuschel lassen sich über hundert Akupunkturpunkte finden. Für den Anfang reicht es, sich vorzustellen, dass ein Embryo oder

Fötus in leicht verdrehter Lage auf das Ohr gezeichnet ist. So kann man sich leichter merken, welche Organe an welcher Stelle des Ohres zu finden sind

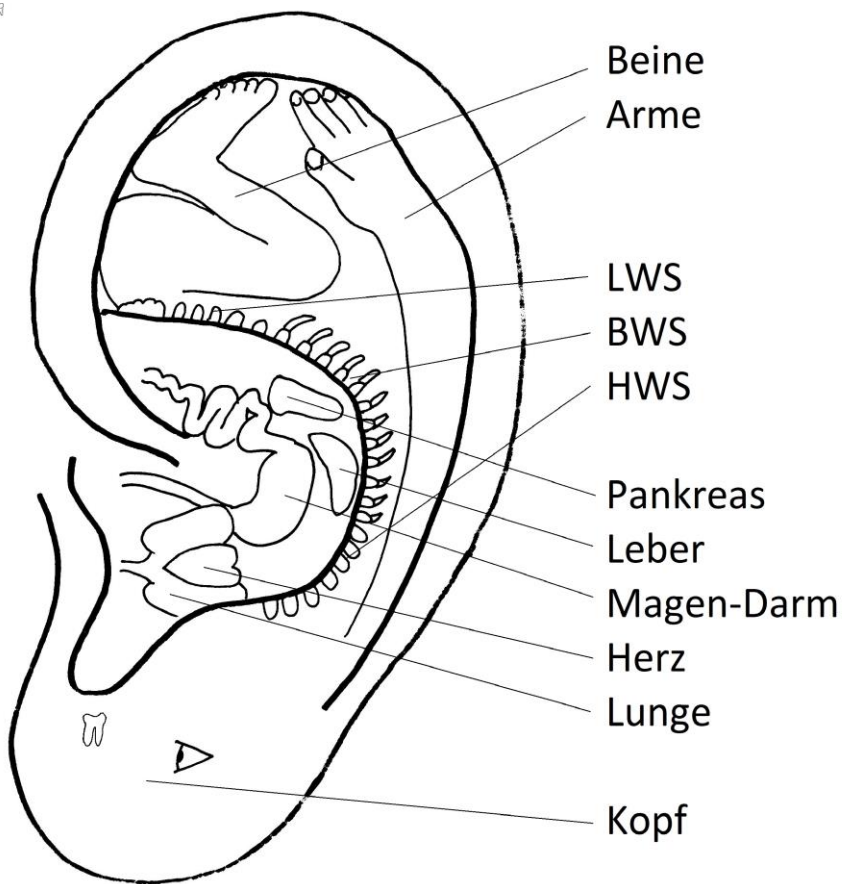


Abb. 19 Reflexzonen der Ohrakupunktur

Kenntnisse dieser Zusammenhänge sind auch im Alltag nützlich: Einmal erzählte mir in einer Skihütte eine junge Dame von ihrem gerade frisch verstauchten Knöchel. Sie wusste gar nicht, wie sie die Abfahrt ins

Tal mit diesen Schmerzen schaffen sollte. Ich massierte ihr mit einer Zinke ihrer Gabel eine Weile den Fußpunkt am Ohr, dann war der Schmerz so weit zurückgegangen, dass sie vorsichtig ins Tal abfahren konnte.

Ein Apotheker fragte mich einmal, ob ich ein Mittel gegen sein gelegentliches Augenzucken wüsste. Einfach auf Verdacht und ohne damit Erfahrungen zu haben zeigte ich ihm den Augenpunkt am Ohr. Er liegt in der Mitte des Ohrläppchens, da, wo man früher schon immer die Ohringe getragen hat, also ehe die Ohren wahllos überall gepierct wurden. Diesen Punkt sollte er immer beim Augenzucken selber massieren, und er war sehr zufrieden mit dem Ergebnis. Zur Nachahmung empfohlen!

Die Reflexzonen der Mundakupunktur (s Abb. 23, S. 115) werden im Kapitel 3.3.3 besprochen.

Als aufmerksamer Betrachter dieser Bilder merken Sie sicherlich, dass es auf diesen Landkarten auch Punkte bzw. Zonen für die Zähne gibt. Und schon kommen wir von der ganzheitlichen Medizin zum Thema **Ganzheitliche Zahnmedizin**.

In der ganzheitlichen *Zahnheilkunde* bedeutet das: Störungen an den Zähnen können sich auf die ganze übrige Gesundheit auswirken, z.B. in Form von Schulterschmerzen. Wenn der Facharzt in diesem Fall nur lokal an der Schulter behandelt, wird er vielleicht kurzfristigen Erfolg haben, aber keinen dauerhaften. Die Ursache ist ja noch nicht beseitigt, und der störende Zahn stört weiterhin.

Umgekehrt kann z.B. eine unerkannte Störung im Verdauungssystem, etwa am Magen oder am Darm, eine Zahnfleischerkrankung auslösen oder verstärken. Der ganzheitliche Zahnarzt hat dann einen besseren Behandlungserfolg, wenn er den Zusammenhang erkennt und die Verdauungsstörung mit biologischen Methoden mitbehandeln lässt (oder selber behandelt, wenn er es gelernt hat und auch darf, weil er zusätzlich Arzt oder Heilpraktiker ist).

Auch Medikamente können ganzheitlich an mehreren Stellen des Körpers wirken: Das Medikament Atropinsulfat kann der Augenarzt verordnen, wenn er die Pupille erweitern will, um besser in das Auge hineinsehen zu können. Dasselbe Medikament kann der Zahnarzt anwenden, wenn der Patient zu viel Speichelfluss hat. Und der Chirurg gibt es seinem Patienten, wenn er den Darm ruhigstellen muss, damit dieser sich beim Ope-

rieren nicht bewegt. Jeder Arzt erklärt seine gerade erwünschte Wirkung als Wirkung und die gerade unerwünschten Wirkungen als Nebenwirkung. Das klingt dann so, als ob die sogenannte Hauptwirkung die praktisch einzige sei, die Nebenwirkung sei eher zu vernachlässigen. Nur sieht das der eine Arzt ganz anders als der andere.

Wir erkennen daran: Nicht nur Krankheiten, auch Medikamente wirken ganzheitlich, und auch die Zahnheilkunde kann davon betroffen sein.

3.1 Schulmedizinisch erkannte Mund-Organ-Zusammenhänge

Auch die Schulmedizin und die universitäre Zahnmedizin haben schon einzelne Erkenntnisse gewonnen, die auf Zusammenhänge in den verschiedenen Fachgebieten schließen lassen. So weiß man etwa, dass eine unbehandelte Parodontitis das Risiko für folgende Krankheiten erhöht: Diabetes, koronare Herzkrankheiten (KHK = Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Herzinfarkt), Pneumonie (Lungenentzündung) oder eine Frühgeburt.

Man weiß, dass beim Entfernen des Zahnsteins oder bei einer Zahn-Extraktion Bakterien in die Blutbahn gelangen (Bakteriämie). Bei empfindlichen, abwehrschwachen Patienten kann das dazu führen, dass entzündete oder künstliche Herzklappen oder künstliche Gelenke nicht mehr richtig funktionieren.

Eine Knochenentzündung an einem toten Oberkiefermolar (apikale Ostitis) kann eine Entzündung der Kieferhöhle auslösen (dentogene Sinusitis), diese kann der HNO-Arzt mit seinen Mitteln nicht erfolgreich dauerhaft behandeln, wenn der Zahn nicht auch behandelt wird.

Umgekehrt gibt es allgemeine Erkrankungen, die sich störend auf den Mundraum auswirken: Diabetes fördert Mundbrennen, Parodontitis und Wundheilungsstörungen; ein Mangel an Östrogen (weibliches Hormon) kann auch Mundbrennen und Parodontitis auslösen. Schilddrüsen-Unterfunktion (Hypothyreose) und ACE-Hemmer (Mittel gegen Bluthochdruck) können ebenso Mundbrennen bewirken. Ein Mangel an Vitamin C oder die Einnahme der Pille zur Empfängnisverhütung fördern Parodonti-

tis. Eine Kieferhöhlenentzündung kann Zahnschmerz an gesunden Oberkiefer-Seitenzähnen verursachen.

Das sind alles einzelne zutreffende und statistisch gesicherte Beobachtungen von Zusammenhängen zwischen Mund und Körper, der genaue Wirkmechanismus dabei ist aber zum Teil ungeklärt. Jetzt folgt eine systematische Beschreibung aller mir bekannten ganzheitlichen Wechselwirkungen.

3.2 Störeinflüsse vom Mund zum Körper

Dieses Kapitel ist in erster Linie für Patienten und die nicht-zahnärztlichen Behandler geschrieben. Diese Personen sollen ja wissen, dass und wie allgemeine Erkrankungen von Ursachen im Mund kommen können, wenn man mit der normalen medizinischen Behandlung nicht richtig weiter kommt. Solange aber noch nicht alle Ärzte das in der Universität lernen (und es wird noch sehr lange dauern, bis das gelehrt wird), und solange die Heilpraktiker das nicht in der Heilpraktikerschule lernen (weil den Heilpraktiker angeblich die Mundhöhle nichts angeht), sollten die eigenverantwortlich mitdenkenden Patienten zumindest prinzipiell diese Zusammenhänge kennen. Dann können sie gezielt ihren Zahnarzt oder ihren sonstigen ganzheitlichen Behandler darauf ansprechen.

3.2.1 Mechanische Störung: *schiefer Biss = schiefer Rumpf*

Bitte stellen Sie sich einen Menschen mit idealem Gebiss vor, alle oberen Zähne passen exakt zu den unteren, kein Zahn ist zu lang, alle Zähne treffen beim Zusammenbeißen gleichzeitig und gleichmäßig aufeinander. Ist dieser Mensch im Stress und beißt die Zähne stark zusammen, dann arbeiten die Kaumuskeln auf beiden Seiten gleich stark. Die Kaumuskeln bewegen aber nicht nur den Unterkiefer, sie sind auch Teil einer Muskulaturkette, die sich über den Hals und den Rumpf bis zu den Hüftknochen zieht. Spannen sich die Kaumuskeln rechts und links gleichmäßig an, aktivieren sich auch die Rumpfmuskeln auf beiden Seiten gleichmäßig und stabilisieren so den Rücken und die Wirbelsäule.

Für den Urmenschen war das ein sinnvoller Mechanismus. Sein Stress entstand in einer bedrohlichen Situation, in der er kämpfen oder fliehen musste. Durch Beißen im Stress hat er sich gestärkt und stabilisiert und konnte besser überleben. Die Stresssituation wurde relativ bald beendet: Nach zwei Stunden war er entweder tot, oder aber er hatte den Kampf gewonnen oder konnte erfolgreich fliehen. Dann konnte er wieder entspannen. Falls die Zähne des Urmenschen anfänglich nicht ganz exakt aufeinander passten, hatte er sich durch seine harte und abrasive Nahrung (es gab sehr viel Schmirgel in seiner Nahrung) die zu langen Stellen bald weg- und eingeschliffen, und bald passten seine Zähne exakt zueinander.

Sehen Sie sich mal in einem Museum die Zähne von Menschen aus der Steinzeit oder aus dem Mittelalter an. Bei den Erwachsenen sind alle Seitenzähne ziemlich flach geschliffen. Kennen Sie das Sprichwort "Einem geschenkten Gaul schaut man nicht ins Maul"? Der Fachmann (Pferdehändler, Tierarzt, Bauer) erkennt das Alter des Pferdes daran, wie stark seine Zähne abgenutzt sind. Abnutzung ist also in der Natur normal. Und wenn ein Hochleistungspferd zu wenig Gras und zu viel Kraftfutter bekommt, muss der Tierarzt ab und zu manche Zähne mit der Feile etwas nachschleifen, damit sie wieder passen.

Beim modernen Menschen besteht immer noch derselbe Reflex, im Stress fest zusammenzubeißen. Das Kausystem ist nämlich nicht nur ein Werkzeug zum Zerkleinern der Nahrung, es ist auch ein Hilfsmittel zur Stressverarbeitung. Leider ist das heute aber nicht mehr für jeden so nützlich wie für unsere Vorfahren aus der Steinzeit, weil wir in veränderten Umständen leben.

Erstens erlaubt es uns der Anstand nicht, eine Stresssituation durch körperliche Gewalt oder durch Davonlaufen zu beenden. Unser Stress hält daher viel, viel länger an: Wer Pech hat, muss bei seiner Arbeit acht Stunden lang Stress aushalten, zusätzlich auf dem Weg zur Arbeit und nach Hause, dort hat er Beziehungsstress und Ärger mit den Kindern, der Schwiegermutter und den Nachbarn, und dann muss er noch ständig seine E-Mails und SMS checken. Wir müssen uns heutzutage also viel länger durchbeißen, wir werden verbissen, wir müssen Dinge zähneknirschend hinnehmen, bis wir „auf dem Zahnfleisch gehen“.

Zweitens haben wir heute hoch gereinigte Nahrungsmittel, unser Mehl enthält nicht mehr den feinen schmirgelnden Steinstaub, der sich

früher beim Mahlen des Getreides in das Mehl gemischt hat. Wenn bei uns anfänglich die Zähne nicht ganz exakt zusammenpassen, bleibt das also noch sehr lange so.

Drittens essen wir Süßigkeiten und machen uns dadurch die Zähne erst kaputt und lassen sie dann vom Zahnarzt reparieren. Gefüllte oder überkronte Zähne sind freilich besser als unbehandelt vor sich hin faulende Zähne. Das dabei verwendete Material ist aber oft weicher oder härter als die natürlichen Kauflächen.

Nehmen wir einmal an, Ihre natürlichen Zähne nutzen sich im Jahr um zwei Hundertstel Millimeter ab. Die ach so schönen neuen Keramikkrone auf dem oberen und unteren rechten Sechser (16 und 46, Sie erinnern sich) nutzen sich aber nur um ein Hundertstel Millimeter pro Jahr ab. Dann sind die beiden Kronen nach einem Jahr um ein Hundertstel Millimeter zu lang (man sagt auch zu hoch), auch wenn sie beim Einsetzen ganz ideal gepasst haben. Wären die neuen Kronen schon gleich beim Einsetzen um ein Hundertstel Millimeter zu hoch gewesen, hätten Sie das sofort gemerkt: Die Zähne sind ein so feines Tastorgan, dass Sie sogar ein Haar zwischen den Zähnen spüren können. Wenn der Höhenunterschied zwischen den neuen zu langen und den übrigen Zähnen jedoch ganz langsam über ein Jahr verteilt entsteht, haben Sie keine Chance, das zu merken.

Na, werden Sie vielleicht sagen, was macht so ein kleiner Unterschied schon aus. Offensichtlich kann man sich ja dran gewöhnen. Das tut man auch. Aber um welchen Preis?

Nehmen wir an, die oben erwähnten Zähne 16 und 46 (auf der rechten Seite) sind geringfügig zu lang = zu hoch. Die linken Zähne hängen beim Zusammenbeißen also etwas „in der Luft“, sie haben noch keinen Kontakt miteinander. Es ist dem Körper aber wichtig, auch links gut beißen zu können. Er kann den fehlenden Kontakt dadurch ausgleichen, dass er die linken Kaumuskeln stärker anspannt als die rechten. Schon hat er den Zahnfehler kompensiert (ausgeglichen), kann zunächst wieder besser links kauen. Diese kompensierende Kieferhaltung ist aber auf lange Sicht ein Nachteil für die Haltung des Rumpfes.

Wie schon erwähnt, sind die Kaumuskeln Teil einer Muskelkette bis hinunter zu den Beckenknochen. Sind also die Kaumuskeln rechts und links unterschiedlich stark angespannt, weil sie den Unterkiefer in eine bessere Lage bringen wollen, werden auch die Rumpf-Muskeln unterschiedlich

stark angespannt. Das Stress-Beißen bringt dann keine Stabilisierung des Rumpfes mehr, sondern eine Asymmetrie und damit eine Destabilisierung, eine Schwächung.

Nacken und Schultergürtel können sich dadurch einseitig verspannen und Ohrensausen, Zungenbrennen, Kopfschmerzen oder Schulter- und Arm-Schmerzen verursachen. Das kann bis hinunter zur Hand gehen und etwa ein Karpaltunnelsyndrom verursachen (im Handgelenk werden dann die Sehnen gequetscht). Die Wirbelsäule wird durch die Muskelverspannungen krumm (Skoliose), Bandscheiben werden verlagert und drücken auf Nervenknotten, zugehörige Organe funktionieren dann nicht optimal, z. B. gibt es Herzrhythmusstörungen. Natürlich gibt es auch Skoliosen mit anderen primären Ursachen als einem schiefen Biss. Aber auch diese Fälle sollten nicht noch zusätzlich durch einen schiefen Biss verschlechtert werden.

Das Becken steht durch die Verspannung schief und/oder verdreht, die Beine sind dann funktionell verschieden lang und treten mit unterschiedlich starker Kraft auf dem Boden auf. Davon können Überlastungen in den Muskeln, Sehnen oder Gelenken von Beinen und Füßen entstehen. Natürlich kommen diese Auswirkungen nicht alle auf einmal. Jeder Mensch hat woanders seine persönlichen Schwachpunkte. Und die Auswirkungen kommen auch selten sofort. Da können leicht einige Jahre verstreichen, bis so ganz langsam irgendwo Schmerzen entstehen. Das macht es aber auch so schwierig, bei chronischen Schmerzen im Körper an eine Ursache bei den Zähnen oder den neuen Kronen zu denken. Empfindliche Menschen reagieren vielleicht recht bald und merken: Kurz nach den neuen Kronen hat mein Tinnitus (Ohrensausen) begonnen. Aber lange nicht bei jedem sind die Auswirkungen gleichartig und dann auch noch nach der gleichen Zeit. Und nicht jeder berichtet seinem Zahnarzt von seinen Beobachtungen und seinem Verdacht. Und nicht jeder Zahnarzt kennt und glaubt an diese Zusammenhänge. „Das gibt’s nicht“ ist da eine häufige Antwort, wo es besser wäre zu sagen „davon weiß ich nichts“.

All das führt dazu, dass es viele Menschen gibt, die heimlich und unerkannt an einem schiefen Biss leiden (oder in der Latenzphase sind, in der sie noch nicht leiden). Das Glück, diese Zusammenhänge zu kennen oder wenigstens zu ahnen, haben nur wenige Menschen. Diese können sich

einen Behandler suchen, der ihre Leiden ursächlich angeht. Glücklicherweise gehören Sie jetzt dazu!

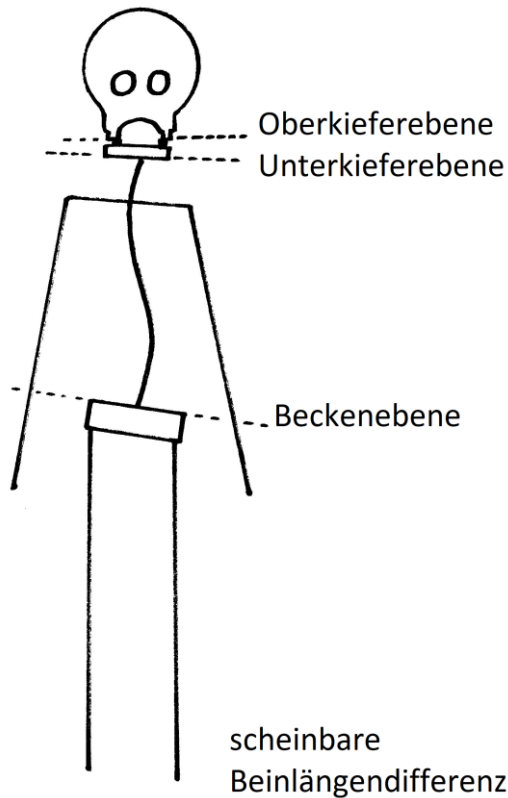


Abb. 20 Biss und Körperspannung

Mit einem Beispiel aus eigener schmerzlicher Erfahrung möchte ich Ihnen zeigen, wie diese geringe Schiefheit im Biss sogar auf die Psyche wirken kann.

Als Student der Zahnmedizin hatte ich das große Glück, an einen Zahnarzt zu geraten, der mir folgendes Angebot machte: Er füllt mir meinen kariösen Zahn 16 nicht mit der üblichen Amalgamfüllung, sondern präpariert ihn für ein Goldinlay und macht die Abdrücke. Dann kann ich in seinem Labor mir mein Inlay selber modellieren und gießen, er setzt es mir

dann ein. Und das alles ohne Kosten für mich. Gesagt, getan. Beim Einsetzen war das Inlay noch zu hoch, und nach mehrmaligem Korrigieren und Schleifen hatte er keine Geduld mehr und meinte: „Daran gewöhnst du dich schon.“

Die Gewöhnung an den zu hohen Zahn hatte nacheinander vier Nebenwirkungen.

Zuerst wurde der Zahn bissempfindlich, ich konnte kein festes Fleisch mehr darauf kauen. Macht nichts, dachte ich, an so einem teuren geschenkten Goldinlay darf man nicht rummeckern, ich kau halt auf der anderen Seite die festen Steaks. Einem geschenkten Gaul schaut man nicht ins Maul, sagt das Sprichwort.

Dann wurde der Zahn empfindlich gegen Kälte. Na gut, ich war ja geschickt und hielt nach dem Zähneputzen beim Spülen mit kaltem Wasser die Zunge an den Zahn, so konnte ich es schon gut aushalten.

Erst viel später ist mir aufgefallen, dass ich ab und zu, etwa einmal im Monat, träumte, ich müsste hinken. Im Traum war ein Bein deutlich kürzer, das andere länger, ich konnte nur mit Anstrengung laufen. Mein Unterbewusstsein hatte die Spannung in meinem Körper sehr wohl bemerkt und mir das im Traum mitgeteilt. Leider hatte ich damals keine Ahnung, dass mir der Traum etwas sagen wollte. Dies war die dritte Nebenwirkung.

Die vierte kam erst nach etwa fünf Jahren und fühlte sich zuerst sehr angenehm an. Eines Morgens war der empfindliche Zahn beim Spülen endlich unempfindlich geworden. Große Erleichterung! Aber ein bis zwei Stunden später fing er an, spontan und ohne erkennbaren Auslöser sehr heftig wehzutun. Jetzt war kaltes Wasser plötzlich hilfreich, wenigstens für ein paar Minuten. Was war geschehen?

Durch die ständige Überbelastung war zunächst die Wurzelhaut des Zahnes entzündet (aufbissempfindlich), dann ging die Entzündung auf die Pulpa („Zahnnerve“) über (temperaturempfindlich), und zuletzt war die Pulpa abgestorben, weil ihr niemand geholfen hatte. Um Hilfe hatte sie ja gebeten, aber das kann sie nur sehr unspezifisch durch Temperaturempfindlichkeit ausdrücken.

So musste ich meine erste Erfahrung mit einer Wurzelbehandlung machen, anders war der Zahn nicht mehr zu retten und der Schmerz nicht zu bekämpfen.

Eigentlich gab es noch eine fünfte Auswirkung: Bei meinen Patienten war ich später immer sehr pingelig und genau, wenn es um die exakte Höhe einer Füllung oder Krone ging. Am eigenen Leib hatte ich gespürt, wie wichtig das ist. Nun wissen auch Sie es.

Hier nun eine Zusammenfassung der möglichen Auswirkungen eines zu langen Zahnes:

Spannungskopfschmerz	Bandscheibenvorfall
Ohrgeräusche	Skoliose (Wirbelsäulen- vekrümmung)
Schwindel	Verschiebung des Bauchnabels
Zungenbrennen	schiefe Hüfte
Geschmacksstörungen	Ischias (Hexenschuss)
Rückenschmerzen	Bein- und Fußprobleme
Herzrhythmusstörungen	Knieschmerzen
Schulter-Arm-Probleme, Gelenke oder Muskelschwächen	Achillessehnenreizung
Karpaltunnelsyndrom	Fersensporn

Die Wirbel-Fehlstellungen können auf die Nervenstränge des Rückenmarks drücken und so die zugeschalteten inneren Organe stören.

Diese geschilderten Fernwirkungen zu langer Zähne sind aber nicht das einzige Schlimme, es gibt auch lokale Wirkungen. Der zu starke und vorzeitige Zahnkontakt führt zu einer chronischen Überlastung der beteiligten Zähne. Wie im Beispiel meines überlasteten Zahnes 16 schon beschrieben, wird zuerst das Parodontium (Wurzelhaut) überreizt und entzündet sich. Davon entstehen die Schmerzen beim Beißen.

Wird diese Parodontitis nicht ursächlich behandelt, nämlich durch vorsichtiges Wegschleifen des Frühkontaktes (sog. Einschleifen), geht die Parodontitis in eine Pulpitis über, d. h. die Pulpa entzündet sich. Diese Entzündung des Zahnerven erkennen wir daran, dass der Zahn auf Kälte oder Wärme empfindlich wird. Wenn es ganz schlimm kommt (weil die Ursachen der Entzündung immer noch nicht abgestellt wurden), tut der Zahn auch schon ohne äußere Reize von alleine weh. Das ist der sogenannte Spontanschmerz. Schließlich stirbt die Pulpa ab, das Pulpagewebe zerfällt und wird von Bakterien zersetzt (das heißt dann Gangrän). Dabei

bilden sich Gase, und der entstehende Druck kann höllische Schmerzen verursachen. Manche Menschen haben das scheinbare Glück, in diesen Fällen kaum Schmerzen zu haben. Aber auch das ist nicht wirklich gut. Die chronischen Entzündungen kosten den Organismus ständig Energie, die dann woanders fehlt. Das kann zu weiteren Erkrankungen führen. Darüber erfahren Sie später mehr im Kapitel über die Herde und Störfelder. Doch auch das sind dann Fernwirkungen eines lokalen Geschehens, allerdings nicht mehr mechanische Fernwirkungen, die ich in diesem Kapitel beschreibe.

Wenn wir jetzt die Auswirkungen eines auch nur minimal falschen Bisses auf die beteiligten Zähne und auf den übrigen Körper kennengelernt haben, erhebt sich doch sofort die Frage: Wie kann ich denn feststellen, ob bei mir bzw. bei meinem Patienten eine noch unerkannte Biss-Störung vorliegt?

3.2.1.1 Diagnostik der Okklusion bei gerader Beckenhaltung

Wir haben ja soeben erfahren, dass eine Störung des optimalen Bisses zu einer veränderten Unterkieferhaltung führt, die die Störung ausgleichen soll. Diese falsche Haltung entlastet die zu langen Zähne, man sagt auch, es ist eine kompensierende Haltung. Sie wiederum verursacht eine asymmetrische Körperhaltung, wobei auch das Becken in eine falsche Haltung gezwungen wird.

Die Beckenstellung kann man gut beurteilen, indem man den Patienten untersucht, wenn er gerade auf dem Rücken liegt und man seine Beinlängen vergleicht. Wenn z. B. das Becken rechts von den Rumpfmuskeln höher gezogen wird als links, also nach links gekippt, dann erscheint im Liegen das rechte Bein kürzer, das linke länger. Wir sprechen hier von einer funktionellen Beinlängendifferenz. Das soll heißen, die Beine sind nicht wirklich unterschiedlich lang, es scheint nur so, weil die Funktion der Muskeln einen scheinbaren Längenunterschied bewirkt.

Diesen funktionellen Beinlängenunterschied erkennt man am besten, wenn der Patient auf dem Rücken liegt, weil dann das Becken und die Beine relativ leicht dem Muskelzug folgen können. Untersuchen wir den Patienten, wenn er steht, dann gehen ja beide Beine durch die Kraft des Körpergewichtes immer bis auf den Boden, und wir können die Auswir-

kung einer eventuellen einseitigen Verspannung im Rumpf nicht so leicht erkennen.

Die asymmetrische Verspannung der Rumpfmuskeln kann auch eine andere Wirkung haben als die eben beschriebene seitliche Kippung. Das Becken kann vom asymmetrischen Muskelzug rechts und links unterschiedlich stark nach vorne oder hinten gezogen werden. Es kommt dann zu einer Verdrehung oder Verwindung des Beckens. Diese Verdrehung führt dazu, dass die Hüftgelenke unterschiedlich weit nach vorne stehen. Diesen Haltungsfehler erkennen wir, wenn der Patient sich bei der Untersuchung vom Liegen in eine sitzende Position erhebt, die Beine bleiben dabei gerade ausgestreckt. Wenn ein Hüftgelenk weiter vorne steht, wird durch die Abwinklung von Rumpf und Beinen beim Aufsetzen das zugehörige gleichseitige Bein weiter nach vorne in Richtung Fuß geschoben. Dieses Phänomen heißt „variable Beinlängendifferenz“, weil die Beine im Liegen und im Sitzen einen unterschiedlichen scheinbaren Längenunterschied haben. Dieses Verschieben des Beines beim Aufsetzen ist leichter erkennbar, wenn der Untersucher beide Füße des Patienten so weit anhebt, dass nur noch wenig Reibung zwischen Beinen und Unterlage besteht. Besonders im Sommer, bei kurzer Hose oder kurzem Rock, kann ein verschwitztes Bein so auf der Unterlage „kleben“, dass man gar nicht sieht, dass das Bein verschieben will.

Ich weiß, das alles ist nicht ganz einfach zu verstehen. Vielleicht lassen Sie es sich bei Ihrem nächsten Besuch beim Physiotherapeuten oder beim Arzt erklären. Wichtig ist hier nur, dass Sie Folgendes verstehen und sich gut merken:

Bei einer guten, entspannten und symmetrischen Körperhaltung sieht man im Liegen und im Sitzen keinen Beinlängenunterschied. Das ist physiologisch, d.h. normal und sollte so sein.

Bei einer schlechten, einseitig verspannten und asymmetrischen Körperhaltung sieht man im Liegen und/oder im Sitzen einen Unterschied in der Beinlänge. Das ist unphysiologisch, d.h. unnormale und sollte nicht so sein.

Zwischenbemerkung: Sehr, sehr selten kommt es vor, dass die Beine nach einem Unfall, einer Operation oder einer Erkrankung wie der Kinderlähmung wirklich verschieden lang sind. Das muss man natürlich vom Pati-

enten am Anfang erfragen, wenn man eine Beinlängendifferenz sieht. Eine echte Längendifferenz ist aber sehr viel seltener als eine funktionelle Differenz. Oft wurde dem Patienten gesagt, er habe eine echte Differenz, und er musste das erst mal glauben. Schließlich sagte ihm das ja ein Fachmann. Aber wenn die angeblich echte Beinlängendifferenz nach einfachen Muskelübungen plötzlich und unerwartet verschwindet, dann war sie eben nicht echt, sondern nur funktionell.

Behauptet also unser Patient, er habe eine echte Beinlängendifferenz, kann aber keine Operation, keinen Unfall oder entsprechende Erkrankung angeben, dann behandeln wir ihn zunächst einmal so, als sei die Beinlängendifferenz funktionell, dann werden wir es schon sehen.

Und selbst wenn es durch einen Unfall etc. eine echte Beinlängendifferenz gibt, kann sie immer noch zusätzlich von einer funktionellen Differenz überlagert oder begleitet sein! In diesem Fall kann ich zwar die echte Differenz nicht wegbehandeln, wenigstens aber die funktionelle Differenz.

3.2.1.2 Vorbehandlung der funktionellen Beinlängendifferenz zur Diagnostik

Wie sieht nun eine solche Vorbehandlung aus, wie lange hält ihr Erfolg an, wozu ist sie sinnvoll?

Sowohl gegen die seitliche Kippung als auch gegen die Verdrehung des Beckens hilft nach meiner Erfahrung in über 90% der Fälle die Schulter-Fuß-Brücke. Dazu liegt der Patient auf dem Rücken, er beugt die Knie etwa rechtwinklig an, die Fußsohlen liegen auf der Unterlage. Nun wird das Becken so hoch angehoben wie möglich, Oberschenkel und Rumpf bilden eine gerade Linie, nur die Füße und die Schultern berühren die Unterlage. Dann wird das Becken wieder abgesenkt.

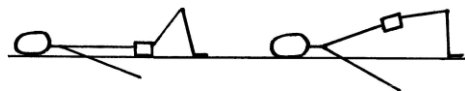


Abb. 21 Fuß-Schulter-Brücke

GANZ WICHTIG: Die Zähne dürfen dabei nicht zusammengeissen werden, der Unterkiefer muss locker gehalten werden, die Kaumuskeln dürfen nicht angespannt sein!!!

Nach einem Satz von etwa 10 Beckenhebungen werden die Beine wieder ausgestreckt, und der Behandler untersucht die Beinlänge erneut im Liegen und im Sitzen. Oft reicht schon ein Satz aus, um die Beinlängen auszugleichen. Ist die Besserung noch nicht vollständig, macht der Patient einen zweiten Satz Schulterbrücken und lässt sich erneut untersuchen. Manchmal ist es hilfreich, zusätzlich „Sit-ups“ zu machen. Das heißt, der Patient richtet seinen Oberkörper nicht nur zur Diagnostik seiner Beinlängendifferenz auf, sondern er macht diese Aufsetzbewegungen ein paarmal hintereinander als Therapie. *Der Unterkiefer muss dabei wieder locker gehalten werden!*

Eine andere Behandlungsmöglichkeit ist auch sehr einfach, aber zeit- aufwändiger. Der Patient bekommt links und rechts je eine zahnärztliche Watterolle zwischen die Seitenzähne (um den Einfluss einer falschen Okklusion auszuschalten), dann muss er fünf Minuten lang mit großen Schritten und weit schwingenden Armen zügig gehen. Wenn die Haltungs- störung nicht von unten ausging (Füße, Beine, Hüfte), sondern von oben (falscher Biss), sollte sie bei dieser Übung verschwinden.

Für die seltenen sehr hartnäckigen Fälle, bei denen diese Übungen nicht ausreichen, bringe ich am Ende des Kapitels noch weitere einfache Therapiemöglichkeiten. Aber jetzt wollen wir erst mal wieder auf die Biss- Diagnostik zurückkommen.

Allerdings steht noch die anfängliche Frage im Raum: Wie lange hält der Erfolg dieser Bemühungen an? Normalerweise nicht lange, nämlich nur so lange, bis die Ursache für die Beinlängendifferenz wieder zu wirken beginnt. Denn wir haben mit unserer Entspannungstherapie ja keine Ursachen beseitigt, sondern nur Auswirkungen. Daher ist der Zweck dieser Bemühungen um den Ausgleich der Beinlängen nicht die *dauerhafte* Behandlung, sondern nur die *kurzfristige symptomatische diagnostische* Behandlung, damit auf der Basis der gleichen Beinlängen anschließend untersucht werden kann, wovon die soeben hergestellte gute Körperhaltung eigentlich gestört wird. Erst dann kann eine ursächliche Behandlung erfolgen.

3.2.1.3 Diagnostik nach Vorbehandlung

Wir nehmen jetzt einmal an, die Vorbehandlung war erfolgreich. Oder es war ganz einfach, weil – das ist relativ selten – das Becken schon von Anfang an gerade gehalten wurde. Unser Patient ist also kurzfristig wieder gerade, seine Rumpfmuskulatur ist symmetrisch. Das erkennen wir daran, dass jetzt die Beine sowohl im Liegen als auch im Sitzen gleich lang sind, also keine Differenz aufweisen. Dann untersuchen wir im nächsten Schritt, ob festes Beißen wieder die ursprüngliche Fehlhaltung auslöst. Das erst ist die eigentliche Diagnostik.

Anders als bisher soll der Patient nun seine Zähne fest zusammenbeißen, und zwar in der Unterkieferposition, in der möglichst viele – am besten alle – Zähne aufeinandertreffen. Das nennt der Zahnarzt die maximale Interkuspitation. Während der Patient immer noch fest beißt, soll er sich jetzt aufsetzen und wieder hinlegen. Dabei beobachten wir, ob wieder eine Differenz der Beinlängen entsteht, egal ob im Sitzen und/oder im Liegen.

Ist das der Fall, dann wissen wir sicher, dass der Biss eine Ursache für die asymmetrische, unphysiologische Spannung in der Rumpfmuskulatur ist. Wir sagen dem Patienten, sein Biss muss durch feine Korrekturen unbedingt so verbessert werden, dass keine Frühkontakte mehr die Symmetrie im Körper stören. Wenn er nur ungläubig schaut, können wir es ihm abwechselnd so oft zeigen, wie er es will: Bei der Aufsetzbewegung ohne Beißen bleibt die Beinlänge im Sitzen und im Liegen gleich, sobald er aber fest zusammenbeißt, gibt es wieder eine Beinlängendifferenz. Das ist gut reproduzierbar.

An dieser Stelle können alle nicht-zahnärztlichen Behandler mit der Diagnostik aufhören.

Untersuchen Sie nicht weiter, ob auch die dynamische Okklusion behandelt werden muss. Das hält Sie nur auf, ist etwas langwieriger, und der Zahnarzt muss später trotzdem noch genau untersuchen, wo es hakt.

Klären Sie den Patienten jetzt auf über seine Diagnose "traumatische Okklusion" (Biss mit schädigenden Auswirkungen) und schicken Sie ihn zu einem ganzheitlich arbeitenden Zahnarzt, der die falsch beißenden Zähne so anpasst, dass sie wieder geschmeidig zusammenarbeiten und die Körpermuskulatur nicht mehr aus dem Gleichgewicht bringen. Das kann ei-

gentlich jeder Zahnarzt, er sollte aber *unbedingt* wissen und beachten, dass er nur bei aktuell symmetrischer Rumpfmuskulatur und gerade stehendem Becken untersuchen, behandeln und das Ergebnis kontrollieren darf. Kann er das nicht, muss er mit einem Therapeuten zusammenarbeiten, der ihn in der Körperarbeit am Patienten unterstützt. Das ist keine Schande für den Zahnarzt, dass er nicht auch gleichzeitig noch Allgemeinmediziner ist. Im Gegenteil ist es ihm hoch anzurechnen, wenn er in schwierigen Fällen weiß, wann er interdisziplinär zusammenarbeiten muss.

Zwischenbemerkung: Die Lage des Unterkiefers bei maximalem Zahnkontakt und ohne Reibebewegungen heißt modern "statische Okklusion" (altmodisch: nur „Okklusion“). Die Bewegung des Unterkiefers mit Zahnkontakt zur Seite, nach vorne oder hinten heißt modern "dynamische Okklusion" (altmodisch: „Artikulation“).

Den Vorschub des Unterkiefers nennt man Protrusion, den Seitenschub Läterotrusion. Von traumatischer Okklusion spricht man, wenn der Biss schädigende Einflüsse hat, entweder weil Zähne locker werden, oder weil das Kiefergelenk und/oder die Muskeln erkranken.

Im Folgenden beschreibe ich das Vorgehen in der weiteren Diagnostik für die Fälle, bei denen noch keine Beinlängendifferenz durch das gerade, symmetrische Zusammenbeißen im Schlussbiss ausgelöst wird. Der behandelnde Zahnarzt soll natürlich den gesamten Ablauf der Bissdiagnostik kennen, weil er *alle* störenden Zahnkontakte entdecken und beseitigen muss. Die anderen Behandler sollen wissen, wie die Untersuchung weitergeht, solange noch keine Beinlängendifferenz aufgetreten ist. Man sollte ja nicht zu früh fälschlich behaupten, der Biss sei in Ordnung.

Bleibt die Beinlänge sowohl im Sitzen als auch im Liegen gleich, dann wissen wir, dass der gerade Biss (der sog. Schlussbiss, die statische Okklusion) *kein* Auslöser für falsche Muskelspannungen ist. Das ist schon mal gut, aber wir dürfen jetzt noch nicht voreilig behaupten, der Biss sei o.k.! Wir Menschen bewegen unseren Kiefer ja nicht nur wie ein Nussknacker oder wie ein Hund um eine starre Achse. Vielmehr bewegen wir beim Kauen und beim Zähneknirschen den Unterkiefer auch auf die Seite, so wie man es deutlich bei Kühen und anderen Wiederkäuern sehen kann. Diese Bewegungen (dynamische Okklusion) müssen wir nun auch noch

daraufhin untersuchen, ob sie einen schlechten Einfluss auf die Spannung der Rumpfmuskulatur haben.

Dazu lassen wir den Patienten seine Zähne wieder zusammenbeißen, diesmal aber nicht so fest wie möglich, sondern erst mal nur leicht. Aus dieser Stellung heraus soll der Unterkiefer nur einen Millimeter nach links geführt werden. In dieser neuen Kieferhaltung soll der Patient bleiben und dabei links fest beißen, wenn er vom Behandler nun wieder im Liegen und im Sitzen auf die Gleichheit seiner Beinlängen untersucht wird.

Die Kieferhaltung soll so beibehalten werden, bis er wieder liegt; dann soll er einen weiteren Millimeter nach links schieben und in dieser Haltung fest beißen und bleiben, während wir wieder im Liegen und im Sitzen die Beinlängen vergleichen. Und dann noch einen Millimeter und noch einen.

Wenn irgendwann im Verlauf der Untersuchung zum ersten Mal eine Beinlängendifferenz auftritt, kann der Nicht-Zahnarzt die Untersuchung beenden und den Rest dem Zahnarzt überlassen.

Solange die Beinhaltung aber symmetrisch bleibt, lassen wir noch ein- bis dreimal je einen Millimeter weiter schieben und untersuchen jedes Mal weiter. Tritt über die ganze Bewegungsbahn des Unterkiefers keine Beinlängendifferenz auf, können wir auch die Linksbewegungen des Unterkiefers als gut, physiologisch und nicht störend beurteilen.

Dann wiederholen wir die ganze Prozedur mit Kieferbewegungen nach rechts. Ist auch diese Bewegung in Ordnung, nimmt der Patient wieder die Ausgangsposition ein, d. h. er beißt „normal“ im Schlussbiss. Aus dieser Stellung heraus bewegt er nun den Unterkiefer nach vorne, erst einen, dann zwei Millimeter. Dabei beißen üblicherweise nur die Schneidezähne aufeinander. Wieder werden dabei die Beinlängen im Sitzen und im Liegen verglichen.

Ist in allen untersuchten Unterkieferpositionen keine Beinlängendifferenz aufgetreten, könnten wir dem Patienten grünes Licht geben und ihm sagen, dass wir keinen Hinweis darauf gefunden haben, dass sein Biss die allgemeine Haltung stört. Allerdings: Manchmal *hat* der Patient eine störende Unterkieferposition, er hat sie aber bei der Untersuchung nicht eingenommen. Das kann sein, wenn der Patient sogenannte Hyperbalancen hat. So nennt man Bisskontakte auf der Seite, die der aktuellen Kauseite gegenüberliegt. Zum besseren Verständnis:

Wir nennen unsere rechten Kieferhälften die Arbeitsseite, wenn wir etwas in unserer rechten Mundhälfte kauen. Wir bewegen dabei ganz unbewusst und vollautomatisch unseren Unterkiefer immer wieder nach rechts und zurück zur Mitte und zerreiben dabei die Nahrung zwischen den rechten Seitenzähnen. Dabei steuert unser Nervensystem die Bewegungen so, dass die rechten Zähne sich gerade nicht berühren. Das ist wie bei einer gut eingestellten Mühle: Da berühren sich die Mahlsteine beim Mahlen der Körner auch nicht. Würden sie sich berühren, gingen sie sehr schnell kaputt, sie würden sich viel zu schnell abnutzen, und ebenso würden auch die Achsen und der Antrieb darunter leiden.

Normalerweise stehen die Zähne so im Kiefer, dass bei der Bewegung des Unterkiefers nach rechts die linken Zähne (die Balance-Seite) keinen Kaukontakt haben. Das hat den Vorteil, dass die linken Zähne und die linken Kaumuskeln ausruhen können, solange wir rechts kauen. Nach einer Weile ist die rechte Seite vom Kauen müde, wir fangen an, links zu kauen (jetzt ist die Arbeitsseite links), und die rechte Seite kann sich ausruhen (Balanceseite rechts).

Auf der jeweiligen Balanceseite soll es also idealerweise keine Kaukontakte geben, damit sich diese Seite ausruhen kann, während man auf der anderen kaut.

Üblicherweise sind die Kauflächen der unteren hinteren Mahlzähne nur geringfügig nach innen geneigt, d. h. die äußeren (vestibulären / bukkalen) Höcker stehen höher, die inneren (lingualen) stehen tiefer. Im Oberkiefer ist es andersherum, die Kauflächen der oberen Molaren sind etwas nach außen geneigt. Diese Neigung nimmt von vorne nach hinten zu (von den Sechsern zu den Achtern). Der Zahnarzt bezeichnet das als die helikoidale Verwindung (schraubenförmig) der Kauflächen.

Leider kann diese Kippung im Einzelfall aber auch so stark sein, dass die äußeren Höcker der unteren Molaren und die inneren Höcker der oberen Molaren bei der Balancebewegung aufeinanderreiben. Das bedeutet, dass diese Zähne dann ausgerechnet in der eigentlichen Ruhephase zusätzlich belastet werden, und zwar nicht nur durch einen physiologischen Zahn-Speise-Kontakt, sondern durch einen viel stärkeren unphysiologischen Zahn-Zahn-Kontakt!

Solche Balancekontakte (**Hyperbalancen**) stören nicht nur die Ruhephasen der betroffenen Zähne. Sie zwingen auch die Kaumuskulatur dieser

Seite, den Bewegungsablauf so zu verändern, dass die falsch belasteten Zähne weniger stark belastet werden. Dabei stören die Muskeln der Balanceseite aber den natürlichen Ablauf der Kaubewegungen auf der Arbeitsseite.

Sie kennen den Ausdruck: Die rechte Hand weiß nicht, was die linke tut. In diesem Fall wollen die rechten und die linken Kaumuskeln unterschiedliche Kieferbewegungen bewirken, aber sie müssen ja ein und denselben Kieferknochen bewegen. So strengt sich jede Seite an, gegen die Kräfte der Gegenseite zu arbeiten. Dadurch entstehen viel stärkere Kräfte und Muskelspannungen als normalerweise üblich.

Dem betroffenen Patienten sind seine Hyperbalancen meistens nicht bewusst, denn sie wirken oft nur auf etwa dem ersten Millimeter der Bewegung von der Mitte weg. Fordern wir den Patienten nun auf, bei der Untersuchung seiner Seitwärtsbewegung „1mm“ zur Seite zu reiben, dann bewegt er seinen Unterkiefer vielleicht 1,5 mm, so genau kann das ja niemand machen und auch der Untersucher nicht überprüfen. Der störende Balancekontakt besteht aber vielleicht nur auf den ersten 1,3 mm, dann zeigt sich die Störung bei der Untersuchung gar nicht. Der Befund aber „Ihr Biss ist in Ordnung“ ist dann „falsch negativ“.

Die **Hyperbalancen** findet man am sichersten, wenn man hier nicht die Beinlänge beachtet, sondern eine dünne Folie zu Hilfe nimmt. Der Zahnarzt benutzt dabei seine dünne Farbfolie, dann sieht er in einem Arbeitsgang nicht nur *ob* ein falscher Kontakt besteht, sondern gleichzeitig auch *wo* er ist. Die anderen Behandler oder Untersucher nehmen irgendeine andere Folie, z. B. ein Stück Frischhaltefolie aus der Küche. Die legt man auf der Balanceseite, die man untersuchen will, zwischen die oberen und unteren Seitenzähne, weit genug nach hinten, so dass auch die hintersten Zähne daraufbeißen.

Die Arbeitsseite soll jetzt mal die rechte Patientenseite sein. Der Patient muss zunächst einfach die Folie mit seinen linken Zähnen nur festhalten und darf noch nicht zu reiben anfangen. Wir sagen ihm, er muss immer noch weiter die Folie mit den Zähnen festhalten, auch wenn wir anfangen, leicht an der Folie zu ziehen, als ob wir sie herausziehen wollten. Erst auf unser Kommando soll er langsam (!) anfangen, den Unterkiefer nach rechts zu reiben. Also nicht die Zähne auseinander nehmen und den

Kiefer bewegen, sondern die rechten unteren Zähne im Kontakt mit den oberen nach rechts schieben und reiben.

Manchen Menschen fällt es erst mal schwer, den Kiefer nach rechts zu reiben, wenn sie links etwas zwischen den Zähnen haben. Das ist verständlich, denn normalerweise bewegen wir ja alle den Kiefer nach links, wenn es da etwas zu kauen gibt. Dem Patienten kann es helfen, erst mal *ohne* die Folie im Mund zum Üben 3 – 4 mal den Kiefer langsam nach rechts reiben zu lassen. Nach dem bewussten Üben funktioniert es meist auch mit der Folie auf der linken (scheinbar falschen) Seite. Manchen Patienten hilft es auch, gleichzeitig auf beiden Seiten eine Folie zwischen den Zähnen zu haben und abwechselnd nach rechts und links zu reiben.

Wenn der Patient nun die Bewegung nach rechts beherrscht, soll er sie langsam auf Kommando beginnen, während wir die Folie zwischen den linken Zähnen unter Zugspannung halten. Nun gibt es zwei Möglichkeiten:

Erstens: Während der Bewegung nach rechts halten die linken Zähne noch eine Weile lang die Folie fest, wir können sie nicht sofort herausziehen. Dann wissen wir, dass dort eine Hyperbalance besteht und müssen sie korrigieren lassen.

Zweite Möglichkeit: *Sofort* bei Beginn der Bewegung nach rechts rutscht die Folie durch unsere Zugspannung heraus. So soll es sein, wir wissen dann, dass es hier keine Hyperbalance gibt.

Anschließend werden die Seiten gewechselt, Folie nach rechts, Bewegung des Unterkiefers nach links. Kommt die Folie sofort heraus oder wird sie noch etwas gehalten?

Damit ist die Untersuchung des Bisses vollständig beschrieben.

Zusammengefasst: *Gibt es auch nur eine einzige Kieferposition, die beim Beißen die anfänglich gleiche oder soeben gleich gemachte Beinlänge im Liegen und/oder im Sitzen ungleich macht, dann ist der Biss nicht in Ordnung.*

Wenn Ihnen der letzte Untersuchungsgang zur Aufdeckung einer eventuellen Hyperbalance (die Anwendung der Folie) zu kompliziert erscheint, dann lassen sie ihn einfach weg.

Es ist viel besser, wenn Sie als Untersucher den einfachen Teil mit der Überprüfung der Beinlängen einüben und auch oft (am besten immer) bei jedem Verdachtsfall tatsächlich anwenden, weil es schnell geht und Sie

kein „Werkzeug“ oder „Material“ brauchen. Damit können Sie schon sehr vielen Menschen helfen. Viel schlechter wäre es, wenn Ihnen das alles wegen der Technik mit der Folie viel zu kompliziert, aufwändig und unverständlich vorkäme, so dass Sie sich davon abhalten ließen, überhaupt die Untersuchung zu machen. Es ist wirklich sehr selten, dass jemand nur einzig und alleine Hyperbalancen hat und gar keine anderen Störungen der Okklusion. Das finde ich nur bei etwa einem Patienten von 100.

Unterbrechung der Leseprobe: Im Buch folgen hier noch 15 Seiten mit Informationen zu folgenden Themen:

3.2.1.4 Weitere Beckenkorrektur-Möglichkeiten

Jetzt fehlen nur noch die „Tricks“, mit denen wir den Beckenfehlstand behandeln, wenn die Schulter-Fuß-Brücke, die Sit-ups oder das Laufen mit den Watterollen zwischen den Zähnen nicht geholfen haben...

3.2.1.5 Therapie der traumatischen statischen Okklusion

...

Wie muss man sich das Korrigieren vorstellen? Wenn ein Zahn im Biss zu lang ist, dann heißt das ja, er ist z. B. um 5/100 mm (0,05 mm) länger als die anderen besser passenden Zähne. Theoretisch gäbe es jetzt zwei Möglichkeiten..

. ...Oder man kürzt den zu langen Zahn um 0,05 mm, und zwar nicht an seiner gesamten Kaufläche, sondern nur gezielt an den ein bis drei Punkten, an denen der Bisskontakt etwas zu stark ist. Dieses Kürzen an individuell ausgesuchten Punkten nennen wir „selektives Einschleifen“.

Natürlich erhebt sich hier sofort die Frage: „Schadet das dem Zahn denn nicht?!?“ Die Antwort ist ganz klar: Es schadet nicht, es ist nur nützlich. Schädlicher wäre es, nichts zu tun.

Nehmen wir den häufigsten Fall, der Zahn ist zu lang, weil seine Füllung oder die Krone/Brücke vom Zahnarzt nicht ganz 100%ig genau angepasst worden ist. Die Füllung oder Krone ist aber mindestens 1 mm dick. Wird sie punktuell um 0,05 mm dünner geschliffen, dann ist sie immer noch mindestens 0,95 mm dick, sie ist damit praktisch genauso stabil wie vorher, und am eigenen Zahn wurde nichts weggeschliffen.

Gelegentlich muss auch einmal an einem natürlichen, unbehandelten Zahn etwas eingeschleift werden. Auch das schadet ihm nicht. Eigentlich hätte er sich ja bei naturnaher Ernährung wie in der Steinzeit und sogar noch im Mittelalter selber einschleifen können und müssen. Jetzt muss eben der Zahnarzt das nachholen, was die Natur sonst auch gemacht hätte. So gesehen ist also das selektive Einschleifen nur „Nachhilfe“ bei einem natürlichen und von der Natur vorgesehenen Vorgang. Der Zahnschmelz ist etwa 1 – 2 mm dick, auch er verkraftet es, 0,05 mm dünner zu werden. Und wir haben oben bereits besprochen, was alles passieren kann (manchmal ist es ja schon passiert), wenn wir den störenden Kontakt *nicht* einschleifen!

Wir opfern also ca. 1/10 % der Zahnschmelz und haben dafür die gute Chance, die restlichen 99,9 % des Zahnes sehr viel länger zu behalten und gesund zu erhalten. Zudem verbessern wir damit die Körperspannung und -haltung, und bremsen gleichzeitig auch den Substanzverlust in den Gelenken. Das ist in guter Deal!

Nun ist klar geworden: Das selektive Einschleifen ist die preiswerte, einfache, natürliche, unschädliche und notwendige Therapie eines ungleichmäßigen Bisses.

Wenn aber der Zahnarzt behauptet, es sei besser, erst mal eine Aufbiss-Schiene zu machen, da müsse man nichts schleifen, manchmal hilft sie sehr gut bei Zähneknirschen oder Kopfschmerzen? ...

...

3.2.1.6 Therapie der traumatischen dynamischen Okklusion

Bei der Untersuchung der statischen Okklusion habe ich es leicht: es gibt nur eine Position des Unterkiefers, in der alle Zähne zusammenpassen. In der dynamischen Okklusion, also beim Reiben der Zähne aufeinander

der, gibt es ja unendlich viele verschiedene Positionen. Die kann man doch nicht alle prüfen!? ...

... Eine Abschlussbemerkung: Vielleicht 10 – 20 % der Patienten haben eine Phobie, eine **Zahnarztangst**. Etwa 50 % der Menschen haben einen schiefen Biss und merken (noch) nichts. Aber etwa 90 % der Menschen mit Zahnarztangst haben einen falschen Biss!

Wie kann das sein? Ich glaube, es ist so: Bekommt ein Patient von einem Zahnarzt einmal eine zu hohe Kaufläche, dann kann es sein, dass er das entweder nicht merkt (z.B. weil er eine Betäubung hatte), oder er merkt es, aber der Zahnarzt hat nicht genügend Geduld und beruhigt seinen Patienten, der Biss stimme so, er werde sich schon daran gewöhnen. Unbewusst merkt der Patient aber schon, dass ihm etwas Schlechtes verpasst wurde, aber er kann nicht bewusst gegensteuern. Also bekommt er unbewusst Angst.

Die große Chance für Zahnarzt und Patient besteht darin, dass ihm endlich mal ein Zahnarzt wieder *etwas Gutes* tut, indem er ihm die notgedrungen akzeptierten Störstellen wieder beseitigt. „Er hat gar nicht gebohrt“, es hat nicht wehgetan, und man fühlt sich in seinem Mund wieder wie „zu Hause“. Was will man mehr von seinem Zahnarzt, dem Freund und Helfer! Eine gute Basis für eine lange vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Noch ein Wort wirklich *nur für den Zahnarzt*:

Der in der **Front offene Biss** ...

3.2.1.7 Der Einfluss der Psyche

...

3.2.1.8 Andere mechanische Störungen vom Mund zum Körper

3.2.1.8.1 Die große Verblockung

Die Natur hat unsere Zähne alle einzeln in unserem Kiefer wachsen lassen. Jeder kann sich minimal bewegen, wenn es die Umstände erfordern. Nicht nur gesunde Zähne bewegen sich geringfügig bei Belastung, auch die Kieferknochen sind nicht starr wie Gusseisen. Der Unterkiefer ist zwar in einem Stück gewachsen, er ist aber elastisch und verformt sich, wenn unterschiedliche Muskelgruppen auf ihn einwirken...

3.2.1.8.2 Offener Mund und langsames Denken

...

Offensichtlich hat die Mundstellung einen Einfluss auf den Geist. Die praktische Bedeutung für den Zahnarzt und seinen Patienten? Ich hatte mich bis zu dieser Erkenntnis immer wieder mal gewundert, warum ein kluger und verständiger Patient sich nicht an alle Verhaltensempfehlungen gehalten hat, die ich ihm doch deutlich nach der Füllung oder nach dem Zähneziehen erzählt hatte. Jetzt wusste ich es: Ich hatte schon auf ihn eingeredet, als ich noch in seinem Mund mit den letzten Arbeitsgängen beschäftigt war. Und er konnte nicht so schnell denken, wie ich erklärt habe.

...

Der Tipp für Patienten, die schon mit noch offenem Mund aufgeklärt werden: Bitten Sie Ihren Zahnarzt, es Ihnen zum Schluss noch mal bei geschlossenem Mund und erhöhter Aufmerksamkeit zu sagen.

3.2.2 Chemische Störungen vom Mund zum Körper

Bei den chemischen Ursachen müssen wir unterscheiden zwischen toxischen, hormonellen und allergischen Einflüssen...

MERKE: *Jede Allergie ist die Folge einer toxischen Überbelastung. Suche bei jeder Allergie (Heuschnupfen, Ausschläge, Milchschorf, Autoimmunerkrankung ...) nach der toxischen Belastung des Patienten!*

Dazu ein Beispiel aus der Praxis: Im Herbst hatte ich einem Patienten die Amalgamfüllungen entfernt und durch Goldinlays ersetzt. Im folgenden Sommer berichtete er mir unaufgefordert: „Herr Doktor, im letzten Jahr haben Sie mir das Amalgam raus gemacht, und in diesem Frühling war mein Heuschnupfen nur noch 10 %!“ Er hatte sonst nichts anderes gegen Heuschnupfen unternommen.

Das klappt nicht immer so schnell und gut, manchmal muss man noch die Schwermetalle aus dem Körper ausleiten (s. S. 261), ehe sich die Allergie beeinflussen lässt. Mehr dazu s. u.

Ein zweites Beispiel: Bei mehreren Kindern mit Neurodermitis schon im Alter von einem halben bis zwei Jahren hatte ich den Müttern erzählt, dass Schwermetalle als Auslöser in Frage kommen. „Aber mein Kind hatte doch nie Amalgamfüllungen!“ war die erste Reaktion. Doch dann stellte sich heraus: Die Mutter hatte zur Zeit der Schwangerschaft selber viel Amalgam im Mund und zum Teil sogar in dieser Zeit neue Füllungen bekommen. Die Schwermetallbelastung der Mutter war dadurch akut sehr hoch, und das Kind hatte im Mutterleib über die Plazenta (Mutterkuchen) die Metalle aufgenommen. Eine Schwermetall-Ausleitung bei den Kindern hat die Neurodermitis zwar nicht weggezaubert, aber sehr deutlich verbessert.

3.2.3 Elektrische Störungen vom Mund zum Körper

...

Hat jemand zwei verschiedene Metalle im Mund, z. B. eine Goldkrone und eine Amalgamfüllung, dann ist das auch eine Batterie: Die elektrisch leitfähige Flüssigkeit ist der Speichel...

Ich hatte einen Patienten, der extra 100 km nach Nürnberg in meine Praxis gefahren war, weil er gehört hatte (noch vor der Erfindung des In-

ternets), ich habe ein spezielles Gerät, mit dem man im Mund die Spannung und die Ströme messen kann. Er hatte zu seinen etwa sieben alten Amalgamfüllungen zusätzlich drei neue bekommen und am nächsten Tag Herzrhythmusstörungen gespürt. Sein Zahnarzt konnte sich einen ursächlichen Zusammenhang nicht vorstellen, aber zumindest der zeitliche Zusammenhang war eindeutig.

Die Messung ergab, dass die neuen Füllungen erwartungsgemäß die stärksten elektrischen Werte hatten (frische Amalgamfüllungen erzeugen stärkere Spannungen als ältere). Sie wurden noch in derselben Sitzung durch elektrisch neutrale Füllungen ersetzt. Nach einer Woche rief mich der Patient an. Die Rhythmusstörungen waren deutlich geringer geworden, aber noch nicht verschwunden. So vereinbarten wir einen zweiten Termin, bei dem ich die nächsten zwei oder drei Füllungen mit den jetzt noch höchsten Werten austauschte. Danach waren die Herzrhythmusstörungen vollständig beseitigt.

Folgendes fand ich dabei bemerkenswert: Vor den letzten drei neuen Amalgamfüllungen arbeitete das Herz ungestört. Nach dem Entfernen der ersten drei neu dazugekommen störenden Füllungen war im Mund wieder dieselbe elektrische Situation wie vorher. Dennoch war das Herz jetzt nicht damit zufrieden. Es kommt offensichtlich nicht nur auf die objektiv messbaren elektrischen Werte an, sondern auch auf die „Störbarkeit“ des Organs, auf seine Anfälligkeit, seine Empfindlichkeit. Nach den neuesten Füllungen war es offensichtlich stärker überreizt als vorher.

Bei den bisher beschriebenen elektrischen Störungen handelt es sich um Gleichstrom. Solange sich Gleichströme in ihrer Richtung und Stromstärke nicht verändern, verursachen sie keine magnetischen Felder. Bei Wechselstrom dagegen ändern sich dauernd die Richtung und die Stärke der elektrischen Ströme, 50 mal pro Sekunde (50 Hertz, Hz). Pulsierende elektrische und magnetische Felder treten dabei immer gemeinsam auf und produzieren sich gegenseitig.

Diese Felder gibt es nicht nur in den elektrischen Leitungen, sondern sie breiten sich auch außerhalb der Leitungen aus. Zum Teil ist das nur ein ungewollter Nebeneffekt. Zum anderen Teil produziert man diese elektromagnetischen Wechselfelder absichtlich, um etwa Radio- und Fernsehsender zu betreiben oder Mobilfunkgeräte und Schnurlostelefone.

Wollen wir diese elektromagnetischen Wellen empfangen, brauchen wir eine Antenne. Die muss in ihrer Länge etwa der Wellenlänge entsprechen, die wir empfangen wollen. Die alten Radioantennen auf dem Dach mussten etwa einen Meter lang sein, die Antennen in den Handys sind nur wenige Zentimeter lang, weil die Wellen für den Mobilfunk auch nur wenige Zentimeter lang sind. Das führt uns zum nächsten Kapitel:

3.2.4 Elektromagnetische Störungen vom Mund zum Körper

...

Dazu ein Fall aus meiner Praxis: Eine Patientin hatte sich bei einem Kollegen im Nachbarort eine kleine drei- oder viergliedrige Brücke aus einer hochwertigen Goldlegierung einsetzen lassen und danach mit Herzrhythmusstörungen reagiert. Ich kannte den Kollegen als sorgfältig, der Biss der neuen Brücke war in Ordnung, es war kein Amalgam mehr im Mund zu sehen, und auch unter der neuen Brücke gab es keine Reste von Amalgam. Mundströme schieden also aus. Ich hatte aber schon davon gehört, dass metallische Brücken als Antenne wirken und die Gesundheit stören können. Ichklärte die Patientin über meine Vermutung auf, entfernte die glücklicherweise nur provisorisch befestigte Brücke und bastelte ihr ein neues Provisorium aus Kunststoff. Nach ein bis zwei Tagen arbeitete das Herz wieder normal. Aber das hätte ja auch nur Zufall sein können.

Nach drei Wochen Wohlbefinden setzten wir die metallische Brücke wieder ein, und die Rhythmusstörungen kamen wieder. Brücke wieder raus, Herz wieder in Ordnung.

Damals hatten wir ein Problem: Es gab keine metallfreien Werkstoffe, die genügend abriebfest waren. Heute kann man jede Brücke aus hochfester Hartkeramik herstellen, sog. Zirkonium oder Zirkondioxid. Sie kennen dieses Material vielleicht von den weißen metallfreien keramischen Messerklingen.

Herzrhythmusstörungen sind nicht die einzigen Nebenwirkungen einer Antenne im Mund. Andere können sein Ohrensausen, Kopfschmerzen oder Müdigkeit. Eine ganz verrückte Wirkung habe ich nur einmal erlebt: Radio hören im Ohr ohne Radio!

Eine besorgte Mutter kam mit ihrem etwa neun Jahre alten Sohn in meine Praxis. Der Junge hört Radiomusik, auch wenn kein Radio im Raum angeschaltet ist. Der HNO-Arzt und der Nervenarzt haben nichts gefunden. Nachts in der Stille ist es besonders deutlich und störend. Ich hatte keinen

Grund, an der Geschichte zu zweifeln, zumal mir ein Bericht im Stern oder Spiegel einfiel, den ich als Student gelesen hatte. Da hatte ein Mann in seinem Kopf Radio empfangen können, weil eine Goldkrone mit der unter ihr belassenen Amalgamfüllung zufällig einen Kondensator und damit einen Schwingkreis gebildet hatte, der genau auf einen örtlichen Radiosender „eingestellt“ war. Das bekommt man nicht hin, wenn man es absichtlich versucht, aber hier war es eben zufällig so.

Der Junge vor mir hatte keine Kronen, unter denen sich ein anderes Metall verstecken konnte. Er hatte nur zwei mittelgroße Füllungen aus einem Zement, der kleine Silberteilchen enthielt. Damit hat man früher versucht, den Zement abriebfester zu machen.

Ehe ich zwei intakte, neue Zahnfüllungen ausbohrte, wollte ich mich vergewissern, ob der Junge wirklich Radio hörte. Ich stellte ihn vor unser Kofferradio in der Praxis und kündigte ihm an, ich stelle jetzt einen Sender nach dem anderen im Radio ein, er soll mir sagen, wann wir denselben Sender haben, den er hört. Und tatsächlich, bei „N1“ sagte er nicht nur ja, seine ganze Körpersprache und Mimik zeigte mir, dass es stimmte. Ichklärte Mutter und Sohn über meine Vermutung auf und schlug vor, die beiden Füllungen durch metallfreien Zement zu ersetzen. Nach dem Ausbohren war der Spuk vorbei und kam nicht wieder. Vielleicht hätte es gereicht, nur eine Füllung auszutauschen.

Wir können zwar versuchen, unsere Belastung durch Hochfrequenzen im privaten Wohnbereich gering zu halten: Wir behalten unser gutes altes schnurgebundenes Telefon, wir tragen unser Mobiltelefon selten am Körper und telefonieren nur mit Headset oder Freisprechanlage, beim Schlafen liegt das Handy außerhalb unserer Reichweite oder ist sogar ausgeschaltet oder wenigstens im Flugmodus (wenn wir es als Wecker brauchen).

Aber wir haben wenig Einfluss darauf, was unsere Wohnungsnachbarn und die Menschen über und unter unserer Wohnung machen. WLAN haut in die gleiche Kerbe. Und erst im Großraumbüro, wo es sehr viele Schnurlostelefone und Handys gibt!

Wir leben nun mal in einer Welt, in der die Belastung durch Hochfrequenzen immer mehr zunimmt. Auch wenn wir heute unsere Metallbrücken im Mund noch gut vertragen, wir wissen nicht, wann „das Fass über-

läuft". Auch wenn wir schon zwei Metallbrücken im Mund tragen, wissen wir nicht, ob wir die dritte vertragen werden.

Daher empfehlen heutzutage ganzheitliche Zahnärzte, *vorsichtshalber überhaupt keine Metalle mehr einzubauen, wenn es sich irgendwie vermeiden lässt*. Das gilt für alle Menschen, aber *besonders für solche mit einer Hochfrequenzempfindlichkeit*.

3.2.5 Energetische Störungen vom Mund zum Körper

Die bisher beschriebenen Störungen sind alle mit geringen naturwissenschaftlichen Kenntnissen relativ leicht zu verstehen: Biomechanik, Chemie, Elektrik, elektromagnetische Schwingungen. Jeder Arzt hat in seinem Studium genügend Grundkenntnisse in Physik und Chemie erworben, um die Erklärungen nachzuvollziehen.

Im folgenden Abschnitt bewegen wir uns etwas über den Rand des allgemeinen ärztlich-naturwissenschaftlichen Konsens hinaus. Es geht um eine Wirkung, die man am besten verstehen kann, wenn man ein bisschen die Prinzipien der Homöopathie kennt. Wer diese Spielart der Heilkunst als Humbug oder Scharlatanerie ablehnt, der soll jetzt bitte milde lächelnd einfach weiterlesen, bis es wieder handfest naturwissenschaftlich wird...

Und jetzt wieder ein ungekürzter Abschnitt:

3.2.6 Der Herd als Störmöglichkeit vom Mund zum Körper

Erinnern Sie sich noch an mein Erlebnis vom verschwundenen Rheuma nach einer Zahntentfernung in der Einleitung (S. 12)? In diesem Kapitel zeige ich Ihnen die Zusammenhänge, die ich damals selber nicht wusste.

3.2.6.1 Entzündungen

Zunächst denken wir mal etwas über Entzündungen nach. Viele Leute glauben, Entzündungen seien etwas Schlechtes und müssten als Teil einer Krankheit bekämpft werden.

Falsch.

Richtig ist: *Alle Heilungen laufen über eine Entzündung ab!* Die klassischen Entzündungszeichen sind Rubor (Rötung), Tumor (Schwellung), Calor (Wärme), Dolor (Schmerz) und Functio laesa (gestörte Funktion). Alle fünf Zeichen haben eine gemeinsame Ursache und ein gemeinsames Ziel. Im erkrankten und deshalb entzündeten Gewebe werden die Blutgefäße erweitert, damit mehr Blut hindurchfließt und somit mehr Abwehrstoffe wie z. B. Leukozyten (weiße Blutkörperchen) aus dem Blut in das Gewebe kommen. Außerdem schwemmt die stärkere Durchblutung Schadstoffe und Schlacken besser aus dem Gewebe. Wegen der Mehrdurchblutung sieht das Gewebe roter aus, es ist etwas geschwollen (die Adern sind ja dicker), wärmer als die Umgebung, etwas schmerzempfindlicher und die Beweglichkeit ist etwas eingeschränkt. Wenn die Abwehrkräfte stark genug sind und die Krankheitsursache beseitigt werden kann, dann ist die Entzündung nicht mehr notwendig (die Not abwendend). Es ist z.B. der Splitter heraus geeitert und beseitigt, die bakterielle Infektion ist erfolgreich bekämpft, die Wunde wieder geschlossen, dann ist bald nichts mehr entzündet und alles wieder heil. So läuft unter günstigen Umständen eine akute Entzündung ab.

Eine **chronische Entzündung** beginnt genauso und hat auch die gleichen Ziele wie die akute Entzündung. Der Unterschied besteht darin, dass manchmal entweder die Entzündung nicht kräftig genug ist, weil die Heilkraft schon anderweitig fast verbraucht ist. Oder die Ursache der Erkrankung bleibt dauerhaft weiter bestehen. Nehmen wir den kleinen ober-

flächlichen Holzsplitter. Er wird mit der eitrigen Entzündung langsam herausgespült, damit ist die Ursache beseitigt. Anders verhält es sich mit dem tiefliegenden Metallsplitter einer Granate. Der kann nicht in wenigen Tagen oder Wochen abgestoßen werden. Und solange die Ursache noch besteht, muss der Körper seine Entzündung aufrechterhalten, er will ja den Fremdkörper loswerden. Damit wird die Entzündung chronisch. Sie kostet den Körper dauernd Energie. Der junge kräftige Mensch hat diese Energie noch im Überschuss, ein alter, von vielen anderen Leiden belasteter Mensch hat eher zu wenig Energie und wird von der chronischen Entzündung zusätzlich geschwächt.

3.2.6.2 Was ist ein Herd (auch Störfeld genannt)?

Einen **Herd** nennt man eine schmerzfreie, aber chronisch gereizte und entzündete Körperstelle (z.B. ein toter Zahn), die den Organismus so lange und so viel Energie kostet, dass ihm an anderen oft weit entfernten Körperstellen (z.B. am Knie) die Energie für die normale Regulation fehlt. Eine eigentlich geringfügige Belastung (z.B. eine zusätzliche Verletzung am Knie) führt dann zur Überforderung, es gibt Heilungsstörungen oder chronische Schmerzen. Das ist die **Herderkrankung**. Nicht immer, aber oft liegen primärer Herd und sekundäre Herderkrankung auf demselben Akupunkturmeridian. Häufige Herde sind Zähne, Nebenhöhlen, Mandeln, Gallenblase, Darm, Eierstöcke, Narben.

Es gibt nur je zwei Kieferhöhlen, Mandeln, Eierstöcke usw., aber 32 mögliche Zahnherde. Das ist der Grund, warum ganzheitliche Zahnärzte behaupten können, die Zähne seien die häufigsten Herde.

3.2.6.3 Wie kann der Herd den Organismus stören?

Die historisch gesehen erste Erklärung lautete: Die **Bakterien** des Herdes „streuen“, also verbreiten sich über Blut und Lymphe im Körper. Am „locus minoris resistentiae“ (dem Ort des geringeren Widerstands) siedeln sie sich dann an und verursachen die sekundäre Entzündung und damit die Herderkrankung oder Fernstörung. Beispielsweise breiten sich die Bakterien von der apikalen Ostitis (Knochenentzündung an der Wurzelspitze

eines toten Zahnes) im Körper aus und infizieren das Knie. Diese Erklärung ist richtig, aber es gibt noch andere.

Ganzheitliche Ärzte und Zahnärzte hatten beobachtet, es gibt Fälle, wo der Herd eindeutig keine Bakterien enthält oder verbreitet, dafür aber **toxische** (giftige) Eiweißzerfallsprodukte an seine Umgebung abgibt. Früher nannte man sie Leichengifte.

Später entdeckte man Patienten, bei denen ein absolut bakterienfreier und noch gut lebender verlagelter Zahn ohne Zerfallserscheinungen ein störender Herd war. Er drückte wegen Platzmangels auf den Unterkiefer-nerven (Nervus mandibularis). Man nennt dies einen **neuralen** Herd.

Den Behandlern mit Kenntnissen in der Akupunktur fiel bald auf, dass der Herd und die Fernstörung sehr oft auf demselben **Akupunktur-Meridian** liegen. Ich kann alle diese Erklärungen aus eigener Erfahrung bestätigen.

3.2.6.4 Welcher Zahn hängt womit zusammen

Die großen Elektroakupunktur- und Akupunktur-Ärzte und -Zahnärzte Dr. Voll, Dr. Kramer und Dr. Gleditsch haben in ihren Werken sehr umfangreiche Tabellen veröffentlicht, die die Zusammenhänge der Zähne mit den Organen darstellen. Ich zeige Ihnen eine vereinfachte Tabelle.

Zähne oben	1 2	3	4 5	6 7	8
Zähne unten	1 2	3	6 7	4 5	8
Meridiane	Blase Niere	Leber Galle	Lunge Dickdarm	Magen Milz/ Pankreas	Herz Dünndarm
Gewebe	Knochen Kopfhaar	Muskeln Sehnen	Haut Nägel Körperhaar	Binde- gewebe	Schleim- häute
Sinnesorgane	Ohr	Auge	Nase	Mund	Zunge
Verlauf	Beine Rumpf mittig	Beine Rumpf seitlich	Arme pro- ximal Hals	Beine Rumpf	Arme distal Hals
Chinesische Elemente	Wasser	Holz	Metall	Erde	Feuer
Chinesische Eigenschaft	Kälte	Wind	Trocken- heit	Feuchtigkeit	Hitze
Emotion	Angst Furcht	Zorn Wut	Trauer Kummer	Grübeln Sorgen	Freude Hektik

Tabelle der Zahn-Organ-Beziehungen

Wie soll sich einer nur so viele Einzelheiten einprägen? Hier ist es von Vorteil, schon grob ein bisschen zu wissen, wie die Akupunkturmeridiane über den Körper ziehen. Gehen wir einmal die einzelnen Funktionskreise durch und beginnen mit den Schneidezähnen (die Einser und Zweier). Sie sind die Zähne, die der Körpermitte am nächsten sind. Der zugehörige Blasen- und der Nieren-Meridian sind auch diejenigen, die von allen paarigen Meridianen der Körpermitte am nächsten sind. Sie laufen über die Beine und beeinflussen daher auch die Hüft-, Knie- und Fußgelenke.

Jetzt zum anderen Ende der Zahnreihe, zu den Weisheitszähnen (die Achter). Die stehen so weit seitlich wie nur möglich. Der zugehörige Herz- und Dünndarm-Meridian läuft über den Arm bis zum kleinen Finger, da also auch so weit seitlich wie möglich. Natürlich beeinflusst er Schulter und Ellenbogen. Jetzt kennen wir schon mal den mittigsten und den seitlichsten Funktionskreis.

Wenn wir uns diese beiden eingeprägt haben, gehen wir weiter zu den Eckzähnen. Sie sind beim Menschen das, was beim Raubtier die Reißzähne sind. Raubtiere wie Löwen und Tiger sind von Natur aus viel aggressiver als Pflanzenfresser wie Rehe und Hasen. Der Mensch drückt seine aggressive Stimmung aus, indem er die Beine leicht gespreizt stellt und die Fäuste in die Hüften stemmt, die Ellenbogen sind dabei seitlich nach außen gewinkelt. Haben Sie das Bild vor Augen? Dazu passt der Gallenblasen-Meridian: Er verläuft sowohl am seitlichen Kopf in einer Zickzacklinie als auch am seitlichen Körper. Und von der gereizten Stimmung sagt man: Jemand ist cholerisch (chol = Galle), ihm läuft die Galle über. Der zugehörige zweite Meridian ist der der Leber, dazu passt der Ausdruck: Ihm ist eine Laus über die Leber gelaufen. Beide Meridiane laufen über das Bein, daher beeinflussen sie Hüfte, Knie und Fußgelenke.

So, jetzt kennen wir schon drei Funktionskreise.

Die letzten beiden Zahngruppen fallen dadurch auf, dass sie seltsam verschachtelt sind. Die oberen Prämolaren (Vierer und Fünfer) bilden mit den unteren Molaren (Sechser und Siebener) zusammen eine Gruppe, den Funktionskreis Lunge-Dickdarm. Andererseits gehören die oberen Molaren mit den unteren Prämolaren zum Funktionskreis Magen-Milz-Pankreas. Jetzt wird es interessant. Auch die zugehörigen Meridiane laufen an der gleichen Stelle im Gesicht über Kreuz! Der Dickdarm-Meridian beginnt neben dem Nasenflügel und läuft nach unten schräg nach seitlich außen,

um über den Arm zum Zeigefinger (dem zweiten Finger) zu laufen. Der Magen-Meridian hat einen wichtigen Punkt weiter seitlich unter dem Auge und läuft schräg nach unten vorne, um über das Bein zum zweiten Zeh (dem „Zeigezeh“) zu laufen. Also müssen sie sich auch kreuzen.

Wenn Sie die Meridiane bisher noch nicht so genau kannten und auch nicht vorhaben, Akupunktur zu lernen, dann prägen Sie sich als Mediziner einfach nur ein, welche zwei Meridiane zu einem Funktionskreis zusammengehören und ob sie über den Arm oder über das Bein laufen. Das reicht erst mal zum Verständnis. Wenn Ihnen das als Laie auch zu viel ist, legen Sie einfach ein Lesezeichen zu der Seite mit der Zahn-Organ-Tabelle und schauen bei Bedarf nach. Ich persönlich habe mich auch nicht gleich hingesetzt und die ganze Tabelle auswendig gelernt. Ich habe einfach bei meinem ersten Verdacht auf eine Herderkrankung in der Tabelle nachgeschaut. Als sich dann das Herdgeschehen bestätigte, habe ich mir diesen Funktionskreis am erlebten Beispiel ganz leicht und wie von alleine einprägen können. Hier kommt mein erster bewusst erlebter Herd-Fall:

Einem Patienten meiner Praxis war von der bei mir arbeitenden Zahnärztin an ihrem letzten Behandlungstag der Zahn 36 gezogen worden. Die Wunde heilte schlecht, obwohl der Zahn vollständig entfernt worden war und es keine Komplikationen gegeben hatte. Ich behandelte sie mit allen mir bekannten naturheilkundlichen Mitteln bis hin zum Softlaser, nichts half. Als mir nach zwei Wochen nichts anderes mehr einfiel als gegen meine Überzeugung doch endlich ein Antibiotikum zu geben, hatte ich noch einen letzten Gedankenblitz. Ich hatte ja in meinen Fortbildungen gelesen, die Zähne sollen angeblich doch mit irgendwelchen Organen zusammenhängen. Ich suchte die Zahn-Organ-Tabelle heraus und las dem Patienten vor, welche Organe, Nasennebenhöhlen und Gelenke mit seinem Zahn 36 zusammenhängen könnten, ob ihm etwas dazu einfiel. Bei dem Thema Dickdarm erzählte er mir, er hätte schon lange chronische Verstopfung. Dazu fiel mir etwas ein:

Bei der Ausbildung zum Mayr-Arzt hatte ich gelernt, der Darm ist nicht nur ein Aufnahme-Organ. Er muss selektiv die nützlichen Nahrungsbestandteile aufnehmen (resorbieren), muss aber bestimmte schädliche und ausscheidungspflichtige Stoffe gezielt *nicht* aufnehmen und mit dem Kot loswerden.

(Wussten Sie schon, das Wort Scheiße kommt von „ausscheiden“, „abscheiden“. Der Klugscheißer produziert also keinen besonders schlauen Kot, er sondert nur Klugheiten ab, oral, nicht anal.)

Hat nun jemand eine lange bestehende Verstopfung, dann entzündet sich die Darmwand wegen zu starker Toxin-Einwirkung. Die entzündete Darmwand nimmt nun doch ausscheidungspflichtige Stoffe auf. Der Körper wird daher nicht ausreichend entgiftet und sucht in seiner Not nach anderen Ausscheidungsmöglichkeiten. Hier war die frische Wunde des 36 vielleicht das Notventil zur Entgiftung. Die Wundabsonderungen waren vielleicht im wahrsten Sinne des Wortes "not-wendig", solange der Darm nicht gut ausscheiden konnte.

Ich verordnete für mindestens drei Tage Bittersalz (Magnesium-Sulfat, 1TL auf 1/4 Liter Wasser). Und oh Wunder! Der Darm entgiftete wieder und schon am nächsten Tag hörte die Wunde zu schmerzen auf und benahm sich so, als ob gestern der Zahn gezogen worden wäre.

Was habe ich daraus gelernt?

- An dieser Zahn-Organ-Tabelle könnte doch etwas Wahres dran sein.
- Nicht immer muss der Zahn zum Organ hin stören, das muss keine Einbahnstraße sein, es geht auch umgekehrt, vom Organ zum Zahn.
- Ich habe mir den Lunge-Dickdarm-Funktionskreis eingeprägt.
- Später kam noch eine weitere Erkenntnis dazu: Es muss nicht immer derselbe Zahn sein, der wiederholt dasselbe Organ stört.

Eine Nachbarin fragte mich, ob mir etwas zu ihrem linken Knie einfiel. Es war immer wieder deutlich geschwollen, der Orthopäde wusste keine Ursache, und immer nur Kortison einnehmen war nicht ihr Ding. Ich machte einen kinesiologischen Herdtest (s. S. 136) aller Zähne und fand die Zähne 34 und 35 als störende Ursache. Im Röntgenbild sah man gute Wurzelfüllungen, aber leichte apikale Aufhellungen (Sie erinnern sich, das sind Hinweise auf eine Knochenentzündung um die Wurzelspitze herum). Ich empfahl ihr zwei Wurzelspitzen-Resektionen beim Kieferchirurgen. Dabei wird die Wurzelspitze operativ abgetrennt und der Wurzelkanal von unten

abgedichtet, damit keine Bakterien und Toxine aus dem Kanal mehr den umgebenden Knochen reizen und entzünden. Die Operation war nicht nur lokal erfolgreich, auch das linke Knie wurde und blieb etwa zehn Jahre lang unauffällig.

Dann fing es wieder an, dicker zu werden. Die Nachbarin kam erneut zu mir und wollte wissen, ob nun dieselben Zähne stören und ob sie vielleicht gezogen werden müssten. Jetzt zeigte der Herdtest ein anderes Ergebnis. Die Zähne 34 und 35 waren unauffällig, dafür zeigte sich der 21 (wissen Sie's noch? Der linke obere Einser) als Herd. Seine Pulpa war chronisch entzündet, ich machte eine Wurzelfüllung, und das Knie gab wieder Ruhe.

Bitte sehen Sie in der Zahn-Organ-Tabelle nach: In diesem Fall hatten erst Zähne aus dem linken Magen-Milz-Pankreas-System das linke Knie gestört, später war es ein Zahn aus dem linken Blase-Niere-System. Beide Meridianpaare laufen über das Knie! Was lernen wir daraus?

Es muss nicht immer ein toter Zahn sein, der als Herd in Frage kommt. Entscheidend ist, ob es eine *chronische Entzündung* gibt, die auch von einem lebenden Zahn ausgehen kann.

Es ist gut, *immer* vorher *alle* Zähne zu testen, ehe man auf Verdacht irgendeinen Zahn behandelt, der aktuell gar kein Herd ist.

Die Zahntentfernung sollte immer nur als letztes Mittel erwogen werden. Eine chronische Pulpitis kann mit etwas Glück nur durch eine Neuraltherapie (s.u.), auf jeden Fall jedoch mit einer guten (!) Wurzelfüllung beseitigt werden. Eine schlechte Wurzelfüllung kann durch eine gute Wurzelfüllung ersetzt werden, ein Herd-Zahn mit einer gut erscheinenden Wurzelfüllung kann vielleicht mit einer Wurzelspitzenresektion gerettet werden. Und immer müssen wir bei einem Herd-Zahn darauf achten, ob er falsch belastet wird, weil sonst die Periodontitis, die entzündete Wurzelhaut, einen zusätzlichen Herd bildet.

Wenn man nicht alle Zähne testet, kann es passieren, dass wir nur den „Hauptverdächtigen“ behandeln, der vielleicht tatsächlich auch ein Schuldiger ist. Aber weil es noch mehr „Mittäter“ gibt, wird das Organ mit der Fernstörung nicht gesund. Dann ist der Patient zu Recht unzufrieden, und wir erwecken den falschen Eindruck, wir hätten einen Zahn als Herd getes-

tet, der scheinbar keiner war. Das bringt uns als Behandler und zusätzlich die Methode in ein schlechtes Licht.

3.2.6.5 Stimmt die Zahn-Organ-Tabelle immer genau?

Immer stimmt meistens nie. Es gibt Zahnärzte, die zwar anerkennen, dass es Zähne als Herde gibt, sie glauben aber nicht an verlässliche Zahn-Organ-Bezüge. Ein berühmter Vertreter dieser Gattung war der zahnärztliche Professor Dr. Arno Rost. Er war ein überzeugter Anhänger der Regulationsmedizin, er hat die Thermoregulations-Diagnostik erforscht und gelehrt. In seinen Kursen hat er uns gezeigt, wie wir mit der Thermographie Zahnherde eindeutig erkennen können. Das war alles wirklich sehr lobenswert und sehr nützlich. Die Zahn-Organ-Tabellen aber hielt er für falsch. Das erklärte er uns in einem Kurs sehr vehement. Daraufhin nahm ich mir in der nächsten Pause zusammen mit meinem Kursnachbarn Herrn Rosts Thermographielehrbuch vor, und wir durchsuchten es gemeinsam nach allen Stellen, wo Herr Rost seine eigenen Fälle beschrieben hatte, welche Erkrankungen nach welchen Zahnbehandlungen sich gebessert hatten. Und siehe da: In jedem Fall und ohne Abweichungen bestätigten sich die Zusammenhänge der Tabelle.

Natürlich gibt es wie immer in der Biologie auch Ausnahmen. Eine ist in bestimmten Fällen sogar zu erwarten. Ich muss zunächst betonen, dass eigentlich nicht der Zahn selber der Herd ist, sondern die Entzündung im zugehörigen Knochenbereich, in dem der Zahn sich befindet. Beweis: Manchmal ist der ursprünglich „schuldige“ Zahn schon längst vollständig entfernt worden, aber die nicht vollständig ausgeräumte Entzündung im Knochen der Umgebung (Rest-Ostitis) verhindert die Ausheilung der Fernstörung. In diesem Fall sprechen manche Behandler nicht mehr vom Herd, sondern vom Störfeld. Ich mache hier keinen Unterschied und akzeptiere beide Namen.

Nehmen wir jetzt den heutzutage immer häufiger werdenden Fall eines zu kleinen Kiefers. Wir erkennen ihn am Engstand der Zähne, wenn nicht kieferorthopädisch behandelt wurde. Auch mit Kfo-Therapie gibt es im Ergebnis zwei Möglichkeiten. In Gruppe 1 wurde der Kiefer nur gedehnt, nichts gezogen, dann fehlt oft nach dem Ende der Behandlung der Platz für die Achter (Weisheitszähne). Die müssen dann meist später gezo-

gen werden. In Gruppe 2 erscheint der Platzmangel so groß, dass man Platz schafft, indem man zu Beginn der Behandlung systematisch alle Vierer (erste Prämolaren) entfernt.

Gruppe 1 hat zur Folge, dass die Siebener (zweite Molaren) im Knochengebiet stehen, das eigentlich für die Achter gedacht war und zum Funktionskreis Herz-Dünndarm gehört.

Gruppe 2 hat zur Folge, dass die Sechser (erste Molaren) zur Hälfte im Knochen des Fünfer-Bereiches stehen. Hier kann also ein eigentlicher „Magen-Zahn“ auch in den Funktionskreis Lunge-Dickdarm hineinstören (im Oberkiefer) oder umgekehrt (im Unterkiefer).

Unsere Schlussfolgerung: Nicht immer auf die Theorie der Tabelle verlassen, es kann auch mal der Nachbarbereich gestört werden.

Einen anderen Fall von Nachbar-Störung habe ich erlebt, als ich einen unteren Fünfer ziehen musste. Er war schon sehr morsch und zerbröselte leicht, andererseits steckte die Wurzel sehr fest. Sie musste daher operativ entfernt werden, d. h. ich musste den Knochen freilegen und sogar geringfügig etwas Knochen entfernen (Osteotomie). Dann entdeckte ich die Überraschung: Eine recht große Knochenentzündung (das sog. „Eitersäckchen“) zog sich von der Wurzelspitze nicht gerade nach unten wie normal, sondern ging schräg nach hinten unter die Wurzel des gesunden Sechser. Das erklärte mir auch, warum die Fernstörung im Funktionskreis Lunge-Dickdarm war, obwohl der schuldige, kranke Zahn eigentlich zu Magen-Milz-Pankreas gehörte.

Dann haben wir noch einen weiteren Grund, warum manchmal die Tabelle nicht zu stimmen scheint. Es gibt noch mindestens eine andere Zuordnungstabelle. Wenn man das hört, fragt man sich doch: Ja welche stimmt denn nun? Die Antwort ist sehr diplomatisch: Es können beide stimmen, keine muss falsch sein. An einem Bild will ich das erklären. Stellen Sie sich bitte eine Sporthalle vor, auf deren Boden sind rote Linien angebracht und markieren das Fußballfeld. Außerdem gibt es noch blaue Linien, um Basketball zu spielen, und schwarze für Tennis. Welches sind die „richtigen“ Linien?

Die jungen Schüler, die fast nur Fußball spielen, werden sagen: die roten. Die Lehrer, die nur nachmittags Tennis spielen, werden sagen: die

schwarzen. Die großen Schüler, die überwiegend Basketball spielen, sagen dagegen: die blauen.

Hier gibt es nicht falsch und richtig, die Systeme überlappen sich eben, und in vielen Fällen ist nur *ein* System wichtig, die anderen werden ausgeblendet.

Ich hatte eine Patientin mit chronischen Beschwerden im Blase-Niere-Bereich. Nach langen Voruntersuchungen und Vorbehandlungen mussten wir den Zahn 21 „opfern“. Tatsächlich wurde die Blasenentzündung deutlich besser. Was mich überraschte: Auch die Magenprobleme verschwanden im gleichen Zeitraum dauerhaft. Da das so gar nicht in meine Tabelle passte und es ja auch nicht um einen Nachbarbereich ging (zu Herz-Dünndarm gehören ja die Achter), suchte ich in der anderen Tabelle, die ich bisher noch nie bestätigt gesehen hatte. Und siehe da: Hier passten Magen und Einser zusammen.

Die anderen Zuordnungen will ich an dieser Stelle nicht weiter besprechen. Die Zusammenhänge der oben gezeigten Tabelle sind so häufig zu sehen, dass es sich nicht lohnt, noch andere Tabellen zu lernen, zumal ja ohnehin immer *alle* Zähne getestet werden sollten.

Welche Zahnanomalien und -erkrankungen kommen als mögliche Herde in Frage?

Unterbrechung der Leseprobe: Im Buch folgen hier noch 18 Seiten mit Informationen zu folgenden Themen:

(Ab dem Kapitel 4.1 folgt wieder ungekürzter Text)

3.2.6.6 Mögliche Herde

Das sind alle Entzündungen im oder am Zahn oder im Kieferknochen.
Beispiele: ...

3.2.6.7 Wie erkenne ich, ob ein Zahn aktuell ein Herd ist?

Ein Röntgenbild z.B. der Zähne kann eventuell Hinweise auf eine Entzündung geben, es beweist aber nicht den Zusammenhang mit der vermuteten Herderkrankung. Andererseits gibt es Herde, die im Röntgenbild nicht erkennbar sind. ...

3.2.6.8 Wie behandle ich einen Herd?

Ich habe oben schon besprochen, dass z. B. eine Pulpitis durch Neuraltherapie oder durch eine Entfernung der Pulpa beseitigt werden kann. Ich bin ein Freund der kleinen Schritte und gehe gerne stufenweise vor. Ich bin ein großer Gegner der Methode, sofort jeden herdverdächtigen Zahn zu ziehen. Auch bei sorgfältigster Testung weiß man nie mit Sicherheit, ob die Fernstörung dadurch verschwinden wird. Ist der Zahn erst mal weg, muss ja meistens mit hohem finanziellem Aufwand und unangenehmem Behandlungsaufwand für Ersatz gesorgt werden...

Herdtherapie in kleinen Schritten bedeutet für mich folgendes:...

....

3.2.7 Kauen und Verdauen

Sie kennen sicher den alten Spruch von Ihren Eltern oder Großeltern: „Gut gekaut ist halb verdaut.“ Nur was wir mit unseren Mahlzähnen fein zermahlen (wir sagen ja auch Mahlzeit und nicht Schlingzeit) und was wir gut einspeicheln, kann im Darm vollständig verdaut werden...

3.3 Heilende Einflüsse vom Mund zum Körper

3.3.1 Störenden Ursachen erkennen und beseitigen

3.3.2 Die Neuraltherapie

3.3.3 Die Mundakupunktur

3.4 Störeinflüsse vom Körper zum Mund

3.4.1 Mechanische Störungen vom Körper zum Mund

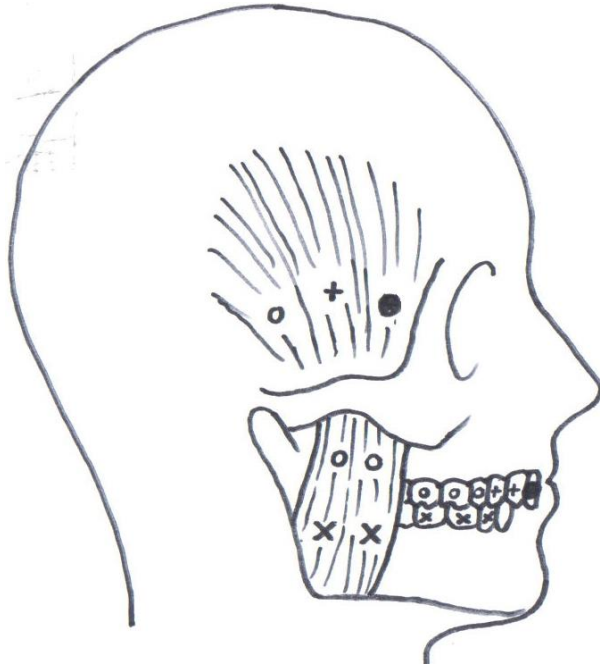


Abb. 24 Triggerpunkte. Muskelverspannungen in den mit o, +, x und schwarzem Kreis gekennzeichneten Regionen können zu den gleichartig bezeichneten Zähnen ausstrahlen

3.4.2 Chemische Störungen vom Körper zum Mund

3.4.3 Darmbakterien

3.4.4 Ernährung

Sie beeinflusst auch die Mundgesundheit. Dass Zucker zu Karies führt, hat sich schon herumgesprochen. Aber wussten Sie schon, dass zu viel tierisches Eiweiß die Neigung zu Parodontitis verstärken kann? Ein ausgeprägter **Vitaminmangel** ...

3.4.5 Energetische Einflüsse vom Körper zum Mund

3.4.6 Seelische Einflüsse auf den Mund

3.4.7 Nachbarschaftliche Einflüsse vom Körper zum Mund

...Damit haben wir einen Überblick über die Störmöglichkeiten, die vom Körper (oder der Seele) auf die Mundhöhle einwirken können. Zum Glück gibt es in dieser Richtung auch gute und nützliche Einwirkungen:

3.5 Heilende Einflüsse vom Körper zum Mund

... An dieser Stelle hört mein Seminar für Heilpraktiker auf, das die Grundlage für dieses Buch bildet.

Zwischendurch sind Ihnen beim Lesen sicherlich immer wieder weitergehende Fragen eingefallen. Das ist im Kurs nicht anders:

Welche Diagnosemethoden hat die ganzheitliche Zahnheilkunde ,
wie muss ich mir die Kinesiologie vorstellen,
welche Therapien gibt es,
wie funktioniert eigentlich die Homöopathie,
was soll ich genau machen, wenn ich übersäuert bin,
was ist eine Mayr-Kur,
ist Amalgam ein Problem, wer braucht eine Ausleitung und wie,
ist Fluorid gut oder schlecht,
warum gibt es etwa 1000 Krankheiten, aber nur eine Gesundheit,
welche Tipps gibt es für mich als Zahnarzt(-Patient),
was muss ich als Facharzt(-Patient) bedenken,
wie finde ich einen ganzheitlichen Zahnarzt,
wie spreche ich als Heilpraktiker den „normalen“ Zahnarzt meiner Patienten an, der noch nicht so ganzheitlich denkt wie ich, wenn es in meiner Umgebung keinen ganzheitlichen Zahnarzt gibt,
was muss ich tun, damit mein Zahnarzt bei mir möglichst nichts zu tun hat?

War Ihre Frage dabei? Dann lesen Sie bitte weiter im nächsten Teil.

4 Die Konsequenzen

4.1 Diagnostik und Therapie in der ganzheitlichen Zahnmedizin

Trotz aller Sorgfalt und Mühe, Ihnen alles logisch klar gegliedert vorzustellen: Bei Diagnostik und Therapie geht das nicht immer. Auch die Schulmedizin kennt das Dilemma. Z. B. gibt es eine Diagnosemethode, die man „diagnosis ex juvantibus“ nennt (Erkenntnis aus dem was hilft). Das heißt, wenn man mit aller Diagnostik nicht so recht weiterkommt, probiert man eine Therapieform aus. Hilft sie, dann weiß man schon besser, was es war. Weiß ich z. B. nicht, ob Bakterien oder Pilze die Krankheit verursachen, dann gebe ich ein Antibiotikum. Hilft es, dann waren es Bakterien, weil Pilze nicht von Antibiotika gestört werden. Sie können selber welche produzieren.

Auch in der ganzheitlichen Medizin sind Erkennen und Behandeln nicht immer sauber zu trennen. Nehmen wir die Akupunktur. Sie ist eine tolle Therapiemethode und als solche auch weithin bekannt. Aber in der Akupunktur wird ebenso mit eigenen Methoden diagnostiziert, z.B. mit einer speziellen Tastung des Pulses. Die Kinesiologie dagegen ist hauptsächlich als Diagnosemethode bekannt (wenn man sie überhaupt kennt). Es gehören aber zwischendurch auch immer wieder kleine Therapiemaßnahmen dazu, die wieder „ex juvantibus“ helfen, die Diagnose zu verfeinern.

„Vor die Therapie haben die Götter die Diagnose gesetzt.“ Darum fangen wir mit ihr an.

4.1.1 Diagnoseformen in der ganzheitlichen Zahnheilkunde

4.1.1.1 Blickdiagnostik

Geübte Behandler können schon an typischen Gesichtsmerkmalen erkennen, welches homöopathische Mittel oder welches Schüssler-Salz ein Patient brauchen könnte. Der TCM-Behandler (Traditionelle Chinesische Medizin) begutachtet genau die Zunge. Der Mayr-Arzt diagnostiziert nach Bauchform, Körperhaltung, Gesichtsfarbe.

Der ganzheitliche Zahnarzt erkennt, ob ein einzelner Kaumuskel wie z.B. der Musculus masseter (der Kaumuskel oberhalb des Kieferwinkels) deutlich dicker ist als der andere. Das weist auf eine einseitige Überlastung hin, besonders auf eine Hyperbalance (s. S. 63).

Die Zunge schaut sich der ganzheitliche Zahnarzt auch genauer an. Eine **Faltenzunge** (lingua plicata) ist nach meiner Erfahrung ein sicherer Hinweis auf eine Übersäuerung des Patienten. Die Schulmedizin sagt zwar, eine Faltenzunge sei nur eine Anomalie ohne Krankheitswert, aber sie sagt ja auch, es gäbe keine Übersäuerung. Da ist sie konsequent, das muss man ihr lassen. Weil die Faltenzunge sich langsam bessert, wenn der Patient gründlich und lange genug entsäuert, bin ich mir bei diesem Zusammenhang sehr sicher.

Bleibende **Eindrücke** von den Zähnen am seitlichen Zungenrand können auch bei Übersäuerung vorkommen, in der TCM gelten sie als Hinweis auf eine Störung des Wasserhaushaltes und eine Schwäche der Milz.

Die **Himbeerzunge** (auch Erdbeerzunge) ist glänzend-rot mit hervorstehenden Geschmacksknospen und weist auf Scharlach hin.

Eine glatte, trockene und glänzend-rote Zunge bezeichnet man als **Lackzunge** (Lingua glabra). Sie ist ein Hinweis auf Leberzirrhose oder Vitamin B12-Mangel, eventuell auch auf das Kawasaki-Syndrom (keine Motorradfahrer-Krankheit, sondern der akut fieberhafte Ausbruch einer Erbkrankheit).

Die **schwarze Haarzunge** sieht besonders erschreckend aus, man weiß aber nicht genau, woher sie kommt und wie man sie heilen kann.

Schottland.

Der Zahnarzt untersucht seinen Patienten und sagt: „Sie haben aber eine sehr schwarze Zunge.“

„Das kommt vom Whisky.“

„Quatsch.“

„Doch, ich hab 'ne Flasche Whisky gekauft, und auf dem Heimweg ist sie mir auf der Straße runtergefallen.“

„Davon wird aber die Zunge nicht schwarz.“

„Doch. Die Straße war frisch geteert.“

Ein weißer, nicht abwischbarer Fleck auf der Zunge oder der Wangenschleimhaut heißt **Leukoplakie**. Die flachen Formen sind meist harmlos und müssen nur beobachtet werden, weil sie manchmal zum Karzinom (Krebs) entarten können. Die warzenartig erhabenen Leukoplakien sind schon Karzinome.

Abwischbare weiße, gelbe oder braune **Beläge** auf der Zunge werden besonders in der TCM beachtet; auch wo genau sie sind, ist wichtig und gibt einen Hinweis auf beteiligte Organe. Die Zunge zu reinigen ist eine gute Sache, das kann gegen Mundgeruch wirken und verringert die Bakterienzahl im Mund. Das verringert auch das Risiko, eine Lungenentzündung zu bekommen. Aber: Bitte nicht vor dem Besuch beim TCM-Behandler die Zunge reinigen, damit würden Sie wichtige diagnostische Hinweise beseitigen.

Auf der **Landkartenzunge** (Lingua geographica) sehen wir viele oder wenige helle und röttere Stellen nebeneinander. Sie können in kürzester Zeit ihre Form und Größe verändern. Sie gelten als ein Hinweis auf einen gestörten Verdauungstrakt. Nach einer Mayr-Kur sind die Flecken meistens verschwunden, auch nach einer Entsäuerungskur kann sich die Landkartenzunge bessern.

Natürlich begutachtet der ganzheitliche Zahnarzt auch die **Kauflächen**. Sind sie an einzelnen Zähnen stärker abgeschliffen als altersgemäß? Gibt es auf den Höckern von Kronen und Brücken Schliff-Flächen, die anzeigen, dass die Höcker gestört haben, zumindest als sie noch neu waren? Dann könnte auch die Körperhaltung gestört sein!

Sieht die eine **Schulter höher** aus als die andere? Das könnte von einer Störung im Biss oder im Darm kommen.

Welche **Bauchform** hat der Patient? Ein kranker Darm ist ein Risikofaktor für Parodontitis.

Wie ist die **Beinlänge** im Liegen und im Sitzen?

Weißer Flecken auf den Fingernägeln sind ein wichtiger Hinweis auf Zinkmangel. Sie verschwinden nicht, wenn man beginnt, ausreichend Zink zuzuführen. Aber es wachsen keine neuen mehr nach. *Zink brauchen wir für über hundert Enzyme, auch für eine starke Immunabwehr.*

4.1.1.2 Messmethoden

Wir können sehr einfach und preiswert den **pH-Wert des Speichels** mit einem Indikatorpapier messen. Saurer Speichel (pH 6,9 und weniger) heißt: übersäuerter Patient, s. u.

Mundströme messen wir am besten mit einem Spezialgerät, das die Spannung (mV), die Stromstärke (µA) und die Energiemenge (nWs), die in den ersten 1 1/2 Sekunden fließt, anzeigt. Dieser letzte Wert ist besonders aussagekräftig, er gibt einen Hinweis auf die Kapazität der Mundbatterie. Die Spannung alleine sagt noch nicht alles: Eine 6V-Batterie für die Taschenlampe und der Akku eines alten VW-Käfers haben beide dieselbe Spannung. Die kleine Batterie wird aber das Auto nicht starten können, sie ist leer, ehe der Motor angesprungen ist.

Die **Haaranalyse** hilft nicht nur, Drogenkonsum oder Doping nachzuweisen, sie kann auch einen Mangel an Mineralien oder eine Belastung mit Schwermetallen aufzeigen. Die Ergebnisse müssen von einem erfahrenen Fachmann ausgewertet werden, um zu richtigen Aussagen zu gelangen und Fehlinterpretationen zu vermeiden.

Interessieren wir uns für eine etwaige Quecksilberbelastung des Patienten, können wir auch seine **Blut- und Urinwerte** im Labor untersuchen lassen. Die Ergebnisse werden immer sehr unauffällig niedrig sein. Das Blut ist dem Körper heilig, er schiebt die Schwermetalle schnell ins Bindegewebe, und wenn das Blut frei ist, geht auch nichts in den Urin über. Ganz anders kann es aussehen, wenn wir nach der ersten Blut- oder Urinprobe ein Medikament spritzen oder einnehmen lassen, das sich mit Schwermetallen verbindet und in dieser Form vom Körper ausgeschieden wird. Nach einer Stunde kann man wieder eine Blut- oder Urinprobe nehmen und auf Quecksilber untersuchen lassen. Wenn die zweite Probe

mehr Metall enthält als die erste, dann wissen wir, es gab Metalle im Körper, die normal im Blut nicht nachweisbar sind. Die Mittel heißen DMPS (Di-Mercapto-Propan-Sulphon-Säure) und DMSA (Di-Mercapto-Bernstein-Säure). Man nennt diese Gruppe Komplexbildner oder auch Chelatbildner. Eigentlich wurden sie zur Behandlung einer akuten Schwermetallvergiftung entwickelt, aber sie funktionieren auch in chronischen Fällen. Hat man so eine Belastung herausgefunden, kann man in größeren Abständen weiter das Mittel geben, bis keine Schwermetalle mehr nachweisbar sind. *Das Ganze sollte unter ärztlicher Aufsicht und Anleitung passieren, weil die Mittel nicht nur unerwünschte Metalle ausscheiden, sondern auch die Mineralien, die wir im Körper brauchen. Daher sind DMPS und DMSA verschreibungspflichtig.*

Der **Lymphozyten-Transformations-Test (LTT)** ist eine Labormethode, bei der das Blut untersucht wird, und zwar auf bestimmte weiße Blutkörperchen, die T-Lymphozyten. Diese weisen auf Allergien und Unverträglichkeiten hin, z. B. gegen Metalle.

4.1.1.3 Testmethoden

So ganz unmerklich sind wir jetzt von der Methode des Messens zur Methode des Testens gekommen. Unter Testen verstehen wir eine erste Messung, danach lassen wir auf den Patienten einen Reiz einwirken, und nach einer angemessenen Zeit messen wir das gleiche Objekt zum zweiten Mal, bei manchen Methoden evt. auch ein drittes Mal. So können wir herausfinden, ob der Reiz an diesem Patienten etwas bewirkt hat.

Ein erstes Beispiel war schon die eben beschriebene Untersuchung auf Schwermetalle.

4.1.1.3.1 Regulations-Thermographie

Hier wird an etwa 60 bestimmten Stellen des Körpers die Oberflächentemperatur gemessen. Anschließend folgt ein Kältereiz, und nach 5 - 10 Minuten werden alle Punkte erneut gemessen. Aus der Erfahrung weiß man, welche Stellen beim gesunden Menschen mit guter Regulation sich reflexartig erwärmen und welche sich reflektorisch abkühlen müssen. Aus den Unterschieden zwischen den Sollwerten des Norm-Menschen und den

Ist-Werten des untersuchten Patienten gewinnt man Hinweise, wo im Körper es aktuell Regulationsstörungen gibt.

In der zahnärztlichen Herdsuche spritzt man anschließend die herdverdächtigen Zähne neuraltherapeutisch an und misst nach 5 - 10 Minuten ein drittes Mal. Haben sich die Drittwerte gegenüber den Zweitwerten deutlich verbessert, dann wissen wir, es gibt Zahnherde. Hat sich nichts verbessert, können wir die Zähne als Herd ausschließen.

Der Nachteil dieser Methode: Der Patient muss beim Testen einen ausgeglichenen, unbelasteten Wärmehaushalt haben, er darf nicht verschwitzt oder ausgekühlt sein. Hochsommer und tiefer Winter sind also ungeeignet. Der Vorteil: Wir können dem Patienten das Ergebnis "schwarz auf weiß" zeigen (sogar mehrfarbig), es basiert auf objektiven Messungen.

4.1.1.3.2 Elektroakupunktur

Eine weitere Mess- und Testmethode, die sehr objektiv wirkt, weil sie ein elektrisches Messgerät nutzt, ist die Elektroakupunktur (EAP, auch EAV genannt, Elektroakupunktur nach Voll). Hier misst man mit einem speziellen Gerät den elektrischen Widerstand der Haut an bestimmten Akupunkturpunkten, bevorzugt an den Nagelbett-Winkeln der Finger und Zehen. Ein Wert von 50 auf einer Skala von 0 - 100 zeigt einen gesunden oder energetisch ausgeglichenen Zustand des zugehörigen Akupunkturmeridians an. So kann man in einer Erstmessung einen Überblick über den augenblicklichen energetischen Zustand des Patienten gewinnen. Dann gibt man einen kleinen elektrischen Reiz auf das Zahnfleisch eines herdverdächtigen Zahnes und misst erneut dieselben Punkte an den Fingern. Verbessern sich Messwerte, die vorher stark vom Idealwert abgewichen sind, dann kann man daraus schließen, dass der eben elektrisch gereizte Zahn ein Herd ist und in welchem Bereich eine Besserung nach einer Herdtherapie zu erwarten ist.

Ich kenne Behandler, die sehr gekonnt und souverän mit der Elektroakupunktur umgehen. Ich kenne leider auch andere, bei denen ich den Eindruck habe, sie drücken beim Messen nicht immer gleich stark auf oder nicht immer auf genau demselben Punkt und manipulieren so ihre Ergebnisse. Damit ist für mich diese Methode nicht so objektiv, wie sie erscheint. Deswegen kann sie trotzdem gut sein, ich erkenne auch subjektive Methoden an. Dann ist es nur wichtig, dass der Behandler sich beim Tes-

ten von seinen Erwartungen frei machen und sich auch auf unerwartete Ergebnisse einlassen kann.

4.1.1.3.3 Allergietest

Dieser schulmedizinisch anerkannte Test auf der Haut zeigt recht gut Allergien z. B. gegen Pollen an. Bei Nahrungsmitteln versagt er oft, und für die Testung von Dentallegierungen (Metallgemische für Inlays und Kronen) ist er nicht so recht geeignet. Wie schon besprochen, muss man nicht unbedingt eine Allergie gegen eine Legierung haben, trotzdem kann sie auf verschiedenen anderen Wegen unverträglich sein, s. 3.2.2ff. Diese Unverträglichkeit zeigt der Allergietest leider nicht.

4.1.1.3.4 Lymphozytentransformationstest (LTT)

Bei diesem Test wird Patientenblut im Labor untersucht. Bei Allergien gegen Zahnersatzmaterialien scheint er sensibler zu sein als der Hauttest. Allerdings gelten für ihn die gleichen Einschränkungen: Toxische oder energetische Unverträglichkeiten erkennt er nicht.

Diese beiden Allergietests lassen wir hier mal als Test durchgehen, weil sie beurteilen, ob der Organismus auf einen Reiz reagiert. Eine eigentliche Erst- und Zweitmessung findet dabei allerdings nicht statt, man beurteilt nur, ob sich die vorher unauffällige Haut unter dem Testmaterial rötet, bzw. ob Lymphozyten mit oder ohne Zugabe des fraglichen Allergens unterschiedlich wachsen.

Jetzt machen wir weiter mit den echten Testungen, wie ich sie oben definiert habe.

4.1.1.3.5 Kinesiologie

Sie ist ein Testverfahren, für das man keine Geräte, keinen Strom und kein Labor braucht, das macht sie mir sehr sympathisch. Ich kann sie in der Praxis ebenso gut anwenden wie zu Hause oder im Urlaub. Von vielen Schulmedizinern wird sie misstrauisch beäugt, weil sie angeblich keine verlässlichen Ergebnisse liefert. Das könnte daran liegen, dass es von der Kinesiologie eine gute und eine weniger gute Variante gibt.

Die in meinen Augen weniger gute war die erste auch bei medizinischen Laien und alternativen Medizinern bekannte sog. **Angewandte Ki-**

nesiologie. Sie wurde auch im Rahmen des sog. Touch for Health (Gesund durch Berühren) verbreitet. Das Grundprinzip beruhte auf folgenden (überholten) Annahmen:

Ein Muskel kann zwei verschiedene Energiezustände haben, stark oder schwach. Der Tester sucht am Patienten einen starken Testmuskel, gibt ihm ein unverträgliches Nahrungsmittel o. ä. in die Hand oder lässt ihn eine kranke Körperstelle berühren. Danach prüft der Tester den Muskel erneut, dieser ist dann schwach und zeigt die Unverträglichkeit bzw. Krankheit an. Bleibt der Muskel beim zweiten Testen dagegen stark, soll das ein Beweis für Verträglichkeit bzw. Gesundheit sein. Die Muskelstärke wird geprüft, indem der Tester mit einer möglichst gleichbleibenden Kraft z. B. den ausgestreckten Arm des Patienten nach unten drückt, der Patient muss dagegenhalten. Sinkt der Arm nach unten, gilt der beteiligte Muskel als schwach, kann der Arm gehalten werden, ist der Muskel stark.

Diese Methode hat ein paar Schwächen. Wenn der Tester immer mit der gleichen Kraft von 5 kg drückt (so wurde es empfohlen), dann kann der trainierte Bodybilder sicher auch mit einem im Test gerade geschwächten Muskel noch leicht dagegenhalten. Bei einer untrainierten älteren Dame sinkt der Arm vielleicht trotz starkem Muskelzustand herunter und wird fälschlich für schwach gehalten. Das könnte man umgehen, indem man bei kräftigen und trainiert wirkenden Personen nach Gefühl stärker drückt und umgekehrt. Aber wie soll man die Kraft genau dosieren? Der Test wird damit sehr subjektiv, auch wenn der Tester die besten Absichten hat und nicht manipulieren will. Ich habe diese Methode gelernt, mich aber immer unsicher dabei gefühlt und bin bald auf eine andere Art zu testen umgestiegen, den Armlängen-Reflextest, s. u.

Später hatte ich das große Glück, dass im Rahmen meiner Mayr-Arzt-Ausbildung der damalige Vorsitzende der Österreichischen Gesellschaft für **Applied Kinesiology** (wird englisch ausgesprochen [äpláid kinesiólodschi]) einen kurzen Einführungskurs gab. Diese Variante der Kinesiologie gefiel mir gleich viel besser, ich konnte sie sofort und sicher anwenden. Das theoretische Grundgerüst ist ähnlich: Man prüft, ob ein Testmuskel seine Stärke verändert und schlussfolgert daraus, ob ein Reiz für den Patienten verträglich oder schädlich ist. Es gibt aber *zwei gewichtige Unterschiede*.

1. Ob ein Muskel stark oder schwach ist, beurteilen wir nicht daran, wie er auf meinen subjektiven Druck reagiert. Hier heißt die Aufforderung nicht „bitte halten“, sondern „bitte drücken“. Der Patient fängt an zu drücken und baut innerhalb von ein bis zwei Sekunden seine Kraft gegen die Hand des Testers auf. Der Tester muss dagegenhalten und spürt, wann die Kraft des Patienten sich nicht mehr steigert, also ihr Maximum erreicht hat. Dann drückt der Tester noch gefühlte 5 % stärker. Ist der Muskel energetisch stark, hält er auch noch diese kleine Zusatzkraft aus. Ist er energetisch schwach, bricht seine Anspannung zusammen, der Arm lässt sich mühelos fast ohne fühlbaren Widerstand nach unten drücken. „Stark“ und „schwach“ muss man also nicht nach einem gefühlt richtigen notwendigen Kraftaufwand in kg beurteilen, sondern allein nach der Fähigkeit, eine minimale Zusatzkraft auszuhalten. Ich muss mich als Tester nicht darauf konzentrieren, immer gleich zu drücken oder die Widerstandskraft des Patienten vorher und nachher zu beurteilen und zu vergleichen. Außerdem spürt der Tester aber auch, dass der schwache Muskel nicht nur die Zusatzkraft nicht „verkräftet“, sondern er baut gar nicht eine so hohe Maximalkraft auf. Das aber ist nicht das allein entscheidende Kriterium.

2. Die andere wichtige Erkenntnis der Applied Kinesiology ist: Es gibt nicht nur zwei mögliche energetische Zustände eines Muskels, sondern drei! Man könnte sie auf Deutsch schwach, stark und überstark nennen, medizinisch heißen sie hypoton (zu wenig Spannung), normoton (normale Spannung) und hyperton (zu viel Spannung). Der normotone und der hypertone Muskel wirken zunächst beide stark, wie wir es schon in der Angewandten Kinesiologie kennengelernt haben. Unterscheiden können wir die beiden Zustände, indem wir den Muskel nach seiner starken Reaktion mit einem bestimmten Reiz zu schwächen versuchen und sofort noch einmal testen. Das kann ein Magnet sein oder der Druck auf einen diesen Muskel schwächenden Akupunkturpunkt, oder man schiebt den Muskel in seiner Längsrichtung etwas zusammen. Reagiert er jetzt mit einer Schwächung, ist das normal, er ist dann normoton. Bleibt er dagegen immer noch stark, dann ist das nicht normal, er hat pathologisch viel Spannung, und wir nennen ihn hyperton.

Nur der normotone Zustand ist der erwünschte, der gute, der ideale Zustand.

Gehen wir zurück zur Angewandten Kinesiologie. Teste ich hier einen Muskel als stark, dann unterstelle ich, er sei in seinem Idealzustand. Tatsächlich könnte er aber auch hyperten sein, man testet ja nicht weiter, ob er sich schwächen lässt. Dann wäre er ebenso pathologisch wie ein schwacher Muskel.

Aus der Sicht der Applied Kinesiology ist also der nach Angewandter Kinesiologie schwach getestete Muskel richtig beurteilt, dagegen ist der stark getestete Muskel nur mit einer Wahrscheinlichkeit von 50% wirklich normoton, vielleicht aber hyperten.

Ich gehe deshalb so genau auf diese beiden Testmethoden ein, damit sich auch ein Patient ein Bild machen kann, wie er gerade getestet worden ist und was er davon halten soll. Eines gilt für beide Varianten: Der Patient kann leicht den falschen Eindruck bekommen, der Tester hätte beim zweiten Mal einfach stärker gedrückt, deswegen sei der Arm nach unten gegangen. Das ist verständlich. Wenn man noch keine Erfahrung damit gemacht hat und sich nicht vorstellen kann, dass ein Muskel sich durch energetische Einflüsse schwächen lässt, dann hat man als einzige Erklärung, die von außen kommende Kraft müsse stärker geworden sein.

Eines der ersten Bücher über die Kinesiologie ist von John Diamond und heißt „Der Körper lügt nicht.“ Es ist eine auch für Laien verständliche Einführung in die Thematik, allerdings auf dem früheren Wissensstand. Ein Fehler liegt schon in der Überschrift. Manchmal ist der Organismus durch Stress so durcheinander, dass er eben doch lügt und falsche Antworten gibt. Das gibt es! Ehe ich also mit den eigentlich interessierenden medizinischen Fragestellungen zu testen beginne, muss ich prüfen, wie der Patient auf Reize reagiert, bei denen ich *weiß*, wie er reagieren müsste. Erkenne ich, dass er falsch reagiert (man sagt, er ist „geswitcht“, aus dem englischen to switch für umschalten), muss ich ihn erst vorbehandeln und dann nachtesten, ob das Switching verschwunden ist. Erst danach kann ich mit dem eigentlich geplanten Test beginnen.

Meine DRINGENDE EMPFEHLUNG:

1. Kein Test ohne Vortest.

2. Der Tester muss drei Muskelzustände kennen, das Ergebnis „stark“ gilt erst, wenn zwischen normoton und hyperten unterschieden wurde. Wenn Sie das verstanden haben, müssen Sie sich die anderen Einzelheiten nicht alle merken.

4.1.1.3.6 Armlängenreflextest (Armlängentest)

Eine interessante Abwandlung der Kinesiologie habe ich kennengelernt, nachdem ich mit den Testergebnissen gemäß meinem ersten Kurs über Angewandte Kinesiologie unzufrieden war. Es ist der Armlängenreflextest (auch Armlängentest). Der Entdecker dieser Methode, Raphael van Assche, nennt sie **Physioenergetik**. Ich bevorzuge hier den ersten Namen, da kann man sich besser vorstellen, worum es dabei geht.

Das Gedankengebäude ist hier das gleiche wie in der Applied Kinesiology: Der Körper reagiert auf bestimmte Reize reflexartig zustimmend, ablehnend oder indifferent (gleichgültig, der Reiz ist ihm egal, löst keine Antwort aus). Allerdings nutzt man hier nicht die Änderung der Kraft eines Muskels, sondern die Änderung der Muskelspannung im Körper.

Ich erkläre es an einem Beispiel. Stellen Sie sich vor, Sie stehen entspannt und gerade vor einem Menschen, der plötzlich aggressiv wird und Sie tötlich anzugreifen beginnt. Reflexartig werden Sie sich auf diesen Stress hin körperlich anspannen. Dabei machen alle Menschen reflexartig eine leichte körperliche Verdrehung im Rumpf. Egal ob Sie als Boxer oder als Fechter oder gar nicht trainiert sind, versuchen Sie instinktiv, Ihre Angriffsfläche zu verkleinern und Ihre bessere oder stärkere Seite nach vorne zu bringen. Diesen Reflex zur Verdrehung des Körpers bei Stress nutzt man beim Armlängentest. Der Patient liegt entspannt und bequem auf dem Rücken und streckt, nein, gibt seine Arme nach hinten überkopf, wo der Untersucher sie etwa an den Handgelenken oder Handrücken locker fasst und hält. Dann bewegt er die Hände ein wenig hin und her, sodass die Patientenarme ein wenig gebeugt und gestreckt werden. Hat der Untersucher sich in das Gewicht der Arme und die freie Beweglichkeit eingefühlt, kann er mit dem Vortest beginnen. Merkt der Tester dabei aber, dass der Patient die Bewegungen mit der eigenen Kraft seiner Arme unterstützt, dann fordert er ihn auf, die Arme ganz locker fallen zu lassen, auch die

Ellenbogen, und nicht selber zu bewegen. Er soll ganz passiv bleiben. Hilfreich kann die Vorstellung des Patienten sein, er liegt im Urlaub ganz entspannt am Strand in der Sonne und ist kurz vor dem Einschlafen. Wenn das klappt, konzentriere ich mich darauf, langsam ein paarmal rechts und links gleichzeitig mit gleicher mittelstarker Kraft zu ziehen. Normalerweise erscheinen die Arme des Patienten dabei gleich lang.

4.1.1.3.6.1 Vortest

Im Vortest lasse ich den Patienten erst eine persönliche Wahrheit aussprechen, z. B. „Ich heiße [Patienten-Vorname]“, dann ziehe ich wieder beide Patientenhände leicht zu mir. Dabei achte ich primär nicht darauf, ob ich die Arme auf gleiche Länge ziehe, sondern ob ich rechts und links mit gleicher Kraft ziehe. Normalerweise sind die Arme noch gleich lang. Dann lasse ich den Patienten eine Lüge sagen: „Ich heiße [falscher Vorname des gegenteiligen Geschlechts]“. Wenn ich jetzt wieder mit gleicher Kraft ziehe, sieht plötzlich ein Arm kürzer aus. Das nennen wir einen positiven Armlängenreflex (AR+), weil sich die Armlängen gegenüber vor dem Reiz verändert haben.

Jetzt weiß ich schon, dass sich der Patient z. Z. testen lässt, und der Patient hat schon einen ersten Eindruck, dass er tatsächlich reagiert. Er sieht beim Testen seine Armlängen ja nicht, daher führe ich zunächst seine Hände beim Ziehen so, dass sie sich nicht berühren. Ich frage ihn, ob er spürt, dass ich rechts und links mit gleicher Kraft ziehe. Bejaht er das, führe ich seine Hände zusammen, dass sie sich berühren, ohne an der Gesamtkraft etwas zu ändern. Jetzt spürt er plötzlich, dass z. B. die eine Daumenspitze den anderen Daumen am Grundgelenk berührt. Damit erfährt er, seine Arme erscheinen durch die reflexartige Verspannung wirklich ungleich lang, obwohl mit gleicher Kraft an ihnen gezogen wird. Ich lasse ihn spüren, dass die Kraft für den Unterschied eben nicht von mir kommt, sondern von ihm, und ich spreche das auch aus. Damit kann der Patient zu der Methode und zu mir Vertrauen fassen in einem Stadium, wo es noch nicht auf bestimmte Testergebnisse und ihre Konsequenzen ankommt.

Zur Sicherheit mache ich einen zweiten Vortest, wieder mit einem Wahrheit-Lüge-Paar. Er soll sagen „ich bin hier“, das bringt die Arme wieder auf gleiche Länge. Dann sagt er „ich bin in Moskau“, die Arme werden

wieder unterschiedlich. (Falls Sie mal in Moskau testen, müssen Sie eine andere Stadt nehmen.)

Mit diesem zweiten Vortest spüre ich mich noch besser in die Besonderheiten dieses Patienten ein und gewinne Sicherheit. Außerdem kann ich ihm meistens zeigen, dass die Differenz größer ist, wenn er behauptet, die falsche Person zu sein, als wenn er sagt, er sei am falschen Ort. Damit zeige ich ihm, dass dieser Test bzw. sein Körper auch anzeigen kann, welcher von zwei Stressfaktoren für ihn der größere ist.

Gelegentlich kommt es vor, dass der Patient „geswitcht“ ist. Das erkenne ich daran, dass er auf die Wahrheit so reagiert, als sei es eine Lüge, und umgekehrt. In diesem Zustand sollte man natürlich nicht weiter testen. Häufig verschwindet das **Switching** schon, wenn der Patient einen Becher Wasser trinkt, manchmal braucht er noch eine Akupressur auf Niere 27 rechts und links (macht er selber mit Daumen und zwei Fingern der einen Hand, mit der anderen reibt er gleichzeitig kreisförmig über seinen Nabel. Eventuell muss er noch zwei mittig liegende Punkte über und unter den Lippen akupressieren (massieren), wieder mit gleichzeitigem Kreisen der anderen Hand auf dem Nabel. Mehr würde hier den Rahmen sprengen, das lernt man alles in einem Kurs.

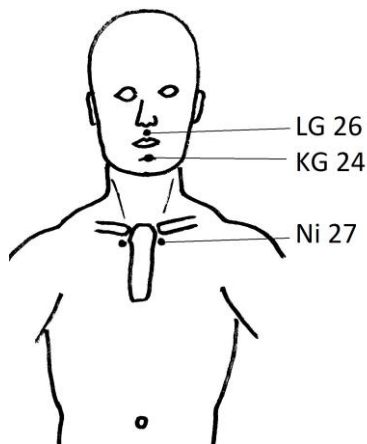


Abb. 25 Anti-Switching-Punkte

Ist das Switching behoben, ist noch ein anderer Vortest nötig. Mit ihm will man feststellen, ob eine sog. **psychologische Umkehr** vorliegt. So nennt man den Zustand eines Patienten, der einen sekundären Krankheitsgewinn hat. Er fühlt sich dann besser, wenn es ihm gesundheitlich schlechter geht, etwa weil er dann mehr Zuwendung bekommt, getröstet wird, Mitleid erfährt. Dieser Test geht ganz schnell und einfach. Ich lasse den Patienten sagen „Ich möchte, dass es mir gut geht“. Reagiert er hier nicht, d. h. die Armlänge bleibt gleich, dann ist das für ihn die Wahrheit, und das ist gut so. Damit ist die psychologische Umkehr schon ausgeschlossen, ich muss nicht weiter darüber reden und gehe zum Haupttest über, zu dem, was ich eigentlich testen will. Nur wenn „Ich möchte, dass es mir gut geht“ einen Armreflex auslöst, mache ich die Gegenprobe und lasse ihn sagen „ich möchte gerne viele Probleme haben“. Das ist ja für ihn in diesem Zustand kein Stress, also zeigt er jetzt keine Differenz. In diesem Fall muss ich den Befund ansprechen und ihm sagen, das kommt gelegentlich vor und kann ganz leicht behandelt werden. Das muss es auch, weil wir uns sonst in diesem Zustand nicht auf die kommenden Testergebnisse verlassen könnten.

Die **Affirmation** für diese psychologische Umkehr lautet: „Ich akzeptiere mich von ganzem Herzen mit all meinen Unzulänglichkeiten und Problemen.“ Während der Patient das laut spricht, klopft er gleichzeitig mit den Fingern der einen Hand auf die Handkante der anderen, da, wo die längste Falte in der Handfläche auf die Handkante trifft. Der Punkt heißt Dünndarm 3. Nach etwa 4 - 5 Wiederholungen der Affirmation wechselt er die Hände, klopft auf der anderen Seite und spricht wieder 4 – 5 mal die Affirmation.

Die psychologische Umkehr kommt nicht so oft vor, also müssen Sie das nicht sofort auswendig lernen, bei Bedarf können Sie ja hier nachschauen. Wichtig ist nur, dass man überhaupt daran denkt und nur die erste Aussage machen lässt „Ich möchte, dass es mir gut geht“. Reagiert der Patient hier normal, also gar nicht, geht es weiter zum eigentlichen Test. Die gegensätzliche Testaussage wäre jetzt nur verwirrend.

Was kann man alles testen? Fast alles.

In der ganzheitlichen Zahnheilkunde bieten sich an

- Materialverträglichkeit,
- Therapielokalisation,
- Medikamente der Allopathie und der Homöopathie, passende Potenzstufe
- Herdsuche,
- Schwermetallbelastung
- psychologische Exploration
- Angst.

4.1.1.3.6.2 Materialtest

Fangen wir - als einfaches Beispiel - mit dem Materialtest an. Den braucht der Zahnarzt am häufigsten. Will er ihn nicht selber machen, kann er ihn evt. an einen Heilpraktiker oder Arzt delegieren, der das Testen gut beherrscht. Man hat sich vorher je einen **Testsatz** zusammengestellt mit allen gängigen Materialproben, die man für ein bestimmtes Arbeitsfeld braucht, z. B. alle in der eigenen Praxis üblichen Legierungen, alle Zemente usw. Wie das am einfachsten und billigsten geht, lesen Sie im Kapitel „Tipps für Zahnärzte“ (s. S. 262).

Beim Materialtest wollen wir unterscheiden zwischen Stoffen, die der Patient verträgt (die können wir ihm einbauen), und solchen, die für ihn unverträglich sind (die muss er meiden).

Der Haupttest verläuft ähnlich wie der Vortest. Nur sagt der Patient jetzt nichts, sondern er lässt sich eine Materialprobe auf den Körper legen. Praktisch bewährt ist die Gegend des Brustbeins. Da kommt der Tester leicht hin, die Probe liegt relativ sicher, und es ist auch gut, wenn der Patient nicht sieht, was ihm gerade hingelegt wird, damit er den Test nicht gedanklich mit Befürchtungen oder Erwartungen stört.

War der Patient vorher auf gleicher Armlänge und reagiert auf die Anwesenheit des Materials mit einem Armlängenreflex (AR+, er bekommt eine Differenz), dann heißt das, dieses Material macht ihm Stress. Der Tester nimmt es wieder weg und testet sofort nach. Bei einer Unverträglichkeit bleibt die Differenz noch ein paar Sekunden lang bestehen und

geht langsam zurück. Je länger das schon weggenommene Material noch nachwirkt, desto schlechter ist es verträglich. So können wir zur Not das am wenigsten unverträgliche Material aussuchen, wenn es schon kein wirklich gut verträgliches geben sollte. Das kommt vor.

Als- verträglich beurteilen wir die Probe, wenn sie überhaupt keinen AR hervorruft.

Gelegentlich kann es sein, dass der Patient auf jedes hingelegte Material Unverträglichkeit anzeigt. Als ich das zum ersten Mal erlebte, wollte ich es gar nicht glauben. In so einem Fall soll man nicht stur weiter testen, sondern sich als Tester fragen, was vielleicht gerade schief laufen könnte. Ich legte ihm zur Probe ein leeres Glasröhrchen auf, es schien auch unverträglich zu sein. Dabei ist Glas immer verträglich. Zuletzt tat ich nur so, als ob ich ihm etwas auflege, das war auch unverträglich. Da fiel mir die Lösung ein: Er hatte jedes Mal auf meine Hand reagiert, unabhängig davon, was ich ihm hinlegte. Seitdem berühre ich den Patienten immer erst einmal an der Stelle, auf die ich ihm etwas legen will, und teste, ob er bereits auf meine Hand reagiert. Wenn nicht, ist die Stelle geeignet. Gibt es einen AR, muss ich mir eine andere geeignete Stelle suchen und testen, z. B. Oberbauch, Hemdentasche, Unterbauch, unter dem Gürtel (dahin gesteckt rollt nichts weg). Mehr dazu lesen Sie im Abschnitt über die Therapielokalisation.

Spätestens hier drängt sich vielen Lesern die Frage auf: Ja, wie soll denn das Material auf den Körper einwirken können, wenn es gar keinen direkten Kontakt hat? Es ist ja noch das Hemd und vielleicht das Unterhemd dazwischen!

Wir sind es in der Medizin gewohnt, dass alles chemisch wirkt: Medikamente, Alkohol, Drogen, Zigaretten, Lebensmittelzusätze, Atemgifte wie Holzschutzmittel, Pollen als Allergie-Auslöser, Quecksilber aus dem Amalgam usw. All diese Dinge wirken tatsächlich chemisch, wenn sie gut oder schlecht auf uns einwirken.

Doch *zusätzlich* hat jeder Stoff, jedes unterschiedliche Molekül eine ganz eigene, unverwechselbare Schwingung. Sie ist sehr schwach, aber unser Organismus kann sie erkennen, wenn sie nahe genug an unserem Körper ist. Auch bei ein paar Zentimeter Abstand können die Schwingung noch bemerkt werden. Nehmen wir als technisches Beispiel einen Radiosender und ein Radio. Hier ist die Sendeleistung ungleich höher, aber das

Prinzip ist das gleiche: Das Radio muss eine Antenne haben und sein Schwingkreis auf den Sender eingestellt sein. Dann passiert überhaupt nichts Chemisches, aber Informationen werden physikalisch vom Sender auf den Empfänger übertragen. Der Radiohörer kann schnell und eindeutig beurteilen, ob ihm ein Programm sehr gut gefällt, ihn antönt und ihm Schwung gibt, oder ob es dagegen sein Missfallen erregt, weil ihm die Musik nicht gefällt oder ihn runterzieht. Oder aber er empfindet das Programm als neutral, es geht so, es ist nicht gut, nicht schlecht, man könnte aber auch darauf verzichten, zumindest stört es nicht.

Offensichtlich hat der Mensch eine gewisse Erfahrung gesammelt, wie sich die Schwingung eines bestimmten Stoffes anfühlt und wie er dann chemisch wirkt. Später reicht die Schwingung, und das Unterbewusstsein „weiß“ schon, was es Gutes oder Schlechtes zu erwarten hat. Man sagt, es ist konditioniert. Dann kann der Patient mit seinen Reflexen schon anzeigen, ob er ein Material gut oder schlecht vertragen wird, ehe es zu einer chemischen Reaktion kommt.

Zweierlei gemeinsam haben die Methoden Kinesiologie, Armlängenreflex, Elektroakupunktur, Bioresonanz, Homöopathie: 1. Die Schulmedizin hat sie noch nicht begriffen und lehnt sie daher ab. 2. Sie basieren alle auf dem Prinzip der feinen Schwingungen und der Resonanz mit einem Organismus. Mehr dazu erfahren Sie im Kapitel über Homöopathie, S. 163.

4.1.1.3.6.3 *Therapielokalisation (TL)*

Nach diesem Ausflug in die Theorie geht es weiter mit der praktischen Anwendung der Kinesiologie und speziell des Armlängentestes. Nach dem Materialtest besprechen wir die Therapielokalisation, d.h. die Suche nach einer therapiebedürftigen Körperstelle.

Nicht nur ein Material wirkt auf den Körper, wenn es in seine Nähe kommt (und ein Medikament auch, wie wir später sehen werden), sondern auch die Hand des Testers. Nun gibt es Stellen, da ist es dem Körper egal, wenn er berührt wird. Das sind gesunde Körperteile. Bei kranken Stellen reagiert er dagegen schon reflexartig, wenn sich eine fremde Hand zu sehr nähert. Die könnte ja vielleicht zu grob werden, weil sie nicht weiß, dass hier eine empfindlichere Stelle ist. Das ist ein Stress für den Körper, daher geht er in den Alarm-Modus, den wir mit dem Armlängentest erkennen können.

Wenn wir also wissen wollen, welcher Körperteil, welches Organen, Gelenk, Nebenhöhl usw. energetisch gestört ist, berühren wir beim Arm-längentest nach und nach einzeln die uns interessierenden Stellen und beobachten jedes Mal, ob und wo wir einen AR auslösen. Diese Orte sind therapiebedürftig, daher nennt man diesen Test Therapielokalisation: Wir lokalisieren die therapiebedürftige Stelle.

Wir wissen bei einer positiven Therapielokalisation nur, *dass* hier etwas nicht stimmt, aber nicht, *was* nicht stimmt. Es sind viele verschiedene Auslöser für den AR möglich: Es könnte etwa ein Pickel auf der Haut sein, den man unter dem Hemd ja nicht sieht, oder ein Hämangiom (blauer Fleck), eine störende Narbe, eine gestörte Reflexzone, ein gestörter Akupunkturpunkt, oder eben das darunter liegende Organ. Wenn ich also meine Hand über die Leber des Patienten lege und einen positiven AR bekomme, darf ich nicht gleich Panik machen und sagen: „Ihre Leber ist krank“. Da heißt es denken und abwägen und weiter untersuchen, befragen und testen.

Jetzt verstehen Sie auch besser, warum ich vor dem Materialtest erst die Stelle berühre, auf die ich die Werkstoffe legen will. Der Thymus (Bries, ein Lymph-Organ unter dem Brustbein) oder ein Akupunkturpunkt könnten ja behandlungsbedürftig sein, dann hätte ich auch jedes Mal einen AR, wenn ich mich mit meiner Hand nähere, um etwas hinzulegen.

4.1.1.3.6.4 Medikamententest

Bei ihm ist es ähnlich wie beim Materialtest. Auch hier teste ich die Stelle, auf die ich die einzelnen Medikamente legen will. Wie beim Materialtest sagt mir dann der Körper, was er davon hält. Der Unterschied: Beim Materialtest suche ich einen Stoff, der neutral ist, beim Medikamententest suche ich ein Mittel, das wirksam und verträglich ist. Die Wirksamkeit erkennen wir daran, dass der Körper mit einem AR reagiert. Dabei gibt es zwei Möglichkeiten.

A Der AR bleibt noch ein paar Sekunden lang, nachdem ich das Mittel weggenommen habe. Das zeigt an, dass das Mittel einen Einfluss hat, aber in dieser Konzentration, Menge oder Potenzstufe zur Zeit unverträglich ist. Es sollte *nicht* eingenommen werden. Der Körper empfindet es als größeren Stress.

B Der AR verschwindet sofort, nachdem ich das Mittel weggenommen habe. Das bedeutet, das Mittel ist wirksam und verträglich. Es darf verordnet bzw. eingenommen werden. Der Körper empfindet es als einen kleinen und anregenden oder heilsamen Reiz.

Diesen Unterschied in der Wirkungsweise und Reaktion versteht man noch besser, wenn man die Zusammenhänge der Arndt-Schulz-Regel kennt. Sie wird später genauer besprochen (s. S. 153). Sie besagt: „Kleine Reize regen an, große Reize stören“. Der nur kurz wirkende AR zeigt an, dass es ein kleiner, nützlicher Reiz war. Der länger nachwirkende AR zeigt, dass der Reiz zu groß oder zu stark war, um verträglich zu sein.

In dieser beschriebenen Form sagt uns der Medikamententest nur, ob ein Mittel zur Zeit nützlich, unverträglich oder neutral ist. Natürlich geben wir es nur, wenn es nützlich und verträglich ist. Wir erfahren so aber noch nicht, für welches Organ oder welche Krankheit es wirkt. Wenn wir das wissen wollen, müssen wir einen Zwei-Schritt-Test oder Zwei-Punkt-Test machen, den beschreibe ich gleich beim Herdtest.

Mit dem Medikamententest können wir alle Heilmittel testen, egal ob es schulmedizinische wie Antibiotika, Kortison, Antidiabetika oder Beta-blocker sind, oder ob es um naturheilkundliche geht wie pflanzliche (Phytopharmaka), homöopathische, Schüsslersalze, Nosoden etc. In der Homöopathie können wir sogar testen, welche Potenzstufe der Patient braucht.

4.1.1.3.6.5 Herdtest

Er ist zunächst so ähnlich wie die Therapielokalisation. Aber hier wollen wir nicht nur wissen, ob ein Organ oder ein Zahn behandlungsbedürftig ist. Hier fragen wir den Körper, ob das Organ oder der Zahn einen störenden Einfluss auf einen anderen Körperteil hat.

Nehmen wir als Beispiel die Frage, ob der herdverdächtige Zahn 16 (rechts oben der Sechser) die Schmerzen im rechten Knie verursacht. Dazu machen wir eine TL (Therapielokalisation) am 16 (wir berühren den 16 im Bereich seiner Wurzel), es gibt einen AR. Wenn der AR nach ein paar Sekunden verschwunden ist, machen wir die TL am rechten Knie, indem wir die Hand auf das Knie legen. Es gibt auch einen AR. Damit wissen wir zunächst nur, dass beide Körperteile behandlungsbedürftig sind und auf

Berührung reagieren. Ob sie einander beeinflussen, wissen wir damit noch nicht.

Dazu machen wir einen **Zwei-Punkt-Test**. Dabei wollen wir wissen, ob der AR des einen Körperteils (= Punkt 1) den AR des anderen Körperteils (= Punkt 2) beeinflusst. Eine Klarstellung vorab: AR heißt nicht immer, dass die Armlängen eine Differenz *bekommen*. Es heißt, dass der vorherige Zustand der Armlängen sich verändert. Bisher sind wir immer davon ausgegangen, dass am Anfang die Armlängen gleich waren. Hier bedeutet ein Armlängenreflex, dass sie ungleich werden. Sind die Armlängen dagegen am Anfang verschieden, dann bedeutet AR, dass sich dieser Zustand verändert, also werden die Armlängen wieder gleich.

Wir wissen nun in unserem Beispiel, dass beide Teile, der Zahn und das Knie, einzeln getestet mit einem AR reagieren und wie lange der AR anhält, sagen wir vier Sekunden lang. Jetzt wollen wir wissen, ob der Zahn das Knie beeinflusst. Dazu berühren wir zuerst das Knie. Wir wissen aus dem ersten Testdurchgang, dass es mit 4 Sekunden Armlängendifferenz reagiert. Sofort anschließend, also innerhalb der 4 Sekunden, und ohne die Armlänge zu beurteilen, berühren wir den Zahn 16. Dessen AR trifft jetzt auf die Armlängendifferenz des Knies. D. h. er hebt die Differenz wieder auf, die Armlänge wird gleich. Praktisch sieht das so aus, als hätte sich nichts getan: Wir haben erst das Knie, dann sofort den Zahn berührt und die Armlängen geprüft, sie sind gleich, ohne Differenz. Tatsächlich sind sie aber nicht gleich *geblieben*, sondern die beiden Reflexe haben sich *aufgehoben*. Der zweite AR hat sozusagen den ersten unterdrückt oder rückgängig gemacht. Das können wir nur deshalb so bestimmt sagen, weil wir vorher getestet haben, dass jeder Körperteil für sich einzeln reagiert hat. Zum Verständnis: Hätten wir vorher ein gesundes Knie und einen gesunden Zahn einzeln hintereinander einzeln getestet, hätten beide keinen AR ergeben. Wenn wir danach das gesunde Knie und sofort hinterher den gesunden Zahn berührt hätten, wäre die Armlänge danach auch gleich gewesen, in diesem Fall aber gleich *geblieben*. Wir dürfen also das scheinbare Nicht-Reagieren nur dann als Zusammenhang interpretieren (deuten), wenn vorher die Körperteile einzeln reagiert haben!

Ein Zahnarzt hat manchmal zu klären, ob ein schmerzender oberer Seitenzahn die gleichseitige entzündete Kieferhöhle beeinflusst oder umgekehrt, beide Richtungen sind möglich. Die Therapie muss sich aber danach

richten, wer von beiden die Ursache, also primär ist. Die sekundäre Erkrankung muss nicht eigens behandelt werden, sie verschwindet, wenn die Ursache beseitigt ist. Ist der Zahn primär, muss der Zahnarzt behandeln, ist die Kieferhöhle primär, ist der HNO-Arzt oder der Heilpraktiker gefragt. Den ganzheitlichen Behandler erwähne ich hier extra, weil z. B. die Kieferhöhle ihrerseits etwa vom kranken Magen oder Darm gestört werden kann, daran denken nicht alle HNO-Ärzte.

Wenn der Zahnarzt testen kann, geht er so vor:

Er macht zuerst den Vortest auf Switching und psychologische Umkehrung, testet dann einzeln den schmerzenden Zahn und die Kieferhöhle. Wenn beide einzeln reagieren, macht er den Zwei-Punkt-Test, indem er erst die Kieferhöhle, dann sofort den Zahn berührt und die Armlänge prüft. „Bleibt“ sie gleich, hat der Zahn die Kieferhöhle beeinflusst und muss primär behandelt werden. Man sagt auch, er hat Priorität. Stellt sich eine Differenz ein, hat der Zahn die Kieferhöhle *nicht* beeinflusst. Dann testet der Zahnarzt andersherum. Wenn der AR verschwunden ist, berührt er erst den Zahn und sofort anschließend die Kieferhöhle. „Bleibt“ jetzt die Armlänge gleich, muss die Kieferhöhle zuerst behandelt werden. Zeigt sich dagegen auch jetzt ein AR, dann hängen die beiden *nicht* zusammen, und man kann sie beide unabhängig voneinander behandeln oder nach einer anderen Ursache suchen.

Ganz selten habe ich erlebt, dass die Störungen bei einem Patienten gleichzeitig in beide Richtungen verlaufen: Der Zahn stört die Kieferhöhle *und* umgekehrt.

Oft will der Zahnarzt nicht nur den oder die Zähne suchen, die ganz speziell ein bestimmtes Organ stören, sondern er will alle Zähne herausfinden, die überhaupt aktuell als Herde aktiv sind, egal wohin sie stören. Dann kann er ja als erstes nicht, wie im letzten Beispiel, nur die Kieferhöhle testen, er müsste ja zuerst den ganzen Körper testen. Stattdessen lässt er den Patienten den Satz sagen: „Ich bin vollkommen gesund.“ Bei wem stimmt das schon, irgendetwas hat in unserer Zivilisation jeder. Also reagiert der Patient normalerweise mit einem AR. Nun kann man als zweites einen Zahn oder einen ganzen Quadranten testen, das muss natürlich in den wenigen Sekunden passieren, die der AR anhält.

Damit man nicht vor jedem Zahn den Satz neu sprechen lassen muss, nutzt man einen Trick, das **Einspeichern**. Darunter versteht man eine Maßnahme, mit der der Körper dazu angeregt wird, die Dauer seiner Reaktion zu verlängern. Das gibt uns die Zeit, in Ruhe alle Zähne abzufragen, ob sie die Gesundheit beeinflussen. Ich kenne zwei solche Methoden.

Für den ersten **Speichermodus (Beine spreizen)** lässt man den Patienten zu Beginn des Punkt-1-Tests (hier vor dem Satz „Ich bin vollkommen gesund“) die Beine und die Füße eng zusammenlegen, so dass sie sich berühren. Dann kommt der Punkt-1-Test, die Armlänge wird beurteilt (sie ist verschieden), und sofort lässt man den Patienten die Beine so weit auseinander legen, wie es die Liege oder der Zahnarztstuhl zulässt. Jetzt wiederholt man das abwechselnde leichte Ziehen und locker lassen. Wenn die Speicherung funktioniert, dann bleibt jetzt die Armlängendifferenz nicht nur die üblichen ca. 4 Sekunden lang, sondern sehr viel länger. Wie lange, ist individuell verschieden, aber es reicht normalerweise aus, um alle Zähne und die möglichen Kopf- und Körper-Herde zu testen. Berühre ich bei der Punkt-2-Testung einen Zahn, der kein Herd ist, bleibt die Differenz als Zeichen dafür, dass dieser Zahn keinen Einfluss auf die Gesundheit hat. Berühre ich anschließend einen Zahn, der ein Herd ist, verschwindet die Differenz. Ich merke mir diesen Zahn und teste erst wieder weiter, wenn die Differenz zurückgekommen ist, d. h. wenn die ca. 4 Sekunden Reaktionsdauer des letzten Zahnes vorbei sind und die gespeicherte Differenz wieder zu sehen ist. Würde ich sofort den nächsten Zahn testen, wüsste ich ja nicht, ob ich anschließend noch die Reaktion des vorher getesteten Zahnes oder schon die des nächsten Zahnes sehe.

Für den zweiten **Speichermodus (Glabella-Strich)** ist es egal, wie die Beine liegen, solange sie nicht gekreuzt werden. Auch hier mache ich den Punkt-1-Test und sehe mir die Armlängendifferenz an. Sofort danach streiche ich mit meinem Daumen auf der Stirn des Patienten von der Nasenwurzel nach oben zum Haaransatz, einmal bei geschlossenen Augen, einmal bei offenen Augen des Patienten. Dann prüfe ich wieder, ob die Speicherung hält, ob also die Differenz bleibt. Danach kann ich beliebig viele Punkt-2-Tests anschließen.

Gelegentlich kann es vorkommen, dass nach einer gewissen Zeit scheinbar alle weiteren Punkt-2-Tests, z. B. alle weiteren Zähne einen Herd zeigen. Da heißt es besonnen zu sein. Es ist unwahrscheinlich, dass in ei-

nem Quadranten alle Zähne Herde sind, normalerweise nur null bis fünf Zähne im ganzen Gebiss. Dann haben wir die gleich gewordene Armlänge wahrscheinlich nicht, weil diese vielen Zähne die eingespeicherte Differenz aus dem Punkt-1-Test löschen, sondern weil die Speicherung aufgehört hat zu wirken. Jedes weitere Berühren eines gesunden Zahnes belässt dann nur die gleiche Armlänge, als ob wir nichts eingespeichert hätten und keinen Punkt-1-Test gemacht hätten. Auch beim Testen muss man sich auf Überraschungen einstellen, nicht alle Menschen reagieren gleich.

Manchmal wirkt die Speicherung nicht, wenn ich nur einen Speichermodus von beiden angewendet habe. Daher habe ich mir angewöhnt, beide Methoden gleichzeitig zu nutzen:

Beine zusammen legen lassen, Punkt-1-Test, Beine spreizen lassen, dann die zwei Glabella-Streichungen bei geschlossenen und offenen Augen, dann beobachten, ob der AR für längere Zeit bleibt (ich sage dann, er „hält“).

Will ich alle Zähne eines Patienten testen, ob sie Herde sind, dann müsste ich bis zu 32 mal den Punkt-2-Test machen. Mit einem Trick und etwas Glück kann ich den Test verkürzen. Für meinen ersten Punkt-2-Test berühre ich nicht einen einzelnen Zahn, sondern alle Zähne (und zahnlose Kieferbereiche) des ganzen 1. Quadranten im Wurzelbereich. Bekomme ich keine Reaktion, kann ich die Zähne 11 bis 18 schon als Herd ausschließen und gleich zum 2. Quadranten übergehen. Zeigt dieser im Punkt-2-Test einen Herd an, indem er die gespeicherte Differenz beeinflusst, dann warte ich ein paar Sekunden lang, bis sie wieder da ist, und teste nur die Zähne 11 bis 13 zusammen. Kann ich diese Gruppe als Herd ausschließen, geht es mit 14 und 15 weiter. Zeigen diese einen Herd an, muss ich sie noch einmal einzeln testen. Einer von beiden oder beide müssen dann zeigen, dass sie ein Herd sind. Als letzte Gruppe teste ich 16 bis 18 usw.

Manchmal bereitet es ein Problem, dass mein Finger breiter ist als die einwurzeligen Zähne. Nehmen wir an, im zweiten Quadranten ist nur der Zahn 24 ein Herd. Wenn ich den 23 oder den 25 berühre, komme ich mit meinem Finger ja auch etwas in den Bereich des 24 und erhalte vielleicht schon einen AR. Dann weiß ich zunächst nicht genau, ob alle drei Zähne Herde sind (das ist eher selten, aber könnte ja sein), oder ob nur der mittlere der wirkliche Herd ist. Dann muss ich die Testung bei allen drei Zähnen wiederholen. Diesmal berühre ich nur den halben 23 von mesial her,

aber unvermeidlich auch den 22, der hoffentlich kein Herd war. Den 25 berühre ich nur halb von distal her, leider zusammen mit dem 26, der hoffentlich kein Herd ist. Zeigen diese beiden „halb“ getesteten Zähne keinen AR, dann ist nur der mittlere, der 24, der Herd. Hier ist auch im Denken ein gewisses Fingerspitzengefühl nötig.

Manchmal kann ich in ungünstigen Fällen nicht sicher entscheiden, ob ein oder zwei benachbarte Zähne Herde sind. Solange die anschließende Therapie konservativ ist, etwa Neuraltherapie, Softlaser oder Magnetfeld, störe ich ja nichts, wenn ich sicherheitshalber beide Zähne behandle. Sollte dies nicht ausreichen, und man überlegt sich eine Therapie mit chirurgischen Konsequenzen (Wurzelbehandlung, Wurzelspitzenresektion, Extraktion), dann testet man ja vor dieser invasiven Therapie noch einmal. Mit etwas Glück zeigt sich dann deutlicher, welcher Zahn der hoffentlich einzige Herd ist. Zusätzlich überlegt sich der Zahnarzt natürlich nach herkömmlichen klinischen Gesichtspunkten, wie er weiterarbeiten soll.

Bei einem Herdtest habe ich einmal erlebt, dass der Patient alle seine Zähne als Herde getestet bekam. Das ist aber extrem selten und unwahrscheinlich. Ich fragte ihn, woran er gerade denkt. Er hatte sich Sorgen gemacht, ob anschließend alle als Herd beurteilten Zähne gezogen würden, wie schlimm das wäre, wenn er dann eine Prothese braucht und was die Versorgung dann kostet.

Ich hatte also nicht wirklich getestet, wie die Zähne auf den Testdruck reagieren, sondern alle Zahntestungen waren überlagert von seinem gedanklichen Stress. Da musste ich ihn behutsam aufklären, dass nie alle Zähne Herde sind, dass es viele Möglichkeiten gibt zum Entstören und fast immer alle Zähne drin bleiben können. Das hat ihn wieder so beruhigt, dass der Test mit normalen glaubhaften Ergebnissen weitergehen konnte. Seitdem erkläre ich das allen Patienten schon *vor* dem Testen und habe keine solche Panikreaktion mehr erlebt. Da sieht man mal wieder, wie Körper, Seele und Geist zusammenspielen.

4.1.1.3.6.6 *Schwermetallbelastung*

Eine weitere Anwendung des Armlängenreflexes ist die Testung der Belastung durch Schwermetalle. Den ganzheitlichen Zahnarzt interessiert besonders, ob und wie stark ein Patient von seinen Amalgamfüllungen schon belastet ist. Dafür gibt es von der Firma Staufen-Pharma Testampullen mit homöopathisch potenziertem Silberamalgam in verschiedenen Potenzen. Ich verwende die D6, D12, D30, D200, D400. (Sollten Sie davon noch keine Ahnung haben, blättern Sie bitte vor zum Kapitel über Hömöopathie, S. 164.) Ersatzweise kann man auch die gleichen Potenzen von Quecksilber nehmen, so testet man nur isoliert die Belastung durch das Quecksilber im Amalgam. Die Belastung durch andere Inhaltsstoffe wie Silber, Kupfer, Zinn, Zink wird dann aber nicht erfasst.

Ein junger, gesunder und körperlich sehr aktiver Mensch wie z. B. ein Leistungssportler hat einen sehr guten Stoffwechsel und schwitzt sehr viel. Dadurch hat er eine so gute Ausscheidung, dass er alle Schwermetalle, die er aus seinen (hoffentlich wenigen) Amalgamfüllungen aufnimmt, auch sehr schnell wieder loswird.

Für diesen Menschen, der nur eine *geringe* Menge Amalgam / Quecksilber im Körper gespeichert hat, ist die Potenz D6 unverträglich (der AR wirkt ein paar Sekunden lang nach), aber schon die nächste Stufe, die D12, ist für ihn verträglich (AR wirkt nicht nach).

Für einen Patienten mit einer *mittelstarken* Amalgambelastung ist auch die D12 unverträglich; erst die D30 ist für ihn verträglich. Die *starke* Belastung zeigt sich, wenn auch die D30 nicht vertragen wird, erst die D200 ist gut. *Sehr stark* nennen wir die Belastung, wenn erst die D400 verträglich ist.

Mir ist bewusst, dass diese Bezeichnungen subjektiv sind und nicht mit einer bestimmten Konzentration der Schadstoffe in $\mu\text{g/ml}$ oder anderen in der Labormedizin üblichen Größen übereinstimmen. Aber ich will ja das Ergebnis bei einem Patienten auch nicht in Bezug auf einen Durchschnittswert wissen. Mich interessiert, wie hoch seine Belastung ist in Bezug auf das, was er individuell verträgt. Und das zeigt mir dieser Test sehr gut.

Manche Behandler testen auch noch mit höheren Potenzstufen, aber ich meine, so genau muss ich nicht weiter differenzieren. Was nützen mir weitere Unterscheidungen in z. B. extrem, sehr extrem, besonders extrem

und wahnsinnig extrem, wenn sie in keine unterschiedlichen Therapien münden.

Finde ich eine nur geringe Belastung, kann ich den Patienten beruhigen, er ist zur Zeit offensichtlich von Natur aus ein genügend guter Ausscheider und braucht keine Ausleitungstherapie. Bei mittlerer Belastung stelle ich es dem Patienten frei, ob er Zeit und Geld für eine Ausleitung aufwenden will. Nur bei starker, sehr starker und extremer Belastung empfehle ich dringend eine Therapie.

Die notwendigen Mittel für eine individuelle **Ausleitungstherapie** teste ich wieder in einem 2-Punkt-Test. Für den Punkt-1-Test lege ich dem Patienten die Ampulle mit der höchsten Potenz auf die Brust, die im vorangegangenen Belastungstest noch unverträglich war. Sie verursacht auch diesmal wieder einen AR. Jetzt muss ich nichts einspeichern, ich lasse stattdessen einfach für die weiteren Testschritte die Ampulle liegen. Sie und der anhaltende AR sind jetzt der Ausdruck für die Amalgambelastung. Für den Punkt-2-Test lege ich eine Probe eines Mittels dazu, das die Ausleitung fördern könnte. Ich sage bewusst könnte, ich muss ja noch herausfinden, ob es bei diesem Patienten im jetzigen Zustand tatsächlich etwas bewirkt. Verschwindet daraufhin der AR, dann hat dieses Mittel einen Einfluss auf den vorherigen Zustand und damit auf die Schwermetallbelastung. Bleibt der AR dagegen unverändert, dann würde das Mittel auch nichts an der Belastung ändern.

Habe ich aus meinem Testsatz alle gängigen Mittel getestet und z. B. vier gefunden, die einzeln getestet wirksam sind, lege ich diese abschließend alle gemeinsam zur immer noch auf der Brust liegenden Amalgam-Testampulle. Dadurch will ich herausfinden, ob sie auch zusammen wirksam sind. Es kann nämlich vorkommen, dass zwei Mittel einzeln die Ausleitung fördern können, aber ihr Wirkmechanismus so unterschiedlich ist, dass sie sich gegenseitig behindern, wenn sie gleichzeitig eingenommen werden.

Sind alle vier Mittel zusammen wirksam, das sehe ich meistens, dann sollte ich zum endgültigen Abschluss noch herausfinden, ob sie nicht nur wirksam, sondern auch verträglich sind. Ich habe am eigenen Leib erlebt, wie wichtig das sein kann.

Zahnärzte müssen ja oft alte Amalgamfüllungen ausbohren, dabei atmen sie immer wieder Quecksilberdämpfe ein und belasten sich mit der Zeit immer mehr damit. Deshalb hatte ich mir von einem Kollegen testen lassen, was ich zur Ausleitung brauche, und alle Mittel regelmäßig eingenommen. Nach etwa einem Monat bekam ich ein Ekzem an der Innenfläche meiner rechten Hand. Erst war es nur ganz klein, wurde aber immer größer und juckte, bis ich zu einer Hautärztin gehen musste. Etwa eine Stunde lang grübelte sie und untersuchte mich, ohne eine Ursache zu finden. Beim Hinausgehen fragte ich noch beiläufig, ob vielleicht meine Ausleitungstherapie das Quecksilber über die Haut ausleiten könnte. Das hielt sie für unwahrscheinlich, aber sie fragte mich, womit ich denn ausleite. Als ich unter anderem Bärlauch aufzählte, machte sie große Augen und erklärte mir, dass Bärlauch bei einigen Leuten Allergien auslösen könne. Gleich am nächsten Tag ließ ich mich testen ob ich meine Ausleitungsmittel vertrage, und siehe da, Bärlauch war für mich unverträglich.

Weiß ich nun, dass alle als wirksam getesteten Mittel auch zusammen wirksam sind, nehme ich sie alle weg, auch die Amalgamtestampulle, die während der ganzen Zeit liegen geblieben war. Ich warte ein paar Sekunden, bis der Körper wieder im Ruhezustand und ausgeglichen ist und die Arme wieder gleich lang sind.

Jetzt lege ich dem Patienten alle vier wirksamen Mittel *ohne* die Amalgamampulle auf den Körper. Normalerweise ergibt das wieder einen AR, und ich nehme alle Mittel wieder weg. Wenn der AR *sofort* verschwindet, dann sind sie verträglich. Bleibt der AR noch ein paar Sekunden, dann weiß ich nur, dass eines oder mehrere der Mittel unverträglich sind. Ich teste nun alle vier Mittel einzeln, und was unverträglich ist, wird nicht verordnet.

4.1.1.3.6.7 Was kann man testen?

Sie haben jetzt gesehen, dass man mit der Kinesiologie und dem Arm-längenreflex sehr viele verschiedene Fragen beantwortet bekommen kann. Da stellt sich doch die Frage: Kann man ALLES testen? Natürlich nicht. Im Prinzip stellen wir ja jedes Mal nur die Frage an den Körper: Ist dieser Reiz für dich jetzt indifferent, ein kleiner (nützlicher) Reiz oder ein starker (schädlicher) Reiz?

Ich kann z. B. nichts in der Zukunft Liegendes testen, wie etwa die Lot-tozahlen der kommenden Ziehung. Ich teste immer nur die gegenwärtigen Verhältnisse. Das bedeutet auch, wenn ein Material, ein Medikament, ein Zahn, ein Umweltfaktor wie Birkenpollen etc. heute verträglich ist, kann ich nicht daraus schließen und behaupten, dass das immer so bleiben wird.

Man wusste ja schon vor der Erfindung der Kinesiologie, ein Mensch kann möglicherweise heute noch keinen Heuschnupfen haben, aber im nächsten Jahr bekommt er einen. Umgekehrt kann eine Allergie wieder verschwinden, wenn der Mensch allgemein wieder gesünder und belastbarer geworden ist. Wir hatten schon das Beispiel von dem Patienten, der nach der Amalgamentfernung kaum noch Heuschnupfen hatte. In der Gegenwart kann man sehr vieles testen, natürlich auch jenseits der Zahnmedizin:

Medikamente aller Art,

Nahrungsmittel,

Nahrungsergänzungsmittel,

Akupunkturpunkte,

elektrische Uhren,

Schmuck,

Piercings,

Geopathie (sog. Erdstrahlen) ,

seelische Ursachen und Zusammenhänge. Hierzu kann ich das Buch über Psychokinesiologie von Dr. Klinghardt sehr empfehlen.

4.1.2 Therapieformen in der ganzheitlichen Zahnheilkunde

Das **selektive Einschleifen** haben wir schon ausführlich besprochen, s. 3.2.1.5. Die weiteren Therapieformen werden zum Teil „kontrovers diskutiert“, d. h. es gibt Befürworter (meist unter denen, die die Methode erfolgreich ausüben) und es gibt erbitterte Gegner (meist Ärzte, die schon vorher zu wissen glauben, dass die Methode nicht wirken kann, die sie daher nie vorurteilsfrei ausprobiert haben).

Für alle Leser, die zu energetischen Therapieformen wie Akupunktur oder Homöopathie noch keine feste Meinung haben, aber offen sind und nur ein wenig verstehen wollen, wie diese Methoden funktionieren könnten, erkläre ich zunächst die

4.1.2.1 Die Arndt-Schulz-Regel

Sie wurde um 1900 von zwei Schulmedizinern der Universität Greifswald formuliert, von einem Psychologieprofessor und einem Pharmakologieprofessor. Sie lautet:

„Schwache Reize fachen die Lebenstätigkeit an, mittelstarke Reize fördern sie, starke hemmen sie, stärkste heben sie auf.“

Ich kenne eine abgewandelte Formulierung, die mir noch besser gefällt:

„Alles, was als starker Reiz auf ein Lebewesen störend, hemmend oder zerstörend wirkt, kann als ausreichend schwacher Reiz anregend, aufbauend oder heilsam wirken.“

Dazu ein paar Beispiele aus dem Leben, die jeder nachvollziehen kann: **Kälte:** Zu viel Kälte macht Erfrierungen - sanfte Kälte mindert Schwellungen bei Verletzungen.

Wärme: Zu viel Wärme macht Verbrennungen - die Wärmflasche auf dem Bauch lindert Bauchschmerzen und Verkrampfungen.

Mechanische Energie: Ein Boxhieb kann bewusstlos machen - Massage kann heilend und lindernd wirken.

Elektrische Energie: Ein Stromschlag kann tödlich sein - sanfte Ströme werden als medizinische Therapie eingesetzt.

Alkohol: Viel Schnaps auf einmal macht müde oder bewusstlos - ein Gläschen Sekt kann anregend wirken.

Geräusche: Starker Lärm macht auf Dauer krank oder schwerhörig - sanfte Musik kann beruhigend wirken.

Gerüche: Moschus und Ambra sind als unverdünnte Natursubstanzen sehr übelriechend - in stark verdünnter Form dienen sie als wohlriechende Beimischung zu Parfümen.

Licht: Starkes Sonnenlicht kann das Auge blenden - ein Minimum an hellem Tageslicht ist nötig, um gegen die Winterdepression zu schützen.

Laserlicht: Starke Laser (50 W und mehr) werden in Medizin und Technik zum Schneiden und Schweißen benutzt - schwache Laser (Softlaser oder Low Level Laser mit etwa 5 mW), wirken heilungsfördernd bei Verbrennungen, Wunden, Herpes und Aphthen.

Adrenalin: Dieses Stresshormon erhöht den Blutdruck - in ganz geringer Dosierung ($<0,1\mu\text{g/kg}$) wird der Blutdruck aber etwas abgesenkt.

Impfung: Viren können schwere Krankheiten auslösen - in abgeschwächter Form können sie als Impfung Krankheiten verhindern oder abmildern.

Radioaktivität: Wer lange radioaktiver Strahlung ausgesetzt ist, hat ein erhöhtes Krebsrisiko - kurze Aufenthalte in einem Heilstollen (Bad Gastein, Österreich) in der radonhaltigen Luft lindern bei Rheuma die Beschwerden.

Sollte Ihnen ein Störreiz einfallen, für den es in schwacher Form keine positive Wirkung gibt, schreiben Sie mir bitte. Ich kenne noch keinen.

Bis hierher kann wohl jeder nachvollziehen, dass die **Arndt-Schulz-Regel** so etwas wie ein Naturgesetz ist. Wer sie verstanden hat, müsste auch die folgenden zwei Beispiele anerkennen:

Stich-Energie: Ein Messerstich kann tödlich sein - eine Akupunkturnaedel in einen Akupunkturpunkt gestochen kann lindernd oder heilend wirken.

Chemische Substanzen: Schlangengift, Pflanzengift, Arsen können tödlich wirken - homöopathisch stark verdünnte und potenzierte Gifte werden als Heilmittel eingesetzt.

Auf diese Weise betrachtet sind Akupunktur und Homöopathie zwar noch nicht wissenschaftlich bewiesen, aber warum sollte gerade für diese beiden Bereiche die Arndt-Schulz-Regel nicht gelten?

Nun geht es weiter mit den Therapiemethoden in der ganzheitlichen Zahnheilkunde.

4.1.2.2 Akupunktur

Eine europäische Sonderform wurde schon im Kapitel über die Mundakupunktur besprochen (s. S. 114). Die klassische Akupunktur am Körper ist in Europa der bekannteste Bestandteil der TCM (Traditionellen Chinesischen Medizin). Sie basiert auf der Idee, dass auf dem Körper sog. Energieleitbahnen verlaufen, die verschiedene Körperteile und Organe miteinander verbinden und steuern. Heute weiß man, dass dort nicht Energie fließt wie in Stromkabeln, sondern eher Informationen wie in Telefonleitungen. Man spricht aber weiterhin vom Energiefluss. Diese Bahnen verlaufen nicht so geradlinig wie die Längengrade auf der Erdkugel (die Meridiane, von Nord nach Süd verlaufend), aber irgendwie haben sie wohl wichtige Übersetzer der chinesischen medizinischen Literatur daran erinnert, seitdem nennen wir sie im Westen Meridiane.

Wenn der chinesische Arzt an seinem Patienten festgestellt hat, welcher der Meridiane zu viel und welcher zu wenig Energie hat (er spricht dann von Fülle und Leere), kann er dieses Ungleichgewicht auf verschiedene Arten beseitigen.

Die einfachste Methode ist die Akupunktmassage. Dabei streicht der Behandler mit seinen Fingern oder mit einem Stäbchen den Meridian entlang, um den Energiefluss zu fördern. Eine andere Möglichkeit bietet die Behandlung der Akupunkturpunkte, das sind besonderer Punkte auf den Meridianen. Man kann sie massieren, mit Wärme behandeln (Moxibustion), mit dem Softlaser bestrahlen oder mit dünnen Nadeln stechen. Für den Außenstehenden sieht die Akupunktur so aus, als wären die Punkte und das Stechen das Wichtigste. Für den Behandler ist der richtige Energiefluss im Meridian das Entscheidende.

Immer wieder kann man lesen, die Wirksamkeit und die Existenz der Punkte und der Meridiane sei nicht wissenschaftlich bewiesen. Mittlerweile kennt man aber die anatomischen Grundlagen. Die Punkte liegen immer dort, wo Blutgefäß-Nerven-Bündel von innen durch die Haut nach außen führen. Auch der Verlauf der Meridiane lässt sich nachweisen. Zum einen gibt es empfindliche Patienten, die nach dem Stechen eines Akupunktur-

punktes mit einer linienförmigen Rötung der Haut reagieren, genau da, wo die Lehrbücher die Meridiane beschreiben.

Zum anderen wurde in wissenschaftlichen Experimenten gezeigt, dass eine in einen Akupunkturpunkt eingespritzte schwach radioaktive Lösung sich nicht einfach kreisförmig ausbreitet, sondern bevorzugt entlang von Linien, die genau den Meridianen entsprechen. Dieser Versuch ist zwar nicht sehr biologisch, aber er ist zumindest wissenschaftlich.

Drittens hat der Biophysiker Fritz-Albert Popp nachgewiesen, dass in Akupunkturpunkte eingestrahlt Licht sich besonders entlang des Meridians ausbreitet und am nächsten Akupunkturpunkt stärker abstrahlt als noch kurz davor.

Soviel zum Nachweis der Punkte und Meridiane. Dass die Wirkung der Akupunktur nicht wissenschaftlich bewiesen sei, auch das ist wieder eine falsche Behauptung der Skeptiker. Die Anwender der Akupunktur in der freien Praxis haben tatsächlich nicht die Zeit und das Geld, große Forschungsarbeit zu leisten. Zeit und etwas Geld stehen in den Universitätskliniken zur Verfügung. Dort aber arbeiten Schulmediziner, die zum Teil ihre Vorurteile bestätigen und nachweisen wollen, dass Naturheilverfahren nicht funktionieren. Das Geld dazu kommt unter anderem von den Pharmakonzernen, die mit Medikamenten viel mehr Geld verdienen können als mit ein paar Akupunkturnadeln, für die man nicht einmal mehr Patente anmelden kann. Denen wäre es am liebsten, man könnte beweisen, dass Akupunktur nicht funktioniert. Das geht zwar nicht, weil man aus erkenntnistheoretischen Gründen eine Nichtexistenz nicht beweisen kann. Aber es reicht ja schon ein Versuchsaufbau, der keine Wirkung der Akupunktur erkennen lässt. Man muss sich nur dumm genug anstellen oder eine einzige Punktkombination für alle Versuchspersonen wählen, was nicht zum eigentlichen Anspruch der Akupunktur passt, immer individuell zu therapieren. Dann kann man als Ergebnis lauthals hinausposaunen: Eine Wirkung konnte nicht nachgewiesen werden. Dann denkt der Durchschnittsbürger: Aha, keine Wirkung, dann muss ich wohl Medikamente nehmen.

Ich kenne eine Doktorarbeit aus dem Institut für Naturheilkunde einer Universität, die die Wirkung einer chinesischen Kräutermischung mit der eines Placebos (Scheinmedikament) bei Morbus Crohn (chronische Darm-

entzündung) verglichen hat. Ergebnis: keine Wirkung der TCM nachweisbar. Wie erreicht man so ein Ergebnis? Durch den Versuchsaufbau: In der echten TCM gibt man jedem Patienten eine individuell zusammengestellte Kräutermischung als Tee, der sehr unangenehm schmeckt. Aber hier sollte der Patient ja nicht wissen, ob er die Kräuter bekommt oder ein Placebo. Also wurden die Kräuter in Kapseln zum Schlucken verpackt und nicht als Tee verabreicht. Und weil man sich mit der chinesischen Medizin nicht so gut auskennt, war in jeder Kapsel dieselbe Mischung. Was wurde nun eigentlich festgestellt?

Wenn man die Prinzipien der TCM genügend missachtet, indem man nicht individuell behandelt und zusätzlich statt als Tee die Kräuter in Kapseln gibt, dann wirkt die Behandlung nicht.

Zur Ehrenrettung des Doktoranden sei gesagt, nicht er, sondern der Doktorvater und der Betreuer sind für die Forschungsrichtung und den Versuchsaufbau verantwortlich.

Ich gebe zu, auch für mich als primär schulmedizinisch und wissenschaftlich ausgebildeten Zahnarzt ist es zunächst schwer, mich auf die Sprache der TCM einzulassen. Feuchte Hitze, trockene Kälte, Fülle und Leere, Holz fördert Feuer, das ist eine ganz andere Gedankenwelt, fast wie ein magisches Weltbild. Etwa so kommt sich ein kleines Kind vor, das noch nicht weiß, was Strom ist, wo in der Wand die elektrischen Leitungen sind, aus welchem Material sie sind. Es weiß nur durch Vorbild und Erfahrung: Wenn ich hier den Schalter betätige, geht dort das Licht an. Mit diesem Urvertrauen sollte ein Forscher an die Akupunktur herangehen. Die chinesischen Arbeitshypothesen mögen aus westlicher Sicht falsch sein, aber man kann trotzdem erfolgreich mit ihnen arbeiten, wenn man weiß, welcher Schalter für welche Lampe ist. Dazu ein Beispiel aus dem Alltag.

Wenn ich an einem heißen Sommertag mein Auto im Schatten einer Baumgruppe abstelle, soll es ja möglichst lange im Schattenbereich bleiben. Dann überlege ich kurz: Die Sonne zieht am Himmel nach rechts, dadurch wandert der Schatten nach links, also stelle ich das Auto möglichst weit in den linken Rand der Schattenzone. Das klappt jedes Mal gut, obwohl meine Arbeitshypothese eigentlich falsch ist. Ich bin gedanklich und praktisch vom heliozentrischen Weltbild ausgegangen. Tatsächlich

zieht aber die Sonne ja nicht nach rechts, sondern die Erde dreht sich nach links. Das ändert aber nichts am praktischen Erfolg meiner daraus folgenden Handlung: Mein Auto steht längstmöglich im Schatten.

Daraus folgt: Auch mit einer falschen Hypothese lässt sich manchmal gut arbeiten. Entscheidend ist doch der praktische Erfolg und nicht die vollständige Richtigkeit einer Theorie.

4.1.2.3 Homöopathie

Mit ihr haben viele Schulmediziner das gleiche Problem. Die zu Grunde liegenden Theorien sind schon über 200 Jahre alt und zum Teil wirklich veraltet. Trotzdem wirkt die Methode noch immer. Man muss sich nur darauf einlassen und die Mahnung ihres Erfinders Samuel Hahnemann beachten: „Macht es nach, aber macht es genau nach.“

Ich kann hier nicht beweisen, *dass* die Homöopathie wirkt, aber ich will Ihnen ein paar Bilder und Beispiele geben, *wie* sie ungefähr wirken könnte. Wir sind es gewohnt, dass unsere herkömmlichen Medikamente im Körper chemisch wirken. Der Mensch reagiert aber auch auf physikalische Reize und Informationen, auf Temperatur, Luftdruck, Lärm oder Musik, Berührung, Massage, K.-o.-Schläge, Stromstöße, Licht, Föhnwetter und vieles mehr.

Die wichtigste Erklärung der Homöopathie lautet: Sie wirkt nicht chemisch, sondern sie wirkt regulierend über Informationen.

Beispiel 1: Wir haben zwei Schallplatten aus demselben Musikverlag, auf der einen sind Lieder der Beatles, auf der anderen ein Orgelkonzert von Beethoven. Je nach Alter, Befindlichkeit und momentaner Stimmung des Zuhörers gefällt ihm die eine oder die andere Musik besser, bringt ihn in Stimmung. Das kommt nur von der passenden Information auf der Platte. (Sie können gedanklich auch CDs nehmen). Geben Sie die Platten einem tauben Chemiker zur Untersuchung, wird er feststellen: Kein signifikanter Unterschied in der Chemie der beiden Platten, nichts rechtfertigt die Behauptung, sie seien unterschiedlich oder könnten eine unterschiedliche Wirkung auf jemanden haben. Natürlich wissen wir, der Chemiker ist nicht der geeignete Mann für diese Fragestellung. Die stimmungsaufhel-

lende Wirkung wird hier nicht chemisch angestoßen, sondern physikalisch durch Information.

Beispiel 2: Wir haben zwei Bücher aus derselben Druckerei. Eines ist ein Liebesroman, das andere ein spannender und brutaler Krimi. Der Chemiker wird mit seinen Untersuchungen nicht in der Lage sein zu beurteilen, zu welchem Menschen welches Buch besser passt. Dazu müssen wir 1. den Inhalt der Bücher kennen (in der Homöopathie: die Symptome der Arzneimittel, das Arzneimittelbild) und 2. den Menschen nach seinen Vorlieben (nach seinen Symptomen) befragen und 3. nach Ähnlichkeiten und Übereinstimmungen zwischen 1. und 2. suchen. In der Homöopathie würden wir sagen, wir müssen die Materia Medica kennen (ein Buch, das zu jedem gängigen homöopathischen Mittel die zugehörigen Symptome auflistet), die Anamnese erheben (die Krankengeschichte und die aktuellen Symptome erfragen) und repertorisieren (ein Repertorium listet alle Symptome auf und ordnet diesen mögliche homöopathische Mittel zu).

Beispiel 3: Der junge verliebte Mann hat einen duftenden Rosenstrauß in der Hand und will sich mit seiner Verlobten im Café treffen. Sie ist auf der anderen Straßenseite, sieht ihn plötzlich und will ihm schnell entgegenlaufen. Ein Auto erfasst sie, überfährt sie, und sie stirbt noch an der Unfallstelle. Wir können uns alle vorstellen, der arme junge Mann ist sehr traurig. Und für längere Zeit wird er jedes Mal noch trauriger, wenn er eine Rose sieht. Das kann eine echte Rose sein, eine Rose aus Kunststoff, ein gedrucktes Bild einer Rose, das mit einem Projektor oder Beamer an die Wand geworfene Bild einer Rose, ein Rosenbild auf seinem Smartphone oder ein Blechschild mit der Aufschrift „Schenken Sie Rosen“.

Der Chemiker mag nun einwenden: Da muss ich gar nicht untersuchen, ich weiß, dass Kunststoff, Papier, Wandfarbe, LED-Bildschirme und lackiertes Blech nichts mit der Chemie einer Rose zu tun haben. Aber für dieses Problem ist der Chemiker einfach fehl am Platz. Es geht hier ja um die Information. Es ist auch egal, ob das Bild groß oder klein ist (in der Homöopathie: 3 oder 7 Kügelchen). Wichtig ist nur, dass die Information ankommt und in Resonanz geht, d. h. verstanden wird. Ein Blinder würde nur auf den Geruch einer Rose reagieren, nicht auf die Bilder. Ein Analphabet reagiert auf die Bilder, aber nicht auf die Schrift. Bei einem Japaner, der nur seine heimischen Schriftzeichen kennt, bewirkt die deutsche Schrift gar nichts.

Beispiel 4: Die Verkehrsampel zeigt Rot, alle Autos stehen. Dann kommt Gelb und Grün, alle Autos fahren los. Der Energiefachmann könnte jetzt sagen: Das geht ja gar nicht, die grüne Lampe hat eine Leistung von nur 60 Watt, diese Energie reicht nicht, um 10 Autos so stark zu beschleunigen. Irgendwie hat er Recht. Die Energie der Lampe kann die Autos nicht bewegen, sie müssen ihre Energie schon selber aufbringen. Das grüne Licht gibt nur die Information, mit der der Verkehrsfluss gesteuert und geregelt wird. Der Energiefachmann hat aber nicht Recht, wenn er auf Grund seiner beschränkten Spezialkenntnisse behauptet: Ampeln sind Betrug, sie können nicht funktionieren, ich weiß das genau, weil ich Fachmann für Energie bin.

Die Ampel wirkt auch nur, wenn die Information beim Autofahrer ankommt. Bei sehr tiefstehender Sonne wird er vielleicht so geblendet, dass er das grüne Signal nicht erkennen kann. Oder er ist durch seine hübsche Beifahrerin so abgelenkt, dass er nicht auf die Ampel schaut. Dann kann er mit der Ampel nicht in Resonanz gehen. Vielleicht kann ein Fahrer auch nicht losfahren, weil der Benzintank gerade leer geworden ist, oder der Schalthebel klemmt.

Homöopathie kann also nur wirken, wenn das Mittel auf den Patienten abgestimmt ist (ein blaues Verkehrslicht beeindruckt den deutschen Autofahrer nicht), *wenn er noch ein gewisses Regulations- und Reaktionsvermögen besitzt* (der Fahrer ist nicht betrunken) *und wenn er keinen zu großen Mangel an Energie hat* (Batterie leer, Auto springt nicht an).

Beispiel 5: Vom Ort des Einbruchs in ein Haus führen Spuren im Schnee direkt zum Nachbarhaus. Die Stiefel des Einbrechers lassen deutlich Schuhgröße und Profil erkennen, man sieht, wohin der Stiefelträger gegangen ist. Der Schnee wurde so „in-formiert“, d. h. in eine eindeutige Form gebracht, dass der kluge Kriminalkommissar die richtigen Schlüsse aus diesen Informationen zieht und sofort den Täter verhaftet. Dabei ist es gleichgültig, ob der Schnee frisch oder ein paar Stunden alt war, ob die Schneekristalle groß oder klein waren, oder ob er mit dem Ruß aus der benachbarten Fabrik oder mit Strontium aus dem Kernkraftwerk verunreinigt war. Der Chemiker hätte uns hier nicht weitergeholfen, wenn er den Schnee analysiert hätte.

Wir sollten uns mit diesen Beispielen begnügen, ich wollte nur zeigen, dass die Homöopathie durchaus denkbar und vorstellbar ist. Man darf ihre

Wirkung nur nicht in der Chemie suchen, sondern in der Information. Wer mehr wissen will, dem empfehle ich das Lehrbuch der Homöopathie von Gerhard Köhler (Hippokrates Verlag).

Die klassische Homöopathie Hahnemanns nimmt als Ausgangsstoffe Pflanzen, Tiere und Tierprodukte, sowie Mineralien. Diese werden potenziert, d. h. stufenweise verdünnt und in jedem Verdünnungsschritt intensiv verschüttelt (Flüssigkeiten) oder verrieben (Feststoffe). Das ist ein ganz wichtiger Teil des Potenzierens, weil dabei Schwingungseigenschaften oder Informationen des Ausgangsmaterials auf den Verdünnungsstoff übertragen werden. Skeptiker kritisieren daran, dass Wasser oder Milchezucker ja kein Gedächtnis haben können. (Von den Siliciumkristallen in den Microchips der Elektronik wissen wir mittlerweile, dass sie ein Gedächtnis haben. Unsere USB-Sticks zeigen es uns.) Aber wie oben schon gezeigt, eine Theorie muss nicht immer *genau* stimmen, manchmal kann man trotzdem praktisch gut mit ihr arbeiten. Jedenfalls wissen Homöopathen aus Experimenten, dass vorschriftsmäßig nach Hahnemann potenzierte Arzneimittel besser wirken als in einem einzigen Schritt nur verdünnte und *nicht* verschüttelte Mittel, auch wenn sie rechnerisch denselben Verdünnungsgrad haben. Offenbar ist die nötige Information nur durch das Verschütteln gut weitergegeben worden. Damit gilt auch das unpassende Beispiel nicht vom Tropfen, den man im ganzen Bodensee verteilt. Da ist *nicht* potenziert worden, *nur* verdünnt.

Nach dem Tode Hahnemanns wurde weiter experimentiert, um die Methode noch besser oder noch einfacher zu machen. Als Ausgangsmaterial nimmt man jetzt auch Gewebe aus Organen und macht daraus die potenzierten Organpräparate. Diese wirken dann gezielt auf die Regulation eines bestimmten Organs. Als hilfreich haben sich auch die Nosoden bewährt, so nennt man die potenzierten Arzneimittel, die man aus Krankheitsprodukten wie Sekreten oder Bakterien oder Schadstoffen gewinnt. Die Wirksamkeit erklärt sich schon aus der Arndt-Schulz-Regel.

Mit diesen Grundkenntnissen kann man sich das passende homöopathische Mittel notfalls auch selber herstellen. Nach der Mittagspause sagte mir meine Helferin B., dass ihr ganz übel sei, sie sah auch sehr blass aus, so dass ich mir überlegte, sie nach Hause zu schicken. Allerdings hätte sie so nicht Auto fahren können.

Ihre Kollegin berichtete mir, sie hätten beide das gleiche Gericht gegessen, ihr selber gehe es gut, aber B. hätte noch Mandarinen gegessen. Die Schalen lagen noch auf dem Tisch. Ich vermutete, dass sie möglicherweise die Spritzmittel auf der Schale nicht vertrug und beim Schälen und Essen zu viel davon abbekommen hatte. Ich bat sie in den Zahnarztstuhl und testete bei ihr die Schalen mit dem Armlängentest. Sie waren für B. unverträglich.

Ich nahm ein kleines Glasfläschchen, spritzte etwas Saft aus der Mandarinschale hinein, goss einen grob abgeschätzten Milliliter Wasser dazu, in der Annahme, das könnten etwa 1 Tropfen Saft mit dem unverträglichen Spritzmittel sein auf ungefähr 100 Tropfen Wasser. Ich stellte eine C1-Potenz her, indem ich das Fläschchen mit einem Stöpsel verschloss und alles 100-mal sehr kräftig schüttelte. Dann goss ich „alles“ aus, dabei bleiben aber immer 1 - 2 Tropfen an der Innenwand hängen. Ich goss wieder etwa 1 ml Wasser nach und verschüttelte, damit hatte ich die C2. So ging es weiter bis zur C5. Aus der Literatur wusste ich, dass das für akute Fälle eine brauchbare Potenz ist. Diese testete ich ihr vorsichtshalber noch schnell aus, und sie war auch wirksam und verträglich. B. musste ein paar Tropfen in den Mund nehmen, und innerhalb weniger Minuten ging es ihr wieder gut.

Nun können Sie einwenden, so was dauert doch 5 - 10 Minuten, so viel Zeit hat man doch nicht immer. Ich habe mir die Zeit gerne genommen. Damit habe ich ihr geholfen, und ich habe gleichzeitig dem ganzen Team geholfen, denn mit einer Helferin weniger zu arbeiten ist stressig. Allerdings hätte ich nicht die Zeit gehabt, ausführlich homöopathisch zu befragen und zu repletorisieren, um klassisch ein gut passendes Mittel zu finden. Ich hätte es vielleicht gar nicht vorrätig gehabt.

An diesem Beispiel sehen Sie, wie relativ einfach man „sein eigener Apotheker“ sein kann, wie man potenziert, wie gut und schnell die Homöopathie wirken kann und wie praktisch es ist, schnell mal eben testen zu können.

Einige Hersteller bieten den Behandlern eine zeitsparende Möglichkeit an, indem sie mehrere Mittel mit ähnlicher Wirkungsrichtung in gängigen Potenzstufen zusammenmischen und als sog. Komplexmittel anbieten.

Dann verordnet man z. B. Oculoheel für die Augen, Nasoheel für die Nase oder Gastroheel für den Magen, ohne lange repertorisieren zu müssen.

WARNUNG! Folgender Satz *stimmt nicht*:
„Mit Homöopathie kann man nichts falsch machen“

Man sollte sich immer wenigstens ungefähr an die üblichen Dosierungsempfehlungen halten. Sie lauten:

In akuten Fällen und bei kräftigen Patienten kann man Tiefpotenzen geben, am besten nach der 12er-Regel:

die D3 bis zu 4-mal täglich

die D4 bis zu 3-mal täglich

die D6 bis zu 2-mal täglich

die D12 nur 1-mal täglich.

In chronischen Fällen und bei sensiblen Patienten gibt man höhere Potenzen:

die D30 nur 1 – 2-mal pro Woche

die D200 nur 1-mal pro Monat

höhere Potenzen noch seltener.

Wenn das Mittel hilft, hört man damit auf. Wenn es nicht hilft, hört man auch auf und sucht ein besser passendes. Wenn auch gut ausgesuchte Mittel nicht gut wirken, muss man nach Heilungshindernissen außerhalb der Homöopathie suchen: Amalgambelastung, Zahnherde, Geopathie. Dysbiose u. a.

Eine Patientin kam neu zu mir, war übernervös, schwächlich, redete wie ein Wasserfall und hatte extrem viele Krankheiten, Symptome und Unverträglichkeiten. In der Anamnese stellte sich heraus, sie nahm auf Empfehlung ihres Behandlers das Präparat Láchesis D200 täglich 2mal, seit über einem halben Jahr! Hier hat die Arndt-Schulz-Regel andersherum gewirkt. Statt zu heilen hat der viel zu intensive und zu lange Reiz das Gegenteil bewirkt. Statt die vorhandenen Symptome zu lindern hat er viele neue Lachesis-Symptome hervorgerufen, wie Redefluss, schlechten Schlaf und Atemnot.

Erstverschlimmerungen (auch Heilreaktionen genannt) kommen bei allen Naturheilverfahren gelegentlich vor. Der Behandler will mit seiner Therapie ja nichts unterdrücken, sondern den Patienten in seiner Heilkraft anregen. Dazu kann es gehören, dass die Ausscheidung über die Nase oder über die Haut verstärkt wird. Oder eine stille chronische und bislang erfolglose Entzündung wird akut und wirksam. Das ist dann keine neue Krankheit, sondern die kräftige und vielleicht überschießende Heilung. Der Homöopath freut sich darüber, er weiß, das ausgesuchte Mittel wirkt. Solange der Organismus verstärkt reagiert, muss das Mittel abgesetzt werden, sonst wird die Reaktion noch stärker und noch unangenehmer. Ist die Verschlimmerung vorbei, fährt man nicht mit derselben Potenzstufe fort, sondern gibt eine höhere und in größeren Abständen, wenn eine Behandlung dann überhaupt noch nötig ist.

Einen anderen Fall von homöopathischem Medikamentenmissbrauch hat uns die Ärztin Frau Dr. Jutta Rost bei der homöopathischen Ausbildung erzählt. Ihr Neffe hatte sie gebeten, ihm etwas gegen seine Furunkel in der Achselhöhle zu geben. Er bekam ein Fläschchen Hépar sulfuris, das ist ein bewährtes Mittel bei Eiterungen. In der D4 fördert es die Reifung und Öffnung eines Abszesses, in der D30 fördert es die Resorption, das langsame Verschwinden. Er bekam es in der D30 zur einmaligen Einnahme. Nach einem halben Jahr bat er sie um ein zweites Fläschchen. „Was, ist das erste schon leer?“ – „Ja, es hilft gut, aber ich brauche das Mittel etwa alle zwei Wochen.“ Er bekam das zweite Fläschchen mit der Aufforderung, es nicht so oft einzunehmen.

Etwas später berichtete er, auf einer Röntgenaufnahme seiner Lunge seien unklare kreisförmige Verschattungen zu sehen. Nun kam Frau Rost ins Grübeln. Hatte die ständige Unterdrückung einer Eiterung dazu geführt, dass der Körper das, was er über die Haut ausscheiden wollte, jetzt notfallmäßig in der Lunge ablagerte? In der chinesischen Medizin gehören ja Lunge, Dickdarm und Haut funktionell zusammen (siehe auch unsere Zahn-Organ-Tabelle, 3.2.6). Jetzt verordnete sie ihrem Neffen die D4, 3-mal täglich einzunehmen, wenn das nächste Furunkel auftritt. Da wirkte das Mittel mit einer starken Erstverschlimmerung / Heilreaktion und längeren, kräftigen Eiterung. Danach war der Körper wohl los, was er aus-

scheiden wollte. Die Röntgenkontrolle der Lunge nach einem weiteren halben Jahr war unauffällig, die Verschattungen waren verschwunden.

Hier lag der Fehler nicht in der zu häufigen Wiederholung, sondern in der zu häufigen Unterdrückung.

Im 19. Jahrhundert wollte der Arzt W. H. Schüßler die Homöopathie vereinfachen. Er nahm an, alle Erkrankungen kämen von einem gestörten Mineralhaushalt des Körpers. Daher verzichtete er auf alle Homöopathika mit pflanzlichem oder tierischem Ursprung und beschränkte seine Auswahl auf ausschließlich mineralische Ausgangsstoffe. Diese werden wie in der Homöopathie üblich potenziert und meist in der D6 und D12 angeboten, als **Schüßler-Salze** oder als **Biochemie nach Schüßler**. Ihr Vorteil: Auch ein medizinischer Laie findet leicht ein Mittel zur Selbstbehandlung. Der gelegentliche Nachteil: Es kann vorkommen, dass ein Mensch ein Schüßler-Salz als sein Konstitutionsmittel braucht. Dann muss er es selten und in höherer Potenz einnehmen. Im Handel ist es aber nur in Tiefpotenzen und wird zur häufigen Einnahme empfohlen. Dann kann es ihm ähnlich wie der oben geschilderten Lachesis-Patientin ergehen. Sollte es Ihnen auch mal passieren, dann wissen Sie ja schon:

*Bei Verschlimmerung und neuen Symptomen
unbedingt mit der Einnahme aufhören!*

4.1.2.4 Neuraltherapie

Sie wurde schon im Kapitel über heilende Einflüsse vom Mund zum Körper besprochen (3.3.2). Eine Abwandlung dieser Methode ist die **Neuralakupunktur**. Dabei spritzt man kein Anästhetikum wie Procain oder Lidocain an den Zahn, sondern man sticht eine Akupunkturnadel in die Wange an der Stelle, wo sie dem Zahn und seiner Wurzel aufliegt. Die Nadel wird dort eingestochen, wo die Wurzelspitze sich auf die Wange projiziert. Man sticht sehr flach, man will die Wange ja nicht durchstechen, und führt die Nadelspitze etwa 1 - 2 mm unter der Oberfläche in Richtung der Stelle, wo sich die Zahnkrone auf die Wange projiziert. Hat man diese Position erreicht, dreht man die Nadel 50 – 100-mal hin und her und lässt sie für 5 - 10 Minuten so liegen.

Die Neuralakupunktur benutzt also das Werkzeug der Akupunktur nach den Regeln der Neuraltherapie. Man kann sie nutzen, wenn der Patient kein Neuraltherapeutikum verträgt oder wenn der Behandler gerade keines zur Verfügung hat, auf Reisen oder im Urlaub.

Den umgekehrten Weg geht man mit der **Pharmaakupunktur**. Sie benutzt das Werkzeug der Neuraltherapie nach den Regeln der Akupunktur. Hier sticht man also in die Akupunkturpunkte, aber mit der Nadel einer Spritze, und gibt eine kleine Menge Lokalanästhetikum ab. Alternativ kann auch ein homöopathisches Mittel in den Akupunkturpunkt gespritzt werden. Dann nennt man die Methode **Homöopunktur**.

4.1.2.5 Softlaser / Low Level Laser (LLL)

Laser-Strahlung kann man erst seit 1960 herstellen, seit etwa 1990 gibt es auch preiswertere Dioden-Laser, wie man sie etwa als Laserpointer kennt, als Licht-Zeigestab bei Diavorträgen oder Präsentationen mit dem Beamer.

Das Licht aus natürlichen Lichtquellen wie Sonne, Feuer, Glut, auch aus der Glühlampe, ist immer aus Licht mit verschiedenen Wellenlängen oder Frequenzen zusammengesetzt. Deshalb kann man weißes Licht mit einem Glasprisma in die Farben des Regenbogens aufspalten. Laserlicht ist dagegen einfarbig, alle Anteile haben dieselbe Wellenlänge und schwingen in derselben Frequenz. Zusätzlich schwingen alle Einzelstrahlen sozusagen im Gleichschritt (Kohärenz). Dadurch hat Laserlicht eine viel stärkere Energie.

Das nutzt man in der Technik zum Schmelzen oder Schweißen, in der Medizin zum Schneiden, Operieren oder in der modernen Zahnmedizin, um am Zahn die Karies zu entfernen. Diese *harten Laser* haben eine Leistung von etwa 50 oder 100 Watt.

Wer die Arndt-Schulz-Regel vor Augen hat (s. S. 154), kann sich jetzt schon denken: Mit genügend schwacher Leistung müsste der Laser doch biologisch anregend und heilungsfördernd sein. Tatsächlich, der Softlaser mit etwa 1 - 10 mW (also etwa einem Zehntausendstel der Leistung) kann nichts schweißen oder auch nur messbar erwärmen, aber prima die Heilung verbessern bei

- Brandwunden,
- Schürfwunden
- Schnittwunden
- Extraktionswunden,
- Herpes,
- Aphthen,
- Fußpilz,
- Warzen,
- offenes Bein (Ulcus Cruris),
- Teleangiektasien (sog. „geplatzte Äderchen" in der Gesichtshaut).

Außerdem kann der Softlaser in geeigneten Fällen die Akupunkturnadel ersetzen. Das ist besonders bei Kindern und ängstlichen oder schwächlichen Patienten sehr hilfreich.

Ich musste einen 80 Jahre alten Mann mit einer Krone versorgen. Schwer atmend berichtete er mir, er sei nur gekommen, um mir zu sagen, dass die Behandlung heute nicht geht. Sein Asthma war zu stark, er konnte nicht so lange mit offenem Mund liegen. Ich bat ihn um einen Moment Geduld und schaute in meinem Buch „Akupunktur für Zahnärzte" nach. Ich fand eine Empfehlung für bestimmte Punkte am Ohr,klärte ihn auf und bat ihn um seine Erlaubnis, ihm ein paar Stellen am Ohr bestrahlen zu dürfen. Es täte nicht weh und koste ihn auch nichts. Nach zwei Minuten Behandlung pro Ohr schnaufte er tief durch und meinte: „Ich glaub wir können anfangen." Natürlich weiß ich, dass ich ihn damit nicht endgültig von seinem Asthma geheilt habe. Aber der Termin war gerettet, und der Patient war nicht vergeblich gekommen.

Wie der Softlaser das alles schafft, ist noch nicht endgültig geklärt. Zum einen weiß man durch Forschungen des schon bei der Akupunktur erwähnten Biophysikers Fritz Popp: Der Körper steuert sich nicht nur mit Nerven oder Hormonen, er arbeitet auch mit semikohärenten Biophotonen. Das ist ultraschwaches Licht mit kohärenten Anteilen, wie sie der Laser auch hat. Zum anderen scheinen geschwächte Mitochondrien gut

auf Laserlicht zu reagieren und wieder mehr Energie zu liefern. Mitochondrien sind die Kraftwerke in unseren Zellen.

Mittlerweile gibt es Laser schon in verschiedenen Farben, eigene gute Erfahrungen habe ich aber nur mit rotem Laserlicht, Wellenlänge 635 - 670 nm. Mein Laser hat eine Leistung von 6 mW. Ich habe probeweise auch schon mit einem Infrarotlaser gearbeitet, die Wirkung scheint gleich gut zu sein. Mich persönlich stört allerdings, dass ich nicht sehe, wohin genau ich gerade strahle, weil Infrarotlicht ja nicht sichtbar ist. Außerdem weiß ich deshalb auch nicht, ob das Gerät gerade nicht funktioniert, weil es kaputt ist oder die Batterie leer ist.

4.1.2.6 Symbioselenkung

Bei den Störeinflüssen vom Körper zum Mund haben wir schon besprochen, wie wichtig eine gute Symbiose ist, also die richtigen Darmbakterien zu haben, sozusagen die Gesundheitserreger. Beherbergen wir zu wenig gute und zu viele schlechte (pathogene) Bakterien, spricht man von Dysbiose. Dagegen sollte man etwas unternehmen und mit einer **Symbioselenkung** beginnen.

Es gibt in den Apotheken ein immer größer werdendes Angebot an Mischungen mit nützlichen Bakterien zu kaufen. Sie heißen Probiotika (Einzahl: Probiotikum) Wie soll man das oder die richtigen für sich finden? Zum einen gibt eine mikrobielle Stuhlanalyse Aufschluss. Je nachdem, was bei der Untersuchung des Kotes fehlt, empfiehlt das untersuchende Labor geeignete Präparate. Allerdings habe ich den Eindruck, dass manche Labore einen Lieblingshersteller haben. Eine andere Möglichkeit bietet die Kinesiologie. Wenn der Tester einen Testsatz mit Präparaten verschiedener Hersteller hat, kann er neutral herausfinden, was Ihnen hilft.

Ein Präparat finde ich bei meinen Testungen häufig hilfreich, und ich will es hier besprechen, weil es so vielseitig einsetzbar ist, das Symbioflor1. Eigentlich ist es laut Beipackzettel nur bei wiederkehrenden Infekten der oberen Atemwege empfohlen und zwar zum Einnehmen. Da wirkt es dann im Darmtrakt, aber wir wissen ja schon von unserer Zahn-Organ-Tabelle, Atemwege (chinesisch Lunge) und Darm gehören zusammen. Ich persönlich gebe zusätzlich ein paar Tropfen davon auf einen Teelöffel und lasse es bei zurückgelegtem Kopf in jedes Nasenloch laufen,

wenn ich Schnupfen oder Sinusitis (Kieferhöhlenentzündung) habe. Weil es aus meiner Sicht sehr universell einsetzbar ist, empfehle ich es - mit den Einschränkungen und dem Haftungsausschluss am Anfang des Buches - für praktisch alle Körperstellen. Bei Lidrandentzündung tropfe ich es ins Auge, bei Jucken oder Ekzem des Gehörgangs ins Ohr, bei Schnupfen drei Tropfen in jedes Nasenloch, bei Zahnfleischentzündung spüle ich die 20 Tropfen vor dem Schlucken ganz lange im Mund hin und her, bei Scheideninfektionen lasse ich es auf einen Tampon tropfen, bei Durchfall und nach Abschluss einer Behandlung mit einem Antibiotikum innerlich, bei Fußpilz und Nagelbettentzündung an die entsprechenden Stellen.

Im Urlaub in Italien ist mir einmal auf einem Parkplatz mit Rollsplit der Motorroller weggerutscht, mit der ungeschützten linken Hand musste ich mich auf dem Rollsplitt abfangen. Der Roller war o.k., aber meine Hand war übel zugerichtet: die Handfläche aufgeschürft und verdreckt. Ich konnte nicht alles auswaschen, als Medikament hatte ich nur Symbioflor1 im Gepäck, eigentlich gegen eventuelle Darminfektionen mitgenommen. Meerwasser und dieses Probiotikum auf die verletzte Haut getropft haben mir gute Dienste geleistet, ohne Desinfektion, ohne Antibiotikum.

Wohlgemerkt, diese Empfehlungen gelten nur für Symbioflor1. Es gibt auch ein Mittel namens Symbioflor2, das der Hersteller zur Verbesserung der Symbiose im Darm als Nachfolgemittel empfiehlt. Dabei handelt es sich um *Kolibakterien*, die zwar im Darm nützlich sind, aber *keinesfalls äußerlich, am Auge, Ohr usw. angewendet werden dürfen! Niemals! Nie!*

Bitte bedenken Sie bei jeder Art von Symbioselenkung: Für einen dauerhaften Erfolg reicht es nicht, das passende Probiotikum zuzuführen. Es soll auch immer das Milieu verbessert werden: Wer seinen Darm mit Zucker oder dem Abrieb seiner Amalgamfüllungen überlastet, züchtet sich Hefepilze und unfreundliche Bakterien heran. Wer seine Rohkost schlecht kaut, fördert Gärungsbakterien. Wer sein Fleisch zu schlecht kaut, begünstigt Fäulnisbakterien.

Ein gutes Milieu für freundliche Darmbewohner schaffen wir, wenn wir regelmäßig genügend Ballaststoffe essen. Früher dachte man, die für uns Menschen unverdaulichen Faserstoffe seien nur Ballast und unnötig.

Jetzt hat die Darmforschung herausgefunden, Ballaststoffe sind wichtiges Futter für die guten Bakterien. Dieses Futter hat sogar einen eigenen Namen bekommen: Präbiotikum (oder Prebiotikum).

Wie wichtig eine ungestörte Darmflora ist, habe ich bei meinem Sohn erlebt. Im zarten Alter von etwa sechs Monaten bekam er seine erste Mittelohrentzündung. Der hinzugezogene Notarzt verordnete ein Antibiotikum und erklärte, in diesem schweren Fall würde er es auch seinem eigenen Kind geben. Also stimmten wir Eltern zu, obwohl wir nicht gerne ein Antibiotikum geben, solange wir nichts Sanfteres ausprobiert haben. Nach einem Monat, nach weiteren drei Wochen, nach zwei Wochen kam die Mittelohrentzündung wieder, und jedes Mal musste "unbedingt" mit einem Antibiotikum behandelt werden. Zum Schluss kam die Otitis sofort wieder, wenn wir das Antibiotikum nach einer Woche abgesetzt hatten. Der Professor für Kinderheilkunde schlug uns nun vor, das Mittelohr zu operieren. Im Alter von noch nicht einmal einem Jahr!

Jetzt erinnerte ich mich, im Buch über Mundakupunktur hatte ich gelesen, Ohr und Dünndarm hängen funktionell und energetisch zusammen. Ich machte die Telefonnummer des Autors, Herrn Dr. Gleditsch, ausfindig und rief ihn an. Er war sehr nett und freundlich, bestätigte den Zusammenhang und gab mir einige Empfehlungen, homöopathische Komplexmittel. Als naturheilkundiger HNO-Arzt hatte er reichlich Erfahrungen, die Otitis auch ohne Antibiotikum mit Erfolg zu behandeln. Die Mittel halfen unserem Sohn sehr schnell und gut, erst nach einem Jahr hatte er einen leichten Rückfall, der aber gleich wieder gut auf die bewährten Mittel ansprach. Ab dann bekam unser Sohn die Mittelohrentzündung fast nur noch, wenn er ein Antibiotikum bekommen hatte. Nicht von uns, aber z. B. wenn er in den Ferien bei der Oma war und sich sein Knie schlimm verletzt hatte.

Diese Geschichte erzähle ich, um deutlich zu machen: Das Antibiotikum hat jedes Mal die Infektion wirksam bekämpft, aber gleichzeitig die Darmflora gestört. Und der irritierte Dünndarm schwächt die Abwehrkraft woanders, hier z. B. im Mittelohr (siehe Zahn-Organ-Tabelle). Damit ist das Rezidiv (der Rückfall) vorprogrammiert.

Ich möchte das Kapitel über Symbiose nicht abschließen, ohne noch exemplarisch ein paar andere Probiotika genannt zu haben. Es gibt immer mehr Präparate zu kaufen; was einem im Einzelfall wirklich hilft, sollte

man sich austesten lassen. Als interessierter Behandler lassen Sie sich am besten von den Herstellern ein kostenloses Ärztemuster schicken und bauen sich einen Testsatz auf.

Beispielhaft seien hier genannt Mutaflor (aus meiner Erfahrung häufiger passend als Symbioflor²), und dann (ohne weitere Wertung) Enterobakt, Bactisubtil, Omniflora, Paidoflor, Symbiolact, Colibiogen, ProBio-Kult, Lactobiogen, und was das Internet hergibt.

Neueste Meldung: Ausdauersport verbessert die Symbiose im Darm! Wie und warum auch immer.

4.1.2.7 Behandlung nach F. X. Mayr

Sie ist eine sehr ganzheitlich wirksame Therapieform. Der Name *Mayr-Kur* ist relativ bekannt. Allerdings ist er bei vielen Menschen mit der falschen Vorstellung verbunden, in der Mayr-Kur gäbe es nur Semmeln und Milch, manche denken (ganz falsch!), es gäbe nur Milchsemmeln. Im Laufe der letzten 50 Jahre hat sich unser Leben und unsere Ernährung stark geändert, es gibt viel mehr Nahrungsmittelunverträglichkeiten (Gluten, Histamin, Fruktose, Laktose, Sorbit...) als zu Mayrs Zeiten. Dem entsprechend wurde die Mayr-Kur weiterentwickelt. Um das auszudrücken, nennt man sie jetzt Moderne Mayr-Medizin, und der patentrechtlich geschützte Name ist „*Mayr-Prevent-Kur*“.

Dr. Franz Xaver Mayr war ein österreichischer Arzt und lebte von 1875 bis 1965. Die offizielle Medizin seiner Zeit behauptete, dass Stuhlgang und Bauchbeschaffenheit nichts mit der Gesundheit zu tun hätten. Da er das nicht glauben wollte, behandelte er ab 1903 als Kurarzt alle Patienten so, als ob sie verdauungskrank wären. Er stellte dabei fest, dass durch Schonkost und richtiges Essen eine Vielzahl von Erkrankungen günstig zu beeinflussen war: Magen-, Leber- und Darmerkrankungen, Durchfall, Verstopfung und Blähungen. Es gab aber auch Heilungen oder Besserungen bei Erkrankungen des Bewegungsapparates (Rheuma, Gicht, Arthritis, Arthrose), der Atemwege (chronischer Schnupfen, Asthma, Bronchitis), der Haut (Ekzeme, Allergien) des Blutdruckes oder bei Kopfschmerzen und Migräne. Wie ist das möglich?

Für den Menschen sind die Verdauungsorgane etwa das, was für die Pflanze die Wurzeln sind: Nur gesunde Wurzeln können Wasser und Nähr-

stoffe aufnehmen und die übrige Pflanze ernähren. Nur gesunde Verdauungsorgane können die übrigen Organe des Menschen gesund halten.

Gibt es auch Wirkungen auf den zahnärztlichen Bereich? Die Mundhöhle ist das Schaufenster des Verdauungstraktes. Entzündungen und Abwehrschwächen im Mund können viel besser abheilen, wenn auch die Erkrankungen der Verdauungsorgane mitbehandelt werden. So bessern sich oft Zahnfleischentzündungen und Parodontose nach einer Mayr-Kur ohne weiteres Zutun des Zahnarztes. Zahnkaries tritt weniger häufig auf, wenn nach einer Mayr-Kur der Speichel wieder basisch ist und er die Zähne gegen Säuren besser schützen kann.

Die klassischen drei Prinzipien einer Mayr-Kur sind:

Schonung: Durch Schonkost, die leicht verdaulich ist und Gärung und Fäulnis verhindern hilft.

Säuberung: Durch tägliche Reinigung des Darmes mit einer milden abführenden Bittersalzlösung.

Schulung: Wiedererlernen des richtigen Essens, um in Zukunft nach der Kur im Alltag Gärung und Fäulnis mit ihrer Giftbildung zu vermeiden.

In neuerer Zeit ist ein viertes Prinzip nötig geworden:

Substitution: Bei Mangel an Vitalstoffen werden basische Mineralien, Spurenelemente oder Vitamine zugeführt, um den Stoffwechsel zu verbessern.

Eine Mayr-Kur sollte mindestens drei Wochen dauern, mit einer einschleichenden Vorkur (um Kurreaktionen zu vermindern) und mit einem langsamen Ausschleichen gerne auch länger. Man sollte sich dabei *immer* von einem ausgebildeten Mayr-Arzt betreuen lassen. Er kann die Intensität der Kur individuell auf den Patienten einstellen, und er weiß, wie man mit möglichen Kurreaktionen am besten umgeht. Eine gut geführte Mayr-Kur kann auch ambulant so sanft sein, dass Menschen mit Stressberufen wie Polizisten oder Lehrer in der Kur ihren Beruf ausüben können. Mittlerweile gibt es mehrere gute Bücher zu diesem Thema. Misstrauen Sie aber dem Autor, wenn er etwa schreibt: „Falls Sie keinen Mayr-Arzt in Ihrer Nähe finden, dann richten Sie sich nach folgenden Anweisungen ...“ Das ist genauso unseriös wie die Empfehlung: „Falls Sie im Schuhgeschäft und im Kleiderladen niemand berät, dann kaufen Sie am besten Schuhe in

Größe 42 und Kleidung in Größe 48." Ein Mayr-Arzt muss Ihnen Ihre Kur so *individuell* anpassen wie ein Schneider die Kleidung.

Das offizielle Buch der Gesellschaft der Mayr-Ärzte finden Sie im Literaturverzeichnis. Einen Mayr-Arzt in Ihrer Nähe können Sie sich auf der Homepage www.fxmayr.com heraussuchen. Das sollten Sie zumindest dann tun, wenn Sie bei den folgenden Bildern Ihre eigene Bauchform oder Ihre Körperhaltung wiederfinden. Eine Mayr-Kur können Sie ambulant mit einem Arzt in der Nähe Ihres Wohnortes durchführen. Dann müssen Sie nicht extra dafür Urlaub nehmen, und es wird auch billiger. Eine stationäre Kur in einem Mayr-Sanatorium kostet Sie mehr Zeit und Geld, dafür können Sie sich voll auf Ihre Kur konzentrieren; als Hausfrau müssen Sie nicht Ihren und den Speiseplan Ihrer Familie aufeinander abstimmen. Ein Kompromiss besteht darin, dass Sie die Vorkur und die Nachkur zu Hause ambulant machen und nur für die Hauptkur wegfahren.

Wenn Sie eine Mayr-Kur beginnen wollen, dann sollten Sie zwischen zwei Mahlzeiten eine Pause von vier bis fünf Stunden gut aushalten, ohne in Unterzuckerung zu geraten. Falls Sie schon im Alltag öfters vom „schnellen Hunger“ befallen werden, sind Sie übersäuert und müssen *vorher* eine Entsäuerungs-Kur durchführen (s. S. 229ff). Erst danach können Sie die Mayr-Kur richtig machen, und sie wird Ihnen deutlich leichter fallen.

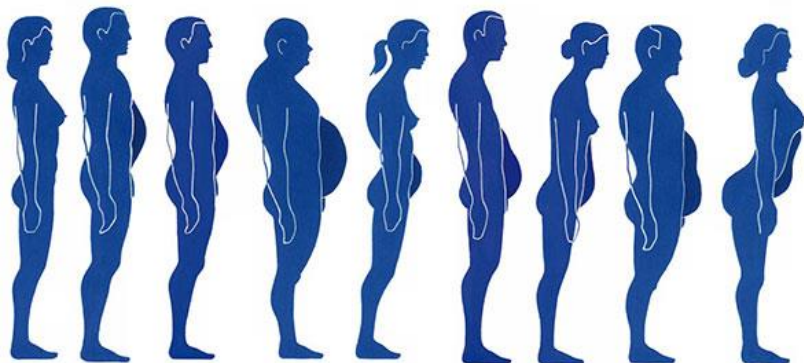


Abb. 26 Bauch- und Haltungsformen nach F.X. Mayr. Nur die Figur ganz links zeigt eine gesunde Bauchform und eine einwandfreie Körperhaltung

4.1.2.8 Biorhythmus und Mondkalender

Bis hierher habe ich alle Therapieformen aufgeführt, die aus meiner Sicht gut zur ganzheitlichen Zahnheilkunde passen. Etwas aber sollte ich noch bei der zahnärztlichen Therapie besprechen. Manchmal lässt es sich ja nicht vermeiden, einen Zahn zu ziehen, etwa weil er ein Herd ist oder weil er so zerstört ist, dass man ihn nicht mehr erhalten kann. Dass er raus muss ist klar, aber *wann* ist es am besten, ihn zu entfernen? Ein Mensch ist nicht immer gleich gut drauf und belastbar. Es reicht auch nicht, einen kranken Zahn zu entfernen, es muss auch gesunder Knochen nachwachsen können, damit nicht ein neuer Herd an derselben Stelle entsteht. Schon im Alten Testament heißt es im Buch der Prediger: „Ein jegliches hat seine Zeit, und alles Vornehmen unter dem Himmel hat seine Stunde“.

In heutiger Zeit kennt die Wissenschaft von der Chronobiologie (Lehre von den Zeiten und Rhythmen im Leben) kurze bis lange Rhythmen wie Herzschlag, Atmung, Schlaf, Menstruation, Winterruhe. Nicht von allen Wissenschaftlern anerkannt ist der **Biorhythmus**, wie ihn zu Beginn des 20. Jahrhunderts der Wiener Psychologe Hermann Swoboda und der Berliner Arzt Wilhelm Fließ entdeckt haben. Sie fanden drei „Rhythmen“ mit unterschiedlicher Periodendauer:

- körperlicher Rhythmus (23 Tage)
- emotionaler Rhythmus (28 Tage)
- geistiger Rhythmus (33 Tage)

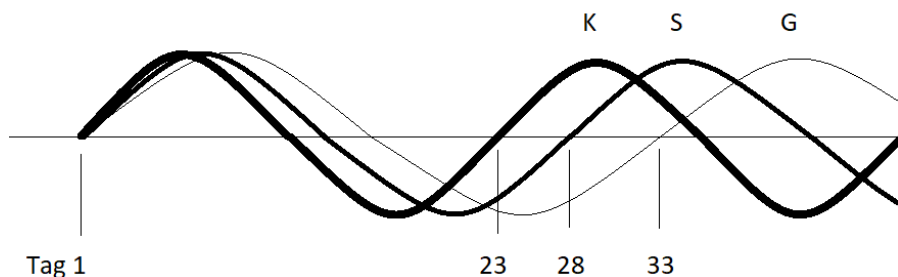


Abb. 27 Biorhythmus-Kurven nach der Geburt. Dicke Linie = körperlicher, mitteldicke = seelischer, dünne = geistiger Rhythmus

Sie werden wellenartig aufgezeichnet, wie Sinuskurven. Bei der Geburt fangen diese Kurven auf einer Null-Linie nach oben an (die aktivere Phase), um nach einer halben Periodenlänge die Null-Linie nach unten zu über-

queren und dann in eine negative, passive Phase zu gehen (negativ heißt hier nicht schlecht, sondern weniger aktiv). Am Ende der Periode erfolgt wieder ein Umschlag in den positiven Bereich. Alle Übergänge durch die Null-Linie, das heißt von positiv zu negativ und umgekehrt, heißen *kritische Tage*. An denen ist man etwas fehleranfällig, aber nur geringfügig, es fällt kaum auf. Kommt es aber bei zwei oder gar drei Kurven zu einem Übergang am selben Tag, können die Fehlleistungen für einen Außenstehenden deutlicher erkennbar werden.

In meiner Praxis wollte ich die Theorie des Biorhythmus überprüfen. Von allen Mitarbeitern habe ich je eine Berechnung für die nächsten Monate gemacht und die Zettel dann weggelegt. Keiner sollte von irgendwelchen Prognosen beeinflusst werden. Wenn mir bei einem Mitarbeiter gehäuft und auffällig deutlich mehr Fehlleistungen auffielen, fragte ich die anderen, wie sie heute ihren Kollegen einschätzten. Waren sie alle derselben Meinung, dann schauten wir gemeinsam den Biorhythmus des Betroffenen an. Immer fanden wir an diesem Tag zwei Kurven durch die Null-Linie gehend, also einen doppelt kritischen Tag.

Auch ich habe keine Erklärung dafür, warum ausgerechnet am Tag der Geburt die Rhythmen gemeinsam starten sollen, vor der Geburt lebt man ja auch schon. Das Ergebnis aber überzeugt mich, da ist mir die Theorie egal. In der Literatur findet man Ärzte, die den Termin für schwierige Operationen wie die Herztransplantation (Verpflanzung) nach dem Biorhythmus ihrer Patienten ausgesucht haben. Es soll Fluggesellschaften geben, die ihre Piloten an besonders kritischen Tagen nicht fliegen lassen. Das alles hat mich bewogen, Termine für Extraktionen nach dem Biorhythmus auszusuchen, wenn keine Eile geboten war. Besonders bei der Entfernung von herdverdächtigen Zähnen fand ich es wichtig, alles in meiner Macht Stehende zu unternehmen, dass die Wunde anschließend gut heilt und gesunder Knochen nachwächst. Und der Patient freut sich sowieso, wenn seine Wunde schmerzfrei und komplikationslos heilt. Ich hatte nie einen Patienten erlebt, der sich seinen Extraktionstermin nach seinem Biorhythmus ausgesucht hatte und mit seiner Wundheilung unzufrieden war.

Was soll man bei der Terminauswahl beachten? Es gibt zwei unterschiedliche Empfehlungen.

Die Wundheilung ist gut, wenn der körperliche Rhythmus in der ersten Hälfte ist, also oberhalb der Null-Linie.

Die Wundheilung ist gut, wenn der körperliche Rhythmus in der aufsteigenden Phase ist, also zwischen dem tiefsten Punkt und dem höchsten.

Ich hatte keine Lust auf Experimente, vielleicht stimmt die erste Regel für einen Teil der Menschen und die zweite stimmt für einen anderen Teil. Da ich aber nicht weiß, wer wie reagiert, habe ich mich persönlich für folgende Regel entschieden:

Ich suche den Termin zum Zahnziehen so aus, dass der körperliche Rhythmus in der ersten Hälfte der oberen Phase ist und mindestens drei Tage vor dem nächsten kritischen Tag liegt. Damit habe ich beide anderen Regeln gleichzeitig erfüllt und bin „auf Nummer sicher“.

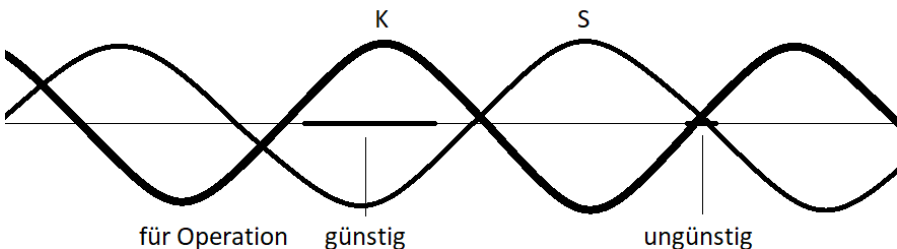


Abb. 28 günstiger Biorhythmus für Extraktion und Operation; die seelische Kurve ist hier nicht dargestellt, da für Operationen unwichtig

Manche Frauen mit persönlicher Erfahrung berichten, für sie sei der seelische Rhythmus der wichtigste von allen dreien. Das passt auch dazu, dass manche Biorhythmiker den körperlichen den männlichen Rhythmus nennen und den seelischen den weiblichen. In diesem Fall suche ich einen Termin so aus, dass die *seelische* Kurve in der ersten Hälfte der oberen Phase ist und mindestens drei Tage vor dem nächsten kritischen Tag liegt.

Auch außerhalb der Medizin lässt sich schön mit dem Biorhythmus arbeiten. Eine Fahrschulprüfung würde ich so legen, dass die geistige Kurve „passt“ und kein kritischer Tag hineinspielt. Bei einer Schulaufgabe oder einem Examen kann man sich den Termin ja nicht aussuchen. Wenn ich eine extrem lange Urlaubsfahrt nach Südspanien antrete, und mein Biorhythmus ungünstig ist, dann sage ich das meinem Beifahrer, damit er besonders aufmerksam ist, und ich wechsele mich öfter mit ihm ab als

sonst. Will ich die Prüfung zum Sportabzeichen ablegen, dann achte ich auf eine passende körperliche Kurve.

Im normalen Leben dagegen sollte man sich nicht zum Sklaven seines Biorhythmus machen und sollte einfach drauflos leben.

Der **Mondkalender** hat nicht direkt mit diesem Biorhythmus zu tun, er gilt nicht individuell, sondern für alle Menschen gleich. Man muss also nichts ausrechnen, sondern braucht nur einen geeigneten Kalender. Mit ihm habe ich keine intensiven eigenen Erfahrungen. Ich nutze ihn nur für Patienten, die aus ihrer Erfahrung heraus Wert darauf legen. Für Zahnbehandlungen wird empfohlen, Stier- und Widdertage zu meiden. Ich kann mir gut vorstellen, dass der Mondkalender wichtig sein kann, wenn es um Operation und Wundheilung geht. Die biodynamische Landwirtschaft arbeitet ja schon sehr lange erfolgreich mit dem Mondkalender, und was für Pflanzen gut ist, kann ja auch für Menschen gut sein.

Allerdings kann ich mir *nicht* vorstellen, dass die Behauptung stimmt, an den falschen Tagen gelegte Füllungen würden leicht wieder herausfallen, nur an den richtigen blieben sie gut im Zahn haften. Da glaube ich ganz mechanistisch, eine gut gemachte Füllung hält immer gut.

So viel also zum Thema Diagnostik- und Therapieformen.

Weitere viel diskutierte Themen sind Amalgam, Fluorid, „richtige“ Ernährung und Übersäuerung sowie deren Bedeutung für die ganzheitliche (Zahn-)Gesundheit.

4.2 Das Amalgam-Problem

4.2.1 Amalgam - ein Gift?

Amalgam besteht aus einer Mischung von etwa 50% reinem flüssigen Quecksilber und feinen Metallspänen einer Legierung aus Silber, Zinn, Kupfer, Indium und Zink. Verrührt man das Metallpulver mit dem Quecksilber (der Vorgang heißt Trituration), entsteht eine plastisch verformbare Masse (grob gesagt wie Knetgummi). Ein Teil des flüssigen Quecksilbers dringt in die Oberfläche der festen Metallspäne ein (es diffundiert hinein), dadurch wird die knetbare Masse innerhalb von etwa 5 Minuten immer fester, nach 24 Stunden ist sie praktisch endgültig ausgehärtet.

Amalgam ist bei Zahnärzten sehr beliebt, weil es im Vergleich zu anderen Füllungen preiswert ist und sich relativ problemlos verarbeiten lässt. Es ist fehlertolerant, d. h. zu viel Feuchtigkeit beim Legen der Füllung ist nicht so schlimm. Es bindet kontinuierlich ab, die Füllung kann sofort einfach nachbearbeitet werden. Wenn sie im Biss als zu hoch erscheint, wird einfach dort etwas abkratzt, wo sich der Gegenzahn in die Füllung einbeißt. Man muss nicht schleifen wie bei der Kunststofffüllung, die sofort ihre Endhärte hat. Ein weiterer Vorteil: Beim Aushärten dehnt Amalgam sich zunächst ein wenig aus, erst später schrumpft es langsam. So ist die Füllung an den Rändern relativ lange dicht. Im Gegensatz dazu schrumpft Komposit beim Aushärten sofort und muss mit aufwändigen Klebetechniken daran gehindert werden, am Rand undicht zu werden.

Als etwa 1820 das Amalgam in der Zahnheilkunde eingeführt wurde, gab es sofort kritische Stimmen, die auf die Giftigkeit des Quecksilbers hinwiesen. Man fand aber keine Vergiftungssymptome bei den damit behandelten Patienten. Heute weiß man den Grund: Bis dahin waren nur die Symptome der akuten Quecksilbervergiftung bekannt, z. B. aus der reichlichen Anwendung von Quecksilbersalben bei Hauterkrankungen. Der abfällige Name Quacksalber kommt davon. Anzeichen einer schleichenden, chronischen Vergiftung waren noch nicht bekannt.

1968, zu Beginn meines Studiums, lernten wir: „Aus den Füllungen kommt kein Quecksilber heraus, wir können nichts messen.“ Vier Jahre

später hieß es: „Wir können jetzt genauer messen, aber es kommt im Durchschnitt nur so wenig heraus, wie man auch mit der Nahrung aufnimmt.“ Das aber sollte uns zu denken geben! Eigentlich sollte gar kein Quecksilber in der Nahrung sein, das ist ja eine Folge der industriellen Umweltverschmutzung. Diese Belastung ist also schon unnatürlich, und die zusätzliche Belastung aus den Füllungen wird heruntergespielt. Die Kritiker hatten ein schönes Bild dazu: Wenn der Ochse einen Karren ziehen kann, muss er nicht zwei ziehen können.

Besonders trügerisch ist die Formulierung „im Durchschnitt“. Im Mittel haben die Europäer vielleicht vier bis fünf Amalgamfüllungen, einige haben keine und andere haben bis zu 12 große Füllungen. Diese Menschen haben dann schon die dreifache Belastung aus dem Amalgam, und wenn sie mehr Fisch essen oder am Arbeitsplatz belastet sind, noch viel mehr! Das sollte man nicht einfach bagatellisieren!

In den 1990er Jahren mussten alle Zahnärzte auf eigene Kosten an jedem Arbeitsplatz einen Amalgamabscheider einbauen lassen, jeder für etwa 5000 DM. Der gesammelte Amalgamschlamm muss als Sondermüll gegen Gebühren und Entsorgungsnachweis von zertifizierten Unternehmen abgeholt werden. Die amtliche Begründung lautete, das Abwasser müsse vor zu starker Belastung mit Quecksilber geschützt werden. Und die Menschen, die es im Mund haben, etwa nicht? Juristisch gesehen wird das Amalgam mit dem Einbringen in den Zahn zum Medikament. Da soll es bitteschön ungiftig sein. Durch die „magische“ Handlung des Ausbohrens wird es plötzlich giftig und belastet das Abwasser?!?

Ich erinnere mich an Experimente in den 1980er Jahren: Ganzheitliche Zahnärzte haben Schafen Amalgamfüllungen gemacht, nach etwa drei Monaten wurden sie geschlachtet (die Tiere!). Schon nach dieser kurzen Zeit waren Gehirn, Nerven und Nieren mit Quecksilber belastet (ob noch andere Organe, weiß ich nicht mehr). Die meisten Menschen wollen aber sicher noch länger leben, und das unbelastet.

Wer Amalgamfüllungen im Mund hat, dessen Speichel enthält messbar Quecksilber, mehr als in unserem Trinkwasser erlaubt ist. Selbst wenn man nichts isst, produziert man etwa 0,5 Liter Speichel am Tag, wenn man isst, dann bis zu 1,5 Liter.

Amalgamfüllungen geben Schwermetalle ab

- durch den Abrieb beim Kauen und Zähneknirschen,
- bei heißen Speisen oder Getränken entstehen Quecksilberdämpfe und
- bei sauren Speisen lösen sich die oberen Oxidschichten.

Das alles wird verschluckt oder die Dämpfe eingeatmet. Wer dann noch zusätzlich andere Metalle wie Goldlegierungen im Mund hat, bei dem führen die elektrischen Spannungen und Ströme dazu, dass Quecksilberionen auch in den Körper eingeschleust werden: Der Knochen in der Umgebung eines Zahnes mit einer großen Amalgamfüllung enthält messbar mehr Quecksilber als der Knochen um ungefüllte Zähne herum.

Die Befürworter des Amalgams wollen uns damit beruhigen, die Konzentration der Quecksilberdämpfe im Mund sei ja knapp unter der offiziell erlaubten sog. maximalen Arbeitsplatz-Konzentration, sie sei also harmlos. Dieser MAK-Wert gilt aber nur für eine Belastung an 8 Stunden am Tag, bei nur 40 Wochen im Jahr. Der Amalgamträger hat seine Belastung aber 24 Stunden am Tag und ohne Urlaubspausen! Außerdem gilt der MAK-Wert für die Belastung durch einen Einzelstoff. Im Amalgam sind aber noch andere Schwermetalle enthalten.

Natürlich gibt es Menschen, die ihre relativ wenigen oder kleinen Amalgamfüllungen gut tolerieren. Ein Leistungssportler schwitzt so viel, dass er seine Schwermetalle über die Haut gut ausscheidet. Dagegen muss ein älterer oder körperlich inaktiver Mensch damit rechnen, mit der Zeit immer mehr Quecksilber in seinem Körper anzureichern, bis es ihm zu viel wird und er mit einer Krankheit reagiert.

Im Körper wird Quecksilber zu organischen Verbindungen umgebaut, die sehr giftig sind. Sie zerstören Eiweiße und befallen besonders das Gehirn und die Nerven. Zusätzlich fördern sie Autoimmunkrankheiten wie kreisrunder Haarausfall, Hashimoto-Schilddrüsenentzündung, Gastritis, Colitis ulcerosa, Basedow, Crohn, Bechterew, Multiple Sklerose, Psoriasis, rheumatoide Arthritis, Vitiligo (Weißfleckenkrankheit), Zöliakie, um nur die bekanntesten zu nennen. Es gibt noch etwa 40 weitere Autoimmunkrankheiten.

Zusätzlich stört Quecksilber im Darm die Symbiose, es füttert Pilze und fördert Mykosen. Deren Toxine (ausgeschiedene Giftstoffe) können wiederum die Gelenke belasten. Es gab eine Zeit, da war Mykose eine Mode-

Diagnose unter Alternativmediziner:innen. Langfristig und ursächlich wirklich hilfreich ist dann aber nicht ein Antimykotikum, sondern das Milieu muss verbessert werden, d. h. in diesem Fall, die Schwermetalle müssen ausgeleitet werden.

Unsere Europapolitiker haben sich 2016 darauf verständigt, dass Zahnärzte ab 1. Juli 2018 Amalgam bei schwangeren und stillenden Frauen sowie bei Kindern unter 15 Jahren nur noch in „absoluten Ausnahmefällen“ verwenden dürfen. Für Deutschland gilt das schon länger. Über den Rat erreichten die EU-Mitgliedsstaaten, Amalgam als Füllmaterial bis 2022 nicht generell zu verbieten. Sie argumentieren vor allem mit der Versorgungssicherheit. Im Jahr 2020 will die Kommission eine neue Überprüfung starten, um zu sehen, ob ein Ausstieg bis 2030 möglich ist.

Die Firma Degussa war in Deutschland lange Zeit der Marktführer für Zahn-Amalgam. Sie verkauft seit etwa 15 Jahren kein Amalgam mehr. Hat sie etwa Angst vor Haftungsansprüchen, weil sie die Risiken kennt?

Was kann und soll man nun tun, wenn man noch Amalgamfüllungen in seinen Zähnen hat? Wer sehr gesund ist und sportlich aktiv, für den reicht es vielleicht, sich einfach keine neues Amalgam mehr in seine Zähne einbauen zu lassen, und wenn mal eine Amalgamfüllung nicht mehr taugt, wird sie durch etwas anderes ersetzt.

Wer sich nicht sicher ist oder schon chronisch erkrankt ist, der sollte sich testen lassen, wie hoch seine Belastung schon ist, auf Seite 153 haben wir schon besprochen, wie das geht. Ist die individuelle Belastung gering, kann man gut abwarten, offensichtlich ist man ein genügend guter Ausscheider.

Bei mittlerer Belastung verträgt man das Ausbohren des Amalgam im Allgemeinen ganz gut und ohne Erstverschlimmerungen, wenn der Zahnarzt die Spielregeln für das Ausbohren einhält: Langsamer Bohrer und gute Kühlung - die eingeatmeten Dämpfe sind nämlich viel gefährlicher als die verschluckten Krümel. Nur 1 - 2 Füllungen pro Sitzung entfernen. 3 - 4 Wochen Abstand zur nächsten Sitzung. Alte Füllungen in möglichst großen Brocken entfernen, nicht alles zerspanen.

Wer aber eine starke oder sehr starke Belastung hat, braucht schon vor dem Ausbohren eine individuell getestete Ausleitung über etwa 3 Monate. Danach wird noch einmal nachgetestet, ob die Belastung schon auf mittelstark heruntergegangen ist oder ob mit anderen Medikamenten

weiter ausgeleitet werden muss. Wer bei zu hoher chronischer Belastung sein Amalgam ohne vorherige Ausleitung ausbohren lässt, läuft Gefahr, dass er die unvermeidliche akute Zusatzbelastung nicht mehr aushält, „das Fass läuft über“. Ich kenne Patienten, die dadurch etwa 4 Wochen lang schwer krank wurden, als ob sie eine starke Grippe hätten: Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Abgeschlagenheit.

4.2.2 Ersatz für Amalgam

Die Auflistung der Ersatzmaterialien und die Bewertung ihrer Vor- und Nachteile lesen Sie bitte im Buch.

4.3 Karies und Fluorid

Wie die Karies entsteht, haben wir schon in 2.11 besprochen: Bakterien bauen Kohlenhydrate (Zucker und Stärke) zu Milchsäure ab, und diese Säure löst den Zahnschmelz und das Dentin auf und frisst Löcher hinein, dadurch gehen die Zähne kaputt.

Fluoride sind Fluorverbindungen, die sich in die Zahnoberflächen einbauen sollen und dadurch die Säurelöslichkeit herabsetzen und die Karies verhindern oder wenigstens verzögern sollen.

Wir wollen jetzt der Frage nachgehen: Wie gut ist diese Wirkung und welche Nebenwirkungen gibt es?

Fluorid-Befürworter und Gegner liefern sich erbitterte Schlachten, und nicht alle Argumente sind schlüssig. Sehen wir sie uns einzeln an und beginnen mit den Behauptungen der Fluorid-Gegner. Bedenken Sie dabei bitte: Wenn *ein* Argument schlecht oder falsch ist, heißt das noch lange nicht, dass dann die weiteren Argumente falsch sein müssen.

„*Fluor ist sehr giftig.*“ Das stimmt, und es ist nur die halbe Wahrheit. Wir müssen in der Sprache unterscheiden zwischen Fluor und Fluorid. Fluor (F_2) ist ein giftiges Gas wie Chlor(Cl_2), mit ihm ist es chemisch ver-

wandt, im Periodensystem der Elemente stehen beide in derselben Gruppe der Halogene. Fluor bildet in Verbindung mit Wasserstoff eine starke Säure, die Fluss-Säure, auch Fluor-Wasserstoff (HF) genannt. Das ist wieder wie beim Chlor, das bildet mit Wasserstoff die Salzsäure (HCl). Verbindet sich Fluor mit dem Alkalimetall Natrium, bildet es ein Salz namens Natriumfluorid (NaF). In Wasser zerfällt es in elektrisch geladene Teilchen ($\text{Na}^+ + \text{F}^-$), das Natrium-Ion und das Fluorid-Ion. Die sind nicht mehr so gefährlich wie Fluor-Gas oder Fluorwasserstoff. Wieder ist es ähnlich wie beim Chlor. Das bildet in Verbindung mit Natrium das Salz Natriumchlorid, besser bekannt als Kochsalz ($\text{NaCl} = \text{Na}^+ + \text{Cl}^-$). Kochsalz ist einerseits nötig und kommt im Menschen vor, andererseits sollte man nur 5 g Kochsalz am Tag zu sich nehmen, und nicht 20 g, wie es etwa in Japan der Durchschnitt ist.

„Die Aluminiumindustrie muss ihr Nebenprodukt Fluorid verkaufen, das ist billiger als entsorgen, daher bewirbt sie es als Karies hemmend.“ Ich habe das nicht nachgeprüft, selbst wenn es so ist, gibt uns das *keinen* Hinweis, ob Fluorid nützlich oder schädlich ist.

„Karies ist keine Fluor-Mangel-Krankheit.“ Richtig. Karies entsteht nicht, weil man zu wenig Fluorid im Körper oder in den Zähnen hat, sondern weil man zu viele Kohlenhydrate wie Zucker und Mehlprodukte isst und die Bakterien im Mund nicht an allen Zahnflächen wegputzt.

„Wer sich Fluorid zuführt, kann ruhig mehr Zucker naschen.“ Falsch. Selbst wenn Fluorid die Karies vollständig vermeiden könnte (was es nicht kann), blieben immer noch viele Probleme: Übersäuerung, Dysbiose im Darm, Störung des Insulinstoffwechsels mit dem Risiko Diabetes und Übergewicht. Leider gab es schon ganzseitige und doppelseitige Anzeigen in Zeitungen, die links für Fluorid und rechts für den ungetrübten Genuss von Zucker warben.

„In amerikanischen Städten mit Trinkwasserfluoridierung ist die Kariesrate gesunken.“ Richtig und falsch. In Städten *ohne* Trinkwasserfluoridierung ist die Kariesrate im selben Zeitraum auch gesunken! Die Stadt Basel hat nach 41 Jahren ihre Trinkwasserfluoridierung wegen erwiesener Unwirksamkeit beendet.

Sie sehen schon, zu jedem Argument gibt es auch gute Gegenargumente. Gemäß dem Motto „traue keiner Statistik, die du nicht selber gefälscht hast“ müsste ich nun selber Versuchsreihen anstellen. Dazu fehlen

mir Zeit und Gelegenheit (und Geld). Aber in über 30 Jahren zahnärztlicher Tätigkeit habe ich ja auch eigene Beobachtungen machen können.

In meinen ersten Berufsjahren war ich sehr stolz darauf, wie relativ sicher ich versteckte Approximalkaries erkennen konnte, selbst wenn im Röntgenbild noch kein eindeutiger Hinweis zu sehen war. Es gab auf dem Zahnschmelz ein charakteristisches Schimmern, das die Karies im nicht einsehbaren Kontaktbereich zweier benachbarten Zähne verriet. Seitdem alle Menschen Fluorid in der Zahnpasta haben und viele auch fluoridiertes Kochsalz verwenden, ist die Approximalkaries „heimlicher“ geworden: Man sieht das Schimmern nicht mehr, die Karies wird erst im Röntgenbild entdeckt, wenn sie schon tiefer in den Zahn eingedrungen ist.

Daraus ziehe ich folgende Schlussfolgerung: Fluoride aus der Zahnpasta hemmen die Karies schon ein bisschen, daher ist der Kariesfleck am Kontaktpunkt zum Nebenzahn kleiner als früher. Andererseits entsteht die Karies trotz Fluorid und geht in die Tiefe des Zahnes und macht weiterhin Löcher, man sieht sie nur später. In der Tiefe wirkt ja das Fluorid nicht, nur an der Oberfläche. Ich frage mich daher, *wo liegt der Vorteil der Fluoride, wenn sie die Karies nicht verhindern, aber verhindern, Karies im Frühstadium zu entdecken und zu behandeln, solange das Loch noch kleiner und weniger tief ist.*

Nun zu der Frage: Wenn Fluorid schon nicht gut wirkt, hat es dann wenigstens keine **Nebenwirkungen**? Leider hat es welche. In der Anfangszeit der Diskussionen waren die Argumente der Gegner schlecht dokumentiert, die Befürworter kamen dagegen mit groß aufgemachten, von der Industrie geförderten Studien sehr wissenschaftlich daher. Heute können Sie sich im Internet leichter informieren. Geben Sie „Argumente Gegner Fluorid“ in eine Suchmaschine ein, Sie werden überrascht sein, wie viele mir seriös erscheinende Studien zitiert werden. Ich habe nicht alles persönlich nachgeprüft und recherchiert, nur die eine Behauptung über Fluoridverbot in Belgien. Die Zeitung „Der Tagesspiegel“ berichtete am 1.8.2002 tatsächlich: In Belgien wurde die Zugabe von Fluorid in Mundwasser, in frei verkäuflichen Tabletten und in Kaugummi verboten. Nur in Zahnpasta ist es noch erlaubt. Wenn ein Staat so weit geht, sich gegen die wirtschaftlichen Interessen der Industrie zu stellen, dann haben die Verantwortlichen dieser Entscheidung wohl sehr gute Argumente.

Schon in den 1980er Jahren hat der ganzheitliche Zahnarzt und Vorreiter der zahnärztlichen Elektroakupunktur Dr. Fritz Kramer aus Nürnberg in seinen Seminaren berichtet, dass er den Eindruck habe, Fluoride können zu schlechten Schulleistungen der Kinder führen. Heute lese ich, Fluorid vermindert den Intelligenzquotienten im Tierversuch und beim Menschen.

Die Ärztin Frau Dr. Jutta Rost berichtete in Ihren Homöopathie-Seminaren für Zahnärzte von Ihrer persönlichen Sensibilität gegen Fluorid. Sie hatte früher Herzrhythmusstörungen gehabt und kurz vor der Implantation eines Herzschrittmachers gestanden. Eine befreundete homöopathische Ärztin untersuchte sie noch davor und entdeckte, Frau Rost hatte die Symptome einer Fluoridbelastung, sie war ein homöopathischer Fluorid-Typ. Sie brauchte also Hochpotenzen von Fluoridsalzen, aber das Fluorid in Zahnpasta oder fluoridhaltigem Mineralwasser war schon zu viel für sie! Diese Entdeckung hat sie nicht nur vor einer unnötigen und nicht ursächlichen Operation bewahrt. Sie hat sie so für die ihr bis dahin noch unbekannte Homöopathie begeistert, dass sie diese Methode erlernte und in ihrer Praxis einsetzte, und sogar Ausbilderin dafür wurde.

Die Einnahme von Fluorid führt unter anderem zu einem etwas späteren Durchbruch der bleibenden Zähne. Untersucht man nun Gebisse 10-jähriger Kinder, dann sind die neuen Zähne der Fluorid-Kinder erst kürzere Zeit im Mund als die der nicht-Fluorid-Kinder. Dadurch hatten sie weniger Zeit, sichtbare Karies zu entwickeln. Das ist aber kein Beweis der Fluorid-Wirksamkeit, sondern ein statistischer Fehler.

Als Nebenwirkung relativ harmlos sind die weißen Flecken auf dem Zahnschmelz der Schneidezähne. Man findet sie sehr häufig in Fluorose-Gebieten, also Regionen, wo das Trinkwasser zu viel Fluorid enthält. Auch bei uns in Deutschland sieht man gelegentlich solche Flecken, wenn der Patient als Kind zu viel Fluorid bekommen hat. Die Flecken sind harmlos und brauchen keine Behandlung, es sei denn, sie werden als kosmetische Beeinträchtigung empfunden.

Nun zu den praktischen Schlussfolgerungen: Die offizielle Empfehlung der Zahnärztekammer lautet:

Keine Fluorid-Tabletten für die Kinder, weil die innerliche Zufuhr keine Verbesserung der Zahnschmelzsubstanz bewirkt.

Der ganze Körper wird dabei mit Fluorid geflutet, aber nur das Wenige, das im Speichel ausgeschieden wird, kann auf die Oberfläche der Zähne einwirken. Das kann man aber mit Fluorid in der Zahnpasta auch erreichen, ohne die Risiken der systemischen Anwendung am ganzen Körper. Mancher Kinderarzt wie auch die Berufsvertretung der Kinderärzte ist da noch nicht auf dem neuesten Stand, sie empfehlen noch die Tabletten. Als Eltern sind Sie vielleicht verunsichert, der Kinderarzt müsste es doch wissen, er ist doch der Fachmann für mein Kind. Ja, ist er, *aber der Zahnarzt ist der Fachmann für die Zähne*, auch bei Kindern. Die Löcher in den Kinderzähnen behandelt ja auch nicht der Kinderarzt. *Also bitte keine Fluorid-Tabletten, kein fluoridiertes Kochsalz, keine innerliche Anwendung!*

Zur *lokalen* Anwendung gehört Fluorid als Zusatz zu Zahnpasta oder als Lack beim Zahnarzt zur offiziellen Kariesprophylaxe. Natürlich neben gründlicher Zahnreinigung mit Zahnbürste, Zahnseide, Interdentalbürste, professioneller Zahnreinigung und halbjährlicher Früherkennungs-Untersuchung beim Zahnarzt.

Wenn Sie diesen Empfehlungen folgen und sich bemühen, wenig und selten Zucker zu essen oder zu trinken, können Sie auch fluoridfreie Zahnpasta verwenden. Und wenn Sie sich nicht sicher sind, dürfen Sie auch den Kompromiss eingehen und früh ohne, abends mit Fluorid putzen.

4.4 Parodontose/Parodontitis

Das Parodontium ist der Zahnhalteapparat. Er besteht aus der Wurzelhaut (verbindet die Zahnwurzel mit dem Knochen), dem angrenzenden Knochen sowie dem Zahnfleisch. **Parodontitis** heißt die Entzündung des Zahnhalteapparates, **Parodontose** heißt die Schwäche des Zahnhalteapparates. In der modernen Zahnmedizin sagt man immer Parodontitis, weil man davon ausgeht, dass auch bei Schwäche und Schwund immer gleichzeitig auch eine Entzündung besteht.

Wie kommt es zur Parodontitis / Parodontose ?

An Stellen, die nicht ausreichend geputzt werden, weil die Zahnbürste nicht gut genug hinkommt, wachsen ungehindert Bakterien und bilden dichte sichtbare weißliche Beläge. Zu viele Bakterien am Zahnfleischrand sondern zu viele Giftstoffe ab und führen zur Entzündung des Zahnfleisches. Dabei bilden sich Zahnfleischtaschen. Das sind Taschen zwischen Zahnfleisch und Wurzel (s. Abb. 9 S.32). In diesen Taschen können Bakterien noch ungestörter wachsen, weil dort die Zahnbürste erst recht nicht hinkommt. Der Knochen baut sich dabei langsam ab, dadurch wird der Zahn immer lockerer.

Das ist die offizielle herkömmliche schulmedizinische Erklärung.

Die Ganzheitsmedizin sagt:

1. Es sind nicht nur einfach zu viele Bakterien, die diese Erkrankung auslösen. Es sind zu viele falsche Bakterien bei einer gleichzeitig zu schwachen Abwehrkraft (Immunsystem).

Der gesunde Mensch lebt in Symbiose mit bestimmten Bakterien, sie sind seine Freunde und Helfer. Sie schützen uns gegen krankmachende (=pathogene) Bakterien und Pilze (=Mikroben).

Um immer genügend für uns gute Bakterien zu behalten, braucht man aber eine naturgemäße Ernährung. Wenn Haustiere ihrer Natur gemäß ernährt werden, müssen sie nicht ihre Zähne putzen. Trotzdem bekommen sie weder Karies noch Parodontitis.

Werden dagegen Schoßhündchen mit Keksen und Schokolade "verwöhnt", dann fördert das das Wachstum schlechter Bakterien, und das Hündchen bekommt Zahnstein, Mundgeruch, Karies, Parodontitis und beginnt, übelriechende Pups abzusondern. (Eine Nebenbemerkung: Ich musste einmal 2 Wochen lang einen stark pupsenden Schäferhund bei mir zu Hause betreuen. Mit rohem Pansen und Blättermagen als Futter und Symbioflor 1 zur Symbioselenkung wurde er wieder geruchsneutral).

Außerdem: Die Mundhöhle ist das Schaufenster des Verdauungstraktes. Gibt es im Mund Entzündungen, Abwehrschwächen und zu viele pathogenen Mikroben, dann ist das oft die Folge von ähnlichen Zuständen weiter unten im Darm.

2. Die Abwehrkraft des Kieferknochens kann auch geschwächt sein, wo einzelne Zähne wegen Fehlstellung mechanisch zu stark belastet werden. Sie sind dann entweder ein bisschen zu lang, z. B. wegen einer etwas zu hohen Füllung oder Krone oder Brücke. Oder sie stehen etwas schräg, und die Höckerneigung wird dadurch etwas zu steil. Das erfordert höhere Kräfte bei der Seitwärtsbewegung des Unterkiefers. Besonders in Stress-Situationen beißt man tagsüber und nachts beim Träumen viel stärker zusammen als beim Kauen und schwächt so den Zahnhalteapparat. Das betrifft besonders die zu langen oder schräg stehenden Zähne. Bei diesen entzündet sich wegen der Überlastung die Wurzelhaut. Mit der Zeit baut sich dort der Knochen ab, es bildet sich eine Knochentasche, die von den Bakterien der Mundhöhle besiedelt wird. So verstärken sich die Entzündung und die Parodontitis.

3. Der Kieferknochen kann allgemein geschwächt sein z. B. durch Übersäuerung, Mineralmangel (selten Calcium, oft Magnesium und Silicium), Vitaminmangel (Skorbut, das Zahnfleischbluten und der Zahnausfall der früheren Seefahrer bei Mangel an Vitamin C), Osteoporose. Man kann die Parodontose auch als Osteoporose des Kieferknochens auffassen.

4. Jeder Zahn hat über bestimmte Akupunktur-Meridiane eine energetische Beziehung zu anderen Organen des Körpers. So kann z. B. eine Schwäche im Funktionskreis Leber/Gallenblase die Eckzähne schwächen und damit anfälliger gegen Parodontose machen. Oder eine chronische Blasenentzündung schwächt den Funktionskreis Blase/Niere und kann die Parodontose der Schneidezähne verstärken. Siehe auch die Tabelle der Zahn-Organ-Beziehungen S. 99.

5. Rauchen ist ein eigenständiger Risikofaktor für Parodontose, der auch durch besseres Zähneputzen nicht ausgeglichen werden kann. Das liegt daran, dass die Giftstoffe im Rauch (Kohlenmonoxid, Arsen und viele andere) die Blutgefäße der Mundschleimhaut verengen. Das Zahnfleisch ist eigentlich entzündet, aber es sieht wegen der Mangeldurchblutung so blass aus wie gesundes. Der Patient und auch der Zahnarzt erkennt also die Entzündung nicht und glaubt irrtümlich, das Zahnfleisch sei gesund. Also behandelt er die Parodontose nicht.

6. Eine Belastung durch Schwermetalle (z. B. aus Amalgam, Quecksilber, Blei, Arsen) oder andere Giftstoffe schwächt die Abwehr und fördert Parodontose / Parodontitis.

Welche Auswirkung kann eine Parodontose haben?

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass eine unbehandelte Parodontitis das Risiko erhöht für folgende Krankheiten: Diabetes, Koronare Herzerkrankungen, Herzinfarkt, Frühgeburten / Mangelgeburt, Osteoporose, Atemwegserkrankungen.

Was soll man bei Parodontitis tun/beachten ?

- sehr gründliche häusliche Zahnpflege (s. Abschnitt 4.9.4 ab S. 284)
- regelmäßige professionelle Zahnreinigung, z.B. alle 3 Monate
- zahnärztliche Parodontosebehandlung
- sorgfältiges Einschleifen belastender Störkontakte der Zähne
- evtl. Aufbissschiene
- Stressmanagement: belastende Stresssituationen erkennen, abbauen, Einstellung ändern, meditieren, Yoga, Psychokinesiologie, Bachblüten, Homöopathie etc.
- Symbioselenkung für die Mundhöhle
- Förderung der Darmgesundheit durch Symbiontenzufuhr (s. S. 168), Vermeidung von Gärung und Fäulnis durch sehr gutes Kauen, Zwischenmahlzeiten weglassen, Mayr Kur
- Entsäuerungskur (s. Kap. 4.6, S. 223)
- Schwermetallausleitung, Amalgam entfernen, Ausleitungsmittel s. S. 258
- Rauchen aufhören
- Vitamine, Mineralien, Spurenelemente prüfen lassen
- Akupunktur
- Geopathie (Erdstrahlen, Wasseradern etc.)
- Elektrosmog
- Medikamente mit Nebenwirkungen

4.5 Ernährung

Warum ist die Ernährung überhaupt ein Thema für die ganzheitliche Zahnheilkunde? Dafür gibt es mindestens vier Gründe:

Kariogene Kost (zu viel Zucker und Stärke) ist schlecht für die Zähne, sie bekommen Löcher.

Übersäuernde Kost ist schlecht bei Parodontitis und macht zudem den Speichel sauer, der schützt die Zähne dann schlechter gegen Karies.

Zu viel weiche Kost ist schlecht für die Kieferentwicklung, sie begünstigt den Schmalkiefer und den Rückbiss (zu kurzer Unterkiefer).

Gärfreudige Kost führt zu Darmentzündungen und Dysbiose, das begünstigt Entzündungen im Mund.

Neuere schulmedizinische Erkenntnisse weisen darauf hin, im Verdauungstrakt haben wir genauso viele Nervenknotten und Verschaltungen wie im Gehirn. Man spricht schon von einem **Darmhirn** oder dem zweiten Gehirn (entwicklungsgeschichtlich war es sicherlich sogar das erste). Den Einfluss des „Bauchhirns“ erkennen wir auch an geläufigen Ausdrücken wie: auf den Magen schlagen, Schiss haben, zum Kotzen finden, Schmetterlinge im Bauch haben, das sagt mir mein Bauchgefühl, dem ist eine Laus über die Leber gelaufen, da läuft mir die Galle über.

Das Darmhirn meldet seine Befindlichkeiten über Nerven (N. vagus), Hormone, Botenstoffe und Immunzellen an das Kopfhirn und sagt ihm z. B. „Hunger“, „unwohl“, „satt“.

Einen sehr großen Einfluss auf das Darmhirn haben die Darmbakterien. Im Darm siedeln mehr Bakterien als wir Körperzellen haben. Sie bilden eine Lebensgemeinschaft mit einem Gewicht von 1,5 bis 2 kg und werden von manchen Forschern als eigenständiges Organ angesehen. Der Ausdruck **Darmflora** ist dafür immer noch gebräuchlich, obwohl die Wissenschaftler immer wieder darauf hinweisen, die Bakterien sind keine Pflanzen, verdienen also den Namen Flora nicht. Der neue Ausdruck heißt **Mikrobiom** (Mehrzahl: Mikrobiota.)

Zunehmend erkennt man, wie wichtig die Symbiose, die Besiedelung mit den *richtigen* Bakterien ist. Von **Symbiose** sprechen wir, wenn ein Wirt (der Mensch) und der Gast (gute Bakterien) zum gegenseitigen Vorteil zusammen leben. Der Wirt bietet Nahrung und geschützten Lebensraum,

der Gast hilft beim Verdauen und schützt vor Krankheiten. Das ist wie im Gasthaus: Der Gast bekommt gutes Essen und spart sich das Kochen, der Wirt verdient Geld, eine win-win-Situation. Anders ist es mit Parasiten. Sie nutzen den Wirt aus, bieten aber keine Vorteile, sondern nur Nachteile. Wie der Zechpreller, der im Gasthaus verschwindet ohne zu zahlen. Überwiegen im Darm die schlechten, krankmachenden Bakterien, sprechen wir von **Dysbiose**.

Am Mikrobiom wird fleißig geforscht. Auch wenn vieles davon an Mäusen beobachtet wurde, es klingt vielversprechend. So haben ängstliche Mäuse nicht nur ein anderes Mikrobiom als mutige, sie werden auch selber mutiger, wenn man ihnen die Darmbakterien von mutigen Artgenossen überträgt, und umgekehrt funktioniert es auch. Sogar bei Menschen ist es schon gelungen, Depressionen erfolgreich zu behandeln, indem man gute Darmbakterien von fröhlichen Menschen überträgt.

Ansonsten helfen uns die guten Bakterien, indem sie einfach alle Oberflächen im Darm besiedeln und dadurch den pathogenen (krank machenden) Bakterien den Lebensraum wegnehmen und ihre Ansiedlung erschweren. Die guten Bakterien, die Symbionten, produzieren Vitamine, die wir in unserem Darm aufnehmen. Sie trainieren unser Immunsystem und verhindern Autoimmunkrankheiten (Krankheiten bei denen das Immunsystem irrtümlich eigene Körperzellen angreift, z. B. bei Hashimoto-Schilddrüsenentzündung, Schuppenflechte [Psoriasis], rheumatoider Arthritis, Asthma bronchiale, Allergien, Typ-1-Diabetes, kreisrunder Haarausfall, M. Crohn, Colitis ulcerosa, Multiple Sklerose, Vitiligo [Weißfleckenkrankheit]).

Ob wir ein gutes oder ein schlechtes Mikrobiom haben, hängt von vielen Faktoren ab. Manche Störungen erscheinen schicksalhaft, etwa mit *Kaiserschnitt* geboren zu werden (keine Übertragung der mütterlichen Keime aus dem Geburtskanal, dafür Krankenhauskeime) oder *nicht gestillt* zu werden (fehlende Keime aus der Muttermilch). Andere Störfaktoren wären wenigstens zum Teil vermeidbar: Jede 5-tägige Gabe eines **Antibiotikum** (Antibiotika ist nur die Mehrzahlform!) zerstört etwa 30% der Dickdarmbakterien. Die entstandenen Lücken in der Besiedelung können jetzt leichter von pathogenen (krank machenden) Keimen erobert werden. Damit verschlechtert sich das Mikrobiom langfristig.

Einen großen Einfluss auf die Zusammensetzung unseres Mikrobioms haben wir über die Ernährung. Jede Bakterienart liebt ein anderes Milieu, ein anderes Umfeld. Viel Zucker fördert gärfreudige Bakterien und Pilze, zu wenige Ballaststoffe lässt bestimmte Bakterien hungern, sie melden ihren Hunger an das Bauchhirn, dieses an das Kopfhirn, dort kommt das Signal "Hunger" an. Also haben wir "falschen" Hunger und essen zu viel. Konservierungsstoffe im Essen sollen das Essen haltbarer machen, indem sie das Wachstum von Bakterien bekämpfen. Im Darm tun sie das aber auch! Leider werden dabei auch die guten Symbionten vermindert, ein ähnlicher Effekt wie bei einem Antibiotikum.

Zum Thema Ernährung erwarten Sie jetzt vielleicht eine Auflistung, welche Nahrungsmittel gut oder schlecht für die Gesundheit sind. Diäten und Ernährungstipps finden Sie heute schon in jeder zweiten Zeitschrift, einige widersprechen sich total, dazu werde ich später gerne auch etwas aus meiner Sicht und meinen Erfahrungen sagen. Doch vorher will ich etwas anderes ansprechen. Wir ernähren uns nur dann wirklich gut, wenn wir das, was wir essen, auch gut verdauen. Was ist gute Verdauung und warum sollten wir schlechte Verdauung vermeiden?

Und dann sollten wir noch den Weg der Nahrung durch den Verdauungstrakt besprechen. Das hilft uns später zu verstehen, warum welche Nahrungsbestandteile in welchen Abschnitten lange und in welchen anderen nur kurz verweilen sollten und welchen Einfluss es hat, wie wir unsere Nahrungsbestandteile miteinander kombinieren.

4.5.1 Verdauung

Zuerst will ich erklären, was genau wir *hier* unter Verdauung verstehen. In der Alltagssprache reden viele Menschen von ihrer Verdauung, wenn sie das Endprodukt meinen. „Ich hatte heute noch keine Verdauung“ soll dann heißen „ich hatte noch keinen Stuhlgang“. Hier verstehen wir jedoch darunter den Vorgang, dass unsere Nahrungsbestandteile von den Verdauungsenzymen fein säuberlich in genau die Bausteine zerlegt werden, die der Körper braucht, um daraus andere benötigte Stoffe zusammenzusetzen. Dabei sollen keine unerwünschten schädlichen Abbauprodukte entstehen. Am Beispiel der Legosteine aus der Anfangszeit dieses Spielzeugs möchte ich einen anschaulichen Vergleich beschreiben.

Die ersten Legosteine gab es hauptsächlich in drei grundsätzlichen Formen: Mauersteine für Wände, Dachsteine für Dächer, sowie Platten für Terrassen, Balkone und Flachdächer. Ein größeres Legohaus konnte man Stein für Stein auseinandernehmen und daraus ein anderes oder zwei kleine Häuser bauen. Beim Auseinandernehmen ging nichts kaputt, es entstanden keine scharfen Kanten, an denen sich ein Kind hätte verletzen können.

Es wäre sehr schlecht gewesen, das ursprüngliche Haus auf unsachgemäße Weise auseinander zu nehmen, etwa mit einer Kettensäge und einem großen Vorschlaghammer. Man hätte so das Haus auch klein bekommen, aber nur wenige Steine wären ganz geblieben, mit denen man hätte weiterbauen können, und viele scharfkantige Trümmer wären entstanden, an denen sich ein Kind hätte verletzen können.

Auch unsere Nahrung besteht hauptsächlich aus drei Arten von Bausteinen, aus drei Nährstoff-Arten: *Kohlenhydraten* (Mehl, Stärke, Zucker), *Protein* (Eiweiß) und Fetten. Unter guter Verdauung verstehen wir, dass die Kohlenhydrate z. B. aus dem Brot von den Enzymen so sauber in ihre Bestandteile zerlegt werden, dass der Körper daraus leicht wieder andere Stoffe aufbauen kann, wie den Blutzucker, das Glykogen zum Speichern in der Leber oder Milchzucker für die Muttermilch. Die Proteine werden von anderen Enzymen so in ihre Bestandteile, die Aminosäuren, zerlegt, dass daraus andere Proteine wie z. B. Muskelfasern oder Enzyme gebaut werden können. Die Fette werden in Glycerin und Fettsäuren abgebaut, dar-

aus entstehen andere Fette, wie sie der Körper für Zellmembranen, das Milchfett in der Muttermilch oder als Vorratsfett benutzt.

Manchmal fehlt es an guten Bedingungen für eine perfekte Verdauung, etwa weil es zu wenig Enzyme gibt oder sie an einzelne Nahrungsteile nicht hin kommen. Dann fängt die Nahrung an zu gären und/oder zu faulen. Dabei entstehen unverträgliche Stoffe wie Säuren, giftige Fuselalkohole oder Leichengifte (Indol, Katol u. a.). Diese führen zu Entzündungen im Darm oder in der Leber. Es bilden sich auch Gase wie Methan und Schwefelwasserstoff, die belastigen die Umwelt und die Nase der Mitmenschen, wenn sie im unteren Teil des Darmes entstehen und herauskommen. Bilden sich die Gase in den oberen Darmabschnitten, kommen sie nicht heraus und drücken das Zwerchfell hoch und belastigen so das Herz.

Gärung und Fäulnis sind also für die Nahrung und den Körper genauso schlecht wie Kettensäge und Vorschlaghammer für das Legohaus und die Kinder.

Wenn wir uns gesund ernähren wollen, müssen wir nicht nur gesunde Sachen essen, *wir müssen auch so essen, dass wir alles Gegessene gut verdauen* und dabei Gärung und Fäulnis vermeiden. Dr. Rauch hat das mit einer einfachen Formel ausgedrückt:

$$\text{Ernährung} = \text{Nahrung} \text{ mal } \text{Verdauung}$$

Das soll ausdrücken: Die Ernährung ist nur dann vollwertig, wenn sowohl die Nahrung als auch die Verdauung vollwertig sind. Hochwertige Nahrung bekommt uns bei schlechter Verdauung nicht besser als minderwertige Nahrung, die wenigstens optimal verarbeitet und verdaut wird.

4.5.2 Der Weg durch den Verdauungstrakt

Offiziell gehören Nase und Augen nicht zu den Verdauungsorganen. Das dürften sie von mir aus aber, denn ihre Sinneseindrücke „lassen uns das Wasser im Mund zusammenlaufen“, sie regen den Speichelfluss an und damit produzieren wir schon Enzyme für die Verdauung.

Die erste offizielle Station der Verdauung ist die Mundhöhle. Die Zähne müssen die Nahrung zerkleinern und zermahlen, der Speichel bringt seine Verdauungsenzyme an die Oberfläche der gekauten Nahrungbröckchen, Zähne und Zunge vermischen alles, die Zunge meldet den unteren

Abteilungen über ihre Geschmacksnerven die Zusammensetzung der Nahrung, damit man dort schon weiß, was kommt, und die Bauchspeicheldrüse sich vorbereiten kann.

Die Speiseröhre ist chemisch nicht aktiv, aber sie transportiert den geschluckten Bissen (den Speisebolus) zum Magen. Das ist eine aktive Leistung der Speiseröhre und funktioniert auch gegen die Schwerkraft, wenn wir einen Kopfstand machen. Als Kind haben Sie das vielleicht mal probiert.

Der Magen ist die erste Sammelstation. Er produziert die Magensäure (= Salzsäure, HCl) und das Fleisch verdauende Enzym Pepsin. Das Protein (Eiweiß) aus Fleisch und Fleischprodukten, Fisch und Eiern kann nur im Magen abgebaut und verdaut werden, es bleibt dazu etwa 4 - 5 Stunden dort.

Der Pförtner (Pylorus) ist ein Schließmuskel am Ende des Magens und erlaubt dem angedauten Speisebrei (Chymus) erst dann die Weiterreise in den Dünndarm, wenn das Protein gespalten ist.

Gleich am Anfang des Dünndarms (im Zwölffingerdarm = Duodenum) münden die Bauchspeicheldrüse (Pankreas) und die Gallenblase. Der Bauchspeichel bringt Verdauungsenzyme für Kohlenhydrate, Eiweiß und Fette, die Galle enthält keine Enzyme, sie hilft nur, Fette löslich zu machen (sie emulgiert sie). Im Dünndarm werden etwa 90% der Nährstoffe aufgenommen (resorbiert).

Im Dickdarm wird der Nahrungsbrei weiter eingedickt, d. h. ihm wird Wasser entzogen, und die Elektrolyte Natrium, Kalium und Chlorid werden verteilt. Die restlichen noch vorhandenen Nährstoffe werden von den Darmbakterien aufgespalten und verwertet, der Körper kann hier nur noch die dabei entstehenden Fettsäuren aufnehmen. Magen, Dünndarm und Dickdarm geben die Nährstoffe und auch die entstandenen Giftstoffe über die Pfortader direkt zur Leber weiter, die die Giftstoffe abbaut und die Nährstoffe speichert, umbaut und verteilt. Der letzte Teil des Dickdarms, der Mastdarm (das Rektum), hat aber keine Verbindung zur Pfortader. Er soll ja nur für eine kurze Zeit den entstandenen Stuhlgang (die Fäces oder Fäkalien, den Kot) sammeln und bald ausscheiden („ausscheißen“ wäre hier zwar nicht politisch korrekt, aber sprachlich korrekt, da das Wort sich vom Wortstamm abscheiden herleitet.) Wer Verstopfung hat und seinen Kot lange im Enddarm verhält, der nimmt die dort ausgeschiedenen Gift-

stoffe direkt in die allgemeine Blutbahn auf, ohne sie über die Pfortader zur Leber zum Entgiften zu bringen.

4.5.3 Die Essfehler

Jetzt wollen wir klären, durch welche Fehler beim Essen wir eine gute Verdauung behindern. *Was Sie essen sollen*, sagt Ihnen jeder selbsternannte Fachmann. *Wie Sie essen sollen*, davon hören oder lesen Sie nur ganz selten und immer nur ganz kurz und nebenbei.

Die Essfehler in der heutigen Zeit:

- Wir kauen zu schlecht.
- Wir essen zu schnell und hastig, mit zu viel Ablenkung.
- Wir essen zu viel.
- Wir essen zu oft.
- Wir essen zu spät.

Die Verdauung beginnt wie berichtet schon im Mund, denn der Speichel enthält Enzyme zur Verdauung der Kohlenhydrate. Nur wenn wir lange genug kauen, produzieren wir genügend Speichel mit genügend Enzymen. Nur wenn wir alles, was wir schlucken, vorher fein genug zermahlen haben, können die Enzyme auch alles verdauen. Denken Sie daran, wir sagen „Mahlzeit“ und nicht „Schlingzeit“. Die Enzyme verdauen die Oberfläche eines Speisebrockens in eine Tiefe von etwa $\frac{1}{2}$ bis 1 mm. Ist der Brocken fein zerrieben und die entstandenen Teile nur etwa 1 mm klein, kann alles vollständig verdaut werden. Ist er etwa 1 cm groß, wird er nur an seiner Oberfläche verdaut. Der etwa 8 mm große Restbrocken fängt an zu gären oder zu faulen. Bei beiden Vorgängen bilden sich die schon beschriebenen schädlichen Stoffe wie z. B. Fuselalkohole und andere Gifte, die von der Leber abgebaut werden müssen und sie zusätzlich belasten.

MERKE: Gut gekaut ist halb verdaut.

Wir essen zu schnell.

Das ist natürlich die unmittelbare Folge des schlechten Kauens. Wir essen ja, wenn wir Hunger haben. Wer zu seinem schlecht gekauten Bissen einen Schluck aus dem bereitstehenden Trinkglas nimmt, der täuscht seinem Körper vor, er hätte schon genügend gekaut. Dann schluckt man schnell

runter und nimmt sofort den nächsten Bissen. Das geht so lange bis man satt ist.

Wir essen zu viel.

Wir werden nicht einfach automatisch satt, wenn wir die richtige Menge gegessen haben. Das Sättigungsgefühl ist von mehreren Faktoren abhängig, nicht nur von der Magenfüllung, auch von der Anzahl der Kauvorgänge und von der Zeit, in der wir essen. Man braucht etwa 10 bis 15 Minuten, bis die ersten verdauten Stoffe z. B. über den Blutzuckeranstieg dem Gehirn melden: „genug“. Wer gut kaut und sich beim Essen Zeit lässt, der ist dann satt, wenn er eine richtige und ihm persönlich angemessene Menge gegessen hat, mit der er weder zu- noch abnimmt. Wer aber in kürzerer Zeit sein Essen in sich hineinschlingt, der hat noch ganz legal ein paar Minuten lang Hunger und isst weiter, bis er satt ist. Dann hat er aber zu viel gegessen und nimmt zu. Sein Magen gewöhnt sich an die Überdehnung und meldet auch erst „genug“, wenn es schon zu viel war. Da geht es ihm wie dem Trinker, der sagt: „Ich weiß genau, wann ich genug habe. Aber dann ist es schon zu spät.“

Das Wort „satt“ kommt aus dem Lateinischen „satis“ = genug. Als satt sollten wir uns empfinden, wenn es genug ist, um keinen Hunger mehr zu haben. Satt heißt nicht, sich so voll zu stopfen, dass nichts mehr hineingeht. Ein befreundeter Gerne-viel-esser sagte mir mal selbstironisch: „Satt gibt's bei mir nicht. Entweder ich habe Hunger, oder mir ist schlecht.“

Wir essen mit zu viel Ablenkung.

Wer nebenbei liest oder Fernsehen schaut, der prüft nicht, ob er schon genügend gekaut hat. Wer beim Essen viel redet, will den Mund ja schnell wieder leer bekommen und schluckt zu schnell.

MERKE: Wir sollten einen Bissen erst schlucken, wenn wir ihn so fein gemahlen und so gut eingespeichelt haben, dass wir ihn durch einen Trinkhalm ziehen könnten.

Das finde ich ein viel besseres Maß als die Zahlenangaben wie: „man soll jeden Bissen 30- oder 40-mal kauen“. Der eine macht große Bissen, der andere kleine, einer hat viel Speichel, der andere wenig. Wie oft sollen diese unterschiedlichen Menschen einen Bissen kauen? Bis er durch einen Trinkhalm geht!

Wir essen zu oft.

Es gibt zwei Mechanismen, die uns zwingen, zu oft zu essen. Einer hängt mit der Übersäuerung zusammen, diesen Punkt besprechen wir im nächsten Kapitel. Der andere kommt von der **Kohlenhydrat-Hunger-Schaukel**. Essen wir Nahrungsmittel mit viel Zucker oder Mehl, steigt unser Blutzuckerspiegel viel stärker und schneller an als bei natürlicher Nahrung. So hoch will die Bauchspeicheldrüse unseren Blutzucker aber nicht haben, daher schüttet sie schnell viel Insulin aus. Das macht sie so lange, bis das Insulin den Zucker im Blut auf einen normalen Wert abgesenkt hat, und hört dann wieder auf. Zu diesem Zeitpunkt aber wirkt noch das viele Insulin im Blut und baut den Blutzucker noch weiter ab, bis es verbraucht ist. Dann ist jedoch zu wenig Zucker im Blut, und wir bekommen wieder Hunger, viel schneller als nach einer Mahlzeit ohne Zucker oder Mehl. Dadurch essen wir zu oft. Die Werbung bietet uns dann etwas an „für den kleinen Hunger zwischendurch“, als ob der normal wäre. Sie bietet uns zuckerhaltige Snacks, die uns wieder den Blutzucker schnell nach oben treiben, uns viel Insulin ausschütten lassen und uns schnell wieder Hunger bekommen lassen. Ein Teufelskreis! Den durchbrechen wir nur, wenn wir etwas Natürliches, Zuckerarmes essen wie eine Möhre oder einen Apfel. Das sättigt nicht so turboschnell, aber wir überreagieren auch nicht mehr mit unserem Insulin und kommen aus der Kohlenhydrat-Hunger-Schaukel heraus.

Zu oft essen bedeutet nicht nur, dass wir dann mehr essen und dick werden. Man braucht auch zwischen den Mahlzeiten Pausen, in denen der Verdauungstrakt leer und sauber werden kann. Der alte Mayr-Arzt Dr. Kojer hat uns das in der Ausbildung so erklärt:

Als das Kind früher im Dorf mit der Milchkanne vom Bauern die Milch heimbrachte, goss die Mutter sie in ein anderes Gefäß, machte die Kanne sauber und ließ sie bis zum nächsten Milchholen leer stehen. Hätte sie die Milch in der Kanne gelassen und mit einem kleinen Rest darin die neue Milch holen lassen, hätte die alte schon leicht sauer gewordene Milch die neue infiziert und auch schnell sauer gemacht.

Wie die Milchkanne braucht auch unser Darm Erholungspausen. Die Mayr-Ärzte empfehlen daher aus guter Erfahrung mindestens 4 - 5 Stunden Abstand zwischen zwei Mahlzeiten. Noch besser ist in diesem Sinne

das sog. Dinner-Cancelling, das Weglassen der Abendmahlzeit. Da isst man nur zweimal am Tag, ein spätes Frühstück und ein sehr spätes Mittagessen.

Das passt nun so gar nicht zu der Empfehlung mancher Ärzte, man solle fünfmal am Tag essen, dafür jedes Mal weniger. Leider klappt das nicht so gut wie gewünscht, und man isst zu große Portionen und nimmt zu. Und die wichtige größere Essenspause fehlt auch. Die 5-Mahlzeiten-Regel gilt nur für Menschen mit einem operativ verkleinerten Magen. Sie können keine normal großen Portionen essen, daher dürfen oder müssen sie öfter essen.

Wir essen zu spät.

Ein altes Sprichwort sagt: Der Darm geht mit den Hühnern schlafen. Das soll heißen, am Abend können wir zwar schon verdauen, aber nicht ganz so gut und so schnell wie tagsüber. Was spät abends schlechter verdaut wird, macht mehr Gärung und Fäulnis. Die entstehenden Fuselalkohole belasten Nerven und Leber, am folgenden Tag geht es uns nicht so gut.

Einem Patienten mit allen Anzeichen der Überfütterung durch zu spätes und zu reichliches Abendbrot hatte ich vom Dinner-Cancelling erzählt und ihm vorgeschlagen, es doch wenigstens einmal am Wochenende auszuprobieren. Falls er sich zu unterernährt und schwach fühlen sollte, wäre dann ja kein Arbeitstag verdorben. Einen Monat später kam er wieder zu mir und sagte mit sehr kritischem Blick: „Also, zwei, drei Mal..." Aha, dachte ich, so selten hat er es ausprobiert, es hat ihm nicht gefallen. Dann fuhr er fort: „...hab ich in dem Monat drei Mahlzeiten gegessen, ansonsten immer nur zwei. Sie, das ist ja affengeil, ich schlafe viel besser, ich brauche weniger Schlaf, ich bin auf der Arbeit viel fitter, das ist einfach toll!"

Diesem Patienten hat also das Weglassen seiner abendlichen Gärung so gut getan, dagegen hat er überhaupt nicht unter einem Mangel an Nahrung gelitten. Fragen Sie mich jetzt bitte nicht, wie Italiener und andere Südländer das für sie übliche späte Essen aushalten. Genetische Veranlagung? Oder weil sie früh fast nichts essen? Bessere Nerven durch mehr Siesta und dolce far niente, das süße Nichtstun? Ich weiß es nicht. Ich weiß nur, wie die Mitteleuropäer ticken.

4.5.4 Makronährstoffe

So bezeichnet man die Nahrungsbestandteile, die wir in größeren Mengen (wir messen sie in Gramm) zu uns nehmen. Es sind die Proteine (Eiweiße), die Kohlenhydrate und die Fette. Darüber finden Sie 20 Seiten im Buch.

4.5.4.1 Proteine

... Vegetarier ... müssen aufpassen, dass sie sich durch geschickte Kombination eiweißhaltiger Pflanzen regelmäßig genug essentielle Aminosäuren zuführen...

Woran erkennt man einen Veganer? - Er wird es dir sagen.

4.5.4.2 Kohlenhydrate (KH)

...Kohlenhydrate sind die einzigen von den drei Hauptnährstoffen (Protein, KH, Fett), die dick machen und die kariogen sind, also Löcher in unsere Zähne machen.

4.5.4.3 Fette

... Damit haben wir die Besprechung der drei Makronährstoffe Protein, Kohlenhydrate und Fette abgeschlossen.

4.5.5 Mikronährstoffe

So bezeichnen wir die Nahrungsbestandteile, die wir nur in geringen Mengen zu uns nehmen (müssen), wir messen sie in Milligramm (mg = tausendstel Gramm) oder in Mikrogramm (μg = Millionstel Gramm). Es sind die Vitamine, die Mineralstoffe (Mineralien heißen nur die großen Kristalle wie Bergkristall, die man in der Erde finden kann) und die Spurenelemente.

Vitamine ...

Mineralstoffe

....

4.5.6 Rohkost

....

4.5.7 Nahrungsmittelallergie und Unverträglichkeiten

... Die Mediziner unterscheiden streng zwischen Allergien und Unverträglichkeiten.

Allergien werden von einem „wild gewordenen“ Immunsystem verursacht. Es ist durch toxische (giftige) Überlastung wie Umweltverschmutzung, Feinstaub, Dieselruß, Impfungen, Pestizide, Schwermetallbelastung, Dysbiose (Störung der Symbiose mit der Darmflora) usw. so überreizt, dass es wie ein tollwütiger Hund nicht nur Fremde anfällt, sondern auch Freunde aus dem eigenen Rudel angreift...

Bei **Unverträglichkeiten (Intoleranzen)** reagiert der Körper wie auf eine akute Vergiftung. Hier kommt es auf die Menge an, wie stark und ab wann er reagiert...

.

4.5.8 Die Reihenfolge der Nahrungsbestandteile

...

4.5.9 Trennkost

... Die Hay'sche Trennkost ...

... der amerikanische Kardiologe Robert **Atkins** ... Der Franzose Michel **Montignac**...

4.5.10 Fasten

... Heilfasten ... Intervall-Fasten (intermittierendes Fasten) ...

4.5.11 Mikrowelle

...

4.5.12 Ausblick

...

Wir leben nicht, um zu essen, sondern wir essen, um zu leben.

...

Essen Sie nichts, was Ihre Urgroßmutter nicht als Essen erkannt hätte.

...

Der Mensch ist, was er isst.

• .

4.6 Die latente Übersäuerung

„Sauer macht lustig“ sagt ein deutsches Sprichwort. Also kann sauer ja nicht so schlimm sein, schließlich ist Lustigsein gut, und Lachen ist gesund? Denkste. Sauer macht nicht lustig im Sinne von fröhlich, sondern es macht „gelustig“, so hieß es ursprünglich. Das soll heißen es macht Appetit. Aber wer braucht schon in unserem Zeitalter der Überernährung noch mehr Appetit?

4.6.1 Gibt es eine Übersäuerung?

Viele Ärzte sagen, es gäbe sie im Alltag überhaupt nicht. Die Niere scheidet alle Säuren aus; wessen Blut wirklich zu sauer ist, der liegt auf der Intensivstation. Dem halte ich entgegen: Dann gibt es auch keine Betrunkenen. Die Leber baut den Alkohol ja ab. Nun wissen wir alle, teils aus bitterer Erfahrung, die Leber kann nicht beliebig viel Alkohol abbauen, und genau so kann die Niere auch nur bis zu einer Obergrenze Säuren ausscheiden. Wer nur mal ab und zu etwas zu viel Alkohol trinkt und dann pausiert, der erholt sich schnell wieder. Wer aber dauernd weiter säuft, der wird davon krank.

Entstehen im Stoffwechsel ständig mehr Säuren, als der Körper über Nieren, Leber und Haut ausscheiden oder abbauen kann, müssen sie irgendwo abgelagert werden. Das Blut ist dem Körper so heilig, dass er dort nichts ablagert. Allerdings hat das Blut einen chemischen Puffer eingebaut. Der verhindert, dass bei Zugabe von Säuren oder Basen sich der Säurewert so schnell verändert wie ohne Puffersystem. Doch wenn allzu viele Säuren das System belasten, verbrauchen sich die Puffer. Dann wird es ernst, und der Organismus sucht sich Körperstellen, wo er die überschüssigen Säuren lagern kann.

Als erstes bietet sich dazu das Bindegewebe an, das alle Körperzellen umgibt. Dieses sog. „weiche Bindegewebe“ oder Interstitium ist nicht einfach nur der Kitt, der die Zellen mechanisch miteinander verbindet und davon seinen Namen erhalten hat. Es ist auch ein funktioneller Raum, durch den alle Stoffe transportiert werden, die in eine Zelle hinein müssen

(Sauerstoff, Glukose, ATP, Nährstoffe, Botenstoffe wie Hormone und Neurotransmitter usw.) oder aus ihr heraus müssen (Kohlendioxid, ADP, Abfallstoffe und eben auch Säuren wie Milchsäure oder Harnsäure). Dieses weiche Bindegewebe ist es also gewohnt, dass dort Stoffe eingebracht werden und in Zeiten starker Belastung auch zwischengelagert werden. Während der Nacht erholt sich das System normalerweise wieder, und die zwischengelagerten Abfallstoffe werden abtransportiert und abgebaut.

Entstehen aber so viele Abfallstoffe, dass der Körper schon gar nicht mehr weiß wohin damit, dann *wird das Zwischenlager als Endlager missbraucht*. Das ist dann für das Bindegewebe so, wie wenn bei uns auf der Straße und auf dem Gehsteig sich immer mehr volle Mülltüten ansammeln, weil die Müllabfuhr seit Jahren streikt. Der Verkehr wird behindert, es fängt an zu stinken, unsere Gesundheit wird gefährdet, und Polizei und Notarzt kommen nicht mehr durch. Das Bindegewebe kann dann seine Aufgabe, für einen guten Stofftransport von Zelle zu Zelle zu sorgen, nicht mehr gut erfüllen. Die Zellen werden schlechter versorgt und ernährt, sie werden schlechter entsorgt und entgiftet und funktionieren nicht mehr wie gewohnt. Bei jedem Menschen kann ein anderes Gewebe zuerst davon betroffen sein, je nach Veranlagung und Disposition:

- Die Gelenke, dann reden wir von Rheuma oder Gicht.
- Die Muskeln, dann heißt es Muskelverspannung, Hartspann oder Weichteilrheuma.
- Die Nerven, dann sprechen wir von Neuralgie oder Neuropathie.
- Bei der Haut sagen wir Ekzem oder Ulcus Cruris, und so weiter.

Bei all diesen Stoffwechselentgleisungen bleibt der Säurewert des Blutes aber immer noch im Normbereich. Daher wollen sich die Naturheilkundigen nicht mit der Mehrheit der Ärzte anlegen und sprechen ihnen gegenüber von der *latenten* Azidose (der versteckten Übersäuerung). Untereinander wissen sie was sie meinen und sagen einfach nur Übersäuerung oder Azidose. Ich mache das im Folgenden auch so.

4.6.2 Was sind Säuren und ihre Gegenspieler?

In unserem Alltag wissen wir genau, wann etwas sauer schmeckt, und wir kennen auch einige Säuren. Der Wirkstoff im Essig ist die Essigsäure, die Weinsäure macht den Wein säuerlich, Apfelsäure und Fruchtsäuren sind im Obst, Milchsäure wird von bestimmten Bakterien gebildet und macht das Sauerkraut und die Dickmilch sauer und lässt sie gerinnen. Schwefelsäure ist in der Autobatterie (eigentlich im Akku), Salzsäure kennen wir als starkes Reinigungsmittel, wir haben sie aber auch in unserem Magen als Magensäure. Zitronensäure kommt natürlich in den Zitrusfrüchten vor, wird aber auch technisch zum Entkalken z. B. von Kaffeemaschinen benutzt. Will der Zahnarzt den Zahnschmelz am Füllungsrand anrausen, damit die Kunststofffüllung besser klebt, nimmt er Phosphorsäure. Die nehmen auch die Hersteller von Cola-Getränken, damit ihr Geöff nicht nur nach Zucker schmeckt. Sonst könnten die Kunden ja merken, dass so viel Zucker schlecht für die Zähne ist und weniger trinken. Dabei ist auch die Phosphorsäure schlecht für die Zähne.

Damit kommen wir schon zu der Frage, ob süß das Gegenteil von sauer ist. Das ist es nicht. Mit Süßem kann man von Saurem etwas ablenken und umgekehrt, aber bei sauren Drops oder Suppe süß-sauer schmecken wir immer beides. Die beiden Geschmacksrichtungen heben sich nicht auf, sie neutralisieren sich nicht.

Wodurch eine Säure wirklich neutralisieren werden kann, weil es chemisch das Gegenteil ist, heißt Base. Die wässrige Lösung einer Base heißt Lauge. Die Eigenschaft einer Base oder Lauge nennen wir auch alkalisch. Als Beispiel aus unserem Alltag fällt mir zunächst die Seifenlauge ein. Aus dem Alltag eines Maurers: Auf der Baustelle vermischt man manchmal Kalziumoxid (= gebrannter Kalk, CaO) mit Wasser und stellt so den gelöschten Kalk her, Ca(OH)_2 . Dieser basische Kalkmörtel bindet an der Luft ab, indem er sich mit Kohlendioxid CO_2 zu Calciumcarbonat = Kalk CaCO_3 verbindet.

Das wohl bekannteste basische Salz ist Natron. Es heißt auch Natriumhydrogencarbonat oder Natrium-Bicarbonat, als Handelsname Bullrichsalz oder Kaisernatron. Es ist ein wichtiger Bestandteil im Backpulver und im Brausepulver und ein lang bewährtes Mittel gegen Sodbrennen.

Eine kleine Chemiestunde:

Hier kommen ein paar Hinweise für alle Leser, die ihre Chemiekenntnisse etwas auffrischen wollen. Sie können das aber auch überspringen.

In der Chemie definiert man Säuren nicht über den Geschmack, sondern über die Eigenschaft, Wasserstoffionen (H^+) abgeben zu können. In der chemischen Formel steht der Wasserstoff (H) ganz am Anfang, damit man gleich die Säure erkennt: HCl = Salzsäure, H_2CO_3 = Kohlensäure, H_2SO_4 = Schwefelsäure, H_3PO_4 = Phosphorsäure. Das, was hinter dem Wasserstoff kommt, nennen wir den Säurerest oder das Säurerest-Ion, hier z. B. Cl^- (Chlorid), CO_3^{2-} (Carbonat), SO_4^{2-} (Sulfat), $H_3PO_4^{3-}$ (Phosphat).

Eine Flüssigkeit ist dann saurer als eine andere, wenn sie mehr freie Wasserstoffionen (H^+) enthält. Der Wert, der die Konzentration an Wasserstoffionen (H^+) beschreibt, heißt pH-Wert. Batteriesäure hat einen pH-Wert von etwa 1, Essig hat pH 2,5, der Neutralpunkt ist pH 7 (weder sauer noch basisch), Blut ist basisch mit pH 7,4, Seife hat pH 9 bis 10, Natronlauge als stärkste Base hat pH 14.

Wenn man eine Säure mit so viel Lauge zusammenschüttet, dass sie sich gegenseitig neutralisieren, entsteht eine Salzlösung. So gibt etwa Salzsäure und Natronlauge zusammen Kochsalz und Wasser: $HCl + NaOH = NaCl + H_2O$. Oder Salzsäure und Natriumhydrogenkarbonat ergibt Kochsalz und Kohlensäure: $HCl + NaHCO_3 = NaCl + H_2CO_3$.

4.6.3 Wie entstehen Säuren im Stoffwechsel?

Manchmal wünsche ich mir, es wäre so einfach: Was sauer schmeckt macht sauer, was nicht sauer schmeckt macht nicht sauer. Aber leider ist es anders. Bei Salzsäure und Essig ist es noch ganz einfach: Sie führen dem Körper Säure zu und belasten ihn mit Säure. Die Zitronensäure ist schon komplizierter. So wie sie in den Mund hinein kommt, wirkt sie als Säure und kann z. B. die Oberfläche des Zahnschmelzes auflösen (ätzen). Wenn sie im Stoffwechsel verarbeitet wird, baut sich ihr Säurerest weiter ab, dabei entstehen basische Stoffe, und der Körper wird nicht sauer belastet.

Andere Stoffe wie Fleisch oder Zucker schmecken im Mund überhaupt nicht sauer. Im Stoffwechsel bauen sie sich aber zu Säuren ab, die den Körper sauer belasten. Fleisch besteht aus Proteinen, die zu Aminosäuren abgebaut werden. Die brauchen wir, aber sie sind nun mal sauer. Zucker schmeckt angenehm süß, im Stoffwechsel wird er aber zu Milchsäure abgebaut. Die kann nur dann weiter zu den neutralen Produkten Wasser und Kohlendioxid abgebaut werden, wenn genügend Vitamin B zur Verfügung steht. In natürlichen zuckerhaltigen Lebensmitteln wie Honig, Zuckerrüben oder Obst ist auch ausreichend Vitamin B enthalten, um den Zucker abzubauen. Der Industriezucker dagegen enthält keine Vitamine mehr, man bezeichnet ihn daher auch als Vitamin-B-Räuber. Er belastet unseren Körper durch die Milchsäure.

Und dann kommt es noch darauf an, ob die Verdauung regelrecht und ungestört ablaufen kann. Wenn ja, wirken die meisten natürlichen pflanzlichen Nahrungsmittel wie das Gemüse basisch. Gären sie jedoch, weil sie zu schlecht gekaut oder zu spät oder als Rohkost am Ende einer Mahlzeit gegessen werden, dann entsteht außer Fuselalkohol auch Schwefelsäure, die den Organismus sauer belastet.

Welche Nahrungsmittel sind sauer, welche sind basisch? Aus dem gerade genannten Grund kann man das nicht für alle Nahrungsmittel und für alle Menschen ganz genau und allgemein gültig sagen. Im Großen und Ganzen gilt aber wohl:

Sauer wirken Fleisch, Fleischprodukte (Wurst, Schinken), Fisch, Ei, Quark, Kaffee, Röststoffe, Alkohol.

Basisch wirken Kartoffeln, Gemüse, Salat.

Im Internet finden Sie vielleicht genauere Tabellen, die aber leicht voneinander abweichen, weil jeder Untersucher andere Menschen untersucht hat. Im Prinzip ist alles vom Tier eher sauer, das meiste von der Pflanze eher basisch, vielleicht ausgenommen Sauerampfer und Rhabarber.

Beim Getreide gibt es vielleicht ein Missverständnis. Getreide enthält Kalium, das kann die Übersäuerung im Inneren der Zellen ausgleichen, indem es für jedes eingelagerte Kalium-Ion K^+ ein saures Wasserstoff-Ion H^+ in das weiche Bindegewebe freisetzt. Das sieht dann so aus, als ob das Getreide säuert. Daher sagen manche Tabellen Getreide säuert, andere nicht.

Es ist jedenfalls säure-basen-technisch nicht verboten, saure Nahrungsmittel zu essen. Man muss nur auch ausreichend basische dazu essen.

4.6.4 Welche Krankheiten entstehen durch Übersäuerung ?

Solange wir zu allem Säuernden ausreichend basische Kost essen, kommt der Körper gut zurecht. Muss er aber sein weiches Bindegewebe als Dauerparkplatz für Säureschlacken missbrauchen, können je nach individueller Veranlagung chronische Krankheiten entstehen. Nach klassisch-medizinischer Vorstellung haben die nichts miteinander zu tun, sie gehören in die Hand der unterschiedlichsten Fachärzte. Ein Generalist unter den Behandlern wie ein Arzt für Naturheilverfahren, ein Mayr-Arzt oder ein Heilpraktiker weiß jedoch: Jede dieser chronischen Krankheiten hat immer mehrere Ursachen. Aber allen ist gemeinsam, dass sie sich bessern, wenn der Patient entsäuert. Ich zähle Ihnen hier mal alle Erkrankungen auf, die im dringenden Verdacht stehen, zumindest *unter anderem auch* Säure-Krankheiten zu sein:

Akne – Angina pectoris - Allergien – Arthritis/Arthrose – Aphthen – Bandscheibenbeschwerden – Bindegewebsschwäche – Bluthochdruck – Diabetes (Zuckerkrankheit) – Depression – Ekzeme – Gicht – Herpes – Herzinfarkt – Herzbeschwerden – Hörsturz – Krebs – Magengeschwür – Menstruationsbeschwerden – Migräne – Multiple Sklerose – Muskelkater – Muskelverspannung – Neurodermitis – offene Beine (Ulcus cruris) – Osteoporose – Parodontose – Rheuma – Schlafstörungen – Schlaganfall – Steine (Niere, Galle) – Zahnkaries

4.6.5 Wie erkenne ich eine Übersäuerung?

Am sichersten diagnostiziert man die latente Azidose mit dem **Bluttest nach Sander**. Dazu nimmt man Blut ab und untersucht im Labor, wie schnell es seinen pH-Wert ändert, wenn man nach und nach kleine Mengen Säure dazugibt. Man bestimmt mit anderen Worten die Pufferkapazität des Blutes, seine Pufferreserven. Das ist aufwändig und kostet Geld.

Oft reicht es schon aus, den Patienten nach Symptomen einer Übersäuerung zu untersuchen. Als erstes lasse ich mir die Zunge herausstrecken. Sehe ich dabei eine **Faltenzunge** mit tiefen „Rissen“ längs oder quer, dann ist der Patient mit Sicherheit übersäuert. (Es sei denn, er hat schon entsäuert und seine Zunge hat sich noch nicht normalisiert. Das kann ein paar Jahre dauern.)

Ein nicht ganz so sicheres Zeichen für eine Azidose ist starker **Kariesbefall** bzw. **viele Füllungen oder Kronen**. Der erste Blick kann allerdings täuschen, moderne Zahnreparaturen sind manchmal nicht leicht zu erkennen. (Amalgam und Gold waren da ehrlicher.) Der Grund: Wer viel Karies hat oder hatte, der hat viel Zucker gegessen und damit ein hohes Risiko zu übersäuern.

Schnelle Zahnsteinbildung ist in der Literatur auch als Hinweis für latente Azidose zu lesen, ich bin mir aber nicht sicher, ob das immer stimmt. Aus meiner Erfahrung entsteht Zahnstein immer dort sehr schnell, wo die weichen Bakterienbeläge (Plaque) nicht rechtzeitig gründlich weg geputzt wurden. Besonders in der unteren Front verkalken sie sehr schnell, schon innerhalb von 24 Stunden. Zusätzlich ist beim übersäuerten Menschen oft der **Speichel zu sauer**. Dann ist *mehr* Kalk im Speichel gelöst und der macht mehr und noch schneller Zahnstein. Der Speichel des nicht übersäuerten Gesunden ist wie das Blut leicht alkalisch/basisch, weil er unter anderem die Aufgabe hat, die Zähne gegen Säuren aus der Nahrung und aus den Bakterienbelägen zu schützen. Außerdem arbeiten die Verdauungsenzyme für die Kohlenhydrate im basischen Milieu am besten, im Speichel wie auch im Dünndarm. Wenn z. B. bei Wikipedia zu lesen ist, der Speichel habe einen pH-Wert von 6,5 bis 7,2, dann ist das ein Durchschnittswert der Scheingesunden, nicht der Idealwert oder die Norm. Das ist ähnlich wie z. B. bei gefüllten Zähnen. Im Durchschnitt hat ein Mitteleuropäer vielleicht vier Füllungen, aber das ist doch nicht die Norm. Normalerweise sollte man keine Füllung haben müssen, und normalerweise ist der Speichel basisch.

Es ist sehr einfach, schnell und billig, mit einem Indikatorpapier den pH-Wert des Speichels zu bestimmen. Ist der Wert *unter 7*, kann ich schon mit Sicherheit sagen, dieser Patient ist übersäuert. Er nutzt nämlich schon seinen Speichel als Notventil für seine überschüssigen Säuren. Das hilft

ihm zwar nur wenig, weil er den meisten Speichel ja hinunterschluckt und die Säure dadurch nicht loswird. Aber der Körper versucht es halt.

Ist der pH-Wert dagegen *über 7*, also basisch, weiß ich nur, der Speichel wird (noch?) nicht als Notventil missbraucht. Ich darf dann aber nicht vorschnell behaupten, es läge keine Azidose vor. Ich kann lediglich anhand des Speichels keine Aussage zur Azidose dieses Patienten machen. Das ist ungefähr so wie mit einem oben offenen Fass, dessen Rand so hoch ist, dass ich nicht hineinschauen kann. Wenn es überläuft (entspricht pH unter 7), weiß ich, es ist randvoll. Wenn es nicht überläuft, kann ich zunächst nicht wissen, ob es leer oder ziemlich voll oder ganz knapp vor dem Überlaufen ist.

In mindestens 80% der Fälle mit Faltenzunge finde ich auch sauren Speichel. Wo der Speichel trotzdem basisch ist, versuche ich meinen Verdacht durch andere Hinweise zu bestätigen.

Ein wichtiges Symptom für Übersäuerung ist der **schnelle Hunger**. Wer schon 1-3 Stunden nach einer Mahlzeit wieder Hunger oder Appetit bekommt, wer bald Schwächegefühle oder Unleidlichkeit entwickelt oder wem schwarz vor Augen wird, wenn er nicht sofort was Süßes oder anderes Essbares bekommt, der leidet unter zu starker und zu schneller **Unterzuckerung**.

Das möchte ich gerne genauer erklären, weil die Unterzuckerung weitreichende Folgen haben kann. Beim übersäuerten Menschen ist oft nicht nur der Mundspeichel, sondern auch der Bauchspeichel zu sauer. Nun muss ja die Bauchspeicheldrüse mit ihrem Sekret den aus dem Magen kommenden sauren Speisebrei wieder basisch machen, damit die Enzyme für Kohlenhydrate und Fette gut funktionieren. Im Dünndarm gibt es Sinneszellen, die den pH-Wert prüfen und der Bauchspeicheldrüse melden, wann der Speisebrei basisch genug ist. Wenn der Bauchspeichel beim Übersäuerten nicht kräftig basisch ist, muss die Drüse länger arbeiten, bis sie das Signal zum Aufhören bekommt. Während dieser „Überstunden“ produziert sie aber nicht nur mehr Bauchspeichel, sondern auch mehr Insulin als für die Speisemenge angemessen wäre. Dadurch sinkt der Blutzuckerspiegel zu schnell, und man kommt schneller in die Unterzuckerung und in den nächsten Hunger.

Wenn also die Werbung vom „kleinen Hunger zwischendurch“ spricht und das als etwas Niedliches, Natürliches hinstellt, lügt sie uns an. Da hilft

der Schokoriegel oder der Keks nur vordergründig. In Wirklichkeit lässt der darin enthaltene Zucker den Blutzucker zu schnell ansteigen, das provoziert zu viel Insulin, und wir sind ganz schnell wieder beim nächsten schnellen Hunger. Der verlangt wieder nach dem nächsten Schokoriegel oder Keks, und der Teufelskreis geht von vorne los, sehr zur Freude der Zucker verarbeitenden Industrie.

MERKE: Nachhaltig und ursächlich hilft gegen den schnellen Hunger nur eine Entsäuerungskur. Im Durchschnitt nach etwa drei Wochen, manchmal erst nach sechs Wochen ist der Spuk vorbei. Wer es jedoch beim schnellen Hunger belässt und es vielleicht sogar genießt, immer wieder etwas Süßes essen zu „müssen“, der ist auf dem besten Weg zum Diabetes Typ 2. Der hat mal Altersdiabetes geheißen, aber heute bekommen ihn auch schon junge Leute.

Die Bauchspeicheldrüse macht bei der ständigen Überbelastung nämlich irgendwann schlapp. Dann produziert sie nicht mehr zu viel, sondern zu wenig Insulin. Und alle sind überrascht, warum der angeblich harmlose Unterzucker plötzlich und unerwartet in einen krankhaften Überzucker umschlägt. *Ich kenne keinen Diabetiker, der nicht übersäuert ist. Wer dagegen rechtzeitig entsäuert und bei Bedarf auch immer wieder weiter entsäuert, der hat die gute Chance, vom Diabetes verschont zu bleiben.*

Weitere diagnostische Hinweise können sein:

Sodbrennen,
Zahneindrücke am Zungenrand,
häufiges Völlegefühl.

Jedes dieser Symptome kann aber auch andere Ursachen haben und ist nicht so beweiskräftig wie

- Landkartenzunge,
- saurer Speichel,
- schneller Hunger.

Für die unsicheren Fälle gibt es einen **Basen-Belastungstest**: Man misst den pH-Wert seines Morgenurins. Ist er sauer - das ist beim durchschnittlich ernährten Mitteleuropäer zu erwarten - dann trinkt man einmalig am Abend einen gestrichenen Esslöffel Natron in Wasser aufgelöst und misst den pH-Wert des nächsten Morgenurins. Ist er wieder sauer, dann hat das Natron den Körper nicht verlassen, weil es wie ein Schwamm vom übersäuerten Körper aufgesaugt und zum Neutralisieren seiner Säure

ren verbraucht wurde. Ist der Morgenurin dagegen jetzt basisch, hat der Körper keinen großen Bedarf an Basen gehabt und scheidet den Überschuss aus.

Wer sich nach allen diesen Hinweisen noch unsicher ist, der kann sich auch kinesiologisch testen lassen, ob er vielleicht eine Behandlung mit Basen braucht.

4.6.6 Wie behandle ich eine Übersäuerung?

Das Grundprinzip ist eigentlich ganz einfach. In der Vergangenheit haben sich durch einen starken Säureüberschuss im Bindegewebe Säureschlacken abgelagert. *Jetzt braucht der Stoffwechsel einen Basenüberschuss.* Dann denkt sich der innere Arzt im Menschen: „Nanu, was mach ich jetzt mit den ungewohnt vielen Basen? Ach, ich hab ja noch viele Säuren abgelagert, die lös' ich jetzt auf. Dann neutralisieren sich die Säuren mit den Basen, und meine Nieren können alles viel leichter ausscheiden.“

Das halte ich für den einfachsten und logischen Weg zu einer ursächlichen Behandlung. Manche Behandler gehen einen anderen Weg und lösen die abgelagerten Säuren mit Schüssler-Salzen. Zusätzlich stärken sie die Ausscheidungs- und Abbau-Organen Nieren und Leber, damit die es auch schaffen, das auszuscheiden, was sie bislang nicht ausscheiden konnten.

Sicher geht das auch so. Aber auf Dauer muss der Patient ohnehin davon loskommen, so viel Säuerndes zu essen. Da kann er doch auch gleich damit anfangen, finde ich.

Die natürlichste Art zu entsäuern und basenüberschüssig zu leben, ist allein über eine konsequent basische Ernährung. Das ist aber viel leichter gesagt als getan. Zum einen bietet unsere gewohnte Zivilisationskost noch viele Verlockungen, denen nicht jeder vollständig widerstehen kann. Mal einen Kaffee, mal eine Kleinigkeit naschen. Zum anderen geht es bei manchen Menschen gar nicht auf Anhieb. Sie haben eine so gärfreudige Darmflora, oder sie essen zwar das Richtige, aber zu schlecht gekaut (schlechte Prothese) oder in der falschen Reihenfolge. Dann gibt es immer noch so viel Gärung, dass zu viele Säuren entstehen und die Entsäuerung nicht in die Gänge kommt. Es würde zwar dafür reichen, keine neuen Säureschla-

cken abzulagern, aber wir wollen ja mehr, wir wollen auch die alten Schlacken loswerden.

Daher empfehle ich, die Ernährung langsam auf basisch umzustellen, wie es eben jeder einzelne für sich schafft. Gleichzeitig führt man sich zwei- bis dreimal täglich ein basisches Mineralsalzgemisch zu, als Nahrungsergänzung. Das dosiert man so, dass der *Morgenurin gerade schwach basisch ist (pH 7.1 - 7,3)*. Dann weiß man, der Stoffwechsel ist im Basenüberschuss, die alten Depots können sich langsam auflösen.

Hinweis: Auf meiner Homepage www.dr-wildner.de können Sie über den Menüpunkt „Übersäuerung/Entsäuerung“ ein Merkblatt für sich oder Ihre Patienten herunterladen.

Eine besondere Variante der Ausleitung brauchen am Anfang die seltenen Patienten, die eine **Säure-Ausscheidungs-Hemmung** haben. Sie haben schon lange säureüberschüssige Nahrung gegessen und produzieren trotzdem einen basischen Morgenurin. Von diesem ersten Eindruck kann man sich leicht täuschen lassen und fälschlich glauben, diese Menschen bräuchten keine Entsäuerung. Tatsächlich aber erkennt der Fachmann an deutlichen Symptomen, dass diese Patienten übersäuert sind, sogar besonders stark, da sie ja noch weniger Säuren ausscheiden als die meisten anderen Menschen. Man braucht hier einen Trick, um die Nieren dazu zu bringen, wieder Säuren auszuscheiden.

Das Zauberwort heißt **Schaukeltherapie**: Man wechselt einen basenüberschüssigen Tag mit einem Tag gewohnter säurelastiger Kost ab und misst jeden Morgen den pH-Wert des Urins. Nach etwa einer Woche fängt der Morgenurin an, nicht mehr jeden Tag basisch zu sein. Am Tag nach der sauren Normalkost ist er dann sauer, nur noch nach dem Tag mit der basischen Kost ist er basisch. Das zeigt: Die Säureausscheidung über die Nieren funktioniert wieder.

Nun erst kann man zur üblichen Entsäuerungstherapie übergehen und *täglich* basenüberschüssig leben. Nun erst kann der Morgenurin auch wieder helfen, die individuell nötige Basenmenge zu finden. Der zu saure Urin zeigt jetzt, dass am Vortag zu wenig Basen zugeführt wurden. Vorher war er immer zu basisch und hätte bei jeder noch so geringen Basenzufuhr vorgetäuscht, diese Basenmenge sei ausreichend.

Bei einer siebzigjährigen Patientin habe ich einmal erlebt, dass nur eine Woche Schaukeltherapie nicht geholfen hat. Sie musste acht Wochen

lang „schaukeln“, hat danach eine Woche pausiert, und dann endlich wurde der Morgenurin sauer. Die Hemmung ihrer Säureausscheidung war endlich überwunden.

4.6.7 Womit soll ich entsäuern?

Wie schon gesagt, ist eine basen-überschüssige Ernährung das Natürlichste. Und das Schwerste! Wer noch nicht gleich auf einmal von allen lieb gewordenen Gewohnheiten wie Zucker oder Kaffee lassen will, der soll halt wenigstens *etwas* basischer leben und den Rest mit einem basischen Nahrungsergänzungsmittel regeln. Das ist allemal besser als übersäuert zu bleiben.

Es gibt zwei bewährte Gruppen basischer Zusatzstoffe: Bikarbonate (Natron = NaHCO_3) und Citrate (Natriumcitrat = $\text{Na}_3\text{C}_6\text{H}_5\text{O}_7$). Beide helfen gegen die Übersäuerung, weil sie basische Salze sind. Allerdings gibt es unter den Behandlern drei unterschiedliche Lager. Die einen sagen: „Bloß keine Karbonate nehmen, die werden im Magen neutralisiert und kommen im Darm und daher auch im Blut nicht an.“ Die anderen sagen: „Bloß keine Citrate nehmen, die binden das Calcium.“ Die dritten sagen: „Nehmen Sie, was Ihnen besser schmeckt oder billiger ist.“ Was tun?

Eine ausführlich begründete Empfehlung finden Sie im Buch, und dazu die Antworten auf folgende Fragen:

4.6.8 Welche Präparate sind empfehlenswert?

4.6.9 Wie oft und wie viel Basenpulver braucht man?

4.6.10 Wie lange muss ich entsäuern?

4.6.11 Äußerlich entsäuern?

Bislang haben wir nur über die innerliche Basenzufuhr gesprochen. Das liegt auch nahe, wenn man weiß, dass die Säuren durch säuernde Nahrungsmittel entstehen. Wir können den Körper aber auch in seinen Bemühungen unterstützen, Säuren über die Haut auszuscheiden. Wir müssen dazu nur ein längeres **Basenbad** nehmen. Dafür lösen wir 50 bis 100 g einfaches Natron in unserem Badewasser auf (das billigste, das wir kriegen können, z. B. 1 bis 2 Beutel Kaiser-Natron). ...

...Jetzt höre ich schon den Aufschrei: „Aber da wird doch der Säureschutzmantel der Haut zerstört!“ Doch das ist nicht so schlimm, wie es aussieht.

Erstens muss man nicht an den Säureschutzmantel glauben. Ernst zu nehmende ganzheitliche Ärzte berichten, die Haut des gestillten Säuglings ist nicht sauer, und seiner Haut passiert in dieser Zeit trotzdem nichts. Erst mit unserer Zivilisations-Nahrung wird unsere Haut sauer. Das ist aber nicht zum Schutz der Haut, sondern zum Schutz des Körpers, der auf diesem Weg seine überschüssigen Säuren ausscheidet.

Zweitens machen wir das Basenbad ja, weil wir übersäuert sind. Wir haben also genügend überschüssige Säuren im Körper, die nach dem Bad ganz schnell nach außen auf die Haut gebracht werden. Dann hat sie wieder ihren pH 5,5 (falls sie das zu ihrem Schutz doch brauchen sollte). Im Inneren des Körpers sind dann jedenfalls so viel Säuren weniger, wie vorher außen vom Basenbad neutralisiert wurden...

4.6.12 Wer darf nicht alleine entsäuern?

Es bestehen sog. **Kontraindikationen**, also Fälle, in denen man die Kur nicht oder nur unter strenger ärztlicher Aufsicht machen darf. Das sind:

- schwere Nierenfunktionsstörungen,
- Kalium-Ausscheidungsstörungen durch Nierenerkrankung
- Neigung zu Krampfanfällen wie Tetanie oder Epilepsie
- frische Schilddrüsen-Operationen
- akute Harnwegsentzündungen

4.6.13 Problemfälle

Es gibt zwei Ursachen dafür, dass die Belegzellen im Magen **keine Magensäure oder zu wenig** davon produzieren.

Die häufigere Ursache ist vom Arzt verursacht und gewollt. Er verschreibt bei der Einnahme von sauren Schmerzmitteln (wie Ibuprofen oder Diclophenac) einen sog. Magenschutz. Das ist ein Säureblocker, auch Protonenpumpenhemmer (PPI) genannt. Er hindert die Belegzellen daran, ihrer Arbeit nachzugehen und den Magen mit Salzsäure zu beliefern. Für den Magen ist das sehr nützlich, weil die eigene Magensäure und die sauren Schmerzmittel zusammen für den Magen zu stark sind, er könnte dadurch eine Gastritis (Magenschleimhautentzündung) oder sogar ein Ulcus ventriculi (Magengeschwür) bekommen. Mit dem Säureblocker zusammen ist das Diclophenac recht gut verträglich und könnte lange eingenommen werden. Doch ist der Säureblocker auf Dauer sehr unverträglich und gesundheitsschädlich. Und Sie ahnen wohl schon warum:

Die Belegzellen werden ja gleichzeitig daran gehindert, den Körper mit dem basischen Bikarbonat zu versorgen. Dadurch übersäuert er noch mehr. Die Nebenwirkungen der Säureblocker sind daher zahlreich. Unter anderem bekommt man ein höheres Risiko für Knochenbrüche durch Osteoporose, und man kann sogar abhängig werden: Nach dem Absetzen des Säureblockers ist der Körper ja stark übersäuert, also produzieren jetzt die Belegzellen viel mehr Bikarbonat und damit gleichzeitig Salzsäure. Also produziert der vorher gesunde Magen jetzt viel zu viel Säure. Und das behandelt der Arzt mit ...? Richtig, einem Säureblocker. Ein Teufelskreis.

Säureblocker können auch zu einer mangelhaften Aufnahme von Magnesium, Eisen und Vitamin B12 führen und die Entwicklung von Nahrungsmittelallergien fördern.

Die andere Ursache für zu wenig Magensäure ist die jahrelange Dauerbelastung durch Übersäuerung. Die Belegzellen rackern sich ab, genügend Bikarbonat ins Blut abzugeben. Irgendwann sind sie erschöpft und können nicht mehr. Sie produzieren jetzt zu wenig. Am Blut merkt das meist keiner (Sie erinnern sich, für den Durchschnittsarzt gibt es keine Übersäuerung). Aber jetzt hat der Patient plötzlich zu wenig Magensäure und leidet an einer gestörten Verdauung. Die Proteine (Eiweiße) werden

nicht mehr richtig in Aminosäuren zerlegt, es gibt Fäulnis und dabei entstehende Giftstoffe, ein Mangel an Eisen, Bakterien aus dem Essen und aus dem Dünndarm werden nicht mehr in Schach gehalten, Blähungen.

Die übliche Lösung dieses Problems: Der Patient schluckt Kapseln mit künstlicher Magensäure (Salzsäure). Auch hier wird dem Magen wieder gut geholfen, die Verdauungsprobleme gehen zurück. Als angehender Entsäuerungsfachmann ahnen Sie aber schon: Es kann doch nicht gut sein, einen ohnehin schon übersäuerten Körper mit zusätzlicher Zufuhr von Säure zu belasten! Er bräuchte doch Basen! Das stimmt.

Was soll man da machen? Einerseits braucht der Magen wirklich mehr Säure, um seine Aufgaben gut zu erfüllen. Also braucht er die künstliche Magensäure. Andererseits braucht der Körper dringend Basen. Die darf man aber nicht zusammen mit der Säure geben, weil sich beides neutralisieren würde. Dann hätte der Magen keine Säure und der Körper keine Basen.

Die Lösung: Die Säure wird in den üblichen Kapseln geschluckt. Die Basen werden nicht als Pulver oder Tabletten eingenommen, sondern in magensaft-resistenten Kapseln. Wer ganz sicher gehen will, lässt sich die Basen als Infusion direkt ins Blut geben. Dann sind sie gleich da, wo sie hingehören und reagieren keinesfalls mit der künstlichen Magensäure.

Wenn der Körper auf diese Art ausreichend entsäuert, besteht auch eine gute Chance, dass die Belegzellen wieder aus ihrem Koma erwachen und langsam ihre Arbeit wieder aufnehmen können.

Noch eine interessante Beobachtung: Es gibt eine lange Liste der Symptome bei einem Mangel an Magensäure. Ein großer Teil von ihnen steht auch auf der Liste der Symptome bei Übersäuerung! Das bestätigt die Theorie, dass der Säuremangel im Magen eine Spätfolge der Übersäuerung im Körper ist.

4.6.14 Erfolge

Seit etwa 1995 betreue ich meine Patienten auch mit Entsäuerungskuren. ...

... Am spektakulärsten waren die Heilungen der Unterzuckerung und des schnellen Hungers, weil sich dabei scheinbar die Persönlichkeit des Menschen zum Guten wendet. Aber auch das Verschwinden von Muskel-

verspannungen oder der Neigung zu Muskelkater wurden dankbar angenommen. Im Allgemeinen ging es immer um chronische Fälle.

Einmal hatte ich einen akuten Fall. Ein Techniker war wieder einmal in meiner Praxis, um etwas am Zahnarztstuhl zu reparieren. Diesmal stöhnte und humpelte er. Mein Helfer-Syndrom ließ mich fragen, was ihm fehle. Er zeigte mir seinen rechten großen Zeh. Das Grundgelenk war stark gerötet und geschwollen. Er hatte schon mal einen Gichtanfall gehabt und wusste, so richtig schnell geht das nicht weg. Ich hatte Basenpulver vorrätig und ließ ihn sofort einen gehäuften Teelöffel voll mit Wasser trinken. Diese Behandlung kannte er noch nicht; ich trug ihm auf, zu Hause weiter zu entsäuern. Am nächsten Tag rief er erfreut an: Schwellung und Schmerz waren schon so gut wie weg.

Ein anderes Mal konnte ich einen „Großversuch“ an gesunden Menschen starten. Jeden Monat trafen sich im Nürnberger Zahnärztehaus interessierte Kollegen zu einem Arbeitskreis „Biologische und ganzheitliche Zahnheilkunde“. Dort hielt ich einen Vortrag über das Entsäuern und forderte alle Anwesenden zum Schluss auf, das Gehörte doch mal 4 Wochen am eigenen Leib auszuprobieren und beim nächsten Treffen darüber zu berichten.

Von ca. 15 bis 20 gesund erscheinenden Zahnärzten zwischen 30 und 45 Jahren konnte über die Hälfte sehr Positives erzählen: Das allgemeine Wohlbefinden und der Schlaf waren besser geworden, nach weniger Schlaf war man erholter als sonst.

4.6.15 *Misserfolge*

Ein einziges Mal habe ich erlebt, dass ein Patient auf die Einnahme von Basenpulver Verstopfung bekommen hatte und die Kur daraufhin abbrach.

Dreimal war die Reaktion Durchfall. Ich klärte darüber auf, dass Durchfall keine Erkrankung sein muss, sondern der Versuch des Körpers ist, sich zu reinigen und Gifte auszuscheiden. In der Mayr-Kur nimmt man extra das wirklich bitter schmeckende Bittersalz ein, über mehrere Wochen, um den Darm zu reinigen. Dabei wird der Kot auch sehr durchfallartig, weil der Darm schnell viele alte aufgewirbelte Giftstoffe ausscheiden will. Bei die-

sen drei Patienten hatte sich der Körper offensichtlich entschlossen, mit einer spontanen Entgiftung über den Darm zu reagieren. Bei zwei dieser Personen verschwand der Durchfall nach etwa einer Woche trotz weiterer Einnahme von Basenpulver. Die dritte brach die Kur ab, weil sie den Durchfall für eine Krankheit und nicht für einen Weg zur Gesundung hielt.

Eine Patientin bemühte sich ca. einen Monat lang tapfer, die Kur durchzuhalten, obwohl ihr davon übel und schwindlig wurde. Sie war hoch motiviert, hielt sich auch selber für übersäuert, sie wusste mit einer Erstverschlimmerung umzugehen und hatte schon die Schaukeltherapie versucht. Nichts half gegen die Übelkeit, daher riet ich zum Abbruch der Kur.

Bei hunderten erfolgreichen und komplikationslosen Entsäuerungen sind nur fünf mir bekannte Misserfolge ein sehr gutes Verhältnis, das die Schulmedizin sich bei ihren Methoden sicherlich auch wünschen würde.

4.7 Philosophische Gedanken zur ganzheitlichen Medizin

4.7.1 1000 Krankheiten - 1 Gesundheit

Wie kommt das eigentlich: Es gibt über tausend Krankheiten, aber nur *eine* Gesundheit. Es gibt über 45 Facharztgruppen für die Krankheiten oder die Diagnostik, aber offiziell gibt es keinen „Arzt für Gesundheit“. Dabei erscheint es mir manchmal wichtiger zu fragen „Was hindert diesen Patienten daran, gesund zu sein?“ als die Frage „Wie heißt die Krankheit?“. Was nützt es, diagnostisch über 100 verschiedene Rheuma-Arten zu unterscheiden, wenn es nur 5 bis 10 Therapie-Arten dazu gibt? Da interessiert mich doch mehr, ob das Rheuma von toten Zähnen, von einem falschen Biss, von einem kranken Darm und/oder von einer Übersäuerung ausgelöst oder verstärkt wird.

Solange es den „Arzt für Gesundheit“ noch nicht gibt, brauchen wir neben all den absolut notwendigen Spezialisten auch gute Generalisten. Sie müssen den Überblick über die Zusammenhänge zwischen den vielen Spezialfächern behalten. Gute Generalisten gibt es z. B. unter den Heilpraktikern, den Ärzten mit einer guten Ausbildung in TCM (traditionelle chinesische Medizin), Akupunktur, Homöopathie, F.X. Mayr-Medizin, Ernährungstherapie, Orthomolekulartherapie, Umweltmedizin, Ordnungstherapie, Regulationsmedizin, Thermo-Regulations-Diagnostik oder Applied Kinesiology und bei ganzheitlichen Zahnärzten.

„Der Spezialist weiß über immer weniger immer mehr,
bis er zum Schluss über nichts alles weiß.“

4.7.2 Akute und chronische Krankheiten

Akute Krankheiten sind meist sehr übersichtlich: Fällt mir ein großer Stein auf den Zeh, dann weiß ich sofort die Ursache meiner Schmerzen im Fuß. Es ist meist nur eine einzige Ursache, und ich muss am Ort meines

Symptoms behandeln: Den Zeh kühlen, schonen, verbinden oder mit einer Salbe einreiben.

Chronische Krankheiten sind immer viel unübersichtlicher: Sie fangen so schleichend an, dass mir auf Anhieb gar keine eindeutige Ursache einfällt. Es kommen meistens (oder immer?) mehrere Ursachen zusammen. Die erste Ursache belastet noch so wenig, dass der Körper damit zurechtkommt und sie kompensiert. Der Mensch hält ja viel aus. Die zweite Ursache steckt er vielleicht auch noch weg. Bei der dritten reagiert er endlich. Aber der Schmerz entsteht nicht da, wo die Ursachen wirken, sondern dort, wo der Körper nicht mehr länger kompensieren kann.

Denken Sie an das Beispiel mit dem falschen Biss: Zuerst ist nur die neue Brücke etwas zu hoch. Das kompensiert man mit einer leicht veränderten Kieferhaltung. Dann kommt noch eine Neigung zur Verspannung der Muskeln hinzu, durch Übersäuerung, einen Mangel an Magnesium und/oder durch Stress. Das Symptom zeigt sich dann vielleicht als Ohrensausen, Kopfschmerz oder chronischer Schmerz an der Schulter. Der Patient sucht sein Heil entsprechend beim HNO-Arzt, Neurologen oder Orthopäden. An einen ganzheitlichen Zahnarzt denkt er zuletzt - wenn überhaupt.

4.7.3 Die zwei Seiten einer Medaille

Die Regulationsmedizin hat Folgendes erkannt: Der Organismus reagiert auf einen Reiz in zwei Phasen. Zuerst gibt es eine Verstärkung der Funktionen (Erregungsphase), danach eine Verminderung (Dämpfungsphase).

Nehmen wir als Beispiel die Wirkung einer Flasche Wein. Die ersten Schlückchen regen uns an, wir werden gesprächiger, lustiger, haben etwas weniger Hemmungen. Die Euphorie lässt uns weitertrinken, doch irgendwann schlägt die Wirkung um. Wir sprechen weniger deutlich, die Reaktionen verlangsamen sich so, dass wir kein Auto mehr fahren dürfen. Das Gleichgewicht ist gestört, wir werden müde.

Hier folgen die zwei gegensätzlichen Reaktionen auf den Alkohol so schnell aufeinander, dass wir den Zusammenhang mit der gemeinsamen Ursache gut erkennen. Andere Reize müssen sehr lange einwirken, bis die Reaktion ins Gegenteil umschlägt:

Wir können jahrelang durch zu viel Zucker unsere Insulinproduktion überreizen und deshalb in den Unterzucker kommen. Erst spät ist die Bauchspeicheldrüse so erschöpft, dass sie zu wenig Insulin ausschüttet und wir zu viel Zucker im Blut haben (Diabetes).

Der Darm wehrt sich gegen *Verdauungsgifte* lange mit einer Neigung zu Durchfall, so wird er die Gifte am schnellsten los. Bei sehr langer Belastung ist die Darmmuskulatur irgendwann erschöpft, sie überreagiert nicht mehr, sondern sie arbeitet jetzt zu wenig. Das Ergebnis heißt Verstopfung.

Man kann die Symptompaaire Unterzuckerung / Überzucker bzw. Durchfall / Verstopfung entweder klassisch schulmedizinisch als jeweils eigenständige und gegensätzliche Erkrankungen ansehen und symptombezogen gegensätzlich behandeln: Dann gibt man bei Unterzucker zusätzlich Zucker, bei Überzucker (Diabetes) gibt man Insulin. Entsprechend gibt man bei Durchfall Mittel, die den Darm dämpfen, und bei Verstopfung regt man die Darmtätigkeit durch Abführmittel an.

Oder aber man sieht mit den Augen des ganzheitlichen Behandlers die Symptompaaire als die zwei Seiten derselben Medaille und im Zusammenhang. Dann sagt man dem Patienten schon im Stadium der gelegentlichen Unterzuckerung: „Pass auf, wenn du so weiter machst, kannst du zuckerkrank werden. Iss weniger Zucker und Getreide und entsäuere.“ Dem schon Zuckerkranken mit dem zu hohen Blutzucker rät man das Gleiche! Entsprechend handelt der Mayr-Arzt und sorgt sowohl bei Durchfall als auch bei Verstopfung für die Säuberung und Schonung des Darmes, behandelt also beide unterschiedlich erscheinenden Formen von Erkrankungen gleich. Und das hilft dann auch bei beiden ursächlich. Dagegen ist es dem Darm keine echte Hilfe, wenn er bei seiner Bemühung um bessere Ausscheidung der Gifte gestört wird. Auch der erschöpfte Darm, der nur noch mit Verstopfung reagieren kann, wäre über eine Entgiftung glücklicher als über eine Behandlung „mit der Peitsche“.

Abführmittel machen also nicht abhängig, weil sie ein Suchtpotential haben. Man meint nur, sie nach ihrem Absetzen noch dringlicher zu brauchen, weil der vergiftete und erschöpfte Darm nach dem „Aufputschmittel“ noch stärker erschöpft ist und gar nicht mehr arbeiten kann. Entgiften würde ihm da besser und nachhaltiger helfen.

Ähnliche scheinbare Gegensatzpaare sind z. B. Fließschnupfen / Stockschnupfen oder zu fette / zu trockene Haut.

4.7.4 *Gesundheit*

Wie würden Sie Gesundheit definieren? Reicht es, zu sagen: „Gesundheit ist das Fehlen von Krankheit“?

Der Philosoph Schopenhauer soll im Scherz gesagt haben: „Gesundheit ist dasjenige Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen.“

Ein zynischer Arzt sagt: „Gesund ist nur der, den ich noch nicht lange genug untersucht habe.“

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert: „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ Das ist schon ein sehr hoher Anspruch. Und dennoch reicht es mir nicht ganz. Erstens fehlt mir dabei das seelische Wohlergehen. Zweitens reicht für wirklich gute Gesundheit nicht das momentane Wohlergehen. Ein Beispiel: Angenommen, ich fühle mich augenblicklich völlig wohl, habe keinen Schnupfen und keine anderen Krankheiten. Dann falle ich im Frühling versehentlich in einen kalten Fluss, kann schnell das Ufer erreichen und muss nass 15 Minuten lang nach Hause laufen. Dort ziehe ich mich warm und trocken an, bekomme aber trotzdem eine Erkältung.

Schauplatzwechsel. Ein fernöstlicher Mönch meditiert 15 Minuten lang unter einem Wasserfall, geht nach Hause und bleibt gesund.

Sehen Sie den Unterschied? Zu einer wirklich guten Gesundheit gehört es, dass der Organismus auf äußere Reize in einem weiten Bereich angemessen reagiert und reguliert. Er muss auch große Abweichungen von seinen üblichen Umweltbedingungen aushalten können. Er sollte die Sauna und die kalte Dusche vertragen, zu Fuß in den 6. Stock hochsteigen und einen Sprint zur gleich abfahrenden U-Bahn hinlegen können.

4.7.5 *Körper und Seele*

Dass es **psychosomatische** Erkrankungen gibt, hat sich schon allgemein herumgesprochen. Eigentlich ist die Psyche (Seele) erkrankt, aber sie traut sich nicht zu sagen „ich bin erschöpft“ oder „ich bin sehr traurig“ oder „ich bin sehr wütend“. Sie holt sich dann die nötigen Pausen oder die nötige Aufmerksamkeit, indem sie den Körper krank werden lässt. Sie

weiß, in unserer Gesellschaft sind körperliche (somatische) Krankheiten in besserem Ansehen als „nur“ seelische. Das hat aber zwei Nachteile.

Erstens kann man dem betroffenen Menschen nicht wirksam helfen, wenn man bei psychosomatischen Erkrankungen nur den Körper und nicht auch zusätzlich die Seele behandelt.

Zweitens denken viele Ärzte: „Ich finde hier keine körperlichen Ursachen, also muss es eine seelische Ursache geben, die Erkrankung muss psychosomatisch sein.“ Leider kommt es immer wieder vor, dass der Arzt zwar keine körperlichen Ursachen findet, es aber trotzdem eine gibt (oder sogar mehrere). Man hat nur noch nicht an der richtigen Stelle gesucht. Denken Sie an den falschen Biss und die Rückenschmerzen. Denken Sie an die Mundströme und die Herzrhythmusstörungen oder an den verstopften Darm und die mangelhafte Wundheilung nach der Extraktion. Ich kenne Patienten, die mit der Zeit seelisch darunter leiden, dass sie vom Arzt fälschlich und erfolglos immer nur auf die seelische Schiene abgeschoben werden.

Was nicht so bekannt ist: Es gibt auch **somatopsychische** Krankheiten. Das sind Erkrankungen mit eindeutig seelischen Symptomen wie Depression oder Hyperaktivität. Die wahre Ursache aber liegt im körperlichen Bereich, einem chronisch kranken Darm oder einer Quecksilberbelastung. Diesen Menschen ist mit einer reinen Psychotherapie nicht wirklich geholfen.

Ich glaube, die Trennung in Körper, Seele und Geist ist nur ein Hilfsmittel, um es den Medizinstudenten leichter zu machen, den Menschen Stück für Stück zu begreifen. Ernstzunehmende ganzheitliche Mediziner sagen: Wenn die Gesundheit eines Menschen gestört ist, sind immer Körper, Seele *und* Geist betroffen. Jeder Organismus setzt dabei nur unterschiedliche Schwerpunkte.

4.8 *Tipps zur Suche eines ganzheitlichen Zahnarztes*

Im Internet bieten sich zwei Möglichkeiten an.

1. Unter den Adressen www.gzm.org, www.bnz.de, www.deguz.de finden Sie die „Gesellschaft für Ganzheitliche ZahnMedizin“, den „Berufsverband der naturheilkundigen Zahnärzte“ und die „Gesellschaft für Um-

welt-ZahnMedizin“. Dort können Sie im Menüpunkt Zahnarztsuche Ihre Postleitzahl eingeben und erhalten eine Liste mit Zahnärzten in Ihrer Umgebung. Mitglieder mit einer geregelten Ausbildung und regelmäßigen Fortbildung werden als zertifiziert oder qualifiziert bezeichnet.

2. Um auch ganzheitliche Zahnärzte zu finden, die nicht in einem Verband organisiert sind, geben Sie in Ihre Suchmaschine die Begriffe ein „ganzheitlicher Zahnarzt [meine Stadt]“ oder „Zahnarzt und Heilpraktiker [meine Stadt]“.

Bekommen Sie mehrere Adressen angezeigt und müssen Sie sich entscheiden, dann sehen Sie sich die Homepage der vorgeschlagenen Zahnärzte genau an. Wie viel Raum nimmt die Herdsuche, der Materialtest, die Bisskorrektur ein? Wie viel Platz gibt es dagegen für Implantate und ästhetische Zahnheilkunde? Im Zweifelsfall fragen Sie am Telefon, welche Testmethode der Zahnarzt anwendet, wie die Kunststofffüllungen verträglich gemacht werden, wie er nach Herden und Störfeldern sucht (nur Röntgenaufnahmen?), wie er das für Sie verträgliche Material findet, je nach Ihren aktuellen Problemen.

Wenn die Dame am Telefon nicht weiß, wie der Chef testet, dann macht er das vielleicht nicht so oft. Natürlich wollen Sie den Chef nicht bei der Behandlung stören, aber kann er vielleicht in einer ruhigen Minute oder am Abend Sie zurückrufen?

3. Wenn Sie im Raum Nürnberg leben: Ich bin noch etwa einmal pro Woche in meiner ehemaligen Praxis, zum Testen und für ganzheitliche Biss-Korrekturen. Sie finden mich unter www.dr-wildner.de

4.9 Tipps für einzelne Berufsgruppen / betroffene Patienten

Ganz allgemein gilt aus der Sicht der ganzheitlichen Zahnheilkunde: Denken Sie immer an die drei großen Themen

- Biss,
- Herd,
- Verträglichkeit

4.9.1 *Tipps für Heilpraktiker*

Sie haben im Kapitel über die mechanischen Störeinflüsse einer falschen Okklusion genau studiert, wie Sie zweifelsfrei erkennen können, dass Ihr Patient eine Bisskorrektur braucht. Das Problem: Ihr Patient hat noch keinen ganzheitlichen Zahnarzt, und Sie finden auch noch keinen in Ihrer Umgebung. Die Lösung: Sie müssen dem „normalen“ Zahnarzt Ihres Patienten schonend und höflich klarmachen, dass Sie sich bewusst sind, hier zwar nicht zahnärztlich diagnostizieren zu können und zu dürfen. Sie haben aber einen schwerwiegenden Verdacht, der Ihnen allen Grund gibt, eine bestimmte zahnärztliche Untersuchung und Behandlung zum Wohle des Patienten zu erbitten, zu fordernd darf es nicht klingen.

Ich bin als Zahnarzt mit der Denkweise und den Vorurteilen des durchschnittlichen Zahnarztes genügend vertraut: Sie können damit rechnen, erst mal etwas Misstrauen zu erregen. „Heilpraktiker verstehen ja nichts von Zahnmedizin, also sollen sie gefälligst keine Spekulationen anstellen und dem Zahnarzt vorschreiben, was er zu tun hat.“ So ähnlich sind die Gedanken. Also zeigen Sie ihm, dass Sie seine Sprache sprechen. Reden Sie von statischer und dynamischer Okklusion, benennen Sie die Flächen richtig, und sagen Sie eins-drei, wenn Sie den rechten oberen „Augenzahn“ meinen. Hauptsächlich deswegen habe ich im Teil 1 so genau die Grundlagen beschrieben. Er muss heraushören, dass er mit Ihnen auf Augenhöhe reden kann, dass Sie sein Fachchinesisch verstehen, dass er Ihnen nicht alles von vorne erklären muss. Dann kann er sich leichter auf das „Abenteurer“ einlassen.

Hier folgt ein Textvorschlag für einen **Brief vom Heilpraktiker an den Zahnarzt zum Thema Biss-Korrektur**. Sie können ihn auch einfach von meiner Homepage (www.dr-wildner.de, Menü-Punkt „Das Buch“) herunterladen und in Ihr Schreibprogramm kopieren.

Sehr geehrter Herr ... ,

unser gemeinsamer Patient ...[Name] wird von mir wegen ... behandelt. Aufgrund der Untersuchung vom ... besteht der dringende Verdacht einer latent traumatischen Okklusion mit kompensierender asymmetri-

scher Muskelspannung im Rumpf. Wenn ich ihm die Muskeln entspannt habe, bemerkt er/sie einen Frühkontakt im Bereich ...

Bitte beseitigen Sie die Frühkontakte in der statischen Okklusion und prüfen Sie, ob Sie zusätzlich noch weitere Störkontakte in der dynamischen Okklusion einschleifen können.

Der Patient ist aufgeklärt, dass es sich dabei um keine Kassenleistung handelt. Er ist bereit, Ihren Aufwand privat zu vergüten. Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung, Tel. ...

Mit freundlichen Grüßen ... [Unterschrift Hp]

Schweigepflichtentbindung und Erklärung zur Privatbehandlung
Hiermit entbinde ich ... [Patient] meine Behandler

Zahnarzt/Zahnärztin...

...

und Heilpraktiker/in ...

gegenseitig von ihrer Schweigepflicht und bitte um kollegiale Zusammenarbeit.

Mir ist bekannt, dass eine individuelle Einschleiftherapie keine Kassenleistung ist und von mir privat bezahlt werden muss.

...[Ort], den [Unterschrift Patient]

Ordnen Sie beide Teile so an, dass alles auf eine Seite passt. Der Zahnarzt soll mit einem Blick sehen, dass nicht nur der Heilpraktiker einen Wunsch an ihn hat, auch seinem Patienten ist die Angelegenheit wichtig, er kennt die finanziellen Konsequenzen und ist bereit, sie zu tragen. *Er* wünscht die Zusammenarbeit von seinem Zahnarzt mit seinem Heilpraktiker.

Der Patient bekommt von Ihnen den Auftrag, beim Zahnarzt vor der Untersuchung im flach eingestellten Zahnarztstuhl mindestens 10-mal die Fuß-Schulter-Brücke zu machen und ein paar Sit-ups, alles bei entspanntem Kiefer und *ohne Zahnkontakt*. Damit bringt er seine Rumpfmuskeln ins Gleichgewicht und seinen Unterkiefer in die muskulär entspannte Haltung. Das ist die wichtige Voraussetzung dafür, dass er seinen Frühkontakt auch wirklich spürt und richtig angibt, und dass der Zahnarzt den Kontakt mit seinem Farbpapier auch sichtbar machen kann.

Einen entsprechenden Textvorschlag habe ich für den Fall, dass Sie mit Armlängenreflex, AK, EAV oder Ihrer persönlich bevorzugten Testmethode

einen oder mehrere Zähne als herdverdächtig erkannt haben und einen **Brief vom Heilpraktiker an den Zahnarzt wegen Herdtherapie** schreiben wollen:

Sehr geehrte ... ,

unser gemeinsamer Patient ... wird von mir wegen ... behandelt. Aufgrund der Untersuchung vom ... besteht der dringende Verdacht, dass seine Krankheit mit Herden / Störfeldern zusammenhängt. Bitte prüfen Sie alle Zähne auf Vitalität, besonders verdächtig sind die Zähne ...

a) im Fall, dass sie vital sind: Gibt es Hinweise auf eine chronische Pulpitis, z.B. verengte Wurzelkanäle, tiefe Füllungen, Kronen, verzögerte /eingeschränkte oder erhöhte Sensibilität?

Gibt es Hinweise auf Überlastung in statischer und/oder dynamischer Okklusion, z.B. Schliffflächen, keilförmige Defekte, Klopffempfindlichkeit, Lockerungen, im Röntgenbild erkennbare Parodontalspalten?

b) im Fall, dass sie avital sind: Gibt es unvollständige oder fehlende Wurzelfüllungen, apicale Aufhellungen oder Hinweise auf Überlastung (s.o.)?

Bitte entlasten Sie die betroffenen Zähne, beseitigen Sie die Frühkontakte und prüfen Sie, ob Sie noch weitere Störkontakte in der dynamischen Okklusion (Artikulation) einschleifen können. Bitte injizieren Sie terminal (auch im Unterkiefer) ein Neuraltherapeutikum (Heilanästhesie) Ihrer Wahl, z.B. Ultracain D, Procain 1 – 2%, Lidocain 1 – 2%, *ohne* Vaso-konstringens wie Adrenalin, Oxipressin.

Der Patient ist aufgeklärt, dass er darauf achten soll, ob ca. 5 Minuten nach Ihrer Heilinjektion Verbesserungen seiner Symptome auftreten. Beim Nachlassen der Besserung soll er die Neuraltherapie wiederholen lassen, und zwar so oft, bis keine Besserung mehr auftritt oder er mit dem Ergebnis zufrieden ist.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung, Telefon ...

Mit freundlichen Grüßen ...

Hier fügen Sie wieder die Schweigepflichtentbindung und Erklärung zur Privatbehandlung an, wie im ersten Brief.

Einfacher ist es natürlich, wenn Sie einen ganzheitlichen Zahnarzt kennen. Früher waren die Naturkostläden eine gute Informationsquelle, heute

hilft uns das Internet. Vielleicht erfahren Sie auch eine Adresse über Ihren örtlichen Heilpraktiker-Stammtisch oder Ihren Verband.

Wenn Sie schon eine Testmethode beherrschen, werden Sie vielleicht auch nach einer möglichen **Schwermetallbelastung** bei Ihren Patienten suchen. Für die Ausleitung müssen Sie dem Zahnarzt keinen Brief schreiben, er darf sie juristisch gesehen gar nicht durchführen. Warten Sie mit dem Ausleiten bei einem stark belasteten Patienten nicht bis nach dem Entfernen des Amalgams. Er verträgt die neue akute Belastung durch das Ausbohren besser, wenn Sie seine alte chronische Belastung durch eine Ausleitung schon verringert haben. Folgende **Mittel zur Ausleitung** haben sich in meiner Praxis bewährt:

Selen - anorganisches (z.B. Cefasel 200 nutri) wirkt schneller als organisches (an Hefe gebundenes),

Zink - gut als Zinkorotat, wird in der zweiten Tageshälfte besser aufgenommen, nicht zusammen mit Selen einnehmen,

Schwarzkümmelöl - möglichst biologisch angebaut, ägyptisches soll für das Ausleiten besser wirken als türkisches,

Heilerde - bindet Schwermetalle im Darm und scheidet sie aus,

Süßwasseralgen - Chlorella, z. B. Beta-Reu-Rella (früher Bio Reu-Rella), soll auch binden und ausscheiden. Wenn Heilerde *und* Algen als wirksam getestet werden, verordne ich nur Heilerde, sie ist preiswerter und hat den gleichen Wirk-Mechanismus.

Entsäuerungsmittel - z. B. Bullrich Säure-Basen-Gleichgewicht, übersäuertes Bindegewebe "verhärtet" und hält Schwermetalle fest.

Bärlauch - Achtung! Verträglichkeit testen! Allergie möglich!

Hepar sulfuris D2

Okoubaka D2

Lespedeza capitata D4, D6

Derivatio - ein homöopathisches Komplexmittel,

Ginkgo biloba - fördert die Gehirn-Durchblutung,

(Koriander) - ich erwähne ihn als letztes, klein und in Klammern, weil er auch *nur als letztes gegeben werden darf*, wenn das Bindegewebe (der Extrazellularraum) schon gut von Schwermetallen entlastet ist. Koriander kann die Zellmembran „öffnen“. Sollten dann in der Umgebung der Zelle die Schwermetalle höher konzentriert sein als im Zellinneren, wandern sie in die Zelle hinein und belasten sie stärker als vorher! Nerven- und Gehirn-

zellen sind hier besonders gefährdet! Ich kenne Patienten, die auf eigene Faust ohne mein Wissen zu zeitig zusätzlich Koriander genommen haben, weil sie es besonders gut machen wollten. Es ging ihnen sehr schlecht danach!

Vor der Ausleitung haben Sie ja die Stärke der Belastung getestet. Nach etwa drei Monaten Therapie testen Sie erneut die Belastung. Normalerweise ist sie geringer geworden. Falls nicht, versuchen Sie herauszubekommen, was der Patient eventuell nicht richtig gemacht hat. Ist die Belastung jetzt nur noch gering, muss nicht weiter ausgeleitet werden. Ist sie noch mittelstark, testen Sie, welche der alten Mittel der Patient noch braucht und ob er eventuell andere zusätzlich braucht. Jedes Mittel wirkt in einem anderen Körperabschnitt besonders gut, manche haben „ausgedient“.

4.9.2 Tipps für Zahnärzte

Im Buch finden Sie auf 24 Seiten weitere Informationen zu folgenden hier gekürzten Themen:

4.9.2.1 Die Reihenfolge von Biss, Material und Herd

Mit diesem Dreiklang von ganzheitlichen Störmöglichkeiten müssen wir als Zahnärzte rechnen. Doch wo sollen wir mit der Diagnostik anfangen? Ich rate Ihnen, immer mit dem Biss zu beginnen, und zwar aus drei Gründen:

1. Nach der Bisskorrektur gibt es weniger Herde...
2. Mit der Bisskorrektur habe ich den schnellsten und am leichtesten zu erreichenden Erfolg. ...
3. Eine Bisskorrektur ist reine Biomechanik. Sie ist gut verständlich, der Patient sieht in der Untersuchung sofort die Auswirkungen seines schiefen Bisses auf seine Körperspannung und -haltung. Die anderen Themen Herdsuche und Materialverträglichkeit sind eher „feinstofflich“ und können dem Patienten zu esoterisch vorkommen...

4.9.2.2 Selektives Einschleifen

Meist hört der Zahnarzt auf, die Okklusion zu korrigieren, wenn der Patient zufrieden zu sein scheint. Das reicht aber nicht immer für ein optimales Ergebnis. Ein paar Beispiele:

1. Wir versorgen einen nach mesial gekippten unteren endständigen Molaren im Rahmen einer Brückenversorgung mit einer Krone. Durch die Kippung war er distal zu lang und störte in der Protrusion oder Laterotrusion, ohne dass der Patient das bemerkt hätte. Die Kippung ist langsam erfolgt, er hatte genug Zeit, sich an die Veränderung zu gewöhnen. Wenn wir das nicht schon bei der Präparation der Krone bemerken und distal ausreichend Höhe reduzieren, muss der Zahntechniker distal wieder einen störenden Höcker modellieren...

2. Der Patient bekommt eine neue Krone angepasst und braucht dafür eine Anästhesie, weil der beschliffene Zahn sehr empfindlich ist. Mit Betäubung kann er nicht perfekt beurteilen, ob die Höhe wirklich passt...

3. Der Patient hätte in seiner Jugend eine Kfo-Behandlung gebraucht und seine Molaren stehen schräg. Seine Zähne 36 und 37 haben Hyperbancanzen, die gerade noch toleriert werden. Jetzt haben Sie ihn mit einer Krone nur auf dem 36 versorgen müssen. Sie waren sehr sorgfältig, und die Okklusion der neuen Krone ist optimal und damit besser als vorher. Nun verteilen sich die unphysiologischen Kaukräfte nicht mehr auf zwei Zahnpaare, sondern 37 und 27 müssen alles alleine bewältigen. Nach kurzer Zeit kommt es zu Schmerzen beim Kauen oder bei Kälte. Sehr oft erlebe ich, dass in einem solchen Fall weder der Zahnarzt noch der Patient merken, welcher Zahn wirklich wehtut. Beide sind auf den Zahn mit der neuen Krone fixiert, der Zahnarzt prüft wiederholt die Okklusion des 36, die aber nicht verbessert werden kann, weil sie ja schon optimal ist.

Bitte richten Sie dann die volle Aufmerksamkeit auf den mesialen und distalen Nachbarzahn: Schliffacetten, Zahnhäse, Klopfempfindlichkeit, Spuren der Farbfolie in statischer und dynamischer Okklusion, Hyperbancanzen, das ganze Programm!

4. Der Patient hatte eine erfolgreich wirkende Kfo-Behandlung. In etwa der Hälfte der Fälle ist dann eine Seite geringfügig zu hoch...

Ich denke, diese Beispiele sollten reichen. Am besten machen Sie den Beinlängentest schon vor jedem neuen Zahnersatz und korrigieren wenn erforderlich, damit der Patient weiß, was ein guter Biss ist und nach der Versorgung Störstellen selbst besser erkennt.

Kompromiss: Machen Sie den Beinlängentest beim Einpassen.

Kompromiss 2: Wenigstens, wenn das Anpassen und Einsetzen unter Anästhesie geschieht. Und immer nach dem Einsetzen einer Aufbissschiene. Und immer, wenn Ihnen Ihr Patient berichtet, er habe

- Kopfschmerzen
- Spannungskopfschmerz
- Ohrgeräusche
- Augenprobleme
- Schwindel
- Zungenbrennen
- Geschmacksstörungen
- Rückenschmerzen (häufigster Anlass für Krankschreibungen)
- Herzrhythmusstörungen
- Schulter-Arm-Probleme, Gelenke oder Muskelschwächen
- Karpaltunnelsyndrom
- Bandscheibenvorfall
- Skoliose
- Verschiebung des Bauchnabels
- schiefe Hüfte
- Ischias
- Bein- und Fußprobleme wie Knieschmerzen, Achillessehnenreizung oder Fersensporn.

Für das selektive Einschleifen der **statischen Okklusion** ist es besser, die zu langen Höcker zu kürzen als die Fissuren zu vertiefen. Damit vermeiden wir, dass die Höckerabhänge zu steil werden und so die Laterotruationsbewegungen stören.

Für die Verbesserung der **dynamischen Okklusion** hat sich bei mir das Einschleifen nach der „bolu-Regel“ bewährt. So habe ich das damals in München gelernt: *bolu* heißt *bukkal oben, lingual unten* abflachen. Damit vermeiden wir, dass die schon passend gemachten zentrischen Höcker nachträglich zu kurz werden. Bolu gilt natürlich nur für die normale Verzahnung, im Kreuzbiss ist es anders herum (bulo).

Die dynamische **Okklusionskorrektur der Hyperbalancen** lässt bei Ihnen vielleicht Zweifel aufkommen, ob man das darf. Hier muss man ja

bei normaler Verzahnung oben die bukkalen Abhänge der lingualen Höcker abflachen und unten die lingualen Abhänge der bukkalen Höcker. Dadurch können die tragenden, zentrischen Höcker tatsächlich kurzfristig zu kurz werden. Das macht aber nichts: Erstens betrifft das meist nur den letzten und eventuell auch noch den vorletzten Zahn in der Reihe, wegen der helikoidalen Verwindung. Das übrige Gebiss bleibt dabei stabil, und es können immer nur zu lange oder zu steile Höcker stören, nie zu kurze oder zu flache. Zweitens elongieren die so korrigierten Zähne, bis die zentrischen Höcker wieder ausreichend in Kontakt stehen. Dafür ist das Elongieren ja „erfunden“ worden. Die Kauflächen sind dann aber flacher, die helikoidale Verwindung geringer geworden, sodass die Hyperbalance auch geringer geworden ist. Jetzt müssen wir noch einmal mit dem dünnen Farbpapier testen, ob es noch etwas nachzubessern gibt.

4.9.2.2.1 Zu langes Bein und zu langer Zahn, ipsi- oder contralateral?

Bei geschätzt etwa 80% der von mir untersuchten Patienten finde ich *auf derselben Seite den zu langen Zahn und das funktionell zu lange Bein.*

...

Ich habe lange gegrübelt, was die Ursache dafür sein könnte, dass es bei einer Minderheit von etwa 20% andersherum ist...

4.9.2.2.2 Der Patient weiß nicht, wo der erste Kontakt ist

Als gewissenhafter Zahnarzt will man sich immer sicher sein, dass man nichts falsch macht (*primum nil nocere*). Gerade beim Einschleifen, wo man ja nichts rückgängig machen kann, ist es für beide Parteien sehr beruhigend, wenn Befund und Befinden übereinstimmen. Was tun, wenn der Patient zwar bei der Untersuchung beim Zusammenbeißen eine deutliche Beinlängendifferenz produziert, uns aber nicht angeben kann, wo er einen Frühkontakt spürt?...

...

4.9.2.2.3 Angst vor zu viel Schleifen?

...

4.9.2.3 Herdsuche

Die Tabelle der Zahn-Organ-Beziehungen (s. S. 99) ist sehr hilfreich, besonders wenn man als Zahnarzt noch nicht testen kann. Beachten Sie aber bitte die Hinweise ab S. 104: Die Zuordnung gilt genau genommen nicht für den Zahn, sondern für die Knochenregion, in der der Zahn steht. Abweichungen bei Platzmangel oder nach Kfo-Behandlung sind möglich.

4.9.2.4 Material- und Medikamententest

Wenn Sie einen Kurs in Applied Kinesiology oder über den Armlängenreflex gemacht haben, sollten Sie anfangen, sich je einen **Testsatz** zusammenzustellen mit allen gängigen Materialproben, die Sie für ein bestimmtes Arbeitsfeld brauchen, z. B. alle in der eigenen Praxis üblichen Legierungen, alle Zemente, alle Keramik-Varianten, alle Füllungskunststoffe, alle Adhäsive, alle Wurzelfüllungsmaterialien, alle Stiftsysteme, das oder die Implantate, mit denen man selber oder der bevorzugte Kieferchirurg arbeitet. Das alles klingt nach viel und teurer Vorarbeit, ist es aber nicht...

Noch ein Wort zur **Ausleitung**: Ein Zahnarzt darf seine Patienten zwar legal mit Amalgam *belasten* (außer Schwangere und Kinder), es ist ihm aber verboten, das Amalgam *auszuleiten*, weil das eine allgemeine medizinische Tätigkeit ist und keine zahnärztliche. Mit einem Trick können Sie die Ausleitung jedoch zur zahnmedizinischen Therapie machen...

....

4.9.2.5 Akupunktur

Die Mundakupunktur nach Gleditsch (S. 114) ist gerade für den Zahnarzt gut geeignet: In der Mundhöhle kennt er sich gut aus, der Patient ist es gewöhnt, dass sein Zahnarzt dort mit einer Spritze arbeitet, und der Patient muss nichts ausziehen. Wenn Sie sich auch mit der Ohrakupunktur befassen wollen, es gibt ein sehr einfach zu lernendes 4-Punkte-System von Dr. Bodo Wettingfeld.

4.9.2.6 Der Angstpatient



Abb. 30 Angstpunkt

... So erleben sie, dass es auch einen Zahnarzt gibt, der ihnen etwas Gutes tut, und das tut nicht mal weh. Wenn *Sie* dieser Zahnarzt sind, haben Sie einen dankbaren und treuen Patienten gewonnen, der Sie gerne weiterempfiehlt.

4.9.2.7 Bei Kindern Angst vermeiden

Was ich eben über positive Sprache gesagt habe, gilt natürlich auch für Erwachsene ohne Angst, besonders aber für Kinder...

...Tatsächlich fangen einige Kinder beim Bohren an zu lachen, es klingt nicht ganz so natürlich wie beim Kitzeln am Bauch, aber offensichtlich bemühen sie sich, die ungewohnte Empfindung als Kitzeln zu interpretieren...

4.9.2.8 Extraktion eines lockeren Milchzahns

Für den Zahnarzt ist das kein Problem, für das ängstliche Kind vielleicht schon. Hier erarbeite ich mir das Vertrauen des Kindes in zwei Stufen.

4.9.2.9 *Verträglichkeit der Kompositfüllungen*

Härten Sie alle lichthärtenden Kunststoffe länger aus als vom Hersteller angegeben. Die Minimalzeit gilt nur für den direkten Kontakt der Lampe mit dem Füllungsmaterial. In einer tiefen Kavität kann der Abstand aber leicht 5 mm betragen, besonders, wenn noch der Rand des Matrizenbandes stört. Und dann denken Sie bitte mal an das quadratische Abstandsgesetz! Hart werden die Füllungen immer, aber nicht alle Copolymere bauen sich ausreichend ab. Langsam dunsten Sie aus und addieren sich zu all den anderen Belastungen, die wir ohnehin schon aushalten müssen.

4.9.2.10 *Verträglichkeit des Anästhetikums*

... Ob Sie das für Homöopathie halten oder für Placebo, ist mir egal. Freuen Sie sich einfach über noch weniger Anästhesie-Zwischenfälle und Kreislaufprobleme nach einer Leitungsanästhesie.

4.9.2.11 *Eine Spritze besonders sanft geben*

Der Einstichschmerz kann natürlich durch eine Oberflächenanästhesie verringert werden. Das Material kostet wenig, aber unsere Zeit ist kostbar. Nutzen Sie hier den Effekt, dass von zwei aufeinander folgenden Reizen der erste stärker als der zweite wahrgenommen wird. Wenn ich vestibulär in die **bewegliche Gingiva** injizieren will...

... Der **palatinale Einstich** ist bei Zahnarzt und Patient weniger beliebt, doch auch hier funktioniert das gleiche Prinzip. Man kann zwar am Gaumen an nichts ziehen, aber man kann drücken...

... verglichen mit den früheren Erfahrungen am Gaumen sind die Patienten recht zufrieden.

4.9.2.12 *Erfolgreiche Wurzelfüllungen*

... Nach einer Gangrän dagegen muss lange desinfiziert werden und tief in die Dentinkanälchen hinein. Das schafft nur das „altmodische“ Chlor-Phenol-Kampfer-Menthol (ChKM). ...

...Eine Artikelserie von Dr. Dr. Rüdiger Osswald und seine "Timbuktu-Methode" hat mich überzeugt. Bitte lesen Sie mehr Einzelheiten unter www.tarzahn.de/fuer-zahnaerzte.

Benutzen Sie bitte nur das Original ChKM nach Walkhoff! Billigere Nachahmer-Produkte haben nicht dieselbe gute Wirkung. Man nimmt sie nur, wenn man die Methode in einer Studie diskreditieren will!

Ein guter Tipp noch zum Geruch: ...

4.9.2.13 Unklarer Zahnschmerz

Wir Zahnärzte sind sehr geübt, bei einem schmerzenden Zahn eine Karies, Pulpitis, Nekrobiose oder Gangrän zu erkennen und mit Erfolg zu behandeln. Fast immer können wir solche Schmerzen beseitigen, das macht uns erfolgsverwöhnt. Ärzte haben leider viel häufiger mit chronischen Schmerzpatienten zu tun, denen sie nicht immer ursächlich, sondern nur mit Schmerzmitteln helfen können. Da sind wir (und unsere Patienten) irgendwie zu beneiden.

Gelegentlich aber müssen wir immer wieder denselben **überempfindlichen Zahnhals** behandeln, ohne echte Heilung und Dauererfolg. Hier bitte ich Sie, bei jedem überempfindlichen Zahn extrem sorgfältig nach einer Überbelastung des Zahnes in statischer oder dynamischer Okklusion oder bei Hyperbalancen zu fahnden. Wenn das Blaupapier keine auffälligen Spuren zeigt, rauhen Sie die Schliffflächen des Zahnes an. Danach zeichnen sich die Farbspuren besser ab, und bei der Kontrolle nach einer Woche fällt vielleicht auf, dass sich auf der rauen Oberfläche wieder glatte Spuren des Antagonisten eingearbeitet haben. Dann muss weiter eingeschliffen werden. Ich bilde mir ein, ich habe *jeden* überempfindlichen Zahn durch sorgfältiges Suchen und Einschleifen in den Griff bekommen.

Manchmal kommt ein Patient mit unerklärlichen **Schmerzen trotz guter Wurzelfüllung** zu mir...

...Schleifen Sie einen solchen Zahn gründlich ein, lieber zu viel als zu wenig. Er soll ja schon wegen der Frakturgefahr nicht zu viel Kraft abbekommen. Und *untersuchen Sie genau den mesialen und den distalen*

Nachbarn. Oft kann der Patient nicht genau spüren, welcher Zahn wehtut, und er ist ganz auf den einen Zahn fixiert, der jetzt schon so lange behandelt wurde...

Unklare Schmerzen im OK-Molarenbereich ohne zahnärztlichen Befund können auch ohne akute Erkältung oder Schnupfen die Auswirkung einer Sinusitis maxillaris sein. Testpunkte dafür ...

... Gelegentlich kommt ein atypischer Zahnschmerz von einer auf die Zähne ausstrahlenden **Muskelverspannung**. Triggerpunkte helfen uns bei der Diagnostik, siehe Text und Bild ab S. 117.

4.9.2.14 Gute Wundheilung nach Extraktion

... Zusätzlich habe ich noch eine Empfehlung, die manchem erst mal seltsam vorkommt. Sie ist aber gut und lange erprobt. Ich nenne es die **Eigenzahnbehandlung**...

Ein Patient konnte mir ein interessantes Erlebnis berichten. Er hatte sich am Tag der Extraktion vormittags seinen Zahn in die Hosentasche gesteckt und nachmittags ein kleines Schläfchen gehalten. Nach dem Aufstehen merkte er, dass seine Wunde nach dem Mittagsschlaf mehr schmerzte als vorher. Eine Stunde lang nahm er das so hin, dann fiel ihm ein: Er hatte nach dem Aufstehen eine andere Hose angezogen und daher seinen Zahn nicht mehr am Körper. Sofort holte er ihn und steckte ihn ein. Nach etwa 15 Minuten hatte der Schmerz sich beruhigt, als hätte er eine Schmerztablette genommen.

Ein weiteres Hilfsmittel für eine gute Wundheilung ist der **Softlaser**, s. S. 166. Ich bestrahle die Wunde nach der Extraktion für etwa 10 bis 20 Sekunden, genau dann, wenn die Alveole vollgeblutet ist. Oft setzt dann die Gerinnung ein, und die Blutung steht...

Für die Extraktionen im Rahmen der Kieferorthopädie habe ich noch zwei Tipps.

1. Hier muss man oft mehrere Zähne aus demselben Funktionskreis ziehen, die Prämolaren oder die Achter. Alle auf einmal gilt als brutal, andererseits will der Kieferorthopäde nicht zu lange warten, daher lässt man einen Abstand von ein bis zwei Wochen. Der erste Zahn macht selten

Probleme mit der Wundheilung, die nächsten schon häufiger. Das scheint daran zu liegen, dass der Funktionskreis (z. B. Lunge-Dickdarm bei den oberen Vierern) mit der ersten Wundheilung noch beschäftigt ist und noch nicht die Kraft für die nächste Belastung hat, besonders, wenn der Darm durch die Zivilisationskost ohnehin schon nicht im besten Zustand ist. Daher empfehlen die Altmeister der ganzheitlichen Zahnmedizin, die zweiten und weiteren Extraktionen im selben Funktionskreis entweder sofort oder erst nach mindestens vier Wochen Abstand vorzunehmen.

2. Der Kieferorthopäde erbittet die Extraktion vom Zahnarzt, aber dieser trägt die Verantwortung. Es lohnt sich immer, vor der Erfüllung solcher Wünsche kurz und kritisch die Planung zu überdenken: Würde ich auch bei meinem eigenen Kind alle vier gewünschten Zähne ziehen? Darf's auch mal einer weniger sein?

4.9.2.15 Ganzheitliche Parodontitis-Behandlung

Die Schulmedizin hat schon Recht, wenn sie Bakterien als Auslöser einer Parodontitis beschreibt. Allerdings reicht es nicht immer, die Bakterien durch Entfernen der Plaque, Desinfektion und Antibiose zu bekämpfen. Es gibt ja Ursachen dafür, dass genau hier und jetzt pathogene Bakterien statt symbiotischer wachsen. „Der Keim ist nichts, das Milieu ist alles" (le microbe n'est rien, le terrain est tout) soll Louis Pasteur am Ende seiner Forschungen gesagt haben. Also müssen wir als ganzheitliche Behandler auch das **Milieu** verbessern, wenn wir dauerhaft Erfolg haben wollen...
...Gemäß der Erkenntnis „Die Mundhöhle ist das Schaufenster des Verdauungstraktes" kann eine **Symbioselenkung des Darmes** auch die Situation im Mund verbessern (s. S. 168).

Die Abwehrkraft des Kieferknochens kann auch geschwächt sein, wo einzelne Zähne wegen **Fehlstellung** mechanisch überbelastet werden. ...

Der **Kieferknochen** kann nicht nur lokal, sondern auch allgemein geschwächt sein, z.B. durch Übersäuerung, Mineralmangel (selten Calcium, oft Magnesium und Silicium), Vitaminmangel oder Osteoporose. Auch eine Belastung durch Schwermetalle, z. B. aus dem Amalgam des betroffenen Zahnes, verschlechtert die Qualität des Knochens.

Jeder Zahn hat über die **Akupunktur-Meridiane** eine energetische Beziehung zu anderen Organen des Körpers. So kann z. B. eine Schwäche im

Funktionskreis Leber/Gallenblase das Parodontium der Eckzähne schwächen. Oder eine chronische Blasenentzündung kann die Parodontose der Schneidezähne verstärken. Daran sollte man spätestens dann denken, wenn andere „klassische“ Ursachen behandelt sind oder ausgeschlossen werden können, aber trotzdem eine Parodontitis nur in einem bestimmten Funktionskreis auftritt.

...

Knirschen und Pressen belastet das Parodontium. Daher gehört es zu einer ganzheitlichen Behandlung, den Patienten an ein **Stress-Management** heranzuführen.

... Als Zahnarzt müssen Sie nicht der Fachmann sein, der diese Probleme löst. Sie könnten aber der Wegweiser sein, der dem Patienten verschiedene Möglichkeiten zeigt. Der sucht sich dann aus, was ihm stimmig erscheint.

4.9.2.16 Mut zur verkürzten Zahnreihe

Hier möchte ich einfach auf den relativ aktuellen Beitrag in den Zahnärztlichen Mitteilungen vom 16.9. 2016 S. 44ff verweisen (zm 106, Nr. 18 B, (1102ff)).

Wenn eine Bezahnung nur bis zu den Prämolaren kaum schlechter ist für Kiefergelenk, Kauvermögen und Patientenzufriedenheit als wenn auch die ersten Molaren noch stehen, dann sollte man gerade als ganzheitlicher Zahnarzt genau abwägen: Ist der technische Aufwand für eine Verlängerung der Zahnreihe über Anhängerbrücken, Implantate oder herausnehmbaren Zahnersatz es wert, die damit verbundenen Risiken einzugehen bezüglich Bissveränderung, möglicher Materialunverträglichkeit und der eventuellen Produktion neuer Herde?

4.9.2.17 Die Faltenzunge

Sie ist im Gegensatz zu vielen Lehrbuchmeinungen keine Anomalie, sondern sie ist ein sicheres Zeichen für eine latente Azidose. Die Falten verbessern sich, wenn lange und konsequent entsäuert wird. Das soll nicht die Zunge schöner machen, sondern den Patienten gesünder (s. S. 221ff).

4.9.2.18 Tipps für Kieferorthopäden

1. Wenn Sie sich bei einem Patienten zwischen einer festsitzenden und einer herausnehmbaren Apparatur entscheiden können, ist festsitzend natürlich einfacher, denn Sie sind dabei nicht auf die Mitarbeit Ihrer oft jungen und ungenügend motivierten Patienten angewiesen. Allerdings ist die Blockade der sogenannten Schädelatmung ein *gravierender allgemeinmedizinischer Nachteil*, s. S. 81 „Die große Verblockung“.

2. Natürlich ist die Verzahnung nach der Kfo-Therapie viel besser als vorher. Leider ist sie aber oft noch nicht perfekt. Man geht zwar davon aus, dass sich die Feinheiten des Bisses noch zurechtruckeln und mit der Funktion und mit der Zeit verbessern. Wenn jedoch *unbemerkt während der Behandlung die Körperhaltung asymmetrisch geworden ist, dann optimiert sich der Biss für diese schlechte Haltung*. Damit ist der Grundstein für spätere orthopädische und andere Erkrankungen gelegt. *Bitte nehmen Sie die Diagnostik der Okklusion bei gerader Beckenhaltung in Ihre Abschluss-Routine auf*, s. S. 56. Nach einer Behandlungszeit von über zwei Jahren sollten Sie sich diese zwei Minuten noch nehmen können. Wenn die Beckenfehlhaltung auch drei Monate später noch besteht, sollten Sie oder der Haus-Zahnarzt Ihres Patienten selektiv einschleifen (s. S. 68ff, 72ff).

4.9.3 Tipps für Ärzte

4.9.3.1 Tipps für Allgemein- und ganzheitliche Ärzte

Gelegentlich habe ich als Zahnarzt vom Arzt eine Überweisung mit der Bitte um Herdsuche bekommen. *Ich* wusste ja, auf welche Einzelheiten ich achten musste. Der durchschnittliche Zahnarzt dagegen versteht unter Herdsuche, dass er Röntgenbilder anfertigt und darauf nach einer apikalen Ostitis sucht. Alle anderen Auffälligkeiten, die auf ein mögliches Herdgeschehen hinweisen, werden normalerweise leider nicht beachtet: der verengte Wurzelkanal, die tiefe Füllung, die Krone, der verbreiterte Parodontalspalt, der verlagerte Zahn, die unvollständige oder auch die perfekt erscheinende Wurzelfüllung. Einzig die apikale Ostitis wird als Herd bezeichnet.

Lassen Sie nach Möglichkeit einen ganzheitlichen Zahnarzt nach Herden suchen, optimal wäre es, wenn er auch testen kann. Müssen Sie mit einem nicht auf Herdsuche spezialisierten Zahnarzt zusammenarbeiten,

dann nutzen Sie bitte die Textvorlage, die Sie bei den Tipps für Heilpraktiker finden (s. S. 252 oder www.dr-wildner.de/html/das_buch.html)

4.9.3.2 Tipps für Frauenärzte

Ihr Arbeitsfeld gehört nach den Erkenntnissen der chinesischen Medizin zum sog. Funktionskreis Blase-Niere (s. Tabelle S. 99). Suchen Sie deshalb bei chronischen Erkrankungen immer auch nach Auffälligkeiten im Bereich der Schneidezähne oder lassen Sie danach suchen.

Die Brust gehört zum Funktionskreis Magen-Milz-Pankreas (obere Molaren 6 und 7, untere Prämolaren).

Hormonelle Störungen können auch von ungenügend gehärteten Kunststoff-Füllungen verstärkt werden (s. S. 85).

4.9.3.3 Tipps für HNO-Ärzte

Erkrankungen des Halses, der Tonsillen und der Nase gehören zum Funktionskreis Lunge-Dickdarm (Prämolaren oben, Molaren 6 und 7 unten).

Die Kieferhöhlen gehören zum Funktionskreis Magen-Milz-Pankreas (untere Prämolaren, obere Molaren 6 und 7), das Mittelohr zu Herz-Dünndarm (alle Weisheitszähne).

Dr. Gleditsch, der Erfinder, Entdecker oder Erstbeschreiber der Mundakupunktur, war Zahnarzt und praktizierender HNO-Arzt. Nutzen Sie seine Zuordnung aller Nasennebenhöhlen zu den Punkten in der Mundhöhle (s. Tabelle S. 99).

Bei Tinnitus ist es üblich, über Medikamente die Durchblutung zu verbessern. Sagen Sie Ihren betroffenen Patienten, dass sie sich im akuten Anfall auch ohne Medikament selber helfen können: festes Zusammenbeißen vermeiden, tief bücken und dabei hyperventilieren (festhalten wegen Schwindel!). Das verbessert die Durchblutung und die Versorgung mit Sauerstoff notfalls auch. Zusätzlich *immer* den Biss überprüfen und ausgleichen lassen (s. S. 55) und ein Stressmanagement beginnen.

4.9.3.4 Tipps für Hautärzte

Die Haut gehört zum Funktionskreis Lunge-Dickdarm (obere Prämolaren, untere Molaren 6 und 7). Bei chronischen Hautkrankheiten sollten Sie die entsprechenden Zähne untersuchen lassen, das Rauchen reduzieren lassen und Ernährung, Symbiose und den Schwermetallstatus prüfen. Eine Mayr-Kur kann bei Hauterkrankungen sehr hilfreich sein (s. S. 171ff).

4.9.3.5 *Tipps für Internisten*

Die Funktion der Schilddrüse verbessert sich durch subcutane Quaddelungen über der Schilddrüse im Sinne der Neuraltherapie (s. S. 165).

Das Herz kann durch verlagerte Weisheitszähne belastet werden, durch Zwerchfelldruckstand (Mayr-Kur) und durch Fehlstellung der Brustwirbel (Okklusion prüfen).

Für Gastroenterologen: Siehe unten Tipps für F.X.Mayr-Ärzte

4.9.3.6 *Tipps für Kinderärzte*

Kindliches Bettnässen kann von Herden bei den Schneidezähnen (Blase/Niere) kommen, leider sind auch Milchzähne manchmal schon zerstört oder bis auf Zahnfleischniveau heruntergefault. Sie werden oft als Platzhalter für die neuen Zähne belassen. Das ist aber meist nicht nötig, die Zahnkeime halten auch die Lücke frei, wenn ihre Zahnkrone schon entwickelt ist.

4.9.3.7 *Tipps für F.X. Mayr-Ärzte*

Außer den Schneidezähnen haben alle Zähne einen Bezug zu den Verdauungsorganen (Leber, Gallenblase, Magen, Pankreas, Dickdarm, Dünndarm).

Amalgam fördert Mykosen und Dysbiosen.

4.9.3.8 *Tipps für Nephrologen und Urologen*

Auch die Geschlechtsorgane gehören zum Funktionskreis Blase-Niere und damit zu den Schneidezähnen.

4.9.3.9 Tipps für Orthopäden, Osteopathen und Physiotherapeuten

Für Patienten dieser Berufsgruppe erscheint mir die Überprüfung und Korrektur des Bisses (s. S.55ff) ganz besonders wichtig.

4.9.3.10 Tipps für Psychotherapeuten

Wie wichtig bei Zahnarztangst der Biss und seine Korrektur ist, habe ich schon dargelegt (s. S. 76f). Ich kann mir vorstellen, dass das körperliche Gleichgewicht auch für andere Fälle wichtig ist, wo das seelische Gleichgewicht verlorengegangen ist (s. S. 80). Denken Sie bitte auch an somato-psychische Erkrankungswege.

Die Psychokinesiologie nach Klinghardt ist ein gutes Hilfsmittel, um schnell an wichtige Themen und seelische Stressoren zu gelangen.

4.9.3.11 Tipps für Rheumatologen

Neben allen Auslösern für Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises sollten die Gelenke und Muskeln nicht auch noch zusätzlich durch einen falschen Biss belastet werden (s. S. 55) oder/und durch eine latente Azidose (s. S. 221).

4.9.4 Tipps für alle Menschen (auch Ärzte können mal Patienten sein)

Die drei Hauptverdächtigen Biss, Herd und Material haben Sie jetzt aus sehr vielen verschiedenen Blickwinkeln kennengelernt. Sie wissen: Vorbeugen ist besser als Heilen (und Heulen). Damit erhebt sich die Frage: Wie vermeide ich, dass mein Zahnarzt bei mir viel zu tun hat? Mit guter Zahnpflege. Aber ist Zahnpflege überhaupt nötig? Die Steinzeitmenschen hatten ja auch keine Zahnbürsten oder Zahnseide. Das stimmt. Aber sie hatten auch noch keine Zivilisationskost, die Karies und Parodontitis fördert. Außerdem wurden sie nicht so alt wie wir.

Wer seine Zähne lange gesund erhalten will, der muss zwei Dinge beachten: Kariogene Kost vermeiden (Zucker und Mehl) und *jeden* Zahn von

jeder Seite von Speiseresten und bakteriellen Belägen frei halten (Zahnpflege).

Die Zahnbürste ist dafür eine gute Grundausstattung. Mit ihr erreichen wir die Kauflächen, die Außenseiten und die Innenseiten. Wir müssen allerdings **lange genug putzen**, um die Beläge auch wirklich zu entfernen und nicht nur zu streicheln. Für die elektrische Bürste gelten 2 Minuten als Minimum, für die Handbürste 3 Minuten. Dabei müssen wir ständig darauf achten, unsere Putzbemühungen wirklich gleichmäßig auf *alle* Zähne und Zahnflächen zu verteilen. Jeder Mensch hat Lieblingsstellen, an die er bequemer hinkommt. Der Rechtshänder putzt daher links mehr (das macht nichts) und rechts weniger (ganz schlimm!). Außerdem putzt der Rechtshänder seine rechten Außenflächen oft nur von hinten bis zum rechten Eckzahn. Weiter nach vorne zu putzen erscheint unbequem, weil man dazu die rechte Hand sehr weit nach links führen müsste. Dabei ist es so einfach: Drehen Sie Ihren Kopf nach rechts, und Sie kommen leicht bis zur Mitte des Gebisses, ohne sich die Schulter auszukugeln.

Um eine „Schmutzzone“ von Einser bis Dreier zu vermeiden, müssen Sie bewusst die rechten und die linken Außenseiten vom letzten Zahn bis nach vorne *über die Mitte hinaus* putzen. Das Kopf-Drehen muss dabei nicht sein, aber es erleichtert die Sache.

Die elektrischen Zahnbürsten haben einen „Timer“, der Ihnen durch einen kurzen Ton oder einen kurzen Aussetzer anzeigt, wann eine halbe Minute vergangen ist. Das ist ein Viertel der gesamten Putzzeit. In dieser Zeit sollten Sie ausschließlich einen einzigen Quadranten putzen, und zwar gleichermaßen alle drei Flächengruppen (innen, außen, Kauflächen). Nach dem Signal wechseln Sie zum nächsten Quadranten und so weiter. Dann haben Sie keine Kieferhälfte kürzer oder weniger gereinigt als die anderen. Denken Sie immer auch an die Rückseite (distal) des letzten Zahnes.

An die Kontaktflächen und die Kontaktpunkte zu den Nachbarzähnen (mesial und distal) kommen wir mit der Zahnbürste nicht. Hier hilft nur die **Zahnseide**. Damit bitte nicht ruckartig zwischen die Zähne gehen, damit das Zahnfleisch nicht eingeschnitten und verletzt wird. Machen Sie eine sägende Bewegung mit der Seide, dann gleitet sie leichter am Kontaktpunkt vorbei. Sie soll dabei immer einmal am vorderen und einmal am hinteren Zahn angelehnt sein, damit sie in den natürlichen Spalt zwischen

Zahn und Zahnfleisch gleitet, ohne etwas zu verletzen, und den Zahn auch *unter* dem Zahnfleisch reinigt.

Wie oft soll man putzen? Mindestens früh und abends. Ältere Menschen und solche mit zurückgehendem Zahnfleisch sollten nach jedem Essen putzen, weil sich bei ihnen leichter und mehr Speisereste festsetzen können.

Wer früh geputzt hat, es aber abends einmal vergessen hat, soll natürlich am nächsten Morgen besonders gründlich putzen. Aber machen Sie sich bewusst: Auch mit doppelt so langem Putzen erreichen Sie nicht denselben guten Effekt wie wenn Sie am Abend rechtzeitig geputzt hätten, aus folgendem Grund:

Bakterienbeläge (Plaque) auf der Innenseite der unteren Frontzähne können sehr schnell verkalken. Hier münden Speicheldrüsen, ihr Speichel kommt bei Körpertemperatur von etwa 37 °C heraus und kühlt an den Schneidezähnen ab, weil der Mund immer wieder geöffnet ist oder etwas Kaltes gegessen oder getrunken wird. Der Speichel ist bei 37° mit Kalksalzen gesättigt; beim Abkühlen wird er übersättigt, d. h. er kann nicht alle Kalksalze in Lösung halten. Sie kristallisieren an der Plaque aus, und diese verkalkt. Die Plaque wäre am Abend noch weich genug gewesen, dass wir sie mit der Bürste vollständig hätten wegputzen können. Am nächsten Morgen ist sie schon so hart, dass die Bürste sie nicht mehr entfernen kann. Das ist der Anfang der Zahnstein-Bildung. Zahnstein muss beim Zahnarzt professionell entfernt werden.

Wenn Sie das jetzt wissen, verstehen Sie meine folgende

EMPFEHLUNG:

Auch wenn Sie sehr spät nach Hause kommen, putzen Sie vor dem Schlafengehen immer unbedingt noch die Zähne, besonders die Innenseiten der unteren Front. Damit können Sie vermeiden, dass Sie Zahnstein bekommen.

Wenn Sie schon vorher wissen, dass sie extrem spät nach Hause kommen werden, putzen Sie gründlich, *ehe* Sie abends weggehen.

Womit soll man putzen? Die Borsten sollten am Ende abgerundet sein, um das Zahnfleisch nicht zu verletzen. Naturborsten klingen so, als könnten sie natürlicher und damit besser sein. Sie haben jedoch in ihrem Inneren einen Mark-Kanal, der es unmöglich macht, sie abzurunden. Ihre Enden spleißen auf, sie sind nicht glatt genug, und in ihren Hohlräumen wachsen leichter Bakterien. *Naturborsten sind also nicht so hygienisch.* Der Freund natürlicher und nachwachsender Rohstoffe kann sich Zahnbürsten aus Bambus mit Nylonborsten kaufen.

Die elektrischen Zahnbürsten gibt es in zwei Typen.

1. Die mit *rundem* Bürstenkopf, der sich hin und her dreht. Damit putzen nur Menschen gut, die eine gründliche Einführung in die hier nötige besondere Putztechnik bekommen haben. Man muss damit so gewissenhaft arbeiten wie eine zahnärztliche Assistentin, wenn sie einem Patienten Zahn für Zahn einzeln säubert und poliert.

2. Die elektrischen Zahnbürsten mit dem *rechteckigen auf-und-ab-schwingenden* Bürstenkopf sind für den Laien leichter zu bedienen und haben ohne eine professionelle Einführung den besseren Erfolg.

Für alle elektrischen Bürsten gilt: Drücken Sie weniger stark auf als mit der Handbürste. Der Reinigungseffekt kommt nicht vom Druck, sondern von der Häufigkeit der Bewegungen.

Haben Sie einmal eine entzündete und besonders empfindliche Stelle am Zahnfleisch, dann dürfen Sie diese nicht schonen, indem Sie an dieser Stelle weniger putzen. Sie ist ja entzündet, weil Sie dort bisher zu selten und zu wenig geputzt haben. Dadurch hat sich mehr Plaque gebildet und das Zahnfleisch entzündet. Genau diese Stelle muss jetzt besonders gründlich gesäubert werden. Am schonendsten geht das, wenn Sie die elektrische Bürste ausschalten und sie mit wenig Druck sehr oft sehr sanft von rot nach weiß, vom Zahnfleisch zum Zahn führen. Die Bewegung zurück machen Sie durch die Luft ohne Berührung. Nach wenigen Tagen ist durch die bessere Reinigung das Zahnfleisch wieder gesund, und Sie können wieder ganz normal weiterputzen.

Gesund beginnt im Mund.

Der Autor freut sich über Kritik, Anregungen und Erfolgsberichte für die nächste Auflage.

Bitte schreiben Sie mir unbedingt, wenn Sie etwas zur Verbesserung dieses Buches beitragen können. Vielleicht finden Sie Druckfehler und undeutliche Formulierungen, oder ich habe einen wichtigen Gesichtspunkt übersehen. Vielleicht kennen Sie weitere einfache Maßnahmen, eine Beckenfehlhaltung zu korrigieren, oder Sie haben andere Vorschläge.

Schreiben Sie bitte auch, wenn Sie etwas nicht verstehen konnten.

Ich will alle Verbesserungen in die nächste Auflage einarbeiten, und ich will sie außerdem vorher schon auch auf meiner Homepage unter dem Menüpunkt „das Buch“ veröffentlichen. Dort können alle Leser ab und zu nachsehen, was es Neues gibt.

Meine Homepage: www.dr-wildner.de

Meine E-Mail-Adresse: praxisteam@dr-wildner.de

Wenn Sie mir eine Mail schicken mit dem Text „Ich bin Leser Ihres Buches“, nehme ich Sie in den Verteiler auf für eine gelegentliche Rundmail mit Ergänzungen, Korrekturen oder aktuellen Erkenntnissen.

Buchempfehlungen

Dies ist kein Literaturverzeichnis im Sinne einer wissenschaftlichen Abhandlung. Ich kann nicht alle meine Quellen anführen, die ich für mein Buch verwendet habe. In 30 Jahren habe ich so viel gelesen und in Seminaren gelernt, ich kann nicht mehr alles zuordnen. Das wäre auch langweilig. Es geht hier einfach nur um Bücher, die ich Ihnen empfehlen kann, weil ich persönlich sie gut finde.

für Zahnärzte:

Adler, Ernesto: Allgemeinerkrankungen durch Störfelder im Trigeminusbereich

Meuris, Jean: Homöopathie in der zahnärztlichen Praxis

Petricek, Elisabeth: Akupunktur in der Zahnheilkunde

für Heilpraktiker, Ärzte und Zahnärzte:

Diamond, John: Die heilende Kraft der Emotionen

Klinghardt, Dietrich: Psychokinesiologie

Köhler, Gerhard: Lehrbuch der Homöopathie

Gleditsch, Jochen: Mundakupunktur

Heine, Hartmut: Lehrbuch der biologischen Medizin - Grundregulation und

extrazelluläre Matrix.

Lechner, Johann und Krieger, Rolf: Armlängenreflex-Test und Systemische Kinesiologie: Das Handbuch

Lechner, Johann: Störfelddiagnostik, Medikamenten- und Materialtest Teil 1 und 2

Pischinger, Alfred : Das System der Grundregulation - Grundlagen einer ganzheitsbiologischen Medizin.

Rauch, Erich: Lehrbuch der Diagnostik und Therapie nach F.X. Mayr

Ross, Julia: Was die Seele essen will: Die Mood Cure

für Alle:

Davis, William: Weizenwampe

Enders, Julia: Darm mit Charme

Liebscher-Bracht, Roland und Bracht, Petra: Die Arthrose Lüge

Stossier, von Hahn: F.X. Mayr-Medizin der Zukunft

„Zahnfüllungen - Was Sie als Patient wissen sollten"

www.kzbv.de/informationmaterial

Gesellschaften, Verbände

Internationale Gesellschaft für ganzheitliche ZahnMedizin www.gzm.org

Berufsverband der naturheilkundigen Zahnärzte www.bnz.de

Deutsche Gesellschaft für Umwelt-ZahnMedizin www.deguz.de

Gesellschaft für Ganzheitliche Kieferorthopädie www.gko-online.de

Internationale Gesellschaft der MAYR-ÄRZTE www.fxmayr.com

Bildnachweis

Titelbild:Jürgen Höflinger Abb. 1, 2, 4, 11, 13: von Wikipedia

Abb. 1 gemeinfrei

Abb. 2 von Jordan Sparks – Open Dental – Open Source Dental Management Software, CC BY-SA 3.0,

<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=2756634>

Abb. 4 GNU Free Documentation License von Maksim

Abb. 11 gemeinfrei von JASFUS

Abb. 13 GNU Free Documentation License von Pfiffner Pascal

Abb.23: Hippokrates Verlag Stuttgart

Abb. 26: Internationale Gesellschaft für Mayr-Ärzte

sofern nicht anders angegeben, alle Zeichnungen und Röntgenbilder von Dr. Wolfgang Wildner

Abkürzungen

AK Applied Kinesiology
AR Armlängenreflex
CMD CranioMandibuläre Dysfunktion = Kiefergelenkserkrankung
DAO Diaminoxidase
DVT Digitale VolumenTomografie
EAV Elektroakupunktur nach Voll
EKG Elektrokardiogramm
GI glykämischer Index
GL glykämische Last
HCl Salzsäure
Kfo Kieferorthopädie
KH Kohlenhydrate
KHK Koronare Herz-Erkrankungen (Herzkranzgefäße)
LTT LymphozytenTransformationsTest
NLP Neurolinguistisches Programmieren
OPG Orthopantomogramm
TCM Traditionelle Chinesische Medizin
TMG Temporo-Mandibulargelenk = Kiefergelenk
TL Therapielokalisation

Register

(Seitenzahlenbeziehen sich auf das Buch, nicht auf diese Leseprobe)

- abrasiv 50
- Achillessehne 55
- Akupunktmassage 155
- Akupunktur 155
- Akute Krankheiten 245
- Allergie 87
- Alternativmedizin 15
- Amalgam 84, 178
- Ameloblasten 19
- Angewandte Kinesiologie 132
- Angst, bei Kindern 267
- Angstpunkt 265
- Antagonist 28
- Antenne im Mund 93
- Antibiotikum 191
- Antimykotikum 181
- apex 22
- Aphthe 34
- Apikal 22
- apikale Ostitis 32
- Applied Kinesiology 132
- approximal 22
- Approximalkaries 186
- Arbeitsseite 63
- Armlängentest 135
- Armschmerzen 52
- Arndt-Schulz-Regel 153
- Artikulation 61
- Aufbiss-Schiene 70
- Aufhellung 36
- Aurum 95
- Ausleitungstherapie 150
- Autoimmunerkrankungen 87
- Bakteriämie 48
- Balanceseite 63
- Bandscheibenvorfall 55
- Basenbad 239
- Basenpulver 236
- Beckenhaltung 56
- Beckenkorrektur 66
- Beinlängenunterschied, funktionell 56
- Betäubungsspritze 79
- Biochemie nach Schüßler 165
- Biorhythmus 174
- Biss, schiefer 49
- Bissflügelaufnahme 38
- Blaupapier 71
- Blickdiagnostik 126
- Brackets 83
- Brücke 33
- bukkal 22
- cerebro-spinal 83
- Chrom-Kobalt-Molybdän 184
- chronische Entzündung 97
- Chronische Krankheiten 246
- Colitis ulcerosa 180
- CranioMandibuläre Dysfunktion 35
- cranosakral 83
- Crohn, Morbus 180
- Darmbakterien 119
- Darmflora 190
- Darmhirn 190
- Dentin 17
- Dentinkanälchen 20
- Derbolowsky 67
- Dermatome 44
- Diagnoseformen 126
- Diasthema 26
- Dickdarm 195
- Digitale Volumen Tomografie 40
- Dinner-Cancelling 199
- Disaccharide 201
- distal 22
- Distalbiss 29
- Dünndarm 195
- Durchbruchzeiten 25
- dynamische Okklusion 61
- Dysbiose 191
- echte Beinängendifferenz 58
- Edelstahl 184
- Eigenzahnbehandlung 273
- Einlagefüllungen 31
- Einschleifen 69
- Einspeichern 146
- Ektoderm 19
- Elektrokardiogramm, EKG 89
- elongieren 27
- Entzündung 31
- Entzündungen 96

Erdbeerzunge 126
 Ernährung 190
 Ersatz für Amalgam 182
 Erstverschlimmerung 164
 Essfehler 196
 falsch negativ 39
 falsch positiv 39
 Faltenzunge 126
 Fasten 217
 Fersensporn 55
 Fett 207
 Fluorid 185
 Foramen apicale 31
 Fructose 201
 Füllungen 31
 Fußreflexzonen 43
 Galaktose 201
 Galvanismus 89
 Gangrän 31
 Ganzheitliche (Zahn-)Medizin 42
 Geist 83
 Gesundheit 248
 Gichtanfall 243
 Gingiva 18
 Glabella-Strich 146
 Glasionomerzemente 182
 Glucose 201
 glykämische Index 203
 glykämischen Last (GL) 204
 Goldlegierungen 183
 Gummibärchentrick 78
 Haaranalyse 128
 Hashimoto 180
 Hausmittel 15
 HEAD'sche Zonen 43
 Heilreaktionen 164
 Herd 96
 Herdtest 143
 Herpes 34
 Herzrhythmusstörungen 52
 Heuschnupfen 87
 Himbeerzunge 126
 Hochfrequenzen 92
 Holistisch 16
 Homöopathie 158
 Homöopunktur 166
 Hormonschwankungen 119
 Hyperbalance 62
 hyperton 133
 hypoton 133
 Implantat 34
 Inlays 31
 integrativ 16
 Interkuspitation 60
 intermittierendes Fasten 217
 Intervall-Fasten 217
 Intoleranzen 212
 irreversibel 31
 Isomaltose 201
 Karies 30
 Karpaltunnelsyndrom 52
 Kauebene 28
 Keramik 184
 Kiefergelenk 35
 Kieferorthopädie 29
 Kinesiologie 131
 Knieschmerzen 55
 Knochenschwund 32
 Kohärenz 166
 Kohlenhydrate (KH) 201
 Kohlenhydrat-Hunger-Schaukel 198
 kompensiert 51
 Komposite 182
 Kopfschmerzen 30
 koronal 22
 Kreuzallergien 184
 labial 22
 Lackzunge 126
 Lactose 201
 Lactulose 201
 Landkartenzunge 127
 latente Übersäuerung 220
 Laterotrusion 61
 Leukoplakie 127
 Lidocain 107
 Lingua geographica 127
 Lingua glabra 126
 lingua plicata 126
 Low Level Laser (LLL) 166
 Lutschnbiss 27
 Lymphozyten-Transformations-Test (LTT)
 129, 287
 Magen 195
 Makronährstoffe 200
 Maltose 201
 Materialtest 139, 142
 Meridiane 155
 mesial 22
 Mesialwanderung 28
 Mesoderm 19

Mikrobiom 190
 Mikronährstoffe 209
 Mikrowelle 218
 Milchzähne 24
 Mineralstoffe 209
 Mondkalender 177
 Monosaccharide 201
 Multiple Sklerose 180
 Mundakupunktur 114
 Mundbatterie 89
 Mundbrennen 48
 Mundströme 128
 Musculus stérnocléidomastoídeus 66
 Muskelkette 49
 Mykosen 180
 Nahrungsmittelallergie 212
 Naturheilverfahren 15
 Neuralakupunktur 165
 Neuraltherapie 111
 Neurodermitis 88
 normoton 133
 Nosoden 161
 Odontoblasten 19
 Ohrensausen 52
 okklusal 22
 Okklusal 22
 Okklusionsdiagnostik 56
 Onlay 31
 oralenr Galvanismus 89
 Orthopantomogramm = OPG 39
 Östrogen 48
 palatinal 73
 Pankreas 195
 Panorama-Aufnahme 39
 Parodontalspalt, verbreiterter 37
 Parodontitis 32
 Parodontium 19
 Parodontose 32
 Periodontitis 32
 Pförtner 195
 Pharmaakupunktur 166
 Phobie 76
 pH-Wert 237
 Physioenergetik 135
 physiologisch 57
 Plaque 30
 Polymerisationslampe 86
 Polysaccharide 202
 potenzierten Organpräparate 161
 Procain 107
 Processus mastoídeus 66
 Proteine 200
 Prothesen 33
 Protonenpumpenhemmer (PPI) 241
 Protrusion 61
 Psoriasis 180
 Psyche 53
 psychologische Umkehr 138
 psychosomatische Erkrankungen 248
 Psychotherapie 80
 Pulpa 19
 Pulpitis 31
 Pylorus 195
 Quaddel 114
 Quadrant 20
 Reflexzonen 43
 Regulations-Thermographie 129
 resorbieren 24
 rheumatoide Arthritis 180
 Rohkost 211
 Röntgenbilder 36
 Rückenschmerzen 55
 Saccharose 201
 Säure-Ausscheidungs-Hemmung 230
 Säureblocker 241
 Schädelatmung 82
 Schaukeltherapie 230
 Scheiße 102
 schiefer Biss 49
 Schlusssbiss 28
 schnelle Zahnsteinbildung 226
 schneller Hunger 227
 Schulmedizin 14
 Schulter-Fuß-Brücke 58
 Schulterschmerzen 52
 Schüßler-Salze 165
 schwarze Haarzunge 126
 Schwermetallbelastung 149
 Schwindel 55
 selektive Einschleifen 69
 Selektives Einschleifen 256
 Sharpey'sche Fasern 19
 Sit-ups 59
 Skoliose 52
 Skorbut 120
 Softlaser 166
 somatisch 80
 somatopsychische Krankheiten 249
 Somatotopien 43
 Spannungskopfschmerz 55

Speichermodus 146
 Spurenelemente 209
 statische Okklusion 61
 Störfeld 97
 Störkontakt 71
 Stress 49
 Stress-Management 277
 Switching 137
 Symbiose 190
 Symbioselenkung 168
 systemisch 16
 Taschenbildung 32
 Teilprothese 34
 TemporoMandibularGelenk 35
 Testsatz 139
 therapeutische Lokalanästhesie 111
 Therapielokalisation (TL 141
 Thermographie 104
 Tinnitus 52
 Titan 184
 Touch for Health 132
 toxisch 84
 traditionellen chinesischen Medizin 42
 traumatische Okklusion 61
 Trennkost 216
 Triggerpunkt 117
 Trinkwasserfluoridierung 186
 Überbiss 29
 Übersäuerung 220
 Ultracain D 107
 Umweltmedizin 16
 Umwelt-ZahnMedizin 16
 unphysiologisch 57
 Unterdrückung 165
 Unterzuckerung 227
 Unverträglichkeiten 212
 Verblockung 81
 Verdauung 193
 vestibulär 22
 Vitaflex 66
 Vitamine 209
 Vitiligo 180
 Vortest 136
 Weiße Flecken auf den Fingernägeln 128
 Wundheilung 273
 Wundheilungsstörungen 48
 Wurzelfüllung 32
 Wurzelkanalbehandlung 31
 Zahnarztangst 76
 Zahnaufbau 17
 Zahnbein 17
 Zahnbogen 26
 Zahnentwicklung 19
 Zahnfäule 30
 Zahnhals 19
 Zahnhalteapparat 19
 Zahnmedizin 17
 Zahnnummern 23
 Zahn-Organ-Beziehungen 99
 Zahnpflege 282
 Zahnschmelz 17
 Zement, das 19
 Zement, der 182
 zervikal 22
 ZILGREI 67
 Zirkonium 92
 Zirkonoxidkeramik 184
 Zucker 201
 Zungenbrennen 52
 Zwei-Punkt-Test 143, 144