

## Standard zur Diagnostik intraoraler Störfelder mit Applied Kinesiology

(Stand: Januar 2008)

Der Ausbildungsausschuss und der Vorstand der DÄGAK haben das im folgenden niedergelegte Protokoll zur Diagnostik intraoraler Störfelder erstellt. Dieses gilt als Standard der Anwendung und bildet die Grundlage für die Darstellung gegenüber der medizinischen Öffentlichkeit und bei etwaigen rechtlichen Auseinandersetzungen. Die Richtlinie entspricht dem aktuellen Stand der Kenntnisse und wird jeweils bei Bedarf aktualisiert.

### Einleitung

Herde und Störfelder im Mund-Kiefer-Bereich sind mit klinischen Methoden (Vitalitätsprüfung, Röntgen, CT, MRT) nicht in allen Fällen sicher auszuschließen.

Zur Herd- und Störfelddiagnostik gehört in Verdachtsfällen die Testung mit den Mitteln der Applied Kinesiology und ggf. die Kontrolle des Testbefundes mit der Technik des Dekoderdermogramms sowie weiterführende bildgebende Verfahren.

### Klinische Untersuchung

- Ausführliche Anamnese (Lymphschwellungen im Hals-Kopf-Bereich, Schulter-Arm-Syndrom, Rückenschmerzen, Schmerzen in anderen Körperregionen, etc.).
- Zahnärztliche Inspektion
- Vitalitätsprobe
- Zahnperkussion sowie intraorale Palpation im Bereich der Umschlagsfalte bzw. der Leerstrecken
- Palpation der submandibulären Lymphknoten sowie der Adler-Langer-Punkte
- Röntgendiagnostik

Gibt es aufgrund der Anamnese klare Hinweise auf einen Herdverdacht, der durch die oben genannten Maßnahmen nicht nachgewiesen werden kann, ist die Applied Kinesiology [1] als zusätzliche komplementärmedizinische Diagnosemethode einzusetzen.

### Die AK bietet ergänzend:

- Weiterführende Diagnostik des möglichen Störherdes (z. B. mit Nosoden)
- Evaluation der Fernwirkung des Störherdes vor und nach Probebehandlung
- Ermittlung eines möglichst wirksamen Neuraltherapeutikums
- Ermittlung eines möglichst wirksamen homöopathischen Therapeutikums
- Ermittlung einer möglichst wirksamen Begleittherapie (z. B. orthomolekular)

### Testung mit Applied Kinesiology

Vor der Testung muss funktionelle neurologische Dysorganisation ausgeschlossen bzw. behandelt werden. Eine unspezifische Wirkung des Magneten, die bei einzelnen Patienten auftreten kann und eine Benutzung zur hier beschriebenen Diagnostik unmöglich macht, muss durch Aufbringen des Magneten auf andere Kopf- und Körperareale ausgeschlossen werden.

**Schritt 1:** Als Screening wird eine Therapielokalisation mit Magnet (nicht schwächende Seite auf der Haut) durchgeführt, der von außen auf Seitenzähne und Frontzähne gelegt wird. Diese großflächige TL gibt den Hinweis, dass im entsprechenden Kieferabschnitt ein Störfeld liegt.

Als Grobscreening kann alternativ eine TL zu den assoziierten Lymphpunkten (Ly 2, Adler-Langer-Punkte, submand. Lymphknoten) durchgeführt werden. Führt dies zu einer Dysreaktion des Indikator Muskels,

ergibt sich daraus der Verdacht auf ein Störfeld in der entsprechend zugeordneten Region. Dann weiter Schritt 3.

Wenn dieses Screening negativ ist, wird der Magnet auf die Kiefer gelegt und der Patient lokalisiert den Punkt Ly 2 auf dem Lymphgefäß ipsilateral. Der Magnet kann die TL an Ly 2 verstärken, welche bei stärkerer Fernwirkung des Störfeldes auch ohne „Magnetverstärkung“ positiv ist. Es ist nicht möglich, auf eine geringere klinische Bedeutung des Störfeldes zu schließen, wenn eine Magnetanwendung notwendig ist, um ein Störfeld aufzufinden.

Dieses großflächige Screening muss im weiteren Verlauf durch spezifische TLs bzw. Challenges weiter differenziert werden. Wenn dieses Screening negativ sein sollte und ein begründeter klinischer Verdacht für ein Störfeld besteht (Panoramaaufnahme oder Beschwerden) sollte dennoch sicherheitshalber zu Punkt 2a weitergegangen werden.

Bei positivem Screening zu Schritt 2a bzw. 2b gehen.

**Schritt 2a:** Den Ringmagneten auf den Daumen (d.h. eigentlich das Lymphgefäß der EAV) der Seite des Herd-/Störfeldverdachtetes stecken. Wenn dies zu einer Indikator dysreaktion führt, kann der Magnet für die weitere Diagnostik nicht benutzt werden.#

**Schritt 2b:** Bei positivem Magnet-Screening können auch Läsionen des Gesichtsschädels vorliegen. Diese werden durch mechanischen Challenge differenzialdiagnostisch gefunden und werden direkt korrigiert.

**Schritt 3:** Immer wenn der Magnet auf dem Daumen nicht zur Indikator dysreaktion führt, mit dem Magnet auf dem Lymphgefäß weiter testen. Er verstärkt die Therapielokalisationen an den Kieferregionen derselben Seite.

Ausgehend von einem normoreaktiven Indikatormuskel führt der Patient eine TL zum fraglichen Odonton auf der Seite der Magnetverstärkung durch. Dabei wird der Zahn inklusive Halteapparat und angrenzenden Kieferknochen möglichst zwischen Daumen und Zeigefinger genommen, sodass eine TL der vestibulären und lingualen Bereiche gleichzeitig durchgeführt wird. Zusätzlich führt der Patient an den verdächtigen Zähnen bzw. Leerkieferregionen einen gehaltenen axialen Challenge durch, der den Herd noch weiter provozieren kann (d.h. er drückt auf die Zahnkrone oder den Kieferkamm). Punktgenaue Therapielokalisationen können dann mit einem Kugelstopfer o.ä., dessen Material verträglich für den Patienten getestet, durchgeführt werden.

**Schritt 4a:** Ausgehend von der positiven TL/Challenge wird der Nosoden-Challenge durchgeführt. Eine Ampulle mit einer Tiefpotenz (D4-D6) der in Frage kommenden Störfaktoren wird vom Patienten in der Hand gehalten (der Hand, welche die TL zum Zahn durchführt und nicht der Hand, die den Magnet trägt). Die der Beherrschung entsprechende Nosode (meist D6) oder der potenzierte Schadstoff bei sog. Materialstörfeldern (meist D6 bis D30) führt dann zum Ausgleich der positiven Therapielokalisation/Challenge, d.h. der Indikator wird normoreaktiv.

**Schritt 4b:** Gibt es keinen radiologischen Hinweis auf ein Störfeldgeschehen (Granulome, ostitische Herde, fehlende Wurzelfüllungen), welche ohnehin diesen Untersuchungsgang erübrigen würden, so muss auch der mechanische Challenge zum Ausschluss eines „neurologischen Zahnes“ durchgeführt werden. Mechanische Störungen des Zahnes in seinem Halteapparat kommen z.B. bei Frühkontakten vor.

**Schritt 5:** Wenn die nach Anamnese und Röntgenbild (z.B. Leerkieferregion - Kieferostitis D6 oder Wurzelfüllung - gangränöse Pulpa D6) gewählte Nosode nicht die Therapielokalisation aufhebt, die nächst nahe liegende testen.

**Schritt 6:** Hebt eine spezifische Ampulle die positive TL auf, wird ein Temporal Tap durchgeführt. Ist der Ausgleich durch die Nosoden-Ampulle nicht vollständig, kommt es zur erneuten Dysreaktion des Indikatormuskels.

Dann wird eine zweite, dritte usw. Ampulle derselben Nosode vom Patienten in der Hand gehalten. Nach jeder weiteren Ampulle wird ein erneuter Temporal Tap durchgeführt und geprüft, ob der Indikatormuskel nunmehr normoreaktiv bleibt.

Die Zahl der Ampullen gibt einen gewissen Hinweis auf eine chirurgische Indikation: bis 2 Ampullen kann eine medikamentöse Therapie versucht werden, bei 3 Ampullen ist der Erfolg einer konservativen Therapie fraglich, ab 4 Ampullen ist eine chirurgische Therapie (Wurzelfüllung, Wurzelspitzenresektion, Extraktion, Leerkieferrevision) notwendig (vorausgesetzt das Dekoderdermogramm bestätigt den Test).

### **Alternativ:**

Die „Stabilität“ der durch die Nosode bewirkten Normoreaktion kann auch durch Verwendung des graduierten Sedierungssystems mittels Antiker Punkte [2] geprüft werden.

Bei nicht von vornherein (röntgenologisch) operationspflichtigen Befunden kann dies eine gewisse Hilfestellung bei der Therapiewahl sein: So sind Hypo-/Hyperreaktionsgrade 1 und 2 eher konservativ medikamentös zu behandeln. Höhere Grade erfordern eher invasive Eingriffe.

**Schritt 7:** Ausgehend von einer positiven TL/Challenge sollten jetzt andere mit den Symptomen des Patienten korrelierende Dysreaktionen oder dysreaktive Muskeln im Sinne einer Doppel-TL gegentestet werden. Heben sich die Dysreaktionen auf im Sinne einer Normoreaktion kann von einem Zusammenhang der beiden Problemstellen ausgegangen werden.

### **Diagnosesicherung**

Vor chirurgischen Maßnahmen ist nach AK-Testung eine der im Folgenden aufgeführten Untersuchungen zur doppelten Absicherung der Diagnose durchzuführen, insbesondere bei:

- Revision von Leerkieferregionen.
- Extraktionen bei radiologisch mittels traditionellem OPG oder Einzel-Röntgenaufnahmen nicht gesicherter Indikation.
- Neu indizierte Wurzelbehandlungen bei nicht eindeutiger Vitalitätsprobe speziell bei mehrwurzeligen Zähnen (hier bevorzugt Dekoder).

### **Dekoder-Dermogramm**

Die lokalisatorische Diagnostik und die Differenzialdiagnose des Störfeldes bzw. Herdes ist ausschließlich mit den Mitteln der Applied Kinesiology möglich, eine Kontrolle des Herd-/Störfeldcharakters ist mit einem Dekoderdemogramm durchführbar.

Nach Festlegung der Lokalisation des Herdes oder Störfeldes geschieht die Kontrolle des Befundes (auch im Sinne der Fernwirkung) durch Herdprovokation mittels Neuraltherapie des Herdes/Störfeldes (Testung des Neuraltherapeutikums erforderlich). Die temporäre Ausschaltung des Herdes/Störfeldes muss zur Beseitigung der Testbefunde der Applied Kinesiology am Störfeld selbst (Therapielokalisation und Challenge) sowie der durch das Störfeld verursachten Befunde (wie muskuläre Dysreaktionen und strukturelle Störungen) führen. Eine Reduktion der assoziierten Beschwerden für mindestens 8 Stunden nach Neuraltherapie von Zahnherden [3] auch im Zusammenhang mit dem Dekoder-Test ist das hochwertigste Zeichen und muss dokumentiert werden, kann aber auch bei vorhandenem Herdbefund ausbleiben (falsch negative neuraltherapeutische Tests).

Die Dekoder-Registrierung geschieht mit zwei Grundmessdurchgängen (rote und grüne Farbe). Nach Neuraltherapie wie oben beschrieben erfolgt die dritte Registrierung mit blauer Farbe.

Als Bestätigung der Herd-/Störfeldwirkung ist eine eindeutige Verbesserung des Regulationsverhaltens an mindestens drei von sieben Messstrecken zu fordern: Kopf -Arm (li. und re.), Arm-Fuß (li. und re.), Arm-Arm, Fuß-Fuß.

### **Bildgebende Verfahren**

Soweit verfügbar, sollte ein Oberflächenspulen-MRT mit Kontrastmittel durchgeführt werden. Dies kann viele Herde, jedoch keine Störfelder nachweisen.

Weitere Diagnoseverfahren mit geringerer Auflösung: 3D-Volumentomogramm, dentales CT.

**Eine invasive Behandlung ist vorher durch forensisch anerkannte Methoden zu validieren. Ist dies aus technischen oder anderen Gründen nicht möglich, so ist vor dem Eingriff nach umfassender Aufklärung und Absicherung durch Dekoder-Dermographie die schriftliche Einverständniserklärung des Patienten einzuholen.**

### **Literatur**

- 1 Garten, H. and Weiss, G. (2007) Systemische Störungen - Problemfälle lösen mit Applied Kinesiology. Urban und Fischer, München
- 2 Burtscher, E., Eppler-Tschiadel, M., Gerz, W. and Suntiger, A. (2001) AK-Meridiantherapie (AKMT). AKSE, Wörthsee
- 3 Badtke, G. and Mudra, I. (1994) Neuraltherapie, Lehrbuch und Atlas. Ullstein Mosby, Berlin