

Deutsche Heilpraktiker Zeitschrift



Kopf und Kragen (HWS, Schulter, Nacken)

- **Wenn der Arm lahm wird:**
Thoracic-Outlet-Syndrom (TOS)
- **Schröpfen, Akupunktur, Blutegel & Co.:**
Nackensteifigkeit und ihre naturheilkundlichen
Behandlungsmöglichkeiten
- **Behandlung der Trigeminusneuralgie:**
Vier Fachleute – Vier Behandlungsstrategien
- **DHZ I psych Geist & Seele:**
Lösungsfokussierte Therapie





Die DHZ – Deutsche Heilpraktiker Zeitschrift



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

„Wissen vermitteln, über den Tellerrand blicken, mich als Mensch wahrnehmen“ – aus den Vorstellungen, Wünschen und Bedürfnissen vieler Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker ist 2006 ein neuartiges Konzept entstanden. Eine Zeitschrift, die heute regelmäßig mehr als 8 000 Leserinnen und Leser in allen Bereichen der Aus- und Fortbildung unterstützt und begleitet: **Die Deutsche Heilpraktiker Zeitschrift**. Die **DHZ** vereint alles, was Sie in Ihrem Praxisalltag benötigen. Sie verdichtet die Fülle vorhandener Informationen zu klar strukturiertem Wissen. Sie stellt diagnostische und therapeutische Methoden vor, die Sie rasch umsetzen können. Sie verhilft zum schnellen Überblick über aktuelle Themen und liefert wertvolle Hintergrundinformationen. Doch die **DHZ** leistet noch mehr: Sie beleuchtet ganzheitliche Aspekte des Heilpraktiker- und des Menschseins. Sie baut Brücken, fördert den Austausch und ist obendrein mit Freude zu lesen.

Mit der **DHZ** können Sie sich zertifiziert fortbilden. Anhand von 10 Fragen überprüfen Sie Ihr neu erworbenes Wissen in jeder Ausgabe. Für 7 richtige Antworten erhalten Sie 2 Fortbildungspunkte. Der Bund Deutscher Heilpraktiker e.V. (BDH) und viele weitere Verbände erkennen diese für das Fortbildungszertifikat für Heilpraktiker an. Die Fortbildungspunkte können Sie sich auch als Nachweis für die kontinuierliche klinische Fortbildung anrechnen lassen, die für die Beibehaltung des Homöopathie-Zertifikats der SHZ notwendig ist.

Und: Sie können online über das gesamte Wissen der **DHZ** verfügen! Einfache Suchfunktionen helfen Ihnen bei der schnellen themen-, stichwort- oder autorenbezogenen Recherche im Online-Archiv Thieme eJournals – wahlweise in einer oder gleichzeitig in allen bisher erschienenen Ausgaben.

Die vorliegende Leseprobe vermittelt Ihnen einen ersten Eindruck der **DHZ**. Wir laden Sie ein: Entdecken Sie eine Zeitschrift, bei der Sie im Mittelpunkt stehen.

Herzlichst – im Namen des ganzen Redaktionsteams –
Ihre Elvira Bierbach

Elvira Bierbach



Hauptverantwortliche Herausgeberin:

HP Elvira Bierbach

ist Heilpraktikerin und leitet seit 1992 eine renommierte Heilpraktikerschule in Bielefeld. Außerdem hat sie verschiedene Lehrbücher für Heilpraktiker (-anwärter) herausgegeben, darunter das bekannte Buch „Naturheilpraxis heute“, die „Bibel“ für alle HPAs, und hält Vorträge rund um die Heilpraktikerausbildung. Seit 2001 ist sie Beiratsmitglied im „Bund Deutscher Heilpraktiker (BDH)“ und seit 2006 die hauptverantwortliche Herausgeberin der Deutschen Heilpraktiker Zeitschrift DHZ.



Dr. med. Harald Kämper

hat nach seiner Ausbildung als Heilpraktiker Medizin studiert und arbeitet in eigener Praxis als Arzt für Naturheilverfahren in Dorsten. Sein Interessenschwerpunkt liegt bei der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM). Seine Ausbildung in der TCM hat er bei Professoren der Hochschule Tianjin VR China am Europäischen Zentrum in Münster absolviert. Er ist Autor der Bücher „Atlas der Homöosiniatrie“ „Notfälle in der Heilpraktikerpraxis“ (beide Haug Verlag). Zudem ist er als Referent in der Fortbildung von Heilpraktikern und Ärzten aktiv. Als Herausgeber der Deutschen Heilpraktiker Zeitschrift DHZ ist er verantwortlich für das Fachgebiet der Traditionellen Chinesischen Medizin.



HP Siegfried Kämper

ist seit 1985 in eigener Praxis in Gelsenkirchen niedergelassen. Seine Therapie- und Interessenschwerpunkte sind Mikrobiologische Therapie, Ozontherapie, Heilhypnose, Versicherungs- und Abrechnungsfragen, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Arznei- und Medizinproduktrecht. Er ist Autor des „Praxishandbuchs für Heilpraktiker“ (Haug Verlag). Seit 1987 ist er im Vorstand der Heilpraktikergesellschaft für Ozontherapie e.V., seit 1992 Vizepräsident des BDH. Er ist Leiter der Arzneimittel- sowie der Gutachten- und Gebührenkommission des BDH. Als Herausgeber der Deutschen Heilpraktiker Zeitschrift DHZ ist er vor allen Dingen für die oben genannten Themen verantwortlich.



Cornelia Nünlist

ist Fachapothekerin in Klassische Homöopathie sowie Homöopathie- und Spagyrik-Referentin in der Ausbildung von Ärzten, Apothekern und Heilpraktikern. Ihre Interessenschwerpunkte sind Homöopathie, Spagyrik und Phytotherapie. Sie ist Präsidentin der Schweizerischen Apotheker-Gesellschaft für Homöopathie (SAGH). Seit März 2009 arbeitet sie als Geschäftsführerin eines komplementärmedizinischen Arzneimittelherstellers in Deutschland. Als Herausgeberin der Deutschen Heilpraktiker Zeitschrift DHZ ist sie verantwortlich für die Fachgebiete Homöopathie, Spagyrik und Phytotherapie.



HP Markus Opalka MSc

ist Physiotherapeut, Heilpraktiker und Osteopath. Er ist niedergelassen in eigener Naturheilpraxis in Witten. Sein Schwerpunkt ist die Arbeit mit Kindern und Schwangeren. Darüber hinaus ist er aktiv als Dozent in der Ausbildung von Heilpraktikern und Hebammen und leitet gemeinsam mit Juan Lomba die Werner Peper Akademie® für Osteopathie und moderne Chiropraxis in Essen. Als Herausgeber der Deutschen Heilpraktiker Zeitschrift DHZ ist er für die Manuellen Verfahren verantwortlich.

Das Konzept der DHZ

Die DHZ begleitet Sie in allen Bereichen Ihres Heilpraktikerseins mit aktuellen Informationen, vertiefendem Wissen und konkreten Praxistipps. Inhaltlich verfolgt die DHZ einen auf Austausch ausgerichteten Ansatz. Jede Ausgabe widmet sich einem Schwerpunktthema und stellt es aus dem Blickwinkel verschiedener Therapierichtungen umfassend dar.

DHZ | aktuell

Gesundheitspolitik, Forschung, Arzneimittel, Kongresse, Neues aus Verbänden – DHZ aktuell bietet Ihnen die wichtigsten Neuigkeiten in kompakter Form.

DHZ | spektrum

Fachbeiträge führen in Diagnostik, verschiedene Verfahren und Methoden ein. Das Heilpraktikeranwärter Spezial fasst das prüfungsrelevante Wissen kompakt zusammen – inklusive Lernfragen und weiterführender Hilfen.

DHZ | praxis

Hier finden Sie alles, was Ihre Arbeit erleichtert. Experten stellen ihre Therapiestrategien vor – mit direkten Umsetzungsempfehlungen für die Praxis. Konkrete Tipps helfen Ihnen im Umgang mit Ihren Patienten, aber auch, Ihre Praxis effizienter zu managen. Sofort einsetzbare Arbeitshilfen wie Checklisten, Patienteninformationsblätter und das Heilpflanzenlexikon zum Sammeln entlasten Sie deutlich.

In der Unterrubrik „DHZ psych/Geist & Seele“ beschreiben Experten unterschiedliche Erkrankungen bzw. Störungsbilder, beleuchten zugehörige pathophysiologische Hintergründe und erläutern Methoden zur Diagnostik, Differenzierung und Therapie. Psychotherapeutische Therapieverfahren bzw. Behandlungsansätze werden anhand praxisnaher Fallbeispiele vorgestellt.

DHZ | magazin

Das DHZ-Magazin steckt voller inspirierender Ideen, Anregungen und Tipps für Ihr Leben als Heilpraktiker. Auch unterhaltsame Art spannt es einen weiten Bogen von empfehlenswerten Büchern, Rezepten und Reisetipps bis hin zu Interviews und Porträts interessanter Persönlichkeiten aus der Welt der Naturheilkunde.

Die Deutsche Heilpraktiker Zeitschrift

Klar strukturierte Inhalte und eine nutzerfreundliche Gestaltung erleichtern Ihnen den schnellen Zugang zu allen Informationen. In kürzester Zeit verschaffen Sie sich einen fundierten Überblick, der Perspektiven aufzeigt und Orientierung für Denken und Handeln bietet.

DHZ | spektrum

Thoracic-Outlet-Syndrom (TOS): Wenn der Arm lahm wird

Kurt W. ist Automechaniker und seit einiger Zeit fällt ihm nach wenigen Minuten der Schraubenzieher aus der Hand, wenn er kopfüber arbeitet. Das könnte ein Thoracic-Outlet-Syndrom sein. Das Krankheitsbild ist z. B. gekennzeichnet durch Gefühls- und Durchblutungsstörungen sowie Lähmungserscheinungen des Armes, die im Anfangsstadium meist lageabhängig auftreten. Dr. med. Thorsten Rarreck gibt Ihnen einen Überblick über Formen, Symptome und diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten.

Das Thoracic-Outlet-Syndrom (TOS) ist ein **chronisches, neurovaskuläres Kompressionsyndrom der oberen Thoraxapertur** an anatomischen Engstellen verschiedener Genese. Betroffen können der Armplexus (Plexus brachialis) und die Subklaviagefäße sein. Daraus entwickeln sich Beschwerdebilder im Schulter-, Arm- und Handbereich, die durch Druckschädigungen der Nerven oder Gefäße zustandekommen. Begünstigend wirken muskuläre, skelettläre oder vaskuläre Varianten (Anomalien).

Anatomische Grundlagen

Die Mm. scaleni (Treppenmuskel) entspringen an den Querfortsätzen der Halswirbel und setzen an den oberen 2–3 Rippen an. Sie unterstützen die Einatmung, da sie den oberen Thorax (1. und 2. Rippenpaar) heben und die Halswirbelsäule seitwärts neigen. Man unterscheidet von ventral nach dorsal: **M. scalenus anterior, M. scalenus medius, M. scalenus posterior**. In ca. einem Drittel der Fälle existiert auch ein M. scalenus minimus.

Zwischen dem M. scalenus anterior und dem M. scalenus medius befindet sich die **Scalenuslücke (auch „hintere Scalenuslücke“ genannt)**. Durch sie ziehen der Plexus brachialis und die Arteria subclavia.

Der **M. sternocleidomastoideus** entspringt am Sternum und der medialen Klavikula und setzt am Hinterhaupt (Prozessus mastoideus und Linea nuchae superior) an. Er dreht den Kopf zur anderen Seite,

Abb. 1 Der Plexus brachialis übernimmt die motorische und sensible Versorgung der oberen Extremität. Zwischen dem M. scalenus anterior und dem M. scalenus medius befindet sich die Scalenuslücke. Quelle: aus [1]

Klinik – auslösende Faktoren

Etwa zwei Drittel der Patienten geben an, dass ein akutes Ereignis die Beschwerden auslöste. Folgende Belastungen können förderlich sein:

- ungewohnte körperliche Anstrengungen mit Kräfteinsatz der Arme

20 Rarreck T: Thoracic-Outlet-Syndrom (TOS): Wenn der Arm lahm wird DHZ – Deutsche Heilpraktiker Zeitschrift, 2011; 1: 20 – 23

Wegweisend:

Das innovative Farbsystem leitet einfach, schnell und sicher durch die DHZ.

Anschaulich:

Erläuternde Bilder, Grafiken und Tabellen stellen die wichtigsten Informationen nochmals kompakt zusammen.



„Wir vom DHZ-Team meinen: Fundierte Weiterbildung kann und soll Vergnügen bereiten! Die DHZ informiert Sie kompetent, konkret und kollegial und ist dabei lesefreundlich und unterhaltsam. Namhafte Autoren und erfahrene Praktiker teilen ihr Wissen mit Ihnen. Damit Ganzheitlichkeit kein Schlagwort bleibt, beleuchtet die DHZ die verschiedensten Aspekte Ihres Lebens in der Praxis und im Privaten. Der Mensch steht im Mittelpunkt Ihrer Arbeit – und Sie stehen im Mittelpunkt unserer DHZ.“

Elvira Bierbach

Thoracic-Outlet-Syndrom (TOS): Wenn der Arm lahm wird

Kurt W. ist Automechaniker und seit einiger Zeit fällt ihm nach wenigen Minuten der Schraubenzieher aus der Hand, wenn er kopfüber arbeitet. Das könnte ein Thoracic-Outlet-Syndrom sein. Das Krankheitsbild ist z. B. gekennzeichnet durch Gefühls- und Durchblutungsstörungen sowie Lähmungserscheinungen des Armes, die im Anfangsstadium meist lageabhängig auftreten. Dr. med. Thorsten Rarreck gibt Ihnen einen Überblick über Formen, Symptome und diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten.

Das Thoracic-Outlet-Syndrom (TOS) ist ein **chronisches, neurovaskuläres Kompressionssyndrom der oberen Thoraxapertur** an anatomischen Engstellen verschiedener Genese. Betroffen können der Armplexus (Plexus brachialis) und die Subklaviagefäße sein. Daraus entwickeln sich Beschwerdebilder im Schulter-, Arm- und Handbereich, die durch Druckschädigungen der Nerven oder Gefäße zustandekommen. Begünstigend wirken muskuläre, skeletäre oder vaskuläre Varianten (Anomalien).

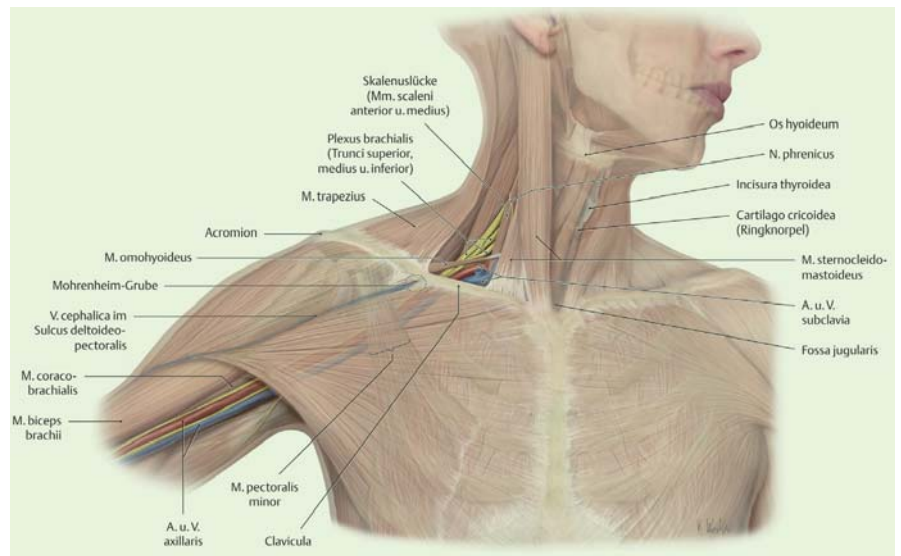


Abb. 1 Der Plexus brachialis übernimmt die motorische und sensible Versorgung der oberen Extremität. Zwischen dem M. scalenus anterior und dem M. scalenus medius befindet sich die Skalenuslücke. Quelle: aus [1]

Es sind mehr Frauen als Männer vom TOS betroffen (3:2). Der Altersgipfel liegt im mittleren Erwachsenenalter (30–40 Jahre). Oft sind leptosomasthenische Frauen- oder muskulär-athletische Männer-Konstitutionen betroffen.

Klinik – auslösende Faktoren

Etwa zwei Drittel der Patienten geben an, dass ein akutes Ereignis die Beschwerden auslöste. Folgende Belastungen können förderlich sein:

- ungewohnte körperliche Anstrengungen mit Krafteinsatz der Arme

Anatomische Grundlagen

Die Mm. scaleni (Treppenmuskel) entspringen an den Querfortsätzen der Halswirbel und setzen an den oberen 2–3 Rippen an. Sie unterstützen die Einatmung, da sie den oberen Thorax (1. und 2. Rippenpaar) heben und die Halswirbelsäule seitwärts neigen. Man unterscheidet von ventral nach dorsal: **M. scalenus anterior, M. scalenus medius, M. scalenus posterior**. In ca. einem Drittel der Fälle existiert auch ein M. scalenus minimus.

Zwischen dem M. scalenus anterior und dem M. scalenus medius befindet sich die **Scalenuslücke (auch „hintere Scalenuslücke“ genannt)**. Durch sie ziehen der Plexus brachialis und die Arteria subclavia.

Der **M. sternocleidomastoideus** entspringt am Sternum und der medialen Klavikula und setzt am Hinterhaupt (Prozessus mastoideus und Linea nuchae superior) an. Er dreht den Kopf zur anderen Seite,

neigt ihn zur gleichen Seite und kann als **Atemhilfsmuskel** tätig werden.

Der M. omohyoideus entspringt dem oberen Scapularand und setzt am Zungenbein an. Er spannt die Faszie und erweitert als Gefäßmuskel die V. jugularis interna. Die vorderen Äste (Rami ventrales) der Spinalnerven bilden in Höhe der Extremitäten Nervengeflechte (Plexus). Das Armgeflecht (Plexus brachialis) bildet sich aus den Ästen von C 4–Th 1.

- Über-Kopf-Arbeiten
- Lastentragen mit lokaler Kompression
- bestimmte berufliche und sportliche Belastungen (z. B. Anstreichen, Kraftsport, Rudern); Einblutungen mit Narbenstrangbildungen oder Muskelhypertrophien spielen hier eine Rolle

In diesen Fällen wirkt Distorsion oder Kompression auf die Hals-Schulter-Arm-Region ein.

! Ein bislang harmloser Verlauf kann sich perakut in ein Stadium entwickeln, das einen sofortigen gefäßchirurgischen Eingriff erfordert. Typische Alarmsymptome: starke, plötzliche Schmerzzunahme, sensible oder motorische Ausfälle, akute Blässe und Pulsabschwächung.

Symptome

Bestimmte **Symptome** (📄 **Tabelle**) weisen die Richtung und müssen bei der **Anamnese und klinischen Untersuchung** aufgespürt werden. Sogenannte **Provokationstests**, die rasch in der Praxis durchgeführt werden können, rufen die typischen Beschwerden bei bestimmten Bewegungsabläufen und Haltungen hervor (📄 **S. 7–8**).

Formen und Einteilung

Auf dem Weg zur Peripherie kreuzen der Plexus brachialis und die A. subclavia mögliche Engpässe. Dort kann es insbesondere bei anatomischen Varianten (fibrös, muskulär, skelettär, vaskulär) oder raumfordernden Prozessen (Tumoren, überschießende Kallusbildung, degenerative Wirbelveränderungen) zu Druckschädigungen kommen.

Da oftmals mehrere Anomalien an der neurovaskulären Kompression beteiligt sind und das klinische Bild dann keine sichere Differenzierung zulässt, hat sich zunächst der allgemeine Begriff TOS durchgesetzt. Die Einteilung in **Unterformen** erfolgt unter Angabe des Entstehungsorts bzw. Engpasses.

Es gibt unterschiedliche Testverfahren, die im Rahmen der klinischen Untersuchung durch das Auslösen von Symptomen die Diagnosefindung erleichtern (**Provokationstests**).

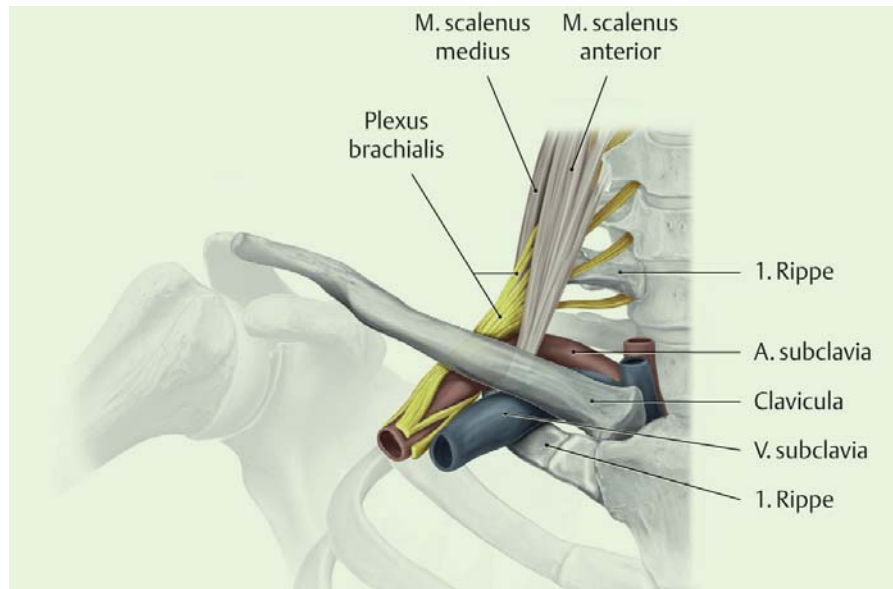


Abb. 2 Kostoklavikuläres Syndrom durch Kompression des Gefäß-Nerven-Strangs zwischen 1. Rippe und Klavikula. Quelle: aus [1]

Halsrippensyndrom

Die Halsrippe ist eine anatomische Variante am 7. Halswirbel, an dem sie – wie sonst nur an Brustwirbeln – seitlich gebildet wird. Die Häufigkeit liegt zwischen 0,2 und 2 % (meistens doppelseitige Anlage). Weniger als 10 % der Halsrippen werden symptomatisch. Außerdem korreliert die Rippengröße nicht mit den Beschwerden.

Sie kann als **verbreiteter Querfortsatz**, freier endender Rippenstummel oder unterschiedlich lange Rippe mit Kontakt zum Brustbein imponieren. Es gibt auch fibromuskuläre Verbindungen mit der Brustrippe. Die hier relevante Engstelle stellt das **Trigonum supraclaviculare majus** dar (vordere Begrenzung: M. sternocleidomastoideus; hintere Begrenzung: M. omohyoideus)

Tab. 1 Symptome bei TOS.

Art der Symptomatik	Charakteristik
lokal	Die Betroffenen klagen über spontan auftretende Schmerzen, auf Druck und Belastung. Oftmals können Muskelverspannungen an der seitlichen Halsregion palpieren und Schmerzen im Armplexus auf Druck ausgelöst werden. Eine ausgeprägte Halsrippe kann tastbar sein.
neurologisch	Es kann zu pseudoradikulär ausstrahlenden, oft ulnar und nächtlich betonten Schmerzen und Missempfindungen kommen sowie zu motorischen Ausfällen (Paresen), Muskelatrophien (besonders im Thenarbereich). Bei der seltenen hohen Plexusbeteiligung strahlen die Schmerzen in die seitliche Halsregion, die Kieferwinkel und den Hinterkopf aus. Der neurologische Status fällt entsprechend aus.
vegetativ-neurologisch	Bei vegetativ-neurologischen Symptomen kommt es zu Raynaud-Phänomenen (anfallsweiser Vasospasmus der Digitalarterien mit Abblassen einzelner Finger) und zu vermehrter Schweißabsonderung.
arteriell	Typische Symptome sind blasse, kühle Haut und schmerzhaftes Belastungsischämie des Armes. Mikroembolien aus einem poststenotischen Aneurysma der A. subclavia können Verschlüsse der A. brachialis, A. ulnaris und A. radialis zur Folge haben. Nicht selten zeigen sich digitale Arterienverschlüsse und punktförmige Hautnekrosen. Mitunter kann ein klavikuläres Strömungsgeräusch auskultiert werden.
venös	Schwellungszustände, vermehrte Venenzeichnung, Schwere- und Spannungsgefühl, zyanotische Verfärbungen (klinisches Vollbild bei Thrombose der V. subclavia = Paget-von-Schroetter-Syndrom)



Abb. 3 a (links) und 3 b (rechts) ADSON-Test: a) Ausgangsstellung; b) Patient rotiert und extendiert den Kopf zur betroffenen Seite. Quelle: aus [2]

Basis: Klavikula). In diesem Bereich können die A. subclavia und der untere Armplexus komprimiert werden.

Differenzialdiagnostisch zu erwägen sind:

- Läsionen des zervikalen Rückenmarks oder der Spinalnerven: z. B. durch degenerative Wirbelveränderungen, Bandscheibenvorfall
- Armplexusschäden anderer Genese: z. B. durch Pancoast-Tumor (in der Lungenspitze lokalisiertes Bronchialkarzinom), „Rucksacklähmung“ (obere Armplexuslähmung durch chronischen Druck beim Tragen schwerer Lasten)
- Neurologische Systemerkrankungen: z. B. Multiple Sklerose, neuralgische Schulteramyotrophie mit entzündlich-allergischer Affektion u. a. des oberen Armplexus
- Kompressionssyndrome der Armnerven: z. B. Karpaltunnelsyndrom, Pronator-Syndrom, Sulcus-Ulnaris-Syndrom
- Gefäßleiden: z. B. Thrombose der V. axillaris, Verschluss der A. brachialis, Raynaud-Phänomen

! Eine seltene Variante ist das Vorhandensein des M. supraclavicularis, der die Basis weiter verengt (röntgenologisch nicht darstellbar!).

Provokationstests

1. Beim AER-Test (Abduktions-Elevations-Rotations-Test) wird der Patient aufgefordert, den Kopf so weit wie möglich zur gesunden Seite zu drehen. Der Untersucher erfragt Schmerzen oder Gefühlsstörungen als neurologische Symptome und tastet den Puls des Patienten, um ggf. Seitendifferenzen festzustellen. Bei positivem Befund liegt der Verdacht nahe, dass der untere Plexus und evtl. die A. subclavia über dem „Hypomochlion Halsrippe“ durch die Drehung komprimiert werden.

2. ADSON-Test

Der Patient versucht mit dem am Thorax adduzierten Arm den Kopf überstreckt zur gesunden Seite zu drehen, während er tief einatmet. So können Sie erkennen, ob es zu einer weiteren Einengung der Skalenuslücke kommt.

Skalenussyndrom

Hier stellt die hintere Skalenuslücke den anatomischen Engpass für die A. subclavia und den Armplexus dar (vordere Begrenzung: M. scalenus anterior; hintere Begrenzung: M. scalenus medius, Basis: 1. Rippe). Die Verengung ergibt sich durch den **hypertrophierten Skalenusmuskel**, einen ver-

breiterten Ansatz des M. scalenus anterior an der 1. Rippe, oder den sog. M. scalenus minimus oder albus (Normvariante in Form eines fibromuskulären Stranges zwischen dem Querfortsatz des 7. Halswirbels und der 1. Rippe). Das Skalenussyndrom kann mit einer **Halsrippe** einhergehen.

Provokationstests

1. Beim AER-Test (Abduktions-Elevations-Rotations-Test) soll der Patient versuchen, im Sitzen die Abduktion des Armes bis zur Horizontalen und die maximale Außenrotation zu erreichen, sodass die Handinnenfläche nach oben zeigt (Abduktions-Elevations-Rotations-Test; AER-Test). Spürt der Patient bei einem Faustschluss ein Stauungsgefühl mit Hervortreten der Armvenen (venöse Kompression), eine schmerzhafte Abblassung der Finger (arterielle Kompression) oder Schmerzen/Dysästhesie (neuroonale Kompression), ist der Test positiv.

2. ADSON-Test

Der Patient versucht mit dem am Thorax adduziertem Arm, den Kopf überstreckt zur gesunden Seite zu drehen, während er tief einatmet.

Kostoklavikularsyndrom

Bei diesem Syndrom wird das **Gefäß-Nerven-Bündel** im Engpass zwischen dem Schlüsselbein und der 1. Rippe **komprimiert**. Der lateral liegende Armplexus ist hier weniger gefährdet als die A. und V. subclavia, insbesondere bei zusätzlichen Belastungsfaktoren (z. B. angeborener Defekt der Klavikula, Tumoren, posttraumatische überschießende klavikuläre Kallusbildung, Exostose der 1. Rippe). Begünstigend wirkt ein Absinken der Schlüsselbeine bei schwach ausgeprägter Muskulatur im Bereich des Schultergürtels. Öfter kommt es zu einer Thrombose der A. subclavia.

Provokationstests

1. Beim AER-Test (Abduktions-Elevations-Rotations-Test) hält der Patient den Arm lange Zeit nach unten sowie hinten und verschmälert sich der Spalt zwischen Klavikula und 1. Rippe, kann es zu einer Abschwächung des Radialis pulses und zu einer venösen Stauung kommen.

2. ADSON-Test

Der Patient versucht mit dem am Thorax adduziertem Arm, den Kopf überstreckt

Naturheilkundliche Therapien

- Ordnungstherapie
- Ernährungstherapie
- Phytotherapie
- Orthomolekulare Medizin
- Homöopathie
- Neuraltherapie
- Akupunktur

zur gesunden Seite zu drehen, während er tief einatmet.

Hyperabduktionssyndrom (= Korakopektorsyndrom)

Die Engstelle liegt zwischen dem Processus coracoideus und dem Ansatz des M. pectoralis minor, welcher lateral der Knochen-Knorpel-Grenze der 3.–5. Rippe entspringt.

Provokationstests

1. Beim AER-Test (Abduktions-Elevations-Rotations-Test) wird bei maximaler Elevation und Rückführung des Armes das Gefäß-Nerven-Bündel komprimiert und der Patient beklagt Schmerzen/Dysästhesien bis zu den ulnarseitigen Fingern. Gleichzeitig kann der Radialispuls abgeschwächt werden. Betroffene berichten oft von Brachialgien bei Schlafpositionen mit hyperelviertem Arm.

Diagnostik

Das TOS ist zunächst eine klinische Diagnose, da knöcherne Anomalien nicht immer relevant sind und fibromuskuläre Strukturen sich dem radiologischen Nachweis entziehen. Nerven- und gefäßbedingte Symptome können alleine, gleichzeitig oder nacheinander in verschiedenen Schweregraden auftreten. Daher ist die **Diagnosestellung oft schwierig** und erfordert viel Zeit. Gelangen Sie als Heilpraktiker zur Verdachtsdiagnose TOS, können folgende Erweiterungen der Diagnostik je nach Einzel-

fall sinnvoll sein. Dazu ist eine Konsultation von verschiedenen Fachärzten notwendig.

- Röntgen
- MRT/CT
- Doppler-Sonografie zur Gefäßdiagnostik
- Messung der Nervenleitgeschwindigkeit (N. ulnaris, N. medianus)
- Elektromyografie (EMG)

Therapiemöglichkeiten

Die **operative Dekompression** ist bei mechanischen neurovaskulären Irritationen mit hohem Leidensdruck, die konservativ nicht beherrschbar sind, indiziert. Eine absolute Indikation liegt bei drohenden irreversiblen neurovaskulären Komplikationen vor (Paresen, Ischämie).

Trotz der mechanischen Ursache sind oftmals eine konservative Behandlung und naturheilkundliche Begleittherapien (► **Kasten**) erfolgreich. Bis zu zwei Drittel der Fälle können auf diese Weise langfristig deutlich gebessert werden. Nicht selten liegt bei der Chronifizierung der Schmerzen eine psychische Begleitkomponente vor (insbesondere bei asthenisch-leptosomer Konstitution). In diesen Fällen ist bei der Indikationsstellung zur operativen Vorgehensweise Zurückhaltung geboten und eine **psychologische Begleittherapie** indiziert.

Konservative Behandlung

Die konservative Behandlung des TOS ist eine Domäne der **Physiotherapie**. Das wichtigste Therapieprinzip ist die **Stabilisierung des Schultergürtels bzw. Hal-tungsverbesserung** durch den Ausgleich von muskulären Dysbalancen im Rahmen von Krankengymnastik und medizinischer Trainingstherapie. Hierbei werden die verkürzten, tonischen Muskeln gedehnt und die phasischen, abgeschwächten Gegenspieler gekräftigt, um periphere Gelenke und Wirbelgelenke zu zentrieren. Eine vorsichtige manuelle Therapie (Traktion, Extension) unter Beachtung des Schmerzverhaltens ist empfehlenswert. Die Anwendung von speziellen **Schultergürtel-Orthe-**

sen bringt manchmal Linderung. **Schulen** Sie Ihre Patienten bez. der Haltung bei der Arbeit, beim Sport und im Schlaf!

Lokale Wärmebehandlung (Rotlicht, Kurzwellenbestrahlung, Heißluft, Fango) sorgt für eine Detonisierung des oftmals mitursächlichen Hartspanns. Eine osteopathische Basisbehandlung (viszeral, kraniosakral, faszial) baut Spannungen ab und unterstützt durch die Verbesserung der Selbstregulation die anderen Therapien. Spezielle Weichteiltechniken zum Abbau myofaszialer Triggerpunkte im Bereich der gesamten Hals-Schulter-Arm-Region sind oft sehr effektiv. Hier setzt auch die Wirkung der radialen und fokussierten Stoßwellentherapie an.

Dieser Artikel ist online zu finden unter: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1270406>



Verwendete Literatur

- [1] **Schünke M, Schulte E, Schumacher U.** Prometheus. LernAtlas der Anatomie. Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem. Abbildungen: Voll M, Wesker K. Stuttgart: Thieme; 2007
- [2] **Buckup K.** Klinische Tests an Knochen, Gelenken und Muskeln. Stuttgart: Thieme; 2008



Dr. med. Thorsten Rarreck
Hochstr. 19
45894 Gelsenkirchen

Dr. med. Thorsten Rarreck ist Facharzt für Orthopädie mit den Schwerpunkten Sportmedizin, Chirotherapie, Physikalische Therapie und Naturheilverfahren in eigener Praxis in Gelsenkirchen-Buer. Von 1998–2007 war er offizieller Vereinsarzt des Fußball-Bundesligisten FC Schalke 04.

E-Mail: dr.rarreck@t-online.de

Schröpfen, Akupunktur, Blutegel & Co.: Nackensteifigkeit und ihre naturheilkundlichen Behandlungsmöglichkeiten

Stress, langes Sitzen in falscher Körperhaltung vor dem PC, ein kalter Luftzug. Die Ursachen für Nackensteifigkeit sind ebenso vielfältig wie die Akupunkturkonzepte dagegen. Wichtig ist es jetzt, das aus Sicht der chinesischen Medizin zugrunde liegende Pathologiemuster zu differenzieren. Nur dann lassen sich die richtigen Akupunkturpunkte finden. Dr. med. Zheng Zhang stellt verschiedene Pathologiemuster und zugehörige Akupunkturkonzepte vor und zeigt, wie Sie diese erfolgversprechend mit der Moxa-, Schröpf- oder Blutegeltherapie kombinieren können.



Abb. 1 Nackensteifigkeit – ein Leiden vieler PC-Arbeiter. Foto: © PhotoDisk/Thieme Verlagsgruppe

Frau S. ist 33 Jahre, Buchhalterin und leidet seit 3 Jahren unter Nackensteifigkeit. Ihre Beschwerden treten meist **einseitig** auf und sind mit einer **Bewegungseinschränkung zur rechten Seite** hin verbunden. Die **Schmerzen** beschreibt Frau S. als **intensiv und ziehend**. Sie spürt die Schmerzen **häufig auch hinter den Augen und Schläfen** und rund um den Akupunkturpunkt G 20. Ihre Schmerzen treten **vermehrt nach Stresssituationen und bei Ärger** auf. Frau S. gibt zudem an, sehr **reizbar** zu sein und **schlecht zu schlafen**. Ihre Zungenränder sind rot, der Puls ist saitenförmig.

Nach ausführlicher Diagnostik und dem Ausschluss akuter Erkrankungen stelle ich bei Frau S. die Diagnose **Nackensteifigkeit bei aufsteigendem Leber-Yang, das den Gallenblasenmeridian attackiert**. Leber und Gallenblase gehören zum Holz-Element. Ein pathologischer Faktor wie Wind befällt leicht dieses Element. Deswegen treten die Schmerzen sehr akut auf und haben den Charakter des Windes. Die anderen Symptome passen zum Leber-Yang-Fülle-Muster. Bei der Behandlung ist es nun wichtig, die **Leber zu beruhigen und das rebellierende Leber-Yang zu unterdrücken**.

Funktionelles Problem oder ernste Erkrankung?

In der Medizin ist Nackensteifigkeit meist ein **Symptom schwerer Erkrankungen**, z. B. der Meningitis (☛ **Kasten**). Der Begriff wird oftmals jedoch von Menschen gebraucht, bei denen keine schwere Erkrankung, sondern eine **funktionelle Problematik** als Ursache zugrunde liegt. Man behandelt dann hauptsächlich die **funktionelle Nackensteifigkeit**.

Viele Patienten mit einem steifen Nacken klagen über eine **verminderte Rotationsfähigkeit bzw. Bewegungseinschränkung** des Kopfes. Manche von ihnen können den Kopf zwar drehen, aber nur unter **Schmerzen und extremer Kraftaufwendung**. Gerade nach langer Anspannung kann das Gefühl entstehen, dass der Nacken und die Halswirbelsäule „wie eingeroestet“ sind und dass im Verlauf des Trapezmuskels starke Anspannungen bestehen, die vom Hinterkopf bis hinab zu den Schultern reichen. Beim Nach-Vorne-Nehmen des Kopfes klagen auch viele Patienten

über **verminderte Beweglichkeit** und ein **Ziehen vom Hinterkopf bis zwischen die Schulterblätter**. Das ist der Bereich, in dem der M. trapezius und der tiefe Rückenstrecker verlaufen.

Hauptauslöser für die Nackensteifigkeit sind das lange Sitzen am Schreibtisch, Seelennöte, Stress und zu wenig Bewegung. Es

Folgende Erkrankungen sollten unbedingt ausgeschlossen werden

- Lyme-Borreliose
- Meningitis
- Tumoren (Cerebrum, Rückenmark)
- Bandscheibenvorfall
- Schultergelenkerkrankung
- Okklusionsstörung des Kiefers
- Erkrankungen der oberen Luftwege/Augen/Ohren
- vaskulär bedingte Migräne

reichen dann ein kalter Luftzug, eine falsche Bewegung oder ein unbequemes Kissen aus, und die Muskeln beginnen wie ein sich spannendes Seil an den Knochen zu ziehen und erstarren förmlich. Dieser **Hartspann** drückt nun auf die Nervenstrukturen und verursacht dadurch Schmerzen, der Körper reagiert mit Verspannungen. Die Schmerzen ziehen rund um Kopf und Schulter und können mitunter auch zu Kopfschmerzen, Atembeschwerden, Herzrasen und Schlafstörungen sowie unregelmäßigen und schmerzhaften Monatsblutungen führen.

Der Körper versucht nun, um den Schmerzen auszuweichen, die verspannten Muskeln möglichst wenig zu bewegen. Das Problem: Derartige Schonhaltungen führen zu einer mangelnden Durchblutung, was die Versorgung der Muskulatur mit Sauerstoff und Nährstoffen vermindert. Außerdem lagern sich dadurch Stoffwechselendprodukte in den Muskeln ab und fördern die schmerzhafte Reaktion.

Oftmals rufen Ängste oder Stress im Berufs- und Privatleben Nackenschmerzen hervor. Wer darunter leidet, jedoch das Problem nicht beseitigt, gerät in einen Teufelskreis aus Ursache und Wirkung. In diesem Fall sollten seelische und körperliche Belastungen dauerhaft abgebaut werden. Andernfalls können **chronische Nackenschmerzen** die Folge sein!

! Nackenschmerzen sind immer auch ein Signal! Der Körper rebelliert gegen unzumutbare Bedingungen und fordert mehr Aufmerksamkeit.

Speziell zur Behandlung von Schulter- und Nackenschmerzen haben sich in der Naturheilkunde Therapieformen wie **Akupunktur, Schröpfen, Moxatherapie** sowie **Blutegeltherapie** bewährt. Sie helfen, den Teufelskreis zu durchbrechen.

Akupunktur

Für die Akupunkturbehandlung gilt es, die richtige Auswahl und Kombination der Punkte sowie die geeignete Stichtechnik und richtige Dosierung zu finden. Unterschieden werden **kräftigende** (tonisierende) und **ausleitende** (sedierende) **Techniken**. Bei der Auswahl der Akupunkturpunkte wird neben dem aktuellen Krank-

heitsbild auch die **ursächliche Entstehungsweise einer Erkrankung** berücksichtigt. Darin unterscheidet sich die klassische Akupunktur von der rein symptomatisch orientierten Akupunktur.

Akute Nackenverspannungen

Akute Nackenschmerzen werden häufig ausgelöst durch den **äußeren pathogenen Faktor Wind-Kälte**. Hier wird die **sedierende Nadeltechnik** angewandt. Je nach Einschränkung der Bewegungen werden folgende Punkte kombiniert.

Einschränkung der Rotationsbewegung

Laterale Leitbahnachse/Shaoyang-Achse (3E/Gb):

- Ashi-Punkte „Drachen umzingeln“: Setzen von Akupunkturnadeln kreisrund um den Hauptschmerzpunkt
- Lokal-/Regionalpunkte: Gb 20, Gb 21, 3E 14, Du 14, Du 20
- Fernpunkte: Di 4, 3E 5, Ex-UE 8, Gb 34, Gb 39
- One-Point-Stimulation: Gb 34, Dü 3, Ex-UE 8

Einschränkung der Reklination/Inklinationsbewegungen

Dorsale Leitbahnachse/Taiyang-Achse (Dü/Bl):

- Ashi-Punkte „Drachen umzingeln“: Setzen von Akupunkturnadeln kreisrund um den Hauptschmerzpunkt
- Lokal-/Regionalpunkte: Bl 10, Bl 11, Bl 12, Gb 20, Gb 21, Du 14, Ex-B 2, Du 20, Bl 10, Gb 20
- Fernpunkte: Dü 3, Bl 60, Bl 40, Bl 62, Lu 7

Mögliche ventrale Beschwerdekomponente

Ventrale Leitbahnachse/Yangming-Achse (Di/Ma):

- Ashi-Punkte „Drachen umzingeln“: Setzen von Akupunkturnadeln kreisrund um den Hauptschmerzpunkt
- Lokal-/Regionalpunkte: Ma 11, Ma 12, Ma 13
- Fernpunkte: Di 4, Ma 36, Lu 7, Gb 34, Ex-UE 8
- One-Point-Stimulation: Gb 34, Dü 3, Ex-UE 8

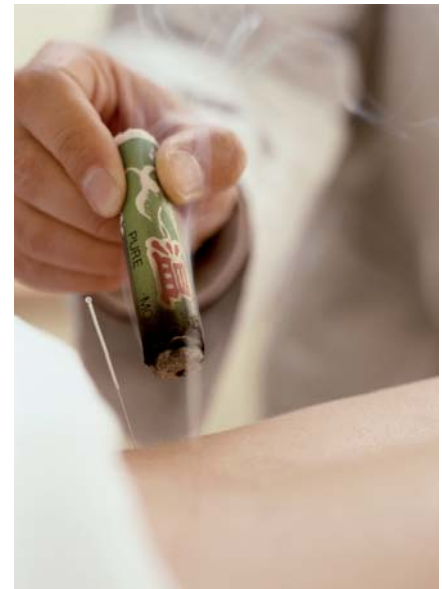


Abb. 2 Verschiedene Arten der Moxatherapie sind eine Wohltat bei Nackensteifigkeit. Foto: © PhotoDisk/Thieme Verlagsgruppe

Chronische Nackenverspannungen

Chronische Nackenschmerzen werden durch **Leber-Muster mit Leber-Qi-Stagnation, Emporsteigen von Leber-Yang und innerem Leber-Wind** verursacht. Hinzu kommen Blut-Störungen in Form von Leber-Blut-Stase und Leber-Blut-Mangel.

Punkte bei innerem Leber-Wind und aufsteigendem Leber-Yang:

- MP 6, Ni 3, Gb 20, Le 3, Le 8

Punkte bei Leber-Qi-Stagnation:

- He 7, Bl 18, Bl 19, Bl 42, KS 6, 3 E 6, Gb 34, Gb 40, Le 3, Le 14

Punkte bei Leber-Blut-Stase:

- Di 4 mit Le 3, MP 4 mit KS 6, MP 6, MP 10, Bl 15, Bl 17, Bl 18

Punkte bei Leber-Blut-Schwäche:

- Ma 36, MP 6, Bl 17, Bl 18, Bl 20, Bl 23, Le 3, Le 8, KG 4

Punkte bei psychovegetativer Störung:

- **He 7:** Erdpunkt der Herzleitbahn, bei psychosomatischen Störungen
- **Bl 15:** bei Kummer, Herz-Blut-Stase jeder Ursache
- **Ni 4:** bei depressiver Erschöpfung kombiniert mit He 5
- **Ni 6:** bei postmenopausaler Erschöpfung, bei Herz-Burnout
- **KS 7:** bei emotionalen Erkrankungen, entspannt Muskeln
- **KG 4/KG 17:** löst Stagnation im Thorax kombiniert mit KS 6



Abb. 3 Bei Nackensteifigkeit werden Blutegel im Bereich der schmerzhaften Muskelverspannungen aufgesetzt. Foto: © Biebertaler Blutegelzucht GmbH

Wie oft behandeln?

Bei **akuten Beschwerden** akupunktiert man 2- bis 3-mal pro Woche und belässt die Nadeln für ca. 20–30 min. Insgesamt sollten 10 Akupunktursitzungen (1 Behandlungsintervall) erfolgen. In der Regel reicht 1 Behandlungsintervall aus, wenn die Beschwerden nicht allzu stark ausgeprägt sind. Manche Patienten benötigen aber auch 2–3 Behandlungsintervalle.

Bei **chronischen Beschwerden** akupunktiert man den Patienten 1- bis 2-mal pro Woche und belässt die Nadeln etwa 20–30 min. Zunächst erfolgt auch hier 1 Behandlungsintervall. Je nachdem, wie sich die Symptomatik bessert, wird individuell entschieden, wie viele Behandlungsintervalle nötig sind.

Schröpfen

Das Ba-Guan-Fa-Schröpfen ist eine alte Technik der Reiztherapie, die im Westen wie auch in China in der Volksmedizin angewandt wird. Das Schröpfen regt das Immunsystem, den Stoffwechsel und den Lymphfluss an. Besonders hat sich diese Behandlungsmethode **bei Blut- und Qi-Stagnation** bewährt. Bei Nackenverspannungen, die häufig durch Qi- und Blut-Stagnationen hervorgerufen werden, ist Schröpfen eine wirksame Therapieform. Bei einer **Schröpftherapie im Rücken- und Schulterbereich** wird zudem über eine Freisetzung von Acetylcholin der Parasympathikus angeregt. Die erhöhte parasympathische Aktivität fördert Entspannung und Regeneration. Besonders bei sympathotonen Zuständen wie **Alltagsstress**

und **Spannungskopfschmerzen** kann das Schröpfen somit regulierend eingesetzt werden.

Trockenes Schröpfen

Das trockene Schröpfen entspricht einer **tonisierenden**, also im Sinne der TCM einer **energiezuführenden Maßnahme**. Es kommt unter dem Schröpfen zur einer raschen Schmerzlinderung, zudem werden funktionelle Organstörungen positiv beeinflusst. Die Schröpfköpfe werden **bilateral entlang des Blasenmeridians** im Bereich der schmerzhaften Muskelverspannungen, Myogelosen oder auch segmental zugeordneter Dermatome und Myotome aufgesetzt. Die Schröpfköpfe (Fa. DMC International Trading) werden 10–15 min belassen, die Hämatome danach mit einer den Lymphfluss fördernden Salbe bestreichen und anschließend verbunden.

Die **Schröpfmassage** ist eine Sonderform des trockenen Schröpfens. Sie hat sich gerade bei muskulären Verhärtungen paravertebral und im Bereich der Extremitäten bewährt. Bei **Nackensteifigkeit** werden v. a. **Blasenmeridian, Gallenblasenmeridian sowie 3-Fach-Erwärmermeridian im Nackenbereich** massiert. Das betroffene Hautareal reibt man dazu zunächst mit Massageöl ein, anschließend setzt man den Schröpfkopf auf und bewegt ihn unter leichtem Sog auf der Haut hin und her. In den behandelten Gebieten kommt es dabei rasch zu einer reflektorischen Hyperämie. Die Schröpfmassage sollte für den Patienten angenehm und entspannend, für den Therapeuten nicht zu schwer durchführbar sein. Bei Schmerzen oder schwerer Gängigkeit der Schröpfköpfe ist u. U. der Sog zu reduzieren.

Blutiges Schröpfen

Das blutige Schröpfen ist eine **sedierende**, also **energieableitende Maßnahme**. Sie ist indiziert bei **umschriebenen druckdolentem Gelosen der Muskulatur**, die oft mit **Fülleuständen** im Sinne der TCM einhergehen. Nach sorgfältiger Hautdesinfektion wird die Oberhaut in dem betroffenen Bereich mit einer sterilen Kanüle oder Hämolanzette mehrfach oberflächlich gestichelt. Es empfiehlt sich dabei, mit der freien Hand das zu punktierende Hautareal in Form eines „Wulstes“ zu fixieren. Setzt man anschließend die Schröpfköpfe auf, tritt an den Einstichstellen Blut aus, das

rasch gerinnt. Nach 10–15 min entfernt man die Schröpfköpfe und reinigt die Haut mit sterilen Kompressen. Die geschröpften Hautareale werden auch hier mit einer Lymphsalbe nachbehandelt und mit einem Kompressenverband versorgt.

! Die Aschi-Punkte sollten bei Nackensteifigkeit blutig geschröpft werden!

Wie oft behandeln?

Eine Therapiesitzung dauert etwa 10–20 min, je nach Größe des zu behandelnden Hautareals und angewandter Schröpftechnik. Entscheidend für den Zeitpunkt einer erneuten Behandlung ist das Abblassen der induzierten Hämatome, was 8–10 Tage dauern kann. Bevor eine Folgebehandlung durchgeführt wird, sollten die Hämatome vollständig verschwunden sein.

Moxatherapie

Die verschiedenen Arten der Moxatherapie (**! Kasten**) sind eine Wohltat bei Nackensteifigkeit: Die eindringende Wärme stärkt und bewegt das Qi, lindert Schmerzen, fördert Entspannung und leitet Kälte sowie Feuchtigkeit aus. Die Wirkung übersteigt die einer reinen Wärmeanwendung (z. B. Auflegen einer Wärmflasche) bei Weitem.

Wie oft behandeln?

Bei **akuten Beschwerden** ist es ratsam, 2- bis 3-mal pro Woche jeweils 5–10 min pro Akupunkturpunkt zu behandeln. In der **Regel werden 2–3 Punkte** für die Moxabehandlung ausgewählt (z. B. Ashi-Punkte und Xi-Punkte). Meist reicht 1 Behandlungsintervall bei nicht so starken Beschwerden aus. Manchmal sind aber auch 2–3 Behandlungsintervalle notwendig.

Bei **chronischen Beschwerden** ist es ratsam, 1- bis 2-mal pro Woche jeweils 5–10 min pro Akupunkturpunkt zu behandeln. Meist **werden ebenfalls 2–3 Punkte** (Tonisierungspunkte) ausgewählt. Zunächst erfolgt 1 Behandlungsintervall. Je nachdem, wie sich die Symptomatik bessert, wird individuell entschieden, wie viele Behandlungsintervalle noch nötig sind.

Blutegeltherapie

Bei der Behandlung mit Blutegeln (**! Abb. 3**) werden sowohl zu starke Blutfülle als auch Blutstauungen vermindert bzw.

ganz aufgehoben. Blutegel geben mit dem Biss das im Speichel enthaltene Hirudin und Histamin in die Bissstelle ab. Eine Behandlung hat daher **antiphlogistische, aber auch resolvierende, d. h. wiederverflüssigende, zerteilende Wirkungen**, was die Folgezustände von Entzündungen, wie chronische Gewebeverhärtungen, positiv beeinflusst. Auch die Fließeigenschaften des Blutes werden verbessert, und es lösen sich Krampf- und Schmerzzustände. Durch die Kombination dieser verschiedenen Wirkweisen werden Geweberegeneration und Heilung gefördert und die Heilungsdauer insgesamt verkürzt.

Bei Nackensteifigkeit werden die Blutegel **im Bereich der schmerzhaften Muskelverspannungen**, Myogelosen oder auch der segmental zugeordneten Dermatome und Myotome aufgesetzt. Im Nacken, am Hinterkopf sowie neben der Wirbelsäule sollten **zum Ansetzen der Blutegel die Stellen ausgesucht werden, die besonders verhärtet sind**. In der Regel können **bis zu 8 Blutegel** problemlos angesetzt werden, je nach individuellem Gesundheitszustand und Konstitution des Patienten. Bei chronischen Leiden sollte die Therapie mehrmals wiederholt werden, 1- bis 2-mal im Monat darf man sie wiederholen.

Akupunkturbehandlung allein hilft Frau S.

Bei Frau S. bringt die Akupunkturbehandlung allein schon Abhilfe. Bereits nach einem Behandlungsintervall leidet sie nur noch unter leichter Nackensteifigkeit, nach 2 weiteren ist die Nackensteifigkeit komplett verschwunden. Ich habe dazu die Ashi-Punkte, den Extra-Punkt Tai Yang sowie G 34 und G 21 genadelt, was zur Entspannung führt und den Qi-Stau im Meridian beseitigt. Die Nadelung der Punkte G 20, 3E 14, Di 4 und Le 3 bringt Frau S. ebenfalls Entspannung und „treibt Wind und Hitze aus dem Meridian“. Die Nadelung des Du 20 hat zusätzlich eine beruhigende Wirkung auf Frau S. und lenkt das Leber-Yang in absteigende Richtung. Ex-UE 8 zu nadeln löst besonders die Qi-Stagnation im Bereich der Nackens.

Zur Nachsorge empfehle ich Frau S. Entspannung, denn wie in mehr als der Hälfte aller Fälle von Nackenverspannung und -steifigkeit sind auch bei ihr Stress und Ärger die Auslöser. **Entspannungstherapien** wie Yoga, Feldenkrais und Autogenes Training helfen hierbei gut. Zusätzlich rate ich ihr, auf ihre **Körperhaltung zu achten** und vor dem PC nicht die Schultern nach oben zu ziehen.

Dieser Artikel ist online zu finden unter:
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1270411>

Weiterführende Literatur

- [1] Strich R, Rarreck T, Zhang Z. TCM in der Sportmedizin. Stuttgart: Haug; 2010



**Dr. med.
Zheng Zhang**
 Mechtildsstr. 13
 45327 Essen

Dr. Zheng Zhang hat ein Studium in chinesischer Heilkunde an der Universität für TCM und Arzneikunde in Shanghai absolviert. Sie ist Dozentin für Akupunktur an der Akademie für ärztliche Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe sowie an der Akademie für Akupunktur und TCM (AFAT) in Gelsenkirchen. Sie ist Mitglied im Bund Deutscher Heilpraktiker e.V. und hat eine eigene Praxis für TCM.

E-Mail: zheng.zhang@t-online.de

Verschiedene Moxa-Arten

Moxa-Zigarre: Hier erwärmt man die Haut mit einer glimmenden „Zigarre“ aus gerolltem Beifuß. Die Moxa-Zigarre sollte in einem Abstand von 1–2 cm über die zu erwärmende Stelle gehalten werden (▶ **Abb. 2., S. 9**).

Der Moxa-Kegel: Bei dieser Technik legt man eine frisch geschnittene Ingwerscheibe auf den zu erwärmenden Akupressurpunkt auf. Darauf setzt man anschließend einen Kegel aus Beifuß und brennt diesen ab.

Der Moxa-Kasten: In einem Holzkasten mit einem siebartigen Boden brennt man ca. 5 cm über der Haut den Beifuß ab. Es kommt dadurch zu einer großflächigen Erwärmung, z. B. im gesamten Kreuzbeinbereich.

Vier Fachleute – Vier Behandlungsstrategien Trigeminusneuralgie

TCM: Den Schmerz mit der Nadel behandeln



Die Trigeminusneuralgie kennzeichnen einseitige, heftige Schmerzattacken im Versorgungsgebiet der 3 Äste des Nervus trigeminus. Aus deren Verläufen lassen sich die betroffenen Leitbahnen und damit die entsprechenden Akupunkturpunkte ableiten. Die TCM unterscheidet folgende Ursachen: Wind-Kälte als äußerer pathogener

Faktor greift das Gesicht an; dies kann sich auch in Wind-Hitze wandeln. Des Weiteren kommen verschiedene Syndrome, z. B. Magen- und Leber-Feuer sowie ein Nieren-Yin-Mangel als Ursache infrage.

Punktauswahl nach Schmerzlokalisierung

Als Fernpunkt eignet sich zur Schmerzenbehandlung im Verlauf des 1. Astes 3E 5 sehr gut, zur Schmerzbehandlung im Verlauf des 2. Astes ist Di 4 ein guter Punkt. Ma 44 ist besonders gut geeignet für die Behandlung von Schmerzen im Verlauf des 3. Astes. Als lokale Punkte können Bl 2, Tai Yang, Ma 3, Ma 7 etc. dazu kontralateral sedierend genadelt werden. **Vorsicht: Es ist möglich, durch die Nadelung lokaler Punkte einen akuten Schmerzanfall auszulösen!**

Punktauswahl nach Syndrom-Muster

Wind-Kälte: Der Patient hat häufig eine Abneigung gegen Wind und Kälte, die Zunge ist meist unauffällig, der Puls ist gespannt. Das Behandlungsprinzip ist, Wind-Kälte auszuleiten, z. B. durch Nadelung folgender Punkte: Gb 20, 3E 5 und Di 4 oder Dü 3, Bl 12, Du Mai 16.

Magen- und Leber-Feuer: Die Hitzesymptomatik steht im Vordergrund, der Patient hat Durst, häufig kommt es zu starker Reizbarkeit. Die Zunge ist gerötet und hat einen dicken gelben Belag, der Puls ist schnell und saitenförmig. Das Behandlungsprinzip ist, die Hitze auszuleiten, z. B. durch Nadelung folgender Punkte: Le 2, Ma 41, Ma 44, Ma 45 und Gb 44.

Nieren-Yin Mangel: Der Patient zeigt eher Mangelsymptome wie Schwäche und leichte Schmerzen im unteren Rücken, er hat gerötete Wangen und schwitzt nachts. Die Zunge ist rot und hat keinen oder nur wenig Belag, der Puls ist schnell und dünn. Das Behandlungsprinzip ist, das Nieren-Yin zu nähren, z. B. durch Nadelung der Punkte Mi 6, Ni 3 und Bl 23.

Wie und wie oft behandeln?

Bei Fülle-Muster Wind-Kälte oder Magen- und Leber-Feuer werden alle Punkte sedierend genadelt. Zeigt der Patient einen Nieren-Yin-Mangel, werden alle Punkte tonisierend genadelt. Die Behandlung kann sich, je nach zugrundeliegendem Muster, über einen längeren Zeitraum erstrecken und sollte 2–3-mal wöchentlich erfolgen.

HP Rosemarie Heyny

Schafäckerweg 12, 69168 Wiesloch; E-Mail: tcm-praxis-heyny@gmx.de

Anthroposophie: Aufforderung zum Entspannen und Ausatmen



Aus Sicht der Anthroposophischen Medizin liegt der Trigeminusneuralgie ein gestörtes Verhältnis zwischen Empfindungs- und Lebensorganisation zugrunde. Der Seelenleib greift übermäßig stark in die Prozesse des Lebensleibs ein und „verhakt“ sich (sympathische Hyperreagibilität mit gleichzeitig verminderter Vagusausprägung). Dies

führt zu einer muskulären, vaskulären, neurologischen und emotionalen Grundtonuserhöhung: z. B. Spasmen in den Hohlorganen, Muskeln (Myogelosen u. ä.) und Gefäßen (Migräne etc.), erhöhter emotionaler Reizbarkeit und Angespanntsein sowie schmerzhaften Reizungen der Nerven. Diese spastische Diathese verstärkt die Auskühlung des Nervensystems, das oft durch rationelle-analytische Überforderungssituationen bereits per se stark unterkühlt ist; degenerative Veränderungen im Gewebe bilden sich. Therapieziel ist es, den Organismus zu entspannen und zu durchwärmen, in die Ausatmung zu geleiten und gezielt die angegriffene Nervenregion zu unterstützen: akut antiphlogistisch, chronisch anti-degenerativ.

Akutbehandlung

- Je 1 Amp. Nervus trigeminus GI (D 30–20) + Hypericum ex herba D 30 + Aconitum comp. (alle Fa. Wala), je 1–2-mal tgl. als Mischinjektion s. c. an Ma 3 und Ma 7 injizieren.
- 1 Amp. Chelidonium Ferro cultum Rh D 2 (Fa. Weleda) s. c. an Gb 20 injizieren
- Rhus toxicodendron comp. (Fa. Wala), 3–6-mal tgl. 5–10 Glob.
- Ceres Hypericum Ø (Fa. Ceres), 3 × 3–5 gtt in Wasser

Behandlung der chronischen Trigeminusneuralgie

- Je 1 Amp. Nervus trigeminus GI II (D 30–D 8) + Rhus toxicodendron comp. (beide Fa. Wala), je 1–2-mal wöchentlich als Mischinjektion s.c. an Ma 3 und Ma 7 injizieren
- 1 Amp. Chelidonium Ferro cultum Rh D 2 (Fa. Weleda), s.c. an Gb 20 injizieren
- Rhus toxicodendron comp. (Fa. Wala), 1 × tgl. 5–10 Glob.
- Nachbehandlung und Anfallsprophylaxe (z. B. Z.n. Durchnässung oder Unterkühlung): Solum Globuli velati (Fa. Wala), 2–3-mal 5–7 Glob. für 4–6 Wochen

Spasmolytisch-durchwärmende Begleittherapie

Aconit Schmerzöl (Fa. Wala) mit einigen Tropfen Ceres Hypericum Ø (Fa. Ceres) mehrmals tgl. in die betroffenen Hautareale einreiben. Kupfersalbe rot (Fa. Wala) 2–3-mal tgl. in den Nacken einreiben. Salutogenetisch-biografische Beratung zur Rezidiv-Vermeidung!

HP Natalie Rosenhauer-Epple

Katharinenstr. 2 ½, 86899 Landsberg

E-Mail: info@naturheilpraxis-rosenhauer.de

Die Behandlung unserer Patienten gestaltet sich individuell und ganzheitlich. Deshalb sind die vorgestellten Therapiestrategien unserer Praktiker selbstverständlich keine wahllos zu übernehmenden „Kochrezepte“, sondern vielmehr Anregungen aus dem großen Spektrum heilpraktischer Möglichkeiten. Profitieren Sie von den Erfahrungen Ihrer Kollegen – lassen Sie sich inspirieren für Ihre Praxis und Ihre Patienten!

Osteopathie: Reizung reduzieren, Ursachen beseitigen



Ziel der osteopathischen Behandlung ist es, die **Trigeminusreizung zu reduzieren bzw. zu beseitigen**. Die **Ursache** für eine Reizung kann **mechanisch** sein, z. B. Druck an den Durchtrittsstellen des Nervus trigeminus sowie Zug und Spannung im gesamten Durasack. Es kommen aber auch **neurologische Auslöser** infrage: Atlas

und Axis beeinflussen den Nucleus spinalis nervi trigemini, die Pars petrosa der Os temporale, das Ganglion trigeminale. Eine optimale Blutversorgung und Drainage des Trigeminus und der umgebenden Gewebe unterstützen das Abklingen entzündlicher Prozesse (Spannung in den Halsfaszien und thorakales Outlet).

Techniken und Behandlungsplan

Die Trigeminusneuralgie zeichnet sich i. d. R. durch **extreme Schmerzen** aus, schon eine leichte Berührung kann genügen, um sie auszulösen. **Das bedeutet: Techniken am Kopf oder Gesicht können zunächst nicht angewandt werden!** Der Fokus liegt bei **kranialen Techniken** auf der **Tide**, damit steigert man allgemein die Vitalität und dämpft das zentrale Nervensystem. Mit rhythmischen Mobilisationstechniken aus dem **General Osteopathic Treatment (GOT)** lockert man das verspannte Gewebe und regt den Parasympathikus an. Mit **faszialen Techniken** im Brustbereich öffnet man das Outlet, Wirbelblockaden können mit Sutherland-Techniken minimal invasiv gelöst werden.

Behandlung in der Akutphase

- Die Korrektur eines Beckenschiefstands oder einer Beckentorsion entlastet die Wirbelsäule und reduziert faszielle Spannungen
- GOT an der BWS, den Rippen und Schlüsselbeinen öffnet das thorakale Outlet und regt allgemein die Immunfunktion an
- Korrektur möglicher Wirbelblockaden
- Zwerchfell entspannen und balancieren
- Lösen der Fascia cervicalis und des Mediastinums mit fasziellen Release-Techniken fördert Blutversorgung und unterstützt Drainage
- Die kraniale Balance des Os sacrum reduziert Spannungen im Durasack und trägt zur Lösung von Läsionen der Synchondrosis sphenobasilaris bei.

In der Akutphase 2-mal wöchentlich behandeln, je ca. 20 min.

Nach Abklingen der akuten Neuralgie

Eine Befundung und eine Behandlung an Kopf und Gesicht sind jetzt möglich. Die Korrektur von Läsionen, insbesondere der Synchondrosis sphenobasilaris, des Occiput-Atlas-Axis, des Os temporale und der Kiefergelenke wirken einem Wiederauftreten entgegen.

HP Katja Forner, BSc Ost. (UK)
Gerberstr. 2–20, 44787 Bochum
E-Mail: info@forner-osteopathie.de

Spagyrik: Impulse geben, Körper, Geist & Seele harmonisieren



Eine Trigeminusneuralgie kann essenziell oder auch symptomatisch auftreten, z. B. bei Augenerkrankungen, Erkrankungen der Zähne, Kollagenosen, Stoffwechselerkrankungen, Intoxikation, Hirntumoren, Multiple Sklerose etc. Häufig entsteht sie auch infolge von Infektionen, die von psychischen Belastungen und Wetterempfindlichkeiten begleitet sind, z. B. gegenüber Kälte und Nässe. Ziel in der Behandlung ist es, Impulse zu vermitteln, die es dem Patienten ermöglichen, Körper, Geist und Seele wieder in Einklang zu bringen.

Die ganzheitliche Therapie der Spagyrik beachtet neben den organischen Erkrankungen auch die konstitutionellen Faktoren mit ihren individuellen Dispositionen und der möglichen Unfähigkeit eines Organs, Reize aufzunehmen und zu kompensieren. Sie berücksichtigt dabei auch besonders die psychische Komponente.

Behandlungsplan

- Solunat Nr. 4 (Cerebretik) (Fa. Soluna), 3 × tgl. ca. 5 Tr.: zur **Beruhigung des ZNS, gegen Krampfstöße sowie zur Rhythmisierung**
- Solunat Nr. 14 (Polypathik) (Fa. Soluna), 3 × tgl. 5–10 Tr.: **gegen seelisch-geistige Spannungen und Krampfstöße des ZNS**
- Solunat Nr. 28 (Ätherische Essenz I) (Fa. Soluna), äußerlich mehrmals tgl. in die betroffenen Stellen einreiben: **bei neuralgischen Schmerzzuständen, Kopfschmerzen, Ohrenscherzen, Sinusitis**
- Phylak PS 221 (Fa. Phylak), 3 × tgl. 12–15 Tr.: **bei Neuralgien und Nervenverletzung**
- Phylak PS 210.1 (Fa. Phylak), 3 × tgl. 12–15 Tr.: **zur Immunstimulation bei Krampfleiden**
- Pekana ADOL spag. Peka N (Fa. Pekana), bis zu 20 Tr. stündlich: **gegen Schmerzen und Neuralgien**
- Pekana FLAMYAR spag. N Salbe (Fa. Pekana), äußerlich mehrmals tgl. in die betroffenen Stellen einreiben: **gegen neuralgisch-rheumatische Entwicklungen (evtl. als Salbenlappen)**

Gesichtsneuralgien haben häufig einen **Leber-** (Wut) bzw. **Nierenbezug** (Angst, soziale Beziehungsebenen), daher sollten beide Organe in die Behandlung miteinbezogen sein. **Lebertherapie:** Solunat Nr. 8 (Hepatik) (Fa. Soluna), nachmittags und abends je ca. 10 Tr. **Nierentherapie:** Solunat Nr. 16 (Renalin) (Fa. Soluna), morgens und mittags ca. 10 Tr.

Blutegel unterstützen Heilungsprozess

Bei Bed. 1 Blutegel am Mastoid und 2 Blutegel im Schulter-Nackengebiet an Stellen ansetzen, die auf Gelosen hindeuten; evtl. nach 3 Monaten wiederholen.

HP Marie-Luise Plöger
Ellerweg 15, 33330 Gütersloh
E-Mail: ml@naturheilpraxis-ploeger.de

Geist und Seele

Lösungsfokussierte Therapie: Der Patient weiß selbst, was gut für ihn ist

Wie kann man als Therapeut Menschen mit Problemen bzw. psychischen Störungen dabei helfen Lösungen zu finden, um ein Leben zu führen, das erfüllender und gesünder ist? Die Lösungsfokussierte Therapie hat dafür gute Ansätze. Dipl.-Psychologe Frederic Linßen beschreibt in einer Kurzanleitung die lösungsfokussierte Gesprächsführung.

Die Frage, was in der Psychotherapie wirkt, beschäftigte seit den 1970er-Jahren das Therapeutenpaar Insoo Kim Berg und Steve de Shazer sowie ihre Kollegen vom BFTC (Brief Family Therapy Center) in Milwaukee/USA. In jahrelanger Entwicklungsarbeit, in der sie unzählige ihrer Therapiesitzungen untereinander beobachteten und ihr Vorgehen abänderten, entwickelten sie aus strategisch-systemischen und hypnotherapeutischen Konzepten einen ganz eigenen Therapieansatz. Er ist inzwischen als **Lösungsfokussierte (Kurzzeit-)Therapie (LFT)**, engl.: **solutionfocused [brief] therapy (SFT/SFBT)**, bekannt geworden. Im deutschen Sprachraum ist die LFT auch als lösungsorientierter bzw. systemisch-lösungsorientierter Ansatz bekannt. Bis zu ihrem Tod 2005 bzw. 2007 lehrten und verbreiteten Berg und de Shazer weltweit dieses Verfahren, das die **konstruktiven Lösungsideen und Ressourcen des Klienten fördert und in den Vordergrund stellt**.

Zum Einstieg ein kleines Experiment

Was ist und was kann lösungsfokussierte Therapie? Machen Sie mal ein Experiment und sagen Sie heute Abend zu Ihrem Part-



Abb. 1 Lösungsfokussierte Therapie – auch gute Fragen müssen zum richtigen Zeitpunkt gestellt werden. Foto: © Gerd Altmann/Pixelio

ner: „**Schatz, lass uns über unsere Probleme sprechen!**“ Morgen Abend jedoch sagen Sie: „**Schatz, lass uns doch mal darüber sprechen, wie wir unsere Beziehung in Zukunft gestalten wollen...**“

Während Sie beim ersten Experiment eher Ablehnung ernten werden, ist die Wahrscheinlichkeit für Kooperation und Interesse im zweiten Fall sicherlich größer. Wenn Sie mutig genug sind, die Experimente zu starten, werden Sie zudem feststellen, dass das erste eher ein unangenehmer Zeitvertreib ist und das zweite weitaus erquicklicher.

Gute Frage – aber falscher Zeitpunkt!

In der LFT werden eine Reihe von äußerst konstruktiven Gesprächsführungs- bzw. Fragetechniken eingesetzt. Sie stellen die

Entwicklungsziele und Fähigkeiten des Klienten in den Vordergrund und aktivieren ihn zu weiteren Veränderungen. Doch auch nützliche Fragen können zu ungünstigen Zeitpunkten gestellt werden: Ein Beispiel:

Therapeut: Guten Tag, schön, dass Sie zu mir gefunden haben! Was könnten Sie tun, damit es Ihnen wieder besser geht?

Klient: Keine Ahnung, ich dachte Sie sagen mir das!

Keine Frage: Die allermeisten Klienten überfordert diese Frage nach dem nächsten Veränderungsschritt als Einstieg in ein Erstgespräch. Auch wenn lösungsfokussierte Therapeuten sehr interessiert an konkreten, lösungsförderlichen Handlungsschritten sind, ist diese Frage sehr viel besser zum Ende einer Sitzung hin platziert.

! **Bevor man im therapeutischen Gespräch seinem Klienten die wichtige Frage nach den nächsten Schritten stellen kann, muss er dazu bereit, also vom Therapeuten vorbereitet worden sein.**

Zuhören, würdigen, anerkennen

Kein therapeutischer Prozess gelingt ohne empathisch-wertschätzendes Zuhören und authentisches Interesse am Menschen. Auch in der LFT ist das die Basis für eine gelingende Arbeit und eine vertrauensvolle (therapeutische) Beziehung. Klienten, die eine Psychotherapie machen, suchen neben **konkreten Anregungen** in erster Linie auch **Entlastung**. Und diese kann der Therapeut ihnen zuteilwerden lassen, indem er **aufmerksam, empathisch und aktiv zuhört**, was sein Gegenüber belastet – und **anerkennt und würdigt, was für den Klienten das Problematische ist**; beispielsweise mit einem Satz wie: „Verstehe! Puh – das klingt ganz schön belastend!“

In den meisten Fällen macht es Sinn, der Problembeschreibung ausreichend Raum zu geben, da das Erzählen einerseits entlastend wirkt und andererseits für den Beziehungsaufbau durchaus förderlich ist („er/sie versteht mich“). Beim Hören der Problemgeschichte interessieren den lösungsfokussierten Therapeuten aber weniger die Gründe und Ursachen für die Schwierigkeiten/Symptome, also wie alles anfang, sondern er hört der **Problemgeschichte mit seinen ausgeprägten Ressourcen-Ohren** zu.

Zuversicht steigern

Ein Übergang vom problemwürdigenden Zuhören zu einem Gespräch, das Ressourcen aktiviert und die Zuversicht fördert, ist in der Regel bereits im Erstgespräch anhand von Fragen möglich, **die eine veränderte Sicht auf das Problem und den Umgang des Klienten** ermöglichen.

Bewältigungsfragen

Um authentisch interessiert fragen zu können, wie ein Klient mit den Schwierigkeiten klar kommt, braucht es das Interesse an seinen Stärken und das Zutrauen, dass er, selbst wenn er sehr hoffnungslos ist, ein Mindestmaß an Kraft, Zielen und Zuversicht innehat. Beispielhafte Fragen wären:

„Wie schaffen Sie es ...

- das auszuhalten?
- damit umzugehen?
- all das zu bewältigen?
- (z. B.) dennoch aufzustehen und Ihren Kindern ein Frühstück zu machen?
- trotz alledem hierhin zu kommen?“

Ausnahmenfragen

Ein anderer gewinnbringender Weg, in seinem Gegenüber die Hoffnung zu steigern, ist es, nach Ausnahmen vom Problem zu fragen:

- „Wann gab es seit Auftreten der Probleme/Krankheit... Momente, in denen es etwas besser/leichter/erträglicher war?“
- Wann gab es in den letzten Tagen/ Wochen Momente (Stunden/ Minuten), in denen Sie weniger depressiv waren?“
- „Wann war das letzte Mal, an das Sie sich erinnern können, dass Sie dem Drang zu trinken widerstanden haben?“

Diese Fragen sind in gewisser Weise suggestiv. Sie implizieren, dass der Klient solche Momente kennt und dass er Ideen dazu hat und diese verbalisieren kann.

! **Ein lösungsfokussierter Therapeut muss lernen, seine Sprache als Hauptwerkzeug im therapeutischen Gespräch sehr sorgsam und gezielt einzusetzen – und zwar so, dass der Aufmerksamkeitsfokus des Klienten auf seine Stärken und Entwicklungswünsche bzw. -möglichkeiten gerichtet wird.**

Drei goldene Regeln, um Ausnahmen zu finden

1. **Stellen Sie offene Fragen** (Wann gab/gibt es Momente...?), **keine geschlossenen** (Gab es Momente...?)
2. **Fragen Sie nach einem großen Zeitraum** (Wann in den letzten 3 Jahren gab es Momente ...?)
3. **Fragen Sie nach kleinen Ausnahmen** (Wo war es ein klein wenig erträglicher?)

Kreativität anregen: Angenommen...nur mal angenommen...

Zentrales Anliegen in fast jedem lösungsfokussierten Gespräch ist es herauszufinden: **Was bzw. wohin möchte mein Klient?**

Auch hierzu eine kleine Regel: Fernziele und Wünsche sind meist leichter zu beschreiben als die kleinen nächsten, konkreten Lösungsschritte. Daher wird die Frage nach den nächsten Schritten („Was muss passieren/Was müssten Sie tun, damit ...?“) konstruktivere Antworten zutage fördern, wenn der Klient z. B. durch **Bewältigungs- und Ausnahmenfragen** entsprechend vorbereitet, d. h. zuversichtlicher gestimmt worden ist. Es sollte also zunächst nach den fernerliegenden, größeren Wünschen und Zielen gefragt und diese sollten erkundet werden. Hierzu eignet sich die sog. **Wunderfrage**.

Wunderfrage

Therapeut: „Ich habe eine ungewöhnliche Frage: Angenommen, nur einmal angenommen, wir beenden gleich die Sitzung, Sie gehen von hier weg und tun Dinge, die Sie heute noch vorhaben, (evtl. Beispiele nennen: Arbeit, TV, Haushalt etc.). Und es wird Abend, Sie werden müde, gehen zu Bett und schlafen ein. Und während Sie schlafen, geschieht ein Wunder!

Und nehmen wir einmal an, das Wunder ist, dass die Probleme, die Sie zu mir geführt haben, gelöst sind, verschwunden sind. Einfach so! Aber weil Sie schlafen, können Sie nicht wissen, dass ein Wunder geschehen ist. Woran werden Sie das Wunder morgen bemerken? Wie werden Sie entdecken, dass ein Wunder geschehen ist? Was wird das erste Zeichen sein, das Ihnen sagt: Hm, irgendetwas ist heute anders!“

[Der Therapeut wartet nun so lange, bis die erste Antwort kommt und fragt dann freundlich interessiert und hartnäckig weiter.]

Therapeut: „Woran noch? Woran noch würde XY als Erstes erkennen, dass ein Wunder geschehen ist? Woran noch? Und wie würde er/sie reagieren? Was wird anders sein, was wird dann möglich sein? Was werden Sie anderes denken, fühlen und tun, wenn das Wunder eingetreten ist?“

Mit diesen Fragen versucht der Therapeut, seinen Klienten in einen kreativen Gedankenspielraum zu führen, in dem er beginnt, sich seine bessere Zukunft vorzustellen. Der Idealfall: Der lösungsfokussierte Therapeut erforscht mit echtem Interesse so lange wie möglich die Gedanken seines Klienten für den Tag bzw. die Zeit nach dem Wunder, bis der Klient positiv „energetisiert“ und zuversichtlicher ist und in den Antworten kleine, möglichst konkrete Lösungsanteile vorkommen wie:

- „Ich würde ausgeschlafen aufwachen,
- dann würde ich mir ordentlich Zeit nehmen für mein Frühstück,
- dann würde ich laufen gehen
- und ich würde meinen Kindern sagen, dass ich sie liebe.
- Dann könnte ich zu meinem besten Freund auch mal ‚Nein‘ sagen!“

Skalierungsfragen

Wenn mit der Wunderfrage die Wünsche erkundet werden konnten, sollte zur Ziel- und Auftragsklärung im Anschluss erfragt werden, was im Gegensatz zum „Wunder“ ein **realistisches, konkret „messbares“, gutes Ergebnis der Therapie** sein könnte. Hierzu eignen sich die Skalierungsfragen. Ein Beispiel:

Therapeut: „Auf einer Skala von 0–10, wobei 0 der Zeitpunkt ist, als die Dinge in Ihrem Leben am schlimmsten waren, und 10 bedeutet, das Wunder ist eingetreten:

Ziele bitte, konkret

Im lösungsfokussierten Gespräch helfen Therapeuten ihren Klienten u. a., indem sie dabei unterstützen, realisierbare Ziele zu erarbeiten.

„Angenommen dieses Gespräch heute bringt Sie ein Stück weiter, ...

- Woran werden Sie das als Erstes bemerken? Woran noch?
- Wer sonst noch wird das bemerken? Wer noch?
- Wie wird er/sie darauf reagieren? Wie noch?
- Was wird dann morgen anders sein? Was noch?
- Was würden Sie im Anschluss an diesen Termin (anders) tun? Was noch?

Wo auf der Skala müssten Sie ankommen, damit Sie sagen können, Sie brauchen mich nicht mehr, Sie kommen von nun an ganz gut alleine weiter?“

Klient: „7“

Therapeut: „O.k., 7. Was von dem, was Sie mir eben auf meine Frage nach dem Wunder erzählt haben, wird bei 7 eingetreten sein, und was nicht? Was noch?“

Therapeut: „Auf einer Skala von 0–10, wobei 0 der Zeitpunkt ist, als die Dinge in Ihrem Leben am schlimmsten waren und 10 bedeutet, dass die Therapie erfolgreich war, Sie mich nicht mehr brauchen und Ihr Leben so läuft, wie Sie es sich wünschen: Wo befinden Sie sich heute auf dieser Skala?“

Klient: „3“

Therapeut: „O.k., gut. 3. Was macht es (schon) zu einer 3 und nur zu einer 2 oder 1? Was noch? O.k. und nur mal angenommen, Sie landen kommende Woche bei 3, 5 oder 4. Was glauben Sie/hoffen Sie, wird bei 3, 5 oder 4 anders sein als jetzt? Was wird in der Zwischenzeit passiert sein?“

Klient: „Ich werde einmal die Woche gejoggt haben.“



Skalierungsfragen lassen sich vorzüglich für die Konkretisierung der Ideen zu den nächsten Schritten am Ende eines jeden Gesprächs nutzen.

Abschlussrückmeldung

Zum Ende des lösungsfokussierten Gesprächs nimmt sich der Therapeut 5–10 Minuten, um das Gespräch anhand seiner Notizen noch einmal Revue passieren zu lassen. In dieser kurzen Pause formuliert er eine Rückmeldung an den Klienten, die neben authentischen Aussagen zur Problemwürdigung auch Komplimente und – wenn sinnvoll – eine **Aufgabe** umfasst. Diese Aufgabe ist kein Expertenratschlag des Therapeuten, sondern ergibt sich in aller Regel unmittelbar aus den Antworten des Klienten. Ein Beispiel:

Therapeut: „Ich glaube, ich habe eine Ahnung davon bekommen, wie belastend es für Sie sein muss, wenn... Daher finde ich es umso beachtlicher, dass Sie dennoch... Und weil das so ist, und Sie sich nichts mehr wünschen, als dass sich das ändert, möchte ich Ihnen folgendes Experiment mit auf den Weg geben: Von heute bis zum nächsten Termin möchte ich Sie bitten, sich

einen Tag auszusuchen, an dem Sie joggen gehen und dann genau beobachten, welchen Unterschied das macht. Sind Sie einverstanden? Möchten Sie wiederkommen?“

Diese Aufgabe ergab sich aus der vorangehenden Aussage des Klienten, woran er merken würde, auf seiner Skala nicht mehr auf 3 zu stehen, sondern bei 5 bzw. 4 angekommen zu sein.

Auf die Haltung kommt's an

Bislang sind v. a. einige Gesprächsführungstechniken beschrieben worden. Eine gelingende lösungsfokussierte Therapie kann jedoch nur mit entsprechenden zugrunde liegenden Haltungen durchgeführt werden:

- **Respekt vor der Kundigkeit meines Klienten:** Er ist Experte seines Lebens – **ich** weiß nicht besser als er, was gut für ihn ist. Daher **frage ich ihn**.
- **Unerschütterlicher Glaube an die Fähigkeit meines Klienten,** sich positiv zu entwickeln, Lösungen zu finden bzw. mit den Schwierigkeiten umgehen zu lernen.
- **Kooperation:** Klienten wünschen Veränderung und kooperieren immer und bestmöglich. Die Idee vom Widerstand gegenüber Veränderungen und der Suche danach sind für ein veränderungsorientiertes Gespräch nicht hilfreich.
- **Interesse an Positivem:** Traditionell interessieren sich Psychotherapeuten für alles, **was nicht funktioniert**. Lösungsfokussierte Therapeuten interessieren sich hingegen für alles, **was im Leben des Klienten funktioniert hat und funktionieren könnte**.

Was ist das Besondere an LFT?

Einzelne, vielleicht durchaus gewinnbringend eingebrachte, lösungsfokussierte Fragetechniken machen noch keine lösungsfokussierte Therapie aus. Die besondere Kunstfertigkeit liegt darin, die zentralen lösungsfokussierten Fragen so aneinanderzureihen und das Gespräch so aufzubauen, dass der Klient in eine **Lösungstrance** gelangt – also in einen Zustand, in dem er mental fast ausschließlich mit seinen Zielen, Wünschen, Stärken und Fähigkeiten beschäftigt ist und seine Probleme bzw. Belastungen und psychischen Symptome komplett in den Hintergrund getreten sind.

In diesem Zustand erhöhter Zuversicht ist die nötige Kreativität vorhanden, um die konkrete Lösungs- und Entwicklungsschritte sehen und gehen zu können.

Dieser Artikel ist online zu finden unter:

<http://dx.doi.org//10.1055/s-0031-1274904>



Weiterführende Literatur

- [1] **de Shazer S, Dolan Y.** Mehr als ein Wunder: Lösungsfokussierte Kurztherapie heute. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme; 2008
- [2] **de Jong P, Berg IK.** Lösungen (er)finden: Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie. 6. verb. u. erw. Aufl. Dortmund: Verlag Modernes Lernen; 2008
- [3] **Walter JL, Peller JE.** Lösungs-orientierte Kurztherapie: Ein Lehr- und Lernbuch. 6. unveränd. Aufl. Dortmund: Verlag Modernes Lernen; 2004
- [4] **Bamberger G.** Lösungsorientierte Beratung. 4. vollst. überarb. und erw. Aufl. Weinheim: Beltz; 2010



**Dipl.-Psych.
Frederic Linßen**
Turnerstr. 17
33602 Bielefeld

Dipl.-Psych. Frederic Linßen ist Berater, Coach, Supervisor und Trainer für lösungsfokussierte Kommunikation. Ausbildung in Psychotherapie (HPG), Weiterbildung in lösungsfokussierter Kommunikation (Milwaukee, USA). Mitbegründer und Geschäftsführer des ILK – Institut für lösungsfokussierte Kommunikation. Leitung der Weiterbildung lösungsfokussierte Beratung am ILK.

www.loesungsfokussiert.de

Für Sie entdeckt

Abenteuer Mensch: Dauerausstellung im Deutschen Hygienemuseum

Was Sie schon immer über Sex und das menschliche Leben und Sterben mit all seinen Facetten wissen wollten, finden Sie in der Dauerausstellung des Deutschen Hygienemuseums in Dresden. Die als Erlebnisreise konzipierte Ausstellung führt Sie zum eigenen Körper und seinen Gefühlen und Gedanken sowie zum eigentlichen Ich. DHZ-Redakteurin Christiane Thoms hat für Sie die 7 verschiedenen Themenräume als Abenteuerreise ausprobiert.

Ein mindestens seit 30 Jahren verheiratetes Paar – ich nenne sie Hans und Helga – betritt zögerlich die kleine Tanzarena. Sie entscheiden sich für die Rumba, setzen die Kopfhörer auf und warten auf den Start der Tanzanweisung. Die 7 Minuten sind schnell vorbei und die Rumba haben beide offensichtlich in dieser Zeit nicht gelernt, aber sie verlassen die kleine Tanzarena etwas heiterer und schwungvoller als sie diese betreten hatten.

Im Deutschen Hygienemuseum kann man nicht nur in 7 Minuten Tanzen lernen. Auf 2 500 Quadratmetern öffnet sich eine Welt des Wissens über den Menschen, seine Gesundheit und seinen Körper. Mit zahlreichen Mitmachelementen und Medienstationen können sich die Besucherinnen und Besucher aktiv mit 7 Ausstellungsthemen, die immer in der Alltagserfahrung verankert sind, beschäftigen: der gläserne Mensch, Leben und Sterben, Essen und Trinken, Sexualität, Erinnern – Denken – Lernen, Bewegung, Schönheit, Haut und Haar.

Anders als der Name es vermuten lässt, hat das Deutsche Hygienemuseum nichts mit Putzmitteln am Hut. Wie uns die Museumsführerin sofort versicherte, leitet sich der Name vielmehr aus der griechischen Mythologie ab, denn Hygia wurde als Göttin der Gesundheit sehr verehrt. Seit den 70er-Jahren dient das Museum der biologischen Aufklärung und Vorstellung neuer Erkenntnisse aus Forschung und Wissenschaft.

Von der Entstehung bis zum Tod

Vom großen Panoramafenster aus, wo sich die Gruppe aus 10 Teilnehmerinnen und Teilnehmern zur Museumsführung getroffen hat, betreten wir die Welt des Gläsernen Menschen. Es erwartet uns ein Raum, dessen Ausstellungsobjekte in die wissenschaftsgeschichtlichen Perspektiven mit den Methoden der Forschung einführen. Wir schreiten an alten Mikroskopen und Röntgenap-



Abb. 1 Die gläserne Frau, 1995. Foto: © Werner Lieberknecht/DHMD

paraten, Originalpräparaten von Körperteilen, Modellen aus Wachs und Gips sowie an Figuren aus Papier-Mache oder Holz vorbei. Die Museumsführerin erklärt das Wunder Mensch an der berühmten gläsernen Frau (▶ Abb. 1) und ihrer kompakt anmutenden Anatomie, die wir alle durch das spezielle Beleuchtungssystem selbst sichtbar werden lassen können. Hans und Helga, die hinter mir stehen, scheinen kein großes Interesse am Ausprobieren zu haben. Teilnahmslos folgt es mir im Gruppenschritt zur virtuellen Frau. Mithilfe der Computeranimation lässt sich hier



Abb. 2 Umfrageergebnisse zum Thema: Welche erotischen Spiele locken am meisten? Foto: © David Brandt/DHMD

der transparente Körper von der Konzertmeisterin der Dresdner Philharmoniker, Heike Janicke, in Bewegung betrachten. Während die ersten 20 Takte einer Bourrée aus der Partita I h-moll von J. S. Bach erklingen, sieht man mithilfe der Magnetresonanztomografie gleichzeitig die Aktivitätsmuster im Gehirn. Ich genieße die Musik und verweile so lange, bis ich das Lächeln der Violinistin trotz aller Transparenz noch zu sehen bekomme.

Im nächsten Raum ist es still und kühl, obwohl draußen annähernd 34 °C im Schatten gemessen werden. Unsere kleine Gruppe hört der Museumsführerin zu und schweigt als sie die Fragen an uns richtet: „Wissen Sie, wie eine Zelle entsteht?, Was sind Gesundheit und Krankheit?, Wann ist ein Mensch tot?“ Die Ausstellung führt zunächst in die Vorgänge im Zellinneren ein, die mit der Verschmelzung von Ei- und Spermazelle neues Leben entstehen lassen. Schwangerschaft und Geburt scheinen sowohl das junge Publikum als auch das ältere Ehepaar nicht sonderlich zu interessieren. Auch die Tatsache, dass die embryonale Entwicklung von Elefanten im Vergleich zum Menschen ganze 22 Monate dauert, lässt das Paar vor Verwunderung nicht näher zusammenrücken. Vielleicht lag das ja auch daran, dass wir inzwischen vor einem Schaukasten zu verschiedenen Infektionskrankheiten wie Ebola, Hepatitis, Malaria und Tuberkulose standen. Aufgrund der Fortschritte in der Medizin dringen Wissenschaftler immer tiefer in die molekularen Schichten vor, in denen der Mensch nur noch aus Buchstabensequenzen besteht. Diese Abstraktheit macht jede ethische Frage nach Beginn und Ende des Lebens etwas kompliziert. Mich interessieren zu diesem Thema am Bildschirm die Darstellungen verschiedener Religionen, wie sie mit dem Anfang und Ende der menschlichen Existenz umgehen und was Tod für sie bedeutet.

Obwohl dieses Thema nicht unbedingt Appetit gemacht hat, setzt sich unsere Gruppe in Bewegung Richtung Ausstellungsraum „Essen und Trinken“. Dieser Raum beschäftigt sich mit dem eigentlichen Vorgang des Essens, von der Verlockung durch Anblick und Aroma bis hin zur Verdauung in Mund, Magen und Darm. Hans und Helga sind etwas peinlich berührt, als die Museumsführerin das Verhältnis von Ernährung und Gesundheit erklärt. In den 20er-Jahren galt es, Mangelkrankheiten wie Rachitis und Skorbut zu überwinden, heute kämpfen wir gegen die Folgen von Übergewicht. Hier ist der interkulturelle Vergleich interessant mit welchen Speisen das Nahrungsbedürfnis weltweit befriedigt wird.

Sex lockt immer

Als sich unsere Gruppe in der Museumswelt der Sexualität wieder trifft, wird es kuschelig und warm, denn hier vertreiben sich die meisten Besucherinnen und Besucher die Zeit mit interessanten Neuigkeiten und alt Bekanntem. „Welches Gesicht finden Sie schön?“, fragt die Museumsführerin, während sie unsere Aufmerksamkeit auf die große Tafel mit den erleuchteten jungen Männerköpfen lenkt. Die meisten Frauen sind sich schnell einig: Die exakte Symmetrie des Gesichts ist der Grund dafür, dass alle außer mir den schwarzhaarigen und faltenlosen jungen Mann so attraktiv finden. Das oft beobachtete Phänomen, warum die Blicke der Männer zuerst auf Frauen mit einem Bambiegesicht und großen Augen fliegen, wird hier leider nicht näher erklärt. Vor diesem spannungsreichen Hintergrund bietet die Ausstellung klassische Sexuaufklärung vor allem für die jugendlichen Besucherinnen und Besucher des Museums. Sexuell übertragbare Erkrankungen



Abb. 3 Im Raum „Erinnern – Denken – Lernen“: Hier können alle die interaktiven Elemente ausprobieren, um Gedächtnisleistung und Aufmerksamkeitsfähigkeit zu testen. Foto: © David Brandt/DHMD

und besonders Aids sowie die Möglichkeiten und Risiken der Reproduktionsmedizin gehören hier zum Schwerpunkt, der Diskussionen und ethische Fragestellungen provoziert.

Die Museumsführerin gewährt uns eine extra halbe Stunde in diesen Sphären, um die Neugier und den Wissensdurst zu stillen. Der Geräuschpegel ist vergleichsweise hoch, denn alle haben etwas zu diesem Thema zu tuscheln. Auch Hans und Helga neben mir kann ich Gesprächsfetzen verstehen, als wir vor der Vitrine stehen und uns die neuen Umfrageergebnisse zu den beliebtesten Liebestellungen ansehen. Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Sex?, werden wir durch die Schautafel gefragt. Die Frau neben mir fängt an, ihren Mann am Hals zu kraulen, als wir gemeinsam lesen, dass 21,5 % der deutschen Bevölkerung 2 × pro Woche Sex hat. Es ist auffallend, dass sich an den großen und anschaulichen Vitrinen zu den Umfragewerten die meisten Menschen versammeln. Es scheint interessant zu erfahren, welche erotischen Spiele die Allgemeinheit locken. Ist es der Quickie im Fahrstuhl, Sex mit Unbekannten oder ist es das Zuschauen bei einer Orgie? Da das Licht etwas gedämpft ist, fallen die vielen manchmal doch im Lichtkegel erkennbaren erröteten Gesichter nicht so auf.

Im Zentrum des Ausstellungsraums ist eine Telefonzentrale aufgebaut, wo die Besucherinnen und Besucher gleich jeden Platz besetzen. Mit unterschiedlicher Gefühlsregung halten alle den Hörer fest ans Ohr und lassen die mit unterschiedlichen Stimmen gesprochenen Annoncen auf sich wirken. Es ist für jeden und jede etwas dabei: Mann sucht Frau, Frau sucht Mann, Mann sucht Mann, Frau sucht Frau, Liebesgedichte, Call-me-Angebote. Wenn Sie wissen möchten, wie der erste Sex von ausgewählten Jugendlichen war, können Sie an der riesigen Schautafel sehr unterschiedliche Empfindungen erkennen: „Ausbaufähig“, „Musste die ganze Zeit lachen und dachte, das soll's gewesen sein“ oder „Superaffentittenpoppengeil“. Dem gegenüber steht die Frage, ob die moderne Reproduktionsmedizin Sex mittlerweile überflüssig macht oder neue Freiheiten eröffnet. Besonders ältere Menschen zeigen sich im Raum über die vielen erwähnten und möglichen Formen der Elternschaft erstaunt. Auffallend ist die Leere vor der Schautafel zur embryonalen Geschlechtsentwicklung. Es wird nicht nur über die biologischen Tatsachen der menschlichen Fortpflanzung informiert, sondern auch die Gefühlswelt und gesellschaftliche Diskussionen aufgegriffen. Hier gibt es keine Tabus: sexueller Missbrauch,

Genitalverstümmelung und Transsexualität. Bei einem von 500 Kindern verläuft die Entwicklung zu Mann oder Frau nicht eindeutig. Aufgrund von Protesten haben sich erste Anzeichen für eine andere Praxis in der Geschlechtsfestlegung gezeigt. Es zeichnet sich heute eine Abkehr von der frühkindlichen Zwangszuweisung und den damit verbundenen medizinischen Eingriffen ab.

Mit Haut und Haar denken und bewegen

Der 5. Raum widmet sich den Erkenntnissen der Hirnforschung, die sich in den letzten Jahren zu einer Schlüsseldisziplin der Natur- und Geisteswissenschaften entwickelt hat. Die Neurowissenschaft liefert mithilfe bildgebender Verfahren faszinierende Einblicke in unser Denkkorgan. Zahlreiche interaktive Elemente erlauben es den Besucherinnen und Besuchern, ihre Gedächtnisleistung und Aufmerksamkeitsfähigkeit zu testen.

Im nächsten Raum wird klar, dass sich viele Bewegungen unabhängig von unserem Willen vollziehen. Bewegung dient aber auch der Kommunikation. So bittet uns die Museumsführerin, selbst das Tanzen auszuprobieren oder sich die unterschiedlichen Herzschläge eines Säuglings und eines Erwachsenen per Kopfhörer anzuhören.

Hans neben mir wischt sich den Schweiß von der erröteten Stirn und richtet sein Haar, denn der 7-minütige Tanzversuch mit Helga war anstrengend. Auf kaum etwas verwendet der Mensch soviel Aufmerksamkeit wie auf Haut und Haare, wie uns die Museumsführerin abschließend erklärte. Ein alter Mann unserer Gruppe erzählt mir, dass sein Großvater die vor uns stehende sogenannte Barttasse mit Randsteg noch kannte. Sie schützte im 19. Jahrhundert nicht nur den Schnurrbart, sondern sie verhinderte auch, dass der Kaffee nach Pomade schmeckte. Die prunkvolle, kosmetikhistorische Sammlung Schwarzkopf wird im letzten Raum aktuellen naturwissenschaftlichen Erläuterungen gegenübergestellt.

Die Museumsführerin entlässt uns nach 1,5 Stunden in die Welt des Menschen, die sie uns im Vorbeiflug schmackhaft gemacht hat. Zusammen mit Hans und Helga verlasse ich die Ausstellung und beobachte, dass beide Hand in Hand zur gerade ausgerufenen Führung in die Sonderausstellung „Glück – welches Glück“ hinüberstreben.

Christiane Thoms, Stuttgart

Deutsches Hygienemuseum

Lingnerplatz 1, 01069 Dresden
Tel.: 0351/48 46-400
E-Mail: service@dhmd.de
www.dhmd.de

Öffnungszeiten

Dienstag bis Sonntag, Feiertage: 10 bis 18 Uhr

Die Dauerausstellung ist barrierefrei, auch für Seh- und Hörgeschädigte konzipiert.

DHZ lesen lohnt sich!

Jetzt bestellen!
Tel. 0711/8931-321
www.haug-verlag.de



6-mal jährlich neue Impulse für Ihr Therapiespektrum

- **Fundiertes Wissen:** Gut strukturierte Fachbeiträge führen Sie in Diagnostik, verschiedene Verfahren und Methoden ein.
- **Großer Praxisteil:** Mit den besten Therapiestrategien und direkten Umsetzungsempfehlungen für die Praxis. Konkrete Tipps für den Umgang mit Ihren Patienten und Ihr Praxismanagement. Plus Rubrik „DHZ psych“ mit psychotherapeutischen Behandlungsansätzen.
- **HPA spezial:** Fit zur Prüfung – durch kompakte Lerneinheiten Anatomie, Paukhilfen und Prüfungsfragen. Ideal auch zur Wissensauffrischung.
- **News und Service kompakt:** Gesundheitspolitik, Forschung, Arzneimittel, Kongresstermine, Neues aus Verbänden – die wichtigsten Neuigkeiten für Sie zusammengestellt.
- **Magazinteil mit vielen Anregungen:** Empfehlenswerte Bücher, Filme, Rezepte und Reisetipps bis hin zu Interviews und Porträts interessanter Persönlichkeiten aus der Welt der Naturheilkunde.

Fortbildungspunkte sammeln

Mit der DHZ können Sie kostenlos Fortbildungspunkte sammeln. Die Verbände AGAHP, BDC, BDH und HPHO₃ erkennen diese für das Fortbildungszertifikat für Heilpraktiker an. Die Fortbildungspunkte können Sie sich auch als Nachweis für die kontinuierliche klinische Fortbildung anrechnen lassen, die für die Beibehaltung des Homöopathie-Zertifikates der SHZ notwendig ist.

In jeder Ausgabe finden Sie Lerneinheiten. Diese können Sie – auch unabhängig von der Zertifizierung – regelmäßig nutzen, um Ihre Lernerfolge zu überprüfen und zu dokumentieren.

Online-Archiv mit allen Ausgaben seit dem Start 2006

Profitieren Sie als Abonnent von unserem Online-Angebot. Unter www.thieme-connect.de/ejournals bieten wir Ihnen alle Fachartikel im Volltext mit komfortablen Recherchefunktionen, individuellen Suchprofilen und zuverlässiger Archivierung. Auf Wunsch erhalten Sie das Inhaltsverzeichnis jeder neuen Ausgabe kostenlos per Mail zugesandt.



Bestellen Sie sofort und sparen Sie 26,- Euro

Profitieren Sie von unserem Aktionspreis 2012 und bestellen Sie 6 Ausgaben (= 1 Jahr) der DHZ für günstige 32,- Euro! Oder testen Sie eine Ausgabe kostenlos. Entscheiden Sie erst dann, ob Sie die DHZ zum Jahres-Abopreis von 58,- Euro weiter beziehen.