

Strukturelle Zahnheilkunde

Eine Einführung in die Grundlagen und die Therapieansätze bei der Behandlung der kranio-mandibulären Störungen aus zahnärztlicher Sicht.

Zusammenfassung:

Die meisten Publikationen zu dem Thema „Kranio-mandibulären Dysfunktion“ (CMD) setzen beim Leser einen gewissen Ausbildungsstand sowie klinische Erfahrung voraus. Dies ist in vielen Fällen nicht angebracht, aus dem einfachen Grunde, weil viele Zahnärzte nicht die Erfahrung im Umgang mit Patienten haben, die eine Vielzahl von schweren Symptomen aus dem orofazialen und kranialen Bereich aufweisen. Leser ohne zahnärztlichen Hintergrund können oft nicht auf dem Laufenden sein über den zahnärztlichen Input auf strukturelle Störungen der Kiefer und des Kraniaums, sowohl aus ätiologischer als auch aus therapeutischer Sicht. Dieser Artikel soll das Informationsdefizit ausgleichen, und ist Vorläufer einer ganzen Reihe weiteren Publikationen über die Therapie der CMD mit der Zielgruppe Manualtherapeuten und Zahnärzten, die in dieser ganzheitlichen Orientierung erst am Anfang stehen.

1. Was ist strukturelle Zahnheilkunde?

Diese könnte man definieren als Heilkunde im Zusammenhang zwischen dem Zahn-, Mund-, Kieferbereich und dem übrigen Organismus, insbesondere dem Kraniaum, der Wirbelsäule und dem Beckengürtel.

Ziel ist es, Ungleichgewichte auf dieser Ebene zu identifizieren und zu beseitigen, in dem Bewusstsein, dass man durch eine Veränderung der Okklusion positive und negative Auswirkungen an einem anderen Punkt im Körper erreichen kann, und genauso umgekehrt.

Das ist der Grund, warum es für Zahnärzte so wichtig ist, eine Zusammenarbeit mit zahnbewussten Manualtherapeuten zu suchen, ob es nun Physiotherapeuten, Osteopathen oder Chiropraktiker sind, die im kranialen Bereich Erfahrung gesammelt haben.

2. Was sind die Zeichen die darauf hinweisen, dass wir diesen strukturellen Ansatz bei unseren CMD-Patienten berücksichtigen müssen?

Die Symptome einer CMD wurden zahnärztlicherseits schon immer gut erkannt und dokumentiert (Kopfschmerzen, Knacken und Schmerzen in den Kiefergelenke usw...). Aber die *Zeichen* müssen nicht immer so offenkundig sein, und sind sie nicht manchmal die Vorzeichen einer zukünftigen Dysfunktion? Sollen wir eigentlich klinische Zeichen behandeln die noch asymptomatisch sind? Normalerweise warten wir bei Kindern ja auch nicht lange, wenn absehbar ist, dass sich ein Fehlbiss entwickelt. Dort beginnen wir ja auch mit der kieferorthopädischen Behandlung vor Auftreten massiver Beschwerden, auf der Grundlage der klinischen Zeichen.

Was sind die häufigsten *zahnärztlichen Zeichen* im Zusammenhang einer CMD?

- a. Klasse II Fehlstellungen, insbesondere die Schmalkiefer (Innenrotation). Hier entsteht ein distalisierender Effekt auf den Unterkiefer, und die Kondylen werden distal in die Gelenkpfannen verlagert. Ein unterentwickeltes Os incisivum, Klasse II/2, führt auch zur Distalisierung der Mandibula, auch bei lateral normal entwickeltem Oberkiefer.
- b. Verschachtelungen sind durch eine Verkürzung der Kieferlänge verursacht, häufig bedingt durch eine kraniale Stauchung die das Kieferwachstum behindert.
- c. Tiefbiss und vertikaler Bisshöhenverlust distalisieren und komprimieren die Kiefergelenke. Dies kann zu Ohrsymptomen führen wie Tinnitus, Taubheit oder verstopfte Gehörgänge (Glue ear).

d. Seitlicher Kreuzbiss kann unilateral und bilateral sein. Dies sind in der Regel Akkomodationen des Unterkiefers zum Ausgleich von Malokklusionen bei Schmalkiefern. Ein echter unilateraler Kreuzbiss entsteht normalerweise durch eine asymmetrische kraniale Spannung. Wenn eine Malokklusion dem unilateralen Kreuzbisses zugrunde liegt, entstehen in aller Regel auch unilaterale Dysfunktionen der Kiefergelenke. Nach meiner Erfahrung bewirkt aber der echte, kranial bedingte Kreuzbiss selten Störungen im kranio-mandibulären System.

e. Okklusale Störungen wurden lange Zeit als eine wichtige Ursache für Störungen der Kiefergelenke verantwortlich gemacht. Die meisten unter uns haben durch Einschleifmassnahmen einen gewissen Erfolg bei diesen Patienten verzeichnen können. Aber meistens lagen die Probleme auf der muskulären Ebene oder waren durch Fascienzüge bedingt, im Sinne des „Myofascialen Schmerz- und Dysfunktions Syndroms“ kurz MPDS genannt (myofascial-pain-dysfunction syndrome).

Ausser bei dem oben genannten Punkt „e“, behandeln wir all diese Fehlstellungen bei Kindern, und wir nennen es Orthodontie. Es wäre aber korrekter, es Kieferorthopädie zu nennen, weil hier nicht nur Zähne sondern auch Kieferkämme und deren Beziehung zueinander verändert werden. Sehr wichtig sind in diesem Zusammenhang die Beziehungen zwischen den Zähnen und dem Kranium bei den Ätiologien der Malokklusionen.

Bei den Erwachsenen sehen wir die gleichen Probleme, seien es nun unbehandelte oder unvollständig therapierte Patienten mit Rezidiven. Zusätzlich sehen wir oft einen posterioren Stützzonen- sowie Knochenverlust mit den daraus resultierenden negativen Auswirkungen auf die intermaxillären Beziehungen.

Kinder und Erwachsene weisen häufig faziale als auch körperliche Asymetrien auf. Wie oft haben wir das Oberkiefermodell im Gesichtsbogen montiert und dabei festgestellt, dass dieses ausserhalb der Mitte liegt, gekippt oder rotiert erscheint, manchmal alles auf einmal? Hier kann man an der Genauigkeit bei der Gesichtsbogenübertragung zweifeln, oder man löst die eine oder andere Schraube, um das Modell wieder besser zentrieren zu können.

Tatsache ist aber, dass eine versetzte oder verzogene Maxilla vorliegt, bedingt durch einen cranialen Zug an dem Sphenoid und eine Involvierung des Craniums. Schaut man sich den Patienten genauer an, dann kann man effektiv feststellen dass die Maxilla ausserhalb der Mittellinie liegt. Vielleicht bemerkt man bei diesem Patienten auch dass das eine Auge grösser wirkt und höher liegt als das andere (Os sphenoidale). Schaut man etwas genauer hin, dann stellt man fest, dass das eine Ohr tiefer und mehr anterior liegt als das andere (Os occipitale und temporale). Gehen wir den Körper tiefer hinunter, kann eine eine Kopfvorhaltung vorliegen (C1, C2, C3), eine tiefe Schulter (C7, T1), ein gekipptes Becken oder eine lumbale Skoliose mit Rotation (L4,L5, Sakrum) und Beinlängendifferenz. Höchstwahrscheinlich finden wir hier auch eine chronische HWS- oder LWS-Problematik neben anderen Problemen. Wollen wir wirklich dieses Gebiss in der alten Bisslage rekonstruieren, wohlwissend dass hier die potentielle oder aktuelle Symptomatik fixiert wird?

OKKLUSION IST MEHR ALS DIE ZAHN ZU ZAHN BEZIEHUNG !

(Harold Gelb)

3. Wie geht man einen solchen Fall an?

Wenn ein neuer Patient mit defekten und gelockerten Zähnen zu uns kommt, dann schicken wir ihn zur Individualprophylaxe mit dem Vorsatz, nicht vorher mit der Behandlung einzelner Zähne anzufangen, bevor der Patient parodontal in Ordnung gebracht wurde. Genau so gehen wir mit den strukturellen Aspekten vor: es macht keinen Sinn die Zähne in einer Position zu fixieren, in der kraniale Verschiebungen sowie orthopädische Störungen vorliegen, die in diesem Zusammenhang stehen. Genau so wenig ist es ideal, die Okklusion in dieser pathologischen Position okklusal zu „äquilibrieren“.

Dokument erstellt durch Dr. Horst Kares

Web: <http://www.Dr-Kares.de>

Mail: Praxis@Dr-Kares.de

WIR SCHICKEN DEN PATIENTEN ALSO ZUM „BODY SHOP“

Nun hat der Physiotherapeut, Chiropraktiker oder Osteopath oftmals grosse Schwierigkeiten, den Patienten zu therapieren, wenn ein sehr ausgeprägter pathologischer okklusaler Input vorliegt (descendentes Problem), so dass eine Vorgehensweise im Team sich entwickeln muss. Dabei versorgt dann der Zahnarzt den Patienten mit unterschiedlich gearteten Aufbissbehelfen, während der „body worker“ den gesamten Patienten strukturell behandelt.

4. Das Kranium

Welche Rolle spielt hier das Kranium? Die meisten unter uns haben gelernt, dass die kranialen Suturen bald nach dem Schliessen der Fontanellen vollkommen ossifizieren, und dass sie anschliessend nie mehr einer Bewegung unterliegen. Unsere persönliche Erfahrung mit Knochensuturen reduziert sich wahrscheinlich auf Leichenpräparate, die weitestgehend ihres Wassergehaltes entzogen wurden. Diese Erkenntnisse aus der Anatomie haben unseren Glauben an die Rigidität der Suturen und die Unbeweglichkeit der Schädelknochen gestärkt. Wir und unsere Lehrer waren im Irrtum.

Um die Biomechanik und das Behandlungskonzept der Kraniomandibulären Dysfunktionen zu verstehen ist es wichtig, das Konzept der Beweglichkeit der Suturen zu akzeptieren und zu untersuchen; für die Kollegen unter uns, die damit Schwierigkeiten haben, soll hier nur in Erinnerung gebracht werden, dass die Zähne in den knöchernen Alveolen ja auch in ein mehr oder weniger elastisches Parodontium gebettet sind, welches ja bekannterweise auch alle Bewegungen erlaubt. Wenn wir akzeptieren können, dass die Fasern in den cranialen Suturen denen der Zahnalveolen histologisch sehr ähnlich sind, dann klingt die Theorie, dass die Schädelknochen untereinander beweglich sind, doch sehr einleuchtend.

Wenn man noch hinzu nimmt, dass der lebende, „feuchte“ Knochen einen gewissen Grad an Elastizität und Plastizität besitzt, dann wird dieses ganze Konzept noch glaubwürdiger und faszinierender. Auch muss man berücksichtigen, dass der Kieferknochen bei Zahnextraktionen Dank seiner Elastizität sehr stark verbogen wird, und auch beim Boxkampf die Gesichtsknochen einem enormen Druck standhalten müssen, ohne zu brechen. Untersuchungen an Fingerknochen am frischen Kadaver haben eine Biegefähigkeit von 16° nachweisen können, bevor ein Bruch eingetreten ist.

Die Flexibilität und Beweglichkeit der Schädelknochen dient nicht nur der Absorbition von Schlägen und Traumen, sie sind auch integraler Teil der rhythmischen Bewegungen, die durch die kraniosakrale Pumpe entstehen und die Liquor-Flüssigkeit durch das zentrale Nervensystem pumpt. Ohne diese regelmäßige Durchflutung würden wir sterben! Genannt wird dieser Kreislauf die „Primäre Atmung“. Diese beginnt lange vor der Geburt und endet 15 Minuten nach dem Tod.

Diese rhythmische Pumpbewegung findet 10-15 mal in der Minute statt. Dabei rotiert das Sakrum vor und zurück, während die Wirbelsäule flektiert und extendiert, das Kranium schmaler und länger (Extension) anschließend breiter und kürzer wird (Flexion). Bei diesen Bewegungen wird die membranöse Halterung des Gehirn und des Rückenmarks (Dura, Falx und Tentorium) an ihren knöchernen Fixpunkten an der Innenwand des Kraniums und des Sakrums zart gezwickt und gezogen, um dem Liquor cerebrospinalis eine Reinigung und Umspülung dieser Region zu ermöglichen.

Während die intraossäre Bewegung durch die natürliche Elastizität ermöglicht wird, sind die interossären Veränderungen das Ergebnis der vielfältigen Verbindungen in den verschiedenen Suturen, welche Dehnungen, Kompressionen und Verschiebungen ermöglichen. Die sphenobasiläre Synchondrose enthält Knorpelgewebe und ist in der Reihenfolge der Beweglichkeit das dritte Gelenk, nach dem Okziput und dem Kiefergelenk.

Dokument erstellt durch Dr. Horst Kares

Web: <http://www.Dr-Kares.de>

Mail: Praxis@Dr-Kares.de

Der Kraniosakrale Rhythmus kann nach einiger Übung leicht palpiert werden, am Sakrum und am Schädel. Wer diese Bewegung das erste Mal spürt wird sehr erstaunt sein.

„Die strukturelle Zahnheilkunde stellt einen fundamentalen Paradigmenwechsel für jeden Zahnarzt dar, insbesondere demjenigen der die Okklusion gründlich studiert hat.“

Stimson

Wenn der Pumpmechanismus beeinträchtigt wird durch Distorsionen, Spannungen oder Traumata der kranialen, spinalen oder Beckenstrukturen, dann kann der gesamte Körper in vielfältige Art und Weise darunter leiden. Diese Distorsionen kann man manchmal an der schlechten Haltung oder den fazialen Asymetrien erkennen.

Dysfunktionen des Kiefergelenks können durch Distorsionen der Schädelbasis und der Schläfenbeine verursacht werden, was zu einer Asynchronizität zwischen den beiden Kiefergelenken führen kann. Keine zahnärztliche Maßnahme kann diese Probleme lösen, bevor nicht die notwendigen kranialen Anpassungen zu einer Harmonisierung und einem Gleichgewicht geführt haben.

Der Kieferorthopäde Jim Jecmen ist der Meinung, dass jegliches Ungleichgewicht zwischen den Kiefern (Malokklusion) im Grunde genommen das mechanische Spiegelbild einer Störung im Cranium darstellt. Wenn dies der Fall ist (und ich glaube daran), dann wirft das ein gänzlich neues Licht auf die kieferorthopädische Therapieplanung. Ich habe feststellen können, dass eine Behandlung, bei der parallel kranial und kieferorthopädisch therapiert wird, viel schnellere und sichere Ergebnisse bringt, mit geringerer Rezidivgefahr. Wenn wir das Cranium behandeln, dann wird der gesamte Körper therapiert in seiner Balance und seinen vitalen Funktionen, und nicht nur auf den Bereich begrenzt, den wir im Auge hatten!

5. Wie funktionieren die okklusalen Aufbissbehelfe?

Es wurden schon viele Artikel und Bücher geschrieben, Studien und Kurse gehalten über dieses Thema, aber ich glaube, dass der Haupteffekt dieser Aufbissbehelfe in der Dekompression des Kiefergelenks liegt und in der Befreiung des Kraniums und der Muskulatur von den negativen okklusale Noxen.

Mein Therapiekonzept beruht darauf den Patienten nur wenige Stunden nach chiropraktischen Maßnahmen in der Praxis zu behandeln, weil dann kleine Veränderungen in der Okklusion einfach korrigiert werden können. Je weiter die Behandlung voranschreitet, desto ausgeglichener wird der Patient in seiner Statik, und desto geringer werden die notwendigen okklusalen Korrekturen nach manuellen Maßnahmen.

Der am häufigsten erwünschte Effekt dieser Aufbißschielen liegt in einer Verschiebung des Unterkiefers nach anterior und inferior. Dabei werden die Kondylen in ihrer Gelenkpfanne zentriert, so dass der Kopf des Kondylus mehr unter dem Discus articularis liegt und so das Knacken vermieden wird.

6. Wo liegt die gewünschte Unterkieferposition?

Idealerweise sollten die Zähne und der Unterkiefer folgendermaßen gelagert sein:

1. Die ersten Molaren in einer Angle Klasse I.
2. Horizontaler und vertikaler Überbiss in der Front sollten normal sein (maximal 20%).
3. Zentrierung zu den skelettalen Mittellinien.
4. Es darf kein posteriorer Kreuzbiss vorliegen.
5. Der Bezug zu einer horizontalen Maxilla soll gewährleistet sein.
6. Das Os incisivum sollte voll ausgeformt sein

7. Das Profil sollte gerade sein.
8. Die hinteren Zähne müssen in gleichmäßigem Kontakt bei zentrischer Okklusion sein.
9. Es sollte eine wirksame Eckzahn- und Frontzahnführung vorliegen.

Plane Aufbissbehelfe (nach Tanner) haben nur den Effekt, die vertikale Dimension und eine ideale Front-Eckzahnführung herzustellen, können aber den Unterkiefer nicht in eine neue definierte Bißstellung bringen. Der primäre Effekt liegt in einer Relaxation der Muskulatur durch Löschen des pathologischen Okklusionsmusters. Diese höchst effektive Therapie ist allerdings nur angebracht, wenn sie den Erfordernissen der Diagnose entspricht.

Vorausgesetzt, dass hier keine degenerativen Störungen im Gelenk vorliegen (auch dass die Diskus/Kondylus-Beziehung anatomisch und funktionell intakt ist), würde diese Diagnose wahrscheinlich heißen: „Myofaszielles Schmerzsyndrom“ (myofascial pain dysfunction, MPDS).

MPDS ist eine Erkrankung der Weichgewebe, insbesondere der Muskulatur, und keine Pathologie der Kiefergelenke, obwohl sich eine solche entwickeln kann, wenn nicht rechtzeitig diagnostiziert und therapiert wird.

Trotzdem liegt in der Anwendung dieser planen Aufbissbehelfe ein gewisses Risiko, wie Brendan Stack es formuliert hat: unerbittlich ist er der Meinung, dass, wenn dieses Gerät bei einem reziproken Knacken angewendet wird, es innerhalb kürzester Zeit eine Kieferklemme verursachen kann, und zwar durch eine Dislozierung des Diskus. Dies wird bedingt durch die flache Oberfläche der Schiene, die es erlaubt, den Kondylus nach posterior zu plazieren und so den Diskus vollkommen nach anterior verlagert. Da ein posterior verlagertes Kondylus die Hauptursache für das reziproke Knacken darstellt, sollte jegliche Distalisierung unter allen Umständen vermieden werden. Ganz im Gegensatz dazu sollte die Therapie das Gelenkköpfchen nach anterior und inferior bringen. Die Tanner-Schiene ist sehr effektiv bei Kopfschmerzen, aber sehr gefährlich bei Gelenkknacken!

7. Aufbißschienen und Gelenkchirurgie

‘Der häufigste Vorwurf bei den Repositionierungs-Schienen (insbesondere der Aufbißschienen nach Gelb) ist, dass sie einen (iatrogenen) posterior offenen Biss produzieren’.

Schauen wir uns diesen Vorwurf doch etwas näher an:

1. Das Statement, dass dann ein posterior offener Biss entsteht, ist vollkommen richtig.
2. Dies ist aber keine Kritik, sondern eine Tatsache denn:
3. Wenn der Kondylus anterior bewegt wird, dann liegt er automatisch auch inferior. Dies wird unausweichlich die Zähne auseinander bringen. Der Grad der Öffnung wird bestimmt durch den Weg den der Kondylus an der Eminentia entlang gleitet. Das hat nichts mit Intrusion zu tun, sondern ist reine Gelenkmechanik.
4. Aus technischem Gesichtspunkt ist es iatrogen, weil wir es verursacht haben, und in diesem Sinne ist es unerwünscht. Aber es ist notwendig um das System wieder auszugleichen. Die richtige vertikale Dimension und die skelettale Mitte wieder zu erreichen ist sehr viel wichtiger.
5. Dies ist genau, was wir erreichen wollen wenn Kieferorthopädie durchgeführt wird, indem wir den tiefen Biss mit dem Bionator oder dem Twin Block behandeln.
6. Jeder Kieferorthopäde sollte solche Abstände im posterioren Bereich schließen können.
7. Dieser Bißhöhenverlust posterior hat verschiedene Ursachen
 - a. Intrusion der Molaren insbesondere bei „close locked“ Kiefergelenken und hypertoner Muskulatur
 - b. Protrusion des gesamten Os temporale inklusive Fossa.
 - c. Remodellierung der Fossa und/oder Formveränderung des Gelenkkopfes.

Kieferchirurgen übersehen manchmal dieses Phänomen, wenn sie operativ den Diskus über dem Kondylus reponieren, mit Ligaturen fixieren und das retrodiskale Ligament kürzen oder falten. Diese

Dokument erstellt durch Dr. Horst Kares

Web: <http://www.Dr-Kares.de>

Mail: Praxis@Dr-Kares.de

Prozedur verändert unausweichlich die vertikale Dimension des Gelenkspaltes um bis zu drei Millimeter. Auch hier wird der Kondylus anterior und inferior translatiert und bewirkt einen leicht offenen Biss.

Wenn dieser interokklusale Spielraum nicht mit einem Kunststoffüberzug erhalten bleibt, dann wird der erste kräftige Zahnschluß die so sorgfältig hergestellte Rehabilitation zerquetschen und zerstören. Kein Wunder, dass diese Prozedur solch eine geringe Erfolgsrate hat.

Es gibt allerdings einige Kieferchirurgen in den USA, die Kunststoffschienen vor und nach den Operationen anwenden, und ein englischer Chirurg hat diese Technik auch dort gelernt. Bis zum jetzigen Zeitpunkt hat er mit Erfolg über ein Dutzend Gelenke operiert. Das ist eine gute Nachricht für all die wenigen unglücklichen Patienten, die auf eine konservative Techniken nicht angesprochen haben.

8. Der adaptative Spielraum

Das Konzept, dass unsere Resistenz gegenüber Stress und Krankheiten Stand zu halten einem dauernden Wandel unterliegt, wurde das erste Mal von Hans Selye in seinem Werk über das „Allgemeine Adaptations Syndrom“ beschrieben. Er bemerkte, dass wenn eine Gruppe von Personen dem gleichen pathologischen Agens ausgesetzt werden, nur ein gewisser Anteil dieser Testpersonen Symptome entwickeln wird. Seine Erklärung hierfür war, dass unser Abwehrverhalten direkt von dem Zustand unseres Immunsystems abhängt.

Dies erklärt, warum wir jeden Tag Patienten sehen mit den gleichen Krankheitszeichen, aber höchst unterschiedlichen Schweregraden. Wir haben hier auch eine Erklärung, warum nicht jeder HIV-Positive Patient Aids entwickelt, und warum manche Patienten eine Zahnbehandlung gut überstehen, andere damit ihre Probleme haben. Pathologie und Symptomatologie stehen nicht unbedingt in Korrelation zueinander, ganz im Gegensatz zu den herkömmlichen geltenden medizinischen und pharmazeutischen Auffassungen.

Was die Dysfunktions-Patienten betrifft, so sollte man sich immer im Klaren sein, dass die Patienten auf unsere Therapien auf oft vielfältige Art und Weise reagieren können. Dies ist der Grund, warum wir nicht sofort enttäuscht sein sollten, wenn die Dinge nicht immer so laufen, wie wir es erwartet hätten. Auch müssen wir davon ausgehen, dass die Kraniosakraltherapie nicht immer einfach funktionieren muss.

Die Mitgliedschaft in einer Vereinigung wie der unseren (Cranio Group) ist deshalb so wichtig, damit die nötige Unterstützung und Information den Behandler erreichen kann, so dass wir dauerhaft diesen schwierigen und doch so faszinierenden Patienten helfen können.

Fußnote: Der Meersemann-Test:

Wer hier noch Zweifel hat an den strukturellen Verbindungen zwischen den Zähnen und dem übrigen Organismus, der sollte einen einfachen Test versuchen. Entwickelt wurde er von dem schweizer Chiropraktiker Meersemann, der einfach in der Lage sein wollte, zwischen descendenten (kranial und okklusal nach unten) und ascendenten (Füße und Becken nach oben) Läsionsketten zu entscheiden.

1. Zuerst sollte man einen Patienten herausuchen der eine ausgeprägt Beilängendifferenz aufweist (2-3 cm sind nicht unüblich).
2. In Rückenlage auf einer Massageliege die Beinlängendifferenz messen.
3. Hinsetzen lassen und beidseits Watterollen zwischen den Zähnen plazieren.
4. Dann soll der Patient einige Zeit mit den Watterollen herumlaufen und darauf herumkauen.
5. Anschliessend nochmals hinlegen lassen und die Beinlänge überprüfen.

Dokument erstellt durch Dr. Horst Kares

Web: <http://www.Dr-Kares.de>

Mail: Praxis@Dr-Kares.de

Liegt hier ein descendentes Problem vor, dann hat eine Neutralisierung der Okklusion dem Becken erlaubt sich wieder zu äquilibrieren, und oft sehen wir eine Reduzierung oder ein Verschwinden der Beinlängendifferenz.

Wenn keine Veränderung aufgetreten ist, dann liegt hier ein ascendentes Problem vor, oder der Patient hat ein anatomisch kürzeres Bein, was sehr selten ist.

Wenn Sie als Patient jetzt eine neue Okklusion oder einen neuen Zahnersatz bekommen sollten, hätten sie diesen lieber auf einem ausgeglichenen, horizontalen Becken, oder auf einem gekippten?

Dr. Noel Stimson (Übersetzung von Dr. Horst Kares)

CRANIO - THE JOURNAL OF THE CRANIO GROUP AND THE SOCIETY FOR THE STUDY OF CRANIOMANDIBULAR DISORDERS; Vol.7, Nr.1, February 1998.

Dokument erstellt durch Dr. Horst Kares

Web: <http://www.Dr-Kares.de>

Mail: Praxis@Dr-Kares.de

Doctor Noel Stimson
Hapgood House
Station Road
Bembridge
Isle of Wight PO 35 5NN
Fax: 01983- 875194

6.4.98

Dear Doctor,

I congratulate you for continuing your project „Cranio“.

I write you to ask, if I can translate and publish you article about „Structural Denstistry“ in our ICCMO-Germany Newsletter : „ICCMO-Brief“.

I am Vice-President of the german section of ICCMO-International, and we are very interested about your publications. I also teach Homoeopathie for Dentists and Craniosacral Therapy, so that our interests a quite similar.

If you are interested , I could easily send you one of our revues.

Thank you very much for your answer!

Sincerely,

Dr. Horst Kares
Grumbachtalweg 9
66121 Saarbrücken
Tel: 00-49-681-894017
Fax: 00-49-681-897595