

## Funktionelle Osteopathie bei Patientin mit Kopfschmerz, Schwindel und Übelkeit



### Alfred Stollenwerk

- Studium an der RWTH in Aachen (KG/Psychologie)
- dann Wechsel zur HP-Ausbildung 1984
  - einjährige HP-Assistenz in Siegen, Fokus Homöopathie 1985
  - einjähriger Homöopathischer Studienaufenthalt in Paris 1985–1986
  - Seit 1987 Heilpraktiker mit eigener Praxis in Hamburg, Bis 1992 Schwerpunkt: Klassische Homöopathie 1988–1993
  - Ausbildung zum Osteopathen plus Craniosacrales Tutorium im Milne Institute 1994–1996
  - Osteopathische Lehrassistentin in Hamburg 1996–2001
  - Lehrtätigkeit als Dozent für das Milne Institut, 1999–2001
  - Umzug in die USA 2001
  - Gründung der cura-Akademie 2001–2019
  - Leitung der cura-Akademie mit Sitz in Berlin, Lehrtätigkeit in D und der CH in allen Bereichen (craniosacral, viszeral, parietal, perinatal (Kinder-Osteopathie))
  - Unterrichts-Kooperation mit der NATURA-Akademie seit 2018

### Praxisbeispiel

Als Heilpraktiker begegnen uns Patienten mit unterschiedlichster, manchmal auch rätselhafter Genese ihrer Beschwerden. Symptome bei der einen Patientin, die eher mit ihrer Lebensführung und beruflichen Belastung zusammenhängen, sind beim nächsten Patienten eher über Unverträglichkeiten oder unphysiologische Spannungszüge verursacht. Die Modalitäten führen uns dann hoffentlich zu einer präzisen und individualisierten Befundung, die bei homöopathisch tätigen HeilpraktikerInnen zur wahlentscheidenden Repertorisation und zur endgültigen Mittelfindung führt.



Foto:  
by\_A. Stollenwerk

In der Osteopathie entspricht dem die palpierende Befundung mit „lauschenden“ Händen. Was der HomöopathIn eine mehrfach dreiwertige Entsprechung von zentralen Leitsymptomen mit dem Mittelbild einer konstitutionellen Arznei bedeutet, zeigt der OsteopathIn eine auffällige Bewegung der Patientin, eine kaum spürbare Gewebebesonderheit oder z.B. eine Besonderheit im Rhythmus der cranialen Welle derselben PatientIn.

Beide – Homöopathin wie OsteopathIn führen zunächst ein gründliches Anamnese-Gespräch und eine ebenso gründliche körperliche Untersuchung durch. So kommen wir langsam der geeigneten Therapie näher. Meist ist es die Gesamtheit der Symptome, die uns zu einer Gesamtdiagnose führt, manchmal täuscht die Gesamtheit aber auch eine Indikation vor, so wie im aufgeführten Patientenbeispiel; nun muss jedes Einzelsymptom für sich näher beleuchtet werden.

Eine spezielle Form der Annäherung an die Patienten – gerade auch für uns HeilpraktikerInnen, die immer von uns ernst genommen werden sollte, ist der allererste unbestimmte Eindruck – eine kaum erklärbare Assoziation, man möchte fast sagen: eine Inspiration, die sich trotz ihrer scheinbaren Subjektivität später mit den klinischen Zusammenhängen verknüpft und deckt. Mein früherer Lehrer nannte sie die „verdeckte Wahrnehmung“.

Zur Orientierung: während der Darlegung unseres **Praxisbeispiels** sollen **zunächst ein paar allgemeine Hinweise** zu Entstehungsmechanismen und Behandlungsansätzen von Spannungskopfschmerz und Schwindel erwähnt werden. Später **zum Schluss des Artikels wird das Praxisbeispiel in seiner individuellen osteopathischen Behandlung erläutert**, denn **in der Osteopathie wird wie in der Homöopathie keine Erkrankung sondern eine individuelle PatientIn behandelt.**

Eine Frau (Anfang 60) kommt mit

- **Spannungs-Kopfschmerz**
- **dumpf vom Nacken aus in den ganzen Kopf und besonders hinter die Augen ausstrahlend,**
- **Schwindel (häufig schon morgens beim Drehen im Bett)**
- **und Übelkeit** in unsere Naturheilpraxis.
- Sie gibt an, dass der **Kopfschmerz und der Schwindel sich erst in den letzten Monaten** voll entwickelt haben, **aber die Übelkeit schon extrem lange besteht – nämlich 15 Jahre!**

Nach der Anamnese erscheint eine naturheilkundliche Behandlung angebracht, da der Hausarzt zuvor

- potenzielle ernsthafte internistische Probleme,
- gravierende neurologische Ursachen oder
- ein onkologisches Geschehen abgeklärt hatte und nun nicht mehr weiterwusste.

Die Gesamtheit der Symptome könnte bei oberflächlicher Betrachtung Morbus Menière nahelegen, aber die reine Addition der Symptome ist hier nicht angebracht, da Schwindel und Kopfschmerz erst lange Zeit nach Entstehen der Übelkeit aufgetreten sind und nicht umgekehrt, was wahrscheinlicher wäre – auch fehlt der für Menière typische Tinnitus.

Unspezifischer Spannungskopfschmerz und Schwindel gehören – gerade für ältere Patienten – bekanntlich zu den häufigsten Anlässen, einen Arzt zu konsultieren und auch wir Heilpraktiker haben natürlich täglich damit zu tun.

Zu den scheinbar einfachsten **Ursachen des Kopfschmerzes** gehört beruflicher oder emotionaler Stress. Eigentlich sollte die Diagnose also „Stresskopfschmerz“ lauten. Nur: das Wort „Stress“ ist viel zu allgemein – ohne spezifischen Entstehungsweg und nur bedingt verwertbar als Richtschnur für die Behandlung. Deshalb wird hier richtigerweise Spannungskopfschmerz diagnostiziert, da es sich um ungünstige **Spannungszüge** handelt, die diesen Kopfschmerz auslösen. Der Kopfschmerz ist hier eher

- **drückend** oder **ziehend**,
- betrifft den **ganzen Kopf** – also beide Kopfhälften und verstärkt sich häufig bei **Anstrengung**,
- er kann aber auch Symptome zeigen, die eher typisch für die Migräne sind: Übelkeit sowie Licht- und Lärmempfindlichkeit.

Spannungskopfschmerz tendiert bekanntlich zu häufigen Rezidiven und das Behandlungsziel sollte die möglichst nachhaltige Heilung sein. Die Osteopathie bietet hier hervorragende Möglichkeiten, da sie die mit dem Kopf (**craniosacral**) über das Faszienetz verbundenen organischen (**viszeralen**) und myoskelettalen (**parietalen**) Strukturen als ein großes Ganzes betrachtet und sinnvoll in die Behandlung des Kopfschmerzpatienten mit integriert. So lassen wir Osteopathen den

- Spannungszügen der Brustwirbelsäule (BWS),
- der Schulterblätter,
- der HWS und den
- Fasziennetzen des thorakalen Mediastinums (Perikard) genauso viel Aufmerksamkeit und Behandlungstechnik zukommen, wie denjenigen der
- Fasziennetze des Kopfes (Meningen / Dura mater cranialis).



Foto: by\_courtesy of visible body

Die **Spannungszüge dieser Strukturen** miteinander können in vielen Fällen Spannungskopfschmerzen als unspezifisches Symptom erzeugen und sollten somit wieder in ein **Spannungsgleichgewicht** gebracht werden, was häufig das Ziel einer osteopathischen Behandlung ist. Generell lässt sich sagen, dass ein **Kopfschmerz kein Schmerz des Gehirns** ist, sondern ein **Schmerz der Hirnhäute**, in denen feinste Spannungsunterschiede von feinen propriozeptiven (selbstwahrnehmungsorientierten) Nervenfasern wahrgenommen und weitergeleitet werden zu den schmerz-signalisierenden Bereichen des Gehirns. Das gilt für fast alle Formen des Kopfschmerzes, vor allem auch für die zweite Hauptform, nämlich die der Migräne (*hemi cranium = halber Schädel*) bei der die Kopfschmerzen immer wieder anfallweise hauptsächlich auf einer Schädelseite in der dura mater der Umgebung einer wichtigen sie versorgenden Arterie (Arteria meningea media) entsteht. Bei der Migräne sind allerdings die Entstehungsmechanismen komplexer – aber ebenso gut behandelbar über osteopathische Verfahren (z.B. am Kiefer und dem Keilbein). Beim hier behandelten milderen Spannungskopfschmerz spielen viel häufiger sehr simple Haltungs- und Belastungsfaktoren in der alltäglichen Lebensführung eine Rolle. So kann sich z.B. über die Verspannungen des M. trapezius und seiner tiefen Verbindungsfaszie (Ligamentum nuchae) eine ungünstige Haltung des Rückens und der Schultern bis zum Hinterkopf (Occiput) (Bild 2 Occiput / Rechte eigen) hinauf projizieren, wo dieser Hypertonus weitergeleitet wird auf die inneren Faszien zwischen den Hirnhälften (Falx und Tentorium).

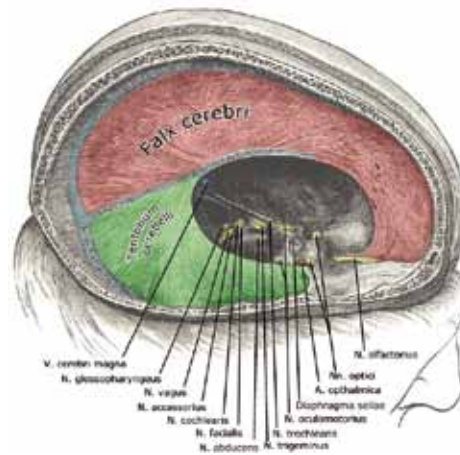


Foto: falx/tenorium by \_Creative Commons/Ausgabe des Sobotta 1909

Hier erklärt sich auch, weshalb manchmal selbst eine unspezifische Rückenmassage eine Linderung des Spannungskopfschmerzes bewirken kann. Die Entspannung im oberen Rücken und den Schultern reduziert die Spannungslast am Hinterkopf und vermindert den Anlass für den Kopfschmerz. Spezifischer wäre hier eine osteopathische Behandlung, wie Sie sie z.B. in unseren kleinen **Behandlungsvideos** sehen können.



Foto: Occiput by \_A. Stollenwerk

Diese Zielstruktur mündet dann im Keilbein (Sphenoid), das auch der wichtigste Knochen für unser Sehen ist. An ihm sind

- alle Augenmuskeln befestigt,
- alle augenmuskelsteuernden Nerven laufen durch seine Öffnungen und Engpässe, selbst
- der Sehnerv findet hier seine Passage.

Kein Wunder also, dass viele SpannungskopfschmerzpatientInnen hier ihre Beschwerden wahrnehmen: zwischen Hinterkopf (Occiput) und der Rückseite der Augen (Orbita).

Hier möchte ich nochmals das immer wieder hervorzuhebende „cave!“ erwähnen, also die Vorsichtsmaßregel der potenziellen Kontraindikationen: ist ein **scheinbarer** „Spannungskopfschmerz“ behandlungsresistent, reagiert also nur ganz kurzfristig nach der Behandlung mit ein wenig Milderung, aber kehrt dann wieder heftig zurück, muss gründlich weiter differenzialdiagnostiziert und befundet werden. Seltene Ursachen treten halt auch immer wieder auf und müssen dann rechtzeitig mit den nötigen – z.T. auch schulmedizinischen Mitteln behandelt werden – siehe z.B. die **Arteriitis temporalis**, ein Autoimmungeschehen mit Kopfschmerz als allgemeinem Symptom (allerdings einseitig – wie bei der Migräne), das unerkannt ansonsten zur Erblindung der Patientin führen kann! Meist sind es jedoch die wahrscheinlicheren und statistisch gesehen häufiger auftretenden Ursachen, die kompetent erkannt und behandelt werden wollen und dann in der Folge meist gute Therapie-Erfolge zeigen.

So auch beim **Schwindel (Vertigo)**: eigentlich nur ein allgemeines Symptom, aber mit einer Unzahl von Entstehungsmöglichkeiten von sehr einfachen und leicht zu behandelnden Ursachen bis hin zu sehr ernstzunehmenden Differenzialdiagnosen reicht das Spektrum in der Pathogenese der Vertigo. Es gibt allein mehr als einhundert mögliche Ursachen für Schwindel. Also muss genauer „gefahrenet“ werden, wo das Problem seinen Ursprung nimmt und was dafür getan werden kann, damit es sich legt.

Wären alle drei Symptome unserer Patientin Teil eines kompletten Beschwerdebilds gewesen, so hätte es sich wahrscheinlich um den oben kurz erwähnten rätselhaften **Morbus Menière** handeln können. Gerade, wenn noch die Übelkeit zu

den Beschwerden mit dem Gleichgewichtsorgan hinzutritt, ist Menière relativ häufig die Diagnose der Wahl und bis heute in puncto Ursache kaum erklärbar. Aber bei unserer Patientin waren es drei unterschiedliche Beschwerden, die nur zum Schein die Komplettierung eines Morbus Menière vortäuschten. Stattdessen musste jede Beschwerde einzeln betrachtet werden.

Am einfachsten wäre es in puncto Entstehung ihrer Vertigo noch gewesen, wenn **der häufig auftretende psychogene Schwindel die Ursache gewesen wäre**. Er tritt viel häufiger auf als vermutet: hier ist es die meist ursächliche **tiefe Verunsicherung der Patienten in einer schwierigen Übergangssituation**, – die sie bis in ihren seelischen wie auch bis in ihren physischen cranialen Kern – die Schädelbasis und das labyrinthartige **Gleichgewichtsorgan in den Felsenbeinen** hinein ins Taumeln und in die Orientierungsschwäche treibt.

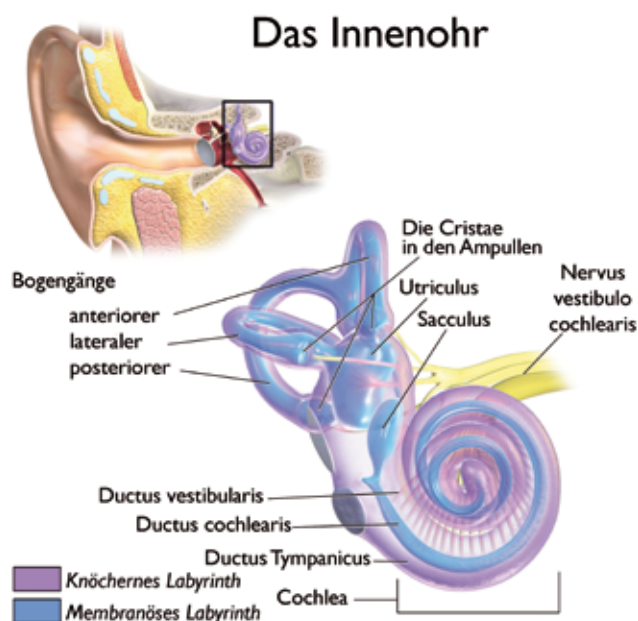


Foto: Blausen.com staff (2014). "Medical gallery of Blausen Medical 2014". Wikijournal of Medicine 1 (2). DOI:10.15347/wjm/2014.010. ISSN 2002-4436. - (ÜBERSETZT) CC BY 3.0, \_wikipedia

In einem der berühmtesten Romane der achtziger Jahre – Die unerträgliche Leichtigkeit des Seins – kommt die Zeile vor: „Schwindel heißt „Bitte halte mich“. Ein Umzug, ein Verlassen-Werden nach einer Trennung, irritierende Wechseljahre oder die Frage, was sich ein älterer Mensch noch zutrauen kann, wenn ihm die Kräfte schwinden, verunsichern zentral und sind häufig der Schlüssel für das Behandlungsgespräch. Sicherheit zu vermitteln ist dann als Heilpraktiker – egal ob als Homöopath oder als OsteopathIn oder als beides – unsere allererste therapeutische Aufgabe, und die ist nicht immer leicht. Aber nur so werden wir wirklich unserem ganzheitlichen Behandlungsauftrag gerecht.

Mögliche Genesen der Einzelsymptome gibt es also viele und sogar vordefinierte Indikations-Bezeichnungen für die Gesamtheit der Symptome. Doch wir sollten gewichten, analysieren und uns auch inspirieren lassen, worunter dieses Individuum, das sich uns anvertraut, wirklich leidet und womit

wir hoffentlich – neben unserem Mitgefühl – helfen können. Aber noch einmal: beim Schwindel sind die harmloseren und trotzdem sehr belastenden Formen häufiger als jede andere Form zu finden, **wie z.B. der anfallsweise auftretende (paroxysmale) Lagerungsschwindel (PBBV)** – der therapeutisch gesehen sehr gut auf ein Lagerungsmanöver reagiert, das auch unserer PatientIn zur Selbstbehandlung anvertraut werden konnte.

**Sémont Lagerungsmanöver bei Benignem Paroxysmalem Lagerungsschwindel:**

*Aus der sitzenden Ausgangsstellung werden beide hinteren Bogengänge durch folgende Bewegungsabläufe von Calciumcarbonat-Kristallen befreit, die sich aus dem vorderen Gleichgewichtsorgan ungünstigerweise in den posterioren Bogengang verlagert haben.*



- Für das **rechte** Gleichgewichtsorgan:
1. Zuerst den Kopf und die HWS nach **links** drehen,
  2. dann **auf die rechte Schulter** kippen mit beibehaltener Kopfwendung nach links, dort verbleiben bis der auftretende Schwindel abklingt, 20 sec verharren
  3. **nun auf die linke Schulter** kippen, dort 20 sec bleiben und langsam wieder aufrichten



- Für das **linke** Gleichgewichtsorgan:
1. Zuerst den Kopf und die HWS nach **rechts** drehen,
  2. dann **auf die linke Schulter** kippen mit beibehaltener Kopfwendung nach rechts, dort verbleiben bis der auftretende Schwindel abklingt, 20 sec verharren
  3. **nun auf die rechte Schulter** kippen, dort 20 sec bleiben und langsam wieder aufrichten

Foto: Sémont Manöver by \_A. Stollenwerk

Was seine Entstehungsursache angeht, so ist davon auszugehen, dass winzige kristallähnliche Körperchen aus Calcium carbonicum, die an und für sich unserem Gleichgewichtssinn dienen, ungünstigerweise in den hinteren Bogengang des Gleichgewichtsorgans (Posteriorer Bogengang des Labyrinths) gelangen.

Allgemein ist im HNO-Kontext hier von degenerativen Prozessen die Rede, doch in der Osteopathie gibt es den Ansatz, die zugehörigen Knochen und Faszien des Craniosacralen Systems in ein Spannungsgleichgewicht zu bringen, um den ungünstigen Bewegungseinschränkungen dieser inneren Anteile unseres Vestibularapparats (Gleichgewichtsorgans) entgegenzuwirken. Eine craniosacrale Behandlung des Schläfenbeins und der Meningen (dura mater cranialis, Falx und Tentorium) in Kombination mit dem oben genannten Sémont-Lagerungsmanöver bringt hier häufig wieder Stabilität und eine präzise Orientierung im Raum zustande.



Foto: Os Temporale by\_CC Gray

Wie war nun die aktuelle Gesamtsituation unserer Beispiel-Patientin einzuschätzen? Der

- **Kopfschmerz** war zzt. sehr belastend (homöopathisch einem Belladonna-Kopfschmerz ähnelnd), der
- **Schwindel** akut verunsichernd (homöopathisch auf Conium hinweisend), aber bei der
- **Übelkeit** war meine Verdachtsdiagnose, dass sie unabhängig von den anderen Symptomen bestand – wie gesagt: seit fünfzehn Jahren bestehend.

Hier war das Besondere der **visuelle Untersuchungseindruck**: beim allerersten Kontakt drängte sich meinem **therapeutischen Blick** ihre **ungünstig verheilte tiefe und mit starken Einziehungen versehene alte Narbe am rechten unteren Hals** auf.



Foto: by\_A. Stollenwerk

Spuren einer OP, die sie als junge Frau nach einer Hashimoto-Thyreoiditis durchführen lassen musste. Leider hatte die Dame eine Tendenz zu Keloidbildung, also zu narbigen Verwachsungen und diese Narbe erschien mir sehr auffällig an ihrer rechten unteren Kehle oberhalb der Clavicula. Nichts anderes während der körperlichen Untersuchung beeindruckte mich so sehr wie diese Narbe und unsere Erfahrung zeigt immer wieder, dass das, was uns am stärksten auffällt auch häufig den *Schlüssel* für die Behandlung darstellt.

In den ersten beiden Behandlungen verbrachte ich jeweils ca. ein Viertel der Behandlungsdauer nur mit den tiefen Verwachsungen dieser Narbe, da ich vermutete, dass hierdurch der **parasympathische Anteil ihres vegetativen Nervensystems** – ihr **Nervus vagus** – überreizt wurde. Er verläuft nach Austritt aus einer Öffnung am seitlichen Schädel (Foramen jugulare) senkrecht hinunter medial des M. sternocleidomastoideus entlang der Jugularvene und innerhalb der Carotisscheide – einem Faszien Schlauch, der Gefäße und Nerven geschmeidig passieren lassen soll. Bei unserer Patientin gab es hier Einziehungen, die ein *Impingement* (Nerveneinklemmung) und eine Überreizung bewirkten. Tiefe Mobilisation der bindegewebigen Hüllen und Führungsschichten dieses rechten N. Vagus mit kombinierten Faszientechniken brachten die Entlastung. Schon **nach zwei(!)** Behandlungen gab die Patientin das Feedback, dass die Übelkeit nun viel besser sei und nur noch der Kopfschmerz und der Schwindel vorhanden sei.

Was den Bewegungsapparat anging: Die parietale osteopathische Befundung ergab Belastungen an der oberen Brustwirbelsäule (für osteopathisch kundige:  $TH3\ FRS_R$ ) und eine Halswirbelsäule mit Belastungen der Kopfgelenke und der mittleren HWS ( $OcciputAtlas\ FSR_L$  und  $C3\ ERS_{links}$ ).

Dies kann den Kopfschmerz mit aufrechterhalten und sollte also gründlich behandelt werden: nach Fokussierung in der ersten Behandlung auf die oberflächliche Halsfaszie und die Brustwirbelsäule sowie in der zweiten Behandlung mit sanften Still-Techniken und Balancierten Ligamentären Spannungstechniken – sogenannten Sutherland-Techniken, bei denen wir Behandler dem Weg des geringsten Widerstands bis zum Kern des Spannungsgeschehens folgen und dort auf winzig kleine Lösungsbewegungen achten, reagierte das Gewebe unterhalb des Kopfes mit einem langsam sich verbessernden Release, also einer Gewebelösung, die der erwünschten Selbstregulation des Krankheitsgeschehens vorausgeht.

Die viszerale Untersuchung der Faszien der Brustorgane zeigte Spannungszüge zwischen der

- Fascie der Schilddrüse (wie erwartet)
- dem Mediastinum/Pericard (Herzbeutel)
- dem Zungenbein und
- dem zweiten Halswirbel

und wurde hauptsächlich mit indirekten viszeralen Lösungstechniken behandelt.

Zu erwähnen sei hier, dass das Zungenbein starke fasziale Verbindungen zur oberen HWS zeigt, wo in den meisten Fällen der sogenannte vertebrale Schwindel gut behandelt werden kann. Schulmedizinisch wird ihm wenig Aufmerksamkeit geschenkt, da stattdessen die Innenohr-Problematik oder die Neuritis des Gleichgewichtsnervs im Vordergrund steht – in der Praxis jedoch erweist sich immer wieder eine Behandlung der Dysfunktionen am zweiten und dritten Halswirbel als stabilisierend für den Vertigo-Patienten.

Craniosacral zeigte ein klassischer Befundungsgriff, das *Temporal Palming*, bei dem wir die

- Zeigefinger unter den Jochbeinbogen,
- Mittelfinger und Ringfinger an den Unterkiefer,
- den kleinen Finger hinter das seitliche Occiput und
- die Daumenspitze auf die großen Flügel des Sphenoids (Keilbein) legen und schließlich
- die Handwurzeln oberhalb des Ohrs auf die seitlichen Schläfenbeine

auflegen, dass bei dieser Patientin eine

- Verdrehung (Torsion) zwischen Keilbein und Hinterhauptbein bestand, die sich mit einem starken
- Zug auf das Occiput von der oberen Thoraxhälfte verband und auch eine ungünstige
- Flexionsspannung auf das Tentorium (Kleinhirnzelt) ausübte.



Foto: butterfly by\_A. Stollenwerk

Eine abschließende indirekte Technik für das Tentorium – die mastoidale Flexion – wurde in allen Behandlungen durchgeführt. Nach der vierten Behandlung war die Patientin erfreulicherweise beschwerdefrei.

Ich möchte noch zwei Dinge erwähnen und zwar

1. dass dies keine „typische“ Behandlung eines Spannungskopfschmerzes mit Schwindel und Übelkeit war, sondern die individualisierte osteopathische Behandlung einer – wie oben schon gesagt – individuellen Patientin mit Spannungskopfschmerz, Schwindel und Übelkeit. Eine andere Behandlung wäre mit Sicherheit anders verlaufen, da jede osteopathische Behandlung „maßgeschneidert“ und individualisiert ist – genau, wie jede klassisch homöopathische Behandlung und

2. dass ich allen homöopathisch tätigen Therapeuten empfehlen möchte, sich nicht durch all die fremd anmutenden anatomischen Begrifflichkeiten abschrecken zu lassen, als sei dies eher für Ärzte oder PhysiotherapeutInnen nachvollziehbar.

Wir lernen alle über das Erkennen funktioneller Zusammenhänge und über die Wiederholung. Wenn relevante Begriffe immer wieder auftauchen und bei uns ein lebendiges Interesse an den ehrfurchtgebietend sinnvoll physiologischen Zusammenhängen des lebendigen Geschehens in unserem Körper wächst, werden die anatomischen Begriffe zu brauchbaren Präzisionen dessen, was unsere fühlenden Hände, unser therapeutisches Herz und unser denkendes Hirn wahrnimmt.



Foto: Temporal Palming by\_A. Stollenwerk

Solch eine – wie wir es nennen – craniosacrale Flexionsdysfunktion und Torsion kann die cranialen Faszien unter sehr ungünstige Spannung bringen und natürlich auch den angegebenen Kopfschmerz verursachen.

Eine elegante und extrem sanfte craniale Technik – der sogenannte *Butterfly*-Kontakt – weil hier die Hände sich wie ein Schmetterling weit gespreizt über Mandibula und Sphenoid (Keilbein) legen – brachte einen schönen Ausgleich an der zentralsten Knochen-/Knorpelverbindung des Kopfes – der SSB (Synchondrosis sphenobasilaris).

Folgende Lehrgänge finden 2019 in Prichsenstadt/Laub statt:

#### CRANIOSACRAL

- CCC vom 10.04. - 13.04.2019

#### VISZERAL

- VAB vom 26.06. - 29.06.2019

#### CRANIOSACRAL

- TMT vom 12.09. - 15.09.2019

#### PARIETAL

- PFN vom 06.11. - 09.11.2019