

Sympathikus-Therapie - Ein neuer Weg zur Erklärung der Genese vieler idiopathischer Syndrome

Schlüsselwörter

Manualtherapie, Sympathikus, Sympathikus-Therapie, Grenzstrang, regional begrenzte Erkrankungen, Verschlechterung in Ruhe, Modell der vertebro-vegetativen Koppelung, Herzrhythmusstörungen, Refluxösophagitis, Postzosterneuralgie, Neuropathie, Schulter-Arm-Syndrom

Einleitung

Früher galten ein böser Odem oder der Zorn Gottes als Ursache für den Ausbruch von Epidemien. Erst durch die Entwicklung des Mikroskops ist es Robert Koch gelungen, den Milzbranderreger zu entdecken und damit die Bakteriologie als neue Wissenschaft zu begründen. Erst seither ist es möglich, die Kausalität von Infektionskrankungen sowie bakteriellen Epidemien zu begreifen, diese prophylaktisch anzugehen und letztendlich auch erfolgreich zu behandeln. So wie hier sind wesentliche Erkenntnisse auch in der Medizin oft an den Fortschritt der Technik gebunden.

Die Ursache für die Entstehung chronischer, regional begrenzter Erkrankungen nach Verletzungen wie beispielsweise dem Morbus Sudeck oder dem chron. Schulter-Arm-Syndrom ist bisher unbekannt geblieben. Die Behandlung konnte bisher immer nur symptomatisch bleiben. Es stellt sich die Frage, warum in diesen Fällen nicht das generelle Prinzip der Selbstheilung greift, wie wir es sonst von Knochenbrüchen, Bänderrissen am Sprunggelenk etc. kennen. Es muss eine Ursache dafür geben, dass die eine Schulterzerrung überwiegend folgenlos ausheilt und die andere manchmal gar über Jahre schmerzhaft bleibt. Die Gelenkfunktion ist beeinträchtigt, obwohl bildgebende Verfahren keine somatischen Ursachen erkennen können.

Hier nun ermöglicht ein sich als sehr realitätstüchtig erwiesenes neues Wirkmodell das Kausalitätsprinzip für derartige Erkrankungen zu erkennen.

Wie das Paradigma „Die Wirbelsäule ist Ursache und Wirkung in sich“ belegt, ist ein Zusammenhang von Blockierungen der Wirbel und peripheren Syndromen in der Manualtherapie schon lange bekannt. Gelehrt wird die Manualtherapie an beweglichen Skelettmodellen, die sich aus Wirbelkörpern, Bandscheiben und dem somatischen Nervensystem zusammensetzen.

Die sogenannte „Blockierung“, das Arbeitsfeld der Manualtherapie, wird überwiegend in der Aufhebung der Beweglichkeit der Wirbelsäule durch ein „Festsetzen“ im Bereich der kleinen Wirbelgelenke gesehen. Das soll zu Spannungen in der Gelenkkapsel führen. Propriozeptive Sensoren in der Kapsel werden dann nach der gängigen Theorie stimuliert. Diese leiten afferent einen Impuls zum zentralen Nervensystem. Dort soll durch eine bisher nicht genau identifizierte Umschaltung (black-box) auf vegetative Kerne eine Sympathikusaktivierung getriggert werden (1), die dann über sympathische Efferenzen zu unterschiedlichsten Störungen in der Peripherie führt.

Das neue Modell bringt das vegetative Nervensystem in Form des Grenzstrangs nun in direkten Bezug zur Wirbelsäule durch die mit ihr gelenkig verbundenen Applikationen (Schädel, Rippen, Darmbein).

Hier jedoch wäre das vegetative Nervensystem (und ausschließlich der Sympathikus) **nicht indirekt** - wie bei vorherigen Wirkmodellen durch kybernetische Rückkopplungen - **sondern direkt** durch eine mechanische Bedrängung analog der Wurzelreizung bei einem Bandscheibenvorfall irritiert. Damit wird der in der Manualtherapie bisher hypothetisierte Wirkmechanismus von den kleinen Wirbelgelenken nach ventral vor die Wirbelsäule verlagert. Da die HWS ab C2 und die gesamte LWS nicht über derartige Applikationen verfügen, sind sie auch nicht Inhalt des Modells und damit im Gegensatz zu den Auffassungen der bisherigen Manualtherapie völlig irrelevant.

Diese direkte Beeinflussung führt zu Stoffwechselstörungen in der vom Sympathikus nerval versorgten Region und hat je nach pathogenen Zusatzfaktoren die unterschiedlichsten Erkrankungen zur Folge. Die Aufhebung der mechanischen Irritation des Sympathikus im Grenzstrang führt dann zu einer Besserung der Stoffwechselsituation in der Region und konsekutiv zur Ausheilung der chronischen Erkrankung. Diese Erfahrung ist fast prinzipiell reproduzierbar.

Da im Grenzstrang auch sensible Fasern des somatischen Nervensystems verlaufen, können auch diese durch obigen Mechanismus irritiert werden. Das führt dann zu neuropathischen Erkrankungen wie Juckreiz, Parästhesien oder Zosterschmerzen. Die mit seltenen Ausnahmen zu beobachtende Beschränkung des Zosters auf Kopf, BWS/Arme sowie Becken/Beine unter Auslassung von HWS und LWS sind neben der durchgehenden Reproduzierbarkeit der therapeutischen Erfolge auch hier ein weiterer wesentlicher Hinweis für die Richtigkeit des Modells.

Ein wesentliches pathogononomisches Kriterium für die Anwendbarkeit des Modells der vertebro-vegetativen Koppelung ist die bisher so nicht beachtete Verschlechterung in Ruhe.

In unten dargestellter Skizze ist ein wesentlicher Unterschied von Schulmedizin und alternativer oder Komplementärmedizin erkennbar. Deren Arbeitsbereich der letzteren liegt überwiegend in der Phase 1. Es wird dabei von einer allgemeinen Erhöhung des Sympathikotonus ausgegangen. Dieser wird reduziert durch Massagen, Entspannungstherapien usw. „Entschlackungen“ wie Fasten oder andere Ausleitungsverfahren im Sinne einer „Salutogenese“. Es wird mit unterschiedlichsten Methoden gearbeitet, um die Intensität der Gewebsbelastung in der Stressphase zu reduzieren, so dass die Phase 2 derart positiv beeinflusst wird, dass der Krankheitsbeginn laut "Mikrobentheorie" überhaupt nicht auftritt oder die Erkrankungsdauer durch eine Milieustabilisierung erheblich verkürzt wird.



Auch wir sehen das oft bestätigt, wenn zum Beispiel eine Tonsillitis nach einer Sympathikus-Therapie schon nach einem Tag fast verschwunden ist. Siehe diesbezüglich auch die Darstellungen von H. B. Sprung in seinem Werk Sympathikus-Chirurgie und die von W. Braeucker in seinem Buch über die gezielte neuroregulatorische Sympathicus-Therapie.

Die Entstehung einer allgemeinen Sympathikotonie mit beispielweise den Folgen einer Infektanfälligkeit durch übermäßige körperliche („Steffi Graf - Syndrom“) oder seelische Belastung, sowie falsche Ernährung ist uns bekannt.

Gibt es eine Sympathikotonie auch nur regional begrenzt? Kann es sein, dass das Milieu auch nur in einem beschränkten „terrain“ alles ist? Und wie könnte sie entstehen?

Schon Sudeck gab darauf einen Hinweis, ohne über die Kausa der von ihm beobachteten Phänomene eine Antwort zu geben. Ein anderer Begriff für den immer regional begrenzten Morbus Sudeck lautet: Sympathische Reflex-Dystrophie. Das besagt: eine Dystrophie entsteht durch einen sympathischen Reflex. Worauf jedoch reflektiert oder besser reagiert der Sympathikus? Und wie entsteht der Morbus Sudeck?

Die erfolgreichste Therapie des M. Sudeck gibt uns einen Hinweis: Die neuraltherapeutische Sympathikusblockade im Grenzstrang:

Eine Blockade mittels eines Lokalanästhetikums kann nur einen aktiven Nerven ausschalten, nicht einen passiven. Daraus folgt zwangsläufig: die therapeutische Grenzstrangblockade beim M. Sudeck (und Zoster) ist nur dann sinnvoll, wenn man davon ausgeht, dass der Sympathikus dauerhaft aktiv ist und sich deswegen in dem von ihm versorgten Gebiet dystroph auswirkt und Dauerschmerzen (M. Sudeck) erzeugt.

Was kann dazu führen, dass der Sympathikus dauerhaft aktiv ist? Eine vor 12 Jahren entwickelte Modellvorstellung vermag den Mechanismus zumindest für den Bereich des Thorax zufriedenstellend erklären.

Modell der vertebro-vegetativen Koppelung (MvVK)

Das Modell geht aus von einer Irritation des Sympathikus durch die mechanische Bedrängung des Grenzstrangs durch einen Rippenkopf im Rahmen einer Blockierung, bei der ein Rippenkopf nach vorne geschoben wird.

Was passiert, wenn ein Brustwirbelkörper isoliert rotiert und in dieser Position blockiert? Das ist anschaulich auf drei Videos auf [youtube.com](https://www.youtube.com) dargestellt (**Sympathikustherapie: BWS von hinten/, BWS - seitlich/ BWS mit Grenzstrang**). Schon bei einer minimalen Rotation des Dornfortsatzes nach rechts wird die zugehörige rechte Rippe nach oben und vorne geschoben, so dass am Ansatz der Rippe am Wirbelkörper der Rippenkopf **tendenziell** aus dem winzigen, nur minimal knöchern geführten Gelenk luxiert. Genau vor dem Rippenkopf sitzt jedoch ein Ganglion des Grenzstrangs. Eine bandscheibenanaloge Bedrängung des Grenzstrangs ist damit fast unumgänglich.

Auch hier kann der Nerv, analog der Situation des somatischen Nervens beim Bandscheibenvorfall, wegen seiner Fixierung auf der Wirbelsäule durch eine feste Membran der Raumforderung nicht ausweichen. Er wird sich so verhalten, wie jeder irritierte Nerv: er wird wie auch beim somatischen Nervensystem das ausführen, was er in der Ontogenese (individuelle Entwicklung) gelernt hat. Ist er afferent, wird er vermitteln, es gäbe die definierten Sensationen in der Peripherie, die er auch sonst anzeigt. Ist er efferent, wird er ohne Bedarf des Körpers und kybernetische Rückkopplung regulativ oder hier genauer dys-regulativ eingreifen.

Da er ständig „feuert“ gibt es keine regenerativen Pausen. Dadurch entsteht eine dystrophen Situation in der vom irritierten Sympathikus versorgten Region. Heilungsstörungen nach Verletzungen (chron. Schulter-Arm-Syndrom nach Zerrung) und Dystrophien von Gelenken (Heberdenarthrose), Haut (chron. Ekzeme) oder auch Bindegewebe (CTS) sind die Folge. Auch innere Organe werden regional dauerhaft in einer sympathikotonen Situation gehalten. Herzrhythmusstörungen, Gallendysfunktionen, chronische Gastritis oder ein Reizdarm können die Folge sein.

Wird die den Sympathikus irritierende mechanische Bedrängung weggenommen, gibt es keinen nachvollziehbaren Grund, warum die durch ihn erzeugte Erkrankung danach nicht ausheilen sollte. Wir sollten jede sympathogen ausgelöste regionale Erkrankung heilen können, wenn wir in der Lage sind, den blockierten Wirbel wieder in die angestammte Position zu bringen und damit die mechanische Sympathikusirritation zu beheben.

Als wesentliches Unterscheidungsmerkmal zu anderen in der Manualtherapie gebräuchlichen Wirkmodellen wird der Sympathikus beim MvVK nicht in ein komplexes pathogenes Regulationsgeschehen mit Vermittlung über das ZNS eingebunden. Hier ist der Sympathikus selber das erkrankte Organ. Analog der vermehrten Schleimabsonderung beispielsweise der Nasenschleimhaut als Reaktion auf eine Entzündung, produziert der durch die pathogene mechanische Reizung irritierte Sympathikus vermehrt Impulse. Er ist damit der sonst üblichen kybernetischen Steuerung des Körpers völlig entzogen. Denn durch die ständige mechanische Reizung ist er nicht mehr in der Lage, auf vom Gehirn ausgehende Steuerungsimpulse zu reagieren. Im Gegensatz zu anderen Erklärungsmodellen liegt hier also keine kybernetische Fehlsteuerung zugrunde.

Zum besseren Verständnis, dass wir hier direkt die Krankheitsursachen angehen und nicht indirekt über Reflexpunkte therapieren, möchte ich folgende Behauptung in den Raum stellen: Es gäbe eine Vielzahl von Krankheiten überhaupt nicht, wenn die Evolution den Grenzstrang sich nicht so unglücklich vor die Rippenköpfe gelegt hätte. Hier wäre nochmals der Morbus Sudeck zu erwähnen. Dieses Krankheitsbild gäbe es dann niemals und Herr Sudeck wäre völlig unbekannt geblieben. Das ist sehr wichtig, denn alle durch eine sympathogene dystrophe Situation bedingten Erkrankungen sind als eine Minorform des Sudeck zu interpretieren.

Ist die Frage nach dem Warum, dem Entstehen einer Erkrankung nicht zu beantworten, ist überwiegend dieser Mechanismus die Erklärung. Überspitzt würden wir mit einem Schlagwort sagen: Wo idiopathisch oder neuropathisch drauf steht, ist fast ausschließlich Sympathikusirritation drin“.

Da der Sympathikus die Software für den Ablauf vegetativer Vorgänge liefert, muss sich jede dauerhafte Störung schädlich auf die von ihm versorgte Peripherie auswirken. Er ist im Gegensatz zum Parasympathikus der „Generalist“ des Körpers. Folglich kann durch ihn jegliches Gewebe erkranken. Dadurch kommt es zu den unterschiedlichsten Syndromen wie Morbus Sudeck, morgendliche Migräne, trockenes Auge, rez. Lippenherpes, chron. Ekzem, chron. Schulter-Arm-Syndrom, CTS, Rhizarthrose, Heberdenarthrose, Herzrhythmusstörungen, nächtliche Gallenkoliken, Faszitis plantaris, Achillodynie und vieles, vieles mehr. Bei der Entstehung dieser Erkrankungen sind oft weitere pathogene Faktoren mitverursachend. Die Sympathikusirritation gibt jedoch die Region des Ausbruchs des Syndroms vor (s. u.).

Der Sympathikus ist ein ergotroper Nerv. Das heißt, im Gegensatz zum trophotropen Parasympathikus ist er energieverbrauchend. Letzterer versorgt fast ausschließlich nur die inneren Organe und ist eher eine pharmakologisch-funktionale denn anatomische Definition. Im Bereich der muskulo-skeletären Systems und der Haut ist er überhaupt nicht vorhanden. Eine trophotrope Beeinflussung dieses Gewebes im parasympathischen Sinne ist also nicht möglich. Die Regeneration kann hier also nur durch Ruhephasen des Sympathikus stattfinden.

Da eine Internalisierung des Wirkmechanismus unabdingbar für die erfolgreiche Anwendung der Sympathikus-Therapie ist, soll dieser nochmals ausführlicher dargestellt werden.

Regeneration des ekto- und mesodermalen Gewebes findet nur statt, wenn der Sympathikus nicht aktiv ist!!!

In der Erfahrungsheilkunde sind therapeutische Ergebnisse nur zufällig reproduzierbar. So konnte bei unserer komplementär-medizinischen Tätigkeit nie endgültig geklärt werden, warum bei identischen Krankheitsbildern und Behandlung unsere therapeutischen Bemühungen mal erfolgreich und ein andermal vergeblich waren. Die Sympathikus-Therapie verschafft uns eine völlig gegenteilige Ausgangssituation. Kann das Syndrom dem MvVK zugeordnet werden, ist der therapeutische Erfolg einer manuellen Behandlung fast ausnahmslos gesichert. Ist das dennoch nicht möglich, sind die Gründe für das Versagen der Therapie eindeutig benennbar (Gefügestörungen der Wirbelsäule, Störfelder, mangelndes Können des Therapeuten)

Pathognomonisches Kriterium Verschlechterung in Ruhe

Warum entwickeln gerade ältere Frauen nach einer Radiusfraktur einen M. Sudeck, der sie vor Schmerzen nicht schlafen lässt? Warum ist der Sympathikus beim M. Su-

deck und auch beim Zoster besonders in Ruhe und vor allem in der nächtlichen Ruhe aktiver als am Tag?

Bei einer dauerhaften Rotation eines einzelnen Brustwirbelkörpers im Sinne einer Blockierung wird die Bedrängung des Grenzstrangs so lange andauern, wie die Blockierung besteht. Ist sie ausreichend, Nervenanteile des sympathischen Grenzstrangs mechanisch zu irritieren, wird dieser - afferent oder efferent - sich durch eine dauerhafte Aktivität äußern. In bewegungsaktiven Phasen kommt es zu Situationen, in denen der Grenzstrang mal mehr und mal geringer bedrängt wird. Bei der Ausatmung zum Beispiel kommt es zu einer Absenkung und relativem Rückzug der Rippe vom Grenzstrang. Diese minimale Phase scheint ausreichend für eine kurzfristige Erholung des Nervens zu sein.

In Ruhe, zum Beispiel in der Nacht, in der die Bauchatmung überwiegt, kommt es zu nur sehr geringen Rippenexkursionen. Dann wird der Grenzstrang vom blockierten Rippenkopf dauerhaft bedrängt und der Sympathikus dauerhaft lokal aktiviert, statt die in dieser Zeit übliche Tonusabsenkung zu erfahren. Es kann deswegen die übliche nächtliche Regeneration der von ihm versorgten Region nicht erfolgen. Je nach Intensität der Irritation kommt es dann zur Dystrophie, die dann im Extremfall sogar zu einem M. Sudeck führen kann. So entstehen Heilungsstörungen, die eine Verletzung nicht regenerieren und damit chronisch werden lassen (als Beispiel sei hier die Chronifizierung einer Schulterzerrung erwähnt).

Der vom MvVK beschriebene Mechanismus vermag die Zusammenhänge hinreichend zu erklären. Die schon vorher bestehende, durch eine von der Rippe des zweiten BWK ausgelöste irreguläre Sympathikusaktivität verursacht eine Dystrophie im Bereich des Handgelenks. Diese verhindert die Ausheilung der Fraktur. Der bei älteren Frauen häufig bestehende „Witwenbuckel“ ist dabei die anatomische Gegebenheit, die dann zur Bedrängung des Grenzstrangs durch den Rippenkopf führt.

Grenzstrang-Bedrängung als pathogener Ko-Faktor und das pathognomonische Kriterium „regionale Begrenztheit“

Die von der dauerhaften Sympathikusirritation ausgelöste Dystrophie kann jedoch auch bei einem komplexen Krankheitsgeschehen ein zusätzlicher Faktor sein, der dann „on top“ zu einer Überschreitung einer Krankheitsschwelle und damit zum Ausbruch der Erkrankung führt. Wird ein Faktor beseitigt, bleibt die Erkrankung eventuell unerschwellig (= latent). Bei eigentlich generalisierten Erkrankungen wie einer Allergie führt die lokale Sympathikusirritation dann zur Festlegung der Region, in der dann zum Beispiel ein chronisches Ekzem auf dem latent dystrophischen Hautareal ausbricht. Die regionale Begrenztheit eines Syndroms ist ebenfalls ein wichtiger pathognomonischer Hinweis auf die Möglichkeit einer Sympathikusirritation im Grenzstrang.

Bei der Migräne scheint neben vielen anderen Faktoren die Sympathikusirritation ein sehr dominanter Faktor zu sein, da diese in über 90% der Fälle morgens, also

nach längerer Ruhephase ausbricht. Das Kriterium Verschlechterung im Liegen oder Ruhe ist, wie oben ausgeführt, ebenfalls pathognomonisch für eine Sympathikusirritation. Wird die Frage nach der Verschlechterung durch Ruhephasen bejaht, ist die Sympathikusirritation und damit die Möglichkeit eines Behandlungserfolges durch Manualtherapie sehr sicher und deswegen die Migräne manualtherapeutisch sehr erfolgreich zu behandeln.

Zoster und afferenter Sympathikus

Trotz der Effizienz von fast 100% als Beleg für die Richtigkeit des Wirkmodells ist das MvVK bis auf die in den Youtube-Videos dargestellte Mechanik ein theoretisches Konstrukt wie auch andere Modelle. Aber überraschenderweise bezieht die Wahrscheinlichkeit unseres Modells noch eine Bestätigung von einer ganz anderen Seite und zwar von den Ausbreitungspräferenzen des Zosters: Kopf, Thorax/Arme, Becken/Beine. Das sind genau die Bereiche, für die auch das MvVK Gültigkeit hat.

Wie ist das zu erklären?

Durch den Grenzstrang verläuft über den „ramus albus“ eine afferente Abzweigung aus dem Rückenmark (von manchen als afferenter Sympathikus bezeichnet). Diese kann ebenfalls durch eine Rippenblockierung irritiert werden. Auch hier bestehen dann, durch die Mechanik bedingt, die pathognomonischen Kriterien regionale Begrenztheit und Verschlechterung in Ruhe!

Parästhesien oder Schmerzen in den Extremitäten, die nicht den Dermatomen des somatischen Nervensystems entsprechen (und das ist wesentlich häufiger als umgekehrt) sind deswegen mit der Sympathikus-Therapie erfolgreich zu lindern. Besonders der Zoster und die Postzosterneuralgie, deren Symptome sich nicht nur in Ruhe verschlechtern, sondern sich auch durch eine strenge regionale Begrenzung auszeichnen, sind sehr erfolgreich behandelbar. (Siehe: „Die manualtherapeutische Behandlung von Zoster und Postzosterneuralgie“ auf der Homepage).

Die Begrenzung des Zosters auf Kopf, Thorax/Arme und Becken/Beine sind auffällig. Da HWS und LWS keine Strukturen aufweisen, die wie die Rippenköpfe den Grenzstrang bedrängen können, sind sympathogene Effekte auch nicht von der LWS und HWS auslösbar. Das entspricht auch meinen durchgehenden Erfahrungen. Über die Behandlung der Kopfgelenke oder des ISG konnten jedoch fast durchgehend sympathogene Syndrome (siehe obige pathognomonischen Kriterien) des Kopfes oder von Becken und Bein gelindert werden. Wie schon gesagt, ist die Kongruenz mit den regionalen Präferenzen des Zosters beeindruckend.

Dauerschmerzen

Der Dauerschmerz- allgemein als autonome „Schmerzkrankheit“ bezeichnet - ist jedoch nicht einer Irritation des afferenten sondern des efferenten Sympathikus zuzuordnen. Neben der dystrophen Funktion stimuliert eine dauerhafte Produktion von Noradrenalin an den sympathischen Nervenendigungen Alpha-Rezeptoren des

somatischen Nervensystems. Der M. Sudeck wird auch Algodystrophie oder komplexes regionales Schmerzsyndrom (*Complex regional pain syndrome, CRPS*) genannt. Da sich die Symptomatik auch hier in Ruhe verschlechtert, erfüllt das CRPS genau die Kriterien für die Anwendung des MvVK - (regional und Verschlechterung in Ruhe). Die Schmerzkrankheit wäre damit eine Minorform des M. Sudeck. Wird die Sympathikusirritation behoben, ist nach unseren fast dreißigjährigen Erfahrungen auch die Schmerzkrankheit sofort verschwunden. Diese hat also immer ein anatomisches Substrat und ist niemals autonom.

ISG und Kopfgelenke

Die anatomische Situation an Kopfgelenk und ISG vermag die Bedrängung des Grenzstrangs nicht so offensichtlich zu erklären, wie es bei den Rippengelenken der Fall ist. Deshalb betrachten wir das MvVK, vorerst als prototypisch. Die therapeutischen Erfahrungen mit Kopfgelenken und ISG auch bei der Behandlung des Zosters sowie dessen Ausbreitungspräferenzen legen jedoch den begründeten Analogieschluss nahe, dass das Os occiput und das Os ilium als Rippenanalogon zu interpretieren sind, die ebenfalls den Grenzstrang mechanisch zu bedrängen vermögen.

Diagnostik

Eine die Erkrankung beeinflussende psychische Komponente kann bei den sympathogen generierten Erkrankungen vernachlässigt werden, da die Beschwerden überwiegend in Ruhe auftreten. Der Patient bekommt zum Beispiel während des Anschauens eines Films im Fernsehen, also einer sehr angenehmen Situation, Herzrhythmusstörungen oder Schmerzen in der Schulter. Aus diesem Zustand ist schwerlich ein sekundärer Krankheitsgewinn zu erzielen, sondern eher das Gegenteil.

Liegen die Voraussetzungen für die Anwendung der Sympathikus-Therapie (regional begrenzt und/oder Verschlechterung im Liegen oder Ruhe) vor, dann reduziert sich die Anamnese auf drei Fragen:

1. Liegt eine Kontraindikation gegen die Manualtherapie (Osteoporose, Knochenmetastasen) vor?
2. Wo sind die Beschwerden? Also nur die Region wird erfragt. Die spezifische Erkrankung, die den Patienten in die Praxis bringt, ist nur nachrangig.
3. Gibt es eine bewegungsabhängige Verschlechterung der Symptomatik?

Schlussbemerkungen

Die körperliche Untersuchung ist einfach und vorgegeben, da nur das den Grenzstrang bedrängende Gelenk und nicht die Erkrankung behandelt wird. Orientierung bieten die zwei anleitenden Kartografien.

Üblicherweise wird nach einem vergeblichen Therapieversuch der bisher beschrittene Weg verlassen. Wenn die pathognomonischen Kriterien jedoch auf die Anwendbarkeit des MvVK hinweisen, kann der Therapeut sehr sicher davon ausgehen, dass seine therapeutischen Bemühungen von zu geringer Qualität waren. Sonst hätte er prinzipiell helfen können (Ausnahmen: Störfeldgeschehen, Skoliose). Die Gründe des Misserfolges sind also genau benennbar. Die Anlehnung an ein derart realitätstüchtiges Modell führt für den Therapeuten zu hervorragenden Lerneffekten, zumal der Ort der Diagnostik und der Therapie identisch sind. Kein mit vielen Fehlermöglichkeiten belastetes komplexes Erklärungsmodell ist zwischen diagnostischer Erkenntnis und Therapie zwischengeschaltet.

Weitere Ausführungen zur Sympathikus-Therapie finden sich auf den homepages: sympathikus-therapie.de (Heesch) und sympathikustherapie.de (Steinrücken)

[Und in dem nur bei amazon.de erhältlichen Buch „[Sympathikustherapie- Die Wirbelsäule im Zentrum der Medizin](#)“.]

Literatur

- 1) Bergsmann O, Eder M: Thorakale Funktionsstörungen: Pathogenese u. Rehabilitation. Heidelberg; Haug; 1977: 49
- 2) H. B. Sprung: Grundlage der Sympathikus-Chirurgie, Dresden 1951, Arbeitsgemeinschaft medizinischer Verlage
- 3) W. Braeucker: Die Heilerfolge der gezielten neuroregulatorischen Sympathicus-Therapie

Abbildungen

- 1) Mit freundlicher Genehmigung des Tisani-Verlags, Oberhausen
- 2) weitere Abbildungen Seite 11: Regionen möglicher Throphikstörungen in Verbindung mit zugehörigen Wirbelblockaden für die Extremitäten (Abb.2)
- 3) Weitere Abbildung Seite 12: Gesamtkartografie über die möglichen Syndrome bei Sympathikusirritation in best. Abschnitten der Wirbelsäule (Abb.3)

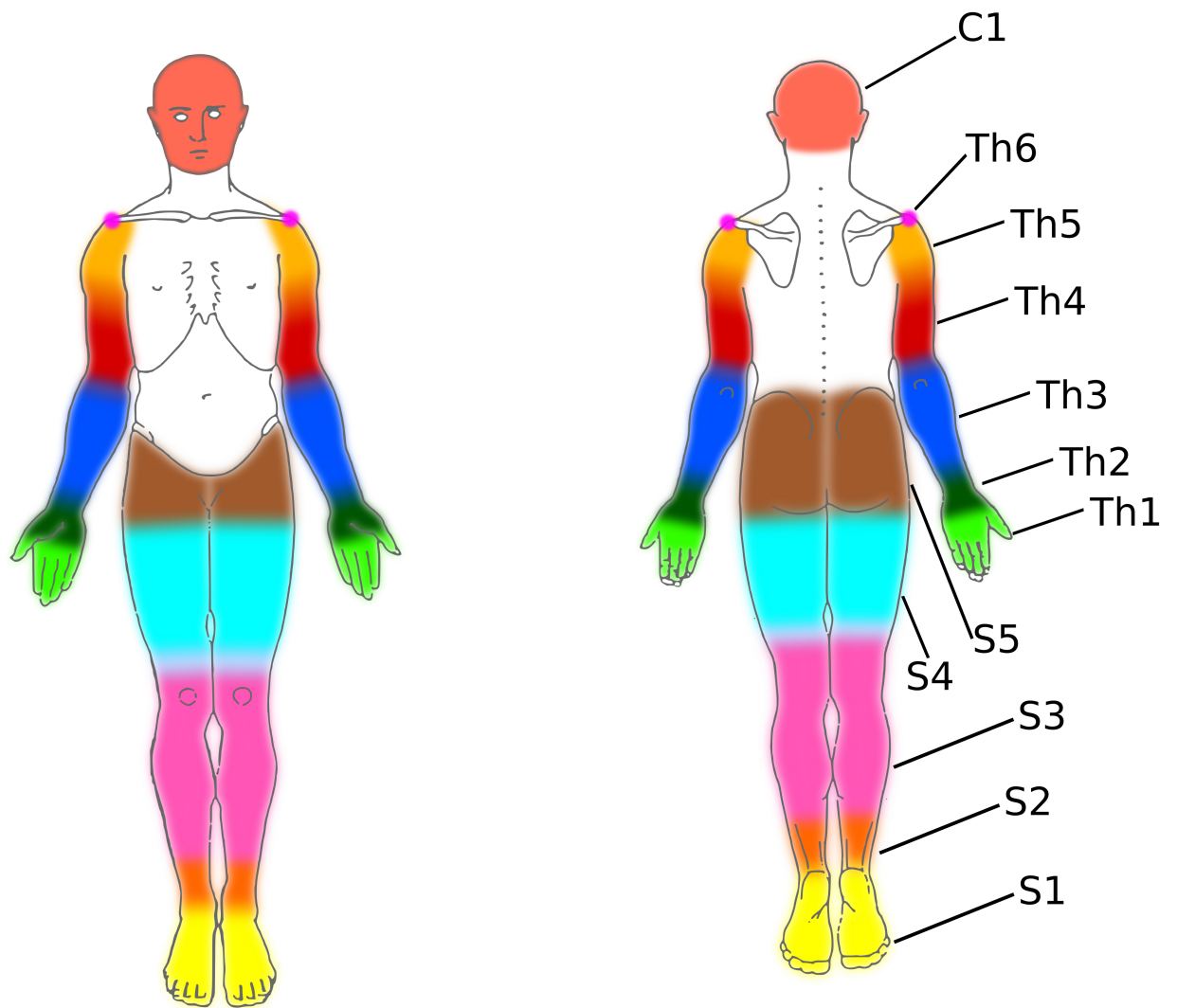


Abb.2 Kartografie zur regionalen Orientierung bei Syndromen der Extremitäten

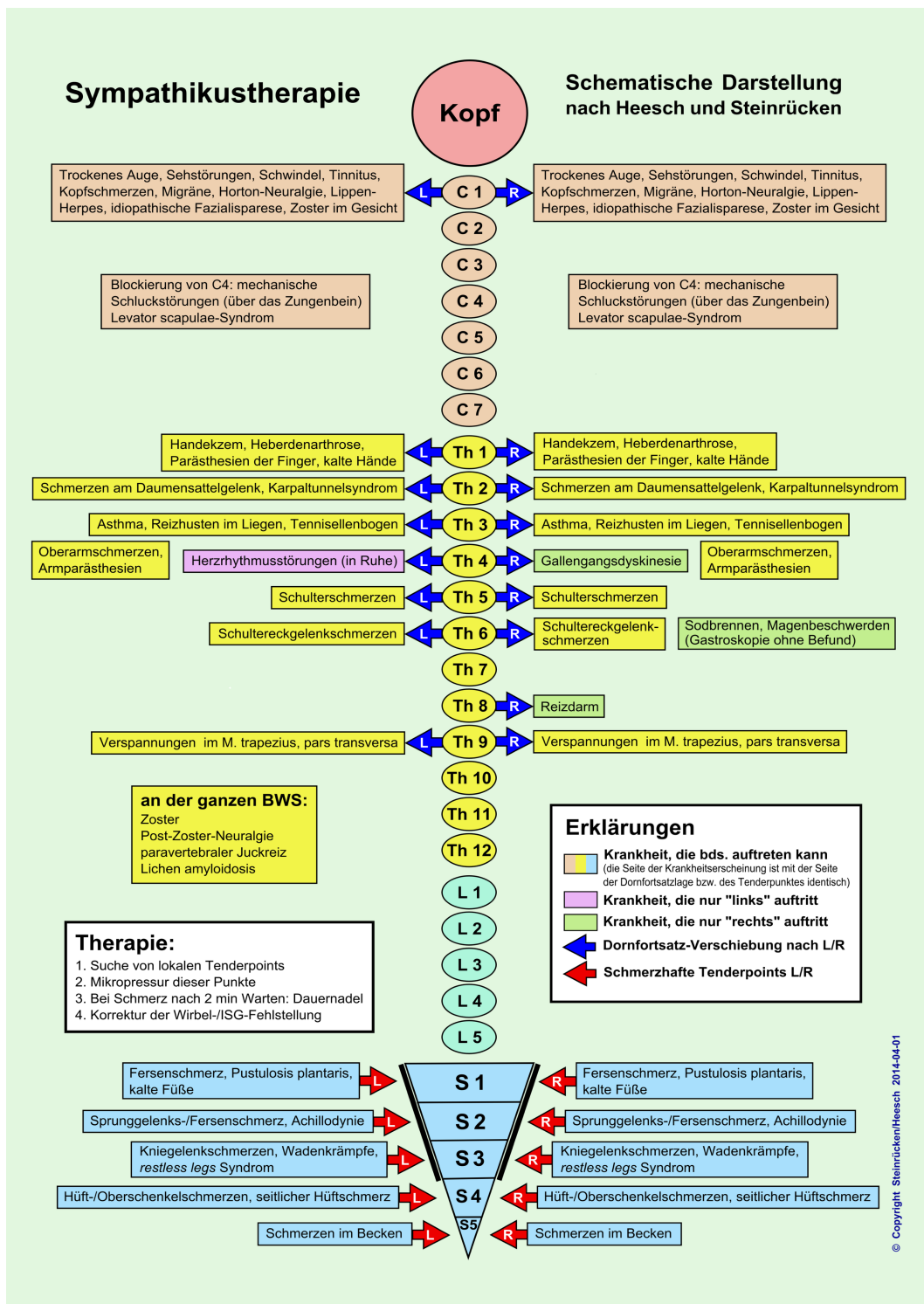


Abb. 3 Gesamtkartografie mit Angabe der Rotationsfehlstellungen

