

Zur Entstehung neuropathischer, funktioneller und idiopathischer Krankheiten – Ein Problem des vegetativen Nervensystems?

Dieter Heesch

Die Sympathikus-Therapie basiert auf der Hypothese einer mechanischen Bedrängung des Sympathikus im Grenzstrang als Folge von Wirbelblockierungen (Modell der vertebro-vegetativen Koppelung). Ist die mechanische Irritation des ergotropen Sympathikus dauerhaft, so kommt es zu trophischen Störungen in der von ihm regional versorgten Peripherie. Allein diese Irritation kann zu Heilungsverzögerungen nach Verletzungen oder im Zusammenspiel mit anderen pathogenen Faktoren auch zu unterschiedlichsten chronischen Erkrankungen führen. Nur Rippengelenke und rippenanaloge Gelenke wie Kopf- und Iliosacralgelenk vermögen diese Bedrängung zu generieren. Die sonstige HWS und die LWS sind mangels derartiger Gelenke nicht in der Lage, den Sympathikus lokal zu irritieren. Als wichtiges pathognomonisches Kriterium für die Anwendbarkeit des Modells hat sich die Verschlechterung in Ruhe dargestellt. Dieser Mechanismus vermag auch sensible Nerven analog eines Bandscheibenprolapses zu bedrängen, die durch den Ramus albus den Grenzstrang passieren. Hierbei kommt es zu Sensibilitätsstörungen, beim Auftreten weiterer Faktoren auch zum Zoster. Die Ausbreitungspräferenzen des Zosters unterstützten dabei die Annahmen des Wirkmodells. In Analogie zum Computerzeitalter tritt mit der Entwicklung der Sympathikus-Therapie nun auch die Medizin in eine neue Epoche ein. Vielfach wird heutzutage recht erfolgreich versucht, mit Computerintelligenz und Robotik menschliche Fähigkeiten zu erzeugen. Umgekehrt sollte der Schluss erlaubt sein, die Funktionen des Körpers mit Analogien aus dem Bereich des Computers zu deuten. Entspräche der Körper (inklusive somatischem Nervensystem) der Hardware, so wäre das vegetative Nervensystem als „autonomes Betriebssystem“ – als „Software“ – zu begreifen. Die „Software“ war bisher von der Medizin kaum mess- und daher auch nicht beeinflussbar. Jetzt ist erstmalig erkannt worden, dass auch die „Software“ isoliert erkranken kann – jedoch immer nur lokal begrenzt. Im Sinne einer Analogie zum Computer wirkt der Sympathikus als wesentlicher Akteur der Software „vegetatives Nervensystem“ in allen Bereichen des Körpers (der Parasympathikus versorgt fast ausschließlich nur das Intestinum). Als Folge kann er je nach Ort der Störung und weiterer zusätzlicher pathogener Faktoren die unterschiedlichsten Syndrome erzeugen. Wird diese durch eine manualtherapeutische Intervention behoben, kann die durch die Irritation verursachte Folgeerkrankung in der Peripherie geheilt werden.

Schlüsselwörter: Dauerschmerz, Grenzstrang, Herzrhythmusstörungen, Manualtherapie, Modell der vertebro-vegetativen Koppelung, Postzosterneuralgie, Neuropathie, Refluxösophagitis, Schulter-Arm-Syndrom, Sympathikus, Sympathikus-Therapie, Verschlechterung in körperlicher Ruhe

Keywords: permanent pain, sympathetic trunk, cardiac arrhythmia, manual therapy, model of vertebro-vegetative coupling, postherpetic neuralgia, neuropathy, reflux esophagitis, shoulder-arm syndrome, sympathetic nervous system, sympathetic nervous system-therapy, deterioration in physical peace

Die Ursache für die Entstehung chronischer, regional begrenzter Erkrankungen nach Verletzungen wie beispielsweise dem Morbus Sudeck oder dem chronischen Schulter-Arm-Syndrom ist bisher unbekannt geblieben. Die Behandlung konnte 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 und vergleichbaren Verletzungen kennen. Es muss eine Ursache dafür geben, dass eine Schulterzerrung manchmal folgenlos ausheilt und manchmal über Jahre schmerzhaft bleibt. Hier nun ermöglicht es ein realitätstüchtiges 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 (BERGSMANN 1977), die dann über sympathische Efferenzen zu unterschiedlichsten Störungen in der Peripherie führt.

Ein neuer Blickwinkel

Unser neues Modell bringt das vegetative Nervensystem in Form des Grenzstrangs durch die mit ihr gelenkig verbundenen Applikationen (Schädel, Rippen, Darmbein) nun in einen direkten Bezug zur Wirbelsäule. Damit wird der in der Manualtherapie bisher hypothetisierte Wirkmechanismus von den kleinen Wirbelgelenken nach ventral vor die Wirbelsäule verlagert. Da die HWS unterhalb C1 und die gesamte LWS nicht über derartige Applikationen verfügen, sind sie auch nicht Inhalt des Modells. Sie sind im Gegensatz zu den Auffassungen der bisherigen Manualtherapie für die Entstehung chronischer Erkrankung der Peripherie unwichtig, da hier keine mechanische Beeinflussung des Sympathikus im Grenzstrang möglich ist. Bei diesem Modell wird das vegetative Nervensystem (und hier ausschließlich der Sympathikus) direkt durch eine mechanische Bedrängung irritiert. Durch diese Irritation kommt es zu einer Erkrankung des Sympathikus. „Sympathikus-Therapie“ bedeutet in diesem Sinnzusammenhang auch einzig und allein „Therapie des Sympathikus“ – und nicht (wie bei anderen Wirkmodellen vermutet) eine über den Sympathikus ausgeübte indirekte Einflussnahme auf Krankheiten. Zu bedenken ist: Der kranke Sympathikus ist Ursache für die Entstehung vieler Syndrome!

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. Weiterhin führt die Irritation des Sympathikus auch zu Störungen von Funktionen, die er zusammen mit dem Parasympathikus im Bereich der inneren Organe steuert (Herzrhythmus, Peristaltik des Darms etc.). 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 pathognomonisches Kriterium für die Anwendbarkeit des Modells der vertebro-vegetativen Koppelung ist die bisher so nicht beachtete Verschlechterung in Ruhe.

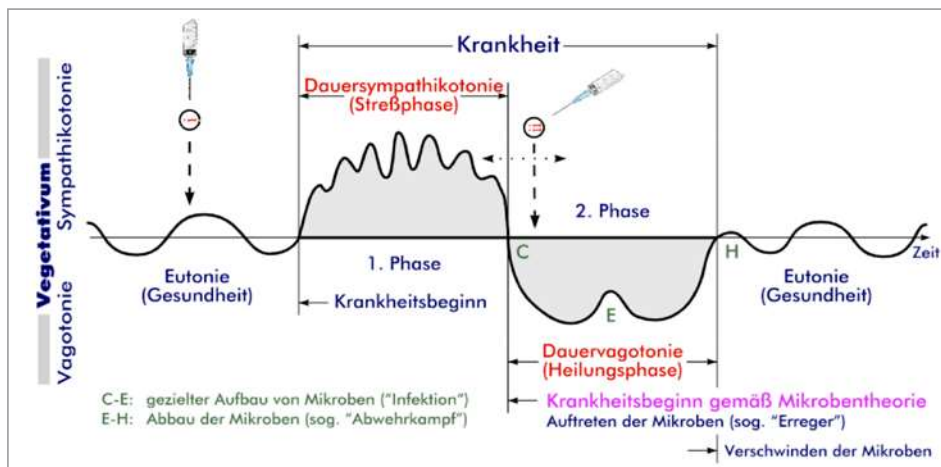


Abb. 1: Die Mikrobentheorie*

Die pathogene Funktion des Sympathikus

In Abb. 1 ist ein wesentlicher Unterschied von Schul- und Komplementärmedizin erkennbar. Der 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, sodass 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 (BRAEUCKER 1958, SPRUNG 1951).

Das Prinzip der Entstehung einer allgemeinen Sympathikotonie ist bekannt. Doch gibt es auch eine nur regional begrenzte Sympathikotonie? 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 reagiert der Sympathikus? Und wie entsteht der Morbus Sudeck? Die erfolgreichste Therapie des M. Sudeck gibt uns einen Hinweis: die neurotherapeutische Sympathikusblockade im Grenzstrang. Eine Blockade mittels eines Lokalanästhetikums kann nur einen aktiven Nerv ausschalten. 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? Das vor 12 Jahren entwickelte Modell der vertebro-vegetativen Koppelung 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? Schon bei einer minimalen Rotation des Dornfortsatzes nach rechts wird die zugehörige rechte Rippe nach oben und vorne geschoben, sodass am Ansatz der Rippe am Wirbelkörper der Rippenkopf tendenziell aus dem winzigen, nur minimal knöchern geführten Gelenk subluxiert. Genau vor dem Rippenkopf sitzt jedoch ein Ganglion des Grenzstrangs. Eine Bedrängung des Grenzstrangs ist damit fast unumgänglich. Auch hier kann der Nerv analog der Situation des somatischen Nervs 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 und – identisch wie beim somatischen Nervensystem – das ausführen, was er in der Ontogenese 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, was eine dystrophe Situation in der vom irritierten Sympathikus versorgten Region entstehen lässt. Heilungsstörungen nach Verletzungen (chronisches Schulter-Arm-Syndrom nach Zerrung) und Dystrophien von Gelenken (Heberdenarthrose), Haut (chronische Ekzeme) oder auch Bindegewebe (CTS) sind die Folge. Auch die inneren Organe werden dann 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 eigentlich keinen nachvollziehbaren Grund mehr, warum die durch ihn erzeugte Erkrankung danach nicht ausheilen sollte. Wir sollten aber 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 mechanisch ausgelöste 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 im kybernetischen Sinne zu reagieren.

Zum besseren Verständnis, dass wir hier direkt die Krankheitsursachen angehen und nicht indirekt über Reflexpunkte therapieren, möchten wir folgende Behauptung in den Raum stellen: Es gäbe eine Vielzahl von Krankheiten (etwa Morbus Sudeck) überhaupt nicht, wenn die Evolution den Grenzstrang nicht so unglücklich vor die Rippenköpfe gelegt hätte. Das ist sehr wichtig, denn alle durch eine sympathogene dystrophe Situation bedingten Erkrankungen sind als eine Minorform des Morbus Sudeck zu interpretieren. Kann die Frage nach dem Warum, dem Entstehen einer Erkrankung, nicht beantwortet werden, ist überwiegend obiger Mechanismus die Erklärung. Überspitzt würden wir mit einem Schlagwort sagen: Wo idiopathisch, funktionell oder neuropathisch draufsteht, 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, rezidivierender Lippenherpes, chro-

nische Ekzeme, chronisches Schulter-Arm-Syndrom, CTS, Rhizarthrose, Heberdenarthrose, Herzrhythmusstörungen, nächtliche Gallenkoliken, Refluxösophagitis, Reizdarm, Fasziitis 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.

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

Pathognomonisches Kriterium: Verschlechterung in Ruhe

Warum entwickeln gerade ältere Frauen nach einer Radiusfraktur einen Morbus Sudeck, der sie vor Schmerzen nicht schlafen lässt? Warum ist der Sympathikus beim Morbus Sudeck 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 tatsächlich ausreichend für eine kurzfristige Erholung des Nervs 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 beständig lokal aktiviert, statt die in dieser Zeit übliche Tonusabsenkung zu erfahren. Es kann deswegen nicht die übliche nächtliche Regeneration der von ihm versorgten Region erfolgen. Je nach Intensität der Irritation kommt es dann zur Dystrophie, die im Extremfall sogar zu einem Morbus 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 Radiusfraktur. Der bei älteren Frauen häufig bestehende „Witwenbuckel“ ist dabei die anatomische Gegebenheit, die dann zur Bedrängung des Grenzstrangs durch den Rippenkopf führt.

Pathognomonisches 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 unerschwerlich. Bei eigentlich generalisierten Erkrankungen wie einer Allergie führt die lokale Sympathikusirritation dann zur Festlegung der Region, in der zum Beispiel ein chronisches Ekzem auf dem latent dystrophischen Hautareal ausbricht.

Die regionale Begrenztheit eines Syndroms ist ein wichtiger pathognomonischer Hinweis auf die Möglichkeit einer Sympathikusirritation im Grenzstrang. Bei der Migräne etwa 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 Ruhen“ ist, wie oben ausgeführt, ebenfalls pathognomonisch für eine Sympathikusirritation. In diesem Fall ist die Sympathikusirritation und damit die Möglichkeit eines Behandlungserfolges durch Manualtherapie recht sicher und Migräne deswegen manualtherapeutisch auch überaus erfolgreich zu behandeln.

Zoster und afferenter Sympathikus

Trotz einer Effizienz von fast 100 % als Beleg für die Richtigkeit des Wirkmodells ist das MvVK bis auf die in YouTube-Videos (Suchbegriff: Sympathikus-Therapie) dargestellte Mechanik ein theoretisches Konstrukt. 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 und einseitiges Auftreten. 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 (HEESCH 2012).

Die Begrenzungen des Zosters (siehe oben) 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 unseren durchgehenden Erfahrungen. Über die Behandlung der Kopfgelenke oder des ISG konnten jedoch fast durchgehend sympathogene Syndrome 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. Wie oben erwähnt, wird der Morbus Sudeck 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

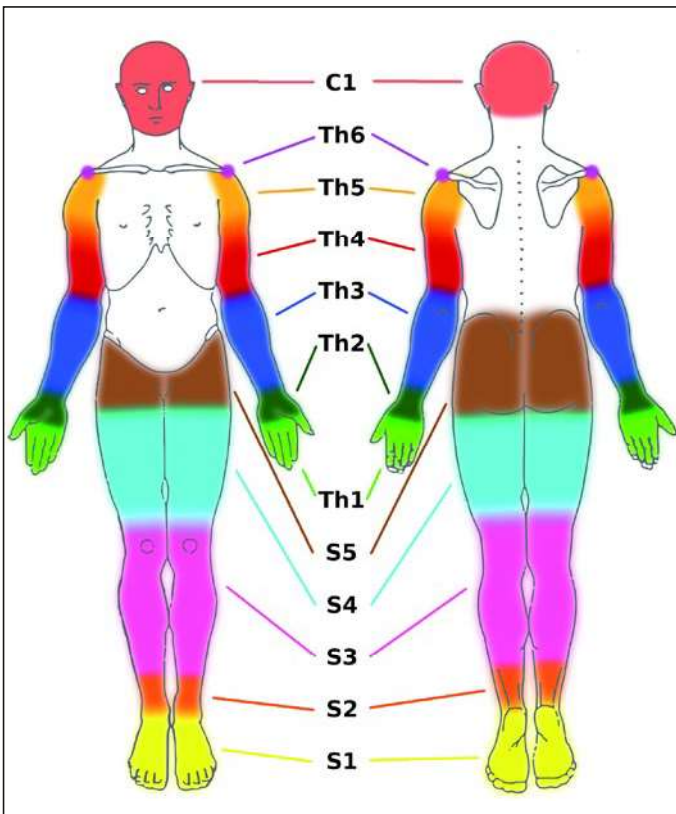
Die anatomische Situation an Kopfgelenk und ISG vermag die Bedrängung des Grenzstrangs nicht so offensichtlich zu erklären, wie es bei den Rippengelenken der Fall ist. Deshalb betrachten wir das MvVK vorerst als prototypisch. Die therapeutischen Erfahrungen mit Kopfgelenken und ISG auch bei der Behandlung 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 vor (regional begrenzt und/oder Verschlechterung im Liegen oder Ruhen, Dauerschmerzen), so reduziert sich die Anamnese auf drei Fragen:

1. Wo sind die Beschwerden? Aus der Region, in der die Beschwerden angegeben werden, ergibt sich automatisch die Behandlungszone. Zum Beispiel müssen bei Oberarmschmerzen der 4. Brustwirbel und bei Reizdarm der 8. Brustwirbel behandelt werden.
2. Wann sind die Beschwerden besonders stark? Besteht ein Dauerschmerz oder eine Verschlechterung der Symptomatik in Ruhe bzw. nach Ruhephasen, dann ist der Sympathikus immer beteiligt und eine Therapie erfolgversprechend.
3. Liegt eine Kontraindikation gegen die Manualtherapie vor? Bei fortgeschrittener Osteoporose oder Knochenmetastasen wird auf die manualtherapeutische Behandlung verzichtet.

Es ergibt sich jetzt eine Umkehr des diagnostischen Vorgehens. Bisher galt, dass bei allen unklaren Syndromen, wie beispielsweise dem Reizdarm, eine technische Untersuchung verpflichtend ist.

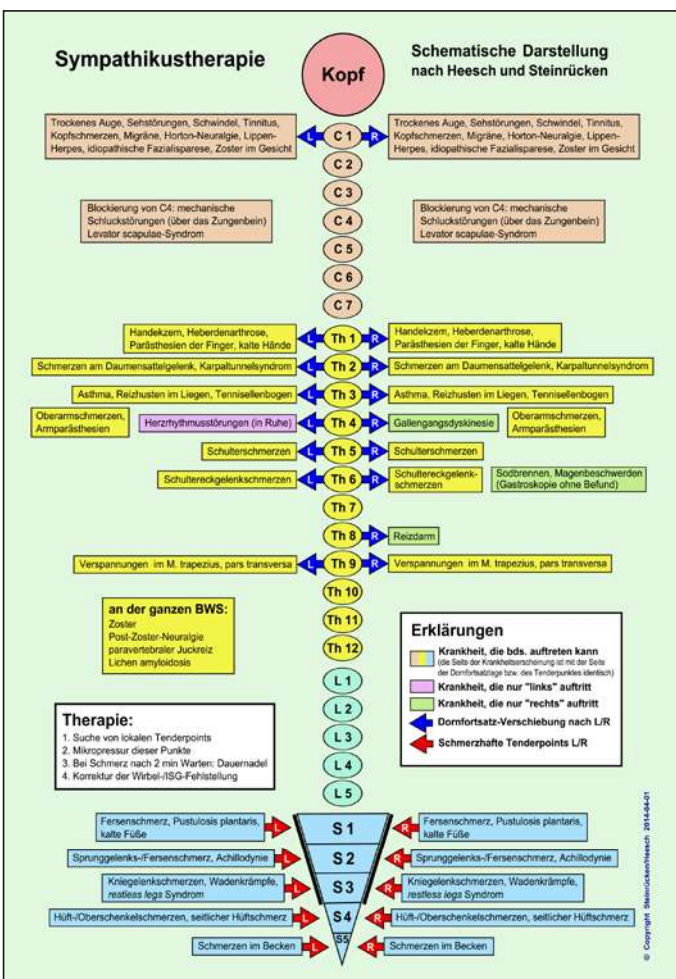


Da bei diesen unklaren Syndromen jedoch eine einfache Untersuchung der Wirbelsäule und im Falle des Reizdarms eine probatorische Behandlung des 8. Brustwirbelkörpers sofort einen zumindest vorübergehenden Erfolg zeitigt, ist die Diagnose (Sympathikusirritation) allein durch ein „ex iuvantibus“-Verfahren eindeutig zu stellen. Aus sozialen, wirtschaftlichen und ethischen Gründen sollte deswegen – besonders bei unklaren regional begrenzten und/oder sich in Ruhe verschlechternden Erkrankungen – eine Umkehr der Beweislast erfolgen und nun primär die Sympathikusirritation manualtherapeutisch ausgeschlossen werden (statt beispielsweise beim Reizdarm eines Zwanzigjährigen colonoskopisch ein Darmtumor).

Jede Krankheit hat ihren Grund! Es gibt keine mystischen Ursachen! Besteht eine chronische, lokal begrenzte Erkrankung seit Jahrzehnten relativ konstant, ist ein tumoröser oder entzündlicher Prozess ausgeschlossen! Gerade bei diesen Erkrankungen ist dann die Ursache mit sehr großer Wahrscheinlichkeit vegetativen Ursprungs und damit trotz ihrer langen Historie sehr zuversichtlich heilbar.

Schlussbemerkungen

Die körperliche sowie die daraus folgende Untersuchung ist einfach und vorgegeben, da nur das den Grenzstrang bedrängende Gelenk und nicht lokal die Erkrankung behandelt wird. Orientierung bieten zwei anleitenden Kartografien (Abb. 2 und Abb. 3). Eine große Zahl bisher nur selten erfolgreich therapierbarer Krankheiten lassen sich durch eine Irritation des Sympathikus erklären und sind mit der Sympathikus-Therapie zuverlässig behandelbar. 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. In der Regel bringt bereits eine einzige Behandlung eine wesentliche Besserung, mehr als 2–3 Behandlungen sind pro Krankheitsbild sehr selten erforderlich.



Autor:
 Dr. med. D. Heesch
 Falkenring 1
 21521 Dassendorf
 Tel.: 04104-9797-0
 E-Mail: praxis@dheesch.de

Weitere Ausführungen zur Sympathikus-Therapie finden sich unter www.sympathikus-therapie.de und im Taschenbuch „Sympathikustherapie: Die Wirbelsäule im Zentrum der Medizin“ von Dr. Dieter Heesch und Dr. Heiner Steinrücken. Heestein Verlag, Heidelberg 2013

Literatur

Braeucker W (1958): Die Heilerfolge der gezielten neuroregulatorischen Sympathicus-Therapie; Ulm, Haug Verlag

Bergmann O, Eder M (1977): Thorakale Funktionsstörungen: Pathogenese u. Rehabilitation. Heidelberg; Haug; 49

Heesch D (2012): Die manualtherapeutische Behandlung von Zoster und Postzosterneuralgie; Manuelle Med 50(6):485–492

Sprung HB (1951): Grundlage der Sympathikus-Chirurgie; Dresden, Arbeitsgemeinschaft medizinischer Verlage

*Abb. 1: Der Begriff Mikrobentheorie ist zurückzuführen auf einen Wissenschaftsstreit zwischen Pasteur und Bechamp, der in einem Ausspruch des Letzteren gipfelte: „Le microbe n'est pas rien, le terrain c'est tout.“ (Die Mikrobe ist nichts, das Milieu ist alles.) Pasteur soll Bechamp auf dem Sterbebett Recht gegeben haben. (Abbildung mit freundlicher Genehmigung des Tisani-Verlags, Oberhausen)