

Das chronische Schulter-Arm-Syndrom

Die erfolgreiche Behandlung mit der Sympathikus-Therapie

| Dr. Dieter Heesch und Andrea Oberhofer

Schmerzen am Bewegungsapparat sind in der heutigen (überwiegend sitzenden) Gesellschaft Gang und Gäbe – und auch einer der Hauptgründe für Krankheitstage. Vor allem Patienten mit einem chronischen Schulter-Arm-Syndrom kommen häufig zu uns und klagen vor allem nachts über Schmerzen. Der wesentliche Grund dafür ist unseres Erachtens nach eine dauerhafte mechanische Irritation des die Schulter lokal versorgenden Sympathikus im Grenzstrang durch den ventralisierten Rippenkopf des fünften Brustwirbels.

Schon vor 40 Jahren beschrieb F. C. Hundhausen in seinem fantastischen, aber leider vergriffenen Buch („Die neue Krankheitstheorie“) den Zusammenhang einer Blockierung des fünften Brustwirbelkörpers (BWK) mit einem chronischen Schulter-Arm-Syndrom und dass man allein durch eine Deblockierung dieses Wirbels das Problem oft in den Griff bekommen würde. Hundhausen konnte die Zusammenhänge jedoch nicht erklären.

Das scheint jetzt aber möglich zu sein. Ich bemerkte auch schon vor 35 Jahren, dass Patienten mit einem chronischen Schulter-Arm-Syndrom vor allem in der Nacht über die Schmerzen klagten, die sie oft aufwachen ließen. Und immer war dann der Dornfortsatz des fünften BWK in die Richtung der erkrankten Schulter verdreht und durch eine Blockierung in dieser Position dort festgesetzt. Diese Beobachtung – mittlerweile an fast 4.000 Patienten wiederholt – führte dann zur Entwicklung eines neuen Wirkmodells der Manualtherapie: dem Modell der vertebro-vegetativen Koppelung (MvvK). Aus diesem entwickelte sich dann die Sympathikus-Therapie, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, den durch eine mechanische Bedrängung unablässig irritierten und damit dauerhaft erkrankten Sympathikus im Grenzstrang als Ursache für die Chronizität zu heilen.

Was passiert, wenn der Dornfortsatz des fünften Brustwirbelkörpers in Rotationsfehlstellung beispielsweise nach rechts dauerhaft blockiert ist?

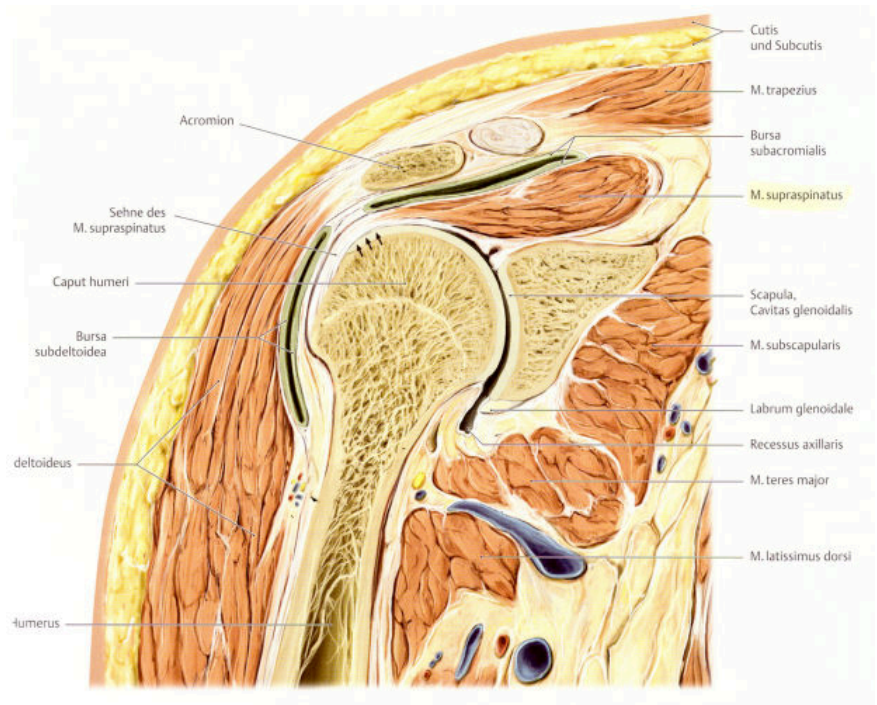


Abb. 1: Supraspinatus und subacromiale Enge

Bild: [4]

Anatomie des Grenzstrangs und MvvK

Da das MvvK die Behandlungsmaxime für die Sympathikus-Therapie darstellt, soll es zum besseren Verständnis ausführlicher und das an Hand des Morbus Sudeck erklärt werden. Dieser wird auch Reflex-, Algo- und sympathische Reflexdystrophie, im Englischen „Complex regional pain syndrome“ (CRPS) genannt. Das zur Diagnose führende Symptom ist also die Dystrophie, die oft auch schmerzhaft ist. Die Schmerzen entstehen in der vom Sympathikus versorgten Peripherie durch die Reizung von freien Nervenenden durch vom Sympathikus ausgeschütteten Noradrenalin.

Diese dystrophe Störung, die auch nach einer minimalen Verletzung wie nach einem Insektenstich entstehen kann, ist nur sehr schwer behandelbar. Sie besteht oft über viele Jahre hinaus. Die effektivste Therapie beim M. Sudeck ist die neuraltherapeutische Sympathikusblockade am Grenzstrang. Hierdurch wird offensichtlich, dass der Sympathikus ein sehr wesentliches Regulationsorgan für die Tro-

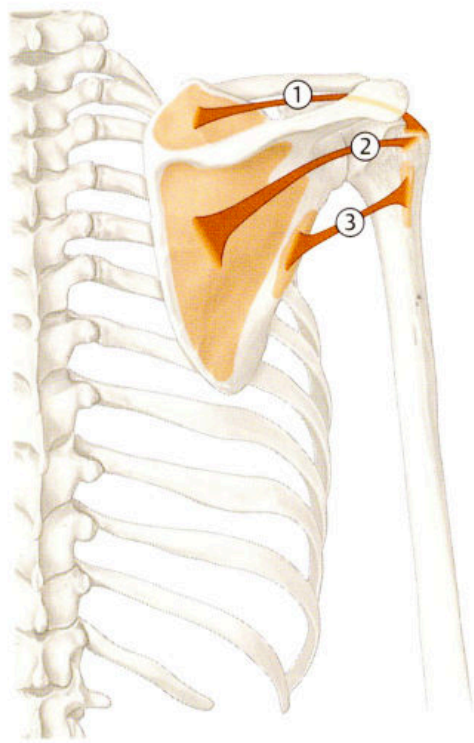
phik des Körpers darstellt und dass er über den Grenzstrang beeinflussbar ist.

Eine symbiotisch-antagonistische Steuerung durch den Parasympathikus erfolgt bis auf wenige Ausnahmen (Auge, Genitale) nur in den Eingeweiden!

Die sich aus dem Mesoderm entwickelnden Strukturen (Muskulatur, Skelett, Adern) werden allein durch den Sympathikus gesteuert. Ebenso verhält es sich mit den aus dem Ektoderm hervorgehenden Strukturen wie Haut und Nerven.

Eine Blockade mittels eines Lokalanästhetikums kann nur einen aktiven Nerven ausschalten, nicht eine passiven. Daraus folgt zwangsläufig: die therapeutische Grenzstrangblockade beim M. Sudeck 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 generiert.

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



① M. supraspinatus

Ursprung: Fossa supraspinata
Ansatz: Tuberculum majus (1. Facette)
Funktion: Abduktion (Kapselspanner)
Innervation: N. suprascapularis (C4-C6)

② M. infraspinatus

Ursprung: Fossa infraspinata
Ansatz: Tuberculum majus (2. Facette)
Funktion: Außenrotation
Innervation: N. suprascapularis (C4-C6)

③ M. teres minor

Ursprung: Margo lateralis scapulae
Ansatz: Tuberculum majus (distale Facette)
Funktion: Außenrotation
Innervation: N. axillaris (C5-C6)

Abb. 2: Diese Abbildung zeigt die Rotatorenmanschette ohne M. subscapularis. Aus ihr geht eindeutig hervor, dass eine Abduktionsschwäche bis 90° („painfull arc“) nur vom M. supraspinatus ausgehen kann. Bild: [4]

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. 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 zu einem relativem Rückzug der Rippe vom Grenzstrang. Diese minimale Phase scheint ausreichend für eine kurzfristige Erholung des Nervens und damit auch der von ihm versorgten Peripherie 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 stetig lokal aktiviert, statt die in dieser Zeit übliche Tonusabsenkung zu erfahren.

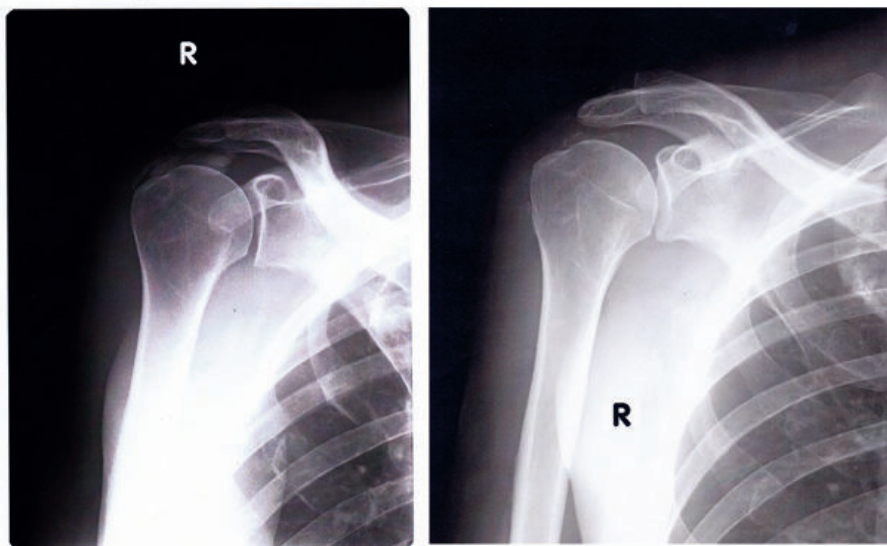


Abb. 3: Röntgenbild der rechten Schulter mit Kalkdepot zu Beginn der Behandlung (links) und zwei Monate später.

Wie ist es möglich, dass ein einzelner Nerv isoliert hyperaktiv ist? Was passiert mit dem Grenzstrang, wenn ein Brustwirbelkörper isoliert rotiert? Das ist anschaulich auf drei Videos auf youtube.com dargestellt [1 – 3]. 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 Gelenk luxiert. Genau vor dem Rippenkopf sitzt jedoch fast immer ein Ganglion des Grenzstrangs. Eine bandscheibenanaloge Bedrängung des Grenzstrangs ist damit fast unumgänglich. Auch hier kann der Nerv ähnlich der Situation des somatischen Nervens beim Bandscheibenvorfall wegen seiner Fixierung auf

ren. 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.

Pathogener Co-Faktor und „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 unterschwellig (= 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. Beim chronischen Schulter-Arm-Syndrom liegt ebenfalls ein zusätzlicher Faktor vor. Dieser ist hier zwar nicht primär pathogen, wird aber beim hier ausführlicher zu beschreibenden Krankheitsgeschehen sehr wesentlich.

Die dauerhafte sympathische Stimulierung – hier von Nerven des Ganglions vor der fünften Rippe – führt im Endeffekt zu einer Dystrophie der Sehnenansätze der Rotatorenmanschette, die deswegen zu spontanen Rupturen auch bei manchmal nur minimalen Belastungen neigt. Sie führt durch eine gleichzeitige Störung der Mikrozirkulation und der Verteilung des Plasma-Blutzell-Gemisches in den kapillären Netzwerken durch

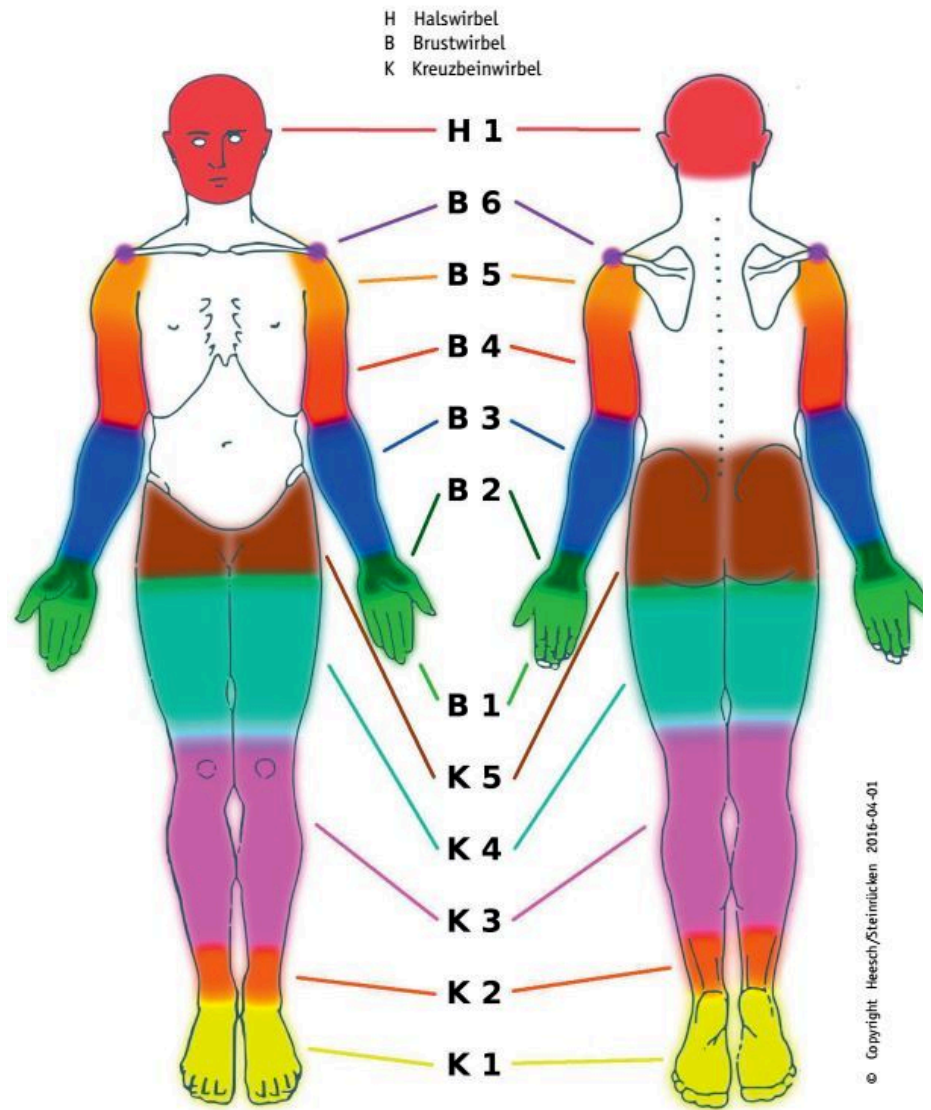


Abb. 4: Die Beziehung zwischen Wirbeln und Körperregionen – Kartografie der Sympathikus-Therapie

einen Stau des Lymphabflusses zu einer Schwellung der Sehnen. Diese Schwellung löst allgemein im Bereich der Rotatorenmanschette keine direkten Probleme aus. Ausnahme ist jedoch der Muskel supraspinatus. Dieser – den Arm seitlich hebende – Muskel führt durch eine Enge hindurch, die vom Oberarmkopf und dem Schulterdach als „subacromialer Raum“ gebildet wird. Ist die Sehne geschwollen passt sie nicht mehr durch den engen Kanal, wenn der Arm nach einer anfänglich durch den Muskel deltoideus bewerkstelligten Abduktion auf ungefähr 30° dann durch den M. supraspinatus weiter auf die Höhe von 90° gehoben würde. Weiter nach oben über 90° geschieht dann die Armhebung durch das Nach-vorne-Ziehen des unteren Schulterblatts durch den M. serratus inferior. Es besteht also eine Lücke in der Abduktion des Arms. Diese wird als „painfull arc“ (=

schmerzhafter Bogen) bezeichnet. Nach unseren Erfahrungen kommen 95 Prozent aller Patienten mit einem chronischen Schulter-Arm-Syndrom wegen einer Tendinopathie des M. supraspinatus zu uns in die Praxis. Sie klagen neben der Unfähigkeit den Arm aktiv zu heben weiterhin über Schmerzen in der Nacht, besonders, wenn sie auf der Seite der kranken Schulter liegen. Diese Schmerzen entstehen nicht wie man landläufig glaubt, durch das Liegen auf der Schulter, sondern durch eine zusätzliche Ventralisierung der Rippen. Die zusätzliche Bedrängung des Sympathikus im Grenzstrang durch den Kopf der fünften Rippe führt nicht nur zu einer Verschärfung der dystrophischen Situation, sondern auch zu den bei der Algodystrophie beschriebenen Schmerzen. Häufig werden beim chronischen Schulter-Arm-Syndrom im Röntgenbild Verkalkungen

im Bereich der Supraspinatussehne gesehen. Zusammen mit den Schmerzen und der Bewegungseinschränkung führt das häufig zu einer Operation mit langer postoperativer, sehr einschränkenden Ruhigstellung des Arms. Wie kommt aber der Kalk in die Sehne? Und warum nur auf einer Seite?

Das die Entstehung lokaler Dystrophien gut begründende MvK vermag dies ausreichend zu erklären. Die erfolgreiche Anwendung dieses Wirkmodells auch in diesem Fall wurde vor einiger Zeit deutlich gemacht bei einem Patienten mit einer Tendinitis calcarea. Schon nach drei Behandlungen des fünften Brustwirbelkörpers war die Beweglichkeit wesentlich gebessert. Nach der fünften Behandlung und zwei Monaten Wartezeit zeigte sich eine fast 80%-ige Reduktion des Kalkdepots.

Diagnostik

Wie der Begriff schon sagt: Das Wesentliche in der Sympathikus-Therapie ist der Sympathikus! Dieser ist primär krank und muss behandelt werden – nicht die Erkrankung, die er erzeugt! Mit diesem Wissen können wir uns, wenn wir sicher sind, dass die Erkrankung oder das Symptom, das den Patienten in unsere Praxis führt, vom Sympathikus generiert wird, auch auf das allein konzentrieren

und müssen nun nicht mehr ganz viele verschiedene Dinge tun, um ihm zu helfen. Wichtig sind die Fragen: **chronisch** und **lokal begrenzt** (sowie Verschlechterung in Ruhe; nicht zwingend erforderlich, aber von Vorteil für die Diagnosefindung, wenn es bejaht wird). Gibt es **keinen ersichtlichen anderen triftigen Grund** für die Symptomatik des Patienten, dann ist diese **mit größter Wahrscheinlichkeit sympathogen**.

Nun reicht allein ein Blick in die Kartografie, um den zuständigen und zu behandelnden Wirbel zu finden. Wie in der Reflextherapie (Bindegewebsmassage, Fußreflexmassage, Ohrakupunktur) behandeln wir nicht unterschiedliche Syndrome, sondern Regionen oder Orte. Die Art Krankheit selbst ist also wie bei der Reflextherapie auch hier primär völlig egal. Dort wissen wir jedoch nicht, wieso wir von Reflexpunkten aus auf kranke Organe positiv einwirken können. Bei der Sympathikus-Therapie ist der Wirkmechanismus jedoch völlig klar und gut nachvollziehbar.

Man sucht beim chronischen Schulter-Arm-Syndrom am in Bauchlage liegenden Patienten rechts den Dornfortsatz des fünften BWK auf und drückt mit dem Daumen oder einem Suchstift (Drucktaster) gegen dessen rechte (!) Flanke. Ist diese druckschmerzhafter als die der benachbarten Dornfortsätze, ist eine Rotationsblockierung des Wirbels nach links (!) hochwahrscheinlich.

Weiterhin finden wir dann auch einen Tendernpunkt fünf Querfinger von der Medianen auf der fünften Rippe. Man findet die Tendernpunkte am Brustkorb zwei Querfinger neben dem „Angulus“ der Rippe, wo sie von ventral kommend nach lateral umbiegt. Das heißt auf einer Linie entlang des inneren Schulterblattrandes (vergleichbar mit der Lage des äußeren Blasenmeridians der TCM). Der M. iliocostalis, der hier an den Rippenbögen seinen Ansatz hat, ist dafür als ursächlich anzusehen, denn er verkrampft dauerhaft bei einer Blockierung. (Da die Rippe nach oben geht, spannt der Muskel an seinem Ansatz und generiert damit den Tendernpunkt).

Therapie

Wir haben uns in der Therapie auf sehr wenige Techniken begrenzt. Diese haben sich seit vielen Jahren bewährt. Aber es ist jede andere Technik denkbar, die den Sympathikus, beziehungsweise den Grenzstrang, wieder befreit.

Kontraindikationen für die Behandlung sind nur eine starke Osteoporose oder Krebs in

der Anamnese (mögliche Knochenmetastasen). Sollte der Patient unter diesen Dingen leiden, so kann man dennoch mit der Mikro-pressur und Akuperm über die Tenderpunkte arbeiten. Um den Rahmen dieses Artikels nicht zu sprengen, sollen diese Techniken hier jedoch nicht weiter dargestellt werden. Sie sind aber zu finden unter www.mikro-pressur.de und in unserem Buch („Sympathikus-Therapie“, ML Verlag) und werden in unseren Seminaren praktisch dargestellt.

Die Therapie besteht also in der Suche nach den oben beschriebenen Tenderpunkten auf dem Rippenbogen, die die Wirbelblockierung begleiten. Diese werden mit einem aus der Auriculo-Therapie bekannten Dauernadelchen oder einem „Ohrsamenpflaster“ (daher auch für Physiotherapeuten möglich!) beklebt. Das erweicht den Maximalpunkt im Gewebe und erleichtert damit die De-Blockierung des betroffenen Wirbels durch eine einfach durchzuführende manuelle Mobilisation des Patienten in Bauchlage.

Die Therapie muss sehr akkurat durchgeführt werden, ist aber sonst einfach.

Schlussbemerkungen

Die Sympathikus-Therapie besticht durch ihre schnellen Erfolge in der Praxis und die einfache Anwendung. Man hält es als Therapeut kaum für möglich, dass man bei einem chronischen Geschehen, wie dem hier beschriebenen Schulter-Arm-Syndrom, mit so wenig Aufwand so schnell helfen kann. Man kann es so verstehen: Der Körper heilt sich selbst, wenn man ihm dazu nur die Möglichkeit gibt – indem der lokal übererregte Sympathikus als Störenfried beseitigt wird. Dann ist mit der Homöostase im Bereich der Schulter wieder alles in Ordnung und die Heilung kann beginnen. ■

Keywords: *chronisches Schulter-Arm-Syndrom, manuelle Therapie, Manualtherapie, Sympathikus-Therapie, Morbus Sudeck, Neurologie, Schmerzen, Reflextherapie*

Literaturhinweis

- [1] <https://www.youtube.com/watch?v=8jSNon8aKhM>
- [2] <https://www.youtube.com/watch?v=pJ8cuuS4L1U>
- [3] <https://www.youtube.com/watch?v=vfAw2XNXis4>
- [4] Michael Schünke, Erik Schulte, Udo Schumacher (Herausgeber). Prometheus - Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem (LernAtlas der Anatomie). Thieme, 2014.

Die Autoren



Dr. Dieter Heesch ist Arzt für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren. Seit der Entdeckung der

Sympathikus-Therapie 2005 entwickelte er die Methode stetig weiter. Er ist Gründer des Lehrinstituts für Sympathikus-Therapie und Referent.

Heilpraktikerin und Physiotherapeutin **Andrea Oberhofer** ist seit 2009 begeisterte Anwenderin der Sympathikus-Therapie. Neben der Leitung des Instituts für Sympathikus-Therapie hält sie ebenso Seminare zu diesem Thema.

