

Persönliche PDF-Datei für Heesch D, Oberhofer A.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

Die Behandlung von Hand- problemen mit der Sympa- thikus-Therapie

Praxis Handreha

2023

68-74

10.1055/a-2011-0168

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership

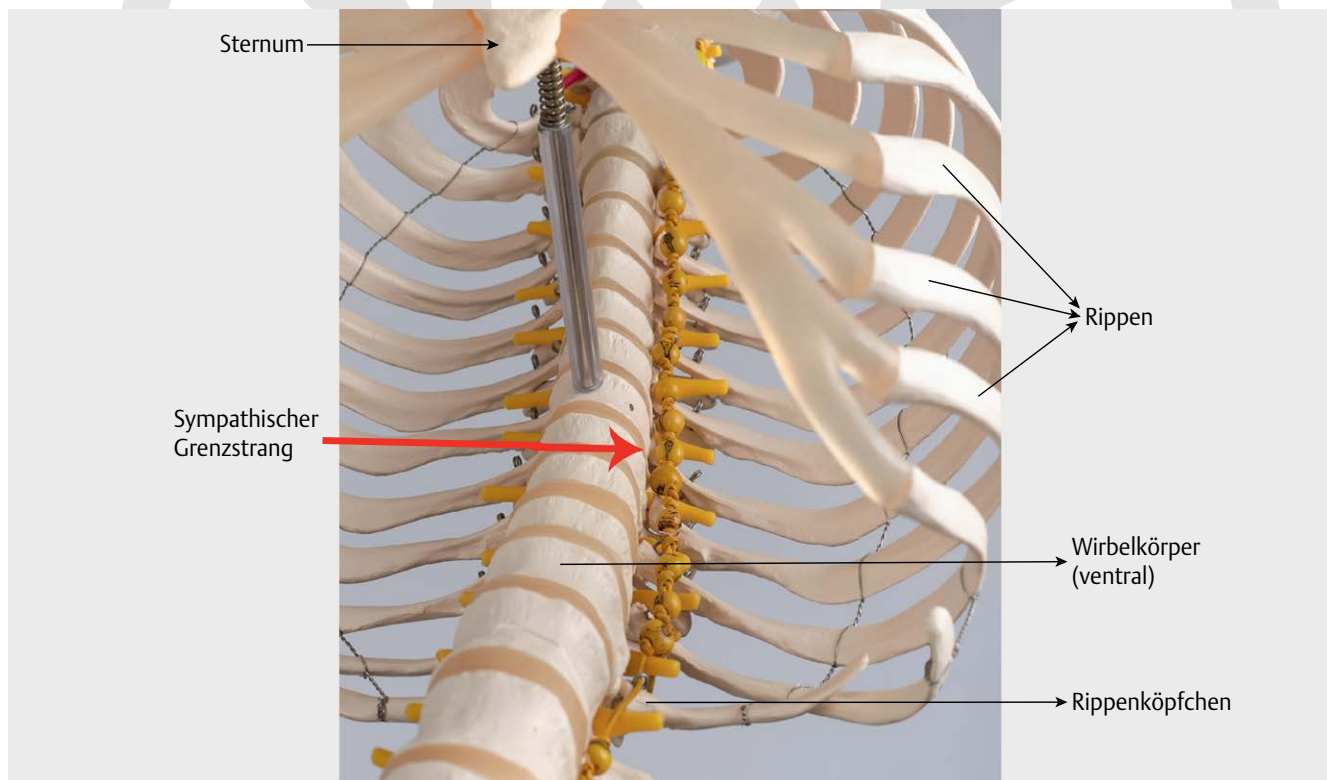
© 2023. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *Praxis Handreha* ist Eigentum von Thieme.
Georg Thieme Verlag KG,
Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 2628-4545

Die Behandlung von Handproblemen mit der Sympathikus-Therapie

Dieter Heesch, Andrea Oberhofer

Der Sympathikus ist nicht nur ein „Einflussfaktor“ für Pathologien der Hand: Er kann auch selbst eine Störung aufweisen, die sich dann auf unterschiedliche Weise im Bereich der oberen Extremität zeigt. Liegt eine solche Störung vor, kann die Sympathikus-Therapie Abhilfe schaffen.



Die zum Sympathikus gehörenden Grenzstrangganglien liegen paravertebral der Brustwirbelsäule, ventral der Rippenköpfchen. Durch Blockierungen der Wirbel bzw. Rippen können sie irritiert werden, was zu vegetativen Reaktionen – auch der oberen Extremität – führen kann.

Ein Erfahrungsbericht Eine 62-jährige Patientin kam wegen Schmerzen im rechten Daumen in die Sprechstunde meiner allgemeinmedizinischen Arztpraxis. Sie hatte Probleme bei der Ausführung ihres Hobbys, dem Stricken. Diagnostiziert war eine Daumengrundgelenkarthrose, obwohl im Röntgenbild das Gelenk relativ intakt aussah. Eine andere Patientin (68 Jahre) hatte morgens unangenehme, leicht schmerzhaft Taubeitsgefühle nur in der rechten Hand und dort auch nur in der radialen Handseite. Die ärzt-

lichen Kollegen stellten ein Karpaltunnelsyndrom (KTS) fest. Für eine Operation sei es aber noch zu früh gewesen.

Zur großen Irritation beider Patientinnen überprüfte ich die Hand und den Daumen gar nicht, sondern schaute nach, ob der Dornfortsatz des 2. Brustwirbelkörpers auf der rechten Seite druckschmerzhaft war. Als sich das bestätigte, brachte ich ihn mit einer Variante der Laienmethode nach Dorn wieder in die gerade Position. Anschlie-

ßend klebte ich auf einen bestimmten druckschmerzhaften Punkt auf der 2. Rippe (ungefähr 3 Querfinger rechts neben der Mitte der Wirbelsäule) ein reiskorngroßes Kügelchen mit einem Pflaster (Ohrsamenpflaster).

Bei der Wiedervorstellung nach einer Woche hatte die eine Patientin keine Daumenschmerzen und die andere keine Taubheitsgefühle mehr. Warum habe ich das Obige getan und mich so ganz anders verhalten, als man erwarten würde?

Das Modell der vertebro-vegetativen Koppelung

Die Begründung liegt in der folgenden Erkenntnis: Eine Rippe macht bei einer isolierten Rotation des zugehörigen Brustwirbelkörpers eine, bisher noch kaum bekannte, weitere Bewegung als das normale Auf und Ab bei der Atmung (zu sehen in den Videos, die Sie unter ► **Abb. 1** finden).

Diese Blockierung eines Brustwirbelkörpers in Rotationsstellung führt zu einer Anhebung und Ventralisation der zu diesem Wirbel gehörenden Rippe (► **Abb. 2**). Dabei wird der am Wirbelkörper nur minimal fixierte Kopf der Rippe dauerhaft nach vorne gegen ein Ganglion des davorliegenden Grenzstrangs gedrückt. Dieser kann nicht ausweichen, weil er über eine Membran an der Wirbelsäule fixiert ist. Analog der Einengung eines sensiblen Nervs durch einen Bandscheibenvorfall auf der Rückseite der Wirbelsäule kann es auf der Vorderseite je nach Intensität der Bedrängung des Grenzstrangs dann zu unterschiedlichen Auswirkungen kommen:

- Wird ein *sensibler* Nerv im Grenzstrang gereizt, kann sich das in brennenden Schmerzen oder Parästhesien äußern.
- Internistische Probleme (beispielsweise Herzrhythmusstörungen) treten auf, wenn *sympathische* Fasern irritiert werden, die die *Eingeweide* versorgen.
- Werden *sympathische* Fasern bedrängt, die die *Peripherie* versorgen, kann sich ein komplexes regionales Schmerzsyndrom, CRPS (als Grundlage

einer allgemeinen „Heilungsstörung“) in unterschiedlichster Ausprägung ausbilden.

Wir können mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass das CRPS so entsteht. Darauf weist die zumindest vorübergehende Linderung der Symptomatik durch eine Beruhigung des Sympathikus mittels der Applikation eines Lokalanästhetikums an den Grenzstrang (in der Neuraltherapie „Sympathikusblockade“ genannt) hin. Analog der mechanoelektrischen Kopplung bei der Herstellung von Strom durch einen Dynamo haben wir diese Modellvorstellung „Modell der vertebro-vegetativen Koppelung“ genannt. Diese Analogie ist naheliegend, da auch hier durch einen mechanischen Einfluss Elektrizität erzeugt wird, die vom Grenzstrangganglion als Nervenimpuls in die Peripherie fließt.

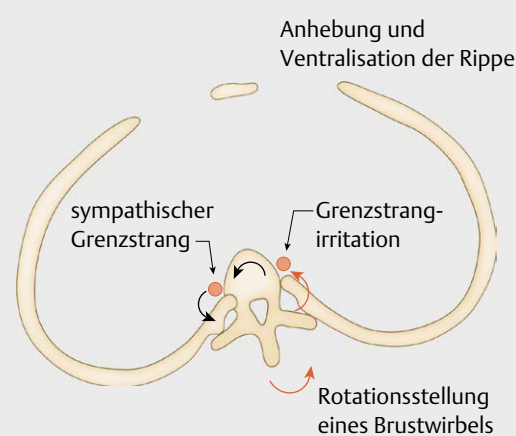
Diese Wirkmodell-Vorstellung ist die Basis der Sympathikus-Therapie.

Sympathikus-Therapie

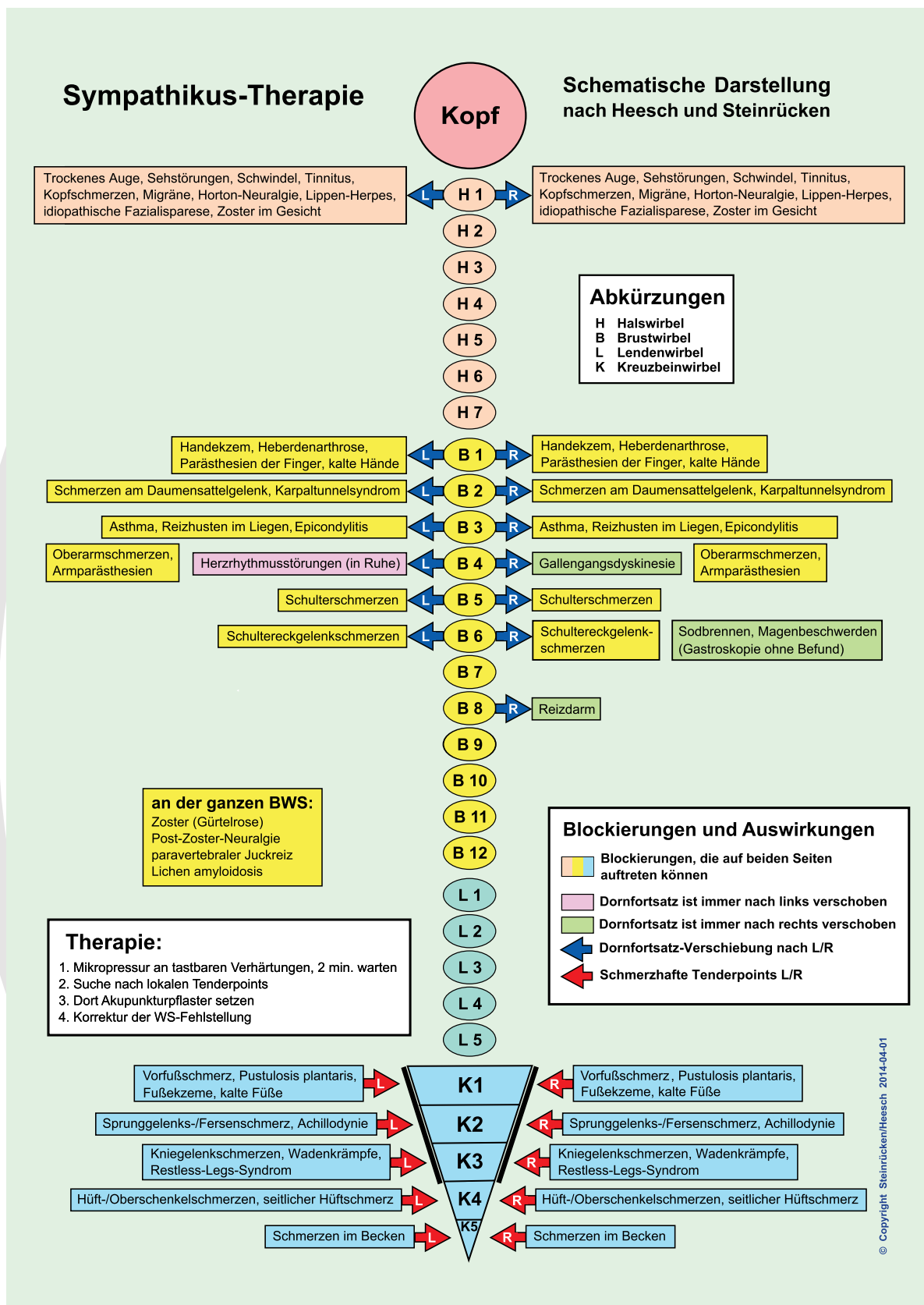
Die Ausgangshypothese der Sympathikus-Therapie ist also grob zusammengefasst, dass Gelenkblockierungen an bestimmten Abschnitten der Wirbelsäule den Sympathikus im Bereich des Grenzstrangs lokal irritieren können. Durch diesen mechanischen Reiz entsteht eine isolierte Hyperaktivität mit unterschiedlichsten Auswirkungen in der Peripherie. Je nach Lokalisation der mechanischen Irritation können so regional isoliert verschiedenste Beschwerden auftreten. An der oberen Extremität sind das beispielsweise Parästhesien der Finger (1. Brustwirbel), Daumensattelgelenksschmerzen (2. Brustwirbel) oder Schulterschmerzen (5. Brustwirbel). Eine detaillierte Übersicht der verschiedenen Symptome zeigt ► **Abb. 3**. Eine sinnvolle Therapie muss deswegen sein, den Wirbel wieder in die korrekte Stellung zu bringen.



► **Abb. 1** Die QR-Codes führen zu Videos, die die Rippenbewegungen bei isolierter Rotation des dazugehörigen Brustwirbelkörpers demonstrieren: **a** von hinten, **b** von der Seite.



► **Abb. 2** Grenzstrangirritation durch blockierten Wirbel.



► **Abb. 3** Schematische Darstellung der Sympathikus-Therapie. Nur Wirbel, die in gelenkiger Verbindung mit Rippen stehen, und Wirbel mit rippenanalogen Gelenken (wie das Os occipitale am Kopfgelekn und das Os ilium am Sacrum) können den Grenzstrang mechanisch bedrängen. Daher gehen sympathogene Erkrankungen nur vom Kopfgelekn, der BWS und dem Beckengelekn aus. In welche Richtung die Rotation des Wirbels blockiert ist, ist durch die Seite des Syndroms oder das jeweilige Organ eindeutig vorgegeben. Der Dornfortsatz steht immer in Richtung der Pathologie.

© Copyright Steinrücken/Heesch 2014-04-01

Um es ganz deutlich klarzustellen: Es wird nicht wie bei den üblichen Vorstellungen mittels des Sympathikus auf Krankheiten eingewirkt. Sondern hier ist der Sympathikus selber durch die mechanische Bedrängung krank und bedarf obiger Therapie. Da der Sympathikus für fast den gesamten Körper eine Steuerungsfunktion hat – quasi wie die Software beim Computer –, könnte man von einer Softwarestörung des Körpers sprechen. Neben seelischen und rein somatischen Ursachen stellt dies eine dritte Möglichkeit, krank zu werden, dar.

THERAPIE

Die oben beschriebene Behandlung ist unser Standard der Sympathikus-Therapie bei allen Syndromen im Bereich der Handgelenke und Mittelhand rechts. Sie ist immer gleich. Das gilt auch für andere chronische Erkrankungen der Arme. Würden die Patientinnen über eine Epicondylitis links klagen, würde der Dornfortsatz des 3. Brustwirbels links ähnlich untersucht und behandelt werden. Bei einem chronischen Schulter-Arm-Syndrom rechts wäre es der 5. Brustwirbel rechts.

Warum gehen die Sympathikus-Therapeuten – egal ob Physio- oder Ergotherapeuten oder auch der Arzt – so vor, wenn sie diese Methode anwenden? Weil wir glauben, die Ursache für Chronifizierungen und/oder Heilungsstörungen in der Peripherie gefunden und ein Therapieregime entwickelt zu haben, das nicht nur sehr sanft, ungefährlich und effizient, sondern auch mit minimalem Aufwand an Instrumentarium, Technik und Materialkosten sogar von Laien durchgeführt werden kann.

Wir geben uns nicht einfach mit der ungeklärten Existenz von chronischen peripheren Erkrankungen ab. Alles hat eine Ursache. Und es ist bisher überhaupt nicht geklärt, wie ein KTS oder auch ein CRPS entsteht und warum es sich gerade nachts verschlechtert. Warum schmerzt der Daumen jahrelang, obwohl täglich nur eine halbe Stunde gestrickt wurde, sodass eine Überlastung des Daumengrundgelenks unwahrscheinlich ist? Warum wacht man bei einem chronischen Schulter-Arm-Syndrom so oft mit Schulterschmerzen nachts auf, obwohl man die Schulter gar nicht belastet hat?

Dauerhafte Sympathikusaktivierung Das können wir verstehen, wenn wir uns überlegen, was passiert, wenn der Sympathikus lokal dauerhaft aktiv ist. Da er im Gegensatz zum trophotropen Parasympathikus ergotrop – also Energie verbrauchend – ist, wird bei dauerhafter Aktivität in dem von ihm neural versorgten Gebiet im Laufe der Zeit keine Regeneration erfolgen können. Da es den Parasympathikus bis auf minimale Ausnahmen nur im Bereich der Eingeweide gibt, kann er (entgegen der landläufigen Mei-

nung) im restlichen Bereich des Körpers als Antagonist des Sympathikus überhaupt nicht wirksam werden.

Merke

Für den Bereich von Haut, Muskeln, Bindegewebe, Knochen und Nerven kann es deswegen nur dann zur Regeneration kommen, wenn der Sympathikus dort nicht dauerhaft aktiv ist.

Nur dann hat das Gewebe eine Chance, die vom Intestinum zur Verfügung gestellten Baustoffe zu verarbeiten. Hier mag der Parasympathikus eine wesentliche Rolle spielen.

Verschlechterung durch Ruhe

Unsere körperliche Regeneration passiert überwiegend im Schlaf. Bei einer dauerhaften Blockierung mit der Folge einer ebenso beständigen mechanischen Irritation des Sympathikus kann die nächtliche Ruhephase jedoch nicht wirksam sein, da der Tonus des lokal erregten Sympathikus nicht mit herunterfährt. Er ist nicht mehr beeinflussbar und jeglichem kybernetischen Zusammenspiel entzogen. Es kommt sogar oft zu einer Verstärkung der Symptome in der Nacht. Denn hier ist die Atmung fast vollständig auf die Zwerchfellatmung reduziert. Dadurch bewegen sich die Rippen kaum noch, und die leichte Retraktion des Rippenkopfes vom Grenzstrang bei der Absenkung der Rippe beim Ausatmen fehlt beim Schlafen. Erfahrungsgemäß führen aber derart minimale Pausen der Bedrängung zu einer Minderung der Ausformung der sympathogenen Syndrome.

Diese Verschlechterung der Symptomatik durch ein Anheben und damit verbundener Ventralisierung der Rippen zeigt sich auch beim CRPS nach einer Handgelenksfraktur. Auffällig ist hier, dass vor allem ältere Frauen mit einem Rundrücken („Witwenbuckel“) darunter leiden. Erklärbar ist das durch eine Anhebung der Rippen durch die Hyperkyphose im Bereich der oberen BWS. Vermutlich ist die überzufällige Häufung von Radiusfrakturen bei älteren Frauen nicht nur durch eine gewisse Unsportlichkeit, sondern auch durch eine sympathogene Osteopenie dort bedingt. Analog zur Heberdenarthrose, die nach unseren Beobachtungen auch überwiegend bei Frauen mit Rundrücken auftritt.

Sympathische Reflex-Dystrophie als Ursache für Heilungsstörungen

Die Berechtigung dieses Analogieschlusses wird bestärkt durch die Erfahrung, dass auch immer am selben Ort wiederkehrende Hautkrankheiten wie der Herpes oder chronische Ekzeme nach Behebung der Blockierung verschwinden. Die dauerhafte Sympathikusirritation schafft also einen Ort geringer Widerstandskraft (= locus minor resis-

tenciae), an dem dann gerne die unterschiedlichsten Krankheiten ausbrechen.

Die mangelnde lokale Regenerationsfähigkeit hat zur Folge, dass es beispielsweise nach Verletzungen oder Operationen zu Heilungsstörungen im Sinne einer „sympathischen Reflex-Dystrophie“ kommen kann. Wir nannten die Folgen der chronischen Sympathikusirritation in der Peripherie deswegen auch „Minor-Sudeck“.

Merke

Wird die Wirbelgelenksblockierung nicht beseitigt, kann die Sympathikushyperaktivität jahrelang bestehen und je nach Ausprägung zu unterschiedlichsten Syndromen führen.

- An der Schulter kommt es beispielsweise zu einer Degeneration von Sehnenansätzen, was relativ spontan zur Rotatorenmanschettenruptur führen kann. Wegen eines mangelnden Lymphabflusses verdickt die Sehne des M. supraspinatus und passt beim seitlichen Armheben nicht mehr unter das Schulterdach. Durch eine Degeneration der Sehnenansätze kann es leicht zu einer Rotatorenmanschettenruptur bei minimalem Krafteinsatz kommen.
- Ein Bruch des Handgelenks heilt nicht aus und es entsteht dort ein CRPS. Die Schmerzen des CRPS entstehen durch die Ausschüttung von Noradrenalin, das freie sensible Nervenendigungen in der Peripherie stimuliert. An den Fingerspitzen kann die Sympathikushyperaktivität zu einer adenoiden Degeneration mit der Ausbildung von Heberdenarthrosen führen [1].

Die erfolgreichste Therapie des CRPS gibt uns einen Hinweis: die therapeutische Grenzstrangblockade. Eine Blockade mittels eines Lokalanästhetikums kann nur einen aktiven Nerv ausschalten, nicht eine passiven. Daraus folgt zwangsläufig: Beim CRPS ist diese Sympathikusblockade nur dann sinnvoll, wenn man davon ausgeht, dass der Sympathikus lokal dauerhaft aktiv ist und sich deswegen in dem von ihm versorgten Gebiet dystroph auswirkt sowie Dauerschmerzen erzeugt.

Warum der Sympathikus nun aber lokal dauerhaft überaktiv sein kann, erklärt der Mechanismus, den das „Modell der vertebro-vegetativen Koppelung“ beschreibt. Er zeigt auch, warum die neuraltherapeutische Sympathikusblockade oft nur kurzfristig wirkt. Denn nach Abklingen der Wirkung des Lokalanästhetikums besteht die mechanische Irritation (und damit die den CRPS verursachende Hyperaktivität des Sympathikus) ja weiterhin.

Um dem durch die Wirbelgelenksblockierungen lokal hyperaktiven Sympathikus nachhaltig zu begegnen, hilft deswegen langfristig nur die oben beschriebene Manualtherapie.

Die therapeutische Technik

Nach unseren Erfahrungen ist eine Rotationsblockierung nach links (= Dornfortsatz nach rechts rotiert) anzunehmen, wenn der untersuchte Dornfortsatz relativ zu den benachbarten wesentlich schmerzhafter ist.

1. Ausgangsposition

Nach Abklärung von Risikofaktoren (Osteoporose, mögliche Knochenfrakturen) wird dann beim auf dem Bauch liegenden Patienten in Richtung Wirbelkörpermitte der rechte Daumen an die Flanke des Dornfortsatzes (DF) modelliert (► Abb. 4). Er wird dann noch durch das Mittelglied des Zeigefingers abgestützt. Diese Hand des Behandlers wird dann im Ellbogen und durch Anlegen des Oberarmes an den Oberkörper „verriegelt“. Es findet nach der „Einmodellierung“ hier keine Bewegung mehr statt. Auch keinen Millimeter mehr! Stabil wie eine Wand.

2. Schaukeln des Beckens unter Fixierung des DF

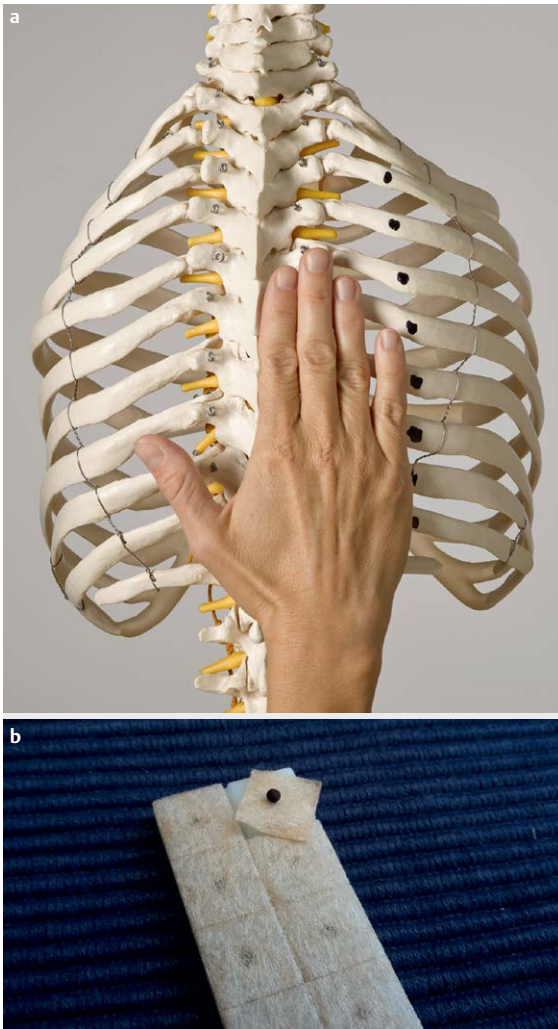
Nach der Eigenstabilisierung durch einen Ausfallschritt – mit dem linken Knie an der Kante der Liege – wird mit der fußnahen Hand das Becken der Patientin in ein harmonisch rhythmisches Schaukeln gebracht. Dafür ist es sinnvoll, die Mitbewegung der Unterschenkel durch Unterlegen einer Kissenrolle zu unterbinden. Wenn die dadurch erzeugte Rotation der Wirbelsäule spürbar am 2. Brustwirbelkörper ankommt, wird dieser Bewegung durch den verriegelten Daumen gegengehalten. Diese Methode kennt man aus der Dorn-Therapie, um den verdrehten Wirbel wieder in die regelrechte Position zu bringen. Unsere Variation hat jedoch den Vorteil, dass sowohl das schmerzhafteste Periostrum der Dornfortsatzflanke des Patienten sowie der Daumen des Therapeuten immer nur sehr kurz belastet werden. So werden auch Wiederholungen der Anwendung beidseits gut vertragen.

3. Mikroressur des Tenderpoints

Anschließend sucht der Behandler einen Tenderpoint auf, der rund 3–4 Finger breit neben der Wirbelsäule liegt (► Abb. 5a). Auf diesen klebt er ein hypoallergenes rundes Papierpflaster mit einem reiskorngroßen Kügelchen (► Abb. 5b). Dieses Vorgehen hat sich als sinnvoll erwiesen.



► Abb. 4 Ausgangsposition für die Sympathikus-Therapie.



► **Abb. 5** Mikropressur nach der Mobilisation: **a** Die schwarzen Punkte markieren die paravertebralen Tenderpoints. **b** Das „Kugelpflaster“ wird auf den Tenderpoint aufgeklebt, um einer erneuten Blockierung vorzubeugen.

sen, da Blockierungen nach manualtherapeutischen Eingriffen erfahrungsgemäß sehr häufig rezidivieren. Durch Applikation eines Dauerreizes auf einen zugehörigen Tenderpunkt kann die manuelle Deblockierung erheblich nachhaltiger gestaltet werden. Oft reicht allein schon dieser minimale Reiz, um die Blockierung zu lösen.

Nach der Applikation des Kügelchens sollten die Patienten sich für 10 Sekunden mit dem Kopf im Nacken über die Rückenlehne eines Stuhls derart weit zurücklehnen, dass sie ungefähr mit dem 2./3. Brustwirbel auf der Kante der Lehne zu liegen kommen. Dadurch wird oft ein letzter Rest einer Blockierung beseitigt, der sonst häufig zu Rezidivblockierungen führt. Die letzte Prozedur sollten die Patienten als Rezidivprophylaxe anfangs 3x täglich durchführen und dann nach Verschwinden der Symptomatik nur noch 1x wöchentlich.

Zusammenfassung

Die Sympathikus-Therapie, mit ihrem Wirkmodell der vertebro-vegetativen Kopplung, zeigt einen neuen Wirkmechanismus auf, der zur Entstehung chronischer lokaler Erkrankungen an den Extremitäten führen kann. Der Sympathikus ist dabei nicht nur ein Vermittler vegetativ neuraler Impulse, sondern er kann selbst erkranken und so zu den unterschiedlichsten Symptomen führen.

FORTBILDUNGSKURSE ZUR SYMPATHIKUS-THERAPIE

Die Kurse richten sich an Physio- und Ergotherapeuten sowie an Heilpraktiker und Ärzte. Informationen zu den Kursen erhalten Sie über das Institut für Sympathikus-Therapie
E-Mail: info@sympathikus-therapie.de
Tel.: 09131/9176736

Interessenkonflikt

Die Autor*innen haben das Institut für Sympathikus-Therapie gegründet.

Autorinnen/Autoren



Dr. Dieter Heesch

Arzt für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren. Die Entwicklung der Sympathikus-Therapie ist in den Jahren seiner Praxistätigkeit entstanden. Öffentlich vorgestellt hat er die Sympathikus-Therapie erstmals 2005. Seit der Gründung des Institutes für Sympathikus-Therapie 2015 wird die Methode in Fortbildungen für Therapeuten gelehrt.



Andrea Oberhofer

Heilpraktikerin und Physiotherapeutin und seit 2009 begeisterte Anwenderin der Sympathikus-Therapie. Sie ist in ihrer Naturheilpraxis in Erlangen mit dem Schwerpunkt Sympathikus-Therapie tätig. Zudem ist sie Mitgründerin, Leiterin und Referentin des Institutes für Sympathikus-Therapie in Erlangen.

Korrespondenzadresse

Dieter Heesch
info@sympathikus-therapie.de

Literatur

- [1] Barop H. Lehrbuch und Atlas Neuraltherapie nach Huneke. Stuttgart: Hippokrates; 1996

- [2] Helmsmoortel J, Hirth T, Wühl P. Visceral Osteopathy – The peritoneal organs. Seattle: Eastland Press; 2010
- [3] Bergmann O, Eder M. Thorakale Funktionsstörungen. Pathogenese und Rehabilitation. Stuttgart: Haug; 1977
- [4] Haensch CA, Jost W. Das autonome Nervensystem. Grundlagen, Organsysteme und Krankheitsbilder. Stuttgart: Kohlhammer; 2009
- [5] Heesch D. Das Modell der vertebro-vegetativen Kopplung zur Erklärung der Wirkungsweise der Körperakupunktur. Arzt Zahnart Naturheilverf 2006; 4: 20–25
- [6] Heesch D. Sympathikustherapie und die Kartografien der Manualtherapie. EHK 2011; 60: 97–104
- [7] Heesch D, Steinrücken H. Sympathikustherapie. Die Wirbelsäule im Zentrum der Medizin. Heidelberg: Heestein; 2013
- [8] Hundhausen FC. Krankheit als Störpolgeschehen. Eine Theorie und Praxis der Neuralmedizin. Berlin: WBV Biologisch-Medizinische Verlagsgesellschaft mbH & Co KG; 1998
- [9] Pischinger A, Heine H. Das System der Grundregulation. Grundlagen einer ganzheitsbiologischen Medizin. Stuttgart: Haug; 2014
- [10] Ricker G. Pathologie als Naturwissenschaft – Relationspathologie. Berlin: Springer; 1924
- [11] Wancura-Kampik I. Segment-Anatomie. 2. Aufl. Stuttgart: Haug; 2010