

# Erkrankungen, die sich in Ruhe verschlechtern

Die Sympathikustherapie | Dr. med. Dieter Heesch und Dr. med. Heiner Steinrücken

*Vorgestellt wird ein System, das sich ähnlich wie die TCM, Kinesiologie oder Homöopathie hervorragend als Basistherapie für eine naturheilkundliche Praxis eignet. Der Vorteil gegenüber den bekannten anderen Therapieformen ist die Sicherheit der Zuordnung von Erkrankung und Ursache. Das Ergebnis des therapeutischen Bemühens ist sofort überprüfbar, da der Ort von Diagnostik und Therapie identisch sind. Ausreichend für die Anwendung der Sympathikustherapie (ST) sind Basiskenntnisse der Dornmethode. Zusätzlich wenden wir in unseren Praxen weitere sehr effektive Methoden wie die Mikropressur und Applikation von Dauernadeln an.*

Die Methode ist so einfach, weil nicht wie üblich direkt die Erkrankung, sondern die Ursache für deren Chronifizierung behandelt wird. Wir haben herausgefunden, dass diese durch eine Dysfunktion der vegetativen Steuerung in Form eines erhöhten lokalen Sympathikotonus erzeugt wird. Dieser entsteht im Rahmen einer Wirbelblockierung durch eine mechanische Bedrängung des Sympathikus im Grenzstrang durch einen nach ventral verschobenen Rippenkopf (oder das ISG oder das Kopfgelenk).

*Da der Sympathikus die Funktionen des gesamten Körpers steuert, kann eine Störung sehr viele unterschiedliche und komplexe Folgen haben.*

Somit kann eine Irritation des Sympathikus eine Unzahl von Krankheiten auslösen. Die Beseitigung dieser durch eine mechanische Bedrängung erzeugten Irritation führt dann innerhalb sehr kurzer Zeit zu einer Linderung oder gar Heilung der Erkrankung. Wir sind mit der Sympathikustherapie in der Lage, über 80 % der in unseren alternativmedizinisch ausgerichteten Praxen vorkommenden Krankheiten aus dem gesamten Spektrum der Medizin sanft, rasch und völlig ungefährlich erfolgreich zu behandeln.

Die Schulmedizin konzentriert sich mittlerweile diagnostisch überwiegend auf die Messung entgleister biochemischer Vorgänge im Körper oder die bildliche Darstellung pathologischer Strukturen. Diese werden dann mit Pharmaka und / oder Operationen

behandelt. Wirbelfunktionsstörungen sind nur zu tasten und weder labormedizinisch noch mit bildgebenden Verfahren erkennbar. Die Schulmedizin kann regionale Störungen der vegetativen Regelungsvorgänge also nicht messen und ist somit blind für diesbezügliche Erkrankungen. Gerade Patienten mit vegetativ ausgelösten Syndromen erscheinen daher in großer Zahl in unseren alternativmedizinischen Praxen, die wir mit unserem Wissen um den Sympathikus rasch von ihren Beschwerden befreien können.

*Wesentlich für die Durchdringung dieser Therapie ist die Akzeptanz der Verschlechterung in Ruhe als entscheidendes Krankheitskriterium.*

Für zahlreiche Erkrankungen hat dieses bisher unbekanntes Kriterium für die Diagnostik und die daraus folgende Therapie dieselbe Relevanz wie zum Beispiel Fieber oder Schmerz. Auffällig ist, dass die Ursache dieser Erkrankungen (CTS, Wadenkrämpfe, Reflexösophagitis als Beispiele) bisher ungeklärt blieb und sowohl von Schul- als auch Komplementärmedizin nur schlecht behandelbar war.

Nach unseren Erfahrungen ist die Methode mit wesentlich größeren Aussichten erfolgreich anwendbar, wenn man das zugrundeliegende System verstanden hat. Dieses wird nachfolgend beschrieben.

## Modell der vertebro-vegetativen Koppelung (MvvK)

Da das MvvK die Behandlungsmaxime für die ST darstellt, soll es zum besseren Verständnis ausführlicher und am Beispiel des Morbus Sudeck erklärt werden:

Die Erkrankung ist eine dystrophe Störung, die nach einer Verletzung entstehen kann. Die effektivste Therapie ist die Sympathikusblockade am Grenzstrang.

*Hierdurch wird offensichtlich, dass der Sympathikus ein sehr wesentliches Regulationsorgan für die Trophik des Körpers darstellt und dass er über den Grenzstrang beeinflusst ist.*

Eine symbiotisch-antagonistische Steuerung durch den Parasympathikus erfolgt bis auf wenige Ausnahmen (Auge, Genitale) nur im Intestinum. Das Mesoderm (Muskulatur, Skelett, Adern) wird allein durch den Sympathikus gesteuert.

*Eine Regeneration des mesodermalen Gewebes findet nur statt, wenn der Sympathikus nicht aktiv ist.*

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

## Was passiert mit dem Grenzstrang, wenn ein Brustwirbelkörper (BWK) isoliert rotiert? <sup>1</sup>

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 Gelenk luxiert. Genau vor dem Rippenkopf sitzt jedoch immer ein Ganglion des Grenzstrangs. Eine dem Bandscheibenvorfall analoge Bedrängung des Grenzstrangs ist damit fast unumgänglich.

Auch hier kann der Nerv der Raumforderung, analog zur Situation des somatischen Nervs beim Bandscheibenvorfall, wegen seiner Fixierung auf der Wirbelsäule durch eine feste Membran nicht ausweichen. Er wird sich so verhalten wie jeder irritierte Nerv und 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 und **kyber-**

<sup>1</sup> Dieser Vorgang ist auf youtube.com anschaulich in zwei Videos dargestellt: "Sympathikus-Therapie, Rippenbewegung von hinten" und "Sympathikus-Therapie, Rippenbewegung seitlich"

**netische Rückkopplung** regulativ oder genauer dys-regulativ eingreifen.

## Pathognomonisch: 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 im Fall von M. Sudeck und auch beispielsweise bei der Gürtelrose besonders in Ruhe und vor allem in der nächtlichen Ruhe aktiver als am Tag?

Bei einer dauerhaften Rotation eines einzelnen BWK 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 weniger bedrängt wird. Während 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 Nervs zu sein.

In Ruhe, zum Beispiel in der Nacht, wenn die Bauchatmung überwiegt, kommt es zu nur sehr geringen Rippenexkursionen. Dann wird der Grenzstrang vom blockierten Rippenkopf dauerhaft bedrängt und der Sympathikus ständig lokal aktiviert, statt die in dieser Zeit übliche Tonusabsenkung zu erfahren. Die übliche nächtliche Regeneration der von ihm versorgten Region kann deswegen nicht erfolgen. Je nach Intensität der Irritation kommt es dann zur Dystrophie, die 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 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 Gegeben-

heit, die zur Bedrängung des Grenzstrangs durch den Rippenkopf führt.

## Grenzstrang-Bedrängung als pathogener Co-Faktor

Die von der dauerhaften Sympathikusirritation ausgelöste Dystrophie kann bei einem komplexen Krankheitsgeschehen auch ein zusätzlicher Faktor sein, der wie das „Zünglein an der Waage“ zur 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 dystrophen Hautareal ausbricht.

## Pathognomonisch: regionale Begrenztheit

Die regionale Begrenztheit eines Syndroms ist ebenfalls ein wichtiger pathognomonischer Hinweis auf die Möglichkeit einer Sympathikusirritation im Grenzstrang.

Bei der Migräne beispielsweise 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.

## Herpes zoster und afferenter Sympathikus

Durch den Grenzstrang verläuft über den Ramus communicans albus eine afferente Abzweigung aus dem Rückenmark (von manchen als afferenter Sympathikus bezeichnet). Diese kann ebenfalls durch eine Rippenblockierung irritiert werden. Auch hier greifen, mechanisch 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 der Fall), sind deswegen mit der Sympathikustherapie erfolgreich zu lindern.

Besonders Herpes zoster und Post-Zoster-Neuralgien, deren Symptome sich nicht nur in Ruhe verschlechtern, sondern sich auch durch eine strenge regionale Begrenzung auszeichnen (Kopf, Thorax / Arme und Becken / Beine), sind sehr erfolgreich behandelbar.<sup>2</sup>

*Da HWS und LWS keine Strukturen aufweisen, die wie die Rippenköpfe den Grenzstrang bedrängen können, sind sympathogene Effekte von der LWS und HWS auch nicht auslösbar.*

Das entspricht auch durchgehend unseren Erfahrungen. Über die Behandlung der Kopf- und ISG konnten jedoch fast ausnahmslos sympathogene Syndrome (siehe obige pathognomonischen Kriterien) des Kopfes oder des Beckens und der Beine gelindert werden. Die Kongruenz mit den regionalen Präferenzen des H. zoster ist dabei auffällig.

## 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, wie in der Einleitung schon erwähnt, 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 ileum als Rippenanalogon zu interpretieren sind, die ebenfalls den Grenzstrang mechanisch zu bedrängen vermögen.

## Dauerschmerzen

Der Dauerschmerz – allgemein als autonome „Schmerzkrankheit“ bezeichnet – ist jedoch nicht einer Irritation des afferenten,

<sup>2</sup> Vgl. hierzu den Artikel „Die manualtherapeutische Behandlung von Zoster und Postzosterneuralgie“ in „Manuelle Medizin“ 50:485–492

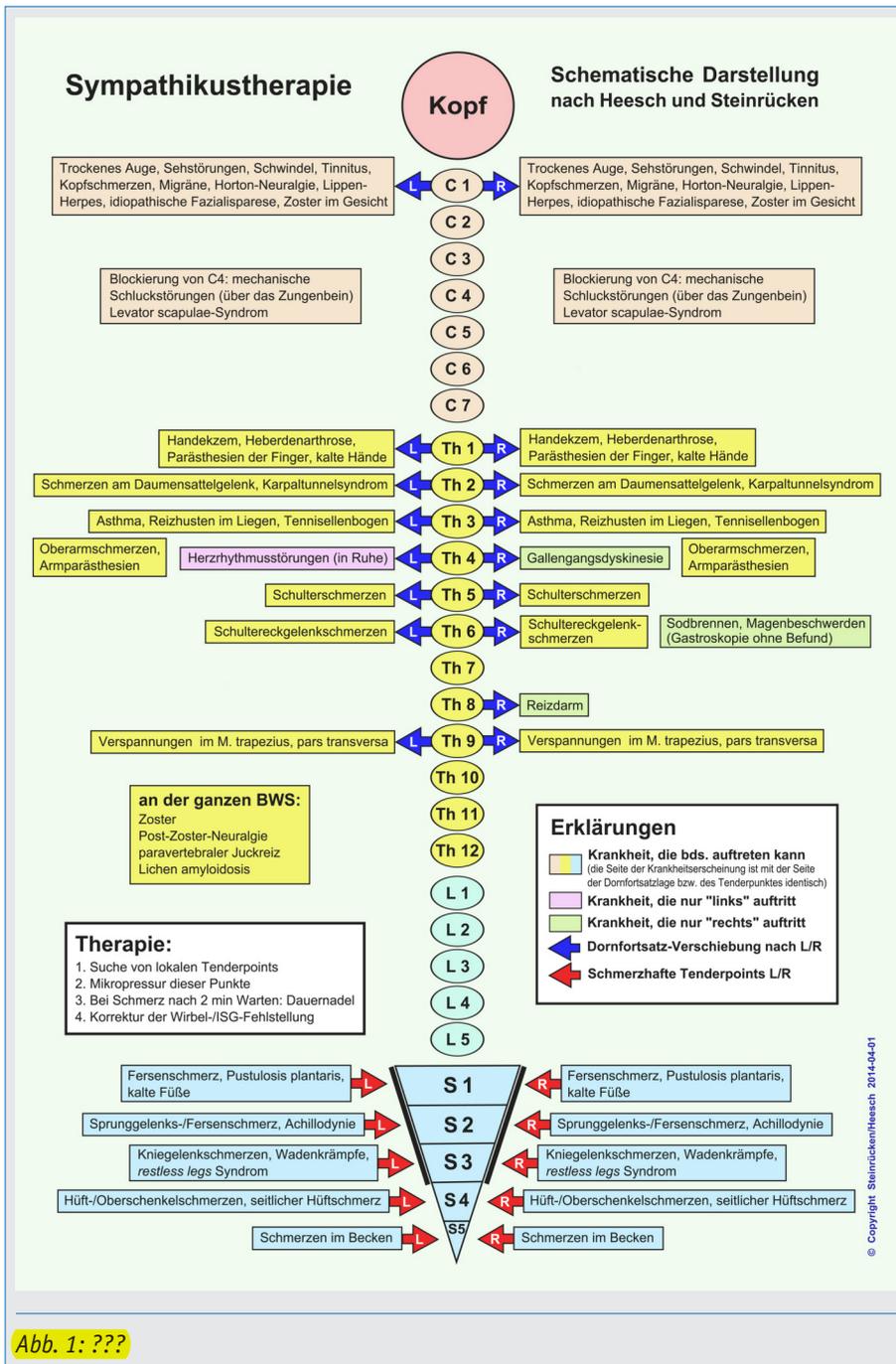


Abb. 1: ???

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 Sympathikussirritation behoben, ist nach unseren fast

30-jährigen Erfahrungen auch die Schmerzkrankheit sofort verschwunden. Diese hat also immer ein anatomisches Substrat und ist niemals autonom.

### Therapeutische Anwendung

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 Fernsehens, also einer eher entspannten Situation, Herzrhythmusstörungen oder Schmer-

zen in der Schulter. Hier ist schwerlich ein sekundärer Krankheitsgewinn zu erzielen, sondern eher das Gegenteil.

Das Erfragen psychischer Faktoren ist deswegen bei eindeutig dem oben beschriebenen Wirkmodell zuzuordnenden Erkrankungen primär vernachlässigbar. Erst wenn die Behandlung eine nur unzureichende Verbesserung des Leidens bringt, ist die Erforschung weiterer und nicht nur psychischer Faktoren sinnvoll.

*Dadurch ist die Sympathikustherapie überaus zeitökonomisch und kann auch in eine kassenärztliche Praxis integriert werden.*

**Liegen die Voraussetzungen für die Anwendung der ST (Verschlechterung im Liegen oder Ruhe) vor, dann reduziert sich die Anamnese auf zwei Fragen:**

1. Wo sind die Beschwerden?
2. Liegt eine Kontraindikation gegen die Manualtherapie (z. B. Osteoporose, Knochenmetastasen) vor?

*Die körperliche Untersuchung ist einfach und vorgegeben, da nur das den Grenzstrang bedrängende Gelenk und nicht die Erkrankung behandelt wird. Orientierung bietet die anleitende Kartografie (Abb. 1).*

### Thesen

**Nach fast 30 Jahren Erfahrungen mit diesem System (Heesch, Allgemeinmedizin) und einer über fünfjährigen Überprüfung dieser Erfahrungen (Steinrücken, Orthopädie) wagen wir folgende Thesen aufzustellen:**

1. Das Modell der vertebro-vegetativen Koppelung ist mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit die Erklärung für die Entstehung insbesondere vieler Erkrankungen, von denen die Schulmedizin nicht weiß, warum sie entstehen. Wo also die Frage nach dem „Warum“ offen bleibt.
2. Ohne Erklärungsmöglichkeit der Ursache kann eine Therapie nur symptomatisch bleiben (z. B. mit Diclofenac oder Cortison).
3. Gerade diese Patienten kommen in unserer alternativen Praxen und wir können sie mit der Sympathikustherapie jetzt kausal behandeln.

4. Denn Wirbelblockierungen, die eine mechanische Bedrängung des Grenzstrangs zur Folge haben, können diese Krankheiten über eine Sympathikusirritation selbst oder als Co-Faktor verursachen. Das gilt besonders, wenn die Krankheiten regional begrenzt sind, und **immer**, wenn sie sich in Ruhe verschlechtert.
5. Die durch die regionale Sympathikusirritation in der Peripherie entstehende Mangelsituation erklärt, warum aus einer akuten Verletzung eine chronische Erkrankung werden kann. Wird die Wirbelblockierung als Ursache für die Chronifizierung aufgehoben, kann die Erkrankung ausheilen.
6. Damit bedarf es in diesem Fall keiner aufwändigen lokalen Therapie am Ort der Erkrankung, sondern nur einer Beendigung der Sympathikusirritation. Das geschieht durch die Lösung der den Grenzstrang bedrängenden Blockierung. Die immer gleiche Zuordnung von Blockierung und Region der Sympathikusirritation ist in einer Kartografie dargestellt. Eine aufwändige Suche und Therapie von Schmerzpunkten ist damit überflüssig.
7. Auch bisher generell einem Bandscheibenvorfall zugesprochene Parästhesien und Schmerzen zum Beispiel in den Armen werden überwiegend jedoch von Irritationen sensibler Nerven ausgelöst, die den Grenzstrang passieren. Sind die Syndrome nicht entlang der bekannten Dermatome zu finden, sind sie im Bereich des Armes immer durch eine Manualtherapie der BWS erfolgreich zu behandeln
8. Von Blockierungen der BWS gehen die meisten internistischen Erkrankungen aus, die mit der Sympathikustherapie behandelbar sind. Die Dorntherapie hat sich für uns zumindest im Bereich der BWS als erfolgreichste manualtherapeutische Methode herausgestellt. Da diese für Laien konzipierte Methode schnell zu erlernen und ungefährlich ist, sollten alle alternativmedizinisch arbeitende Therapeuten in der Lage sein, die Sympathikustherapie ohne viel Aufwand zu beherrschen.
9. Auch die zusätzlichen Methoden wie Mikropressur und Akuperm (Therapie mit Dauernadeln am Reflexpunkt) sind sanft, ungefährlich, sehr effektiv und

besonders nachhaltig. Diese Methoden bedürfen bei Therapeuten, die es gewohnt sind, über Mikrosysteme zu behandeln, keiner besonderen Ausbildung.

10. Unseren aufrechten Gang und die zivilisatorisch bedingte tendenzielle Befreiung von körperlichen Belastungen müssen wir teuer bezahlen, da die Spontanlösungen von Wirbelblockierungen, die aufgrund komplexer Bewegungsmuster bei Vierbeinern noch auftreten, zunehmend fehlen. Weiterhin geht durch Reduzierung der körperlichen Belastung (Bürotätigkeit statt Tragen) der wesentliche Stimulus zur Aufrichtung und Stabilisierung der Wirbelsäule verloren. Die der Sympathikustherapie hervorragend zugänglichen Erkrankungen sind deswegen als Zivilisationserkrankungen zu bezeichnen und werden immer häufiger. (Auch das heute relativ zu früher massenhafte Auftreten der Refluxösophagitis interpretieren wir so.)
- 11 In der Sympathikustherapie wird die manuelle Therapie mit vielen anderen Fachgebieten wie Innere Medizin, Dermatologie, Neurologie, Augenheilkunde, HNO und Orthopädie zu einem Ganzen verbunden.

## Schlussbetrachtungen

Das Wesentliche ist immer einfach, sagt man. Warum sind oben beschriebene Erkenntnisse trotz ihrer Einfachheit nicht in der Medizin bekannt?

Jede Zeit hat ihre Krankheiten. Ganz besonders durch die ausgezeichneten modernen Möglichkeiten von Diagnostik und Therapie werden neue Krankheiten kreiert („Disease Mongering“) oder sie bekommen einen irrealen Stellenwert wie z. B. die COPD. Oder in der Behandlung des Diabetes, der trotz fast völliger Insuffizienz der therapeutischen Bemühungen die Praxen mit Kranken füllt.

Zu Anfang unseres Studiums wurden chronische Kreuzschmerzen nur in 1 % der Fälle mit einem Bandscheibenvorfall in Verbindung gebracht. In Zeiten der kernspinbedingten „Imagomanie“ ist diese Korrelation auf 10 % gestiegen. In diesem Tohuwabohu kann sich nur derjenige sicher zurechtfinden, der genau zuhört, sich auf seine Sinne verlässt und hier besonders auf den mittlerweile völlig vergessenen Tastsinn. (Über-

dies: Fast alle Bandscheibenvorfälle machen durchschnittlich nur ca. drei Monate Beschwerden und werden dann vom Körper „vergessen“, auch wenn sie in der Bildung noch sichtbar sind. Das lässt sich durch klinische Tests klar zeigen.)

*Wie kann man davon ausgehen, eine richtige Diagnose gestellt zu haben, wenn ein Sinn völlig außer Acht gelassen wird?*

Da der Körper bei fast jeder Krankheit in seinen Somatotopien oder sonstigen Reflexpunkten zu 100 % eine Aussage über eine regionale pathologische Veränderung zulässt (Gleditsch), erlaubt er auch auf ganz direktem Wege eine akkurate Diagnostik. Weiterhin ist bei der Körpertherapie der Ort von Diagnostik und Therapie identisch, sodass wir keine fehlerbehafteten „Surrogatparameter“ (= Ersatzwerte, die nur analoge und keine direkten Schlüsse zulassen) aus anderen Informationssystemen wie Pulsqualität, Liquorpulsationen oder Muskelschwächung beachten müssen. Und wir können am Ort von Therapie und Diagnostik auch sofort den Erfolg der Therapie überprüfen. Ein besseres System gibt es u. E. in der gesamten Medizin nicht.

Wer sich von den Vorgaben der Sympathikustherapie und seinem Tastsinn leiten lässt, wird erfolgreich sein wie nie zuvor und jeden Tag wieder beglückt sein, vielen Patienten sehr **nachhaltig** geholfen zu haben. So jedenfalls ergeht es uns beiden durchgehend in unseren Praxen und wir sind davon derart begeistert, dass wir die Sympathikustherapie allen alternativmedizinisch arbeitenden Therapeuten gerne vermitteln möchten. Denn dank der herrschenden Verirrung der Schulmedizin gibt es überreichlich zu tun.

## Literaturhinweis

Heesch, Dieter; Steinrücken, Heiner: Sympathikustherapie – Die Wirbelsäule im Zentrum der Medizin. Heestein Verlag, Heidelberg, 2013



### Dr. med. Dieter Heesch

Seit 28 Jahren als Arzt für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren, Sportmedizin, Chirotherapie und Akupunktur niedergelassen in Dassendorf bei Hamburg. Regelmäßige Referententätigkeit auf Naturheilkongressen und Seminaren für Heilpraktiker seit 12 Jahren mit den Themen Mikropressur und Sympathikustherapie.

**Kontakt:**

[www.sympathikus-therapie.de](http://www.sympathikus-therapie.de)  
[www.sympathofit.de](http://www.sympathofit.de)



### Dr. med. Heiner Steinrücken

1999 Niederlassung als Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin (Kassenpraxis) und als Orthopäde (Privatpraxis). Ausbildung in Akupunktur, Chirotherapie, Osteopathie, Orthopädische Magnetresonanztomografie, Rehabilitationswesen. Seit ca. 1985 Ärztlicher Leiter an verschiedenen Institutionen in der Ausbildung zur Manuellen Medizin in der Physiotherapie, Kurse zur Beurteilung von Röntgenbildern. Seit 2009 gemeinsame Entwicklung der Sympathikustherapie mit Dr. Dieter Heesch. Seit 2011 Lehrer in der Ausbildung zum Sektoralen Heilpraktiker in der Physiotherapie, Lehrgangleiter in Sympathikustherapie.

**Kontakt:**

[www.sympathikustherapie.de](http://www.sympathikustherapie.de)