

Zur Entwicklung der Sympathikus-Therapie, wissenschaftstheoretischer Diskurs und Erörterung der Komplexität der Methode

„Zeichen für die Eleganz, wir können sogar sagen, für die Schönheit einer spezifischen wissenschaftlichen Verallgemeinerung, ist ihre Schlichtheit relativ zur Menge an Phänomenen, die sie zu erklären vermag.“
E. O. Wilson/Soziobiologe

Allgemeines zur Entwicklung der Sympathikus-Therapie

Dr. Heesch, der Entdecker der Sympathikus-Therapie, war seit 1986 Landarzt und hat laut Darstellungen seiner im Jahr 1994 installierten EDV 47.515 unterschiedliche Patienten (bis zum Ende 2019) behandelt. In den vielen Jahren bestätigte sich ein wesentliches Paradigma der Medizin: „Häufiges ist häufig und Seltenes ist selten“. So hat er deswegen nur Syndrome in seiner Kartografie aufgenommen, von denen er wegen großer Erfahrungswerte relativ zuversichtlich sein konnte, dass die vermuteten Zusammenhänge einen hohen Realitätsgehalt haben. (1)

Gynäkologische und urologische Syndrome sind nicht verzeichnet, obwohl sie häufig vorkommen, aber in seiner Praxis selten behandelt wurden. Deswegen konnte er dazu keine Aussagen machen. Vermutlich könnte die Sympathikus-Therapie auch bei Asthma helfen. Aber hier gibt es kaum Erfahrungswerte, da die heutige Therapie mit Cortison-Inhalatoren diese Krankheit so gut wie aus der Welt geschaffen hat.

Auch das Helicobacter induzierte Magengeschwür gehört der Vergangenheit an. Übrig blieb der Reizmagen und die Refluxösophagitis, die aber sehr wohl erfolgreich mit der Sympathikus-Therapie behandelt werden können.

Heesch konnte niemals einen Zusammenhang von Sympathikusirritation mit einer Wirbelblockierung im Bereich der HWS oder LWS finden. Das passt gut zu der später gemachten Feststellung, dass der Grenzstrang sich sowohl im Bereich der HWS als auch der LWS sofort von paravertebral nach ventral verlagert und auch die Gürtelrose in diesem Bereich nicht vorkommt. Weiterhin sind hier ja auch keine rippenanalogen Applikationen vorhanden, die den Grenzstrang mechanisch irritieren könnten.

Oft macht ein „Praktiker“ bestimmte reproduzierbare Erfahrungen und versucht diese seinem Weltbild entsprechend zu erklären. Wir als Manual- und Reflextherapeuten haben selbstverständlich primär eine mechanische und reflexologische Deutung gefunden. Sie ist jedoch nicht völlig befriedigend und lässt einige Fragen offen, die wir weiter unten erörtern möchten. Die somatische Reflexologie ist ja sowieso ein Buch mit mindestens sieben Siegeln.

Unsere Versuche, das Wirkmodell selbst wissenschaftlich zu ergründen, erwies sich als sehr schwierig und extrem zeitaufwendig. Schwierig, da keine Literatur zu dem Thema **direkte mechanische Sympathikusirritation im Grenzstrang als Auslöser peripherer Syndrome** zu finden war, denn wir hatten offensichtlich absolutes Neuland betreten.

(1) Die Fallzahl oszillierte durchgehend um 1.200 pro Quartal. Statistische Untersuchungen wiesen einen ungefähren Anteil von 400 hausärztlich betreuten Patienten auf. Die Herkunft von weiteren 800

Patienten war überregional. Das vermag die obige, eher facharzttypisch hohe Fallzahl zu erklären und weist daraufhin, dass die durch die Sympathikus-Therapie bewirkte Spezialisierung von den Patienten angenommen wurde; die Methode also anscheinend erfolgreich war.

Und zeitaufwendig, da wir nicht in einem Hochschulkontext leben, der uns diese Arbeit erleichtert hätte. Leider ist uns eine Zusammenarbeit mit ExpertInnen bezüglich Anatomie oder Physiologie des Sympathikus und des **Modells der vertebro-vegetativen Koppelung** nur marginal gelungen. Wegen der Therapie über einen einzelnen definierten Punkt kam es zu einer intensiven Zusammenarbeit mit der Expertengruppe der „Neuen punktuellen Schmerz- und Organtherapie“ (NPSO - nach dem Heilpraktiker R. Siener). Nach Aussagen erfahrener Kollegen hatte sowohl die Zusammenarbeit mit Heilpraktikern als auch die Behauptung, allein die minimale Berührung von Hautreflexpunkten (Mikropressur) sei der Nadelakupunktur gleichwertig, eine wissenschaftliche Reputation völlig unmöglich gemacht.

In der Abwägung einerseits der möglichen Qualität unserer wissenschaftlichen Betätigung relativ zur Erfahrungssammlung bei der Anwendung des „Modells der vertebro-vegetativen Koppelung“ beschlossen wir, „bei unseren Leisten“ als praktisch tätige Therapeuten zu bleiben.

Auch ethische Motive spielten dabei eine Rolle. Wir konnten mit minimalem Aufwand Syndrome recht erfolgreich behandeln, die zuvor schon Jahre bestanden oder gar als unheilbar betrachtet wurden (als Beispiele seien genannt: *Reizdarmsyndrom, Postzosterneuralgie, chronische Ekzeme, Pustulosis plantaris, Herzrhythmusstörungen in Ruhe, Restless-Legs-Syndrom im Anfangsstadium*). Wir hatten also abzuwägen, das Modell auf breitere Füße zu stellen oder in dieser Zeit intensive Erfahrungen zu sammeln und dabei auch noch vielen frustrierten Patienten zu helfen. Die Erfahrungssammlung belegt zwar nicht die Korrektheit des Modells, jedoch seine relative Realitätstüchtigkeit. Und allein diese sollte primär für die LeserInnen dieses Lehrbuches wichtig sein.

Wir sind uns also des „glatten Eises“ bewusst, auf dem wir uns mit unserer Modellvorstellung befinden, zumal nicht nur einige Fragen offenstehen, sondern auch einige Widersprüchlichkeiten auffällig sind. Sollten die KollegInnen bei der Anwendung des Modells ähnliche Erfahrungen erleben, wie wir sie beschreiben, würde sich vielleicht die Wissenschaft mit dem Modell der vertebro-vegetativen Koppelung intensiver beschäftigen und das Modell präzisieren. Da „eine gute Theorie die beste Praxis ist“, würde die Sympathikus-Therapie sicher noch effektiver werden.

Diskussion von Wirkmodellen

Es findet hier eine Auseinandersetzung mit dem Mainstream der Manualtherapie statt (Nazlikul., H., **Manuelle Medizin 2014**). Dies wurde schon kurz in der Einleitung erwähnt.

Dort wird der Hypothese von Bergsmann gefolgt, die in „Thorakale Funktionsstörungen“ (Bergsmann, 1977) wie folgt beschrieben wird:

„... sind uns aber darüber im Klaren, dass die vielfältigen Vermaschungen der segmentalen Regelkreise in ihrer Gesamtheit für den Kliniker und Praktiker eine „blackbox“ darstellen, von der er den Output – die aktuelle Symptomatik – erfassen kann und deren Input – die störstellenbedingten Reize – er suchen muss. Wir bezeichnen diese Blackbox als segmentreflektorischen Komplex (srK) und sind uns dabei im Klaren, dass er nicht isoliert, sondern nur im Konnex mit vertikal einfließenden Informationen betrachtet werden kann.“

Das der Sympathikus-Therapie zugrundeliegende Modell der vertebro-vegetativen Koppelung steht allen Aussagen Bergsmann`s diametral entgegen:

1. Obwohl der Verlauf der sympathischen Nerven, die den Grenzstrang verlassen und auch wieder in ihn eintreten sehr vagabundierend wirkt, ist dennoch eine klare Zuordnung jedes Ganglions zu einer Körperregion oder einem Organ klar erkennbar.

Es gibt also keine unklaren „Vermaschungen“ und damit auch keine „Blackbox“.

2. Blackbox meint, man weiß „nichts Genaues nicht“. Das ist bei der Sympathikus-Therapie genau gegenteilig. Ist der Ort eines chronischen Syndroms - bei dem eine Ursache für die Chronizität nicht bekannt ist - dauerhaft fest lokalisiert, können wir mit hoher Genauigkeit die Therapie vorgeben. Bei zusätzlicher Verschlechterung durch Ruhe ist die sympathogene Verursachung und der Ort der Blockierung völlig sicher (Ausnahmen: Rheuma und pAVK).

3. Der Regelkreis ist nicht segmental, da der Sympathikus im Grenzstrang nicht segmental organisiert ist.

4. Es gibt bei der Sympathikus-Therapie keinen Regelkreis. Der mechanisch irritierte Sympathikus ist nicht mehr in der Lage, kybernetisch auf Außenreize zu reagieren.

5. Ebenso kann er nicht mehr auf interne Reize wie beispielsweise die mit „vertikal vom ZNS her einfließenden Informationen“ reagieren.

6. Allein zusätzliche pathologische Mechanismen wie eine Infektion oder eine Allergie beeinflussen das Syndrom im Sinne der Krankheitsausbruchschwelle, wobei die Sympathikusirritation nur den Ort des Ausbruchs der Krankheit vorgibt.

Das „srK“ ist von hoher Komplexität, da es viele Einflussfaktoren (Variablen) mit einbezieht. Gibt es mehrere Modelle, die die Wirklichkeit gut darstellen, wird in den wissenschaftstheoretischen Diskussionen das einfachere Modell nach dem Sparsamkeitsgebot („Ockhams Rasiermesser“) bevorzugt. Da kein Modell es vermag, die Realität zu 100 % abzubilden, wird sich die Fehlersuche (Falsifikation) hier als sehr viel einfacher gestalten. Das erleichtert die Möglichkeit, das Modell zu optimieren, um es besser der Realität anzupassen.

Das MvvK ist extrem einfach, fast banal. (Einige den Realitätserfahrungen der Sympathikus-Therapie zugrunde liegende zuwiderlaufende Erfahrungen werden wir in dieser Diskussion ansprechen.)

Exogene versus endogene Evidenz

Es ist uns bewusst, dass vom wissenschaftstheoretischen Standpunkt her Schlüssen aus Erfahrungen nur ein begrenzter Anspruch auf einen größeren „Wahrheitsgehalt“ zusteht. Allein die randomisierte, gegen Placebo oder Verum getestet und doppelt verblindete Studie kann diesen Anspruch erfüllen.

Diese Konditionen der Verblindung sind nur für medikamentöse Therapien, jedoch nicht beispielsweise für die Manualtherapie zu erfüllen. Da obige Kriterien der Goldstandard der Wissenschaft sind, haben vom Prinzip her alle Studien, die sie nicht erfüllen können, an den der Wissenschaftlichkeit verpflichteten Universitäten nur geringen Wert.

So haben nichtmedikamentöse Methoden (die i. A. auch nicht gesponsert werden) große Schwierigkeiten, an Universtitäten zur Begutachtung angenommen zu werden. Aber dieser Weihe benötigt eine Methode, um in der Öffentlichkeit wahrgenommen zu werden.

So haben viele am Wegesrande aufkeimende Hoffnungen kaum Chancen, allgemein bekannt zu werden, weil sie eben nicht Methoden sind, die überhaupt eine Chance haben, den „Goldstandard“ zu erfüllen. Fiese Problem beschreibt intensiv ein Artikel aus dem deutschen Ärzteblatt („Konkurs der ärztlichen Urteilskraft“, Dtsch. Ärztebl. 2003).

So hatte auch die als „hinweisende quasi-kontrollierte“ bezeichnete Studie der Universität Jena zur manualtherapeutische Behandlung des *Reizdarmsyndroms* (Zeitschrift für Komplementärmedizin 2022) große Probleme, eine Fachzeitschrift zu finden, weil sie wissenschaftlichen Kriterien nicht genügt – natürlich auch nicht genügen konnte. Dieses Problem ist mittlerweile doch teilweise erkannt worden und der Wertigkeit der universitären **exogenen Evidenz** die der **endogenen** gegenübergestellt worden.

Auch bei einer Vorstellung des Modells in der „Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Heidelberg“ bezüglich der Behandlung von Herzrhythmusstörungen in Ruhe wurde die Durchführung einer Studie hierzu verworfen mit der Begründung: „Der Aufwand lohne sich nicht, denn auch wenn ein eindeutig positives Studienergebnis herauskäme, würde es jedoch wegen der manualtherapeutischen Herangehensweise von der Schulmedizin einfach nicht beachtet werden“.

Aus den nachfolgend dargestellten Gründen meint der Autor Heesch, eine sehr hohe **endogene** Evidenz beanspruchen zu können.

1. Eine Landarztpraxis weist ein hohes „feedback“ auf. Kommt die wegen einer Migräne vor einem Jahr alternativ behandelte Patientin jetzt mit einem Grippeinfekt in die Praxis, kann die Langzeit- und damit reelle Wirkung eruiert werden. Allein durch ein Placebo induzierte Wirkungen sind in überwiegender Zahl nach einem halben Jahr verblasst.

2. Wie wesentlich „side effects“ Versuchsergebnisse beeinflussen, zeigen die großen, in den 90-er Jahren durchgeführten Studien der deutschen Krankenkassen zur Wirksamkeit der TCM-Akupunktur.

Hier erwies sich die Scheinakupunktur in ihrer Wirksamkeit (50 % gegen 52 %) im Vergleich mit der Verum-Akupunktur als fast identisch. Die zwei Prozent begründen sich wahrscheinlich in dem Bestreben, bei der TCM-Akupunktur das – eher unangenehme – Deqi-Gefühl zu erzeugen und sich der Patient dadurch intensiver behandelt fühlte.

Gerade diese „side-effects“ wurden durch die Anwendung der Mikropressur auf dem Rücken (dieses Körperareal ist bekannt für seine sehr geringe Diskriminationsfähigkeit) total vermieden. Der auf dem Bauch liegende Patient war nicht in der Lage, die touchierende Berührung mit dem Therapiegriffel zu erspüren oder zu sehen. Und erst nachdem sich die Wirksamkeit der Mikropressur erwiesen hatte, wurde das ebenfalls **kaum bemerkbare Kugelpflaster** appliziert. Wenn keine manualtherapeutische Behandlung stattgefunden hatte, fühlte sich der Patient eigentlich unbehandelt und verließ trotz einer Besserung seines Leidens oft unwirsch die Praxis.

3. Viele zum Allgemeinarzt kommenden Patienten wussten nicht, dass man eine Reflux -

ösophagitis auch manualtherapeutisch behandeln kann. Es gab deswegen keinen üblichen „Erwartungs-Bias“. (Bias meint eine Verzerrung des reinen Ergebnisses bezüglich der Wirkung einer Anwendung durch psychische oder andere Faktoren.) Ohne das erwartete Rezept in der Hand und nur mit einem ominösen Pflaster auf dem Rücken fühlten sie sich eher veräppelt denn behandelt. Die „Droge Arzt“ spielte hierbei also keine Rolle

4. Randomisierung

Wie oben beschrieben kamen auch viele der hausärztlich betreuten Patienten mit Beschwerden in die Praxis, die mit unserer Methode behandelbar waren. Diesen Patienten war jedoch meistens nicht bekannt, dass ihr *Herpes* oder ihre *Magenbeschwerden* auch manualtherapeutisch behandelt werden konnten. So erfolgte durch die parallel betriebene hausärztliche Praxis eine erhebliche Randomisierung und damit ebenfalls eine Reduzierung des „Erwartungs-Bias“.

5. „Monopragmasie“

Das meint, dass außer der Manualtherapie/Akuperm im Bereich der Wirbelsäule keine weiteren Therapien zusätzlich angewendet wurden. Bei der Polypragmasie weiß man i. a. später nicht, wie groß der jeweilige Anteil einer Methode am Therapieerfolg war. Vielleicht lag er sogar bei Null trotz völliger Ausheilung der Krankheit. So wurde beispielsweise ein chron. Schulter-Arm-Syndrom von uns nur über die Deblockierung des fünften BWK und der Applikation einer Dauernadel behandelt. War dies erfolgreich und damit die Vorstellungen des Modells der vertebro-vegetativen Koppelung bestätigt, wurden erst dann zur Unterstützung auch Tenderpunkte direkt an der Schulter verwendet.

Wissenschaftlichkeit

Ist das Ergebnis einer Methode durchgehend reproduzierbar, ist davon auszugehen, dass das dieser Methode zugrundeliegende Modell eine große Realitätstüchtigkeit („Wahrheitsnähe“) aufweist. Wichtig ist dabei eine hohe Anzahl von Versuchen. Die Methode ist hier gleichbedeutend mit der im Buch beschriebenen primären Behandlung: Manualtherapie und darauffolgende Applikation einer Dauernadel oder eines Kugelpflasters. Auch eine hohe Zahl identischer Behandlungen identischer Erkrankungen ist nachweisbar: 330 *Reizdarmsyndrom* – Patienten, 392 *Zoster-Patienten*, 4955 Patienten mit einem *chron. Schulter-Arm-Syndrom* (diese für eine Allgemeinpraxis sehr hohe Fallzahl weist auf den Erfolg der Sympathikus-Therapie beim chron. Schulter-Arm-Syndrom hin.) Bei nur 11 Patienten in der langen Praxistätigkeit von Dr. Heesch, deren Syndrombeschreibung zu einer Sympathikusirritation passten, konnten die entsprechenden Zusammenhänge nicht gefunden werden.

Auch bei hoher Fallzahl ist jedoch von den gemachten Erfahrungen nur vage auf ein zugrundeliegendes Wirkmodell zu schließen. Der aus Erfahrungen gewonnene - „induktiv“ genannte – Schluss, hat nur eine sehr geringe wissenschaftliche Relevanz. Sehr viel größeren Anspruch, mit einem Modell die Realität darzustellen, hat die „Deduktion“. In der Physik wird nach Maßgabe des Modells ein Versuch aufgebaut und nur wenn die Messergebnisse innerhalb einer definierten Schwankungsbreite sich reproduzieren lassen, ist das Modell akzeptabel.

Nach Entwicklung des Modells der vertebro-vegetativen Koppelung als Arbeitshypothese wurde jeder Therapieversuch (wie in der generellen Überprüfung von Hypothesen in der Physik) zur **experimentellen** Überprüfung der Hypothese, hier dem **Modell der vertebro-vegetativen Kopplung**. (Es gab über 50.000 Anwendungen und, wie schon oben erwähnt, nur 11 Ausnahmen vom zu erwartenden Ergebnis.)

Damit konnte aus dem Bereich der Erfahrungsheilkunde herausgetreten und endlich naturwissenschaftlich experimentell gearbeitet werden. Um die Realitätstüchtigkeit des Wirkmodells zu überprüfen, konnte die Herangehensweise endlich zu einer deduktiven und damit wesentlich beweiskräftigeren als der bisherigen induktiven werden.

*(2) Diese unterschiedliche Wertigkeit von Induktion und Deduktion in der wissenschaftlichen Bewertung kann man am Beispiel der „Weihnachtsgans“ erkennen. Diese liebt den Bauern, weil er ihr 364 Tage lang einen vor Kälte, Regen und vor dem bösen Fuchs schützenden Stall und statt mühsamer Futtersuche regelmäßige köstliche Mahlzeiten serviert. Sie ist nach 364 Tagen felsenfest davon überzeugt, dass er nur ihr Bestes will.
So kann die induktive Beweisführung nicht nur Gänse täuschen.*

Überlegungen zur Mikropressur und zum Akuperm

Die Mikropressur führt immer wieder zu großen Irritationen und Widerständen, mit der Frage, wie ein derart minimaler Impuls wirksam sein könne. **Wir wissen es nicht!!!** Die MP stößt aber auf sehr großes Interesse. Sie ist in den Seminaren oft derart beeindruckend, dass in Nachfrage-E-mails oft vom **Mikropressur-Kurs** statt dem **Sympathikus-Therapie-Kurs** gesprochen wird.

Dadurch verschiebt sich leider die eigentliche intendierte Idee, den Pathomechanismus der isolierten Sympathikusirritation im Grenzstrang zu vermitteln. Denn dieses halten wir für die wesentlichste Errungenschaft aller unserer Entdeckungen.

Egal mit welcher Methode: von primärer Wichtigkeit ist die Rückführung des blockierten Wirbels in die orthograde Position. Sie ist der Hauptbestandteil der Sympathikus-Therapie.

Durch die parallele Ausbildung als Manualtherapeut und Akupunkteur hat der Autor Heesch – wie wohl in jeder Praxis üblich – immer beide Methoden kombiniert. Denn auch in der TCM ist die Behandlung von Tenderpoints, die hier Ashi-Punkte genannt werden, bekannt.

Felix Mann, ehemaliger Präsident der englischen Akupunktur-Gesellschaft, hatte sich von den Wirkvorstellungen der TCM abgewandt und beschreibt seine Weiterentwicklung als „micro-akupuncture“ – eine „Ein-Stich-Methode“ auf das Periost oder in die Nähe eines druckdolenten Punktes. (Ein Punkt ist i. a. bei mäßigem Druck nur empfindlich, wenn ein knöchernes Widerlager zugrunde liegt.) In Analogie dazu wurde unsere Methode „Mikropressur“ genannt. Am ISG verwendete er mit großem Erfolg den identischen druckdolenten Punkt neben der Spina iliaca sup. post. wie wir, den er dann kurz anstach. (F. Mann, 1999).

Nach seinen Erfahrungen, dass oft auch schon das alleinige Aufsetzen der Nadel auf die Haut über dem zu stechenden Punkt ausreichte, nannte er dieses Hautberührungsverfahren „**hyper-micro-acupuncture**“. Auch er konnte das Phänomen nicht erklären, nicht einmal, wieso ein Stich irgendwo am Körper überhaupt eine weitreichende Wirkung entfalten könne.

Überlegungen zum Tenderpoint

Die durch den von Felix Mann und anderen beschriebenen Stich auf dem Tenderpoint („dry-needeling“) zu erzeugende sofortige Entspannung des pathologisch kontrahierten Muskels lässt sich vielleicht erklären mit einer Reizung des Golgi-Sehnenorgans. Laut Wikipedia sollen auch **Hautafferenzen** bei der Steuerung der Sehnen-spindel eine Rolle spielen. Das würde die Wirksamkeit auch der „**hyper-microakupuncture**“ von Felix Mann und der Mikropressur sowie des Kugelpflasters erklären können.

Der Punkt kann durch das Erzeugen eines Druckschmerzes aufgefunden werden. Das ließe sich erklären durch eine Entzündung durch den dauerhaften Zug der Sehnen am Periost. Das Verschwinden des Druckschmerzes innert Sekunden nach der Applikation eines Kugelpflasters bleibt jedoch schlecht nachvollziehbar.

Der Punkt auf/in der Haut ist jedoch auch mittels eines elektrischen Hautwiderstandsmessgerätes direkt über dem Tenderpunkt nachweisbar. Da Reflexpunkte der Haut palpabel sind, vermuten wir eine Flüssigkeitseinlagerung, die zu einem geringeren elektrischen Hautwiderstand führt. Hier würde der Reflexpunkt auf der Haut also erst vom Tenderpoint in der Tiefe erzeugt.

Diese Vermutung wird bestätigt durch folgenden Versuch am Rippen-Tenderpoint vier bis fünf Querfinger lateral der Mitte des 5. BWK: Bei einem *sympathogenen chron. Schulter-Arm-Syndrom* ist der Tenderpoint immer elektrisch nachweisbar. Retrahiert man nun das Schulterblatt, so dass es den Tenderpoint überdeckt, indem es sich zwischen Rippe und Haut schiebt, löst sich dieser elektrisch nachweisbare Reflexpunkt auf, erscheint aber wieder, wenn das Schulterblatt durch Lateralverschiebung den Tenderpoint wieder freigibt.

Diese Feststellung widerspricht der ersten Vermutung, dass eine **afferente** Verbindung von der Haut zur Golgi-Spindel besteht und wir so durch einen Hautreiz die Golgi-Spindel beeinflussen können. Denn bei der zweiten Modellvorstellung erzeugt ja erst der Tenderpoint **efferent** den Hautreflexpunkt.

Wenn ein Tenderpunkt zu tast- und messbaren Hautveränderungen führt, sollte die alleinige Berührung der Hautreflexzone – wie bei anderen nur über Hautreizungen arbeitenden Reflextherapien (Fußreflexzonenmassage, Bindegewebsmassage, ear-seeds der Auriculo-Therapie) – ebenfalls auf den zugehörigen Tenderpunkt rückwirken können. (4)

(4)

Eigene Erfahrungen zeigten, dass die von Felix Mann beschriebene „Periost-Akupunktur“ auch ohne die Reizung des dermalen Reflexpunktes durch einen schrägen Einstich wirksam war.

Yamamoto sticht seine „Reaktionskügelchen“ im Unterhautgewebe bei der Schädelakupunktur von schräg an. Gleiches ist auch beim Su Jok (koreanische Handakupunktur) möglich, wo gleichfalls Reaktionskügelchen unter dem elektrisch messbaren und therapeutisch wirksamen Hautreflexpunkt zu finden sind.

2001 stellte Dr. Ulrich Werth die Beeinflussung der Symptomatik des Morbus Parkinson mit der „ewigen Nadel“ vor. Ein winziger Titanstift wurde unter die Haut in die Korrespondenzzone der Substantia nigra am Ohr implantiert. Nach unseren Erfahrungen wirkte sie jedoch nur solange, bis die durch den Einstich erzeugte Hautwunde verheilt war. Eine dauerhafte Applikation eines „ear-seeds“ erwies sich als nachhaltiger. Diese Erfahrung lässt vermuten, dass es anscheinend rein dermale Reflexsysteme gibt, die sich auch nur auf der Haut darstellen. Das hinterfragt, ob die schmerzhafteste Penetration der Haut bei der Auriculotherapie überhaupt notwendig ist (zumal „ear-seeds“ ebenfalls wirksam sind).

Die Sympathikus-Therapie aus manualtherapeutischer Sicht

Schon in der Beschreibung der Mechanik des „Modells der vertebro-vegetativen Koppelung“ hatten wir auf gewisse Unstimmigkeiten hingewiesen:

So eindeutig die Mechanik der Sympathikusirritation für uns im Bereich der Brustwirbelsäule ist, so unklar sind die anatomischen Gegebenheiten im Bereich des Iliosakralgelenkes.

Der Grenzstrang liegt im Bereich des Iliosakralgelenkes nicht über dem Gelenkspalt, so dass eine direkte mechanische Beeinflussung wie im Bereich des Thorax nicht möglich ist. Als Hilfskonstrukt mag eine Verspannung der Bandstrukturen vor dem ISG zur Sympathikusirritation führen.

Professor Brehmer aus dem Fachbereich Anatomie in Erlangen hat diesbezüglich Präparationen hergestellt. Er meinte, die von uns postulierten Auswirkung auf die präsakralen Bandstrukturen bei einer ISG-Verwringung sei möglich.

Abb. 41: Sympathikus vor dem Sakrum aus Prometheus Lehratlas

Das Iliosakralgelenk kann zwar in verschiedenen Positionen blockieren, für unser Modell ist es jedoch ausreichend, von nur zwei verschiedenen Positionen um eine Nutationsachse in Ante- oder Retroposition des Os ilium relativ zum Os sacrum auszugehen („upslip“ und „downslip“ sind vernachlässigbar). Relevant war nur die völlige freie Beweglichkeit des Gelenkes.

Entwicklungsgeschichtlich sind am Sacrum fünf Wirbelanteile zu unterscheiden. Diese sind jedoch nicht isoliert beweglich. Ebenfalls ist das laut des Modells der vertebro-vegetativen Koppelung als Rippenanalogon fungierende Darmbein nicht in fünf korrespondierende Abschnitte separiert.

Weiterhin ist nur der Abschnitt von S1 – S3 als Gelenkstruktur ausgebildet. Es besteht also nicht wie an der Brustwirbelsäule die Möglichkeit, einzelne Wirbel zu deblockieren, sondern nur das Iliosakralgelenk in seiner Ganzheit. Wenn das Iliosakralgelenk nur in seiner Gänze blockiert ist, stellt sich die Frage, wie diese Blockierung dann unterschiedlichste Syndrome auslösen kann und warum dennoch eine Kartografie für die fünf zusammengewachsenen Sakral-Wirbel erstellt werden konnte.

Ähnliches zeigt sich beim Kopfgelenk. Auch hier sind rechtes und linkes Gelenk als Einheit zu betrachten. Ist bei der Untersuchung die linke Seite blockiert, ist zwangsläufig auch das rechte blockiert. (Hier ist zudem auf eine sehr häufige Ko-Blockierung des Axis zu achten.)

Die Sympathikus-Therapie aus reflextherapeutischer Sicht

Nach der Entdeckung der Mikroressur 1996 (siehe weiter unten), wurde dann für lange Zeit die Manualtherapie **nur** mittels der Touchierung dieser Tenderpoints und im positiven Fall danach eine Stabilisierung des Ergebnisses mit einer Dauernadel durchgeführt. Waren die Beschwerden beidseitig, wie bei Wadenkrämpfen oder dem Restless-Legs-Syndrom, wurde die Dauernadel auf den druckdolenten Dornfortsatz gesetzt, hier bei S3, bei der Heberdenarthrose auf den Dornfortsatz von Th1.

Daraus entwickelte sich die Erstkartografie (Abb. 8, S. Seite 31). Sie gilt jedoch nur für die Extremitäten und Syndrome des Thorax und des Beckens.

Diese immer wieder zu erfahrende Zuordnung bestimmter Punkte in einem begrenzten

Areal zu definierten Syndromen erinnerte an die aus der Reflextherapie bekannten Somatotopie oder Mikrosysteme. Diese bilden im Allgemeinen den Körper holistisch ab.

Und nur wenn ein Organ erkrankt ist, ist auch der entsprechende Reflexpunkt im Mikrosystem zu finden. Der daraus folgende Umkehrschluss nach unseren Erfahrungen und denen anderer: Ist im Mikrosystem **kein** Reflexpunkt zu detektieren, ist auch das sonst zugehörige Organ nicht erkrankt. (3)

(3) Hierbei ist einschränkend zu bedenken, dass beispielsweise eine Gonarthrit sich im Somatotop und lokal an Reflexpunkten darstellt – eine inaktive Gonarthrose jedoch nicht. Es bedarf also eines vegetativen Reizes für die Darstellung der Erkrankung im Reflexsystem.)

Dieses Paradigma gilt auch für die oben beschriebene Kartografie. Wie schon erwähnt, waren in den letzten 17 Jahren nur elf Ausnahmen zu konstatieren. Somit drängte sich die Vorstellung auf, auch hier ein Somatotop gefunden zu haben. Zusammen mit den Punkten auf dem Angulus der Rippen, die dem äußeren Blasenmeridian der TCM-Akupunktur entsprechen, lag es nahe, die Erfahrungen im Bereich der Akupunktur oder Reflextherapie zu vermuten.

Abb. 42: Meridianverlauf Blasen-Meridian

Dieses Somatotop unterschied sich jedoch von allen anderen, da es nicht den ganzen Körper sondern nur die nahe gelegene Extremität und sich selber abbildete. Weiterhin war das **Mikrosystem immer mit einer Blockierung der Rippe**, auf der der Reflexpunkt gefunden wurde oder einer Beckenverwringung **assoziiert**.

Erst die Betrachtung der anatomischen Skizze im Anatomie-Atlas (Abb. 6b) brachte 2004 Jahren die Bedrängung des sympathischen Grenzstrangs ins Spiel (Abschnitt 3.3). Und damit verschob sich die Deutung der Erfahrungen von der Reflex- zur Manualtherapie.

Da aber schon mit der alleinigen Anwendung der Reflextherapie (Therapie über Reaktionszonen, überwiegend auf der Haut aufgesucht) erhebliche Behandlungserfolge zu erzielen waren, haben wir diese Behandlungsweise mit eingebunden in ein sich jetzt primär auf eine manualtherapeutische Erklärungshypothese berufendes Therapieregime.

Aber dennoch werden wir immer wieder an ein Reflexgeschehen im Sinne eines Mikrosystems erinnert: beispielsweise bei symmetrischen Erkrankungen wie *Parästhesien aller Finger, dem Karpaltunnel-Syndrom beidseits, Restless Legs Syndrom und Wadenkrämpfen*. Hier wird, wie im Buch beschrieben, mit großem Erfolg ein Kugelpflaster auf den druckdolenten Tenderpoint auf dem Dornfortsatz des dem Syndrom zugeordneten Wirbels gesetzt. Eine Lösung der das Syndrom verursachenden Blockierung ist danach jedoch nicht feststellbar.

Irritationen

Wenn die Sympathikusirritation nun kausal für die Genese vieler lokal beschränkter Erkrankungen ein soll, ist nicht nachzuvollziehen, wie es Reflextherapien wie Auriculotherapie, Fußreflexzonen-therapie oder Bindegewebsmassage gelingen kann, eine Linderung der Symptomatik zu erzielen.

Wir haben versäumt, in Mikrosystemen gleichzeitig auch nach Zeichen einer Beteiligung

der Wirbelsäule zu suchen. Wobei fraglich ist, ob eine Blockierung sich im Mikrosystem darstellt und zweitens, wo man den Sympathikus im Mikrosystem suchen soll.

Eigentlich ist es nicht vorstellbar, dass sich im Rahmen der Sympathikus-Therapie auch eine Verschlechterung der Symptomatik einstellen könnte. Wird die mechanische Irritation entfernt, sollte sich der Nerv beruhigen und Trophik und vegetative Steuerung wieder normal verlaufen. Sehr vereinzelt wurde jedoch über eine Verschlechterung nach der Therapie berichtet. Wir vermuten als Ursache eine verbesserte Mobilität des Wirbels nach der Behandlung. Wenn der Wirbel aber durch die gesamtstatischen Verhältnisse wieder in die blockierte Position gezwungen wird, kann es möglich sein, dass er jetzt sogar weiter ventralisieren kann als zuvor und damit die Symptomatik sich verschlechtert.

Welcher Sinn mag dahinterstecken, dass die Grenzstrangganglien direkt vor den Rippenköpfen gelegen sind und der Grenzstrang an der LWS sich sofort nach ventral verlagert? (Andererseits: Welche Unzahl von bisher unbekanntem Krankheiten bleiben uns erspart, weil der Grenzstrang nicht auch noch im Bereich von HWS und LWS mechanisch bedrängt werden kann?)

Warum kommt es zu einer Verkalkung der Schulter, wenn doch die trophische Störung eher eine Übersäuerung des Milieus zur Folge hat?

Warum entsteht am Handgelenk eine amyloide Degeneration (Karpaltunnelsyndrom), an der Schulter jedoch eine Verkalkung?

Warum werden Parästhesien des Arms (die beim dauerhaften Anheben des Arms entstehen) nur über eine Blockierung der vierten und nicht auch zum Beispiel der zweiten Rippe ausgelöst?

Warum erleiden fast ausschließlich Frauen eine Rhizarthralgie bei Blockierung von Th2? Männer erfahren diese Erkrankungen fast nie, dafür häufiger einen Morbus Dupuytren, der jedoch auch nach erfolgreicher und nachhaltiger Sympathikus-Therapie von Th1 nicht schwindet.

Wir hoffen alle Fragen bezüglich des Modells, die sich beim Lesen des Buches oder in der praktischen Arbeit am Patienten ergeben haben, damit anzusprechen. Die noch offenen Fragen laden zur Diskussion ein. Gerne würden wir daher in Kontakt treten mit interessierten Lesern.

(Auszug aus „Sympathikus-Therapie nach Dr. Heesch – Lokale chronische Erkrankungen erfolgreich behandeln“ mit freundlicher Genehmigung des ML-Verlages am 14.10.24)