

Akupunkt-Massage nach Penzel bei Erkrankungen des Bewegungsapparates

von H. Chavanne

Zusammenfassung

Erkrankungen des Bewegungsapparates eignen sich in besonderem Maße für die Behandlung mit Akupunkt-Massage nach Penzel (APM), weil sie meistens als Funktionsstörungen auf der Basis einer ungleichmäßigen Verteilung und Fließgeschwindigkeit der Steuerungsenergie "Chi" im Organismus beginnen und daher auf die gezielten physikalischen Behandlungsmaßnahmen der APM ansprechen. Der Therapieerfolg ist abhängig von der Kenntnis der jeweiligen aktuellen Versorgungslage und dem Verteilungsmuster des "Chi" in den Meridianen des Patienten. Dazu wird nach der klinischen Untersuchung noch ein "energetischer Befund" erhoben, nach dem sich dann die Therapieschritte der Akupunkt-Massage nach Penzel zu richten haben.

Einseitige Beschwerden, vom Knöchelschmerz über den Kreuzschmerz bis hin zur Epicondylitis sind verdächtig, auf einen kausalen Zusammenhang mit einer Blockierung des contralateralen Iliosacralgelenkes. Die rezidivierende Blockierung des ISG wiederum entsteht häufig aufgrund einer anatomischen Beinlängendifferenz in Kombination mit einer Energieflußstörung im Blasenmeridian.

Schlüsselwörter

Akupunkt-Massage nach Penzel, APM, Iliosacralgelenks-Blockierung, Beinlängendifferenz, Skoliose.

Indikationen für Akupunkt-Massage nach Penzel

Beschwerden und Erkrankungen des Bewegungsapparates sind für unsere Patienten ganz besonders häufig Anlaß, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Diagnose und die Therapie gestalten sich nicht immer einfach, da diesen Beschwerden oft komplexe Ursachen zugrunde liegen. Es finden sich zu Beginn der Erkrankung meist nur funktionelle Störungen, die noch kein pathologisches Substrat erkennen lassen, wodurch die Diagnose erschwert wird. Wenn aber dann die Funktion lange Zeit gestört bleibt, folgt eventuell die Zerstörung von Strukturen.

Die Akupunkt-Massage nach Penzel (APM) ist in besonderem Maße für die Behandlung solcher funktioneller Erkrankungen geeignet, aber sie ist außerdem auch geeignet, Beschwerden bei bereits manifesten organischen Erkrankungen zu lindern und Heilungsvorgänge zu unterstützen. Sie ist ein ganzheitliches, physikalisches Behandlungsprinzip, das auf den Grundlagen und Regeln der Akupunkturlehre, sowie auf den Erkenntnissen der Neuraltherapie nach Huneke und denen der Chirotherapie aufgebaut ist. Dabei werden im Gegensatz zur Akupunktur keine Nadeln verwendet, sondern es werden ganze Meridiane und Meridiangruppen mit einem Metallstäbchen (*Abb.1*), das an seinem Ende eine kleine Kugel trägt, streichend stimuliert, um so die in den Meridianen fließende Steuerungsenergie "Chi" in Bewegung zu bringen und durch diese Tonisierung die energieleeren Meridiane energetisch aufzufüllen und damit wieder voll funktionstüchtig zu machen.

Voraussetzung für den Erfolg ist wie bei jeder anderen Therapie, daß zuerst die klinische Abklärung und Diagnosestellung der jeweiligen Erkrankung erfolgt, um die Indikation zur physikalischen Therapie, also in diesem Falle zur Akupunkt-Massage nach Penzel, zu stellen. Hierbei geht es auch um die Frage, ob Akupunkt-Massage allein indiziert ist, oder ob andere medizinische Maßnahmen zusätzlich zu ihr notwendig sind. Als Beispiel sei hier angeführt die medikamentöse Osteoporosetherapie oder die Substitution des Vitamin D3 bei der Osteomalazie. Auch bei diesen Erkrankungen leistet die APM als Begleitbehandlung gute Dienste, besonders zur Schmerzbekämpfung und zur Verbesserung der Funktion.

Auch bei der Skoliosebehandlung hat sich - als weiteres Beispiel - die Kombination von Umkrümmungsmieder und Akupunkt-Massage nach Penzel sehr bewährt, weil dadurch eine forciertere und trotzdem schmerzfreie Korrektur der Verkrümmungen und rotatorischen Komponenten der Wirbelsäule im Mieder durch den Ausgleich von energetischen Defiziten und durch die Lösung von Gelenkblockierungen ermöglicht wird. Bei anfänglich 1-2 maliger APM-

Behandlung pro Woche sollte die Miederkontrolle und Mieder-Korrektur dann mindestens alle 6 Wochen stattfinden.

Erhebung des energetischen Befundes.

Als zweites ist nach der klinischen Abklärung "die energetische Befunderhebung" unabdingbare Voraussetzung für den Therapieerfolg mit der APM.

Fünf Testmethoden haben sich dazu besonders bewährt:

Der "Probestrich"

Der Test nach der Mittag-Mitternachtregel

Der Befund über Ohrreflexzonen

Die "Samt- und Seidenstriche"

Die klassische Pulstastung der TCM an den Radialispulsen

Sie wurden an anderer Stelle beschrieben (Chavanne H.: "Akupunkt-Massage nach Penzel. Therapeutische Aspekte einer modernen Behandlungsmethode auf klassischen Grundlagen", Erfahrungsheilkunde Band 45 Heft 1/1996). Sie sind ein wesentlicher Bestandteil der Methode, weil durch sie festgestellt wird, welche Meridiane bei der aktuellen Therapiesitzung behandelt werden müssen.

Grundlagen der APM und Ursachen für Beschwerden des Bewegungsapparates aus der Sicht der APM.

Physiologischerweise fließt in den Meridianen die Steuerungsenergie "Chi" ständig in definierter Richtung und Reihenfolge der Meridiane, wobei sie über Meridianübergangsstrecken den nächsten Meridian erreicht. Auf diese Weise werden alle 12 Meridiane jeder Körperhälfte kontinuierlich mit fließendem Chi versorgt. Jede Störung dieses gleichmäßigen Flusses der Steuerungsenergie bewirkt eine Funktionsstörung und/oder Schmerz in dem vom jeweils gestörten Meridian oder Meridianabschnitt energetisch versorgten Organ oder der entsprechenden Körperregion. Dabei ist die topografische Beziehung zwischen Körperregion, Organ und Meridianverlauf von besonderer Bedeutung.

Als Beispiel kann hier der Verlauf des Blasenmeridians angeführt werden, der von der Nasenwurzel über den Kopf zieht, zwei Querfinger von der Mittellinie entfernt, und über den Rücken, wo er sich in zwei Äste teilt, von denen der innere Ast zwei Querfinger lateral der Dornfortsatzreihe verläuft und direkt über die hintere Begrenzung des Iliosacralgelenkes zieht. Der äußere Ast verläuft etwa vier Querfinger lateral der Dornfortsatzreihe nach caudal, um sich mit dem inneren Ast im Bereich der Glutealfalte zu vereinigen und dorsal, lateral am Bein weiter zu ziehen, bis zum äußeren Kleinzehennagelfalzwinkel.

Durch seine topografische Beziehung zu den Intervertebralgelenken und zum Iliosacralgelenk, ist der Blasenmeridian verantwortlich für die energetische Versorgung dieser Gelenke, und so ist es naheliegend, daß bei Beschwerden im Wirbelsäulenbereich, z. B. im Bereich eines Iliosacralgelenkes, immer eine Störung des Chi Flusses im entsprechenden Blasenmeridianabschnitt gefunden werden kann.

Die normale Funktion und die Schmerzfreiheit von Organen und somit auch von Gelenken oder Bewegungssegmenten hängt davon ab, daß das Chi gleichmäßig in den Meridianen fließt. Zwangsläufig führt jede Verlangsamung der Fließgeschwindigkeit zu einem Mangel an Chi im abhängigen Meridian oder Meridianabschnitt, und somit zu einem Leerezustand des Meridians und gleichzeitig zu einer Stauung oder Fülle in einem vorgelagerten Abschnitt des Meridiansystems. Beide Zustände entsprechen nicht der physiologischen Fließgeschwindigkeit und dem physiologischen Füllungszustand und sind Anlaß für Beschwerden und Funktionsstörungen. Bei der Erhebung des energetischen Befundes muß der APM-Therapeut zwischen solchen Leere- und Füllzuständen unterscheiden, um gezielt behandeln zu können.

Dementsprechend wird auch die Therapie angelegt, indem man die leeren Meridiane oder Meridianabschnitte mit dem APM-Therapiestäbchen durch Striche entlang des Meridians in Meridianflußrichtung stimuliert, und zwar so lange und so intensiv, bis sich der leere Meridian wieder energetisch aufgefüllt hat. Dabei kann man beobachten, daß sich die an vorgelagerter Stelle befindliche Stauung aufgelöst hat und die Energie wieder gleichmäßig verteilt ist, was unter anderem an der nun meist eintretenden Beschwerdebesserung, Beschwerdefreiheit oder Beseitigung der zuvor vorhandenen Funktionsstörung zu erkennen ist.

Auch physiologische Fülle- und Leerezustände im Meridiansystem sind in der Akupunkturlehre

bekannt. Sie werden in der chinesischen "Organuhr" dargestellt.

Dabei handelt es sich um einen etwa zwei Stunden dauernden Energiegipfel in einem Meridian, der immer zu einer bestimmten Zeit auftritt, um nach zwei Stunden in den darauffolgenden Meridian überzuwechseln. Der Oppositionsmeridian, - das ist der am weitesten entfernte und gegensinnig polarisierte Meridian (Yin<>Yang)- , hat dann zu dieser Zeit eine entsprechende Energieleere. Diese regelmäßig auftretenden physiologischen Fülle- und Leerezustände können von pathologischen Fülle- und Leerezuständen überlagert werden, so daß dann gewisse Beschwerden immer zu einer bestimmtem Tages- oder Nachtzeit auftreten. Als Beispiel dafür kann wieder der Blasenmeridian dienen, der seine physiologische Fülle- oder Maximalzeit zwischen 15 und 17 Uhr hat, wobei der Energiegipfel um 16 Uhr am größten ist. Der Oppositionsmeridian ist der Lungenmeridian, der seine Maximalzeit zwischen 3 Uhr und 5 Uhr früh hat, somit seinen Energiegipfel etwa um 4 Uhr früh. Wenn der Lungenmeridian in Fülle ist, dann ist dessen Oppositionsmeridian, der Blasenmeridian in Leere, wir finden also um 4 Uhr in der Früh auch schon physiologisch eine Leere im Blasenmeridian. Dazu paßt sehr gut die Beobachtung, daß der Patient mit M. Bechterew morgens um 4 Uhr wegen Kreuzschmerzen das Bett verlassen muß, um im Zimmer herumzugehen, wodurch sich seine Beschwerden wieder bessern. Bei M. Bechterew finden sich bekanntlich abwechselnd entzündliche und degenerative Phasen der Erkrankung, und wir finden sehr häufig einen energetisch leeren Blasenmeridian, der dann morgens um 4 Uhr eine noch größere Energieleere aufweist, weil ja sein Oppositionsmeridian - Lunge - um diese Zeit in Fülle ist. Dieser exzessive Leerezustand führt zum sogenannten "Leereschmerz" in dem vom Blasenmeridian versorgten Gebiet, besonders im Bereich des Rückens und vor allem des Iliosacralgelenkes. Durch die Bewegung wird etwas Energie in die leeren Abschnitte verlagert, so daß sich die Beschwerden mildern. Daher ist auch die Therapie bei M. Bechterew im entzündungsfreien Intervall: APM und Bewegung.

Energieflußhindernisse:

Sehr häufig finden wir Narben als Ursache für die Behinderung des Energieflusses und für Stauungen im Meridiansystem. Entsprechend den Erkenntnissen der Neuraltherapie nach Huneke sind neben den Narben auch gestörte Organe, wie eine entzündliche Gallenblase, Beherdungen im Zahn- Kiefer- Bereich, aber auch blockierte Gelenke als Störfaktoren für den ungehinderten Energiefluß wirksam. Sie müssen ebenfalls in das Therapieprinzip miteinbezogen werden, und so brauchen wir manchmal die Hilfe des Chirurgen oder des Zahnarztes.

Gestörte Narben können klein oder groß sein, gerötet, livide verfärbt oder sehr blaß, erhaben oder vertieft, sie können juckende, brennende oder ziehende Mißempfindungen verursachen, besonders bei Wetterwechsel, oder sie können ganz unempfindlich - taub - sein. Häufig sind es Narben nach zweimaligen Noxen (Zweitschlag) oder Narben nach Drainagen oder Narben, die unter besonders dramatischen Umständen entstanden sind. Solche Narben werden in der APM nach genauer energetischer Untersuchung, - da die verschiedenen Mißempfindungen und Veränderungen entweder einer Chi-Fülle oder Leere im Narbengebiet entsprechen - , mit dem APM-Stäbchen behandelt oder bei Bedarf mit Hilfe von galvanischen Gleichstromimpulsen und außerdem unter Zuhilfenahme einer energieflußfördernden Creme therapiert.

Bei der Stimulierung der Meridiane durch den Stäbchenzug sieht man als Erfolg meistens eine sogenannte "Hautschrift", einen roten oder manchmal auch blassen Dermographismus. Wenn die Hautschrift ausbleibt, muß das evtl. als mangelnde Reaktionsbereitschaft des Organismus gewertet werden. Nach der Narbenentstörung bemerkt man jedoch häufig das plötzliche Auftreten der zuvor vermißten Hautschrift, was wiederum als Zeichen für die erfolgreiche "Entstörung" bzw. für die Beseitigung des Energieflußhindernisses zu werten ist.

Akute Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates.

Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates entstehen, wie bereits erwähnt, in der Mehrzahl der Fälle auf der Basis von zunächst funktionellen Störungen, bei welchen sich eine Dysharmonie bezüglich der Verteilung des Chi in den Meridianen feststellen läßt. So findet man bei Entzündungen oder stumpfen Traumata eine Anhäufung von Chi im betroffenen Areal im Sinne eines Chi- Sees, also einer stagnierenden Energiefülle, die mit Schmerz einhergeht. Gelingt es, diese Fülle durch die Therapie mit dem Stäbchen in andere, entfernte,

leere Meridiangebiete abziehen, so verschwindet der Schmerz. Diese Methode bewährt sich besonders im Sport.

Gelenkblockierungen:

Blockierte Gelenke verursachen ebenso wie gestörte Narben Energieflussstörungen im Meridiansystem. Andererseits entstehen Gelenkblockierungen auf der Basis einer Energieleere im versorgenden Meridian oder Meridiansystem, wenn in diesem Zustand das Gelenk eventuell unvorhergesehen über seinen physiologischen Bewegungsraum hinaus abrupt bewegt wird. Aus diesem Grund wird in der APM die Lösung von blockierten Gelenken immer nur nach vorhergehendem energetischem Ausgleich durch die Meridiantherapie durchgeführt. Dieser vorausgehende energetische Ausgleich versorgt das zu therapierende Gelenk mit der notwendigen Energie, und die anschließende sanfte Bewegungstherapie ermöglicht dann eine Lösung der blockierten Gelenkspartner, ohne daß dabei das akustische Phänomen des "Knacksens" auftritt. Wirbelsäulentherapie nach Penzel und Gelenksbehandlung nach Penzel sind deshalb auch keine chirotherapeutischen Maßnahmen. Alleine durch sanfte Rollschwingbewegungen im physiologischen Bewegungsraum und durch Vibrationen lassen sich die mit Energie versorgten Gelenkspartner lösen und wieder in ihre Mittelstellung bringen. Dann findet man beim Nachtesten die zuvor diagnostizierte Blockierung nicht mehr.

Das Iliosacralgelenk als Ursache für Beschwerden.

Langjährige Beobachtungen im Rahmen der APM haben gezeigt, daß dem Iliosacralgelenk für die Entstehung von Beschwerden des Bewegungsapparates zentrale Bedeutung zukommt. Das Iliosacralgelenk ist das einzige Gelenk, das keinen Muskel besitzt, der die beiden Gelenkspartner direkt eingelenkig überspannt und somit das Gelenk aus einer Extremstellung wieder in seine Mittelstellung zurückführen könnte. Dies und die besondere anatomische Struktur des Iliosacralgelenkes mit seiner flächigen Form und seiner oft fast senkrechten Anordnung im Raum, wobei das Os Sacrum noch eine doppelte Keilform aufweist, sowohl in cranio-caudaler, als auch in anterior-posteriorer Richtung, dürfte wohl der Grund dafür sein, daß das Iliosacralgelenk bei der Untersuchung so häufig blockiert, oder - im Sinne der Beckenverwringung - verschoben gefunden wird. Verschiedene Blockierungsfehlstellungen lassen sich dabei feststellen wie, von Seiten des Sacrums gesehen, die Nutations- oder die Gegennutationsfehlstellung oder, von Seiten des Os ilium gesehen, dessen Fehlstellung in Vorschreit- oder Rückschreitstellung.

Funktionelle und anatomische Beinlängendifferenz.

Die Fehlstellung des Os ilium ist vergesellschaftet mit einer funktionellen Beinlängendifferenz, die einerseits aus der unterschiedlichen Stellung des Acetabulums durch die Rotation der Beckenschaukel um eine durch das Iliosacralgelenk gedachten Achse resultiert, andererseits aber hauptsächlich durch den bei einer einseitigen Iliosacralgelenksblockierung entstehenden Hypertonus des M. Psoas, der Adductoren und des Quadratus lumborum bedingt ist, welcher zu einer Adduktionsstellung des Beines und einer Seitneigung der LWS in Richtung der betroffenen Seite führt. Durch diese Beckenschrägstellung entsteht besonders beim liegenden Patienten der Eindruck eines verkürzten Beines dieser Seite, somit einer funktionellen Beinverkürzung. Nach dem Lösen des blockierten Iliosacralgelenkes und der daraus resultierenden Normalisierung des Tonus der genannten Muskeln, ist die Fehlstellung des Beckens wieder beseitigt und damit auch die funktionelle Beinlängendifferenz. Ein jetzt am stehenden Patienten durchgeführter Tastvergleich der rechten und linken Crista iliaca, sowie der Spina iliaca posterior superior im Vergleich beider Seiten und der Spina iliaca anterior superior beiderseits, ergibt im Normalfall keine Seitendifferenz. Die Seitendifferenz von nur einem oder zwei der Tastpunkte spricht für eine doch noch verbliebene Rotationsfehlstellung eines Os ilium. Falls jedoch nunmehr eine Seitendifferenz aller drei Punkte, nämlich etwa der einseitige Tiefstand der Spina iliaca posterior superior und der Crista iliaca und der Spina iliaca anterior superior festzustellen ist, handelt es sich mit größter Wahrscheinlichkeit um eine anatomische Beinlängendifferenz. Sie kann aufgrund einer einseitigen Coxa valga oder Coxa vara entstanden sein, einer einseitigen Wachstumsbeschleunigung des Beines oder einer Wachstumsverzögerung z.B. nach Frakturen oder nach Lähmungen, die wir im Zeitalter der Poliomyelitis häufig sahen, oder aufgrund von einseitigen Achsenanomalien im Kniegelenksbereich, Kniebeugekontraktur, Genu recurvatum, Genu valgum und Genu varum, sowie einseitigem Senkfuß, um nur einige der Ursachen zu

nennen.

Die anatomische Beinlängendifferenz sollte nach einer genauen Röntgenvermessung im Stehen mit Hilfe einer Rastercassette orthopädisch ausgeglichen werden, weil sie häufig Ursache für rezidivierende Iliosacralgelenksblockierungen, und zwar meistens der längeren Seite ist. Die Blockierung hat evtl. zur Folge, daß aufgrund einer nunmehr funktionellen Beinverkürzung, die durch sie entstehen kann, ein ganzer oder teilweiser Ausgleich der resultierenden Gesamtbeinlänge eintritt. Dieser Mechanismus wirkt im Sinne der Geradestellung des Os sacrum, der Basis für die Wirbelsäule, hat aber den Nachteil, daß bei frischer Blockierung das blockierte Gelenk bzw. die Bänder und Muskeln dieser Seite schmerzhaft werden. Typisch ist, daß nach ein paar Tagen der Schmerz auf die andere Seite wechselt, weil sich nun eine neue Statik eingestellt hat und außerdem das nicht blockierte Iliosacralgelenk die gesamte Arbeit des blockierten übernehmen muß. Eine auf dieser Basis entstehende Hypermobilität des freien ISG führt wiederum durch die größeren Bewegungsausschläge auch im Bereich des Ligamentum iliolumbale dieser Seite, dazu, daß nun dieses schmerzhaft wird. Auch die proximal vom Iliosacralgelenk liegenden Bewegungssegmente L5 und L4 mit ihren Intervertebralgelenken sind häufig mitbetroffen und eventuell auch einseitig blockiert. Daher sollten auch diese beiden Bewegungssegmente gemeinsam mit dem Iliosacralgelenk überprüft und auch behandelt werden. Sowohl die funktionelle als auch die anatomische Beinlängendifferenz sind Anlaß für einen Beckenschiefstand und somit für das Schrägstehen der Basis des Os Sacrum, welche das Fundament für die gesamte Wirbelsäule darstellt (Abb.4). Da der Organismus bestrebt ist aufgrund der Haltungs- und Stellreflexe den Kopf gerade zu halten, müssen entsprechende Ausgleichskrümmungen der Wirbelsäule erfolgen. Sie bedingen ungleichmäßige Belastungen der Intervertebralgelenke, die dadurch vereinzelt im Zick- Zack Kurs, von unten nach oben blockieren können. Die so entstandene Skoliosierung ohne Wirbelrotation ist anfangs, nach Beinlängenausgleich, noch reversibel, sie kann aber durch Rotation und Verformung der Wirbel in eine fixierte Skoliose übergehen.

(Abb.4: Röntgenganzaufnahme im Stehen: Statische Skoliosierung der WS bei Beckenschiefstand. Die Beinlängendifferenz ist an der unterschiedlichen Höhe der Hüftkopfkallotten zu erkennen und ist auch dort zu messen)

Vermehrte sensorische Afferenzen aus der Gelenkskapsel des blockierten aber auch des freien hypermobilen Gelenkes können via Hinterhorn und Direktumschaltung zum Vorderhorn auf reflektorischem Wege zu einem Hypertonus des betroffenen Segmentes führen. (Vertebronal-segmental-reflektorischer Komplex nach Tilscher und Bergsmann, VSRK). Wir finden dann verspannte, schmerzhaft Muskelketten, aber auch eine eventuelle Organbeteiligung. Auch aus der Sicht der Akupunktur ist dies naheliegend, denn die Zustimmungspunkte, die ja eine direkte Beziehung zum jeweiligen Organ haben, liegen alle auf dem inneren Ast des Blasenmeridians, zwei Querfinger lateral der Mittellinie. Sie sind damit in unmittelbarer Nachbarschaft der Querfortsätze der Wirbel und auch der Zwischenwirbelgelenke. Auffallend ist, daß bei Iliosacralgelenksblockierung einer Seite nach kurzer Zeit vorwiegend Schmerzen, Funktionsstörungen oder Organstörungen auf der kontralateralen Körperseite auftreten.

Es empfiehlt sich daher, bei plötzlich auftretenden Coxarthrosebeschwerden, einer Meralgia paraesthetica, einem unklaren lateralen Knieschmerz, einem Schmerz im lateralen Sprunggelenksbereich, einem Schulter- Armsyndrom, einer Periarthropathia humero-scapularis, einer Epicondylitis humeri radialis oder humeri ulnaris oder einem Carpaltunnelsyndrom, die Wirbelsäule und besonders das Iliosacralgelenk auch der gegenüberliegenden Körperseite in die diagnostischen und therapeutischen Überlegungen miteinzubeziehen.

Die ISG Blockierung einer Seite bewirkt, wie schon erwähnt, zunächst Beschwerden bzw. Schmerzen auf der betroffenen Seite. Neben den klinischen Zeichen der Iliosacralgelenksblockierung findet man homolateral einen Hypertonus im M. psoas und iliacus, sowie rectus femoris, piriformis, quadratus lumborum und erector trunci. Diese Muskelverspannungen können Anlaß für muskulär fortgeleitete Schmerzsyndrome sein, sog. "pseudoradikuläre" Schmerzsyndrome oder Schmerzen im Bereich der Muskelansätze und der umgebenden Gewebe. Nach einer Eingewöhnungsphase von wenigen Tagen an die neue Statik

bessern sich diese Beschwerden, es treten aber neuerlich Beschwerden auf der gegenüberliegenden, nicht blockierten Seite auf, wobei besonders das Ligamentum iliolumbale in Folge seiner Überbelastung durch die vergrößerten Bewegungsauslässe des freien ISG schmerzhaft wird.

Typisch ist auch der häufig auftretende Leistenschmerz und der Symphysenschmerz, der auf der Grundlage einer mechanischen Überbelastung des Symphysenbandapparates beruht. Im Röntgen ist dies oft als Symphysenverschiebung bzw. als Symphysenstufe (*Abb.5*) zu erkennen. Über den Nervus subcostalis Th12, den N. iliohypogastricus, den N. ilioinguinalis und den Nervus obturatorius werden Schmerzreize aus dem Symphysen- und Leistenbereich in die lumbalen Rückenmarkssegmente geleitet, aus denen wiederum die Muskulatur der Lenden-Becken-Hüftregion aber auch der Beine motorisch versorgt wird.

Lang anhaltende Schmerzsyndrome können durch ihre pathologischen Afferenzen ins Hinterhorn zu im Segment geschalteten Efferenzen in die Muskulatur und damit zu dem erwähnten Hypertonus führen aber auch zu Efferenzen in sympathische Ganglien und somit zu einer Engstellung der Blutgefäße (VSRK). Ein Beispiel dafür ist die sog. postischialgische Durchblutungsstörung, die ja durch "Therapeutische Lokalanaesthesie" im Bereich des lumbalen Grenzstranges therapiert werden kann.

(*Abb.5: Röntgenbild einer excessiven Symphysenverschiebung*)

Analog zur postischialgischen Durchblutungsstörung kann sich im Wege einer lokalen Reflexdystrophie bei anhaltender Iliosacralgelenksblockierung plötzlich eine Coxarthrose entwickeln. Wenn sich im Rahmen der beschriebenen Schmerzsymptomatik des Iliosacralgelenkes bei der Untersuchung eine Innenrotationseinschränkung des Hüftgelenkes zeigt, so ist der Verdacht auf eine beginnende Coxarthrose oder einen Reizerguß im Hüftgelenk im Sinne einer Coxitis gegeben. Die Coxitis fugax im Kindesalter, die sonografisch leicht nachweisbar ist, sollte immer Anlaß für die Untersuchung der Iliosacralgelenke sein und bessert sich nach eigener Erfahrung meist rasch nach Behandlung mit APM und Lösung des blockierten Iliosacralgelenkes. Es ist daher zu empfehlen, nicht nur bei Lumbalgien, sondern auch bei jeder beginnenden Hüftsymptomatik die Iliosacralgelenke zu untersuchen und zu therapieren.

Therapeutisches Vorgehen in der APM bei Beschwerden des Bewegungsapparates:

Der Therapieaufbau der APM folgt aufgrund langjähriger Erfahrungen einer definierten Reihenfolge verschiedener Therapieschritte, und zwar:

Spannungsausgleichmassage nach Penzel (SAM)

 APM und Narbenentstörung nach Penzel,

 APM und Wirbelsäulentherapie nach Penzel

(*Abb.6 Spannungsausgleichmassage dorsal = SAM-D*)

Spannungsausgleichmassage nach Penzel:

Da dem Iliosacralgelenk eine zentrale Bedeutung in der Entstehung der Beschwerden des Bewegungsapparates zukommt, ist auch die Therapie desselben ein dringendes Erfordernis. Um hier eine anhaltende Besserung erzielen zu können, ist es allerdings notwendig, die energetische Situation zuerst zu normalisieren und zu stabilisieren. Anfangs geschieht dies mit der Spannungsausgleichmassage nach Penzel. Dazu werden nach dem jeweiligen energetischen Tagesbefund großflächig die teilweise leeren Meridiane einer Körperhälfte, also evtl. alle Yin-Meridiane auf der Körpervorderseite oder alle Yang-Meridiane auf der Körperrückseite, oder alle links- oder rechtsseitigen Meridiane mit dem Stäbchen streichend stimuliert. Dies ist eine massive künstliche Energieverlagerung und somit ein "Stoß ins Vegetativum". Für 24 bis 48 Stunden können unterschiedlichste Beschwerden und Sensationen mit Phasen der Besserung abwechseln. Dies wird in der APM als "Ebbe-Flut-Effekt" bezeichnet. Wo dieser nicht erwünscht ist, etwa bei schlechtem Allgemeinzustand, konsumierender Erkrankung oder Schwangerschaft, wird stattdessen der "kleine Energiekreislauf" - das sind Konzeptions- und Lenkergesäß - oder der "große Energiekreislauf" - das sind Konzeptions- und Lenkergesäß und alle Yin- und alle Yang-Meridiane - gezogen. Beide Maßnahmen bringen das Chi zum fließen, bewirken aber keine Energieverlagerung. Die Meridiantherapie kann mehrere Therapiesitzungen erfordern und soll so lange fortgeführt werden, bis zunächst weitgehende Beschwerdefreiheit eintritt. Um diese zu

erhalten sind allerdings dann die folgenden Therapieabschnitte ebenfalls notwendig. Sie werden begleitet von zunehmend spezifischeren Meridianbehandlungen, nämlich von einzelnen Umläufen, Meridianpaaren oder Einzelmeridianen und Punkten.

Akupunkt-Massage und Narbenentstörung nach Penzel.

Um einen ungehinderten Energiefluß zu gewährleisten ist es notwendig, störende bzw. behindernde Narben mit dem Stäbchen genau zu untersuchen. Druckempfindlichkeit, stechende oder taube Stellen in der Narbenmitte oder an der Circumferenz der Narbe sind Hinweise für Behandlungsbedürftigkeit. Durch Stimulation der benachbarten Meridianpunkte und Rasterpunkte unter Berücksichtigung der Flußrichtung des Chi im betreffenden Gebiet mit dem Stäbchen oder einem elektrischen Vibrationsgerät - "Ramses" - wird die Überbrückung der Narbe und damit die Wiederherstellung der normalen Fließgeschwindigkeit des Chi erreicht. Bei therapieresistenten Narben können auch galvanische Gleichstromimpulse mit dem "Cheopsgerät" eingesetzt werden. Zur weiteren Pflege der Narben hat sich eine energieflußfördernde Elektrolyt-Creme bewährt.

Wirbelsäulen- und Gelenksbehandlung nach Penzel.

Sie kann unter der Voraussetzung des zuvor erfolgten energetischen Ausgleiches mit APM durchgeführt werden. Eine manuelle Untersuchung gibt Aufschluß über verbliebene restliche Blockierungen, die in diesem Stadium durch sanfte passive Rollschwingbewegungen, Vibrationen und atembezogene Bewegungen in die freie Richtung gelöst werden können, ohne daß dabei die aus der Chirotherapie bekannten "Knacks"- Phänomene auftreten. Beim Nachtestieren zeigt sich dann der Erfolg der Gelenklösung. Um Rezidive zu vermeiden, wird der Patient aufgefordert, selbst aktive atembezogene Übungen zu Hause durchzuführen.

Zum Abschluß darf nochmals auf die vielseitige Anwendbarkeit und die besondere Effektivität der Akupunkt-Massage nach Penzel hingewiesen werden. Sie hat sich besonders bei funktionellen Störungen bewährt und kann vom Säuglings- bis zum Greisenalter auch bei sonst eventuell therapieresistenten Fehlfunktionen und Schmerzsyndromen meist mit Erfolg angewendet werden.

Literatur:

- 1) Chavanne, H.: Der Kreuzschmerz aus der Sicht der chinesischen Energielehre und seine Behandlungsmöglichkeiten mit Hilfe der Akupunkt-Massage nach Penzel. in Tilscher, H. und Eder, M. (Hsg.): Der Kreuzschmerz im Wechsel der Lebensabschnitte. Hippokrates, Stuttgart 1991
- 2) Chavanne, H.: Akupunkt-Massage nach Penzel-prinzipielle diagnostische und therapeutische Aspekte einer modernen Behandlungsmethode auf klassischen Grundlagen. Erfahrungsheilkunde, acta medica empirica, Haug, Heidelberg, Band 45 Heft 1/1996 ,
- 3.) Chavanne, H.: Differentialdiagnose und Therapie der akuten Lumbago und Lumboischialgie aus der Sicht der Akupunkt-Massage nach Penzel. Erfahrungsheilkunde, acta medica empirica, Haug, Heidelberg, Band 46 . Heft 2/1997
4.) Dosch, P.: Lehrbuch der Neuraltherapie nach Huneke, 6. Aufl., Haug Heidelberg, 1976
5.) Eder M., Tilscher H.: Chirotherapie. 2. Aufl. Hippokrates Stuttgart, 1994
6.) Eder M., Tilscher H.: Schmerzsyndrome der Wirbelsäule, 4.Aufl., Hippokrates Stuttgart, 1988
7.) Greenman, Ph.E., Klinische Aspekte der Funktion der Iliosakralgelenke beim Gehen. Manuelle Medizin, Heft 5, Oktober 1990, Springer-Verlag Berlin.
8.) Köhls, G.: Akupunkt-Massage nach Penzel, j in ZDN und FFB (Hsg.): Dokumentation der besonderen Therapierichtungen und natürlichen Heilweisen in Europa, Bd. V ,1.Halbband, VGM-Verlag Lüneburg 1992
9.) Müller, J.: Akupunkt-Massage nach Penzel - Die fehlende Dimension in der Therapie - . Erfahrungsheilkunde, Haug, Heidelberg, Heft 9, Band 39, September 1990
10.) Penzel, W.: Akupunkt-Massage nach Penzel, Band I, 14. Aufl.1997, Band II, 9. Aufl. 1995, Band III, 6.Aufl. 1996, Eigenverlag W. Penzel, Willy-Penzel-Platz 2, D -37619 Heyen bei Bodenwerder
11.) Tilscher, H. Eder, M.: Reflextherapie, Hippokrates, Stuttgart 1989

Geräte und Hilfsmittel: 1.) Therapiestab nach Penzel, 2.) Vibrationstherapiegerät "Ramses", -3.) Elektro-stimulationsgerät "Cheops". 4.)"A.P.M.-Creme" (Willy Penzel Handels u. Vertriebs GmbH & Co.KG, Heyen)

Korrespondenzadresse:

Dr.med. Harald Chavanne, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie,
Zahnradbahnstrasse 23/14, A-1190 Wien

Aus: Erfahrungsheilkunde , Karl F. Haug Verlag , Ausgabe 2/2000