

3. „Herr Doktor, ich habe Rücken“

Wenn Sie das zu ihrem Behandler sagen, liegen Sie eher richtig, als wenn Sie sagen „ich habe es mit der Bandscheibe“. Die Bandscheiben sind sozusagen das Nonplusultra des Schreckens für einen Rückenschmerz-Patienten.

Dabei hat nur der kleinere Teil der Rückenschmerzen mit den Bandscheiben zu tun, was eine gute Nachricht für Sie ist und eine schlechte für Chirurgen. Das bedeutet, dass der größte Teil der Rückenschmerzen konservativ, d. h. nicht operativ zu behandeln ist, wenn Sie sich an einen Behandler wenden, der sich für die vielen Facetten des Rückenschmerzes interessiert und seinen Ehrgeiz darin investiert, diese effizient zu behandeln. Ich kann Ihnen verraten, dass es für einen berufenen und engagierten Behandler eine Wonne ist, Rückenschmerzen zu behandeln, weil die Erfolgsaussichten einfach großartig sind.

Andererseits muss man als engagierter Behandler auch die Grenzen kennen, ab denen mehr als die Hände, die Akupunkturnadel oder die neuraltherapeutische Spritze und ein paar Schmerzmittel angezeigt sind. Um das besser zu verstehen, müssen wir erst einmal die verschiedenen Typen und Ursachen von Kreuzschmerz definieren.

Angeblich haben 40–50 % der Menschen „öfter oder immer“ Rückenschmerzen. Etwa 70 % haben die Schmerzen mindestens einmal im Jahr.

Am häufigsten seien demnach Rückenschmerzen in der Altersgruppe der 50- bis 70-Jährigen, meiner statistikfreien Anschauung nach aus der Praxis haben aber durchaus auch die 20- bis 50-Jährigen nicht selten Rückenschmerzen.

Im Jahr 2010 verursachten Rückenschmerzen von allen chronischen Erkrankungen den größten volkswirtschaftlichen Schaden (rund 17,5 Milliarden Euro).

Wenn Patienten davon sprechen, dass sie es „im Rücken haben“, meinen sie meist den unteren Rücken, d. h. die Lendenwirbelsäule. Schmerzen, die im Lendenwirbelsäulenbereich lokalisiert sind und nicht von dort aus ausstrahlen, werden als „Lumbalgie“ bezeichnet, als „Lumboischialgie“, wenn sie ausstrahlen. Noch genauer muss man eigentlich von

„lumboischialgieformen Beschwerden“ sprechen, wenn die Ursache nicht die Nervenwurzeln („Ischias“) sind.

Leider ist es zunehmend so, dass Privatpatienten bei Rückenschmerzen sich erst mal selbst ein MRT verordnen. Vielleicht auch deshalb, weil sie das in anderen Fällen von ihren Ärzten auch so vorgemacht bekommen haben. Aber was das MRT auszusagen scheint, ist nicht Ihre Funktion und Ihr Befinden, es ist ein scheinbar objektives Bild, das erst dann, wenn alle funktionellen, d. h. behebbaren Beschwerden beseitigt sind, als Erklärung herhalten kann.

Der umgekehrte Weg ist dumm: „Als Erstes mal ein MRT, das uns die Sache erklärt“ kann eigentlich nur zu Fehlinterpretationen Anlass geben: Wieder weiß der „Focus“ Rat. Nur „2–3 % der Fälle von Rückenschmerzen sind auf die Bandscheiben zurückzuführen.“

Anders ausgedrückt: Wenn Sie die gesunde Bevölkerung durchscannen, dann haben ca. ein Drittel Bandscheibenbefunde, ohne jegliche Beschwerden. „Untersuchungen von Menschen ohne Rückenschmerzen zeigen, dass vermutlich mehr als ein Drittel der 30-Jährigen und über 60 % der Menschen über 50 Jahre einen Bandscheibenvorfall ohne jegliche Beschwerden haben“, so die Webseite der DKV.

Bei einer Magnetresonanztomographie (MRT) an 30 beschwerdefreien Freiwilligen wurden an der Halswirbelsäule 50 % Bandscheibenvorwölbungen gefunden, bei 3 % Prolapse und bei 13 % eine Rückenmarkskompression ohne Beschwerden.

Vorwölbung (Protrusion) bedeutet, dass der faserige Abschlussring der Bandscheibe intakt ist und sich der weiche, gallertige Kern nur vorgewölbt hat. Vorfall (Prolaps) bedeutet, dass der Kern aus der Umhüllung ausgetreten ist und sich möglicherweise verlagert hat, sodass Symptome auf einer Ebene entstehen können, die eigentlich nicht der betroffenen Bandscheibe entsprechen.

Woran sollten Sie also nun denken, wenn Ihnen das Kreuz weh tut?

Lokalisierter Lendenwirbelsäulenschmerz

Ausstrahlender oder nicht ausstrahlender Schmerz, das ist hier die erste Frage.

Wenn die Schmerzen im unteren Rückenbereich festsitzen, d. h. nicht ausstrahlen, dann kommt ein Schmerz durch Muskelspannung infrage, blockierte Wirbel, blockierte Sakroiliakgelenke (Kreuz-Darmbein-Gelenke) und eine mittige („mediale“) Bandscheibenvorwölbung bzw. -vorfall, welcher eben keine Nervenwurzel berührt.

Strain-Counterstrain-Störung

Herr Müller-Wipperfarth war in seinem Vorgarten mit Unkraut-Jäten beschäftigt. Er ist ein durch und durch deutscher Gartenliebhaber, der keinen Moment daran zweifelt, dass es nichts Gesünderes gebe als Gartenarbeit. So steht er eines Tages mit vornüber gebeugtem Körper, die Knie gerade so weit gebeugt, dass er mit seiner Handharke den Boden traktieren kann. Das geht schon ungefähr eine Viertelstunde ohne Pause so, als er plötzlich aufschreckt. Er hört ein lautes Hupen, Reifen-Quietschen und noch einmal ein lautes, furioses Hupen. Herr Müller-Wipperfarth richtet sich plötzlich auf, um zu sehen, wer dieser deutsche Rechthaber sein könnte, der sich lautstark darüber beklagt, dass ihm wieder einmal die Vorfahrt genommen wird.

Vor Herrn Müller-Wipperfarths Grundstück mündet die kleinere Handtke-Straße in die größere Goethe-Straße ein und aus der Handtke-Straße kommt immer von rechts der Nachbar Beringel aus der Hausnummer 29. Obwohl er weiß, dass die Fahrer auf der Goethe-Straße, die von rechts kommenden Handtke-Straßler regelmäßig ignorieren, pocht er jedes Mal auf sein Recht. Beringel ist ein selbsternannter Finanzberater, der aber eigentlich nichts tut, als die Leute, die sich ihm anvertrauen, in einen Gold- und Silber-Einkaufsverband hineinzureden, bei dem er im Vorstand ist, nach dem Motto: „Gold ist immer sicher.“ Herr Müller-Wipperfarth hat dadurch inzwischen schon 20 % seiner Einlagen verloren und nun auch noch gesehen, dass der Beringel von der Nummer 29 bei der AfD für den Bundestag kandidiert. All das macht diesen zum natürlichen Feind von Herrn Müller-Wipperfarth, der SPD-Mitglied ist. Ihm ist, obwohl Freund deutschen Bodens, den er



Abb. 30: Herr Müller-Wipperfarth von der SPD arbeitet mal wieder im Garten. Das findet er, wie die meisten Deutschen, gesund.

beharkt, das Ideengut der AfD dennoch tief zuwider. Diesmal konnte er allerdings das Gefühl der Verachtung für die Kleinkariertheit Beringels gar nicht so richtig genießen, da er nach dem Aufrichten plötzlich einen stechenden Kreuzschmerz empfand, der ihn völlig bewegungslos erstarren ließ. Ein bisschen dehnen, ein bisschen bewegen, nichts half, es machte die Sache eigentlich eher noch schlimmer.

Er rief sofort seinen Haus-Osteopathen an, der versprach, ihn am Abend noch an die Sprechstunde anzuhängen. Er ließ sich von Herrn Müller-Wipperfarth die Geschichte seines Kreuzschmerzes erzählen und erinnerte sich an eine praktisch gleichlautende Geschichte des Osteopathen Lawrence Jones, der den Patienten in die Ausgangsposition vor der Entstehung des Schmerzes (also in Beugung, diesmal in Seitenlage auf der Behandlungsliege) positionierte und nach etwa 90 Sekunden



Abb. 31: Stufenbettlagerung. Nebenbei kann man sehen, dass Herr Müller-Wipperfarth die Brustmuskeln nicht genug dehnt, die Arme stehen in die Höhe. Und er hat beidseits einen Hallux valgus..

fand, dass der Kreuzschmerz so gut wie verschwunden war. Es handelte sich um die schmerzhafte Verspannung des Hüftbeugemuskels (Psoas), die genauso wie ein typischer Hexenschuss durch eine eigentlich alltägliche und wenig aufregende („falsche“) Bewegung zustande gekommen war: Der verkürzte Muskel hat einfach die plötzliche Verlängerung beim Aufrichten aus der Beugehaltung nicht in allen Teilen mitgemacht. Das lässt sich durch entsprechendes Positionieren und Warten heilen. Die Methode heißt Strain-Counterstrain¹. Ein Charakteristikum für diese Kreuzschmerz-Ursache ist übrigens, dass man nicht beschwerdefrei auf dem Rücken liegen kann, ohne die Beine anzuwinkeln. Das ist jedoch keine exklusive Symptomatik, denn auch die nachfolgend beschriebene Bandscheibenproblematik kann so charakterisiert sein. Daraus leitet

¹ „Anspannung und Gegenspannung“

Mit Erfolg gesund

Copyright-geschütztes Material



Abb. 34: Korrektur eines Ilium anterius (nach vorne gedreht) im Stehen nach Sutherland: über dem rechten Sakroiliakgelenk tut es weh und das rechte Bein ist lang.



Abb. 35: Korrektur eines Ilium posterius (nach hinten gedreht): Über dem linken Sakroiliakgelenk tut es weh und das linke Bein ist kurz; hinten gedrehtem Darmbein.

beinschaukel, der anderen vorne in der Leiste das Darmbein nach vorne gedreht. Das Ganze haben wir dreimal durchexerziert, anschließend konnte er normal laufen und hat sein Spiel noch gewonnen. Die angewandte Technik ist eine sogenannte Langhebeltechnik nach Still/Sutherland, letzterer ein weiterer Pionier der Osteopathie und Begründer der kraniosakralen Osteopathie, welche eine von vielen osteopathischen Techniken am Sakroiliakgelenk darstellt.

Die von Jeff, dem Chiropraktor, angewandte Manipulation in Seitlage hätte nach osteopathischen Regeln genauso stattgefunden. Dazu hätte ich aber eine Therapieliege gebraucht. Wenn Sie sich die Zeichnungen anschauen (s. u.), können Sie das selbst auch einmal ausprobieren, wenn die Befunde so zusammenpassen.

Wenn auf der schmerzhaften Seite das Bein länger ist, bedeutet das allerdings, dass das Darmbein bzw. die entsprechende Beckenhälfte nach vorne gedreht ist und dann müssen Sie es mit demselben Manöver

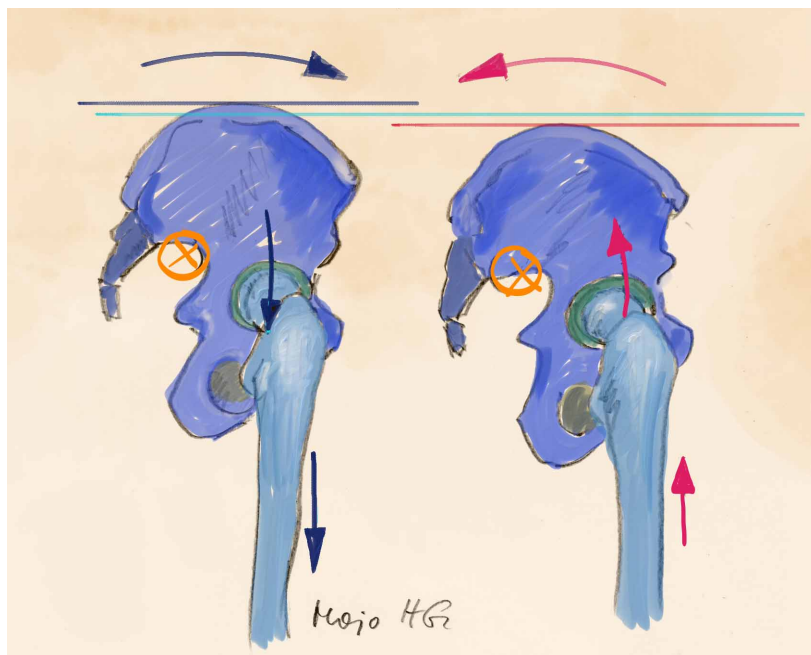


Abb. 36: Langes Bein bei nach vorne gedrehtem Darmbein, kurzes Bein bei nach hinten gedrehtem Darmbein.

nach rückwärts drehen. Alles keine Hexerei, das können Sie Ihrem Hausarzt auch einmal zeigen, sollte er es nicht schon in seinem therapeutischen Arsenal haben, weil er verstanden hat, dass man Schmerzen im Bewegungssystem nicht ohne Chirotherapie, Osteopathie und Applied Kinesiology behandeln kann.

Auf jeden Fall wissen Sie jetzt auch, welche „unglaublichen Kunststücke“ Ihr Osteopath vollbracht hat, wenn er Ihnen nach der Behandlung gesagt hat, Ihre Beinlänge ausgeglichen zu haben. Nur etwa 10 % der zu beobachtenden Beinlängendifferenzen sind anatomisch bedingt, beispielsweise durch ungleiche Schenkelhalswinkel oder Unfälle. Andere halten die anatomische Beinlängendifferenz für viel häufiger.

Wenn auf der Suche nach einer anatomischen Beinlängendifferenz Ihr Therapeut das Maßband herausholt und an unerfindlichen „präzisen“ Landmarken ihres Beckens und ihrer Füße anfängt zu messen, dann fragen Sie ihn doch bitte, ob es nicht besser wäre, eine Röntgenaufnahme

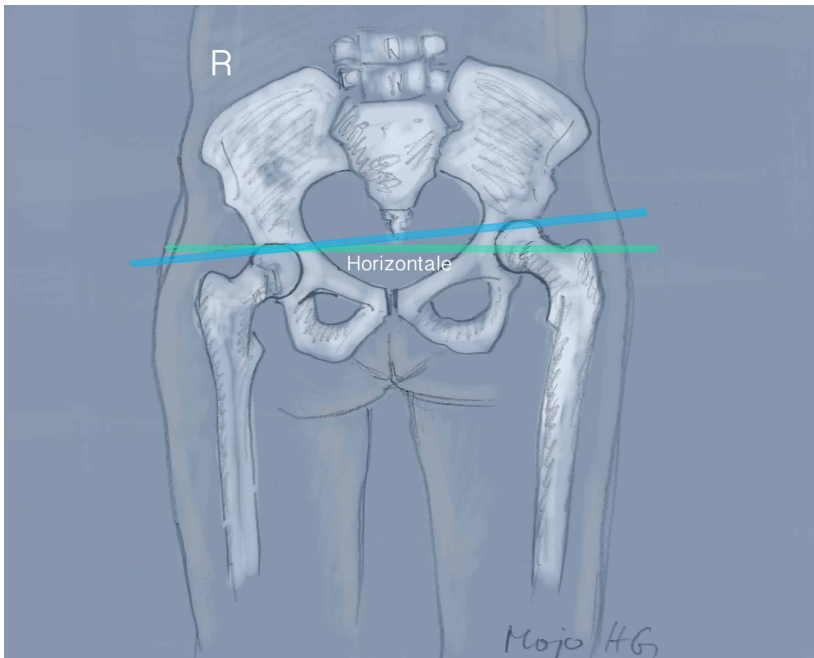


Abb. 37: Röntgen-Aufnahme des Beckens im Stehen mit anatomisch längerem Bein links.

im Stehen zu machen. Das ist die einzige zuverlässige Methode; da es unmöglich ist, die Röntgenplatte schief einzuspannen, braucht noch nicht einmal das ganze Bein geröntgt zu werden. Es ist nur notwendig, dass Sie mit durchgedrückten Knien vor dem Röntgenschirm stehen. Dann kann geprüft werden, ob die Linie, welche die Hüftköpfe verbindet, waagrecht liegt und damit anatomisch gleiche Beinlängen gegeben sind, so wie Sie das auf Abb. 37 sehen.

Ich erkläre das hier so genau, da ich nicht selten mit Patienten Diskussionen habe, die vom „Osteopathen ihres Vertrauens“ vermittelt bekommen, dass immer wieder die Beinlänge ausgeglichen wurde. Dabei wurden die körperlichen Zeichen einer anatomischen Beinlängendifferenz einfach ausgeblendet und eine Dauerbeschäftigung aus dem Ausgleichen der Beinlängendifferenz gemacht. Vertrauen kann dann so weit gehen, dass selbst die nach langen Widerständen akzeptierte Röntgenaufnahme im Stehen mit objektiven Befunden nicht die Änderung des Glaubenssystems herbeigeführt hat.

Es ist manchmal zum Haare raufen, wenn Therapeuten mit sicher auch guter Absicht Patienten auf falsche Fährten setzen. Grundsätzlich gilt der Tipp, dass eine Korrektur, die immer wieder durchzuführen ist, offensichtlich nicht des Pudels Kern trifft. Oder nach einem wichtigen Kernsatz: „Wenn das, was du tust, nicht funktioniert, tue etwas anderes.“

Es gibt wenige Situationen, wo einfach körperliche Defekte durch Unfälle, angeborene Störungen und dergleichen mehr, verhindern, dass eine dauerhafte Korrektur möglich ist. So gesehen ist eine anatomische Beinlängendifferenz ein dauerhafter körperlicher „Defekt“.

Das ist insofern wichtig, als beispielsweise bei der Korrektur einer Bisslage, d. h. der Zahnkontakte, Zahnhöhe, Kiefergelenksposition etc. eine anatomische Beinlängendifferenz einen konstanten Einflussfaktor darstellt, der unbedingt berücksichtigt werden muss. Man muss sich im Laufe dieser Behandlung entscheiden, ob der Patient die anatomische Beinlängendifferenz ein Leben lang integriert und adaptiert hat, d. h. beschwerdefrei toleriert, oder ob man diese Beinlängendifferenz tunlichst mithilfe eines Schuh-Höhenausgleiches korrigiert, was zwingend auch zu einer Veränderung der Zahnkontakte führt. Siehe hierzu auch das Kapitel 8 zur kraniomandibulären Dysfunktion.

Der Körper hilft sich häufig damit, dass er auf der Seite des

Mit Erfolg gesund

Copyright-geschütztes Material

keineswegs verallgemeinern. Viele Chiropraktoren verfolgen einen profunden, ganzheitlichen und Patienten-orientierten Ansatz. In jedem Falle diejenigen, die in Applied Kinesiology ausgebildet sind.

Ein interessantes Detail ist, dass in den Vereinigten Staaten der Titel des D.O. (Doctor of Osteopathic Medicine) nach einem ähnlichen Curriculum wie an den Medical Schools, die zu einem Medical Doctor (M.D.) ausbilden, an sog. Osteopathic Medical Schools erworben werden kann. Ein entscheidender Unterschied ist, dass 500 Stunden der Ausbildung manualmedizinischen Techniken gelten. Die Mehrzahl der Absolventen (immerhin ca. 25 % der Medizinstudenten) arbeitet danach genauso als Chirurg, Gynäkologe, Internist, wie seine Kollegen von der Medical School.

In Deutschland heißt D.O. so viel wie „Diplom in Osteopathie“ und dieses Diplom kann nach den verschiedensten Kriterien, die nicht geschützt sind, erworben werden. So bietet z. B. das College Sutherland eine Vollzeit-Ausbildung von fünf Jahren an, für die die Zugangsvoraussetzung das Abitur ist. Andererseits gibt es für Physiotherapeuten, Heilpraktiker, Medizinische Bademeister und Ärzte berufsbegleitende Wochenendausbildungen, deren Zeitumfang variiert und bei etwa 1400 Stunden liegt, um eine Zahl zu nennen. Wenn Sie es genau wissen wollen, welchen Hintergrund Ihr Therapeut hat, müssen Sie nachfragen. Bei Ärzten ist es in jedem Falle so, dass man sich nur nach Absolvierung einer von den Ärztekammern anerkannten Ausbildung bei einer manualtherapeutischen Gesellschaft mit dem Titel D.O. schmücken darf.

Ausstrahlender Lendenwirbelsäulenschmerz

Schmerz im Lendenbereich und Oberschenkel

Wenn die Schmerzen im unteren Kreuz sitzen und in den Po, die Oberschenkel, bis ins Knie oder die Waden ausstrahlen, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass die Bänder und Kapseln der Zwischenwirbel- oder Kreuz-Darmbeingelenke irritiert sind. Diese sind sehr ausgeprägt durch Schmerzfasern versorgt – ein ausstrahlender Schmerz hat sozusagen als Irrtum des Nervensystems dort seinen Ursprung (Abb. 8).

Der Irrtum ist, dass es sich so anfühlt wie ein Ischiasschmerz, d. h. einer, der in einer entzündeten Nervenwurzel („radikulär“, von lateinisch *radix*, die Wurzel) seine Ursache hat. Ich habe weiter oben bereits über die Kreuz-Darmbeingelenke als Quelle solcher „Pseudowurzelschmerzen“ gesprochen. Je länger eine solche Irritation vorhanden ist, was bei Dauerfehlbelastung dieser Gelenke durch Beckenverwringungen der Fall ist, desto mehr entsteht eine echte Entzündung der Gelenkstrukturen, die dann auch andere therapeutische Maßnahmen als einen chiropraktischen oder osteopathischen Knackangriff brauchen. Dazu später mehr.

Die Ursachen von Dauerspannungen am Becken, welche durch ein Ungleichgewicht der Muskelketten der Rumpfmuskulatur entstehen, sind vielfältig:

Sie können nach einem klassischen Begriff „aufsteigend“ bei Fehlfunktionen der Füße und der Muskel-Gelenk-Strukturen der Beine entstehen.

Auch auf der Beckenebene selbst kann die Ursache liegen: häufig sind Reizungen der Darmstrukturen rechts, dort liegt der Übergang vom Dünn- zum Dickdarm auf den Beugemuskeln Iliopsoas, die an den Beckenstrukturen ansetzen. Der gereizte Darm führt zu einer vermehrten Spannung dieser Muskeln. Links liegt das Sigmoid, wo nicht selten Divertikel oder andere Reizzustände vorkommen mit demselben Effekt auf die Muskulatur.

Die Störungskette kann jedoch auch „absteigend“ wirken: Hier ist die häufigste Ursache ein Fehlbiss (also eine falsche Bisslage), häufig assoziiert mit einer Kiefergelenkstörung. Siehe hierzu mehr im Kapitel 7.

Therapeuten, die die Techniken der Applied Kinesiology kennen, können praktisch in der ersten Sitzung definieren, wo die Hauptstörungsquelle ist, und eine entsprechend spezifische Behandlung einleiten.

Die Behandlung einer chronischen Sakroiliakgelenksreizung geschieht am besten mit den Techniken der Applied Kinesiology, die eine Abwandlung aus einer weiteren chiropraktischen Spezialdisziplin darstellen, der SOT (Sacro-Occipital-Technique). Dort wird das verdrehte Becken so auf Keile gelegt, dass die Verwringung spezifisch begradigt wird. Die Muskeln, die das Becken stabilisieren, müssen getestet und abgeschwächte entsprechend normalisiert werden. Dazu gehören auch Korrekturen der Wirbelsäule und muskuläre Behandlungstechniken.

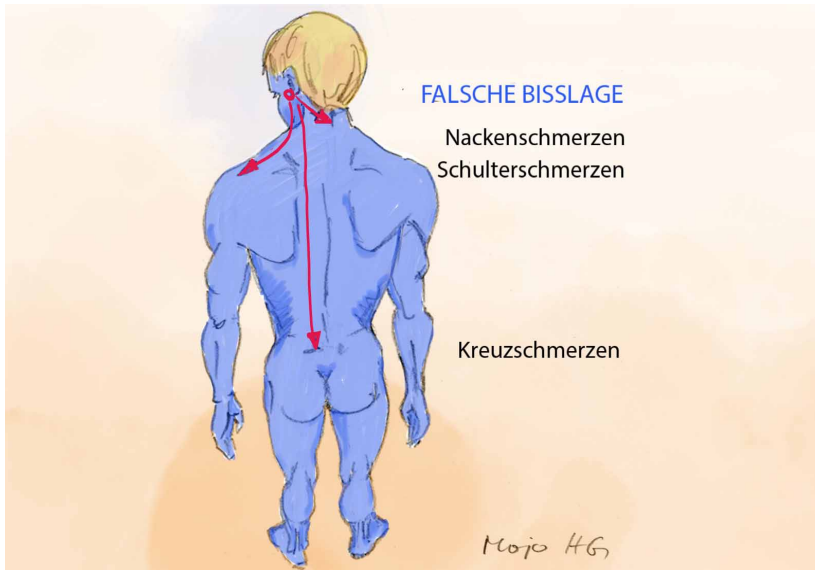


Abb. 38a: Von einem Fehlbiss kann eine „absteigende Funktionsstörungskette“ ausgehen.

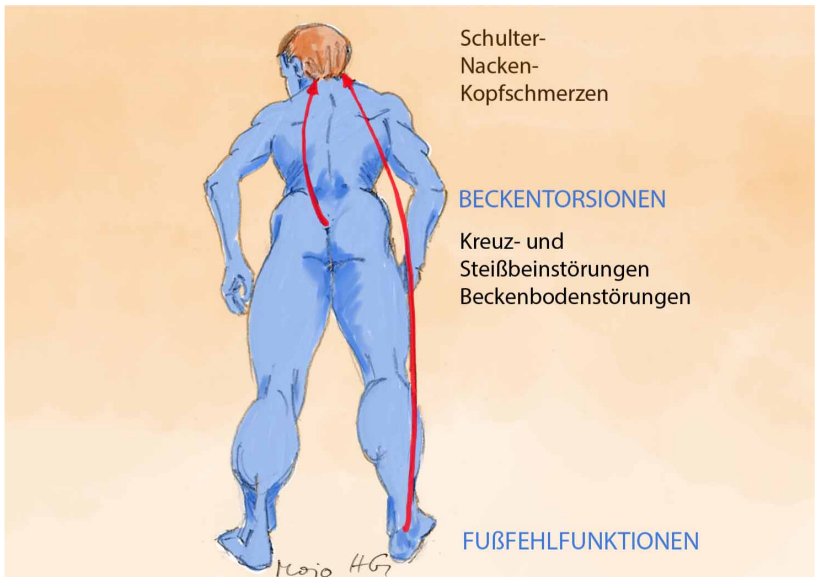


Abb. 38b: Viele Störungen des Bewegungssystems haben „aufsteigend“ Rückwirkungen auf den Biss, vor allem aus dem Beckenbereich.

Mit Erfolg gesund

Copyright-geschütztes Material

Unterschenkel- und Fußmuskulatur darf nicht zu lange gezögert werden, um die Nervenschädigung nicht zu lange wirken zu lassen, was eine Regeneration erschwert. Nach ca. 2–3 Wochen werden die Folgen von Druck auf den Nerv im Elektromyogramm sichtbar. Da die Nervenhüllstrukturen bei Druckschädigungen nicht unterbrochen sind, besteht nach dieser Zeit grundsätzlich volle Regenerationsfähigkeit. Der Nerv sprosst durch Synthese-Arbeit des Nerven-Zellkörpers, der eigentlichen „Seele“ des Nerven, der im Rückenmark oder in seiner Nähe liegt, neu aus. Die Wachstumsgeschwindigkeit beträgt zwischen 0,5 und 3 mm pro Tag, sodass speziell bei wirbelsäulennahen Schädigungen Geduld angesagt ist.

Piriformis-Syndrom

Die Spannung im Bereich des Piriformis-Muskels (der „birnenförmige“, welche dann zu Irritationen des Ischiasnervs führt, hat funktionelle Gründe, die leider zu selten erfasst werden. In jeder physiotherapeutischen und orthopädischen Praxis, ja in jeder allgemeinmedizinischen Praxis sind Piriformis-Syndrome etwas Alltägliches. Der Muskel hat seinen Ursprung an der Vorderseite des Kreuzbeins im Inneren des kleinen Beckens, zieht dann durch ein Loch (Foramen ischiadicum) aus dem Becken heraus und setzt am großen Rollhügel (Trochanter major) des Oberschenkels an.

Das Foramen ischiadicum wird so weit vom Birnenförmigen ausgefüllt, dass nur oberhalb und unterhalb ein Nervenaustrittsloch bleibt. Durch diese ziehen die versorgenden Nerven für die Gesäßmuskulatur, aber auch sensible Nerven, wie der N. pudendus. Der vermittelt als „Schammern“ die Gefühle in Ihren edlen Teilen bis in die Penisspitze und Klitoris Spitze. So gab's in Zeiten der handgreiflichen Züchtigung auch Bedenken, dass die Schläge auf den Hintern womöglich noch zu Lustgefühlen führen könnten: Sorgen hatten die!

Teilweise zieht der Ischiasnerv durch den Muskel durch, teilweise eng an ihm vorbei; in beiden Fällen kann er durch einen verdickten und verspannten Muskel irritiert werden. Das führt dann zu ausstrahlenden Ischiasbeschwerden, die nichts mit der Bandscheibe zu tun haben.

Gehen wir noch einmal einen Schritt zurück. Aufgrund der Ursprungs- und Ansatzverhältnisse ist der Piriformis ein potenter

Außenrotator und Abspreizer (Abduktor) der Hüfte und stabilisiert gleichzeitig das Sakroiliakalgelenk von innen. Diese Aufgabe teilt er sich mit dem großen Gesäßmuskel (Gluteus maximus), der außen das Sakroiliakalgelenk überquert.

Macht der Gluteus maximus aus irgendwelchen Gründen schlapp, hier kommen Ursachen im Bereich der Lendenwirbelsäule genauso infrage wie solche im Bereich der Organe des kleinen Beckens, dann muss der Piriformis sozusagen Überstunden machen und die Stabilisationsarbeit am Sakroiliakalgelenk allein verrichten, wodurch er überspannt wird und verdickt. Damit haben wir die oben geschilderten Ursachen für ein Piriformis-Syndrom perfekt beieinander.

Es gibt noch ein paar interessante Details zu erwähnen: Der M. piriformis ist funktionell den Geschlechtsdrüsen, d. h. den Eierstöcken der Frauen und den Hoden der Männer zugeordnet. Dies ist eine Beziehung, die Goodheart basierend auf seinen Erfahrungen und akribischen Fallstudien beschrieben hat und die sich in der Praxis der Applied Kinesiology bestens bewährt hat. Das bedeutet, dass hormonelle Störungen Auswirkungen auf die Struktur des Beckens haben können, denn eine Abschwächung des Piriformis beispielsweise rechts kann zu einem verspannten Piriformis links führen. Das führt zu einer Verwringung des Beckens und in der Folge dann eventuell zu Sakroiliakalgelenkstörungen. Das bedeutet gleichzeitig, dass Frauen derartige Beckenstörungen häufiger als Männer haben und entsprechend auch häufiger Piriformis-Syndrome. Die Zielrichtung der Behandlung muss also sein, den Hormonhaushalt zu normalisieren, was rückwirkend wieder eine Normalisierung der Beckenstrukturen erfordert. Es gibt auch hier keine Einbahnstraße.

Therapeutisch wird nun beim Piriformis-Syndrom in den meisten Fällen versucht, diesen verspannten Muskel durch schmerzhaftes Ausmangeln oder mit der langen Akupunkturadel zu entspannen. Das ist wenig erfolgreich, wenn die Ursachen-Folge-Kette so ist, wie geschildert, was meistens der Fall ist.

Ein weiterer typischer Grund für ein Piriformis-Syndrom sind Spannungen im Bereich der Beckenboden-Muskulatur, die meist auf irgendwelche Verletzungen zurückgehen. Ca. 50 % der Bevölkerung sind dafür besonders anfällig. Jede Entbindung auf natürlichem Wege führt zu solchen Verletzungen, entweder Dammrisse oder Dammschnitte, die

dann im Laufe der Zeit vernarben und als Narben eben zu Verkürzungen neigen.

Das fühlt sich dann beim Tasten entlang der knöchernen Ränder des kleinen Beckens, also entlang dem Steißbein, dem Sitzbein und dem Schambein, sehr schmerzhaft an. Ihr Therapeut muss aber hinfassen und dann durch dort gehaltenen Druck die Muskelansätze entspannen. Das kann manchmal in einer einzigen Sitzung zur Beseitigung eines Piriformis-Syndroms führen.

Ich habe selbst einmal die Erfahrung gemacht: Anlässlich eines Urlaubs auf einem holländischen Segelschiff – es hieß „Swan fan Makkum“ und war „The World’s largest Brigantine“ (ein Zweimaster) – hatte ich die Idee, am Ende der Reise von der Großrah ins Wasser springen zu müssen. Das ist der lange horizontale Balken bzw. modernerweise Rundstahl, an dem das Großsegel befestigt ist. Das Ding hing 12 m hoch über dem Wasser und da ich kein Held bin, sprang ich mit den Füßen voraus und schützte meine edlen Teile vorn mit den Händen.

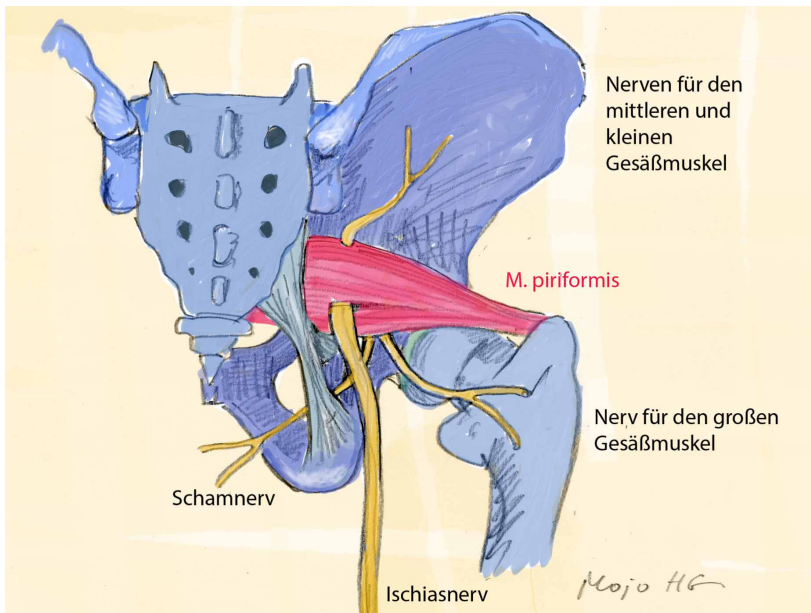


Abb. 40: Piriformis-Syndrom: Die Enge entsteht durch einen überspannten M. piriformis, das verursacht Gefühlsstörungen und Schwäche im Gesäß und Bein.

Ich hätte lieber die Pobacken zusammenkneifen sollen, damit das Wasser, das aus dieser Höhe hart wie Beton ist, nicht auf dem Weg des geringsten Widerstands an der hinteren Öffnung den Weg ins Körperinnere suchen konnte. Genau das ist aber passiert und es war unangenehm, jedoch nicht dramatisch, nur konnte ich bei dem 8 Stunden langen Rückflug vor Schmerzen kaum sitzen, da mein Steißbein anfing, krass wehzutun. Vier Wochen später hatte ich dann das erwähnte Piriformis-Syndrom, das Steißbein hatte mich inzwischen in Ruhe gelassen. Glücklicherweise fand ich einen geschulten Osteopathen, der sich um meinen Beckenboden kümmerte.

Rückenschmerzen: Fazit

Wir sprechen hier vor allem vom „unteren Rücken“: Ein wichtiges Unterscheidungskriterium ist, ob die Schmerzen lokalisiert sind oder ausstrahlen.

- Akut auftretende lokalisierte Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule sind, wenn sie einseitig betont sind, primär verdächtig auf eine „Blockierung“ eines Wirbels oder des Sakroiliakalgelenks. Bei mittigem Schmerz kann bei entsprechender Entstehungsgeschichte auch einmal ein mittenständiger Bandscheibenvorfall oder eine Bandscheibenvorwölbung die Ursache sein. Typischerweise tritt beides nach einer mehr oder weniger schnellen Bewegung, meist ohne größere Belastung auf, wie Hochkommen aus der Vorbeugende mit oder ohne Rotation. In speziellen Fällen kann auch eine Spannung des Psoas im Sinne einer Strain-Counterstrain-Läsion die Ursache sein. Alles sind Fälle für eine spezifische manualtherapeutische Behandlung.
- Chronische Lendenwirbelsäulenschmerzen sind letztlich immer durch eine zu geringe Stabilisierung der Wirbelsäulengelenke durch die wirbelsäulensständige Muskulatur mitbedingt. Das führt zu Reizung und Entzündung der Facettengelenke. Die wichtigste Maßnahme ist hier ein stabilisierendes Training, wofür am besten der Swingstick mit Therapiekreisel bzw. Vibrationsplatte geeignet ist. Ersatzweise kann auch der Gymnastikball oder Übungen mit Therabändern eingesetzt werden.
- Ausstrahlende Schmerzen müssen unterschieden werden in radikuläre (Wurzel-) Schmerzen und pseudoradikuläre Schmerzen, die die Ausstrahlung des Wurzelschmerzes nachahmen, nicht jedoch durch eine Wurzelkompression verursacht werden.

- Wurzelkompressionen entstehen durch Engpässe am Austrittsloch des Nerven an der Wirbelsäule oder noch innerhalb des Wirbelkanals durch eine seitliche (laterale) Bandscheibenvorwölbung bzw. -vorfall. Die Schmerzen strahlen dann meist bis in den Fuß aus, sind in der Regel sogar eher in der Peripherie betont. Ähnlich fühlt sich ein Piriformis-Syndrom an, wo der Ischias-Nerv durch den M. piriformis im Bereich des Gesäßes komprimiert wird.
- Therapeutisch muss versucht werden, die Beziehungen der Wirbel und der Beckenknochen zueinander zu normalisieren. Dies geschieht durch osteopathische und chiropraktische Maßnahmen sowie durch Normalisierung der Funktion der stabilisierenden Muskeln. Wenn dies nicht zu ausreichendem Erfolg führt, ist die nächste angezeigte Maßnahme die bildwandler-gestützte Injektion von Kortison um die Nervenwurzel. Erst bei Versagen dieser Maßnahme ist der Gedanke an eine Operation vernünftig.
- Pseudowurzelschmerzen haben ihre Ursache in einer Reizung und Entzündung der Wirbelsäulen bzw. Sakroiliakgelenke. Die Funktion dieser Gelenke muss manuell normalisiert werden und dann ist auch hier das stabilisierende Training die entscheidende Maßnahme. Symptomatisch kann auch hier eine Injektion an die Wirbelfacetten, das Sakroiliakgelenk und die jeweiligen Kapseln und Bänder hilfreich sein, um zunächst einmal den Akutschmerz zu reduzieren.
- Der Verdauungstrakt und die Organe des kleinen Beckens haben einen ausgeprägten Einfluss auf die Funktion der Wirbelsäule und müssen fachkundig behandelt werden.