

# osteopathiewelt

## *Osteopathie im Spitzensport*

Neue Möglichkeiten für stärkere  
Performance und nachhaltige  
Rehabilitation

## *Entspannung beginnt im Gewebe*

Zusammenhang zwischen  
Stress, Nervensystem,  
Faszien und Atmung

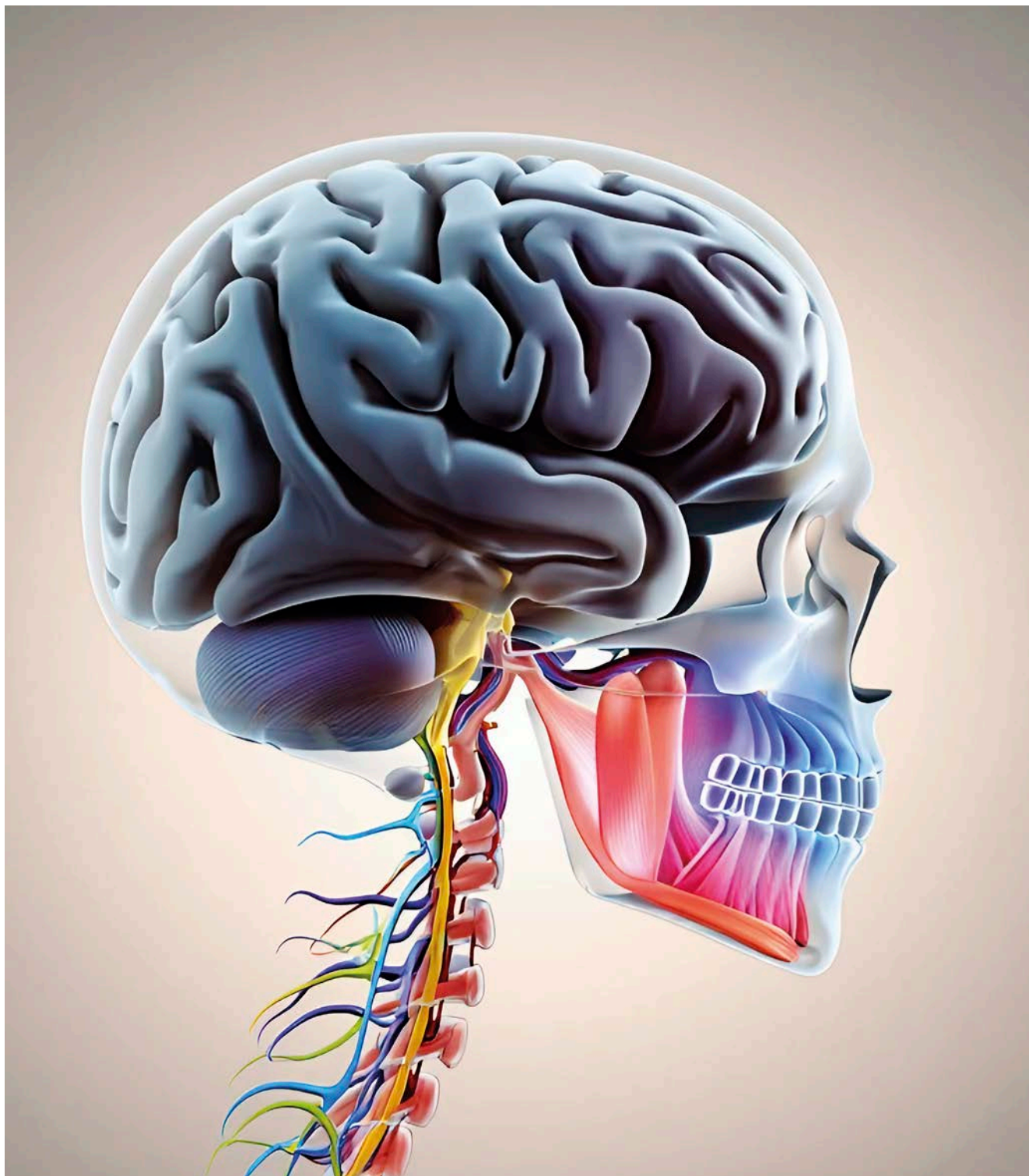
## *Chronischer Reizhusten*

Osteopathie als sanfte,  
ganzheitliche Behand-  
lungsoption



# ***CERVICOBRACHIALGIE***

Warum sich bei Schmerzen in Schultern und Armen ein Blick auf den Kiefer lohnt



**D**a die meisten Menschen ihren Alltag einseitig sitzend verbringen, können Beschwerden entspringen, die unter dem Begriff Cervicobrachialgie zusammengefasst werden. Synonyme sind Cervicobrachial-, Schulter-Arm- sowie auch HWS-Syndrom. Hierbei handelt es sich nicht um eine Diagnose, sondern um einen Symptomkomplex, der durch Schmerzen gekennzeichnet ist, die in die Schulter und/oder in einen Arm ausstrahlen. Ihren Ursprung haben sie im Bereich der Halswirbelsäule (HWS).

In diesem Artikel gehe ich v. a. auf den Zusammenhang dieses Schmerzsyndroms mit Dysfunktionen des Kiefers (CMD und Bruxismus) ein. Gerade wir Osteopathen sollten diese Verknüpfung unbedingt kennen und immer auch die Kieferfunktionen überprüfen, wenn Menschen mit Beschwerden im Bereich der oberen Extremitäten zu uns in die Praxis kommen. Mittels entsprechend ausgerichteten Behandlungsmaßnahmen können Chronifizierungen und ggf. sogar ansonsten unnötige Operationen vermieden werden.

## Anatomie des Kiefers

Der Oberkiefer (Maxilla) ist ein paariger Knochen des Gesichtsschädels. Er bildet einen Teil des Gaumens, den Boden und die Seitenwände der Nasenhöhle (Cavum nasi) sowie die Basis der Augenhöhle (Orbita). Die Maxilla ist nach dem Unterkieferknochen der größte Knochen des Gesichtsschädels und nicht direkt an der Bildung des Kiefergelenks (Art. temporomandibularis) beteiligt. Der Unterkiefer (Mandibula) besteht aus einem Korpus und zwei seitlich aufsteigenden Ästen (Rami mandibulae), die mit den Caput mandibulae das Köpfchen des Kiefergelenks bilden.

Die „Pfanne“ des Kiefergelenks (Fossa mandibularis) wird durch das Schläfenbein gebildet. Besonderheit ist, dass die Fossa mandibularis nicht wie andere Gelenke mit hyalinem, sondern mit einem Faserknorpel ausgestattet ist.



Gesundheitsschädlich ist eine Kombination aus zu hohem oder zu niedrigem Bildschirm, fehlender Rückenlehne sowie nach vorn gezogenen Schultern.

Das Kiefergelenk ist ein modifiziertes Scharniergelenk. Neben dem Öffnen sowie Schließen sind auch die Protraktion bzw. Retraktion, ebenso Rotationen möglich. Somit geht seine Funktion über jene eines reinen Scharniergelenks deutlich hinaus. Der faserknorpelige Discus ist beim Menschen – neben der vergrößerten Gelenkfläche der Fossa mandibulae – verantwortlich für die Gleit- und Rotationsbewegung im Gelenk.

## Orale Kiefergelenkstherapie

Im Rahmen der osteopathischen Arbeit stellt die Kiefergelenksbehandlung ein essenzielles Werkzeug dar. Leider wird sie meines Erachtens deutlich zu selten angewendet, was möglicherweise u. a. an der rechtlichen Situation liegt. Im Heilpraktikergesetz ist nachzulesen, dass eine Behandlung des Zahnhalteapparats lediglich einem Zahnarzt und/oder einem Kieferorthopäden obliegt. Welche Strukturen zum Zahnhalteapparat gehören und nicht von Osteopathen behandelt werden dürfen, ist klar definiert und daher wichtiges sowie schützendes Wissen. Dazu zählen:

- **Zahnfleisch (Gingiva):** das weiche Gewebe, das die Zähne umgibt und schützt
- **Zahnhaltefasern (Parodontalfasern):** verbinden einen Zahn mit dem Kieferknochen und sind Teil des parodontalen Ligaments
- **Parodontalligament (Wurzelhaut):** Bindegewebe, das den Zahn im Alveolarknochen fest verankert

- **Alveolarknochen:** Teil des Kieferknochens, der die Zahnwurzeln umgibt und stützt
- **Zement (Zahnzement):** mineralisiertes Gewebe, das die Wurzel des Zahns bedeckt und die Zahnhaltefasern verankert

Ein Heilpraktiker mit Schwerpunkt „Osteopathie“ begibt sich also nicht in eine rechtliche Grauzone, wenn er darin geschult ist, das Kiefergelenk (Temporomandibulargelenk – TMJ) und die dazugehörige Muskulatur zu behandeln. Solange sich die Arbeit auf die Funktion und Beweglichkeit des Gelenks konzentriert sowie keine invasiven Eingriffe durchgeführt werden, ist das in Ordnung.

Osteopathen können dabei Techniken nutzen, um Verspannungen zu lösen, die Funktion der Muskulatur zu optimieren und somit die Beweglichkeit des Kiefergelenks zu verbessern. Aber: Wenn es um spezifische zahnmedizinische Probleme oder Erkrankungen des Kiefergelenks geht, ist es unumgänglich, an einen Zahnarzt und/oder den Kieferorthopäden zu überweisen.

Die Behandlung sollte grundsätzlich nach den osteopathischen Prinzipien erfolgen, die auf einer ganzheitlichen Betrachtung des Körpers basieren.

### Literatur

Corts M: **Anatomie für Osteopathen.** Thieme Verlag, 2023

Hohmann A, Hielscher W: **Lehrbuch der Zahntechnik – Anatomie, Kieferorthopädie, Prothetik, Werkstofftechnik.** Quintessenz Verlag, 2012

”  
*Cervicobrachialgie ist ein Problem der gesamten Kette, nicht nur eines Gelenks.*

Tamara Grabowski



### Zusammenhang Kiefer/HWS

Menschen, die mit einem Schulter-Arm-Syndrom vorstellig werden, weisen oftmals eine Vorzugshaltung auf. Dabei ist der Kopf mit der Halswirbelsäule zu einer Seite geneigt und gedreht. Dies hat in den Strukturen auf der Seite der Lateralflexion und Rotation eine Kompression und auf der Gegenseite eine Dekompression der Strukturen zur Folge. In den meisten Fällen ist die dekomprimierte, also zugbelastete Seite von der Cervicobrachialgie betroffen.

Folgende Strukturen sind auf beiden Seiten zu betrachten:

- **Platysma-Faszie:** Jene oberflächliche Faszie erstreckt sich vom Kiefer bis zur Brust und verbindet die Muskulatur des Halses mit der Kieferregion.
- **Tiefe Halsfaszien:** Diese bestehen aus mehreren Schichten, darunter die prätracheale, die prävertebrale und die laterale Halsfaszie. Sie umhüllen Muskeln und Organe im Halsbereich und schaffen eine Verbindung zwischen dem Kiefer und der HWS.
- **Faszie beim M. sternocleidomastoideus:** Sie umgibt den großen Halsmuskel und hat ebenfalls Verbindungen zur Kieferregion.

Auf jener Seite der Dekompression sind bei der Behandlung besonders alle muskulären Strukturen zu berücksichtigen – denn durch eine dauerhafte kompensatorische, „fallverhindernde“ Arbeit stehen diese einseitig unter Dauerstress, was ein Kompressionssyndrom von Gefäßen und Nerven verursachen kann, das dann unter dem Befund Cervicobrachialgie zusammengefasst wird.

Strukturen, die auf der komprimierten Seite zu betrachten sind:

- **Kiefergelenk:** Hier muss v.a. der M. pterygoideus lateralis genannt werden, der bei der Öffnung des Kiefers für das Gleiten des Discus nach anterior sorgt. Ist er verkürzt, bewirkt das Störungen/Kompensationen auf der Gegenseite. Dort ist mehr Bewegung zu ermöglichen, was im schlimmsten Fall zur Subluxation und einer daraus folgenden Kiefersperre führen kann.
- **Bilaminäre Zone des Kiefergelenks:** Die Fasern der bilaminären Zone sorgen beim Schließen des Mundes für das Gleiten vom Discus nach posterior. Sie ist sehr dicht mit

Nervenfasern und mit Rezeptoren versorgt. Über dieses System werden einfach alle reflektorischen Bewegungen im Kiefergelenk und Kopf-Hals-Bereich gesteuert.

- **Verkürzte Muskulatur:** Dabei sind besonders die Zungenbodenmuskulatur, M. sternocleidomastoideus, Mm. scalenii, M. trapezius und auch die kurzen Nackenextensoren zu nennen.

## Osteopathischer Check

Öffnet der Kiefer schief, d.h. das Kinn bewegt sich beim Öffnen des Mundes vermehrt zu einer Seite, zeigt dies in der Regel die blockierte Seite an. Hier setzt dann auch die korrigierende Behandlung an.

Eine Differenzierung der Körperposition kann dabei helfen, ein tatsächliches Kieferproblem von einem muskulären/faszialen Problem zu unterscheiden, denn im Liegen ist die Schulter-Nacken-Muskulatur relativ entspannt und übt nur noch wenig Einfluss auf die Kieferfunktion aus.

Liegt eine Blockierung des Kiefergelenks vor, so muss die Gegenseite mehr Bewegung zulassen. Durch die o.g. Faszien und die fallverhindernde Aktivierung der Muskulatur kommt es möglicherweise zu unangenehmen „Engpass-Situationen“, die auf Gefäße und Nerven Auswirkungen haben.

## Inspektion

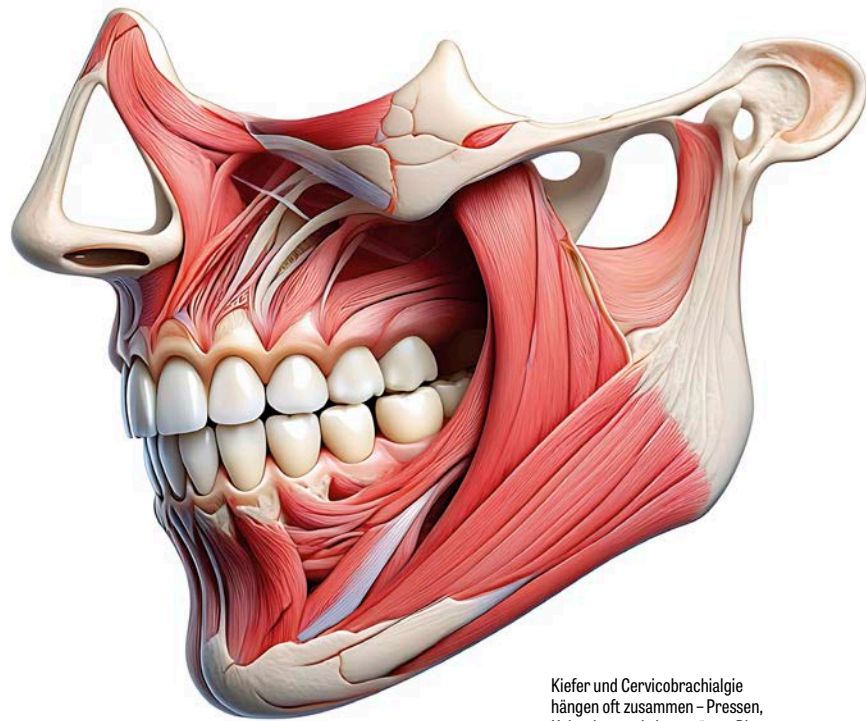
Folgende Punkte sollten auf jeden Fall berücksichtigt werden:

- Vorzugshaltung des Kopfes und der HWS
- Schulterhochstand sowie Protraktion (meist auf der dekomprimierten, d.h. zugbelasteten Seite)
- Kieferöffnung im Stehen/Sitzen/Liegen

## Palpation

Manche Bereiche gilt es besonders achtsam abzutasten:

- Kiefergelenksöffnung (Kommt das Caput auf einer Seite unter dem palpierenden Finger vermehrt zum Kontakt, handelt es sich um die dekomprimierte Seite – die Blockierung befindet sich auf der Gegenseite)
- M. masseter
- M. pterygoideus
- Zungenboden



Kiefer und Cervicobrachialgie hängen oft zusammen – Pressen, Knirschen und ein gestörter Biss übertragen Spannung über Muskeln bis in den Schulter-Arm-Bereich. So begründen sich häufig hartnäckige Beschwerden.

## Selbsthilfestrategien

Blockierungen im TMJ bestehen häufig schon lange, bevor sie zu Beschwerden führen. Daher ist es im Sinne einer Rückfallprophylaxe ratsam, dem Patienten ein Eigenübungsprogramm an die Hand zu geben. Dies beginnt bei manuellen sanften Massagen und reicht bis zu Bewegungsschulungen. Eigenübungen ermöglichen die langfristige Stabilisierung des in der Behandlung erzielten Ergebnisses.

## Bruxismus

Ein Bruxismus (nächtliches Zähneknirschen) kann aufgrund einer Blockierung des Kiefergelenks oder anderer Schädelstrukturen entstehen. Dabei handelt es sich um einen Versuch des Körpers, die Blockierung mithilfe der Knirschbewegung aufzulösen. Natürlich müssen bei bestehender Diagnose auch die individuellen Lebensumstände und das persönliche Stressmanagement Beachtung finden. Ist ein Bruxismus diagnostiziert, ist es zur Schonung der Zähne obligat, an einen Zahnarzt zu überweisen, um eine Schiene für die Nacht anpassen zu lassen. Bereits die Versorgung damit bringt vielen Betroffenen schon eine gute Linderung der Symptome.

## Autorin



**Tamara Grabowski**  
Physiotherapeutin, Heilpraktikerin und Osteopathin in eigener Praxis  
[info@tamara-therapie.de](mailto:info@tamara-therapie.de)