

REINHOLD ROTH

TAPING

DER GROSSE BILDATLAS
KINESIOLOGISCHES TAPEN

KVM – DER MEDIZINVERLAG

Inhalt Teil 1

Sensotape® – Grundlagen

Geschichte des Tapens	14	Grundregeln für die Sensotape®-Anlage	23
Wie wirkt Senso-Taping®?	14	Anlagetechniken	25
Tapeformen	19	Hinweise für Therapeuten und Patienten	33
Die Bedeutung der Tapefarben	22		

Sensotape® in der Praxis – Kopf, HWS, BWS, oberer Rumpf

Sensotape®-Techniken für die obere Extremität

I. Muskulatur der oberen Extremität

38

M. deltoideus I	40	M. levator scapulae	72
– Muskelanlage	41	– Muskelanlage	73
M. deltoideus II	42	Mm. rhomboideus minor und major	74
– Muskelanlage	43	– Muskelanlage	75
M. deltoideus III, Pars acromialis	44	M. latissimus dorsi	76
– Muskelanlage	45	– Muskelanlage	77
M. supraspinatus	46	M. triceps brachii I	78
– Muskelanlage	47	– Muskelanlage	79
M. infraspinatus I	48	M. triceps brachii II	80
– Muskelanlage	49	– Muskelanlage	81
M. infraspinatus II	50	M. biceps brachii	82
– Muskelanlage	51	– Muskelanlage	83
M. teres minor	52	M. brachioradialis	84
– Muskelanlage	53	– Muskelanlage	85
M. subscapularis	54	M. supinator	86
– Muskelanlage	55	– Muskelanlage	87
M. teres major	56	M. pronator teres	88
– Muskelanlage	57	– Muskelanlage	89
M. pectoralis major, Pars sternocostalis und Pars clavicularis	58	M. palmaris longus	90
– Muskelanlage	59	– Muskelanlage	91
M. coracobrachialis	60	M. pronator quadratus	92
– Muskelanlage	61	– Muskelanlage	93
M. pectoralis minor	62	M. extensor digitorum	94
– Muskelanlage	63	– Muskelanlage	95
M. subclavius	64	Mm. extensores carpi radialis longus und brevis	96
– Muskelanlage	65	– Muskelanlage	97
M. trapezius I, Pars descendens	66	Mm. flexores digitorum superficialis und profundus, Mm. flexores carpi radialis und ulnaris	98
– Muskelanlage	67	– Muskelanlage	99
M. trapezius II, Pars transversa	68	M. extensor digiti minimi	100
– Muskelanlage	69	– Muskelanlage	101
M. trapezius III, Pars ascendens	70	M. extensor pollicis longus	102
– Muskelanlage	71	– Muskelanlage	103

II. Gelenke und Ligamente der oberen Extremität

104

Art. acromioclavicularis (ACG) und Bandstrukturen	106
Art. acromioclavicularis (ACG)	
– Ligament-, Space-, Gelenkanlage	107
Art. acromioclavicularis (ACG), Lig. acromioclaviculare und Lig. coracoacromiale	
– Ligamentanlage	108
Ligg. acromioclaviculare und coracohumerale	
– Spaceanlage	109
Art. sternoclavicularis (SCG) und Bandstrukturen	110
Art. sternoclavicularis (SCG), Ligg. sternoclaviculare und costoclaviculare	
– Lymph-, Space-, Gelenk-, Ligamentanlage	111
Art. glenohumeralis und Bandstrukturen	112
Art. glenohumeralis I	
– Gelenkanlage	113
Art. glenohumeralis II	
– Gelenkanlage	114
Art. glenohumeralis III	
– Gelenkanlage	115
Art. glenohumeralis IV	
– Muskel- und Gelenkanlage	116
Art. glenohumeralis V	
– Muskel-, Ligament- und Gelenkanlage	117
Art. cubiti und Bandstrukturen	118
Artt. cubiti und humeroradialis	
– Gelenk-, Space-, Ligamentanlage	119
Art. cubiti und Kapsel-Band-Apparat	
– Gelenk- und Muskulanlage	120
Ligg. collateralia ulnare und radiale	
– Ligamentanlage	121
Handgelenk und Kapsel-Band-Apparat	122
– Gelenkanlage	123
Bandstrukturen des Handgelenks	124
Triangulärer fibrocartilaginärer Komplex (TFCC)	
– Ligamentanlage	125
Ligg. collateralia carpi radiale und ulnare	
– Ligamentanlage	126
Lig. collaterale carpi radiale	
– Gelenk- und Ligamentanlage	127
Art. radioulnaris distalis	128
– Ligamentanlage	129
Fingergelenke und Kapsel-Band-Apparat	130
Artt. metacarpophalangeae (MCP), interphalangeae proximales (PIP) und interphalangeae distales (DIP) I	
– Gelenkanlage	131
Artt. metacarpophalangeae (MCP), interphalangeae proximales (PIP) und interphalangeae distales (DIP) II	
– Gelenkanlage	132
Art. metacarpophalangea (MCP)	
– Gelenk- und Ligamentanlage	133
Art. interphalangea proximalis (PIP)	
– Space- und Ligamentanlage	134
Ligg. collateralia mediale und laterale I	
– Ligamentanlage	135
Ligg. collateralia mediale und laterale II	
– Ligament- und Gelenkanlage	136
Artt. interphalangeae distalis und proximalis (DIP und PIP)	
– Gelenk- und Ligamentanlage	137
Daumengelenke und Kapsel-Band-Apparat	138
Art. carpometacarpalis pollicis I	
– Lymph- und Gelenkanlage	139
Art. carpometacarpalis pollicis II	
– Gelenkanlage	140
Art. carpometacarpalis pollicis III	
– Gelenk- und Ligamentanlage	141
Art. carpometacarpalis pollicis IV, Kapsel-Band-Apparat	
– Gelenkanlage	142
Art. carpometacarpalis pollicis V, Lig. collaterale ulnare	
– Ligament- und Gelenkanlage	143
Art. metacarpophalangea pollicis (MCP I)	
– Gelenkanlage	144

III. Bursen und Faszien der oberen Extremität

146

Bursa subacromialis	148
ACG und Bursa subacromialis I	
– Kombinationsanlagen	149
ACG und Bursa subacromialis II	
– Lymph- und Spaceanlage	150
ACG und Bursa subacromialis III	
– Lymph-, Space-, Muskel- und Faszienanlage	151
Bursa olecrani	152
Bursa olecrani I	
– Spaceanlage	153
Bursa olecrani II	
– Lymph- und Spaceanlage	154
Bursa olecrani III	
– Lymph- und Spaceanlage	155
Fascia deltoidea	156
– Muskel- und Faszienanlage	157
Fascia brachii	158
– Muskel- und Faszienanlage	159
Fascia antebrachii und Septum intermusculare mediale	160
– Muskel- und Faszienanlage	161
Fascia antebrachii, Septum intermusculare laterale, Fascia antebrachii dorsalis und Retinaculum extensorum	162
Fascia antebrachii proximale und Septum intermusculare laterale	
– Muskel- und Faszienanlage	163
Fascia antebrachii dorsalis und Retinaculum extensorum	
– Faszienanlage	164

IV. Lymphbahnen der oberen Extremität

166

Lymphgefäße im Bereich der Schulter	168	Lymphgefäße im Bereich des Unterarms und der Hand	178
ACG und subakromiale Region – Lymphanlage	169	Dorsales Handgelenk – Lymphanlage	179
Schultergelenk, Skapula u. oberer Rücken – Lymphanlage	170	Handgelenk – Lymphanlage	180
Schultergelenk – Lymphanlage	171	Fingergelenke – Lymphanlage	181
Lymphgefäße im Bereich des Ober- und Unterarms	172	Gesamter Arm und Hand I – Lymphanlage	182
Oberarm I – Lymphanlage	173	Gesamter Arm und Hand II – Lymphanlage	184
Oberarm II – Lymphanlage	174	Gesamter Arm und Hand III – Lymphanlage	186
Ellenbogen und Unterarm I – Lymphanlage	175		
Ellenbogen und Unterarm II – Lymphanlage	176		
Ellenbogengelenk – Lymphanlage	177		

V. Nerven der oberen Extremität

188

Plexus brachialis	190	N. medianus und N. ulnaris	194
– Nervenanlage	191	N. medianus – Nervenanlage	195
N. radialis	192	N. ulnaris – Nervenanlage	196
– Nervenanlage	193		

Sensotape®-Techniken für Kopf, HWS, BWS und Rumpf

VI. Muskulatur des Kopfes, der HWS und BWS und des Thorax

198

M. nasalis	200	Mm. longus capitis, longus colli,	
– Muskelanlage	201	sternochoideus und thyrochoideus	214
M. epicranii und M. procerus	202	– Muskelanlage	215
– Muskelanlage	203	M. erector spinae	216
M. masseter	204	– Muskelanlage	217
– Muskelanlage	205	Mm. splenius capitis und semispinalis capitis	218
M. scalenus anterior	206	– Muskelanlage	219
– Muskelanlage	207	Mm. longissimus thoracis und spinalis thoracis	220
M. scalenus medius und posterior	208	– Muskelanlage	221
– Muskelanlage	209	M. serratus anterior	222
M. sternocleidomastoideus I	210	– Muskelanlage	223
– Muskelanlage	211	Diaphragma	224
M. sternocleidomastoideus II	212	Diaphragma anterior – Muskelanlage	225
– Muskelanlage	213	Diaphragma posterior – Muskelanlage	226

VII. Gelenke und Ligamente des Kopfes, der HWS, der BWS und des Rumpfs

228

Art. temporomandibularis (TMG)	230	BWS und Schultergürtel	238
– Gelenk- und Ligamentanlage	231	– Gelenkanlage	239
HWS und zervikothorakaler Übergang (CTÜ)	232	Skapulothorakale Gleitebene – Gelenkanlage	241
HWS und CTÜ I		Rippen	242
– Lymph-, Muskel-, Gelenk- und Spaceanlage	233	– Gelenkanlage	243
HWS und CTÜ II		BWS	244
– Muskel-, Ligament- und Spaceanlage	234	BWS I – Muskel- und Spaceanlage	245
HWS und CTÜ III		BWS II – Muskel- und Gelenkanlage	246
– Muskel-, Space- und Gelenkanlage	235		
Schultergürtel	236		
BWS und Skapula – Gelenkanlage	237		

VIII. Faszien des Kopfes, des Halses und des oberen Rumpfs 248

Fascia superficialis: Fasciae temporalis und frontalis	250	Fasciae clavipectoralis, pectoralis superficialis und diaphragmatica	256
Fascia frontalis		Fascia clavipectoralis – Muskel- und Faszienanlage	257
– Faszien-, Muskel- und Spaceanlage	251	Fascia pectoralis superficialis – Faszienanlage	258
Fasciae masseterica und parotidea	252	Fascia diaphragmatica – Faszienanlage	259
– Faszienanlage	253		
Fascia cervicalis	254		
– Muskel- und Faszienanlage	255		

IX. Lymphbahnen im Bereich des Kopfes, des Halses und des oberen Rückens 260

Lymphbahnen des Kopfes und des Halses.	262	Lymphbahnen des oberen Rückens	266
Kiefergelenk und Wange – Lymphanlage	263	BWS – Lymphanlage	267
Ohr und Kiefer – Lymphanlage	264	Oberer Rumpf – Lymphanlage	268
Gesicht – Lymphanlage	265		

Sensotape®-Techniken bei spezifischen Krankheitsbildern

X. Spezifische Krankheitsbilder der oberen Extremität 270

Bursitis subacromialis und ACG-Läsion		Epicondylitis lateralis humeri I – Muskelanlage	280
– Lymph-, Space-, Muskel- und Faszienanlage	272	Epicondylitis lateralis humeri II	
Tendinitis der Bizepssehne		– Muskel-, Space- und Faszienanlage	281
– Muskel-, Space- und Faszienanlage	273	Epicondylitis medialis humeri I – Muskelanlage	282
Rotatorenmanschettenläsion		Epicondylitis medialis humeri II	
– Muskel- und Gelenkanlage	274	– Muskel-, Space- und Faszienanlage	283
Impingementsyndrom		Karpaltunnelsyndrom – Muskel- und Ligamentanlage	284
– Lymph-, Muskel-, Space-, Faszien- u. Gelenkanlage	275	Skidaumen und Rhizarthrose	
Inferiore Schulterinstabilität – Gelenkanlage	276	– Lymph- und Ligamentanlage	285
Multiaxiale Schulterinstabilität I – Gelenkanlage	277	Morbus de Quervain	
Multiaxiale Schulterinstabilität II – Gelenkanlage	278	– Gelenk-, Muskel- und Faszienanlage	286
Bursitis olecrani – Spaceanlage	279	Fingerdistorsion, Fingerkontusion – Gelenkanlage	287

XI. Spezifische Krankheitsbilder von Kopf, HWS und BWS 288

Sinusitis und Rhinitis		Idiopathische Skoliose und Schmerzskoliose I	
– Muskel-, Faszien- und Meridiananlage	290	– Muskel- und Gelenkanlage	295
HWS-Syndrom		Idiopathische Skoliose und Schmerzskoliose II	
– Muskel-, Ligament- und Spaceanlage	291	– Muskel- und Faszienanlage	296
Zervikale Spondylitis – Muskel- und Nervenanlage	292	BWS-Syndrom mit Rotationseinschränkungen	
Migräne – Muskel-, Ligament- und Spaceanlage	293	– Muskel-, Ligament- und Spaceanlage	297
Kiefergelenkdysfunktionen (Diskussubluxation)		Bandscheiben-Protrusion oder -Prolaps der HWS oder BWS	
– Muskel- und Gelenkanlage	294	– Muskel- und Spaceanlage	298

Register	300
--------------------	-----

Geschichte des Tapens

In der Bezeichnung »kinesiologisches Taping« steckt das Wort Kinesis; dieses kommt aus dem Griechischen und bedeutet »Bewegung«. Leben ist Bewegung. Bewegung und Beweglichkeit sind grundlegende Qualitäten für alle Menschen. In dieser Hinsicht ist jeder – ob Profisportler oder Laie – zum verantwortlichen Umgang mit dem eigenen Körper aufgerufen, und es ist die Aufgabe des Therapeuten, den Einzelnen dabei zu unterstützen und seine Beweglichkeit zu fördern.

Diese Einsicht liegt auch den Erkenntnissen des japanische Arztes und Chiropraktikers Dr. Kenzo Kase zugrunde. Er war überzeugt, dass über die Haut, das größte Reflexorgan des Körpers, die gesamte Muskulatur und weitere Strukturen beeinflusst werden können und dass durch Bewegung und Anregung der Mikrozirkulation und des Lymphflusses sowie über Temperaturregulation und die neuromuskuläre Verschaltung eine natürliche Reparatur und Regeneration des Körpergewebes zu erreichen ist. Aus umfangreichen Versuchen nach den Prinzipien der Kinesiologie mit einem von ihm entwickelten, elastischen und selbstklebenden Band (Tape), das von außen auf die menschliche Haut appliziert wurde, entstand in den 70er-Jahren das Behandlungskonzept des Kinesio-Tapings.

Mit dem Taping schuf Dr. Kenzo Kase einen völlig neuen Ansatz zur Behandlung von Muskeln, Nerven, Gelenken etc. direkt über die Haut, eine Therapieform, die die Selbstheilungsmechanismen des

Körpers aktiviert, den Patienten jedoch während des Prozesses nicht in seiner Beweglichkeit einschränkt.

Das Kinesio-Tape wurde neben dem klassischen Tape zunächst hauptsächlich im Sport eingesetzt und fand in Japan weite Verbreitung; bei den Olympischen Spielen 1988 in Seoul erregte es durch die japanische Nationalmannschaft der Volleyballer erstmals international Aufmerksamkeit. In der Folge wurde es in den USA, in Kanada und weiten Teilen Asiens eingeführt; seit Ende der 90er-Jahre wird Dr. Kenzo Kases Methode auch in Deutschland angewendet.

Zunächst wurden überwiegend Anlagen erprobt, die die Muskelfunktion beeinflussen. Erst im Laufe der Zeit hat man die speziellen Anlagetechniken entdeckt, mit denen es möglich ist, durch längerandauernde Reizung der Hautrezeptoren Gelenke zu stabilisieren, den Lymphfluss zu verbessern und über segmentale Verbindungen und Faszien direkten Einfluss auf die Aktivität der inneren Organe und des Nervensystems zu nehmen.

Das Sensotape® ist dank seiner hervorragenden Materialeigenschaften optimal geeignet, um diese therapeutischen Anforderungen zu erfüllen. Heute kommt das Senso-Taping® nicht nur in der Physio- und Sportphysiotherapie zum Einsatz, sondern auch bei Heilpraktikern, Ergotherapeuten, Schmerztherapeuten und in der Lymphtherapie sowie als unterstützende Therapie zur Akupunktur.

Wie wirkt Senso-Taping®?

Das Senso-Taping® ist nicht mit dem klassischen Tapen zu verwechseln. Beim klassischen Tape werden Gelenke mit unelastischen Verbänden ruhiggestellt und stabilisiert. Das elastische Sensotape® hat nicht nur andere Materialeigenschaften, sondern auch ein davon abweichendes, weitaus größeres Wirkungsspektrum. Man kann die Anlagetechniken der Sensotherapie nicht mit einem klassischen Tape durchführen und umgekehrt; jedoch lassen sich beide Behandlungsformen unter anderem im Sportbereich sinnvoll kombinieren, um die Leistungsfähigkeit der Betroffenen zu optimieren.

Die Eigenschaften des Sensotapes®

Das Sensotape® ist ein adhäsives, elastisches Band. Es besteht aus einem 100%igen Baumwollstoff mit geringem Elastananteil und einer haftenden Acrylbeschichtung auf der Rückseite, die in einer sinuswellenförmigen Struktur aufgetragen ist. Über die Körperwärme, durch Reibung oder Bewegung wird die Klebeeigenschaft des Acrylats aktiviert. Die Klebefläche des Sensotapes® wird direkt über der betroffenen Region auf der Haut angebracht. Durch die Wellenstruktur entstehen entsprechend geformte Hautfalten; das Sensotape® hebt die Haut bei jeder Bewegung an und verschiebt sie gegen das subkutane Gewebe.

Das Tape ist in Längsrichtung um bis zu 130 bis 140 %, quer nur geringfügig dehnbar. In der Dicke und im Gewicht ist es der Haut angeglichen, damit der Körper keine Immobilisierung in seinen physiologischen Bewegungsabläufen erfährt; das heißt, der Patient bleibt voll beweglich und ist im Alltag nicht eingeschränkt. Behandelte empfinden das Sensotape® im Allgemeinen bei der Arbeit, beim Sport und bei sonstigen Aktivitäten nicht als störend, sondern nehmen vor allem die gelenk- und muskelstützende Wirkung wahr. Die Behandlung mit dem Sensotape® folgt dem Prinzip »Maximale Mobilität bei maximaler Stabilität«.

Das Sensotape® ist latexfrei, hypoallergen und atmungsaktiv, sodass Hautirritationen oder -reizungen verhindert werden. Die guten Wärmeeigenschaften der Acrylbeschichtung tragen zur Hautfreundlichkeit des Produkts bei. Darüber hinaus ist es wasserresistent, bei gleichzeitiger Durchlässigkeit für Flüssigkeiten; aufgrund dieser Beschaffenheit muss das Tape auch beim Duschen oder Baden nicht abgenommen werden.

Die durchschnittliche Tragedauer eines Tapes beträgt drei bis sieben Tage.

Zum Effekt der verschiedenen Farben, in denen das Sensotape® erhältlich ist, siehe Seite 22 »Die Bedeutung der Tapedfarben«.

Effekte des Sensotapes®

- Ausübung eines sensomotorischen Inputs auf der Haut
- Liftingeffekt: Aus der Anhebung der Haut resultiert ein vergrößerter Zirkulationsraum im subkutanen Gewebe, im Bereich der oberflächlichen Lymphgefäße.
- Reizung der Mechanorezeptoren, somit Aktivierung des körpereigenen analgetischen Systems (Schmerzreduktion).
- entzündungshemmende bzw. schwellungsreduzierende Wirkung
- Verbesserung der Durchblutung von Haut, Muskeln, Faszien und inneren Organen; Förderung der Regeneration
- Die Regulation des Muskeltonus bewirkt eine Verbesserung der Muskelfunktion.
- Verbesserung der Propriozeption (Reizaufnahme) und damit der Steuerung der Stütz- und Zielmotorik; Optimierung der sportlichen Leistungen.
- Aktivierung und Verbesserung der Lymphzirkulation durch Druckreduktion im Gewebe
- Unterstützung der Gelenkfunktion, Förderung der Beweglichkeit und Verbesserung der Gelenkstabilität durch die Stimulation der Propriozeptoren
- Verbesserung der Körperhaltung und Koordination, Förderung physiologischer Bewegungsmuster
- allgemeine Prophylaxe im Sport und bei Belastungen im Alltag
- psychische Entspannung
- im Rahmen der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM): Beseitigung von Energieblockaden im Meridiansystem und Gewährleistung eines harmonischen Energie-Fließgleichgewichtes

Das Wirkspektrum des Sensotapes®

Das Sensotape® stimuliert die Rezeptoren der Haut, der Muskeln, Faszien, Gelenkkapseln und Sehnen. Dies führt zu einer Veränderung des Muskeltonus; die Gelenkstrukturen werden stabilisiert, der Gelenkstoffwechsel und die Knorpelernährung verbessert und verletzte Strukturen von weiteren Schäden durch Fehlbelastungen (Schonhaltung) geschützt. Die durch das Sensotape® angeregte Muskelpumpe fördert den Transport des venösen Blutes und der Lymphe; der anhebende Hauteffekt (Liftingeffekt) und die daraus resultierende Druckminderung vergrößern den subkutanen Zirkulationsraum – auf diese Weise aktiviert das Sensotape® die Entlastung und Entschlackung des lädierten Gewebes, Entzündungsmediatoren werden beschleunigt abgebaut und Schwellungen klingen rasch ab. Darüber hinaus werden durch die Anlage des Tapes und die Bewegung des Patienten die Mechanorezeptoren der Haut aktiviert und die Schmerzrezeptoren (Nozizeptoren) gedämpft; eine reflektorische Schmerzlinderung ist die Folge.

Letztendlich werden auf diese Weise die körpereigenen Heilungsmechanismen mobilisiert, um die volle Funktionsfähigkeit des Bewegungsapparats wiederherzustellen bzw. zu erhalten und einen störungsfreien Energiefluss zu gewährleisten.

Spezifische Wirkungsweisen

Verbesserung der Sensomotorik durch die Beeinflussung des somatosensorischen Systems

Durch starke einseitige Beanspruchungen des Bewegungsapparats kann es zu lokalen Überbelastungsreaktionen kommen. Eine Überbelastung zieht komplexe Vorgänge nach sich, aus denen Funktionsstörungen der Muskeln und Gelenke resultieren. Schmerz- und Entzündungsmediatoren werden freigesetzt. Schmerzen verursachen Gewebeänderungen in der Haut, in den Muskeln und Sehnen, in den Faszien und in den Ligamenten. Schmerzen lösen eine

Sympathikusreizung aus; es kommt zu einer Vasokonstriktion, zu einer lokalen Hypoxie und zu einem Matrixverlust.

Die Sensotape®-Techniken nehmen Einfluss auf das sensomotorische System, um derartige Überbelastungen und Dysbalancen auszugleichen und zu korrigieren. Das somatosensorische System umfasst die Wahrnehmungsfunktionen der Haut, des Bewegungsapparats und der inneren Organe. Jede Bewegung und Haltung des Körpers ist eine Anpassung an äußere oder innere Reize (Stimuli), die auf der Grundlage der sensorischen Wahrnehmung dieser Reize erfolgt.

Die Rezeptoren können nach Sherrington in drei große Gruppen unterteilt werden:

1. Die Exterorezeptoren nehmen Reize auf, die von außen auf die Körperoberfläche wirken. Zu ihnen gehören die Mechanorezeptoren und Thermorezeptoren.

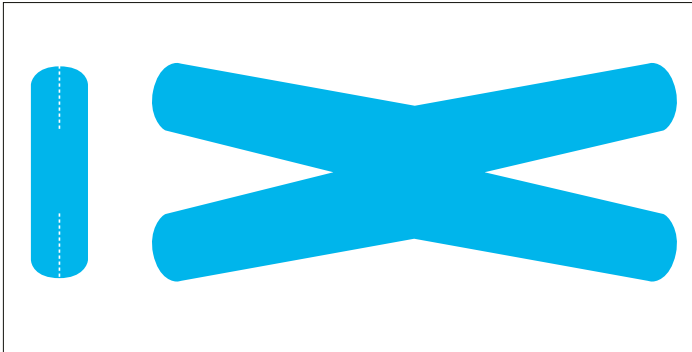
2. Die Propriozeptoren geben uns Informationen über Muskel-länge, Sehnen-Dehnung, Gelenkstellung, sowie die Lage und die Bewegung unseres Körpers im Raum und dienen der Kontrolle von Bewegungsabläufen.

3. Die Enterozeptoren (auch: Viszerozeptoren oder Interozeptoren) liefern Informationen aus dem Inneren des Körpers. Zu ihnen gehören Schmerz-, Dehnungs-, Presso- und Chemorezeptoren.

Das Sensotape® setzt zwar an der Körperoberfläche an, beeinflusst jedoch über die zahlreichen Rezeptoren der Haut auch die tiefer liegenden Strukturen. Vereinfacht können die Rezeptoren der Haut, des größten und vielseitigsten Reflexorgans des menschlichen Organismus, als eine Art biologische Sensoren verstanden werden. Auf der gesamten Hautoberfläche befinden sich Mechanorezeptoren (Vater-Pacini-Körperchen, Meissner-Tastkörperchen, Ruffini-Körperchen etc.), die darauf spezialisiert sind, alle Arten von mechanischen Stimuli wahrzunehmen und als Informationen zum zentralen Nervensystem (ZNS) weiterzuleiten. Bei jeder Sensotape®-Anlage wird eine

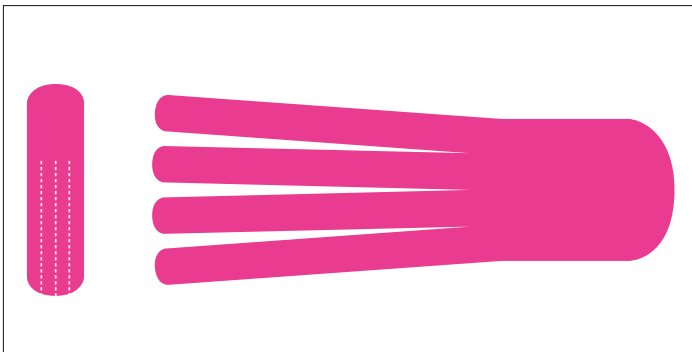
X-Tape

Zur Erstellung eines X-Tapes wird ein I-Tape in seiner Originalbreite an beiden Enden mittig eingeschnitten und dadurch mit insgesamt vier Zügeln versehen. Die im Zentrum liegende Tapebasis wird als Anker auf der betroffenen Gewebestruktur angelegt, die vier Zügelstreifen werden dehnungsfrei auf den umgebenden Hautarealen angebracht. Diese Tapeform wird in der Regel bei Muskelanlagen verwendet, ist aber auch bei Dysfunktionen Innerer Organe indiziert.



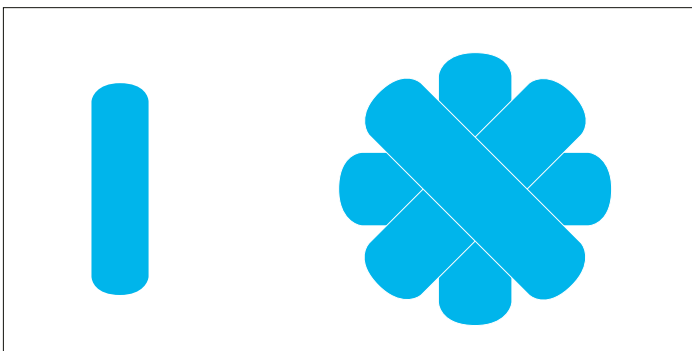
Fächer- und Spiraltape

Das Fächertape wird aus einem I-Tape hergestellt. Ein Ende – der Anker – bleibt geschlossen. Je nach Breite wird das andere Ende des I-Tapes in Längsrichtung in vier bis sechs Streifen gleicher Länge geschnitten, in die sogenannten Fächerzüge. Alle Tapeenden werden abgerundet. Die Fächerstreifen werden wellenförmig auf die Haut gelegt. Für ein Spiraltape werden mehrere schmal zugeschnittene I-Tapes verwendet, die spiralförmig um den zu behandelnden Körperabschnitt aufgebracht werden. Fächer- und Spiraltapes werden ausschließlich zur Drainage durch Lymphanlagen verwendet.



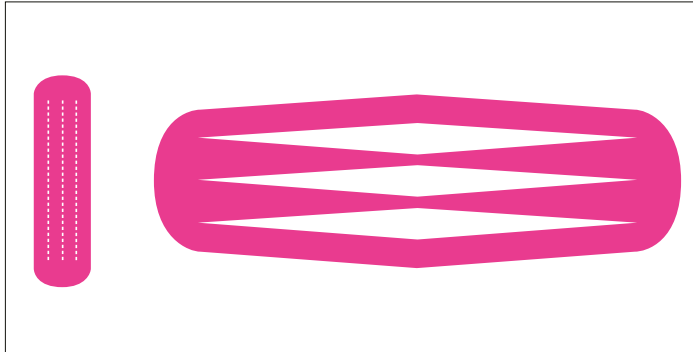
Sterntape

Ein Sterntape wird aus mehreren I-Tapes zusammengefügt, die in Lagen direkt auf der schmerzhaften Region angelegt werden. Diese Tapeform wird bei Spaceanlagen an schmerzenden, entzündeten, geschwollenen Körperregionen angewandt – beispielsweise bei Schmerzen im unteren Rücken –, um einen vergrößerten Zirkulationsraum zu schaffen und den Stoffwechsel des betroffenen Gewebes zu verbessern.



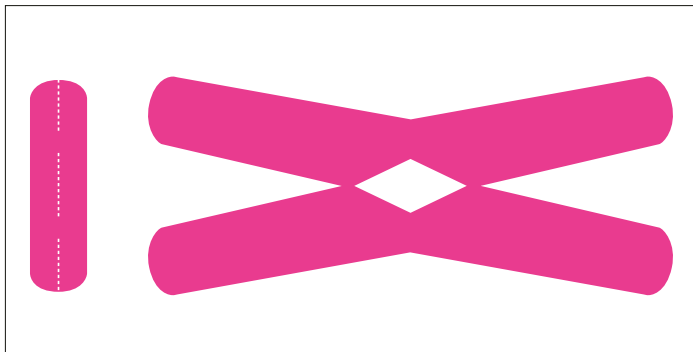
Netztape

Um ein Netztape herzustellen, wird ein I-Tape in der Mitte gefaltet. Das gefaltete Tape wird mit vier Längs-Einschnitten in fünf gleichmäßige Streifen geschnitten, wobei die Tapeenden geschlossen bleiben. Netztapes werden bei Schwellungen, Ödemen und als Spezialapplikation, z. B. bei Bursitiden, angewendet.



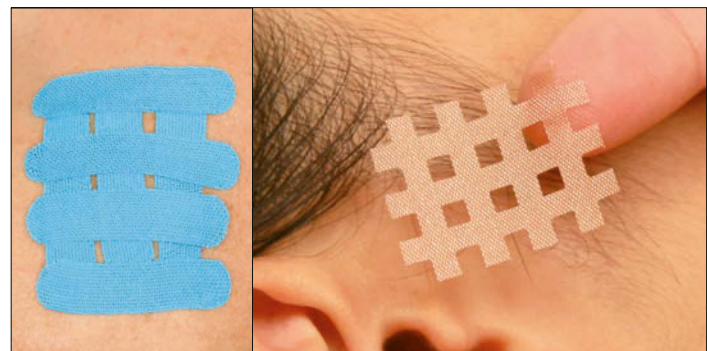
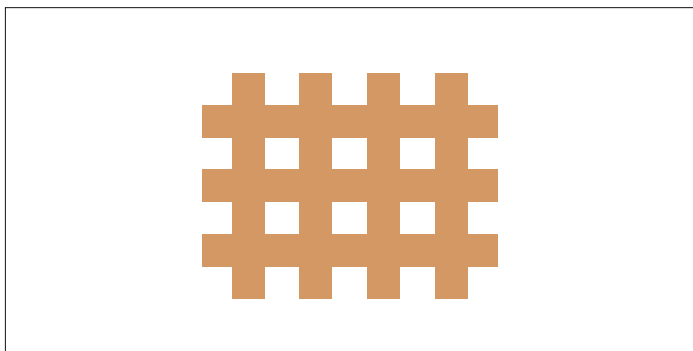
Lochtape

Das Lochtape ist eine Variante des I-Tapes oder X-Tapes. In die Mitte des Tapes wird eine Art rautenförmiges »Knopfloch« geschnitten. Diese Öffnung wird direkt über die schmerzende oder geschwollene Region angebracht, um die Haut anzuheben und auf diese Weise einen größeren Zirkulationsraum unter der Haut zu schaffen (Liftingeffekt). Es entsteht ein Zug zwischen der Subcutis und der Cutis, die Subcutis wird in Richtung Epidermis auf Zug gebracht. Es können auch mehrere X-Loch-Tapes dergestalt überlappend angebracht werden, dass alle »Knopflöcher« direkt über der zu behandelnden Region platziert sind. Lochtapes werden bei Weichteilschwellungen in Verbindung mit Spaceanlagen oder an den Fingern oder Zehen angewendet.



Gittertape

Gittertapes bestehen aus mehreren schmalen I-Tapes. Behandelt werden damit Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen, die nach der Lehre der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) auf Staus im Energiefluss des Körpers zurückgeführt werden. Die Gittertapes werden auf Schmerzpunkte, Triggerpunkte, Akupunkturpunkte usw. angelegt, um Energieblockaden aufzulösen und den Transport von Stoffwechsel- und Abfallprodukten in die und aus der betroffenen Region anzukurbeln.



Die Bedeutung der Tapefarben

Die Wirkung von Farben wird häufig nicht bewusst wahrgenommen. Farben üben durch ihre Wellenlänge und Schwingungen einen spezifischen Einfluss auf den Menschen aus. Farben stimulieren die Psyche und die Körperfunktionen des Menschen zu höherer Leistung und können auf beide, je nach Anwendung, beruhigend oder anregend wirken. Farben des warmen Spektrums (z. B. Rot) wirken anregend, Farben des kalten Spektrums (z. B. Blau) wirken beruhigend. Der Anblick von Rottönen lässt z. B. den Blutdruck und die Herzfrequenz steigen, während die Wahrnehmung von Blau beides sinken lässt. Die Kraft der Farben lässt sich therapeutisch nutzen: Aus der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) ist bekannt, dass entzündliche fieberhafte Erkrankungen in einem in Blau gehaltenen Zimmer schneller heilen, während der Heilungsprozess in einem Raum mit roten Wänden langsamer abläuft. Im Zusammenhang mit der asiatischen Farbenlehre sind auch die unterschiedlichen Varianten des Sensotapes® zu sehen – hinsichtlich ihrer Dehnungseigenschaften, ihrer Materialstärke etc. weisen sie keine Unterschiede auf.

Therapeutisch wird das Sensotape® meist in den Farben Blau (Cyan) und Rot (Magenta) eingesetzt, gelegentlich auch in Beige oder Schwarz.

Die Farben in der Traditionellen Chinesischen Medizin

Nach der TCM trägt alles Leben zwei polare Formen von Lebensenergie in sich, die sich ergänzen und anziehen und ohne einander nicht existieren können: die Yin- und die Yang-Kräfte. Die beiden Polaritäten befinden sich in beständigem Fluss und sind unablässig in Wandlung begriffen. Ihr harmonisches Zusammenspiel ist nach der TCM die Voraussetzung für das reibungslose Funktionieren aller körperlichen Abläufe. Sind Yin und Yang im Ungleichgewicht, dann entstehen Krankheiten. Überwiegt der Yang-Aspekt (Energie-Fülle), zeigt sich dies in oberflächlichen Schmerzen, Akutzuständen mit Fieber, Schwellungen, Ödemen und Entzündungen. Überwiegt der Yin-Aspekt (Zustand der Energie-Leere), neigt der Patient zu Erschöpfung, dumpf-ziehenden, tief liegenden Schmerzen, chronischen Zuständen, Erkältungskrankheiten, Durchblutungsstörungen und Muskelschwäche.

Eine Grundannahme der Farbtherapie im Rahmen der chinesischen Heilkunde ist die Existenz reflektorischer Zonen im Bindegewebe, die mit den Meridianen und Meridianschaltern korrelieren und sich über Farben beeinflussen lassen. Man geht davon aus, dass jede Farbe festgelegte Anteile von Helligkeit und Dunkelheit hat, die im therapeutischen Einsatz einen energetischen Ausgleich im Körper herstellen können.

Ziel der Farbtherapie ist es, Yin und Yang im Körper zu harmonisieren und auf diese Weise letztendlich eine Heilung herbeizuführen. Entsprechend können die einzelnen Sensotape®-Farben eingesetzt werden, um den Therapieerfolg zu unterstützen. Allerdings ist dabei zu beachten, dass Patienten durchaus individuell unterschiedlich auf die verschiedenen Tapefarben reagieren können.

Rot

Die Farbe Rot entspricht nach der TCM Yang, symbolisiert das Element Feuer und steht für Wärme.

Das rote Sensotape® hat demzufolge eine

- generell anregende, tonisierende,
- die Muskelspannung stimulierende,
- durchblutungsfördernde,
- den Stoffwechsel aktivierende,
- energiesteigernde
- und den Sympathikus anregende Wirkung.

Es wird bei chronischen Schmerzzuständen und Muskelschwäche verwendet.

Blau

Blau entspricht nach der TCM Yin, symbolisiert das Element Wasser und steht für Ruhe.

Auf dieser Grundlage geht man davon aus, dass das blaue Sensotape®

- generell einen beruhigenden, dämpfenden, detonisierenden, inhibierenden Effekt hat,
- entspannend, schmerzlindernd und energienenkend auf verspannte Muskulatur wirkt,
- den Parasympathikus stärkt,
- Schwellungen und Ergüsse lindert
- und eine entzündungshemmende Wirkung hat.

Es wird bei akuten Schmerzzuständen und zur Reduktion von Schwellungen verwendet.

Beige

Beige gilt als energetisch neutrale Farbe, die nach der TCM das Element Erde symbolisiert und für Unabhängigkeit steht. Ihr wird generell eine positive Wirkung zugeschrieben.

Das beige Tape wird häufig bei Schmerzen im Gesicht oder an anderen sichtbaren Körperbereichen sowie bei psychischen Problemen eingesetzt.

Schwarz

Schwarz ist nach der Farbenlehre eigentlich keine Farbe. Die Farbe schwarz wird ebenso wie die Farbe Beige als energetisch neutral eingestuft.

Da jedoch ein schwarzes Tape sehr viel auffälliger als ein beigefarbenes ist, wird es in der Praxis seltener angewendet.

Grundregeln für die Sensotape®-Anlage

Um bei der Anlage des Sensotapes® Fehler zu vermeiden und eine optimale Wirkung zu erzielen, sollten – in dieser Reihenfolge – einige Grundregeln beachtet werden:

- Der Auswahl des geeigneten Tapes (Farbe, Form, Anlagetechnik) müssen immer die Erstellung einer exakten Diagnose und das Festlegen des Behandlungsziels vorausgehen.
- Aufklärung des Patienten über den Zweck der Tapeanlage und der voraussichtlichen Tragedauer
- Wahl der Ausgangsstellung zur optimalen Anlage des Sensotapes®
- Bestimmung der potenziellen Beweglichkeit, um bei der Tapeanlage eine schmerzfreie Bewegungsamplitude zu gewährleisten
- Korrektes, funktionelles Anlegen des Sensotapes®: Das Tape darf nicht über offene Wunden angelegt werden. Zirkuläre Anlagen sind zu vermeiden, da sie zu Störungen der Durchblutung und der Lymphzirkulation führen.

Vorgehensweise bei der Anlage

Es ist sinnvoll, bei der Anlage eines Sensotapes® stets nach einem festen Schema vorzugehen:

- 1. Palpieren:** Eine palpatorische Untersuchung gibt einen Eindruck vom Zustand der Haut und den zu behandelnden Strukturen.
- 2. Testen:** Die betroffenen Strukturen sollten vorab hinsichtlich ihrer Funktionalität (Muskeltonus, Gelenkstabilität etc.) getestet werden.
- 3. Markieren:** Zur Orientierung und um die korrekte Positionierung der Tapeanlage sicherzustellen, sollten die zu behandelnden Strukturen markiert werden.
- 4. Festlegen der Anwendungstechnik:** Es wird festgelegt, welche Technik angewandt wird, um das Therapieziel zu erreichen.
- 5. Auswählen der Tapeform und -farbe** entsprechend der Indikation bzw. des Therapieziels (Y-Tape, I-Tape, X-Tape etc.)
- 6. Abmessen und Zuschneiden:** Das Sensotape® wird entsprechend der geplanten Anlage und der anatomischen Gegebenheiten abgemessen und zugeschnitten. Beim Muskel kann die Abmessung in Dehnung geschehen. Um ein Y-Tape zu erhalten, wird ein I-Tape auf einer Seite so weit mittig eingeschnitten, dass am anderen Ende ein Anker in der Länge von drei Fingerbreiten bleibt. Auf der geteilten Seite ergeben sich zwei Y-Zügel. Alle Ecken des Sensotapes® werden stets abgerundet, um die Haftung auf der Haut zu verbessern.
- 7. Anlage:** Die rückwärtige Folie des Sensotapes® wird mittig oder an den Enden eingerissen und während der Anlage schrittweise abgelöst. Bei einer Längsapplikation ist darauf zu achten, dass der Tapeanker ohne Zug angelegt wird. Er wird mit einem Haut-Gleitschub manuell fixiert, während das übrige Tape mit der gewünschten Zugstärke angelegt wird. Bei einer zentralen Applikationsform wird der Anker unter Zug angelegt. Die Tapeenden laufen ohne Zug aus.
- 8. Anmodellieren und Aktivieren:** Eine gute Anhaftung auf der Haut wird durch leichtes Anreiben erreicht; die Klebeeigenschaft des Sensotapes® wird über die Körperwärme aktiviert.

Der Aufbau eines Sensotapes®

Jedes Sensotape® besteht aus drei grundlegenden Teilen: Anker, Tapezügel und Tapeende(n).

Der **Anker** ist die Basis des Sensotapes® und befindet sich entweder am Tapeanfang oder in der Mitte des Tapes. Bei der Anlage selbst wird zunächst diese Basis auf die Haut aufgelegt, i. d. R. ohne Zug. Die Verlaufsrichtung des Sensotapes® richtet sich nach der zu behandelnden Struktur. In den meisten Fällen wird der Anker durch einen Haut-Gleitschub fixiert und entgegen der Tapeverlaufsrichtung verschoben. Im Anschluss wird das restliche Tape angelegt (obere Abb.). Es gibt Varianten, bei denen der Anker an den Tapeenden liegt (mittlere Abb.) oder das mittlere Drittel des Tapes den Anker bildet (untere Abb.). Liegt der Anker am Anfang und am Ende des Tapes, wird er ohne Zug angelegt, liegt er im mittlerem Drittel des Tapes, wird er mit starkem Zug angelegt.



Verschiedene Tapeaufbauten

Durch die **Tapezügel** werden die Funktion und der Wirkungsbereich des Sensotapes® bestimmt; hier wirken die Zugkraft (Actio) des Therapeuten und die Rückstellkraft (Reactio) des Tapes. Je nach Effekt, der erzielt werden soll, werden die Tapezügel mit leichtem bis maximalem Zug angelegt.

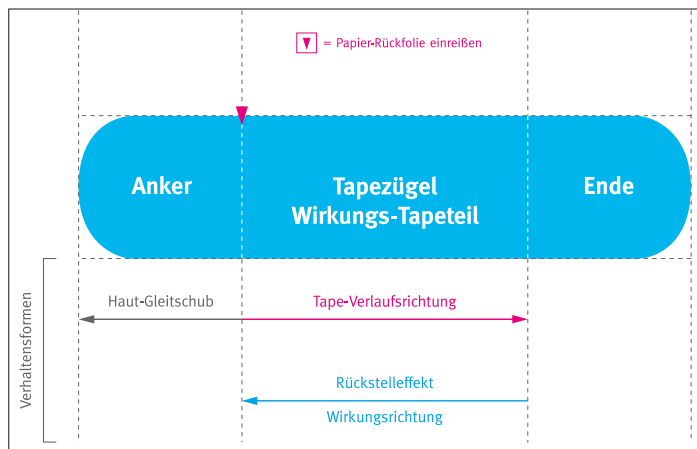
Die **Tapeenden** werden zuletzt angelegt und laufen stets ohne Zug spannungsfrei auf der Haut aus.

Der Spannungsgrad des Sensotapes®

Der Spannungsgrad des Sensotapes® ist ein wichtiger Aspekt bei der Applikation. Der Therapeut dehnt das Sensotape® in Verlaufsrichtung (Zugkraft) und legt es unter einer bestimmten mechanischen Spannung an (Actio). Grundsätzlich gilt für die elastische Eigenschaft des Tapes das Hooke'sche Gesetz: einwirkende Kraft und Verformung des Tapes sind proportional zu einander.

Das Tape zieht sich bei einer Dehnung von 10 bis 99 % immer in Richtung des fixierten Ankers zurück. Diese Rückstellkräfte wirken auf die zu behandelnde Struktur (Reactio). Bei einer Dehnung von 100 % verliert das Tape sein elastisches Verhalten, es zieht sich nicht mehr zusammen, und damit bleibt auch der Rückstelleffekt in Richtung des Ankers aus. Die Wirkung eines zu 100 % gedehnten Tapes ist rein mechanisch, das Gelenk wird korrigiert, indem es in die gewünschte Position gezogen und hier fixiert wird.

Welcher konkrete Spannungsgrad für eine Anlage gewählt wird, ist von der Tapetechnik und der Indikation abhängig; der Spannungsgrad wird entsprechend der Zugstärke, die zur Unterstützung oder Entlastung der behandelten Körperstrukturen erforderlich ist, variiert.



Normales Längstape

Im Einzelnen stellt sich der Zusammenhang zwischen Zugstärke und Wirkung folgendermaßen dar:

Beim **normalen Längstape** (I-Tape oder Y-Tape) wird der Anker fixiert und der (bzw. die) Zügel zwischen 10 und 99 % gedehnt. Entsprechend groß ist der Rückstelleffekt des Zügels und damit die Korrekturwirkung zum Anker hin; in diese Richtung wird die zu behandelnde Struktur verschoben. Die Wirkungsrichtung ist also der Zugkraft entgegengesetzt. Ein Beispiel: Wird ein Muskeltape auf dem M. deltoideus mit seinem Anker am Akromion fixiert (Ursprung) und der Zügel in Verlaufsrichtung der Muskulatur zum Ansatz hin unter

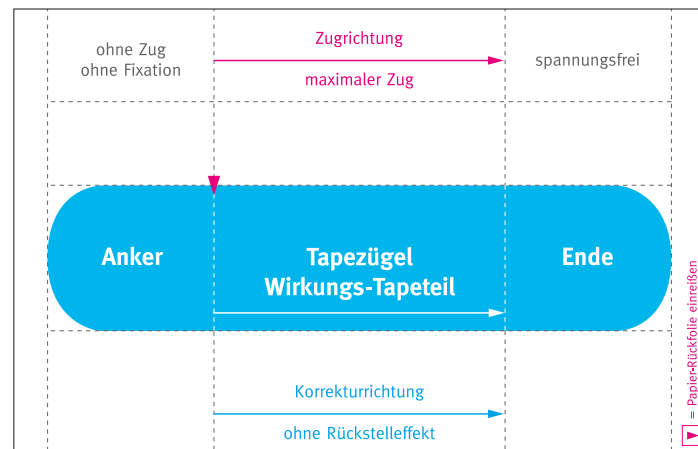
Zug angelegt, so wird der Muskelansatz durch die Rückstellkraft zum Ursprung hin gezogen; der Muskel wird somit aktiviert (in seiner Funktion unterstützt).

Beim **Tape mit zentralem Anker** (bei der Space- oder Ligament-technik) dient der mittlere Bereich als Anker. Der Zug auf das Mittelstück erfolgt in beide Richtungen; es wird unter starkem Zug angelegt, während die Enden dehnungsfrei auslaufen. Die Wirkung beschränkt sich auf diesen mittleren Bereich des Tapes, wo ein zusammenziehender Rückstelleffekt entsteht. Er sorgt dafür, dass die Haut in diesem Areal leicht angehoben wird und ein größerer Zirkulationsraum entsteht.



Tape mit zentralem Anker

Beim **mechanischen Längstape** (Tape ohne elastisches Verhalten) ist das Tape maximal (100 %) gedehnt. Das Tape verursacht eine Positionsänderung der getapten Struktur im Anlageverlauf des Tapes,



Mechanisches Längstape

weg vom Anker. Auf diese Weise wird das Gelenk korrigiert und mechanisch in der Korrekturposition fixiert, ohne dass ein Rückstelleffekt wirkt. Die Korrekturrichtung geht vom Anker weg.

Die Angaben zur Zugstärke in den Schritt-für-Schritt-Anleitungen (ab S. 38) orientieren sich an folgenden Durchschnittswerten:

- leichter Zug: Spannung von 10 bis 25 %
- mittlerer Zug: Spannung von 25 bis 50 %
- starker Zug: Spannung von 50 bis 99 %
- maximaler Zug: Spannung von 100 %

Anlagetechniken

Die klassischen Anlageformen des Sensotapes® sind:

- Muskel- und Sehnenanlagen
- Ligamentanlagen
- Spaceanlagen
- Faszienanlagen
- Gelenkanlagen
- Lymphanlagen
- Nervenanlagen
- Kombinationsanlagen

Muskel- und Sehnenanlagen

Um bei Schmerzen und Verletzungen das physiologische Gleichgewicht in der Muskulatur und im umliegenden Gewebe wiederherzustellen, ist es notwendig, dass Muskulatur und Sehnen ihrer Halte- und Bewegungsfunktion optimal nachkommen können. Voraussetzung hierfür ist eine normotone gelenkumgebende Muskulatur. Ein muskuläres Ungleichgewicht belastet im Weiteren auch das Venen- und Lymphsystem und verändert die Körpertemperatur.

Bei der Therapie mit Muskel- und Sehnenanlagen wird ein propriozeptiver Reiz auf die Haut gesetzt, der folgende Auswirkungen hat:

- Tonusveränderung im Muskel: Herabsetzung eines überhöhten Ruhetonus (Hypertonus) oder Steigerung eines zu niedrigen Ruhetonus (Hypotonus)
- rasche Schmerzreduktion durch Beeinflussung der Schmerzrezeptoren
- gesteigerte Durchblutung
- beschleunigte Ausscheidung von Ödemflüssigkeit und Entzündungssekreten. Dadurch wird die verletzte Struktur entlastet und die Regeneration der verletzten Muskelfasern gefördert.
- Optimierung der Muskelbelastbarkeit

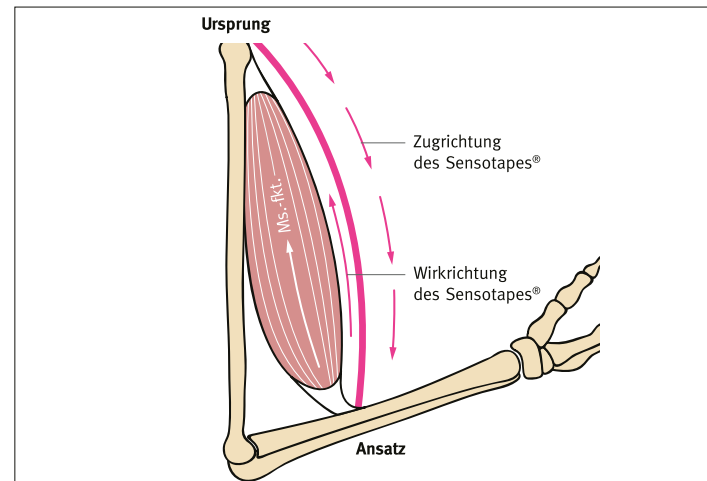
Je nachdem, welcher Effekt erzielt werden soll, können verschiedene Techniken der Tapes durchgeführt werden: **tonisierendes Muskeltape** oder **detonisierendes Muskeltape**.

Tonisierendes Muskeltape

Das Muskeltape zur Erhöhung der Muskelspannung ist bei einer Schwäche der Muskulatur (Hypotonie) indiziert. Das Sensotape® wird dabei vom Muskelursprung zum Muskelansatz (vom Punctum fixum zum Punctum mobile) angelegt. Die Zugrichtung bei Anlage des Tapes verläuft somit in Gegenrichtung der Muskelfunktion. Durch die elastische Rückstellkraft des Sensotapes® erreicht man einen Rückzug zum Ursprung, zum proximalen Anker (Punctum fixum) hin. Auf diese Weise wirkt der Hautreiz des Tapes in Richtung der Muskelfunktion auf die Muskelfasern und die Faszie und sorgt für eine Steigerung des Ruhetonus.

Das Sensotape® kann auch bei neurologisch bedingten Dysfunktionen, wenn der innervierende Nerv betroffen ist, oder bei einer Ruptur bzw. Teilruptur des Muskels angebracht werden, dann allerdings nur in angenäherter Muskelstellung.

Um eine tonisierende Wirkung zu erreichen, wird für Muskelanlagen ein rotes Tape verwendet.

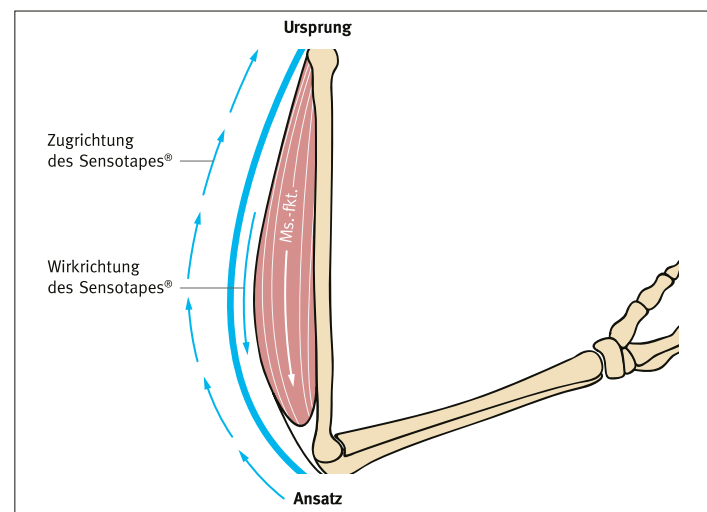


Tonisierendes Muskeltape

Detonisierendes Muskeltape

Das Muskeltape zur Senkung der Muskelspannung ist bei einer Hypertonie (Schmerzen durch Überlastung, Verspannungen oder bei Muskelkrämpfen) des Muskels indiziert. Das Sensotape® wird in diesem Fall vom Muskelansatz zum Muskelursprung angelegt (vom Punctum mobile zum Punctum fixum). Die Zugrichtung bei Anlage des Tapes verläuft somit in Richtung der Muskelfunktion. Durch die elastische Rückstellkraft des Sensotapes® erreicht man einen Rückzug zum Muskelansatz, zum distalen Anker (Punctum mobile) hin. Auf diese Weise wirkt der Hautreiz des Tapes in Gegenrichtung der Muskelfunktion auf die Muskelfasern und die Faszie und sorgt für eine Senkung des Ruhetonus.

Um eine detonisierende, schmerzlindernde Wirkung zu erreichen, wird für Muskelanlagen ein blaues Tape verwendet.



Detonisierendes Muskeltape

Mm. flexores digitorum superficialis und profundus, Mm. flexores carpi radialis und ulnaris



M. flexor carpi radialis

U: Epicondylus medialis humeri

A: Palmarfläche der Basis des Os metacarpi II

I: N. medianus (C6–C8)

F: Palmarflexion und Radialabduktion des Handgelenks

M. flexor carpi ulnaris

U: Caput humerale: Epicondylus medialis humeri;
Caput ulnare: Olekranon

A: Hamulus ossis hamati, Basis des Os metacarpi V

I: N. ulnaris (C7–T1)

F: Palmarflexion und Ulnarabduktion des Handgelenks

M. flexor digitorum superficialis

U: Caput humerale: Epicondylus medialis des Humerus; Caput ulnare: Proc. coronoideus; Caput radiale: distal der Tuberositas radii

A: an den Seiten der Mittelphalangen der Finger II–V

I: N. medianus (C7–T1)

F: geringe Ellenbogenflexion; Flexion des Handgelenks;
Flexion der Grund- und Mittelgelenke der Finger II–V

M. flexor digitorum profundus

U: proximale zwei Drittel der Palmarseite der Ulna, Membrana interossea antebrachii

A: Palmarseite der Endphalangen der Finger II–V

I: N. medianus (Finger II und III, C7–T1),

N. ulnaris (Finger IV und V, C7–T1)

F: Flexion des Handgelenks; Flexion der Grund-, Mittel- und Endgelenke der Finger II–V

Mm. flexores digitorum superficialis und profundus, Mm. flexores carpi radialis und ulnaris – Muskelanlage

Wirkung: detonisierend. Die Anlage erfolgt vom Ansatz zum Ursprung.

Indikationen für die Sensotape-Anlage

- Hypertonie der Flexorengruppe
- Epicondylitis medialis humeri

Material

blaues X-Tape



Anlage des Ankers

ASTE: Aufrecht sitzende Position, der Ellenbogen befindet sich in leichter Flexion; Unterarm und Handgelenk nehmen Neutralstellung ein.

Schritt 1: Der Anker des X-Tapes wird ohne Zug volar mittig über das Handgelenk angelegt.



Anlage der proximalen X-Zügel

ASTE: Der Ellenbogen befindet sich in leichter Flexion, der Unterarm in Neutralstellung, das Handgelenk in Dorsalextension.

Schritt 2: Der Anker des X-Tapes wird durch einen Haut-Gleitschub fixiert, während der radiale und ulnare X-Zügel unter leichtem Zug nach proximal zum Ursprung hin angelegt werden. Beide X-Zügel umrunden die Muskelbäuche. Die Zügelenden laufen dehnungsfrei auf der Haut aus.



Anlage der distalen X-Zügel

ASTE: Die Armstellung wird beibehalten, das Handgelenk befindet sich in maximaler Dorsalextension.

Schritt 3: Der Anker des X-Tapes wird durch einen Haut-Gleitschub fixiert, während die distalen X-Zügel mit leichtem Zug an den Handinnenflächen angelegt werden.



Komplette X-Tapeanlage

ESTE: Der Arm und die Hand befinden sich in entspannter Position.

Schritt 4: Das gesamte Tape wird durch leichtes Reiben in Vordehnung anmodelliert, fixiert und aktiviert.

Oberarm II – Lymphanlage

Wirkung: lokale Entstauung; Lymphflusskorrektur vom Oberarm zum Terminus; Entstauung; Schmerz- und Ödemreduktion; Reduktion des interstiziellen Drucks

Indikationen für die Sensotape-Anlage

- bei insuffizienten Lymphknoten (Lnn. axilliares)
- Schwellung im Bereich der Schulter und des Oberarms

Material

rotes und blaues Fächertape
(4 Zügel mit je 1,25 cm)



Anlage des Ankers des ersten Fächertapes

ASTE: Aufrecht stehende oder sitzende Position, der Arm hängt in Neutralstellung neben dem Körper.

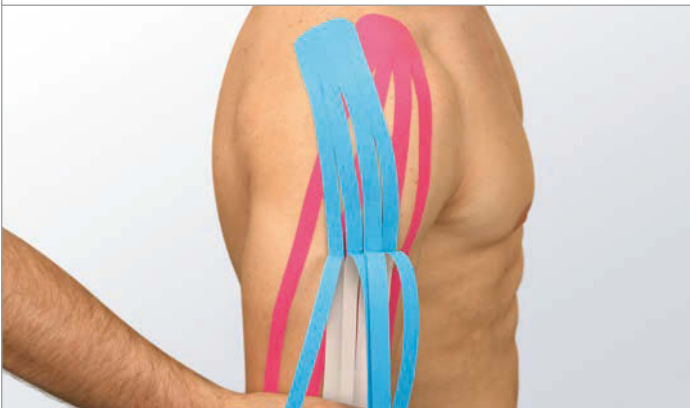
Schritt 1: Der Anker des ersten, roten Fächertapes wird ohne Zug in der Fossa supraspinata neben den Lnn. cervicales inferiores im Terminus angelegt.



Anlage des ersten Fächertapes

ASTE: Der Arm befindet sich im Schultergelenk in 45°-Abduktion, in leichter Anteversion und Ellenbogenflexion.

Schritt 2: Die Zügel werden mit leichtem Zug gleichmäßig über den M. deltoideus dorsolateral und ventrolateral zum Ellenbogen hin verteilt und angelegt. Die Zügelenden laufen dehnungsfrei aus. In Vordehnung der Zügel wird die gesamte Anlage durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und fixiert.



Anlage des Ankers des zweiten Fächertapes

ASTE: Der Arm hängt in Neutralstellung neben dem Körper.

Schritt 3: Der Anker des zweiten, blauen Fächertapes wird ohne Zug dorsal des ersten Ankers angelegt; nach dem Ablösen der Trägerfolie werden die Zügel locker auf der Haut abgelegt.



Komplettierung der Anlage

ASTE: Der Arm hängt in Neutralstellung neben dem Körper.

Schritt 4: Die Zügel des zweiten Fächertapes werden einzeln mit leichtem Zug so über den M. deltoideus verteilt angelegt, dass sie den Oberarm nach ventral und medial zum Ellenbogen hin umrunden. Die Zügelenden laufen dehnungsfrei aus. Die Zügel beider Fächertapes überkreuzen sich. Die gesamte Anlage wird bei Vordehnung durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und fixiert.

Ellenbogen und Unterarm I – Lymphanlage

Wirkung: lokale Entstauung; Schmerz- und Ödemreduktion; Aktivierung des Lymphsystems und des Lymphflusses zum medialen Ellenbogen; Reduktion des interstiziellen Drucks

Indikationen für die Sensotape-Anlage

- bei intakten Lymphknoten (Lnn. cubitales)
- Schwellung im Bereich des Unterarms
- sympathische Reflexdystrophie (Morbus Sudeck)

- lokale Ödeme nach Traumen, OPs und bei Lähmungen (z. B. Hemiplegie)

Material

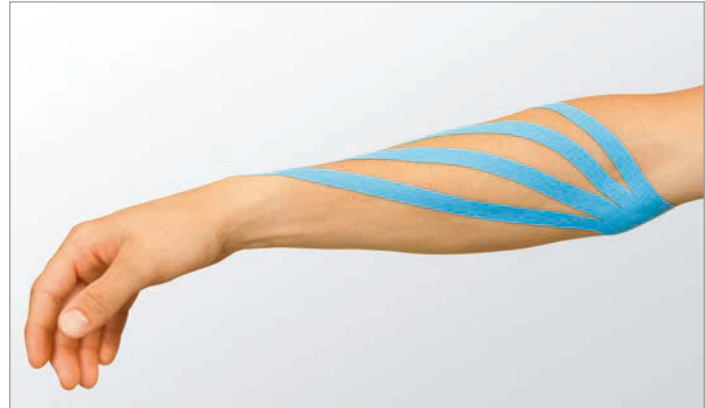
blaues und rotes Fächertape
(4 Zügel mit je 1,25 cm)



Anlage des ersten Ankers

ASTE: Der Arm befindet sich im Schultergelenk in Abduktion, das Ellenbogengelenk in Extension und Supination.

Schritt 1: Der Anker des ersten, blauen Fächertapes wird ohne Zug am medialen Epicondylus neben den Lnn. cubitales angelegt; nach dem Ablösen der Trägerfolie werden die Zügel locker auf der Haut abgelegt.



Anlage des ersten Fächertapes

ASTE: Der Ellenbogen ist gestreckt und in Nullstellung zwischen Pronation und Supination.

Schritt 2: Die einzelnen Zügel werden gelöst und mit leichtem Zug nach distal-radial um den Unterarm angelegt. Die Zügelenden laufen dehnungsfrei zur Hand hin aus. Die gesamte Anlage wird in Vordehnung durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und fixiert.



Anlage des Ankers des zweiten Fächertapes

ASTE: Der Arm befindet sich im Schultergelenk in Abduktion, das Ellenbogengelenk in Extension und Supination, das Handgelenk ist in Ruhestellung.

Schritt 3: Der Anker des zweiten Fächertapes wird ohne Zug radial des ersten Ankers über der Aponeurose der Bizepssehne angelegt. Nach dem Ablösen der Trägerfolie werden die Zügel locker auf der Haut abgelegt.



Komplettierung der Anlage

ASTE: Die Gelenkstellung wird beibehalten. Zur besseren Erkennbarkeit ist der Arm auf der Abb. gestreckt und abgestützt.

Schritt 4: Die Zügel werden einzeln mit leichtem Zug nach distal-ulnar gleichmäßig um den Unterarm verteilt und angelegt. Die Zügelenden laufen dehnungsfrei zur Hand hin aus. Die Zügel beider Fächertapes überkreuzen sich. Die gesamte Anlage wird in Vordehnung durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und fixiert.

Mm. longissimus thoracis und spinalis thoracis



M. longissimus thoracis

U: Os sacrum, Crista iliaca, Procc. spinosi der LWS und Procc. transversi der unteren BWS

A: Procc. accessorii der LWS, Procc. transversi der BWS und 2. bis 12. Rippe

I: laterale Äste der Rr. dorsales der Spinalnerven

F einseitig: Lateralflexion der WS zur gleichen Seite.

Beidseitig: Extension der WS

M. spinalis thoracis

U: Procc. transversi von T6–T12

A: Procc. spinosi von C6–T4

I: Rr. dorsales der Spinalnerven

F einseitig: Lateralflexion der WS zur gleichen Seite, Rotation der WS zur Gegenseite.

Beidseitig: Extension der BWS

Mm. longissimus thoracis und spinalis thoracis – Muskelanlage

Wirkung: Abb. 1 und 2: detonisierend. Die Anlage erfolgt vom Ansatz zum Ursprung.

Abb. 3 und 4: detonisierend auf die hypertone Muskulatur; **tonisierend** auf die hypotone Muskulatur.

Indikationen für die Sensotape-Anlage

- thorakaler BS-Prolaps oder Protrusion
- Morbus Bechterew
- Morbus Scheuermann
- Osteoporose
- Rückenschmerzen

- Skoliose (Abb. 3 und 4)

Material

Abb. 1 und 2: blaues Y-Tape

Abb. 3 und 4: blaues und rotes I-Tape



Y-Tape-Anlage: Anlage des Ankers

ASTE: Aufrecht sitzende Position

Schritt 1: Die Tapelänge wird in Flexion der WS zwischen den DF von Th12 und C7 ausgemessen. Der Anker des Y-Tapes wird ohne Zug unterhalb des Th12-Segmentes auf die DF von L1 und L2 angelegt. Die beiden Y-Zügel werden paravertebral und aufsteigend ausgerichtet.

Anlage der beiden Y-Zügel

ASTE: Aufrecht sitzende Position, der Rumpf befindet sich in maximaler Ventralflexion.

Schritt 2: Der Anker wird durch einen kaudalen Haut-Gleitschub fixiert, während die beiden Y-Zügel einzeln mit leichtem Zug entlang der WS nach kranial angelegt werden. Die beiden Y-Tapeenden laufen dehnungsfrei nach kranial aus. Das Tape wird in Vordehnung durch leichtes Reiben aktiviert, anmodelliert und fixiert.



Alternative detonisierende I-Tapeanlage

ASTE: Sitzende Position, der Rumpf befindet sich in maximaler Ventralflexion.

Schritt 1: Der Anker des blauen I-Tapes wird durch einen kaudalen Haut-Gleitschub fixiert, während das I-Tape mit leichtem Zug nach kranial entlang der WS angelegt wird. Das I-Tapeende läuft dehnungsfrei aus. Die Anlage wird in Vordehnung der Muskulatur durch leichtes Reiben aktiviert, anmodelliert und fixiert.

Komplette bilaterale I-Tapeanlage

ESTE: Sitzende Position, der Rumpf befindet sich in maximaler Ventralflexion.

Schritt 2: Auf der Gegenseite wird eine Muskelanlage aus einem tonisierenden I-Tape von kranial nach kaudal paravertebral angelegt.

Inhalt Teil 2

Sensotape® in der Praxis – Unterer Rumpf, Becken, Ober- und Unterschenkel, Fuß

Sensotape®-Techniken für Rumpf, LWS und ISG

I. Muskulatur des Rumpfs und der LWS

310

M. rectus abdominis	312	M. quadratus lumborum	318
– Muskelanlage	313	– Muskelanlage	319
M. obliquus externus abdominis	314	M. erector spinae – LWS	320
– Muskelanlage	315	– Muskelanlage	321
M. obliquus internus abdominis	316		
– Muskelanlage	317		

II. Gelenke und Ligamente der LWS, des Rumpfs und des ISG

324

LWS	326	Iliosakralgelenk (ISG)	332
– Gelenk- und Muskelanlage	327	– Space- und Gelenkanlage	333
– Muskel-, Ligament- und Spaceanlage	328	– Space- und Ligamentanlage	334
– Muskel- und Gelenkanlage	329	ISG-Gelenkbewegung und LBH-Muskelzüge	
ISG/LWS – Muskel-, Space- und Gelenkanlage	330	– Gelenk- und Muskelanlage	335
Thorakolumbaler, lumbosakraler Übergang und ISG			
– Muskel-, Gelenk- und Ligamentanlage	331		

III. Faszien des Rumpfs

336

Fascia transversalis mit Fascia iliaca und Fascia abdominalis superficialis	338	Fascia transversalis und Fascia lumbodorsalis	
– Fasziyanlage	339	– Muskel- und Fasziyanlage	342
Fascia thoracolumbalis, Fascia transversalis und Fascia lumbodorsalis	340	Fascia lumbosacralis, Fascia iliosacralis und Fascia thoracolumbalis – Fasziyanlage	343
Fascia thoracolumbalis – Fasziyanlage	341	ISG und Band- und Membranverbindungen des Beckens	
		– Fasziyan- und Spaceanlage	344

IV. Lymphbahnen im Bereich des Rumpfs

346

Lymphbahnen im Bereich des Rumpfs	348	Abdomen I – Lymphanlage	355
Oberer ventraler Rumpf – Lymphanlage	349	Abdomen II – Lymphanlage	356
Unterer ventraler Rumpf – Lymphanlage	350	Unterer Rumpf/Ventrales Abdomen – Lymphanlage	357
Oberer dorsaler Rumpf – Lymphanlage	351	Oberer Rumpf/Brust – Lymphanlage	358
Unterer dorsaler Rumpf I – Lymphanlage	352	Gesamtes Bein: Hüfte/Oberschenkel – Lymphanlage	360
Unterer dorsaler Rumpf II – Lymphanlage	353	Unterer Rumpf/LBH-Region – Lymphanlage	362
Lateraler Rumpf/Taille – Lymphanlage	354		

Sensotape®-Techniken für die untere Extremität

V. Muskulatur der unteren Extremität

364

M. iliopsoas (M. iliacus und M. psoas major)	366	M. piriformis	374
– Muskelanlage	367	– Muskelanlage	375
M. gluteus maximus	368	M. sartorius	378
– Muskelanlage	369	– Muskelanlage	379
M. gluteus medius und minimus	370	Mm. adductores	380
– Muskelanlage	371	– Muskelanlage	381
M. tensor fasciae latae	372	M. quadriceps femoris	382
– Muskelanlage	373	– Muskelanlage	383

M. semimembranosus	384
– Muskelanlage	385
M. biceps femoris	386
– Muskelanlage	387
M. semitendinosus, M. semimembranosus und	
M. biceps femoris	388
Ischiokrurale Muskulatur – Muskelanlage	389
M. triceps surae (M. gastrocnemius und M. soleus)	390
– Muskelanlage	391
M. gastrocnemius	392
– Muskelanlage	393
M. popliteus	394
– Muskelanlage	395
M. tibialis anterior	396
– Muskelanlage	397
M. tibialis anterior	398
– Muskelanlage	399

M. tibialis posterior	400
– Muskelanlage	401
M. peroneus longus und brevis	402
– Muskelanlage	403
M. extensor hallucis longus	404
– Muskelanlage	405
M. flexor hallucis longus	406
– Muskelanlage	407
M. flexor hallucis brevis	408
– Muskelanlage	409
M. abductor hallucis	410
– Muskelanlage	411
M. flexor digitorum brevis	412
– Muskelanlage	413
M. extensor digitorum brevis	414
– Muskelanlage	415

VI. Gelenke und Ligamente der unteren Extremität

416

Hüftgelenk und Bandstrukturen	418
– Gelenk- und Ligamentanlage	419
Kniegelenk und Bandstrukturen	420
– Lymphanlage, funktionelle Gelenk- und Muskelanlage	421
Kniegelenk: anteriorer Funktionskomplex	422
– Ligamentanlage	423
– Sehnenanlage	424
– Gelenk- und Ligamentanlage	425
Lig. patellae – Gelenk- und Ligamentanlage	426
Patellofemoralgelenk: Fehlstellungen der Patella	428
Korrektur des lateralen Tilts – Gelenkanlage	429
Korrektur des lateralen Glides – Gelenkanlage	430
Korrektur der Außenrotation der Patella – Gelenkanlage	432
Korrektur des anteroposterioren (inferioren) Tilts	
– Gelenkanlage	433
Korrektur des lateralen Glides, des Tilts und der Rotation	
– Gelenkanlage	434
Korrektur der kranialen Fehlstellung (Patella alta)	
– Gelenkanlage	435
Korrektur einer Subluxation/Luxation nach lateral	
– Gelenk-, Ligament-, Muskel- und Spaceanlage	436
Kniegelenk und Lig. collaterale mediale und laterale	
– Ligamentanlage	437
– Gelenk- und Ligamentanlage	439
Posteriore Gelenkkapsel: Lig. popliteum obliquum	
und arcuatum	440
– Ligament- und Spaceanlage	441
Proximales Tibiofibulargelenk	442
– Gelenkanlage und manuelle Korrektur-Anlage	443
Distales Tibiofibulargelenk: Bänder der Syndesmosis:	
Lig. tibiofibulare anterius bzw. posterius	444
– Gelenkanlage und manuelle Korrektur-Anlage,	
Ligamentanlage	445

Oberes Sprunggelenk (OSG), Unteres Sprunggelenk (USG)	
und Achillessehne	446
OSG und USG – Gelenkanlage	447
OSG – Anteriore funktionelle Gelenkanlage	448
OSG – Posteriore funktionelle Gelenkanlage, Muskelanlage	449
OSG: Lig. collaterale mediale bzw. laterale	
– Ligamentanlage	450
OSG, USG und Kapsel-Band-Apparat	
– Muskel-, Lymph-, Gelenk- und Ligamentanlage	451
USG (Art. talotarsalis) – Gelenk- und Ligamentanlage	452
Art. subtalaris (USG) – Gelenkanlage	453
Syndesmose, Außenbänder des Sprunggelenks	
und Innenbänder	454
Syndesmosenbänder – Ligament- und Gelenkanlage	455
Außenbänder – Ligament-, Gelenk- und Faszienanlage	456
Innenbänder – Ligamentanlage	457
Mittelfußgelenke und ihre Bandstrukturen	458
Mittelfußgelenke/Längs-/Quergewölbe des Fußes	
– Muskel- und Gelenkanlage	459
Mittelfußgelenke und ihre Bänder: Kapsel-Band-Faszien-Apparat	
– Ligament- und Gelenkanlage	460
Mittelfußgelenke und ihre Bänder – Ligamentanlage	461
Plantaraponeurose und Lig. calcaneonaviculare plantare	
– Ligamentanlage	462
– manuelle Korrektur und Gelenkanlage	463
Achillessehne und Lig. plantare longum – Ligamentanlage	464
Achillessehne und Plantaraponeurose	
– Sehnen-, Muskel- und Ligamentanlage	465
Lig. plantare longum und Achillessehne	
– Sehnen- und Ligamentanlage	466
Plantaraponeurose und Achillessehne	
– Sehnenanlage	467
Zehengelenke – funktionelle Gelenkanlage	468

Hallux I – Gelenk- und Ligamentanlage	470
Hallux II – Gelenk- und Ligamentanlage	471
Hallux III – manuelle Korrektur und Gelenkanlage	472
Hallux IV – Muskel- und Faszienanlage	473

Hallux und Lig. collaterale I – manuelle Korrektur und Ligamentanlage	474
Hallux und Lig. collaterale II – manuelle Korrektur mit Ligament- und Gelenkanlage	475

VII. Bursen und Faszien der unteren Extremität

476

Bursa trochanterica musculi glutei maximi, Bursa piriformis und Bursa trochanterica musculi glutei medii	478
– Lymph-, Space- und Muskelanlage	479
Bursa suprapatellaris, Bursa praepatellaris und Bursa infrapatellaris	480
Suprapatellaris – Spaceanlage	481
Praepatellaris superficialis – Spaceanlage	482
Praepatellaris subcutanea, subfascialis, profunda – Spaceanlage	483
Infrapatellaris superficialis und profunda – Spaceanlage	484
Hoffa-Fettkörper – Spaceanlage	485
Bursa anserina	486
– Spaceanlage	487
Bursa gastrocnemiosemimembranosa	488
– Spaceanlage	489
Bursa subcutanea calcanea, Bursa tendinis calcanei	490
– Lymph-Spaceanlage	491
Faszien des Beins	492
Fascia glutea (Aponeurosis glutealis) – Lymph- und Faszienanlage	493

Fascia femoris mit Fascia cribrosa/ventrale Korrektur der Strukturen im Trigonum femorale mediale – Faszienanlage	494
Fascia femoris medio-distalis – Manuelle Positionierung der Faszie, Space- und Faszienanlage	495
Fascia lata und Tractus iliotibialis – Faszienanlage	496
Fascia lata des Tractus iliotibialis – Faszienanlage	497
Fascia ischiadica am dorsalen Oberschenkel – Faszienanlage	498
Fascia ischiadica cruris – Faszienanlage	499
Fascia cruris	500
Medio-proximalis – Faszien- und Muskelanlage	501
Antero-medialis – Faszien- und Muskelanlage	502
Antero-lateralis – Faszien- und Muskelanlage	503
Fascia plantaris und dorsalis pedis	504
Plantaris pedis und Plantaraponeurose – Faszien-, Ligament- und Muskelanlage	505
Dorsalis pedis und Dorsalaponeurose des Os metatarsale I – Faszien-, Muskel- und Spaceanlage	506

VIII. Lymphbahnen der unteren Extremität

508

Lymphgefäße des Ober-/Unterschenkels und Fußes	510
Hüfte – Lymphanlage	511
Oberschenkel und Kniegelenk – Lymphanlage	512
Kniegelenk/Patella – Lymphanlage	513
Fußgelenk und Fuß – Lymphanlage	514
Fuß: USG, Mittelfuß und Hallux – Lymph- und Spaceanlage	515
Oberschenkel anterior – Lymphanlage	516

Oberschenkel lateral – Lymphanlage	517
Unterschenkel anterior – Lymphanlage	518
Unterschenkel lateral – Lymphanlage	519
Fuß – Lymphanlage	520
Zehen – Lymphanlage	521
Gesamtes Bein anterior – Lymphanlage	522
Gesamtes Bein lateral/posterior – Lymphanlage	523
Gesamtes Bein – Lymphanlage	524

IX. Nerven der unteren Extremität

526

Nervus ischiadicus	528
-------------------------------------	-----

Nervus ischiadicus – Nervenanlage	529
---	-----

Sensotape®-Techniken bei spezifischen Krankheitsbildern

X. Spezifische Krankheitsbilder des Rumpfs

530

Schmerzen im Bereich der Bauchmuskulatur – Muskelanlage	532
Bandscheibenvorfall im Bereich der LWS – Muskel-, Space- und Gelenkanlage	534
LWS-Syndrom, Lumbale Diskushernie – Muskel-, Ligament-, Space-, Faszien- u. Gelenkanlage	535

LWS-Syndrom, Ischialgie – Muskel-, Ligament-, Space- und Gelenkanlage	536
LWS-Syndrom, Linkskonvexe LWS-Skoliose – Muskel-, Space-, Ligament-, Gelenk- und Faszienanlage	537
Thorakolumbale und lumbosakrale Schmerzen, ISG – Muskel-, Faszien-, Gelenk- und Spaceanlage	538

Coxarthrose	
– Lymph-, Muskel-, Gelenk-, Space- und Faszienanlage	542
Muskelfaserriss/-zerrung des M. rectus femoris	
– Lymph-, Muskel-, Gelenk-, Space- und Faszienanlage	544
Muskelfaserriss/-zerrung der ischiokruralen Muskulatur	
– Muskel-, Gelenk-, Space- und Faszienanlage	546
Kompressionsneuropathien	
– Muskel-, Faszien- und Spaceanlage	547
Bursitis des Kniegelenks	
– Lymph- und Spaceanlage	548
Patellaspitzensyndrom	
– Gelenk-, Muskel-, Space-, Ligament- und Sehnenanlage . .	550
Chondropathia patellae, Patellar Tracking Disorder	
– Gelenk-, Muskel- und Spaceanlage	551
Läsionen des Lig. collaterale mediale und/oder laterale	
– Gelenk-, Ligament-, Muskel- und Faszienanlage	552
Ruptur des vorderen Kreuzbands (Lig. cruciatum anterior / ACL)	
– Lymph-, Gelenk- und Ligamentanlage	553
Tractus-iliotibialis-Syndrom: Tendinitis und Bursitis	
– Ligament-, Faszien- und Spaceanlage	554
Tibialis-anterior-Syndrom (Ansatzperiostitis)	
– Muskel- und Faszienanlage	555
Tibialis-posterior-Syndrom (Ansatzperiostitis)	
– Muskel- und Faszienanlage	556
Muskelfaserriss des M. triceps surae	
– Muskel-, Gelenk-, Sehnen- und Spaceanlage	557
M. soleus-Syndrom: Kompressionssyndrom des Arcus tendineus	
– Muskel-, Sehnen- und Faszienanlage	558
Subluxation der Peroneusehnen	
– Gelenk- und Spaceanlage	559
Achillessehnen-Ansatzreizung	
– Lymph-, Muskel-, Sehnen-, Gelenk- und Spaceanlage	560
Achillodynie	
– Muskel-, Sehnen- und Spaceanlage	562
Inversionstrauma	
– Muskel-, Ligament- und Spaceanlage	563
Eversionstrauma	
– Ligament- und Gelenkanlage	564
Bursitis calcanei retrotendinea und praetendinea	
– Muskel-, Sehnen- und Spaceanlage	565
Tendinitis des Flexor hallucis longus, tibiotalares Kompressionssyndrom	
– Muskel- und Spaceanlage	566
Plantarfasziitis	
– Muskel-, Sehnen-, Space- und Gelenkanlage	567
Plantarfasziitis: Pes planus/abductus	
– Ligament-, manuelle Korrektur-, Gelenk- und Spaceanlage	568
Hallux valgus	
– Gelenk-, Ligament-, Muskel- und Faszienanlage	569
Knick-Senkfuß	
– Gelenk-, Muskel-, Sehnen- und Faszien-Korrektur: Kombinationsanlage	570
– Muskel- und Gelenkanlage	571
Register	572

M. erector spinae – LWS



U: Os sacrum, dorsale Crista iliaca, Fascia thoracolumbalis

A: 6. bis 12. Rippe, tiefes Blatt der Fascia thoracolumbalis, Procc. transversi der oberen LWS

I: Rr. dorsales der Spinalnerven der entsprechenden Segmente

F: einseitig: Lateralflexion der Wirbelsäule zur gleichen Seite

beidseitig: Extension der Wirbelsäule

M. erector spinae – LWS – Muskelanlage

Wirkung: detonisierend. Die Anlage erfolgt vom Ansatz zum Ursprung.

Indikationen für die Sensotape-Anlage

- Myofasziale Schmerzsyndrome
- Lumbale BSV, Lumbago
- LWS-Dysfunktionen
- LWS-Deformitäten
- Schmerzhaft freie Rippen 11 + 12

Material

blaues Y-Tape



Anlage des Y-Ankers

ASTE: Im Stand.

Schritt 1: Der Anker des Y-Tapes wird ohne Zug auf dem Sakrum angelegt. Die beiden Y-Zügel bilden ein V nach kranial hin in die Regio thoracolumbalis.



Anlage des rechten Y-Zügels

ASTE: Der Rumpf befindet sich in Ventralflexion, die Muskulatur ist somit in Vordehnung.

Schritt 2: Der Anker wird durch einen Haut-Gleitschub fixiert, während der rechte Y-Zügel mit leichtem Zug entlang des medialen Trakts des Muskelverlaufs nach kranial bis L1 angelegt wird.



Anlage des linken Y-Zügels

ASTE: Die Ausgangsstellung wird beibehalten.

Schritt 3: Der Anker wird durch einen Haut-Gleitschub fixiert, während der linke Y-Zügel mit leichtem Zug paravertebral entlang des Muskelverlaufs nach kranial bis L1 angelegt wird.



Komplette Y-Tapeanlage

ESTE: Aufrechter Stand in Ruhestellung.

Schritt 4: Die Tapeenden beider Y-Zügel sollen dehnungsfrei über den thorakolumbalen Übergang Th 12 auslaufen. Die gesamte Muskelanlage wird in Vordehnung durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und auf der Haut fixiert.

- ▶ Es sollte ein deutlicher »Hautfalteneffekt« sichtbar sein.
Die Abmessung des Y-Tapes erfolgt in maximaler Flexion der LWS.

M. gluteus maximus



U: dorsaler Anteil des Os ilium, Fascia thoracolumbalis, Os sacrum, Os coccygis und Lig. sacrotuberale
A: Tractus iliotibialis und Tuberositas glutea
I: N. gluteus inferior (L4–S2)

F: Extension und Außenrotation des Hüftgelenks
 Stabilisation des Beckens in der Frontal- und Sagittalebene
kraniale Fasern: Abduktion des Hüftgelenks
kaudale Fasern: Adduktion des Hüftgelenks

Der M. gluteus maximus ist ein Kennmuskel für das Segment S2.

M. gluteus maximus – Muskelanlage

Wirkung: detonisierend. Die Anlage erfolgt vom Ansatz zum Ursprung.

Indikationen für die Sensotape-Anlage

- Coxitis
- ISG-Entzündung
- Lumbago/Ischialgie
- Beckenschiefstand

Material

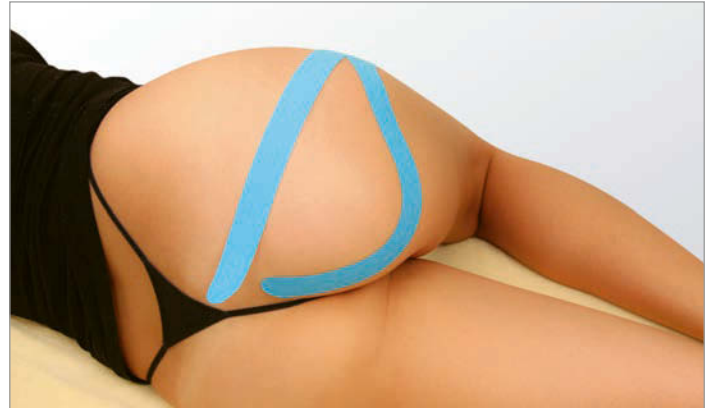
blaues Y-Tape



Anlage des Y-Ankers

ASTE: Seitenlage, die Hüfte und das Knie befinden sich in leichter Flexion.

Schritt 1: Der Anker des Y-Tapes wird ohne Zug im Bereich des Trochanter major auf dem Tractus iliotibialis und der Tuberositas glutea angelegt.



Anlage des inferioren Y-Zügels

ASTE: Seitenlage, die Hüfte befindet sich in 90°-Flexion und Adduktion, das unterlagerte Knie ist flektiert.

Schritt 2: Der Anker wird fixiert, während der inferiore Y-Zügel mit leichtem Zug den kaudalen Muskelbauch umrandend nach dorsal-medial an das Sakrum (AIL) angelegt wird.



Anlage des superioren Y-Zügels

ASTE: Seitenlage, die Hüfte befindet sich in 90°-Flexion und Adduktion, das unterlagerte Knie ist flektiert.

Schritt 3: Der Anker wird fixiert, während der superiore Y-Zügel mit leichtem Zug den kranialen Muskelbauch umrandend nach dorsal-medial zum Apex des Os sacrum angelegt wird.



Komplette Y-Tapeanlage

ESTE: Seitenlage, entspannte Stellung.

Schritt 4: Die beiden Y-Zügel sollen dehnungsfrei auslaufen. Das gesamte Tape wird durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und fixiert.

- ▶ Das Abmessen der Tapeanlage erfolgt in Muskelvordehnung vom Os sacrum bis ca. fünf Querfinger breit kaudal des Trochanter major.
- ▶ Beide Y-Tapezügel sollen den Muskelbauch voll umranden.

M. tibialis anterior



U: proximale zwei Drittel der Facies lateralis tibiae und Membrana interossea
A: Basis des Os metatarsi I, mediale und plantare Seite des Os cuneiforme mediale
I: N. peroneus profundus (L4–L5)
F: Dorsalextension, Supination und Inversion des oberen und unteren Sprunggelenks

Der M. tibialis anterior ist ein Kennmuskel für das Segment L4.

M. tibialis anterior – Muskelanlage

Wirkung: tonisierend. Die Anlage erfolgt vom Ursprung zum Ansatz.

Indikationen für die Sensotape-Anlage

- Hypotonie des Muskels
- Kompartment-Syndrom
- Plattfuß, Senkfuß, Fallfuß, Fußinstabilitäten
- Achillodynie

- Distorsionen (Verstauchungen, Bandverletzungen)

Material

rotes I-Tape



Anlage des I-Ankers

ASTE: Rückenlage, das Kniegelenk befindet sich in Flexion, der Fuß in Dorsalextension.

Schritt 1: Der Anker des I-Tapes wird ohne Zug direkt unterhalb des lateralen Tibiakondylus an der Facies lateralis tibiae angelegt.



Anlage des I-Tapes

ASTE: Die Gelenkstellung wird beibehalten.

Schritt 2: Der Anker wird durch einen kranialen Haut-Gleitschub fixiert, während das I-Tape mit leichtem Zug nach distal zur medialen Fußkante hin angelegt wird.



Anlage des I-Tapes

ASTE: Rückenlage, das Kniegelenk befindet sich in Flexion, der Fuß in Dorsalextension und Supination.

Schritt 3: Während der Vorfuß in die Dorsalextension und Supination bewegt wird, wird das I-Tape entlang der prominenten Sehne medial am Os cuneiforme und der Basis ossis metatarsalis I angelegt.



Komplette I-Tapeanlage

ESTE: Rückenlage, der Vorfuß wird unterlagert.

Schritt 4: Das distale I-Tapeende soll dehnungsfrei nach medial-plantar auslaufen (s. kl. Abb.). Die Anlage wird durch leichtes Reiben in Vordehnung anmodelliert, fixiert und aktiviert.

► Die Anlage des Tapes dient gleichzeitig der funktionellen Gelenkkorrektur (z. B. beim Fallfuß).

M. peroneus longus und brevis



M. peroneus longus

U: Caput fibulae und proximale zwei Drittel der Fibula

A: Basis des Os metatarsi I und Plantarseite des Os cuneiforme mediale

I: N. peroneus superficialis (L5–S1)

F: Plantarflexion, Pronation und Eversion des oberen und unteren Sprunggelenks

M. peroneus brevis

U: distaler Anteil der Fibula und des Septum intermusculare

A: Tuberositas ossis metatarsi V

I: N. peroneus superficialis (L5–S1)

F: Plantarflexion, Pronation und Eversion des oberen und unteren Sprunggelenks

Der M. peroneus longus ist ein Kennmuskel für das Segment S1.

M. peroneus longus und brevis – Muskelanlage

Wirkung: detonisierend. Die Anlage erfolgt vom Ansatz zum Ursprung.

Indikationen für die Sensotape-Anlage

- Hemiplegie
- Distorsion des Fußes, Verstauchung, Fußinstabilitäten
- Entzündungen des N. peroneus, Paresen durch Hemiplegie
- OSG-Instabilitäten

Material

blaues I-Tape



Anlage des I-Ankers: M. peroneus brevis

ASTE: Rückenlage, das Kniegelenk befindet sich in 30°-Flexion, der Fuß in Plantarflexion.

Schritt 1: Der Anker des I-Tapes wird ohne Zug an der Tuberositas ossis metatarsale V angelegt.



Anlage des I-Tapes

ASTE: Rückenlage, der Fuß befindet sich in Dorsalextension und Supination.

Schritt 2: Der Anker wird durch einen distalen Haut-Gleitschub fixiert, während das I-Tape mit leichtem Zug über die Trochlea peronealis, über dem Retinaculum mm. peroneorum inferius und dann retromalleolär angelegt wird.



Anlage des I-Ankers: M. peroneus longus

ASTE: Rückenlage, der Fuß befindet sich in leichter Plantarflexion und Inversion.

Schritt 1: Der Anker des I-Tapes wird ohne Zug an den plantaren Basen des Os metatarsale I und am Os cuneiforme mediale angelegt. Der Anker wird auf dem Vorfuß in Inversion durch einen Haut-Gleitschub fixiert, während das I-Tape unter der Fußsohle nach lateral über das Kuboid und diagonal weiter nach posterior zum Malleolus lateralis hin angelegt wird (s. kl. Abb.).



Komplette I-Tapeanlage

ESTE: Rückenlage, das Bein und der Fuß befinden sich in Neutralstellung.

Schritt 2: Die Anlage verläuft um den Malleolus lateralis und zum Caput fibulae. Das proximale I-Tapeende des M. peroneus longus soll dehnungsfrei auslaufen.

Die gesamte Anlage wird durch leichtes Reiben in Vordehnung anmodelliert, fixiert und aktiviert.

Kniegelenk und Lig. collaterale mediale

– Ligamentanlage

Wirkung: Stimulierung und Stabilisierung des lateralen Kapsel-Band-Apparats; Stimulierung der Propriozeption; Limitierung der Valgus- bzw. Varusbewegung

Indikationen für die Sensotape-Anlage

- Überdehnung MCL
- Teilruptur MCL
- Knie-Bänderdehnung/-riss

- mediale bzw. laterale Instabilität des Knies

Material

rotes I-Tape



Anlage des I-Ankers

ASTE: Im Stand, das Kniegelenk befindet sich in Schrittstellung, in 30°-Flexion.

Schritt 1: Der Anker des I-Tapes wird ohne Zug unterhalb der Tuberositas tibiae über dem Ansatz des Ligamentum collaterale mediale angelegt. Das I-Tape wird nach kranial im Verlauf des Innenbands ausgerichtet.



Anlage des I-Tapes

ASTE: Im Stand, das Kniegelenk befindet sich in Schrittstellung, in 30°-Flexion.

Schritt 2: Den Anker mit den linken Fingern durch einen distalen Haut-Gleitschub fixieren, während man das I-Tape mit einer ligamento-muskulären Technik in einer Längs-Applikationsform anlegt. Das I-Tape wird mit starkem Zug entlang des Ligamentverlaufs über dem Kniegelenkspalt bis zu seinem Ursprung angelegt.



Anlage des I-Tapes

ASTE: Im Stand, das Kniegelenk befindet sich in Schrittstellung und bewegt sich aktiv in schmerzfreie Flexion.

Schritt 3: Ab dem Ursprung des Ligamentum collaterale mediale wird das I-Tape mit leichtem Zug bei einer schmerzfreien aktiven Knieflexion nach kranial hin angelegt.



Komplette I-Tapeanlage

ESTE: Im Stand, das Kniegelenk befindet sich in Schrittstellung, in 30°-Flexion.

Schritt 4: Das I-Tapeende dehnungsfrei in Muskelvordehnung nach kranial auslaufen lassen. Die gesamte Anlage wird durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und fixiert.

Kniegelenk und Lig. collaterale mediale

– Gelenk- und Ligamentanlage

Wirkung: Stimulierung und Stabilisierung des medialen Kapsel-Band-Apparats; Stimulierung der Propriozeption; Limitierung der Valgus- bzw. Varusbewegung

Indikationen für die Sensotape-Anlage

- Überdehnung MCL
- Teilruptur MCL
- Knie-Bänderdehnung/-riss
- mediale bzw. laterale Instabilität des Knies
- chronische Varus-/Valgus-Instabilitäten

Material

Abb. 1 bis 3: rotes I-Tape, rotes Fächertape (3 Zügel)
Abb. 4: blaues und rotes I-Tape



Anlage des Ankers eines Fächertapes

ASTE: Im Stand, das Kniegelenk befindet sich in 20°–30°-Flexion.

Schritt 1: Zusätzlich zum Längs-I-Tape wird mit einer mechanischen Korrektur ein tonisierendes Fächertape quer angelegt. Es folgt das Zurechtschneiden des Fächertapes mit drei Zügel. Der Anker des Fächertapes wird ohne Zug posterior der hinteren Faseranteile des Lig. collaterale mediale posterius (Pars meniscomemorale bzw. meniscotibiale) angelegt.



Anlage des Fächertapes

ASTE: Im Stand, das Kniegelenk befindet sich in 20°–30°-Flexion.

Schritt 2: Den Anker fixieren, während man das Fächertape mit starkem Zug und Innendruck über das MCL anlegt. Beim Anlegen der einzelnen Zügel über dem Innenband erfolgt gleichzeitig eine aktive Knieflexion. Die drei Zügelenden dehnungsfrei in Richtung Patella auslaufen lassen.



Komplette Kombinationsanlage

ESTE: Im Stand, das Kniegelenk befindet sich leicht gebeugt in Schrittstellung.

Schritt 3: Die gesamte Kombinationsanlage fasilitiert und korrigiert das in Adhäsionsläsion befindliche Innenband. Die Anlage wird durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und fixiert.



Alternative komplette Kombinationsanlage zweier I-Tapes

ESTE: Im Stand, das Kniegelenk befindet sich in Schrittstellung, in 20°–30°-Flexion.

Schritt 4: Mit einer Ligamentanlage in zentraler Applikationsform werden zwei I-Tapes angelegt. Die Anker beider I-Tapes werden mit starkem Zug über die schmerzhafteste Stelle des Innenbandes angelegt. Beide I-Tapes überkreuzen einander über dem Gelenkspalt, während die I-Tapeenden dehnungsfrei auslaufen. Die komplette Anlage wird durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und fixiert.

Posteriore Gelenkkapsel: Lig. popliteum obliquum und arcuatum



Die Regio genu posterior entspricht der Kniekehle (Fossa poplitea). Sie ist rautenförmig und in der Mitte durch die Flexionsfalte in die Regio poplitea superior (M. biceps femoris, M. semitendinosus) und inferior (Mm. gastrocnemii, M. popliteus) geteilt.

Die Ligg. popliteum arcuatum und obliquum bilden dorsale Kapselverstärkungen. Das Lig. popliteum arcuatum entspringt dem Apex capitis fibulae und verläuft nach kranial und kranial-medial, um in die Gelenkkapsel einzustrahlen. Auf seinem Weg wird das Band von der Sehne des M. popliteus unterkreuzt.

Das Lig. popliteum obliquum wird von lateralen Ausstrahlungen der Ansatzsehne des M. semimembranosus gebildet und verläuft, von medial kommend, nach lateral und leicht nach kranial.

Posteriore Gelenkkapsel: Lig. popliteum obliquum und arcuatum – Ligament- (Abb. 1–4) und Spaceanlage (Abb. 4)

Wirkung: Schmerz-, Schwellungs- und Ödemreduktion (Akutphase); Entlastung und Verstärkung der dorsalen Gelenkkapsel bzw. des Bandapparats; Stabilisation des dorsalen Kapsel-Band-Apparats eines überstreckten Knies

Indikationen für die Sensotape-Anlage

- Hyperextension und Kapsel- und Bandschwäche
- Meniskusvorderhorn-Reizung bzw. Läsionen

- Baker-Zyste, Genu recurvatum
- Baker-Zyste und Schmerzen in der Kniekehle
- Überdehnung oder Riss des vorderen Kreuzbands

- Retropatellarschmerz, Chondropathia patellae

Material

2 rote X-Tapes



Anlage des queren X-Ankers

ASTE: Im Stand, das Kniegelenk befindet sich in Extension.

Schritt 1: Mit einer Ligamentanlage wird die Mitte des X-Tapes als Anker mit starkem Zug direkt über die Kniekehle in der Fossa poplitea angelegt. Der Anker liegt auf der schmerzhaftesten Stelle, z. B. auf der posterioren Gelenkkapsel über dem Lig. popliteum obliquum und teilweise über dem Lig. popliteum arcuatum.



Anlage der X-Zügel

ASTE: Im Stand, das Kniegelenk befindet sich in leichter Knieflexion.

Schritt 2: Den Anker fixieren, während lateralseitig die beiden X-Zügel nach anterior hin angebracht werden. Der kraniale X-Zügel verläuft schräg nach kranial über den Ursprung des M. gastrocnemius lateralis zur Patellabasis, während der kaudale X-Zügel über das Ligamentum arcuatum zum Apex patellae zieht. Der Anker wird fixiert und die X-Zügel nach anterior angebracht (s. kl. Abb.).



Anlage des Längs-X-Ankers

ASTE: Im Stand, das Kniegelenk befindet sich in Extension.

Schritt 3: Zur Erlangung einer größtmöglichen Entlastung und Stabilität der posterioren Gelenkkapsel wird ein X-Tape als Spaceanlage in Längsrichtung zum ersten angelegt. Die Mitte des X-Tapes wird als Anker mit leichtem Zug direkt über die schmerzhafteste Stelle der Fossa poplitea angelegt.



Komplette Anlage zweier X-Tapes

ESTE: Im Stand, das Kniegelenk befindet sich in 20°–30°-Flexion.

Schritt 4: Mit Fixierung des Ankers werden alle vier Zügel des X-Tapes in kraniale bzw. kaudale Richtung über dem Oberschenkel und dem Unterschenkel angelegt. Die Zügelenden dehnungsfrei auslaufen lassen. Die komplette Anlage wird durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und fixiert.

- ▶ Um die Bewegungsfreiheit zu gewährleisten und zu sehen, ob die Tapeanlage in der Fossa poplitea zu straff oder zu eng ist, führt man mehrmals den Hocke-Test durch.

Fuß – Lymphanlage

Wirkung: Schmerz-, Schwellungs- und Ödemreduktion; Aktivierung des Lymphsystems und des Lymphflusses zur Kniekehle; Stimulierung der Lymphmenge und des Lymphflusses; Reduktion des interstitiellen Drucks

Indikationen für die Sensotape-Anlage

- chronische Schwellungen des plantaren und dorsalen Fußes
- traumatische Ödeme im Fuß/im Knie- und Hüftbereich (Distorsionen, Traumen)

- Ödeme bei chronischen venösen Stauungen

Material

rotes und blaues Fächertape
(4 Zügel mit je 1,25 cm)



Anlage des lateralen Fächertapes

ASTE: In Schrittstellung, der Fuß befindet sich in Plantarflexion.

Schritt 1: Man beginnt mit dem Zurechtschneiden des Fächertapes und dessen Zügelenden. An den äußeren drei Zügelenden werden beidseitig Kerben eingeschnitten (V-förmig – s. Abb. 2). Der Anker des ersten Fächertapes wird ohne Zug posterior und oberhalb vom Malleolus lateralis angelegt. Die einzelnen Zügel des Fächertapes werden mit sehr leichtem Zug nacheinander über den Fußrücken zu den Zehen hin angelegt.



Anlage der Zügelenden des Fächertapes

ASTE: In Schrittstellung, der Fuß befindet sich in Plantarflexion.

Schritt 2: Die einzelnen Zügelenden des Fächertapes werden nacheinander zwischen den Zehen D1, D2 und D3 hindurch gezogen und laufen dehnungsfrei nach plantar zu den MTP-Köpfchen aus. Der vierte innere Fächerzügel wird medialseitig über der Großzehe in der gleichen Lymphtechnik angelegt.



Anlage des medialen Fächertapes

ASTE: In Schrittstellung, der Fuß befindet sich in Plantarflexion.

Schritt 3: Bei dem zweiten Fächertape werden die Kerben an den inneren drei Zügelenden zurechtgeschnitten. Der Anker des zweiten Fächertapes wird ohne Zug posterior und oberhalb vom Malleolus medialis angelegt. Die einzelnen Zügel werden mit sehr leichtem Zug über dem Dorsum pedis bis zu den Zehen hin nacheinander angelegt. Die Zügelenden werden nacheinander von medial nach lateral durch D2, D3 und D4 hindurchgezogen und plantar dehnungsfrei an den MTP-Köpfchen angebracht. Der vierte äußere Fächerzügel wird lateralseitig über den Digiti minimi in der gleichen Lymphtechnik angelegt.



Komplette Lymphtape-Anlage des Fußes – posteriore Ansicht

ESTE: In Schrittstellung, der Fuß befindet sich in Neutralstellung.

Schritt 4: Die komplette Lymphtapeanlage von plantar (s. kl. Abb.). Es folgt das Anmodellieren und Anreiben der gesamten Fächertape-Anlage über der dorsal geschwollenen Fußregion auf der Haut.

Zehen – Lymphanlage

Wirkung: Schmerz-, Schwellungs- und Ödemreduktion; Stimulierung der Lymphmenge und des Lymphflusses; Reduktion des interstitiellen Drucks

Indikationen für die Sensotape-Anlage

- bei insuffizienten Lymphknoten
- traumatische Ödeme (Distorsionen, Traumen)
- Ödeme bei chronischen venösen Stauungen

Material

3 rote »Knopfloch-Tapes«



Anlage des ersten »Knopfloch-Tapes«

ASTE: In Rückenlage, das Bein ist angewinkelt und aufgestellt mit Fuß und Zehen in Neutralstellung.

Schritt 1: Zuerst werden zwei I-Tapes mit je zwei rautenförmigen Löchern, so genannten »Knopflöchern«, für D2 und D3 bzw. D4 und D5 zurechtgeschnitten. In das erste »Knopfloch-Tape« lässt man die gespreizten Zehen D2 und D3 reinschlüpfen bis zur Zwischen-Zeh-Falte. Es folgt das Anlegen der beiden dorsalen und plantaren Zügel mit leichtem bis mäßigem Zug über dem Vorfuß.



Anlage des zweiten »Knopfloch-Tapes«

ASTE: In Rückenlage, das Bein ist angewinkelt und aufgestellt, mit Fuß und Zehen in Neutralstellung.

Schritt 2: In gleicher Weise und mit der gleichen Technik wird das »Knopfloch-Tape« für die Zehen D4 und D5 dorsal bzw. plantar über den Vorfuß angelegt. Die Zügelenden dehnungsfrei über dem Fuß auslaufen lassen.



Anlage des dritten »Knopfloch-Tapes«

ASTE: In Rückenlage, das Bein ist angewinkelt und aufgestellt mit Fuß und Zehen in Neutralstellung.

Schritt 3: Die Ausnahme ist die Großzehe, für welche ein zwei Drittel breites I-Tape mit einem rautenförmigen Knopfloch zurechtgeschnitten wird. Es folgt die Anwendung der gleichen Lymphtechnik für die Großzehe.



Komplette Lymptape-Anlage – plantare Ansicht

ESTE: In Rückenlage, das Bein befindet sich in Neutralstellung.

Schritt 4: Die gesamte Anlage wird durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und fixiert.

Muskelfaserriss / -zerrung des M. rectus femoris

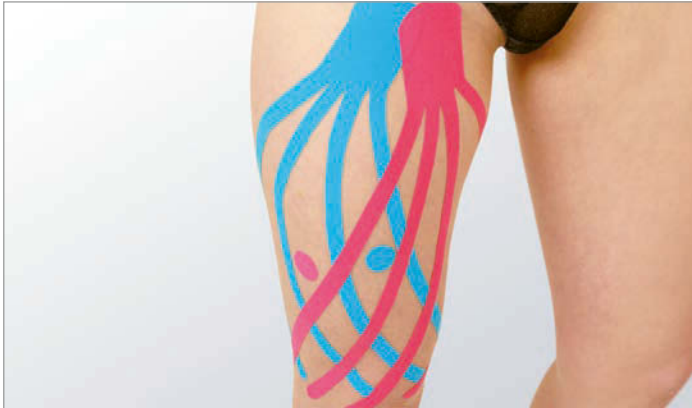
– Lymph- (Abb. 1–4), Muskel- (Abb. 2–4), Gelenk- (Abb. 3) und Spaceanlage (Abb. 4)

Wirkung: Schmerz-, Entzündungs- und Ödemreduktion; **tonisierend** bei chronischer Muskelschwäche; Kompression und Entlastung der betroffenen Schmerzstelle; verbesserte Fasziomotilität und Stimulation der Propriozeption

Material:

Abb. 1: blaues und rotes Fächer-Tape, rotes und blaues Punkt-Tape

Abb. 2 und 4: blaues und rotes Fächer-Tape, rotes I-Tape



a) Akute Phase: Anlage zweier Fächer-Tapes

ASTE: Im Stand, das Bein befindet sich im Kniegelenk in Extension.

Schritt 1: Mit einer Lymphtechnik werden zwei Fächertapes spiegelbildlich in der Nähe der Leistenlymphknoten (Lnn. inguinales) angelegt. Die beiden Anker werden ohne Zug in gleicher Höhe und nebeneinander über dem Trigonum femorale mediale angelegt. Die Zügel beider Fächertapes werden ohne Zug überkreuzend zum Knie hin angelegt. Die Zügelenden dehnungsfrei nach distal auslaufen lassen.



b) Subakute Phase: Kombinationsanlage: Anlage des I-Tape-Ankers

ASTE: In Seitenlage, das Bein befindet sich im Hüftgelenk in Extension und im Kniegelenk in Flexion.

Schritt 2: Mit einer tonisierenden Muskelanlage wird ein I-Tape mit seinem Anker ohne Zug an der SIAS über den M. rectus femoris angelegt. Den Anker fixieren und in Muskelvordehnung das I-Tape mit leichtem Zug bis vor die Lokalisation des Muskelfaserrisses anlegen.



Kombinationsanlage: Anlage des mittleren I-Tapeverlaufs

ASTE: In Seitenlage, das Bein befindet sich im Hüftgelenk in Extension und im Kniegelenk in Flexion.

Schritt 3: Während man mit den Fingern weiter nach distal gleitend das I-Tape vor der markierten Läsionsstelle fixiert, wird das I-Tape mit verstärktem Zug über der Stelle des Muskelfaserrisses angelegt. Danach wird das I-Tape mit leichtem Zug über den Muskel-Sehnen-Übergang bis zur Patellabasis angelegt.



Kombinationsanlage: Anlage des I-Tapes

ASTE: In Rückenlage, das Bein befindet sich im Hüftgelenk in Extension und im Kniegelenk in Neutralstellung.

Schritt 4: Das restliche I-Tape wird mit leichtem Zug über die Patella verlaufend bis zum Lig. patellae komplettiert. Die I-Tapeenden dehnungsfrei nach distal über die Tuberositas tibiae auslaufen lassen. Die gesamte Anlage wird durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und fixiert.

Muskelfaserriss / -zerrung des M. rectus femoris

– Lymph-, Muskel- (Abb. 5–8), Gelenk- (Abb. 3 + 5), Space- (Abb. 6) und Faszienanlage (Abb. 7–8)

(Fortsetzung)

Material:

Abb. 5: blaues und rotes Fächer-Tape,
2 rote I-Tapes

Abb. 6: blaues und rotes Fächertape,
rotes Sterntape

Abb. 7 und 8: blaues und rotes Fächer-
tape, rotes und blaues Y-Tape, Punkt-Tapes



Komplette Kombinationsanlage: Anlage zweier Fächer- und zweier I-Tapes

ASTE: In Rückenlage, das Bein befindet sich in Extension.

Schritt 5: Zusätzlich zur Lymph-Fächer-Anlage und den tonisierenden Längs-I-Tapes folgt die Anlage eines Quer-I-Tapes in zentraler mechanischer Korrekturtechnik. Das Quer-I-Tape wird mit seinem zentralen Anker mit starkem Zug und Innendruck direkt über die verletzte Muskelstelle im mittleren Oberschenkelbereich angelegt.



c) Chronische Phase: Alternative Kombinationsanlage: Anlage mit Sterntape

ESTE: In Rückenlage, das Bein befindet sich in leichter Knieflexion.

Schritt 6: Für eine optimierte Hämatom- und Ödemreduktion werden mit einer Spaceanlage vier I-Tapes über die verletzte Oberschenkelregion angelegt. Mehrere I-Tapes werden abhängig von der Größe der verletzten Region mit ihrem zentralen Anker unter leichtem Zug sich einander überlappend angelegt. Die I-Tapeenden dehnungsfrei auslaufen lassen.



Alternative Kombinationsanlage: Anlage des medialen Y-Tapes

ASTE: In Rückenlage, das Bein befindet sich in leichter Knieflexion.

Schritt 1: Zusätzlich zur Lymph-Fächer-Anlage folgt die Anlage eines medialen Y-Tapes in Oszillations-Technik. Das Y-Tape wird mit seinem Anker ohne Zug seitlich des markierten blauen Tapepunkts an der Oberschenkel-Innenseite angelegt, während man die beiden Y-Zügel gleichzeitig oszillierend mit mittlerem Zug nach lateral hin anlegt, in Form eines weiten V. Der Schmerzpunkt liegt zwischen dem roten Y-Tape-Spalt.



Alternative komplette Kombinationsanlage: Anlage des lateralen Y-Tapes.

ESTE: In Rückenlage, das Bein befindet sich in leichter Knieflexion.

Schritt 2: In gleicher Vorgehensweise und mit der gleichen Faszienganlage appliziert man ein laterales Y-Tape an der Oberschenkelaußenseite. Dabei bilden die Y-Zügel die Form eines weiten, nach medial offenen V. Der rote Schmerzpunkt liegt zwischen dem blauen Y-Tape-Spalt. Die Y-Zügelenden dehnungsfrei nach posterior auslaufen lassen.

► c) Aufgrund der Gefahr des Auftretens einer Myositis ossificans soll eine ärztliche Abklärung erfolgen.

Muskelfaserriss / -zerrung der ischiokruralen Muskulatur

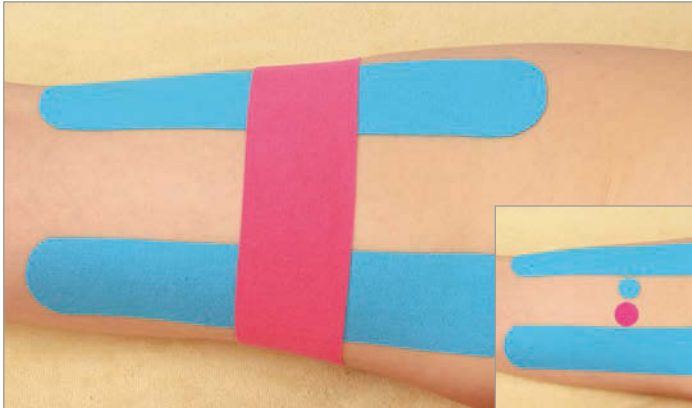
– Muskel- (Abb. 1–4), Gelenk- (Abb. 1–2), Space- (Abb. 3) und Fasziananlage (Abb. 4)

Wirkung: Schmerz-, Entzündungs- und Ödemreduktion; **detonisierend** bei akuter entzündlicher Muskelläsion; Kompression und Entlastung der betroffenen Schmerzlokalisierung; verbesserte Faszienmotilität und Stimulation der Propriozeption

Material:

Abb. 1–3: 2 blaue und 4 rote I-Tapes

Abb. 4: 2 blaue I-Tapes, blaues und rotes Y-Tape, blaue bzw. rote Punkt-Tapes



a) Akute Phase: Bilaterale Längs- und Quer-I-Tapeanlage

ASTE: In Bauchlage, das Bein befindet sich in Hüft- und Knieextension in Vordehnung.

Schritt 1: Es werden zwei detonisierende I-Tapes über die Hamstrings angelegt. Das laterale I-Tape wird über dem Caput laterale des M. biceps femoris, während das mediale I-Tape über den Mm. semit und semimembranosus angelegt wird. Zusätzlich legt man mit zentraler mechanischer Korrektur ein I-Tape mit starkem Zug und Innendruck direkt über die gezerrte Stelle, senkrecht zu den Längs-Tapes (s. kl. Abb.).



Kombinationsanlage mit vier I-Tapes (zwei längs und zwei quer)

ASTE: In Bauchlage, das Bein befindet sich in Neutralstellung.

Schritt 2: Zu den detonisierenden bilateralen Muskel I-Tapes werden zwei Quer-I-Tapes, die die verletzte Muskelläsion kranial bzw. kaudal begrenzen, mit einer mechanischen Korrektur angelegt. Dabei wird das mittig eingerissene I-Tape mit seinem zentralen Anker mit mittlerem bis starkem Zug und Innendruck angelegt und die I-Tapeenden laufen dehnungsfrei aus.



Komplette Kombinationsanlage: Anlage diagonaler I-Tapes

ESTE: In Bauchlage, das Bein befindet sich in Neutralstellung.

Schritt 3: Zusätzlich zu den vier übereinander angelegten I-Tapes wird ein Diagonal-I-Tape mit einer Spaceanlage unmittelbar über der Schmerzstelle angelegt. Dabei wird das mittig eingerissene I-Tape mit seinem zentralen Anker mit mäßigem Zug angelegt und die I-Tapeenden laufen dehnungsfrei aus. Mit der gleichen Lifting-Technik wird ein zweites diagonales I-Tape angebracht.

- Alternativ kann auch ein Stern-Tape mit einer Space-Korrektur über der verletzten Stelle angewandt werden.



b) Subakute Phase: Alternative Kombinationsanlage:

Anlage zweier Y-Tapes

ESTE: In Bauchlage, das Bein ist gestreckt in Neutralstellung.

Schritt: Es werden zwei Y-Tapes mit einer Fasziananlage über die Schmerzstelle der Hamstrings angelegt. Der Anker des medialen Y-Tapes wird ohne Zug vor dem schmerzhaftesten Punkt so angelegt, dass der Schmerzpunkt zwischen den Y-Zügeln liegt. Die beiden Y-Zügel werden mit mäßigem Zug lateralwärts am Oberschenkel angelegt. Mit der gleichen Oszillations-Technik und in gleicher Weise wird auch das laterale Y-Tape entgegengesetzt zum medialen so angelegt, dass die Y-Zügel beider I-Tapes die schmerzhafte Stelle umrunden. Die Zügelenden beider Y-Tapes dehnungsfrei auslaufen lassen.

Kompressionsneuropathien – Muskel- (Abb. 1–3), Faszien- (Abb. 1–4) und Spaceanlage (Abb. 4)

Wirkung: Entzündungs- und Ödemreduktion; Schmerzreduktion an der medialen Knieseite, unterhalb der Patella (Neuropathia patellae) sowie an der medialen Unterschenkelseite; **detonisierend** bei akuter entzündlicher Muskelläsion; Entlastung der betroffenen Schmerzlokalisierung im Hunterkanal; verbesserte Fasziomotilität und Stimulation der Propriozeption

Material:

Abb. 1–2: rotes und blaues Y-Tape

Abb. 3: blaues und rotes Y-Tape

Abb. 4: blaues I-Tape, rotes Y-Tape,

rotes I-Tape



a) N. saphenus (Hunterkanal-Syndrom) – Kombinations-Muskelanlage: Anlage des Y-Ankers

ASTE: Das Kniegelenk befindet sich in leichter Knieflexion.

Schritt 1: Es wird zuerst ein tonisierendes Y-Tape über dem M. vastus medialis angebracht. Danach ergänzt man die Muskelanlage mit einem Quer-Y-Tape mit einer Faszienanlage über die schmerzhafte bindegewebige Membrana vastoadductoria. Der Anker liegt medial vor dem Schmerzareal und die beiden Y-Zügel werden in Oszillations-Technik nach anterior-lateral angelegt.



Komplette Kombinationsanlage: Anlage zweier Y-Tapes

ESTE: Das Kniegelenk befindet sich in leichter Knieflexion.

Schritt 2: Die Kombinationsanlage setzt sich aus einem Y-Muskeltape in Längs-Applikationsform über dem M.vastus medialis und aus einem Faszien-Y-Tape über die mediale Oberschenkelfaszie zusammen, die den N. saphenus des N. femoralis komprimiert. Die schmerzhaften palpieren Faszienstellen liegen im Spalt des Y-Tapes. Die gesamte Anlage wird durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und fixiert.



b) N. tibialis (Posteriores Tarsaltunnelsyndrom) – Komplette Kombinationsanlage: Anlage zweier medialer Y-Tapes

ESTE: In Rückenlage, das Bein ist unterlagert in Neutralstellung.

Schritt: Bei Schmerzen und Gefühlsstörungen am Innenknöchel sowie an der Fußsohle, verursacht durch ein Engpasssyndrom des N. tibialis, appliziert man ein detonisierendes Y-Tape über der Faszie des M. abductor hallucis und ein Y-Tape mit einer Faszienanlage. Das rote Y-Tape überbrückt das Spatium zwischen Malleolus medialis und Kalkaneus, führt zur Dekompression des durch den Tarsaltunnel verlaufenden N. tibialis und zur Entlastung des Retinaculum flexorum. Treten die Schmerzen distal des Retinaculum flexorum auf, wird dort in gleicher Oszillationstechnik ein Y-Tape angelegt.



c) N. peroneus profundus (Anteriores Tarsaltunnelsyndrom) – Komplette Kombinationsanlage: Anlage des I- und des lateralen Y-Tapes

ESTE: In Rückenlage, das Bein ist unterlagert in Neutralstellung.

Schritt: Die Kombinationsanlage eines I-Tapes durch eine zentrale Spaceanlage über der bindegewebig verklebten Fußrückenaponeurose und über dem M. extensor digitorum ergänzt man mit dem Anlegen eines Y-Tapes über dem Retinaculum extensorum inferius. Bei auftretendem Engpasssyndrom wird somit das laterale distale Y-Tape mit einer Oszillations-Technik angebracht, während über dem Retinaculum extensorum superius ein proximal anteriores I-Tape mit einer Spaceanlage angelegt wird (s. kl. Abb.).

Tendinitis des Flexor hallucis longus, tibiotalares Kompressionssyndrom – Muskel- (Abb. 1–4) und Spaceanlage (Abb. 2–4)

Wirkung: Schmerz-, Entzündungs- und Ödemreduktion; **detonisierend** bei akuten oder chronischen Reizzuständen; Entlastung der betroffenen Schmerzlokalisierung an der Achillessehne; Optimieren und Fazilitieren der USG-/OSG-Mobilität

Material

blaues Y-Tape, rotes I-Tape



Kombinationsanlage: Anlage des Y-Tapes

ASTE: In Bauchlage, das Bein ist in Neutralstellung unterlagert.

Schritt 1: Der M. flexor hallucis longus besitzt mehrere Prädilektionsstellen für Läsionen: Das Chiasma achillei, wo er die Achillessehne kreuzt und das Chiasma plantare, wo er die Sehne des M. flexor digitorum unterkreuzt. Ein Y-Tape wird detonisierend über den M. flexor hallucis longus von seinem Ansatz an der 1. Zehe über den medialen Tarsaltunnel posterior über die Achillessehne zum Ursprung der Facies posterior fibulae angelegt (s. kl. Abb.).



Kombinationsanlage: Anlage des I-Ankers

ASTE: In Bauchlage, das Bein ist unterlagert in Dorsalextension.

Schritt 2: Bei starken Schmerzen (z. B. bei Turnern/Balletttänzern) wird zusätzlich ein Quer I-Tape mit einer Spaceanlage angebracht. Der zentrale Anker des I-Tapes wird mit mittlerem Zug direkt über die Schmerzlokalisierung der Sehne und/oder über die Stelle der Stenose posterior und medial angelegt.



Kombinationsanlage: Anlage des I-Tapes

ASTE: In Bauchlage, das Bein ist gestreckt und der Fuß in Dorsalextension.

Schritt 3: Nachdem man den Anker des I-Tapes auf die betroffene Läsionsstelle positioniert hat, lässt man zuerst das laterale I-Tapeende über den Außenknöchel, dann das mediale über die Fußinnenseite dehnungsfrei auslaufen (s. kl. Abb.).



Komplette Kombinationsanlage über einer M. flexor hallucis longus-Läsion

ESTE: In Rückenlage, das Knie ist flektiert und der Fuß unterlagert in Neutralstellung.

Schritt 4: Die komplette Kombinationsanlage zeigt die mediale und laterale Ansicht des detonisierenden Y- und I-Tapes in einer Lifting-Technik. Die gesamte Anlage wird in Vordehnung durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und auf der Haut fixiert.

Plantarfasziitis – Muskel-, Sehnen- (Abb. 1–4), Space- (Abb. 2) und Gelenkanlage (Abb. 3–4)

Wirkung: Schmerz-, Entzündungs- und Ödemreduktion; **detonisierend** bei akuter Muskelläsion und bei verkürzter Plantaraponeurose; Entlastung der betroffenen Schmerzlokalisierung; verbesserte Fasziomotilität und Stimulation der Propriozeption; Optimieren und Fazilitieren der Dorsalflexion

Material

blaues I-Fächer- und rotes I-Tape



a) Akute Phase: Kombinationsanlage mit Fächer- und I-Tape

ASTE: In Bauchlage, der Unterschenkel ist unterlagert und der Fuß befindet sich in Neutralstellung, dann in Dorsalextension.

Schritt 1: Zuerst wird ein detonisierendes I-Tape über der Achillessehne angebracht, während distal ein Fächertape über der Plantaraponeurose angelegt wird. Das proximale I-Tape liegt über dem Muskel-Sehnen-Übergang des M. gastrocnemius, das distale Fächertape wird in Vordehnung plantar mit seinen Zügeln einzeln zu den Metatarsalköpfchen angebracht (s. kl. Abb.).



b) Subakute Phase: Kombinationsanlage mit I-Fächer- u. I-Tape

ASTE: In Bauchlage, der Unterschenkel ist unterlagert und der Fuß ist außerhalb der Rolle in Dorsalextension.

Schritt 2: Bei Schmerzen dieses Überlastungssyndroms (bei Sprintern) ergänzt man zu dem I-Fächertape ein Quer-I-Tape mit einer Spaceanlage. Der zentrale Anker wird mit einer Lifting-Technik an der medio-plantaren Seite des Calcaneus angelegt. Die Tapeenden dehnungsfrei auslaufen lassen. Die gesamte Anlage wird in Vordehnung durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und auf der Haut fixiert.



c) Chronische Phase: Alternative Kombinationsanlage mit Anlage des I-Tapes

ASTE: In Bauchlage, der Unterschenkel ist unterlagert und der Fuß ist außerhalb der Rolle in Dorsalextension.

Schritt 3: Trifft man einen »Kalkaneussporn« und einen Plattfuß an, wobei das Längsgewölbe absinkt und die Fascia plantaris gedehnt wird, so appliziert man zusätzlich zu Schritt 1 ein I-Tape in mechanischer Korrekturtechnik. Den Anker am Fußaußenrand, über dem 5. Metatarsale fixieren, während man das I-Tape über die Fußsohle und über die Art. tarso-navicularis zum Fußinnenrand mit maximalem Zug und Innendruck medialseitig anlegt.



Alternative komplette Kombinationsanlage

ESTE: In Bauchlage, der Unterschenkel ist unterlagert und der Fuß befindet sich in Neutralstellung.

Schritt 4: Die Kombinationsanlage setzt sich aus einem detonisierenden I-Fächertape auf der Achillessehne bzw. Aponeurosis plantaris und aus einem I-Tape in mechanischer Korrekturtechnik in Längsapplikationsform zusammen. Das I-Tape soll das Absinken des Längsgewölbes stabilisieren und das Auseinandertreten des Calcaneus und Metatarsale I verhindern. Die Tapeenden dehnungsfrei auslaufen lassen. Die gesamte Anlage wird in Vordehnung durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und auf der Haut fixiert.