

Josya Sijmonsma

# Medical Taping Concept

**MANUAL**

**KOMPLETT ÜBERARBEITETE AUSGABE**



# Inhaltsverzeichnis

## 1 Einleitung

1.1	Entwicklung einer neuen Behandlungsmethode	11
1.2	Tape-Eigenschaften	12
1.3	Wirkungen	13
1.4	Allgemeine Schwerpunkte	15
1.5	Kontraindikationen	17
1.6	Medical Taping für Kinder	19
1.7	Medical Taping in der Neurologie	19

## 2 Myofasziale Technik

2.1	Einleitung	21
2.2	Hypothese zum myofaszialen Einfluss	22
2.3	Form und Dehnung myofasziale Technik	25
2.4	Medical Taping Concept – myofaszial	26
2.4.1	M. sternocleidomastoideus	26
2.4.2	M. scalenus anterior	27
2.4.3	M. erector spinae – zervikal	28
2.4.4	M. trapezius	29
2.4.5	M. deltoideus	32
2.4.6	M. biceps brachii	34
2.4.7	M. triceps brachii	36
2.4.8	M. palmaris longus	37
2.4.9	M. rhomboideus major und M. rhomboideus minor	38
2.4.10	M. rectus abdominis	39
2.4.11	M. erector spinae – lumbal	40
2.4.12	M. gluteus maximus	41
2.4.13	M. quadriceps, rectus femoris	42
2.4.14	Hamstrings	44
2.4.15	M. gastrocnemius	45

## 3 Ligamenttechnik

3.1	Einleitung	47
3.2	Die Technik	47
3.3	Tapen von Ligamenten	49
3.3.1	Ligamentum collaterale digiti	49
3.3.2	Ligamentum collaterale digiti	51
3.3.3	Ligamentum collaterale genu	52
3.3.4	Ligamentum collaterale pedis	54
3.3.5	Achillessehne	56

## 4 Korrigierende Techniken

4.1	Einleitung	59
4.2	Modifizierte Ligamenttechnik	59
4.2.1	Transversal-Fußgewölbe	60
4.2.2	Valgusstellung Knie	61
4.2.3	Instabilität des vorderen Kreuzbands	62

4.3	Raumbeeinflussung	63
4.3.1	Schmerzpunkt bei M. Osgood-Schlatter	64
4.3.2	Lumbaler Discus intervertebralis	66
4.3.3	Karpaltunnelsyndrom	68
4.3.4	Sattelgelenk Daumen	69
4.3.5	Quervain-Syndrom	70
4.4	Beeinflussung der Endstellung	71
4.4.1	Hyperextension des Kniegelenks	73
4.4.2	Inversion im Sprunggelenk	75
4.4.3	Dorsalflexion im Handgelenk	76
4.4.4	Haltungskorrektur thorakal	78
4.5	Faszientechnik	81
4.5.1	Epicondylitis lateralis	82
4.5.2	Bursitis trochanterica	83
4.5.3	Distal tibiofibular	84
4.5.4	Distal radioulnar	85
4.5.5	Hyperlordose	86
4.5.6	Longitudinal-Fußgewölbe	87
4.5.7	Untere Extremität korrigieren	88

## 5 Lymphtaping

5.1	Einleitung	89
5.2	Anatomie des Lymphsystems	90
5.2.1	Das Kreislaufsystem	90
5.2.2	Lymphgefäße	91
5.2.3	Wasserscheiden	92
5.3	Insuffizienz des Lymphsystems	93
5.4	Lymphtaping-Effekte	94
5.4.1	Wert des Lymphtapings in der Praxis	95
5.5	Lymphtaping, die Technik	96
5.5.1	Lymphtapes obere Extremität	98
5.5.2	Lymphtaping der Hand	102
5.5.3	Lymphtapes untere Extremität	104
5.5.4	Lymphtaping des Gesichts	108
5.6	Hämatome, Fibrosierungen und Narben	109
5.6.1	Hämatome, lokale Schwellungen und Fibrosierungen	109
5.6.2	Narben	111

## 6 Segmental Taping

6.1	Einleitung	115
6.2	COPD und Heuschnupfen	117
6.3	Stressinkontinenz, Restless legs, Nachtkrampf	120
6.4	Menstruationsschmerzen	121
6.5	Magenbereich, Diaphragma	123
6.6	Postherpetische Neuralgie	126
6.6.1	Akuter Herpes zoster	127

## 7 Gitter-Taping

7.1	Einleitung	129
7.2	Eigenschaften des Materials	130
7.3	Anwendung der Gitter-Tapes	131

## 8 Anwendungen

8.1	Das Verfahren	135
8.2	Frozen shoulder	137
8.3	Impingement M. supraspinatus	139
8.4	Anteriore Schulterinstabilität	141
8.5	Subluxation glenohumeral nach kaudal	145
8.6	Thoracic Outlet-Syndrom	147
8.7	Tendinitis C. longum M. biceps brachii	150
8.8	Epicondylitis lateralis humeri – Tennisellenbogen	152
8.9	Epicondylitis medialis humeri – Golfellenbogen	156
8.10	Karpaltunnelsyndrom	161
8.11	Dysplasie kraniomandibular	165
8.12	Sinusitis	167
8.13	Trigeminusneuralgie	169
8.14	Torticollis	171
8.15	Mastopathie	173
8.16	Diastase M. rectus abdominis	175
8.17	Obstipation	177
8.18	Rippenkontusion	180
8.19	Nackenbeschwerden	182
8.20	Haltungskorrektur, Anteroposition Schultern	185
8.21	Osteoporotische Kompressionsfraktur	186
8.22	Lumbago	188
8.23	Beckeninstabilität	192
8.24	Beckentorsion	193
8.25	Asymmetrisch bewegtes SI-Gelenk	196
8.26	Arthrosis deformans, Hüfte	197
8.27	Bursitis pes anserinus	202
8.28	Arthrosis deformans, Knie	206
8.29	Patella tracking	210
8.30	Baker-Zyste	214
8.31	Muskelfaserriss, M. triceps surae	215
8.32	Ulcus cruris	219
8.33	Shin splint	221
8.34	Logensyndrom	222
8.35	Knöcheldistorsion	223
8.36	Präventives Knöcheltape	228
8.37	Hallux valgus	230
8.38	Morton-Neuralgie	232
8.39	Fersensporn und Plantarfasziitis	234
8.40	Sensibilitätsstörungen Fuß	236

## 9 Index

Index alphabetisch	237
Index nach Themen	242

## 10 Literaturverzeichnis

## 2.4.4 M. trapezius

### Pars descendens

Origo Linea nuchea superior, Protuberantia occipitalis externa, Lig. nuchea  
Insertio Laterale ein Drittel der Klavikula

### Pars transversus

Origo Processus spinosi untere Halswirbel und obere Brustwirbel  
Insertio medialer Rand Akromion, oberer Rand Spina scapula

### Pars ascendens

Origo Processus spinosi übrige Brustwirbel  
Insertio unterer Rand mediales Ende Spina scapula

Innervation N. accessorius, Plexus cervicalis C2-C4

Funktion	Pars descendens	Elevatio und Laterorotation Skapula
	Pars transversus	Retraktion Skapula
	Pars ascendens	Detraktion und Laterorotation Skapula

Beispiele klinischer Anwendung: Nacken-Schulterbeschwerden, Brachialgie, Arthropathie und Diskopathie in der Halswirbelsäule, Haltungskorrektur

Verwendetes Tape: dreimal ein Y-Tape

5 cm breit

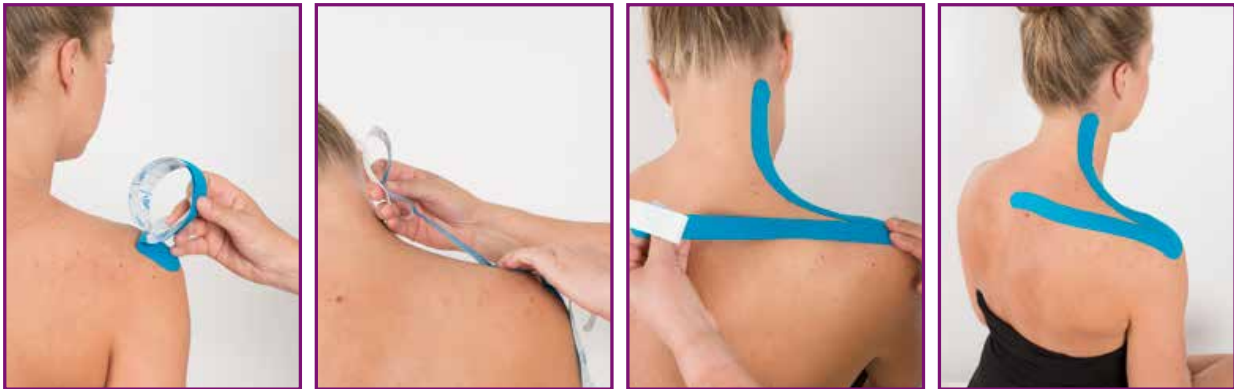
Abmessen in gedehnter Haltung

Pars descendens - vom Akromion zur Mitte Okzipitalrand

Pars transversus - vom Akromion zu den unteren Halswirbeln

Pars ascendens - vom mittleren Teil der Spina scapula zum Th12

Detonisierendes Tapen Pars descendens im oberen Teil Pars transversus:



- Schritt 1 in neutraler Stellung die Basis auf das Akromion anlegen;
- Schritt 2 heterolaterale Lateroflexion des Kopfs, Detraktion und leichte Schulterprotraktion ausführen lassen, kranialen Streifen zum Okzipitalrand hin platzieren und kaudalen Streifen zum Processus spinosus C4/C5 platzieren;
- Schritt 3 in neutraler Stellung die Anker platzieren.

Detonisierendes Tapen Pars transversus:



- Schritt 1 in neutraler Stellung die Basis platzieren.
- Schritt 2 horizontale Adduktion des Arms ausführen lassen und beide Streifen nach C5/C6 bzw. Th3/Th4 platzieren;
- Schritt 3 in neutraler Stellung die Anker platzieren.

Detonisierendes Tapen Pars ascendens:



- Schritt 1 in neutraler Stellung Basis auf halbem Weg Spina scapula platzieren;  
Schritt 2 Anteflexion, Endorotation und Adduktion des Arms ausführen lassen, gleichzeitig mit Flexion Brust- und Halswirbelsäule, eventuell kann mit der Hand die Haut von der Spina scapula noch zusätzlich in Richtung kranio-lateral gezogen werden. Den obersten Streifen nach Th4 platzieren und anschließend längs des Proc. spinosi nach Th12 anlegen, unteren Streifen nach Th12 platzieren;  
Schritt 3 in neutraler Stellung die Anker platzieren.

Es ist bei Weitem nicht immer notwendig, alle Teile des M. trapezius zu tapen, anhand des Krankheitsbilds kann ermittelt werden, ob ein, zwei oder drei Teile getapet werden.

Bei Stressbeschwerden können die oberen Fasern der Pars descendens auch mit einem I-Tape von 2,5 cm Breite detonisiert werden.

### 3.3.2 Ligamentum collaterale digiti

Beispiele klinischer Anwendung: verstauchter Zeh, Arthrose Zehengelenke

Verwendetes Tape: I-Tape

1 bis 2 cm breit

Abmessen über die Länge des Ligaments, dabei die erforderliche Dehnung berücksichtigen



Schritt 1 das Gelenk in neutrale Stellung oder in die ‚Maximally loose packed position‘ bringen;

Schritt 2 Tape maximal dehnen und über die Länge des Ligaments platzieren;

Schritt 3 beide Anker dehnungsfrei platzieren.

Wenn sowohl das proximale als auch das distale Gelenk stabilisiert werden müssen, kommt der Tapestreifen wegen des Interdigitalraums bereits etwas schräg zu liegen. Dieser schräge Winkel muss so gering wie möglich bleiben, da sonst der Zeh zu einer Flexionsstellung hin stimuliert wird.

Die Tapedehnung muss auf der medialen und der lateralen Seite des Zehenglieds enden. Wird die Dehnung bis zur Zehenspitze fortgesetzt, wird der Zeh ebenfalls in Richtung einer Flexionsposition stimuliert.



Beim Tapeden von Zehen lohnt es sich, die Anker zu ‚sichern‘. Diese Tapes werden dehnungsfrei platziert. Indem man diese Tapes auf der dorsalen Seite enden lässt, wird das Tape besser haften bleiben.



## Beispiel 2: Lymphtape bei CRPS

Ein komplexes regionales Schmerzsyndrom, auch bekannt als posttraumatische Dystrophie oder als Sudeck-Syndrom, kann im ersten Stadium mit einem sehr intensiven, gekreuzt angelegten Lymphtape behandelt werden. Dabei wird der ganze Unterarm oder der ganze Unterschenkel getapet.

Die vegetativen Symptome nehmen dadurch mit jeder Behandlung ab. Zumeist werden 3 bis 5 Behandlungen erforderlich sein, damit die Beschwerden vollständig verschwinden, wenn man von einer Behandlung pro Woche ausgeht.

Dazu müssen jedoch zwei Anmerkungen gemacht werden. Manchmal ist die Hyperästhesie so heftig, dass auch das Tape nicht vertragen wird und daher nicht behandelt werden kann. Ein Ergebnis gibt es außerdem nur in der ersten Phase der Erkrankung. In der zweiten oder der dritten Phase bewirkt auch das Tape kein Ergebnis.

Tape 1: parallele Lymphstreifen vom Ellenbogen zum Handgelenk

Verwendetes Tape: mehrere lose Streifen

5 cm breites Tape, in 4 Streifen von 1,25 cm Breite zugeschnitten  
Abmessen in gedehnter Haltung ab dem Ellenbogen, in einer lang gestreckten Spirale, bis zum Handgelenk.



Schritt 1 in neutraler Stellung die Basis des ersten Streifens in Höhe des Ellenbogens anlegen.

Schritt 2 Haut dehnen, indem die Armhaltung je nach der Stelle, an der zu diesem Zeitpunkt getapet wird, immer angepasst wird, das Tape spiralförmig zum Handgelenk anlegen;

Schritt 3 in neutraler Stellung den Anker anlegen;

Schritt 4 die Basis des nächsten Streifens mit etwas Zwischenraum proximal anlegen – Schritt 2 bis 4 wiederholen, bis der gesamte Unterarm gleichmäßig getapet ist.

Wenn es nicht gelingt, die Haut durch Bewegung zu dehnen, muss dies kompensiert werden, indem die Haut von Hand nach proximal gedehnt wird.

Tape 2: gekreuzt parallel angelegte Lymphstreifen vom Ellenbogen zum Handgelenk

Verwendetes Tape: mehrere lose Streifen

5 cm breites Tape, in 4 Streifen von 1,25 cm Breite zugeschnitten  
Abmessen in gedehnter Haltung ab dem Ellenbogen, in einer lang gestreckten Spirale, bis zum Handgelenk.



- Schritt 1 in neutraler Stellung die Basis des ersten Streifens in Höhe des Ellenbogens anlegen.
- Schritt 2 die Haut dehnen, indem die Armhaltung je nach der Stelle, an der zu diesem Zeitpunkt getapet wird, immer angepasst wird, das Tape spiralförmig zum Handgelenk hin anlegen, wobei die Streifen des vorherigen Tapes gekreuzt werden;
- Schritt 3 in neutraler Stellung den Anker anlegen;
- Schritt 4 die Basis des nächsten Streifens mit etwas Zwischenraum proximal anlegen – Schritt 2 bis 4 wiederholen, bis der gesamte Unterarm gleichmäßig getapet ist.

## 8.7 Tendinitis C. longum M. biceps brachii

Diese Erkrankung kann durch ein Impingement-Syndrom verursacht werden (siehe auch 8.3). Eventuell kann es erforderlich sein, die vorgeschlagene Tapekombination durch ein Lymphtape zu erweitern, dieses wird immer als erstes Tape angelegt.

Tape 1: Detonisierendes Tape M. Biceps brachii (siehe auch 2.4.6)

Erforderliches Tape X-Tape

5 cm breit

Abmessen in gedehnter Haltung von der Oberseite des Glenohumeralgelenks zur Vorderseite des Radius

Technik myofasziale Technik

Tapedehnung keine, abgesehen von der Vorspannung; Basis und Anker dehnungsfrei

Ausgangshaltung Die Basis wird in neutraler Stellung unmittelbar oberhalb der Ellenbogenbeuge platziert, die beiden kurzen Beinchen des X werden um die Ellenbogenbeuge gelegt, danach wird der Ellenbogen in Extension und der Arm in Retroversion gebracht und die wirksamen Streifen werden längs der Ränder des Muskelbauchs nach kranial gelegt. Der Anker des lateralen Streifens wird in neutraler Stellung unmittelbar kranial zum Schulterdach gelegt, der Anker des medialen Streifens wird in neutraler Stellung am Processus coracoideus gelegt. Die Ellenbogenbeuge wird beim Tapen verschont.

Taperrichtung von distal nach proximal (detonisierend)



## Tape 2: Haltungskorrektur

Erforderliches Tape Y-Tape

5 cm breit

Abmessen von kaudal vom Processus coracoideus zur Spina scapula, beim Abmessen auf die erforderliche Dehnung achten.

Technik Faszientechnik (Jiggling)

Tapedehnung Basis und Anker werden dehnungsfrei platziert; die wirksamen Streifen erhalten abwechselnd mehr und weniger Dehnung (Jiggling). Wenn genau kranial zum AC-Gelenk das Tape dehnungsfrei platziert wird, ist das subjektive Empfinden zumeist besser.

Ausgangshaltung neutrale Stellung (unkorrigiert), die nichttapende Hand setzt die Haut unter ausreichende Vorspannung

Taperichtung Vom Processus coracoideus zur Spina scapula; der mediale wirksame Streifen verläuft über Klavikula/Akromion, der laterale wirksame Streifen verläuft über den Humeruskopf. Das Jiggling wird bis zur Spina scapula fortgesetzt.



### Tape 3: Colon ascendens

Erforderliches Tape Y-Tape

5 cm breit

Abmessen in gedehnter Haltung, vom Übergang zwischen Colon ascendens und Colon transversus, bis medial und leicht kaudal von der SIAS

Technik

Standardtechnik: Haut gedehnt, keine zusätzliche Dehnung des Tapes

Tapedehnung

keine, abgesehen von der Vorspannung; Basis und Anker dehnungsfrei

Ausgangshaltung

Die Tapebasis wird in neutraler Haltung am Übergang vom Colon ascendens zum Colon transversus gelegt; die Haut wird durch Extension der Wirbelsäule und tiefe Einatmung gedehnt; die wirksamen Tapestreifen werden in Höhe des Colon ascendens nach kaudal gelegt.  
Die Anker werden in neutraler Stellung dehnungsfrei platziert.

Taperichtung

von kranial nach kaudal



## 8.19 Nackenbeschwerden

Ursachen und Symptome von Nackenbeschwerden sind sehr unterschiedlich, die Möglichkeiten, dies mit Medical Taping zu behandeln, sind ebenso vielfältig.

In der Praxis ist bei Nackenbeschwerden häufig eine Schwellung rund um den zervikothorakalen Übergangsbereich vorhanden. Das Behandlungsergebnis wird stark verbessert, wenn als erstes Tape ein Lymphtape angelegt wird.

Die vorgeschlagene Tapekombination kann, je nach der Symptomatik und dem Bild der Beschwerden, mit verschiedenen myofaszialen Tapes erweitert werden. Dabei ist zu denken an M. trapezius (Pars descendens), M. levator scapulae, Mm. scaleni oder M. sternocleidomastoideus.

Eine solche Tapekombination kann auch bei vom Nacken ausgehenden Kopfschmerzen sehr effektiv sein. Sogar bei Migräne erhält man bei Anwendung einer erweiterten Nacken-Schulter-Tapekombination positive Resultate.

Tape 1: Schwellung zervikothorakal

Erforderliches Tape mehrere lose Streifen

ungefähr 1 bis 1,5 cm breit

Abmessen vom axillaren Bereich bis zur Schwellung zervikothorakal

Technik

Lymphtechnik

Tapedehnung

keine, abgesehen von der Vorspannung; Anker dehnungsfrei

Ausgangshaltung

Bei jedem Streifen wird die Haut durch Protraktion des Schultergürtels zusammen mit Flexion, heterolateraler Lateroflexion und heterolateraler Rotation der Halswirbelsäule gedehnt. Wenn es nicht möglich ist, die Haut durch die Positionierung zu dehnen, wird die Haut manuell dadurch gedehnt, dass man sie beim Taping nach kaudal-lateral zieht.

Die Streifen enden im Problembereich, niemals jedoch kranial von der Schwellung. Die kranialen Teile des Lymphtapes würden zusätzlichen Transport von Prälymphe zum Entzündungsbereich stimulieren, was unerwünscht ist.

Taperichtung

von axillar nach zervikothorakal





Tape 2: Detonisierung zervikaler Teil M. erector trunci

Erforderliches Tape Y-Tape

5 cm breit

Abmessen in gedehnter Haltung ab Processi spinosi obere Brustwirbel bis zum Okzipitalrand (oder der Haargrenze)

Technik myofasziale Technik, detonisierend (siehe auch 2.4.3)

Tapedehnung keine, abgesehen von der Vorspannung; Basis und Anker dehnungsfrei

Ausgangshaltung die beiden wirksamen Streifen mit Flexion und leicht heterolateraler Rotation der Halswirbelsäule platzieren

Taperichtung von den obersten Brustwirbeln nach kranial



### Tape 3: Band zervikothorakaler Übergang

Erforderliches Tape I-Tape

5 cm breit (7,5 cm breit ist auch möglich)

Abmessen in Höhe von C7, bis über die Processi transversi hinaus

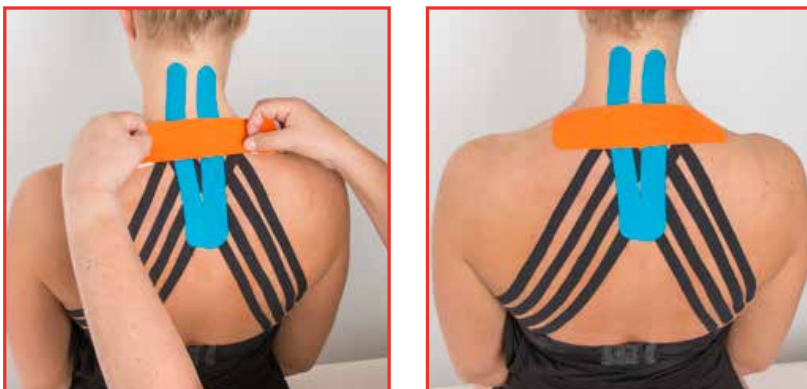
Technik Ligamenttechnik

Tapedehnung variabel, bis maximal; die beiden Anker dehnungsfrei

Ausgangshaltung leichte Flexion in der Halswirbelsäule, dann den wirksamen Streifen platzieren

Taperichtung von der Mitte her in Richtung der Processi transversi

Dieses letztere Tape wird nicht immer als angenehm erlebt, zudem kann sich die optimale Lage und die günstigste Dehnung je nach Patient verändern. Indem man vorab mit der Hand den Tapeeffekt nachahmt, kann getestet werden, genau welche Platzierung für den Patienten am angenehmsten ist. Während dieses Tests erhält man auch einen Eindruck des Dehnungsgrads, der vom Patienten als unterstützend erlebt wird.



Wenn mehrere Muskeln in Kombination mit dem Band über dem zervikothorakalen Übergang (Tape 3) getapet werden, vorzugsweise zuerst alle Muskeln tapen und das Band als letztes Tape platzieren.



## Tape 5: Stabilisierung Ligamentum talofibulare posterius, medial propriozeptiv

### Erforderliches Tape I-Tape

5 cm breit

Abmessen von reichlich ventral des lateralen Malleolus, über die Achillessehne nach reichlich ventral des medialen Malleolus

### Technik

Ligamenttechnik lateral, propriozeptiv medial

### Tapedehnung

über dem erkrankten Ligament maximal, in Höhe der Achillessehne keine Dehnung anwenden, auf der medialen Seite ungefähr die Hälfte der maximal möglichen Dehnung. Basis und Anker dehnungsfrei.

### Ausgangshaltung

schmerzfrei, wenn es schmerzfrei möglich ist, die Haut durch Supination und Dorsalflexion dehnen zu lassen. Beim Tapen der medialen Seite des Fußes in Pronation und Dorsalflexion bringen lassen.

### Taperichtung

von der Mitte in Längsrichtung des Ligaments, anschließend dehnungsfrei über die Achillessehne nach medial legen, auf der medialen Seite als propriozeptives Tape mit leichter Krümmung in Richtung der dorsalen Seite des Fußes legen

