Die bunten Alltagshelfer

K-TAPE IN DER ERGOTHERAPIE Taping ist nur etwas für Physiotherapeuten! „Stimmt nicht“, meint Kerstin Neunteufel. Die Ergotherapeutin sieht die bunten Klebestreifen als Hilfsmittel und nutzt sie gerne ergänzend zur Behandlung. Zum Beispiel wenn ihr eine dritte Hand fehlt, um Klienten beim Transfer zu unterstützen. Oder wenn mal kein Geld für eine Wohnraumanpassung vorhanden ist.

Ergotherapeutenkollegen fragen mich manchmal: „Dürfen wir Tapes überhaupt verwenden?“ Für sie ist dieses Medium fremd, weil es seit Jahren vor allem im orthopädischen und sportmedizinischen Bereich von Physiotherapeuten genutzt wird. „Warum nicht?“, entgegne ich dann. „Wir haben das anatomische Wissen, das notwendige Know-how und wir können mit dieser Methode eine weitere therapeutische Facette anbieten. Zum Beispiel im funktionellen Bereich oder als Hilfsmittel. Außerdem wissen wir, wie man Klienten anleitet, sodass sie das Tape in manchen Fällen auch selbst anwenden können.“

KINESIO-TAPE

Ursprüngliche Methode aus Japan

Dr. Kenzo Kase entwickelte die Kinesio-Tape-Methode in Japan bereits in den 1970er Jahren. 1998 kam sie nach Deutschland. Mittlerweile kommt das elastische Tape in nahezu jeder medizinischen Fachrichtung zum Einsatz. Vor allem der internationale Sportbereich und die Medien trugen in den letzten Jahren zu seiner Bekanntheit bei. Das führte dazu, dass bereits viele Klienten danach verlangen. Wertvoll ist ein Tape jedoch nur dann, wenn es den Klienten positiv unterstützt. Bei schlechter Hautbeschaffenheit wie bei Neurodermitis oder Psoriasis-Schüben, offenen Wunden, noch nicht verheilten Narben sowie bei einer bekannten Acryllallergie sollte man auf keinen Fall tapen. Haut und Hautreaktionen muss man immer kontrollieren.

Starres versus elastisches Tape ▶ Mit der klassischen starren Tape-Form kann man vor allem Gelenke stabilisieren und ruhigstellen. Das K-Tape ist elastischer, besteht aus Baumwolle und ist mit einem Acrylklebstoff beschichtet. Dadurch ist es in seiner Länge dehnbar und kann sich optimal mit der Haut verbinden und den Bewegungen des Körpers folgen. Diese Elastizität ermöglicht es Therapeuten, große Körperareale ohne Bewegungseinschränkungen und Zirkulationsstörungen zu behandeln. Das Tape ist nach einer dreistündigen Trockenphase sehr strapazierfähig. Klienten können damit duschen, saunieren oder Sport treiben. Der Acrylklebstoff verbindet sich mit der Haut und hat eine sehr gute Haltbarkeit. Selbstverständlich kommt es auf das Hautareal an – auf dem M. trapezius pars descendens klebt es deutlich besser als an den Fingern. In der Handfläche klebt das Tape beispielsweise gar nicht.

Im Leistungssport sowie in der Neurologie ist es manchmal sinnvoll, die beiden Tape-Arten zu kombinieren. Ich kombiniere sie hauptsächlich dann, wenn ich einzelne Gelenke mit dem starren Tape immobilisieren und andere Gelenke mit dem elastischen Tape in der korrekten Bewegungsabfolge unterstützen möchte. Hat ein Klient eine hypertone obere Extremität und möchte distale Fingerfunktionen trainieren, kann man das Handgelenk mit einem starren Tape in leichter Extensionsstellung „festhalten“ und die Finger mit dem K-Tape in die Extension stimulieren. Nach der Therapieeinheit entferne ich das starre Tape immer, um Zirkulations-einschränkungen zu vermeiden. Oft ersetze ich es dann durch das elastische Tape, um den Stimulus in die korrekte Bewegungshaltung weiterhin zu gewährleisten.

Abb. 2 M. deltoideus ist detonisierend geklebt, um Verspannungen zu lösen. Eignet sich beim Impingement-Syndrom.

Abb. 3 Epicondylitis-Anlage. Blau wirkt detonisierend auf die Unterarmextensoren, Rot löst über die Faszientechnik den Schmerz auf.

Abb. 4 M. trapezius pars descendens. Die Muskelanlage ist detonisierend geklebt – vom Ansatz zum Ursprung.

Drei Taping-Techniken ➤ Die K-Tape-Anlage setzt einen Stimulus über die Haut. Diese Information gelangt von den Hautrezeptoren über die afferenten Bahnen ins ZNS und, beispielsweise versehen mit dem Auftrag, die Muskelspannung zu verändern, wieder in die Peripherie. Therapeuten, die mit dem K-Tape arbeiten, sollten die drei Anwendungstechniken beherrschen:

- Muskeltechnik oder funktionelle Technik,
- korrigierende Technik und
- stabilisierende Technik.

Bei der Muskeltechnik misst die Therapeutin zuerst das Tape in Körpervordehnung, also mit maximaler Hautdehnung des Muskelareals, auf dem sie ihr Tape setzten möchte. Dann schneidet sie das Tape mit einer von drei Schnitttechniken (Y, I oder X) zu und die Ecken rund ab. Das Tape klebt sie entlang des Muskelverlaufs mit etwa zehn Prozent Tapedehnung auf. Diese zehn Prozent Dehnung sind die Grundspannung, die das Tape bereits auf der Folie hat. Darum spricht man von einer „ungedehnten Anlage“.

Mit der Muskeltechnik den Tonus beeinflussen ➤ Dank der Elastizität kann man das Tape tonisierend oder detonisierend auf den Muskel kleben. Ausschlaggebend ist die Kleberichtung. Voraussetzungen für die Muskeltechnik sind anatomische Kenntnisse der Muskelverläufe, Ursprung (Punctum fixum) und Ansatz (Punctum mobile). Auf diese Weise kann man gezielt Einfluss auf den Tonus der Muskulatur nehmen und Bewegungen durch eine verbesserte biomechanische Gelenksituation unterstützen und erleichtern (• **Abb. 2, 3**).

Tonisierende Anlagen klebt man vom Punctum fixum zum Punctum mobile. Detonisierende Anlagen umgekehrt. Eine Ausnahme bildet die autochthone Rückenmuskulatur – sie erfordert ein Kleben von kaudal nach kranial. Allerdings kann es vorkommen, dass Klienten nach einem ischämischen Schlaganfall nicht darauf reagieren. Dann erfolgt die Anlage umgekehrt.

Zur typischen Muskulatur, die man detonisierend klebt, gehört der M. trapezius pars descendens – der hauptverantwortliche Muskel für Nackenbeschwerden (• **Abb. 4**). Ebenso der M. pecto-

ralis major bei hypertonen Klienten. Im Gegensatz dazu gibt es keine typische Muskulatur, die man tonisierend klebt. Ich habe lediglich gute Erfahrungen mit dem tonisierenden Taping des M. tibialis anterior bei einer Vorfußheberschwäche gemacht.

Korrigierende und stabilisierende Techniken ➤ Mit dem korrigierenden und stabilisierenden Taping lassen sich vor allem Gelenke in der Peripherie optimal beeinflussen. Dazu gehören Hand-, Finger-, Ellbogen-, Knie-, Sprung- und Schultergelenke. Je nach Klebertechnik wirkt man auf die Hautrezeptoren ein und indirekt auf die darunterliegenden Strukturen wie das Golgi-Sehnenorgan oder die Muskelspindeln. Durch den Stimulus auf die Gelenkstellungen „lernt“ der Körper, Fehlhaltungen selbstständig zu korrigieren.

Besonders bei neurologischen Klienten muss man darauf achten, wie stark man den Zug setzt, um den Körper nicht zu überfordern und Schmerzen oder Ausweichbewegungen auszulösen. Der sogenannte Lifting-Effekt ist ein positiver Nebeneffekt des elastischen Tapes. Durch das Anheben der Haut lösen sich Restriktionen und Verklebungen, was die Gewebsverschiebbarkeit löst und verbessert. Ein typischer Einsatz der stabilisierenden und korrigierenden Techniken ist die Handgelenksstabilisierung und -aufrichtung bei Klienten mit Halbseitensymptomatik und peripherer Betonung oder bei Klienten mit rheumatisch deformierten Händen. Dabei bringt man das Handgelenk in eine physiologische Stellung. Ulnar-

K-TAPING

Fortbildungsmöglichkeiten

Ergotherapeuten können die Techniken und das Wissen für die Anlagen in ergotherapeutischen K-Tape-Kursen bei der K-Taping Academy erlernen. Aufbaukurse für die Vertiefung in einem Fachgebiet werden nach Abschluss eines Grundkurses angeboten. Mehr Informationen darüber finden Sie unter www.k-taping.de.

FALLBEISPIEL FRAU KRAUSE

Einsatz der Muskeltechnik

Frau Krause* ist 67 Jahre alt und an Multipler Sklerose erkrankt. Nach ihrem letzten Schub war sie sieben Wochen in einer Rehaklinik. Dort übte sie ADL-Tätigkeiten wie Anziehen, Sitzen und Essen sowie IADL-Tätigkeiten wie Stricken oder E-Mails schreiben. Wieder zu Hause, wurde ihr Ergotherapie im Hausbesuch verordnet. Laut Therapiebericht war Frau Krause selbstständig in den ADL-Bereichen und teilselbstständig in den IADLs. Vor Ort bot sich mir jedoch ein anderes Bild: Frau Krause konnte das Bett nicht selbstständig verlassen. Dafür war ihre Matratze zu weich und das Bett zu niedrig. Darüber hinaus fehlten in ihrer Wohnung Haltemöglichkeiten. Zunächst dachte ich an eine Wohnungsanpassung. Aufgrund fehlender finanzieller Mittel war dies jedoch nicht möglich. Frau Krause konnte lediglich eine andere Matratze finanzieren.

Also übten wir zunächst den Lagewechsel von der Rückenlage in den Sitz. Denn das selbstständige Aufstehen war ihr besonders wichtig. Nach drei Einheiten war dies mit leichter therapeutischer Unterstützung wieder möglich, jedoch noch nicht alleine. Um Frau Krause zusätzlich zu unterstützen, tapte ich mit der Muskeltechnik eine Anlage des M. obliquus externus abdominis und M. obliquus internus abdominis (Abb. 5). Eine zusätzliche stabilisierende Tapetechnik am Schultergelenk sollte den Schubser ersetzen, den ich ihr während der Behandlung gab, damit sie sich auf die Seite drehen konnte. Durch die

Anlage war der Stimulus auch ohne mein Zutun gewährleistet. Auf diese Weise schaffte sie den Transfer von der Rückenlage in den Sitz selbstständig.

Nach einer sechswöchigen Unterstützung durch die Tapes – ich habe die Anlagen einmal pro Woche neu geklebt – konnte Frau Krause durch den Bewegungsablauf von der Rücken- in die Seitlage und in den Sitz genügend Muskulatur aufbauen, um wieder selbstständig und ohne Hilfsmittel das Bett zu jeder Tages- und Nachtzeit zu verlassen.

oder Radialdeviationen kann man mit dieser Methode sehr gut beeinflussen. Bringt man das Handgelenk in eine extensorische Ausgangsstellung, kann man auch einfache Greifbewegungen erleichtern.

So viel wie nötig und so wenig wie möglich > Die unterschiedlichen Taping-Techniken darf und soll man kombinieren. Denn erst durch die Kombination der Anlagen und das ständige Anpassen an den Körper kann man von einer optimalen Unterstützung sprechen. Aber auch für dieses Hilfsmittel gilt: So viel Hilfe wie nötig und so wenig wie möglich! Man sollte den Klienten auf keinen Fall „vollkleben“. Man fokussiert sich zum Beispiel auf das Schulter-, Ellbogen-, Hand- oder Fingergelenk. Man klebt nicht alle Problematiken und Symptome, sondern lediglich eine zusammenhängende Struktur. Eine subluxierte Schulter lässt sich beispielsweise nicht „wegtappen“. Aber man kann dem Klienten eine Möglichkeit geben, schmerzfrei zu sein und die Strukturen rundherum zu entlasten. Im Idealfall forciert diese Schmerzreduktion die Bewegung und den Einsatz der Hand, und es kommt zu natürlichem Muskelaufbau.

Hat ein Klient Probleme beim Duschen und kann nicht einsteigen, weil die Duschasse zu hoch ist, denken Ergotherapeuten meist an eine Hilfsmittelausstattung: Einstiegshilfe, Rampe, Hand-

ZU GEWINNEN

Aku-Taping

Gewinnen Sie eines von drei Büchern „Aku-Taping – Wirksam bei akuten und chronischen Schmerzen und Beschwerden“ von TRIAS. Klicken Sie bis zum 25.1.2014 unter www.thieme.de/ergopraxis > „Gewinnspiel“ auf das Stichwort „Taping“. Viel Glück!

lauf, Umbau zu ebenerdiger Dusche. Doch zunächst könnte man mit therapeutischen Übungen arbeiten sowie unterstützenden Taping-Maßnahmen, detonisierende Muskelanlagen von M. iliocostalis, M. iliopsoas, M. adductor und tonisierenden Anlagen für die Glutealmuskulatur. So kann man eine bessere Beweglichkeit in der Hüfte forcieren, um einen schmerzfreien Einstieg in die Duschkabine zu ermöglichen.

Sehr gute Erfahrungen habe ich auch mit der Spreiz-Senk-Plattfuß-Anlage gemacht. Klienten mit Wahrnehmungsstörungen, Parästhesien, Neglekt, Multipler Sklerose und Morbus Parkinson haben diese Anlage als sehr hilfreich empfunden. Durch den ständigen Stimulus konnten sie ihre Aufmerksamkeit besser auf die

* Namen von der Redaktion geändert

FALLBEISPIEL HERR WAGNER

Einsatz der stabilisierenden und korrigierenden Techniken

Herr Wagner* hat nach mehreren ischämischen Insulten Defizite in der Handgelenksexension und in der endgradigen Fingerextension, vor allem in Dig II und III. Therapeutisch wurde bis jetzt an der Schulterstabilität und Ellbogenflexion und -extension gearbeitet, die er mittlerweile gezielt und sicher ausführen kann. Aufgrund der erhöhten Tonusverhältnisse in der Hand kann Herr Wagner nicht ohne Hilfe ein Wasserglas greifen und dieses „unfallfrei“ zum Mund führen. Sein Pronations-Flexions-Muster hindert ihn daran.

Zuerst klebe ich eine stabilisierende aufrichtende Anlage für sein Handgelenk (Abb. 6). Mittels Strukturkorrektur nach radial kann ich dann das Flexionsmuster unterbrechen. Durch das Tape kann Herr Krause nun die therapeutischen Übungen in einem besseren Aligment durchführen, die Extensoren des Unterarms stärken und die Flexoren besser dehnen.

Eine Hilfsmittelausstattung im Sinne von Trinkbecher mit Schnabel oder Griff ist nicht nötig. Aus soziokultureller Sicht brachte dies einige Vorteile: Herr Krause konnte das Tape gut akzeptieren und es auch ohne Probleme in der Öffentlichkeit tragen: „Endlich kann ich wieder ins Wirtshaus gehen und mein Bier aus einem normalen Glas trinken. Die Leute fragen mich zwar, was ich auf der Hand kleben habe, aber da sag ich dann einfach: Dasselbe wie die Fußballer im Fernsehen!“

getapte Seite lenken und somit beim Gehen und im Stehen einen verbesserten Einsatz der unteren Extremität erreichen. Eine Rückmeldung dazu war beispielsweise: „Mit dem Tape spüre ich meine linke Seite besser. Ich passe mehr auf sie auf!“

Selbst Hand anlegen ➤ Wer kennt das nicht: Nach einem langen Arbeitstag schmerzt der Rücken, der Nacken ist verspannt und die Fingergelenke pochen. Mit einer detonisierenden Anlage für den M. trapezius pars descendens kann man den Nackenschmerzen schnell zu Leibe rücken. Mit ein bisschen Übung und guter räumlicher Vorstellungskraft vor dem Spiegel funktioniert das recht gut in Eigenregie.

Klienten, Kollegen und ich selbst schwören auf die sogenannte Rhizarthrose-Anlage (Abb., S. 20). Sie kommt bei stark manuell beanspruchten Daumen zum Einsatz. Diese Anlage ist jedoch nicht von allzu langer Tragedauer, nur in wenigen Fällen hält sie bis zu einer Woche.

Auch eine Epicondylitis-Anlage (Tennisellbogenanlage) kann man sich selbst anlegen. Sie klebt im Durchschnitt zehn Tage und bewirkt sofortige Schmerzfürfreiheit in der Nacht, deutliche Schmerzlinderung während der Arbeit oder ein angenehmeres Gefühl in der Hand. Bei dieser Anlageart löst man die Überlastung der Unterarmextensoren durch eine detonisierende Muskelanlage und

durch gezieltes Anlegen von Cross-Tapes auf Schmerzpunkte. Damit kann man eine schnelle Schmerzreduzierung bewirken (Abb. 2). Gerade Ergotherapeuten sind so breit aufgestellt mit ihren Möglichkeiten, Klienten therapeutische Hilfe anzubieten – ob in ADL- oder IADL-Bereichen. Manchmal benötigt man eine Bobath-Therapie, eine Affolter-Einheit oder auch ein Hilfsmittel im konventionellen Sinn. Meistens jedoch benötigen wir aus allen bekannten therapeutischen Schubladen ein bisschen. Das K-Tape ist ein Hilfsmittel, welches wir in sämtliche therapeutischen Konzepte mit einfließen lassen können. Es wird eine klassische Therapie nie ersetzen können, sie kann sie aber ergänzen und die Behandlungsdauer verkürzen.

Kerstin Neunteufel

Kerstin Neunteufel ist Ergotherapeutin, Bobath-Therapeutin und K-Taping-Instruktorin. Seit 2009 arbeitet sie bei den Wiener Sozialdiensten im mobilen Bereich. Sie absolvierte zahlreiche Fortbildungen in Craniosacraler Osteopathie, Nervenmobilisation, Spiegeltherapie und Handtherapie.
Kontakt: kerstin.ergo@yahoo.de