

Sascha Seifert

Kinesiologisches Taping in Osteopathie und Manueller Therapie

Leseprobe

[Kinesiologisches Taping in Osteopathie und Manueller Therapie](#)

von [Sascha Seifert](#)

Herausgeber: MVS Medizinverlage Stuttgart



<http://www.narayana-verlag.de/b18903>

Im [Narayana Webshop](#) finden Sie alle deutschen und englischen Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise.

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.
Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern
Tel. +49 7626 9749 700
Email info@narayana-verlag.de
<http://www.narayana-verlag.de>

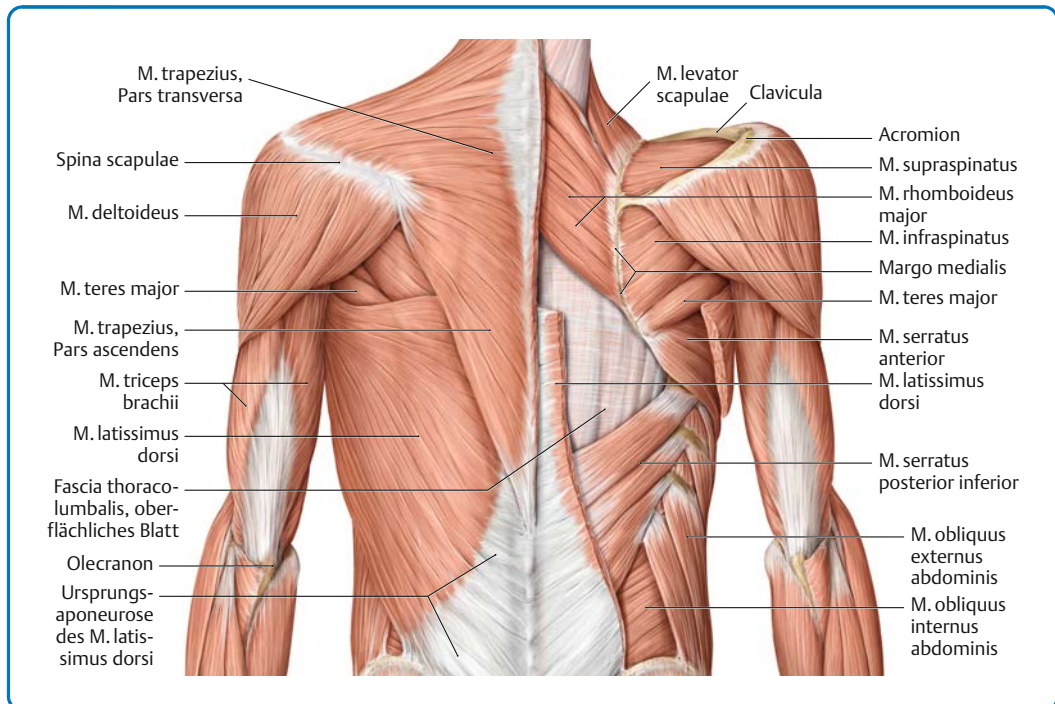


7.4.1 M. erector spinae (sakrospinaler Anteil)

Osteopathische Relationen

Dieser überaus wichtige Muskel ist für zahlreiche Schmerzsymptome der LWS verantwortlich. Besonders die enge Verbindung zur Fascia thoracolumbalis ist entscheidend für die Schmerzwahrnehmung (► Abb. 7.28).

Der Rückenschmerz ist assoziiert mit einer verringerten lumbalen Propriozeption. Dieses Tape hat wahrscheinlich einen direkten Einfluss auf die Lumbalfaszie, möglicherweise stimuliert es die WDR-Neuronen ([31], [56]). Durch diese Stimulation reduziert sich der Schmerz (Kap. 2.2.2).



► **Abb. 7.28** Anatomie der Hals-, Schulter- und Rückenmuskulatur. Dorsalansicht. Tiefe Schicht. (Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus. LernAtlas der Anatomie. Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem. Illustrationen von M. Voll und K. Wesker. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2011, Abb. A, S. 166)

Vorgehen



► Abb. 7.29 Basis.



► Abb. 7.30 Vordehnung.



► Abb. 7.31 Fertige Anlage.

Muskelketten: Superficial Back Line (SBL).

Screeningtest: Finger-Boden-Abstand mit Verschiebung der Haut und Faszie, Lower Spine Test.

Muskeltest: Patient liegt auf dem Bauch und hebt den Oberkörper an, der Therapeut gibt einen Widerstand im Bereich des zervikothorakalen Übergangs. Wichtig ist es, den Widerstand am Ende der aktiven Lordosierung zu geben. In vielen Fällen ist der Muskel jedoch hypertone; dann wird entweder eine Faszienanlage oder eine Muskeltechnik vorgenommen, um die Mikrozirkulation zu verbessern.

Vordehnung der Haut: Der Rumpf wird in Flexion eingestellt, bei Schmerzen oder zur Entlastung der Muskeln sollte sich der Patient z.B. auf einem Hocker abstützen (► Abb. 7.30).

Basis: Je nach Testung wird die Basis in Neutralposition am Sakrum oder im Bereich Th 12 angelegt (► Abb. 7.29). Wenn von kranial begonnen wird, ist der I-Shape leichter anzulegen.

Anlage: Die Muskulatur sollte mittig überdeckt werden; dafür ist eine kleine Kurve im Tape notwendig, wenn ein I-Shape benutzt wird, diese wird mit den Fingern modelliert. Die fertige Anlage zeigt ► Abb. 7.31.

Praxistipp

Das Anlegen eines Schmerzkreuzes (► Abb. 5.6) in Kombination mit der Muskeltechnik ist sinnvoll, um mehr Tiefenwirkung zu erzielen.

Indikationen: Pluri- und monosegmentale Dysfunktionen der LWS, muskulärer Hypertonus, Spondylolisthesis, degeneratives LWS-Syndrom.

Schnitttechnik



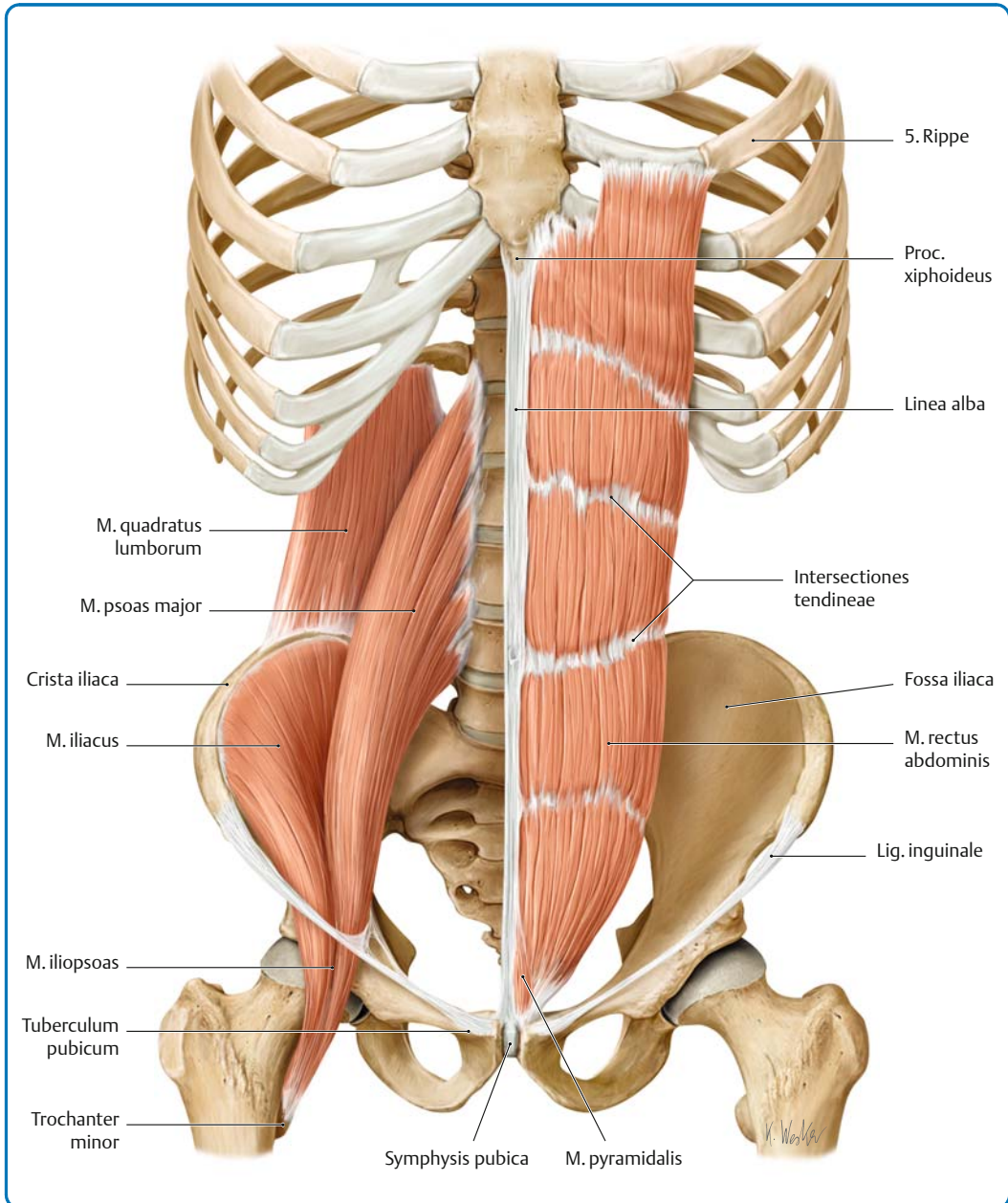
Länge: je nach Anatomie

7.4.2 M. quadratus lumborum

Osteopathische Relationen

Dieser Muskel macht durch Hypertonus häufig einseitige LWS-Schmerzen, er steht in direkter Verbindung mit der 12. Rippe, dem ISG und der

Nierenfaszie (► Abb. 7.32). Er ist auch sehr wichtig für die Stabilisation der LWS, besonders in der Standbeinphase stabilisiert er zusammen mit dem M. iliopsoas die LWS in der Frontalebene. Der M. quadratus lumborum hat eine direkte fasziale Ver-



► **Abb. 7.32** Anatomie des M. quadratus lumborum und M. rectus abdominis. (Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus. LernAtlas der Anatomie. Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem. Illustrationen von M. Voll und K. Wesker. 3. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2011, Abb. C, S. 155)

bindung zum M. iliopsoas, dem Diaphragma abdominale und dem M. transversus abdominis über die Fascia transversalis (Kap. 7.5.4).

Vorgehen



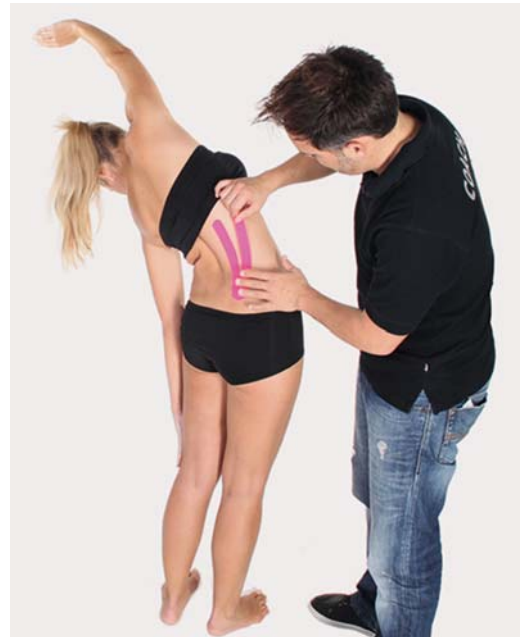
► **Abb. 7.33** Muskeltest.



► **Abb. 7.35** Anlage medialer Streifen.



► **Abb. 7.34** Basis.



► **Abb. 7.36** Anlage lateraler Streifen.

Muskelketten: Lateral Line (LL), Deep Front Line (DFL).

Screeningtest: Lower Spine Test, SLR.

Muskeltest: In Bauchlage soll der Patient eine Seite „verkürzen“. Der Therapeut versucht den Muskel exzentrisch zu aktivieren, indem er am Bein zieht (► Abb. 7.33).

Vordehnung der Haut: medialer Streifen: Flexion der LWS; lateraler Streifen: Lateralflexion der LWS

Basis: Je nach Testung wird die Basis in Neutralposition lateral der SIPS (► Abb. 7.34) oder von superior mit 2 einzelnen Basen angelegt.

Anlage: Der mediale Streifen wird unter Flexion der LWS (► Abb. 7.35), der laterale Streifen unter gegenseitiger Lateralflexion der LWS angelegt (► Abb. 7.36).

Indikationen: einseitige LWS-Syndrome, Dysfunktion der 12. Rippe, Nierendysfunktion, ISG-Dysfunktionen.

Schnitttechnik



Länge: ca. 25 cm

7.5

Bauchmuskulatur7.5.1 **M. rectus abdominis****Osteopathische Relationen**

Die Anatomie des M. rectus abdominis zeigt ▶ **Abb. 7.32**. In Verbindung mit abdominaler Hyper- und Hypotension kommt es häufig zur Abschwächung des Muskels. Dysfunktionen – besonders aus den Bereichen Gaster, Duodenum und Ilium – haben eine Fernwirkung über die Muskelkette Superficial Frontline auf andere Bereiche des Körpers.

Vorgehen▶ **Abb. 7.37** Muskeltest.▶ **Abb. 7.38** Basis.▶ **Abb. 7.39** Fertige Anlage.

Muskelketten: Superficial Front Line (SFL).

Screeningtest: Abdominal Pressure Test, Lower Spine Test – anterior.

Muskeltest: Der Patient liegt auf dem Rücken und hat die Beine angestellt. Die Arme werden vor der Brust gekreuzt und der Oberkörper angehoben. Der Therapeut gibt einen exzentrischen Widerstand gegen die Ellenbogen (▶ **Abb. 7.37**).

Vordrehung der Haut: In Rückenlage oder im Stand wird der Bauch herausgestreckt, die Arme oben abgelegt.

Basis: Je nach Testung wird die Basis entweder vom lateralen Processus xiphoideus zum Tuberculum pubicum (beidseitig) oder umgekehrt angelegt (▶ **Abb. 7.38**).

Anlage: Mit Inspirationsapnoe das Tape anlegen bis zum Tuberculum pubicum (▶ **Abb. 7.39**).

! Beachte

Narben sollten wenn möglich überklebt werden, den Bauchnabel frei lassen!

Indikationen: LWS-Syndrome, Symphysenaffektionen, viszerale Dysfunktionen.

Schnitttechnik

Länge: ca. 40–60 cm, Breite: 2,5–5 cm (der Anatomie angepasst)

👉 Praxistipp

Diese Anlage wird häufig verwendet, um die superfizielle Frontalline zu entlasten.

7.5.2 M. obliquus externus abdominis

Osteopathische Relationen

Die Anatomie des M. obliquus externus abdominis zeigt ▶ Abb. 7.15.

Über die Muskelkette Spiral Line haben Dysfunktionen aus den Bereichen Leber, Magen und Kolon eine Fernwirkung auf andere Bereiche des Körpers.

Vorgehen



▶ Abb. 7.40 Muskeltext.



▶ Abb. 7.41 Vordehnung.



▶ Abb. 7.42 Fertige Anlage.

Muskelketten: Spiral Line (SL).

Screeningtest: Abdominal Pressure Test, Lower Spine Test – anterior.

Muskeltest: Rotation zur Gegenseite; es empfiehlt sich den Widerstand am Ellenbogen in die Diagonale zu geben (▶ Abb. 7.40).

Vordehnung der Haut: Knie zur Gegenseite ablegen (▶ Abb. 7.41).

Basis: hintere Axillarlinie, Linea alba unterhalb des Bauchnabels, je nach Test.

Anlage: Die fertige Anlage zeigt ▶ Abb. 7.42.

! Beachte

Nicht vergessen in Vordehnung anzureiben.

Indikationen: Leistenschmerzen, Leistenbruch, Colon ascendens und Dysfunktion der Ileozäkalklappe (Bauhin-Klappe).

Schnitttechnik



Länge: ca. 20–25 cm

7.5.3 M. obliquus internus abdominis

Osteopathische Relationen

Der Verlauf dieses Muskels ist für zahlreiche osteopathische Dysfunktionen von Bedeutung. Im Ursprungsbereich besteht eine Verbindung zur Fascia transversalis und Faszie des M. quadratus lumborum (► Abb. 7.15). Zusammen mit dem M. transversus abdominis bildet er eine „Transversus-Internus-Platte“. Beide Muskeln bilden einen Konstriktor, der in der Lage ist, Druck im abdominalen Bereich entgegenzuwirken (Beispiel: viszerale Ptose). Er ist extrem wichtig für alle Strukturen, die unter dem Lig. inguinale liegen. Besonders Dysfunktionen im Bereich der Ileozäkalklappe, des Zäkums und des Sigmoids lassen sich positiv beeinflussen.

Vorgehen



► Abb. 7.43 Vorgehen Anlage.



► Abb. 7.44 Fertige Anlage.

Muskelketten: Spiral Line (SL).

Screeningtest: Abdominal Pressure Test, Lower Spine Test – anterior.

Muskeltest: In Rückenlage mit Rumpfrotation zur gleichen Seite; es empfiehlt sich, den Widerstand am Ellenbogen in die Diagonale zu geben (Kap. 7.5.2).

Basis: Je nach Testung beginnt die Basis am Rippenbogen oder der SIAS.

Vordehnung der Haut: Das Knie wird in der Rückenlage zur gleichen Seite abgelegt.

Anlage: Den Patienten während des Klebens einatmen und Luft anhalten lassen (► Abb. 7.43). Dann folgt das Anlegen des Tapes oberhalb des Bauchnabels ohne Zug. Die fertige Anlage zeigt ► Abb. 7.44.

! Beachte

Wegen der Kontinuität der Muskelkette wird das Tape bis zum Rippenbogen angelegt, auch wenn der Muskel eigentlich nur bis zur Linea alba zieht.

Indikationen: Magendysfunktionen, Leberdysfunktionen.

Schnitttechnik



Länge: ca. 20–25 cm

Kinesiologisches Taping in Osteopathie und Manueller Therapie

Sascha Seifert



 Haug

Sascha Seifert

[Kinesiologisches Taping in Osteopathie und Manueller Therapie](#)

232 Seiten, geb.
erschienen 2015



bestellen

Mehr Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise

www.narayana-verlag.de