

Inhalt

Abkürzungen 10 Vorwort 11

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

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

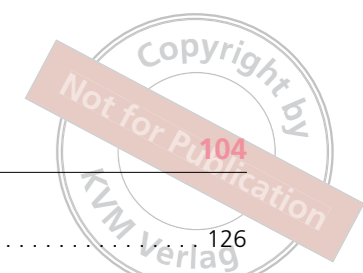
II. Gelenke und Ligamente der oberen Extremität

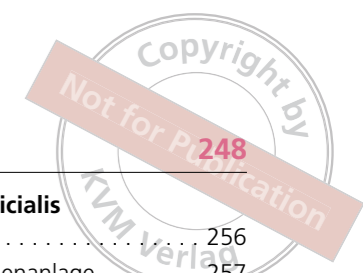
Art. acromioclavicularis (ACG) und Bandstrukturen 106	Ligg. collateralia carpi radiale und ulnare 126
Art. acromioclavicularis (ACG) 107	– Ligamentanlage 126
– Ligament-, Space-, Gelenkanlage 107	Lig. collaterale carpi radiale 127
Art. acromioclavicularis (ACG), Lig. acromioclaviculare und Lig. coracoacromiale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

III. Bursen und Faszien der oberen Extremität

146

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





IV. Lymphbahnen der oberen Extremität 166

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

V. Nerven der oberen Extremität 188

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

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

VI. Muskulatur des Kopfes, der HWS und BWS und des Thorax 198

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

VII. Gelenke und Ligamente des Kopfes, der HWS, der BWS und des Rumpfes 228

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

VIII. Faszien des Kopfes, des Halses und des oberen Rumpfes

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

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

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

Sensotape®-Techniken bei spezifischen Krankheitsbildern

X. Spezifische Krankheitsbilder der oberen Extremität 270

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

XI. Spezifische Krankheitsbilder von Kopf, HWS und BWS 288

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

Register ... 300



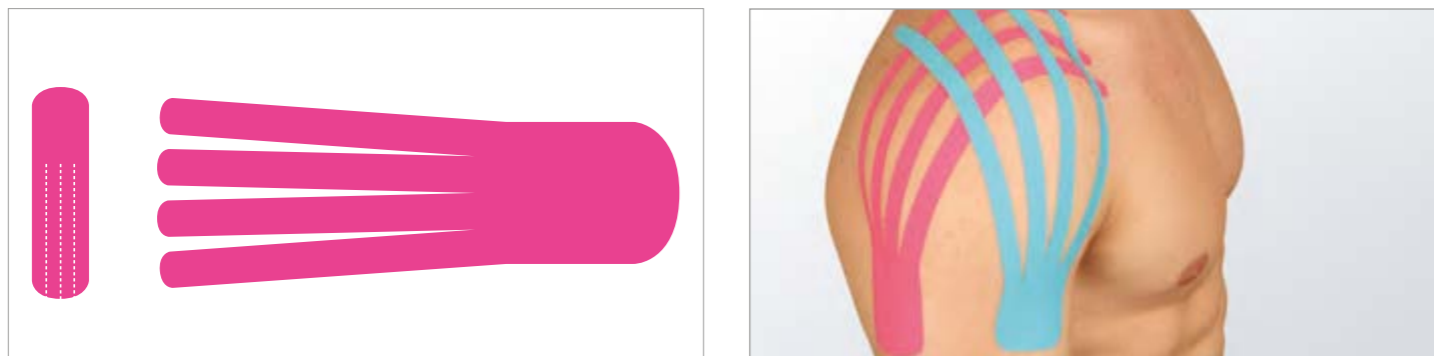
X-Tape

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.



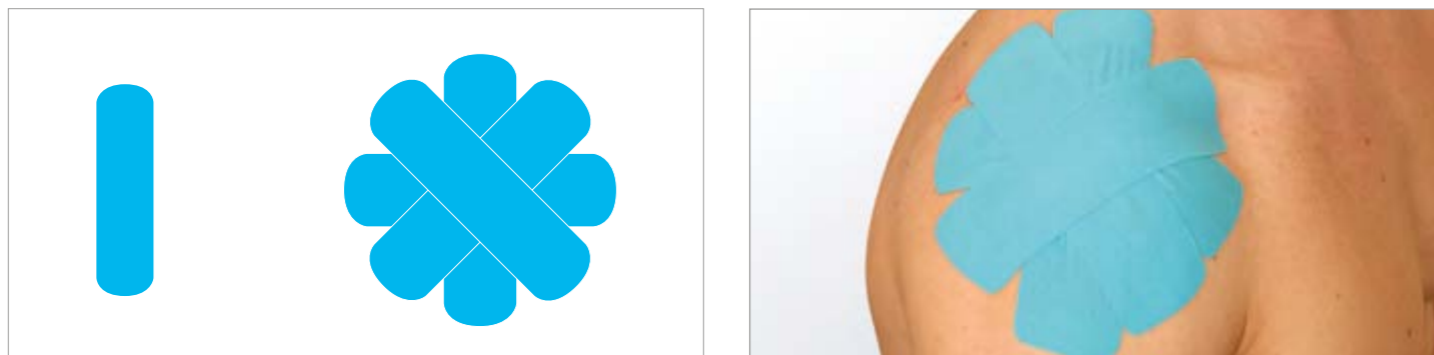
Fächer- und Spiraltape

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 Fächerzügel. 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.



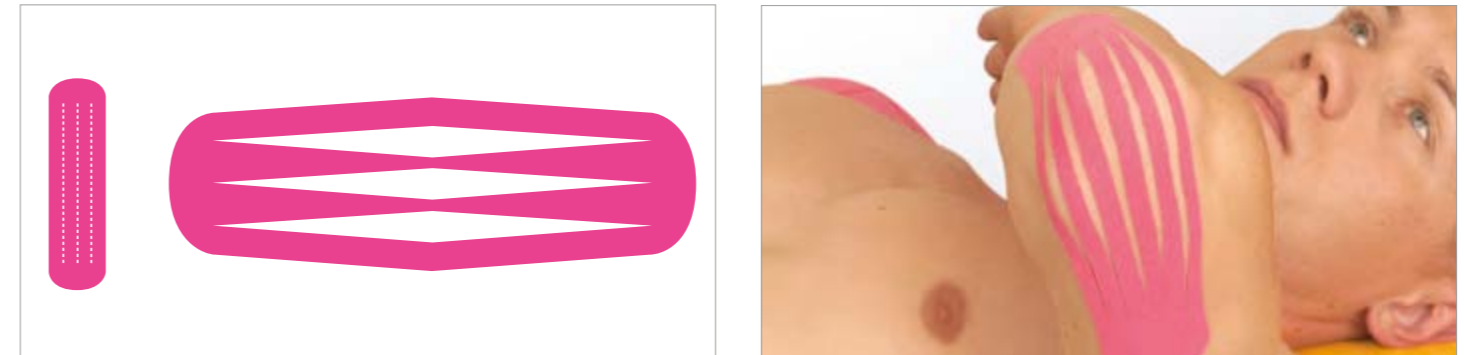
Sterntape

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.



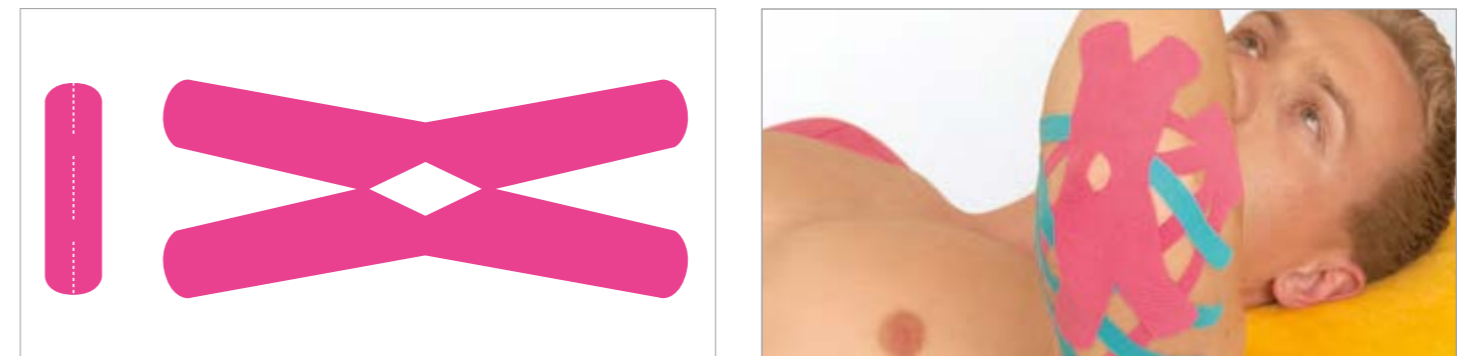
Netztape

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 »Knopflocher« 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 ständigem 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

M. pectoralis major, Pars sternocostalis und Pars clavicularis



Pars clavicularis

U: mediale Hälfte der Klavikula (Ventralseite)
F: Protraktion des Schultergürtels; Adduktion und Innenrotation des Schultergelenks; Unterstützung der Flexion im Schultergelenk

Pars sternocostalis

U: ventrale Fläche des Sternums und 2. bis 7. Rippenknorpel; tiefe Ursprünge vom 3. bis 5. Rippenknorpel
F: Protraktion des Schultergürtels; Adduktion und Innenrotation des Schultergelenks; Senkung des flektierten Arms; bei Punctum fixum am Arm: Heben des Thorax (Einatemhilfsmuskel)

Beide Anteile

A: Crista tuberculi majoris humeri
I: Nn. pectorales lateralis und medialis (C5–T1)

M. pectoralis major, Pars sternocostalis und Pars clavicularis – Muskelanlage

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

Indikationen für die Sensotape-Anlage

- Läsion der Rotatorenmanschette
- Insertionstendopathie, Tendinitis
- Schmerzen und Parästhesien des Armes
- Angina-pectoris-Symptomatik (hypertoner M. pectoralis major)

- Thoracic Outlet Syndrom (TOS), Brustkorbschmerzen

Material
blaues Y-Tape



Markieren und Abmessen des Y-Tapes

ASTE: Aufrecht sitzende Position, der Schultergürtel befindet sich in Retraktion, der Arm im Schultergelenk in Außenrotation und Abduktion. Der M. pectoralis major ist somit in Vordehnung.
Schritt 1: Zur Orientierung werden die Crista tuberculi majoris (Mittelpunkt des M. deltoideus, Pars clavicularis) und der Unterrand der Klavikula markiert (klavikuläre Rotationsbewegung beachten!). Nachfolgend wird das Tape in Muskelvordehnung von der Crista tuberculum majoris bis zur Knorpel-Knochen-Grenze des Sternums abgemessen.



Anlage des klavikulären Y-Zügels

ASTE: Der Schultergürtel befindet sich in Retraktion, der Arm im Schultergelenk in Außenrotation und Abduktion. Der M. pectoralis major ist somit in Vordehnung.
Schritt 3: Der Anker des Y-Tapes wird durch einen Haut-Gleitschub fixiert, während der klavikuläre Y-Zügel mit leichtem Zug entlang des unteren Klavikularandes angelegt wird. Bei der Anlage des Tapes sollte darauf geachtet werden, dass die Achselhöhle freigehalten und nicht über die Brustwarze geklebt wird.



Anlage des Y-Ankers

ASTE: Der Arm befindet sich in Neutralstellung neben dem Körper.
Schritt 2: Der Anker des Y-Tapes wird ohne Zug auf dem Mittelpunkt des M. deltoideus angelegt. Der Anker ist quer zum Muskelfaserverlauf ausgerichtet. Das Sensotape wird im Bereich des M. pectoralis nur bei der Pars clavicularis und der Pars sternocostalis angewendet.



Anlage des sternalen Y-Zügels

ASTE: Der Schultergürtel befindet sich in Retraktion, der Arm im Schultergelenk in Außenrotation und Abduktion. Der M. pectoralis major ist somit in Vordehnung.
Schritt 4: Der Anker des Y-Tapes wird durch einen Haut-Gleitschub fixiert, während der inferiore, sternale Y-Zügel unter leichtem Zug, der sechsten Rippe folgend, zum Sternum hin angelegt wird. Beide Zügelenden laufen dehnungsfrei aus. Das gesamte Tape wird durch leichtes Reiben in Vordehnung anmodelliert, fixiert und aktiviert. Die kleine Abb. zeigt die komplette Y-Tapeanlage.

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



M. flexor carpi radialis

U: Epikondylus 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: Epikondylus 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: Epikondylus 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.

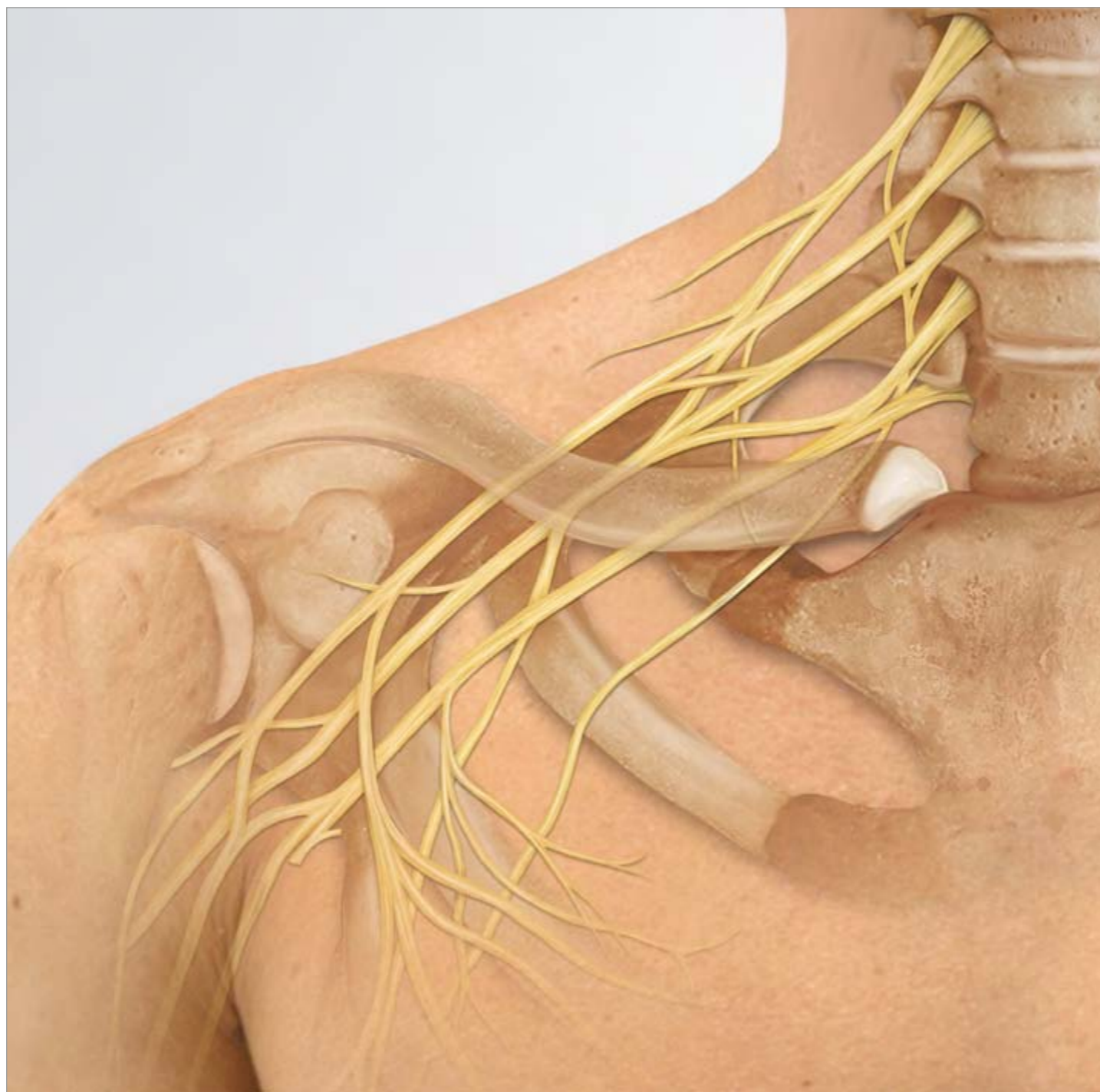


Komplette X-Tapeanlage

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.

Plexus brachialis



Der Plexus brachialis bildet sich aus den anterioren Ästen der Nervenwurzeln C5–C8 und T1. Die Spinalnerven verlassen die HWS über den jeweiligen Sulcus nervi spinalis. Die Nervenfasern verlaufen durch das seitliche Halsdreieck zwischen den Mm. scaleni anterior und medius. Aus dem Plexus brachialis gehen die Nerven für die Versorgung des

Arms und der Brust hervor. Nach topografischen Gesichtspunkten kann man den Plexus brachialis in zwei Abschnitte unterteilen: die oberhalb der Klavikula gelegene Pars supraclavicularis und die unterhalb der Klavikula gelegene Pars infraclavicularis.

Plexus brachialis – Nervenanlage

Wirkung: Reduzierung des Drucks auf das Nervengewebe; Entlastung des Nervs und der Nervenbahn; Schmerz- und Ödemreduktion; Stimulation der Sensorik und der Motorik

Indikationen für die Sensotape-Anlage

- Thoracic Outlet Syndrome (TOS)
- Parästhesien im Bereich des Armes
- HWS-Syndrom

■ zervikale Spondylitis

Material

blaues X-Tape



Anlage des X-Ankers

ASTE: Aufrecht sitzende Position, der Ellenbogen befindet sich in Flexion, das Handgelenk in leichter Volarflexion, und die Finger sind in leichter Flexion.

Schritt 1: Der Anker des Tapes wird ohne Zug ulnarseitig am dorsalen Handrücken angelegt. Die Hand- und Fingergelenke werden nun aktiv flektiert, und die beiden distalen X-Zügel laufen mit sehr leichtem Zug über die Finger IV und V aus. Die proximalen Zügel des X-Tapes werden nach proximal zum Ellenbogen hin ausgerichtet.



Anlage des X-Tapes am Unterarm

ASTE: Der Ellenbogen befindet sich in Extension, das Handgelenk in Volarflexion und die Finger sind flektiert.

Schritt 2: Das Tape wird mit sehr leichtem Zug Richtung Ellenbogen angelegt und zwischen Epikondylus lateralis und Olekranon fixiert. Das Tape wird durch leichtes Reiben am lateralen Unterarm anmodelliert, fixiert und aktiviert.



Anlage des X-Tapes am Oberarm

ASTE: Die distale Gelenkstellung beibehalten, im Weiteren erfolgt eine Anteversion und horizontale Adduktion im Schultergelenk.

Schritt 3: Im Bereich des Oberarms wird das X-Tape mit sehr leichtem Zug vom lateralen Ellenbogen nach proximal-dorsal über das Schultergelenk bis zur Spina scapulae angelegt. Der angelegte Tapeteil wird durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und fixiert.



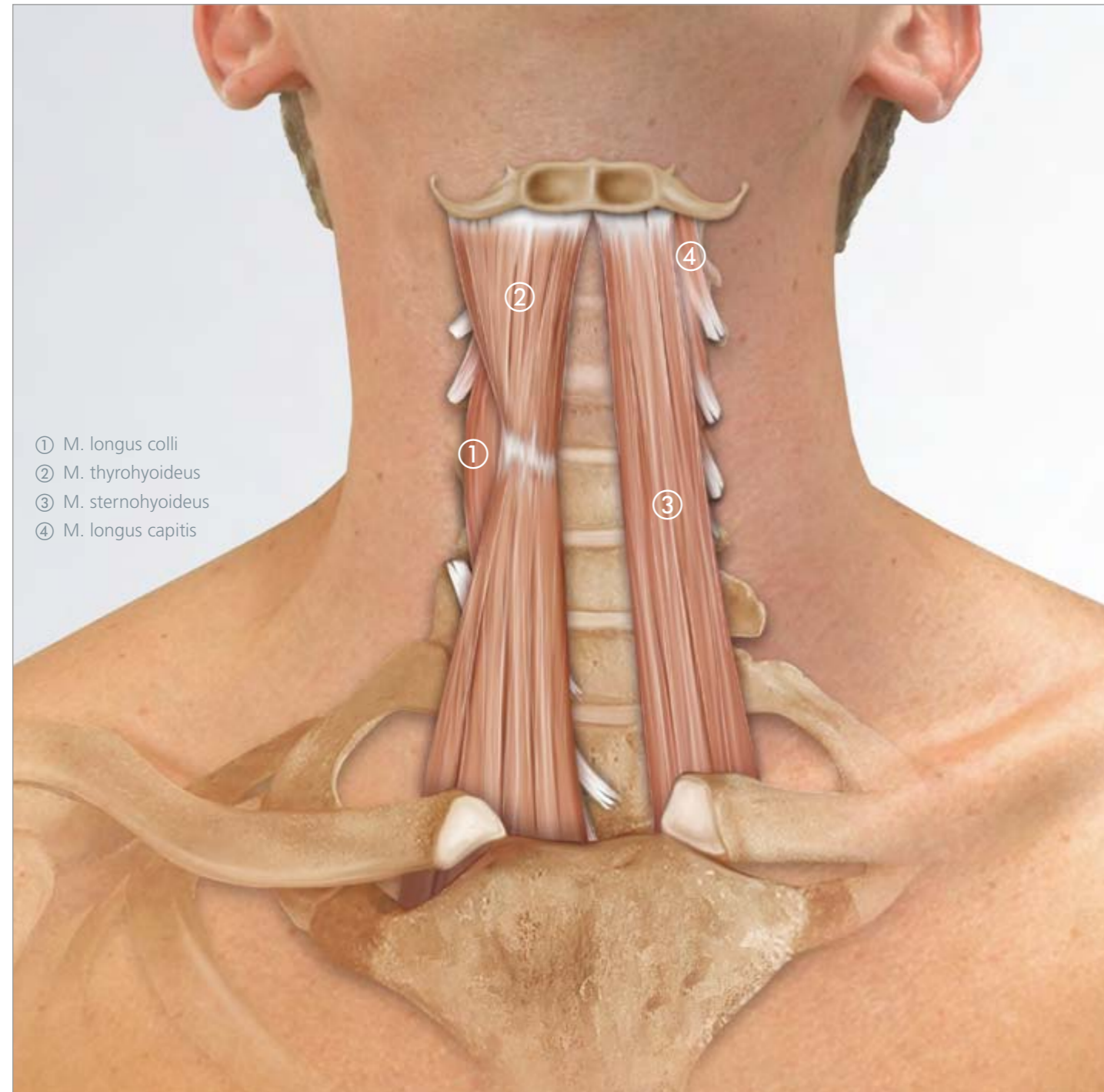
Komplette X-Tapeanlage

ESTE: Die HWS befindet sich bei der Tapeanlage in einer Rotation und Lateralflexion zur Gegenseite. Zur besseren Erkennbarkeit der Anlage ist der Arm auf der Abb. in Abduktion abgestützt.

Schritt 4: Die proximalen Zügel werden über die Skapula und den M. trapezius, Pars descendens, angelegt und laufen dehnungsfrei an den DF von C5–T1 aus. Das gesamte Tape wird durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und fixiert.

Copyright by
Not for Publication

Mm. longus capitis, longus colli, sternohyoideus und thyrohyoideus



- ① M. longus colli
- ② M. thyrohyoideus
- ③ M. sternohyoideus
- ④ M. longus capitis

M. longus capitis

U: Tubercula anteriora von C3–C6

A: Pars basilaris des Os occipitale

I: direkte Äste aus dem Plexus cervicalis (C1–C4)

F einseitig: Lateralflexion des Kopfes u. d. HWS zur gleichen Seite

Beidseitig: Flexion des Kopfes und der HWS

M. sternohyoideus

U: dorsal des Manubrium sterni

A: Laterale Innenfläche des Zungenbeins

I: Ansa cervicalis und R. thyrohyoideus (C1–C3)

F: zieht das Zungenbein abwärts

M. longus colli

U: Procc. transversi v. C3–C5, Ventralseiten d. Wirbelkörper v. C5–T3

A: Atlas, Wirbelkörper von C2–C4, Tubercula anteriora von C5–C6

I: Rr. anteriores der Spinalnerven (C2–C6)

F einseitig: Lateralflexion und Rotation der HWS zur gleichen Seite

Beidseitig: Flexion der HWS

M. thyrohyoideus

U: Schildknorpel, Linea obliqua

A: Cornu majus des Zungenbeins

I: Ansa cervicalis und R. thyrohyoideus (C1–C3)

F: nähert Zungenbein und Schildknorpel an

Mm. longus capitis, longus colli, sternohyoideus und thyrohyoideus – Muskelanlage

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

Indikationen für die Sensotape-Anlage

- Schluckbeschwerden
- chronischer Torticollis
- chronisches Thoracic Outlet Syndrome (TOS)
- HWS-Beschwerden

Material

rotes Y-Tape
(Breite: 2,5 cm, Zügel je 1,25 cm)



Abmessen des Y-Tapes

ASTE: Sitzende Position, Kopf und HWS befinden sich in maximaler Extension.

Schritt 1: Mit dieser Y-Tapeanlage wird die infrahyale und praevertebrale Halsmuskulatur zusammen behandelt. Das Y-Tape wird vom Manubrium sterni zu den QF der HWS abgemessen.



Anlage des Y-Ankers

ASTE: Sitzende Position, Kopf und HWS befinden sich in Neutralstellung.

Schritt 2: Der Anker des Y-Tapes wird ohne Zug median am Manubrium sterni angelegt, während die beiden Y-Zügel symmetrisch nach dorsal-kranial ausgerichtet sind.



Anlage des rechten Y-Zügels

ASTE: Sitzende Position, Kopf und HWS befinden sich in Extension.

Schritt 3: Der Anker wird durch einen kaudalen Haut-Gleitschub fixiert, während der rechte Y-Zügel mit sehr leichtem Zug nach kranial-lateral an die QF der HWS angelegt wird.



Komplette Y-Tapeanlage

ASTE: Sitzende Position, Kopf und HWS befinden sich in Extension.

Schritt 4: Der Anker wird durch einen kaudalen Haut-Gleitschub fixiert, während der linke Y-Zügel mit sehr leichtem Zug nach kranial-lateral an die QF der HWS angelegt wird. Die beiden Tapeenden laufen dehnungsfrei aus. Das gesamte Tape (s. kl. Abb.) wird in Vordehnung der Muskulatur durch leichtes Reiben aktiviert, anmodelliert und fixiert.



Fascia pectoralis superficialis – Faszienanlage

Wirkung: Lösen von Verklebungen und Verbesserung der faszialen Mobilität Schmerzinderung; Verbesserung der Schulterfunktion

Indikationen für die Sensotape-Anlage

- Schmerzen im Bereich der vorderen Brustwand
- schlechte Verschieblichkeit der Faszien
- SCG- und ACG-Läsionen

- Störungen im Bereich des Plexus brachialis oder der Art. subclavia
- Angina pectoris

Material

blaues und rotes Y-Tape



Anlage des Ankers des ersten Y-Tapes

ASTE: Aufrecht sitzende Position, der Schultergürtel befindet sich in Retraktion.

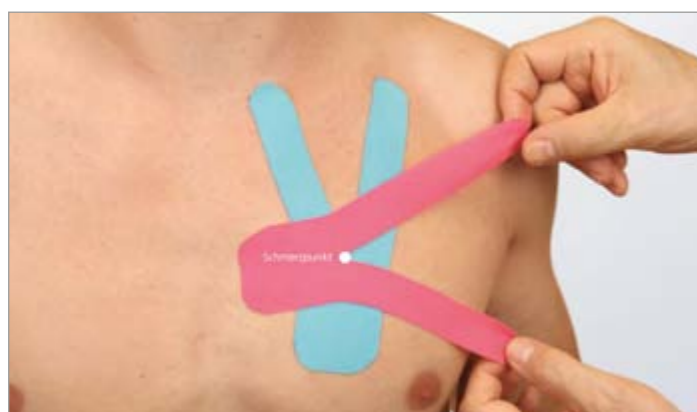
Schritt 1: Der Anker des blauen Y-Tapes wird ohne Zug unterhalb des Schmerzpunktes an der myofaszialen Grenze zwischen der Pars abdominalis und der Pars sternocostalis angelegt.



Anlage der Y-Tapes

ASTE: Die Ausgangsstellung wird beibehalten.

Schritt 2: Die beiden Y-Zügel des ersten Y-Tapes werden gleichzeitig unter Zug nach kranial angelegt, die Zügelenden laufen dehnungsfrei zur Klavikula hin aus. Der Anker des zweiten Y-Tapes wird medial des Schmerzpunktes in einem 90°-Winkel zum Anker des ersten Tapes ohne Zug an der sternalen Tapebegrenzung angelegt.



Anlage eines zweiten Y-Tapes

ASTE: Die Ausgangsstellung wird beibehalten.

Schritt 3: Die beiden Y-Zügel werden unter mäßigem Zug und mit oszillierender Bewegung nach lateral angelegt. Die Zügelenden laufen dehnungsfrei aus.



Komplette Y-Tape-Anlage

ESTE: Aufrecht sitzende Position

Schritt 4: Es ist zu beachten, dass der Schmerzpunkt in der Mitte beider Y-Tape-Zügel liegt. Die gesamte Anlage wird durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und fixiert.

► Die Fascia pectoralis weist häufig starke Verspannungen auf, die aus einer sternosymphysalen Haltung resultieren.

Fascia diaphragmatica – Faszienanlage

Wirkung: Optimierung des Muskeltonus; Limitierung und Stabilisierung der Rippenbeweglichkeit; Innervationsförderung

Indikationen für die Sensotape-Anlage

- Atembeschwerden
- Asthma
- Magenschmerzen

Material

blaues I-Tape



Palpation des myofaszialen Anteils des Diaphragmas

ASTE: Rückenlage, die Beine sind angestellt.

Schritt 1: Das Diaphragma als wichtiger Ansatzpunkt der Faszien sollte frei beweglich und ohne Verspannungen sein. Die Ansatzstellen werden mit beiden Daumen palpirt, indem beide Daumen langsam und vorsichtig unter dem Rippenbogen nach kranial geschoben werden. Die Anlage des Tapes sollte keine Schmerzen verursachen.



Anlage des Ankers des I-Tapes

ASTE: Aufrecht sitzende Position

Schritt 2: Der Anker des I-Tapes wird ohne Zug dorsal paravertebral in Höhe der 12. Rippe angelegt.



Anlage des I-Tapes

ASTE: Aufrecht sitzende Position, die Arme sind vor dem Körper verschränkt. Der Oberkörper befindet sich in Lateralflexion zur gleichen und Rotation zur Gegenseite.

Schritt 3: Der Anker wird durch einen Haut-Gleichschub fixiert, während das I-Tape mit leichtem bis mittlerem Zug bis zum unteren lateralen Rippenbogen angelegt wird.



Komplette I-Tapeanlage

ESTE: Aufrecht sitzende Position, der Arm befindet sich in Abduktion.

Schritt 4: Das I-Tape wird mit leichtem Zug nach ventral, dem unteren Rippenbogen folgend, zum Proc. xiphoideus hin angelegt. Das I-Tapeende läuft zur Medianlinie hin dehnungsfrei auf der Haut aus. Die Anlage wird durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und fixiert (s. kl. Abb.).

► Diaphragma-I-Tapes werden immer beidseitig angelegt.

Copyright by
Not for Publication

Kiefergelenkdysfunktionen (Diskussubluxation)

– Muskel- und Gelenkanlage

Wirkung: Abb. 1: Schmerzreduktion und Stabilisation des TMG

Abb. 2 bis 4: Verbesserung der Kiefermechanik

Material
Abb. 1: blaues und rotes I-Tape
(Breite: 2,5 cm)
Abb. 2 bis 4: blaues und rotes
I-Tape (Breite: 2,5 cm), rotes I-Tape
(Breite: 1,25 cm)



Kombinationsanlage mit zwei I-Tapes

ASTE: Kopf und HWS befinden sich in Neutralstellung.

Anlage: Ein detonisierendes Muskel-I-Tape wird mit leichtem Zug vom Kieferbogen zum Arcus zygomaticus auf dem M. masseter angelegt. Zusätzlich wird der Anker eines roten I-Tapes mit einer zentralen mechanischen Gelenkkorrekturtechnik auf dem TMG angebracht. Die Anlage wird durch leichtes Reiben aktiviert, anmodelliert und fixiert.



Alternativanlage: I-Tape mit Gelenkkorrekturtechnik

ASTE: Kopf und HWS befinden sich in Neutralstellung.

Schritt 1: Zusätzlich zur auf Abb. 1 beschriebenen Anlage wird ein schmales I-Tape von der Protuberantia mentalis bis zum Angulus mandibulae abgemessen. Der Anker des I-Tapes wird ohne Zug am Kinn in der Mitte der Mandibula angelegt.



Anlage des I-Tapes

ASTE: Kopf und HWS befinden sich in Neutralstellung.

Schritt 2: Der Anker wird mit einem Haut-Gleitschub fixiert. Das I-Tape wird unter mittlerem Zug an den Kiefer angelegt, das Zügelende läuft dehnungsfrei zum Kieferbogen aus. Durch den Rückstell-effekt des Sensotapes erfolgt die Korrektur des Unterkiefers auf der Abb. nach links, um eine Abweichung des Unterkiefers nach rechts auszugleichen.



Komplette Kombinationsanlage mit drei I-Tapes

ASTE: Kopf und HWS befinden sich in Neutralstellung.

Schritt 3: Die Anlage wird durch leichtes Reiben aktiviert, anmodelliert und fixiert.

Idiopathische Skoliose und Schmerzskoliose I

– Muskelanlage (Abb. 1), Muskel- und Gelenkanlage (Abb. 2 bis 4)

Wirkung: Abb. 1: detonisierend auf der konkaven; tonisierend auf der konvexen WS-Seite

Abb. 2 bis 4: mechanische Korrektur der BWS-Konvexität und LWS-Konvexität

Material
2 blaue und 2 rote I-Tapes,
2 rote Y-Tapes



Tonusregulierende bilaterale I-Tapeanlage

ASTE: Aufrechter Stand

Schritt 1: Zuerst werden zwei detonisierende, blaue I-Tapes auf der hypertonen thorakalen bzw. lumbalen Rückenmuskulatur angelegt (konkave Seite), dann zwei tonisierende, rote auf der hypotonen thorakalen bzw. lumbalen Rückenmuskulatur (konvexe Seite). Die Anker der blauen I-Tapes werden kaudal angelegt und fixiert, die Tapes paravertebral mit leichtem Zug nach kranial angebracht. Die Anker der roten I-Tapes werden kranial angelegt und fixiert, die Tapes paravertebral nach kaudal angebracht. Die Anlage wird durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und fixiert.



Anlage des Y-Tapes auf der konkaven Seite der LWS

ASTE: Stehende Position, der Rumpf befindet sich in einer Ventral-flexion.

Schritt 3: Der Anker des zweiten Y-Tapes wird ohne Zug auf der konkaven Lumbalseite angebracht. Der Anker wird fixiert, während die beiden Y-Zügel mit starkem Zug diagonal zur LWS-Gegenseite angelegt werden. Die Y-Zügelenden laufen dehnungsfrei auf der Haut aus.



Zusätzliche Anlage des Y-Tapes auf der konkaven Seite der BWS

ASTE: Stehende Position, der Rumpf befindet sich in einer Ventral-flexion.

Schritt 2: Der Anker eines Y-Tapes wird ohne Zug auf der konkaven Thorakalseite angelegt und durch einen lateralen Haut-Gleitschub fixiert. Beide Y-Zügel werden mit einer mechanischen Korrekturtechnik nacheinander unter starkem Zug diagonal zur BWS-Gegenseite angelegt. Die beiden Y-Zügelenden laufen dehnungsfrei auf der Haut aus.



Komplette Kombinationsanlage mit I- und Y-Tapes

ASTE: Aufrechter Stand

Schritt 4: Die gesamte Kombinationsanlage wird in Vordehnung durch leichtes Reiben anmodelliert, aktiviert und fixiert. Durch den starken sensomotorischen Stimulus werden die Haut und die Strukturen in Richtung Anker gezogen (Rückstell-effekt). Der höchste Punkt des WS-Bogens bzw. die Schmerzstelle sollte immer in der Gabelung der beiden Y-Zügel liegen. Dadurch wird die Aufrichtungstendenz verstärkt und eine verbesserte Stabilität der WS erreicht.

