CUFFTAPING

von Nicole Koza, Ergo- und Physiotherapeutin, zert. HT/ ÖGHT

Kontakt: Nicole.c.koza@gmail.com

Seit der Entdeckung der Technik des Kinesiotapings durch den japanischen Chiropraktiker Kenzo Kase in den 70er Jahren [1] wurde die Methode laufend weiterentwickelt. Neben dem Einsatz zur Verbesserung der Muskelfunktion, in der Schmerzbehandlung und zur Unterstützung der Zirkulation soll auch die physiologische Gelenksfunktion angebahnt werden. Über den Einsatz im Therapiealltag und unterschiedliche Anwendungsmethoden wird laufend geforscht und publiziert [2]. Die folgende Beschreibung des „Cufftapings“ soll einen Ideen- und Denkanstoß für die Weiterentwicklung des therapeutischen Einsatzes von Kinesiotapes bieten.

Als Handtherapeuten schätzen wir die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten dieses Therapiewerkzeug in der Behandlung von Schwellungen, der Regulierung des Muskeltonus, der Korrektur von Fehlstellungen, in der Schmerzreduktion und vielem mehr.

Allerdings werden wir immer wieder mit der frustranen Tatsache konfrontiert, dass Tapes an der Hand eine nur sehr kurze Haltbarkeitsdauer von selten mehr als 2 Tagen haben. Dadurch können oft sehr zeitaufwändig angelegte Tapes nur kurz wirken und es kommt zu einem sehr hohen, nicht dem Nachhaltigkeitsprinzip entsprechendem Verschleiß an Material und Zeit. Zusätzlich begegnen uns immer wieder Patient*innen, deren Haut nach dem ersten Tape oder später überempfindlich auf das Tapematerial reagiert.

Die Grundintention des „Cufftapings“ war es, eine Möglichkeit für eine langhaltigere Form des Einsatzes von Kinesiotapes zu finden. Das Tape wird als eine Art „Manschette“(= „Cuff“), die nicht auf der Haut haftet, angelegt.

Je nach Anwendungsbereich wird z.B. ein Tapestreifen der Länge nach, mit der Klebefläche nach innen, gefaltet und als Bandage um ein Gelenk z.B. in 8er-Schleife gewickelt oder als endlose „Möbius-Schleife“ oder als „Loop“ verklebt.

Eine weitere Möglichkeit ist es, einen Tape-Streifen mit der Klebeseite vom Körper abgewendet z.B. um das Handgelenk oder um einen Finger zirkulär zu kleben. Eine zweite Schicht wird dann wie herkömmlich mit der Klebeseite zum Körper gerichtet auf die erste Schicht geklebt. Dadurch wird das Tape z.B. für die Händehygiene abnehmbar und kann mehrfach verwendet werden.

Im Folgenden sollen zwei Anlageformen Schritt für Schritt erklärt werden:

Anlage als „Relative Motion Loop“
Die Anlage des „Relative Motion Loop“ ist dem Prinzip der „Relative Motion Splints“ nachempfunden. Allerdings kann der Loop aufgrund seiner flexiblen Materialeigenschaft – auch, wenn herkömmliches, unelastisches Tape eingesetzt wird - den Einsatz der Schiene auf keinen Fall ersetzen!

Sinnvoll kann die Anpassung eines Loops sein, wenn die Flexion bzw. Extension im PIP-Gelenk koordinationsbedingt eingeschränkt und daher forciert werden und Kompensationsbewegungen im MCP-Gelenk reduziert werden sollen. Dann kann der

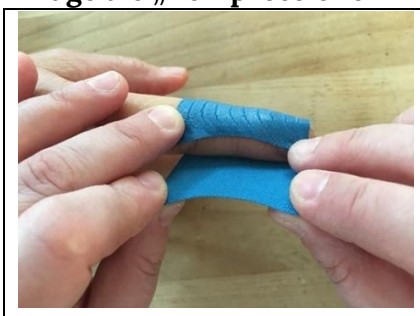
Loop eigesetzt werden, um zu testen, ob das Prinzip funktioniert, bzw. wenn die Anpassung der Schiene geplant ist bis zur Bewilligung des Kostenträgers.

Anleitung zur Herstellung des Loops:

	Schritt 1: Abmessen der Tape-Länge: in optimaler Relative-Motion-Stellung (betroffener Finger 15-20° im MCP-Gelenk mehr in Flexion oder Extension als die übrigen Finger) straff die exakte Länge des Tapes abmessen und abschneiden
	Schritt 2: Endlosschleife kleben: Tape an den Enden ca. 2-3 cm überlappend in einer Endlosschleife (Klebeseite nach außen) kleben
	Schritt 3: Tape der Länge nach falten: an der Längsseite Tape ca. 1 cm breit rundherum einfalten, dann Vorgang an der 2. Seite wiederholen (=> Klebeseite ist bedeckt). Dieser Vorgang benötigt etwas Übung.

	Schritt 4: Loop anlegen – in RME- oder RMF-Modus

Anlage als „Kompressions- Fingerling“

	**Schritt 1:** Einen Streifen Tape zirkulär mit der Klebeseite nach außen mit minimalem Zug um den Finger wickeln, überlappend kleben (vorzüglich liegt das Tape dort in 2 Schichten, wo am meisten Kompression wirken soll)
	Schritt 2: Einen 2. Streifen - ggf. unter Zug – über das Tape kleben
	Schritt 3: Der Kompressions-Fingerling kann abgezogen und wieder übergestülpt werden Tragedauer je nach Kompressionsdruck

... und weitere Anwendungsmöglichkeiten der Techniken:

Zur Kompensation von **Restschwäche der Dig.II-Extension nach Läsion des N. Radialis:**

Abnehmbares Tape bei beginnender **Daumensattelgelenks-Arthrose:**

Weiche Möbius-Schlaufe zur **Reduktion der MCP II – Ulnar-Deviation:**

Referenzen:

1. Hörmann J., Vach W., Jakob M., Seghers S., Saxer F. (2020) Kinesiotaping for postoperative oedema – what is the evidence? A systematic review. BMC Sports Sci Med Rehabil. 2020; 12: 14

2. Kumbrink B. (2018) K-Taping: Grundlagen, Anlagetechniken, Indikationen. 3. Auflage. Springer-Verlag, Berlin. S.2ff