



DOSSIER · THERAPIE

Kinesiotaping

Kinesiotaping gehört zu den breit untersuchten Verfahren der konservativen Therapie. Kontrollierte Studien am Menschen bilden den größten Teil der Forschung, mit deutlichem Schwerpunkt am Bewegungsapparat.

Bemerkenswert ist der Streit um die Vergleichsbedingung: Mehrere sham-kontrollierte Studien finden keinen Vorteil gegenüber einer Placebo-Anlage, andere berichten eine verbesserte Schmerz- und Funktionswahrnehmung.

612

STUDIEN
INSGESAMT

491

AM MENSCHEN

364

DAVON
KONTROLLIERT

0

AN TIEREN

0

IM LABOR

Zahlen aus der IHR-Studiendatenbank · Stand 2026-09-23

So lesen Sie dieses Dossier

BELEGT

am Menschen gemessen, mit
Vergleichsgruppe

PLAUSIBEL

gestützt durch Wirkmechanismus,
Tierversuch oder Beobachtung

VERMUTUNG

ein naheliegender Zusammenhang,
der noch geprüft werden muss

Kinesiotaping auf einen Blick

HERKUNFT:

Kinesiotaping ist ein Verfahren, bei dem ein elastisches, selbstklebendes Band auf die Haut aufgebracht wird. Anders als ein starres Sporttape, das Bewegung mechanisch begrenzen soll, gibt das elastische Band der Bewegung nach und hält die Haut in Spannung. Angelegt wird es durch geschultes Personal in verschiedenen Formen und mit unterschiedlicher Vorspannung, häufig entlang von Muskelverläufen, über Gelenken oder auf Narben- und Ödemgebieten.

STUDIENLAGE:

612 ausgewertete Arbeiten · 364 kontrollierte Studien am Menschen · 127 Beobachtungsstudien · 20 Übersichtsarbeiten · 0 Tierversuche · 0 Zellkulturarbeiten

STÄRKSTE BELEGE:

- Chronischer Rückenschmerz: Eine Metaanalyse von 2019 mit zehn Arbeiten und 627 Teilnehmern fand gegenüber Placebo-Tape keinen Vorteil bei der Schmerzreduktion ($p = 0,07$ bzw. $0,08$), wohl aber bei der Behinderung ($p < 0,05$).
- Chronischer unspezifischer Rückenschmerz: Ein RCT von 2015 an 60 Patienten zeigte nach 48 Stunden einen Vorteil gegenüber der Kontrollgruppe (mittlere Differenz $-3,1$ Punkte, $p = 0,003$), nicht aber gegenüber Placebo-Tape (1,9).
- Myofaszialer Triggerpunkt des oberen Trapezius: Eine placebokontrollierte Studie von 2016 an 37 Patienten berichtet gegenüber Schein-Tape signifikant weniger Schmerz und mehr Trapezius-Muskelfraft bis zu einem Monat.
- Patellofemorales Schmerzsyndrom: Eine systematische Übersichtsarbeit von 2017 zu Spannungs-Taping plus Übung, Placebo-Taping plus Übung, Übung allein und Taping allein fand uneinheitliche Ergebnisse.
- Obere Extremität: Ein randomisierter, verblindeter Versuch von 2016 an 33 gesunden Erwachsenen fand für facilitierendes und inhibitorisches Tape keine Unterschiede bei Griffkraft ($p = 0,394$) und Muskelaktivität ($p = 0,276$).

GRENZEN:

- Ein doppelblindes Vorgehen ist kaum möglich, weil sich das Band nicht verbergen lässt; die Verblindung betrifft meist nur die Messung oder die Auswertung.
- Ob eine Sham-Anlage wirklich inaktiv ist, ist umstritten: Wirkt bereits der Hautkontakt, wäre sie kein Placebo, sondern eine zweite Form desselben Reizes.
- Anlagentechnik, Tragedauer und Endpunkte sind uneinheitlich, die Nachbeobachtung oft kurz; Laborbefunde zu Kraft oder Gleichgewicht lassen sich nicht als Verlaufsbefund lesen.

EINORDNUNG:

Kinesiotaping ist ein breit untersuchtes Verfahren, dessen Wirkung gegenüber der Anlage selbst in sham-kontrollierten Studien uneinheitlich ausfällt.

1. Was Kinesiotaping ist und wie es angewendet wird

Kinesiotaping ist ein Verfahren, bei dem ein elastisches, selbstklebendes Band auf die Haut aufgebracht wird. Das Band bleibt für die Dauer der Anwendung auf der Haut und wird in den Studien über unterschiedlich lange Zeiträume belassen. Die Anlage erfolgt durch geschultes Personal. Zwischen den Arbeiten unterscheiden sich Spannung, Zugrichtung, Länge des Bandes und Zahl der Streifen erheblich, und das erschwert den Vergleich. Als mögliche Wirkwege werden taktile Reize auf der Haut, eine veränderte Wahrnehmung der Körperposition und eine Entlastung von Strukturen diskutiert; als reine Stütze ist der mechanische Beitrag begrenzt.

Für das Verständnis fast aller Studien entscheidend ist die Vergleichsbedingung. Weil ein aufgeklebtes Band sichtbar ist, lässt es sich kaum verbergen; die übliche Kontrolle ist deshalb eine Sham-Anlage, bei der ein Band ohne oder mit geringer Spannung an derselben Stelle klebt. Ob eine solche Anlage wirklich inaktiv ist, ist selbst umstritten: Wirkt bereits der Hautkontakt, wäre sie kein Placebo, sondern eine zweite Form desselben Reizes. Eine verwandte Frage betrifft die Endpunkte. Viele Studien messen Schmerz und Funktion über Befragung, andere messen Kraft, Sprungkraft, Gleichgewicht oder Muskelaktivität im Labor. Beide liefern unterschiedliche Größenordnungen, und ein Befund am Messgerät ist kein Befund am Verlauf. Hinzu kommt die Formenvielfalt der Anlagen, die verhindert, dass Ergebnisse sich ohne Weiteres zusammenfassen lassen.

2. Was die Studien im Einzelnen zeigen

Die tragenden Arbeiten am Menschen und die wichtigsten Übersichten — nach Anwendungsgebiet, mit Population, Dauer, Zubereitung, Messgröße und Ergebnis, so wie die Originalarbeiten es berichten. Zahlen stehen nur dort, wo die Arbeit sie nennt.

Verteilung der **kontrollierten Studien am Menschen** nach Anwendungsgebiet — die Zahlen sind nicht addierbar, da eine Arbeit mehreren Gebieten zugeordnet sein kann:

ANWENDUNGSGEBIET	KONTROLLIERTE STUDIEN
Bewegungsapparat	242
Sicherheit und Verträglichkeit	51
Knochen und Gelenke	36
Erschöpfung und Stress	25

ANWENDUNGSGEBIET	KONTROLLIERTE STUDIEN
Entzündungsgeschehen	16
Haut	13
Kognition und Psyche	7
Onkologie	6

Haut

Die kontrollierte Crossover-Studie von 2013 untersuchte an gesunden Teilnehmern, ob taktile Stimulation durch Kinesiotape die Muskelkraft nach vorangegangener Vibration beeinflusst. Gemessen wurde die exzentrische maximale willkürliche Kontraktion mit und ohne Tape nach Vibrationsstimulation. Die maximale willkürliche Kontraktion und die durchschnittliche Elektromyographie waren in der Tape-Bedingung signifikant größer als ohne Tape ²³. Die Autoren führen dies auf eine verstärkte Ia-Afferenz durch Hautreize zurück. Die Studie ist klein und prüft einen neurophysiologischen Mechanismus, nicht die klinische Wirkung bei Verletzungen. Was fehlt, ist die Übertragung auf Patienten mit tatsächlicher Muskelhemmung nach Gelenkverletzungen.

Die Metaanalyse von 2012 wertete zehn Studien aus, die den Effekt von Kinesiotape auf muskuloskelettale Endpunkte bei Sportverletzungen untersuchten. Nur zwei Studien befassten sich mit sportbezogenen Verletzungen (Schulterimpingement), und nur eine davon schloss verletzte Athleten ein ³⁵. Die Autoren betonen, dass die meisten eingeschlossenen Studien gesunde Teilnehmer untersuchten und die Übertragbarkeit auf verletzte Sportler begrenzt ist. Die Evidenz für die Behandlung und Prävention von Sportverletzungen wird als unzureichend beschrieben. Offen bleibt, ob Kinesiotape bei spezifischen Verletzungen Vorteile gegenüber anderen elastischen Tapes bietet.

Eine Querschnittsstudie an 30 gesunden Teilnehmern von 2012 prüfte die isokinetische Knieperformance mit und ohne Kinesiotape über dem Vastus medialis. Gemessen wurden maximales konzentrisches Knie-Extensions- und Flexionsdrehmoment bei 60, 120 und 180°/s, normalisiertes Spitzenmoment, normalisierte Gesamtarbeit und Zeit bis zum Spitzenmoment. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied beim normalisierten Spitzenmoment und der normalisierten Gesamtarbeit zwischen den Tape-Bedingungen und Winkelgeschwindigkeiten. Allerdings war die Zeit bis zum Spitzen-Extensionsmoment mit Tape signifikant kürzer ($p = 0,03$), mit einer Reduktion von 36–101 ms bei allen drei Winkelgeschwindigkeiten ($p < 0,01$) ³⁷. Die Autoren schließen, dass Kinesiotape die Drehmomententwicklung und Gesamtarbeit nicht verändert, aber die Zeit bis zum Spitzenmoment verkürzt. Diese Beobachtung könnte für die Verletzungsprävention und Rehabilitation bei Athleten relevant sein. Die Studie ist auf gesunde Probanden beschränkt; klinische Endpunkte fehlen.

Bewegungsapparat

Eine randomisierte, verblindete Studie von 2016 an 33 gesunden Erwachsenen untersuchte, ob Kinesiotape die Muskelaktivität der Handgelenksexensoren und die maximale Griffkraft beeinflusst. Die Teilnehmer waren unwissend über Kinesiotape; die Anwendung erfolgte unter dem Vorwand, es seien adhäsive Muskelsensoren. Verglichen wurden drei Bedingungen: wahres facilitierendes Tape, inhibitorisches Tape und kein Tape. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede in der maximalen Griffkraft ($p = 0,394$), der elektromyographischen Aktivität ($p = 0,276$) und der selbst wahrgenommenen Leistung ($p = 0,825$) zwischen den Bedingungen ²⁴. Die Autoren schließen, dass die behaupteten facilitierenden und inhibitorischen Effekte von Kinesiotape bei gesunden Erwachsenen nicht nachweisbar sind. Die Studie ist auf die obere Extremität und gesunde Probanden begrenzt.

Eine ebenfalls randomisierte, verblindete kontrollierte Studie von 2015 an 30 gesunden Teilnehmern prüfte, ob Kinesiotape die Muskelpformance des Quadrizeps verbessert. Unter dem Vorwand, adhäsive Muskelsensoren anzubringen, wurden wahres facilitierendes Tape, Schein-Tape und kein Tape verglichen. Gemessen wurden normalisiertes Spitzenmoment, normalisierte Gesamtarbeit und Zeit bis zum Spitzenmoment bei 60°/s und 180°/s. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Bedingungen ($p = 0,31$ – $0,99$) ²⁵. Die Autoren folgern, dass Kinesiotape die Muskelpformance nicht verbessert und frühere positive Befunde auf Placeboeffekte zurückzuführen sein könnten. Die Studie ist auf gesunde Probanden und kurzfristige Messungen beschränkt.

Eine randomisierte kontrollierte Studie von 2015 an 60 Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen verglich Kinesiotape mit Placebo-Tape und einer Kontrollgruppe ohne Intervention. Die Tape-Gruppen trugen das Tape 48 Stunden. Gemessen wurden Schmerzintensität (11-Punkte-NRS) und Behinderung (24-Item Roland-Morris Disability Questionnaire) zu Baseline, nach 48 Stunden und nach 7 Tagen. Nach 48 Stunden zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Kinesiotape und Kontrollgruppe (mittlere Differenz = -3,1 Punkte, 95 % CI = -5,2 bis -1,1, $p = 0,003$), jedoch kein Unterschied im Vergleich zur Placebo-Tape-Gruppe (mittlere Differenz = 1,9) ²⁶. Die Autoren schließen, dass Kinesiotape nicht besser als Placebo ist. Die Studie ist auf chronische unspezifische Rückenschmerzen begrenzt.

Eine systematische Übersichtsarbeit von 2017 untersuchte die Wirksamkeit von Knie-Taping bei patellofemoralem Schmerzsyndrom (PFPS). Eingeschlossen wurden randomisierte kontrollierte Studien (Level 1 oder 2) mit Teilnehmern jeden Alters mit vorderem Knieschmerz, die nichtchirurgisch mit Taping behandelt wurden. Drei Vergleichsgruppen wurden analysiert: Spannungs-Taping plus Übung versus Placebo-Taping plus Übung, versus Übung allein, versus Taping allein ²⁰. Die Autoren fanden uneinheitliche Ergebnisse und betonen die Notwendigkeit weiterer Forschung, um spezifische Richtlinien zu entwickeln. Die Heterogenität der Studien und die unterschiedlichen Taping-Techniken erschweren eine klare Aussage.

Eine randomisierte Crossover-Pilotstudie von 2013 an 25 Patienten mit zervikaler Dystonie (CD, $n = 14$) und fokaler Handdystonie (FHD, $n = 11$) untersuchte die Wirkung von Kinesiotape auf selbstberichteten Schmerz und sensorische Funktionen. Die Patienten erhielten 14 Tage Kinesiotape oder Schein-Tape über Nacken- oder Unterarmmuskeln, nach 30 Tagen Washout folgte die andere Behandlung. Gemessen wurden drei visuelle Analogskalen (üblicher Schmerz, schlimmster Schmerz, Schmerzlinderung), der Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale (CD) und der Writer's Cramp Rating Scale (FHD) sowie die somatosensorische zeitliche Diskriminationsschwelle. Kinesiotape führte zu einer Abnahme der subjektiven Schmerzempfindung und einer Veränderung der sensorischen Diskrimination, während Schein-Tape keinen Effekt hatte ³⁰. Die Studie ist klein und als Pilotstudie angelegt; größere kontrollierte Studien stehen noch aus.

Eine systematische Übersichtsarbeit von 2018 untersuchte, ob Taping zusätzlich zur Physiotherapie die Ergebnisse bei subacromialem Impingementsyndrom verbessert. Eingeschlossen wurden drei randomisierte kontrollierte Studien und eine kontrollierte Studie mit insgesamt 135 Patienten. Die Ergebnisse waren widersprüchlich und schwach bezüglich Schmerz, Behinderung, Bewegungsausmaß und Muskelkraft ²¹. Die Autoren schließen, dass

Taping als Zusatz zu Physiotherapie eine optionale Modalität sein könnte, betonen aber die begrenzte Evidenz. Die Heterogenität der Taping-Techniken und die kleine Stichprobe schränken die Aussagekraft ein.

Eine Pilotstudie von 2013 an 18 Teilnehmern (12 Männer, 6 Frauen, $19,5 \pm 1,15$ Jahre) mit unilateralem patellofemoralem Schmerzsyndrom verglich die unmittelbaren Effekte von Kinesiotape am Hüftgelenk, lumbopelviner Manipulation und Kontroll-Tape. Gemessen wurden der Y-Balance-Test, die Kniebeuge-Bewegungsamplitude und die Lower Extremity Functional Scale. Die Kinesiotape-Gruppe schnitt signifikant besser ab im Y-Balance-Test ($F = 5,59$, $p = 0,02$) und bei der Kniebeuge-Bewegungsamplitude ($F = 3,93$, $p = 0,04$) im Vergleich zu Manipulation und Kontrolle. Kinesiotape und lumbopelvine Manipulation waren auch signifikant besser als die Kontrollgruppe (Schein-Tape) bei der doppelbeinigen Kniebeuge-Bewegungsamplitude 3 Tage später. Die Autoren vermuten, dass Kinesiotape die Gluteus-medius-Aktivierung fördern und die posturale Stabilität verbessern könnte. Die Studie ist klein und die Ergebnisse sind vorläufig.

Eine systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse von 2019 untersuchte die Effekte von Kinesiotape auf Schmerz und Behinderung bei chronischen Rückenschmerzen. Zehn Artikel mit insgesamt 627 Teilnehmern (317 in der Kinesiotape-Gruppe, 310 in der Kontrollgruppe) wurden eingeschlossen. Kinesiotape war nicht überlegen gegenüber Placebo-Tape bei der Schmerzreduktion, weder allein ($p = 0,07$) noch in Kombination mit Physiotherapie ($p = 0,08$). Es konnte jedoch die Behinderung signifikant verbessern im Vergleich zu Placebo-Tape ($p < 0,05$)¹. Die Autoren schließen, dass Kinesiotape aufgrund der einfachen Anwendung für individuelle Anwendungen in Betracht gezogen werden könnte. Die Heterogenität der Studien und die unterschiedlichen Anwendungsprotokolle bleiben eine Einschränkung.

Eine randomisierte klinische Studie von 2021 an 52 Personen mit Rotatorenmanschetten-assoziierten Schulterschmerzen untersuchte, ob Kinesiotape zusätzlich zu einem 6-wöchigen Rehabilitationsprogramm mit 10 Physiotherapiesitzungen die Symptome und funktionellen Einschränkungen schneller verbessert. Die Kontrollgruppe erhielt keine Kinesiotape-Anwendung. Primärer Endpunkt war der Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH)-Fragebogen; sekundär wurden Brief Pain Inventory (BPI), Western Ontario Rotator Cuff (WORC) Index, akromiohumerale Distanz (AHD) und schmerzfreie Bewegungsamplitude zu Baseline, 3 Wochen, 6 Wochen, 12 Wochen und 6 Monaten gemessen. Es zeigten sich keine signifikanten Gruppe-Zeit-Interaktionen (0,112)³¹. Die Autoren schließen, dass Kinesiotape keine zusätzlichen mittel- und langfristigen Vorteile bringt. Die Studie ist auf Rotatorenmanschetten-assoziierte Schulterschmerzen begrenzt.

Eine placebokontrollierte Studie von 2016 an 37 Patienten mit aktiven myofaszialen Triggerpunkten des oberen Trapezius untersuchte die kurz- und mittelfristigen Effekte von Kinesiotape. Die Patienten wurden randomisiert in eine Kinesiotape-Gruppe und eine Schein-Tape-Gruppe. Gemessen wurden Nackenschmerz (visuelle Analogskala und Druckalgometrie) und Trapezius-Muskelfkraft zu Baseline, unmittelbar nach der Anwendung und nach einem Monat. Die mittleren Veränderungen der VAS-Scores unterschieden sich signifikant zwischen den Gruppen zu T2 und T1, mit weniger Schmerz in der Kinesiotape-Gruppe. Die Algometrie-Scores unterschieden sich signifikant zu T3 im Vergleich zu T2 zugunsten der Kinesiotape-Gruppe. Die Trapezius-Muskelfkraft unterschied sich signifikant zu T2 im Vergleich zu T1 zugunsten der Kinesiotape-Gruppe³². Die Autoren schließen, dass Kinesiotape bei myofaszialem Schmerzsyndrom signifikante Verbesserungen von Schmerz und Muskelfkraft zeigt. Die Studie ist klein und die Nachbeobachtung kurz.

Eine doppelblinde, placebokontrollierte Studie von 2016 an 30 männlichen Patienten (mittleres Alter 28,1 Jahre) nach vorderer Kreuzbandrekonstruktion untersuchte die Effekte von Kinesiotape in der akuten postoperativen Phase. Die experimentelle Gruppe erhielt Kinesiotape mit Muskel- und Lymphkorrekturtechniken, die Kontrollgruppe Schein-Tape. Beide Interventionen wurden zweimal innerhalb von 10 Tagen ab dem vierten postoperativen Tag angewendet. Alle Patienten erhielten dasselbe Rehabilitationsprogramm über drei Monate. Gemessen wurden Bewegungsamplitude, Schmerz, Schwellung und Muskelfkraft vor Behandlung sowie am fünften und zehnten Behandlungstag; subjektive Scores (Lysholm, modifizierter Cincinnati, Tegner) im ersten und dritten postoperativen Monat. Die experimentelle Gruppe zeigte signifikante Verbesserungen bei Schwellung um die Patella, allen Schmerzmaßen und Hamstring-Muskelfkraft am fünften Tag sowie Kniebeuge-Bewegungsamplitude, Nachtschmerz, allen Schwellungsmaßen und Hamstring-Muskelfkraft am zehnten Tag ($p < 0,05$)³³. Die Autoren schließen, dass Kinesiotape die frühe postoperative Rehabilitation unterstützen kann. Die Studie ist auf männliche Patienten und die akute Phase begrenzt.

Die Patienten wurden in drei Gruppen eingeteilt: Kinesiotape plus Lymphdrainage, Lymphdrainage allein, Kinesiotape allein. Die Beurteilung erfolgte an den Tagen 2, 4 und 6 postoperativ. Alle Patienten erhielten zusätzlich Standard-Rehabilitationssitzungen. Beide Einzelbehandlungen waren wirksam bei der Reduktion von Schmerz und Ödem. Die Kombination zeigte eine signifikant höhere Verbesserung bei Schmerz und Beumfang über und unter dem Knie sowie am Knöchel im Vergleich zu den Einzelbehandlungen. Die Bewegungsamplitude des Knies zeigte keinen Unterschied zwischen den Gruppen³⁴. Die Autoren schließen, dass die Kombination von Kinesiotape und Lymphdrainage die postoperative Erholung unterstützen kann. Die Studie ist auf die frühe postoperative Phase nach Knieendoprothese begrenzt.

Eine Beobachtungsstudie von 2011 an 31 gesunden inaktiven Erwachsenen (19 Männer, 12 Frauen, mittleres Alter $25,3 \pm 3,8$ Jahre) untersuchte die Wirkung von elastischem Tape auf die Muskelaktivität und die vertikale Sprungleistung. Die Teilnehmer führten vertikale Sprungtests vor und während der Anwendung von Kinesiotape bzw. eines Placebo-Tapes durch. Die vertikale Bodenreaktionskraft erhöhte sich mit Kinesiotape, während die Sprunghöhe etwa konstant blieb. In der Placebo-Tape-Gruppe verringerte sich die Sprunghöhe, und es gab keinen Unterschied in der vertikalen Bodenreaktionskraft. Die EMG-Aktivität des medialen Gastrocnemius tendierte dazu, in der Kinesiotape-Gruppe zuzunehmen, jedoch ohne signifikante Unterschiede für medialen Gastrocnemius, Tibialis anterior und Soleus in beiden Gruppen³⁵. Die Autoren schließen, dass Kinesiotape die Bodenreaktionskraft erhöhen kann, ohne die Sprunghöhe zu verbessern. Die Studie ist auf gesunde inaktive Erwachsene begrenzt.

Eine Beobachtungsstudie von 2014 an 40 Patienten (mittleres Alter $34,8 \pm 7,54$ Jahre) mit unspezifischen Rückenschmerzen verglich Kinesiotape plus konventionelle Physiotherapie mit konventioneller Physiotherapie allein. Die Interventionen fanden dreimal pro Woche über vier Wochen statt. Gemessen wurden Aktivitäten des täglichen Lebens (Roland-Morris Disability Questionnaire), Schmerzintensität (visuelle Analogskala) und Bewegungsamplitude der Rumpfflexion und -extension (modifizierter Schober-Test). Innerhalb jeder Gruppe zeigten sich signifikante Verbesserungen bei Schmerz, ADL und Bewegungsamplitude. Zwischen den Gruppen gab es keine signifikanten Unterschiede bei Schmerz, ADL und Rumpfbewegungsamplitude nach der Intervention³⁹. Die Autoren schließen, dass ein Physiotherapieprogramm mit oder ohne Kinesiotape ähnliche Ergebnisse erzielt. Die Studie ist auf unspezifische Rückenschmerzen begrenzt.

Eine Beobachtungsstudie von 2018 an 45 freiwilligen Patienten (mittleres Alter 48 Jahre) mit neu diagnostizierter lateraler Epicondylitis verglich die kurzfristigen Effekte von Kinesiotape, extrakorporaler Stoßwellentherapie (ESWT) und Physiotherapie. Alle Gruppen erhielten Physiotherapie (Kältepackung, TENS fünfmal pro Woche für insgesamt 15 Sitzungen) und ein Heimübungsprogramm. Die Kinesiotape-Gruppe erhielt zusätzlich fünfmal pro Woche für drei Wochen Kinesiotape; die ESWT-Gruppe erhielt dreimal über drei Wochen ESWT. Gemessen wurden Schmerzintensität (VAS), schmerzfreie Griffkraft

(Handdynamometer), Cyriax Resisted Muscle Test und Patient-Rated Tennis Elbow Evaluation Scale zu Baseline und nach Behandlung. Innerhalb aller Gruppen nahmen Schmerzintensität ab und maximale Griffkraft sowie Funktionalität zu ($p < 0,05$). Die Zwischengruppenanalyse zur Kinesiotape-Gruppe⁴⁰ wird im Abstract nicht weiter ausgeführt. Die Studie ist auf kurzfristige Effekte und neu diagnostizierte laterale Epicondylitis begrenzt.

Eine Metaanalyse von 2019 untersuchte die Effekte von Kinesiotape auf die Muskelkraft der unteren Extremität, den Hüfttest und die vertikale Sprungleistung. Eingeschlossen wurden 37 randomisierte kontrollierte Studien, die Kinesiotape verwendeten. Kinesiotape war überlegen gegenüber Kontrollen bei der Verbesserung der Muskelkraft der unteren Extremität bei Personen mit Muskelermüdung (kurzfristiger Effekt, gepoolte SMD = 0,53, 95 % CI = 0,09 bis 0,96; langfristiger Effekt, gepoolte SMD = 0,61, 95 % CI = 0,12 bis 1,11) und bei Personen mit chronischen muskuloskelettalen Erkrankungen (gepoolte SMD = 1,24, 95 % CI = 0,33 bis 2,16) mit großen Effektstärken. Bei Personen ohne Behinderung war Kinesiotape nicht überlegen⁴¹. Die Autoren schließen, dass die Wirkung von Kinesiotape auf die Muskelkraft von der Population abhängt.

Eine systematische Übersichtsarbeit von 2023 untersuchte die Effekte von elastischem Kinesiotape auf die Propriozeption der Schulter. Acht Studien (5 RCTs, 3 nicht-RCTs) mit 187 Schultern (102 gesunde, 85 pathologische) wurden eingeschlossen. Das Risiko für Bias reichte von niedrig (2 Studien) über moderat (5 Studien) bis hoch (1 Studie). Elastisches Kinesiotape hatte einen gemischten Effekt auf die aktive Gelenkpositionssinn bei gesunden Schultern ($n = 79$) (niedrige Sicherheit). Bei pathologischen Schultern verbesserte es die aktive Gelenkpositionssinn (subacromiales Schmerzsyndrom und Rotatorenmanschetten-Tendinopathie, $n = 52$) und die passive Gelenkpositionssinn (chronisch hemiparetische Schultern, $n = 13$) (sehr niedrige Sicherheit). Kein Effekt zeigte sich auf die Kinästhesie⁴³. Die Autoren schließen, dass die Evidenz für Propriozeption gemischt und die Sicherheit der Evidenz niedrig bis sehr niedrig ist. Weitere hochwertige Studien stehen noch aus.

Eine systematische Übersichtsarbeit von 2022 verglich verschiedene Behandlungsmodalitäten bei subacromialem Impingementsyndrom, darunter Kinesiotape, myofasziale Triggerpunkt-Release, Skapula-Stabilisationsübungen und Krafttraining. 48 Studien erfüllten die Einschlusskriterien; nach Entfernung von Duplikaten blieben 14 Level-1-Studien. Kinesiotape zeigte eine statistisch signifikante Reduktion der schmerzfreien Bewegungsamplitude. Myofasziale Triggerpunkt-Release verbesserte alle Schmerzscores und den Disability-Score-Index. Skapula-Stabilisationsübungen reduzierten Schmerz, zeigten aber gemischte Ergebnisse für die Bewegungsamplitude. Krafttraining reduzierte Schmerz und verbesserte Propriozeption und Gelenkpositionssinn. Die Autoren schließen, dass alle Techniken vielversprechend sind, aber weitere groß angelegte Studien erforderlich sind. Die Heterogenität der Studien und die unterschiedlichen Endpunkte schränken die Vergleichbarkeit ein.

Knochen und Gelenke

Eine randomisierte kontrollierte klinische Studie von 2017 an 42 konsekutiven Patienten mit Kniegelenkarthrose untersuchte die Wirkung von Kinesiotape auf Funktionalität, Schmerz, Bewegungsamplitude und Muskelkraft im Vergleich zu Placebo-Kinesiotape. Die Patienten wurden in eine Kinesiotape-Gruppe und eine Placebo-Tape-Gruppe randomisiert. Die Beurteilungen erfolgten zu Baseline, nach der ersten Kinesiotape-Anwendung, nach der dritten Anwendung und nach einem Monat. Gemessen wurden der Aggregated Locomotor Function Score, die Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Scale, Schmerz (VAS), Muskelkraft (Handdynamometer) und aktive Bewegungsamplitude (digitales Goniometer). Die Kinesiotape-Gruppe zeigte eine große Abnahme der VAS-Aktivitäts- und Gehaufgaben-Scores im Vergleich zur Placebo-Gruppe von der ersten bis zur dritten Anwendung ($p = 0,009$ bzw. $p < 0,001$) und bis zum 1-Monats-Follow-up ($p = 0,007$ bzw. $p < 0,001$). Die Kinesiotape-Gruppe zeigte eine kurzfristige Verbesserung des VAS-Nachtschmerzes und der Kniebeuge-Bewegungsamplitude nach dem 1-Monats-Follow-up ($p < 0,05$). Es gab keinen statistisch signifikanten Unterschied bei Bewegungsamplitude und Muskelkraft zwischen den Gruppen. Die Autoren schließen, dass Kinesiotape Schmerz und Funktion bei Kniegelenkarthrose verbessern kann. Die Studie ist auf kurzfristige Effekte begrenzt.

Eine randomisierte, scheinkontrollierte Studie von 2019 an 141 Patienten ($65,1 \pm 7,0$ Jahre) mit klinischer und radiologischer Diagnose einer Kniegelenkarthrose untersuchte die Effekte von Kinesiotape auf Schmerz, Funktion, Gang und neuromuskuläre Kontrolle. Die Patienten erhielten Kinesiotape, Schein-Tape oder kein Tape für drei aufeinanderfolgende Tage. Gemessen wurden selbstberichteter Schmerz, Steifheit und Funktion (WOMAC), Balance Error Scoring System, 10-Meter-Gehtest, maximale willkürliche isometrische Kontraktionskraft des Quadrizeps femoris und aktive Kniebewegungsamplitude. Zu Baseline gab es keine Unterschiede zwischen den Gruppen außer bei der Kniebeugung. Die Studie ist auf kurzfristige Anwendung (3 Tage) begrenzt.

Eine systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse von 2019 untersuchte die Effektivität von Kinesiotape allein im Vergleich zu Schein-Tape bei Personen mit muskuloskelettalen Erkrankungen in Interventionen von mindestens einer Woche Dauer. Sechs randomisierte kontrollierte Studien wurden eingeschlossen. Bei Erwachsenen mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen führte Kinesiotape zu überlegenen Effekten auf Schmerz beim Follow-up, jedoch nicht in der unmittelbaren Post-Behandlungsphase und bei Behinderungsscores²⁸. Die Autoren schließen, dass die Evidenz für die Überlegenheit von Kinesiotape gegenüber Schein-Tape begrenzt ist. Die Heterogenität der Studien und die unterschiedlichen Nachbeobachtungszeiträume schränken die Aussagekraft ein.

Weitere Untersuchungen

Eine randomisierte klinische Vorher-Nachher-Studie von 2014 an 54 Patienten mit subacromialem Impingementsyndrom (30–60 Jahre, unilaterale Schulterschmerzen) verglich Kinesiotape plus Übung mit manueller Therapie plus Übung. Die Kinesiotape-Gruppe ($n = 28$) und die manuelle Therapie-Gruppe ($n = 26$) erhielten zusätzlich Kältepackungen fünfmal täglich. Gemessen wurden Schmerz (VAS), Funktion (Disability of Arm and Shoulder Questionnaire) und Supraspinatus-Sehndicke (diagnostischer Ultraschall) zu Baseline und nach 6 Wochen. Beide Gruppen zeigten signifikante Verbesserungen bei Schmerz und Funktion ($p < 0,05$). Kein Unterschied zeigte sich im Ultraschall für die Sehndicke nach Behandlung in beiden Gruppen ($p > 0,05$). Der einzige Unterschied zwischen den Gruppen²⁷ – die Ergebnisse werden im Abstract nicht weiter ausgeführt. Die Studie ist als vorläufige Untersuchung angelegt; größere Studien fehlen.

Eine Übersichtsarbeit mit Metaanalyse von 2023 untersuchte konservative Interventionen zur Behandlung der Rektusdiastase bei postpartalen Frauen. 14 Artikel wurden eingeschlossen. Die Literatur legt nahe, dass abdominale Übungsprogramme im Allgemeinen wirksam sind. Es gibt vorläufige, aber vielversprechende Evidenz für die Wirksamkeit von Elektrostimulation in Kombination mit Übung. Abdominales Kinesiotape kann in Verbindung mit anderen Interventionen verwendet werden⁴². Die Autoren betonen Einschränkungen wie unterschiedliche Messmethoden (Palpation, Kaliper, Ultraschall), unterschiedliche Behandlungszeiträume und eine breite Palette von Übungskombinationen. Die optimale Übungskombination ist derzeit unbekannt.

Eine Scoping-Übersichtsarbeit von 2024 untersuchte die Effekte von Kinesiotape bei Sportlern oder körperlich aktiven Personen auf Schmerz, Leistung/Funktion, Kraft und Verletzungsprävention. 50 Studien wurden eingeschlossen: 10 zu Schmerz, 24 zur Leistung, 12 zu Kraftzuwächsen, 8 zu Propriozeption und Balance, 3 zur Verletzungsprävention. Insgesamt stimmten 54 % der Publikationen zu, dass Kinesiotape nicht wirksam ist, 46 % fanden einige unterstützende Evidenz ⁴⁴. Die Autoren schließen, dass die Wirksamkeit von Kinesiotape variiert, aber die Methode praktisch, einfach und kostengünstig bleibt.

Eine systematische Übersichtsarbeit von 2018 untersuchte die Wirksamkeit von Kinesiotape zur Verbesserung der grobmotorischen Funktion bei Kindern mit Zerebralparese. Fünf randomisierte kontrollierte Studien (Level IIB, PEDro-Score 3–6/8) wurden eingeschlossen. Die Metaanalyse zeigte, dass Taping wirksam war für die Verbesserung der grobmotorischen Funktion im Sitzen und Stehen, gemessen mit dem Gross Motor Function Measure (B) ($p < 0,001$) bzw. (D) ($p < 0,001$) ⁴⁵. Die Autoren schließen, dass moderate Evidenz Kinesiotape am Rumpf als ergänzende Intervention zur Physiotherapie unterstützt. Die Studien sind klein und die methodische Qualität moderat; größere Studien fehlen.

Sicherheit und Verträglichkeit

Eine randomisierte kontrollierte Studie von 2015 an 30 Teilnehmern mit chronischer Sprunggelenkinstabilität untersuchte die unmittelbaren und verlängerten Effekte (7 Tage) von Kinesiotape auf die Balance. Die Teilnehmer wurden in eine Kinesiotape-Gruppe ($n = 15$) und eine Placebo-Tape-Gruppe ($n = 15$) randomisiert. Die Balance wurde unter drei Bedingungen gemessen: ohne Tape, unmittelbar nach Anwendung und nach 7 Tagen Nutzung. Gemessen wurden der Composite SOT Score und die Composite SOT Strategy sowie der Partial Score für SOT-Bedingung 2 und dessen Strategy. Die Repeated-Measures-ANOVA zeigte keine signifikante Interaktion zwischen Gruppe und Zeit im Composite SOT Score ²⁹. Die Autoren schließen, dass Kinesiotape die Balance bei chronischer Sprunggelenkinstabilität nicht verbessert. Die Studie ist auf kurzfristige Effekte und eine kleine Stichprobe begrenzt.

Eine randomisierte klinische Studie von 2012 an 20 Teilnehmern mit Schulterschmerzen (Rotatorenmanschettenläsion mit Impingementsyndrom oder Impingement-Schultersyndrom) verglich Mobilisation with Movement (MWM) plus Kinesiotape mit einem supervidierten Übungsprogramm. Die Teilnehmer wurden randomisiert in zwei Gruppen: Gruppe 1 erhielt MWM und Kinesiotape, Gruppe 2 ein supervidiertes Übungsprogramm. Gemessen wurden aktive schmerzfreie Schulterabduktion und -flexion an den Tagen 0, 5 und 10. Die Verbesserung der aktiven schmerzfreien Schulterbewegungsamplitude war signifikant höher in der Gruppe mit MWM und Kinesiotape. Die Repeated-Measures-ANOVA zeigte signifikante Effekte für Behandlung, Zeit und Behandlung×Zeit-Interaktion ³⁸. Die Autoren schließen, dass MWM und Kinesiotape eine effektive Behandlung zur Verbesserung der Bewegungsamplitude sein könnten. Die Studie ist klein und die Nachbeobachtung kurz.

Gesamtbild

Über alle Gebiete hinweg zeigt sich ein gemischtes Bild. Die Übertragbarkeit auf den klinischen Alltag ist durch kleine Stichproben, unterschiedliche Anwendungsprotokolle und kurze Nachbeobachtungszeiträume eingeschränkt.

Die Studienlage ist insgesamt uneinheitlich. Positive Befunde stammen häufig aus kleinen Studien oder solchen mit kurzer Interventionsdauer, während größere und methodisch robustere Untersuchungen oft keine Überlegenheit gegenüber Placebo zeigen. Die Heterogenität der Taping-Techniken, der Zielpopulationen und der Endpunkte erschwert eine gepoolte Aussage. Für die Praxis bedeutet dies, dass Kinesiotape als ergänzende Maßnahme in Betracht gezogen werden kann, die Evidenz für eine spezifische Wirkung jedoch begrenzt ist. Was fehlt, sind große, methodisch hochwertige Studien mit einheitlichen Protokollen und langfristigen Nachbeobachtungen, die klären, bei welchen Indikationen und mit welcher Technik Kinesiotape einen messbaren Zusatznutzen bietet.

Methodik der Studienlage

Die eingeschlossenen Arbeiten umfassen randomisierte kontrollierte Studien, Crossover-Designs, placebokontrollierte Studien, Beobachtungsstudien sowie systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen. Typische Interventionsdauern reichen von einer einmaligen Anwendung bis zu mehrwöchigen Programmen (z. B. 6 Wochen, 3 Monate). Die Endpunkte variieren stark: Schmerz (VAS, NRS), Funktion (DASH, WOMAC, Roland-Morris), Bewegungsamplitude, Muskelkraft, Propriozeption, Balance und sonographische Parameter. Häufig fehlen verblindete Designs oder die Verblindung ist unvollständig; die Stichprobengrößen sind oft klein. Systematisch fehlen große, multizentrische Studien mit einheitlichen Taping-Protokollen, langfristigen Nachbeobachtungen und unabhängigen Geldgebern. Die Heterogenität der Studien erschwert Metaanalysen und die Ableitung klinischer Empfehlungen.

Die Sham-Anlage als eigentlicher Prüfstein

Die zentrale Frage des Feldes lautet nicht, ob Kinesiotaping etwas verändert, sondern ob es mehr verändert als eine Sham-Anlage. Mehrere kontrollierte Studien haben genau das geprüft und im Titel festgehalten, dass das Tape die Muskelleistung nicht erleichtert und bei chronischen unspezifischen Rückenschmerzen nicht besser abschneidet als ein Placebo. Andere kontrollierte Studien berichten für das Knie eine Verbesserung der wahrgenommenen Schmerzen und der Funktion. Beide Befundgruppen stehen nebeneinander, ohne dass eine die andere aufhebt. Als Mechanismus werden weniger mechanische Stützeffekte diskutiert als eine Wirkung auf die Hautrezeptoren und die über Muskelspindeln vermittelte Wahrnehmung; eine Arbeit beschreibt eine Abschwächung der Ia-Afferenzen.

Entscheiden ließe sich die Frage nur mit Anlagen, die sich in genau einer Variable unterscheiden — Spannung, Zugrichtung oder Hautkontakt —, mit verblindeter Messung, mit objektiven und subjektiven Endpunkten nebeneinander und mit einer Nachbeobachtung, die über den Anlagezeitraum hinausreicht. Solange die Technik zwischen den Studien wechselt, lässt sich ein negatives wie ein positives Ergebnis kaum auf das Verfahren zurückführen.

VERMUTUNG:

Ein Teil der berichteten Wirkung stammt aus der Aufmerksamkeit, die die Anlage auf den betroffenen Körperteil lenkt, und aus der Erwartung, die ein sichtbares Band auslöst. Genau solche Studien wären der nächste Schritt.

3. Wie belastbar die Forschung ist

Der weitaus größte Teil der kontrollierten Studien am Menschen untersucht den Bewegungsapparat, mit Schwerpunkten am Knie, am Sprunggelenk, an der Schulter und an der Lendenwirbelsäule. Daneben stehen Arbeiten zu Sicherheit, zu Knochen und zur Erschöpfung sowie kleinere Gruppen zu Entzündung, Haut und Kognition. Einzelne Arbeiten betreffen onkologische Fragen. Die am häufigsten zitierte Arbeit des Feldes ist eine Übersichtsarbeit zu Sportverletzungen; auch sonst gehören Übersichtsarbeiten und Metaanalysen zu den meistbeachteten Texten. Das Feld ist also breit, und einzelne Fragen sind in Übersichtsarbeiten zusammengefasst. Auffällig ist, dass kontrollierte Arbeiten deutlich häufiger sind als rein beobachtende.

Für ein Verfahren dieser Art ist der Anteil randomisierter und sham-kontrollierter Studien hoch, und mehrere Übersichtsarbeiten mit Metaanalyse bündeln einzelne Fragen. Das sind methodische Stärken. Daneben stehen Schwächen. Ein doppelblindes Vorgehen ist kaum möglich, weil sich das Band nicht verbergen lässt; die Verblindung betrifft meist nur die Messung oder die Auswertung. Manche Arbeiten bezeichnen sich selbst als Pilotstudie, vorläufigen Bericht oder vorläufige Untersuchung. Anlagetechnik, Tragedauer und Endpunkte sind uneinheitlich, die Nachbeobachtung ist oft kurz. Entsprechend gehen die Ergebnisse auseinander: Eine kontrollierte Studie zur Muskelaktivierung und eine zu chronischen unspezifischen Rückenschmerzen fanden keinen Vorteil gegenüber Placebo, während eine kontrollierte Studie am Knie Verbesserungen von Schmerz und Funktion berichtet. **Belegt:** Die Studienlage zu Schmerz und Funktion ist nicht einheitlich.

4. Was häufig behauptet wird — und was die Daten hergeben

AUSSAGE	STUDIENLAGE
Das Tape stützt das Gelenk mechanisch wie ein starres Sporttape	Elastische Anlagen geben der Bewegung nach. Kontrollierte Studien zu Muskelkraft und Sprungleistung fanden keine Erleichterung der Muskelleistung; di
Kinesiotape lindert Rückenschmerzen besser als Placebo	Eine kontrollierte Studie fand bei chronischen unspezifischen Rückenschmerzen keinen Vorteil gegenüber Placebo; eine Metaanalyse hat dieselbe Frage g
Nach einer Anlage verbessert sich die Muskelkraft messbar	Mehrere kontrollierte Studien und eine Metaanalyse zu Kraft, Sprung- und Hüpf tests prüfen diese Annahme. Die Befunde sind nicht einheitlich; ein Teil fin
Das Tape wirkt über die Propriozeption	Die Propriozeption wird in Übersichtsarbeiten zur Schulter und zum Sprunggelenk geprüft. Ob eine veränderte Wahrnehmung Schmerz oder Funktion ver

5. Die belastbarsten Arbeiten

Geordnet nach Aussagekraft, nicht nach Bekanntheit: Übersichtsarbeiten und Studien mit vielen Teilnehmern zuerst. Die vollständige Auswertung umfasst deutlich mehr Arbeiten; hier stehen die tragfähigsten.

Kontrollierte Studien am Menschen

- ¹ Effects of kinesiotape on pain and disability in individuals with chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized ... (2019) — Übersichtsarbeit, 627 Teilnehmer
- ² Effectiveness of Kinesio Taping on the Management of Knee Osteoarthritis: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials (2020) — Übersichtsarbeit, 876 Teilnehmer
- ³ Kinesio Taping for Balance Function after Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis (2019) — Übersichtsarbeit, 1.331 Teilnehmer
- Examining the efficacy of treatments for arm lymphedema in breast cancer survivors: an overview of systematic reviews with meta-analyses (2024) — Übersichtsarbeit, 1.970 Teilnehmer
- ⁴ Does kinesio taping plus exercise improve pain and function in patients with knee osteoarthritis?: A systematic review and meta-analysis of ... (2022) — Übersichtsarbeit, 642 Teilnehmer
- ⁵ Short-Term Effect of Kinesiotaping on Chronic Nonspecific Low Back Pain and Disability: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials (2020) — Übersichtsarbeit, 785 Teilnehmer
- ⁶ Efficacy and safety of kinesiology tape for hemiplegic shoulder pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials (2022) — Übersichtsarbeit, 679 Teilnehmer
- ⁷ The clinical efficacy of kinesio taping in shoulder disorders: a systematic review and meta analysis (2020) — Übersichtsarbeit, 680 Teilnehmer
- ⁸ Effects of kinesiotaping during early post-operative rehabilitation in individuals who underwent a total knee arthroplasty: A systematic review and ... (2024) — Übersichtsarbeit, 534 Teilnehmer

- ⁹ Optimal days of application of kinesiotaping for the treatment of lumbo-pelvic pain during pregnancy. A systematic review and dose-response ... (2024) — Übersichtsarbeit, 527 Teilnehmer
- ¹⁰ Does lower limb kinesio taping affect pain, muscle strength, and balance following fatigue in healthy subjects? A systematic review and meta analysis ... (2024) — Übersichtsarbeit, 837 Teilnehmer
- ¹¹ The efficacy of Kinesio taping in patients with post-stroke dysphagia: A meta-analysis (2024) — Übersichtsarbeit, 724 Teilnehmer
- ¹² Effects of kinesio taping in patients undergoing knee or hip arthroplasty: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials (2025) — Übersichtsarbeit, 2.024 Teilnehmer
- Effectiveness of physical therapy interventions for coccydynia: a systematic review with a narrative synthesis (2025) — Übersichtsarbeit, 515 Teilnehmer
- ¹³ The efficacy of kinesio tape in patients with lateral elbow tendinopathy: A systematic review and meta-analysis of prospective randomized controlled ... (2024) — Übersichtsarbeit, 562 Teilnehmer
- ¹⁴ Efficacy of Kinesio Taping in Reducing Pain in Women With Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review and Meta-Analysis (2025) — Übersichtsarbeit, 566 Teilnehmer
- ¹⁵ Is Kinesio taping an effective approach for acute ankle sprains? A systematic review and meta-analysis (2026) — Übersichtsarbeit, 582 Teilnehmer
- ¹⁶ Effects of Kinesio Taping on Neck Pain: A Meta-Analysis and Systematic Review of Randomized Controlled Trials (2024) — Übersichtsarbeit, 620 Teilnehmer
- ¹⁷ Kinesio taping can relieve symptoms and enhance functions in patients with mild-to-moderate carpal tunnel syndrome: A systematic review and ... (2025) — Übersichtsarbeit, 637 Teilnehmer
- ¹⁸ The effect of Kinesio taping on postoperative complications following mandibular third molar surgery/extraction: a systematic review and ... (2025) — Übersichtsarbeit, 721 Teilnehmer
- ¹⁹ The efficacy of kinesiology tape for rotator cuff injuries: a meta-analysis of randomized trials (2025) — Übersichtsarbeit, 959 Teilnehmer
- ²⁰ Systematic Review of the Effect of Taping Techniques on Patellofemoral Pain Syndrome (2017) — Übersichtsarbeit, 112 Teilnehmer
- ²¹ Does taping in addition to physiotherapy improve the outcomes in subacromial impingement syndrome? A systematic review (2018) — Übersichtsarbeit, 135 Teilnehmer
- ²² Non-elastic taping, but not elastic taping, provides benefits for patients with knee osteoarthritis: systemic review and meta-analysis (2018) — Übersichtsarbeit, 379 Teilnehmer

6. Resümee

Kontrollierte Studien am Menschen bilden den größten Teil der Forschung, mit deutlichem Schwerpunkt am Bewegungsapparat: 242 Arbeiten entfallen auf dieses Gebiet, 51 auf Sicherheit und Verträglichkeit, 36 auf Knochen und Gelenke, 25 auf Erschöpfung und Stress, 16 auf das Entzündungsgeschehen, 13 auf die Haut, 7 auf Kognition und Psyche sowie 6 auf die Onkologie; die Zahlen sind nicht addierbar. Kontrollierte Arbeiten sind deutlich häufiger als rein beobachtende, mehrere Übersichtsarbeiten mit Metaanalyse bündeln einzelne Fragen.

Als Wirkwege werden taktile Reize auf der Haut, eine veränderte Wahrnehmung der Körperposition und eine Entlastung von Strukturen diskutiert; als reine Stütze ist der mechanische Beitrag begrenzt. Eine Crossover-Studie von 2013 an gesunden Teilnehmern fand nach Vibrationsstimulation mit Tape eine größere maximale willkürliche Kontraktion; die Autoren führen dies auf eine verstärkte Ia-Afferenz durch Hauteize zurück. **Vermutung:** Ein Teil der berichteten Schmerz- und Funktionsbesserungen könnte auf Wahrnehmungseffekte und den Hautkontakt selbst zurückgehen. Die Autoren einer Metaanalyse von 2019 halten eine individuelle Anwendung wegen der einfachen Handhabung für erwägenswert.

Zu klären wäre zunächst, ob eine Sham-Anlage tatsächlich inaktiv ist. Eine Studie, die Hautkontakt ohne Spannung von einer Anlage mit Spannung trennt und die Messung verblindet, würde diese Frage beantworten. Nötig wären zudem einheitliche Anlagetechnik, Tragedauer und Endpunkte sowie längere Nachbeobachtung, damit Ergebnisse zusammenfassbar werden. Offen ist auch die Übertragung auf Patienten mit tatsächlicher Muskelhemmung nach Gelenkverletzungen, auf verletzte Sportler statt gesunder Teilnehmer und die Frage, ob Kinesiotape bei spezifischen Verletzungen Vorteile gegenüber anderen elastischen Tapes bietet.

7. Was offen ist

- **Sham-Kontrolle:** Lässt sich ein elastisches Tape so anlegen, dass Hautkontakt und Erwartung konstant bleiben und nur die Spannung wechselt? Diese Frage entscheidet die Aussagekraft eines großen Teils des Feldes.
- **Anlagetechnik:** Welche Spannung, Zugrichtung und Form prüft eine Studie eigentlich? Ohne standardisierte Anlage bleibt jede Zusammenfassung von Studien eine Näherung.
- **Endpunkte:** Wie verhalten sich Schmerzwahrnehmung, Funktion im Alltag und Labormesswerte zueinander? Eine Studie, die alle drei parallel erhebt, steht noch aus.

Häufige Fragen

Wie lange soll das Tape liegen bleiben?

Dazu geben die Studien keine einheitliche Auskunft. Die Tragedauer unterscheidet sich zwischen den Arbeiten; eine Übersichtsarbeit hat Arbeiten zusammengefasst, in denen über mindestens eine Woche behandelt wurde. Eine begründete Ableitung daraus ist nicht möglich, weil die Tragedauer fast nie isoliert variiert wurde.

Ein Patient berichtet nach dem Taping weniger Schmerz. Ist das ein Placeboeffekt?

Im Einzelfall lässt sich das nicht trennen. Sichtbare Anlage und Erwartung wirken mit, deshalb wird gegen eine Sham-Anlage geprüft. Mehrere kontrollierte Studien fanden bei Muskelleistung und bei chronischen Rückenschmerzen keinen Vorteil gegenüber einer solchen Kontrolle, andere berichten verbesserte Schmerz- und Funktionswahrnehmung am Knie. Der Bericht des Patienten bleibt ein relevanter Endpunkt, aber kein Nachweis einer spezifischen Wirkung.

Für welche Anwendungsgebiete ist die Studienlage am dichtesten?

Am dichtesten ist der Bewegungsapparat untersucht, besonders Knie, Sprunggelenk, Schulter und Lendenwirbelsäule; für diese Bereiche liegen auch Übersichtsarbeiten mit Metaanalyse vor. Klar ist das Bild trotzdem nicht, weil Technik und Endpunkte wechseln. Zu Sicherheit, Haut und Knochen gibt es kleinere Gruppen von Arbeiten, zu Kognition und onkologischen Fragen nur einzelne. Dort steht der Forschungsstand am Anfang.

Quellen

- 1 Effects of kinesiotape on pain and disability in individuals with chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials
Li Y, Yin Y, Jia G, Chen H, Yu L, Wu D · 2019
- 2 Effectiveness of Kinesio Taping on the Management of Knee Osteoarthritis: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials
Melese H, Alamer A, Hailu Temesgen M, Nigussie F · 2020
- 3 Kinesio Taping for Balance Function after Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis
Hu Y, Zhong D, Xiao Q, Chen Q, Li J, Jin R · 2019
- 4 Does kinesio taping plus exercise improve pain and function in patients with knee osteoarthritis?: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials
Wu H, Yao R, Wu J, Wen G, Wang Y · 2022
- 5 Short-Term Effect of Kinesiotaping on Chronic Nonspecific Low Back Pain and Disability: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials
Lin S, Zhu B, Huang G, Wang C, Zeng Q, Zhang S · 2020
- 6 Efficacy and safety of kinesiology tape for hemiplegic shoulder pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials
Li L, Zheng Y, He C, Zhao Y · 2022
- 7 The clinical efficacy of kinesio taping in shoulder disorders: a systematic review and meta analysis
Celik D, Karaborklu Argut S, Coban O, Eren I · 2020
- 8 Effects of kinesiotaping during early post-operative rehabilitation in individuals who underwent a total knee arthroplasty: A systematic review and meta-analysis of randomized control trials
Ickert EC, Griswold D, Ross O, Dudash S, Duchon C, Learman K · 2024
- 9 Optimal days of application of kinesiotaping for the treatment of lumbo-pelvic pain during pregnancy. A systematic review and dose-response meta-analysis
Salazar-Méndez J, Núñez-Cortés R, Cuyul-Vásquez I, Sazo-Rodríguez S, Calatayud J, Guzmán-Muñoz E et al. · 2024
- 10 Does lower limb kinesio taping affect pain, muscle strength, and balance following fatigue in healthy subjects? A systematic review and meta analysis of parallel randomized controlled trials
Joveini G, Boozari S, Mohamadi S, Jafari H · 2024
- 11 The efficacy of Kinesio taping in patients with post-stroke dysphagia: A meta-analysis
Li X, Cai H, Tang K, Li F · 2024
- 12 Effects of kinesio taping in patients undergoing knee or hip arthroplasty: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials
Mei T, Shuai Y, Wu D, Yu H · 2025
- 13 The efficacy of kinesio tape in patients with lateral elbow tendinopathy: A systematic review and meta-analysis of prospective randomized controlled trials
Li Y, Mei L, Rahat S, Pang L, Li R, Xiong Y et al. · 2024
- 14 Efficacy of Kinesio Taping in Reducing Pain in Women With Primary Dysmenorrhea: A Systematic Review and Meta-Analysis
Chan WN, Ye F, Ho MH, Lee JJ · 2025
- 15 Is Kinesio taping an effective approach for acute ankle sprains? A systematic review and meta-analysis
Zuo H, Zhang M, Chen P, Wang L, Diao L, Zhang L · 2026
- 16 Effects of Kinesio Taping on Neck Pain: A Meta-Analysis and Systematic Review of Randomized Controlled Trials
Hu Q, Liu Y, Yin S, Zou H, Shi H, Zhu F · 2024
- 17 Kinesio taping can relieve symptoms and enhance functions in patients with mild-to-moderate carpal tunnel syndrome: A systematic review and meta-analysis
Li Z, Liu X, He S, Wu J, Zhu Z, Lu W · 2025
- 18 The effect of Kinesio taping on postoperative complications following mandibular third molar surgery/extraction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials
Abu-Zaid A, Aldoseri YT, Alenezi ATA, Dashti HAM, Aldhafairi LF, Oqlah MDH et al. · 2025
- 19 The efficacy of kinesiology tape for rotator cuff injuries: a meta-analysis of randomized trials
Luo Y, Zhang L, Tang Z, Chen L, Zhou D, Huang H · 2025
- 20 Systematic Review of the Effect of Taping Techniques on Patellofemoral Pain Syndrome
Logan CA, Bhashyam AR, Tisosky AJ, Haber DB, Jorgensen A, Roy A et al. · 2017
- 21 Does taping in addition to physiotherapy improve the outcomes in subacromial impingement syndrome? A systematic review
Saracoglu I, Emuk Y, Taspinar F · 2018
- 22 Non-elastic taping, but not elastic taping, provides benefits for patients with knee osteoarthritis: systemic review and meta-analysis
Ouyang JH, Chang KH, Hsu WY, Cho YT, Liou TH, Lin YN · 2018
- 23 Tactile stimulation with kinesiology tape alleviates muscle weakness attributable to attenuation of Ia afferents
Konishi Y · 2013
- 24 Facilitatory and inhibitory effects of Kinesio tape: Fact or fad?
Cai C, Au IP, An W, Cheung RT, Cheung RT · 2016
- 25 Kinesiology tape does not facilitate muscle performance: A deceptive controlled trial
Poon KY, Li SM, Roper MG, Wong MK, Wong O, Cheung RT et al. · 2015
- 26 Kinesio Taping® is not better than placebo in reducing pain and disability in patients with chronic non-specific low back pain: a randomized controlled trial
Luz Júnior MA, Sousa MV, Neves LA, Cezar AA, Costa LO · 2015
- 27 The clinical and sonographic effects of kinesiotaping and exercise in comparison with manual therapy and exercise for patients with subacromial impingement syndrome: a preliminary trial
Kaya DO, Baltaci G, Toprak U, Atay AO · 2014
- 28 Effects of kinesio taping alone versus sham taping in individuals with musculoskeletal conditions after intervention for at least one week: a systematic review and meta-analysis
Ramírez-Vélez R, Hormazábal-Aguayo I, Izquierdo M, González-Ruiz K, Correa-Bautista JE, García-Hermoso A · 2019
- 29 Effect of Kinesiology Tape on Measurements of Balance in Subjects With Chronic Ankle Instability: A Randomized Controlled Trial
de-la-Torre-Domingo C, Alguacil-Diego IM, Molina-Rueda F, López-Román A, Fernández-Carnero J · 2015
- 30 kinesiotaping reduces pain and modulates sensory function in patients with focal dystonia: a randomized crossover pilot study
Pelosin E, Avanzino L, Marchese R, Stramesi P, Bilanci M, Trompetto C et al. · 2013
- 31 Kinesiotaping for the Rehabilitation of Rotator Cuff-Related Shoulder Pain: A Randomized Clinical Trial
de Oliveira FCL, Pairot de Fontenay B, Bouyer LJ, Desmeules F, Roy JS · 2021
- 32 Efficacy of kinesio tape application on pain and muscle strength in patients with myofascial pain syndrome: a placebo-controlled trial
Öztürk G, Külcü DG, Mesci N, Şilte AD, Aydog E · 2016
- 33 Kinesio taping as a treatment method in the acute phase of ACL reconstruction: A double-blind, placebo-controlled study
Balki S, Göktaş HE, Öztumur Z · 2016
- 34 Effects of combining manual lymphatic drainage and Kinesiotaping on pain, edema, and range of motion in patients with total knee replacement: a randomized clinical trial
Tornatore L, De Luca ML, Ciccarello M, Benedetti MG · 2020
- 35 Kinesio taping in treatment and prevention of sports injuries: a meta-analysis of the evidence for its effectiveness
Williams S, Whatman C, Hume PA, Sheerin K · 2012
- 36 Effect of the Kinesio tape to muscle activity and vertical jump performance in healthy inactive people
Huang CY, Hsieh TH, Lu SC, Su FC · 2011
- 37 Isokinetic knee function in healthy subjects with and without Kinesio taping
Wong OM, Cheung RT, Cheung RT, Li RC · 2012
- 38 Mobilization with movement and kinesiotaping compared with a supervised exercise program for painful shoulder: results of a clinical trial
Djordjevic OC, Vukicevic D, Katunac L, Jovic S · 2012
- 39 Comparison between Kinesio Taping and a Traditional Physical Therapy Program in Treatment of Nonspecific Low Back Pain
Kachanathu SJ, Alenazi AM, Seif HE, Hafez AR, Alroumim MA · 2014
- 40 Does Kinesiotaping improve pain and functionality in patients with newly diagnosed lateral epicondylitis?
Eraslan L, Yuce D, Erbilici A, Baltaci G · 2018
- 41 Effects of Kinesio tape on lower limb muscle strength, hop test, and vertical jump performances: a meta-analysis
Yam ML, Yang Z, Zee BC, Chong KC · 2019
- 42 The Effects of Conservative Interventions for treating Diastasis Recti Abdominis in Postpartum Women: a Review with Meta-analysis
Weingerl I, Kozinc Ž, Šarabon N · 2023
- 43 Effects of elastic kinesiology taping on shoulder proprioception: a systematic review
Ager AL, de Oliveira FCL, Roy JS, Borms D, Deraedt M, Huyge M et al. · 2023
- 44 Kinesio taping in sports: A scoping review
Dehghan F, Fouladi R, Martin J · 2024
- 45 The efficacy of kinesiology taping for improving gross motor function in children with cerebral palsy: A systematic review
Unger M, Carstens JP, Fernandes N, Pretorius R, Pronk S, Robinson AC et al. · 2018

International Health Research

Forschung, eingeordnet. Jede Aussage führt zur Originalarbeit; die Entscheidung im Einzelfall trifft die behandelnde Person.
ih-research.com/wissen/kinesiotaping/ · Stand 2026-09-23