

Kinesio Tape in der Logopädie – ein Überblick

Wirkungsweise – Einsatzmöglichkeiten – Studienlage

Anne Tenhagen

ZUSAMMENFASSUNG. Wer sich heute durch den Dschungel der Fortbildungsangebote schlägt, wird um das Thema Taping in der Logopädie nicht herumkommen. Der folgende Artikel gibt einen Überblick über die Entstehung und Wirkungsweisen, die Techniken und Einsatzmöglichkeiten des Tapes im sprachtherapeutischen Bereich. Zusätzlich wird die internationale Studienlage beschrieben, um die aktuelle Evidenzlage vorzustellen. Durch das Erlernen der Tapingmethode werden Therapeuten in die Lage versetzt, die vorgeschlagenen Anlagetechniken individuell an die Bedürfnisse ihrer Patienten anzupassen.

Schlüsselwörter: Kinesio Tape – Taping – Logopädie – Elastisches Tape

Hintergrund

Die Tapingmethode wurde in den 1980er-Jahren durch den japanischen Arzt Dr. Kenzo Kase entwickelt. Hierbei werden elastische Tapes an unterschiedlichen Körperstellen angebracht. Sie haben die Aufgabe, die Muskelfunktion zu verbessern, Zirkulationseinschränkungen und Ödeme zu beseitigen, Schmerzen zu reduzieren und die Gelenkfunktion zu unterstützen.

Sie bestehen aus einem elastischen Baumwollgewebe, das rückseitig mit Acrylkleber beschichtet ist, und schränken die Bewegungsfreiheit des Patienten nicht ein (Kumbrink 2018). Bewegung ist im Gegenteil sogar Voraussetzung für eine optimale Wirkung des Tapes. Daher leitet sich auch der bekannte Name „Kinesio Taping“ ab, denn das griechische Wort „kinesis“ bedeutet „Bewegung“ (Habsch 2018).

Das Tape bietet ein breites Anwendungsspektrum und wird von Physiotherapeuten, Sportmedizinern, Orthopäden, Ergotherapeuten, Hebammen, Logopäden und mittlerweile sogar in der Tiermedizin eingesetzt. Es stellt dabei eine sinnvolle Ergänzung zu den herkömmlichen Therapiemethoden dar.

Wirkweise und Anlagetechniken

Das Tape besitzt eine Vorspannung von 10 %, die der Elastizität des menschlichen Muskels entspricht, und ist dehnbar bis zu 140 % seiner Ursprungslänge. Im Allgemeinen werden vier Anlagetechniken unterschieden:

- Die erste ist die *Muskelanlage*. Hier verläuft der Tapeastreifen entlang des funktionellen Muskelverlaufs zwischen *Punctum fixum* und *Punctum mobile*. Je nach Verlaufsrichtung des Tapes wirkt die Anlage auf den Muskeltonus reduzierend oder steigernd. Das Tape ist hierbei ungedehnt.
- Die zweite Form ist die *Ligamenttechnik*. Diese wird bei Anlagen über Bänder und Sehnen hinweg verwendet, um diese zu entlasten und zu unterstützen. Sie lässt sich ebenfalls verwenden, um einen Einfluss auf Schmerz-, Akupunktur- und Triggerpunkte zu nehmen. Durch das Anheben der Haut erfolgt eine unmittelbare Druckentlastung, was zu einer sofortigen Schmerzreduktion führen sollte.
- Die *Korrekturanlage* als dritte Technik hat das Ziel, funktionelle Fehlstellungen und falsche Bewegungsmuster zu korrigieren. Ebenfalls kann sie bei faszialen Verhärtungen und Verklebungen angewandt werden, um diese aufzulockern.
- Die vierte Anlagetechnik stellt die *Lymphanlage* dar. Sie kann entweder bei strukturell intaktem oder strukturell gestörtem Lymphsystem, wie z.B. nach dem Entfernen von Lymphknoten, eingesetzt werden (Habsch 2018, Kumbrink 2018, Roth 2018). Der Markt bietet eine Vielzahl unterschiedlicher Tapes an. Hierbei bieten hochwertigere eher die Sicherheit, dass das Baumwollgewebe eine gleichbleibende, beständige Elastizität aufweist und der Kleber keine Hautirritationen hervorruft.

Anne Tenhagen (M.Sc.) ist Logopädin. Im Anschluss an ihre Ausbildung in Göttingen absolvierte sie den interdisziplinären Bachelor an der HS Osnabrück und beschäftigte sich in ihrer Bachelorarbeit erstmals mit dem Taping zur



Behandlung eines inkompletten Mundschlusses. Seit 2015 gibt sie Fortbildungen zum Einsatz des elastischen Tapes in der Logopädie. Nach dem Master der Lehr- und Forschungslogopädie an der RWTH Aachen ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der EUFH in Brühl, als angestellte Logopädin und freiberufliche Dozentin tätig.

Die klassischen Tapefarben sind Blau, Rot, Schwarz und Beige. Die Farbe kann unterstützend eingesetzt werden, indem schwache Strukturen mit der anregenden Farbe Rot und energiearme Strukturen mit beruhigendem Blau getapt werden. Beige eignet sich gut für Anlagen im Gesichtsbereich. Es muss jedoch erwähnt werden, dass die Materialeigenschaft aller Tapes einer Marke identisch sind und sich lediglich die Farbe unterscheidet. Auch wenn die Farbenlehre angewandt werden kann, ist am Ende die korrekte Anlage durch den Therapeuten, qualitativ hochwertige Materialeigenschaften sowie die Compliance des Patienten ausschlaggebend für den Erfolg der Methode (Kumbrink 2018, Habsch 2018, Ilbeygui 2016).

Neben den klassischen Taperollen gibt es sogenannte Crosstapes (auch Gitterpflaster), die elektrostatisch geladen sind und punktuell die Haut anheben. Die Haut ist mit einer Vielzahl an Rezeptoren ausgestattet, die komplex mit den inneren Organen und dem Gehirn verschaltet sind, um Informationen über Schmerzzustände und Wahrnehmungen weiterzuleiten. Geht man mit den statisch negativ geladenen Crosstapes über die gesunde, ebenfalls negativ geladene Haut reagieren diese nicht. Erst bei der erkrankten positiv geladenen Stelle, die Akupunktur-, Schmerz- und Triggerpunkte sein kön-

nen, zieht sich das Crosstape von selbst an die Haut an. Die überschüssige Energie der Crosstapes wird an diesen entladen und entlastet die Hautoberfläche. Dies führt zu einer reflektorischen Information im Körper und aktiviert die Selbstheilungskräfte. Da sich das Tape seinen Platz selbstständig sucht, ist es auch durch den Laien anwendbar. Das Anbringen sollte immer unter Vordehnung der jeweiligen Struktur geschehen (Kumbrink 2018, *Kandt* 2010).

Einsatzmöglichkeiten in der Logopädie

Durch die unterschiedlichen Anlagetechniken ergibt sich eine Vielzahl an Anwendungsmöglichkeiten in der logopädischen Therapie. Im Folgenden wird ein Überblick gegeben, der keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Er soll vielmehr einen Einblick in Möglichkeiten von Tapeanlagen geben, die das logopädische Tätigkeitsfeld ergänzen können. Jeder Anlage ist eine Befundung der jeweiligen Struktur sowie das Abfragen von Kontraindikationen vorzuschalten. Die beschriebenen Anlagen stellen jeweils häufig vorkommende Störungsbilder dar und können an die individuellen Bedürfnisse des Patienten angepasst werden. Die Anlagen können vor, während oder nach der logopädischen Therapie erfolgen.

■ **Abb. 1. Tonisierende Anlage des M. orbicularis oris**



Anlagen im orofazialen Bereich

Unterschiedliche Muskelanlagen unterstützen die Arbeit im orofazialen Bereich. Möglichkeiten sind die Verbesserung des Mundschlusses durch Stärkung des M. orbicularis oris oder Schwächung des Gegenspielers M. mentalis (Abb. 1).

Bei einer Hyperaktivität des M. masseter kann dieser detonisiert werden, z.B. im Zusammenhang mit Bruxismus. Eine tonisierende Anlage kann ebenfalls bei verletztem innervierenden Nerv verwendet werden, wie z.B. bei einer Fazialisparese. Hierbei können

■ **Abb. 2: Beispielanlage Fazialisparese**



das Heben des Mundwinkels, das Schließen des Auges und das Runzeln der Stirn aktiviert werden (Abb. 2).

Bestehen Probleme des Patienten, Speisereste aus den Wangentaschen wieder auf die Zahnreihen zu befördern, ergibt sich die Möglichkeit einer tonisierenden Muskelanlage des M. buccinatoris. Verändert man bei der gleichen Zielstruktur des M. buccinatoris die Anlagetechnik, so lässt sich eine andere Indikation ableiten. Sofern die Anlage als Ligamentanlage mit Zug geklebt wird, entsteht ein Liftingeffekt, der die Wangen von den Zahnreihen fernhält. Dazu kann eine mögliche Indikation das Wangenbeißen bei Sensibilitäts Einschränkungen sein. Dieser Liftingeffekt kann ebenfalls auf Höhe der Nasennebenhöhle angewendet werden. Hierdurch wird der Atemweg vergrößert und der Sekretabfluss unterstützt. Eine Ligamentanlage oberhalb des Kiefergelenks kann genauso Entlastung bringen wie ein Crosstape an der gleichen Position.

Im orofazialen Bereich besteht ebenfalls die Möglichkeit der Korrekturanlage. Diese wird bei Kieferabweichungen eingesetzt. Die Anlage kann die Kieferposition lateral, ventral oder cranial korrigieren, je nach Indikation des Patienten. Die Manipulation knöcherner Strukturen sollte in hohem Maße durchdacht sein, da sie einen großen Einfluss auf das Kiefergelenk sowie die Halswirbelsäule und Zahnstellung hat. Eine kurzzeitige Korrekturanlage kann z.B. sehr hilfreich in einer Anbahnungssequenz eines Lautes sein, sofern die Kieferposition hier besonders bedacht werden muss (Abb. 3).

Anlagen zur Kehlkopfhebung oder -absenkung

Bei Anlagen im Kehlkopfbereich sollte man stets beachten, dass es sich hierbei um eine sehr sensible Region handelt. Eine Anlage, die zu nah am Kehlkopf oder an der Trachea geklebt wird, wird zumeist als unangenehm empfunden. Daher sollte lediglich die umliegende Muskulatur getapt werden. Hierbei kann über die supra- bzw. infrahyoideale Muskulatur ein unmittelbarer Einfluss auf den Kehlkopfstand genommen werden. Tonisiert man die Kehlkopfheber (M. geniohyoideus) und detonisiert die Kehlkopfsenker (M. sternohyoideus), so provoziert man einen Kehlkopfhochstand. Dies unterstützt die Kehlkopfelevation bei vorliegender Dysphagie.

Gegenteilig lässt sich durch die Tonisierung der Kehlkopfsenker und Detonisierung der Kehlkopfheber ein Kehlkopftiefstand hervorrufen, ein Ziel, das im Rahmen der Dysphonie-therapie relevant ist. Sofern eine Auslösung des Schluckreflexes über einen Triggerpunkt am Mundboden manuell möglich ist, kann dieser auch über den Liftingeffekt einer en-bloc Anlage erreicht werden. Der Effekt einer erhöhten Schluckfrequenz ist dann für einen begrenzten Zeitraum zu beobachten.

Anlagen am Rücken und im Hals-, Nacken- und Schulterbereich

Kommt es zu einem erhöhten Tonus im Schulter- und Nackenbereich, kann eine detonisierende Muskelanlage des Trapeziusmuskels angeboten werden (Abb. 4, nächste Seite). Bei Verspannungen im Bereich des Nackens oder der seitlichen Halsmuskulatur kann auch eine detonisierende Muskelanlage des M. semispinalis capitis oder der Mm. scaleni helfen. Auch bei Rückenschmerzen im Lenden- und Brustwirbelbereich können detonisierende Muskelanlagen eingesetzt werden. Neben den Möglichkeiten zur Reduktion von

■ **Abb. 3: Korrekturanlage der Mandibula nach links zur Unterstützung der Lautanbahnung**



■ **Abb. 4: Detonisierende Muskelanlage des M. trapezius (Pars descendens)**



Muskelverspannungen besteht außerdem die Option der Haltungskorrekturen des Oberkörpers und der Schulterposition. Hierfür wird die Korrekturanlage verwendet.

Anlagen zur Unterstützung der kosto-abdominalen Atmung

Sofern innerhalb der Therapie an einer kosto-abdominalen Atmung gearbeitet wird, lässt sich diese mit zwei unterschiedlichen Anlagetechniken ergänzen. Hierdurch hat der Patient die Möglichkeit, die Tapeanlage auch nach der Therapiesitzung weiter zu tragen und das neue Atemmuster zu integrieren. Entweder kann eine tonisierende Muskelanlage des M. transversus abdominis gewählt werden. Diese Anlage eignet sich bei Patienten, die gut auf leichten Druck in den Flanken reagieren. Oder die Ligamentanlage auf dem Diaphragma anterior und posterior wird gewählt, die die Einatmung fördert.

Studienlage

Die Wirksamkeit der vorgestellten Einsatzmöglichkeiten des elastischen Tapes in der Logopädie ist nur selten in qualitativ hochwertigen Studien nachgewiesen. Hier besteht ein großer Bedarf an zukünftiger Forschung. Jedoch ist die Anwendung von Kinesio Tape in der sprachtherapeutischen Disziplin noch recht jung, sodass zunehmend mehr Studien veröffentlicht werden. Im Folgenden wird hierüber ein Überblick gegeben.

Mundschluss

Bei 15 Kindern mit neurologischen Auffälligkeiten konnte nach einem Zeitraum von 30 Tagen bei tonisierender Muskelanlage des M. orbicularis oris zusätzlich zur logopädischen Therapie eine Verbesserung des Mundschlusses und vermindertes Drooling festgestellt werden (Mikami et al. 2017). Fuhr & Müssing (2019) berichten, dass eine Ligamentanlage am Mundboden ergänzend zur logopädi-

schen Therapie gegenüber der Kontrollgruppe zu einem verbesserten Mundschluss und einer annähernden Gesichtsmorphologie führt. Auch Kerrom (2018) berichtet über die Verbesserung der Mundschlussfähigkeit durch Taping-Behandlung bei einer Jugendlichen mit myotoner Dystrophie Typ 1 (Curschmann-Steinert).

Temporomandibuläre Dysfunktion

Benlidayi und Kollegen (2016) überprüften den Einfluss von Tape bei temporomandibulären Dysfunktionen in einer Interventionsgruppe von 14 Patienten und einer ebenso großen Kontrollgruppe. Beide Gruppen nahmen an einem Übungsprogramm teil, das Dehn- und isometrische Kraftübungen über einen Zeitraum von sechs Wochen vorsah. 14 Probanden erhielten zusätzlich eine Y-Ligamentanlage parallel zum Kiefergelenk, die zweimal drei Tage getragen wurde.

Die Ergebnismessung nach sechs Wochen zeigte, dass die Tape-Gruppe eine größere Kieferweite gegenüber der Kontrollgruppe erreichen konnte und sowohl signifikant geringere Schmerzen im Ruhezustand als auch bei der Palpation des Kiefergelenks und der Kaumuskelatur hatte. Darüber hinaus wurde die Trainingseffektivität von den getapten Probanden als signifikant höher eingeschätzt als bei der Kontrollgruppe.

Liets-Kijak et al. (2018) bestätigen die Ergebnisse. Sie verglichen den Effekt der gleichen Anlage bei 30 Patienten mit temporomandibulärer Dysfunktion im Vergleich zu einer gleichgroßen Gruppe, die eine physiotherapeutische Triggerpunkttherapie erhielt. Beide Gruppen verbesserten sich, die Tapegruppe jedoch mehr.

Eine weitere Studie beschäftigte sich mit dem Einfluss des Tapes auf die Kaumuskelatur. Hierbei verglichen Ginszt et al. (2016) per EMG-Messung die Aktivität des M. temporalis und des M. masseters in Ruhe und beim Zubeißen, bevor und nachdem eine detonisierende Muskelanlage am M. trapezius angelegt wurde. An der Studie nahmen 30 gesunde Probanden teil. Beim Zubeißen mit Tapeanlage konnte eine signifikant geringere Anspannung der Kaumuskelatur im Vergleich zu Teilnehmern ohne Tape festgestellt werden.

Dysphagie

Für den positiven Effekt von Kinesio Tape in der Dysphagiebehandlung gibt es anfängliche Nachweise. Heo &

Kim (2015) wiesen an 11 Schlaganfallpatienten, die eine Tapeanlage des Trapeziummuskels, dem M. sternocleidomastoideus und der äußeren Kehlkopfmuskulatur (M. digastricus, M. mylohyoideus, M. geniohyoideus) erhielten, einen signifikanten Unterschied und positive Effekte bezüglich der vertikalen Bewegung des Zungenbeines und der Kehldrehtrotation gegenüber der gleichgroßen Kontrollgruppe nach.

In einer Pilotstudie konnte Müller (2016) nur leichte Verbesserungen mit einer tonisierenden Anlage am Mundboden zur Verbesserung der Schluckfähigkeit feststellen. Auch wenn diese im Prä-Post-Design signifikant besser war, kann sie nicht als repräsentativ bewertet werden, da das Tape nur 24 Stunden getragen wurde.

Eine Einzelfallstudie beleuchtete den Einsatz des Tapes bei einem Frühgeborenen mit geburtsbedingtem Hirnödem (Geburt mit 28 Wochen, Tapeanlage im Alter von 40 Wochen), dessen Suchreflex und Mundschluss dank tonisierender Muskelanlagen am M. orbicularis oris und M. masseter und M. mylohyoideus nach einer Woche verbessert werden konnten (Lin et al., 2016).

Dysphonie

Die HNO-Abteilung der Uniklinik in Siena hat zwei Studien zum Nutzen von Kinesio Tape bei Dysphonie durchgeführt. In beiden wurde die herkömmliche logopädische Therapie um eine tonisierende Anlage des M. sternohyoideus ergänzt, um die Kehlkopfabsenkung zu begünstigen. In der ersten Studie (Mezzedimi et al. 2017) konnte kein zusätzlicher Therapieeffekt durch den Einsatz von Tape nachgewiesen werden. Jedoch wurde die Interventionsgruppe nur in einer der sechs Wochen Interventionszeitraum getapt, sodass kein repräsentativer Unterschied zu erwarten war. Diesen methodischen Mangel gleicht das Team (Mezzedimi et al. im Druck) in einer zweiten Studie aus, in der dyspho-

■ **Abb. 5: Tonisierende Anlage M. sternohyoideus (nach Mezzedimi et al. 2018)**



nische Sänger behandelt wurden. In zwei Gruppen (je 15 ohne und mit Tape) wurde das Tape diesmal bei jeder der 10 Therapieeinheiten über einen Zeitraum von zwei Monaten angelegt und sollte von den Probanden so lange wie möglich getragen werden. Es zeigten sich signifikante Verbesserungen in den Parametern Jitter und Shimmer sowie im Singers Voice Handicap Index gegenüber der Kontrollgruppe. Ebenfalls zeigte sich insgesamt eine schnellere Verbesserung der gemessenen Stimmparameter, die den zusätzlichen Einsatz von Tape zur Stimmtherapie unterstützt. (Abb. 5)

Weiterführende Hinweise

Taping ist leider nicht für jeden Patienten geeignet, da es unterschiedliche Kontraindikationen gibt. Hierzu zählen nach Roth (2018):

- jegliche Art von Hautverletzungen
- akute Neurodermitis und Psoriasis
- Hautallergien (v.a. Acrylunverträglichkeit)
- frische Narben und Frakturen sowie unklare Neuralgien
- Gefäßerkrankungen und gestörte Sensibilität (erfordern gesonderte Abklärung)
- frühe Schwangerschaft (bis 3. Monat)
- im Gesichtsbereich: kein Tape im Mundbereich bei Erkältungen und Leckezemen

Sollte es zu Hautreaktionen in Form von Jucken oder Ausschlag kommen, muss das Tape unmittelbar entfernt werden. Wichtig ist, dass das Tape nicht im trockenen Zustand entfernt wird, sondern bestenfalls im Nasen, da sonst Teile der Hautschicht mitentfernt werden können.

Das Taping umfasst viele Aspekte, die bedacht und beherrscht werden müssen. Daher ist das Erklären einer Anlage nicht als Kurzformat möglich. Einige der Anlagen, v.a. die im Gesichtsbereich, sollen lediglich in der Therapie oder im häuslichen Umfeld getragen werden. Dies ist jeweils in Absprache mit dem Patienten zu vereinbaren. Hierfür besteht die Möglichkeit, den Patienten selbst oder einen Angehörigen für die jeweilige Anlage anzuleiten. Dieser wird dann in ausreichendem Maße über Ziel, Wirkweise, Vorbereitung, Anlage (theoretisch und praktisch), Entfer-

nung und Kontraindikationen aufgeklärt. Erfahrungsgemäß ist der Sinneseindruck der Tapes im Gesichts- und Halsbereich sehr unterschiedlich stark, sodass die Tragedauer der ersten Anlagen allein vom Patient bestimmt werden sollte.

Zwar sollte direkt nach der Anlage beim Patienten ein positiver Effekt eintreten, der sich durch eine Schmerzlinderung, eine geführte Bewegung oder eine veränderte Wahrnehmung äußert, jedoch sollte nicht die Erwartung an das Tape gestellt werden, dass eine einzige Anlage ausreicht, um den Effekt dauerhaft aufrechtzuerhalten. Teilweise sind die bestehenden Verhaltensmuster über viele Jahre oder durch eine fortschreitende Krankheit manifestiert, sodass ein Tape häufiger und über einen längeren Zeitraum angelegt werden muss, um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen. Insofern sind Studien wünschenswert, die einen längeren Interventionszeitraum integrieren können, um nicht nur Kurzeffekte nachzuweisen.

Fazit

Das elastische Tape stellt eine sinnvolle Ergänzung zur bestehenden logopädischen Therapie dar und kann die Therapieeffizienz steigern. Therapeuten sollten die Methode in einer Fortbildung erlernen, um sie sicher praktisch anwenden zu können und die Hintergründe ausreichend zu kennen. Es besteht weiterhin ein Bedarf an qualitativ hochwertigen Studien innerhalb der sprachtherapeutischen Disziplin, um den Einsatz der Methode evidenzbasiert begründen zu können. Vor allem die Absicherung von Langzeiteffekten steht noch aus.

LITERATUR

- Benlidayi, I.C., Salimoc, R., Kurkcu, M. & Guzel, R. (2016). Kinesio Taping for temporomandibular disorders: single-blind, randomized, controlled trial of effectiveness. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation* 29 (2), 373-380
- Fuhr, T. & Müssig, M. (2019). Logo meets Physio. Kurzeffekte von Kinesio Taping bei Kindern mit myofunktionellen Störungen – ein interdisziplinärer Ansatz. *Forum Logopädie* 33 (1), 26-30

- Ginszt, M., Berger, M., Bakalczuk, M. & Gawda, P. (2016). Influence of Kinesio Tape application on masticatory muscles activity evaluated using surface electromyography – a pilot study. *European Journal of Medical Technologies* 2 (11), 22-27
- Habsch, J. (2018). *Kompaktkurs Kinetische Tapes. Praxisorientierte Einführung und Handbuch zur Taping-Therapie am Bewegungsapparat*. Diessen: Habsch
- Heo, S. & Kim, K. (2015). Immediate effects of Kinesio Taping on the movement of the hyoid bone and epiglottis during swallowing by stroke patients with dysphagia. *Journal of Physical Therapy Science* (27) 11, 3355-3357
- Ilbeygui, R. (2016). *Taping. Techniken – Wirkungen – Klinische Anwendung*. München: Elsevier
- Kandt, O. (2010). *Die Heilkraft der Gitterpflaster. Sanfte Reize mit großer Wirkung – Schmerzfrei ohne Medikamente*. Hannover: BWH
- Kerrom, A. (2018). K-Taping in der Logopädie. *Forum Logopädie* 32 (3), 28-32
- Kumbrink, B. (2018). *K-Taping. Grundlagen – Anlagentechniken – Indikationen*. Berlin: Springer
- Lin, C., Wu, W., Chang, K., Lin, H. & Chou, L. (2016). Application of Kinesio Taping method for newborn swallowing difficulty. A case report and literature review. *Medicine* 95 (31),1-3
- Litz-Kijak, D., Kopacz, L., Ardan, R., Grzegozcka, M. & Kijak, E. (2018). Assessment of the short-term effectiveness of Kinesiotaping and trigger points release used in functional disorders of the masticatory muscles. *Pain Research and Management*. Vol. 2018, Art. ID 5464985, <https://doi.org/10.1155/2018/5464985>
- Mezzedimi, C., Spinosi, M., Mannino, V., Ferretti, F. & Al-Balas, H. (im Druck). Kinesio Taping application in dysphonic singers. *Journal of Voice*
- Mezzedimi, C., Livi, W. & Spinosi, M. (2017). Kinesio Taping in dysphonic patients. *Journal of Voice* 31 (5), 589-593
- Mikami, D., Furia, C. & Welker, A. (2017). Addition of Kinesio Taping of the orbicularis oris muscles to speech therapy rapidly improves drooling in children with neurological disorders. *Developmental Neurorehabilitation*, DOI: 10.1080/17518423.2017.1368729
- Müller, T. (2016). *Das Kinesio-Tape in der Behandlung oropharyngealer Dysphagien – Dysphagie-Therapie nach akutem Schlaganfall*. Saarbrücken: Akademikerverlag
- Roth, R. (2018). *Taping. Der große Bildatlas Kinesiologisches Taping*. Berlin: KVM

DOI dieses Beitrag (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2019-53020190203

Autorin

Anne Tenhagen
Europäische Fachhochschule Brühl
Comesstr. 1-15
50321 Brühl
a.tenhagen@eufh.de

SUMMARY. Kinesio taping on speech and language therapy – an overview

Anyone who enters the world of advanced training offers will find it hard to miss the topic of Kinesio taping for speech and language therapy. This article provides an overview of the development, modes of action, techniques and the possibilities for using tape in the field of speech therapy. Moreover, international studies will be described to present the actual evidence. By learning the taping method therapists can adapt the proposed techniques to the individual needs of their patients.

KEY WORDS: Kinesio tape – taping – speech and language therapy – elastic tape