

Bobath

Bearbeitet von
Hille Viebrock, Barbara Forst

1. Auflage 2007. Taschenbuch. 280 S. Paperback
ISBN 978 3 13 143381 7
Format (B x L): 17 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Physiotherapie, Physikalische Therapie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

**beck-shop.de**
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Bobath-Konzept stellt somit einen therapeutischen Ansatz dar, der in besonderer Weise den Anforderungen der heutigen Rehabilitationsleistungen nachkommt.

3.2 Bobath–Therapie bei Erwachsenen

Christoph Hofstetter

Das Bobath-Konzept ist für Therapeuten ein problemlösender Zugang zur Untersuchung und Behandlung von Patienten mit erworbenen neurologischen Erkrankungen. Bei diesen Patienten finden sich vielfältige Störungsbilder im biopsychosozialen Bereich, die auf eine zentralnervöse Läsion zurückzuführen sind. Der Lösungsansatz innerhalb des Bobath-Konzeptes umfasst mehr als den ausschließlichen Umgang mit Tonus- und Funktionsstörungen. Vielmehr wird der Mensch in seiner Gesamtsituation und Gesamtfunktion sowie seiner Anpassungsfähigkeit an sich ändernde Situation betrachtet und untersucht. Mayston (2000) beschreibt, dass das Bobath-Konzept nicht eine Aneinanderreihung von Behandlungen und Techniken ist. Es ist ein Analysieren, Beobachten und Deuten von Aufgabenbewältigungen und den damit verbundenen Leistungen des Patienten.

3.2.1 Prinzipien

Die von der IBITA entwickelten theoretischen Annahmen des Bobath-Konzeptes von 2006 stellen das Prinzip des *selbstständigen Problemlösungsprozesse des Patienten* in den Vordergrund der Behandlung (IBITA 2007). Diese Problemlösungsprozesse im Bobath-Konzept werden unterstützt und erarbeitet unter Berücksichtigung der folgenden therapeutischen Prinzipien, die auf den Schlüsselaspekten der IBITA basieren:

- aufgabenorientiertes Handeln,
- Integration der Aspekte des motorischen Lernens (Aktivität, Variation, Repetition, Shaping, Leistungsgrenze, Alltagsrelevanz),
- berücksichtigen der posturalen Kontrolle,
- beachten der internen Repräsentation bzw. des Körperbildes,
- berücksichtigen des Alltags des Patienten (Shumway-Cook 1995).

Ein weiteres Prinzip der Therapie nach dem Bobath-Konzept definierte Berta Bobath bereits in den

70er-Jahren mit dem Satz: „Mach es möglich, mach es notwendig, lass es geschehen“ (1977, o.S.). Dieses therapeutische Prinzip bedeutet für die Praxis, dass die Aktivitäten und Bewegungsmuster des Patienten zugelassen werden, um zu erkennen, wo der Patient vorbereitende Maßnahmen benötigt, sodass er dieselben Aktivitäten anschließend effektiver durchführen kann (Abb. 3.10).

Eigenaktivitäten des Patienten werden in allen Phasen (auch in der frühen Phase) der neurologischen Rehabilitation frühzeitig zugelassen. Schon in dieser Situation wollen die meisten Patienten ihre Unabhängigkeit durch Bewegungserfahrung zurückgewinnen, und seien sie auch noch so minimal und unbeholfen. Sie versuchen herauszufinden, welche Bewegungsmuster ihnen in ihrer Mobilität im Bett, bei den Bewegungsübergängen, während des Stehens und der ersten Schritte hilfreich für sie sind. Auf der Basis des Lernens nach Versuch und Irrtum entwickelt er für sich sinnvolle und vielleicht weniger sinnvolle Bewegungsmuster. Genau hier ist die therapeutische Analyse, die daraus resultierende erste Vermutung von großer Bedeutung. Die darauf aufbauende therapeutische Intervention kann im Sinne des Zulassens, Ausprobierens und Variierens auf Seiten des Patienten sein. Es kann sich aber auch ein modifizierendes Angebot für die Aktivität des Patienten entwickeln. Dieselbe Vorgehensweise gilt natürlich in angepasster Form für alle anderen Phasen der neurologischen Rehabilitation.

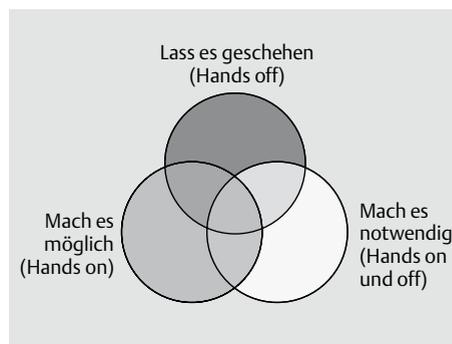


Abb. 3.10 Interpretation des therapeutischen Handelns nach Berta Bobath (1977, Hofstetter 2006).

3.2.2 Prinzip des selbstständigen Problemlösungsprozesses

Die Möglichkeit der selbstständigen Problemlösung innerhalb einer Behandlung ist die Grundlage für den Patienten, den schwierigen Weg der Selbstständigkeit eigenverantwortlich zu gestalten: zunächst im klinischen Alltag, später im häuslichen Umfeld und schließlich außerhalb. Eine zu direktive Gestaltung der Therapie schafft hingegen Abhängigkeiten. Schon zu Beginn der Erkrankung ist es für den Patienten notwendig, dass er ein Eigenübungsprogramm zur Steigerung seines bereits vorhandenen Bewegungspotenzials erhält. Dies müssen nicht 10 verschiedene Übungen sein. Günstiger ist vielmehr das Vermitteln von Bewegungsstrategien z. B. zur Steigerung seiner Beweglichkeit im Bett. Viele Patienten sind oft wochenlang nicht in der Lage sich selbstständig im Bett zu drehen, von der Rücken- in die Seitenlagen zu gelangen oder aus der Rückenlage in den Sitz an der Bettkante.

Von Anfang an ist es notwendig, die Integration der hemiparetischen Seite in alle Bewegungsabläufe, Bewegungsübergänge und Alltagsaktivitäten zu fördern. Im „Experimentieren“ mit dieser Seite kann der Patient erfahren, wie er erste Muskelaktivitäten initiieren kann, wie er selbst seine Hand und die Finger sensorisch stimuliert und präventiv bei einer starken Subluxation der hemiparetischen Schulter, diesen Arm vorsichtig in Alltagsaktivitäten integriert, lagert, sodass er nicht an ihm zerrt oder ihn gar als Anhängsel nicht berücksichtigt und als nicht gebrauchsfähig einschätzt. Die scheinbare frühe Selbstständigkeit durch das bekannte Einhändertraining beim Waschen, An- und Ausziehen, bei der Nahrungszubereitung und Aufnahme ist deshalb kritisch zu diskutieren. Der Prozess des *learning non use* zum Nachteil des Patienten kann durch die Anwendung dieser Techniken eingeleitet werden. Das Bobath-Konzept sieht daher die frühzeitige sensorische Stimulation der hemiparetischen Seite als Startschuss zur kortikalen Repräsentation für diese als Notwendigkeit an, selbst wenn dabei die hemiparetische Seite noch überaus inaktiv ist. Im Verlauf muss der Patient die Chance erhalten, die gewonnenen Lernerfahrungen in der Sitz- und Stehbalance, das Bewältigen der Lagewechsel, eigene Gehversuche und die Aktivierung von Reich- und Greifbewegungen des betroffenen Armes selbstständig inner- und außerhalb der The-

rapie durchzuführen. Die Motivation für das Wiedererlernen seiner Bewegungsfähigkeit ist hoch. Günstig ist es, solchen Patienten eine festgelegte Gehstrecke unter Verwendung eines Handlaufes als Eigenübung zu empfehlen, anstatt eigenständige Gehversuche aus Angst vor assoziierten Reaktionen oder übermäßiger Kompensation zu unterbinden. Kompensationsstrategien und assoziierte Reaktionen weisen fast immer auf versteckte sensomotorische Probleme hin. Es lohnt sich vielmehr, diese zu suchen anstatt symptomatisch bedingte Kompensationsstrategien und assoziierte Reaktionen grundsätzlich nicht zu zulassen.

Aufgabenorientiertes Handeln

Shumway-Cook und Woollacott beschrieben 1995, dass motorisches Verhalten auf einer kontinuierlichen Interaktion zwischen dem Menschen, seiner Umgebung und der Aufgabe basiert (Shumway-Cook u. Woollacott 1995). Diese damalige Annahme ist seitdem durch viele Studien belegt und untermauert worden (Ghez u. Krakauer 1996). Eines der wichtigsten Prinzipien in den theoretischen Annahmen des Bobath-Konzeptes von 2006 ist daher das aufgabenorientierte Handeln. Das Erarbeiten isolierter Bewegungsabschnitte ohne funktionellen Kontext ist für den lernenden Patienten kaum bedeutsam und führt daher meistens nicht zum gewünschten Lernerfolg. Spitzer (2002) beschreibt dies in seinem Buch „Lernen“. Erhält der Patient im Sitzen vor dem Tisch nur den Auftrag, seine Hand zu heben, ist dies häufig nicht mit dem erwarteten Bewegungserfolg verbunden. Der Patient kann den Bewegungsauftrag entweder so interpretieren, dass er nur im Handgelenk extendiert oder so, dass er die gesamte Hand einschließlich der Finger heben und strecken soll. Außerdem ist die „Handhebung“ mit keinem externen sensomotorischen Ziel gekoppelt. Die Vorstellung, die Hand zu heben, fällt somit den meisten Patienten schwer. Sie assoziieren die Handhebung mit Anstrengung und Kraft, da sie für sich täglich die Erfahrung einer schlaffen, schweren, kraftlosen hemiparetischen Hand spüren.

Erhält der Patient aber die Aufgabe, einen Gegenstand wie beispielsweise eine Handtuchrolle, ein Glas, eine halbleere Getränkeflasche zu umfassen, sie anzuheben, und wieder loszulassen, kann er diese Aufgabe mit früheren Bewegungserfah-

rungen in Verbindung bringen, die Schwere der Gegenstände sensorisch und propriozeptiv verarbeiten. Diese Aufgabe kann er sich konkret vorstellen, da er auf frühere Bewegungserfahrungen aus seinem Gedächtnis zurückgreifen kann. Er ist somit in der Lage, das Bewegungsausmaß der Greifaktivität seiner Hand ein- und abzuschätzen und entsprechend der Größe und Schwere des Gegenstandes seine Hand- und Fingergelenke flexorisch bzw. extensorisch zu koordinieren. Aufgabenorientierte Bewegungskontrolle muss für den Patienten von Interesse und Bedeutung sein (Hesse et al. 2004, Wulf 2004). Aufgabenorientierte Therapie muss den Patienten stimulieren, anspornen, seine gesamte Aufmerksamkeit fördern.

Hierbei gilt es zu unterscheiden, ob er die Aufgabe als Ganzes durchführt (whole tasking), oder ob er die Aufgabe in Abhängigkeit seiner sensomotorischen Fähigkeiten entsprechend in Teilschritten wieder erlernt (part tasking). Eine strenge hierarchische Bevorzugung für eine der beiden Vorgehensweisen besteht im Bobath-Konzept nicht. In Kapitel 6.1 schreibt Mayston, dass im Bobath-Konzept part tasking als Behandlungsschwerpunkt eingesetzt wird, um eine Aktivität vorzubereiten. Gleichzeitig stellt Mayston in diesem Kontext fest, dass part tasking nicht eine Minderung der Komplexität von Bewegungsmustern zur Folge hat. Vielmehr kann part tasking für die erwünschten selbstständigen Aktivitäten des Alltags als Vorbereitung gesehen werden, damit diese Aktivitäten dann von Angehörigen, Pflegedienst, und natürlich auch Therapeuten im Alltag gefordert und gefördert werden können. Folglich ist durch die spezifische Bewegungsanalyse am Patienten abzuwägen, ob zuerst Teilkomponenten einer gesamten Aktivität zu erarbeiten sind, oder ob direkt die gesamte Aktivität als Aufgabe vom Patienten erwartet werden kann.

Festzustellen ist, dass Bewegungsabläufe und -übergänge wie vom Liegen zum Sitzen, vom Sitzen zum Stehen etc. Gehen, Reichbewegungen des Armes, die Manipulationsfähigkeit der Hand im bimanuellen Kontext, wie in der spezifischen einhändigen Greiffunktion ausschließlich in ihrem gesamten Bewegungsablauf zu vermitteln sind. Nur im kompletten Bewegungsablauf sind wie oben bereits erwähnt, die darin enthaltenen Bewegungsmuster wieder erlernbar und zu optimieren. Gemeinsames Charakteristikum des Aufstehens,

des Gehens und von Arm-/Handaktivitäten ist, dass viele Bewegungsmuster in diesen Handlungsabläufen simultan in der menschlichen Bewegung geschehen. Darum lassen sie sich auch so schlecht in isolierten Behandlungsschritten trainieren und vermitteln. Isolierte Bewegungsabläufe verführen den Patienten zur kognitiven Kontrolle des Gehens, der Arm-/Handfunktionen und der Bewegungsübergänge. Klinischer Ausdruck der kognitiven Kontrolle des Gehens sind

- Verlangsamung,
- visuelle Kontrolle der Dorsalextension im OSG und den Bewegungen im Knie- und Hüftgelenk,
- während des Gehens ist das Sprechen nicht möglich, also entweder gehen oder stehen und sprechen,
- hohe Kraftanstrengung und die damit verbundene Zunahme von assoziierten Reaktionen.

Bei Bewegungsübergängen kommt meist eine verbale Verstärkung hinzu: Oft begegnet man Patienten in Kliniken aber auch in Praxen oder bei Hausbesuchen, die vor dem Aufstehen zu zählen beginnen. Bei „drei“ versuchen sie aufzustehen. Wenn sie nicht zählen, benötigen sie Unterstützung, um aufzustehen.

Das Aufstehen muss daher im Gesamtablauf ziel- und raumorientiert mit dem Patienten erarbeitet werden. Ein Tisch in angemessener Entfernung vor dem sitzenden Patienten macht den Bewegungsraum für den Patienten abschätzbarer. Ein erhöhter Sitz erleichtert die Koordination des gesamten Körpers, da durch den höheren Sitz schon die anteriore Stellung des Beckens eingeleitet ist und die Bodenreaktivkraft der Füße durch die Übertragung des Körpergewichtes auf die Füße begonnen hat. Ein isoliertes Bewegen des Beckens von posterior nach anterior im Sitz macht jedoch keinen Sinn für den komplexen Bewegungsablauf des automatisierten, sicheren Aufstehens. Ist die sensomotorische Lernerfahrung des Aufstehens vom Patienten erst einmal verinnerlicht, gewinnt er die Möglichkeit für alltagsbedingte Variationen des Aufstehens oder für das Gehen.

Welche Faktoren sprechen dann aber noch für das Erarbeiten von posturaler Kontrolle und Bewegungen mittels part tasking?

Die Durchführung eines Bewegungsablaufes, das Lösen einer sensomotorischen Aufgabe kann durch folgende Probleme limitiert sein: