

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


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.

Sehr unterschiedlich sind die Methoden zur Überprüfung der Zielerreichung. Dies zeigt Tab. 5.4 in der Spalte „Ergebnismessung aufgeschlüsselt nach ICF-Domänen.“

Intervention und Qualifikation der Therapeuten

Wie wird die Intervention, die sich auf das Bobath-Konzept stützt, dargestellt? In den meisten Studien werden keine oder nicht ausreichend detaillierte Angaben zu den Maßnahmen oder Prinzipien, die die als „Bobath“ oder „NDT“ bezeichnete Intervention charakterisieren, gemacht:

- Chantraine et al. 1999,
- Dickstein und Pillar 1983,
- Hesse et al. 1995a, Hesse et al. 1995b, Hesse et al. 1994, Hesse et al. 1993,
- Langhammer und Stanghelle 2000,
- Partridge et al. 1990,
- Pollock et al. 2002,
- van Vliet et al. 2005,
- Yozbatiran et al. 2006.

Oftmals wird die Therapie nach dem Bobath-Konzept als „konventionelle“ Therapie bezeichnet. Sehr widersprüchlich sind die Prinzipien, die die Autoren der Bobath-Intervention zuschreiben:

- Wesentliche Komponenten sind posturaler Tonus, Reflexe und Reaktionen (Tang et al. 2005).
- Aktive Partizipation des Patienten, Individualität, ständig modifiziert entsprechend der Antworten des Patienten, ausgerichtet auf funktionelle Aktivitäten; Betonung auf normales Alignment und normale Bewegungsmuster (Wang et al. 2005).
- Richtlinien für NDT beinhalten bilaterale Stimulation der Funktion der Extremitäten, Verhindern abnormaler Bewegungsmuster, Förderung höherer posturaler Reaktionen. Der NDT-Ansatz wurde bei jedem Kontakt mit dem Patienten genutzt (Hafsteinsdottir et al. 2005).
- Im Bobath-Konzept werden schnelle oder kraftvolle Bewegungen strikt vermieden, da das Risiko besteht, assoziierte Bewegungen auszulösen, dementsprechend ist die Tonusreduktion primäres therapeutisches Ziel (Bütefisch et al. 1995).
- NDT (Bobath) betont Inhibition von Spastizität und Initiation normaler (gute Qualität), motorischer Bewegungen, zunächst Beginn mit iso-

lierten Sequenzen bevor funktionelle Aktivitäten geübt werden (Gelber et al. 1995).

- Die Behandlung war auf die beiden Patienten individuell zugeschnitten, basierend auf der Untersuchung durch die Therapeuten. Im BK gelten verminderte posturale Kontrolle, abnormale Koordination der Bewegungsmuster, Schwäche und abnormaler Tonus als Hauptursachen für die Bewegungsstörungen bei Menschen mit Erkrankungen des ZNS. Die Behandlung zielt auf die Verbesserung der Funktion durch motorisches Lernen ab, dabei wird die Kontrolle des Einzelnen betont. Handson-Therapie wird benutzt wenn notwendig, um das optimale posturale Alignment und dementsprechend die Muskelfunktion zu verbessern. Die Analyse der Bewegungen in funktionellen Aktivitäten dient zur Bestimmung, welche Komponente der Bewegungsstörung (Schädigung) die zentrale Ursache für die Einschränkung des Patienten ist. Der Behandlung zugrunde liegt das Prinzip, dass das ZNS die Kapazität zu lernen hat (Neuroplastizität) (Smedal et al. 2006).

Nur wenige Studien nennen explizit Maßnahmen und Strategien, die die Inhalte der Bobath-Intervention darstellen:

- Techniken der Fazilitation und Inhibition werden genutzt in Kombination mit speziellem sensorischem Input, um automatische und qualitativ hochwertige motorische Antworten zu bewirken. Die Qualität der Ausführung wird in allen Techniken betont. Der Prozess ist iterativ, d.h. der Therapeut überprüft und korrigiert seine therapeutischen Strategien kontinuierlich in Abhängigkeit von den Antworten des Patienten auf einer „Moment-to-Moment-Basis“ (Basmajian et al. 1987).
- In jeder Behandlung ist der erste Schritt die Inhibition von abnormalem Tonus, üblicherweise durch die Anwendung von Reflexinhibierenden Mustern. Dieser Prozess geschieht gleichzeitig mit dem Versuch, normale Bewegungen zu initiieren (automatisch und willkürlich) durch die Schlüsselpunkte der Kontrolle. Fördern von Aktivitäten wird begleitet vom Versuch, ein normales Gefühl für die Bewegung zu vermitteln, dabei spielen Bewegungen, die Gewichtsübernahme beinhalten, eine wesentliche Rolle. ... bei niedrigem Muskeltonus wird posturale

Aktivität durch Berührung und propriozeptive Stimuli fasilitiert. Der Verlauf der Therapie folgt dem Ablauf der normalen Bewegungsentwicklung, wobei ein gewisser Spielraum erlaubt ist. Übungen mit Widerständen, Massenbewegungen und die Benutzung primitiver und abnormaler Reflexe ist nicht erlaubt (Dickstein et al. 1986).

- Inhibition primitiver Reflexe, Fazilitation posturaler Reaktionen und Normalisierung des Muskeltonus; Reflex-inhibierende Muster, Auslösen von Equilibrium- und Gleichgewichtsreaktionen, sensorische Stimulation, Nutzung diagonaler Muster (Tang et al. 2005).
- Kontrolle des Muskeltonus und Rekrutierung der Armaktivität in funktionellen Situationen und unterschiedlichen Positionen (z. B. liegen, sitzen, stehen, gehen, mit Objekten und ohne Objekte, unilaterale oder bilaterale Aufgaben) (Platz et al. 2005).
- Manuelle Fazilitation mithilfe „angemessener sensorischer und propriozeptiver Information“, Kontrolle der Schlüsselpunkte, Unterstützung durch verbales und visuelles Feedback, Normalisierung des Muskeltonus (Wang et al. 2005).
- Tonusinhibierende und das Gehen vorbereitende Übungen, Gehtraining auf ebenem Boden sowie auf der Treppe (Eich et al. 2004).
- Verbesserung des Bewegungsausmaßes (ROM) von Rumpf und Becken, Normalisierung des Muskeltonus im Rumpf, Training von angemessenen Gleichgewichtsreaktionen, detaillierte Beschreibung der Strategien: Nutzung von Armbewegungen, Training des Einnehmens und Verlassen von asymmetrischen Positionen, Gewichtsverlagerung in mediolateraler und anterior-posteriorer Richtung, selektive Becken- und Rumpfbewegungen, manuell und verbal fasilitiert im Liegen und Sitzen; Wiederholung der einzelnen Übungen (Mudie et al. 2002).
- Alle Aktivitäten wurden bimanuell durchgeführt, der betroffene Arm wurde durch den nicht betroffenen Arm unterstützt. Betonung von Symmetrie der Haltung und Inhibition von nicht angemessenen „synergistischen“ Bewegungen (van der Lee et al. 1999).
- Techniken der Therapie beinhalten Tonusinhibition, Stützaktivitäten, Betonung der Benutzung der betroffenen Seite. Übungen mit Wider-

ständen werden nicht angewendet, abnormale Reflexe und Massenbewegungen werden vermieden (Gelber et al. 1995).

Einige Autoren geben an, erfahrene Bobath-Therapeuten oder Instruktoren in die Entwicklung eines Therapiemanuals und die Therapie der Patienten einbezogen zu haben:

- Dickstein et al. 1986,
- Hafsteinsdottir et al. 2005,
- Hesse et al. 1994, Hesse et al. 1993,
- Lennon 2001, Lennon et al. 2006,
- Mudie et al. 2002,
- Platz et al. 2005a, Platz et al. 2005b,
- Smedal et al. 2006,
- van Vliet et al. 2005,
- Wang et al. 2005.

In anderen Studien wurden die Therapeuten speziell für die Studie nach dem Bobath-Konzept geschult (Langhammer u. Stanghelle 2000, Tang et al. 2005). Eine Studie bezieht sich ausschließlich auf Literatur (Dickstein u. Pillar 1983). In den übrigen Studien wird nicht dargelegt, welche Qualifikation die Therapeuten hatten, die die Bobath-Therapie durchgeführt haben oder welche Qualifikation die Personen hatten, die die Therapeuten für die Bobath-Therapie geschult haben.

Wirksamkeit des Bobath-Konzepts

Die verwendeten Parameter führen zu folgenden Ergebnissen:

- Drei kontrollierte Studien zeigen die Überlegenheit der Intervention auf der Basis des Bobath-Konzeptes bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten (Mudie et al. 2002, Partridge et al. 1990, Wang et al. 2005) und eine bei Patienten mit Multipler Sklerose (Smedal et al. 2006).
- Eine Einzelfallanalyse berichtet von wesentlichen Verbesserungen der Muskelaktivität bereits nach einer Bobath-Behandlung (Dickstein u. Pillar 1983).
- Vier weitere Studien zeigen wesentliche Verbesserungen in unterschiedlichen funktionellen und kinematischen Parametern des Gehens:
 - Hesse et al. 1993, Hesse et al. 1994 (bei beiden Studien verbesserte sich die Symmetrie nicht),
 - Lennon 2001, Lennon et al. 2006 (in der zuletzt genannten Studie verbesserte sich der normale Gangzyklus jedoch nicht).

Elf Studien zeigen die Überlegenheit der Kontrollintervention:

- Bütefisch et al. 1995,
- Chantraine et al. 1999,
- Eich et al. 2004,
- Hesse et al. 1995a, Hesse et al. 1995b,
- Langhammer und Stanghelle 2000,
- Platz et al. 2005a, Platz et al. 2005b,
- Tang et al. 2005,
- van der Lee et al. 1999,
- Yozbatiran et al. 2006.

Darunter sind fünf Studien, die eine Kombination aus der Bobath-Therapie und einer adjuvanten Intervention als überlegen gegenüber der Bobath-Therapie allein zeigen:

- Chantraine et al. 1999,
- Eich et al. 2004,
- Hesse et al. 1995a, Hesse et al. 1995b,
- Yozbatiran et al. 2006.

Van der Lee et al. (1999) zeigen, dass die Kontrollintervention auch nach einem Jahr der Bobath-Therapie überlegen ist. Langhammer und Stanghelle (2003) hingegen können die Überlegenheit der Kontrollintervention in den Folgeuntersuchungen nach einem und vier Jahren nicht mehr zeigen – sowohl in der Bobath- als auch in der Motor-Relearning-Gruppe zerfällt der Zugewinn an Funktion sehr schnell wieder.

Die übrigen acht Studien können keinerlei Überlegenheit einer der untersuchten Interventionen zeigen:

- Basmajian et al. 1987,
- Dickstein et al. 1986,
- Gelber et al. 1995,
- Hafsteinsdottir et al. 2005,
- Mulder et al. 1986,
- Pollock et al. 2002,
- van Vliet et al. 2005,
- Wagenaar et al. 1990.

Deutlich wird, dass die Patienten sich in allen Studien verbessern – keine Studie beschreibt eine Verschlechterung der Funktion nach einer wie auch immer gearteten Intervention.

5.2.3 Diskussion der Ergebnisse

Die bisher im Überblick dargestellten Untersuchungen beleuchten, wie kontrovers die Frage nach den geeigneten Methoden in Forschungskreisen gehandhabt wird. Grob betrachtet läuft diese

Diskussion auf die Feststellung hinaus, dass mit der Komplexität der therapeutischen Herausforderung auch die Ansprüche an die Methodik wachsen, anhand derer mögliche Wirkungszusammenhänge auf diesem Praxisfeld der Bewegungstherapie nachgewiesen werden können. Diese These gilt physiotherapeutisch in *formaler* Hinsicht allgemein (Diskussion bei Heinen u. Bartens 2001), sie scheint *inhaltlich* auch und insbesondere für das Bobath-Konzept insgesamt zu gelten. Denn auch die physiotherapeutische Praxis der Bobath-Therapie wird von Anfang an als höchst komplexes Geschehen gedeutet (Bobath B 1984, 2004, Bobath K 1990, 2004). Dies gilt bis in die jüngste Gegenwart (Biewald 2004, Knox u. Evans 2002, Mayston 1992, 2001, 2004, 2006).

Wie in einer Reihe von Forschungsbeiträgen aus den 1980er- und 1990er-Jahren ausgeführt, lassen Evaluationsstudien bei Kindern in erster Linie dann brauchbare Ergebnisse erwarten, wenn ein solches weites Blickfeld eine methodisch und methodologisch angemessene Berücksichtigung findet (Haley et al. 1994, Ottenbacher u. York 1984). „Methodologie“ bedeutet nach diesem Verständnis das Gerüst von Kriterien, nach denen der wissenschaftliche Fokus auf die jeweils herzustellende therapeutische Situation gerichtet wird. Zwischen theoretischen Annahmen und den zu gewinnenden Erfahrungsdaten muss eine Übereinstimmungsbeziehung *begründbar* sowie forschungslogisch und methodisch tatsächlich *herstellbar* sein. Hierzu gehört die methodologische Klärung von wesentlichen Hauptfragen, die therapiekonzeptuell und forschungsmethodisch eine mehr oder weniger angemessene Berücksichtigung finden, wie z. B.

- der familiäre Alltag eines Kindes etwa mit einer Zerebralparese (CP),
- das Kind selbst,
- die Spezifität der Struktur seiner Bewegungsmuster.

Hierzu gehören schließlich auch: eine jeweils präzise Begründung des in Frage stehenden Gegenstandes der Bewegungstherapie, Zielsetzungen, die mit dem jeweiligen Therapiegegenstand verknüpft sind und die von diesem Gegenstand abgeleiteten Methoden und Techniken, die der Praxis der bewegungs- bzw. physiotherapeutischen Arbeit zugrunde liegen (Ritter 2004a, 2004b, Welling 2006, Ritter u. Welling 2007). Zu einigen aus-

Die Patienten aller Studien verbesserten sich.