

Abstrakt: Jetzt ist noch Klinik und wie „geht“ es weiter? –

Das Wiedererlangen der Gehfähigkeit nach einer zentralen Schädigung im ZNS ist einer der vorrangigen Ziele der Rehabilitation. Gehen zu können bedeutet für den Patienten Selbständigkeit und die Möglichkeit der aktiven, wenn auch teilweise eingeschränkten Teilhabe am Leben.

Um den Spezifika einer neurologischen Rehabilitation gerecht zu werden, ist eine bedarfsgerechte Therapie in einem multiprofessionellen Team aus Therapeuten, Pflegekräften und Ärzten notwendig.

Typische Probleme mit Störungen in der posturalen Kontrolle sind in der Frühphase eine verminderte Sitzstabilität, große posturale Schwankungen im Stand und im Sitz. Eine verringerte Reichweite und Bewegungsgeschwindigkeit im Sitzen sowie eine verminderte Gewichtsverlagerung auf das betroffene Bein (Geurt & de Haart et al., 2005)

Eine wesentliche Voraussetzung für das Wiedererlangen der Gehfähigkeit ist die ausreichende posturale Kontrolle im Stehen. Sie ist wichtiger als die Kräftigung der Muskeln der unteren Extremität und/oder wichtiger als die Verbesserung der Koordination der Muskeln (Kollen & van der Port et al., 2005).

In der Frühphase der Rehabilitation nach Schlaganfall ist in der Regel die Minus Symptomatik des Upper Motor Neurone Syndrom, die reduzierte Wachheit und die beeinträchtigte Perzeption die Hauptursache für eine unzureichende posturalen Kontrolle.

Die Verbesserung der posturalen Kontrolle ist ein Kernelement des Bobath Konzeptes. Unter den Gesichtspunkten des motorischen Lernens, welches ein Behandlungsprinzip im Bobath Konzept ist, werden spezifische Aktivitäten mit den Patienten in unterschiedlichen situativen Kontexten durchgeführt.

Anhand von 1-2 Patientenbeispiele aus der Frühphase soll der ganzheitliche Behandlungsansatz des Bobath Konzeptes dargestellt werden.

Wie geht es nach der Rehabilitation weiter ?

Bei der Untersuchung von 976 Patienten nach Schlaganfall waren nur 45% der Patienten nach 6 Monaten selbständig (Wade & Hower, 1987). Bei zu Hause lebenden Patienten stürzen zwischen 40% und 73% der Patienten innerhalb der ersten 12 Monate (Weerdesteyn & de Niet et al. 2008). Das zeigt die Notwendigkeit der weiterführende ambulante Therapie um die Teilhabe am Leben zu verbessern bzw. weiterhin zu ermöglichen, Komplikationen zu vermeiden und Sekundärschäden zu minimieren.

Im Sinne des Clinical Reasoning und unter Einbezug der Kontextfaktoren des Patienten wird im Bobath Konzept nach individuellen Lösungen gesucht um größtmögliche Selbständigkeit zu erlangen bzw. zu erhalten.

Anhand von einem Patientenbeispiel soll der Denkprozess des Clinical Reasoning und die daraus resultierenden therapeutischen Maßnahmen dargestellt werden.

Zielstellung des Vortrages:

Anhand von Patientenbeispielen soll die ganzheitliche Sichtweise des Bobath - Konzeptes veranschaulicht werden.

Literaturangabe:

Geurts,ACH. & de Haart, M. & van Nes, IJW. & Duysens, J. (2005). A review of standing balance recovery from stroke. *Gait&Posture* 22, 267-281.

Kollen, B. & van de Port, I. & Lindeman, E. & Twisk, J. & Kwakkel, G. (2005). Predicting Improvement in Gait After Stroke: A Longitudinal Prospective Study. *Stroke*, 36, 2676–2680

Wade, DT. & Hower, RL. (1987). Functional abilities after stroke. measurement, natural history and prognosis, *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* ,50, 177-182

Weerdesteyn, V. & de Niet, M. & van Duijnhoven, HJR. & Guerts ACH. (2008). Falls in individuals with stroke. *J of Rehabil Research & Development*, 45(8), 1195-1214.

Benedikt Bömer, PT, MSc.

Bobath Instruktor, IBITA

PNF Instruktor, IPNFA