

Immer kontrolliert in Bewegung

Bobath

Peter Vögele

Das von Berta Bobath auf Basis klinischer Beobachtungen und ihrem Wissen über „normale Bewegung“ entwickelte Bobath-Konzept hat sich seit 1943 stetig weiterentwickelt. Es findet weltweit Anwendung in der Behandlung von Kindern und Erwachsenen mit angeborenen und erworbenen Schäden des Zentralen Nervensystems. Der interdisziplinäre Ansatz, der den gesamten Tagesablauf der Patienten integriert, hat bis heute Bestand.



Wenn man das Konzept mit Berta Bobaths Entdeckung „Ich kann Tonus beeinflussen“ verfolgt, stellt man fest: In den Anfangsjahren lag der Schwerpunkt unter anderem auf „reflexhemmenden Positionen“, die den Tonus herabsetzen. Die Therapeuten arbeiteten also beispielsweise an der Hemmung tonischer Reflexe in Rückenlage. Diese eher statische Herangehensweise wurde weiterentwickelt zu einer strukturierten Herangehensweise angepasst an die Entwicklungsschritte des Kindes. Kopfkontrolle, Rollen, Sitzen, Vierfüßler-, Knie-, Halbkniestand, Stehen und Gehen wurden in genau dieser Reihenfolge erarbeitet (Biewald 2004). „Hemmen und Bahnen“ sind Schlagwörter aus dieser Zeit. Die Therapie basierte auf den damaligen Annahmen dazu, wie das Zentrale Nervensystem (ZNS) motorische Kontrolle organisiert. Die unter anderem von Sherrington und Jackson beschriebenen „Reflexmodelle“ und „hierarchischen Modelle“ zur motorischen Kontrolle dienten als Basis, um das klinisch entwickelte Konzept zu erklären. Hilfe fand Berta Bobath auch bei ihrem Mann Karel, der sich als Neurologe und Psychiater mit den damals aktuellen neurowissenschaftlichen Kenntnissen auseinandersetzte.

Ein Konzept mit viel Spielraum

Berta Bobath war zeitlebens kritisch mit ihrem Konzept. Sie erwartete von ihren Nachfolgern, das Konzept basierend auf dem jeweiligen Stand der Neurowissenschaften weiterzuentwickeln und auch Einflüsse, Konzepte und Ideen anderer therapeutischer Richtungen als Inspiration zu verwenden. Die Herausforderung bestand darin, eine philosophisch geprägte, ganzheitliche und am Individuum orientierte therapeutische Herangehensweise weiterzuvermitteln. Aber oft übernahmen die Therapeuten nur bestimmte Techniken, Griffe

und Übungen – teilweise von Abbildungen aus Büchern, teilweise aus der eigenen Interpretation von Kursinhalten, teilweise kopiert bzw. nachgeahmt von Kollegen.

Berta Bobath forderte schon in frühen Jahren, dass Therapie eine Interaktion zwischen Therapeuten und Patienten sein sollte und die Zielvereinbarungen mit dem Patienten gemeinsam zu vereinbaren sind (Biewald 2004). Aussagen zur Förderung von Eigenaktivitäten und Alltagsorientierung findet man ebenso wie das Warnen vor Tendenzen, die zu Bewegungseinschränkungen führen können (z.B. Kontrakturen). Diese Aussagen haben auch heute nichts von ihrer Aktualität verloren. Aus diesem Grund ist es schwierig, frühere Auffassungen der Bobath-Therapie mit den heutigen zu vergleichen. Denn das Bobath-Konzept hat sich mit den wachsenden Herausforderungen innerhalb der Neurorehabilitation weiterentwickelt. Beispielsweise überleben heutzutage Dank einer effizienten Akutmedizin wesentlich mehr Menschen mit schwersten erworbenen Hirnschäden als noch vor einigen Jahren. Die Patienten werden älter und haben eine höhere Komorbidität. Dies bedeutet gleichzeitig, dass die therapeutische Herangehensweise angepasst werden muss. Techniken, die bei Patienten mit Hemiparese wirken, mussten für Patienten mit einer Tetraparese modifiziert werden.

Wurzeln des Konzeptes, die bis heute Bestand haben

Berta Bobath, die vor ihrer Ausbildung zur Physiotherapeutin Gymnastiklehrerin war, beschäftigte sich mit „normaler Bewegung“ und vor allem mit Aspekten der Entspannung. Als Schülerin von Elsa Gindlers „Arbeit am Menschen“ waren ihr Gesichtspunkte wie Atmung, Gleichgewicht, das harmonische

Auseinandersetzen mit der Schwerkraft und Entwicklung des Bewegungsgefühls vertraut (Spannung – Entspannung). Sie nutzte dieses Wissen in ihrer späteren Arbeit (ebd.). Die von ihr vorgeschlagenen Interventionen basieren auf neurophysiologischen Grundlagen und dem Wunsch der Bobaths, das Konzept abhängig vom aktuellen Entwicklungs- und Wissenstand innerhalb der Neuro- und Bewegungswissenschaften weiterzuentwickeln. Provokativ könnte man sagen, dass sich das Bobath-Konzept mit der Movement Science beschäftigt hat, bevor diese überhaupt innerhalb der Neuroreha entdeckt wurde.

Die Herausforderung für nach Bobath arbeitende Therapeuten und Pflegekräfte besteht darin, jedem einzelnen Patienten mit Respekt und offenem Sinn zu begegnen und für ihn bzw. gemeinsam mit ihm individuelle Therapieansätze und Managementstrategien zu erarbeiten. Diese sind häufig abhängig von den Herausforderungen der Umwelt/Umgebung und des Alltags. Kurz gesagt erfordert das Bobath-Konzept „denkende“ Therapeuten, die Lust haben, sich mit Haltung (Posturalität) und Bewegung samt ihrer Konsequenzen für die Handlungskompetenz auseinanderzusetzen. Interdisziplinäre Neurorehabilitation unter Einbeziehung fachspezifischer Verantwortung ist einer der Grundpfeiler. So können Ergotherapeuten beispielsweise auch mithilfe des Bobath-Konzepts Handlungskompetenz und Problemlösungsstrategien im Alltag fördern. Die selektive Kopfkontrolle auf Basis einer optimierten posturalen Kontrolle etwa kann als Voraussetzung für das sichere Schlucken von Nahrungsmitteln dienen. Das Bobath-Konzept mit seinen Prinzipien, Methoden und Techniken dient dabei als zuverlässiges Mittel, um diese Aspekte zu verbessern.

Weiterentwicklung des Konzeptes

Heutzutage ist folgende Definition der International Bobath Instructors Training Association (IBITA) Ausgangspunkt für die klinische Anwendung des Konzeptes: „Das Bobath-Konzept ist eine lösungsorientierte Herangehensweise an die Befundaufnahme bei und die Behandlung von Individuen mit funktionellen Störungen, Bewegungsstörungen und Störungen der posturalen Kontrolle aufgrund einer Läsion des Zentralen Nervensystems“ (IBITA 2009, S.1). Als Grundlage für die praktische Anwendung dient der aktuelle Wissensstand über motorische Kontrolle, motorisches Lernen, neuronale und muskuläre Plastizität sowie über Biomechanik. Darüber hinaus fließen sowohl die Ergebnisse spezialisierter Behandlungserfahrung als auch die Bedürfnisse und Erwartungen der zu Behandelnden in den therapeutischen Denkansatz ein (IBITA 2008).

Das bedeutet, dass allgemein anerkannte Aspekte innerhalb der Neurorehabilitation Kernbestandteile des Bobath-Konzeptes sind (DHMA 2011):

- Clinical Reasoning: lösungsorientierte Herangehensweise bei Befundaufnahme und Behandlung
- Klientenzentrierung
- Übergeordnetes Ziel: Verbesserung von Alltagskompetenz und Teilhabe

Konkret heißt das: Nicht die Verbesserungen von Körperfunktionen wie höherer/niedriger Tonus, mehr Kraft oder verbesserte Sensibilität sind das Hauptziel der Behandlung von neurologischen Patienten. Vielmehr steht deren Lebensqualität im Vordergrund – und zwar durch die Verbesserung ihrer motorischen Möglichkeiten, die sie ihren Alltag bewältigen lassen.

Bewegung optimieren

Viele Ergotherapeuten messen Handlungskompetenzen im Alltag beispielsweise mit dem Assessment of Motor and Process Skills (AMPS), das die Effektivität in der Ausführung von bekannten Alltagsgeschehnissen erfasst (Fisher 2008). Jede sensomotorische Störung hat zur Folge, dass der Patient mit erhöhtem Energie- und Zeitaufwand handelt und abhängig vom Schweregrad seiner neurologischen Störung Handlungskompetenzen in seinem Alltag einbüßt. Diese lassen sich teilweise mit Hilfsmitteln, Technologien und persönlicher Hilfe kompensieren. Das führt jedoch zu einer Abhängigkeit, die die Lebensqualität beeinflusst. Ergotherapeuten können die Ergebnismessung des AMPS kombiniert mit Assessments auf Körperfunktionsebene als Baseline-Messung vor einer Interventionsperiode nutzen. Motorische Probleme, die die Aktivitätsausführung negativ beeinflussen, werden im Bobath-Konzept entweder als fehlende Bewegungskompo-

nenten oder als kompensatorische Strategien dargestellt, die ein effizientes Bewegungsverhalten im schlimmsten Falle behindern. Bobath-Therapeuten wählen deshalb primär einen bewegungsoptimierenden Ansatz, der folgende Teilaspekte beinhaltet:

- Analyse von Bewegungsverhalten im Alltag des Patienten
- Herausarbeiten der Hauptprobleme auf Körperstruktur und -funktionsebene
- Therapieplanung, die immer das Optimieren der „posturalen Kontrolle“ als wesentlichen Aspekt bzw. Voraussetzung für energieeffiziente Bewegung beinhaltet. Übertragen in den Alltag sollte sie zu einer erhöhten Selbstständigkeit oder einem verminderten Pflegeaufwand führen.
- Die Evaluation der Therapieplanung geschieht während jeder einzelnen Behandlung, um sofort auf Veränderungen beim Patienten reagieren zu können.

Um die posturale Kontrolle zu optimieren und willkürliche Bewegungen zur Alltagsbewältigung zu generieren, sind drei Aspekte wichtig (Shumway-Cook/Woollacott 2012):

- Alignment, also die optimale Position der unterschiedlichen Körpersegmente zueinander, um optimale Muskelaktivität zu gewährleisten,
- Orientierung, also die Integration körpereigener und körperferner Sinneseindrücke,

Fallbeispiel

Der 55-jährige Patient Herr Jensen* arbeitete vor seiner Erkrankung als Altenpfleger. Er lebt alleine, sein primäres soziales Umfeld bilden seine Tochter und seine Ex-Ehefrau. Herr Jensen erlitt einen Insult der rechten A. cerebri media, der akut mit Lysetherapie behandelt wurde, jedoch folgende Symptome verursachte:

- linksseitige Hemiparalyse der linken oberen Extremität
- linksseitige Hemiparese der linken unteren Extremität
- linksseitige zentrale Facialisparesie
- linksseitig herabgesetzte Sensibilität

Nach einer Woche auf der Stroke Unit wurde er in eine Stroke-Rehabilitation mit multidisziplinärem Teamansatz verlegt, wo er nach vier Wochen folgenden Status aufweist:

Herr Jensen ist selbstständig in den persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens (P-ADLs) auf Station und benötigt bei deren Ausführung keinerlei Hilfestellungen. Er geht mithilfe eines Stocks und kann verbal kommunizieren. Kognitiv zeigen sich leichte Probleme bei komplexeren Aufmerksamkeitsleistungen.

Der AMPS ergibt folgende Resultate: Bei Aufgaben mit hohem Schwierigkeitsgrad erreicht Herr Jensen das Ziel, benötigt jedoch mehr Zeit als notwendig und hat einen höheren Energieaufwand. Er verliert zwischenzeitlich den Überblick. Handlungen führt er ausschließlich mit der rechten Hand aus. Darüber hinaus wurden eine videogestützte Ganganalyse und der Timed up and go-Test durchgeführt. Das Gehen ist geprägt von assoziierter Reaktion der linken oberen Extremität und einer kürzeren Standphase des linken Beines. Der Patient fühlt sich unsicher und sieht nach unten auf den Boden.

Analyse

Die Analyse von Bewegung und Haltung ergab Folgendes:

- herabgesetzte Core Stabilität (Kernstabilität – tiefe Bauch- und Rückenmuskulatur sowie Beckenboden und Diaphragma)
- nicht ausreichende extensorische Aktivierung des linken Beines (in allen Gelenken)
- Instabilität im linken Sprunggelenk
- Malalignment des linken Beines, das im Stehen nach außen rotiert ist
- Rumpfasymmetrie mit herabgesetzter Aktivierung speziell der linken Rumpfseite
- herabgesetzte neuromuskuläre Anbindung der linken Scapula am Thorax
- keine Armhebefunktion gegen die Schwerkraft im linken Arm, keine selektive Handfunktion
- herabgesetzte dynamische Anbindung der rechten Scapula mit muskulärer Fixationsstrategie in Elevation, die sich bei Aktivitäten verstärkt und feinmotorische Aktivitäten der rechten Hand beeinflusst
- herabgesetzte Sensibilität in der linken Hand und dem linken Fuß auf Nachfrage, jedoch Reaktion auf spezifische Stimulation.

Der Therapeut vereinbarte gemeinsam mit Herrn Jensen das Ziel, innerhalb einer Woche ein für ihn subjektiv sicheres Gehen zu erarbeiten, damit er nach Hause entlassen werden kann. Als objektiver Faktor war das Gehen ohne Gehstock integriert. Darüber hinaus äußerte der Patient den Wunsch, Möglichkeiten bzw. Potenzial für die Hand-Arm-Funktion zu erarbeiten.

um optimales Bewegungsverhalten im ZNS (Bodyschema) abrufen zu können sowie

- Haltungskontrolle, also die dynamische Stabilität gegen die Schwerkraft, die die Haltung automatisch kontrolliert.

Wirksam oder nicht?

Auch das Bobath-Konzept muss sich heute zunehmend der Frage nach einem wissenschaftlichen Nachweis stellen. Sie lässt sich grob unter zwei Aspekten beantworten. Die derzeitige Studienlage fasst zusammen, dass das Bobath-Konzept zwar prinzipiell wirksam ist, aber im Vergleich mit anderen Methoden keine Überlegenheit besteht. Zu einer vergleichbaren Aussage kommt auch eine Übersichtsarbeit, die lediglich für die posturale Kontrolle einen Vorteil des Bobath-Konzepts erkennen lässt (Pollock et al. 2014). Eine andere Studie zeigt das Bobath-Konzept dem rein task-orientierten Training überlegen (Brock et al. 2011).

Ein zweiter Ansatzpunkt, um die Wirksamkeit des Konzepts zu beurteilen, ist die Frage, ob es als evident anerkannte Aspekte der Neurorehabilitation beinhaltet. Das ist der Fall. Das Core Curriculum der IBITA-zertifizierten Grundkurse umfasst angewandte Neurophysiologie, motorische Kontrolle, motorisches Lernen, upper motor neuron Syndrome (UMNS), posturale Kontrolle, Ergebnismessung, Clinical Reasoning und damit eine spezifisch auf die Probleme und Bedarfe des Patienten angepasste

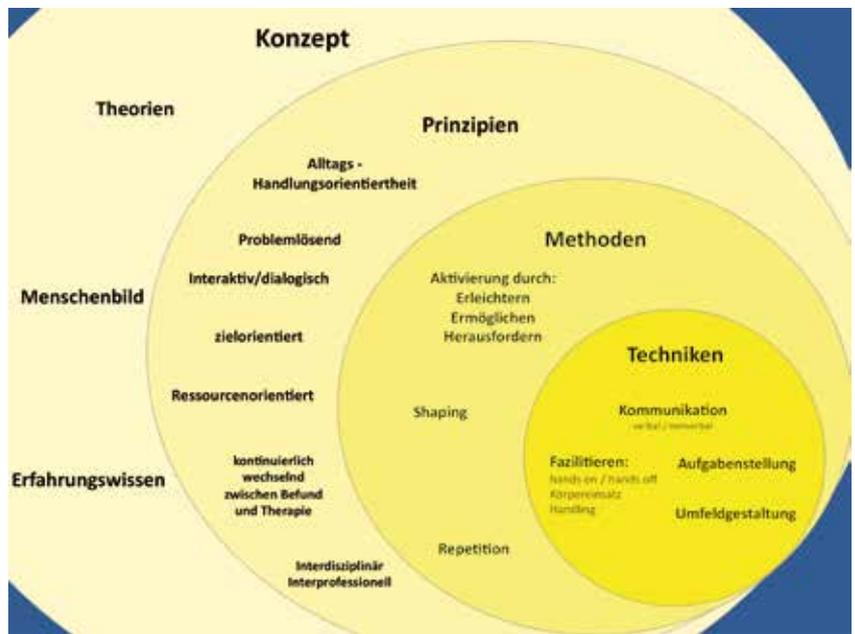


Abb. Bobath auf einen Blick: Das Strukturmodell bildet das therapeutische Vorgehen ab (Eckhardt 2013, adaptiert aus Grafmüller-Hell et al. 2010). Abdruck mit freundlicher Genehmigung der pt_ Zeitschrift für Physiotherapeuten/Pflaum Verlag München.

Intervention im Rahmen von praktischem, supervidiertem Arbeiten. Die Bobath-Senior-Lehrtherapeutin Christa Grafmüller-Hell und ihre Kollegen der Vereinigung der Bobath-Therapeuten Deutschlands e.V. arbeiten seit 2010 mit einem Strukturmodell als theoretisches Rahmenmodell für die Vorgehensweise im Bobath-Konzept (Abb.). Dieses Strukturmodell, das mit seiner Form nicht als hierarchisches, sondern als integratives Modell zu verstehen ist, beschreibt Inhalte und Aspekte des Bobath-Konzepts. Diese wer-

den zum Teil auch in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) für die Rehabilitation sensomotorischer Störungen bzw. die Therapie des spastischen Syndroms empfohlen (DGN 2015, DGN 2012). So werden beispielsweise repetitive Aspekte sowie Handlungs-, Ziel- und Ressourcenorientierung sowohl in den Leitlinien als auch im Strukturmodell beschrieben. Die Leitlinien empfehlen das Bobath-Konzept nicht explizit, da – wie bereits erwähnt – eine wissenschaftliche Überlegenheit nicht bewiesen ist. Sie empfehlen implizit aber

Intervention: sensomotorischer Ansatz

Bei der Behandlung geht es in erster Linie darum, „gelerntes“ Bewegungsverhalten zu ändern/optimieren. Konkret bedeutet dies, eine Optimierung der posturalen Kontrolle mit anschließender selektiver Bewegungskontrolle zu erreichen. Ein mögliches Vorgehen wäre, über die sensorische (cutane) Information des linken Fußes, also über Kontakt zum Boden bzw. afferente Reize, eine dynamische Stabilität im Sprunggelenk zu erarbeiten. Die Aktivität gegen die Schwerkraft aufbauend auf Alignment im linken Bein zu erarbeiten, wäre wiederum die Voraussetzung für eine Core-Aktivierung. Diese primär automatische Core-Aktivierung könnte darauffolgend helfen, den Körperschwerpunkt innerhalb der Unterstützungsfläche zu kontrollieren. Sie ist damit Voraussetzung für selektive Bewegungsmöglichkeiten wie Gehen, Armbewegung, selektive Kopfbewegungen usw.

Bei Herrn Jensen wählte der Therapeut eine Ausgangsstellung im Stehen, beide Arme mit ca. 90°-Schulterflexion stabil unterstützt, um dynamische Stabilität beidseits für den Schultergürtel zu erarbeiten. Anschließend erarbeiteten Patient und Therapeut das Alignment der linken unteren Extremität, um nachfolgend einen bekannten Bewegungsübergang „Stehen – Sitzen – Stehen“ als Mittel zur neuromuskulären Aktivierung der Muskulatur beider unterer Extremitäten anzuwenden. Dabei war die Umwelt so gestaltet, dass der Höhenunterschied nur etwa 15 cm betrug, um sowohl das Bewegungspotenzial zu nutzen als auch Kompensationen zu vermeiden. Damit lernte das ZNS, dass Bewegung „leicht“ ist.

Die Technik „Hands on facilitation“ ist dabei in mehrerlei Hinsicht hilfreich: Man kann sie als nonverbalen sensorischen Dialog zwischen Therapeut und Patient bezeichnen. Das heißt, dass der Therapeut Spannungszustände und Aktivierung der Muskulatur spürt. Der Patient bzw. dessen ZNS

erhält über „Facilitation“ sowohl bewusste als auch unbewusste Informationen. Facilitation wird dabei als aktiver Prozess betrachtet, mit der man Aktivität ermöglicht. Im Sinne von Bewegung bedeutet dies, Bewegungserfahrung zu machen bzw. zu ermöglichen und eine Reaktion zu fordern. Übertragen auf das Fallbeispiel wäre die Reaktion ein „aktives“ linkes Bein, auf dem Herr Jensen anschließend stehen kann. Facilitation kann aber auch zum Ziel haben, Reaktionen zu provozieren. Dabei dosiert der Therapeut seinen Input und unterstützt den Patienten nur maximal so viel wie notwendig.

Während der Intervention evaluiert der Therapeut fortlaufend, ob seine Hypothesen bekräftigt werden. Erhält er ein nicht erwünschtes Ergebnis, kann er sofort etwas verändern. Es ist möglich, dass die Aufgabe zu schwer oder zu leicht war, die Umwelt umgestaltet oder der an den Patienten gerichtete Input verändert werden muss.

Bei Herrn Jensen arbeitete der Therapeut weiter am Einbeinstand beider Beine und leitete ihn an, während des Gehens auf zunehmende Spannung der rechten Schulter zu achten und diese gegebenenfalls zu reduzieren. Dies wurde als Merkmal einer „Überforderung“ definiert, für den Patienten also ein Indikator zur Eigenevaluation. Die konsequente Arbeit an den sensomotorischen Hauptproblemen des Patienten führte nach einer Woche zur Entlassung aus der Klinik, da Herr Jensen sowohl in der Klinik als auch außerhalb in ruhiger Umgebung ohne Ganghilfsmittel sicher gehen konnte. Auch subjektiv fühlt sich der Patient sicher. Sein Wunsch, Bewegungsmöglichkeiten der linken oberen Extremität zu erreichen, wurde noch nicht erfüllt. Das Potenzial liegt jedoch vor, da sich die assoziierten Reaktionen während des Gehens massiv reduziert haben.

*Name geändert

Kerninhalte des Konzepts: „Der grundsätzlich positive Effekt [...] mit den Zielen der Anbahnung und Förderung motorischer Funktion und willkürlicher Bewegung auf den Muskeltonus [...] ist in der Literatur beschrieben“ (DGN 2012, S.3).

Kognitiv – assoziativ – autonom!

Zusammenfassend ist das Bobath-Konzept „up to date“. Es muss sich jedoch der Kritik mangelnder Evidenz im Sinne fehlender randomisierter kontrollierter Studien stellen. Auch wird immer wieder diskutiert, warum das Konzept nicht zum Beispiel in einem Booklet mit Abbildungen und evtl. durch E-Learning unterstütztes Videomaterial publiziert und erlernt werden kann. Die Antwort ist einfach: Es liegt schlicht an den ähnlichen Lerntheorien, die wir auch bei der Behandlung von Patienten anwenden. Sowohl Fitts und Posner als auch Kantak und Winstein beschreiben drei Phasen des motorischen Lernens. Die erste kognitive Phase (Kantak nennt dies encoding) erfordert entweder einen begleitenden Trainer, beispielsweise für Kursteilnehmer, oder einen Therapeuten für einen neurologischen Patienten. Nur diese Experten können die Aufgaben erklären, zeigen und auch das dazu passende Bewegungsgefühl vermitteln (Fitts/Posner 1967, Kantak/Win-

stein 2012). Die Bewegungen selbst zu erfahren und zu verstehen hilft sowohl dabei, Bewegungspotenzial zu entdecken und zu fördern, als auch die Grenzen der Bewegung genau zu kennen. Kompensatorische Bewegungen oder Fixationsstrategien definiert man in diesem Zusammenhang als Grenzen der Bewegung. In der zweiten assoziativen Phase (laut Kantak = consolidation) konsolidiert und stabilisiert der Kursteilnehmer oder Patient Bewegungen und Bewegungssequenzen. Explorieren und Ausprobieren auch im Sinne von Versuch und Irrtum sind möglich, da das ZNS ja aus der kognitiven Phase die „korrekte“ Bewegung kennt und deshalb auf Fehler reagieren kann. In der dritten autonomen Phase (laut Kantak = retrieval) geht es um Aspekte der Repetition (Wiederholung), oder – wie es unter anderem die Professorin für Biokinesiologie und Physiotherapie Carolee Winstein immer wieder in Vorträgen darstellt – „Repetition without Repetition“. In dieser Phase überträgt man also das Gelernte in den Alltag. Schwerpunkt hier ist, dass Kursteilnehmer die Kursinhalte

in ihren Arbeitsalltag integrieren können bzw. dass die Patienten funktionelle Bewegungen in unterschiedlichen alltäglichen Situationen einsetzen, um eine Optimierung auf Aktivitäts- und Partizipationsebene zu erreichen. Berta Bobaths Wurzeln und vor allem ihre philosophischen Ideen eines holistischen Menschenbildes und dem Wissen über „Normale Bewegung“ bleiben weiterhin die Kernbestandteile des Konzeptes, das sich in den nächsten Jahren mit zunehmendem Wissen innerhalb der Bewegungswissenschaft, Neurowissenschaft sowie immer mehr optimierenden medizinischen Behandlungsmöglichkeiten weiterentwickeln wird. Eine Herausforderung wird sicherlich die ökonomisch immer engere Möglichkeit für individuelle Therapien sein. Technischer Fortschritt mit der Option von Implantaten, Robot-Technologie und Virtual Reality mit Feedbacksystemen, die sich nicht nur auf visuellen Input fokussieren, sind ganz aktuelle Aspekte, mit denen wir uns innerhalb der Neurorehabilitation auseinandersetzen müssen.

Zum Weiterlesen

Weitere Informationen über das Bobath-Konzept erhalten Sie unter www.ibita.org, www.vebid.de oder www.bobath-konzept-deutschland.de

Zusammenfassung

Bobath – immer kontrolliert in Bewegung

Das Bobath-Konzept bewegt sich, ohne jedoch seine Wurzeln aus den Augen zu verlieren. Es hat sich über die Jahre von einer eher „tonus-regulierenden“ Herangehensweise zu einem Konzept entwickelt, das Neurophysiologie in die Analyse von selektiver Bewegungskontrolle bei gleichzeitiger optimaler posturaler Kontrolle integriert. Das frühzeitige Einbeziehen des Patienten, seiner Angehörigen und Lebenssituation sowie der interdisziplinäre Ansatz und die Integration von aktuellem Wissen aus Neuro- und Bewegungswissenschaft sind wichtige Grundbestandteile des Konzeptes. Bobath-Therapeuten ermöglichen es Patienten, ihren Alltag selbstständig und effizient zu bewältigen. Ein Update.

Schlüsselwörter: Bobath-Konzept, Bewegung, Selbstständigkeit, Partizipation (Teilhabe)

Bobath – Always in Motion

The Bobath Concept is moving forward without, however, losing sight of its roots. It has developed over the years from a more tone regulated approach to a concept that integrates neurophysiology into the analysis of selective motion control with simultaneous posture control. The early involvement of patients, their family and their environment as well as an interdisciplinary approach and integration of current knowledge from the fields of neuroscience and kinesiology are the important basic elements of the concept. Bobath therapists enable patients to cope independently and efficiently with their daily lives. An update.

Key Words: Bobath concept, movement, independence, participation



PETER VÖGELE ist seit 2011 zertifizierter IBITA Basic Course Instruktor. Ausbildung zum Ergotherapeuten an der BFS Günzburg/Schwaben, anschließend sechs Lehrjahre im Therapiezentrum Burgau. Seit 2002 arbeitet der Spezialist in der Neurorehabilitation an unterschiedlichen Stroke Units im Kopenhagener Raum. Aktuell ist er als klinischer Supervisor und Ergotherapeut am Rigshospital – Glostrup tätig, wo er unter anderem Patienten der Stroke Unit, Strokerehabilitation und Schmerzambulanz behandelt. Darüber hinaus unterrichtet er in Skandinavien und Deutschland.

Das Literaturverzeichnis finden Sie unter download.schulz-kirchner.de → ERGOTHERAPIE UND REHABILITATION → Fachartikel → Jahrgang → 2015 → Ausgabe 10

DOI dieses Beitrags (www.doi.org):

10.2443/skv-s-2015-51020151001

