

## Bobath-Konzept

# Dem Patienten das Gefühl von Haltung und Bewegung zurückgeben



Foto: N. Dietrich

**D**as Ehepaar Bobath begann Mitte der 40er Jahre mit der Entwicklung seines Behandlungskonzeptes, das in den folgenden Jahrzehnten erweitert und differenzierter wurde. Empirische Erfahrungen, resultierend aus der Behandlung von Patienten mit cerebralen Schäden, wiesen auf die Beeinflussbarkeit von pathologisch veränderten Haltungs- und Bewegungsmustern hin. So entstand ein interdisziplinäres Konzept (Abb. 1).

Das Bobath-Konzept wird durch die gewonnenen Erfahrungen, neue Forschungsergebnisse aus den Neurowissenschaften und Anregungen aus benachbarten Disziplinen weiterentwickelt. Dies ermöglicht eine Orientierung am jeweils aktuellen Stand

Patienten wünschen sich nach einem Schlaganfall vor allem eins: wieder gehen und sich normal bewegen zu können. Das Bobath-Konzept kann Betroffene bei diesem Ziel sinnvoll unterstützen. Es hilft ihnen, normale Bewegungsabläufe im Alltag neu einzuüben und zu automatisieren.

bezüglich des motorischen Lernens. Daraus ergab sich die Entwicklung weg von der kompensatorischen Schulung ausschließlich der weniger betroffenen Seite. Aus dieser Phase stammt auch die reflexhemmende Lagerung, die fälschlicherweise heute noch in manchen Fachbüchern zu finden ist.

Heute stehen beispielsweise nicht mehr Lagerung als Endprodukt im Vordergrund, sondern die Bewegungsübergänge dorthin und die Bequemlichkeit der Position/Lagerung (Abb. 2). Bewegung muss leicht fallen, fließend, adaptiv, ökonomisch und zielgerichtet sein – für den Patienten wie für den Pflegenden. Unter Berücksichtigung dieser Kriterien wird versucht, den Betroffenen so zu unterstützen, dass er sich so normal wie möglich bewegt. Diese Bewegungserfahrungen speichert das zentrale Nervensystem (ZNS) des Patienten entweder neu ab oder es knüpft an alte Bewegungsprogramme an.

Dadurch, dass der Alltag genügend Möglichkeit bietet, sinnvolle Bewegungsübergänge zu wiederholen, zum Beispiel vom

Liegen zum Sitzen an die Bettkante und anschließend auf den Stuhl, hat das ZNS des Betroffenen die Möglichkeit, diese Bewegungsprogramme zu automatisieren und damit auf Dauer abzuspeichern.

### Therapeutisch aktivierend – die andere (expertive) Pflege

Dank der Plastizität – Formbarkeit – des Gehirns bleibt die Fähigkeit des Lernens dem Menschen das ganze Leben erhalten (Abb. 3). Leider lernt das Gehirn *immer*, ganz gleich, was ihm angeboten wird.

Das bedeutet für den Menschen mit Störungen des ZNS, dass auch weniger sinnvolle, umständliche wie auch sehr anstrengende Bewegungen abgespeichert werden, sofern sie nur häufig genug erfolgen. Ein Beispiel dafür ist der Versuch, über das Hochziehen mit der weniger betroffenen Seite an einer Haltestange oder am Waschbecken vom Sitzen zum Stehen zu kommen. Wenn wir selbst versuchen, über ein Bein aufzustehen, stellen wir fest, dass das Aufstehen so sehr viel anstrengender ist als über beide Beine.

Durch die Überforderung werden assoziierte Reaktionen ausgelöst, Bewegungen, die meist an der mehr betroffenen Seite unnötigerweise zusätzlich zu einer Bewegung entstehen. Assoziierte Reaktionen, die anfangs kommen und gehen, zeichnen sich durch hohe Körperspannung im betreffenden Körperteil aus. Landläufig werden sie unter dem Begriff „spastischer Arm“ oder „spastisches Bein“ oder „der Patient ist fest oder spastisch“ bezeichnet. Werden sie immer wieder ausgelöst, kann sie das ZNS immer flinker abrufen, bis dahin, dass ein etabliertes „spastisches“ Muster bestehen bleibt. Langfristig entstehen dadurch Kontrakturen.

Assoziierte Reaktionen können im Alltag als Beurteilungskriterium für Überforderung genutzt werden. Wird der Bewegungsübergang so gestaltet, dass der Betroffene beim Aufstehen das Gewicht auf beide Füße verteilt, werden assoziierte Reaktionen vermieden. Das mehr betroffene Bein wird in normaler Bewegung geschult.

Zeigt ein Betroffener, der am Waschbecken sitzt, beispielsweise eine hohe Körperspannung im stärker betroffenen Arm, ist er mit der Tätigkeit und/oder Haltung überfordert. Das Sitzen im Stuhl wird so verändert, dass der Rumpf ausreichend mit Lagerungsmaterial unterstützt ist. Ziel ist, dass der Patient ohne große Kraftanstrengung sitzen kann und nicht durch Muskelanspannung in den Armen gehalten werden muss. Gelingt dies trotz Sitzstabilisierung nicht, wird ihm der stabile Sitz im Bett für die Waschsituation angeboten.

### Bewegungsübergänge sinnvoll unterstützen

Durch die Veränderung der Position trägt man dem Einfluss der Schwerkraft und der Annahme von mehr oder weniger unterstützender Fläche Rechnung. Die Körperabschnitte sind gemäß den Prinzipien der normalen Bewe-

### Das Bobath-Konzept

Abb. 1

Das Bobath-Konzept beschäftigt sich mit normaler Bewegung, also mit Muskelspannung. Die Bewegungsanbahnung im Alltag steht im Vordergrund. Aufgabe des Pflegenden ist es, dem Patienten Bewegung zu erleichtern bzw. zu ermöglichen. Dabei gilt es, Überforderung zu vermeiden. Ziel ist es, qualitativ gemessen an normaler Bewegung, größtmögliche Selbstständigkeit des Betroffenen zu erreichen.

Neben den schlaganfallbedingten Störungen, die beispielsweise die Kommunikation, Nahrungsaufnahme, Konzentration, Wachheit, Gedächtnis und Kontinenz betreffen, steht meist der teilweise oder komplette Verlust der Mobilität durch die Halbseitenlähmung der Patienten im Vordergrund. Für den Betroffenen bedeutet der Verlust der Mobilität, dass er in den Bereichen Körperpflege, Bewegungsübergänge im Bett, aus dem Bett und außerhalb des Bettes komplett oder teilweise auf fremde Hilfe angewiesen ist. Auf die Frage, was ihnen am Wichtigsten ist, antworten die Betroffenen am häufigsten, wieder gehen bzw. sich adäquat bewegen zu können.

„ ... es muss dem Patienten Freude machen, dass er wieder etwas kann. Der Patient wird durch unsere Hände so geleitet, wir müssen gar nicht viel sagen, sondern ihm das Gefühl von Haltung und Bewegung wiedergeben. Nur da, wo der Patient selbst aktiv ist, lernt er seine Bewegungsmöglichkeiten wieder zu nutzen und im sinnvollen Kontext wieder abzurufen.“

(Berta Bobath 1993)

### Themenbereiche

Abb. 2

<b>Bewegungsübergänge innerhalb des Bettes</b>	<b>Positionierung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kopf und Schultergürtel heben</li> <li>- Becken heben</li> <li>- Seitwärtsbewegen in Rückenlage</li> <li>- Seitwärtsbewegen in Seitenlage</li> <li>- Drehen</li> <li>- Hochrutschen im Bett, aktiv und passiv</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auf den Seiten</li> <li>- Auf dem Rücken</li> <li>- Im Sitzen (Bett, Bettkante, Stuhl)</li> </ul>
<b>Bewegungsübergänge aus dem Bett heraus</b>	<b>Körperpflege (mit An- und Ausziehen)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hochkommen zum Sitzen an der Bettkante</li> <li>- Ablegen vom Sitzen an der Bettkante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Bett in Seitenlage</li> <li>- Im Bett im Langsitz</li> <li>- Im Sitzen am Bettrand</li> <li>- Im Sitzen am Stuhl</li> <li>- Im Stehen</li> </ul>
<b>Bewegungsübergänge außerhalb des Bettes</b>	<b>Weitere Bereiche</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiefer Transfer</li> <li>- Transfer über den Stand</li> <li>- Vor- und Zurückrutschen im Stuhl</li> <li>- An- und Auskleiden beim Toilettengang</li> <li>- Korrektur der Sitzposition auf dem Stuhl</li> <li>- Aufstehen vom Boden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterstützung während der Nahrungsaufnahme</li> <li>- Umgang mit der schmerzhaften Schulter, Hüfte während allen Bewegungsübergängen und in den Positionen</li> <li>- Umgang mit neuropsychologischen Störungen</li> </ul>

### Grundlage des Konzeptes

Abb. 3

#### Das zentrale Nervensystem lernt ein Leben lang (Plastizität)





Abb. 4 Vom Sitzen zum Liegen mit und ohne Hilfe



Abb. 5 Vorrutschen mit und ohne Hilfe



Abb. 6 Tiefer Transfer mit und ohne Hilfe



Abb. 7 Fuß von der Fußstütze nehmen mit und ohne Hilfe



gung/Haltung so zueinander zu ordnen, dass es dem Menschen leicht fällt, sich zu halten und zu bewegen.

In unserem Beispiel bedeutet dies, dass der Mensch durch das Angebot von mehr Fläche – im Stuhl mit Lagerungsmaterial oder im stabilen Sitz im Bett – mehr Unterstützungsfläche erhält. Dadurch kann die Schwerkraft nicht in dem Maße auf den Körper einwirken wie auf dem Stuhl ohne Lagerungsmaterial. Das hat zur Folge, dass der Betroffene stabiler sitzt und mobiler sein kann, sich also leichter bewegen kann. Die Körperhaltung ist so einzustellen, dass er sich aufrichten kann. Das erleichtert ihm das Bewegen der

Arme für das Waschen und Anziehen sowie für das Halten des Kopfes.

Auch die Bewegungsübergänge im Bett und aus dem Bett heraus sind so zu unterstützen, dass sich der Patient selbst so viel wie möglich bewegt, jedoch keine assoziierten Reaktionen zeigt (Abb. 4, 5, 6). Auch kleinere Aktivitäten wie das Anheben des Beines, um von der Fußstütze zu gelangen, sind genau zu beobachten und zu analysieren (Abb. 7).

Nimmt der Betroffene von Anfang an sein Bein mit seiner weniger betroffenen Hand und hebt es von und auf die Fußstütze, hat das mehr betroffene

Bein in dieser Situation keine Chance Eigenbewegung in Form von Muskelaktivität zu lernen. Natürlich ist es dem Betroffenen nicht verboten, im Alleinsein so zu verfahren, aber sobald der Pflegende oder auch Angehörige anwesend ist, ist der Patient dabei zu unterstützen.

Die Fotos zeigen das Beispiel einer aktiveren Patientin. Die stabilisierenden und unterstützenden Maßnahmen werden je nach Schweregrad des Krankheitsbildes angepasst. Bei Patienten mit schweren Schädigungen des ZNS ist beim Positionieren wie beim Bewegen mehr Hilfestellung bzw. Lagerungsmaterial nötig.

### Expertenwissen in der aktivierenden Pflege – aber wie?

Expertenwissen zum Thema Bewegung ist nötig, um Patienten auf dem Weg zur Selbstständigkeit effizient zu begleiten und zu unterstützen. Sind Pflegende bezüglich der Bewegungsmöglichkeiten gut geschult, schafft dies ein hohes Maß an Aktivierung des Patienten bei gleichzeitig rückengerechter Arbeitsweise.

Um mit dem Patienten Bewegungsabläufe anzubahnen, müssen Pflegende in der Lage sein, physiologische und abweichende Abläufe wie umständliche Bewegungsübergänge und assoziierte Reaktionen zu erkennen und einordnen zu können.

Damit ist die Voraussetzung gegeben, gezielt einzugreifen und den Betroffenen individuell nach seinen Bewegungsfähigkeiten zu fördern und assoziierte Reaktionen zu vermeiden. Doch Pflegende erfahren während ihrer Ausbildung wenig bis zuweilen nichts über physiologische Bewegungsabläufe. Das erschwert es, dem Anspruch gerecht zu werden, Patienten mit erworbener cerebraler Schädigung in normalen Haltungs- und Bewegungsmustern zu schulen.

Durch den Besuch von Bobath-Pflegekursen eignen sich Pflegende die notwendigen Hinter-

grundinformationen und das erforderliche Verständnis an. Hier befassen sie sich mit physiologischen Bewegungsabläufen und mit Möglichkeiten, diese bei Patienten mit erworbenen cerebralen Schäden anzubahnen. Mit dem Wissen der assoziierten Reaktionen lernen sie, eine mögliche Überforderung, zum Beispiel beim Bewegungsübergang, zu erkennen. So können Pflegende verschiedene Stufen von viel bis wenig Hilfestellung gezielt einsetzen.

Als Praxisbegleiterin für das Bobath-Konzept im Therapiezentrum stellte ich häufig fest, dass Pflegende – obwohl sie den Kurs besuchten – lediglich einen Teil des im Kurs Erlernten in ihrem Alltag anwandten. Der Grund bestand wohl in der Schwierigkeit, die Ressourcen sowie das Hauptproblem des Patienten eindeutig zu erkennen und damit nicht immer die passenden aktivierenden Maßnahmen einzusetzen.

Die Hauptaufgabe meiner Tätigkeit als Praxisbegleiterin ist es deshalb, den Pflegenden und Patienten dessen Fähigkeiten bzw. Potenziale aufzuzeigen, aber auch zum Hauptproblem hinzuführen. In Folge erarbeiten wir gemeinsam die passenden Maßnahmen.

Das Therapiezentrum Burgau arbeitet nach dem Primary Nursing-Konzept. In der Regel werden die Primary Nurses durch mich gefördert und haben so die Möglichkeit, ihr Wissen und ihre Handfertigkeiten weiterzuentwickeln. Einer der Aufgabenschwerpunkte der Primärpflegekräfte ist es, das angepasste Handling in den Rehabilitationsprozess einzuarbeiten und an die in ihrem Team arbeitenden Kollegen in Workshops oder bei der Übergaben mit dem Patienten weiterzugeben.

Durch den kontinuierlichen Austausch zwischen den Primary Nurses und der Praxisbegleiterin werden die Leistungen immer feiner auf die individuellen Probleme und Fähigkeiten abgestimmt. Dadurch erweitern

Pflegende ihr Repertoire an Maßnahmen und entwickeln die feinen Nuancen der Hilfestellung weiter. Denn im Bobath-Konzept gilt der Grundsatz, nur so viel Unterstützung wie nötig anzubieten.

Aus der Sicht des Betroffenen muss die Qualität der Hilfestellung auch über den Aufenthalt in der Rehabilitationseinrichtung hinaus gesichert sein, um seine wiedererlangte Mobilität zu erhalten. Durch gezielte Angehörigenanleitung, Erprobung des Erlernten in Wochenendaufenthalten zu Hause sowie der Praxisanleitung in der nächsten behandelnden Einrichtung wird auch der notwendigen Kontinuität Sorge getragen.

### **Bobath-Konzept erhöht Zufriedenheit aller Beteiligten**

Das Therapiezentrum Burgau arbeitet seit der Eröffnung 1989 mit dem Bobath-Konzept. In dem Modell der Leistungssicherung und Weiterentwicklung durch Praxisbegleitung arbeiten die Pflegenden des Therapiezentrums nun seit fast zwei Jahren. Die Erfahrung zeigt, dass so deutlich mehr individuell angepasste aktivierende Maßnahmen umgesetzt werden. Dadurch wird das von Patienten genannte Ziel, Mobilität und Selbstständigkeit wiederzuerlangen, konsequent verfolgt. Das schafft Zufriedenheit bei den Patienten und Angehörigen, aber auch bei Pflegenden.

#### **Literatur:**

Biewald, F.: Das Bobath-Konzept – Wurzeln, Entwicklungen, neue Aspekte. Urban & Fischer Verlag, München 2004

Bobath, B.: Die Hemiplegie Erwachsener. 5. überarbeitete Auflage, Thieme Verlag, Stuttgart 1993

Dammshäuser, B.: Bobath-Konzept in der Pflege, Grundlagen, Problemerkennung und Praxis, Elsevier Urban & Fischer Verlag, München 2005

#### **Anschrift der Verfasserin:**

Renate Kohl,  
Pflegegrundkursinstructorin Bobath BIKA®,  
Praxisbegleiterin Bobath-Konzept  
Therapiezentrum Burgau  
Dr. Friedl Straße 1, 89331 Burgau  
E-Mail: r.kohl@therapiezentrum-burgau.de