

> Beim Bobath-Konzept geht es nicht nur um die richtigen Handgriffe und Lagerungen. Unsere Expertinnen klären auf ...

## Ein Konzept – Kein Rezept

MICHAELA FRIEDHOFF & GABI JACOBS

**Das Bobath-Konzept ist seit Jahrzehnten fest in der Pflege etabliert. Fragt man Pflegende: „Was verstehst Du unter dem Bobath-Konzept?“, so lauten die meisten Antworten: „Bestimmte Lagerungen für Schlaganfallpatienten, Ansprache von der betroffenen Seite, ...“ Hinterfragt man den Begriff „Konzept“, kann er vom Befragten jedoch häufig nicht gefüllt werden. Die *Pflegezeitschrift*-Autorinnen Michaela Friedhoff und Gabi Jacobs erklären anhand eines Strukturmodells, was handlungsleitend im pflegerischen bzw. therapeutischen Alltag ist.**

1943 entdeckte Berta Bobath, dass sich Spastizität, auch etablierte Spastizität, beeinflussen lässt. Sie erkannte, dass das Gehirn zu jeder Zeit, auch nach einer zentralen Schädigung, umlernen bzw. neu lernen kann und das ein Leben lang. Auf dieser Annahme bauten sie und ihr Ehemann Karel Bobath das Bobath-Konzept auf. Beiden war es immer wichtig, dass es sich um ein Konzept handelt, welches stets den neuesten wissenschaftlichen und empirischen Erkenntnissen (Neurowissenschaft, Bewegungswissenschaft, Sportwissenschaft, Lernwissenschaft) angepasst werden kann.

Hat Berta Bobath zu ihrer Zeit überwiegend Patienten mit hohem Muskeltonus behandelt, überwiegen heute, insbesondere in der frühen Behandlungsphase, schlaffe muskuläre Verhältnisse. Ebenso bedarf es der Betreuung und Behandlung schwerst betroffener Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung über Jahre in vollständiger Abhängigkeit von anderen Menschen bleiben. Die Prinzipien des Bobath-Konzepts verändern sich dadurch nicht, jedoch verlagern sich Behandlungsschwerpunkte.

Das Strukturmodell (Abbildung 1) bietet eine Antwort auf die Frage, ob das Bobath-Konzept eine Methode oder ein Konzept ist und was handlungsleitend im pflegerischen bzw. therapeutischen Alltag ist.

Die in der täglichen Praxis auftretenden Handlungsfelder werden in diesem Rahmen anhand wissenschaftlicher

Fragestellungen differenziert, eingegrenzt und begründet.

Wenn die Grundlagen des Konzeptes klar dargestellt sind, lassen sich Prinzipien generieren. Wenn Prinzipien als Leitsätze vorhanden sind, kann abgeleitet werden, nach welchen Methoden gehandelt wird, die sich auch in einzelnen spezifischen Techniken ausdrücken können. Die einzelnen Komponenten „Konzept, Prinzip, Methode, Technik“ bilden eine Einheit in einem komplexen, dynamischen System (Welling 2003). Nicht die Technik ist das Entscheidende, sondern die Frage nach dem „Warum“. Was ist in der spezifischen Situation handlungsleitend für den Pflegenden oder Therapeuten, was beeinflusst seine Denk- und Entscheidungsprozesse (Eckhardt 2013)?

### Konzeptebene

Als *Theorien* können unter anderem die theoretischen Annahmen der IBITA (International Bobath Instructors Training Association) herangezogen werden (IBITA 2008), neurobiologische Erkenntnisse, evidenzbasierte Medizin oder auch Lerntheorien (Spitzer 2002), grundsätzlich und insbesondere des motorischen Lernens aus der Sport- und Bewegungswissenschaft (Wulf 2007).

Das *Menschenbild* ist bio-psycho-sozial, individuell, ethisch und wertschätzend geprägt. Die Basis bildet die Annahme des Patienten als gleichwertiges, selbst-

bestimmtes (autonomes) Individuum, dem im wertschätzenden Dialog zu begegnen ist. Conradi (2001) ersetzt den Begriff der Autonomie durch Achtsamkeit und begründet dies mit der Achtung vor der Würde des Menschen, die auf zwischenmenschlicher Beziehung basiert. Diese Achtsamkeit ist die Basis in der Begegnung zwischen Pflegenden/Therapeuten und Patienten.

Es ist die Aufgabe der Pflegenden oder des Therapeuten, einen Zugang zum Patienten zu finden, Kommunikationswege zu suchen und das Verhalten des Patienten zu beobachten und zu interpretieren. Da das Menschenbild die Gesamtheit der Annahmen und Überzeugungen ist, was der Mensch von Natur aus ist, wie er in seinem sozialen und materiellen Umfeld lebt und welche Werte und Ziele sein Leben hat oder haben sollte, ist neben der eigenen Reflexion des Verhaltens, auch der Austausch mit Angehörigen und im Team anzustreben. Den unterschiedlichen Lebensformen und Zielen des einzelnen Menschen ist mit Respekt zu begegnen. Eventuell ist aktives Einmischen oder Eingreifen, wenn es dem mutmaßlichen Willen des Patienten gilt, erforderlich. Es geht um eine fachkompetente, unterstützende, ermunternde Begleitung eines Menschen in einer besonderen Lebensphase.

Beim *Erfahrungswissen* handelt es sich um explizites und implizites Wissen. Das explizite Wissen ist schon vorhanden, beispielsweise in Texten. Es ist formal zu beschreibendes oder zu artikulierendes Wissen. Explizites Wissen ist ebenfalls objektivierbares, technisierbares Wissen. Wissenschaftliche Erkenntnisse werden in der Regel in einer systematischen (formalen) Sprache verfasst und über Veröffentlichungen kommuniziert. Dieses explizite Wissen kann aufgrund der kodierten Form durch beliebige Medien gespeichert, verarbeitet und übertragen werden.

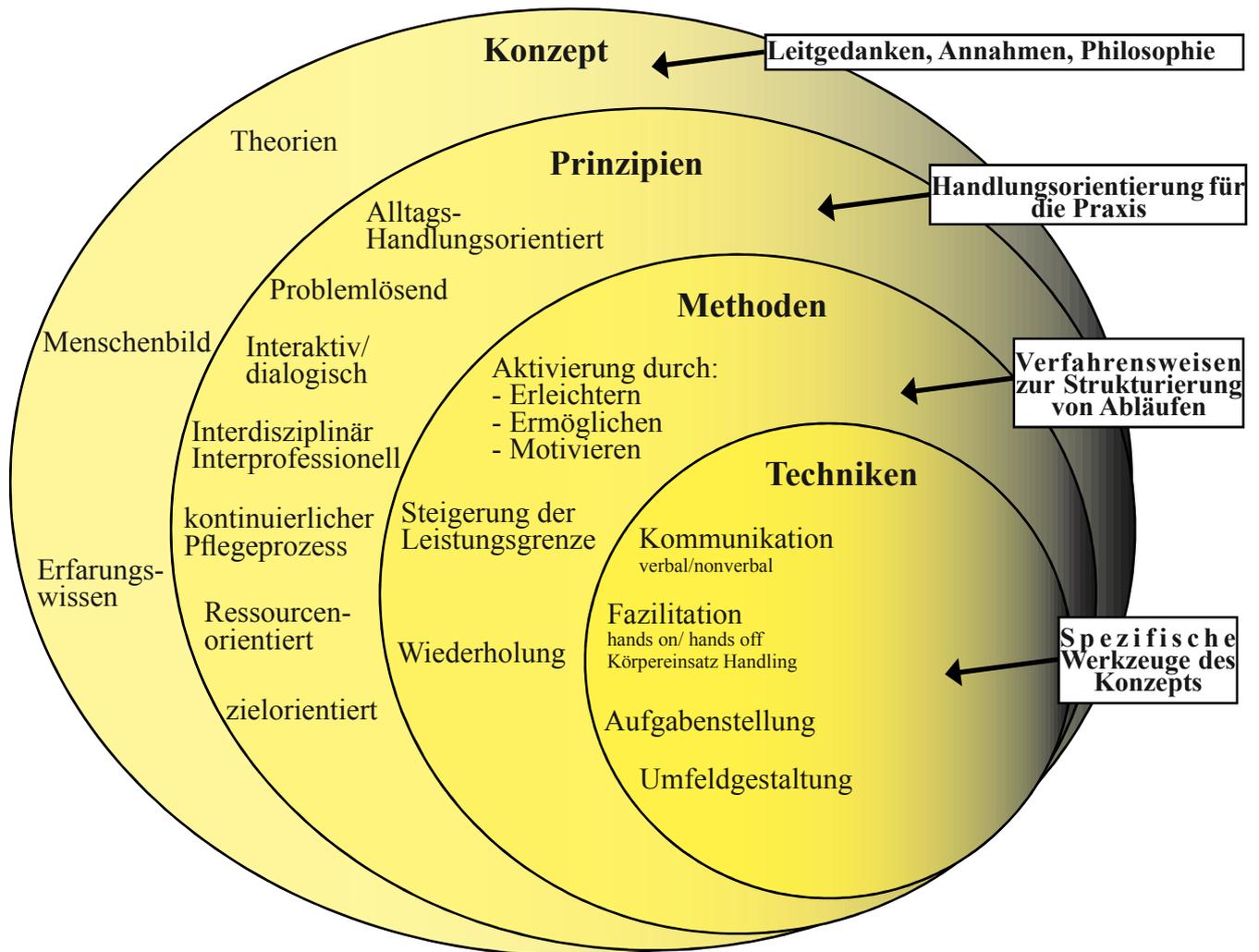


Abbildung 1: In dem Strukturmodell wird insbesondere dargestellt, dass das Konzept einen übergeordneten Rahmen darstellt, der Ansprüche, Leitgedanken und Grenzen festlegt.

Abbildung: Grafmüller-Hell; Eckhardt; Viebrock

Implizites Wissen wird durch Erfahrung erworben. Wie ein Hefeteig hergestellt wird, lässt sich im Rezeptbuch nachlesen. Aber das Gefühl für die Beschaffenheit des Teiges kann nur durch wiederholtes anfassen und kneten erworben werden. Die Art und Weise, wie der Teig geknetet wird, damit er nicht auf der Arbeitsplatte oder an den Händen anhaftet, bedarf der praktischen Erfahrung. Implizites Wissen beinhaltet neben dem Gefühl für die Bewegung auch die Fähigkeit zu Handeln, ohne darüber nachzudenken, beispielsweise wenn Sie die Schuhe binden.

Jeder Mensch verfügt über implizites Wissen. Patienten mit Läsionen des ZNS (zentralen Nervensystems) haben eine Erinnerung daran, wie sich Bewegungen anfühlen. Patienten können durchaus rückmelden, ob der Transfer

sich für sie leicht gestaltet hat. Ob sie sich auf den Stuhl fallengelassen haben oder sich elegant und geräuschlos hinsetzen konnten. Pflegende greifen bei ihren Handlungen unbewusst stets auf ihr persönliches, implizites Wissen zurück. Ein Beispiel sei das Verabreichen einer subcutanen Injektion. Diese Handlung läuft routiniert ab, die Pflegende kann parallel ein Gespräch mit dem Patienten führen. Aber ihre Finger spüren sofort, wenn die Haut, das Gewebe, das sie visuell für die Einstichstelle ausgewählt hat, nicht die passende Geschmeidigkeit aufweist.

In der pflegerischen Betreuung von Patienten ist das Bewegen und Handeln in Interaktion mit dem Patienten von großer Bedeutung. Entsprechend kommt dem impliziten Wissen eine enorme Bedeutung zu. Bewegung ge-

schieht aus gespürter Erfahrung heraus und so ist dies implizit gespeichert. Ein typisches Beispiel, dies zu erklären, ist die Fähigkeit, auf dem Fahrrad die Balance zu halten. Jeder Fahrradfahrer macht während der Fahrt automatisch Gleichgewichtsreaktionen. Das zu erklären ist kaum möglich. Es ist ein Gefühl für diese Bewegung und die immer wieder nötige Korrektur, die der Mensch genau dafür abgespeichert hat.

### Die Prinzipien im Überblick

Die dialogische Herangehensweise ist wesentliches Prinzip des Bobath-Konzepts. Dialog löst zunächst die Assoziation Gespräch aus, mit den Facetten von Mimik, Gestik und Körpersprache.

Fotos: Friedhoff & Jacobs (6)



Abbildung 2: Ein Patient mit einer Hemiplegie auf der rechten Seite, die Schulter ist subluxiert.



Abbildung 3: Patient mit Schulterorthese, die betroffene Hand wird beim Kleiden des T-Shirts geführt.

Der größte Teil des Dialogs liegt beim pflegerischen Handeln in der Art des Anfassens und des Erkennens sowie Abwartens der Reaktion auf den Kontakt. Achtsamkeit der Pflegenden mit allen Sinnen auf die Reaktion des Patienten ist Voraussetzung hierfür. Diese Bereitschaft der Pflegenden beinhaltet dadurch den ständigen Kreislauf von Befund (fühlen/sehen/hören) und Behandeln (zulassen einer Bewegungs-idee/verändern/reflektieren). So wie sich auch das Gehirn oder die Vernetzung mit jeder Bewegung ändert (neue Synapsenbildung), so ändert sich auch die Geschmeidigkeit oder Viskosität des Gewebes. Dies gibt natürlich immer wieder ein neues, verändertes sensorisches Feedback an das ZNS des Patienten wie auch an die Pflegende. Beste Lernvoraussetzung ist die gerichtete Aufmerksamkeit auf die Handlung, wie verschiedenste Studien zum Lernen belegen (Begley 2007). Der Dialog beinhaltet so immer ein Feedback, das sowohl intrinsisch als auch durch die rückmeldende Pflegende erfolgt.

Wird pflegerisches Handeln resourcenorientiert gestaltet, ergibt sich automatisch die zielorientierte, problem-lösende Alltagsrelevanz. Naheliegende Beispiele wie Körperpflege, Kleiden,

Nahrungsaufnahme, Ausscheidung ... fallen sofort ein.

Das Prinzip der interdisziplinären Zusammenarbeit ist ein Alleinstellungsmerkmal des Bobath-Konzepts. Alle Berufsgruppen um den Patienten herum, einschließlich der Angehörigen, sind im Austausch miteinander. Die unterschiedliche Begleitung des Patienten durch die Berufsgruppen baut aufeinander auf und wird respektvoll im Sinne des Patienten miteinander gestaltet.

#### Ein Beispiel für die prinzipielle Herangehensweise

Die Hand besitzt besonders viele Rezeptoren. Für die Rehabilitation der Hand oder des Armes ist es sinnvoll, dieser bei der Körperpflege besondere Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. Das kann zum Beispiel Zeit in Form von intensivem Hand-(Hände)-Waschen, -Abtrocknen oder -Eincremen sein. Mulder (2007) schrieb, dass Netzwerke des ZNS ohne Anforderungen durch Aktivitäten degenerieren. Der sensorische Rückstrom ist für den funktionalen Erhalt des ZNS wesentlich. Wird die betroffene Hand von Beginn an beim Bewegen integriert und entsprechend mit Lenkung der Aufmerksamkeit des Patienten angefasst, so ist die Chance für aktives Be-

wegen viel größer, als wenn diese nur „passiv gesichert wird“.

In der Frühphase nach einem zerebralen Ereignis, kommt es zunächst oft zu völliger Inaktivität. Durch spezifisches Anfassen (sensorischer Rückstrom) kann die Repräsentation im Gehirn erhalten werden. Reines „Verwahren“ des Armes führt schnell zum Lernen des „Nichtgebrauchs“ (non use) (Bauer & Mulder 2007). Bekommt der Patient wieder willkürlichen Zugriff auf seine Hand und seinen Arm, sollten die Bausteine, die in der Therapie erarbeitet wurden, beim Waschen und Kleiden mit integriert werden. So kann mit Unterstützung der Pflegenden (eventuelle Gewichtsabnahme des Armes) der Patient mit der besseren Hand das T-Shirt so halten, dass er den paretischen Arm aktiv durch das Ärmelloch schlüpfen lässt. Genauso kann er dann das Kleidungsstück mit der betroffenen Hand so halten, dass der andere Arm ins Ärmelloch gleitet.

Gerade in der Frühphase sind Angehörige oft völlig hilflos. Werden sie von Beginn an angeleitet, wie sie eine „gelähmte“ Hand anfassen können, werden sie einen großen Beitrag sensorischen Rückflusses zum ZNS leisten. Die Verzahnung zwischen Physio-/Ergotherapie



Abbildung 4: Eine Woche später, zunehmende muskuläre Stabilisation des Schultergelenks. Die Pflegende unterstützt den paretischen Arm beim Herausziehen des Armes aus dem Ärmel.



Abbildung 5: Beim Ankleiden müssen die Arme unterschiedliches leisten – Der rechte Arm muss strecken, der linke Arm muss beugen.



Abbildung 6: Die paretische Hand wird beim Hochziehen des Ärmels geführt.

und Pflegenden bietet die Möglichkeit, Bewegungsübergänge, die während der Therapie erarbeitet wurden, durch Pflegen in den Alltag sinnvoll zu integrieren. Dadurch werden dem Patienten wiederholt Übungsfelder geboten, was ihm das Erlernen, Variieren, Trainieren und dauerhaftes Behalten der Bewegungsübergänge und Aktivitäten erleichtert (Repetition/Wiederholung mit Variation erleichtert die Speicherung des Erlernen) (Spitzer 2002; Wulf 2007).

Die Prinzipien des Bobath-Konzepts wirken seit Jahren selbstverständlich im rehabilitativen Alltag wie im Kontakt mit Patienten, in der Dokumentation und in Fallbesprechungen. Der medizinische Dienst der Krankenkassen (MdK) fordert und prüft dies seit Jahren. So fällt es heute kaum mehr auf, dass diese in der therapeutisch aktivierenden Pflege und somit in der Rehabilitation inzwischen tief verankerten Prinzipien auf dem Bobath-Konzept basieren.

## Methodenebene

Auf der Methodenebene geht es nun darum, Bewegungen/Handlungen zu

erleichtern, zu ermöglichen ja sogar herauszufordern. Größtmögliches Lernen findet bei der aktiven Bewegungsgestaltung statt. Beim Wiederlernen von Bewegungsübergängen wird vor allem in der Frühphase anteilig Gewicht von der Pflegenden übernommen. Bei dem Bewegungsübergang vom Liegen zum Sitzen an der Bettkante werden anfänglich die Beine des Patienten eventuell von der Pflegenden aus dem Bett gebracht, um das Hochkommen des Oberkörpers zu erleichtern. Durch wiederholtes hinführen in eine Position und Rückmeldung, ob seine Hilfe passend ist, kann der Patient experimentell erfahren und seine Mithilfe steigern. Durch sukzessiven, sinnvollen Abbau der Unterstützung der Pflegenden wird die Leistungssteigerung herausgefordert. Beim Sitzen an der Bettkante kann durch kontrolliertes achtsames Loslassen des Patienten dieser herausgefordert werden, die Balance in sicherem Umfeld selbst zu suchen. Je geübter der Patient ist, desto komplexer werden die Aufgaben gestellt, da der größtmögliche Lernerfolg an der Leistungsgrenze stattfindet.



Abbildung 7: Der Patient hat innerhalb dieser Sequenz genügend Haltungshintergrund aufgebaut, sodass er den paretischen Arm gegen die Schwerkraft selbst hochheben kann, um den Jackenärmel hochzuziehen.

## Technikebene

Auf der Ebene der Technik geht es ganz konkret um das Wie. Wie setze ich zum Beispiel die verbale oder nonverbale Kommunikation ein, sodass sie dem Patienten bei der Problemlösung seiner Alltagsaktivitäten und bei der Interaktion mit dem Helfenden eine Unterstützung ist. Die Information über das Ziel ist wichtig für die Motivation, die Planung und die Orientierung. Als technisches Mittel werden zusätzlich Stimme und Wortwahl gezielt eingesetzt. Es macht für die Reaktion des Patienten einen großen Unterschied, ob der Auftrag bei der Ausgangsstellung Rückenlage lautet „Strecken Sie das Bein aus“ oder „lassen Sie das Bein sinken“. Bei ersterem Auftrag wird der Patient das Bein mit viel Kraft in die Streckung stoßen, „schießen“. Die Formulierung „sinken lassen“ inkludiert schon das dosierte kontrollierte Nachlassen/Loslassen von Muskelspannung. Die Fähigkeit, Bewegungen dosiert und graduiert zu steuern, ist die Voraussetzung für Balance, ein wichtiges Ziel für Patienten.

Leise Stimme, langsam gesprochen kann hohen Muskeltonus durchaus zum Nachlassen helfen. Patienten, die eher unter muskulärer Hypotonie leiden, kann es helfen, leichter einen Haltungstonus zu rekrutieren, wenn sie laut aufgefordert werden.

Die Umgebungsgestaltung als Hilfsmittel für's Lernen könnte beispielsweise beim Transfer ein zusätzlicher Stuhl vor dem Patienten sein, auf dem er sich mit seinen Händen sichern oder stützen kann. Die Aufgabenstellung wird an das Leistungsniveau des Betroffenen adaptiert. Der Patient setzt sich zunächst über den tiefen Transfer in den Stuhl um, in dem er den Oberkörper nach vorne und das Gesäß in kleinen Schritten zur Seite bewegt. Ist dieser Bewegungsübergang bekannt und kann leicht durchgeführt werden, ist vielleicht ein Transfer über den Stand möglich.

Fazilitation bedeutet „erleichtern“ und meint mehr als nur die Technik des Handlings. Fazilitation bedeutet senso-motorischer Dialog zwischen Patient und Pfleger/Therapeut und führt so zu einem aktiven Lernprozess. Durch den Einsatz der Hände und des Körpers (mit allen Facetten der

## Zusammenfassung

Das Bobath-Konzept zeichnet sich durch die Herangehensweise an den zu betreuenden Menschen aus. Es gilt diesen in seiner Individualität und Besonderheit wahrzunehmen und Wege zu suchen, die dieser mit seinen gegenwärtigen Möglichkeiten (Ressourcen) mitverfolgen und mitgehen kann. Für den Lernerfolg sind die Aufmerksamkeitslenkung, die Motivationsfindung und die Erfahrung von Leichtigkeit bei der Aktivität entscheidend. Es geht also nicht nur um bestimmte Handgriffe oder Lagerungen, sondern darum, den Patienten auf seinem derzeitigen Niveau ganzheitlich zu fördern und seinen Lernprozess mitzugestalten. Ein Leitsatz von Karel Bobath war: „Die einzige Antwort auf die Frage, ob das was Sie tun, das Richtige für den Patienten ist, ist die Reaktion des Patienten auf das was Sie tun.“ Berta Bobath vertrat immer die Auffassung „Nur da, wo der Patient selbst aktiv ist, lernt er seine Bewegungsmöglichkeiten wieder zu nutzen und im sinnvollen Kontext abzurufen.“ Das heißt für die Pflegenden und alle an der Rehabilitation Beteiligten Berufsgruppen, dass der Patient bei der Gestaltung von Handlungen und den dazu nötigen Bewegungsübergängen aktiv in diesen Prozess miteinbezogen wird, um den größtmöglichen Lernerfolg zu erzielen – denn Zeit ist Geld.

**Schlüsselwörter:** Bobath, Bobath-Konzept, Lagerung

verbalen und nonverbalen Kommunikation) werden somatosensorische Informationen aufgenommen und vermittelt, die den Patienten zu einer Bewegungsstrategie einladen. Die Aufmerksamkeit beider wird auf das Tun gelenkt. Ist die Bewegung bekannt und kann durch den Patienten ansatzweise wiederholt werden, kann die Pflegen-de schleichend immer weniger Hilfe/Kontakt geben. Fazilitation kann auch durch die Gestaltung der Umgebung erreicht werden. Ähnlich wie bei der Kommunikation, die sowohl im Kreis der Technik als auch auf der Prinzipienebene (Dialog) zu finden ist, ist es mit der Fazilitation, die wir der Technik aber auch der Methode zuordnen können. <<

Conradi E. (2001) *Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit*. 1. Aufl., Campus Verlag, Frankfurt am Main.

Begley S. (2007) *Neue Gedanken neues Gehirn*. Arkana, München, S. 282–285.

Hiemetzberger M. (2012) *Ethik in der Pflege*. Facultas, Wien.

Spitzer M. (2002) *Lernen*. Spektrum, Heidelberg.

Viebrock H. & Forst B. (2008) *Bobath Therapiekonzepte in der Physiotherapie*. Thieme, Stuttgart.

Welling A. (2003) *Bewegung verstehen und Sprachgebrauch gestalten – Bobath Therapie interdisziplinär weiterentwickeln*. Zeitschrift für Physiotherapeuten 51, Pflaum, München.

Wulf G. (2007) *Motorisches Lernen*. Physio-praxis Refresher. Thieme, Stuttgart.

## Literatur



Assumptions IBITA (2008) *Theoretische Annahmen IBITA*. <http://www.vebid.de/download.html>, Zugriff am 20.06.2014.

Bauer J. & Mulder R.H. (2007) *Modelling Learning from Errors in Daily Work*. Learning in Health and Social Care 6 (3), S. 121–133.

## Autorenkontakt:

**Michaela Friedhoff** ist Pflegeaufbaukursinstructorin Bobath BIKA

**Kontakt:**

[michaela.friedhoff@gmail.com](mailto:michaela.friedhoff@gmail.com)

**Gabi Jacobs** ist ebenfalls Pflegeaufbaukursinstructorin Bobath BIKA

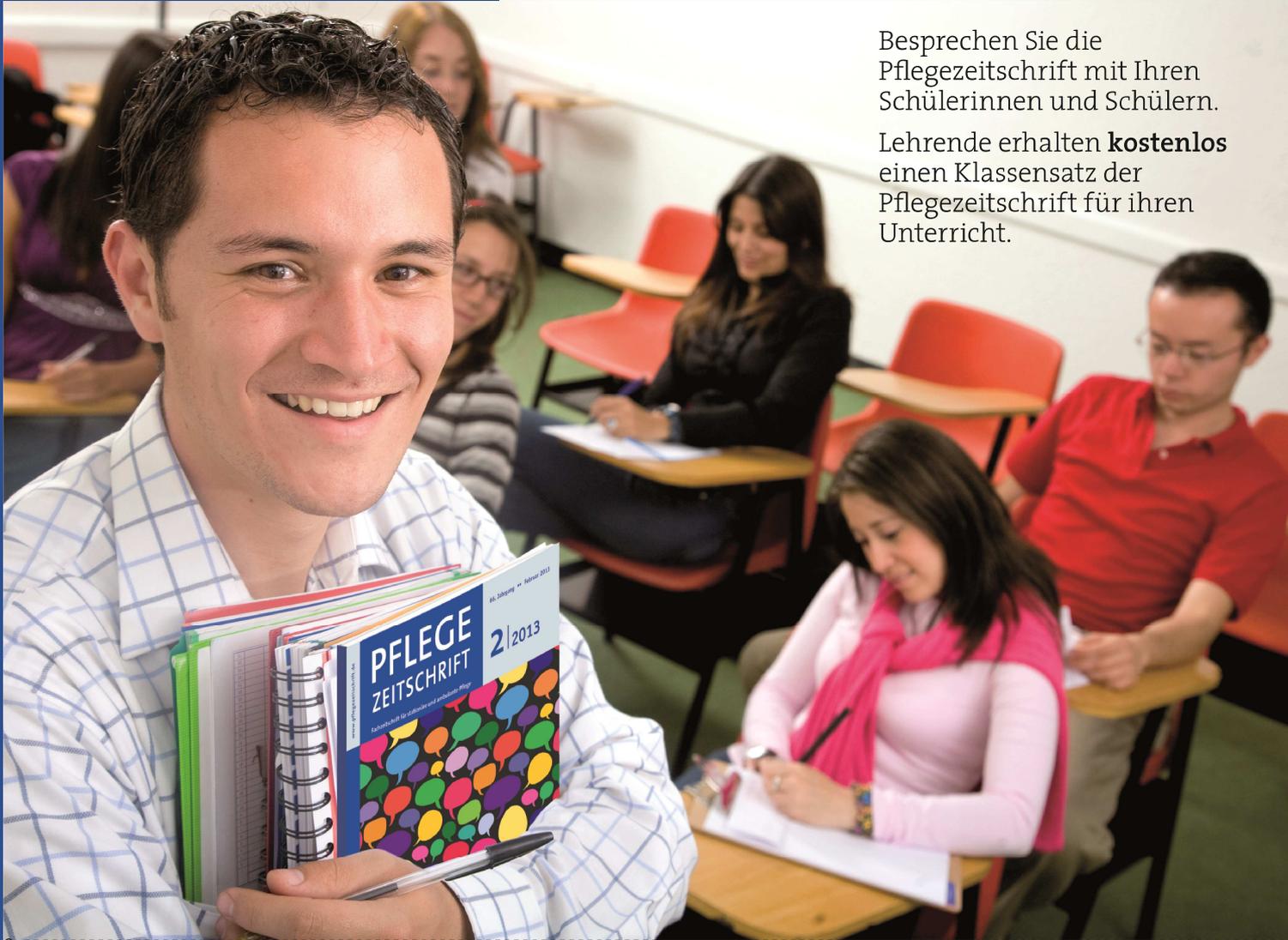
# PFLEGE ZEITSCHRIFT

Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege

## Die Stunde ist gerettet!

Besprechen Sie die  
Pflegezeitschrift mit Ihren  
Schülerinnen und Schülern.

Lehrende erhalten **kostenlos**  
einen Klassensatz der  
Pflegezeitschrift für ihren  
Unterricht.



## Bestellschein

Bestellen Sie direkt beim Verlag:

Telefon: (0711) 7863 - 7277

Fax: (0711) 7863 - 8430

E-Mail: [vertrieb@kohlhammer.de](mailto:vertrieb@kohlhammer.de)

Ja, ich bestelle einen Klassensatz der  
Pflegezeitschrift mit \_\_\_\_ Exemplaren.

Versand nur an Schuladressen

Verlag W. Kohlhammer GmbH  
Zeitschriftenauslieferung  
70549 Stuttgart

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Schule \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_