

## Interdisziplinär gelebtes Bobath-Konzept: Der schwer betroffene MS-Patient

Gabi Jacobs, Krankenschwester, Pflege-Instruktorin Bobath BIKA®  
Klaus Gusowski, Physiotherapeut, Bobath-Instructor IBITA

Das Krankheitsbild „Multiple Sklerose“ (MS) weist einen chronischen Verlauf auf, der dank der neuen Generation pharmazeutischer Therapeutika eine erkennbar langsamere Zunahme der Beeinträchtigungen verzeichnet. Durch die Vielzahl von Erkrankungsherden, die unregelmäßig im ZNS verteilt sein können, kommt es zu einer hohen Zahl von sensomotorischen, vegetativen und kognitiven Symptomen, durchaus auch gemeinsam in einem Patienten auftretend. Spielt sich der Krankheitsprozess im Rückenmark ab, sind inkomplette bis komplette Querschnittssyndrome möglich bis hin zur Tetraplegie. Da ist es keine Frage, dass ab einem gewissen Beeinträchtigungsgrad alle therapeutischen Kräfte genutzt und gebündelt werden müssen, um das größte Maß an Teilhabe zu gewähren. Dies schließt auch Pflegekräfte mit ein, die z.B. in einer Rehabilitationsklinik die meiste Zeit mit den schwerer betroffenen Patienten verbringen. Häufig wird gerade diesen Patienten mit großen Beeinträchtigungen ein „Rehabilitationspotential“ abgesprochen. Campbell et al. zeigen in ihrem systematischen Review aus dem Jahre 2016, dass auch bei chronisch progressivem Krankheitsverlauf Indizien vorliegen, die eine rehabilitative Intervention rechtfertigen [1]. Für diese Patientengruppe mit erhaltener Gehfähigkeit zeigen eigene Untersuchungen durchaus einen Zugewinn nach stationärer Rehabilitation [2]. Das Bobath-Konzept ist von Anfang an in-

terdisziplinär aufgestellt und unterstreicht diese Fachgruppen übergreifende Arbeitsweise in seinen theoretischen Grundannahmen [3], dargestellt im Strukturmodell [4]. Die Bobath-Initiative-Kranken- und Altenpflege (BIKA®) spricht mit ihren Kursen Pflegekräfte an und unterrichtet sie in der therapeutisch aktivierenden Pflege nach dem Bobath-Konzept. Ihr Ziel ist es, „dass jede pflegerische Handlung, individuell angepasst und adäquat unterstützt nach den Prinzipien der therapeutisch aktivierenden Pflege zur bestmöglichen Verbesserung der Lebensqualität des Patienten dient“ [5]. Derart geschulte Pflegekräfte suchen und nutzen das Potential des Patienten und setzen es in den alltäglichen Verrichtungen zur möglichst selbständigen Versorgung des Patienten um. Selbstverständlich werden Pflegeziele benannt, die auf dem Aktivitätsniveau (ICF) [6] direkt zur Handlung führen. Eine der uns anvertrauten Patientinnen ist Frau D. (Abb. 1), die durch Demyelinisie-

Abb. 1 Sitzhaltung im Rollstuhl



Tab. 1 Demographische Daten/  
Patientendaten Frau D.

Alter/Jahre	58
Geschlecht	f
Krankheitsdauer (Jahre)	21
EDSS (Kurtzke-scale)	8.5
Verlauf der MS (RR/SP/CP)	sp
Symptome	Tetraplegie

Tab. 2 Clinical reasoning:  
Bewegungsfähigkeit

Gelenk/Region	Bewegungsmöglichkeit
Kopf	Frei beweglich
Rumpf	Lateraler Shift nach rechts Keine Rumpfkontrolle
Schultergürtel rechts	Elevation Retraktion
Glenohumeral- Gelenk	Internal rotation Elevation 60°
Ellenbogen	Flexion Extension -20° Supination/Pronation
Handgelenke	Flexion
Fingergelenke	Schwache Beugung
Hüftgelenke	Flexion
Kniegelenke	Keine aktiven Bewegungen
Füße	Keine aktiven Bewegungen

rungerherde im oberen Rückenmark eine vor allem motorische Tetrasymptomatik erlebt, die beide Beine und den linken Arm gebrauchsunfähig macht. Eine Stützfunktion der Beine beim Transfer ist gegeben. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Tab. 1.

Im Clinical-Reasoning-Prozess wurden Beeinträchtigungen und Ressourcen festgestellt, die für die partizipative Zielbestimmung bedeutend waren (Tab. 2). Patientin, Pflege und Physio-/Ergotherapie formulierten die gemeinsamen Ziele auf den Aktivitäts- und Partizipationsebenen ICF:

- Selbstständiges Bewegen innerhalb des Rehabilitationszentrums mit dem Rollstuhl
- Befähigung des Armes zur Fahrstuhlbedienung per Ellenbogendruck
- Verbesserung der Partizipation in den ADL
  - z. B. Mithilfe bei der Körperpflege beim Putzen der Zähne
  - Einsatz der rechten Hand zum Essen von Fingerfood
- Stabilisation und Ausdauersteigerung des Sitzens im Rollstuhl mit Reduzierung des Shifts des Rumpfes nach links

Dafür war es nötig, in der Physio- und Ergotherapie die Voraussetzungen für eine Armbewegung bzw. -beweglichkeit zu schaffen

und gleichzeitig diese Funktion zu stärken und zu verbessern. In Rückenlage wurde die Restfunktion des rechten Armes assistiv zur Hebung des Armes und Einleitung des Rollens in die halbe Seitlage genutzt. In der Endposition wurde das Becken gegen die gehaltene Scapula aktiv nach hinten gerollt und über exzentrische Muskelarbeit die Tonusminderung der Scapularetraktoren erzielt. Die gewonnene Mobilität wurde sofort zur aktiven Armbewegung genutzt. Des Weiteren geschah der Tonusaufbau der caudal und medial stabilisierenden Muskeln an der Scapula. Zudem wurde die Core-Stabilität über rotatorische Muskelarbeit aufgebaut, um dem Arm für seine Bewegungen und Handlungen eine stabile Referenz im Rumpf zu geben [4]. Die gewonnenen Bewegungsmöglichkeiten waren der Patientin sofort bewusst. Sie forderte das weitere Arbeiten an diesen Elementen ein. Im Sitzen wurde über Protraktion, Elevation und Abduktion des rechten Armes der Bewegungsradius erweitert und damit begonnen, selektive Hand-, Finger und Armbewegung zu erzeugen und für einfache Aufgaben zu nutzen. Die Unterlagerung des Ellenbogens ermöglichte auf der einen Seite Rumpfbewegungen gegen den Arm mit Ziel der Bewegungserweiterung und dem Aufbau selektiver Schulterbewegungen, unterstützte auf der anderen Seite die Handfunktion durch Abnahme des Armgewichts. Zum Ende der Behandlung hin arbeiteten wir bei größtmöglicher core-Stabilität zur freien Armbewegung und Handlung ohne Abnahme des Armgewichts oder Stütz auf dem Tisch. An dieser Stelle bot sich der Einsatz von Objekten des täglichen Gebrauchs an, den die Pflege sofort in ihren Pflegealltag einbaute. Diese Behandlung fand täglich über einen Zeitraum von fünf Wochen statt. In der Therapie war es so-

fort spürbar, dass am Morgen bereits die Pflege aktivierend gearbeitet hatte und damit die ergo- und physiotherapeutischen Maßnahmen leichter und schneller vorstatten gingen.

Aus der Sicht der Pflegenden stellt sich die Situation folgendermaßen dar:

Durch Repetition mit Variation in Alltags-handlungen ist die therapeutisch aktivierende Pflege ein wesentlicher Baustein zur Implementierung und Automatisierung in der Rehabilitation.

Als große Einschränkung ihrer Teilhabe am sozialen Leben beschreiben Patienten mit fortgeschrittener MS ihre Selbstpflegedefizite. Sie benötigen Unterstützung bei den ADL's (Activity of daily living). Im großen Aufgabenspektrum der Pflegenden kommt hier vor allem die therapeutisch aktivierende Pflege zum Einsatz bei:

- Körperpflege
- Bewegen im Bett
- Bewegen aus dem Bett heraus (Transfer)
- Ausscheidung – Toilettengang
- Nahrungsaufnahme
- Kleiden
- Ruhen

Synergistische, effektive interdisziplinäre Zusammenarbeit setzt eine eindeutige Kommunikation voraus. Diese ist im Bobath-Konzept unter anderem durch die Implementierung der ICF gegeben [6].

In der Therapie neu erarbeitete Bewegungsbausteine und Muskeladaptationen können dann bei pflegerischen Alltags-handlungen auf der Station Sinn machend implementiert werden. Der Lernübertrag in die therapiefreien Zeiten wird durch therapeutisch aktivierende Pflege gesteigert. Zudem spart z.B. die gezielte Gestaltung der morgendlichen Körperpflege durch therapeutische Aktivierung wiederum Zeit für Aktivierung in der Therapieeinheit.

Ein Beispiel, weg von unserer Patientin, kann dies verdeutlichen:

Ein großes Problem bei der Morgentoilette ist die Intimpflege. Stark betroffene Patienten weisen gerade morgens Spastizität in den Beinen auf. Die Beine sind häufig stark in Adduktion fixiert. Es scheint schier unmöglich, die Schutzhose (Inkontinenzhose) zu wechseln und die Intimtoilette vorzunehmen. Zusätzlich klagt der Patient über Schmerzen im unteren Rücken, da die Spastizität die Gelenke über einen längeren Zeitraum in unphysiologische Stellungen gezogen hat. Die Summation von Spastizität und Schmerz bildet eine sich selbst verstärkende Spirale. In therapeutisch aktivierende Pflege Bobath BIKA® geschulte Pflegenden verfügen über ein Repertoire an Möglichkeiten, diese Spastizität zu lösen und mit dem Patienten eine passende Ausgangstellung für die Körperpflege zu finden. Die Seitenlage ist eine günstige Position, in der es dem Patienten ermöglicht wird, selbst die Intimtoilette vorzunehmen. Die dabei geforderte Rumpfrotation fördert seine Core-Stabilität, steigert die Viskosität/Geschmeidigkeit des Gewebes und ist schon ein Teil der Vorarbeit für den Transfer. Wird zum Anziehen der Hose das Bridging (Becken – anheben/

Brücke bauen bei aufgestellten Beinen) genutzt, lernen die Füße wieder Körpergewicht zu übernehmen und gegen die Schwerkraft zu arbeiten. Kraft, Gelenkigkeit, Graduierung und Gleichgewicht werden bei diesem Bewegungsübergang geschult, weitere Bausteine für den Transfer.

Es erfordert eine gute Absprache im therapeutischen Team, welche Alternativen es zu den Kompensationsstrategien gibt, die auch einen realistischen Zugewinn an Lebensqualität für den Patienten bringen.

Der selbstständige Toilettengang z.B. hat für den Einzelnen eine hohe Wertigkeit. Die Kompensationsstrategie vieler Patienten beim Bewegungsübergang Sitz – Stand ist, sich an einem Haltegriff hochzuziehen. Reflektorisch reagieren die Beine dabei oft mit Spastizität sowohl in Richtung Beugung oder auch in Richtung Streckung. Da diese Reaktionen im Timing nicht stimmen und keine Graduierung erlauben, kommt es zu Imbalance. Die Drehschritte vom Rollstuhl zum WC sowie das Hoch- oder Herunterziehen der Hose sind alleine nicht möglich, da die Hände für die Sicherung der Balance eingesetzt werden müssen. Ein gemeinsames Ziel von Therapie und Pflege kann hier das Wiedererlernen eines kontrollierten Bewegungsübergangs Sitz – Stand sein. Dies erfordert insbesondere von den Physiotherapeuten die Erarbeitung der dazu nötigen Muskellängen und die einzelnen Schritte des Bewegungsübergangs. Im Stationsalltag ist jeder gefordert, diszipliniert bei jedem Transfer diese Schritte mit dem Patienten in dieser Weise zu erarbeiten aber auch zu nutzen. Die etablierten Kompensationsstrategien sind schwer zu durchkreuzen, da sie blitzschnell vom ZNS abgerufen werden. Voraussetzung ist, dass der Patient den Nutzen erkennen

kann und alle im Team sich verbindlich an die Absprachen halten.

Im Folgenden wird die oben genannte Patientin, ergänzend aus Sicht der Pflege, beschrieben. Frau D.

- wohnt alleine ebenerdig zu Hause
- Sozialstation kommt 3-mal täglich zu ihr für: Körperpflege, Kleiden, Lagerung und Ausscheidung (mit suprapubischer Fistel versorgt)
- Seit 10 Jahren wird sie mit dem Lifter transferiert
- Mit ihrem E-Rollstuhl konnte sie sich bis vor ein paar Monaten alleine in ihrer Wohnung und auch im Ort frei bewegen
- Rumpf ist hypoton, beide Beine und beide Arme spastisch in Richtung Beugung
- der linke Arm ist steif in Beugung, mit dem rechten Arm bedient sie den Joystick ihres Rollstuhls

In den letzten Wochen benutzte sie aufgrund zunehmender Rumpfinstabilität ihren rechten Arm als Stützarm beim Sitzen im Rollstuhl. Pronation war kaum möglich, nur Flexion im Ellbogen. Die Finger und den Unterarm konnte sie nicht mehr graduiert bewegen und dadurch ihren Elektrorollstuhl nicht mehr dosiert steuern.

Im Interview verwendete sie den Begriff: „Ich fühlte mich gefangen im eigenen Körper.“

Ihr Ziel für größtmögliche Teilhabe war neben der Mithilfe bei der Körperpflege, wieder reaktionsschnell, sicher und exakt ihren Rollstuhl steuern zu können.

Verlauf:

Um im Zeitfenster der zur Verfügung stehenden Pflegezeit zu bleiben wurde die Körperpflege einschließlich des Kleidens im Bett in Seitenlage mit viel Unterstützung gestaltet. Das aktive Einhalten der Seitenlage während der Körperpflege steigerte ihre Core-Stabilität. Beim Eincremen wurden durch die Art des Anfassens bindegewebige Strukturen durch gegenseitiges Verschieben etwas gelöst. Im Arm wurde dadurch die Pronation vorbereitet.

Die Gewichtung wurde auf den Bewegungsübergang von Seitenlagen zum Sitz an die Bettkante gelegt. Hier sollte Frau D. lernen, den rechten Arm zum Hochstützen gegen die Schwerkraft mit einzusetzen.

Zur Verbesserung der graduierten Beweglichkeit des rechten Armes wurde die Aktivität des Zähneputzens genutzt. Frau D. verwendete eine elektrische Zahnbürste. Anfänglich fehlte ihr die Kraft diese zu halten sowie die Beweglichkeit diese im Mund für den Richtungswechsel zu drehen. Sie hatte sich angewöhnt, bei stabil gehaltener Zahnbürste den Kopf so zu bewegen, dass die Bürste an alle Zähne kam.

Vor dem Zähneputzen sollte Frau D. mit der rechten Hand zum Rollstuhlrads hinunterfassen. Mit der Schwerkraft und der Idee zum Rad zu fassen, konnte sie den Arm in die Streckung entspannen (Abb.2). Durch die von der Pflegekraft geführte Zahnbürste lernte sie, den Unterarm zu pronieren und dadurch mit vermehrter Handbewegung anstatt der Kopfbewegung ihre Zähne putzen (Abb. 3, 4 und 5).

Durch die starke Rumpfhypotonie wagte sie sich nicht von der Rückenlehne weg, um ins Waschbecken auszuspucken. Eine Nierenschale musste ihr vorgehalten werden. Im Verlauf der Rehabilitation wurde

Abb. 2 loslassen der Armbeugung, Armstütze verlassen



Abb. 5 Zähneputzen mit pronierter Handstellung



Abb. 3 Zähneputzen mit supinierter flektierter Hand



Abb. 4 geführtes Zähneputzen



Abb. 6 selbstständiges Aufzug holen



das geführte Wegstellen und Leeren der Nierenschale dafür genutzt, den Arm wieder frei einzusetzen und ihn nicht ausschließlich für das Stützen zu „missbrauchen“. So lernte sie die Dissoziation von Rumpf und Arm und konnte schließlich den Arm wieder vom Körper wegbewegen.

Im Ergebnis war es Frau D. möglich, mit pronierter Hand und frei beweglichen Fingern ihren Rollstuhl zügig und präzise zu fahren. Sie konnte selbstständig den Aufzug holen (Abb. 6), traute sich auch zu, für Gepäck tragende Aufzugmitfahrer bei einem Zwischenhalt aus dem Aufzug zu rangieren und schnell genug vor der Weiterfahrt wieder im Aufzug zu sein. Fin-

gerfood konnte sie wieder alleine zu sich nehmen. Auch der linke Arm hatte eine Tonusminderung erfahren und konnte relativ locker im Schoß liegen.

In therapeutisch aktivierende Pflege Bobath BIKA® geschulte Pflegenden leisten einen großen Beitrag in der Rehabilitation. In den sogenannten „therapiefreien Zeiten“ sichern sie den Übertrag der motorischen Lerninhalte in den Alltag. Der Pflegealltag bietet automatisch Handlungsorientierung und Objektgebrauch. Nicht nur satt und sauber sind das Ziel, sondern das Wiedererlernen von graduierter gezielter Bewegung für größtmögliche Partizipation. Dazu ist es wichtig, herauszufinden und gemeinsam abzusprechen, wie der Patient zum Mitbewegen eingeladen werden kann (verbal wie auch nonverbal), wie und wann Hilfestellung abgebaut wird, welche Hilfsmittel förderlich sind, welche Kompensation zugelassen werden muss, welche alternativen Bewegungskomponenten zur Verfügung stehen und wie sich diese in die Alltagshandlungen implementieren lassen. Damit alle im Team am gleichen Strang ziehen können, bedarf es einer umfassenden Schulung des Personals. Die Bereitschaft jedes Teammitglieds ist wichtig, seine Beobachtungen und Erfahrungen am Patienten einzubringen und sich konsequent an die Teamabsprachen zu halten. Das verspricht den größtmöglichen Benefit für den gemeinsamen Patienten.

**Zusammenfassung:** Der interdisziplinäre Dialog mit dem darin einbezogenen Patienten erlaubt die gemeinsame Bestimmung der Behandlungsziele, den Austausch über die Fähigkeiten und Schwierigkeiten, die in den unterschiedlichen Arbeitssituationen erkannt werden und fördert die gegenseitige Information über

die Fortschritte in der Therapie und den ADL, zeigt aber auch Problemstellungen auf wie z.B. Auftreten einer Blasenentzündung oder eines Dekubitus.

Zur interdisziplinären Zusammenarbeit gehört auch die gegenseitige Unterstützung in schwierigen Arbeitssituationen (einschießende Spastik am Morgen, schwierige Transfers etc.)

Der Patient erfährt ein Einbezogensein in die Entscheidungen und Bewegungen. Er hat weniger Angst vor Schmerz, Sturzgefahr oder Hilflosigkeit. Aktivierung und Wiederholung von Bewegungssequenzen oder komplexen Bewegungen multiplizieren sich. Damit intensiviert sich der sensorimotorische Lernprozess, die Lebensqualität wird gesteigert.

Aber auch für die Mitarbeiter/-innen lohnt sich der interdisziplinäre Ansatz. Die gegenseitige Wertschätzung und der Respekt vor dem Einzelnen und den anderen Berufsgruppen werden gesteigert und eine gemeinsame, allen verständliche Sprache wird gesprochen. Die beteiligten Berufsgruppen erfahren eine Arbeitserleichterung. Die Kompetenzen der Pflegenden über „sicher, satt und sauber“ hinaus sind erkennbar. Allerdings sind Fortbildungen in allen Berufsgruppen nötig, für die Pflegenden wären das z.B. die BIKA® Fortbildungen.

Das Bobath-Konzept bietet inhaltlich und strukturell das Fundament eines derartigen Vorgehens und eignet sich deshalb hervorragend als Dachkonzeption für die neurologische Rehabilitation auch der schwer betroffenen MS-Patienten.

Gabi Jacobs, Krankenschwester, Pflege-Instruktorin  
Bobath BIKA®

Klaus Gusowski, Physiotherapeut, Bobath-Instructor  
IBITA

Literatur

- [1] Campbell E, Coulter EH, Mattison PG, Miller L, McFadyen A, Paul L. Physiotherapy Rehabilitation for People With Progressive Multiple Sclerosis: A Systematic Review. Arch Phys Med Rehabil. 2016 Jan; 97 (1): 141–151
- [2] Gusowski K. Physiotherapie bei Multipler Sklerose – konventionelle und moderne Verfahren. Neurol Rehabil 2014; 20 (5): 239–245
- [3] Theoretische Grundannahmen Bobath-Konzept (theoretical assumptions) [www.ibita.org](http://www.ibita.org) (12.03.2016)
- [4] Eckhardt G. Strukturmodell Bobath Konzept (02). PT-Zeitschrift 2013, Pflaum Verlag
- [5] Bobath-Initiative Kranken- und Altenpflege®, [www.bika.de](http://www.bika.de), 16.06.2017
- [6] Schuntermann „ICF“: [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206970/publicationFile/2307/icf\\_kurzeinfuehrung.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206970/publicationFile/2307/icf_kurzeinfuehrung.pdf) (12.03.2016)