

*Rehabilitation nach Schlaganfall*

# Physiotherapie auf Bobath-Basis



Gruhn

*Helmut Gruhn*

**Jedes Jahr ereignen sich knapp 270 000 Schlaganfälle in Deutschland. Über 37 % der Betroffenen sterben innerhalb eines Jahres. Rund die Hälfte der überlebenden Patienten bleibt dauerhaft behindert und 30 % sind auf fremde Hilfe angewiesen. Maßnahmen für eine ganzheitliche und spezifische ambulante Rehabilitation des Schlaganfalls werden dringend benötigt. Das evidenzbasierte Bobath-Konzept bietet hier einen guten Lösungsansatz.**

Fast eine Million Bundesbürger leiden an den Folgen des Schlaganfalls. Ein Großteil davon an neurologischen, neuropsychologischen und motorischen Defiziten, die einen erheblichen medizinisch-therapeutischen Bedarf

mit sich bringen. Neben der ärztlichen Betreuung benötigen die Betroffenen in der ambulanten Versorgung vor allem auch die physiotherapeutische Behandlung. Diese bietet für die Behandlung von Erwachsenen mit Läsionen des Zentralen Nervensystems (ZNS) eines der wirkungsvollsten und erfolgreichsten rehabilitativen Konzepte: das Bobath-Konzept.

## Behandlungskonzept nach Bobath

Vor mehr als 70 Jahren von Dr. Karel Bobath und seiner Frau, der Physiotherapeutin Berta Bobath, konzipiert, wurde das Bobath-Konzept am aktuellen Stand der Neuro- und Rehabilitationswissenschaft bis heute immer weiterentwickelt. Weltweit ist es eines der erfolgreichsten Therapiekonzepte in der Neuro-Rehabilitation, das durch interprofessionelle und interdisziplinäre Anwendungen rund um die Uhr, 24 Stunden lang, durchgeführt

wird. Es bietet eine lösungsorientierte Herangehensweise in der Befundaufnahme und Behandlung von Individuen mit funktionellen Störungen und kann in jedem Alter und in jeder Phase der Rehabilitation eingesetzt werden. Die bekanntesten Erkrankungen, die mit dem Bobath-Konzept behandelt werden können, sind Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose und Rückenmarksverletzungen.

Das therapeutische Konzept beruht auf der Neu-Organisationsfähigkeit (Plastizität) des Gehirns. So übernehmen nicht betroffene Hirnareale nach dem Schlaganfall die Aufgaben der geschädigten Regionen. Voraussetzung für dieses Neu-Lernen ist eine konsequente Förderung durch Stimulation des Patienten vonseiten aller Therapeuten und der betreuenden Personen/Angehörigen. Eine starre und festgelegte Übungsfolge gibt

es in dem Konzept nicht. Stattdessen wird mit Prinzipien gearbeitet, die individuell auf jeden Patienten abgestimmt werden können. Beispiele dafür sind:

- Es wird ein professioneller, persönlicher Kontakt als Vertrauensbasis für die Therapie hergestellt.
- Aktive Mitarbeit wird stets gefordert und gefördert.
- Festlegung einer genauen, alltagsorientierten Zielsetzung in einem bestimmten Zeitrahmen (Partizipation).
- Durchführung eines international anerkannten standardisierten Testverfahrens (Messbarkeits-Nachweis).
- Es wird Hand angelegt zum Fühlen und Bewegungs-Erleichterung für die Betroffenen (Facilitation).
- Die Hilfe wird so weit wie möglich langsam abgebaut, damit der Betroffene wieder selbstständig übernehmen kann (Hands on).
- Die aktuelle Leistungsgrenze wird ermittelt und immer wieder neu eingestellt (Shaping).
- Anpassung der Umwelt an die Leistungsfähigkeit, damit die Umsetzung des Gelernten in den Alltag gelingt (24-Stunden-Prinzip).
- Eigenaktivitäten in einfachen, aber sinnvollen Bewegungskombinationen für den Betroffenen (Hausaufgabe).

Kernpunkte des Konzepts sind die posturale (Haltungs-) Kontrolle für die Ausführung einer Handlung, die selektive Bewegungsfähigkeit, die Produktion von koordinierten Bewegungssequenzen und die Anpassung von Bewegungsmustern an eine Handlung mittels Variationen. Der sensorische Input bildet beim motorischen Verhalten und Lernen eine wichtige Säule in der Behandlung. Das therapeutische Ziel ist, die unnatürliche Kompensation (Spastizität) so gering wie möglich zu halten, damit die Ökonomie/Effizienz gefördert wird. Dabei darf aber nie die Alltagsfähigkeit (Partizipation) dauerhaft eingeschränkt werden.

### Wirksamkeit nachgewiesen

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) empfiehlt die evidenzbasierten Kernelemente des Bobath-Konzeptes ausdrücklich in ihren Leitlinien. Dazu zählen im Einzelnen: Repetitives, aktives Üben

[8], Repetition von einzelnen Funktionen [1, 6], zielorientiertes Arbeiten [7, 9], alltagsorientiertes, bilaterales Arbeiten [10, 12], Shaping und Üben an der Leistungsgrenze [13], hohe Intensität [3, 5, 6, 9, 12], interdisziplinäres Arbeiten [11], Eigentaining [4, 7] und Krafttraining [2].

### Verordnung nach Heilmittelrichtlinie

Damit Patienten die Therapie nach Bobath erhalten können, muss der Arzt bei entsprechender medizinischer Indikation eine Verordnung nach der Heilmittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ausstellen. Der indikationsbezogene Katalog verordnungsfähiger Heilmittel sieht mit der Verordnung auf neurophysiologischer Grundlage auch eine spezielle Position für die Behandlung von Schlaganfallpatienten vor. Um das Budget der Ärzte zu schonen und diese vor Regressen zu schützen, hat der Gemeinsame Bundesausschuss am 22. November 2012 ein Merkblatt zur Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen nach § 32 Abs. 1a SGB V i. V. m. § 8 Abs. 5 Heilmittelrichtlinie beschlossen. In diesem wird beschrieben, dass „Patientinnen und Patienten mit schweren dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigungen durch die Regelung des § 8 Abs. 5 Heilm-RL die Möglichkeit [haben], medizinisch notwendige und dauerhaft benötigte Heilmittel für mindestens ein Jahr von ihrer Krankenkasse genehmigt zu bekommen. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt kann im Rahmen des genehmigten langfristigen Heilmittelbedarfs Heilmittel entsprechend der Heilm-RL verordnen, ohne dass diese Gegenstand von Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind.“ Das Merkblatt enthält eine Diagnosenliste, in der alle Diagnosen gelistet sind, für die eine langfristige genehmigte Verordnung außerhalb des Regelfalls beantragt werden kann (Download unter: [http://www.g-ba.de/downloads/17-98-3382/2013-09-19\\_Heilm-RL\\_Merkblatt%20mit%20Anlage.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/17-98-3382/2013-09-19_Heilm-RL_Merkblatt%20mit%20Anlage.pdf)).

### Hausärzte können viel tun

Gerade für Hausärzte bietet sich hier eine Chance, die Versorgungslücke zwischen stationärer und ambulanter Rehabilitation zu schließen, ohne dabei einen Regress befürchten zu müssen.

Dass diese Lücke besteht, haben bereits die Autoren des BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreports von 2007 festgestellt. Demnach erhielten nur etwa 30 % der Schlaganfallpatienten eine Rehabilitation. Von den Versicherten ohne Rehabilitation erhielten 38 % eine physiotherapeutische Verordnung und nur 13 % eine Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, PNF). Der Report bemängelt eine Unter- und Fehlversorgung von Schlaganfallpatienten durch zu späte und nicht adäquate Verordnung in Deutschland.

**Das Behandlungskonzept nach Bobath beruht auf der Fähigkeit des Gehirns, Aufgaben geschädigter Areale neu zu organisieren.**

Eine Umfrage des Perzeptionshauses im September 2013 gemeinsam mit der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe unter Betroffenen und Angehörigen zur ambulanten Versorgung von Schlaganfallpatienten zeigt ähnliche Ergebnisse. Demnach erhielten 63 % der Patienten zwar innerhalb von zwei Wochen nach der Reha eine Heilmittelverordnung. Ganze 19 % aber bekamen diese erst innerhalb der ersten drei Monate. 64,9 % der Befragten erhielten normale Physio- oder Ergotherapie und keine spezielle Therapie. Die durchschnittliche Therapiedauer beim Physiotherapeuten belief sich auf 30 Minuten zweimal pro Woche. Einen großen Mangel beklagten die Patienten vor allem bei der Information zu speziellen Therapiemöglichkeiten. 66 % der Befragten erhielten überhaupt keine Informationen. Bei der Frage, was sich Patienten in der Versorgung mehr gewünscht hätten, steht vor allem mehr Therapie an der Spitze.

### „Back-to-life“ als Selbstzahlerleistung

Seit 20 Jahren habe ich mich auf die Behandlung von Schlaganfallbetroffenen spezialisiert. Dabei wurde ich immer wieder mit der Diskrepanz zwischen den Wünschen der Patienten und denen der Kostenträger konfrontiert. Während die Patienten auf der einen Seite sich die bestmögliche Therapie wünschen, sind die gesetzlichen Krankenversicherungen



vom Gesetzgeber verpflichtet, nur eine Basisversorgung zu garantieren. Der Patient erhält das medizinisch Nötige, aber nicht das medizinisch Mögliche.

Vor diesem Hintergrund entwickelte ich auf Grundlage des Bobath-Konzeptes das „Back-to-Life Konzept“ zur integrativen Therapie von Schlaganfallpatienten klinischer Rehabilitation. Die Gründe, dieses Programm zu entwickeln, liegen in der oben beschriebenen Problematik der Unterversorgung. Da die Bedürfnisse der Patienten viel höher sind, als die Kostenträger leisten wollen und können, bestand eine Schere zwischen dem Wunsch nach mehr Therapie und dem Reglement des Gesetzgebers. Die logische Konsequenz für mich war, mehr Therapie anzubieten, um so dem 24-Stunden-Bobath-Konzept gerecht zu werden. Denn dieses verpflichtet uns, alles Therapiepotenzial zu bündeln, um gegen die Krankheit Schlaganfall eine Chance zu haben.

### Back-to-life-Bausteine

1. **Back-to-life Start:** Zeit: 1,5 Std.  
Ziele: Kennenlernen, Befunden, Prognosen stellen
2. **Back-to-life Intensiv:** Zeit: 4 Wochen, 4 Tage pro Woche, 2 – 4 Stunden pro Tag  
Ziele: zu Hause ankommen nach der klinischen Reha, Umgebungsgestaltung, Alltagsorientierung, Angehörigeninstruktion, Potenziale entdecken und fördern
3. **Back-to-life Kompakt:** Zeit: 1 Woche, 4 Tage, 2 – 4 Stunden pro Tag  
Ziele: ein konkretes Partizipationsziel mit dem Patienten bestimmen, Potenzial ausdauernd und konsequent fördern
4. **Back-to-life Variabel:** Zeit: 3 Monate, 6 Stunden jeweils individuell aufgeteilt  
Ziele: erhalten, stabilisieren, in Kontakt bleiben, evtl. im Lebensumfeld des Patienten arbeiten, z. B. Stadion-, Konzert-, Theaterbesuch, einkaufen, shoppen usw.

Bei Back-to-life sind die Therapiezeiten deutlich länger und die Abstände zwischen den Therapiesitzungen kürzer. Eine Pilotstudie über Blocktherapie bei ambulanter Schlaganfallbehandlung [14] konnte signifikante Verbesserungen nachweisen, ebenso wie eine dokumentierte Fallstudie in Buchform [15]. Die

bekanntesten Bobath-Begriffe „interdisziplinär“, „alltagsorientiert“, „Einbezug der Angehörigen“ werden bei Back-to-life sehr konsequent und ausdauernd umgesetzt. „Intensiv“ bedeutet dabei, dass sich der Therapeut engagiert, Flexibilität und viel Kreativität in die Therapie mit einbringt und diese nicht durch äußere Rahmenbedingungen, wie Arbeitszeiten oder Wochenenden, beschränkt. Die Bereitschaft, für den Patienten zur Verfügung zu stehen, muss vorhanden sein. Nur so können Therapieerfolge erreicht werden. Ziele, Schwerpunkte und Vorgehensweisen des Therapeuten orientieren sich an der Gegenwart und

**Das „Back-to-life-Konzept“ zeichnet sich durch längere Therapiezeiten und kürzere Abstände zwischen den Therapiesitzungen aus.**

der Brauchbarkeit für die Handlung des Patienten in seinem Alltag (Partizipation). Nicht das Bestreben nach Normalisierung, sondern das bestmögliche „Sich-Zurechtfinden“, „Selbermachen“ oder „Mitmachen-Können“ des Patienten leitet die Therapeuten bei ihrer Planung und Handlung.

### Umsetzung

Die Umsetzung des Back-to-life-Konzeptes kann von jedem Bobath-Therapeuten durchgeführt werden. In mehr als 20 Jahren habe ich als Bobath-Instruktor circa 1 000 Therapeuten ausgebildet. Diese bekommen genaue Behandlungsstrategien für die Zeit danach in Form von Bild- und Filmmaterial. Natürlich können sie jederzeit bei einer Behandlung dabei sein, was sogar wünschenswert ist. Danach besteht die Möglichkeit, über Telefon/Internet weiterhin gemeinsam an der Optimierung der Lebensqualität des Patienten zu arbeiten.

### Die Finanzierung

Grundsätzlich ist es wichtig, die Behandlung zwischen Kostenträger- und Selbstzahler-Leistungen klar zu trennen. „Back-to-life“ ist eine Selbstzahler-Leistung. Dazu wird eine entsprechende ärztliche Privat-Verordnung benötigt.

Es besteht auch die Möglichkeit, eine Intensiv-Blocktherapie als Proband in einem Bobath-Kurs zu erhalten. Für besonders motivierte Patienten mit einem hohen Maß an Eigeninitiative, die aber mittellos sind, steht ein Hilfsfonds zur Verfügung.

### Angehörigenbetreuung

Parallel zur Behandlung können Angehörige eine Betreuung, z. B. in Form einer Feldenkrais-Lektion, erhalten. Eine psychologische Behandlung/Beratung kann auf Wunsch ebenfalls stattfinden. Gemeinsam mit dem Partner können die Angehörigen an einer Schlaganfall-Tanzveranstaltung teilnehmen. Gerade Menschen, die vor dem Schlaganfall gerne getanzt haben und sich noch nicht trauen, in die Öffentlichkeit zu gehen, haben hier eine ideale Möglichkeit, sich darauf vorzubereiten. Eine wunderbare Gelegenheit, mit dem Partner etwas zu unternehmen.

### Fazit

Nach wie vor herrschen Defizite in der ambulanten Schlaganfallversorgung. Es werden also dringend Maßnahmen für eine ganzheitliche und spezifische ambulante Rehabilitation des Schlaganfalls benötigt. Die Schere zwischen den Bedürfnissen der Patienten und den gesetzlichen Möglichkeiten der Kostenträger muss geschlossen werden. Einen Ansatz bietet das interdisziplinäre Bobath-Konzept, das alle therapeutischen, ärztlichen und pflegerischen Disziplinen vereint. Voraussetzung für einen Erfolg zum Wohle des Patienten ist eine Zusammenarbeit aller auf Augenhöhe. Gerade Hausärzte können dazu einen wichtigen Beitrag leisten. ■

Diesen Beitrag sowie die vollständige Literaturliste  
finden Sie auch unter  
[www.allgemeinarzt-online.de](http://www.allgemeinarzt-online.de)

*Interessenkonflikte: keine deklariert*



*Helmut Gruhn  
Physiotherapeut und  
Bobath-Instruktor  
Das Perzeptionshaus,  
Therapie und Fortbildung  
für neurologische Rehabilitation  
63512 Hainburg*