



Die Bobath  
Vereinigung



# Bewegung und Entwicklung

Ein Plädoyer für den wertschätzenden Dialog  
zwischen Forschung und Praxis

2023

<b>Editorial</b> .....	3 – 4
<i>Susanne Löw</i>	
<b>Ein Plädoyer für den wertschätzenden Dialog zwischen Forschung und Praxis</b> .....	5 – 7
<i>Ann Katrin Cordes</i>	
<b>Therapiemanuale – Herausforderungen in der Entwicklung, Umsetzung und Wirksamkeitsüberprüfung</b> .....	8 – 20
<i>Sabine Brinkmann</i>	
<b>Integration von Leitlinien-Empfehlungen für Patienten mit unilateralem Neglect in die Bobath-Therapie</b> .....	21–22
<i>Carmen Puschnerus</i>	
<b>Medikamentenmanagement für Kinder und junge Erwachsene mit neuropädiatrischen Erkrankungen</b> .....	23–25
<i>Dr. Constanze Reutlinger</i>	
<b>Fünf Elemente für effektive neurologische Rehabilitation</b> .....	26 – 28
<i>Helmut Gruhn, Niklas Schaab</i>	
<b>BAKs – Die Bobath Arbeitskreise ... ein Einblick ...</b> .....	29 – 30
<i>Ina Stößer</i>	
<b>Die neue Homepage ist online!</b> .....	31
<i>Ellen Zwiercz</i>	
<b>„Das Sofa“: Die geschichtliche Entwicklung des Bobath-Konzepts – Gestern, Heute und Morgen?</b> .....	32 – 40
<i>Susanne Löw</i>	
<b>Projektwoche “Ich helfe dir“ im Februar 2019 in Russland</b> .....	41 – 43
<i>Cornelia Szilvas</i>	
<b>Arbeiten als Bobath Therapeut*in im Ausland</b> .....	44 – 48
<i>Irmela Turmann</i>	
<b>Intensive Weiterbildung in Ladakh im Sommer 2023</b> .....	49 – 51
<i>Karola Wood</i>	
<b>Informationen</b> .....	52 – 53
<b>Vorankündigung Bobath-Fortbildungstagung 2024</b> .....	54
<b>Veröffentlichungen</b>	
Fachzeitschrift Bewegung und Entwicklung, Artikel von 2002–2022 .....	55–61
<b>Impressum</b> .....	62

---

## Editorial

Liebe Leser\*innen,

sicher kennen Sie das auch: Es gibt Menschen, die Dinge sagen oder tun, die einen im eigenen Tun und Denken prägen. Einige Beispiele, die mich geprägt und begleitet haben, sind: „Seltenes ist selten, Häufiges ist häufig“ (aus dem ärztlichen Unterricht in Neurologie, während meiner Ausbildung), „Wer misst, misst Mist“ (aus dem Unterricht im Fach Befund, während meiner Ausbildung) oder „Auf komplexe Fragestellungen gibt es keine einfachen Antworten“ (aus meinem Bobath-Kurs).

Heiße Anwärter darauf mich „ab jetzt“ begleiten zu dürfen finden Sie (sinngemäß) in diesem B&E, zum Beispiel im Interview mit Irmela Turmann, s. S. 44–48, wenn sie einen Arzt zitiert, der nach einem ihrer Vorträge zu ihr kam mit den Worten „die Theorie hat mich ja nicht überzeugt, die Praxis aber umso mehr“.

Auch unser Vorstandsmitglied Ann Katrin Cordes hat einen solchen Satz ge-

sagt, sie sagte in etwa, dass eines der großen Probleme der Bobath-Forschung ist, dass Therapeut\*innen und Pflegenden in der Regel praktisch am Patienten arbeiten wollen und diejenigen, die forschen möchten, oft die Praxis nicht kennen. Deswegen gibt es wenige Studien, die das erforschen, was Bobath wirklich ausmacht – ein Blick in die Editorials der vergangenen Ausgaben von B&E verrät: neu ist dieses Dilemma nicht. Einen möglichen Lösungsansatz finden Sie auf den Seiten 5–7.

Wir möchten daher mit der vorliegenden Ausgabe von B&E ein Plädoyer für den wertschätzenden Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis aussprechen. Denn im Kern sind wir „Bobath'ler“ unseren Grundelementen offenbar ziemlich treu geblieben, s. S. 32–40 und S. 26–28, auch wenn sich unser Konzept stetig weiterentwickelt (hat). Wenn wir nun also erforschen was häufig und was selten ist,

### Ihr Redaktionsteam



Susanne Löw



Ina Stößer



Miriam Burghardt-Prodjinotho

wenn wir überlegen was und wozu wir wann wie messen und wenn Praktiker\*innen und Forschende zusammenarbeiten, dann können wir vielleicht zukünftig komplexe Fragestellungen – wenn auch nicht einfach – beantworten und unsere Therapie mit einer Theorie untermauern, die überzeugt. Denn im Kern wissen wir doch: Bobath funktioniert!

Einiges ist anders und neu, nicht nur an diesem B&E: B&E erscheint jetzt digital, wir haben einen neuen Vereinsnamen, ein neues Logo und eine neue Homepage – klicken Sie mal drauf, es lohnt sich! Auch das Redaktionsteam hat sich verändert: neben Miriam Burghardt-Prodjinotho, die schon zuvor zum Redaktionsteam gehörte, sind nun Ina Stößer und ich mit dabei. An dieser Stelle ein herzliches Dankeschön für die viele Arbeit in den letzten Jahren, vor allem an Karin Determann, von der ich den Redaktionsvorsitz übernommen habe.

Ganz besonders freut mich, dass wir die Rubrik „Bobath International“ starten konnten, welche letztendlich daraus entstanden ist, dass ich mich bei diversen Auslandsaufenthalten und Reisen immer wieder gefragt habe: „Wie wird hier wohl Therapie gestaltet?“. Mich freut es, dass ich das Redaktionsteam mit dieser Fragestellung begeistern konnte und dass wir Kolleg\*innen gefunden haben, die uns über Aufenthalte und Einsätze berichten können.

Viel Spaß nun mit diesem ersten digitalen B&E, unserem Plädoyer für den wertschätzenden Dialog zwischen Wissenschaft und Forschung.

Im Namen des Redaktionsteams grüßt herzlich

**Susanne Löw**

*Fragen, Wünsche, Anmerkungen, Lob und Kritik nehmen wir ebenso wie Themenvorschläge und Beiträge zu Bobath International gerne an unter [s.loew@bobath-vereinigung.de](mailto:s.loew@bobath-vereinigung.de)*

## Ein Plädoyer für den wertschätzenden Dialog zwischen Forschung und Praxis

**Ann Katrin Cordes**

*B.Sc. Physiotherapie und MA Berufliche Bildung*

Auf der diesjährigen Fortbildungstagung der Bobath-Vereinigung konnten aufmerksame und vermutlich sogar weniger aufmerksame Teilnehmende einen roten Faden erkennen: In allen Beiträgen ging es in irgendeiner Weise um die Akademisierung der Therapieberufe. Platziert wurde dieser rote Faden nicht von den Veranstaltenden; er hat sich in gewisser Weise selbst platziert. Denn an dem Begriff der Akademisierung und allem, was damit in Zusammenhang steht, kommt man inzwischen kaum noch vorbei. Bei einigen Personen löst diese Tatsache sicherlich Freude und Erleichterung aus; andere stehen der Akademisierung dagegen nach wie vor skeptisch gegenüber. Auch auf der diesjährigen Fortbildungstagung wurde dies deutlich. Für viele Personen, die in der Logopädie, Ergotherapie oder Physiotherapie tätig sind, spielen Wissenschaftler\*innen und Praktiker\*innen nicht im gleichen Team. Das ist problematisch, denn eigentlich brauchen Forschung und Praxis einander. Warum die Lage zwischen Forschenden und praktisch Tätigen in den therapeutischen Disziplinen heute so angespannt ist und die Fronten geradezu verhärtet wirken, kann nur vermutet werden.

Das Gespräch über die Akademisierung der Therapieberufe fand in den vergangenen Jahrzehnten vor allem auf der Mesoebene, z.B. zwischen Personen, die Organisationen, Institutionen

und Bündnisse vertreten, und der Politik statt. Natürlich ist und war es möglich, sich als Therapeut\*in selbstständig über die Vorgänge zur Akademisierung zu informieren. Dabei wird bzw. wurde die emotionale Komponente auf Seiten der öffentlich Diskutierenden jedoch möglicherweise unterschätzt. Praktisch tätige Personen in den Bereichen Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie, die bereits viele Jahre im Beruf sind, identifizieren sich in der Regel mit ihrem Beruf. Sie wurden durch ihre (berufsfachschulische) Ausbildung, berufliche Erfahrungen, aber auch Fortbildungen, wie z.B. die Bobath-Fortbildung, geprägt. Wenn diese Menschen nun den Eindruck bekommen, dass ihre ursprüngliche Ausbildung nicht mehr ausreichend ist und man das Therapiepersonal zukünftig nur noch akademisch ausbilden will, kann das sehr verunsichernd sein. Fragen wie „Darf ich dann überhaupt noch arbeiten?“ (Ja!) oder „Habe ich jetzt jahrelang schlechte Arbeit gemacht?“ (Nein!) sind in der Vergangenheit sicherlich dem einen oder der anderen durch den Kopf gegangen. Zwar haben sich die Befürwortenden der Akademisierung stets Mühe gegeben, diese Fragen in diversen Positionspapieren zu beantworten, die individuelle Verunsicherung kann bzw. konnte damit jedoch scheinbar nicht immer aufgelöst werden.

Ebenfalls von Bedeutung könnte für die Entstehung der Fronten das Thema der

Evidence-based practice (Ebp) sein. Ebp bedeutet, dass für die Behandlung einer Person die vorhandene Evidenz, klinische Erfahrung, sowie der individuelle Wunsch berücksichtigt werden (Wilson & Austria, 2021). Wenn Evidenz vorhanden ist, sollte diese folglich berücksichtigt werden. Wenn es aber keine Evidenz gibt, dann ist es durchaus zulässig, die klinische Erfahrung verstärkt in die Behandlung einfließen zu lassen. Weder das eine noch das andere sollte für sich allein betrachtet werden – die Mischung macht's! Genau dieser Aspekt scheint jedoch oft in Vergessenheit zu geraten. Natürlich sollte das therapeutische Personal zu jedem Zeitpunkt auf dem neuesten Stand des Wissens sein, um Menschen mit gesundheitlichen Problemen effektiv behandeln zu können. Umgekehrt sollte es aber auch so sein, dass der Wert von Berufserfahrung anerkannt wird und berufserfahrene Praktiker\*innen angemessen wertgeschätzt werden. Dass dies manchmal nicht so ist – insbesondere wenn junges, akademisch ausgebildetes Therapiepersonal auf berufserfahrene, berufsfachschulisch ausgebildete Führungskräfte trifft – ist sicherlich Teil des Problems und erklärt möglicherweise einen Teil der Skepsis gegenüber der Akademisierung.

Auch wenn die Fronten verhärtet sind, eint forschende und praktisch tätige Personen in den therapeutischen Disziplinen mit und ohne akademische Ausbildung ein gemeinsames Ziel: Die bestmögliche Versorgung von Personen mit einem gesundheitlichen Problem! Möglich wird dies erst dann, wenn alle zusammenarbeiten. Eine solche Zusam-

menarbeit könnte z.B. so aussehen, dass akademisch ausgebildete Personen, die praktisch tätig sind, berufsfachschulisch ausgebildete Personen dabei unterstützen, sich in Sachen Evidenz auf dem aktuellen Stand zu halten. Im Gegenzug könnten berufsfachschulisch ausgebildete Personen akademisch qualifizierte Personen an ihrer Berufserfahrung teilhaben lassen und diese bei der Weiterentwicklung ihrer praktischen Fertigkeiten unterstützen. Eine andere Chance besteht darin, dass Forschende auf Praktiker\*innen zugehen und Maßnahmen und Techniken, die sich aus Sicht der Praktiker\*innen als erfolgreich erwiesen haben, wissenschaftlich untersuchen. Die praktisch Tätigen würden auf diese Weise ihre Berufserfahrung einbringen und die Forschenden ihr wissenschaftliches Know-How. Auch die Qualität von Forschungsprojekten könnte durch eine Zusammenarbeit zwischen forschenden und praktisch tätigen Personen gesteigert werden. Nicht selten haben Forschende die Konzepte, Maßnahmen und Techniken, die sie untersuchen, nicht selbst im Rahmen einer Fortbildung gelernt. Immer wieder sind die Beschreibungen der untersuchten Interventionen so lückenhaft, dass gar nicht klar ist, was genau eigentlich im Rahmen der Behandlung gemacht wurde. Zwar kann es auch Vorteile haben, nicht selbst fortgebildet zu sein, da man kein eigenes Interesse am Nachweis einer Effektivität hat, es kann aber sicherlich auch Nachteile mit sich bringen, weil man möglicherweise ein oberflächlicheres Verständnis für die untersuchten Interventionen hat. Perso-

nen, die fachliche Weiterbildungen wie z.B. die Bobath-Fortbildung absolviert haben, könnten an dieser Stelle Expertise einbringen und dafür sorgen, dass die untersuchten Interventionen genauer beschrieben werden.

Forschung und Praxis müssen also keinesfalls Gegnerinnen sein; sie können sich gegenseitig stärken! Möglich wird dies zum Beispiel auch durch praktisch tätige, spezifisch fortgebildete Personen, die nicht nur einen Bachelor sondern auch einen Master absolviert haben und somit noch tiefer in das wissenschaftliche Arbeiten eingetaucht sind. Auch wenn diese Personen keine wissenschaftliche Karriere verfolgen, weil sie sich spezifisch fortgebildet haben, um mit Menschen zu arbeiten, eröffnet die akademische Weiterbildung eine enorme Ressource: Diese Personen können Forschungsbedarfe erkennen, Forschungs-ideen entwickeln und Forschungsfragen formulieren und diese zur Untersuchung an Wissenschaftler\*innen weitergeben. So wird aus Forschung und Praxis Forschung für die Praxis.

*Autorin:*

**Ann Katrin Cordes**

*B.Sc. Physiotherapie und  
MA Berufliche Bildung*

*Beisitzerin im Vorstand  
der Bobath-Vereinigung  
Verbindungsfrau zum  
Wissenschaftsbeirat*

*E-Mail: [a.cordes@  
bobath-vereinigung.de](mailto:a.cordes@bobath-vereinigung.de)*



*Literatur:*

*Wilson, B. & Austria, M.-J. (2023, Februar 26). What ist Evidence-Based Practice? [Www.accelerate.uofuhealth.utah.edu](https://accelerate.uofuhealth.utah.edu/accelerate.uofuhealth.utah.edu/improvement/what-is-evidence-based-practice). Im Internet: <https://accelerate.uofuhealth.utah.edu/improvement/what-is-evidence-based-practice> (abgerufen am 02.12.2023)*

# Therapiemanuale – Herausforderungen in der Entwicklung, Umsetzung und Wirksamkeitsüberprüfung

**Sabine Brinkmann**

*Ergotherapeutin, M.Sc. Neurorehabilitation*

Im Rahmen der 47. Fortbildungstagung am 16. – 17. Juni 2023 der Vereinigung der Bobath-Therapeuten Deutschland e.V. in Karlsruhe, wurde ein Workshop zum Thema „Therapiemanuale – Herausforderungen in der Entwicklung, Umsetzung und Wirksamkeitsüberprüfung“ von Sabine Brinkmann angeboten. Der nachfolgende Beitrag fasst die Inhalte des Workshops zusammen.

## Auf der Suche nach Wirksamkeit

Therapieberufe wie die Logopädie, die Ergo- als auch die Physiotherapie unterstützen betroffene Personen mit gezielten Maßnahmen, um Gesundheitsprobleme zu lösen oder zu vermeiden. Dabei stehen diese Berufe vor der großen Herausforderung – besonders vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, des Fortschreitens des medizinisch-technischen Fortschritts und eines sich wandelnden Tätigkeitsspektrums – ihr therapeutisches Handeln stetig zu reflektieren, anzupassen und weiterzuentwickeln. Die Gesetzgebung fordert, dass die therapeutischen Leistungen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in fachlich gebotener Qualität erbracht werden müssen (§135a Abs. 1 SGB V). Auch weitere Institutionen wie z.B. die Robert-Bosch-Stiftung (2013), der Wissenschaftsrat (2012) oder GKV-Spitzenverband (2016) fordern eine stärkere Evidenzbasierung in den Therapie-

berufen. Entsprechend der Kriterien der evidenzbasierten Praxis (EBP) bedeutet dies für Therapeut\*innen in ihrem jeweiligen Arbeitskontext, Behandlungsentscheidungen unter Berücksichtigung der eigenen Expertise, der individuellen Bedürfnisse der betroffenen Person und anhand aktuell vorliegender Forschungsergebnisse zu treffen (Haring & Siegmüller, 2018, Borgetto et al., 2019, Hoffmann et al., 2023). Obligatorisch für die Integration aktueller Forschungsergebnisse jedoch ist, dass für therapeutische Fragestellungen überhaupt entsprechende Studien vorliegen, welche neben der Studienqualität auch die Übertragbarkeit der Erkenntnisse in den therapeutischen Alltag berücksichtigen.

Trotz eines rasanten Zuwachses an wissenschaftlichen Erkenntnissen, stehen Therapeut\*innen weiterhin vor dem Problem, dass die Qualität der Interventionsbeschreibungen in wissenschaftlichen Publikationen oftmals nicht ausreichend sind, um daraus therapeutische Entscheidungen abzuleiten (Hoffmann et al., 2016). Für die Berichterstattung von wirksamkeitsüberprüfenden Studien wird deshalb, nicht ohne Grund, eine vollständige und transparente Beschreibung der Intervention, als auch der Kontrollinterventionen gefordert, ohne die eine kritische Beurteilung der Wirksamkeit erschwert oder gar nicht erst möglich ist (Turner et al., 2012, Hoffmann et al., 2016,

Knippschild et al., 2015). Beispielsweise zeigt sich dieses Problem, wenn man Studien betrachtet, welche die Anwendung des Bobath-Konzeptes oder üblich durchgeführte therapeutische Behandlungsmaßnahmen (Treatment-As-Usual TAU) als Vergleichsmethoden nutzen. Hier stellt sich die Frage, was denn genau eine „übliche“ Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie ist, bzw. welche Maßnahmen aus dem Bobath-Konzept genau zur Anwendung kamen (Moore et al., 2015). Eine kritische Haltung ist hier nicht unbegründet, weil sich das therapeutische Vorgehen je nach Behandlungssetting, therapeutischer Qualifikation und individuellen Patient\*innenbedürfnissen stark voneinander unterscheiden kann (Yamoto et al., 2016, Voigt-Radloff et al., 2016 ). Für die Beurteilung der Wirksamkeit und eine erfolgreiche Implementierung in den therapeutischen Alltag müssen dementsprechend Interventionen vollständig beschrieben und qualitativvoll publiziert sein (Gspörer & Schrems, 2018). Für die Generierung von Wirksamkeitsnachweisen besteht somit die Herausforderung das komplexe therapeutische Vorgehen so zu verschriftlichen, dass es im Rahmen einer Wirksamkeitsüberprüfung standardisiert, transparent und replizierbar in einem Behandlungsprotokoll festgehalten werden kann. Bei entsprechendem positiven Wirknachweis, können aus diesen Behandlungsprotokollen anschließend Therapiemanuale entwickelt werden, welche die Umsetzung der Intervention in den therapeutischen Alltag unterstützen (Arnon et al., 2020; Bozec et al., 2021). Daraus kann abgeleitet wer-

den, dass Therapiemanuale nicht nur für die Wirksamkeitsforschung relevant sind, sondern im Sinne der Kriterien der EBP einen wertvollen Beitrag hinsichtlich des Übertrages von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Behandlungspraxis leisten.

### **Inhalte, Ziele und Möglichkeiten von Therapiemanualen**

Therapiemanuale sind strukturierte Beschreibungen eines therapeutischen Vorgehens. Neben Angaben zur Zielgruppe, Dauer, Behandlungssetting und Frequenz beinhalten sie eine genaue Darstellung der zugrundeliegenden therapeutischen Prinzipien, Begriffsbestimmungen sowie eine detaillierte Beschreibung des Behandlungsprozesses oder der jeweiligen Therapiesitzungen. Auch werden Erhebungsinstrumente und Arbeitsmaterialien für die Anwendung bereitgestellt (Küfner & Johann, 2004).

In den therapeutischen Berufsgruppen ist die Verbreitung und Nutzung von Therapiemanualen sehr unterschiedlich ausgeprägt. Während Manuale von vielen Psychotherapeut\*innen „eine breite Zustimmung finden“ (Döpfner et al., 2010, S. 136), spielen sie bei den Therapieberufen (Ergo- und Physiotherapie, Logopädie) bisher noch eher eine untergeordnete Rolle – gewinnen aber, aufgrund der Forderungen nach der Anwendung der EBP, zunehmend mehr an Relevanz. Mittlerweile liegen sowohl national als auch international verschiedene Behandlungsmerkmale auch für die Logopädie, Ergo- und Physiotherapie mit unterschiedlichem Fokus als Gruppen- oder als Einzelprogramme vor, s. Abb. 1.

- **für Gruppen- und Einzelprogramme**

- spezifische Krankheiten
- krankheitsübergreifende Zustände



- **mit unterschiedlichem Fokus**

- Gesundheitsförderung und Prävention,
- Kuration, Therapie, Rehabilitation
- Pflege

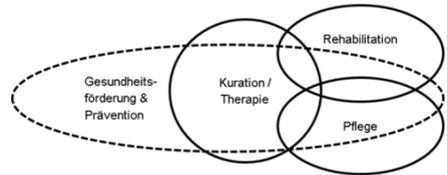


Abb. 1: Fokus und Zielgruppen von Therapiemanualen

### Behandlungsmanuale in der therapeutischen Praxis

Neben der Anwendung von Therapiemanualen im Rahmen von wirksamkeitsüberprüfenden Studien, innerhalb derer diese die Behandlungsgenauigkeit erhöhen, die Durchführung standardisieren und somit zu eindeutigeren Ergebnissen führen, lassen sich auch für die therapeutische Praxis zahlreiche Vorteile ableiten (Blanche et al., 2011; Zamath, 2016). In der täglichen Arbeit strukturieren und standardisieren diese Behandlungsabläufe, geben Orientierung im Behandlungsprozess und leisten somit einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung. Durch die Bereitstellung von Befunderhebungsinstrumenten, Prozessbeschreibungen und Anleitungen für das therapeutische Vorgehen wird überprüfbar, ob eine Intervention entsprechend der Vorgaben umgesetzt und keine relevanten Aspekte außer Acht gelassen wurden. Auch steigern diese die Transparenz unter allen beteiligten Personen, weil die Ziele, Behandlungsprinzipien, Begriffe, als auch

das therapeutische Vorgehen dadurch deutlicher kommuniziert werden können. Aus ökonomischen Gesichtspunkten heraus erleichtern sie die Schulung und Einarbeitung des Personals (Blanche et al., 2011; Hibbs et al., 1997; Döpfner et al., 2010; Mann, 2009; McMurrin & Duggan, 2005). In der psychosozialen Literatur zeigen Wirksamkeitsstudien, welche manualisierte und individualisierte Behandlungen miteinander vergleichen, dass die Anwendung von Therapiemanualen mit besseren Behandlungsergebnissen verbunden ist – insbesondere dann, wenn diese flexibel gestaltet und die Inhalte leicht umsetzbar sind (Mann, 2009; Shapiro, 2009; Vande Voort, 2010). Eine stärkere Entwicklung und Arbeit mit Therapiemanualen wären damit sowohl für die therapeutische Praxis, als auch aus der Perspektive der evidenzbasierten Praxis überaus wünschenswert.

Allerdings löst die Implementierung und Anwendung von Therapiemanualen auch verschiedene Veränderungsprozesse aus, die sich sowohl unterstützend, als

auch als Barriere auswirken können. Die Auseinandersetzung mit und die Anwendung von Therapiemanualen sind im ersten Schritt aufwändig, weil sie sich von den alltäglichen Gewohnheiten der Therapeut\*innen unterscheiden. Die Sorge, dass diese die Spontaneität, Kreativität und Individualität der Therapeut\*innen beschneiden, wurde aus zahlreichen persönlichen Gesprächen und im Rahmen einer eigenen durchgeführten Implementierungsstudie überaus deutlich. Eine Befragung von approbierten Psychotherapeut\*innen, die in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen tätig sind, bestätigt diese persönlichen Erfahrungen (Döpfner et al., 2010). So äußerten die Befragten, dass die Anwendung von Psychotherapiemanualen eine hohe Akzeptanz unter den Praktiker\*innen finden und, dass diese im Alltag flexibel eingesetzt werden. Allerdings sahen sie auch das Risiko, durch die detaillierten und strukturierten Angaben zur Vorgehensweise eingeschränkt zu werden. Zudem äußerten sie, dass spezifische Eigenschaften oder individuelle Wünsche der Patient\*innen, vor allem im Bereich der Aktivitäten und Partizipation im Alltag, in manualisierten Therapien schwerer berücksichtigt werden könnten (Döpfner et al., 2010).

Ein Problem, das sich, durch ein partizipatives Vorgehen, bereits in der Konzeptionierungsphase des Therapiemanuals lösen lässt, indem Forschende, Praktiker\*innen und ggfls. auch Patient\*innen dieses gemeinsam entwickeln (Johnson et al., 2016; Spalding et al., 2023; Voigt-Radloff et al., 2016). Auch sollten

Therapiemanuale für die praktische Anwendung so konzeptioniert werden, dass diese trotz einer einheitlichen Struktur, ausreichend Freiraum der Flexibilität und Individualisierbarkeit bereithalten, um auf die sich ständig ändernden Lebensumstände und Patient\*innenerfahrungen reagieren zu können (Bozec et al., 2021)

### **Evaluation von komplexen Interventionen**

Logopädische, ergo- und physiotherapeutische Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen sind oft überaus komplex, häufig multiprofessionell gestaltet, am individuellen Fall orientiert und stark von der Kompetenz der behandelnden Person abhängig. Können solche sogenannten „komplexen Interventionen“ (Voigt-Radloff et al., 2016) überhaupt in einem Manual standardisiert werden?

Der Prozess von der Entwicklung bis zur Implementierung einer komplexen Intervention kann in verschiedener Art und Weise vollzogen werden. Üblicherweise werden komplexe Interventionen auf Grundlage vorhandener Theorien und auf Basis einer systematischen Analyse der verfügbaren Evidenz entwickelt, in Machbarkeits- und Wirksamkeitsstudien evaluiert und bei Erfolg im Rahmen von weiteren Studien in die Praxis implementiert. Für diesen Forschungsprozess wurde spezifisch für den deutschen Sprachraum ein Leitfaden entwickelt, welcher den Transfervorgang von vielversprechenden, d.h. evidenzbasierten und übertragbaren, komplexen Interventionen aus dem Originalkontext in die Routineversorgung unterstützen soll.

(Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie; Voigt-Radloff et al., 2016). Allerdings adressiert dieser Leitfaden eher die Übertragung von Interventionen aus einem anderen (sprachlich/kulturellen/institutionellen) Kontext und weniger die Entwicklung von vollständig neuen Interventionen. Hierfür sind andere Literaturbezüge wie z.B. das Framework zu komplexen Intervention des British Medical Research Council (Skivington et al., 2021) heranzuziehen. Eine ältere Ausarbeitung von Carroll und Nuro (2002) verdeutlicht die Stufen der Entwicklung von Therapiemanualen im Evaluationsprozess, s. Abb. 2.

Manuale der **Stufe I** können als vorläufige Behandlungsprotokolle oder auch

Handbücher bezeichnet werden, welche grundlegende Elemente für die Intervention, Ziele, therapeutische Ansätze konkretisieren und theoretisch begründen. Für diese Stufe der Entwicklung ist es wichtig, das therapeutische Vorgehen so genau wie möglich zu beschreiben, um dieses von anderen therapeutischen Interventionen bzw. Kontrollinterventionen abgrenzen zu können. Das so entstandene Manual wird im Rahmen von Machbarkeits- und Pilotstudien hinsichtlich der Umsetzbarkeit im Forschungsfeld überprüft.

In der **Stufe II** fließen die Erkenntnisse aus den Machbarkeits- und Pilotstudien in die weitere Ausdifferenzierung der Inhalte und Vorgehensweisen ein. Auf dieser Entwicklungsstufe werden zudem das erforderliche Ausbildungsniveau, als auch die notwendigen Fachkenntnisse

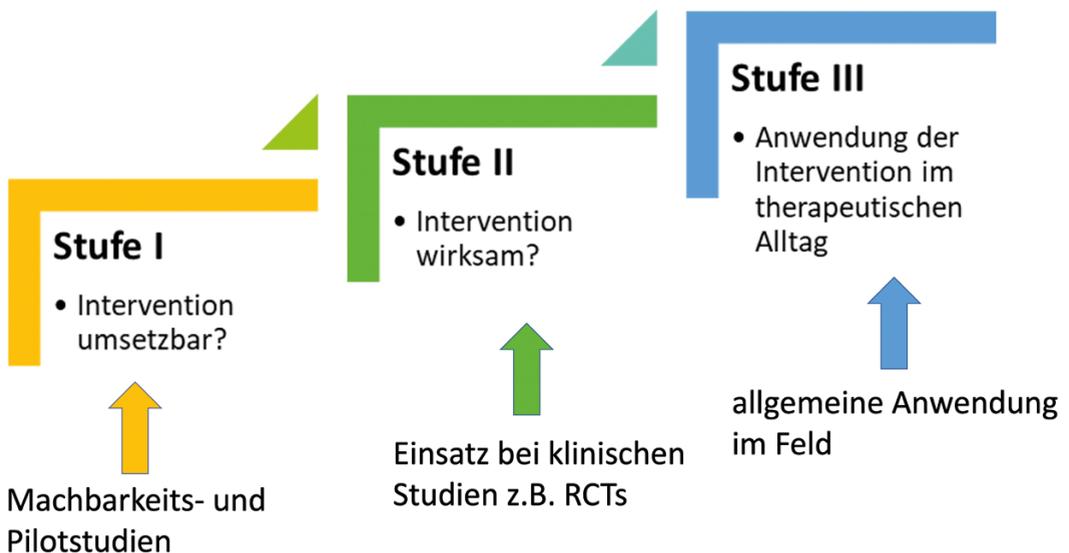


Abb. 2 Stufen der Entwicklung von Therapiemanualen in Anlehnung an Carroll und Nuro (2002)

der Anwender\*innen definiert und Standards für die Unterweisung durch eine Schulung konkretisiert. Ein wesentlicher Fokus ist die Gewährleistung einer manualgetreuen Umsetzung der Intervention. Ein Handbuch bzw. ein Behandlungsprotokoll der Stufe II dient als Grundlage für die Überprüfung der Wirksamkeit der Intervention im Rahmen einer größeren z.B. randomisierten kontrollierten Studie. Die finale **Stufe III** in der Entwicklung erfolgt nachdem die Intervention idealerweise in Wirksamkeits- und Implementierungsstudien untersucht wurde. Diese Prozess- und Ergebnisdaten werden genutzt, um Grenzen der Anwendbarkeit der Intervention bei bestimmten Patient\*innengruppen anzugeben. Die Daten der Evaluation durch die Therapeut\*innen tragen darüber hinaus dazu bei, das Therapiemanual für die Nutzung im therapeutischen Alltag möglichst anwender\*innenfreundlich zu gestalten. Ein Therapiemanual der Stufe III beinhaltet somit empirisch fundierte Anleitungen für Therapeut\*innen, wie die Intervention an die individuellen Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst werden kann. Somit ist für die Konzeption des Therapiemanuales auf dieser Stufe die Aufbereitung der Evidenz im Manual bedeutend, damit diese für die „best practice“ in den verschiedenen Kontexten von den Praktiker\*innen anwendbar ist.

### **Das Therapiemanual „Zurück in den Alltag – Aktivitäten des täglichen Lebens“**

Dass eine Entwicklung eines Therapiemanuales auch bei komplexen Interven-

tionen möglich ist, wird nachfolgend exemplarisch an dem ergotherapeutischen Therapiemanual „Zurück in den Alltag – Aktivitäten des täglichen Lebens“ kurz ZidA-ADL verdeutlicht. Der Prozess der Entwicklung orientiert sich an dem dreistufigen Prozess nach Carroll und Nuro (2002), bei dem das Manual entsprechend der Entwicklungsstufe und dessen jeweiligen Ziel- bzw. Fragestellung stetig weiter angepasst wird.

Grundlegender Faktor für die Entwicklung des Manuals ist, dass Menschen mit einem Schlaganfall trotz einer intensiven stationären Rehabilitationsphase weiterhin bei der Ausführung von Aktivitäten und in der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt sein können. Daraus resultiert die Notwendigkeit, Konzepte zu entwickeln, die auch nach der stationären Rehabilitation eine erfolgreiche Rückkehr in den Alltag ermöglichen (BAR, 2013). Hier bietet der ambulante Versorgungskontext die besondere Möglichkeit, die Rehabilitation in der Lebenswelt der Betroffenen durchzuführen, so dass die Erhebung des Behandlungs- und Hilfsmittelbedarfs, als auch die Interventionen eng abgestimmt auf die individuelle Umwelt und unter Einbezug des sozialen Umfeldes erfolgen können. Im Rahmen einer „Potentialanalyse zu ergotherapeutischem Alltagstraining nach Schlaganfall“ sprachen die Autor\*innen Müller, Glässel, Marotzki & Voigt-Radloff (2014) die Empfehlung aus, ein „modulares phasenspezifisches ergotherapeutisches Alltagstraining für den ambulanten Sektor klientenzentriert und standardisiert zu manualisieren und im Rahmen ei-

ner Machbarkeitsstudie zu untersuchen“ (2014, S. 37). Entlang dieser Forderungen wurde im Rahmen verschiedener Bachelorarbeiten an der Hochschule Osnabrück das ergotherapeutische Therapiemanual „Zurück in den Alltag- ZidA“ entwickelt und im Rahmen einer Machbarkeitsstudie evaluiert (Schweißhelm, 2017; Vieres & Mürer, 2018, Mürer et al., 2018). Nach der ersten Entwicklung und Evaluation der Anwendbarkeit des vorläufigen Manuals von zehn Ergotherapeut\*innen wurde deutlich, dass dieses in der Praxis großen Anklang fand, aber den von Müller et al. (2014) geforderten Kriterien noch nicht standhalten konnte. So wurde unter Berücksichtigung aktueller Entwicklungen in der Ergotherapie und ausgehend von den ersten Erfahrungen in der praktischen Umsetzung, das Manual 2019 und 2021 von der Autorin Sabine Brinkmann und ihrer Kollegin Jutta Berding nochmals grundlegend überarbeitet. Hierbei fanden u.a. Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR, 2013) als auch ein spezifisches Framework für die Ergotherapie (Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process) Berücksichtigung (AOTA, 2018; Boop et al., 2020).

Das nun vorliegende „Zurück in den Alltag“-Manual ist somit das Ergebnis eines umfassenden Überarbeitungs- und Entwicklungsprozesses und legt nach der Überarbeitung den Schwerpunkt auf „Aktivitäten, die dazu ausgerichtet sind, für den eigenen Körper zu sorgen“ (Rogers & Holm, 1994). Die Entwickler\*innen haben sich bewusst für die Schwerpunktlegerung auf den Betätigungsbereich Aktivitäten

des täglichen Lebens (ADL) entschieden, da sich je nach Betätigungsbereich mögliche Assessmentinstrumente und Interventionsmethoden deutlich voneinander unterscheiden. Die Abbildung 3 auf Seite 15 verdeutlicht den Betätigungsbereich ADL, welcher angelehnt an der AOTA (2018) spezifisch für das ZidA-ADL adaptiert bzw. erweitert wurde.

Die Zielgruppe für die Anwendung von ZidA-ADL sind Personen mit einem Schlaganfall nach der Entlassung aus der stationären oder teilstationären Rehabilitation in der Phase E oder in der Langzeitbehandlung. Hierzu gehören Personen mit weiterbestehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen insbesondere bei sensomotorischen, neurokognitiven, organisch-psychischen und sprachlichen Leistungen sowie mit psychophysischer Minderbelastbarkeit (Erschöpfbarkeit), deren soziale Wiedereingliederung noch nicht erreicht oder anhaltend gefährdet ist (BAR, 2013). Grundlegende Voraussetzung für die Anwendung des ZidA-ADL Therapiemanuals ist, dass die betroffene Person eine geringe Zufriedenheit mit der Ausführung von Betätigungen und Aktivitäten im ADL Bereich benennt. Die Interventionsdauer und -frequenz der ZidA-ADL Anwendung variiert nach den individuellen Beeinträchtigungen und Ressourcen der betroffenen Person und dem daraus abzuleitenden Outcome. Darüber hinaus gelten die gesetzlichen Vorgaben des zuständigen Leistungsträgers. Die Intervention wird als Einzeltherapie durchgeführt und kann im Rahmen der ambulanten Praxis oder in der stationären Langzeitversorgung eingesetzt und



Abb. 3 Der Betätigungsbereich ADL im ZidA-ADL Therapiemanual (Brinkmann & Berding, 2021/22)

über ein klassisches Heilmittelrezept abgerechnet werden (Hausbesuch besser als Praxissetting).

Die Grundprinzipien der Intervention, die sich wie ein roter Faden durch alle Interventionsschritte ziehen sind folgende:

- Einbezug der betroffenen Person
- Einbezug der Angehörigen
- Einbezug der beteiligten Professionen
- Einbezug von interner und externer Evidenz
- Einbezug von ADLs im individuellen Kontext

Strukturell beinhaltet das Manual vier Bausteine:

1. eine Einleitung ins Thema sowie eine Darstellung der theoretischen Hintergründe und Rahmenbedingungen der Intervention;
2. eine prozessgeleitete Interventionsbeschreibung mit den dazugehörigen Bögen;
3. einen umfassend gestalteten Anhang, in dem grundlegende und weiterführende Informationen bereitgestellt werden, sowie
4. ein zusätzliches Praxisbeispiel welches die Anwendung von ZidA-ADL in einer Pflegeeinrichtung verdeutlichen soll.

Entlang der ZidA-ADL-Prozessbeschreibung zieht sich der ADL Fokus konsequent durch die Schritte Information und Aufklärung, Diagnostik, Zielbestimmung, Interventionsplanung, –durchführung und –überprüfung. Die entwickelten Instrumente in Form einer Information für Patient\*innen und sechs Bögen unterstützen und formen die inhaltliche Ausrichtung des Interventionsprozesses, s. Abbildung 4 auf Seite 17. Eine Erhebung der Patient\*innendaten bildet den Ausgangspunkt für die Diagnostik, welche im nächsten Schritt die Probleme und Ressourcen bei der Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens evaluiert. Aus diesen Ergebnissen können die Schwerpunkte und Ziele abgeleitet und gemeinsam mit der betroffenen Person und deren Angehörigen dokumentiert werden. Dem folgen in enger Zusammenarbeit mit allen beteiligten Personen eine umfassende Performanzanalyse sowie eine Wohnraumanalyse für die Entwick-

lung des Interventionsplans. Im ZidA-ADL geht es darum Betätigungen und Aktivitäten des täglichen Lebens wiederherzustellen, zu erhalten oder zu modifizieren. Das therapeutische Vorgehen fokussiert hierbei die Zufriedenheit, aber auch das effektive und sichere Ausführen von persönlichen Aufgaben. Hierfür verdeutlicht das Manual die inhaltliche Ausgestaltung der Therapie. Interventionsformen im ZidA-ADL sind: Einsatz von Betätigungen und Aktivitäten, vorbereitende Methoden und Aufgaben sowie Schulung und Training.

Bei der Überarbeitung war es den Entwickler\*innen wichtig, auch die Perspektiven von Praktiker\*innen einzuholen, um so ein Manual zu erhalten, welches ein strukturiertes Vorgehen vorgibt und dennoch praktikabel und klientenzentriert im ambulanten Kontext der Ergotherapie umsetzbar ist. Das nun vorliegende Manual „Zurück in den Alltag – Aktivitäten des täglichen Lebens“ kurz ZidA-ADL soll zukünftig Ergotherapeut\*innen helfen, den Prozess der Behandlung von Schlaganfallbetroffenen bei der Rückkehr in den Alltag in der ambulanten Versorgung gezielt und praxisnah zu planen, zu steuern, zu evaluieren und zu dokumentieren (Brinkmann & Berding, 2021/22). Ergotherapeut\*innen, die dieses Manual für die Anwendung in der Praxis auswählen, können dieses als leitende Struktur verstehen, die aber immer wieder auf die Individualität der betroffenen Person, deren Umwelt und Kontext angepasst und reflektiert werden sollte.

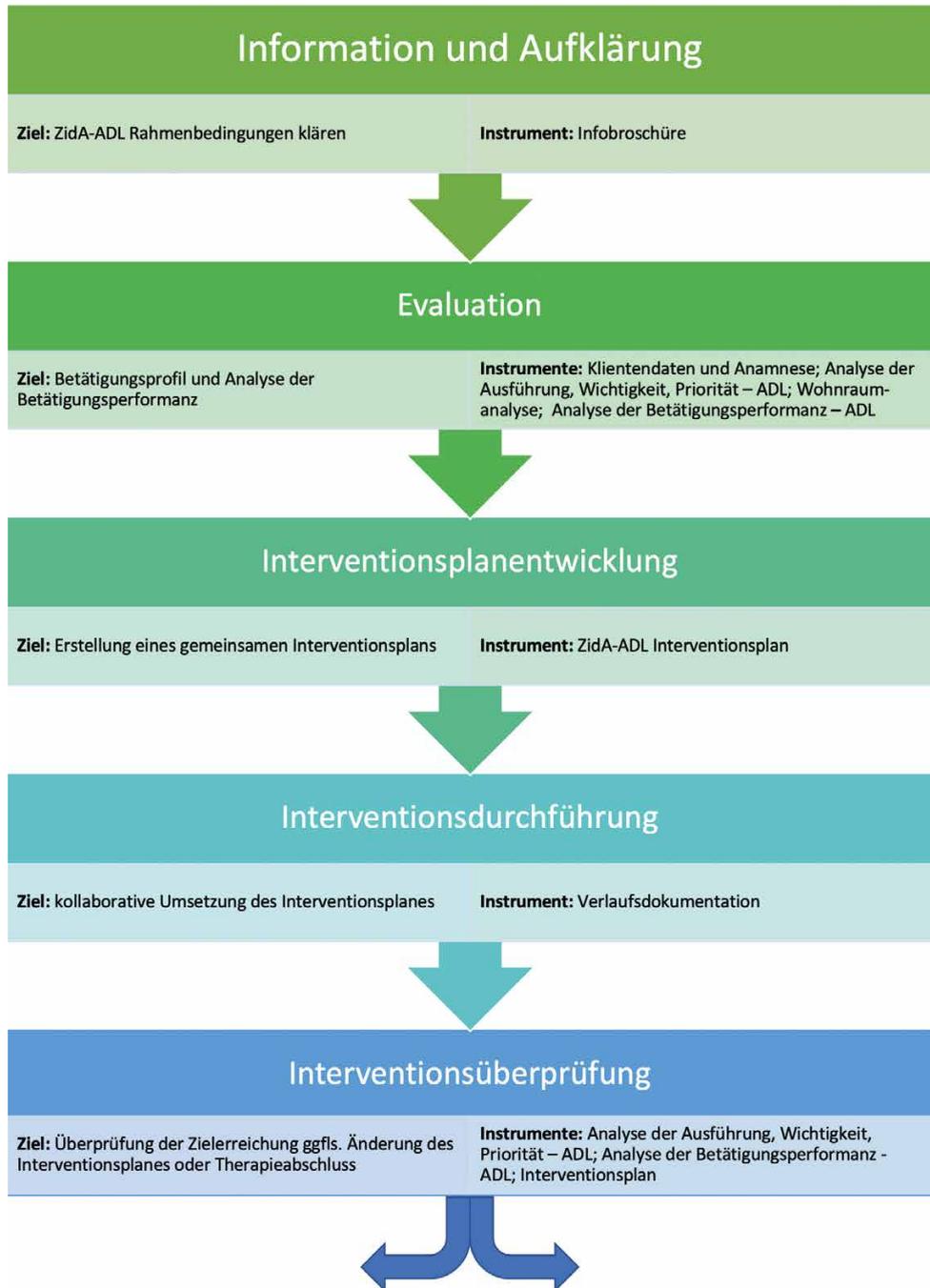


Abb. 4 Ziele und Instrumente im ZidA-ADL Prozess (Brinkmann & Berding, 2021/22)

## Umsetzung des Therapiemanuals ZidA-ADL

Bisher wurde das überarbeitete ZidA-ADL Therapiemanual im Rahmen zweier Anwendungsstudien in der ambulanten Praxis (Kösterkamp & Bartels, 2020) und in der Jungen Pflege (Janssen & Kuhlmann, 2022) hinsichtlich dessen Anwendbarkeit evaluiert. Aus diesen Erhebungen ging hervor, dass die Schulungen modular über einen längeren Zeitraum stattfinden sollten, weil die Form der Zielformulierung, der Prozess der Betätigungsanalyse als auch die Durchführung der Verlaufsdocumentation als hilfreich, aber auch als überaus komplex benannt wurden. Aus diesem Grund wurde im Rahmen einer Bachelorarbeit ein Konzeptentwurf für eine modulare Onlineweiterbildung zur Intervention ausgearbeitet, welche die Anwender\*innen über einen längeren Zeitraum bei der Implementierung der neuen Intervention begleitet (Wolgien & Timmereversen, 2021). Die Anwendung des Manuals in Pflegeeinrichtungen erzeugt eine erhöhte Einbindung der Pflege. Besonders wenn Ziele von den Betroffenen benannt werden, welche einen Einfluss auf den Pflegeprozess haben (Beispiel: eigenständiger WC-Gang als Ziel der betroffenen Person bei vorliegender Inkontinenz). Weitere Berufsgruppen wurden jedoch im Rahmen der ZidA-ADL Intervention nicht aktiv von den Therapeut\*innen angesteuert. Daraus kann abgeleitet werden, dass Informationsmaterialien zur Anwendung benötigt werden, welche über die Intervention aufklären. Auch hier wurde im Rahmen einer Bachelorarbeit ein In-

formationsflyer zum ZidA-ADL-Manual entworfen (Rennefeld, 2021). Zudem sind zusätzliche Strukturen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit in der ambulanten Praxis notwendig. Im Rahmen der Anwenderstudie in der Jungen Pflege wurde es den Ergotherapeut\*innen ermöglicht an den Teamsitzungen der Pflege teilzunehmen. Die Ziele und das gemeinsame Vorgehen konnten so direkt mit der Pflege besprochen werden. Dies führte nicht nur zu einer hohen Zufriedenheit im Bereich der Zusammenarbeit, sondern wurde auch von den Bewohner\*innen als überaus positiv wahrgenommen (Janssen & Kuhlmann, 2022).

Durch die ersten Anwendungsstudien konnte eine inhaltliche und prozessuale Konkretisierung des ZidA-ADL-Manuals vorgenommen werden. Die verschiedenen Hinweise von den Praktiker\*innen konnten in der Überarbeitung des Manuals aufgenommen werden, um dieses nutzerfreundlicher als auch praxisnäher zu gestalten. Der Entwicklungsstand des Therapiemanuals ZidA-ADL entspricht aktuell der Stufe II nach Carroll und Nuro (2002). Zahlreiche weitere Projekte rund um das ZidA-ADL-Manual sind derzeit in Arbeit. So werden aktuell verschiedene Zusatzmaterialien entwickelt, welche die Umsetzung des Manuals noch weiter unterstützen sollen. Es ist geplant, das Therapiemanual in einem breiteren Feld auf seine Anwendbarkeit zu überprüfen, um damit einen ersten Schritt in Richtung einer Wirksamkeitsstudie zu gehen – bis dahin sind jedoch noch viele Arbeitsschritte zu vollziehen und weitere Hindernisse zu überwinden.

## Schlussfolgerung und Ausblick

Der Weg von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen bis zur erfolgreichen Implementierung einer therapeutischen Maßnahme in die Routineversorgung ist ein langwieriger Prozess mit manchen Hindernissen. Die Erfahrungen bei der Entwicklung des ergotherapeutischen Therapiemanuals ZidA-ADL machen deutlich, dass es für viele Hindernisse eine Lösung gibt. Ein langwieriger, aber auch erkenntnisreicher Weg, der sich für die Weiterentwicklung und Qualitätssicherung der therapeutischen Praxis lohnt!

Autorin:

**Sabine Brinkmann**

MSc.

Hochschule Osnabrück  
University of Applied  
Sciences, Osnabrück

E-Mail: [s.brinkmann@hs-osnabrueck.de](mailto:s.brinkmann@hs-osnabrueck.de)



## Literatur

- AOTA (Hrsg.) (2018). *Das Framework der AOTA. Gegenstandsbereich und Prozess der ergotherapeutischen Praxis. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Ulrike Marotzki und Kathrin Reichel*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Arnon, S., Fisher, P. W., Pickover, A., Lowell, A., Turner, J. B., Hilburn, A., Jacob-McVey, J., Malajian, B. E., Farber, D. G., Hamilton, J. F., Hamilton, A., Markowitz, J. C., & Neria, Y. (2020). *Equine-Assisted Therapy for Veterans with PTSD: Manual Development and Preliminary Findings*. *Military medicine*, 185(5-6), e557–e564. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz444>
- BAR. (2013). *Phase E der neurologischen Rehabilitation-Empfehlungen*. Frankfurt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.
- Blanche, E. I., Fogelberg, D., Diaz, J., Carlson, M., & Clark, F. (2011). *Manualization of occupational therapy interventions: Illustrations from the pressure ulcer prevention research program*. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(6), 711–719. <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.001172>
- Boop, C., Cahill, S. M., Davis, C., Dorsey, J., Gibbs, V., Herr, B., ... & Lieberman, D. (2020). *Occupational therapy practice framework: Domain and process fourth edition*. *AJOT: American Journal of Occupational Therapy*, 74(S2), 1–85.
- Borgetto, B., Tomlin, G.S., Max, S., Brinkmann, M., Spitzer, L., Pflugsten, A. (2019). *Evidenz in der Gesundheitsversorgung: Die Forschungspyramide*. In: Haring, R. (eds) *Gesundheitswissenschaften. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit*. Springer, Berlin, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2\\_58](https://doi.org/10.1007/978-3-662-58314-2_58)
- Bozec, E., Gorska, J., & Grampurohit, N. (2021). *Upper Extremity Task-Specific Training: Manual Development and Implementation Research within Inpatient Rehabilitation*. *Occupational therapy in health care*, 35(3), 336–354. <https://doi.org/10.1080/07380577.2021.1938338>
- Brinkmann S, & Berding J. (2021) *Zurück in den Alltag – ZidA. Ein Manual für die Durchführung eines ergotherapeutischen Alltagstrainings für Klienten mit einem Schlaganfall in der ambulanten Versorgung*. Osnabrück: Unveröffentlichtes Manual
- Brinkmann S. & Berding J. (2022) *Das Behandlungsmanual „Zurück in den Alltag – Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ZidA-ADL)*. *Ergotherapie und Rehabilitation* 61(6), 14–19.
- Carroll, K. M., & Nuro, K. F. (2002). *One size cannot fit all: A stage model for psychotherapy manual development*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(4), 396–406.
- Döpfner, M., Kinnen, C., & Petermann, F. (2010). *Vor- und Nachteile von Therapiemanualen*. *Kindheit und Entwicklung*, 19 (2), 129–138
- GKV Spitzenverband (2016). *Qualität der Heilmittelversorgung verbessern und finanzierbar halten*. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes. PDF abrufbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service\\_1/publikationen/Positionspapier\\_Heilmittelversorgung\\_GKV-SV\\_06-2016.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/Positionspapier_Heilmittelversorgung_GKV-SV_06-2016.pdf) (letzter Zugriff 30.08.2023)
- Gspörer, I., & Schrems, B. M. (2018). *Transparenz und Replizierbarkeit pflegerischer Interventionsstudien im Setting der stationären Langzeitpflege: Eine selektive Literaturübersicht*. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 133, 1–8.

- Haring, R., & Siegmüller, J. (2018). *Evidenzbasierte Praxis in den Gesundheitsberufen*. Springer Berlin Heidelberg.
- Hibbs, E.D., Clarke, G., Hechtman, L., Abikoff, H.B., Greenhill, L.L. & Jensen, P.S. (1997). *Manual development for the treatment of child and adolescent disorders*. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 619–629.
- Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., ... & Michie, S. (2016). Die TIDieR Checkliste und Anleitung – ein Instrument für eine verbesserte Interventionsbeschreibung und Replikation. *Das Gesundheitswesen*, 78(03), 175–188.
- Hoffmann, T., Bennett, S., & Del Mar, C. (2023). *Evidence-based practice across the health professions*. Elsevier Health Sciences.
- Janssen C., Kuhlmann J. (2022) *Implementierung und Evaluierung des ZidA- ADL Manuals in der stationären Langzeitpflege mit Schlaganfallklienten*. Osnabrück: unveröffentlichte Bachelorarbeit.
- Johnson, S.U., Hoffart, A., Nordgreen, T. & Havik, O. (2016). A survey of clinical psychologists' attitudes toward treatment manuals. *Professional Psychology* 47 (5), 340–346
- Knippschild, S., Baulig, C., & Krummenauer, F. (2015). Heterogenität in Meta-Analysen – kein Vergleich von Äpfeln und Birnen erlaubt.... *Zeitschrift für zahnärztliche Implantologie*, 2, 224–229.
- Kösterkamp, C. & Bartels, S. (2020). *Evaluation der Umsetzbarkeit des ZidA-ADL Manuals in der ergotherapeutischen Praxis*. Osnabrück: unveröffentlichte Bachelorarbeit.
- Küfner, H., & Johann, M. (2004). *Therapiemanuale zur Behandlung von Suchtpatienten*. *Psychother Psychiatrie, Psychother Med Klin Psychol*, 9, 54–6
- Mann, R. E. (2009). Sex offender treatment: The case for manualization. *Journal of Sexual Aggression*, 15(2), 121–131.
- McMurrin, M., & Duggan, C. (2005). The manualization of a treatment programme for personality disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15(1), 17–27.
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Har-deman, W., Moore, L., O' Cathain, A., Tinati, T., Wight, D., & Baird, J. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 350, h1258. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>
- Müer N, Vieres A, Berding J, Brinkmann S. (2018). Schritt für Schritt zurück in den Alltag. Zida: ein Alltagstraining für Klienten mit Schlaganfall. *Ergotherapie und Rehabilitation* 57 (12), 24–27
- Müller, C., Glässel, A., Marotzki, U., Voigt-Radloff, S. (2014): Potenzialanalyse zu ergotherapeutischem Alltagstraining nach Schlaganfall. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Volume 108, Supplement 1*, S.36–44.
- Rennefeld S. (2021). *Entwicklung einer Patienteninformation zur manualisierten Intervention „Zurück in den Alltag – Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ZidA-ADL)*. Osnabrück: Unveröffentlichte Bachelorarbeit.
- Robert Bosch Stiftung (2013). *Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung
- Rogers, J. C., & Holm, M. B. (1994). *Assessment of self-care*. In B. R. Bonder, & M. B. Wagner, *Functional performance in older adults* (S. 181–202). Philadelphia: F.A. Davis.
- Schweißhelm, D. (2017). *Entwicklung eines Konzeptentwurfs für ein standardisiertes, manualisiertes Alltagstraining nach Schlaganfall für den häuslichen Bereich*. Osnabrück: unveröffentlichte Bachelorarbeit.
- Shapiro, J. P., Youngstrom, J. K., Youngstrom, E. A., & Marcinick, H. F. (2009). A comparison of the effectiveness of manualized and naturally occurring therapy for children with disruptive behavior disorders. *New Research in Mental Health*, 1, 1–8.
- Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., ... & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *bmj*, 374
- Spalding, K., Di Tommaso, A., & Gustafsson, L. (2023). Uncovering the experiences of engaging in an inpatient occupation-based group program: The LifeSkills group. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 30(2), 251–260. <https://doi.org/10.1080/11038128.2022.2081604>
- Turner, L., Shamseer, L., Altman, D. G., Schulz, K. F., & Moher, D. (2012). Does use of the CONSORT Statement impact the completeness of reporting of randomised controlled trials published in medical journals? A Cochrane review a. *Systematic reviews*, 1, 1–7.
- Vande Voort, J. L. V., Svecova, J., Jacobson, A. B., & Whiteside, S. P. (2010). A retrospective examination of the similarity between clinical practice and manualized treatment for childhood anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(3), 322–328.
- Vieres, A., & Mürer, N. (2018). *Entwicklung eines manualisierten Alltagstrainings im ambulanten Sektor für die Behandlung von Klienten mit einem Schlaganfall*. Osnabrück: unveröffentlichte Bachelorarbeit.
- Voigt-Radloff S, Stemmer R, Korporal J, Horbach A, Ayerle GM, Schäfers R, Greening M, Binnig M, Mattern E, Heldmann P, Wasner M, Braun C, Lohkamp M, Marotzki U, Kraus E, Oltman R, Müller C, Corsten S, Lauer N, Schade V, Kempf S, (2016). *Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Version 2.0. PDF abrufbar unter <https://freidok.uni-freiburg.de/data/10702> letzter Zugriff 31.08.2023*
- Wissenschaftsrat (2012). *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen (Drucksache 2411-12)*. Berlin: Wissenschaftsrat
- Wollgien M, Timmerevers S. (2021). *Konzeptentwurf für die Online-Weiterbildung zum Behandlungsmanual „Zurück in den Alltag – Zida“*. Osnabrück: Unveröffentlichte Bachelorarbeit.
- Yamato, T. P., Maher, C. G., Saragiotta, B. T., Hoffmann, T. C., & Moseley, A. M. (2016). How completely are physiotherapy interventions described in reports of randomised trials?. *Physiotherapy*, 102(2), 121–126. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2016.03.001>
- Zamath F. (2016). Sind Behandlungsmanuale für die Arbeitstherapie wichtig? Der Nutzen von manualisierten Interventionen. *Ergotherapie und Rehabilitation*. 55(3), 25–28.

# Integration von Leitlinien-Empfehlungen für Patienten mit unilateralem Neglect in die Bobath-Therapie

– ein Online-Survey im Mixed-Methods Design

**Carmen Puschnerus**

BSc., Physiotherapeutin

## Einleitung:

Bis zu 78% aller Schlaganfallpatient\*innen sind zusätzlich von Neglect-Symptomen betroffen, die den Rückgewinn von Autonomie im Alltag sehr beeinträchtigen (Tarvonen-Schröder et al. 2020). Es gibt Leitlinienempfehlungen für Physio- und Ergotherapie (Karnath H.-O., Zihl J. et al. 2017; Karnath H.-O., Schenk T. et al. 2023). Gemäß Definition von 2020 bietet die Bobath-Therapie Behandlungsmöglichkeiten, die auch von der aktuellen deutschen Leitlinie für die Neglect-Therapie empfohlen werden (Vaughan-Graham et al. 2020). Aber Untersuchungen über konkrete Therapieinhalte der Bobath-Therapie für Neglect gibt es bisher nicht.

## Fragestellungen:

- 1) Werden evidenzbasierte, leitlinienempfohlene Therapieansätze in der Bobath-Therapie angewendet?
- 2) Gibt es zusätzliche Therapieansätze in der Bobath-Therapie für Neglect?
- 3) Werden Wissen und Behandlungsansätze zur Neglect-Therapie in Bobath-Grundkursen unterrichtet?

## Methode:

Eine internetbasierte Mixed-Methods-Befragung von Bobath Expert\*innen wurde im März 2021 unter der deutschen Gruppe der IBITA-Bobath-Instruktor\*innen durchgeführt (n=47). Grundlage war die Leitlinie von 2017 und die Definition

des Bobath-Konzepts von 2020. 36 Fragebögen wurden quantitativ mit deskriptiver Datenanalyse und qualitativ mit „Thematischer Analyse“ nach Brown und Clarke (Braun und Clarke 2013) ausgewertet.

## Ergebnisse:

Repräsentativität erforderte 32 auswertbare Rückläufe. Hohe Übereinstimmung wurde vorab, in Anlehnung an Cohen bei 80% festgelegt (Cohen 1988).

1) 4/6 Zielen und 5/7 Methoden: „Taktils und visuelles Explorieren“, „Aufforderung zur Zuwendung“, „- zur Bewegung“, „Nackenmuskelvibration“ und „Langsame Folgebewegungen der Augen“ erreichen > 80% und damit hohe Zustimmung. Die Ziele „Verhaltensstrategien und Umweltanpassung zur Kompensation der Beeinträchtigungen“ erreichen durchschnittlich 72% Zustimmung. Die Methoden „Virtuelle Realität“ 39%, „Prismenadaptationstherapie“ 47%.

2) Als ergänzende Bobath-Behandlungsaspekte treten hervor: Vermeidung von Kompensation, wenn Potential für bessere Performance vorhanden ist, Behandlung des Körperschemas und posturaler Kontrolle.

3) Wissen über Neglect, wird von 97%, evidenzbasierte Methoden von 85% der Befragten unterrichtet.

## Schlussfolgerungen:

- 1) Die Umfrage hat ergeben, dass die Leitlinien bis auf wenige Ausnahmen in der Bobath-Therapie integriert sind. Eine Ausnahme sind kompensationsfördernde Interventionen. Sie werden nur bei fehlendem Lernfortschritt genutzt.
- 2) Als Bobath-Behandlungsschwerpunkte geben die Befragten a) restitutive Behandlungsansätze an, die vorrangig somatosensorische Neglect-Symptome adressieren, b) Shaping-Strategien mit denen sie ADL-orientierte Therapie an Neglect-Probleme anpassen.
- 3) Die Ergebnisse sprechen dafür, dass Wissen über Neglect und über evidenzbasierte Behandlungsmethoden in Bobath-Grundkursen unterrichtet wird.

Autorin:

**Carmen Puschnerus**

BSc, Physiotherapeutin

E-Mail:

[physio@puschnerus.de](mailto:physio@puschnerus.de)



## Literatur

- Braun, Virginia; Clarke, Victoria (2013): *Successful qualitative research. A practical guide for beginners. First published. Los Angeles, London, New Delhi: SAGE.*
- Cohen, Jacob (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Erlbaum.*
- Karnath H.-O., Schenk T. et al. (2023): *Diagnostik und Therapie von Neglect und anderen Störungen der Raumkognition. S2k-Leitlinie. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) e.V. Online verfügbar unter [www.dgn.org/leitlinien](http://www.dgn.org/leitlinien), zuletzt aktualisiert am 01.03.2023, zuletzt geprüft am 04.04.2023.*
- Karnath H.-O., Zihl J. et al. (2017): *S1-Leitlinie Rehabilitation bei Störungen der Raumkognition. Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Hrsg. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: [www.dgn.org/leitlinien](http://www.dgn.org/leitlinien). Online verfügbar unter <https://dgn.org/leitlinien/II-030-126-2017-rehabilitation-bei-stoerungen-der-raumkognition/>, zuletzt aktualisiert am 30.09.2017, zuletzt geprüft am 28.08.2020.*
- Tarvonen-Schröder, Sinikka; Niemi, Tuuli; Koivisto, Mari (2020): *Clinical and functional differences between right and left stroke with and without contralateral spatial neglect. In: Journal of rehabilitation medicine 52 (6), jrm00072. DOI: 10.2340/16501977-2699.*
- Vaughan-Graham, Julie; Cheryl, Cott; Holland, Ann; Michielsen, Marc; Magri, Alba; Suzuki, Mitsuo; Brooks, Dina (2020): *Developing a revised definition of the Bobath concept: Phase three. In: Physiotherapy research international : the journal for researchers and clinicians in physical therapy 25 (3), e1832. DOI: 10.1002/pri.1832.*

# Medikamentenmanagement für Kinder und junge Erwachsene mit neuropädiatrischen Erkrankungen

**Dr. med. Constanze Reutlinger**

*Kinderärztin, Schwerpunkt Neuropädiatrie*

## Bericht über den Workshop im Rahmen der Bobath-Tagung 17.6.2023

Ziel des Workshops war, einen Überblick über die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten bei neuropädiatrischen Erkrankungen zu geben. Diese sind teilweise begrenzt. Gerade bei Bewegungsstörungen nehmen die nichtmedikamentösen Behandlungen und Therapien häufig einen deutlich höheren Stellenwert ein. Im Gegensatz dazu bildet bei der Epilepsiebehandlung eine medikamentöse Therapie oft die Grundlage dafür, stabile Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder zu schaffen. Hier lag daher auch der Schwerpunkt des Workshops. Ziel war nicht, einzelne Medikamente vorzustellen, sondern einen Überblick über die Therapieprinzipien zu geben.

## Behandlung epileptischer Anfälle

Für das Verständnis der Behandlung von Epilepsien sowie epileptischer Anfälle ist es zunächst wichtig, sich über die Zielstellung zu verständigen. Hier hat schon in der Nomenklatur in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel stattgefunden, indem nicht mehr von antiepileptischen Medikamenten, sondern von anfallssupprimierenden Medikamenten gesprochen wird. Damit wird klar, dass nicht die Grunderkrankung, sondern die Symptome, d.h. die epileptischen Anfälle behandelt werden. Dies beeinflusst auch die Zielsetzung.

Das erste Ziel ist die Anfallsfreiheit ohne unerwünschte Störwirkungen. Bei etwa 50% der Kinder und Jugendlichen kann diese durch das erste Medikament erreicht werden, bei weiteren 25% durch das zweite eingesetzte Medikament, wenn das erste entweder nicht die erwünschte Wirkung zeigt oder nicht akzeptable unerwünschte Wirkungen aufreten. Nach zwei korrekt eingesetzten und ausreichend dosierten Medikamenten und Persistenz der Anfälle spricht man bereits von einer therapieschwierigen Epilepsie. Die weiteren Therapieoptionen sind dann der Einsatz weiterer anfallssupprimierender Medikamente (35–60% Responder, bis zu 15% anfallsfrei), Vagusnervstimulator (35–50% Responder, bis zu 5% anfallsfrei), ketogene Ernährungstherapien (etwa 40% Responder, bis zu 15% anfallsfrei) sowie epilepsiechirurgische Eingriffe (85% Responder, über 60% anfallsfrei). Für letztere Option kommen aber selbstverständlich nicht alle Patient\*innen in Frage. Sollte keine Anfallsfreiheit möglich sein, ist das Ziel eine Anfallsreduktion ohne unerwünschte oder nur mit „akzeptablen“ Störwirkungen. Übergeordnetes Ziel ist eine möglichst gute Lebensqualität und eine im Rahmen der Grunderkrankung möglichst stabile Entwicklung.

Nachdem über viele Jahrzehnte nur wenige Medikamente zum Einsatz kamen, gab es seit den 80er- /90er-Jahren des

letzten Jahrhunderts eine rasante Entwicklung neuer anfallssupprimierender Medikamente. Teilweise wurden diese spezifisch unter Kenntnis der Wirkmechanismen am synaptischen Spalt entwickelt. Durch das zunehmende Wissen über die Ursachen von Epilepsien, insbesondere im Bereich der Ionenkanalerkrankungen, wird zunehmend ein spezifischerer, „personalisierter“ Einsatz der Medikamente möglich.

Bei der Bewertung von unerwünschten Wirkungen wie Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Verhaltensänderungen ist zu bedenken, dass auch eine nicht oder nicht ausreichend behandelte Epilepsie zu „Nebenwirkungen“ wie Schlafstörungen, Entwicklungsstörungen, Verhaltensänderungen sowie Verletzungen führen kann. Auch das Risiko eines SUDEP (Sudden Unexpected Death in Epilepsy) muss bedacht werden. Wichtig ist weiterhin, dass aber jedes anfallssupprimierende Medikament auch zu einer Provokation von Anfällen führen kann. Gerade bei therapieschwierigen Epilepsien ist daher die Beobachtung durch die Eltern, ggf. in Zusammenarbeit mit Therapeut\*innen, entscheidend für die Therapiesteuerung.

### **Behandlung spastischer sowie dystoner Bewegungsstörungen**

Das Konzept der spastischen Bewegungsstörung wurde in den letzten Jahren präzisiert. Während über viele Jahre nur die Tonusreduktion im Vordergrund stand, wird zunehmend das Ungleichgewicht aus erhöhtem Tonus und verminderter Kraft berücksichtigt. Medikamen-

tös besteht lediglich die Möglichkeit der Tonusreduktion. Hierfür steht in erster Linie Baclofen zur Verfügung. Dieses kann oral oder intrathekal gegeben werden. Der orale Einsatz ist dadurch begrenzt, dass eine ausreichende Tonusregulation selten ohne Auftreten unerwünschter Wirkungen erreicht werden kann. Der Einsatz kann aber in bestimmten Situationen (z.B. initial nach Trauma oder perioperativ) sinnvoll sein. Bei schwerer Spastik ist der Einsatz einer intrathekalen Baclofenpumpe zu erwägen. Medikamentös kommt alternativ noch Dronabinol (THC-haltiger Anteil von Cannabis) in Frage, welches zusätzlich eine schmerzreduzierende Wirkung hat. Der THC-freie Cannabisanteil (Cannabidiol) ist für spezielle Epilepsieformen zugelassen.

Um eine gezieltere Spastikreduktion einzelner Muskeln zu erreichen, ist die intramuskuläre Injektion von Botulinumtoxin eine sichere Behandlungsoption. Diese sollte immer in ein Therapiekonzept mit Physiotherapie/Ergotherapie, Orthesen und klarer Zielsetzung eingebunden sein. Eine Wiederholung der Injektion ist nach 3 Monaten möglich, die Indikation muss aber vor jeder Injektion überprüft werden.

Für die Therapie der Dystonie kommen zusätzlich noch L-Dopa bei einigen genetischen Dystonien, sowie Anticholinergika in Frage. Bei einigen Dystonieformen ist ein Tiefenhirnstimulator indiziert.

Studien zur Lebensqualität von Kindern mit Cerebralparese haben gezeigt, dass Schmerzen häufig unterschätzt werden und die Schmerztherapie oft vernachlässigt wird. Grundsätzlich richtet sich die-

se nach dem WHO-Stufenschema mit zunächst Nicht-Opioid-Analgetika, dann niedrig potenten, später hoch potenten Opioiden. Wichtig ist aber, zunächst die Ursache der Schmerzen (z.B. Gelenkfehlstellungen, einschliessende Spastik, Obstipation, Zahnschmerzen, u.a.) zu finden und wenn möglich, zu beseitigen.

### Neuere Therapieansätze

Ein letzter Ausblick sollte noch auf neue Therapieeinsätze gegeben werden, die insbesondere im Bereich der neuromuskulären Erkrankungen in den letzten Jahren zu entscheidenden Fortschritten geführt haben. Insbesondere die spinale Muskelatrophie ist dadurch behandelbar geworden, so dass diese inzwischen mit ins Neugeborenencreening aufgenommen wurde. Hier stehen drei Therapieoptionen: Intrathekal (Nusinersen: erhöhte Produktion von SMN-Protein), Intravenös (Zolgensma : Genersatztherapie), Oral (Risdiplam: erhöhte Expression des SMN-Protein) zur Verfügung.

Bei anderen Erkrankungen stehen inzwischen Enzymersatztherapien zur Verfügung (M. Pompe: Alglucosidase alpha, NCL: Cerliponase Alpha, M. Fabry: Alpha-Galactosidase).

Auch im Bereich der Autoimmunerkrankungen (z.B. Multiple Sklerose) gab es in den letzten Jahren durch den Einsatz neuer immunmodulierender Medikamente sowie von Biologika (dazu gehören Antikörper, Proteine oder Enzyme) erhebliche Fortschritte.

Eine ausführliche Behandlung dieser Therapieansätze würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen. Für die Beratung

der Eltern ist es wichtig zu wissen, dass es eine stetige Weiterentwicklung in diesen Bereichen gibt und dass es gut sein kann, dass auch für andere Erkrankungen in den nächsten Jahren zunehmende Therapieoptionen entstehen können.

Die Folien des Workshops können bei Interesse bei der Autorin angefragt werden.

Autorin:

**Dr. med. Constanze Reutlinger**

*Kinderärztin, Schwerpunkt  
Neuropädiatrie*

*DRK Kinderklinik Siegen  
Klinik für Neuropädiatrie  
Wellersbergstr. 60  
57072 Siegen*



# Fünf Elemente für effektive neurologische Rehabilitation

## Helmut Gruhn

Physiotherapeut und Bobath-Instruktor

## Niklas Schaab

Mag., Geschäftsführer ABC-Medienagentur

Neurologische Rehabilitation in Deutschland ist relativ neu. Noch in den 1980er Jahren wurden Menschen mit neurologischer Symptomatik vor allem am Leben erhalten. Rehabilitation? Weitgehend Fehlanzeige! Erst durch den Protest und das Engagement von Angehörigen entstanden in Krankenhäusern die Stroke Units für schnelle Erstversorgung, sowie auf neurologische Rehabilitation spezialisierte Pflege-Einrichtungen.

Nach der Entlassung aus der klinischen Behandlung wird die Versorgung von Menschen mit Hirnverletzung jedoch auch heute noch vor allem den Angehörigen überlassen. Für die Planung und Bewilligung einer optimalen rehabilitativen Versorgung haben Hausärzt\*innen keine Zeit, sie sind auch nicht dafür ausgebildet. Selbst bei umfassenden Einschränkungen folgen sie oft der pauschalen Vorgabe, möglichst kosteneffizient zu handeln. Die Folge: Eine wissenschaftlich mehrfach belegte Unterversorgung bei der Rehabilitation, die nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen einschränkt, sondern durch dauerhaft höheren Bedarf an Pflegekräften, Hilfsmitteln und Medikation enorme zusätzliche Kosten erzeugt. Im Folgenden sollen die wichtigsten Faktoren für erfolgreiche Rehabilitation zusammengefasst werden. Sie gelten insbesondere für das erste Jahr nach der Entlassung aus der Klinik.

## 1. Alltagsorientierte Zielsetzungen

Bei der Therapie müssen Aktivitäten im Vordergrund stehen, die einen möglichst eigenständigen Alltag der Betroffenen zum Ziel haben. Am Anfang geht es um grundlegende Fähigkeiten, zum Beispiel vom Sitzen zum Stehen, gefolgt von Gehen und Treppensteigen. Das Ziel ist die eigenständige Selbstversorgung: Waschen, Anziehen, Essen und der Gang zur Toilette. Idealerweise wird deshalb zuhause therapiert und geübt, so nah an der realen Umgebung wie möglich. Im nächsten Schritt soll die Erledigung häuslicher Arbeiten, Freizeitbeschäftigungen und die Ausübung von Hobbys ermöglicht werden. All diese Fähigkeiten haben neben ihrem praktischen Nutzen auch eine psychologische Komponente: Sie motivieren, steigern bei Erfolg Selbstwertgefühl und Lebensqualität und erleichtern soziale Integration. Kurz: Sie machen Sinn ... in jeder Beziehung!

## 2. Aktive Alltagsgestaltung

Reduzierte Fähigkeiten und eingeschränkte Leistungsfähigkeit sorgen schnell für Passivität. Dagegen hilft ein alltagsorientiertes 24-Stunden-Konzept, das bei Tag und bei Nacht Halt gibt und Strukturen liefert, um möglichst aktiv zu sein und zu bleiben. Therapie und aktive Zeiten sollen ebenso eingeplant werden wie Schlaf- und Ruhephasen. Gerade bei größeren Beeinträchtigungen spielt

eine abwechslungsreiche Lagerung eine wichtige Rolle. Regelmäßige Abläufe helfen, die nötige Ausdauer, den Willen und die Bereitschaft für einen aktiven Alltag bei allen Beteiligten aufrecht zu erhalten.

### 3. Einbezug von Angehörigen u. Umfeld

Fast jedes Schädel-Hirn-Trauma erfolgt überraschend, so dass auch Angehörige unerwartet und ungeplant vor enorme Herausforderungen gestellt werden. Zugleich stehen sie oft im Zentrum der Kommunikation zwischen Fachpersonal, Familie und Freunden. Schädigungen des Gehirns haben Auswirkungen auf Gewohnheiten, Fähigkeiten und sogar die Persönlichkeit der Betroffenen. Kein Wunder, dass viele Angehörige von dieser Situation überfordert werden. Dass zu dieser verzweifelten Situation endlose Formulare, unklare Zuständigkeiten und langwierige Entscheidungsprozesse hin-

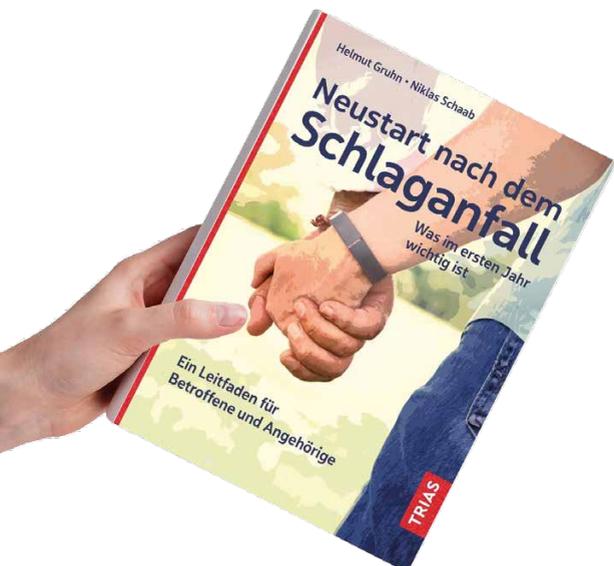
zukommen, ist schlicht unerträglich. Gut aufbereitete Informationen und Hilfsangebote, eine Angehörigen-Sprechstunde und Selbsthilfegruppen können hier Abhilfe schaffen. Entscheidend ist jedoch, dass das gesamte Umfeld von Betroffenen eingebunden wird, um die Aufgaben für Einzelne im Rahmen zu halten.

### 4. Konsequente, miteinander abgestimmte Therapie

Ein geschädigtes Gehirn braucht Zeit, um zu heilen und verlorene Kapazitäten auszugleichen. Dieser Prozess ist mit der Entlassung aus der klinischen Rehabilitation nicht abgeschlossen. Ärzte\*innen, Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Pflegekräfte, Psycholog\*innen: All diese Fachkräfte können am besten helfen, wenn sie sich regelmäßig austauschen, ob telefonisch oder bei persönlichen Treffen. Außerdem macht es Sinn, alle Aktivitäten in einem Therapie-Tagebuch festzuhalten, mit dem sich alle Beteiligten auf den jeweils aktuellen Stand bringen können. Leider scheitert dieser Idealzustand in der Realität oft an fehlenden Terminen, langen Wartezeiten, zu kurzen Therapieeinheiten und zu wenig qualifizierten Therapeut\*innen. Dennoch sollte effektive, gut koordinierte Therapie mit gemeinsam verfolgten Zielen im Fokus bleiben, und zwar bei allen Beteiligten: Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften.

### 5. Im Zentrum: Menschliche Anteilnahme

Einfach, banal und dennoch entscheidend: Effektive neurologische Rehabilitation stellt den Menschen in den



Ausführliche Informationen liefert das Buch von Helmut Gruhn und Niklas Schaab

Mittelpunkt, nicht die Krankheit. Therapeut\*innen müssen Vertrauen schaffen, begeistern und motivieren. Es geht um Kommunikation auf Augenhöhe, um Empathie, Aufmerksamkeit und Achtsamkeit, Sympathie und ehrliche persönliche Zuwendung, ohne den Selbstschutz und ein gesundes Maß professioneller Distanz zu vernachlässigen. Es erfordert Kon-

zentration, Flexibilität und Kreativität, in verschiedenen Situationen die richtigen Entscheidungen, die richtige Balance zu finden. Doch genau darum geht es: Sich auf Menschen einlassen, sie zu begleiten und sie mal psychisch, mal physisch zu stärken und aufzubauen, bis sie selbstbewusst ihr Leben bestreiten können, ob mit oder ohne Hilfen.

### Fünf Elemente für effektive neurologische Rehabilitation

1. Ziele setzen, die einen möglichst eigenständigen und zufriedenen Alltag ermöglichen.
2. Den Alltag dem eigenen Leistungsvermögen entsprechend möglichst aktiv gestalten.
3. Angehörige und Umfeld einbinden, ohne diese zu überfordern.
4. Konsequenter therapieren und dabei die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller involvierten Fachkräfte anregen.
5. Niemals die menschliche Anteilnahme vergessen!

Autoren:

#### **Helmut Gruhn**

Physiotherapeut und  
Bobath-Instruktor

E-Mail:

[info@perzeptionshaus.de](mailto:info@perzeptionshaus.de)



#### **Niklas Schaab**

Mag.  
Geschäftsführer  
ABC Medienagentur  
Waldstr. 3  
86199 Augsburg



## BAKs – Die Bobath Arbeitskreise ... ein Einblick ...

**Ina Stößer**

*Physiotherapeutin, Beisitzerin im Vorstand der Bobath-Vereinigung*

Im Rahmen der Bobath-Tagung in Karlsruhe fand auch dieses Jahr wieder das BAK-Leiter\*innen-Treffen mit dem Vorstand statt. Alle BAK-Leitungen waren sehr motiviert und wollen auch in Zukunft weiter dranbleiben!

Im gemeinsamen Gespräch haben wir festgestellt, dass sich die Erfahrungen mit und in den Arbeitskreisen manchmal sehr ähneln. Es gibt für alle ein immer wieder festzustellendes Interesse an Austausch und Vernetzung in den BAKs und ein grundsätzlich positives Feedback der BAK-Teilnehmer\*innen an die Leitungen. Alle Leitungen waren sich außerdem einig, dass die Organisation eines Arbeitskreises nicht ausschließlich an der Leitung hängen muss, sondern auch Zeit und Unterstützung von den Teilnehmenden bekommen kann.

Neue Themen werden bei den meisten BAKs bei einem gemeinsamen Brainstorming gefunden und auch Organisation und Durchführung eines Treffens werden nicht ausschließlich von der Leitung übernommen, sondern liegen manchmal bei einem oder mehreren Teilnehmer\*innen.

Dass der Arbeitskreis-Besuch gewissen Schwankungen unterworfen ist und die Treffen mal mehr, mal weniger gut besucht sind, gehört quasi genauso zur DNA eines Arbeitskreises wie die Tatsache, dass nicht jeder Termin eine Fort-

bildung mit größerem organisatorischem Aufwand sein kann oder muss. Und dass manchmal, trotz noch so guter Planung, ein Termin verschoben oder abgesagt wird.

Ob es der Austausch mit den Kolleg\*innen zu alltäglichen therapierelevanten Themen oder zu berufspolitischen Fragen ist, eine Patientenvorstellung oder das Kennenlernen unterschiedlicher therapeutischer Einrichtungen in der Umgebung, ob man Referent\*innen aus den eigenen Reihen oder anderer am Therapieprozess beteiligter Berufsgruppen einlädt, alles sind Bausteine eines Arbeitskreis-Programms und unterstützen die Qualitätssicherung im praktischen therapeutischen Alltag.

Auf der nachfolgenden Seite finden Sie eine aktuelle Übersicht der registrierten Bobath-Arbeitskreise nach Bundesland. Leider sind während der Coronazeit einige BAKs aufgelöst worden. Daher wäre es schön, wenn sich die Zahlen bald wieder erhöhen. Wir unterstützen Sie gerne dabei.

*Autorin:*

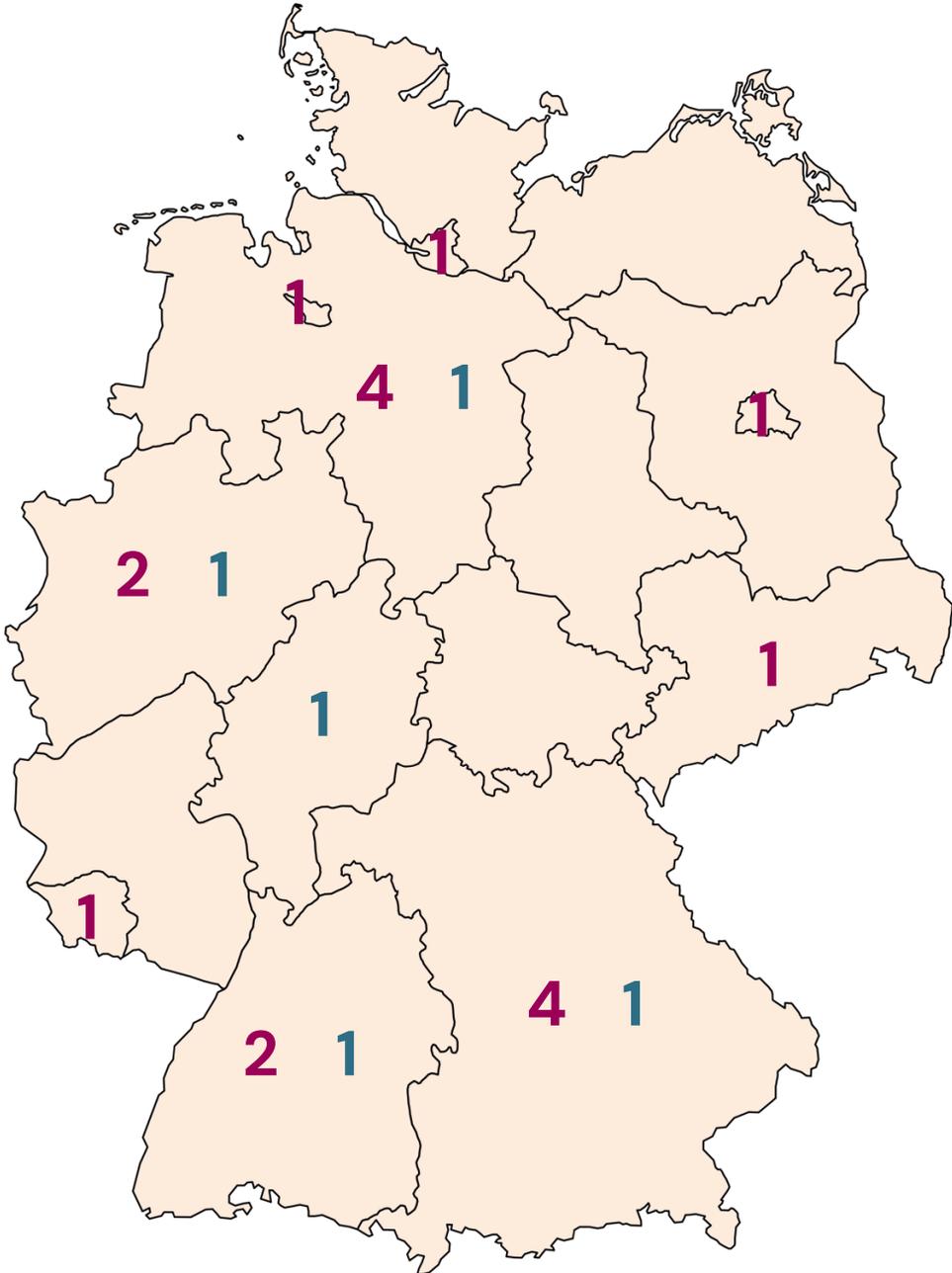
**Ina Stößer**

*Physiotherapeutin  
Beisitzerin im Vorstand  
der Bobath-Vereinigung*

*E-Mail:  
[i.stoesser@bobath-vereinigung.de](mailto:i.stoesser@bobath-vereinigung.de)*



### Anzahl registrierter Bobath-Arbeitskreise nach Bundesland



**Entwicklungsneurologie (Kinder)**  
**Neuro-Reha (Erwachsene)**

## Die neue Homepage ist online!

**Ellen Zwiercz**

Physiotherapeutin, Mitglied im Vorstandsvorsitzteam



Liebe Leser\*innen, es gab und gibt einiges Neues in der Bobath-Vereinigung: Dies ist die erste digitale Ausgabe unserer Fachzeitschrift B&E.

Auch noch ganz frisch online ist unsere neue Homepage. Von der Idee bis zur Fertigstellung vergingen fast 1,5 Jahre. Die Entscheidung für eine Veränderung kam uns bei einem Alster-Spaziergang während der vorletzten Fortbildungstagung in Hamburg, doch das Projekt gestaltete sich doch aufwendiger und zeitintensiver als zu Beginn gedacht. Was uns sehr in der Entscheidung bestärkte, waren die vielen positiven Rückmeldungen und Gespräche nach der Präsentation von Ann Katrin Cordes bei der Mitgliederversammlung in Karlsruhe. Mit frischer Motivation ging es mal in großen oder auch mal kleinen Schritten immer weiter Richtung Fertigstellung und seit Mitte November erstrahlt unsere Homepage im neuen, klaren und frischen Design.

Eines der obersten Ziele besteht dar-

in, unsere Mitglieder in Sachen Bobath, sowie rund um die Vereinigung, besser und schneller zu informieren und natürlich neue Mitglieder zu gewinnen.

Ein großes Dankeschön geht an Ann Katrin für die super Zusammenarbeit: Danke, liebe Anne fürs Texte schreiben und wiederfinden, für so manches „Haare raufen“ und „Augen rollen“ und vor allem fürs Durchhalten!

Und auch einen großen Dank an unseren „Herrn der Geschäftsstelle“ Stefan Staufert. Auch dir ein großes Dankeschön für deine Ratschläge und dein waches Auge! Wir wünschen Ihnen viel Spaß, neue Erkenntnisse und Inspirationen beim Lesen und Stöbern ... egal ob im B&E oder auf der Homepage.

Autorin:

**Ellen Zwiercz**  
Physiotherapeutin  
Mitglied im  
Vorstandsvorsitzteam

E-Mail:  
[e.zwiercz@bobath-vereinigung.de](mailto:e.zwiercz@bobath-vereinigung.de)



*P.S.: Liebe Ellen, auch an dich einen ganz herzlichen Dank für dein großes Engagement für die neue Homepage.*

*Der Vorstand der Bobath-Vereinigung e.V.*

## „Das Sofa“: Die geschichtliche Entwicklung des Bobath-Konzepts – Gestern, Heute und Morgen?

**Susanne Löw**

*B.Sc. Physiotherapie, angewandte Therapiewissenschaften  
Beisitzerin im Vorstand der Bobath-Vereinigung*

Auf unserer Fortbildungstagung 2023 in Karlsruhe fand erstmals das Format „Das Sofa“ statt. Unter dem Titel „Die geschichtliche Entwicklung des Bobath-Konzepts – Gestern, Heute und Morgen?“ diskutierten (in alphabetischer Reihenfolge) Ann Katrin Cordes, Elisabeth Eisenberger, Klaus Gusowski, Prof. Dr. Horst Hummelsheim, Prof. Dr. Michael Jöbges (Moderation) und Karoline Munsch.

Eine Runde, die von vielen persönlichen Erinnerungen, aber auch von damaligen und ganz aktuellen berufspolitischen Dilemmata geprägt war.

**„Bobath-Tagungsteilnehmer sind diejenigen, denen neurologisch kranke Menschen, jeden Lebensalters, sehr am Herzen liegen.“**

*Prof. Dr. Michael Jöbges*

### Die Personen auf dem Sofa und ihre persönliche Bobath-Geschichte:

**Ann Katrin Cordes** ist Physiotherapeutin und Kinder Bobath-Therapeutin, seit 2018 ist sie in Hamburg an einer Berufsfachschule in der Lehre tätig. Sie ist Koordinatorin des Wissenschaftsbeirates der Bobath-Vereinigung und Beisitzerin im Vorstand. Ihr ist besonders wichtig, dass das Bobath-Konzept ein Konzept ist, das sich immer weiterentwickelt hat und kei-

ne feste „Technik“, auch wenn dies nicht immer so gesehen und wahrgenommen wird. Frau Cordes kam während ihrer Ausbildung mit dem Bobath-Konzept in Verbindung und wurde geprägt von einer Chefin, die ihr das Konzept als sich weiterentwickelnd und sich stetig wandelnd gezeigt hat.

**Elisabeth Eisenberger** ist Physiotherapeutin und arbeitet im Sozialpädiatrischen Zentrum am Klinikum Traunstein, bei dessen Aufbau sie von Beginn an mitgewirkt hat. 1988 hat sie ihren Bobath-Kurs in London absolviert. Sie ist eine der Therapeut\*innen, die das Ehepaar Bobath noch „live“ erlebt hat und kennt daher die Wurzeln des Konzeptes gut. Wenige Jahre nach ihrem Grundkurs in London hat sie die Zusammenarbeit mit der entwicklungsneurologischen Abteilung des Hauerschen Kinderspiitals in München gesucht und dort 2004 die Ausbildung zur Lehrtherapeutin gemacht. In München konnte sie ein schon sehr viel weiterentwickeltes und an den neueren Wissenschaften orientiertes Konzept kennenlernen, dafür ist sie den Kollegen bis heute sehr dankbar. Das Bobath Kurszentrum in Traunstein gibt es mittlerweile seit über 20 Jahren. Frau Eisenberger sagt, dass es ihr „Steckenpferd“ ist „Kinder in ihrem natürlichen Umfeld“ zu behandeln. Wichtig ist ihr bei der Umfeldgestaltung: weg von klinischem Equipment, hin zum Alltagsbezug.

Mobiliar und Gegenstände sollten dem Umfeld der Kinder zu Hause entsprechen. Elisabeth Eisenberger beschreibt Bobath als offenes Konzept: „wie ein Teppich an dem man weiterknüpft“. Sie plädiert daher dafür nicht starr bei etwas zu bleiben und keine Beharrungstendenzen zu haben.

**Klaus Gusowski** ist Physiotherapeut mit Tätigkeitsschwerpunkt Erwachsenen-Neurologie. Ende der 1980er Jahre fand sein erster Kontakt mit dem Ehepaar Bobath statt, die auch er noch „live“ erleben durfte. Er berichtet, dass Bobath in den 70er Jahren ein regelrechter „Hype in der Neurologie“ war: man „musste“ einen Bobath-Kurs haben, denn alle „Alternativen“, die man damals kannte waren eigentlich „nicht tragbar“. Er durfte damals Kurse für das Ehepaar Bobath ausrichten/organisieren. Aus dieser Zeit ist ihm die Erfahrung in Erinnerung geblieben, dass das für die Kurse ausgewählte Mobiliar oftmals vom Ehepaar Bobath abgelehnt wurde, weil es nicht exakt dem entsprach, was die Patienten an Mobiliar zu Hause hatten. Weiter beschreibt er, dass das Ehepaar Bobath wusste, dass ihre Leben endlich sind und dass sie daher immer erlaubt und unterstützt haben, dass sich Organisationen gründen, um das Konzept zusammenzuhalten und weiterzuentwickeln.

**Prof. Dr. Horst Hummelsheim** ist Facharzt für Neurologie und für Physikalische Medizin und Rehabilitation mit den Zusatzbezeichnungen Geriatrie, Sozialmedizin und Rehabilitationswesen. Als 1989 der erste Lehrstuhl für neurologische

Rehabilitation in Deutschland gegründet wurde, war er dort Oberarzt und kam dort erstmals in Kontakt mit dem Bobath-Konzept. Seine Beziehung zu Bobath hat sich von 1989 bis heute enorm gewandelt: „Es begann mit Skepsis und es endete mindestens mit Respekt und heute besteht große Sympathie für das Bobath-Konzept“. Er berichtet, dass für keines der in den späten 80er/frühen 90er Jahren gängigen Verfahren ein wissenschaftlicher Wirksamkeitsbeweis vorlag, weder für Bobath noch für Vojta noch für PNF. Nach seinem Wechsel an die Universität Leipzig 1999 – dort übernahm er den dritten Lehrstuhl für neurologische Rehabilitation in Deutschland und die Leitung des Neurologischen Rehabilitationszentrum (NRZ) Leipzig in Bennewitz – lernte er Klaus Gusowski und Gabriele Eckhardt kennen. Auf Anregung von Frau Eckhardt entstanden die Bennewitzer Gespräche: Treffen, die mindestens einmal im Jahr, teilweise auch zweimal im Jahr stattfanden. Auch Michael Jöbges, der seine rehabilitationsneurologische Karriere unter Leitung von Prof. Hummelsheim am NRZ Leipzig begann, trug wesentlich zum Gelingen der Bennewitzer Gespräche bei. Ärzt\*innen und Therapeut\*innen lernten enorm viel voneinander, es herrschte eine große gegenseitige Offenheit. Prof. Dr. Hummelsheim ist seither vom Nutzen des Bobath-Konzeptes überzeugt, fördert und unterstützt es.

**Karoline Munsch** ist Physiotherapeutin und Bobath-Lehrtherapeutin, mit eigener Praxis in Bremen. Die Praxisschwerpunkte sind Kinder- und Erwachsenen-Neurologie. Sie lehrte an der Hochschule

in Hildesheim mit Schwerpunkt Theorie und Geschichte der Physiotherapie, Ausgestaltung physiotherapeutischer Handlungsfelder und Tätigkeit im Labor für Bewegungswissenschaften. Lange hat sie das Bobath-Archiv (mit-)betreut. Ende der 1970er kam Frau Munsch, während ihrer Ausbildung in Münster, mit dem Bobath-Konzept in Kontakt. Das Konzept sprach sie an und sie verspürte schon damals ein inneres Drängen mehr zu verstehen, mehr zu wissen und die Ursprünge kennenzulernen. Sie wollte wissen: wo kommt Bobath her? Und auch im Bobath Konzept selbst fand sie dieses Drängen, „nicht Stehenbleiben und mehr verstehen zu wollen was dem Kind nutzt und wo man noch besser und noch hilfreicher sein kann“. Sie glaubt, dass das Ehepaar Bobath nicht wollte, dass es eine festgelegte Bobath'sche Lehre gibt, sondern, dass die Bobath'sche Lehre bedeutet: es geht um das Kind und darum, dass das Kind und die Familie vom Konzept profitieren. Frau Munsch beschreibt, dass Dinge, die heute common sense sind, bei den Bobaths schon damals Thema waren: Ressourcenorientierung, Alltagsorientierung, Familienorientierung, Interdisziplinarität. Sie sagt: Heute machen das „alle“, damals nicht. Das Ehepaar Bobath hat das zu einer Zeit gedacht und gemacht, als es noch überhaupt nicht common sense war.

**Prof. Dr. Michael Jöbges**, ist Vorsitzender der DGNKN. Er beschreibt seine Ausbildung als Arzt-„Schule“ mit streng terminiertem Stundenplan. Als Facharzt für Neurologie wusste er viel, aber Vieles was für Rehabilitation entscheidend

ist, wusste er (auch) nicht. 2004 begann auf Initiative von Prof. Dr. Hummelsheim und Gabriele Eckhardt der inter- und transdisziplinäre Austausch in den Bennewitzer Gesprächen. Hier lernte er den Bobath-Blickwinkel auf Bewegungs- und Umfeld-Analyse kennen. Er sagt, dass sich hier der Kreis schließt hin zu den Ausführungen von Frau Cordes: Bobath entwickelt sich und wird geprägt durch die Bedingungen der Zeit in der der Wissenserwerb stattfand.

**„Bobath stellt keine Regieanweisung für Einzelsymptome dar, sondern eine konzeptuelle Gesamtheit.“**

*Prof. Dr. Horst Hummelsheim*

### **Das „Gestern“: Über die Ursprünge des Bobath-Konzeptes**

Über die Ursprünge des Bobath-Konzeptes konnten vor allem Elisabeth Eisenberger, Karoline Munsch und Klaus Gussowski berichten. Der Wissenserwerb der Bobaths erfolgte zunächst empirisch: sie haben viel ausprobiert. Ein entscheidender Faktor war hierbei bestimmt der berufliche Hintergrund von Bertha Bobath, denn sie hatte eine Ausbildung als Gymnastiklehrerin, die auch von der freien Entfaltung von Bewegung im Tanz geprägt war. Gängig war damals als Bewegungstherapie das Durchbewegen einzelner Körperteile und Gelenke, die 1930er Jahre waren noch geprägt von z.B. Turnvater Jahn mit starren und stringen-

ten Übungen. Bertha Bobath stellte aber in der Behandlung eines Schlaganfall-Patienten fest, dass, wenn sie eine Extremität bewegt dies Einfluss auf den ganzen Körper hat – das war damals revolutionär. Denn zu Zeiten der Bobaths wurde noch viel „hands on“ gearbeitet, heute steht viel mehr Eigeninitiative im Vordergrund. Zu der Zeit, als sich das Konzept entwickelt hat, war die gängige therapeutische Idee noch: etwas wird isoliert, losgelöst von der Handlung geübt und danach wird es in den Alltag übernommen. Das Ehepaar Bobath stellte aber fest, dass das so nicht funktionierte. Karoline Munsch berichtete in diesem Zusammenhang von einem Vortrag von Bertha Bobath auf der Bobath-Tagung 1984, in dem diese ihre wesentlichen Erkenntnis- und Entwicklungsschritte des Therapie-Konzeptes beschreibt. Auch, wie sie aus der Vorstellung des Anbahnens von Bewegungen von Schlüsselpunkten aus damit begann, ihre Hände wieder vom Patienten wegzunehmen, da sie festgestellt hatte, dass ein Mehr an Eigenkontrolle wichtig war. Ebenso stellte sie aber fest, dass der Übertrag des Geübten in den Alltag nicht von selbst funktionierte. So entstand die Idee jede Situation, die für die Person und ihr Umfeld Bedeutung hat, zu analysieren. Und bereits zur Wirkzeit der Bobaths wurden auch Ideen anderer Konzepte, wie z.B. FBL nach Klein-Vogelbach, ins Bobath-Konzept integriert; es wurde zusammengearbeitet und -gedacht, auch über Konzepte hinweg. Karoline Munsch betonte auch, wie breit gefächert das Ehepaar Bobath gelesen hat. „Anekdotisch wird gerne berichtet,

dass Bertha Bobath Beobachtungen beschrieben hat und Karel Bobath dann recherchieren musste, um diese zu erklären und zu belegen“. De facto haben beide breit gelesen, z.B. in der Pädagogik, oder in der Psychologie. Therapieinhalte wie Ressourcenorientierung, Alltagsorientierung, Familienorientierung, Interdisziplinarität waren von jeher Thema im Bobath-Konzept.

### Das „Heute“: Ist das Kurskonzept noch aktuell und „Quo vadis, Bobath?“

**„Es geht um das methodische Umsetzen von hehren Worten.“**

*Karoline Munsch*

Eines der großen Probleme des Bobath-Konzeptes ist seine wissenschaftliche Untermauerung. Es gibt Fragen zur Wirksamkeit die noch offen sind, theoretische Hintergründe und Begrifflichkeiten, die mittlerweile überholt sind oder sich schlicht als falsch erwiesen haben. Besonders schmerzt es, wenn Bobath noch heute mit „Hemmen“, „Bahnen“, „Schlüsselpunkte“ verbunden wird – Inhibition beispielsweise ist ein feststehender neurophysiologischer Begriff und meint etwas anderes als Interventionen in der Bobath-Therapie. Zwar hat das Ehepaar Bobath das so be- und geschrieben, es ist aber inzwischen, und das bereits seit den 1990er Jahren (!), überholt. Auf wissenschaftlicher Seite helfen heute die Neurowissenschaften, so Elisabeth Eisenberger, auch hat die ICF sehr früh Ein-

zug ins Bobath-Konzept genommen und geholfen, die Therapie in den Alltag des Kindes zu bringen. Auch die Analyse von Bewegung und biomechanische Erkenntnisse haben das Konzept in den letzten 30 Jahren bereichert. Prof. Dr. Hummelsheim meinte, dass es sinnvoll ist, sich um das Verständnis funktionell-neuroanatomischer und neurophysiologischer Hintergründe zu bemühen. Gleichwohl braucht es regelmäßig neue Studien zu Wirksamkeiten und Wirksamkeitsvergleichen. Prof. Dr. Hummelsheim sagte auch, dass vermutlich nicht alles wirklich ganz detailliert verstanden werden muss, weil es vermutlich gar nicht nötig ist. Er sagte, dass Karel Bobath hier vieles viel zu detailliert und aus heutiger Zeit auch ziemlich falsch erklärt hat, und es wichtiger ist, zu wissen was sinnvoll ist, um dem Patienten zu helfen, als dies exakt neurophysiologisch zu untermauern. Auch geht es heute darum, so Karoline Munsch, sich nicht darauf auszuruhen, dass Inhalte des Konzeptes mittlerweile common sense sind. Heute geht es darum: wenn das alles doch jetzt common sense ist, warum sollte man dann in einen Bobath Kurs kommen? Als Besonderheit im Bobath-Konzept beschrieb sie z.B. das methodische Umsetzen von Ressourcenorientierung, denn im Bobath Konzept gehen Befund und Behandlung ineinander über. Es wird ein Ermöglichungsbefund erhoben. Es geht darum unter welchen Kontextbedingungen und Angeboten das Kind mehr und besser handeln kann und dann an diesen Leistungsgrenzen zu arbeiten. Sie beschrieb es als mühselig, hart und anstrengend dies in den Kursen

zu lernen und zu lehren. Denn einerseits geht es um einen Ermöglichungsbefund, andererseits ist aber das Vorgehen nicht beliebig. Es ist nicht nur ein „dem Kind geht es gut und es hat Spaß“. Therapie soll Spaß machen und Patienten sollen intrinsisch motiviert sein, denn: Therapie soll bedeutsam sein. Hier ist es ihr zum Beispiel sehr wichtig zu erkennen was ein Kind überhaupt will, vor allem z.B. auch dann, wenn es nicht spricht oder ein Säugling ist. Fragen die es zu beantworten gilt sind z.B.: Was ist die Intention des Kindes? Wie kann Intentionalität erkannt und beschrieben werden? Wie lassen sich Worte wie „antizipatorische Haltungskontrolle“ im Konzept abbilden? Auch hier beschrieb sie wieder dieses gewisse Drängen, Nicht-Stehen-Bleiben und immer weiter Gehen.

Es stellt sich, auch angesichts der Forderung nach Akademisierung der Therapieberufe, die Frage, ob das Kurs-System der Bobath-Lehre noch angemessen ist. Auch dies wurde auf dem Sofa diskutiert, vor allem die Lehrtherapeut\*innen Elisabeth Eisenberger, Klaus Gusowski und Karoline Munsch konnten hier von ihren eigenen Erfahrungen berichten. Insgesamt zeigt sich bei den Kursteilnehmer\*innen ein sehr heterogenes Bild. Teilweise haben Kursteilnehmer\*innen Grundlagen wie Neuroanatomie und -physiologie vergessen oder nie gelernt oder die ICF muss ausgiebig thematisiert werden, weil sie nicht ausreichend bekannt ist. Andererseits gibt es auch Kursteilnehmer\*innen, die mit der ICF vertraut sind und auch wissen, dass man heute von einem hierarchisch-determi-

nierten Entwicklungskonzept Abstand nimmt und dafür ein individuell – variables – adaptives Verständnis von Entwicklung hat. Eigenständiger Wissenserwerb wird durch Hausarbeiten gefördert. Es muss aber dennoch realistisch gesehen werden was hier innerhalb eines Kurses geleistet werden kann – und was nicht, denn auch manuelle Fertigkeiten gilt es zu schulen. Eine Veränderung hin zur (Voll-)Akademisierung und auch Änderungen im Bereich der Fortbildungen sind auf Dauer Themen, denen sich Deutschland nicht entziehen kann, da waren sich die Sofa-Teilnehmer\*innen einig. Im Moment ist aber so viel im Umbruch, dass mit einer schnellen Veränderung nicht zu rechnen ist. Ann Katrin Cordes ergänzte das Ganze um Erfahrungen, sowohl aus ihrer eigenen Ausbildung, als auch aus ihrer Tätigkeit als Lehrkraft. Ihr ist wichtig, dass nicht nur der Unterricht an und in den Schulen aktuell ist, auch die Praktikumsanleiter\*innen müssen auf dem neuesten Stand sein: denn im Praktikum wird der Übertrag ins Handeln und in die Therapie gelehrt. Sie sagt, dass die (Physiotherapie-)Ausbildung kompetenzorientiert erfolgen soll und dabei geht es nicht nur um Fachkompetenz, sondern auch um Sozial- und Personenkompetenz. Ein Unterrichten in Kursen erscheint ihr dann sinnvoll, wenn dies entsprechend curricular untermauert ist.

### Das „Morgen“: Über KI, Fachkräftemangel und Willkommenskultur

**„Träum Dir was und stell Dich der Realität.“**

*Karoline Munsch*

Karoline Munsch machte ein Dilemma ganz deutlich in dem wir stecken: Aktuell herrschen in der Therapie zeitgleich Fachkräftemangel und Überversorgung. Momentan findet therapeutische Versorgung so statt, dass Menschen mit Behinderung oder neurologischen Erkrankungen lebenslang Anspruch auf mehrmals pro Woche Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie haben. Dieses System wird in Zukunft nicht mehr funktionieren und macht auch keinen Sinn: es drohen Übertherapie und Therapieabhängigkeit, Bobath wird dadurch nicht glaubwürdig. Und hier gilt es sich zu positionieren. Eine Lösungsidee könnte sein Therapie-Blöcke zu machen und in diesen Blöcken konkrete Ziele zu erreichen. Sinnvolle Inhalte sind recht gut definiert. Aber dabei ist auch die Frage nach der Dosierung wichtig: was ist in welchem Alter für diese Person sinnvoll? Frau Munsch arbeitet mit ihrem Team mit Intensivblöcken und stellt dabei fest: oft schafft allein die Vorbereitung ganz viel Fortschritt, das „viel über ein Problem und seine Lösung sprechen“, planen, analysieren. Prof. Dr. Hummelsheim konnte dies bekräftigen. Vor einigen Jahren hat er durch das Erstellen von Gutachten viele Fälle vor dem Sozialgericht mitbegleitet, bei denen es darum ging, dass Patienten ihre Therapien eingeklagt haben. Das Resultat war: oft profitieren die Menschen aber gar nicht mehr von der Therapie (die sie einfordern). Und er ergänzte: bei den Phasen der neurologischen Rehabilitation ist auch die Phase E vorgesehen und „das ist die Phase, die bis heute eigentlich gar nicht existiert“: eine strukturierte Weiter-

führung von Rehabilitation unter Leitung einer qualifizierten Person, in ausreichender Dosierung und mit ausreichender Zusammensetzung der Therapiekonzepte. Das Richtige tun in den einzelnen Disziplinen würde Ressourcen schonen und Effizienz erhöhen.

**„Einer der wesentlichen Wirkfaktoren ist therapeutische Beziehung, die durch verschiedenste Dinge entsteht, unter anderem auch in dem man im wörtlichen und im übertragenen Sinn berührt.“**

*Prof. Dr. Michael Jöbges*

Auch das ganze Publikum im Saal wurde in die Diskussion mit einbezogen, als Prof. Dr. Jöbges die Frage in den Saal stellte, ob sich die Tagungsteilnehmer\*innen vorstellen können, dass in Zukunft auch KI, Robotik und Telemedizin eine Rolle spielen könnten und ob man auch dadurch Ressourcen schonen könnte. Anhand der Handzeichen schätzte Prof. Dr. Jöbges, dass ungefähr 30% der Teilnehmer\*innen sich vorstellen können, dass solche Systeme zukünftig die Therapie unterstützen, ungefähr 7% können sich das nicht vorstellen. Der Großteil der Teilnehmer\*innen scheint unentschlossen zu sein und die Entwicklung auf sich zukommen zu lassen.

Es gab auch Wortmeldungen zu dieser Frage. Eine Therapeutin berichtete aus ihrer Zeit im Ganglabor. Sie war immer

wieder erstaunt, was die Patient\*innen alles über sich ergehen lassen haben im Bezug auf das Kleben von Markern, das Stehen an bestimmten Stellen im Raum und das Bewegen auf Kommando. Obwohl dies sehr technisch und wenig alltagsorientiert war, war die intrinsische Motivation der Patient\*innen, damit Messungen durchgeführt werden können, sehr hoch. Sie sieht entsprechende Systeme als Erweiterung des therapeutischen Repertoires und findet es gut, wenn auch neurologisch betroffene Patient\*innen KI und virtuelle Realität erleben können und evtl. dadurch sogar die Erfahrung machen „etwas Besonderes“ zu sein. Eine weitere Therapeutin berichtete, dass Videotherapie in „Bobath-Kind“ mittlerweile implementiert ist. Bei ihr war Telemedizin vor allem während der Pandemie Thema. Zunächst war sie dagegen und konnte sich nicht vorstellen, dass das funktionieren könnte. Als sie die Arbeit per Videotherapie ausprobiert hatte, hat es unheimlich gut funktioniert. Mittlerweile empfindet sie es als Bereicherung und sieht es als „Hausbesuch light“. Auch wurde der große Unterschied zwischen hilfreichen technischen Mitteln, wie Laufband oder Lokomat und einer KI hervorgehoben. Prof. Dr. Jöbges selbst berichtete von einer KI, die bei Parkinson Patient\*innen im Freezing-Parcours eingesetzt wurde und 100 bis 50 ms vor dem Freezing der Patient\*innen vibriert hat. Die Patient\*innen konnten auf diesen Impuls hin gehen und das Freezing wurde verhindert. Klaus Gusowski plädierte für einen Mittelweg, bei dem man KI und Robotik mit in die Therapie einfließen lässt,

aber trotzdem den persönlichen Kontakt nicht vernachlässigt. Persönlichkeitskompetenz des/der Therapeut\*in und „hands on“ erscheinen ihm vor allem bei der Behandlung von schwer betroffenen oder auch bettlägerigen Patient\*innen sehr wichtig.

### „Wünsch Dir was“: Wo stehen wir in 10 Jahren?

In der Abschlussrunde bat Prof. Dr. Jöbges die Diskussions-Teilnehmer\*innen sich vorzustellen, dass sich die gleiche Runde in 10 Jahren wiedertrifft und er fragte: Wie sind dann die letzten 10 Jahre – hoffentlich – gelaufen?

**Ann Katrin Cordes** wünscht sich ein kleines Wunder: die Voll-Akademisierung, die dann noch nicht ganz umgesetzt, aber auf einem guten Weg ist. Und sie wünscht sich, dass dann diese Runde wieder zusammenkommt, sich über Wissenschaft und Praxis austauscht und dass die gefühlte Barriere zwischen Bobath und Wissenschaft überwunden wurde. Sie kann sich vorstellen, dass Bobath dann vielleicht nicht mehr Bobath heißt.

**Elisabeth Eisenberger** wünscht sich ein Zusammenwirken von neuen Erkenntnissen und Altbewährtem zum Wohle des Kindes und der Familien. Sie wünscht sich, dass sehr viel mehr auf die Lebensqualität der Kinder und der Eltern geachtet wird. Die Kompetenz der Eltern zu stärken, muss ein großes Ziel sein, denn auch dadurch könnte vielleicht der Fachkräftemangel aufgefangen werden. Auch sie wünscht sich die Akademisierung,

aber nicht zu Lasten von Eltern und Patient\*innen. Sie wünscht sich mehr Fokus auf die Umfeldgestaltung.

**Klaus Gusowski** wünscht sich, dass es in 10 Jahren immer noch Therapeut\*innen gibt, die sich fragen: Wie decken sich die Patient\*innen abends zu? Wie kommen sie selbstständig auf die Toilette? Wie sind sie in der Lage sich die Hose hochzuziehen? Auch er befürwortet die Akademisierung, „um das was wir tun zu beweisen, damit wir nicht immer in einer Verteidigungsposition sind“.

**Prof. Dr. Hummelsheim** wünscht sich, dass man unterscheiden lernt: was kann eine Maschine/KI und wofür braucht es Therapeut\*innen? Er kann sich eine Entlastung der Therapeut\*innen durch KI etc. vorstellen. Auch könnten konzertierte Reha-Pläne Ressourcen freisetzen. Überflüssiges soll seiner Meinung nach abgeschafft werden, z.B. auch durch die Krankenhausreform. Die Effizienz der Therapie soll wachsen. Auch wünscht er sich, dass Deutschland offener wird beim Thema gezielter Migration, Willkommenskultur, denn er ist der Meinung, dass wir gezielte Migration brauchen werden und er sieht Multikulturalität als Gewinn.

**Karoline Munsch** wünscht sich, dass man sich in 10 Jahren der Technikfrage gestellt und einen guten Umgang damit gefunden hat. Sie wünscht sich intelligente Wege der Weiterbildung, wie z.B. in Einrichtungen fortzubilden oder sich regional zu vernetzen, wie es durch Bobath-Vereinigung schon angestoßen wird. Sie wünscht sich, dass die Therapeut\*innen

am Ball bleiben, da es mit dem Absolvieren von einem einzelnen Kurs nicht getan ist. Und sie wünscht, dass viel mehr Therapeut\*innen schreiben und veröffentlichten und deutlich machen wo es mit dem Bobath-Konzept hingehet.

**Prof. Dr. Michael Jöbges** wünscht sich, weil er den Austausch bei der Podiumsdiskussion so genossen hat, dass alle Bobath-Tagungsteilnehmer\*innen in 10 Jahren in die DGNKN eingetreten sind. Auch wenn man nicht immer einer Meinung ist, aber man lernt sich durch Austausch besser verstehen. Er wünscht sich ein in Verbindung bleiben und voneinander lernen. Er wünscht sich Kraft, Motivation, Ideen, voneinander schöpfen, in die Gesellschaft gehen, Angehörige ermächtigen.

Mit diesem Schlusswort endete die Podiumsdiskussion „Das Sofa“ unter großem Applaus. Es ist auf jeden Fall gelungen den Bogen von den Anfängen des Konzeptes in den 1930er Jahren, bis hin zu heutigen Themen wie KI und Akademisierung zu schlagen und wir als Vorstand freuen uns auf die nächste Diskussionsrunde bei unserer Tagung im Jahr 2024.

*Autorin:*

**Susanne Löw**

*B.Sc. Physiotherapie,  
angewandte Therapie-  
wissenschaften  
Beisitzerin im Vorstand  
der Bobath-Vereinigung*

*E-Mail: [s.loew@bobath-vereinigung.de](mailto:s.loew@bobath-vereinigung.de)*



Liebe Leser\*innen,  
denjenigen unter Ihnen, die an unserer Tagung teilgenommen haben, ist es sicherlich aufgefallen: Es gab noch ein zweites „Sofa“.

Aus redaktionsinternen Gründen hat es der Beitrag dazu leider nicht mehr ins B&E geschafft. Er erscheint aber zeitnah im Mitgliederbereich der Homepage.

Wir bitten dies zu entschuldigen.

Im Namen des Redaktionsteams:

Susanne Löw

## Projektwoche "Ich helfe dir" im Februar 2019 in Russland

**Cornelia Szilvas**

*Physiotherapeutin, Sport- & Gymnastiklehrerin*

Zum Projektende des Hilfsprojektes „Chancen für junge Menschen mit Infantiler Cerebral Parese“ durfte ich als Teil der Delegation aus Deutschland, mit dem schon mehrere Jahre bestehenden Team der deutsch-russischen Gesellschaft Kraichgau (DRGK), in die Stadt Pereslawl, ca. 160 km von Moskau entfernt, für eine Woche lang mitreisen. Die Vorsitzende der DRGK unterstützt schon über 20 Jahre lang die Leiterin des Zentrums für kulturelle und geistige Entwicklung zusammen mit Dolmetscher\*innen vor Ort und aus Deutschland.

Zusammen mit zwei Tänzerinnen aus dem „Kunstzentrum für besondere Menschen Ingolstadt“ und dem 4 - köpfigen Therapeutenteam (drei Physiotherapeut\*innen und eine Ergotherapeutin) reiste unser Team in seinem Urlaub für 7 Tage nach Pereslawl. Finanziell unterstützt wurde dieses Projekt von „Aktion Mensch“.

In Russland ist für Menschen mit Behinderung kaum Therapie zugänglich. Therapie besteht im Wesentlichen aus passiven physikalischen Techniken wie Massage, Gelenk- und Weichteiltechniken. Aktive Bewegungsförderung und aktivierende Umfeldgestaltung sind meist unbekannt. Lediglich wenige Bobath-Therapeut\*innen in Rehabilitationszentren sind in den großen Städten wie Moskau und St. Petersburg für betroffene Familien mit den entsprechenden finanziellen Mitteln er-

schwinglich. Um in Pereslawl möglichst viele Familien zu unterstützen, wurde eine bebilderte und in einfacher Sprache gehaltene Broschüre „Ich helfe dir“, eine Vorstellung praktischer Hilfen für Kinder mit CP aller GMFCS-Kategorien, vom Team erstellt. Diese Broschüre wurde kostenlos weiter gegeben und eine digitale Version auf der Homepage der Stadt Pereslawl verlinkt.

Anhand dieser Handreichung konnten wir bei den Vorstellungen von Säuglingen und Kindern konkrete Anleitungen für die begleitenden Eltern geben und therapeutische Inhalte mit vielen praktischen Tipps für den Alltag vermitteln. Ich empfand es als sehr beeindruckend, wie jede kleine Hilfe von uns „Spezialist\*innen“ zur Unterstützung der Kinder förmlich aufgesaugt wurde. Es erfüllte mich sehr, meine Expertise diesen dankbaren Menschen weitergeben zu können, welche uns mit vielen Dankesworten, Blicken des Glückes und Herzlichkeit überschütteten.

Gleichzeitig war es erschreckend, so viele schon frühzeitig durch Kontrakturen deformierte junge Körper zu sehen und zu wissen, dass die Vermittlung der therapeutischen Vorgehensweise für jedes einzelne Kind dort nur punktuelle Anstöße bedeuten kann. Wie gut, dass wir mit unserem Handbuch im Gepäck unsere therapeutischen Ziele und Behandlungsansätze mit einfachstem Therapieinventar und mit Alltagsmaterialien,



die wir dort fanden, verständlich machen und die Eltern und Geschwister anleiten konnten.

Ein weiterer Baustein des von Aktion Mensch unterstützten Projektes war ein „Know How Transfer“ unter Fachkräften, wie z.B. Heilpädagog\*innen, Ärzt\*innen und Erzieher\*innen. Als Auftakt des einwöchigen Aufenthaltes in Russland fand eine zweitägige Konferenz mit 80 Teilnehmer\*innen aus sozialen und pädagogischen Einrichtungen verschiedener Städte in Russland statt. Auch hier wieder beeindruckend die große Motivation den Menschen mit Behinderung helfen zu wollen und der daraus entspringende intensive interdisziplinäre Austausch.

Die Vorstellung unserer Handreichung für Eltern und Vorträge über das Rehabilitationssystem in Deutschland wurden durch Workshops zum Thema „Füttern, Lagerung, Anwendung von Hilfsmitteln und Unterstützung der motorischen Entwicklung“ ergänzt. Auch ein Arzt und ein Leiter eines russischen medizinischen Zentrums stellten ihre Arbeit vor, woran sich dann ein reger Austausch und Diskussion unter den Fachleuten zur möglichen Umsetzung von gemeinsamen Zielen anschloss. Die Anregungen der deutschen Delegation wurden dankbar angenommen und die Konferenz als Plattform zur Vernetzung der verschiedenen Zentren genutzt.

Die Menschen aus dem medizinischen und sozialen Gesundheitsbereich erlebte ich bei meinem Einsatz in Russland als sehr engagiert und wissbegierig gegenüber unserem therapeutischen Fachwissen und auch unserer Art, die physiotherapeutischen Therapieinhalte ganzheitlich und handlungsorientiert in das spielerische therapeutische Setting einzubetten.

Anfängliche Skepsis, welche sich in den Gesichtern des beobachtenden Klinikpersonals widerspiegelte wick schnell einer beeindruckten Haltung gegenüber unserer Vorgehensweise im therapeutischen Kontext. Verständlich, wenn dort bisher eher in einer schematischen Weise mit wenig Therapiematerial überwiegend über physikalische Anwendungen praktiziert wird. Ausgebildete Therapeut\*innen gibt es auf dem Land dort vermutlich kaum.

Sichtlich ergriffen waren alle Zuschauenden schnell durch das Spüren der Freude dieser Kinder und die Erlebnisse durch unser Art der Therapie, sowie die einfühlbare Einbindung der Eltern in das Therapieschehen. Ein kleines Begegnungs- und Beratungszentrum wurde nun in Pereslawl eröffnet. Familien treffen sich dort und bekommen z.B. mittels der Broschüre Hilfestellung zur motorischen Unterstützung ihrer Kinder.

All diese beeindruckenden Erlebnisse beim Einsatz dieses Hilfsprojektes möchte ich niemals missen. Allerdings tun sich für mich aufgrund des bestehenden Systems in diesem Land auch viele kritische Überlegungen auf, wie nachhaltig wir

überhaupt dort wirken und Veränderungen anstoßen können. Leider!

Umso mehr freut es mich zu hören, dass in dem Begegnungs- und Beratungszentrum Pereslawl die Arbeit mit Menschen mit Behinderung trotz der schwierigen politischen Situation sehr engagiert weitergeführt wird.

*Autorin:*

**Cornelia Szilvas**

*Physiotherapeutin, Sport- & Gymnastiklehrerin*

*Physiozentrum Bretten  
Heilbronnerstraße 4  
75015 Bretten*

*E-Mail:*

*[conny.szilvas@web.de](mailto:conny.szilvas@web.de)*



## Arbeiten als Bobath Therapeut\*in im Ausland

### Interview mit Irmela Turmann

Physiotherapeutin, Bobath Senior Tutor

#### Seit wann engagierst du dich als Physiotherapeutin im Ausland?

Ich wurde schon 1969, im Anschluss an meinem Bobath Kurs in London, noch von dort aus nach Italien vermittelt.

#### In welchem Land warst du?

Meine Auslandsaufenthalte begannen in Italien, viel später war ich als Tutorin in Estland und als Rentnerin habe ich mich ehrenamtlich in verschiedenen Ländern und sogar außerhalb Europas engagiert.

#### Wie oft warst du seitdem im Ausland?

Insgesamt habe ich bestimmt um die zehn Aufenthalte hinter mir.

#### Wie ist es dazu gekommen? Bist du mit einer Organisation ins Ausland gegangen?

Da gab es verschiedene Mittel und Wege. Italien wurde über das „schwarze Brett“ im Bobath Center beworben, nach Estland ging es mittels meines „Jobs“ als Vice President der EBTA, in Belarus war ich über den Verein „Hilfen für Tschernobyl-geschädigte Kinder“. In Kenia, Marokko und der Republik Moldau war ich mit dem Senioren Experten Service (SES) und in Russland über eine Gesellschaft, die sich um Ost-West Kontakte kümmert.

#### Wie sind die Arbeitsbedingungen dort?

Natürlich sehr unterschiedlich und bis auf Italien nicht vergleichbar mit den hiesigen. Ich selbst war ja nicht als

Therapeutin angefordert, sondern sollte Kolleg\*innen die Arbeit nach dem Bobath-Konzept vorstellen. Nur in Marokko habe ich allerdings Physiotherapeut\*innen angetroffen, die eine vergleichbare Ausbildung hatten.

#### Wie sieht die Vergütung aus?

Ich habe im Ausland immer ehrenamtlich gearbeitet, wohl wissend, dass die Kolleg\*innen vor Ort überall wenig verdient haben. In diesen Ländern ist nicht mit viel Geld zu rechnen.

#### Vor welchen Herausforderungen steht man als Therapeut\*in?

Das ist in erster Linie die fremde Sprache! Wenn Englisch (Kenia) oder Französisch (Marokko) gesprochen wurde, kam ich gut damit klar. In den anderen Ländern standen mir Dolmetscher\*innen zu Verfügung. Es war immer hilfreich, einige Worte in der Landessprache mit den Kindern sprechen zu können. Das konnte ich auch auf Arabisch, Russisch und Kiswaheli. Wenn übersetzt werden muss, ist es wichtig, sich genau zu überlegen was in dieser konkreten Situation Bedeutung hat und eine einfache Sprache zu benutzen, die verstanden werden kann. Die größte Herausforderung aber ist, schnell zu erfassen, was das Kind kann, was es unter den aktuellen Bedingungen lernen könnte und wie zum Beispiel die Mütter einbezogen werden können, um gemeinsame Ziele festzulegen. Wichtig war mir

immer, in kurzer Zeit eine Beziehung herzustellen, die eine Interaktion mit Mutter und Kind ermöglicht. Und das trotz einer großen Gruppe von Menschen drumherum. Ohne die gewohnten Hilfsmittel. Und ohne bei den „Kolleg\*innen“ eine vergleichbare Ausbildung erwarten zu können.

### **Vor welchen Erwartungen steht man als Therapeut\*in?**

Die Erwartungen an mich wurden selten vor Ort definiert. Die Zielsetzung wurde eher von den Auftraggebern definiert u.a. als: das Vertrautmachen mit dem Bobath-Konzept oder Anleitung des Personals bei der Behandlung der Kinder mit einer CP oder von zu früh geborenen Kindern. Ich habe dann gemeinsam mit den Eltern und den Kindern nach einem schnellen Befund individuelle Ziele und Vorgehensweisen besprochen, diese vorgemacht und angeleitet. Überall habe ich auch die wichtigsten theoretischen Grundlagen als extra Stunden angeboten. Manche Kolleg\*innen haben auch gedacht, ich würde einen Bobath-Kurs anbieten. Die Mütter waren nach ihren bisherigen Erfahrungen meist schon damit zufrieden, wenn die Kinder nicht ununterbrochen schrien. Sie waren nie zuvor wirklich einbezogen worden. Als sie merkten, dass die Kinder in einer einzigen Behandlung Fortschritte machten, setzten sie große Hoffnungen auf Entwicklung durch die neuen Interventionen.

### **Was ist wichtig zu wissen?**

Den anderen Umgang in fremden Kulturen mit Behinderung, die Diskrepanz zwischen arm und reich und auch die Rol-

le/Situation der Frauen in den Ländern. Der SES informiert auch immer über die politische und soziokulturelle Situation in dem betreffenden Land. Falls möglich, ist es hilfreich das Alter der Kinder zu wissen, sodass kleine Hilfsmittel, eventuell Schienenmaterial und „Überraschungsgegenstände“ mitgebracht werden können. Auch Videos und Fotos zur Demonstration können hilfreich sein. Und es ist wichtig, schnell herauszufinden, auf welchem Wissensstand die Kolleg\*innen und Mütter sind und bei allen Angeboten daran anzuknüpfen. Ausgangspunkt sind immer die Kompetenzen – sowohl der Kinder als auch des Umfeldes. Jede Intervention sollte mit der Würdigung dieser beginnen. Die Voraussetzung für eine Veränderung des bisherigen Tuns überall auf der Welt ist das Erleben eigene Ziele zu erreichen. Und dafür die Ziele und die Unterstützung so abzustimmen, dass schon in der ersten Stunde eine Entwicklung zu sehen oder zu spüren ist. Das scheint mir persönlich der Schlüssel für die Annahme/Übernahme unserer Angebote zu sein.

### **Was hast Du als hilfreich für Deine Tätigkeit erlebt?**

Als förderlich habe ich empfunden, wenn die Teams vor Ort sich selbst eine Veränderung oder Erweiterung gewünscht haben und das nicht verordnet bekommen hatten. Hilfreich war auch, wenn es Mentor\*innen gab, die mich unterstützt haben. Oder Mehrfachbesuche, sodass ich Kinder, Eltern und Therapeut\*innen wiedersehen und anknüpfen und aufgetauchte Fragen beantworten konnte.

Wenn es Gegenstände gab, mit denen ich im Alltag der Kinder improvisieren konnte. Wenn Betreuer\*innen oder Mütter anwesend waren und ich diese einbeziehen konnte.

### **Haben sich Deine Arbeitsweise, Deine Haltung und Deine Ziele als Bobath Therapeutin durch Deine Erfahrungen verändert?**

So, wie das Bobath-Konzept heute definiert ist oder ich es für mich interpretiere, ist es wunderbar geeignet, den Wünschen von Kindern und Eltern auf der ganzen Welt gerecht zu werden. Auch wenn die bisherigen therapeutischen Interventionen dort oft weit von diesem Ansatz entfernt sind („passives Durchbewegen“...): Die Erweiterung der Teilhabe am persönlichen Alltag und die Vorgehensweise im Dialog sind für mich immer noch überzeugend und haben sich auch unterwegs absolut bewährt. Ebenso die systemische Sichtweise im Umgang mit Kindern, Eltern, Teams und Gruppen hat sich für mich als sehr hilfreich erwiesen: Wertschätzung, Würdigung, Kompetenzorientierung, gemeinsame Lösungsfindung, Anerkennung des Expertentums



der Eltern, der Angebotscharakter unserer Interventionen. Das heißt, meine Überzeugungen sind durch meine Auslandsaufenthalte eher bestätigt worden, als dass ich etwas verändert habe.



*Bilder aufgenommen in Kenia 2014*

### **Welches Ereignis oder welche Begegnung ist dir am eindrücklichsten in Erinnerung geblieben?**

Nach einem Vortrag vor einem großen Auditorium in einem Kinderkrankenhaus in Mogilev (Belarus), bei dem ich versuchte, den Paradigmenwechsel und das aktuelle Entwicklungskonzept vorzustellen, erhielt ich viel Widerspruch von den anwesenden Ärzt\*innen. Ihr Wissen

schien auf dem Stand der Bobaths in den 1950ern zu sein. Im Anschluss habe ich versucht auf der Bühne, vor vollem Saal, mit einem Kind, das ich noch nicht kannte und mit 3 Wörtern Russisch, einer Plastikflasche und einer Kugel in Kontakt zu gehen, um seine höchste Kompetenz bei der Aufrichtung gegen die Schwerkraft herauszufinden. Dieses Kind hatte bisher nur am Boden gelegen. Auf die Bühne führten Stufen, die ich als Sitz anbot, ein Stuhl diente als Tisch und im intensiven Dialog mit Stimme, Körper, Bewegung und Umfeld schaffte dieser Junge es, sich zum Stand aufzurichten. Seine Freu-

de darüber übertrug sich auf den ganzen Saal. Der ärgste Zweifler im Saal umarmte mich mit den Worten: Die Theorie hätte ihn ja nicht überzeugen können, aber die Praxis mehr als das.

Es sind eigentlich immer die Momente, in denen die Kinder ihre Selbstwirksamkeit erleben und nutzen können, die zum Weitermachen motivieren und Rückmeldung geben über den Erfolg.

Bei den vielen Einsätzen gab es einige solcher Erlebnisse, so dass ich trotz der teilweise sehr herausfordernden Bedingungen immer wieder aufgebrochen bin. Die Pandemie setzte dem ein jähes Ende.



*Bild aufgenommen in der Republik Moldau 2016: In dieser unterstützten Seitlage konnte dieses Kind zum ersten Mal seine Hände an und in den Mund bringen.*

### Ein zweites Beispiel:

In Marokko war ich in ein Vorzeigezentrum für ambulante Förderung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – unter der Schirmherrschaft von König Mohamed VI. – eingeladen. Alles ganz prächtig ausgestattet nach internationalen Standards. Die Kinder wurden regelmäßig auch von Ärzt\*innen untersucht, die Kolleg\*innen waren Physiotherapeut\*innen. Gleichwohl wurden die Kinder, unabhängig von ihren Bedürfnissen, im wesentlichen durchbewegt. Falls sie arm waren, taten dies die Mütter selber, am Boden und in Gruppen. Operiert oder mit Schienen versorgt wurden die Kinder nicht. Als die Mütter merkten, dass ich unterschiedslos für jedes einzelne Kind Behandlungspläne machte, baten sie mich, sie zu den ärztlichen Untersuchungen zu begleiten, um weitere Versorgungen zu befürworten. Ich habe mich wacker eingesetzt. In der Sache wurde mir auch nicht widersprochen, gleichwohl wurde mir erklärt, dass die Familien froh sein könnten, dass sie ins Zentrum kommen durften. Dafür fuhren sie teilweise weite Strecken mit dem Bus und für die Fußwege banden sie sich die Kinder – auch die großen – mit mehreren Tüchern auf den Rücken. Ich selbst durfte das ummauerte und bewachte Gelände 6 Wochen lang nur für zwei begleitete Ausfahrten mit einem Fahrer für jeweils 2 Stunden verlassen.

Das Interview wurde geführt von Ina Stösser.

### Kontakt:

**Irmela Turmann**  
Physiotherapeutin  
Bobath Senior Tutor  
Tel.: +49 (0)5864 202



## Intensive Weiterbildung in Ladakh im Sommer 2023

### Karola Wood

Physiotherapeutin und 1. Vorsitzende der Ladakh-Hilfe e.V.

Der Verein Ladakh-Hilfe e.V. aus dem Günzburger Landkreis arbeitet seit 20 Jahren an der Verbesserung der Versorgung und Therapie für Kinder mit Behinderungen im hochgelegenen Ladakh im Himalaja.

Trotz herausfordernden Strukturen vor Ort, der Höhenlage und der Abgelegenheit des Landes konnten viele Meilensteine gesetzt werden.

Das Hauptziel der Arbeit von Ladakh-Hilfe e.V./REWA Society ist die Bereitstellung professioneller Therapie für unsere kleinen Patient\*innen. Von Anfang an wurden zur Behandlung von Kindern mit neurologischen Problemen die grundlegenden Gedanken des Bobath-Konzeptes vermittelt.

Um die ladakhischen Therapeut\*innen zu schulen, nutzten wir in den letzten 20 Jahren verschiedene Schienen: Wir schickten professionelle Therapeut\*innen (Freiwillige) aus dem deutschsprachigen Raum, um vor Ort das Personal weiterzubilden. Wir schickten unsere einheimischen Therapeut\*innen zur Ausbildung in Physiotherapieschulen und andere weiterführende Universitäten.

2012 übernahm Barbara Forst aus Hamburg als erfahrene Kinder-Bobath-Therapeutin die fachliche Leitung und reiste fast jedes Jahr nach Ladakh, um unsere Mitarbeiter\*innen weiterzubilden und einen internationalen physiotherapeutischen Standard aufzubauen.

Um das qualitative Behandlungsniveau nachhaltig zu verbessern, entschlossen wir uns nach langem Überlegen im Jahr 2022, hoch qualifizierte Bobath-Therapeut\*innen aus Deutschland für unsere Qualitätssicherung zu gewinnen. Wir waren erfolgreich: Die Bobath-Senior-Lehrtherapeutin Rosemarie Geenen aus dem Kurszentrum München und die erfahrene Bobath-Therapeutin Heike Holz aus Erlangen gaben ihre Zusage für 2023. Sie wollten auf der Reise nach Ladakh

Sie wollten auf der Reise nach Ladakh





eine Woche ihrer Zeit unentgeltlich zur Weiterbildung unserer Teams bereitstellen, die restliche Zeit in Ladakh zum Wandern nutzen. Es folgte eine intensive Zeit der Vorbereitung und Planung, mit Kennenlernen der therapeutischen Teams in Ladakh und den Therapeutinnen aus Deutschland über Zoom-Meetings. Barbara Forst würde mit den beiden Instrukteurinnen nach Ladakh reisen und vor Ort assistieren.

Der Intensiv-Kurs begann am 31.07. in den neuen Räumen des Therapiezentrums von REWA Society in Leh. Das therapeutische Team aus Kargil war angereist und integrierte sich in den Ablauf. Die Woche fand unter hochkonzentrierter und moti-



vierter Teilnahme der ladakhischen Therapeut\*innen statt. Mit dabei waren zwei weitere junge Therapeutinnen aus Ladakh. Eine kam im Sommer dieses Jahres mit ihrem Master in Rehabilitation Science vom Studium aus Südindien zurück. Die andere hatte ebenso in Südindien an einer Universität eine vierjährige Ausbildung in Audiologie und Sprachtherapie absolviert. Das Studium der beiden jungen Frauen, die aus bedürftigen Familien in Ladakh stammen, wurde von Sponsoren aus Deutschland finanziert.

Die beiden erfahrenen Therapeutinnen aus Deutschland vermittelten sehr professionell und praktisch Ansätze zur Behandlung der vielen Kinder mit neuro-



logischen Erkrankungen. Über theoretische Inhalte und Selbsterfahrung führte der Tagesablauf zur direkten Übertragung des Erlernten auf die Patienten\*innen. Die Teilnehmer\*innen lernten die Anleitung der Betreuer\*innen und Eltern. Der einheitliche Tenor aller begeisterten Teilnehmenden zum Abschluss des Seminars am 06.08. war die Bitte um einen weiteren Kurs im Jahr 2024. Frau Forst fuhr zum Abschluss des Seminars mit dem Kargil Team in den tiefer gelegenen Teil Ladakhs, um das Team bei der praktischen Anwendung und Festigung des Gelernten eine Woche zu begleiten.

Für Februar 2024 konnten wir eine studierte Physiotherapeutin aus Kargil in Mumbai zu einem vierwöchigen NDT-Kurs anmelden. Von der Teilnahme an diesem hochwertigen Kurs erhoffen wir weitere neue Impulse und beständige Verbesserung der professionellen Behandlungsqualität.

Gerne können mehr Informationen und viele anschauliche Bilder auf der Homepage [www.ladakh-hilfe.de](http://www.ladakh-hilfe.de) eingesehen werden.

*Autorin:*

**Karola Wood**

*Physiotherapeutin  
und 1. Vorsitzende  
der Ladakh-Hilfe e.V.*

*E-Mail:  
[kinder@ladakh-hilfe.de](mailto:kinder@ladakh-hilfe.de)*

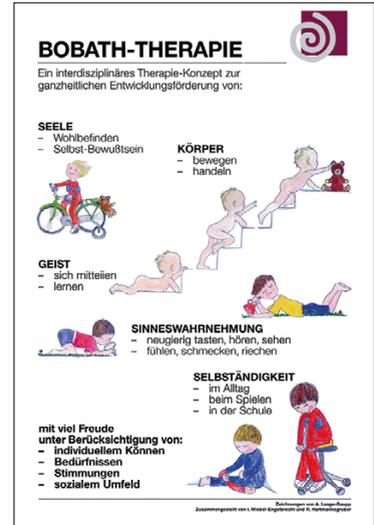


## Poster – Bobath-Therapie

Ein interdisziplinäres Therapie-Konzept zur ganzheitlichen Entwicklungsförderung von:

- Seele
- Körper
- Geist
- Sinneswahrnehmung
- Selbständigkeit

Das farbig gedruckte Poster (DIN A3) kann zum Preis von € 5,00 zzgl. Porto- und Verpackungskosten bei der Geschäftsstelle bestellt werden.



Die Bobath  
Vereinigung

Geschäftsstelle: c/o StEBS GmbH  
Seerain 32 • 74933 Neidenstein  
Tel.: 07263-60 999 63 • Fax: 07263 60 999 81  
E-Mail: sekretariat@bobath-vereinigung.de

## Information für Berufsfachschulen zum aktuellen Bobath-Konzept (Foliensatz)

Fordern Sie die Präsentation „Das aktuelle Bobath-Konzept“ als PDF-Datei Folien an. Auf verschiedenen Folien werden das Bobath-Konzept, dessen aktueller wissenschaftlicher Stand inklusive der aktuellen Nomenklatur in den Bereichen Entwicklungsneurologie und neurologische Rehabilitation vorgestellt. Damit nicht veraltete Begrifflichkeiten wie Hemmung und Bahnung oder Reflexe in Verbindung mit dem Bobath-Konzept unterrichtet werden, möchten wir Ihnen mit unserem Foliensatz die Sicherheit geben, auf dem neuesten Stand zu unterrichten.



**Berufsfachschulen können die PDF-Datei kostenlos bei unserer Geschäftsstelle anfordern: sekretariat@bobath-vereinigung.de**



# Die Bobath Vereinigung

## Profitieren Sie!

### Fortbildungstagung

Immer auf dem neuesten Stand mit aktuellen, interdisziplinären Themen und renommierten Referierenden. Mitglieder der Bobath-Vereinigung nehmen zu einem ermäßigten Preis teil. Weitere Informationen erhalten Sie von unserer Geschäftsstelle:  
sekretariat@bobath-vereinigung.de

### Therapeuten-Suchliste

Sie sind Mitglied und möchten sich auf unserer Homepage in die Suchliste der Bobath-Therapeuten eintragen lassen? Weitere Informationen erhalten Sie von unserer Geschäftsstelle:  
sekretariat@bobath-vereinigung.de

### Mitgliedschaft

Sie sind an einer Mitgliedschaft in der Bobath-Vereinigung interessiert? Weitere Informationen erhalten Sie von unserer Geschäftsstelle:  
sekretariat@bobath-vereinigung.de

### Bobath-Arbeitskreise

Möchten Sie einen Bobath-Arbeitskreis in Ihrer Umgebung gründen oder an einem bereits bestehenden mitarbeiten? So wenden Sie sich bitte an Ina Stößer:  
i.stoesser@bobath-vereinigung.de

# 48. Fortbildungstagung



Save the Date!



## 03.–04. Mai 2024

### Wissenschaftszentrum Bonn

Das detaillierte Tagungsprogramm sowie viele weitere Informationen rund um die Tagung können Sie auf unserer Homepage einsehen:

[www.bobath-vereinigung.de](http://www.bobath-vereinigung.de)

... **übrigens**, der Folgetermin steht auch schon fest:

09. – 10. Mai 2025 • Messe Leipzig

## Fachzeitschrift *Bewegung und Entwicklung*, Artikel von 2002 – 2022

Autor	Titel	erschienen
Bernard, Karen	Die Bedeutung einer individuellen Therapie unter entwicklungsneurologischen Aspekten	2005; 2: S. 10-17
Bertram, Andreas M.	Umsetzen der aktuellen Kenntnisse über das motorische Lernen in den therapeutischen Alltag	2008; 1: S. 28-35
Betz, Georg	Weißt Du, was Du wirklich tust und bist?	2009; 1: S. 17-21
Biber, Gerhard Rexing, Michael	Ein Paradigmenwechsel in der neuromuskulären Beinorthetik: Von der funktionalen Bewegungshilfe zur dynamischen Entwicklung der eigenen Kraftpotenziale	2021; S. 34-46
Böing, Thorsten	Hilfsmittelversorgungen der unteren Extremität bei Fußheberschwäche	2021; S. 54-63
Boenisch, Jens	Wenn der Patient nicht sprechen kann. Unterstützte Kommunikation in der Physiotherapie	2010; 1: S. 48-55
Borgetto, Bernhard	Die Forschungspyramide – Evidenz verstehen und nutzbar machen	2016; S. 14-36
Borgetto, Bernhard	Akademisierung der Therapieberufe – Aktuelle Entwicklungen	2020; S. 14-29
Borgetto, Bernhard	UPDATE 2020: Evidenz verstehen und nutzbar machen mit dem Modell der Forschungspyramide	2020; S. 38-87
Braun, Katharina	Wie Gehirne laufen lernen	2005; 2: S. 25-38
Brockmann, Knut	Früherkennung der Zerebralparese: Wen, Wie und Warum untersuchen	2010; 1: S. 36-47
Burggraf, Beatrix; Forst, Barbara; Wodraschke-Hanke, Angela	Qualität in der Bobath-Therapie – Bisheriger Weg und Ziele	2009; 1: S. 6-16
Clayton, Sarah	The impact of night-time positioning equipment and staff training on the posture and quality of life of adult residents living in a community residential home – an evaluation	2019; S. 48-76
Cordes, Ann Katrin	Nachweis der Wirksamkeit der Bobath-Therapie – eine Herkulesaufgabe oder Wozu brauchen wir einen Wissenschaftsbeirat?	2022; S. 22-24
Dehmel, Cordula	Lo primero del primero es la communication – In Kommunikation mit Menschen mit einer Schwerstmehrfachbehinderung	2011; 1: S. 8-13
Determann, Karin	Erfahrungen mit Selektiver Dorsaler Rhizotomie (SDR) – Neurochirurgische Operation und Nachbehandlung mit dem Bobath-Konzept	2012; 1: S. 32-38
Determann, Karin	Komplexes Gangbild verstehen	2016; S. 8-13

## Fachzeitschrift *Bewegung und Entwicklung*, Artikel von 2002 – 2022

Autor	Titel	erschienen
Determann, Karin	Workshopbericht: Viele Einzelfälle können viel bewegen – Einführung in die Möglichkeiten des Single-Subject-Research-Designs	2020; S. 32–37
Determann, Karin	Der Wissenschaftsbeirat der Vereinigung der Bobath-Therapeuten Deutschlands e.V.	2022, S. 32–36
Ebert, Nicola	Bericht über den „Workshop aus der Ganglaborarbeit über das Gangbild von Kindern mit Cerebralparese“	2021; S. 8–15
Eckhardt, Gabriele	Transfer motorischer Fähigkeiten in den Alltag bei erwachsenen Patienten mit erworbenen Hirnschäden	2009; 1: S. 33–38
Eckhardt, Gabriele; Haase, Gerlinde	Minus Symptomatik – Plus Symptomatik	2019; S. 33–47
Enders, Angelika	Vom Symptom zur Diagnose – Der detektivische Aspekte in der Arbeit des Arztes	2004; 1: S. 4–6
Enders, Angelika	Nachruf auf Frau Dr. med. Dr. h.c. Elsbeth Köng	2019; S. 8–11
Fishman, Liat	Grundlagen der Leitlinienarbeit	2010; 1: S. 18–27
Forst, Barbara	Auf dem Weg zu guter Qualität in der Bobath-Therapie	2010; 1: S. 82–85
Forst, Barbara; Rethemeier, Kerstin	Qualitätsentwicklung in der Vereinigung der Bobath-Therapeuten Deutschlands e.V.	2011; 1: S. 48–53
Friedhoff, Michaela	Interdisziplinäre Zusammenarbeit von Pflege und Therapie im Bobath-Konzept – Möglichkeiten und Grenzen	2009; 1: S. 44–48
Geenen, Rosemarie; Laage-Gaupp, Anita	Entwicklungsrelevante Physiotherapie	2005; 2: S. 18–24
Gehlhaar, Kerstin Salm, Angela	Der ganzheitliche Blick beim Essen und Trinken	2020; S. 30–31
Grafmüller-Hell, Christa; Eckhardt, Gabriele; Viebrock, Hille	Komplex und spezifisch – ein Widerspruch?	2010; 1: S. 6–17
Grafmüller-Hell, Christa	Das Bobath-Konzept im Vergleich	2013; 1: S. 23–31
Greb, Anke	Das Bobath-Konzept in der gegenwärtigen klinischen Praxis	2011; 1: S. 28–35
Greb, Anke	SHAPING – Ein methodischer (Lern-)Ansatz im Bobath-Konzept	2020; S. 88–104
Groll, Christina	Wird oder ist man behindert?	2011; 1: S. 20–25
Groll, Christina	Spielerisch-sportliche Bewegungstherapie – eine Ergänzung zur Bobath-Therapie?!	2018; S. 40–43
Gruhn, Helmut	Back-to-like-Intensiv	2013; 1: S. 32–35

## Fachzeitschrift *Bewegung und Entwicklung*, Artikel von 2002 – 2022

Autor	Titel	erschienen
Haberstock, Barbara	Aufmerksamkeit als Grundlage für motorisches Lernen	2002; 3: S. 54–57
Hadders-Algra, Mijna	General Movement – Neue diagnostische Kriterien zur Früherkennung von zerebralen Funktionsstörungen bei Früh- und Neugeborenen	2004; 2: S. 11–17
Hadders-Algra, Mijna	Die neuronale Gruppenselektionstheorie: Ein Grundgerüst für die Förderung von Kindern mit Zerebralparese	2006; 1: S. 10–18
Hadders-Algra, Mijna	Das Infant Motor Profile	2018; S. 20–30
Heise, Kirstin Friederike	Messverfahren in der Therapie von Erwachsenen mit Schädigung des zerebralen Nervensystems – Auf der Suche nach dem idealen Messinstrument	2006; 2: S. 15–25
Herschkwitz, Norbert	Frühe Entwicklung von Gehirn und Verhalten	2003; 2: S. 5–11
Hirsch, Ulrike Dehmel, Cordula	Der Zusammenhang des Orofazialen Komplexes und des Körpers aus Sicht des Castillo Morales®-Konzeptes bei Menschen mit CP	2022; S. 20–21
Höck, Sabine	Relevanz frühkindlicher Bindungsentwicklung für Partizipation und Dialog in der Bobath-Therapie	2003; 2: S. 12–19
Ishida, Toshie	Practice of the 24-Hour-Concept	2012; 1: S. 12–19
Jacobs, Gabi; Gusowski, Klaus	Interdisziplinär gelebtes Bobath-Konzept: Der schwer betroffene MS-Patient	2017; S. 42–49
Jacobs, Gabi; Köble-Stäbler, Annette	Aufstehen vom Boden	2018; S. 31–37
Jacobs, Gabi	Körperpflege – Alltagshandlung und Alltagsaktivität	2019; S. 12–25
Jetter, Karlheinz	Die Sache mit den Reflexen im motorischen Leben	2002; 3: S. 81–88
Joebges, Michael	Das spastische Syndrom	2007; 2: S. 27–31
Käsgen, Rainer; Otthackmann, Harald	Die Motorik der Bobath-Familie	2002; 3: S. 39–47
Kauper, Christina	Neurogeriatrische Parkinsonbehandlung	2022; S. 8–19
Klee-Krieger, Petra; Eckhardt, Gabriele; Sons, Lisa; Schöner, Simone	Ein Profil des Bobath-Therapeuten	2008; 2: S. 48–51
Knochner, Anita	Eltern und Betreuer schwerstbehinderter Menschen benötigen mehr Hilfe und Entlastung in der Nachtpflege	2007; 2: S. 44–47
Kraft, Johannes; Werner, Melanie; Wodraschke-Hanke, Angela	Das Bobath-Konzept in der geriatrischen Rehabilitation – Am Beispiel des Klinikums Coburg	2009; 1: S. 58–67

## Fachzeitschrift *Bewegung und Entwicklung*, Artikel von 2002 – 2022

Autor	Titel	erschienen
Kraus de Camargo, Olaf	Zweisprachigkeit bei Kindern mit Entwicklungsstörungen – Bedeutung für Therapie und Förderung	2004; 2: S. 4–10
Kühl, Jürgen	Die Entwicklung des Kindes ist „unteilbar“: Was bedeutet das für eine „komplexe Förderung“?	2005; 1: S. 12–19
Laage-Gaupp, Anita	Peter – ein Fallbericht zu neuen Wegen in der Behandlung von hemiparetischen Kindern	2006; 1: S. 24–26
Lenck, Beate	Rekonstruktion und Evidenz – Ein Plädoyer für qualitative Forschungsmethoden zum Bobath-Konzept	2010; 1: S. 28–35
Lenck, Beate	Unterstützte Kommunikation UK	2019; S. 26–32
Lessig, Heidi; Kohl, Renate	Das Kreuz mit dem Kreuz – ein gesunder Rücken im Stationsalltag	2018; S. 38–39
Lutz, Luise	Sprache und Bewegung: Gemeinsame neurobiologische Aspekte	2002; 1: S. 9–12
Marsico, Petra	Wissenstransfer – ein Weg zur Evidenzbasierten Praxis im Bobath-Konzept	2018; S. 14–19
Marsico, Petra	Mit vier W-Fragen auf dem Weg zu mehr Evidenz	2022, S. 26–31
Marsico, Petra	Grafik: Kleine Schritte auf dem Weg zum Evidenznachweis	2022; S. 25
Michaelis, Richard	Emotionalität und motorisches Lernen	2002; 3: S. 48–53
Michaelis, Richard	Emotionalität und motorisches Lernen	2006; 1: S. 5–9
Michaelis, Richard	Zur Entwicklung zentraler Komponenten und neuronaler Netzwerke: Ihre Bedeutung für eine Frühtherapie	2006; 1: S. 5–9
Münchbach, Caroline	Was hat Bonding mit Bobath zu tun?	2009; 1: S. 22–24
Munsch, Karoline	Inwieweit lassen sich Wirkungen im mehrdimensionalen Therapieprozess nach dem Bobath-Konzept beschreiben?	2006; 2: S. 26–40
Nacke, Angela	Bewegungsförderung im Kindergarten	2007; 1: S. 7.10
Ney, Sabine; Raabe Christa	Reorganisation des kortiko-spinalen Systems nach frühen Hirnschädigungen: Therapeutische Bedeutung?	2007; 1: S. 32–35
Niemann, Gerd	Bobath-Therapie und Evidenz-basierte Medizin (EBM)	2006; 2: S. 11–14
Ohrth, Barbara	Das Bobath-Konzept aktuell für die Arbeit mit entwicklungs-gestörten Kindern und ihren Familien	2002; 3: S. 58–65
Owen, Elaine	From Stable Standing to Rock and Roll Walking (Part 1): The Importance of Alignment, Proportion and Profiles	2017; S. 8–21
Owen, Elaine	From Stable Standing to Rock and Roll Walking (Part 2): Designing, Aligning and Tuning Orthoses for Standing Stepping and Gait	2017; S. 22–37

## Fachzeitschrift *Bewegung und Entwicklung*, Artikel von 2002 – 2022

Autor	Titel	erschienen
Poschmann, Michael	Konservative und operative orthopädische Behandlung von Kindern mit Behinderung	2008; 2: S. 26–31
Praschak, Wolfgang	Beziehungsgestaltung bei Kindern mit einer gravierenden Beeinträchtigung des Bewegungshandelns im tonischen Dialog	2004; 1: S. 7–12
Puschnerus, Carmen; Selz, Evelyn	Hausbesuch als Chance zum alltagsorientiertem Arbeiten?	2007; 1: S. 36–40
Ramsperger, Angelika	Bobath–Therapie und physiotherapeutische Praxis und die Forderung nach Evidenz	2011; 1: S. 14–19
Repschläger, Ute	Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)	2003; 2: S. 28–34
Rethemeier, Kerstin	Gute Qualität in der Bobath–Therapie – wie geht es weiter in der Qualitätssicherung?	2013; 1: S. 39–41
Ritter, Gisela	Dialogische Prozesse in der Physiotherapie im Rahmen des Bobath–Konzepts	2003; 2: S. 20–27
Ritter, Gisela	Die Praxis der Bobath–Therapie verbessern und den Therapieerfolg nachweisen – theoretischer Anspruch und praktische Möglichkeiten	2007; 1: S. 11–20
Rohrberg, Matthias	Das Stroke–Unit–Konzept und die Pathophysiologie des Schlaganfalls	2012; 1: S. 26–31
Sabbagh, Daniel Fior, Jörg Gentz, Ralf	Anforderungen an Orthesen zur wirkungsvollen Verbesserung von Gangproblemen bei Cerebralparese	2021; S. 48–53
Sandfort, Lothar	Eltern sollen Eltern bleiben – keine strategisch gehaltenen Zärtlichkeiten	2002; 3: S. 71–73
Sarimski, Klaus	Psychische Störungen bei Kindern mit körperlichen Behinderungen	2008; 1: S. 35–38
Schader, Heike	Anregungen zum Thema Kindesmisshandlung / Kindesvernachlässigung in der therapeutischen Praxis	2008; 1: S. 23–28
Scheel, Katharina	Was soll ich tun ? Was ist der Mensch? Praxisbezogene Antworten des Bobath–Konzepts auf anthropologische und ethische Fragen	2013; 1: S. 12–18
Schwarz, Iris	Bobath–Therapie und orthopädische Operationen – ein Weg zu mehr Selbstständigkeit (aufgezeigt an einem Therapieprozess)	2007; 1: S. 21–28
Semler, Oliver; Beck, K.	Ganzkörpervibration mit dem Galileo–System	2010; 1: S. 62–69
Semmlinger, Claudia	Zu zweit geht's leichter: Tutorensystem für Aphasiker	2009; 1: S. 39–43

## Fachzeitschrift *Bewegung und Entwicklung*, Artikel von 2002 – 2022

Autor	Titel	erschienen
Senst, Sebastian	Partizipation und Dialog in der Bobath-Therapie aus Sicht des Kinderorthopäden	2004; 1: S. 13-17
Senst, Sebastian	Bobath-Therapie und orthopädische Operationen – ein Weg zu mehr Selbstständigkeit	2007; 1: S. 29-33
Siegel, Not-Rupprecht	Der geriatrische Patient	2009; 1: S. 56-57
Sinz, Heidi	Gehen – Lokomotion – Fortbewegung auf zwei Beinen	2017; S. 38-41
Sinz, Heidi	Klettern als Therapie	2018; S. 8-13
Touwen, C. L.	Motorik: Aktivität und Reaktivität	2002; 3: S. 66-70
Trumpp, Christian	Zwischen Evidence und Evidenz – Das Dilemma der Gesundheitsfachberufe	2013; 1: S. 19-22
Trumpp, Christian	Zwischen Evidence und Evidenz – Das Dilemma der Gesundheitsfachberufe	2018; S. 44-47
Ullmann, Ramona	Schlaganfall bei Patienten im höheren Lebensalter – Probleme und therapeutisches Konzept	2008; 2: S. 11-16
Urquizo, Victor H.; Hundsdörfer, Nicole	Das Bobath-Konzept und motorisches Lernen – Wie wirkt Facilitation? Assoziierte Reaktionen und Spastizität: Ähnlichkeiten und Unterschiede	2005; 1: S. 4-11
Urquizo, Victor H.; Hundsdörfer, Nicole	Die Bedeutung ihrer Analyse für die Behandlung von Patienten mit Hemiplegie und Schädel-Hirn-Trauma Drücken oder Ziehen – Das Pusher-Verhalten kontrovers diskutiert	2008; 1: S. 12-23
Urquizo, Victor-H.	Das Bobath-Konzept und motorisches Lernen – Wie wirkt Facilitation?	2002; 3: S. 74-78
Vanistendael, Stefan	Resilienz-Gedeihen unter widrigen Umständen	2006; 1: S. 27-33
Vom Bruch, Heiko	Alternative Ballsportspiele für körperbehinderte Kinder und Jugendliche – ein Plädoyer für eine Öffnung des Bobath-Konzepts für sportliche Handlungen	2012; 1: S. 39-44
Wehkamp, Karl-Heinz	Bobath-Therapie und die Forderung nach Evidenz	2007; 3: S. 3-12 2011; 1: S. 36-47
Wehkamp, Karl-Heinz	Begegnungen mit Achtsamkeit – Das Bobath-Konzept, moderne Anthropologie und Ethik	2008; 2: S. 5-10
Weinert, Melanie; Döpfer, Anke	Wir schlucken mit unserem Becken	2010; 1: S. 70-80
Welling, Alfons	Prinzipien der Bewegungstherapie nach Bobath – handlungstheoretisch gefasst	2008; 2: S. 32-37
Wetzelsperger, Thomas; Schäfer, Michael	Orthetik der unteren Extremitäten in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit infantiler Cerebralparese (ICP)	2021; S. 16-33

## Fachzeitschrift *Bewegung und Entwicklung*, Artikel von 2002 – 2022

Autor	Titel	erschienen
Wodraschke-Hanke, Angela	Die Anfänge der IBITA, die Entstehung einer Lehrerausbildung und 40 Jahre Unterrichtstätigkeit im Bobath-Konzept	2012; 1: S. 20–25
Wodraschke-Hanke, Angela	Jetzt die Zukunft wagen!	2013; 1: S. 8–11
Wohlleben, Ulrike	Soziale und kulturelle Bedingungen in der Kommunikation nicht sprechender und sprechender Menschen	2002; 1: S. 24–33
Wohlleben, Ulrike	Soziale und kulturelle Bedingungen in der Kommunikation nicht sprechender und sprechender Menschen	2008; 2: S. 17–25
Wohlleben, Ulrike	Begriffsbildung für Kinder mit Zerebralparese – was ermöglicht die Lingusitik als Bezugstherorie für das Bobath-Konzept	2008; 2: S. 17–25
Wulf, Gabriele	Motorisches Lernen	2007; 2: S. 11–26
Wulf, Gabriele	Optimales Bewegungslernen	2022; S. 8–16
Zwiercz, Ellen	Rund um das Bobath-Archiv – Interview mit Nadja Reeck	2020; S. 8–13
Zwiercz, Ellen	Wo sind welche Bobath-Arbeitskreise aktiv?	2022; S. 7

Herausgeber:	Die Bobath-Vereinigung e.V.
Geschäftsadresse und Postanschrift:	Die Bobath-Vereinigung e.V. Geschäftsstelle c/o StEBS GmbH Seerain 32 D-74933 Neidenstein
Telefon:	+49 (0)7263 60 999 63
Telefax:	+49 (0)7263 60 999 81
E-Mail:	sekretariat@bobath-vereinigung.de
Internet:	www.bobath-vereinigung.de
V.i.S.d.P.:	Susanne Löw, s.loew@bobath-vereinigung.de
Redaktion/Lektorat:	Susanne Löw Ina Stößer Miriam Burghardt-Prodjinotho
Layout:	StEBS GmbH Seerain 32 D-74933 Neidenstein
ISSN:	2941-6221



## Die Bobath Vereinigung

Die Bobath-Vereinigung e.V.  
Geschäftsstelle  
c/o StEBS GmbH  
Seerain 32  
74933 Neidenstein

Telefon: +49 (0)7263 60 999 63  
Telefax: +49 (0)7263 60 999 81

E-Mail: [sekretariat@bobath-vereinigung.de](mailto:sekretariat@bobath-vereinigung.de)

[www.bobath-vereinigung.de](http://www.bobath-vereinigung.de)  
[www.bobath-konzept-deutschland.de](http://www.bobath-konzept-deutschland.de)

