



Kinästhetik und Bobath

Unterschiede

Im Gespräch: Heide Hartwig und Axel Enke

Foto: Sandra Clausen

Ausgangspunkt für diesen Artikel war, dass die Physiotherapeutin und Kinaesthetics-Trainerin Heide Hartwig einen Bobath-Kurs für Therapeuten besuchte. Axel Enke interessierte sich für ihre Erfahrungen, da seine Bobath-Kurse 21 Jahre zurückliegen. Im gemeinsamen Gespräch unterhalten sich die beiden über die Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Bobath und Kinästhetik. Dem Gespräch geht ein einleitender Text voraus, in dem Axel Enke kurz die Geschichte von Bobath beleuchtet.

Ein Blick in die Geschichte. Wir gehen davon aus, dass die meisten LeserInnen dieser Zeitschrift die Geschichte der Kinästhetik kennen. Aus diesem Grund skizzieren wir hier nur kurz die Geschichte des Bobath-Konzeptes. Für interessierte LeserInnen empfehlen wir zur Geschichte der Kinästhetik folgenden Link: <https://www.kinaesthetics.de/kinaestheticsgeschichte.cfm>.

Karel und Berta Bobath. Berta Bobath (1907–1991) schloss 1926 eine Ausbildung als Gymnastiklehrerin ab. Karel Bobath (1906–1991) erlangte 1932 sein medizinisches Staatsexamen in Berlin und siedelte 1933 nach Prag über. Unter der Verfolgung von Juden in Europa durch das nationalsozialistische Regime emigrierten beide unabhängig voneinander nach England und trafen sich zufällig in London wieder.

Erster Kontakt Hemiplegie. 1943 sollte Berta, inzwischen auch Physiotherapeutin, einen 43-jährigen Mann mit einer Hemiplegie mithilfe einer «schwedischen Vibrationsmassage» behandeln. Sie leitete seit 1939 (bis 1944) die Physiotherapieabteilung am Princess Louise Kensington Hospital für Kinder in London. Dieser Moment wurde von ihr als Geburtsstunde des Bobath-Konzepts benannt. Obwohl sie die Methode nicht kannte, übernahm sie die Behandlung. Dabei stellte sie fest, dass die Spastik des Mannes, je nachdem was sie tat, mehr oder weniger wurde und sich der Patient nach der Normalisierung des Tonus wieder besser selbst bewegen konnte. Das war in der damaligen Zeit etwas Neues, da Spastik als eine nicht veränderbare Größe galt. Ihr Mann Karel arbeitete von 1941 bis 1945 in unterschiedlichen Kliniken in England.

Abteilung für Spastiker. 1944 gründete Berta eine Abteilung für Spastiker. In der Folge arbeiteten beide eng zusammen. Sie erarbeitete das praktische Handling, während Karel als Neurologe den theoretischen Unter-

Im Gespräch

bau entwickelte. Dies führte 1949 zur Eröffnung einer gemeinsamen eigenen «Spastikerabteilung» im Royal Northern Hospital in London, wo sie sich zunächst ausschließlich mit von Spasmen betroffenen Kindern beschäftigten. 1951 gründeten sie ein privates Zentrum zur Behandlung von PatientInnen mit zerebralen Bewegungsstörungen und zur Durchführung von Weiterbildungskursen für TherapeutInnen. Nach einem Umzug 1975 wurde es umbenannt in «The Bobath Centre».

Erster Kurs in Deutschland. 1960 wurde der erste Bobath-Kurs für Kinder in Deutschland durchgeführt. Erst nachdem das Konzept für die Behandlung von Kindern weltweit bekannt war, wurde die Behandlung auf Erwachsene mit Hemiplegie ausgeweitet. Zunächst fanden diese Kurse in der Schweiz (Bad Ragaz) und später auch in Deutschland (Rommel-Klinik, Bad Wildbad und Albertinen-Krankenhaus, Hamburg) statt. Viele Jahre lang bildeten die beiden Hunderte von TherapeutInnen aus und erhielten für ihr Lebenswerk zahlreiche Ehrungen (unter anderem in Deutschland das Bundesverdienstkreuz erster Klasse).

Tod 1991. Kurz nachdem sie einen letzten Kurs geleitet hatten, schieden beide gemeinsam am 20. Januar 1991 freiwillig aus dem Leben. Sie wollten nicht durch Krankheit oder Tod voneinander getrennt werden, was sie im Vorfeld im engsten Freundeskreis auch angekündigt hatten.

Heute ist das Bobath-Konzept ein bewährtes, weltweit verbreitetes bewegungstherapeutisches Behandlungskonzept für Menschen mit motorischen Beeinträchtigungen aufgrund neurologischer Funktionsstörungen. Es wird von TherapeutInnen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie sowie von ÄrztInnen und Pflegepersonal optimalerweise in berufsübergreifender Zusammenarbeit angewandt.

Axel Enke: *Wenn ich mir die Geschichte von Berta und Karel ansehe, kann ich einige Gemeinsamkeiten zu Frank Hatch und Lenny Maietta sehen.*

Heide Hartwig: Ja, da gibt es verblüffende Übereinstimmungen: Es waren zwei Ehepaare, die sich gemeinsam mit dem Thema Bewegung beschäftigten und sich gegenseitig inhaltlich ergänzten. Bei beiden stand auch das motorische Lernen im Zentrum.

Enke: *Und interessant ist auch, dass sowohl Berta Bobath als auch Frank Hatch nicht aus einem medizinischen Beruf kamen. Frank Hatch kam vom Tanz und Berta Bobath aus der Gymnastikszene. Vielleicht hilft es, von außen zu kommen, um im Therapiesystem etwas Neues zu entwickeln? Bei Feldenkrais war es ja auch so: Moshé Feldenkrais kam vom Judo und der Ingenieurwissenschaft. Ein weiterer gemeinsamer Aspekt für das Zustandekommen der neuen Ansätze waren stets Zufälle.*

Hartwig: Wie meinst du das?

Enke: *Nun, eine Kategorie von Zufällen war, welche Menschen sich wann trafen. Bei Karel und Bertha war es ein enormer Zufall, dass sie in den Kriegswirren in London aufeinandertrafen. Eine weitere Kategorie ist die Begegnung mit KlientInnen. Hätte Bertha nicht zufällig diesen Auftrag bekommen, den Mann mit den Spasmen zu behandeln, wäre es vielleicht ganz anders gekommen. Und in der Kinästhetik gilt das ebenso: Hätten Frank und Lenny nicht Susann Schmidt und später auch Christel Bienstein getroffen, würde es die Kinästhetik heute vielleicht so nicht geben.*

Hartwig: Ja, das stimmt sicher. Ein Unterschied der beiden Bewegungsansätze ist allerdings, dass bei Bobath Kinder mit einer angeborenen Zerebralparese den Ausgangspunkt bildeten, während die Kinästhetik sich mit der menschlichen Bewegung an sich beschäftigt. Dies wird auch in den Kursen deutlich. Bei Bobath-Kursen liegt der Fokus auf der PatientIn; bei Kinaesthetics-Kursen liegt der Fokus auf mir und meiner Bewegung.

Enke: *Genau, Lenny kam allerdings auch aus dem Bereich der Arbeit mit Kindern (Entwicklungspsychologie). Welche Erfahrungen hast du mit dem Bobath-Konzept gemacht?*

Hartwig: Als ich die Ausbildung zur Physiotherapeutin vor über dreißig Jahren in Münster machte, lernte





ich das Bobath-Konzept kennen. Ich wurde von Bobath-AusbilderInnen unterrichtet. Auch anschließend, als ich nach Dänemark auswanderte und überwiegend mit neurologischen PatientInnen arbeitete, wendete ich weiterhin das Bobath-Konzept an und nahm an Kursen teil.

Enke: *Das liegt nun, wie bei mir, schon einige Jahre zurück ...*

Hartwig: Ja, daher war ich auch sehr gespannt auf den offiziellen IBITA-Kurs für TherapeutInnen, an dem ich 2019 und 2020 teilgenommen habe, und auf die Entwicklung, die Bobath seitdem durchlaufen hat. Die IBITA (International Bobath Instructors Training Association) wurde 1984 gegründet und ist die internationale Organisation von AusbilderInnen für TherapeutInnen, die das Bobath-Konzept zur Befundaufnahme und Behandlung von Erwachsenen mit neurologischen Erkrankungen lehren.

Enke: *Ich kann mich noch sehr gut an meinen Bobath-Kurs erinnern. Zuerst lernte ich Bobath und dann die Kinästhetik kennen.*

Hartwig: Bei mir war es auch so. Ich stieß erst vor circa zehn Jahren auf die Kinästhetik. Ich hatte gerade die Arbeitsstelle gewechselt und kam in eine Einrichtung, in der alle MitarbeiterInnen an einem Kinaesthetics-Grundkurs teilnahmen. Das war damals die einzige Einrichtung in Dänemark, in der mit der Kinästhetik geschult wurde. Dann ging es bei mir sehr schnell weiter. Es faszinierte mich sehr. Und jetzt schließe ich bald die TrainerInnen-Ausbildung Stufe 3 ab. Die Kinästhetik ist daher ein bedeutsamer Teil meines

Lebens geworden, nicht nur bei der Arbeit, sondern grundsätzlich.

Als ich die Kinästhetik kennenlernte, konnte ich viele Parallelen zum Bobath-Konzept sehen, das ich in meiner Ausbildung zur Physiotherapeutin kennengelernt hatte; zum Beispiel beim Handling mit Babys. Hier wurde bereits damals davon gesprochen und auch gezeigt, wie man das Drehen aus der Rücken- in die Seitenlage vom Becken her einleiten kann, um den Säugling dabei zu unterstützen, das selbstständige Drehen auf die Seite zu lernen. Es war auch wichtig, die Säuglinge beim Windelwechseln nicht einfach an den Füßen hochzuziehen, um eine eventuell bestehende Hüftluxation nicht zu verstärken, sondern diese wie eben beschrieben ein wenig auf die Seite zu drehen, damit auch in Alltagssituationen das Bewegungslernen unterstützt wird.

Enke: *Das erinnert mich an meinen Bobath-Kurs. Bei uns ging es auch darum, «Fehler zu vermeiden». Die Instruktuerin legte sehr viel Wert darauf, uns Pflegenden zu verdeutlichen, dass sich im Pflegealltag viele Fehler im Umgang mit PatientInnen mit einer Hemiplegie ereignen. Diese können die Rehabilitation der Betroffenen erheblich erschweren. Beispielsweise die Problematik der subluxierten Schulter, wenn bei Aktivitäten am schlaffen oder tonusarmen Arm gezogen wird. Dies führt zum Syndrom der schmerzhaften Schulter, was die Betroffenen zusätzlich leiden lässt. Da das damals neu für mich war, hat mich das sehr beeindruckt – ein Aspekt übrigens, der in der Kinästhetik vielleicht auch manchmal zu kurz kommt.*

Hartwig: Ja vielleicht ... Oder es wird hier einer der

Übersichtstabelle zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden von Kinästhetik und Bobath

	Bobath	Kinästhetik
Zielgruppe	Bobath-Kurse werden für TherapeutInnen und Pflegekräfte getrennt angeboten.	Kinaesthetics-Kurse werden für TherapeutInnen, Pflegekräfte, Sozial- und Gesundheitspersonal interdisziplinär angeboten.
Im Zentrum steht die PatientIn.	... das Personal und die PatientIn.
Perspektive	außen	innen
Analysewerkzeug	Model of Bobath Clinical Practice	<ul style="list-style-type: none"> • Konzeptsystem • Analyse der Bewegung der beteiligten Personen
theoretische Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> • neurologische Medizin • humanistische Psychologie 	<ul style="list-style-type: none"> • Verhaltenskybernetik • humanistische Psychologie • Autopoiese (Biologie)

Unterschiede zwischen der Kinästhetik und Bobath deutlich. Bobath ist ein Konzept zur Rehabilitation für Menschen mit Erkrankungen des zentralen Nervensystems, während die Kinästhetik im Ausgangspunkt neutral ist und über ein Analysemodell verfügt. Sie lässt somit «alles» zu. Mithilfe des Konzeptsystems kann ich eine Idee für eine Bewegungsveränderung bekommen und mit dieser einen Effekt erzielen.

Enke: Ja, das sehe ich auch so. Als allgemeine Bewegungswissenschaft richtet sich die Kinästhetik nicht an eine spezielle Patientengruppe. Wir haben das Konzeptsystem als Beobachtungs- und Analysesystem. Gibt es etwas Vergleichbares bei Bobath?

Hartwig: Bei Bobath für TherapeutInnen wird das MBCP (Model of Bobath Clinical Practice) eingesetzt. Es dient zur Analyse von Ressourcen und Defiziten der Bewegung.

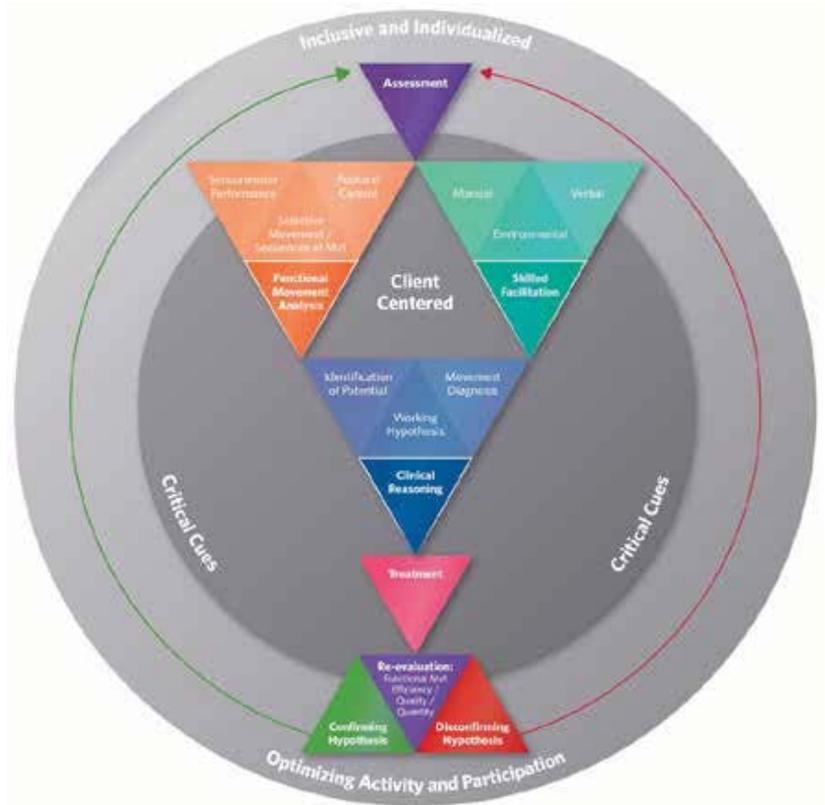
Der Bobath-Kurs für TherapeutInnen findet häufig, genau wie Kinaesthetics-Kurse, in zwei Teilen statt (zweimal acht Tage). Zwischen den beiden Teilen wird erwartet, dass PatientInnen nach dem Bobath-Konzept behandelt werden. Außerdem muss an einem Patientenbeispiel mithilfe des MBCP eine klinische Fallstudie geschrieben und mit Bildern dokumentiert werden. Diese Arbeit wird beurteilt und muss bestehen werden. Ich habe dafür viel Zeit gebraucht, empfand sie aber als einen guten Lernprozess, da ich mich noch einmal intensiv mit dem MBCP und mit der Neurowissenschaft beschäftigte.

Enke: Die Bobath-Kurse für Pflegenden sind kürzer. Sie dauern zweimal fünf Tage. Wie sehen die Prinzipien und theoretische Grundlagen bei Bobath aus?

Hartwig: Bei den theoretischen Grundlagen wird der aktuelle Wissenstand der Neurowissenschaft herangezogen, um die Praxis bei Bobath zu erklären. Das gilt unter anderem für die motorische Kontrolle, das motorische Lernen und die neuronale und muskuläre Plastizität.

Enke: Das wäre ein weiterer Unterschied. In Kinaesthetics-Kursen wird ja im Wesentlichen meistens die Feedback-Kontroll-Theorie vereinfacht vorgestellt. Auf detaillierte wissenschaftliche Grundlagen wird selten Bezug genommen. Und ein weiterer Unterschied ist, dass wir in der Kinästhetik gerne von der Erfahrung zur Theorie gehen. Wie lief das eigentliche Lernen im Bobath-Kurs ab?

Hartwig: Die Tage verliefen von der Struktur her meistens ähnlich. Es begann mit eineinhalb Stunden powerpointunterstützter Theoriedarstellung, dir



Modell der klinischen Praxis von Bobath (Michielsen u. a. 2017)

wir gleichzeitig als Skript ausgehändigt bekamen. Danach wurde mit PatientInnen gearbeitet. Zu zweit arbeiteten wir jeweils acht Tage lang mit einer PatientIn. Es begann mit der Untersuchung und Befundaufnahme, bei der wir mithilfe des MBCP die Problemstellung der PatientIn analysierten und zusammen mit ihr ein Behandlungsziel für die Woche formulierten. Dabei unterstützten uns die beiden InstruktoreInnen und gaben Anregungen zur Behandlung. Nachmittags erhielten wir praktischen Unterricht. Wir lernten und übten zum Beispiel Bewegungsübergänge vom Stehen zum Sitzen (mit Fokus auf die posturale Kontrolle) und lernten spezielle Griffe und Behandlungstechniken. Ich finde es sehr hilfreich, dass manuelle Therapie, also die Behandlung von Funktionsstörungen des Bewegungsapparates, mit ins Bobath-Konzept aufgenommen worden ist. Ich meine mich zu erinnern, dass früher mehr Bewegungsabläufe im Vordergrund gestanden haben.





An den Nachmittagen des ersten Kursteils demonstrierten beide InstrukteurInnen vor der Hälfte der KursteilnehmerInnen bei jeweils einer PatientIn eine Behandlung, und anschließend besprachen wir diese. In der zweiten Hälfte des Kurses sollten wir dann den anderen KursteilnehmerInnen selbst eine Patientenbehandlung demonstrieren und erläutern.

Enke: In deiner Sprache wird der therapeutische Ansatz deutlich. Diese Praxisnähe erlebte ich damals bei meinen Bobath-Kursen in Bad Ragaz auch. Vormittags wurde Theorie vermittelt und im Kursraum geübt, am Nachmittag ging es zu PatientInnen. Gab es auch Einzelerfahrungen? Ich kann mich nicht erinnern, dass wir solche seinerzeit machten.

Hartwig: Nein. Wir beobachteten uns gelegentlich gegenseitig, wie wir eine Bewegung durchführten. So zum Beispiel beim Aufstehen und Hinsetzen. Das demonstrierten wir uns auch gegenseitig. Für mich liegt hier ein wesentlicher Unterschied: Die Kinästhe-

tik erklärt mir mithilfe meiner Wahrnehmung bei Einzelerfahrungen und Partnererfahrungen, was Bobath mir mithilfe der Neurowissenschaft erklärt.

Enke: Aber ist das ein vergleichbarer Unterschied? Ist nicht die konkrete Erfahrung eine andere logische Kategorie als die theoretische Erklärung eines Phänomens? Dieser Zugang mit der Ersten-Person-Methode in der Kinästhetik gegenüber der theoriegeleiteten Behandlung bei Bobath ist doch ein gewichtiger Unterschied. Und das meine ich wertfrei. Habt ihr einen speziellen Blickpunkt für diese Beobachtungen erhalten? Worauf genau solltet ihr achten?

Hartwig: Es wurde sehr darauf geachtet, dass sich die PatientInnen im Alignment bewegen und die posturale Muskulatur aktiviert wird.

Enke: Was meint Alignment?

Hartwig: Alignment bezeichnet die optimale Position der Körperteile zueinander, um optimale Muskelarbeit

Ursprung	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegungslernen (Gymnastik) • Kinder mit Spastik 	<ul style="list-style-type: none"> • Tanz (Gentle Dance) • Kinderförderung
Prinzipien	<ul style="list-style-type: none"> • Interaktion • Lernen • Lösen von Problem • Richtet sich nach dem Ziel der PatientIn • 24-Stunden-Konzept • Alltagsaktivitäten • ICF (auf deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) 	<ul style="list-style-type: none"> • Interaktion • Lernen • Zirkularität • Bedeutung von Unterschieden • Orientierung an der Vielfalt der Aktivitäten des täglichen Lebens
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Einbeziehen der hemiplegischen Seite (Symmetrie) • Bewegung neu lernen (Rehabilitation) • Selbstständigkeit fördern 	<ul style="list-style-type: none"> • Auseinandersetzung mit der eigenen Bewegung • Achtsamkeit auf die eigene Bewegung • Selbstständigkeit der PatientIn fördern
Aufbau der Vermittlung	<ul style="list-style-type: none"> • Theorie, Partnererfahrung, Integrationsaktivität • Arbeit mit PatientInnen • von der Theorie zum Tun 	<ul style="list-style-type: none"> • Einzelerfahrung, Partnererfahrung, Integrationsaktivität • vereinfachte Theorie (von der Erfahrung zur Theorie) • Arbeit mit PatientInnen • Zuordnung des Lernzuwachses in einem Curriculum (Bildungsfelder)
Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder mit Zerebralparese • Erwachsene mit Hemiplegie oder einer anderen zentralen neurologischen Erkrankung 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegende, TherapeutInnen und Menschen mit Interesse an Bewegung
Bildungsdesign	<ul style="list-style-type: none"> • Bobath-Kurs (zwei Teile), für TherapeutInnen drei Wochen und Advanced-Kurs fünf Tage 	<ul style="list-style-type: none"> • Grundkurs (drei bis sechs Tage) • Aufbaukurs (drei bis sechs Tage)
geografische Anwendung	weltweit	Europa
Organisation (Qualitätssicherung)	TherapeutInnen IBITA	EKA

zu gewährleisten. Alignment und das Aktivieren der posturalen Muskulatur sind wichtig, um posturale Kontrolle zu erreichen, das Vermögen des menschlichen Körpers, unter dem Einfluss der Schwerkraft eine aufrechte Körperposition beizubehalten.

Enke: *Ich erinnere mich noch recht gut, dass wir in unserem Bobath-Kurs für Pflegende, der damals in Bad Ragaz sieben Tage dauerte, normale Alltagsaktivitäten anschauten und dabei grob beschrieben, was eine Person alles können muss, um diese durchführen zu können. Das erarbeiteten wir in Kleingruppen, die sich das Ergebnis gegenseitig präsentierten. Wir bekamen auch viel Theorie mit Folien vorgestellt und übten dann anschließend partnerweise bestimmte Griffe und «Techniken» aneinander. Nachmittags gingen wir in Dreiergruppen zu PatientInnen der Klinik, die wir unter Aufsicht der beiden InstruktoreInnen mobilisierten und positionierten. In der Kinästhetik spielt die Beobachtung der eigenen Bewegung eine große Rolle. War das im Bobath-Kurs auch so?*

Hartwig: Bei unserem Kurs hatte ich nicht den Eindruck, dass wir auf unsere Muskelspannung oder Arbeitsstellung achten sollten. Der Hauptfokus lag auf der PatientIn.

Enke: *Welche Gemeinsamkeiten zwischen Bobath und der Kinästhetik sind dir als Kinaesthetics-Trainerin besonders aufgefallen? Gab es für dich als Therapeutin überhaupt welche?*

Hartwig: Es gab viele, denke ich. Beide Modelle entwickeln sich, sind international organisiert und verfügen damit über eine Qualitätsgarantie. Bei beiden steht das motorische Lernen im Zentrum. Weitere Gemeinsamkeiten sind zum Beispiel der Einsatz der Umgebung. Bei Bobath wird die Umgebung bewusst eingesetzt, um eine Bewegung positiv zu beeinflussen, damit das gewünschte Ziel erreicht werden kann. Das gilt sowohl für die Klinik als auch für das häusliche Umfeld. Weiter wird Wert auf die Interaktion gelegt, beispielsweise mit Worten erklärt, etwas vorgemacht oder mit den Händen geführt. Welche Interaktionsmöglichkeit gewählt wird, hängt von der Reaktion der PatientIn ab. Dabei wird mir eine weitere Gemeinsamkeit bewusst: Bei Bobath ist die Evaluierung der Behandlung im MBCP integriert, während in der Kinästhetik methodisch die Lernspirale genutzt wird, um eine Idee für eine Anpassung zu entwickeln.

Enke: *Wir legen in der Kinästhetik großen Wert auf das Forschen, also das Suchen nach Möglichkeiten und Varianten. Hast du das bei Bobath auch erlebt?*

Hartwig: Nein. Geforscht wurde nur beim Behandeln in dem Sinne, dass man etwas tun muss, damit das gewünschte Ergebnis erreicht wird. Es geht vorgängig schon eher um das Erreichen eines bestimmten Ziels.

Enke: *Kannst du zum besseren Verständnis ein Beispiel für solch ein Ziel nennen?*

Hartwig: Ein Ziel könnte sein, dass das gelähmte Bein beim Aufstehen und Stehen Gewicht übernimmt und nicht nur die weniger betroffene Seite aktiviert wird. Da PatientInnen mit einer Halbseitenlähmung häufig schief stehen, sich somit asymmetrisch bewegen, soll die stärker betroffene Seite bei Bewegungen und Aktivitäten miteinbezogen und dadurch Symmetrie erreicht werden. Entscheidend ist die individuelle Reaktion der PatientIn bei der Behandlung, abhängig davon, ob sie erwünscht ist oder nicht.

Enke: *Das erinnert mich an ein Zitat von Karel Bobath, das ich einmal gelesen habe: «Die einzige Antwort auf die Frage, ob das, was Sie tun, das Richtige für den Patienten ist, ist die Reaktion des Patienten auf das, was Sie tun. Behandlung wie Erziehung wie Leben ist eine konstante Interaktion» (Maier-Baumgartner 1991, S. 243). Das lässt mich die humanistische Haltung der Bobaths erahnen und zeigt auf, welche Bedeutung der Interaktionsgedanke auch im Bobath-Konzept hat.*

Hartwig: Bei Bobath spielt die Interaktion eine wichtige Rolle. Die Behandlung wird individuell nach den Zielen und Wünschen der PatientIn gestaltet und ist offen für Variationen.

Enke: *Und wann kannst du nun Bobath und Kinästhetik sinnvoll im Alltag als Therapeutin nutzen?*

Hartwig: Mit der Kinästhetik habe ich gelernt, auf mich selbst zu achten. Und das tue ich heute bei allen Aktivitäten stärker und insbesondere auch bewusster als früher. Dadurch bin nun auch feinfühlicher für die Bewegungen der PatientInnen geworden und merke und nutze das auch bei einer Bobath-Behandlung. Bei Bobath nutze ich auch das, was ich bei der Bewegungsanalyse der PatientIn sehe, und nicht nur das, was ich spüre; zum Beispiel wie die PatientIn sitzt und ob Becken, Brustkorb und Kopf direkt übereinanderstehen – im Alignment – oder ob sie auf einer Ebene verschoben sind. Das entspricht in der Kinästhetik der Frage, ob die Massen das Gewicht





abgeben. Außerdem schaue ich zum Beispiel auch auf die Füße der PatientIn: Wie ist der Kontakt der Füße zum Boden beim Sitzen? An der Außen- oder Innenkante? Ob und wie viel Gewicht über die Füße an den Boden abgegeben wird, merke ich daran, wie ich den Fuß bewegen kann. Das ist bei Bobath und in der Kinästhetik gleich.

Zum anderen fordere ich die PatientIn, wenn ich nach Bobath arbeite, auf hinzuschauen, wenn ich zum Beispiel ihren hemiplegischen Arm behandle. Das visuelle Folgen soll das Lernen der PatientIn beziehungsweise die Hand-Augen-Koordination bei der Ausführung von Aktivitäten unterstützen. Bei den Kinaesthetics-Bildungen habe ich den Eindruck bekommen, dass ausschließlich das kinästhetische Sinnessystem beim Erlernen von Bewegungen wichtig ist. Beim Bobath-Konzept werden die anderen Sinnessysteme ebenfalls gezielt eingesetzt und genutzt.

Quellen:

- > **Biewald, Frauke (Hg.) 2004:** Das Bobath-Konzept. Wurzeln, Entwicklungen, neue Aspekte. München: Urban & Fischer. ISBN 3-437-45639-9.
- > **IBITA Education Committee (2019):** IBITA Modell der klinischen Praxis von Bobath. <https://ibita.org/model-of-bobath-clinical-practice> (Zugriff: 04.07.2020).
- > **Meier-Baumgärtner, Hans Peter (1991):** Zum Tode von Bertha und Karel Bobath. In: Zeitschrift Krankenpflege, 45. Jahrgang, Heft 4, S. 243.
- > **Michielsen, Marc u.a. (2017).** The Bobath Concept – a Model to Illustrate Clinical Practice. Disability and Rehabilitation. <https://ibita.org/model-of-bobath-clinical-practice> (Zugriff: 04.07.2020).



Heide Hartwig ist Physiotherapeutin und Kinaesthetics-Trainerin. Sie arbeitet in Dänemark an einer Fachklinik für neurologische Rehabilitation mit Menschen, die schwere Hirnschädigungen erlitten haben. Außerdem engagiert sie sich für den Aufbau von Kinaesthetics Danmark.



Axel Enke ist Kinaesthetics-Trainer und Ausbilder für die European Kinaesthetics Association (EKA), Systemischer Berater und Supervisor (DGFSF) und Lehrender für systemische Beratung (DGFSF). www.axelenke.de.

Enke: *Das finde ich interessant. Ich vermute ja stark und formuliere das auch als Hypothese, dass wir im Alltag mit all den Kompetenzen arbeiten, die wir in uns tragen. Diese erwarben wir unter anderem im Laufe unseres Lebensalltags sowie in unterschiedlichsten Lernkontexten wie Bobath, Kinästhetik, Tanz oder Kampfsport. Und diese fließen unbewusst in unser Handeln ein. Ich bin davon überzeugt, dass wir in einem pflegerischen oder therapeutischen Alltag daher genauso wenig «kinästhetisch» arbeiten wie katholisch oder evangelisch. Wir tun einfach, was wir tun können. Und manchmal, wenn es hakt, schwieriger wird oder es mehr Überlegung für ein Ziel benötigt, ziehen wir Modelle heran. Die Modelle in unserem Gespräch sind die Kinästhetik und Bobath.*

Hartwig: Genau. Und aus diesem Grund kann ich im Alltag beide Modelle sehr gut nutzen.

Enke: *Du hast zuvor eine weitere bedeutsame Gemeinsamkeit angesprochen. In beiden Fachgebieten geht es um das Lernen, um die Weiterentwicklung und das Ziel, mehr Selbstständigkeit im Alltag zu erlangen. Siehst du das auch so?*

Hartwig: Bei Bobath geht es beim Lernen um Wiederholungen von Aktivitäten. Dabei gibt es eine Vorstellung von natürlicher Bewegung, da in Bobath von der Gefahr ausgegangen wird, dass die Betroffene für sich selbst einen eher ungünstigen Weg finden und diesen kompensieren wird. Und der Begriff Kompensation hat bei TherapeutInnen oft einen negativen Anstrich. Aus diesem Grund geben diese meist einen Weg vor.

In der Kinästhetik vollzieht sich Lernen auch durch die Wiederholung von Aktivitäten, wobei mögliche Wege nur grob angeboten und differenziert angepasst werden. Die PatientIn wird also eher begleitet und bekommt hin und wieder ein Angebot für eine Variante, bei der sie über die Gestaltung des Weges mitentscheiden kann.

Enke: *Heide, ich danke dir für das Gespräch.* ●

LQ



kinaesthetics – zirkuläres denken – lebensqualität

In der Zeitschrift LQ können die LeserInnen am Knowhow teilhaben, das Kinaesthetics-AnwenderInnen und Kinaesthetics-TrainerInnen in zahllosen Projekten und im Praxisalltag gesammelt haben. Ergebnisse aus der Forschung und Entwicklung werden hier in verständlicher Art und Weise zugänglich gemacht. Es wird zusammengeführt. Es wird auseinander dividiert. Unterschiede werden deutlich gemacht. Neu entdeckte Sachverhalte werden dargestellt und beleuchtet. Fragen werden gestellt. Geschichten werden erzählt.

Die LQ leistet einen Beitrag zum gemeinsamen analogen und digitalen Lernen.

Bestellen Sie die Zeitschrift LQ unter www.verlag-lq.net oder per Post

verlag lebensqualität
nordring 20
ch-8854 siebnen

verlag@pro-lq.net
www.verlag-lq.net
+41 55 450 25 10



Print-Ausgaben plus Zugang zur Online-Plattform



Bestellung Abonnement LQ – kinaesthetics – zirkuläres denken – lebensqualität

Ich schenke lebensqualität

- mir selbst
- einer anderen Person

Meine Adresse:

Vorname _____

Name _____

Firma _____

Adresse _____

PLZ _____ Ort _____

Land _____

eMail _____

Geschenkabonnement für:

Vorname _____

Name _____

Firma _____

Adresse _____

PLZ _____ Ort _____

Land _____

eMail _____