

Krankengymnastik

Zeitschrift für Physiotherapeuten, Heft 04 / 2005,

Diskussionsbemerkung

# Das Bobath-Konzept und seine aktuelle Weiterentwicklung

„Das Bobath-Konzept und seine aktuelle Weiterentwicklung“ ist der Themenschwerpunkt der November-Ausgabe der Zeitschrift für Physiotherapeuten. Dies ist eine erfreuliche Tatsache, zumal eine Beitragsreihe zu diesem Therapiekonzept aus heutiger Sicht umso wichtiger erscheint, zieht man - neben den therapeutischen Hintergründen - auch die aktuelle gesundheitspolitische Situation hinzu. Das Bobath-Konzept ist aber auch im Wandel - heute mehr denn je. Gerade im Jahr 2004 sind einige Veröffentlichungen zu dem Thema erschienen (Bücher und Fachartikel), die den Anschein erwecken, es tut sich etwas in der deutschen „Bobath-Welt“. Den vorläufigen Abschluss dieser Entwicklung – zumindest für das Jahr 2004 – bildet nun die Beitragsreihe der Novemberausgabe. Dabei ist jedoch der Boden, auf dem sich das Bobath-Konzept bewegt bei weitem nicht mehr der sicherste. In den Zeiten von gesundheitspolitischen Kalkül um die Anerkennung von Therapiemethoden im Heilmittelkatalog, sucht man als Bobath-Therapeut oftmals vergebens nach einem Halt, der aus der Ecke der Bobath-Therapie kommt.

Doch welche Bedeutung hat nun die Bobath-Therapie aus Sicht der gleichnamigen Therapeuten? An dieser Stelle ist es wichtig zu erwähnen, dass wir uns im Bereich der Kinderphysiotherapie über ein Therapie-Konzept unterhalten, das eine enorm große Komplexität besitzt. Es würde eine ganze Physiotherapie-Zeitung füllen, dies in einem angemessenen Umfang zu beschreiben. Auch ist es ein Konzept, das wesentlich dazu beigetragen hat, dass die Physiotherapie in Deutschland auf eine Therapieform zurückgreifen kann, die es verdient „neurophysiologisch“ genannt zu werden. Viele Patienten (egal ob klein oder groß) verdanken der Bobath-Therapie seit seiner Entstehung eine bessere Lebensqualität. Ebenso müssen sich alle

Therapeuten vor den Begründern dieses Konzeptes verneigen, wenn sie in Ihrer täglichen Arbeit mit den Patienten auf die Erfolge dieser Therapie zurückschauen. Und diese gehen wahrlich weit über ein kleines Lächeln hinaus (was bekanntlich manchmal mehr wiegt als alles andere). Alles in allem ist das Bobath-Konzept – neben der Vojta-Therapie – die in Deutschland anerkannteste Therapiemethode für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Da ich als Kindertherapeut nur für den Zweig der Kinderbehandlungen im Bobath-Konzept sprechen kann, werde ich die Diskussion zu diesem Thema auch auf eben diese Altersgruppe beschränken.

Was ergibt sich nun aber aus den vorliegenden Fachbeiträgen für den in der Praxis arbeitenden Kinder-Bobath-Therapeuten? Eine Menge Theorie - aber wirklich auch etwas „Brauchbares“ für die Praxis?

Der erste Beitrag von Gisela Ritter besticht durch die sorgfältige Beschreibung des Ansatzes, des Zieles und der theoretischen Hintergründe der „Bobath-Einzelfallstudie“. Dem Leser werden Verfahren erklärt, die zur Durchführung dieser Studie beigetragen haben. Das somit beschriebene - und für die Praxis relevante - Dokumentationsverfahren hat sicherlich große Bedeutung, auch wenn in dem Falle der Videodokumentation hier das Rad nicht neu erfunden wurde. Auf Rückfrage in Praxen mir bekannter Kindertherapeuten bekomme ich eine hohe Anzahl an „Videoaufzeichnungen“ genannt, was in mir den Anschein erweckt, dass wir in Bezug auf dieses Verfahren auf dem „richtigen Weg sind“ es schon seit geraumer Zeit nutzen. Aber es kommt ja bekanntlich auf die Feinheiten an und wenn man alles in Betracht zieht, so gelingt es der Autorin das schon vorhandene Interesse zu wecken. Nach mehrseitiger Erklärung der „drei Bereiche für den sinnvollen Einsatz der Videodokumentation“ muss aber nun auch die Umsetzung dieses Verfahren, welches in der Praxis Anwendung finden soll, auf seine Durchführbarkeit überprüft werden. Und hier liegt meines Erachtens ein großes Problem: Die Situationen in den Kinder-Praxen ist heutzutage nicht überall so, dass man sich womöglich am Abend - nach der Arbeit - noch aufwendige Videoanalysen anschaut. Auch wenn dies so in dem Beitrag nicht vorgeschlagen wurde, muss an dieser Stelle die Frage nach der Praktikabilität gestellt werden, d.h. der Möglichkeit dieses Verfahren in den Behandlungen ein- und umzusetzen. Dies wird jedoch nicht ausreichend genug erklärt, was für mich einen fehlenden Bezug zur Praxis darstellt. Damit ist hier auch nicht die technische Umsetzung gemeint, sondern vielmehr das Einbauen dieser Methodik in die Behandlung eines Kindes, welches sich beispielsweise in der 4. Behandlung eines „6er KG-Bobath Rezeptes“ befindet, und

bei dem die fragliche Genehmigung für diese Verordnung außerhalb des Regelfalles noch auf dem Tisch des medizinischen Dienstes befindet!

Damit dieser Satz nicht falsch verstanden wird: die Möglichkeit, Verfahren – wie die der Videodokumentation – einzusetzen, ist ein wichtiger Bestandteil auch meiner täglichen Arbeit. Außerdem ist es ein überzeugendes Instrument, sich eine Videodokumentation „zu leisten“ und diese dann durchzuführen. Aber es ist auch ein gewisser „Luxus“, eine Therapieeinheit dafür zu „opfern“, wenn bürokratische Hürden und therapeutische Konflikte darüber dies nicht immer erlauben. Noch kann ich mir diesen „Luxus“ leisten, viele heutzutage aber schon nicht mehr!

Auch liest man widersprüchliches in dem Artikel an der Stelle, an der es um das „Therapieprotokoll in der alltäglichen Therapiepraxis“ geht. Die Autorin weist darauf hin, dass es aus Ihrer Sicht „unzumutbar“ ist, aufgrund eines zu hohen Zeit- und Arbeitsaufwands jede Therapieeinheit schriftlich zu dokumentieren. Danke (!) sage ich an dieser Stelle. Endlich mal jemand, die den Nagel auf den Kopf trifft! Und dennoch, der Rahmenvertrag mit der VdaK besagt:

#### *§5 Maßnahmen zur Qualitätssicherung*

*7. Der Heilmittelerbringer hat für jeden behandelten Versicherten eine Verlaufsdokumentation gemäß Anlage 1 Ziffer 8 der Leistungsbeschreibung zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben.*

Es ist uns also in der Praxis vorgegeben, eine Dokumentation durchzuführen und es müssen auf jeden Fall Instrumente gefunden werden, wie eine sinnvolle Therapiedokumentation im Praxisalltag Anwendung finden kann. Alles in allem bleibt es also die gemeinsame Hoffnung mit der Autorin, die erwartete „Fruchtbarkeit der Einzelfallstudie“ falle auf nährenden Boden!

Im zweiten Beitrag beleuchtet Professor Dr. Alfons Welling die Fragestellung, den Verlauf und die Ergebnisse der bislang unveröffentlichten Studie. Ich persönlich finde es sehr interessant den Forschungsbericht und die Inhalte über den Aufbau dieser Studie zu lesen. Aber auch hier bleiben Fragen ungeklärt, deren Beantwortung jedoch für die „Durchsetzungskraft“ dieses Therapie-Konzeptes mit ausschlaggebend sein können:

- Wie beispielsweise können Bobath-Therapeuten in ganz Deutschland das Ergebnis dieser Einzelfallstudie in ihre tägliche Arbeit mit einbeziehen und einen therapeutischen wie auch berufspolitischen Nutzen davon tragen?
- Ist es ausreichend eine (Einzelfall-) Studien nur auf das Krankheitsbild der Cerebralpareesen beschränken? Oder anders gefragt:

- Wie kann man zukünftig auf einer breiten Basis eine weiterführende „Studienaktivität“ koordinieren, so dass es nicht nur in einer „Einzelfallstudie“ zu einer Bestätigung dieses Therapie-Konzeptes kommt?

Ich möchte betonen, dass ich dennoch sehr froh darüber bin, dass es mit Hilfe von Menschen wie Herrn Prof. Dr. Alfons Welling überhaupt möglich ist, eine solche Studie zu durchzuführen.

Der nächste Beitrag von Monika Peßler macht auf die Bedeutung der ICF-Klassifikation aufmerksam, die in der heutigen Medizinwelt immer mehr an Bedeutung gewinnt. Es lässt mich etwas schmunzeln, bei dem Gedanken, dass eine Vielzahl von Kollegen die Abkürzung „ICF“ derzeit noch nicht einmal mit Inhalt füllen kann – mir selbst ging es bis vor wenigen Monaten gar auch so. Es bleibt aber offen, ob im Zeitalter von „Qualitätsmanagement“ auch mögliche Fortbildungen ankommen werden, die den Therapeuten künftig die ICF-Klassifikation nahe bringen sollen. Alles in allem gibt der Artikel aber keinen wirklichen Bezug zur Praxis, in der die Therapeuten dieses Instrument benutzen sollen, auch wenn er die Zusammenhänge zwischen der ICF und dem Bobath-Konzept herzustellen versucht. Sollte es das Ziel sein, eine derartige Klassifikation einzufügen, so wird es sicherlich einige Zeit brauchen, bis dass sich diese Vorgabe etabliert.

In dem Beitrag von Christa Grafmüller-Hell wird von der Sprecherin des Vorstandes der gemeinsamen Konferenz der deutschen Bobath-Kurse e.V. eine Art Inhaltsangabe zu den wesentlichen Punkten des Curriculums geliefert. Am Ende dieses Beitrages weist die Autorin darauf hin, dass das Curriculum ein „Informationsmittel“ darstellt. In Hinblick auf die von Ihr ebenfalls geforderte Diskussionsgrundlage müssen nun aber - meiner Meinung nach - auch wirklich Diskussionen auf breiter Basis darüber folgen. Dabei ergeben sich die in der Physiotherapie wichtigen Fragen zum Curriculum eindeutig aus der Praxis!

Der am Schluss des Beitrages formulierte und von Tremel-Sieder zitierte Kerngedanke findet jedoch nicht nur Anerkennung. Ich unterstelle den Teilnehmern, die heutzutage einen Kinder-Bobath-Kurs besuchen eine große innere Bereitschaft, sich mit diesem Konzept auseinanderzusetzen. Es ist sicherlich richtig, dass die Teilnehmer der Kurse diese Auseinandersetzung auch als Hürde empfinden, aber auch hier kommt die „Begreifbarkeit“ für die Teilnehmer der Kurse einmal mehr an seine Grenzen. Und das liegt nicht etwa an einer fehlenden Einstellung sondern eher daran, dass das Bobath-Konzept derzeit keine ausreichende Diskussionsgrundlage gibt, um in dem alltäglichen Kampf um Therapie für den Patienten immer eindeutige Ar-

gumente liefern zu können. Die Bestimmungen der Heilmittelrichtlinien spielen in dieser Angelegenheit eine sehr große Rolle. Genauso aber auch die gern und viel genannte „Offenheit“ des Konzeptes in Bezug auf die anderen Berufsgruppen, die zum Beispiel zunehmend junge Säuglinge auch in die Hände der Ergotherapie gibt. Und - letztendlich – spielt auch das Fehlen der immer mehr an Bedeutung gewinnenden Wirksamkeitsnachweise in einer zunehmend von „evidence-based medicine“ geprägten Welt eine große Rolle.

Abschließend wird von Barbara Forst die Qualitätsentwicklung bei der Vereinigung der Bobath-Therapeuten Deutschlands e.V. diskutiert. Diese Übersicht lässt ahnen, wie wichtig diese Thematik ist. Aber auch hier müssen dringende Fragen gestellt werden, die nicht nur alleinig mit der Qualität zu tun haben. Was bringt es mir als Kinder-Bobath-Therapeut das Thema Qualitätsentwicklung in meine Arbeit einzubinden, wenn ich – wie im Fall verschiedener Krankheitsbilder aus dem Heilmittelkatalog – nur eine qualitativ mindere Therapie im Sinne einer einfachen KG-Behandlung durchführen darf, anstatt einer qualitativ hochwertigen Bobath-Therapie?

Anhand des Beispiels aus der Praxis, hat die verordnende Kinderärztin sich bei einem Säugling mit einer Asymmetrie und einer Kopfschiefhaltung für die Diagnosegruppe „EX4 - Miss- und Fehlbildungen, Strukturschäden der Stütz- und Bewegungsorgane im Säuglings-Kleinkind und Kindesalter“ entschieden. Die Therapie dazu lautet auf dem Rezept: „einfache Krankengymnastik“, so wie es der Heilmittelkatalog auch vorgibt. Ein Einzelfall? - Weit gefehlt! In der Praxis häufen sich solche Fälle, in denen vor der Heilmittelreform vom 01.07.2004 beispielsweise noch die „Zentrale Koordinationsstörung“ auf dem Rezept gestanden hätte. Damals wäre ohne Umschweife die Möglichkeit gegeben gewesen, das Kind „nach Bobath“ zu behandeln.

Aber auch wenn heutzutage der Therapeut in einem guten Verhältnis zu dem verordnenden Pädiater steht, reicht es oftmals nicht mehr aus, diesen einfach nur von der Notwendigkeit der Bobath-Therapie zu überzeugen! Es gibt leider einige Diagnosen, die - wie die kleinen Fische - durch das Netz der rezeptierten „KG-Bobath Verordnungen“ rutschen. Das ist genauso zutreffend für die Diagnosegruppe „EX4“ als auch für die Diagnosen der Gruppe PN. Die im Heilmittelkatalog fehlenden Muskelerkrankungen sollen an dieser Stelle ebenfalls nicht unerwähnt bleiben.

Zusammenfassung:

Ich habe mit großem Interesse die Beitragsreihe in der Zeitschrift für Krankengymnasten (Ausgabe 11/04) gelesen und kann jedem Kinder-Bobath-Therapeuten empfehlen dies zu tun. Es wäre aus meiner Sicht als Kinderphysiotherapeut wünschenswert, wenn sich von Seiten der Basis eine breite Diskussion um die Inhalte und den Wandel des Bobath-Konzeptes entwickeln würde. Wie aber soll sich dieser Wandel tatsächlich vollziehen? Ich bekomme heute schon von Kolleginnen erklärt, die Ihren Kinder-Bobath-Kurs gerade erst absolviert haben, dass es zwar ein guter Kurs war, aber dass alles sehr stark auf das Krankheitsbild der Cerebralparese fixiert war. Es gibt sicherlich geschichtliche Hintergründe, die dieses rechtfertigen und auch in meinem eigenen Kinder-Bobath-Kurs war das so. Natürlich wurden dort auch Säuglinge behandelt, aber eine Spezifizierung der theoretischen und praktischen Inhalte beispielsweise auf Asymmetrien, Kiss-Kinder, Hüftreifungsstörungen, Syndromkinder, Plexusparesen, Kindern mit Fußfehlstellungen, Kinder mit Arthrogryposis, Fehlbildungsskoliosen, Muskelerkrankungen (um nur einige zu nennen) fehlt und ist aus meiner Sicht dringend erforderlich. Dies ist vornehmlich die Aufgabe von Arbeitskreisen und Refresher-Kursen.

Es muss daher wichtiges Ziel dieses Wandels sein, sich nicht nur in eine Richtung zu bewegen (nämlich in die der Cerebralparesen). Sicherlich haben die Cerebralparesen einen ganz besonderen Stellenwert in dem Therapie-Konzept Bobath und daran gibt es auch gar keinen Zweifel. Aber die theoretische und praktische Vielfalt, die in diesem Konzept steckt, muss in den physiotherapeutischen Händen für die Physiotherapeuten auf alle wichtigen Kinderdiagnosen ausgeweitet und anwendbar sein. Da dies von einer Vielzahl der Therapeuten vermisst wird, muss es meines Erachtens noch viel mehr Berücksichtigung finden. Dazu gehören Themen wie

- der Umgang mit dem Heilmittelkatalog,
- die Diskussion um die Wirksamkeit der Methode,
- die Kontroverse um die Offenheit des Konzeptes - auch in Bezug auf die zunehmende Anzahl von Säuglings-Behandlungen auch durch die Berufsgruppe der Ergotherapeuten - und die damit verbundene Sorge vieler Kinderphysiotherapeuten,
- die möglichen, zukünftigen Probleme der Frühförderrichtlinien, die sich für niedergelassene, freiberufliche und zuletzt auch angestellte Bobath-Therapeuten ergeben,
- die Zusammenarbeit mit den Fachhochschulen (an denen Physiotherapie studiert werden kann) um in Form von Bachelor-Abschlussarbeiten künftig auch Wirksamkeitsnachweise für einzelne Diagnosen zu bieten,
- die Möglichkeit für die breite Masse der Bobath-Therapeuten sich an Wirksamkeitsnachweisen/Studien beteiligen zu können,

- die Darstellung der Kinder-Bobath-Therapie in der Öffentlichkeit (Profile schärfen),
- noch mehr Transparenz für die breite Masse der Therapeuten in Bezug auf die Struktur und die Arbeitsweise der Bobath Vereinigung.

Es gibt sicherlich noch viel mehr Themenkomplexe, aber es ist – so scheint es wenigstens – ein Schritt in die richtige Richtung gemacht worden. Möge sich zum Wohle der betroffenen Kinder sowie deren Familien, aber auch für die Therapeuten ein wirklich guter Wandel vollziehen und dies unter Mithilfe aller, die sich diesem genialen Therapiekonzept verpflichtet fühlen. Es gibt viel Arbeit, packen wir sie gemeinsam an!

Tobias Bergerhoff

## Antworten zur Diskussionsbemerkung

Beitrag zur Diskussionsbemerkung von T. Bergerhoff im Heft  
11/2004 mit dem Themenschwerpunkt Bobath-Konzept

G. Ritter

Es ist anzuerkennen, dass T Bergerhoff zu meinem Artikel eine so ausführliche Stellungnahme abgegeben hat. Meine Schlussfolgerungen für die Therapiepraxis bezüglich Dokumentationsverfahren sind entstanden zum einem aus den Erfahrungen in der Einzelfallstudie, zum anderen aus meiner eigenen Praxis in der Arbeit mit Kindern, die ich in Kinderkliniken, Kindertagesstätten und freien Praxen gewinnen konnte. Dem Beitrag von T Bergerhoff entnehme ich, dass der Einsatz von Videodokumentation besonders in freien Praxen aus zeitlichen und finanziellen Gründen Schwierigkeiten zu bereiten scheint.

Tatsächlich ist es insbesondere in freien Praxen eine Herausforderung, die viel Einfallsreichtum und Kreativität erfordert, den Transfer aus meinen Schlussfolgerungen auf die jeweils individuelle Situation zu vollziehen. Dabei ist es mir ein besonderes Anliegen, zu verdeutlichen, wie hilfreich und zugleich auch rationell Videoarbeit im Hinblick auf Therapieplanung,

Selbstevaluation und Kooperation mit den Personen sein kann, die am therapeutischen Prozess beteiligt sind. Es ist davon auszugehen, dass Videodokumentation umso erforderlicher wird, je komplexer sich das therapeutische Problem darstellt oder anders ausgedrückt: Es muss nicht bei jeder Therapie eine Videoaufnahme erstellt werden! Inwiefern Videoaufnahmen innerhalb einer Behandlungssequenz analysiert und ausgewertet werden oder tatsächlich Zeit außerhalb der Therapieeinheit eingesetzt werden muss, muss ebenfalls individuell hängig von der Zielsetzung entschieden werden. Die kritische Selbstevaluation mit Hilfe einer Videoaufnahme jedenfalls ist aus meiner Erfahrung eine der besten Fortbildungen, die man sich selbst gönnen kann!

Im Folgenden möchte ich ergänze in aller Kürze einige praktische Anregungen für den Videoeinsatz in frei Praxen geben:

- In einer Informationsbroschüre, in welcher die freie Praxis vorgestellt wird, könnten Eltern und Ärzte über die anzuwendenden unterschiedlichen Möglichkeiten der Dokumentation - u. a. auch Videodokumentation - unterrichtet werden.
- Zu Beginn der Therapie sollt Eltern und - soweit möglich – der Patient eine Einverständniserklärung zum Einsatz von Videodokumentation abgeben. In dieser Erklärung sollte vor allem darüber informiert werden, welchem Zweck Videodokumentation dient, wer die Videoaufzeichnungen zu sehen bekommt, wo und wie lange sie aufbewahrt werden.
- Es ist zweckmäßig, eine Videoeinheit zur Aufnahme von Therapiesituationen wie auch zur Wiedergabe von Videos in einem Raum fest zu installieren. Die Kamera kann dann ohne weiteren zeitlichen Aufwand während der Therapie mitlaufen. Aus meiner Erfahrung kann ich berichten, dass die Begleitpersonen in der Regel die Kamera auch gerne bedienen. Dabei ist von Vorteil, dass sie das Kind mit besonderer Aufmerksamkeit aus neuer Perspektive beobachten. Dies lässt sich nutzen, um ins Gespräch zu kommen. Die Aussicht, Therapieszenen mit nach Hause zu nehmen und andere Familienmitglieder an den Fortschritten des Kindes teilhaben lassen zu können, unterstützt die Bereitschaft der Begleitpersonen, zu helfen.
- Videoaufzeichnungen können während der Therapieeinheit gemeinsam mit den Eltern analysiert werden. Dies ist eine besonders geeignete Möglichkeit, deren Engagement und Mitverantwortung zu stärken und ihnen zu verdeutlichen, wie wichtig ihre Beobachtungen für den therapeutischen Prozess sein können. Dafür eignen sich auch Aufnahmen, die die Eltern zu Hause selbst erstellen und mitbringen.



- Wem es gelingt, positive Erfahrung mit Videodokumentationen zu machen, wird es nicht mehr als Luxus ansehen, eine Therapieeinheit zu "opfern", sondern der wird diese Arbeitsform als unbedingt notwendiges Instrument in die eigene Arbeit integrieren und nicht mehr darauf verzichten wollen. Bei wohl überlegtem Videoeinsatz wird sich die eingesetzte Zeit durch Verbesserung der Wirksamkeit der Therapie auszahlen.

Gisela Ritter

## Gedanken zur Diskussionsbemerkung von T. Bergerhoff zum Themenschwerpunkt "Bobath-Konzept" Heft 11/2004

H. Viebrock

Mit viel Aufmerksamkeit und in großen Teilen Zustimmung habe ich den Beitrag von T. Bergerhoff gelesen. Sein Anliegen, theoretische Überlegungen und Forschungsergebnisse auf die Praxis zu übertragen und in die tägliche therapeutische Arbeit zu integrieren, kann ich nur unterstützen. Die Diskussion um das Bobath-Konzept wird durch seinen Beitrag ein weiteres Mal angeregt. Ich möchte mich an diesem Austausch in einigen Punkten beteiligen.

Zunächst zur Pilot-Studie zur "Evaluation der Bobath-Therapie" als Einzelfallstudie:

Die Untersuchungen in der Pilotstudie basierten auf drei zusammenhängenden Fragestellungen wie sie Prof. Dr. Welling in seiner Zusammenfassung formuliert:

1. Wie können Fortschritte im Alltagshandeln eines Kindes mit einer Zerebralen Bewegungsstörung
2. unter Anwendung des spezifischen Gerüsts von Prinzipien, Methoden und Techniken der Bobath-Therapie nachgewiesen werden und
3. welche Evaluationsmethodik ist für einen solchen Nachweis brauchbar?

Ziel der Pilotstudie war, Ergebnisse auf der Ebene der Bewegungstherapie und auf der Ebene der Bereitstellung einer Evaluationsmethode zu beschreiben und zu reflektieren. Beide Ebenen stehen in einem Zusammenhang. Diese Studie ist abgeschlossen und die Ergebnisse müssen und sollen nun in einer Feldstudie überprüft werden. Der Vorstand der Vereinigung der Bo-

bath-Therapeuten Deutschlands e.V. hat dazu erste Schritte entwickelt und vorbereitende Verabredungen getroffen, um in absehbarer Zeit eine breit angelegte Feldstudie in Auftrag geben zu können. Dabei wird es wieder um das Beeinträchtigungsbild einer Zerebralen Bewegungsstörung gehen. Andere Beeinträchtigungsbilder könnten eventuell zu einem späteren Zeitpunkt in einer anderen Studie eine Rolle spielen. Soweit der grobe Zeitplan der wissenschaftlichen Vorhaben. Gesundheitspolitisch herrscht seit geraumer Zeit ein erheblicher (Zeit-) Druck. Dieser muss allerdings auf der politischen Ebene gelöst werden. Studien und Praxis-Erfahrungen können Argumente für die politische Diskussion liefern, aber die politische Willensbildung und das politische Handeln können sie nicht ersetzen. T Bergerhoff hat Recht mit seinen dringenden Fragen an die Heilmittelrichtlinien und an die Umsetzung in die tägliche Praxis vor dem Hintergrund der derzeitigen Gesundheitspolitik. Zurzeit gehen wissenschaftliche, fachliche Erkenntnisse, Vorstellungen von Qualität in der Bobath-Therapie und sozialgesellschaftliche, grundlegende internationale Konzepte wie dem der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit der WHO) für mich nur selten erkennbar mit dem politischen Handeln in der Gesundheitspolitik zusammen. Diese Diskrepanz ist in der täglichen Praxis, in den Weiterbildungskursen und in den wissenschaftlichen Projekten deutlich zu spüren.

Wie in der Vergangenheit wird die Vereinigung der Bobath-Therapeuten Deutschlands e.V. als Fachverband mit fachlichen Argumenten soweit irgend möglich Einfluss auf die gesundheitspolitischen Vorstellungen nehmen. Dafür sind die Pilot-Studie und die geplante Feldstudie wesentliche Meilensteine. In diesen Zusammenhang gehören auch die Arbeit zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung sowie die Entwicklung eines zentralen Curriculums durch die Gemeinsame Konferenz Deutscher Bobath-Kurse e.V. Das Anliegen der Vereinigung der Bobath-Therapeuten Deutschlands e.V. ist es

1. die fachliche und persönliche Qualität in der Bobath-Therapie in der täglichen Praxis zu sichern und weiter zu entwickeln,
2. die Kompetenz der Bobath-Therapeutin zu stärken,
3. das Bobath-Konzept mit seinen Prinzipien, Methoden und Techniken vor dem Hintergrund der aktuellen Forschung wissenschaftlich zu begründen
4. und so Einfluss auf die gesundheitspolitische Diskussion zu nehmen.

Dazu dienen unter anderem auch die jährlich stattfindenden Fortbildungstagungen, die sowohl wissenschaftlich-theoretische Schwerpunkte als auch praxisbezogene Themen, wie z. B. unter anderem Inhalte aus dem zentralen Curriculum der deutschen Bobath-Kurse, aus der Quali-

tätigkeitszirkelarbeit, der JCF Klassifizierung" und andere mehr mit einander verbinden. Auch die Jahrestagung, die wir vom 5.5.05-7.5.05 in Aachen in Kooperation mit dem "physiokongress" des Georg Thieme Verlages unter dem Thema:

"Neurowissenschaftliche Erkenntnisse der menschlichen Entwicklung - Bedeutung für Ärzte, Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten im Bobath-Konzept" veranstalten wird diesem Anspruch gerecht.

Ich bedanke mich bei T Bergerhoff für seine Anmerkungen und für sein engagiertes Nachfragen und lade ihn ein, mit uns an dem aufgezeigten Strang zu arbeiten und zu kämpfen.

Hille Viebrock Vorsitzende der Vereinigung der Bobath-Therapeuten Deutschlands e.V.