



**Jakob Tiebel**

# Schlaganfallrehabilitation: Vom Wissen zum Handeln

---

APOLLON SCHRIFTENREIHE ZUR GESUNDHEITSWIRTSCHAFT



Alle Rechte vorbehalten © APOLLON University Press, Bremen

1. Auflage 2021

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverarbeitungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die in diesem Band verwendeten Personenbezeichnungen schließen ausdrücklich alle Geschlechtsidentitäten mit ein.

Projektmanagement und Lektorat: Franziska Beckmann, Bremen

Layout, Satz: Ilka Lange, Hückelhoven

Cover: Elisabeth Drimmel, Bremen, Ilka Lange, Hückelhoven

Coverfotos: © Adobe Stock / sewcream

Korrektorat: Birgit Siekmann, Solingen

Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind abrufbar unter:

<http://dnb.d-nb.de>

ISBN: 978-3-943001-60-0

[www.apollon-hochschulverlag.de](http://www.apollon-hochschulverlag.de)

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	7
<b>1 Einleitung</b>	9
<b>2 Grundlagen</b>	11
2.1 Hintergrund	11
2.2 Problemstellung	15
2.3 Zielsetzung und Forschungsfragen	17
2.4 Wissenschaftstheoretische Abgrenzung	18
2.5 Forschungsansatz und Forschungsprozess	20
2.6 Methodischer Aufbau und Gang der Untersuchung	21
2.7 Inhaltliche und begriffliche Abgrenzung	23
<b>3 Übersicht zum Stand der Forschung</b>	25
3.1 Hintergrund	25
3.2 Methodik	26
3.2.1 Festlegung der Forschungsfrage	27
3.2.2 Identifikation relevanter Studien	27
3.2.3 Aufzeichnung der Daten	28
3.2.4 Zusammenfassung und Berichterstattung der Ergebnisse	31
3.3 Ergebnisse	31
<b>4 Phänomenologie</b>	42
4.1 Hintergrund	42
4.2 Methodik	42
4.3 Ergebnisse	47
<b>5 Problemzentrierte Interviews mit Experten</b>	54
5.1 Hintergrund	54
5.2 Methodik	55
5.2.1 Datenerhebung	56
5.2.2 Datenauswertung	58

5.3	Ergebnisse	60
5.3.1	Vorstellung der Gruppe der Befragten	60
5.3.2	Deskriptive Zusammenfassung der Ergebnisse	61
5.3.3	Übertrag der Ergebnisse auf die Forschungsfrage	78
<b>6</b>	<b>Übertrag und Fazit</b>	<b>81</b>
6.1	Diskussion	81
6.1.1	Theorie-Praxis-Kluft aus psychologischer Sicht	81
6.1.2	Konsequenzen auf Handlungsebene	82
6.1.3	Mögliche Ansätze zur Überwindung	83
6.1.4	Zusammenschau der Ergebnisse und Implikationen	84
6.2	Konklusion	88
<b>Anhang</b>		<b>89</b>
	Abkürzungsverzeichnis	89
	Literaturverzeichnis	90
	Supplement	98
	Abbildungsverzeichnis	99
	Tabellenverzeichnis	100
	Sachwortverzeichnis	101
	Theoretische Ansätze und Bezugsrahmen	102
	Information zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten für Forschungszwecke	106
	Gesprächsleitfaden für Studienteilnehmer	110
	Transkriptionsregeln	112
	Vollständige Transkripte	113
<b>Über den Autor</b>		<b>140</b>

## Vorwort

Dem Autor, Jakob Tiebel, gelingt es nicht nur sinnvolle Vorschläge zur Überwindung der Theorie-Praxiskluft in den Handlungsfeldern der Schlaganfallrehabilitation zu machen, sondern seinem eigenen Anspruch gerecht zu werden. Dabei zeigt er zum einen wissenschaftstheoretische Ansätze auf, ordnet diese zum zweiten zusammenfassend als praktische Konsequenzen ein und zum dritten zeigt er die Probleme des Paradigmenwechsels auf.

Im Fokus von Herrn Tiebel steht ein evidenzbasiertes Vorgehen. Durch die Vernetzung mehrerer Wissenschaftsdisziplinen – insbesondere der Psychologie, der Neurologie sowie der Physio- und Ergotherapie – werden Perspektiven sichtbar, die den Forschungsstand der letzten 20 Jahre in Form eines Scoping Reviews einbeziehen und damit einen wichtigen Überblick darstellen, der so in diesem Ausmaß bisher noch nicht vorlag.

Seinen eigenen Forschungsansatz ordnet Herr Tiebel zwischen den Grundlagen- und Handlungswissenschaften nachvollziehbar ein. Mittels der Phänomenologie und einer qualitativen Inhaltsanalyse kann er zahlreiche Erkenntnisse generieren und diese u. a. in grafische Mehrebenenmodelle übertragen. Auf Basis von drei Experteninterviews wird deutlich, wie die Dimensionen der Gelegenheiten, der Motivation und der Fähigkeiten eine Rolle in der Problemlösung einnehmen könnten und wie mittels des KTA-Frameworks die Handlungsfelder voneinander abzugrenzen sind.

Die noch bestehende Kluft zwischen Forschung und Praxis wird vom Autor selbst überwunden, indem er die bestehende phänomenologische Polarität benennt und zu einem bidirektionalen Austausch zwischen Wissen und Erfahrung anregt.

Herrn Tiebel durfte ich während seines Studiums als Lehrende und Gutachterin seiner Thesis betreuen. Seine eigene Praxiserfahrung gepaart mit vielfältigen präzisen methodischen Vorgehensweisen zeigen, dass er

Experte auf diesem Gebiet ist. Die Perspektiven auf den Forschungsgegenstand haben mich inspiriert. Möge dieses Buch nun Sie inspirieren.

Dr. Lisa Lüdders  
Universität Bremen

Bremen, den 16. Mai 2021

# 1 Einleitung

„Implementation – The missing link in the research translation pipeline: Is it any wonder no one ever implements evidence-based practice?“ (Lynch, 2018)

Der Erkenntnisgewinn um die lebenslange Plastizität des zentralen Nervensystems schaffte vor rund 30 Jahren die Grundlage für die theoretische Fundierung der neurologischen Rehabilitation. Seitdem befindet sich der Sektor in einem fortwährenden Veränderungsprozess, der von hoher Komplexität, Dynamik und erkenntnistheoretischer Volatilität geprägt ist. Basierend auf den neuesten Ergebnissen einer forcierten Erforschung der Strukturen und Funktionen des menschlichen Gehirns streben die Rehabilitationswissenschaften nach Verbesserungen in der Umsetzung neurorestaurativer Interventionen. Mit dem Ziel, eine zunehmend fundierte, effektive und evidenzbasierte Ausgestaltung von Therapien zu erreichen.

Der als *Paradigmenwechsel* bezeichnete wissenschaftstheoretische Wandel ist insbesondere durch die angewandten Fachdisziplinen wie die Physiotherapie und Ergotherapie zu leisten, deren Bestreben es sein sollte, neue Erkenntnisse aus der Forschung in der Praxis umzusetzen. Folglich sind es gerade diese Professionen, die von der veränderten Denkweise und den neuen Behandlungsansätzen empfindlich berührt sind.

Ausgehend von einer – wissenschaftshistorisch betrachtet – erfahrungs- und intuitionsgeleiteten Funktionsbehandlung hin zu einer betont aufgaben- und teilhabeorientierten Reintegrationsbehandlung sind Therapierende im Rahmen der evidenzbasierten Praxis heute ausdrücklich dazu aufgefordert, ihre Entscheidungen für die Versorgung individueller Patienten und Patientinnen systematisch und auf Grundlage eines gewissenhaften Gebrauchs gegenwärtig bester externer wissenschaftlicher Evidenz zu begründen.

Evidenzbasiertes Arbeiten bedeutet demnach, dass in jede Behandlungsentscheidung neben der klinischen Erfahrung, dem persönlichen Wissen und den Werten und Zielen der Patienten/Patientinnen verstärkt Erkenntnisse aus Forschung und Wissenschaft einfließen müssen. Während

das Arbeitsfeld zugleich von neuen Behandlungstechniken wie Spiegeltherapie, Elektrostimulation und Hirnstimulation sowie modernen technologischen Ansätzen, wie dem Einsatz von Apps und Robotern als Therapiemittel, beeinflusst ist.

Eine mehrdimensionale Herausforderung, die keineswegs spontan zu meistern ist. Stark vernachlässigt wird die Verknüpfung von Forschung und Praxis, die für den nachhaltigen Theorie-Praxis-Transfer von fundamentaler Bedeutung wäre. Und so liegt in der evidenzbasierten Praxis die Herausforderung weiterhin im „Grenzgebiet zwischen bekanntem und unbekanntem Terrain, zwischen Empirie und Wissenschaft, zwischen ‚Wir sehen doch, dass es funktioniert‘ und wissenschaftlicher Evidenz“ (Dettmers, 2019).

Als ehemaliger Therapeut mit mehrjähriger klinischer Erfahrung im Bereich der neurologischen Rehabilitation und leitender Produktmanager eines Medizintechnikunternehmens, das auf die Entwicklung von Therapieräten für die Neurorehabilitation spezialisiert ist, beschäftige mich der Paradigmenwechsel nachhaltig.

Eine *psychologische Sicht auf die Dinge* findet in den bisherigen Diskussionen zum Thema leider kaum Berücksichtigung. Dies ist bedauerlich, denn die Psychologie liefert wichtige Beiträge und Erkenntnisse für die Gestaltung erfolgreicher Veränderungsprozesse. Im Kern geht es beim Paradigmenwechsel in der Neurorehabilitation nämlich um nichts anderes als eine nachhaltige Veränderung von Einstellung und Verhalten des Therapeuten/der Therapeutin in Bezug auf die therapeutische Praxis und die Überwindung damit verbundener Barrieren.

In diesem Sinne möchte ich aus persönlicher Motivation einen – wenn auch nur kleinen – Beitrag zur Weiterentwicklung des eigenen Berufsstands leisten.

Jakob Tiebel



## 2 Grundlagen

Nachfolgend werden Hintergrund, Problemstellung und Zielsetzung beschrieben. Anschließend erfolgen die wissenschaftstheoretische Einordnung der Arbeit mit Erklärungen zum Forschungsprozess und Gang der Untersuchung sowie eine inhaltliche und begriffliche Abgrenzung des Themas.

### 2.1 Hintergrund

Den demografischen Hochrechnungen des Statistischen Bundesamtes entsprechend verändert sich die Bevölkerungsstruktur kontinuierlich zugunsten älterer Menschen. Ein Trend, der sich aller Voraussicht nach auch in den nächsten Jahrzehnten fortsetzen wird (vgl. Destatis, 2015).

Durch die altersstrukturellen Veränderungen in der Gesellschaft, die Zunahme chronischer Erkrankungen und einen sich schnell entwickelnden medizinisch-technologischen Fortschritt ergeben sich wichtige Aufgaben für die physikalische Medizin und Rehabilitation (vgl. Schöffski/Schulenburg, 2000, S. 82 ff.). Im Fokus stehen Menschen mit unterschiedlichsten Erkrankungen. Alle gemeinsam haben sie das Ziel einer nach Möglichkeit vollständigen Funktionswiederherstellung, Verbesserung der Lebensqualität und Reintegration in den Alltag (vgl. Fialka-Moser, 2013, S. 1 ff.).

Durch die Verschiebung im Morbiditätsspektrum sind vor allem neurologische Erkrankungen und Syndrome auf dem Vormarsch. In den Fachabteilungen der Neurologie werden in Deutschland jährlich etwa eine Million Menschen versorgt. Am häufigsten behandelt werden altersassoziierte Erkrankungen wie der Schlaganfall und Volkskrankheiten wie Polyneuropathie, neurodegenerative Erkrankungen wie Morbus Parkinson und autoimmunologische Erkrankungen wie Multiple Sklerose (vgl. Destatis, 2016; Walbert et al., 2007; Berger/Heuschmann, 2006).

Besonders der Schlaganfall ist im Gesamtvergleich nach den kardiovaskulären Erkrankungen und Tumorerkrankungen eines der bedeutendsten Krankheitsbilder in den westlichen Industrieländern und zählt zu den häufigsten Ursachen für dauerhafte Einschränkungen der Selbstständigkeit

(vgl. Sitzer/Steinmetz, 2011; Heuschmann et al., 2010). Der Schlaganfall ist die zweithäufigste Todesursache weltweit, der dritthäufigste Grund für durch Krankheit und Tod reduzierte Lebensjahre und einer der Hauptgründe für ein Leben mit Behinderung (vgl. Feigin et al., 2014; Go et al., 2014). Die Zahl der Menschen, die in ihrem Leben mindestens einen Schlaganfall erleiden, ist in den letzten 20 Jahren auf 33 Millionen p. a. gestiegen (84 %) (vgl. Feigin et al., 2014). Etwa 270.000 Schlaganfälle ereignen sich jedes Jahr allein in Deutschland (vgl. Busch et al., 2013). Bis 2030 wird mit einer Verdopplung der Fallzahlen gerechnet (vgl. Krishnamurthi et al., 2013; Lozano et al., 2012; Murray et al., 2012).

Zu den Folgen des Schlaganfalls zählen sensorische, motorische und kognitive Beeinträchtigungen sowie eine verminderte Fähigkeit zur Selbstversorgung (vgl. Miller et al., 2010). So weisen beispielsweise drei Monate nach einem Schlaganfall 60 % aller Patienten und Patientinnen eine noch stark beeinträchtigte Gehfähigkeit auf (vgl. Hesse et al., 2001). Ein weiterer bedeutender Prädiktor für Langzeitbeeinträchtigungen ist die Armparese (vgl. Meijer et al., 2003; Hankey et al., 2002). Die motorische Beeinträchtigung der oberen Extremität macht bis zu 50 % der Varianz in der funktionellen Selbstständigkeit von Schlaganfallpatienten aus (vgl. Mecier et al., 2001). Weniger als die Hälfte aller Betroffenen erlangt grundlegende alltagsrelevante Armfunktionen zurück; ihre Unabhängigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens bleibt eingeschränkt und ihre Lebensqualität dauerhaft gemindert (vgl. Chen et al., 2015; Broeks et al., 1999).

Die epidemiologischen Daten zum Schlaganfall bilden für die Planung zukünftiger Versorgungsbedarfe und möglicher Optimierungspotenziale eine wichtige Grundlage. Die Kosten für die Behandlung, Rehabilitation und Pflege stellen das Gesundheitssystem vor eine enorme Belastung (vgl. Destatis, 2014; Heuschmann et al., 2010; Walbert et al., 2007). Unter zusätzlicher Berücksichtigung der Kosten, die durch einen Ausfall der Produktivität entstehen, ist der Schlaganfall die Krankheit mit der höchsten Belastung für das Gesundheitssystem überhaupt (vgl. Diener, 2008). Diese Trends zeichnen sich in vergleichbaren Industriestaaten ähnlich ab (vgl. Bassler et al., 2007). Vor diesem Hintergrund nimmt die Frage nach Effek-

tivität und Effizienz insbesondere in der Rehabilitation kontinuierlich an Bedeutung zu, um die Folgen der Erkrankung abzufedern, eine bestmögliche Wiedereingliederung in den Alltag, den Beruf sowie in die Gesellschaft zu erreichen und dabei die Kosten in vertretbarem Rahmen zu halten (vgl. Walbert et al., 2007). Die mit der motorischen Therapie des Schlaganfalls assoziierten Therapieerfolge sind von hoher Relevanz und beschäftigen die klinische Forschung und Praxis nachhaltig (vgl. Platz, 2015; Platz, 2011).

In der neurologischen Rehabilitation ist die motorische Therapie eine zentrale Domäne der Physio- und Ergotherapie (vgl. Platz, 2015). Die beiden Berufsgruppen haben sich interdisziplinär darauf spezialisiert, Therapien anzubieten, die auf das Wiedererlernen motorischer Fähigkeiten ausgelegt sind und für ein breites Spektrum neurologischer Pathologien angewendet werden können. Wesentliches Ziel aller Maßnahmen ist es, Patienten und Patientinnen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wieder zu ermöglichen (vgl. Peppen et al., 2007a; Peppen et al., 2007b).

Während des letzten Jahrhunderts wurde die Behandlung von Schlaganfallpatienten und Schlaganfallpatientinnen hauptsächlich durch traditionelle krankengymnastische Schulen vorangetrieben, wie z. B. Bobath (vgl. Bobath, 1990; Davies, 1985), propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) (vgl. Knott/Voss, 1986), Vojta (vgl. Vojta, 1965) und Brunnstrom (vgl. Sawner et al., 1992). Die Behandlungsverfahren unterscheiden sich in ihrer Effektivität nachweislich kaum voneinander (vgl. Liepert, 2010; Hesse et al., 2008). In Deutschland ist vor allem die Bobath-Therapie vorherrschend. Sie zielt auf eine Normalisierung des Muskeltonus und die Wiederherstellung möglichst physiologischer Bewegungsmuster ab. Ausgegangen wird dabei von einem Transfer einer erlernten motorischen Aufgabe auf die nächste. Postuliert wird eine monokausale Kette, der entsprechend das Bobath-Konzept das Sitzen und Stehen als wesentliche Voraussetzung für das Gehen ansieht und die Kontrolle des Rumpfes als wesentliche Voraussetzung für die Armfunktion (vgl. Tiebel, 2019a). Vor dem Hintergrund heutiger Erkenntnisse zum motorischen Lernen und der Funktionserholung bei zentralmotorischen Bewegungsstörungen sind diese Ansichten jedoch kaum noch haltbar.

Aufgrund der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur neuronalen Reorganisation und Plastizität des Nervensystems sowie zu Wirksamkeitsnachweisen verschiedener Interventionen hat sich die neurologische Rehabilitation in den vergangenen 25 Jahren einem Wandel unterzogen. Die Umsetzung einer evidenzbasierten und leitliniengestützten klinischen Vorgehensweise ist in den Vordergrund gerückt (vgl. Tiebel/Huber, 2020).

Der Begriff Evidenz leitet sich von dem englischsprachigen Wort *evidence* ab und kann mit Beweis, Zeugnis oder auch Ergebnis übersetzt werden. Bezogen ist dieser Beweis auf die Erkenntnisse innerhalb von wissenschaftlichen Studien, die die Wirksamkeit einzelner physiotherapeutischer Interventionen bestätigen oder widerlegen. Eine evidenzbasierte Vorgehensweise verlangt demnach, dass bei jeder therapeutischen Behandlung eine patientenorientierte Entscheidung auf der Basis von empirischer Wirksamkeit getroffen wird (vgl. Antes et al., 2003; Cochrane, 1972; Sacket et al., 1999).

Bei der leitliniengestützten Vorgehensweise werden die Prinzipien der evidenzbasierten Praxis auf die organisatorische und institutionelle Ebene übertragen. Das heißt, eine Behandlungsempfehlung wird nicht für einzelne Kranke, sondern für eine Gruppe von Kranken oder für eine ganze Bevölkerung ermittelt. Aus den Ergebnissen der Forschung werden dann allgemeine Behandlungsempfehlungen, sogenannte Leitlinien, abgeleitet (vgl. Tiebel, 2017a; Tiebel, 2017b).

Die traditionellen Ansätze treten in evidenzbasierten und leitliniengestützten Therapieverfahren heute kaum noch in Erscheinung. Ihre Anwendung wird nach wissenschaftlichen Kriterien inzwischen als nicht mehr überzeugend empfunden. Insbesondere dann, wenn sie in ihrer ursprünglichen Form strikt formalisiert angewendet werden (vgl. Pollock et al., 2014; Kollen et al., 2009; Pollock et al., 2007).

Vielmehr gibt es starke Hinweise darauf, dass physiotherapeutische Interventionen dann wirksam sind, wenn ein intensives, hoch repetitives, aufgabenspezifisches Training durchgeführt wird. Ausgegangen wird in den letzten Jahren von einer Dosis-Wirkungs-Beziehung, deren Effekte sich auf

die tatsächlich trainierten Funktionen und Aktivitäten beschränken (vgl. Verbeek et al., 2014).

## 2.2 Problemstellung

Die evidenzbasierte Physiotherapie und Ergotherapie in der Schlaganfallrehabilitation hat sich also in den letzten Jahrzehnten zu einer auf *Beweismaterial* gestützten Heilkunde entwickelt und umfasst heute Formen der therapeutischen Behandlung, bei denen patientenorientierte Entscheidungen ausdrücklich auf der Grundlage von nachgewiesener Wirksamkeit getroffen werden sollen. Die evidenzbasierte Therapie steht damit in einem starken Gegensatz zu traditionellen Behandlungsformen, bei denen kein solcher Wirksamkeitsnachweis vorliegt und Anspruch erhoben wird (vgl. Tiebel/Huber, 2020).

Allerdings geraten auch die evidenzbasierten Therapieverfahren seit einiger Zeit in die Kritik. Ihre Überlegenheit gegenüber den konventionellen Therapieverfahren beruht bislang auf den Erkenntnissen wissenschaftlicher Studien, in denen die Behandlungsmethoden miteinander verglichen wurden. Ein Wirksamkeitsnachweis erfolgt bei diesen Verfahren auf Grundlage statistischer Verfahren. Ein Großteil der in der Biomedizin verfügbaren Studien weist jedoch methodische Schwächen auf und die statistischen Berechnungen haben aufgrund geringer Teststärke nur eine begrenzte Aussagekraft (vgl. Button et al., 2013; Ioannidis, 2005). Analysen haben gezeigt, dass die statistische Power wissenschaftlicher Studien im Median gerade einmal bei 10 bis 30 Prozent liegt (vgl. Ioannidis, 2005). Viele – wenn nicht sogar die meisten – Schlussfolgerungen in der biomedizinischen Forschung sind deshalb potenziell falsch (vgl. Button et al., 2013). In der Folge kommt es zu Überschätzungen der Effektstärken und schlechter Reproduzierbarkeit der Ergebnisse (vgl. Baker, 2016). Ursächlich dafür sind Untersuchungen an meist viel zu kleinen Stichproben (vgl. Button et al., 2013).

So kommt es, dass in den letzten drei Jahren gleich mehrere große, methodisch gut umgesetzte Interventionsstudien, die auf einen Wirksamkeitsnachweis motorischer Therapien nach Schlaganfall abzielten, zeigten, dass

sich die motorische Leistung der Probanden und Probandinnen sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe in einem ähnlichen Ausmaß verbesserten (vgl. Stinear et al., 2020). Grund hierfür könnte tatsächlich das Fehlen eines zusätzlichen Nutzens der getesteten Interventionen sein. Die Ergebnisse dieser Studien stehen damit im Widerspruch zu den Empfehlungen aktueller evidenzbasierter Leitlinien.

Zuletzt ging Ende 2019 die Schlagzeile *Neue Erkenntnisse zur Schlaganfall-Rehabilitation: Entspannung besser als Laufbandtraining* durch die Newsfeeds einschlägiger Fachmedien (vgl. DGN, 2019) und sorgte damit für Aufregung im Rehabilitationssektor (vgl. Dettmers et al., 2020).

Anlass dazu gaben die Ergebnisse der großen deutschen multizentrischen Studie PHYS-STROKE (Physical Fitness Training in Patients with Subacute Stroke), in der von 2013 bis 2017 in sieben stationären Rehabilitationskliniken die Effekte eines aeroben Laufband-Trainings mit Beginn in der Frühphase nach einem Schlaganfall untersucht wurden (vgl. Nave et al., 2019). An der Studie nahmen 200 erwachsene Schlaganfallpatienten und -patientinnen mit einem Durchschnittsalter von 69 Jahren teil. Die Interventionsgruppe mit 105 Probanden und Probandinnen absolvierte zusätzlich zu den Standard-Reha-Maßnahmen ein aerobes Laufband-Training, wie es in der Leitlinie zur Rehabilitation der Mobilität nach Schlaganfall (ReMoS) der Deutschen Gesellschaft für Neurologische Rehabilitation (DGNR) mit starker Evidenz empfohlen wird (vgl. Dohle et al., 2015). Die Kontrollgruppe mit 95 Probanden nahm neben den Standard-Reha-Maßnahmen an Entspannungseinheiten teil. Jede Gruppe absolvierte das jeweilige Training fünfmal wöchentlich, jeweils 25 Minuten, über insgesamt vier Wochen. Entgegen aller Erwartungen zeigte sich das von den Fachgesellschaften empfohlene Ausdauertraining im Rahmen der Studie gegenüber der Entspannungstherapie als nicht überlegen. Die neuen Daten deuten darauf, dass insbesondere in der Frühphase nach einem Schlaganfall *weniger vielleicht doch mehr* ist (vgl. Ebinger et al., 2020). Ferner zeigt die PHYS-STROKE-Studie einmal mehr, dass größere randomisierte Studien nicht automatisch die in Metaanalysen kleinerer Studien geweckten Hoffnungen bestätigen (vgl. Ebinger et al., 2020; Bernhard et al., 2015; Duncan et al., 2011). Die

Studienergebnisse wurden im renommierten British Medical Journal veröffentlicht und auf einer Tagung des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung e. V. am 30. September 2019 in Greifswald vorgestellt.

In der Praxis der Schlaganfallrehabilitation müssen offensichtlich noch erhebliche Fortschritte erzielt werden, um das klinische Outcome der Patienten und Patientinnen im Vergleich zur derzeitigen Versorgung zu verbessern (vgl. Stinear et al., 2020). An dieser Stelle bekommt der Paradigmenwechsel in der Neurorehabilitation eine psychologische Dimension, denn für viele Therapierende tritt aufgrund der teils widersprüchlichen Aussagen in Studien seit einigen Jahren die Suche nach Orientierung ein. Gewohnte, gelernte und als richtig empfundene Vorgehensweisen in der Behandlung werden plötzlich aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse infrage gestellt (vgl. Tiebel/Huber, 2020). Zudem zeigen sich im Hinblick auf die evidenzbasierte Therapie erhebliche Schwierigkeiten im Theorie-Praxis-Transfer (vgl. Tiebel, 2017a). Und so endet der wissenschaftliche Diskurs derzeit für viele Therapierende in einem inneren Konflikt, der zu Verzweiflung, Resistenz und *Ablehnung aus Selbstschutz* führt (vgl. Tiebel/Huber, 2020). Die Physiotherapie und Ergotherapie hat sich vor einigen Jahren auf den Weg gemacht, ihr Handlungsfeld in Theorie und Praxis neu zu beschreiben. Sie befindet sich seitdem in einem Veränderungsprozess, der vom Wunsch nach wissenschaftlicher Emanzipation und Professionalisierung geprägt ist (vgl. Richter, 2016). Im Spannungsfeld aus Wissenschaftlichkeit und Klientenzentrierung müssen sich Therapierende mit ihren Aufgaben deshalb immer wieder neu finden. Es besteht das Risiko, dass sie in Zeiten der Überforderung und des *Herumexperimentierens* zu alten Gewohnheiten zurückkehren und sich wieder den Ideologien streng formalisierter traditioneller Konzepte zuwenden (vgl. Tiebel/Huber, 2020).

### 2.3 Zielsetzung und Forschungsfragen

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, erstens die Problematik des Theorie-Praxis-Transfers aus psychologischer Sicht darzustellen, zweitens die sich daraus ergebenden Konsequenzen auf Handlungsebene zu transferieren

und drittens auf empirischem Wege Lösungsansätze zur Überwindung bestehender Theorie-Praxis-Probleme in ausgewählten Handlungsfeldern der Schlaganfallrehabilitation anzudenken.

Die Festlegung der Zielsetzung begründet sich damit, dass es im deutschsprachigen Raum bisher keine empirisch gesicherten Daten zu den psychologischen Einflüssen des Theorie-Praxis-Transfers auf die Therapieberufe – Physiotherapie und Ergotherapie – gibt.

Da ein wissenschaftlicher Fortschritt nicht ausschließlich von individuellen Überzeugungen ausgehen kann, sollen im Rahmen dieser wissenschaftlichen Arbeit folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

- 1) Welche erlebens- und verhaltensbeeinflussenden Determinanten lassen sich anhand psychologischer Kriterien aus dem aktuellen Stand der Forschung ableiten?
- 2) Inwieweit lassen sich diese erlebens- und verhaltensbeeinflussenden Determinanten anhand konkreter phänotypischer Beispiele in die von Therapierenden empirisch wahrnehmbare Realität übertragen?
- 3) Welche Ansatzmöglichkeiten gibt es, um die beschriebenen Theorie-Praxis-Probleme auf handlungspraktischer Ebene zu lösen?

## 2.4 Wissenschaftstheoretische Abgrenzung

Die vorliegende Arbeit hat einen hohen Realbezug und erhebt den Anspruch an einen praktischen Erkenntnisgewinn. Wissenschaftstheoretisch ist die Arbeit an der Schnittstelle zwischen angewandter Psychologie und angewandten Therapiewissenschaften im Gebiet der Handlungswissenschaften einzuordnen (vgl. Abb. 2.1). Um diese wissenschaftstheoretische Einordnung entsprechend zu begründen, müssen zunächst die Formal- und Realwissenschaften voneinander abgegrenzt werden.



## Sachwortverzeichnis

<b>A</b>		<b>P</b>	
Action Research	20	Phänomenologie	42, 55
Adapt Knowledge to Local Context	45, 49, 68	Physiotherapie	
Assess Barriers/Facilitators to Knowledge Use	46, 50, 70	– evidenzbasiert	15
<b>B</b>		PHYS-STROKE	16
Bobath-Therapie	13	Praxis	
<b>D</b>		– evidenzbasiert	23
Dosis-Wirkungs-Beziehung	14	<b>R</b>	
<b>E</b>		Realwissenschaften	19
Ergotherapie		Rehabilitation	
– evidenzbasiert	15	– neurologisch	13
Evaluate Outcomes	46, 52, 76	ReMoS Leitlinie	49
Evidenz	14	RQDA	60
<b>F</b>		<b>S</b>	
Formalwissenschaften	19	Schlaganfall	11
<b>I</b>		Scoping Reviews	26
Identify Problem	45, 49, 66	Select, Tailor, Implement	
Implementierungsforschung	24	Interventions	46, 51, 72
Interview		Sustain Knowledge Use	47, 52, 77
– problemzentriert	56	<b>T</b>	
<b>K</b>		Theoretical Domains Framework	28
Knowledge Inquiry	45, 47, 61	Theorie-Praxis-Kluft	23
Knowledge Synthesis	45, 48, 63	Theorie-Praxis-Transfer	24
Knowledge to Action Framework	43	Therapie	
Knowledge Tools and Products	45, 48, 64	– evidenzbasiert	17
<b>M</b>		<b>V</b>	
Monitor Knowledge Use	46, 51, 74	Vorgehensweise	
Morbiditätsspektrum	11	– evidenzbasiert	14
		– leitliniengestützte	14
		<b>W</b>	
		Wissen-Praxis-Lücke	23
		Wissenstranslation	24
		Wissenszirkulation	24

## Über den Autor

Jakob Tiebel ist Ergotherapeut und studierte Angewandte Psychologie an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen. Er forscht und publiziert zum Theorie-Praxis-Transfer in der Neurorehabilitation sowie zu aktuellen therapiewissenschaftlichen Themen. Seine Expertise fußt auf mehrjähriger praktischer Erfahrung in der neurologischen Frührehabilitation. 2013 setzte sich sein beruflicher Werdegang in der Industrie fort. Mehrere Jahre leitete er das Produktmanagement der medica Medizintechnik GmbH, einem führenden deutschen Unternehmen für robotikgestützte Therapieverfahren in der Neurologie. Parallel koordinierte er die Arbeitsgruppe für Gesundheitsökonomie der International Industry Society in Advanced Rehabilitation Technology (IISART). Seit 2020 ist er hauptberuflich im Bereich der Digitalisierung im schweizerischen Gesundheitswesen tätig. Er leitet die Ressorts Marketing und Vertrieb der Visionary AG, dem Betreiber der größten e-Health-Plattform für Ärzte in der Schweiz. Dem Therapiesektor hält er weiterhin die Treue, in dem er Medizintechnik-Start-ups im Rehabilitationssektor unterstützt, Vorträge und Fortbildungen zum Theorie-Praxis-Transfer in der Neurorehabilitation hält und Co-Moderator des Podcasts *Synapsengulasch*, dem Podcast für wissenshungrige Therapeuten, ist.