



Ergonomie in helfenden Berufen

Sicherheitsinformationen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt

Inhalt

Zielgruppen	4
Ziele	4
Prinzip	4
Grundlagen	5
Lumbosacrale Verankerung	7
Klientin/Klient, Patientin/Patient	9
Begriffsklärung	9
Selbstschutz	11
Ausgleichsbewegung	12
Transfers	13
Aufsetzen im Bett zum Querbett-Sitz	13
Vom Querbett-Sitz zur Rückenlage	15
Rutschen zur Seite	16
Rutschen nach oben/unten	18
Vom Querbett-Sitz zum Stand	20
Vom Sessel in den Rollstuhl	21
Gehhilfen	24
Literatur, Kontakte, Fachliches Konzept	27

Zielgruppen

Menschen, die in der Betreuung bzw. Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen arbeiten, wie z. B.

- Heimhelferinnen bzw. Heimhelfer
- Pflegehelferinnen oder Pflegehelfer
- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal (DGKP) in der Hauskrankenpflege
- Personal im Krankentransportwesen
- Angehörige von behinderten bzw. pflegebedürftigen Personen

Ziele

Verstärkte Wahrnehmung der eigenen Haltung oder Bewegung bei typischen Abläufen im Alltag entwickeln.

- Generelles Verständnis für typische Probleme von Betreuten herstellen
- Wissen um die Konsequenzen des eigenen Bewegungsverhaltens für Betreute und Betreuende
- Erkennen von Grenzen der physischen Belastbarkeit
- Tipps zur einfachen Lagerung, Entlastungsstellungen und Übungen zum Ausgleich bei Überlastungen

Prinzip

- Ressourcen der Betreuten nutzen
- Orientierung am physiologischen Bewegungsablauf, um die Bewegungsmöglichkeiten der Betreuten optimal zu nutzen
- Gute lumbosacrale Verankerung der Hüftgelenke und des Beckens der betreuenden Person, um eine möglichst stabilisierte Haltung des Rückens zu ermöglichen
- Klare Beschreibung von Information und Instruktion der Betreuten sowie des Bewegungsablaufs für Betreute und Betreuende

Grundlagen

Der Mensch ist als „Bewegungstier“ entstanden, und Bewegung bestimmt sein Leben von Anfang an. Ein Embryo bewegt sich in seiner Fruchtblase, und weil Muskeln an den Knochen anziehen, bekommt er im Laufe seiner Entwicklung die charakteristische Form eines Neugeborenen.

Nach der Geburt ist Bewegung ein ständiges Auseinandersetzen mit der Schwerkraft, die den Körper formt.

Fehlen diese physiologischen Reize für längere Zeit, kommt es zu Einschränkungen und Behinderungen. Fast alle Gewebe (Knochen, Gelenke, Bandscheiben, Bänder, Muskeln und Sehnen) benötigen Zug und Druck zur Ernährung und Erhaltung ihrer Struktur.

Bandscheiben haben zum Beispiel kein eigenes „Versorgungssystem“, sondern ernähren sich – vergleichbar mit einem Schwamm – durch ständige Be- und Entlastung.

Dadurch werden sie ausreichend mit Nährstoffen versorgt, um ihre Stoßdämpferfunktion zu erfüllen.



Bandscheiben

Die physiologischen Krümmungen der Wirbelsäule, die nach der Geburt geschwungen (c-förmig) ist, entwickeln sich durch die Bewegungen.

Auch hier gilt: „Form follows function“ – die Form entwickelt sich aus der Funktion.

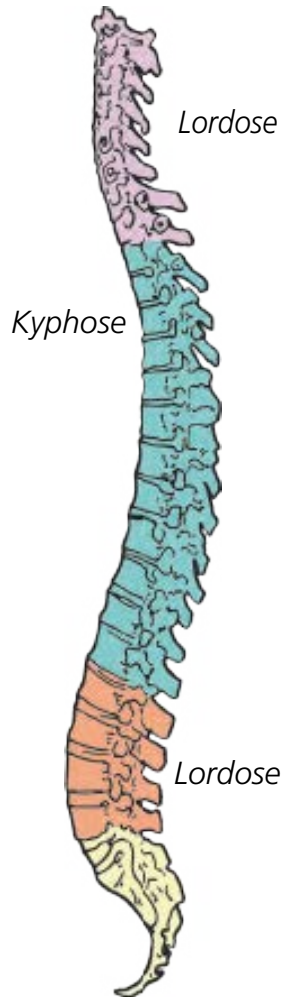
Eine Wirbelsäule muss sowohl der Schwerkraft widerstehen und Kräfte von oben nach unten ertragen können als auch beweglich sein.

Sie muss daher genau diese Krümmungen (siehe Grafik nebenan) aufweisen.
(Stabilität – Mobilität)

Durch das Strecken in Bauchlage entsteht die Lordose in der Lendenwirbelsäule, im Sitzen entwickelt sich die Kyphose der Brustwirbelsäule.

Erst mit dem Aufstehen entsteht die Lordose in der Halswirbelsäule und erleichtert das Tragen des Kopfes.

Mit abgeschlossenem Wachstum weist die Wirbelsäule eine gute Konstruktion auf, die unter Erhalt dieser physiologischen Krümmungen noch viel mehr Belastung als nur die der Schwerkraft aushalten kann.



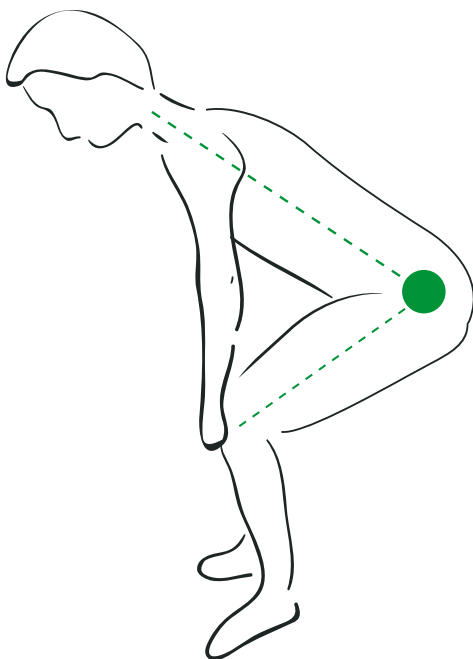
Lumbosacrale Verankerung

Physikalisch betrachtet, weist die Wirbelsäule einen relativ hohen Schwerpunkt (ca. im Bereich des Steißbeins) auf. Das ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass der Mensch gut geeignet ist, seine Position im Raum rasch zu verändern, aber große Mühe hat, ruhig zu stehen.

Die Hüftgelenke sind als Kugelgelenke gut beweglich. Von der Seite und im Stand betrachtet, bieten sie allerdings viel mehr Möglichkeiten, dort zu beugen (Gesäß nach hinten) als in die andere Richtungen zu bewegen.

Die Kniegelenke, im Wesentlichen hier in „Scharnierfunktion“, bieten genau die gegenteilige Bewegung an. Sie können sich weit nach vorne aber nur gering nach hinten bewegen.

Auch die Form der Muskeln ist hier ein guter Hinweis auf die Funktion: Sie sind deutlich ausgeprägt am Gesäß, an den Oberschenkeln und an der Wade.



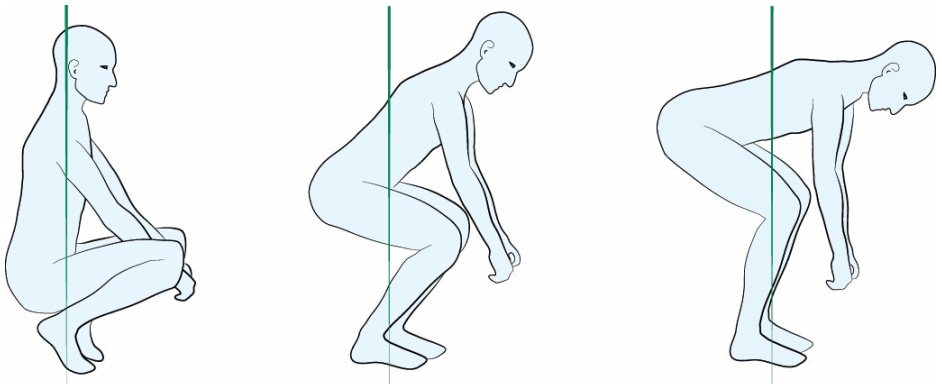
Lumbosacrale Verankerung

Um den Schwerpunkt zu senken – zum Vorbeugen, Bücken, Aufheben etc. – ist es notwendig, Knie und Hüftgelenke zu beugen. Dadurch werden die physiologischen Krümmungen der Wirbelsäule nicht verändert.

Es geht also nicht um eine reine „senkrechte“ Haltung der Wirbelsäule, sondern um eine unveränderte Position der Krümmungen in jedem Winkel der Vorneigung.

Dieser Winkel ist abhängig vom Bücktypus, dem Verhältnis Beinlänge zu Oberlänge und der zu erwartenden Last – also jeweils abhängig von der individuellen Situation. Allen Menschen gleich ist die Notwendigkeit, Knie und Hüfte relativ stark zu beugen und die Länge zwischen Kopf und Sitzknochen nicht zu verändern.

Eine Veränderung dieses Bewegungsablaufs zwingt die Wirbelsäule in eine stark gebeugte Position und führt zu einem hohen Druck innerhalb der Bandscheiben, besonders im Bereich der Lendenwirbelsäule. Ungünstige Bewegungsabläufe schaden langfristig der Wirbelsäule.



Abbildungen verschiedener Varianten des rückengerechten Bückens ohne Lastaufnahme.

Jedes Kleinkind ist mit dem normalen Bewegungsablauf von Vorbeugen, Bücken und Aufheben eines Gegenstands vertraut und setzt ihn unzählige Male im Alltag ein. Bei einem Test der Alltagsbewegungen auf ihre „Rückenfreundlichkeit“ geht es im Grunde nicht darum, etwas völlig Neues zu erlernen, sondern sich wieder eines guten Gebrauchs des eigenen Körpers zu erinnern.

Nähere Ausführungen zu Lastmanipulationen > 3 kg sind im Merkblatt M 025 „Heben und Tragen“ zu finden.

Klientin/Klient, Patientin/Patient

Menschen, die Unterstützung beim Bewegen brauchen, leiden zumeist unter der Einschränkung ihrer Mobilität. Sie werden Hilfe im notwendigen Ausmaß gerne akzeptieren, es aber ablehnen, mehr als notwendig entlastet zu werden.

Instinktiv erkennen sie, dass sie damit den Verlust von Fähigkeiten in Kauf nehmen und in weiterer Folge umso mehr in Abhängigkeit geraten könnten. Regression (= innerer Rückzug, Rückentwicklung) ist oft die Folge eines Zuviels an Unterstützung.

Es geht also um ein maximales Nützen der eigenen Ressourcen der Betreuten, und zwar nicht primär zur Unterstützung der Betreuenden, sondern zum Erhalt der Lebensqualität und Gesundheit der Betreuten.

Begriffsklärung

Die **Betreuenden** können Angehörige, Sanitäterinnen/Sanitäter, Zivildienstler, diplomiertes Pflegepersonal, Ärztinnen/Ärzte, Heimhelferinnen/Heimhelfer etc. sein, im Folgenden mit **H** abgekürzt.

Um die Notwendigkeit der Anpassung an die jeweilige Situation deutlich zu machen, werden drei Typen von **Betreuten** **M** beschrieben:

A geht selbständig mit einer Gehhilfe. Zum Aufstehen aus dem Bett oder aus dem Sessel braucht sie/er eine verbale Aufforderung und eventuell Kontakt mit den Händen, aber keine Gewichtsübernahme durch **H**.

B ist stehfähig, aber die meiste Zeit des Tages immobil. Sie/er braucht Unterstützung bei sämtlichen Transfers, allerdings unter Berücksichtigung ihrer/seiner vorhandenen Fähigkeiten.

Falls vorhanden, können auch Hilfen zum Transfer eingesetzt werden.

C ist immobil und wird beim Transfer zum größten Teil passiv bewegt. Möglicherweise besteht starkes Übergewicht oder eine den Transfer besonders erschwerende Erkrankung (z. B. bei Schlaganfallpatientinnen bzw. Schlaganfallpatienten mit starken Gleichgewichtsstörungen).

Unterstützende mechanische Hilfen zum Transfer sind zum Schutz von **H** notwendig.

Eine gute Technik ist für **H** wichtig, um bleibende Schäden durch zu große Belastung zu vermeiden.

Wichtig ist **erstens** die Unterscheidung, zu welchen Gruppen die oder der jeweilige **M** gehört. Es wäre unsinnig, aus „Gewohnheit“ alle Betroffenen wie **C** zu „unterstützen“ und damit zu behindern! Das führt zum Schaden von **M** (vorzeitiger Verlust von wesentlichen Fähigkeiten) und zur körperlichen Überlastung von **H**!

Zweitens sollte man die „Grenzen des Möglichen“ deutlich erkennen, unter Berücksichtigung dessen, was der Lebensqualität von **M** eigentlich entspricht. Je nach Berufsgruppe wird es ein anderes Ziel der Mobilisation geben (rascher Transport ins Krankenhaus im Vergleich zu Gehübungen mit der Physiotherapeutin/dem Physiotherapeuten). Dieses sollte aber regelmäßig hinterfragt werden, um weder zu viel noch zu wenig zu fordern. So macht es z. B. keinen Sinn, eine nicht (mehr) stehfähige Person **M** um jeden Preis außerhalb des Bettes zu mobilisieren.

Um Menschen bei Bewegungen zu unterstützen, sollten folgende Prinzipien beachtet werden:

- Ressourcen nutzen
- Orientierung am physiologischen Bewegungsablauf, um die Bewegungsmöglichkeiten von **M** optimal zu nutzen
- Gute lumbosacrale Verankerung von **H**, um eine möglichst stabilisierte Haltung des Rückens zu ermöglichen
- Klare Information an **M** (Was wird geschehen?)
- Klare Instruktion von **M** (Was soll **M** tun?)
- Aktionen von **M** und **H** (Was tut **M** und was tut **H**?)

Selbstschutz

Um eine **gute Position des eigenen Rückens** zu erreichen (vgl. lumbosacrale Verankerung, *Bild Seite 7*) gibt es verschiedene Möglichkeiten. Allen gemeinsam ist die Haltung der Wirbelsäule in ihren physiologischen Schwingungen und gut gebeugte Hüft- und Kniegelenke.

- Schrittstellung: Wenn ein Bein weiter vorn steht, fällt es leichter, den Rücken gerade vorzulehnen.
- Ein Knie auf das Bett legen: Wenn es die hygienischen Bedingungen erlauben, ist es leichter, eine größere Distanz zu überwinden, z. B. wenn **M** auf der weiter entfernten Seite des Bettes liegt.
- Das Gesäß weit nach hinten schieben: Speziell wenn es um großes Gewicht geht, ergibt sich damit eine gute Hebelwirkung, die die Arbeit erleichtert.

Wichtig ist dabei eine praktische Arbeitskleidung, die diese Positionen auch ermöglicht:

- Nicht zu enge Hosen
- Flache, Halt gebende Schuhe
- Nicht zu weite Oberbekleidung, damit **M** nicht hängen bleiben kann.

Je mehr Unterstützung **M** braucht, umso mehr muss der Arbeitssituation von **H** Rechnung getragen werden:

- Gute Beleuchtung erleichtert das Sehen für alle Beteiligten.
- Gute Belüftung verbessert die Atemluft im Raum.
- Betten können zum Erleichtern des Aufstehens erhöht werden (z. B. zusätzliche große Holzklötze unter die Eckpfosten).
- Falls jemand hauptsächlich im Bett versorgt wird, empfiehlt sich die Anschaffung eines höhenverstellbaren Krankenbettes.

Dieses kann dann in einer für **H** geeigneten Höhe (ca. in Höhe der Hüftgelenke) eingestellt werden und zum Aufstehen und Niedersetzen von **M** jeweils verändert werden. Außerdem bietet ein Krankenbett meist auch Erleichterungen bei diversen Lagerungen.

Ausgleichsbewegung

Familiäre Unterstützung von Angehörigen und professionelle Arbeit in einem helfenden Beruf sind körperlich und seelisch belastende Tätigkeiten. Um Überforderungen zu vermeiden, sollte man rechtzeitig für ausgleichende, entlastende und Freude machende Freizeitgestaltung sorgen (Sport, Hobbys, kulturelle Aktivitäten etc.).

Als Akutmaßnahme bei Rückenbeschwerden ist die *Stufenlagerung* hilfreich. Dazu werden in Rückenlage die Beine hoch gelagert, sodass sich Knie- und Hüftgelenke jeweils im rechten Winkel befinden (z. B. auf einen Sessel).

Eine vorherige Wärmeanwendung (Infrarotlampe, warmes Bad oder Dusche) verstärkt den schmerzlindernden Effekt.

Transfers

Beschrieben werden

- das Aufsetzen aus der Rückenlage bis zum Querbett-Sitz
- vom Querbett-Sitz zurück in die Rückenlage
- das Rutschen zur Seite
- das Rutschen nach oben/unten
- vom Querbett-Sitz zum Stand
- vom Sessel in den Rollstuhl (betrifft auch alle anderen Transfers von Sitzfläche zu Sitzfläche)

Aufsetzen im Bett zum Querbett-Sitz

1. Ein Bein nach dem anderen aufstellen

Information:

„Ich helfe Ihnen jetzt beim Aufsetzen. Machen Sie bitte mit, soweit es Ihnen möglich ist.“

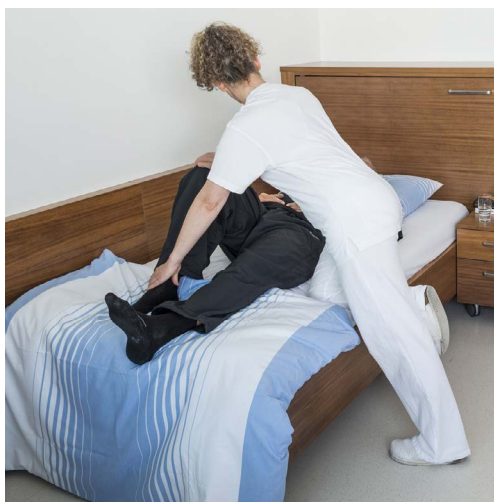
Instruktion:

„Bitte stellen Sie die Beine auf.“

Aktion:

Ⓜ liegt auf dem Rücken und winkelt ein Bein nach dem anderen an. Je nach Möglichkeit tut Ⓜ das alleine oder mit Unterstützung.

Ⓜ gibt Hilfe an Ober- und Unterschenkel, wobei Ⓜ nie unter beide Kniekehlen zugleich greift, weil das Ⓜ hilflos macht und überrumpelt.



Beine nacheinander aufstellen

2. Auf die Seite drehen

Instruktion:

„Drehen Sie sich bitte zu mir.“

Aktion:

Die Hände von **(H)** greifen auf die gegenüberliegende Schulter und Beckenseite.

(M) dreht sich alleine (im Fall **A**) oder mit Hilfe (im Fall **B** und **C**) an Schulter und Becken aus der Rückenlage in die Seitenlage mit dem Gesicht zu **(H)**.

Die obere Hand von **(M)** soll vor dem Körper stützen, die untere liegt etwa im rechten Winkel zum Körper.



Auf die Seite drehen

3. Die Füße aus dem Bett schieben

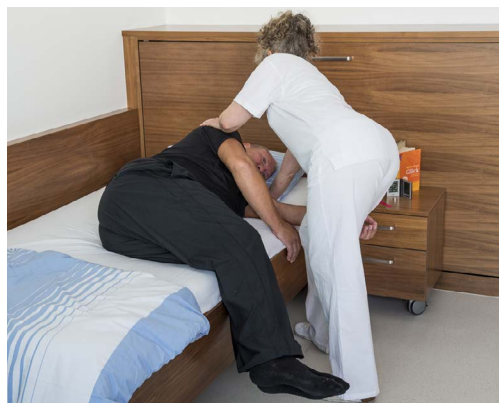
Instruktion:

„Schieben Sie bitte die Füße aus dem Bett.“

Aktion:

(M) schiebt alleine (**A**) oder mit Hilfe (**B** und **C**) an den Unterschenkeln die Füße über die Bettkante.

Hüften und Knie werden dabei rechtwinkelig gebeugt.



Füße aus dem Bett schieben

4. Aufsetzen

Instruktion:

„Stützen Sie sich bitte mit beiden Armen auf und setzen Sie sich jetzt auf.“

Aktion:

Ⓜ stützt mit beiden Armen vor dem Körper und drückt sich zum Sitzen hoch.

Ⓜ greift mit beiden Händen an die Schultern von Ⓜ, achtet auf die eigene Körperhaltung und richtet den Oberkörper von Ⓜ auf, die Unterschenkel hängen über die Bettkante.

Im Querbett-Sitz ist es wichtig zu überprüfen, ob Ⓜ in guter Verfassung ist. Bei Kreislaufproblemen besteht jetzt eine einfache Möglichkeit, zur Rückenlage zurückzukehren.

Vom Querbett-Sitz zur Rückenlage

1. Auf die Seite legen

Instruktion:

„Legen Sie sich bitte auf die Seite.“

Aktion:

Ⓜ stützt sich ab und legt sich auf die Seite (A). Ⓜ hält mit beiden Händen an den Schultern und „bremst“ die Bewegung bis zur Seitenlage (B, C).



Auf die Seite legen

2. Die Füße ins Bett legen

Instruktion:

„Legen Sie bitte die Füße ins Bett.“

Aktion:

Meist gelingt das Hochheben der Beine automatisch (**A**, durch Hebelwirkung). Falls die Beine nicht mitgekommen sind, legt **H** beide Füße ins Bett. (Nicht höher als Bettniveau heben!)

3. Auf den Rücken drehen

Instruktion:

„Drehen Sie sich bitte auf den Rücken und strecken Sie die Beine aus.“

Aktion:

Falls dazu Hilfe notwendig ist (**B**, **C**), genügt es, die Knie in die Mitte zu drehen und beim Ausstrecken der Beine an Ober- und Unterschenkel zu unterstützen.

Rutschen zur Seite

1. Beine aufstellen

Information:

„Ich helfe Ihnen beim Rutschen auf die Seite. Machen Sie bitte mit, soweit es Ihnen möglich ist.“

Instruktion:

„Bitte stellen Sie die Beine auf.“



Aktion:

Ⓜ liegt auf dem Rücken und winkelt ein Bein nach dem anderen an. Je nach Möglichkeit tut Ⓜ das alleine oder mit Unterstützung. Ⓜ gibt Hilfe an Ober- und Unterschenkel, wobei Ⓜ nie unter beide Kniekehlen zugleich greift, weil das Ⓜ überrumpelt.

2. Gesäß hochheben

Instruktion:

„Drücken Sie Arme und Füße fest gegen die Unterlage. Jetzt heben Sie das Gesäß hoch und herüber zu mir.“

Aktion:

Ⓜ greift mit beiden Händen an den Beckenknochen von Ⓜ und unterstützt das Heben des Gesäßes, falls nötig.



Gesäß hochheben

Achtung: Je nach Beweglichkeit der Wirbelsäule ist die mögliche Bewegung eventuell relativ klein.

3. Schultern zur Seite heben

Instruktion:

„Heben Sie den Kopf und die Schultern und rutschen Sie zu mir. Anschließend stellen Sie bitte die Füße herüber.“

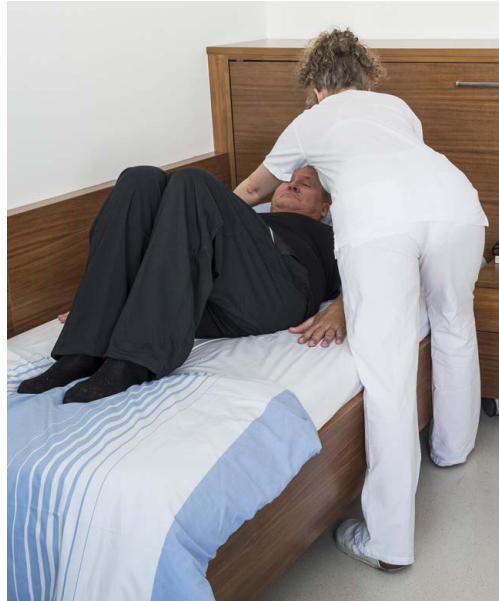
Aktion:

Ⓜ greift mit beiden Händen an die Schultern von Ⓜ und unterstützt das Heben und Rutschen des Oberkörpers. Anschließend werden die Füße nachgestellt.

Je nachdem, wie weit die zu rutschende Strecke ist, müssen diese drei Schritte mehrmals wiederholt werden, bis **(M)** auf dem neuen Platz liegt.

Die Fähigkeit, das Gesäß zu heben, ist eine wichtige Bewegungsmöglichkeit, die lange erhalten bleiben sollte; unter anderem auch, um starkes Aufliegen zu vermeiden (Dekubitus-Prophylaxe).

Daher sollte auch beim Rutschen nur dann unterstützt werden, wenn **(M)** das Gesäß nicht ausreichend hochheben kann.



Schulter zur Seite heben

Rutschen nach oben/unten

1. Beine aufstellen

Information:

„Ich helfe Ihnen beim Rutschen nach oben. Machen Sie bitte mit, soweit es Ihnen möglich ist.“

Instruktion:

„Bitte stellen Sie die Beine auf.“

Aktion:

(M) liegt auf dem Rücken und winkelt ein Bein nach dem anderen an. Je nach Möglichkeit tut **(M)** das alleine oder mit Unterstützung. **(H)** hilft an Ober- und Unterschenkeln, bis die Füße aufgestellt sind.

2. Mit dem Gesäß nach oben rutschen

Instruktion:

„Drücken Sie Arme und Füße fest gegen die Unterlage. Jetzt heben Sie das Gesäß hoch und nach oben. Mit den Füßen können Sie sich wegdrücken.“

Aktion:

Ⓜ greift mit beiden Händen an den Beckenknochen von Ⓜ und unterstützt das Heben des Gesäßes, soweit nötig.

Achtung: Je nach Beweglichkeit der Wirbelsäule kann die Bewegung relativ klein sein. Falls weit gerutscht wird, muss man besonders auf allenfalls einschneidende Kleidungsstücke am Hals achten!

3. Mit den Schultern nach oben rutschen

Instruktion:

„Heben Sie bitte den Kopf und die Schultern und rutschen Sie nach oben“

Aktion:

Ⓜ greift mit beiden Händen an die Schultern von Ⓜ und unterstützt das Heben des Oberkörpers. Anschließend werden die Füße nachgestellt. Je nachdem, wie weit die zu rutschende Strecke ist, müssen diese drei Schritte mehrmals wiederholt werden, bis Ⓜ auf dem neuen Platz liegt.

Wichtig: Im Falle von C, wo großes Gewicht für Ⓜ zu heben ist, ist besonders auf eine gerade Position der Wirbelsäule von Ⓜ zu achten!

Vom Querbett-Sitz zum Stand

1. Nach vorne rutschen

Information:

„Ich unterstütze Sie jetzt beim Aufstehen.“

Instruktion:

„Rutschen Sie bitte nach vorne, bis die Füße Bodenkontakt haben.“

Aktion:

Ⓜ A rutscht abwechselnd mit der rechten und dann mit der linken Gesäßhälfte nach vorne („Schinkengang“). Eventuell kann Ⓜ die Hände zum seitlichen Abstützen verwenden und damit zur Entlastung der vorrutschenden Seite beitragen.

Für Ⓜ B und Ⓜ C greift Ⓜ mit einer Hand an die Schulter von Ⓜ und mit der anderen Hand an die gegenüberliegende Gesäßbacke. Zur Entlastung wird das Gewicht zur Seite verlagert und dann die unbelastete Seite mit Griff unter den Sitzknochen nach vorne gezogen. (Nicht allzu große Schritte möglich!) Anschließend wird die Bewegung umgekehrt, um die zweite Seite Richtung Bettkante zu ziehen.

Im raschen Wechsel wird der normale Bewegungsablauf unterstützt. Dieser Teil ist beendet, sobald die Fußsohlen guten Bodenkontakt haben.

2. Aufstehen

Instruktion:

„Lehnen Sie sich weit vor, bis Sie spüren, dass Ihr Gewicht ganz auf den Füßen liegt, und stehen Sie auf.“



Aufstehen

Aktion:

Ⓜ A beugt sich aus den Hüftgelenken weit vor und hebt das unbelastete Gesäß hoch. Anschließend werden die Knie gestreckt. Ⓜ H hilft von der Seite, um sicherzustellen, dass die Vorlage ausreicht, um den Schwerpunkt über die Füße zu verlagern.

Ⓜ B: Beide Hände liegen auf einer Schulter von Ⓜ H oder an den Hüften von Ⓜ H (abhängig von der Schultergelenksbeweglichkeit von Ⓜ B) nimmt mit Griff unter beiden Armen den Oberkörper weit nach vor und erst zum Schluss nach oben. Eine gute lumbosacrale Verankerung (vgl. Bild Seite 7) von Ⓜ H ist wichtig, da möglicherweise ein Teil des Gewichts von Ⓜ zu tragen ist.

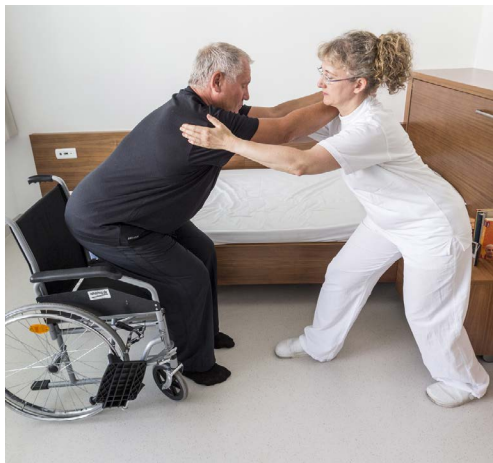
Ⓜ C ist nicht mehr stehfähig, daher gilt hier der Ablauf „Vom Sessel in den Rollstuhl“.

Vom Sessel in den Rollstuhl

Selbstverständlich gilt dieser Bewegungsablauf für sämtliche Transfers zwischen diversen Sitzgelegenheiten. Das kann ein Rollstuhl, ein Lehnstuhl oder ein Zimmer-WC sein. Um den notwendigen Bewegungsweg möglichst kurz zu halten, wird die zweite Sitzfläche möglichst im rechten Winkel zur ersten aufgestellt.

Falls die räumlichen Gegebenheiten dafür zu eng sind, gilt der kürzestmögliche Weg als der beste.

Je weiter der Abstand der beiden Sitzgelegenheiten voneinander, desto sicherer muss Ⓜ in seiner Steh- bzw. Gehfähigkeit sein.



Vom Rollstuhl ins Bett

1. Nach vorne lehnen

Instruktion:

„Lehnen Sie sich weit vor, bis Sie spüren, dass Ihr Gewicht ganz auf den Füßen liegt und stehen Sie auf. Machen Sie einen Schritt herüber und setzen Sie sich weit nach hinten nieder.“

Aktion:

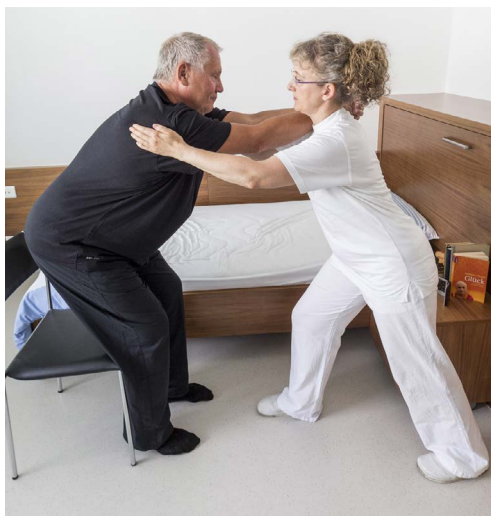
Ⓜ **A** beugt sich aus den Hüftgelenken weit vor, hebt das unbelastete Gesäß hoch und streckt die Knie. Ⓜ **H** hilft von vorne, um sicherzustellen, dass die Vorlage ausreicht, um den Schwerpunkt über die Füße zu verlagern.

Dann achtet Ⓜ **H** darauf, dass die Schritte ausreichend waren, um ein sicheres Niedersetzen zu ermöglichen.

Ⓜ **B**: Beide Hände liegen auf einer Schulter von Ⓜ **H** oder an den Hüften von Ⓜ **H** (abhängig von der Schultergelenksbeweglichkeit von Ⓜ **B**). Ⓜ **H** nimmt mit Griff unter beiden Armen den Oberkörper weit nach vor und erst zum Schluss nach oben.



Vorbeugen zum Aufstehen



Weit nach hinten auf den Sessel setzen

Eine gute lumbosacrale Verankerung (vgl. Bild Seite 7) von Ⓜ **H** ist wichtig, da möglicherweise ein Teil des Gewichts von Ⓜ **B** zu tragen ist! Ⓜ **H** unterstützt die

Richtung der Schritte, dreht sich samt **M B** in die neue Richtung und schiebt das Gesäß weit nach hinten auf die neue Sitzfläche.

M C: Beide Arme liegen über der Schulter von **H**. **H** greift mit beiden Händen an die Beckenknochen von **M C** und unterstützt die Bewegung direkt auf die neue Sitzfläche.

Bei Übergewichtigen erweist sich in dieser Situation ein Rutschbrett als sinnvoll.



Zurück aufs Bett setzen

M C kann allenfalls auf eine niedrigere Sitzfläche gesetzt werden, aber mangels Stehfähigkeit nicht ohne Überforderung von **H** auf eine höhere Ebene gehoben werden. In diesem Fall sind mechanische Hilfen (z. B. Lifter) zur Vermeidung von Überlastungsschäden von **H** erforderlich.

Wichtig: **M A** und **M B** können durchaus von einer niedrigen auf eine höhere Sitzfläche gebracht werden, wenn auf guten Stand geachtet wird.

Gehhilfen

Wichtig ist, dass für Patientinnen und Patienten die individuell geeignete Gehhilfe gewählt wird. Im Idealfall erfolgt diese Auswahl von Physio- oder Ergotherapeutinnen/-therapeuten bereits im stationären Bereich. Ambulant können Gehhilfen auf ärztliche Verordnung in den entsprechenden Geschäften erworben werden.

Höheneinstellung

Für sämtliche Gehhilfen gilt, dass die Griffhöhe beim aufrecht stehenden Menschen auf Höhe der Handgelenksfalten (außen am Handgelenk) eingestellt werden soll.

Gehschule (auch Gehbock, Gehbarren)

Diese hat vier Beine mit Stoppeln als feste Unterlage. Sie setzt voraus, frei stehen und die Gehschule (wenn auch nur wenig) hochheben und vorstellen zu können. Sie ist immer dann sinnvoll, wenn eine Extremität entlastet werden soll (nach Operationen, bei Arthrosen, etc.).

Rollatoren

Sie haben drei bis vier Räder und sind zur Unterstützung beim kontinuierlichen Gang geeignet. Ungeeignet sind sie zur Entlastung.

Sie erleichtern mit entsprechend montierten Körben auch den Transport von kleinen Gegenständen.

In der Version mit breiten Rädern sind sie auch für das Gehen auf der Straße gut geeignet. Manche bieten sogar die Möglichkeit, sich zwischendurch niederzusetzen.



Rollator

Mehrpunktstock

Der große Vorteil eines Drei- oder Vierpunktstockes besteht in der Tatsache, dass er stehen bleibt, wenn er nicht gebraucht wird, z. B. neben einem Sessel oder dem WC.

Er gewährleistet eine gute Entlastung und kann auch beidseitig verwendet werden. Falls Stiegensteigen möglich sein soll, ist auf eine entsprechend schmale Anordnung der „Füße“ des Mehrpunktstocks zu achten.

Krücken

Sie dienen primär zur Entlastung eines oder beider Beine. Wichtig ist, den Gang der jeweilig gewünschten Belastung anzupassen (Drei- bzw. Vierpunktgang).

Die Stoppeln sollten genau unter den Griffen zu stehen kommen und die Handgriffe leicht nach außen weisen. Bei der korrekten Höheneinstellung der Griffe ist so ein optimales Stützen möglich.

Stöcke

Zur Entlastung meist einer Extremität werden sie mit der gegenüberliegenden Hand benützt. Aus Holz werden sie in Maximallänge zum Kauf angeboten und müssen immer entsprechend gekürzt werden.

Zusammenklappbare Modelle sind meist nur in einer Übergangsphase sinnvoll. Auch hier gilt, dass der Stoppel gut unter dem Griff platziert sein muss, um ein flüssiges Gehen samt Entlastung zu gewährleisten.



Patient mit Mehrpunktstock



Patient mit Krücken

Zur Vermeidung von Unfällen sollten die Stoppel aller Gehhilfen regelmäßig kontrolliert werden. Abgenutzte, zerschlissene Stoppel rutschen schon bei geringer Bodenfeuchtigkeit leicht zur Seite. Sie sind rasch durch neue (mit Profil und Saugnapf-Effekt) zu ersetzen.

Gehhilfen sollten in größeren Abständen von Fachleuten (Ärztinnen und Ärzten, Physio- oder Ergotherapeutinnen/-therapeuten) auf ihre Zweckmäßigkeit getestet werden.

Bei einer Veränderung der Symptome kann auch eine andere Gehhilfe notwendig werden.

Literatur, Kontakte, Fachliches Konzept

Literatur

Klein-Vogelbach:
Funktionelle Bewegungslehre
Springer Verlag

Calais-Germain:
Anatomie der Bewegung
Verlag fourier

Kolster, Ebel-Paprotny, Hirsch:
Leitfaden Physiotherapie,
Jungjohann Verlagsges.m.b.H.

Grundlagen der Krankengymnastik,
Band 1,
Thieme Verlag

Ausbildung zur Heimhilfe gemäß
dem Wiener Sozialbetreuungsberuf-
gesetz,

LGBl. für Wien Nr. 4/2008 idgF, und
dem Wiener Heimhilfeeinrichtungs-
gesetz,

LGBl. für Wien Nr. 8/2008 idgF, in
Verbindung mit der Verordnung der
Wiener Landesregierung zum Wiener
Heimhilfeeinrichtungsgesetz,

LGBl. für Wien Nr. 20/2008 idgF.

Kontakte

Bundesverband der Physiotherapeu-
tInnen Österreichs
Physio Austria
Linke Wienzeile 8 / 28, 1060 Wien
www.physioaustria.at

Bundesverband der Ergotherapeutin-
nen und Ergotherapeuten
Österreichs
Ergotherapie Austria
Sobieskigasse 42/5, 1090 Wien
www.ergotherapie.at

Fachliches Konzept

Andrea Kucera, Physiotherapeutin
Allgem. beeid. u. gerichtl. zert. Sach-
verständige
www.naturverstand.at/kucera

Ergonomie in helfenden Berufen

Bitte wenden Sie sich in allen Fragen des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit bei der Arbeit an den Unfallverhütungsdienst der für Sie zuständigen AUVA-Landesstelle:

Oberösterreich:

UVD der Landesstelle Linz
Garnisonstraße 5
4010 Linz
Telefon +43 5 93 93-32701

Salzburg, Tirol und Vorarlberg:

UVD der Landesstelle Salzburg
Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5
5010 Salzburg
Telefon +43 5 93 93-34701

UVD der Außenstelle Innsbruck
Ing.-Etzel-Straße 17
6020 Innsbruck
Telefon +43 5 93 93-34837

UVD der Außenstelle Dornbirn
Eisengasse 12
6850 Dornbirn
Telefon +43 5 93 93-34932

Steiermark und Kärnten:

UVD der Landesstelle Graz
Göstinger Straße 26
8020 Graz
Telefon +43 5 93 93-33701

UVD der Außenstelle Klagenfurt
Waidmannsdorfer Straße 42
9020 Klagenfurt am Wörthersee
Telefon +43 5 93 93-33830

Wien, Niederösterreich und Burgenland:

UVD der Landesstelle Wien
Webergasse 4
1200 Wien
Telefon +43 5 93 93-31701

UVD der Außenstelle St. Pölten
Kremser Landstraße 8
3100 St. Pölten
Telefon +43 5 93 93-31828

UVD der Außenstelle Oberwart
Hauptplatz 11
7400 Oberwart
Telefon +43 5 93 93-31901

Medieninhaber und Hersteller:
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt,
Adalbert-Stifter-Straße 65, 1200 Wien
Verlags- und Herstellungsort: Wien
Fotos: R. Reichhart, P. Winkler

HSP – M 105 – 07/2020 kah