



Abb. 1: Arbeiten Sie im Rettungsdienst oder Krankentransport? Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Rücken!

Vom Krankenträger zum Mobilisator: Kinästhetik in Krankentransport und Rettungsdienst

Die Zeit scheint stehengeblieben zu sein in Rettungsdienst und Krankentransport, zumindest was die Unterstützung bei der Mobilisation angeht. Immer noch werden kraftraubende und gesundheitsschädigende Hilfeleistungen von einer Mitarbeitergeneration an die nächste weitergegeben. Viele krankheitsbedingte Ausfälle „wegen Rücken“ könnten vermieden werden. Dieser Beitrag zeigt Probleme auf und bietet kraftsparende Möglichkeiten der interaktiven Mobilisation an. Er soll ein Nachdenken fördern und Anregungen zum Handling mit Patienten und im Team geben.

Wer im Rettungsdienst hat noch nie ein Feedback von seinem Rücken erhalten? Krankheiten des Bewegungsapparats gehören zu den häufigsten Ursachen einer Arbeitsunfähigkeit bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankentransport und in der Notfallrettung. Verschiedene überlieferte Techniken bei der Mobilisation von Patienten und beim Umgang mit der Trage können sich negativ auf die Mitarbeitergesundheit auswirken.

Ein ausgeprägtes Leadership-Verhalten „Ich kann und weiß alles. Alle werden nach dem gleichen Schema unterstützt“ zieht ein passives Verhalten des

Patienten nach sich. Eine hohe Körperspannung bis hin zur Abwehrspannung ist die Folge bei einer zu schnellen Unterstützung. Oftmals geht dies einher mit Vestibularschwindel, Kollapsneigung und Erbrechen – folglich entsteht kein Zeitgewinn! Welche Botschaft mag den Patienten erreichen, wenn Sie den Tragestuhl aufgrund der Einsatzmeldung gleich in die Wohnung mitnehmen, ohne den Patienten vorher gesehen zu haben?

Mit Sicherheit wäre dies kein Anreiz für ihn, auf den eigenen Beinen das Haus zu verlassen, selbst wenn er dazu in der Lage sein sollte.

Autorin:

Elisabeth Kaiserauer
Lehrrettungsassistentin,
Betriebliche Ansprechpartnerin Sucht,
Krisenintervention
DRK-KV Reutlingen
Rangenbergstr. 20/11
72766 Reutlingen
info@interaktive-
mobilisation.de
www.interaktive-
mobilisation.de

Verletzungsgefahren bestehen auch für die Patienten beim Umfassen der Muskulatur (Hämatome) und beim Ziehen an den Extremitäten (Luxationen).

Kommen Ihnen die im Folgenden aufgeführten Situationen bekannt vor? Eine übliche Technik der Unterstützung beim Aufstehen ist in Abb. 2 dargestellt. Aus der Physiologie wissen wir, dass das Becken ca. zwei Drittel des Körpergewichts trägt. So muss ein Helfer bei einem 90 Kilo schweren Patienten etwa 60 kg nach oben mitstemmen. Diese herkömmliche Arbeitsweise hat Nachteile. Warum lässt sich der Patient mit so wenig Eigeninitiative vom Helfer nach oben ziehen? Wechseln Sie die Perspektive und nehmen Sie die Position des hilfsbedürftigen Patienten ein. Stellen Sie einen Stuhl dicht an die Wand und setzen Sie sich so hin, dass Ihr Rücken angelehnt ist. Mit Ihren Knien berühren Sie die Wand. Nun halten Sie beide Arme nach oben und stehen langsam auf. Welches Feedback kommt von Ihrem Körper in Bezug auf Ihren Bewegungsraum, die Bewegungsrichtung und die Anstrengung? Wie Sie bei der Übung selbst feststellen können, dauert es sehr lange, bis das Körpergewicht vom Oberkörper zu den Beinen und Füßen abgeleitet wird. Das erfordert einen hohen Kraftaufwand, der von einem geschwächten Patienten nicht zu leisten ist.

Überdenken Sie Ihre Position als Helfer beim Aufstehen. Bei der Übung wurde dies durch die Wand dargestellt. Der Bewegungsraum ist auch für Sie maximal eingeschränkt, da Sie direkt vor dem Patienten stehen. Wenn man einen Körper nach oben zieht, verlagert sich dessen Gewicht nach unten. Arbeiten Sie mit geradem Rücken oder beugen Sie sich nach unten? Bekanntermaßen ist das Arbeiten mit geradem Rücken besser für ihre Gesundheit – das zu stemmende Patientengewicht ändert sich dadurch nicht.

Erinnern Sie sich an Ihre Art, sich zu bewegen, als Sie einmal Rückenschmerzen, eine frakturierte



Abb. 2: Ein No-Go bei der Mobilisation: das Hochheben eines Patienten

Extremität oder eine sonstige Einschränkung Ihres Bewegungsapparates hatten? Mit Sicherheit erfolgte Ihre individuelle Anpassung der Bewegungsabläufe bis zur vollständigen Genesung.

No-Go: Hochziehen mit zwei Helfern

Den Patienten wie dargestellt unter den Achseln zu halten, kann nicht verhindern, dass er bei einem Schwächeanfall zu Boden sinkt, weil seine Arme dann „nach oben klappen“. Auch bei der Ausgangsposition des Patienten sind Probleme erkennbar. Beide Füße haben keinen kompletten Bodenkontakt. Er steht nur auf seinen Zehen. Die Unterschenkel sind nach hinten unter der Stuhlfläche abgewinkelt. Beim Aufstehen wird der Patient also nach vorne fallen. Zudem bedeckt er mit dem Gesäß die komplette Sitzfläche des Stuhls. Das bedingt einen höheren Kraftaufwand beim Aufstehen als bei einer Position an der Stuhlkante.

SYSTEM STROBEL

QUALITÄT DIE LEBEN RETTET

Der neue **SYSTEM STROBEL** Krankentransportwagen auf Basis des Ford Custom überzeugt durch die perfekte Balance aus Raumangebot und Energieeffizienz.

Er bietet ausreichend Platz für alle notwendigen Ausstattungskomponenten. Die ergonomisch geformten GFK-Seitenschränke sind durch ihre glatte und fugenlose Oberfläche leicht zu reinigen und desinfizieren.

Die **SYSTEM STROBEL** Beladeschienen sorgen für ein rückschonendes Arbeiten mit dem Tragestuhl.

SYSTEM STROBEL GmbH & Co. KG • Rettungs- und Notarztfahrzeuge
Schafgasse 27 • D-73433 Aalen • Tel. +49(0)736 197 87-0 • info@system-strobel.de

Besuchen Sie uns
auf der **RETTmobil 2016**
Halle 3, Stand 301/302
Freigelände, Stand 57



DER NEUE SYSTEM STROBEL
KTW FORD CUSTOM

www.system-strobel.de

Abb. 3: Bei der hier dargestellten Ausgangsposition ist ein Problem programmiert. Die Position der Helfer ist statisch, sie sind also unbeweglich. Ihre Bewegungsrichtung beim Versuch des Aufstehens geht nach hinten oben.



Das Untergreifen an den Achseln ist unsinnig.

Weiterhin ist der Oberkörper des Patienten senkrecht nach oben gestreckt, also nicht in der geplanten Bewegungsrichtung, die nach vorne oben geht. Und dann sind die beiden Arme zur Seite weggestreckt, können also nicht zum Abstützen eingesetzt werden.

No-Go: Die „Hauruck-Mobilisation“

Diese geschieht meistens aus der Überzeugung des Helfers (ohne sich vorher informiert zu haben), dass der Patient wenig oder nichts mehr kann und dass es auch zeitsparender ist, diesen einfach zu heben und zu tragen. Das führt beim Patienten zu einem Abwärtstrend bei Beweglichkeit und Mobilität. Dem Verlust der Eigenständigkeit folgen die psychischen Probleme. Das Gefühl, nichts mehr zu können, entmutigt den Patienten und steigert dessen Passivität, verbunden mit einem weiteren Muskelschwund. Das bedeutet für den Rettungsdienst und Krankentransport, dass man zukünftig einen weiteren (Dauer-)Patienten zum Heben und Tragen dazu bekommt.

Häufig lässt sich folgende Situation beobachten. Nach der Anleitung an den Patienten: „Machen Sie sich steif!“ folgt ein „Patientenweitwurf“ („Eins, zwei, drei und hopp“). Denken Sie einmal nach! Steif bedeutet unbeweglich. Das Ziel ist aber, den Patienten zu mobilisieren! Passt das zusammen? Was geschieht bei dieser „Hauruck-Mobilisation“ mit dem Helfer? Stellen Sie sich vor, Sie wollen einen schweren Patienten vom Stuhl hochheben und auf den Tragestuhl umsetzen. Beobachten Sie, was mit Ihrer Atmung geschieht. Beim Zählen „Eins, zwei, drei und hopp“ wird eingatmet. Dann wird die Atmung so lange angehalten,

bis die Unterstützung beendet ist. Die Muskel- und Körperspannung ist währenddessen gesteigert. Analog dazu vermindert sich Ihre Beweglichkeit. Ein Großteil der eigenen Kraft wird primär gegen die selbstprovozierte Unbeweglichkeit vergeudet, die restliche für das Heben und Tragen des Patienten.

Wie lange sind Sie so belastbar in Ihrem Beruf? Mehrfach am Tag müssen in Rettungsdienst und Krankentransport hilfsbedürftige Patienten unterstützt und evtl. getragen werden. Das belastet nicht nur Knochen und Muskulatur, sondern auch das Herz-Kreislauf- und Gefäßsystem. Die Folgen einer mehrmals am Tag vorgenommenen „Hauruck-Mobilisation“ reichen von schmerzhaften Muskelverspannungen bis hin zum Bandscheibenvorfall. Infarkte und Schlaganfälle gehören ebenso dazu wie somatische und psychosomatische Erkrankungen bis hin zum Burn-out.

Reduzieren Sie Ihren Kraftaufwand und die Körperspannung von Ihnen und Ihrem Patienten, indem Sie das Kommando zum Start der Aktivität an ihn abgeben (flache Hierarchie). Sie wissen dabei, dass er alles verstanden hat und dass die Aktivität in seinem individuellen Bewegungsablauf und in seinem Tempo ablaufen wird, und zwar mit minimaler Anstrengung auch für Sie.

Dazu gehört auch, den eigenen „Dampf abzulassen“. Steuern Sie gegen Ihre Anspannung mit der richtigen Atemtechnik. Nachdem Sie auf eins, zwei, drei gezählt haben, beginnen Sie bei dem „Hopp“ mit der Ausatmung. Die Körperspannung reduziert sich und Sie nutzen optimal Ihre eingesetzte Kraft für die Unterstützung des Patienten.

Methodik der Kinästhetik

Die Kinästhetik ist nicht erlernbar, wenn man nur ein Video gesehen oder ein Buch darüber gelesen hat oder gar nur diesen Beitrag. All dies ersetzt niemals die Anleitung durch Kinästhetik-Trainer in der praxisnahen Gruppen-Ausbildung.

Das Bildungssystem der Kinästhetik basiert auf einer Lehre der menschlichen Bewegung.

Die bewusste Wahrnehmung von Bewegungsabläufen sowie die Erkenntnisse bei der Unterstützung Hilfsbedürftiger sind unersetzbar. Gefährlich für Helfer und Patienten wird es dann, wenn vor Ort dieses nur optisch aufgenommene bzw. angelesene Halbwissen in die Praxis umgesetzt wird. Der Patient ist kein Übungsobjekt! In einem Workshop – oder besser noch in einem Grundkurs – erfährt man mehr über die Basics der Kinästhetik. In praxisnahen Lernsituationen werden zusammen mit anderen Teilnehmern

alltägliche Aktivitäten unter verschiedenen Aspekten ausgeführt. Das Selbsterlebte und weitere eigene Erkenntnisse bleiben einem zusammen mit dem Feedback der Teilnehmer im Gedächtnis.

In der Kinästhetik werden alle wichtigen Begriffe, z.B. die Zeit (individuelles Zeitgefühl und Uhrzeit), aus verschiedenen Perspektiven betrachtet: Während dem Patienten alles viel zu schnell gehen mag, ist es für den Helfer viel zu langsam. Nicht beeinflussbar ist dagegen die Uhrzeit. Kinästhetische Unterstützung dauert bei ausgebildeten Mitarbeiter(innen) in der Regel nicht länger als die herkömmliche, was durch Zeitaufnahmen belegt wurde. Das Lernen mit allen Sinnen sowie ein Wechsel der Perspektive ergeben für den Einzelnen neue persönliche Sichtweisen auf die eigenen, bisher erbrachten Hilfeleistungen. Beim Üben darf jeder abwechselnd in der Rolle des Helfers und der des Patienten sein. Dabei kommt es zur intensiven Wahrnehmung von bewussten und unbewussten Bewegungen, funktionaler Anatomie, Zeit-, Raum- und Kraftmanagement, wechselnden Gewichtsverlagerungen im Bewegungsablauf etc. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für die Anleitung hilfsbedürftiger Patienten bei deren Mobilisation. Über 80% der Patienten kann man kraftsparend kinästhetisch mobilisieren.

Das Ziel der Kinästhetik ist die Gesunderhaltung der Mitarbeiter(innen).

Kinästhetik ist eine Wortschöpfung und bedeutet: „Die Wahrnehmung der Bewegung“. Eine Art Biofeedback-System gibt dem Helfer dabei Hinweise zum eigenen Körper und auch zu dem des Patienten. Begründer der Kinästhetik sind Dr. Lenny Maietta (Verhaltenskybernetikerin) und Professor Frank Hatch (Tänzer und Verhaltenskybernetiker) aus den USA. Erkenntnisse aus der kybernetischen Betrachtung der Bewegungsabläufe, der Medizin, Psychophysik und Neurowissenschaften bilden den Rahmen für das Konzeptsystem. Der signifikante Unterschied zur herkömmlichen, in der Regel statischen Unterstützung ist in der Kinästhetik das synchrone Synchronbewegen mit dem Patienten bei der individuellen Mobilisation. Das erfordert einen geringeren Kraftaufwand. Der eigene Körper wird als Gegengewicht eingesetzt. Das Ziel der kinästhetischen Mobilisation ist, den Patienten so zu unterstützen, dass dieser sein Gewicht selbstständig organisieren und tragen kann. Eine Regel der Kommunikation lautet: „Der Empfänger macht die Botschaft“. Die Bedeutung der Botschaft wird also dadurch bestimmt, was der Empfänger versteht. Die Ansage „Ich helfe Ihnen hoch“ löst beim Patienten Passivität aus. Er wartet darauf, hochgehoben zu werden, weil für das „Hochgehen“ in seinem Gehirn kein Bewegungsablauf hinterlegt ist. Die Aussage „Ich helfe Ihnen beim Aufstehen“ aktiviert

ihn dagegen. Er wird sein individuelles Bewegungsmuster starten. Fragen Sie nach, welche Unterstützung er jetzt benötigt, und richten Sie Ihre Hilfeleistung danach aus, auch wenn diese ungewöhnlich erscheinen mag. Das gilt besonders bei Patienten mit Handicaps oder chronischen Erkrankungen.

Auf die Anamnese folgt die ressourcenorientierte Anamnese des Patienten.

Was kann der Patient in der Akutsituation und was ist medizinisch vertretbar? Das ist in der Regel mehr, als man bisher gedacht hatte. Denken Sie an die rollstuhlfahrenden Autofahrer, die sich selbstständig auf ihren Fahrzeugsitz umsetzen können. Bei kritisch kranken Patienten ist an die Möglichkeit einer Teilmobilisation zu denken, z.B. kann man einen im Bett, auf dem Rücken liegenden Patienten durchaus zum Sitzen an die Bettkante und Umsetzen auf den Tragestuhl mobilisieren. Natürlich gibt es ein Anspruchsverhalten des nichtkritischen Patienten („Ich werde immer getragen!“). Das ist kein Argument, dies auch zu tun! Eine Umschau im Wohnraum gibt Hinweise auf die Mobilität. Wenn Straßenschuhe, Hilfsmittel zum Gehen (Rollator, Gehstöcke oder sonstige Gehhilfen) im Raum zu sehen sind, kann man von einer



Gerken vermietet Einsatzfahrzeuge: deutschlandweit, rund um die Uhr

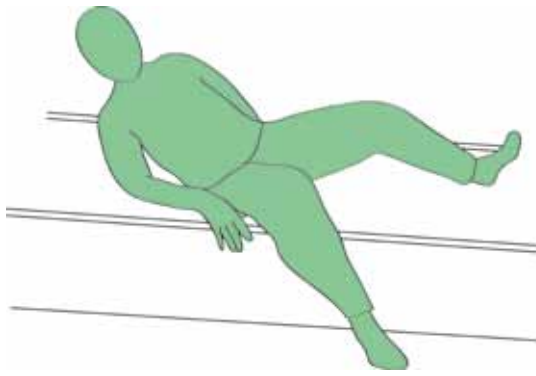
Gerken baut sein Angebot an **hochmodernen Einsatzfahrzeugen** weiter kontinuierlich aus. Unser breites Sortiment sofort einsetzbarer Mietfahrzeuge steht Ihnen **rund um die Uhr bundesweit** zur Verfügung.

Gerne zeigen wir Ihnen in einem persönlichen Gespräch alle **Vorteile der Anmietung von Rettungsfahrzeugen** auf – und erläutern Ihnen ausführlich unseren 24-Stunden-Service mit sofortiger Zustellung im gesamten Bundesgebiet.

24-Stunden-Notrufnummer: 0800/2 02 21 12 | Telefon: 0211/974 76-992
info@gerken-einsatzfahrzeuge.de | www.gerken-einsatzfahrzeuge.de

GERKEN
 VERMIETET EINSATZFAHRZEUGE

Abb. 4: Die Bedeutung des Abstützens beim Aufstehen aus dem Bett: Dabei kommt es zur Mitverteilung des Körpergewichts auf die Arme und Beine. Deutlich zu sehen ist die Gewichtsverlagerung des Körpers auf die Seite zur Bettkante hin. Die andere Körperseite ist frei für die Bewegungen.



Gefähigkeit des Patienten ausgehen. Bezüglich des Treppensteigens kann man nachfragen: „Wie kommen Sie aus dem Haus, z.B. wenn Sie zum Einkaufen gehen und keine Person zur Unterstützung vor Ort ist?“ Oftmals findet eine Kommunikation zu den individuellen Fähigkeiten nur dann statt, wenn es sich um einen adipösen Patienten handelt. Die Bereitschaft des Teams, die vom Patienten angeforderte Unterstützung umzusetzen, ist bekanntlich in solchen Fällen meist gegeben, um unnötiges Heben und Tragen zu vermeiden. Leichtere Patienten dagegen werden meist ohne großes Nachfragen auf den Tragestuhl gesetzt und getragen, oftmals vollkommen unnötig! Nicht nur die adipösen Patienten schaden der Gesundheit der Mitarbeiter(innen), sondern gewichtsunabhängig jeder Patient, der kraftaufwendig mobilisiert und ohne jede Indikation getragen wird. Vielleicht haben Sie sich schon über einen Patienten geärgert, den Sie mit viel Kraftaufwand mobilisiert und getragen und den Sie später selbstständig gehend angetroffen haben. Denken Sie nach: Woran hat das möglicherweise gelegen?

Motivieren und loben Sie den Patienten sofort. Das motiviert zur interaktiven Mobilisation.

Eine Aufgabe des kinästhetisch Ausgebildeten ist es, dem Team, mitbestehend aus dem Patienten und Dritten vor Ort, zielorientierte Anleitungen für die interaktive Mobilisation geben zu können – das bedeutet, motivierend auf alle Anwesenden einzugehen. Die Vorteile für alle kurz darzustellen und Zweifel zu beseitigen, gehört zu einer verständlichen Kommu-

Abb. 5 und 6: Der Helfer steht außerhalb des Bewegungsraums des Patienten. Dieser hat somit die Möglichkeit, sich ohne Einschränkungen abzustützen und sein Gewicht zu orientieren und zu verlagern. Der Helfer unterstützt den individuellen Bewegungsablauf interaktiv an den knöchernen Strukturen.

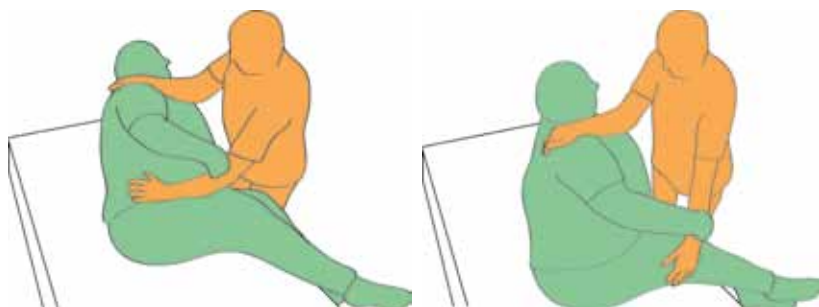


Abb. 7: Der Hilfsbedürftige versucht, dem schmerzhaften Umfassen der Armmuskulatur auszuweichen.

nikation auf Augenhöhe. Handlungskompetenz und eine sachliche Argumentation in einem freundlichen Ton verhindern unnötiges Tragen. Es gilt, zur eigenen Selbstständigkeit zu motivieren und die positiven Veränderungen, die sich für den Patienten und Pflegenden im Alltag ergeben, hervorzuheben.

Anleitung zur Mobilisation

Voraussetzung für die Anleitung des Patienten bei der Mobilisation sind detaillierte Kenntnisse eigener Bewegungsabläufe und des ständig wechselnden Gewichtsverlaufs. Der Patient ist schließlich anatomisch gleich gebaut wie der Helfer und hat ähnliche, im Gehirn programmierte Bewegungsabläufe abgespeichert, die dann umgesetzt werden. Vor Ort kann sich der Helfer in die Ausgangsposition des Patienten versetzen und sich kurz überlegen, wie er selbst die Aktivität

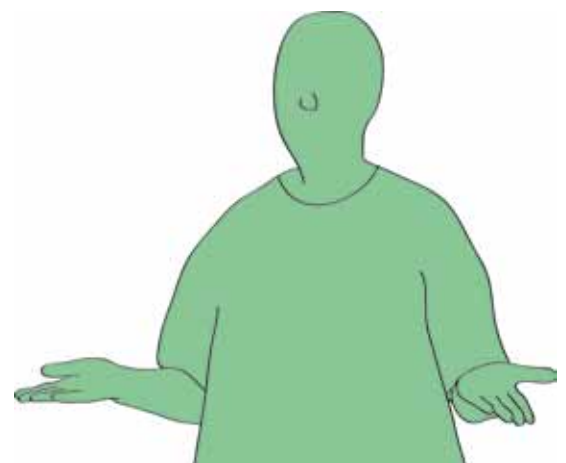


Abb. 8: Die Regulation der Körperspannung über die abgebildete Stellung der Arme und Handflächen ist deutlich am Rücken beginnend spürbar.

ausführen würde. Die Unterstützung erfolgt immer nur auf der Bewegungsseite und nicht auf der Seite des Patienten, die das Gewicht trägt (Abb. 4). Das reduziert den Kraftaufwand. Patienteneigene oder rettungsdienstliche Hilfsmittel können natürlich verwendet werden. Auch wird man die Umgebung nützen, ermöglicht z.B. durch das Festhalten bzw. Abstützen am Mobiliar, Badewannenrand oder (kalten) Heizkörper.

Die Arme und Beine gehören dem Patienten.

Wie fasse ich den Patienten an? Die „taktile“ bzw. „haptische“ Kommunikation ist ein wichtiger Bestandteil der Kinästhetik. Wie in der verbalen Kommunikation bewertet auch hier der Empfänger die Botschaft, die er durch die Berührung und Unterstützung des Helfers erhält. Erst nach einer verbalen Information über die Absichten des Helfers folgt die körperliche Berührung. Anhand dieser bewertet der Patient, ob der Helfer in der Lage ist, mit ihm die nötige Unterstützung angenehm und kräftemäßig durchzuführen. Ein zu hartes Anfassen jagt dem Patienten genauso Angst ein wie eine lasche, taktile Wahrnehmung, die Zweifel an der Kraft des Helfers aufkommen lässt.

Tab. 1: Grundsätze zur Mobilisation im Rahmen der Unfallverhütung

- Rutschfeste Schuhe bzw. Socken müssen bei jeder Mobilisation von Patient und Helfer getragen werden.
- Jeder Patient ist anders und auch die Situation vor Ort. Es gibt keine Standardunterstützung für eine bestimmte Patientenklintel. Es erfolgt immer eine medizinisch vertretbare Anpassung der Mobilisation an die aktuellen Fähigkeiten des Patienten. Die Mitarbeiter(innen) vor Ort haften auch für eine unfallfreie Mobilisation und den Transport!
- Verständliche Kommunikation: Man muss nachfragen, ob die Botschaft inhaltlich angekommen ist.
- Stets den Allgemeinzustand des Patienten berücksichtigen.
- Ist die Körperspannung ausreichend?
- Ist die erforderliche Kraft vorhanden?
- Standfestigkeit: Beide Beine müssen Bodenkontakt haben.
- Auf die richtige Position der Helfer und der Hilfsmittel muss geachtet werden. Dabei wird immer der kürzeste Weg für den Patienten geplant. Beispielsweise wird beim Umsetzen von der Bettkante der Tragestuhl direkt neben dem Bett positioniert, sodass der Patient beim Umsetzen nur eine 90°-Wendung durchführen muss. Die Sturzgefahr ist minimal, weil er sich dabei an der Stuhllehne festhalten bzw. abstützen kann.
- Bei mobilen Hilfsmitteln (Fahrtrage, Tragestuhl, Rollstuhl) ist auf angezogene Bremsen zu achten.
- Unbefestigte Teppiche und sonstige Bodenbeläge müssen vor der Mobilisation entfernt werden.

MEDUMAT Standard²

Sichtbar neue Perspektiven

WEINMANN
medical technology

Jetzt auch
mit Kapnografie,
Druckunterstützung
und Flowmessung





Abb. 9: Ausgangsposition der Helfer und des Patienten zum Aufstehen

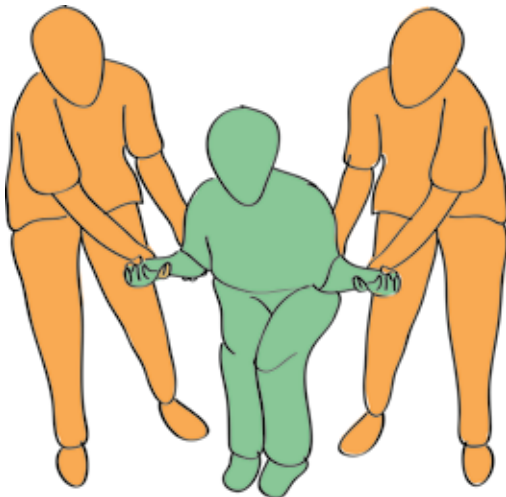


Abb. 10: Synchronisation in der Aufwärtsbewegung

Touch and No Touch Points

Wo fasse ich den Patienten zur Unterstützung an? Sogenannte „Touch Points“ sind alle von außen tastbaren, harten knöchernen Strukturen: Der Schädel, seitlich am Brustkorb, der Beckenkamm, die Ellbogen und Schienbeine etc. Diese Punkte sind auch bei Adipösen gut tastbar.

Lassen Sie die Finger weg von den „Weichteilen“, also von Muskulatur und Zwischenräumen.

Dies sind „No Touch Points“. Das An- bzw. Umfassen der Muskulatur während der Unterstützung ist schmerzhaft für den Patienten und schränkt gleichzeitig seine Anstrengung zur Mithilfe ein, bis hin zur Immobilisation (Abb. 7). Das betrifft die Räume zwischen den knöchernen Strukturen: Hals, Achseln, Bauch und Leisten. Sie sind dehn- und komprimierbar und ermöglichen dadurch die Bewegung von Kopf, Brustkorb, Becken, Armen und Beinen. Diese werden in der Kinästhetik als „Massen“ bezeichnet.

Massen folgen aufeinander. Der Kopf oder die Extremitäten geben einen Bewegungsablauf vor, z.B. beginnend beim Kopf, dann folgt der Hals, der Brustkorb, die Arme etc. Geht die Bewegung von einem Arm aus, folgt zuerst der Brustkorb und bei einem

Bein das Becken. Eine Möglichkeit der Regulierung der Körperspannung besteht in der richtigen Stellung der Arme, Gelenke und Handflächen (Abb. 8).

Aufrichten eines unverletzten, auf dem Boden sitzenden Patienten

Der Patient hält beide Oberarme dicht am Körper. Die Unterarme mit einer leichten Außenrotation und den nach oben zeigenden Handflächen zu halten, erhöht dabei die Körperspannung (Abb. 9). Der Oberkörper des Patienten ist nach vorne gebeugt und das Kinn zeigt zum Brustkorb. Spürbar wird dabei das Körpergewicht vom Gesäß zu den Beinen geleitet. Beide Helfer fassen den Patienten an den Unterarmen und drücken diese gegen den Oberkörper. Dadurch wird das Kugelgelenk außer Funktion gesetzt. Die Patientenarme können dadurch bei der Mobilisation nicht nach oben klappen.

Der Patient gibt das Kommando zum Beginn. Beide Helfer gehen synchron vorwärts. Die Unterarme werden parallel zum Boden geführt, bis der Patient sein Gesäß vom Boden abgehoben hat und nun in einer hockenden Position ist. Das Körpergewicht wird nun von den Beinen zu den Füßen weitergeleitet.

Patienten, die aufgrund ihrer Verletzungen auf Spineboard, Schaufeltrage und Vakuummatratze etc. immobilisiert werden müssen, sind von der kinästhetischen Mobilisation ausgeschlossen!

Erst wenn der Patient sein Körpergewicht komplett auf den Füßen trägt, bewegen sich alle synchron in einer gebogenen Linie nach oben (Abb. 10). Diese interaktive Mobilisation bedeutet einen minimalen Kraftaufwand für alle, da sie einem synchronen, natürlichen Bewegungsablauf entspricht, weil das Körpergewicht des Patienten rasch auf die eigenen Füße kommt. ☉

Quellennachweis:

1. Hatch F, Maietta L, Schmidt S (2005) Kinästhetik. 5. unveränd. Aufl., DBfK Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe, Eschborn
2. Bastigkeit M (Hrsg.) (2005) Können Sie mich verstehen? Sicher kommunizieren im Rettungsdienst. Stumpf + Kossendey, Edewecht

DIE AUTORIN



Elisabeth Kaiserauer

ist die erste MH-Grundkurstrainerin aus dem Rettungswesen in Deutschland. Sie bietet im gesamten Bundesgebiet praxisnahe Kinästhetik-Grundkurse und Workshops für die Notfallrettung und den Krankentransport an.