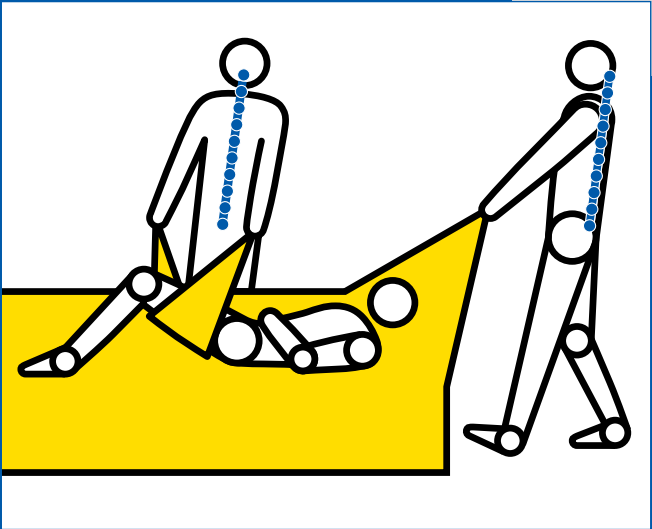


GUV-I 8535 (bisher GUV 28.16) GUV-Informationen



Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege

Bundesweites Präventionsprogramm
der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand



Gesetzliche
Unfallversicherung

Herausgeber:

Bundesverband der Unfallkassen
Fockensteinstraße 1
81539 München
www.unfallkassen.de

Völlig überarbeitete Neu-Auflage
Ausgabe November 2002

Das Präventionsprogramm wurde auf Basis lang-
jähriger Erfahrungen und neuer wissenschaftlicher
Erkenntnisse überarbeitet von

Dr. Matthias Soyka

Facharzt für Orthopädie, Facharzt für Physikalische
und Rehabilitative Medizin,
Spezielle Schmerztherapie – Chirotherapie –
Sportmedizin
Alte Holstenstraße 2
21031 Hamburg
www.dr-soyka.de

in Zusammenarbeit mit

Fa. Präventiv**Stella Hermann**

Sportpädagogin, Sporttherapeutin,
Dipl. Krankenschwester
Papenkamp 9
22607 Hamburg

Initiiert, finanziert und geleitet wurde die Neubear-
beitung durch die folgenden Unfallversicherungs-
träger (Nennung in alphabetischer Reihenfolge):
Bayerischer Gemeindeunfallversicherungsverband,
Landesunfallkasse Hamburg,
Gemeinde-Unfallversicherungsverband Hannover,
Unfallkasse Hessen,
Unfallkasse Mecklenburg-Vorpommern,
Unfallkasse Rheinland-Pfalz,
Unfallkasse Sachsen

Hinweis zu den Abbildungen:

Fotos: Sabine Soyka Foto Design Itzehoe

Wir danken dem Verlag Hans Huber für die Über-
lassung von Abbildungen aus dem Buch Rücken-
gerechter Patiententransfer in der Kranken- und
Altenpflege.

GUV-I 8535 (bisher GUV 28.16)
GUV-Informationen

Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege

Bundesweites Präventionsprogramm
der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand



**Gesetzliche
Unfallversicherung**

Einleitung

Rückenschmerzen stellen ein großes Problem im Bereich der Kranken- und Altenpflege sowie in der privaten häuslichen Pflege dar.

Neuere Erkenntnisse über den Rückenschmerz zeigen, dass nicht nur körperliche und biomechanische Faktoren dabei eine Rolle spielen. Hinter dem Symptom Rückenschmerz steht oft ein Geflecht von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren. Studien zeigen, dass die Überzeugung eines Menschen, seinen beruflichen Anforderungen körperlich nicht gewachsen zu sein, entscheidend zur Chronifizierung von Rückenschmerzen beiträgt. Das Gefühl der Überforderung in der Pflege hat viele Ursachen. Die hohe mechanische Belastung beim Bewegen von Patienten in herkömmlicher Weise ist eine der wichtigsten. Daher ist es das Ziel des Präventionsprogramms Rückengerechter Patiententransfer, die mechanische Belastung beim Patiententransfer zu reduzieren. Die Arbeit soll dabei nicht nur auf lange Sicht gesünder, sondern unmittelbar einfacher und bequemer werden. Das Gefühl der Überforderung lässt sich so überwinden. Die Arbeitszufriedenheit steigt.

1995 wurde im Auftrag der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand das Präventionsprogramm Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege entwickelt. Es wurde erstellt von einer Arbeitsgruppe aus der Rheumaklinik Bad Bramstedt und der Abteilung Klinische Biomechanik der Orthopädischen Universitätsklinik Hamburg Eppendorf.

Bei der Programmentwicklung spielten Workshops von Pflegeexperten eine wichtige Rolle. Besonders belastende Tätigkeiten wurden von erfahrenen Pflegeexperten analysiert, Lösungsmöglichkeiten diskutiert. Die Erkenntnisse dieser Workshops und der darauf basierenden Videoanalysen und biomechanischen Analysen bildeten die Grundlage für die Entwicklung dieses Programms.

Seit 1996 finden Instruktorenschulungen in dem Präventionsprogramm Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und

Altenpflege statt – zunächst in Bad Bramstedt und schließlich wie vorgesehen bundesweit in einer Reihe von engagierten Schulungszentren, deren Teams von der vorgenannten Arbeitsgruppe ausgebildet wurden.

In der Zwischenzeit ist dieses Programm in der Praxis weiter entwickelt worden. Die Anregungen vieler Kursteilnehmer und Anwender sowie die Erkenntnisse einer Prozessevaluation im Rahmen einer Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin wurden in das Programm integriert. Auch wurde in den letzten Jahren in den Kursen die Bedeutung von Liftern und der Verbesserung der körperlichen Fitness stärker betont.

Es wurde also dringend Zeit für eine neue Kitteltaschenbroschüre. Diese Broschüre kann nicht eine Schulung in dem Programm ersetzen, sie dient vor allem als Erinnerungshilfe für Teilnehmer von Schulungen und als Anregung und Information für Interessierte.

Wer mehr über die Methode wissen möchte – wie Umsetzungsmöglichkeiten, Techniktipps, biomechanische, psychosoziale und medizinische Hintergründe, sowie Eigenübungen –, für den bietet sich das Buch „Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege – ein ergonomisches Training“, Verlag Hans Huber, ISBN 3-456-83329-6 an. Aus diesem Buch sind auch eine größere Anzahl von Abbildungen übernommen.



Die Weiterentwicklung des Programms lässt sich über die Website: www.rueckengerechter-patiententransfer.de beobachten und beeinflussen.

Hamburg im November 2002

Matthias Soyka und Stella Hermann

Grundsätze für das ergonomische Arbeiten

Das Präventionsprogramm soll die Pflegenden in die Lage versetzen, selbst zu Experten ihrer eigenen Arbeitsökonomie und Ergonomie zu werden.

Ergonomie ist die Wissenschaft von den Gesetzmäßigkeiten der Arbeit. Aus ergonomischer Sicht gibt es einige allgemeine Grundsätze für ein bequemerer und gesunder Arbeiten in der Pflege.

■ Ergonomisch planen

Einen Arbeitsablauf zu analysieren, heißt: ihn auflösen in verschiedene Teilschritte und Unteraufgaben. Dies ist die Voraussetzung dafür, den Ablauf strategisch besser zu planen. Die Zeit, die man hierfür aufwendet, gewinnt man schnell wieder durch reibungslosere, zufriedenstellendere und schnellere Arbeitsabläufe.

■ Die Räumlichkeiten und Arbeitsmittel vorbereiten

Es lohnt sich sehr, die Patientenzimmer und Funktionsräume unter dem Gesichtspunkt der Ergonomie zu betrachten und zu verändern – z.B. Räume aufräumen und Hindernisse beseitigen. Die Positionen bestimmter Möbel im Patientenzimmer zu überdenken und diese umzustellen, kann eine sehr entlastende Wirkung haben.

Wenn Arbeitsmittel am richtigen Ort bereitgestellt werden, spart das viel Zeit, Wege und Mühe.

■ Sich günstig zum Patienten stellen

Die richtige Ausgangsstellung sollte überlegt werden, bevor man mit der eigentlichen Handlung beginnt. Um das Bett herumgehen, den Nachtschrank beiseite schieben, das Bett von der Wand abziehen, all das kann den Rücken wirksam entlasten.

■ Einfache Hilfsmittel benutzen

Einige sehr einfache Hilfsmittel, die schnell dort verfügbar sind, wo man sie braucht, können die Arbeit sehr erleichtern. Wir empfehlen bei vielen Techniken den Einsatz von Stecklaken oder Plastikfolien. Das können ganz einfache Müllsäcke oder Abdeckfolien von Patientenbetten sein. Wichtig ist, diese Hilfsmittel rechtzeitig bereitzustellen, z.B. beim Patienten zu lagern.

■ Tragen vermeiden

Man sollte anstreben, auf das vertikale Anheben beim Bewegen von Patienten völlig zu verzichten. Hebt man einen normalgewichtigen Patienten (von z.B. 75 kg) zu zweit an, hat man die empfohlenen Höchstwerte der Lastgewicht für berufliche Tätigkeiten von Frauen bereits überschritten.

■ Den Patienten aktivieren

Alles, was der Patient selbst macht, entlastet den eigenen Rücken. Oft ist die aktive Mitarbeit auch gut geeignet, so genannte „passive Transfers“ zu erleichtern.

■ Die richtige Ansprache

Damit Patienten sich selbst aktiv bewegen, passive Transfers richtig unterstützen oder auch nur verstehen können, wie man sie passiv bewegt, müssen sie von den Pflegenden vorher richtig angesprochen werden. Der Patient muss verstehen, wie er sich am besten bewegt. Damit wir es ihm erklären können, müssen zunächst wir uns über die einzelnen Teilschritte der Bewegung wirklich klar sein.

■ Lifter und höhenverstellbare Betten benutzen

Bestimmte Aufgaben lassen sich manuell überhaupt nicht rückengerecht durchführen – hierzu gehört der Transfer in die Badewanne. Andere – wie das Aufheben von gestürzten Patienten vom Boden – funktionieren mit Lifter viel sicherer. Daher sollte ein Lifter zur Pflichtausstattung jeder Einrichtung der Pflege gehören.

Das gilt ebenso für höhenverstellbare Betten, die heutzutage in der Pflege obligat sein sollten.

Jedoch gilt sowohl für Lifter als auch für Betten, dass nicht alle angebotenen Geräte auch geeignet sind und dass sie oft falsch benutzt werden.

Sachkunde bei der Auswahl der Geräte und Schulung vor dem Gebrauch sind daher die Bedingungen für den erfolgreichen Einsatz.

■ Kollegen zu Hilfe holen

Eine der wichtigsten Entlastungsmöglichkeiten bei der Arbeit ist die Zusammenarbeit mit Kollegen. Oft lässt sich diese optimieren. In Abteilungen, wo dies zum Alltag gehört, ist meist auch die Arbeitszufriedenheit größer.

Prinzipien des Rückengerechten Patiententransfers – Wie das Präventionsprogramm funktioniert

■ Nicht heben, wo man ziehen kann

Meist muss in der Pflege überhaupt nicht gehoben werden. Fast alle Aufgaben lassen sich so gestalten, dass stattdessen gezogen wird. Man kann dabei Laken und Stecklaken zu Hilfe nehmen.

■ Arme „verlängern“ durch Laken

Um sich nicht unnötig weit nach vorne zu beugen, lassen sich die „Hände und Arme verlängern“, indem man Laken und Stecklaken verwendet. Diese Methode benutzen professionelle Träger von Lasten (z.B. Möbeltransporteure) schon seit langem. Das Bewegungsgefühl der Patienten bei einem Lakentransfer ist sehr sicher.

■ Schwerpunktverlagerung

Das Ziehen wird noch effektiver und Rücken schonender, wenn die Kraft dazu nicht aus den Armen kommt. Statt aus den Armen zu ziehen, lässt sich das eigene Körpergewicht einsetzen. Die Kraft kommt aus der Schwerpunktverlagerung – wie beim Judo.

■ Auf gerade Körperlängsachse achten

Dabei sollte die Körperlängsachse möglichst gerade bleiben, um die Rückenbelastung niedrig zu halten. Darüber hinaus muss man sich aber um die Rückenform keine weiteren Gedanken machen. Wichtiger ist es, sich auf den Bewegungsablauf zu konzentrieren.

■ Reibung reduzieren

Oft wird in der Pflege nur gehoben, weil Reibung zu überwinden ist. Besser ist es jedoch, zu ziehen und die Reibung zu verringern – z.B. mit Plastikfolien.

■ Patienten kompakt machen

Auch das Kompakt-Machen des Patienten reduziert die Reibung und erleichtert den Transfer.

■ „Eingraben“ des Patienten vermeiden

Wenn der Patient auf einer Seite angehoben wird, gräbt er sich bei weichen Matratzen in die Unterlage ein. Hierdurch erhöht sich der Reibungswiderstand. Die Basistechniken des Programms ermöglichen es, die richtige Gleitlage beim Ziehen herzustellen.

■ Höhengefälle ausnutzen – bergab statt bergauf ziehen

In vielen Fällen kann man die Schwerkraft auch für sich einsetzen und Höhendifferenzen ausnutzen – also möglichst immer „bergab“ und nicht „bergauf“ ziehen. Das ist vor allem mit höhenverstellbaren Betten oder mit höhenverstellbaren Tragen möglich.

■ Schiefe Ebenen und Rampen einsetzen

Wo einmal wirklich „bergauf“ gezogen werden muss, lassen sich Höhendifferenzen auch mit selbst gebauten Rampen und schiefen Ebenen überwinden.

■ Hebel benutzen

Die eigene Kraft lässt sich durch die Nutzung von Hebeln deutlich besser einsetzen. Bessere Wirkung und geringere Belastung sind der Lohn.

■ Arbeitshöhe einstellen

Mit der optimalen Arbeitshöhe lassen sich viele Arbeiten viel schonender ausführen. Bei den meisten Arbeiten am Krankenbett ist die Arbeitshöhe optimal, wenn im Stehen bei locker hängenden Armen die Handflächen auf die Matratze des Bettes aufgelegt werden können. Wenn zwei Pflegekräfte am gleichen Bett arbeiten, immer am Kleineren orientieren.

Einige Basistechniken

Es gibt eine Reihe von Basistechniken, die immer wieder eingesetzt werden: Hier einige der Wichtigsten.

■ Ziehen durch Gewichtsverlagerung

Die Pflegende steht in Schrittstellung oder Fechterstellung. Zunächst ist das Gewicht auf dem vorderen Bein. Sie fasst das Laken sehr fest und „verriegelt“ ihren Schultergürtel. (Das Verriegeln geschieht durch das Anspannen der Schultermuskeln und durch Herandrücken der Arme an den Körper.)

Das Laken muss sehr straff gefasst werden.

Diese Ausgangsstellung gestattet es, Kraft unmittelbar auf das Laken zu übertragen.

Um diese Kraft auszuüben, verlagert die Pflegende ihr Gewicht vom vorderen auf das hintere Bein.

- Der Rücken bleibt dabei gerade.
- Der Schwerpunkt wandert nach hinten, bleibt aber innerhalb der Unterstützungsfläche der Füße.
- Die Zehenspitze des vorderen Beins wird angehoben.



■ Standwaage

Eine Methode, die viele Menschen intuitiv anwenden, um den Rücken zu entlasten.

Die Pflegende steht dabei auf einem Bein, das locker gestreckt wird. Während sie sich nach vorne beugt, wird das andere Bein als „Gegengewicht“ benutzt.



■ Kofferträger-Technik (Richtiges Knieheben)

Knieheben ist nicht das Allheilmittel für das Bewegen von Lasten, erst recht nicht für den Patiententransfer. Wir wollen ja auf das vertikale Heben völlig verzichten. Das Heben aus den Knien bringt keinen schützenden Effekt für den Rücken, wenn sich die Last deutlich vor den Füßen befindet.

Knieheben bringt aber eine Belastungsreduktion, wenn sich die Last neben dem Körper befindet. Das ist zum Beispiel beim Tragen von Koffern der Fall.

In der Pflege lässt sich die Kofferträgerechnik z.B. beim Anheben einer Trage benutzen.

Ein anderes Beispiel ist Technik Nr. 14.

■ Fußstellung

Für eine gute Arbeitstechnik ist nicht so sehr die Rückenhaltung, sondern mehr die richtige Fußstellung wichtig. Wir unterscheiden 3 Stellungen.

Parallelstellung: Die Füße stehen parallel nebeneinander, etwa schulterbreit auseinander.

Schrittstellung: Die Füße stehen leicht versetzt. Ein Fuß vor dem anderen. Eine leichte Drehung der Füße – meist nach außen – ist für die meisten Menschen dabei normal.

Fechterstellung: Sie sieht ähnlich aus wie die Schrittstellung, jedoch ist dabei der hintere Fuß etwas mehr nach außen gedreht.

■ Körper in die Bewegungsrichtung orientieren

Um zu starke Rotationen des Rumpfes zu vermeiden, sollten die Nase und die Füße immer in annähernd gleiche Richtung zeigen.

Anwendungsbeispiele

▶ Die folgenden Techniken sind Beispiele. Diese Beispiele sind nicht für alle Situationen, für alle Patienten und für alle Pflegenden gleichermaßen geeignet (aber für viele). Um das Programm zu nutzen, geht es nicht darum, die Techniken zu 100 Prozent so auszuführen, wie wir es hier empfehlen. Es geht vielmehr darum, die Prinzipien zu verstehen und einige Basistechniken zu beherrschen. Mit diesem Grundstock an Wissen und Fertigkeiten lässt sich für jede Situation die eigene und geeignete Technik finden. Natürlich müssen diese Techniken erst gelernt und eingeübt werden. Und natürlich tut man sich mit dem einen oder anderen anfangs noch schwer. Bei den ersten eigenen Fahrten nach dem Führerschein fühlt man sich auch noch nicht völlig sicher. Ähnlich ist es auch mit dem Lernen der hier beschriebenen Bewegungen.

▶ Wichtig ist es, gezielt zu üben und Praxis zu erwerben. Dabei sollte man nicht gleich mit den schwersten Techniken und den schwersten Patienten beginnen. Bei Schwierigkeiten sollte man den Fall mit geschulten Kollegen oder den Instruktoern diskutieren. Wenn man eine vernünftig dosierte Strategie wählt, die Prinzipien und Basistechniken anzuwenden, zeigt die Lernkurve bald nach oben. Dann kann man auch größere Herausforderungen angehen.

▶ Für jede Technik gibt es jedoch drei wichtige Handlungen, mit der jeder Patiententransfer beginnt.
Ansprache des Patienten: Dem Patienten genau erklären, was man vorhat. Dabei sollen die wesentlichen Teilschritte erläutert werden. Es ist sehr wichtig, dass der Patient weiß, wie er sich bewegen kann, um den Transfer zu unterstützen oder ihn sogar selbst zu vollbringen. Die Ansprache dient nicht nur dem Vertrauen des Patienten und der Versicherung seiner Mithilfe. Sie hilft auch uns, die Abläufe des Transfers noch einmal zu rekapitulieren. Wir empfehlen, auch bei

Patienten, die uns scheinbar nicht mehr verstehen, die Ansprache nicht zu unterlassen.

Höhe der Arbeitsfläche einstellen. Das ist meist die Höhe des höhenverstellbaren Bettes, oft auch die der Trage.

Ausgangsstellung wählen. Vorher überlegen, ob man lieber in der Parallel-Stellung, der Schrittstellung oder der Fechterstellung arbeiten möchte. Die Fußstellung sollte so gewählt werden, dass die Rotation im Rumpf möglichst gering bleibt.



Diese drei immer wiederkehrenden Handlungen am Beginn jeder Transfertechnik merken wir uns mit dem Kürzel **AHA** (Ansprache, Höhe einstellen, Ausgangstellung). Dieses Kürzel verwenden wir in dieser Broschüre vor der Beschreibung jeder Technik. Man kann das Kürzel auch vor jedem Transfer als Merkhilfe mehr oder weniger laut denken.

1 – Seitverlagerung im Bett

AHA (Ansprache – Höhe einstellen – Ausgangsstellung)

▶ Der Patient liegt auf dem Rücken. Die Arme können vor der Brust gekreuzt werden. Wichtig ist, dass sie nicht bremsen (Prinzip **Kompakt machen**).

Die Pflegerin benutzt ein Stecklaken zum Ziehen (Prinzip **Arme „verlängern“**).

Anwendung des Prinzips **Reibung reduzieren** durch eine Gleithilfe – z.B. eine Plastikfolie.

Wir arbeiten in Etappen.

1. Etappe

▶ Die Pflegerin zieht erst Kopf und Schulter, dann die Beine des Patienten zu sich hinüber.

Dadurch erfährt der Patient eine leichte C-förmige Verbiegung (patientenabhängig!). Um sich nicht unnötig vorzuneigen, benutzt die Pflegerin beim Hinüberziehen die Standwaage.

2. Etappe

▶ Jetzt muss nur noch der Rumpf herübergezogen werden.

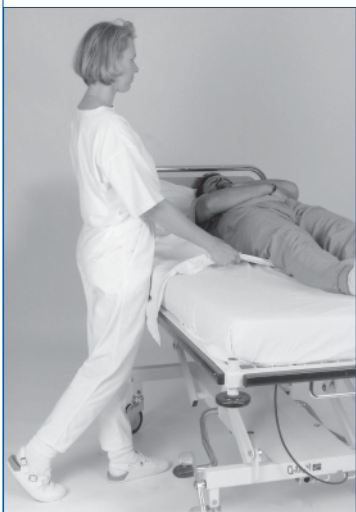
Die Pflegerin steht in *Schrittstellung* mit geradem Oberkörper, senkrecht zur Bettkante.

Sie fasst das Laken sehr straff, Verriegelt ihren Oberkörper.

Mit *Gewichtsverlagerung* zieht sie den Patienten zu sich hinüber. Zunächst ist das Gewicht auf dem vorderen Fuß. Dann verlagert sie ihr Gewicht auf den hinteren Fuß.

Auch dieses Ziehen geschieht in Etappen. Meist muss man mehrfach nachfassen und das Laken fest straffen, bevor man erneut mit *Gewichtsverlagerung* zieht.

★ Will man den Patienten ganz auf die andere Seite hinüberziehen, müssen die Teilschritte mehrfach wiederholt werden.



2 – Transfer vom Bett auf eine Trage (1-Personen-Technik)

AHA (Ansprache – Höhe einstellen – Ausgangsstellung)

- ▶ Die Trage wird neben dem Bett aufgestellt. Wir nutzen das Prinzip „**Höhengefälle ausnutzen – bergab statt bergauf ziehen**“ und stellen das Bett etwas höher als die Trage. (Wir können natürlich auch die Trage tiefer stellen!) Die Stufe, die sich dabei bildet, können wir mit einer Decke abmildern. Aufpassen, dass die Decke nicht bremst! Ferner benutzen wir das Prinzip **Arme „verlängern“ durch Laken**. Wir ziehen den Patienten mit einem Laken auf die Trage. Das Laken sollte über die Trage reichen, damit man sich nicht zu weit vorneigen muss. Man kann ferner das Prinzip **Reibung reduzieren** anwenden, indem man eine Gleithilfe – z.B. eine Plastikfolie benutzt. Das Kopfkissen unter die Schulter legen, sodass es nicht bremst, sondern den Patienten beim Transfer stabilisiert!

1. Etappe

- ▶ Die Pflegerin zieht mit dem Laken erst Kopf und Schultern, dann die Beine des Patienten zu sich herüber. Dadurch erfährt der Patient eine leichte C-förmige Verbiegung (patientenabhängig!). Jetzt lässt sich der Rumpf – wie in der Technik Nr. 1 – an die Bettkante ziehen. Um sich nicht unnötig vorzuneigen, benutzt die Pflegerin beim Hinüberziehen die *Standwaage*. Wenn der Patient an der Bettkante liegt, werden zunächst die Beine auf die Trage gezogen. Der Kopf wird noch näher an die Bettkante herangezogen, sodass er schon fast auf die Trage rutscht.

2. Etappe

- ▶ Jetzt müssen nur noch der Rumpf und der Kopf herübergezogen werden. Durch die innere Körperspannung ist dies jetzt viel einfacher, da sich die obere Körperpartie schon fast und die untere Körperpartie schon ganz auf der Trage befinden.

Die Pflegekraft steht in *Schrittstellung*. Das Gewicht ist auf dem vorderen Fuß. Man muss zuerst das Laken sehr straff fassen, fast so, als würde man aus den Armen ziehen. Statt aus den Armen kommt die Kraft für das Ziehen jedoch aus der Verlagerung des eigenen Schwerpunkts nach hinten. Durch die *Gewichtsverlagerung* vom vorderen auf den hinteren Fuß wird der Patient auf die Trage gezogen.



- ★ Dabei darauf achten, dass er sich nicht hinten eingräbt. Das geschieht, wenn man den Patienten auf seiner Seite zu sehr anhebt. Evtl. kann auf der anderen Seite des Bettes noch ein Kollege dadurch helfen, dass er das Laken etwas spannt.
- ★ Eine größere Gleithilfe (Plastikfolie oder auch ein Rollboard) ist für diese Technik unerlässlich. Diese Technik ist nicht für alle Patienten geeignet.

3 – Transfer vom Bett auf eine Trage (2 Personen-Technik)

AHA (Ansprache – Höhe einstellen – Ausgangsstellung)

- ▶ Diese Technik benötigt man, wenn der Patient keine Verbiegung im Rumpf verträgt.
Die Trage wird neben dem Bett aufgestellt. Wir nutzen das Prinzip „**Höhengefälle ausnutzen – bergab statt bergauf ziehen**“ und stellen das Bett etwas höher als die Trage. (Wir können natürlich auch die Trage tiefer stellen!)
Die Stufe, die sich dabei bildet, können wir mit einer Decke abmildern. Aufpassen, dass die Decke nicht bremst!
Ferner benutzen wir das Prinzip **Arme „verlängern“ durch Laken**. Wir ziehen den Patienten mit einem Laken auf die Trage. Das Laken sollte über die Trage reichen, damit man sich nicht zu weit vorneigen muss.
Man kann ferner das Prinzip **Reibung reduzieren** anwenden, indem man eine Gleithilfe – z.B. eine Plastikfolie – benutzt.
Das Kopfkissen unter die Schulter legen, sodass es nicht bremst, sondern den Patienten beim Transfer stabilisiert!

1. Etappe

- ▶ Die Pflegekräfte stehen in *Schrittstellung*. Das Gewicht ist auf dem vorderen Fuß. Die Arme auf der den Kollegen zugewandten Seite werden über Kreuz gehalten. Man muss zuerst das Laken sehr straff fassen – fast so, als würde man aus den Armen ziehen.
Statt aus den Armen kommt die Kraft für das Ziehen jedoch aus der Verlagerung des eigenen Schwerpunkts nach hinten. Durch die *Gewichtsverlagerung* vom vorderen auf den hinteren Fuß wird der Patient auf die Trage gezogen.
In dieser Technik sollte man immer mit dem Laken ziehen.



- ★ Der Bewegungsablauf ist ähnlich wie in der Technik Nr. 2. Im Unterschied hierzu werden nur sehr kleine Strecken gezogen. Beide Pflegerinnen ziehen quasi synchron. Die einzelnen Etappen gehen ineinander über. Der Patient bleibt in der Längsachse gerade. Auch diese Technik funktioniert meist nur mit einer größeren Gleithilfe.

4 – Vom Rücken auf die Seite drehen

AHA (Ansprache – Höhe einstellen – Ausgangsstellung)

▶ Der Patient liegt auf dem Rücken. Die Beine werden angewinkelt.

Wir benutzen also das Prinzip **Hebel benutzen**.

Mit der Arbeitstechnik *Standwaage* verhindern wir, dass wir uns zu weit nach vorne beugen, wenn wir die Beine des Patienten ergreifen.

1. Etappe

▶ Der Patient wird aufgefordert, in die Richtung, in die wir ihn drehen wollen, zu blicken. Der Arm, zu dem hin gedreht wird, kann angewinkelt werden, sodass er die Drehung nicht zu früh abbremst. (In der Endphase der Drehung ist das Abbremsen sogar erwünscht.)

2. Etappe

▶ Wir drücken den Patienten mit Hilfe der angewinkelten Beine zur Seite. Wir können dabei die *Gewichtsverlagerung* oder die *Standwaage* nutzen. Der Rumpf des Patient folgt meistens der Bewegung der Knie. Zusätzlich kann man bei Bedarf aber dem Becken oder der Schulter einen kleinen Schub geben.

(Auf ähnliche Weise kann der Patient auch durch Zug wieder zurückgedreht werden.)

★ Oft muss der Patient vor dem Drehen im Bett zu einer Seite hin verlagert werden. Für diese Aufgabe lässt sich die vorher beschriebene Technik Nr. 1 benutzen.



5 – Töpfen

AHA (Ansprache – Höhe einstellen – Ausgangsstellung)

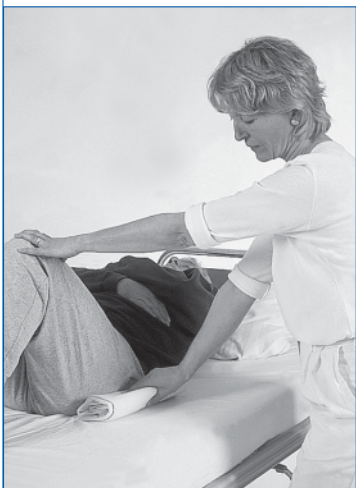
- ▶ Ein Stecklaken oder ein Handtuch wird zu einem kleinem Paket gefaltet. Es wird auf die Seite des Patienten gelegt, die der Pflegenden abgewandt ist – und zwar genau neben den Beckenkamm (Prinzip **Rampen einsetzen**). Dadurch kommt der Patient bei der erforderlichen Drehung auf dem Päckchen zum Liegen.

1. Etappe

- ▶ Die Beine des Patienten werden angewinkelt. Wir nutzen also das Prinzip **Hebel benutzen**. Der Patient wird durch das Wegschieben der Knie mit **Schwerpunktverlagerung** auf die Seite gedreht. Er liegt jetzt auf dem gefalteten Tuch. Das Steckbecken lässt sich daher bequem unter das Gesäß des Patienten schieben, da das Gesäß nicht so tief in die Matratze einsinken kann.


2. Etappe


- ▶ Zurückdrehen des Patienten. Das gefaltete Tuch verhindert ein Umkippen des gefüllten Steckbeckens.
- ★ Diese Technik lässt sich auch beim Waschen und bei pflegerischen Verrichtungen benutzen.





6 – Zum Kopfende des Bettes bewegen (mit Triangel)


AHA (Ansprache – Höhe einstellen – Ausgangsstellung)

-  Der Patient stellt seine Beine angewinkelt an.
Die Füße müssen gegen das Wegrutschen gesichert werden. Dafür sind mehrere Methoden möglich: Anti-Rutschmatte, Handtuch, leichter Druck auf die Füße durch die Pflegenden. Die Triangel („Bettgalgen“) wird möglichst weit kopfwärts verschoben.

-  Das Kissen ist so gelagert, dass der Patient mit den Schultern auf das Kissen wie auf eine **Rampe** hinaufrutscht. („Kissenrutsche“).
Der Patient ergreift ohne großen Krafteinsatz die Triangel und hebt damit den Schultergürtel etwas an.
Jetzt kann er sich durch Strecken der Knie Richtung Kopfende schieben.

-  Wir können durch das Prinzip **Reibung reduzieren** den Transfer sehr erleichtern. Eine Plastikfolie unter dem Kissen wirkt als Gleithilfe. Diese ist bei großen und weichen Kissen immer nötig.

-  Die richtige „Gleitlage“ ist der Garant für den Erfolg beim Transfer zum Kopfende. Wichtig ist, dass der Patient nicht zuerst das Gesäß anhebt, sondern dass er den Schultergürtel entlastet.
Er verhindert so das „**Eingraben** in die Matratze“.

-  Das Wichtigste an dieser Technik ist, dass das Eingraben der Schultern vermieden wird.
Das Hochbewegen im Bett durch eigene Beinkraft kann auch ohne Triangel funktionieren, wenn nur die „Gleitlage“ stimmt.



7 – Zum Kopfende des Bettes bewegen (Surfer-Technik)

AHA (Ansprache – Höhe einstellen – Ausgangsstellung)

▶ Die Betthöhe sollte hier eher etwas tiefer eingestellt werden. Auch bei diesem Transfer gilt: **Reibung reduzieren** durch Gleithilfe unter dem Kissen. Das Kissen selbst dient auch hier als **Rampe**, das das Gleiten erleichtert und das **Eingraben** von Kopf und Schultergürtel in die Matratze verhindert („Kissenrutsche“).

An jeder Bettseite steht eine Pflegerin in *Fechterstellung*. Sie sind mit dem Blick zum Kopfende hin ausgerichtet. Der vordere Fuß steht ebenfalls Richtung Kopfende.

Das Stecklaken wird in aufrechter Körperhaltung straff gefasst. (**Arme „verlängern“**)

1. Etappe

▶ Mit *Gewichtsverlagerung* nach hinten wird das Laken gespannt und der Patient „zum Schweben“ gebracht.

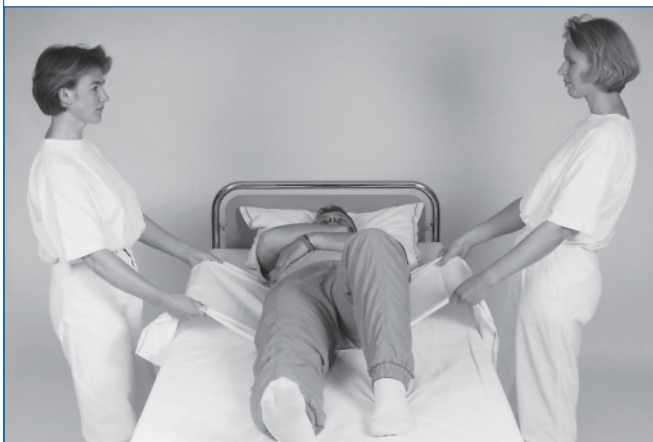
2. Etappe

▶ Durch *Gewichtsverlagerung* vom hinteren auf das vordere Bein wird der Patient mit dem Stecklaken nach oben gezogen.

★ Es gibt noch mehr Methoden der Reibungsreduktion als die Gleithilfe (Plastikfolie).


Auch das Prinzip „**Höhengefälle ausnutzen – bergab statt bergauf ziehen**“ hilft uns dabei, den Transfer einfacher und flüssiger zu gestalten: Wir können das Bett zum Kopfteil hin etwas tiefer stellen.


Passive Patienten lassen sich **kompakter machen**, indem die Beine aufgestellt werden und eine Deckenrolle unter die Knie gelegt wird.




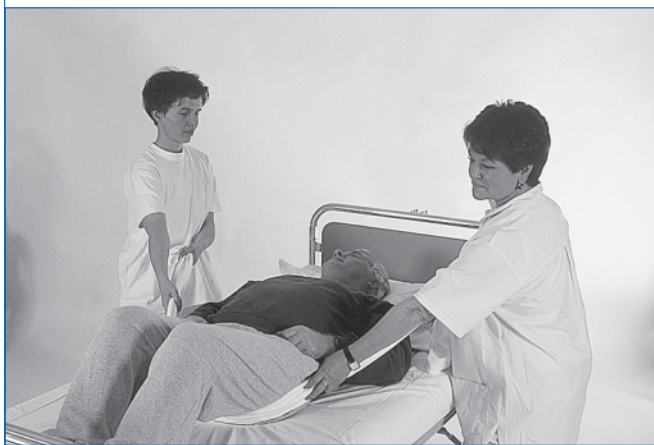
8 – Zum Kopfende des Bettes bewegen („Beckenschleuder“)

AHA (Ansprache – Höhe einstellen – Ausgangsstellung)

-  Auch bei diesem Transfer gilt: **Reibung reduzieren** durch Gleithilfe unter dem Kissen. Das Kissen selbst dient auch hier als Rampe, die das Gleiten erleichtert und das **Eingraben** von Kopf und Schultergürtel in die Matratze verhindert („Kissenrutsche“).
Bei dieser Technik steht an jeder Bettseite eine Pflegerin in *Schrittstellung*. Sie sind mit Körper und Blick zum Fußende orientiert. Das Gewicht liegt auf dem vorderen Bein.

-  Ein gefaltetes Stecklaken wird um das Gesäß und den oberen Oberschenkel geschlungen. Damit benutzen wir die Prinzipien **Patienten kompakt machen** und **Arme „verlängern“**. Die Pflegerinnen greifen das Laken sehr fest und straff. Dann ziehen sie den Patienten zum Kopfende. Sie benutzen dabei die *Gewichtsverlagerung* vom vorderen auf das hintere Bein.

-  Auch hier kann uns das Prinzip **„Höhengefälle ausnutzen – bergab statt bergauf ziehen“** weiterhelfen. Wir können das Bett zum Kopfteil hin etwas tiefer stellen.



9 – Kopfteil hochstellen

AHA (Ansprache – Höhe einstellen – Ausgangsstellung)

▶ Die Arbeitshöhe wird in Bezug auf die Hebel der Höhenverstellung, nicht in Bezug auf die Matratze eingestellt, also deutlich höher als sonst.

Die Pflegerin greift mit einer Hand an den Griff des Kopfteils, mit der anderen an den Hebel zur Arretierung. Beide Handflächen zeigen zur Matratze.

Dann dreht sich die Pflegerin so, dass sie zum Kopfende blickt. Sie benutzt die *Schrittstellung* (alternativ ist hier auch die *Fechterstellung* möglich). Das Gewicht liegt auf dem vorderen Bein.

1. Etappe

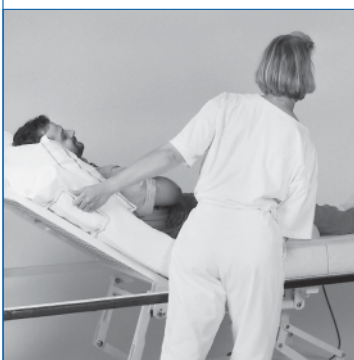
▶ Die Pflegerin entriegelt das Kopfteil. Sie benutzt jetzt die Gewichtsverlagerung vom vorderen auf das hintere Bein. So kann sie das Kopfteil ca. 40° anheben.

2. Etappe

▶ Jetzt dreht sich die Pflegerin um, sodass sie zum Fußende blickt. Sie verlagert ihr Gewicht jetzt vom hinteren auf das vordere Bein. Dabei neigt sie sich kraftvoll nach vorne. Das hintere Bein wird etwas angehoben. Es dient als Gegengewicht. Diese Bewegung ist eine Modifikation der Technik *Standwaage*.

★ Man kann sich die Arbeit durch folgende Maßnahmen noch erheblich mehr erleichtern:

- Durch Aufstellen der Beine oder eine Rolle unter den Knien des Patienten reduzieren sich die zu überwindenden inneren Spannkraften.
- Wenn der Patient den Kopf etwas nach vorne beugt oder nach der Triangel greift, ist weniger Kraft erforderlich.
- Bei inaktiven Patienten kann ein untergelagertes Kissen den Schwerpunkt des Patienten etwas nach vorne bringen.



10 – Aufsetzen an die Bettkante

AHA (Ansprache – Höhe einstellen – Ausgangsstellung)

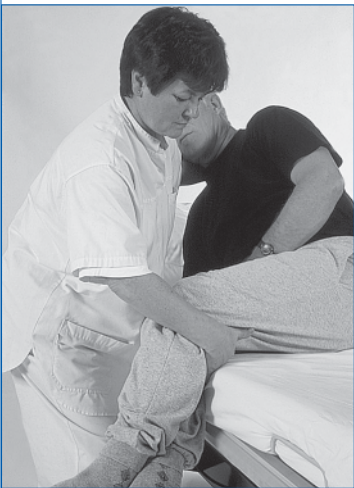
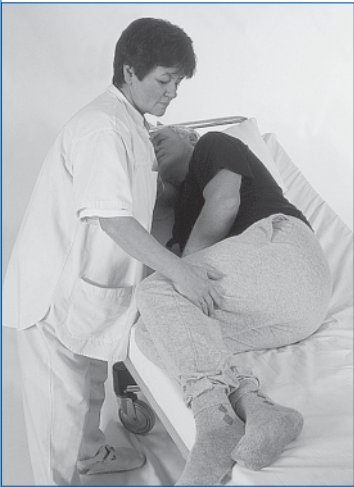
- ▶ Der Patient muss sich zuerst ein wenig an die gegenüberliegende Bettkante bewegen oder dorthin bewegt werden. Das Kopfteil wird auf 45° hochgestellt (siehe Technik Nr. 9)

1. Etappe

- ▶ Die Knie werden 90° gebeugt und der Patient mit dem Prinzip **Hebel benutzen** gedreht (siehe Technik Nr. 4). Er sollte vorher so weit zur anderen Bettkante gerutscht sein, dass die Oberschenkel noch in voller Länge auf dem Bett liegen. Das ist sehr wichtig, um ein stabiles Hebelsystem zu erhalten. Dann können Hüfte und Knie jeweils 90° gebeugt werden (sog. 90/90-Stellung). Die Unterschenkel und Füße liegen noch an der Bettkante.

2. Etappe

- ▶ Die Pflegerin steht im *Fechterschritt* in der *Standwaage*. Mit einer Hand greift sie an die Schulter, besser noch ans Schulterblatt des Patienten, mit der anderen lässt sie die Unterschenkel des Patienten herab. Auch dies ist eine Umsetzung des Prinzips **Hebel benutzen**, denn die Unterschenkel dienen als teilweises Gegengewicht zum Oberkörper des Patienten. Der Patient kann sich jetzt entweder selbst abstützen, um sich aufzurichten, oder die Pflegerin zieht ihn an der Schulter in die aufrechte Position. Sie benutzt hierbei die Technik der *Gewichtsverlagerung*.
- ★ Damit die Technik wirklich einfach ist, muss das Timing von Ziehen und Herunterlassen der Unterschenkel klappen: am besten zieht die Pflegekraft den Bruchteil einer Sekunde nach Beginn des Herunterlassens. Die Hebelwirkung kann man durch Druck auf die Unterschenkel noch verstärken.



11 – Rollstuhltransfer

AHA (Ansprache – Höhe einstellen – Ausgangsstellung)

- ▶ Der Rollstuhl wird neben dem Bett positioniert. Wenn möglich wird das Bett etwas höher eingestellt („**Höhengefälle ausnutzen – bergab statt bergauf ziehen**“).
Der Patient sitzt an der Bettkante (siehe Technik Nr. 10). Seine Füße haben Bodenkontakt.
Ein gefaltetes Stecklaken wird halb unter das Gesäß geschoben. Der Patient kann jetzt mit Stecklaken bewegt werden (**Arme „verlängern“ durch Laken; Patienten kompakt machen**).

1. Etappe

- ▶ Die Pflegerin ergreift das Stecklaken. Es gibt mehrere Möglichkeiten für die Handhaltung des Patienten. Er kann die Hände über die Schulter der Pflegerin legen (Bobath-Technik), er kann aber z.B. auch mit den Händen ein Laken ergreifen, das um die Hüfte der Pflegerin geschlungen ist. Es ist sogar möglich, die Arme einfach locker hängen zu lassen.
- ▶ Die Füße des Patienten sollten in einer leichten V-Stellung mit festem Bodenkontakt aufgestellt werden, sie sollten etwas hinter seinen Knien sein.
Die Pflegerin fixiert die Knie des Patienten mit ihren Knien. Kopf und Oberkörper des Patienten müssen etwas nach vorne kommen.
Die Pflegerin kann jetzt durch *Gewichtsverlagerung* den Patienten anheben.
Der Schwerpunkt des Patienten wandert nach vorne, der Schwerpunkt der Pflegenden wandert nach hinten, bis das System ausbalanciert ist.
Die Pflegerin hebt nicht aus dem Rücken.



2. Etappe

- ▶ Jetzt kann die Pflegerin sich mit dem Patienten zum Rollstuhl drehen. Für die Drehung ist keine Drehscheibe erforderlich, wenn die V-Form der Füße vorher eingestellt wurde. Am Ende der Drehung lässt die Pflegerin das Laken in kleinen Schritten ab („Abseilen“). Der Patient kann so in den Rollstuhl gesetzt werden.
Alternative Methode: Durch Schwerpunktverlagerung den Patienten absetzen.



- ★ • Ein Gleitbrett kann als Relaisstation dienen, um den Patienten zwischendurch abzusetzen.
- Der Transfer zurück ins Bett kann etwas schwieriger sein, wenn man das Bett nicht tiefer als den Rollstuhl stellen kann. Dann ist es besonders wichtig, die *Gewichtsverlagerung* gut zu beherrschen.
- Der Patient darf sich natürlich nicht nach hinten zurücklehnen.
- Bei schwierigen Patienten kann eine Kollegin dafür sorgen, dass der Patient sich auch wirklich nach vorne beugt.

12 – Einen Patienten von der Vorderkante des Stuhls nach hinten bewegen

AHA (Ansprache – Höhe einstellen – Ausgangsstellung)

- ▶ Die Pflegerin steht in *Parallelstellung* vor dem Patienten und fixiert seine Knie. Die Füße des Patienten stehen etwas hinter der Kniespitze.
Die Pflegerin benutzt auch hier das Prinzip **Arme „verlängern“ durch Laken**. Ein Stecklaken ist um das Gesäß des Patienten geschlungen.

1. Etappe

- ▶ Der Patient beugt sich etwas nach vorne.
Durch *Gewichtsverlagerung* der Pflegerin nach hinten wird das Gesäß des Patienten etwas angehoben.

2. Etappe

- ▶ Die Pflegerin schiebt mit ihren Knien die Knie des Patienten – und damit auch sein Gesäß – nach hinten in den Stuhl.



Ein Patient ist auf den Boden gefallen

Ein Patient ist auf den Boden gefallen. Diese Situation stellt eine der größten Herausforderungen in der Pflege dar. Oft wird versucht, den Patienten sofort wieder aufzurichten oder ins Bett zu heben. Das ist nicht immer sinnvoll. In jedem Fall ist dabei ein Höhenunterschied von 40 bis 60 cm zu bewältigen. Das kann ein Risiko für Patient und Pflegekraft darstellen. Wenn man sich dazu entschließt, einen Patienten alleine anzuheben, spielen oft auch unterschwellige Schuldgefühle eine Rolle. Man sollte sich und sein Verhalten kritisch darauf überprüfen.

Wir empfehlen die folgenden Verhaltensregeln:

Ein Patient ist auf den Boden gefallen – Verhaltensregeln

- Nicht in Panik geraten!
- Auf dem Boden liegt der Patient zunächst sicher.
- Man sollte nicht versuchen, alleine einen Patienten anzuheben.
- Beim Versuch, einen Patienten hochzuheben, ohne über die notwendigen Mittel zu verfügen, kann dieser erneut stürzen und sich dann verletzen.
- Wir müssen den Patienten nicht sofort anheben, wir sollten ihn jedoch schnell aus unbequemen, engen Räumen bergen (dabei Technik Nr. 13 benutzen).
- Wenn der Patient länger liegen muss, sollte er auf eine Matratze oder Trage umgelagert werden (Technik Nr. 4 oder Technik Nr. 14 leicht modifizieren).
- Kollegen zu Hilfe holen (dabei auch an die Nachbarstation, den Pförtner, den Dienst habenden Arzt denken).
- Einen Lifter benutzen.
- Falls kein Lifter vorhanden ist, rückengerechte Technik benutzen (Technik Nr. 14 oder weitere Techniken aus dem Buch Rückengerechter Patiententransfer).

Vorsorge – Alarmplan

1. Sturzprävention betreiben, für richtige Nachtbeleuchtung etc. sorgen.
2. Lifter anschaffen. Der Lifter sollte geeignet sein, einen Patienten vom Boden anzuheben. Er ist fahrbar und kann überall hingefahren werden, wohin ein fahrbares Bett kommt.
3. Alarmplan aufstellen, was zu tun ist. Dieser sollte die obigen Regeln beinhalten, eine Fotokopie der für die Station empfohlenen Techniken, den Standort des Lifters und eine Liste, wen man alarmieren kann.

13 – Einen Patienten aus engen Räumen mit Stecklaken auf einen Flur ziehen

AHA (Ansprache – Höhe einstellen – Ausgangsstellung)

▶ Mit dieser Technik zieht man einen Patienten aus einem engen Raum, z.B. einer Toilette, auf einen Flur, wo genügend Platz ist, einen Lifter einzusetzen oder eine rückengerechte Technik zu benutzen.

Zwei Pflegende ziehen ein Laken unter den auf dem Boden liegenden Patienten. Sie drehen den Patienten dabei und benutzen die Technik Nr. 4 in modifizierter Form. Sie setzen dabei das Prinzip **Hebel benutzen** ein.

1. Etappe

▶ Der Patient wird auf dem Laken so gelagert, dass ca. ein Drittel über den Kopf des Patienten hinausreicht. Die Füße können ohne Probleme auf dem Boden liegen. Man kann aber auch ein zweites Laken einsetzen.

Wichtig: Kopf und Schulter auf ein Kissen betten.

2. Etappe

▶ Mit Hilfe der *Gewichtsverlagerung* ziehen ein oder zwei Pflegende den Patienten in kleinen Etappen aus dem Raum.

Man muss dabei nicht unbedingt stehen. Man kann die Technik auch so verändern, dass man dabei sitzt.

★ Die zweite Pflegekraft kann auch die Füße des Patienten so anheben oder schieben, dass sie nicht bremsen. Im Notfall funktioniert diese Technik jedoch auch meist alleine.



14 – Bewegen vom Boden auf eine Trage

AHA (Ansprache – Höhe einstellen – Ausgangsstellung)

- ▶ Das ist eine sehr schonende Technik einen Patienten auf eine Trage zu heben. Man kann sie einsetzen, wenn kein Lifter zur Verfügung steht oder wenn der Patient besonders schonend bewegt werden muss.

Unter den Patienten werden drei Stecklaken gelegt.
Auch hierfür wird die Technik Nr. 4 benutzt.

1. Etappe

- ▶ Kopf und Schulter des Patienten liegen so in dem Stecklaken, dass sie nicht herausrutschen können. Sie werden dabei auf einem weichen Kissen gelagert.
Das untere Laken liegt unter dem Unterschenkel, das mittlere unter dem Becken. Die Enden der Stecklaken sind dabei gleich lang.
Zwei Pflegekräfte stehen auf beiden Seiten zwischen oberem und mittlerem Laken. Sie ergreifen beide Laken. Sie nehmen die *parallele Fußstellung* ein. Eine Pflegerin steht neben dem Unterschenkel und ergreift beide Enden des unteren Lakens.

2. Etappe

- ▶ Alle Pflegekräfte gehen leicht in die Knie, die Hüfte wird dabei gebeugt. Sie straffen die Laken. Jetzt richten sie sich auf, indem sie die Knie und Hüften strecken. Der Rücken bleibt während aller Bewegungen gerade.
Dies ist die Anwendung der *Koffertägertechnik*.
Durch sie schwebt der Patient in den Laken wie in einem Schlingentisch, was als sehr angenehm empfunden wird.

3. Etappe

- ▶ Die Pflegenden gehen in kleinen seitlichen Schritten zur Trage. Rumpfdrehung vermeiden sie.
Über der Trage wird der Patient herabgelassen.



4. Etappe

- ▶ Anheben der Trage zu viert – ebenfalls in *Kofferträgertechnik*. Dabei benötigt man bei schweren Patienten evtl. auch noch mehr Personal, um die zulässigen Lastgewichte nicht zu überschreiten.
- ★ Auch hier zeigt sich, dass das Prinzip **Kollegen zu Hilfe holen** nicht nur sehr einfach zu verwirklichen ist, sondern auch eines der wichtigsten Prinzipien der Prävention darstellt.

Überreicht und zu beziehen durch den zuständigen Unfallversicherungsträger:

Baden-Württemberg

Unfallkasse Baden-Württemberg,
Hauptsitz Stuttgart:
Augsburger Straße 700, 70329 Stuttgart,
Postanschrift: 70324 Stuttgart,
Tel. (07 11) 93 21-0, Fax (07 11) 93 21-500,
Sitz Karlsruhe:
Waldhornplatz 1, 76131 Karlsruhe,
Postanschrift: 76128 Karlsruhe,
Tel. (07 21) 60 98-1, Fax (07 21) 60 98-52 00

Bayern

Bayerischer
Gemeindeunfallversicherungsverband,
Ungererstraße 71, 80805 München,
Postanschrift: 80791 München,
Tel. (0 89) 3 60 93-0, Fax (0 89) 3 60 93-349

Bayerische Landesunfallkasse,
Ungererstraße 71, 80805 München,
Postanschrift: 80791 München,
Tel. (0 89) 3 60 93-0, Fax (0 89) 3 60 93-349

Unfallkasse München,
Müllerstraße 3, 80469 München,
Postanschrift: 80313 München,
Tel. (0 89) 2 33-2 80 94,
Fax (0 89) 2 33-2 64 84

Berlin

Unfallkasse Berlin,
Culemeyerstraße 2,
12277 Berlin-Marienfelde,
Postanschrift: Postf. 48 05 84, 12254 Berlin.
Tel. (0 30) 76 24-0, Fax (0 30) 76 24-11 09

Brandenburg

Unfallkasse Brandenburg,
Müllroser Chaussee 75, 15236 Frankfurt,
Postanschrift:
Postfach 11 13, 15201 Frankfurt,
Tel. (03 35) 52 16-0, Fax (03 35) 54 73 39

Feuerwehr-Unfallkasse Brandenburg,
Müllroser Chaussee 75, 15236 Frankfurt,
Postanschrift:
Postfach 11 13, 15201 Frankfurt,
Tel. (03 35) 52 16-0, Fax (03 35) 54 73 39

Bremen

Unfallkasse Freie Hansestadt Bremen,
Walsroder Straße 12-14, 28215 Bremen,
Tel. (04 21) 3 50 12-0,
Fax (04 21) 3 50 12-14

Hamburg

Landesunfallkasse Freie und Hansestadt
Hamburg, Spohrstraße 2, 22083 Hamburg,
Postanschrift:
Postfach 76 03 25, 22053 Hamburg,
Tel. (0 40) 2 71 53-0, Fax (0 40) 2 70 69 87

Feuerwehr-Unfallkasse Hamburg,
Kurze Mühren 20, 20095 Hamburg,
Tel. (0 40) 30 90 42 89,
Fax (0 40) 30 90 41 81

Hessen

Unfallkasse Hessen,
Opernplatz 14, 60313 Frankfurt,
Postanschrift:
Postfach 10 10 42, 60010 Frankfurt,
Tel. (0 69) 2 99 72-233,
Fax (0 69) 2 99 72-207

Mecklenburg-Vorpommern

Unfallkasse Mecklenburg-Vorpommern,
Wismarsche Straße 199, 19053 Schwerin,
Tel. (03 85) 51 81-0, Fax (03 85) 51 81-111

Feuerwehr-Unfallkasse Nord, Landes-
geschäftsstelle Mecklenburg-Vorpommern,
Bertha-von-Suttner-Straße 5,
19061 Schwerin,
Tel. (03 85) 30 31-700,
Fax (03 85) 30 31-706

Niedersachsen

Braunschweigischer
Gemeinde-Unfallversicherungsverband,
Berliner Platz 1C, 38102 Braunschweig,
Postanschrift: Postfach 15 42,
38005 Braunschweig,
Tel. (05 31) 2 73 74-0,
Fax (05 31) 2 73 74-40

Gemeinde-Unfallversicherungsverband
Hannover,
Am Mittelfelde 169, 30519 Hannover,
Postanschrift:
Postfach 81 03 61, 30503 Hannover,
Tel. (05 11) 87 07-0, Fax (05 11) 87 07-188

Landesunfallkasse Niedersachsen,
Am Mittelfelde 169, 30519 Hannover,
Postanschrift:
Postfach 81 03 61, 30503 Hannover,
Tel. (05 11) 87 07-0, Fax (05 11) 87 07-202