

Mobilitätsförderung nach Hüft-TEP anleiten

Die generalistische Ausbildung verlangt die Vermittlung mobilitätsfördernder Maßnahmen in Theorie und Praxis. Gerade ältere Patienten zeigen schon nach wenigen Tagen, dass Immobilität in Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt gravierende Einschränkungen auf ihre Alltagsfähigkeiten haben kann. Die Mobilisation ist immens wichtig, weil sie nicht nur positive Auswirkungen auf körperliche, sondern auch auf geistige Aktivität hat. Zudem reduziert sie das Sturzrisiko. Der Prozess der Mobilitätsförderung beinhaltet 4 Schritte: Information, Beratung, Anleitung und Gestaltung einer mobilitätsfördernden Umgebung. Diese Fortbildungseinheit erklärt am Beispiel einer geplanten Totalendoprothesen-Operation des Hüftgelenks, welche Informationen und Beratungsinhalte in diesem Kontext von Bedeutung sind. Auszubildende, die über Erfahrungen in der Handhabung von Hilfsmitteln verfügen, können ihre Patienten sicher im Umgang mit ihnen anleiten. Wenn dies bereits präoperativ geschieht, setzen die Patienten das Gelernte nach der Operation einfacher, schneller und besser um. Und sie werden schneller wieder mobil.

Autorin: Barbara Schubert, Diplom-Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin, Lerncoach, Physiotherapeutin, selbstständige Autorin, Gutachterin, Dozentin und Trainerin, www.wollen-koennen-tun.de

Die generalistische Pflegeausbildung verlangt die Vermittlung umfassender Kenntnisse und Fähigkeiten im Bereich Mobilität und Bewegungsförderung, das halten

BERUFSFACHLICH

LERNZIELE

Wenn Sie diese Fortbildungseinheit bearbeitet haben, ...

- wissen Sie, was man unter Mobilität versteht
- wenden Sie die 4 Schritte zur Gestaltung des Prozesses der Mobilitätsförderung an
- geben Sie Ihren Auszubildenden Selbsterfahrungsaufträge im Umgang mit Hilfsmitteln, damit sie mehr Empathie für die Patienten entwickeln
- nutzen Sie eine Checkliste mit präoperativen Beratungs- und Anleitungsinhalten zur Mobilisation nach Hüft-TEP-Operationen

STICHWÖRTER

Mobilität, Mobilitätsförderung, Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“, Information, Beratung, Anleitung, Gehhilfen

die Rahmenlehrpläne fest. (1) Sie bieten diverse Bezugspunkte, die nötigen Kompetenzen bei den Auszubildenden anzubahnen und zu fördern. Wie dies inhaltlich gestaltet werden kann, bleibt allerdings offen. (2) Auch der Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ untermauert die Zuständigkeit der Pflege in diesem Bereich. (3) Bewegungsförderung war lange Zeit aus Sicht der Pflege eine physiotherapeutische Aufgabe, die Pflege selbst fühlte sich häufig nicht zuständig. (4) Für Lehrende und Praxisanleiter:innen ist die Umsetzung der geforderten Ausbildungsinhalte eine große Herausforderung. Gerade in der beruflichen Praxis haben die Auszubildenden vielseitige Gelegenheiten, in der Mobilität eingeschränkte Menschen zu beobachten und zu unterstützen.

Laut Expertenstandard „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ ist Mobilität „die Eigenbewegung des Menschen mit dem Ziel, sich fortzubewegen oder eine Lageveränderung des Körpers vorzunehmen“. (3) Mobilität erhält und fördert nicht nur körperliche, sondern auch geistige Aktivität und beugt Erkrankungen und Folgeschäden vor bzw. lindert sie. (5) Zum Beispiel verhindert eine ausreichende Mobilität Stürze.

Ca. „40 % aller älteren Patienten erleiden nach einem Krankenhausaufenthalt Einschränkungen der Alltagsfähigkeit; ein Drittel von ihnen hat auch nach einem Jahr nicht

wieder die ursprüngliche Selbstständigkeit erreicht“ (6) Auch wenn die Immobilität im Krankenhaus nur wenige Tage besteht, geht sie mit einer Mobilitätseinschränkung einher. Dieser lässt sich während des stationären Aufenthaltes durch Mobilisierung wirksam vorbeugen. (6) Pflegekräfte können durch verschiedene Maßnahmen und Hilfsmittel Einfluss nehmen. Sie wählen geeignete Bewegungsabläufe aus und leiten Patienten und Bewohner an, individuell angepasste Hilfsmittel zielführend und sicher zu nutzen. Dazu gehört auch die Motivation der Betroffenen, überhaupt mobil sein zu wollen. (7) Wenn die Mobilisationsmaßnahmen mit alltagsrelevanten Zielen verbunden werden, ist die Motivation der Betroffenen größer, als wenn die Mobilisationsbemühungen ohne erkennbaren Alltagsbezug für sich stehen. Die in Abbildung 1 vorgestellten 4 Schritte dienen Auszubildenden als Raster, den Prozess zur Mobilitätsförderung zu gestalten.

Schritt-für-Schritt-Anleitung

Den 1. Schritt bildet die Information der Patienten oder Bewohner. Sie beinhaltet die Aufklärung über die Bedeutung der Mobilisation und die Auswirkungen eines Mobilisationsverlustes. Patienten oder Bewohner können eher eine konkrete Vorstellung entwickeln, wenn sie exemplarische Vorschläge zu Übungsmöglichkeiten erhalten. Bereits im Informationsgespräch haben Hilfsmittel einen Platz – sie können vorgestellt, demonstriert und empfohlen werden. So können Pflegekräfte bereits früh im Prozess die Einsicht und Motivation der Betroffenen beeinflussen.

Es schließt sich der Schritt der individuellen Beratung an. Sie will die Eigenverantwortlichkeit und Entscheidungsfähigkeit stärken mit dem Ziel, dass die Betroffenen aus verschiedenen alternativen Handlungsoptionen auswählen können. Das Gespräch über Ressourcen und Probleme

kann das Selbstvertrauen stärken und eine möglicherweise vorhandene Angst vor Stürzen mindern.

Der 3. Schritt befasst sich mit der praktischen Umsetzung der festgelegten Maßnahmen und beinhaltet die Anleitung der Patienten oder Bewohner. Das praktische Üben steht hier im Vordergrund. Damit Patienten oder Bewohner die neuen Bewegungsabläufe sicher und automatisiert durchführen können, müssen sie diese ausreichend häufig wiederholen. Idealerweise beziehen auch die Praxiselemente für Patienten und Bewohner relevante Alltagsaktivitäten ein. Darüber wird der Motor der Motivation weiter angetrieben und die Betroffenen bleiben am Ball. Das Wichtigste dabei ist, dass es gelingt, Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln als Basis für ein gutes Miteinander im Anleitungsprozess.

Es ist sinnvoll, Patienten mit geplanten Eingriffen bereits präoperativ darüber aufzuklären, wie sie nach der Operation aufstehen oder sitzen sollten und welche Bewegungen am besten vermieden werden. Wenn sie dies zusätzlich praktisch einüben, können sie das alles nach der Operation leichter und sicherer umsetzen. Hinzu kommt, dass Patienten Bewegungsanweisungen besser akzeptieren, nachdem sie diese praktisch geübt haben, als wenn die Informationen ausschließlich über Beratung und schriftliche Materialien übermittelt werden. (8)

Schließlich gehört auch die Gestaltung einer mobilitätsfördernden Umgebung (Wohnraumberatung) zu den Aufgaben von Pflegekräften im Rahmen der Mobilitätsförderung. Sie bildet den letzten Schritt und spielt insbesondere im Langzeitpflegebereich und in der häuslichen Pflege eine große Rolle. Bei der Wohnraumberatung werden Stufen und Schwellen, Bodenbeschaffenheit, Beleuchtung, Möbel und Teppiche sowie Haltegriffe und weitere Hilfsmittel in den Fokus genommen.



Abbildung 1: Gestaltungsraster für Mobilitätsförderungen

ANLEITUNG ZUR BENUTZUNG VON UNTERARMGEHSTÜTZEN (UAG)

UAGs entlasten die Strukturen des Bewegungsapparates der unteren Extremitäten. Neben einfachen glatten Griffen (wegen der Schweißbildung der Hände ist das Tragen von Handschuhen hilfreich) stehen Softgriffe und anatomisch geformte Handgriffe zur Verfügung. Letztere verteilen den Druck auf eine große Fläche und entlasten dadurch das Handgelenk.

Für die optimale **Höheneinstellung** lässt der Patient seine Arme bei aufrechter Körperhaltung seitlich locker hängen. Der Handgriff wird in Höhe der Handwurzel eingestellt. Alternativ kann auch die Höhe des Trochanter major am Oberschenkel zur Orientierung für die Einstellung der Griffhöhe dienen.

Der **Dreipunktengang** (s. Abbildung 2a und b) eignet sich, wenn eine Extremität entlastet werden muss. Beide Gehstützen werden gemeinsam mit dem „zu entlastenden“ Bein nach vorne bewegt, dann wird das gesunde Bein nach vorne durchgezogen. Beim Gehen ohne Belastung nimmt das Bein nur „Tuchföhlung“ auf. Das bedeutet, dass es zwar den Boden berührt, jedoch kein Gewicht trägt. Bei Teilbelastung übt der Patient solange die Übertragung der erlaubten Kilogrammmenge auf einer Waage, bis er ein sicheres Gefühl dafür entwickelt hat.

Im **Vierpunktengang** (s. Abbildung 3a und b) wird das „kranke“ Bein belastet. Er entspricht dem physiologischen Gang, der Armschwung wird sichtbar. Das rechte Bein wird gemeinsam mit der linken UAG nach vorne gebracht und das linke Bein gemeinsam mit der rechten UAG. Wenn ein Patient nur eine Gehstütze benutzt, befindet sie sich an der gesunden Seite. Sie wird immer gemeinsam mit dem kranken Bein nach vorne gebracht.

Beim **Treppensteigen aufwärts** (s. Abbildung 4a und b) bleiben „krankes“ Bein und beide Gehstützen zunächst auf der unteren Stufe, während das gesunde Bein auf die höhere Stufe gesetzt wird. Beide Gehstützen werden gemeinsam mit dem kranken Bein auf dieselbe Stufe nachgezogen – sie werden NICHT auf die nächste höhere Stufe gesetzt! Zur Sicherheit geht eine Begleitperson hinter dem Patienten her. Alternativ kann eine UAG durch den Handlauf der Treppe ersetzt werden, das erhöht die Stabilität und Sicherheit. Diese UAG wird dann entweder von der Begleitperson gehalten oder der Patient nimmt sie zusätzlich in die Hand mit der zweiten UAG. **Abwärts** (s. Abbildung 5a und b) werden zunächst die Gehstützen und das „kranke“ Bein auf die nächste tiefere Stufe gesetzt, das gesunde Bein folgt im 2. Schritt auf dieselbe Stufe. Zur Sicherheit geht eine Begleitperson vor dem Patienten her. Hier kann analog zum Treppensteigen aufwärts auch der Handlauf eine UAG ersetzen.

Fallbeispiel

Herr Lang bekommt ein neues Hüftgelenk

Schon lange leidet der 68-jährige Herr Lang an einer rechtsseitigen Coxarthrose. In letzter Zeit war er allerdings so stark eingeschränkt, dass er sich zu einer TEP-Operation entschieden hat. Heute wurde er stationär auf die orthopädische Station aufgenommen, dort arbeiten die Auszubildende Lena und der Praxisanleiter Bernd. Seine Operation ist für morgen geplant.

Lena ist für Herrn Lang zuständig. Von Bernd erhält sie den Auftrag, seine Patientendokumentation zu lesen und sich in einem persönlichen Gespräch ein erstes Bild von ihm zu machen. Dabei soll sie den Fokus auf seinen Mobilitätszustand legen und Ziele und Maßnahmen zur Förderung der Mobilität entwickeln. Anschließend wollen sich beide zusammensetzen und eine Fallbesprechung durchführen.

Lena ist neu in der Orthopädie und kennt sich noch nicht gut aus. Aber den Arbeitsauftrag kann sie gut umsetzen. Im Gespräch wird ihr bewusst, dass Herr Lang nach der Operation eine Gehhilfe benötigen wird und dass es zu den Aufgaben des Pflegepersonals gehört, die Patienten in ihrer Mobilität und im Umgang mit Hilfsmitteln zu unterstützen. Alle gesammelten Informationen schreibt sie sich in ihr Praxisheft, ebenso einige Fragen, die sie Bernd stellen möchte. Zum Beispiel wünscht sie sich eine Übersicht darüber, welche verschiedenen Gehhilfen es gibt und wie man sie benutzt. Sie fragt sich ebenfalls, wie gut ältere Menschen im allgemeinen zurecht kommen im Umgang mit Gehhilfen und was man unternehmen kann, wenn es nicht problemlos funktioniert.

Bernd stellt im anschließenden Gespräch heraus, dass die Verwendung von Unterarmgehstützen für Herrn Lang nach der Operation angezeigt ist. Lena kennt dieses Hilfsmittel zwar, jedoch hat sie es selbst noch nie ausprobiert. Deshalb fühlt sie sich sehr unsicher, Herrn Lang diesbezüglich zu beraten und anzuleiten.

Bernd erklärt ihr Schritt für Schritt die richtige Einstellung und Handhabung von Unterarmgehstützen. Lena setzt das direkt für sich um und bewegt sich mit dem Hilfsmittel durch das Haus. Sie öffnet Türen, fährt mit dem Fahrstuhl und steigt auch Treppen auf und ab. Als sie nach 30 Minuten zurückkehrt, ist sie sichtlich geschafft. Sie findet es nicht nur körperlich anstrengend. Vor dieser Selbsterfahrung ahnte sie nicht, wie viele selbstverständliche alltägliche Dinge zu Herausforderungen werden, wenn man mit Unterarmgehstützen unterwegs ist. Dazu zählt das Drücken des Aufzugknopfes ebenso wie der Transport von Gegenständen. Ihr



Abbildung 2a und b: Dreipunktengang



Abbildung 3a und b: Vierpunktengang



Abbildung 4a und b: Treppe aufwärts



Abbildung 5a und b: Treppe abwärts

wird klar, dass sie Lösungsvorschläge für diese Probleme braucht, wenn sie Patienten im Umgang mit dem Hilfsmittel unterstützen möchte.

Für Lena war diese Übung eine sehr wertvolle Selbsterfahrung, die ihr Verständnis für die Situation der Patienten stark verändert hat – im positiven Sinn. Und ihr sind gute Ideen eingefallen, wie man die meisten Gegenstände mithilfe eines Rucksacks oder einer Hüfttasche trotz Gehstützen gut transportieren kann. Nun weiß sie, wie man mit Unterarmgehstützen den Alltag bewältigt, und fühlt sich in der Lage, dieses Wissen weiterzugeben.

Innerhalb der Fallbesprechung erarbeiten Lena und Bernd eine Checkliste mit einigen wichtigen Punkten, die Pati-

- Schmerzmedikation post-OP
- Lagerung: Schaumstoffschiene
- Luxationsprophylaxe: zu vermeidende Bewegungen

Innen- und Außenrotation, Adduktion

- festes Schuhwerk
- Hilfsmittel (UAG, (Toiletten-)Sitzerhöhung, Greifzange)
- Aufstehen aus dem Bett über die operierte Seite, das OP-Bein in leichter ABD-Stellung halten
- Sitzen: Sitzflächenerhöhung in Stuhl und Toilette
- Gehen mit Unterarmgehstützen

Dreipunktengang und Vierpunktengang

- Umgang mit Drainagen (Redon, Blasenkatheter)
- Rucksack oder Hüfttasche zum Transport von Gegenständen

Tabelle 1: Präoperative Beratungs- und Anleitungsinhalte zur Mobilisation nach Hüft-TEP-OP

Personalkompetenz

- Der Auszubildende verschafft sich selbstständig grundlegendes Wissen bezüglich Hüft-TEP-Operationen und postoperativer Förderung der Mobilität.
- Der Auszubildende nimmt seine eigenen Stärken und Schwächen in Bezug auf die Mobilitätsförderung bewusst wahr.
- Der Auszubildende schätzt seinen eigenen Lernstand in Bezug auf mobilitätsfördernde Maßnahmen realistisch ein.
- Der Auszubildende reflektiert die von ihm durchgeführten Maßnahmen zur Mobilitätsförderung nach einer Hüft-TEP-Operation selbstständig im Gespräch mit seinem/seiner Praxisanleiter:in.

Sozialkompetenz

- Der Auszubildende kommuniziert angemessen mit den Patienten, macht ihnen Vorschläge zur Mobilitätsförderung und unterstützt sie bei der Auswahl geeigneter Maßnahmen.
- Der Auszubildende informiert die Patienten zielgruppengerecht und einfühlsam.
- Der Auszubildende geht in Zusammenhang mit der Mobilitätsförderung auf Wünsche und Bedürfnisse der Patienten ein.
- Der Auszubildende arbeitet im Rahmen der Mobilitätsförderung mit anderen beteiligten Berufsgruppen zusammen und tauscht sich mit ihnen aus. Dabei verwendet er eine angemessene Fachsprache.

Fachkompetenz

- Der Auszubildende verfügt über Fachwissen zu Ursachen, Operationstechniken und postoperativer Förderung der Mobilisation in Zusammenhang mit Hüft-TEP-Operationen.
- Der Auszubildende kennt verschiedene Maßnahmen zur Mobilitätsförderung nach Hüft-TEP-Operation. Der Auszubildende kennt verschiedene Hilfsmittel zur Mobilitätsförderung und empfiehlt die Benutzung angepasst an die jeweilige Situation.
- Der Auszubildende leitet die Patienten in der selbstständigen und sicheren Bedienung und Nutzung von Hilfsmitteln an.
- Der Auszubildende korrigiert die Patienten im Umgang mit Hilfsmitteln.

Methodenkompetenz

- Der Auszubildende führt mobilitätsfördernde Maßnahmen nach Hüft-TEP-Operationen an die Patientenbedürfnisse orientiert durch.
- Der Auszubildende ist sicher in der Bedienung gängiger Hilfsmittel und kann sie situations- und patientenbezogen einsetzen.
- Der Auszubildende berücksichtigt bei der Durchführung mobilitätsfördernder Maßnahmen zeitliche und materielle Ressourcen.

Übersicht 1: Mögliche zu erreichende Kompetenzen in Anleitungssituationen zur Förderung der Mobilität nach Hüft-TEP-Operation (eigene Erstellung)

enten wie Herr Lang schon vor der Operation vermittelt werden sollten. Lena erhält abschließend den Auftrag, sie im Anschluss in einem Leitfaden zu verschriftlichen. Das Ergebnis stellt Tabelle 1 dar.

Fallbeispiel (Fortsetzung)

Gemeinsam mit Bernd geht sie am Nachmittag zu Herrn Lang. Ziel ist es, Herrn Lang über einige wichtige Dinge zu beraten und in der Benutzung von Unterarmgehstützen

anzuleiten. Zunächst schaut sie sich das Schuhwerk von Herrn Lang an. Seine „Schlappen“ sind für die Mobilisation gefährlich. Sie erklärt Herrn Lang im Gespräch, dass das Tragen von Schlappen das Risiko zu stürzen erhöht und dass feste Schuhe Stürze vorbeugen können. Das sieht Herr Lang ein und lässt sich noch am selben Nachmittag von seinen Angehörigen Turnschuhe mit Klettverschlüssen bringen.

Dann informiert Lena Herrn Lang darüber, dass sein Bein nach der Operation in einer Schaumstoffschiene gelagert wird, damit keine unkontrollierten Bewegungen passieren, die zur Luxation führen können. Sie erklärt ihm, dass er Rotations- und Adduktionsbewegungen vermeiden muss, um das zu verhindern. Seine Sorge vor starken Schmerzen nach der Operation kann sie Herrn Lang nehmen.

Zur Entlastung des operierten Beines soll er Unterarmgehstützen benutzen. Mit seinem Einverständnis überreicht sie ihm ein Paar Gehstützen und stellt die Höhe für ihn passend ein. Ab jetzt soll er sie benutzen, damit er am nächsten Tag ein wenig Übung darin hat und besser damit zurechtkommt. Außerdem überlässt sie ihm eine Sitzflächenerhöhung für seinen Stuhl am Esstisch und zeigt ihm die Toilettensitzerhöhung, die im Bad fest installiert ist. Als weiteres Hilfsmittel stellt sie ihm einen Greifarm (Greifzange) zur Verfügung und erklärt ihm, dass er mit dessen Hilfe beispielsweise seine Klettverschlüsse an den Schuhen schließen kann. All das soll er ausprobieren und diese Hilfsmittel kann er auch für zu Hause verordnet bekommen.

Dann empfiehlt sie ihm, immer über die operierte Seite aus dem Bett aufzustehen, da dies der kürzeste Weg für das Bein ist und sich darüber Rotations- und Adduktionsbewegungen am besten vermeiden lassen. Dabei bleibt es jedoch nicht, Herr Lang probiert es gleich einmal aus. An der Bettkante angekommen, weist Lena Herrn Lang darauf hin, dass er unmittelbar nach der Operation möglicherweise eine Redon-Sog-Drainage und einen Blasenkatheter haben wird. Die dazugehörenden „Schläuche“ muss er immer mitnehmen, wenn er das Bett verlässt. Wenn er das vergisst, drohen Verletzungen. Sie macht Vorschläge, wie er die Behälter möglichst wenig sichtbar für andere an seiner Kleidung befestigen kann.

Dann demonstriert sie ihm den Dreipunktegang mit Unterarmgehstützen und lässt Herrn Lang dies anschließend üben. Lena beobachtet ihn dabei und korrigiert ihn da, wo es nötig ist. Er hat anfangs Probleme mit der Koordination des Bewegungsablaufes.

Lena erinnert sich an die Merkhilfe zum Thema Treppensteigen und gibt diese an Herrn Lang weiter: Gesund geht's bergauf und krank geht's bergab.

Nach einigem Üben weiß er ganz genau, wie er aus dem Bett aussteigen kann, er geht mit den Unterarmgehstützen ins Bad und über den Flur, öffnet Türen und geht auch im Treppenhaus eine Etage herauf und wieder herunter. Beide vereinbaren abschließend, dass Herr Lang nach der Operation die eingeübten Bewegungsabläufe bei allen Alltagsaktivitäten anwendet.

Lena und Herr Lang sind zufrieden mit dem Ergebnis. Herr Lang weiß nun, was auf ihn zukommt, und fühlt sich dadurch sicherer. Außerdem lässt er sich noch einen Rucksack von zu Hause bringen, damit er einige Dinge transportieren kann, obwohl er keine Hand frei hat. Lena erhält von Bernd im Reflexionsgespräch ein sehr positives Feedback. Sie findet, dass die gute Anleitung von Bernd und auch die Checkliste ihr sehr dabei geholfen haben, eine Struktur zu entwickeln.

Am nächsten Abend geht Lena zu Herrn Lang ans Bett. Er hat die Operation gut überstanden und kaum Schmerzen. Lena hilft ihm dabei, das erste Mal das Bett zu verlassen. Sie ist begeistert, wie gut Herr Lang alles umsetzen kann. Und Herr Lang ist froh, dass Lena ihm all das bereits vor der Operation beigebracht hat. Denn gestern war doch alles einfacher und Herr Lang hat auch am Abend immer wieder geübt, damit alles gut klappt nach der Operation. Mit großem Erfolg, wie er feststellen darf.

Gut gemacht, Lena!

Literatur

- 1 Fachkommission nach § 53 PflBG. Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht. Bonn; 1.8.2019.
- 2 Freese, K.: Lernen, wie man Menschen im Alter bewegt. Pflegezeitschrift 2021; 74(1-2):38–41.
- 3 DNQP: Expertenstandard nach § 113a SGB XI Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege: Konsultationsfassung. Osnabrück; 2020.
- 4 Abt-Zegelin, A.: „Festgenagelt sein“: Der Prozess des Bettlägerigwerdens. 2., erg. Aufl. Bern: Huber; 2013 (Pflegeforschung, Pflegepraxis).
- 5 Schemmel, N.: Mobilität erhalten und fördern: Serie Prophylaxen (Teil 5). Heilberufe 2020; 72(9):38–9.
- 6 Püllen, R.: Bewegung im Krankenhaus. Z Gerontol Geriatr 2016; 49(7):664–5. doi: 10.1007/s00391-016-1131-0.
- 7 Beckmann, M., Breuckmann, M.: Anreize schaffen: Grundlagen zur Förderung der Mobilität. Pflegezeitschrift 2017; 70(7):51–4.
- 8 Kluger, D.: Wieder auf die Beine kommen. Intensiv 2018; (19-23).

Bildquellen

© Barbara Schubert