

Datum _____

Weitere Daten:

Gehhilfe _____

Fußschiene _____

Zehn-Meter-Gehzeit* _____ Sekunden

Punktwert Rivermead Mobility Index* _____/15

* Es liegt im Ermessen der Untersucher, ob diese Teste zusätzlich durchzuführen sind. Informationen über diese Teste sind unter folgenden Links einsehbar.

Untersucher: _____

Unterschrift: _____

Rivermead Visuelle Ganganalyse – Bewertungshilfen

Weil die Deskriptoren „leicht/gering“ (mild), „mäßig“ (moderate) und „schwerwiegend/stark“ (severe) nicht präzise zu quantifizieren sind, hängt die Interpretation ihrer Bedeutung teilweise vom jeweiligen Vorgehen des Kliniklers bei dessen Ganganalyse ab. Die folgenden Anmerkungen beziehen sich auf die Komponenten eines normalen Gangbildes und können hilfreich bei der Einschätzung der Abweichungen sein.

Schulter in Depression/Retraktion/Elevation

Die Margo medialis der Scapula liegt ungefähr 25 mm entfernt und fast parallel zu den Brustwirbeln zwischen Th1 bis Th8.

Ellbogenflexion

Das Ellbogengelenk flektiert bis ungefähr 8° während der Standphase.

Rumpfflexion und Rumpfseitneigung

Während der Standphase und der Schwungphase ist der Rumpf aufrecht und rotiert um die vertikale Achse.

Rumpf und Becken: Laterale Verschiebung

Während der Standphase verschieben sich Rumpf und Becken ungefähr 25mm nach lateral zum Standbein.

Kontralaterales Absinken des Beckens

Während der mittleren Standphase sinkt das Becken nur um wenige Grad auf der kontralateralen Seite ab. Dabei wird seine Position durch die Kontraktion der Hüftabduktoren der Standseite gehalten.

Hüftextension

Während der mittleren und terminalen Standphase bewegt sich das Hüftgelenk aus 30° Flexion in die 0° Position (erscheint als 20° Hyperextension, wenn man den Winkel von der Hüfte zum Sprunggelenk betrachtet).

Rotation des Beckens nach hinten

Das Becken dreht aus 5° Vorwärtsrotation bei initialer Standphase auf 5° Rückwärtsrotation in terminaler Standphase.

Knieflexion/extension bei Initialkontakt

Beim Initialkontakt, während mittlerer und terminaler Standphase ist das Knie in Neutralposition. Während der Gewichtsübernahme direkt nach dem Initialkontakt gibt das Knie um 15° Flexion nach.

Sprunggelenk Plantarflexion / Dorsalextension

Bis zur mittleren Standphase bewegt sich das Fußgelenk aus der Neutralstellung bis in 10° Plantarflexion. Dann verändert sich die Position zu 10° Dorsalextension, während das Bein sich über dem Fuß vorwärtsbewegt.

Inversion

Der Fuß bewegt sich aus einer leichten Inversions-/Supinationsstellung in der initialen Standphase in eine Everstion/Pronation, die beibehalten wird, bis sich die Ferse vom Boden löst, wobei der Fuß wieder supiniert wird.

Verminderte Plantarflexion beim Abheben der Zehen

Das Sprunggelenk sorgt für den nötigen Abstoß zur Einleitung der Schwungphase, indem es sich aus einer Dorsalextension in eine 20° Plantarflexion bewegt.

© (auch der deutschen Version) Rivermead Rehabilitation Centre. Zur Vervielfältigung bei Angabe der Quelle freigegeben. Nicht zum Verkauf. Autorisierte deutsche Version: S van Kaick, E Scherfer, C Bohls und D Hogan 2005.

Gefördert durch die Physio-Akademie des ZVK, 27638 Wremen www.physio-akademie.de

Beckenelevation

Das Becken liegt während der Schwungphase etwas tiefer, wodurch das Hüftgelenk abgesenkt wird.

Beckenrotation nach hinten

In der terminalen Schwungphase befindet sich das Becken in 5° Vorwärtsrotation.

Hüftflexion

Die Hüfte flektiert während der gesamten Bewegung ausgehend von 0° in der initialen Schwungphase, erreicht eine maximale Flexion von 60°-70°, bevor sie in der terminalen Schwungphase auf 25° zurückfällt.

Knieflexion

Das Knie flektiert von 40° in der Vorschwungphase auf 60° in der mittleren Schwungphase.

Plantarflexion

Das Sprunggelenk bewegt sich aus der Plantarflexion in die Neutralstellung in der mittleren Schwungphase, um ungefähr 14mm Bodenfreiheit des Fußes zu erreichen. Es bleibt in Neutralstellung bis zur Gewichtsübernahme in der Standphase.

Veröffentlichung der englischen Originalfassung:

Lord SE, Halligan PW, Wade DT

Visual gait analysis: the development of a clinical assessment and scale.
Clinical Rehabilitation 1998 Apr;12(2):107-19.