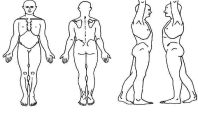


Erklärungen und Informationen zum OMT Patientenbefund

Befundkopf	
Seite 1	
Geburtsdatum	<p>Die Richtlinien bzgl. der Manuelle Therapie bei LBP geben das Alter an, unter und über dem das Auftreten einer 1. Periode von Rückenschmerzen als Red flag vermerkt wird. Fast einheitlich gilt als Untergrenze ein Alter von 20 Jahren. Die Richtlinie der Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG; Niederländische Hausarztgenossenschaft; beschreibt ebenso wie Rives und Douglass einen Zusammenhang mit einer möglichen Spondylolithesis oder Morbus Bechterew bei Patienten unter 20 Jahren. Bei Kindern unter 11 Jahren wird oft von einer spezifischen Krankheit gesprochen, die zusammen mit konstanten Schmerzen auftritt.</p> <p>Mehrere Autoren geben eine Obergrenze von 50 Jahren bis 55 Jahren an. Die amerikanische AHCPR (Agency for Healthcare Research and Quality) spricht von Red Flags in Verbindung mit eventuellen Tumoren und ernsthaften Wirbelsäulenerkrankungen (wie z.B. auch Osteoporose). Laut der Richtlinie der NHG (National Healthcare Group) kann der Beginn von Rückenschmerzen vor dem 50. Lebensjahr mit unter anderem zusätzlicher Malignität in der Krankengeschichte auf eine aktuelle maligne Erkrankung hindeuten .</p> <p>Arnold P et al. Red flags bei Patienten mit Schmerzen im Lendenbereich Manuelle Therapie 2009</p>
Untersuchungsdatum	Sinnvoll im Hinblick auf längerfristige Behandlungen, um z.B. die Einteilung in akut, subakut und chronisch, sowie die Heilungsphase weiter im Focus zu haben.
Ärztliche Diagnose	Die dem Patienten durch den Arzt mitgeteilte aktuelle Diagnose, die im Blickpunkt der Behandlung stehen soll.
Beruf/letzte Tätigkeit/	Gibt es beruf spezifische Tätigkeiten, die zu einer Überlastung des Patienten geführt haben, oder gibt es bestimmte Fähigkeiten die der Patient erreichen muss, damit eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit möglich ist.
Hobby/Sport	Ähnlich der Sparte Beruf, wichtig hierbei z.B. ist, dass auch PC spielen oder Stricken sind Hobbys, die eine langfristige Haltung bedingen, die muskuloskelettale Probleme begünstigen können.
Sozialstatus	Familienstatus, Lebensumfeld Gesundheit und Sterblichkeit sind stark abhängig von der sozialen Schicht, der ein Individuum zugehört. Davey Smith G, Hart C, Blane D et al. Lifetime socioeconomic position and mortality: prospective observational study. BMJ 1997
Hauptproblem(e)	Aktuelle Symptome die den Patienten zur Konsultation des Therapeuten nötigten, in den eigenen Worten des Patienten. Möglicherweise differiert dies mit der Diagnose!
Verständnis/ Gedanken des Patienten bzgl. des eigenen Problems	Erkennt der Patient Zusammenhänge seiner aktuellen Problematik mit seinen Lebensgewohnheiten, einen Bezug zu vorherigen Erkrankungen/ Verletzungen. Kann er Überlastungen durch eine übermäßige Beanspruchung des muskuloskelettalen Systems (z.B. Sport /Arbeitshaltung) erkennen. Möglicherweise muss dieser Abschnitt nach der Befundaufnahme noch ergänzt werden, da eine Beurteilung zu Beginn der Untersuchung noch schwierig ist.
Erwartungen an die Therapeuten	Hier zeigen sich die Vorstellungen des Patienten, bzgl. des Therapieablaufes. Ist der Patient gewillt aktiv zu arbeiten. Überträgt er die Verantwortung für den Heilungsverlauf in die Hände des Therapeuten. Spiegelt das Therapieverständnis!
Ziele des Patienten	Sind die Vorstellung des Patienten an der Therapieverlauf (gemessen an der aktuellen Einschätzung des Therapeuten) realistisch. Gehen diese Ziele über die Erwartungen des Therapeuten hinaus. (z.B.: Ich will den Ironman schaffen) Muss der Therapeut die Therapie hiernach anpassen, wie kann ich die Ziele zur Motivation nutzen.

<p>Grafik</p> 	<p>Hier werden Visuell die Probleme des Patienten, optisch dargestellt. Als Hilfe zusätzlich mit den Kürzeln S₁, S₂, ... S_n (für Schmerz 1, Schmerz 2....) versehen. Rechts Neben der Grafik liegt die Einteilung der Schmerzen. Die Schmerzen werden hier mittels der numerischen analogen Skala (1-10) oder der visuellen analogen Skala (wenig bis stark auf einer VAS Schiene oder ähnlichem) in den jeweiligen Schmerzpunkten festgelegt. (Bsp. S₁=7).</p> <p>In der Korrelation der Symptome lässt sich notieren, ob Schmerzen zusammen auftreten, eine Reihenfolge (zunächst das Bein und dann der Rücken) oder eben keinen Zusammenhang zeigen.</p>
<p>Grund-erkrankungen</p>	<p>Erkrankungen: wie Diabetes, Bluthochdruck, Neurodermitis, ect. die der Patient zusätzlich zu den aktuellen Problemen hat, auch wenn er sie nicht damit verbindet.</p>
<p>Medikamente</p>	<p>Welche Mittel nutzt der Patient für sein aktuelles Problem, inwieweit Beeinflussen diese die Therapie und die Wahrnehmung des Patienten. Welche Mittel nimmt er zusätzlich für seine weiteren Erkrankungen, gibt es hier ebenfalls Einflüsse? Häufig werden „alte“ Erkrankungen (wie Diabetes) vergessen, fragt man nach Medikamenten taucht dann plötzlich Insulin auf!</p>
<p>Im folgenden werden einige Screeningfragen gestellt: Grundsätzlich ist hierbei zu sagen, dass ein Auftreten der Symptome im sinne einer Nervenstörung als Red Flag zu werten ist und eine ärztliche Abklärung der Region erfordert.</p>	
<p>VBI (Schwindel / Sehstörungen, Doppelbilder, / Sprachstörungen / Schluckstörungen / drop attacks / Tinnitus, Taubheit, Übelkeit, Nystagmus)</p>	<p>Verschiedene Zeichen können auf eine Problematik der Arteria Vertebralis, bzw. einer Instabilität der Kopfgelenksregion mit Auswirkungen auf das ZNS hinweisen. die IFOMT hat hierzu ein Richtlinienpapier: <i>International Framework for Examination of the Cervical Region for potential of Cervical Arterial Dysfunction prior to Orthopaedic Manual Therapy Intervention</i>. (http://www.ifompt.org/) herausgegeben, was die Untersuchungsmöglichkeiten und Zeichen beschreibt.</p>
<p>Rückenmark (pins and needles / Gangstörung)</p>	<p>Gibt es Zeichen wie (Prickeln, Brennen, Kribbeln, taubes Gefühl, in den Armen, Beinen, Händen oder Füßen) oder sind arbeiten die Muskeln unkoordiniert, spastisch oder ermüden unnatürlich schnell? (mögliche Ursachen für einige genannte Symptome können ebenso wie eine Schädigung des Rückenmarkes Diabetes, Schlaganfall, Multiple Sklerose, Guillain-Barré, ect.)</p>
<p>Cauda equina (Blase & Darm / Reithosenphänomen)</p>	<p>Pathologie des verlängerten Rückenmarkes wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rückenschmerzen, die bis über das Knie in einen oder beide Unterschenkel ausstrahlen (sogenannte radikuläre Schmerzen), -Reithosenanästhesie (Sensible Störungen im Gesäß- und Oberschenkelbereich) -Fehlender Patellarsehnenreflex (L4) und/oder fehlender Achillessehnenreflex (S1) -Motorische Ausfälle im Bein- und besonders im Fußbereich (z. B. Fußheberschwäche) -Plötzliche, mit den Beschwerden gekommene Impotenz -Harn- und Stuhlinkontinenz durch Schädigung des Nervus pudendus (S2-S4) -reduzierter Sphinktertonus bei rektaler Untersuchung
<p>Gewichtsverlust (ungewünscht ?)</p>	<p>Die Folgen bösartigen Tumorwachstums für den Organismus sind sehr vielfältig und bei jedem Patienten individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt. Etwa 15 Prozent aller Krebspatienten erleiden bereits frühzeitig einen schweren Gewichtsverlust, das heißt sie nehmen über zehn Prozent ihres vormaligen Körpergewichts ab. Tumorzellen verschwenden Energie, da ihr Stoffwechsel überwiegend anaerob, also ohne Sauerstoff abläuft. Ihr Zuckerverbrauch liegt dadurch bis zu 40-mal höher als der von normalen Gewebezellen. Doch es kommt zu Störungen mehrerer Stoffwechselwege im erkrankten Organismus, bedingt durch verschiedene Entzündungs- und Botenstoffe, die vom Tumor aber auch vom Immunsystem des Kranken abgegeben werden. Das führt typischerweise zu massivem Abbau von Fetten aber auch von Proteinen und damit – anders als etwa im Hungerzustand – relativ schnell zu Muskelschwund. Auch der Blutzucker ist häufig erhöht. Die genauen biochemischen Mechanismen sind hochkomplex und im Detail noch nicht vollständig aufgeklärt.</p>
<p>CA in der Vorgeschichte</p>	<p>Malignität in der Krankengeschichte in Hinblick auf eine Metastasierung oder erneuten Ausbruch: Alle Richtlinien bezeichnen Malignität in der Krankengeschichte als Red flag. Ob ein Unterschied besteht, welche Krebsform in der Vergangenheit vorlag, spezifiziert keine der Publikationen näher.</p>

Nachtschmerz	Nächtliche Schmerzen: Viele Veröffentlichungen nennen das Symptom nächtliche Schmerzen als Red flag für vorhandene Wirbelsäulenmetastasen oder Infektionen mit der Qualifikation ernsthaft, konstant, unerträglich, sehr intensiv und hartnäckig. Die NHG-Richtlinie gibt an, dass nächtliche Schmerzen unter anderem in Kombination mit kontinuierlichem Schmerz unabhängig von Haltung und Bewegung ein Alarmsignal für Malignität sind.
Nächtliches Schwitzen	Konstitutionelle Symptome/allgemeine Übelkeit: Fieber, Schüttelfrost, Schwitzen, Müdigkeit und Übelkeit, können mit Infektionen in Verbindung gebracht werden. Hohes Fieber kann ein Zeichen für sehr spezifische Krankheiten wie z. B. Diszitis, Osteomyelitis oder epidurale Abszesse, aber auch tumoröse Erkrankungen.
Familiäre Veranlagung	Bei bestimmten Erkrankungen sind familiäre Dispositionen möglich, evtl. sogar wahrscheinlich. Es ist hier aber abzuklären, ob es bei den Problemen des Patienten sich um eine tatsächliche „Erbkrankheit“ handelt, oder ob er nur davon ausgeht, dass das Problem sich vererben kann. Meine Oma hatte Rückenschmerzen, meine Mutter hatte bis zu ihrem Lebensende Rückenschmerzen, jetzt hab ich sie auch. Hier ist die Einstellung des Patienten eher als Yellow Flag zu sehen, die den Genesungsverlauf durch die Einstellung behindert.
Fortlaufende Zunahme der Problematik	Entgegen einem normalen Heilungsverlauf ist hierbei die Ursache nicht (oder nicht ausreichend) behandelt und müssen genauer untersucht werden. Konstante, progressive Schmerzen gelten als Red flag für ernsthafte Wirbelsäulenerkrankungen, wobei die CSAG noch das Merkmal nicht mechanisch hinzufügt!
Verstärkung bei Husten / Niesen / Pressen	Eine durch Husten, Pressen und Niesen verursachte Druckerhöhung der intraabdominalen Gefäße mit Erhöhung des Blutvolumens der Wirbelvenengeflechte führt zur Irritation der vom N. sinuvertebralis sensibel versorgten Dura mater.
Seite 2	
Seit wann haben Sie die Beschwerden?	Um Hinweise auf die mögliche Dominanz einzelner Schmerzmechanismen zu erhalten, ist der Zeitraum der bestehenden Beschwerden von großer Bedeutung. Akute Präsentation z.B. Trauma - Zeitraum weniger als 3 Monate - die Beschwerden kontinuierlich – entsprechend zu den erwartenden Heilungsprozessen sich verbessern - eine akute Präsentation weist dominant periphere Mechanismen auf Chronische Präsentation - dauert länger als 3-6 Monate - zeigt während dieses Zeitraums keine deutliche Verbesserung der Beschwerden bzw. schnell auftretende Rezidive - Im Vordergrund stehen zentrale Mechanismen Johnes 1995, Cohen 1995, Gifford 1997/ 1998
Gibt es einen Auslöser?	Kann sich der Patient an einen Verletzungsprozess erinnern, fällt die Eingrenzung und Identifikation der Struktur erheblich leichter. Haben wir einen schleichenden Prozess, ist es möglich, dass es sich um Kompensationen des Körpers auf vorherige Erkrankungen/Verletzungen handelt. (z.B. die Einschränkung der Hüftextension wird durch eine vermehrte LWS Lordose im Gang ausgeglichen. Hier kommt es zu Überlastungsschmerzen, obwohl es nicht die eigentliche Ursache ist). Die Folge ist, dass sich der Untersuchungsbereich im Gegensatz zu einem lokalen Trauma stark vergrößert.

Symptom-provozierende Situationen	<p>Tritt der Schmerz bei mechanischer Belastung auf, oder nach einer mechanischen Belastung und in welchem Zeitraum. Bildet sich hier evtl. eine Entzündungsreaktion. Tritt der Schmerz in Ruhe auf oder nach einer Ruhephase im Sinne eines Anlaufschmerzes, der zum einen als bindegewebiger Entlastungsschmerz, arthotischer Anlaufschmerz oder Entzündungsschmerz eines Gelenkes mit längerem Bestehen bei Aktivität geäußert wird.</p> <p>Kann ich einen Auslöser reproduzieren so ist dieser als Kontrolltest nutzbar, um den Therapieerfolg zu ermitteln.</p>
Symptom-lindernde Situationen	Wie wirken sich Ruhe, Wärme, Kälte oder Bewegung auf die Symptome aus. Welche Strukturen entlaste ich in den jeweiligen Situationen?
24h Stundenverhalten	Ein Hilfsmittel zum Erkennen schmerzauslösender Prozesse oder Tätigkeiten. Hängen die Probleme z.B. mit der Arbeitshaltung ab. Diffus auftretende Schmerzen ohne erkennbare Auslöser sind bei chronischen Schmerzen mit verändertem Schmerzempfinden gut möglich. Aussagen, dass die Schmerzen nachts oft stärker sind als während des Tages, unterstützten die Hypothese, dass das Problem eher keine mechanische Ursache hat.
Viszerale Anamnese/ Hinweise zur Beschwerdeproblematik	
Seite 3	
Pathobiologische Mechanismen	<p>Resultierend aus den vorher bekommenen Informationen erfolgt nun eine erste Einteilung innerhalb des Heilungsprozesses:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Entzündungsphase 4-6 Tage o Proliferationsphase 5.-21.Tag o Konsolidierungsphase ab dem 21.Tag bis ca. 60 Tage o Organisationsphase ab dem 60 Tag! <p>Und dem dominanten Schmerzmechanismus</p>
Erste Hypothesen / vermutete Ursachen der Symptome	Hier werden zu den jeweiligen Schmerzen (S_1, S_2, \dots, S_n) durch den Untersucher vermutete Ursachen aufgeführt.
Körperliche Untersuchung	
Inspektion	<p>Haltung: Stand, Sitz, Gewohnheitshaltung, Schonhaltung, Achsenabweichungen Form: Konturabweichungen (Muskelrelief), Deformitäten, Schwellung Haut: Narben, Schwielen, Veränderung der Farbe (Durchblutung, trophische oder zirkulatorische Veränderungen) Hilfsmittel in Funktion Aktivitäten des täglichen Lebens wie: Hinsetzen, Aufstehen, Gang, An- und Ausziehen</p>
Struktur-spezifische Palpation	<ul style="list-style-type: none"> • Hautbeschaffenheit • BG-Quellungen • Muskeltonus Silberdraht • Sehne + Insertion + • Knochen / Periost Pelzkappe • Kapsel • Ligamentspannung

Aktive Bewegungsprüfung	<p>Zunächst soll der Patient (falls bekannt) die Beschwerdeauslösende Bewegung darstellen, ist es möglich hier schon eine Veränderung der Symptome durch therapeutische Einwirkung zu erzielen?</p> <p>Die Bereichslokalisierung soll hierbei helfen zwischen verschiedenen für die Symptome verantwortlichen Bereiche zu differenzieren. Hierbei nutzen wir das Prinzip der Provokation und Linderung. Idealerweise sollte der Patient in der Lage sein, die Symptom auslösende Position oder Bewegung zeigen zu können.</p> <p>Bewegungskontrolle: Es werden Untersuchungskriterien wie z.B. die Motion Control Teste für die LWS und die HWS Positionsteste (Joint position error) angewandt.</p>
Sicherheitsteste	<p>Vor weiteren provozierenden Untersuchungen sind im Bereich der oberen HWS die sogenannten Sicherheitsteste (Stabilität und vaskulär) auszuführen. Ebenso der Blutdruck zu messen und die Arteria carotis anterior bds. zu palpieren. Bei Auffälligkeit ist die Untersuchung zu beenden.</p>
Seite 4	
Neurologische Untersuchung	<p>Hierbei sollen Abweichungen in der Reaktion, Kontrolle und Reizweiterleitung des Nervensystems herausgestellt werden. Sind in der vorherigen Untersuchung schon Hinweise auf eine Nervenproblematik aufgetreten, ergibt sich hier eine weiter Differenzierung zur genaueren Bestimmung des betroffenen Bereiches.</p> <p>Sollten pathologische zentrale Zeichen bei der Untersuchung auftreten, ist auch hier eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt unerlässlich.</p>
Passive Bewegungsprüfung	<p>Endgefühl (Quantität/ Qualität): Bewegungsausmaß und Gefühl</p> <ul style="list-style-type: none"> • weich-elastisch – Muskelmasse stoppt die Bewegung • fest-elastisch – Kapsel und Ligg. stoppen die Bewegung • hart-elastisch-knöcherner Strukturen stoppen die Bewegung <p>Hierbei gilt es verschiedene Gewebetypen im Bereich der Konstitution der Patienten zu beachten. Treten jedoch Zeichen der Instabilität auf, fallen weiter Untersuchungsteste an wie Lachmann, Spondylolistesis Test usw.</p> <p>Um eine Problematik der Ligamente zu identifizieren, wird empfohlen, die Testposition länger zu halten, da der Schmerz erst nach längerer Zeit auftreten kann (vgl. Laslett 40sec.).</p>
Muskelfunktionsprüfung (Extremitäten)	<p>Hierbei wird die Kraft nach Janda (0-5) bewertet, die Rekrutierbarkeit bei mehreren Kontraktionen (schnelles Ermüden spricht für ein neurologisches Defizit), ein auftretender Muskelschmerz, der auf eine Läsion hinweist, sowie die Muskeldehnfähigkeit beurteilt.</p>
Translatorische Bewegungsprüfung	<p>Durch die translatorischen Untersuchungsgriffe werden zunächst das anatomische Gelenk, d.h. Kapsel-Bandapparat und evtl. intraartikuläre Strukturen sowie die Gleitfähigkeit der überknorpelten Gelenkpartner überprüft.</p> <p>Kaltenborn Skala zur Beurteilung der Beweglichkeit</p> <p>0 – keine Beweglichkeit 1 – sehr eingeschränkt 2 – wenig eingeschränkt 3 – normal-ideale Beweglichkeit 4 – etwas hypermobil ohne Schmerzen 5 – hypermobil mit Schmerzen 6 – völlig instabil – vermehrte Beweglichkeit außerhalb der phys. Achse.</p> <p>Im Bereich der Wirbelsäule erfolgen hier (auch basierend auf den Ergebnissen der Bereichslokalisierung) die spezifischen Untersuchungen der einzelnen Wirbelsegmente.</p>
Weitere Teste	<p>Bislang nicht aufgeführte Untersuchungsteste, hier auch eigene Untersuchungen, sowie Zusatzteste die einen Bereich (wie SIG) näher kontrollieren</p>

Ärztliche Diagnostik Röntgen, Labor, Elektrodiagnostik Organuntersuchung, etc.	Hier sind die Informationen aus den existierenden Befunden aufzuführen, auch im Hinblick auf den nächsten Punkt, der eine neue Einschätzung der Symptome durch den Therapeuten fordert. Für diese Einschätzung ist es sinnvoll seine Gedanken mit den weiteren Informationen zu vergleichen.
Seite 5	
Patho-biologische Mechanismen	Resultierend aus den vorher bekommenen Informationen erfolgt nun eine zweite Einteilung innerhalb des Heilungsprozesses und der Schmerzmechanismen!
Zweite Hypothesen / vermutliche Ursachen der Symptome (unter Berücksichtigung der ersten Hypothesen)	Vergleich der Hypothesen unter dem Gesichtspunkt der Ergebnisse aus der körperlichen Untersuchung.
Probebehandlung / Wiederbefund	Resultierend aus den zusammenfassenden Einschätzungen des Therapeuten soll nun eine Probebehandlung der verursachenden Struktur (oder einer Technik die den besten Erfolg verspricht) erfolgen. Hiernach erfolgt ein Wiederbefund, möglichst durch das Symptomauslösende Bewegungsmanöver des Patienten oder der Überprüfung eines Messparameters (wie SLR).
Behandlung Behandlungsplan, Behandlungsziel und Prognose	Hier werden zu den jeweiligen Befunden (SIG steht rechts dorsal rotiert), ein entsprechendes Behandlungsziel (Normalisierung des Gelenkspiels), eine treffende Maßnahme (Ventralrotation in BL) und die prognostische Einschätzung (Gelenkspiel wird innerhalb einer Behandlung erreicht) notiert.
Seite 6	
Behandlungsverlauf mit Kontrolltesten	Zum jeweiligen Datum werden hier die Behandlungsmaßnahmen, noch ohne Bewertung des Erfolges, dokumentiert.
Zwischen-/ Abschlussuntersuchung	Hier gibt es die Möglichkeit Veränderungen der jeweiligen Befunde zu dokumentieren und mit der Eingangsmessung zu vergleichen, den Erfolg der Maßnahme zu bewerten,