

Klinik-Portfolio

Osteopathie

Hartmut Bütke

Matrikelnummer

7000409

Anschrift

Westersteder Str. 63 26316

Varel

Tel. 0 44 56 – 94 83 11

E-Mail: hartmut.buethe@web.de

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	3
2. Lerntagebuch	4
2.1 Patient eins	4
2.2 Patient zwei	5
2.3 Patient drei	7
2.4 Patient vier	8
2.5 Hauptthema	10
2.6 Einführungsbericht	10
2.7 Ergebnis des Kliniktages	11
2.8 Bewertung des Kliniktages	11
3. Bewertung	11
4. Quellenangaben	13

1. Einführung

An den Besuch des Klinikseminars hatte ich einige Erwartungen geknüpft, die in dieser Form weniger erfüllt wurden. Ich ging davon aus, dass die Studenten vom jeweiligen Dozenten bzw. Assistenten intensiv begleitet werden. Auch hoffte ich, dass vor Beginn dieses Seminars eine Besprechung des Anamnesebogens sowie der Ablauf der Kliniktage besprochen werden. Dem war leider nicht so. Sinnvoll wäre es gewesen, wenn jeder Student bei der Erstellung des Anamnesebogens, bei den Untersuchungen sowie bei den Behandlung der Patienten vom jeweiligen Dozenten bzw. Assistenten begleitet worden wäre und wenn nach der Behandlung ein Gespräch zur Bestätigung und Optimierung der Untersuchung und Behandlung stattgefunden hätte.

Wir wurden in 4 Gruppen mit jeweils 4 Studenten eingeteilt, von nur einem Dozenten ohne Assistenten betreut. Für fünfzehn von sechzehn Studenten war dies das erste Klinikwochenende, und somit hatte auch ich Schwierigkeiten, vor dem Patienten den Anamnesebogen komplett auszufüllen. Bei dem Patienten, der mir zugeteilt war, konnte ich nach der Anamnese und Untersuchung mit dem Dozenten und der Gruppe im Nebenraum das bisher Erfragte und Untersuchte darlegen und die weitere Behandlung besprechen. Über Art der Befragung / Untersuchung sowie der Behandlung mit und am Patienten habe ich vom Dozenten leider keine Resonanz

bekommen können, weil dieser allein nicht alle Gruppen gleichermaßen betreuen konnte.

Gut war der Gedankenaustausch während der Untersuchung und Behandlung mit den KollegInnen, was jedem von uns auch Sicherheit gab. Sehr sinnvoll war die Vorstellung und Besprechung aller Patienten in der großen Gruppe mit allen Kollegen. Hierbei profitierte jeder von den Meinungen und Erfahrungen der anderen Studenten sowie des Dozenten.

Für mich hat dieses Klinikwochenende zwei große Erwartungen erfüllt: zum einen fühle ich mich in meiner derzeitigen Denk – und Behandlungsweise in der Praxis bestätigt. Zum anderen wird mein Bruder, den ich als Patienten geschickt hatte und der durch seinen Unfall stark beeinträchtigt ist, in Zukunft osteopathische Hilfe in Anspruch nehmen. Ich bin sicher, dass sich dadurch sein Gesundheitszustand wesentlich verbessern wird.

2. Lerntagebuch

In unserer Gruppe wurden 4 Patienten untersucht und behandelt, so dass jeder Student einen Patienten in einer Gesamtheit von 1,5 Stunden untersuchen und behandeln konnte. Ich konnte also einen Patienten komplett untersuchen und behandeln und während der Untersuchung und Behandlung der anderen Patienten durch die Kollegen meine Ideen und Gedanken mit einbringen.

2.1 Patient eins

Erster Patient, weiblich, 28 Jahre, ledig, 165 cm groß, Gewicht ca. 60 kg, Studentin, Hobby Tanzen ca. 4 Std. in der Woche, blasser Hauttyp leidet seit zwei Jahren laut ärztlicher Diagnose unter Polyarthritiden. Laut Aussage der Patientin traten diese sog. Polyarthritiden nach ihrem ersten Magen-Darm Infekt auf. Aktuelle Beschwerden: Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule, vorwiegend in der LWS sowie auch Hüfte, HWS, Schultern. Schmerzcharakter: ziehender Schmerz, teilweise mit Ödemen an den Gelenken. Ziel der Patientin: Schmerz- und Bewegungsfreiheit.

Auf meine Frage, was die Beschwerden lindert, antwortete sie, das sei unterschiedlich, mal durch Bewegung, mal durch Ruhe; Verschlimmerung der Beschwerden vermutlich durch Fleischgenuss. Ob die Beschwerden tageszeitabhängig seien, beantwortete sie mit: unterschiedlich, nicht feststellbar. Derzeitige Therapien: KG, MLD und Medikamente.

Krankengeschichte: Tonsillektomie im Alter von 12 Jahren, Magen-Darm Infekt und dadurch die Gelenksbeschwerden in Hände, Schulter, Fuß mit Ödemen im Alter von 26 Jahren, manchmal Sodbrennen. Medikamente: Cortison 3mg/tgl. und Immunsuppressiva . Beim Blutbild sei der Eisenwert niedrig, keine Borrelien, Rheumawerte negativ.

Sichtbefund im Stand:

- Haut blass
- Statik unauffällig
- Global listening: dorsal rechts **Aktive Bewegung aus dem Stand:**
- unauffällig.

Passive Bewegung im Sitz:

- AO fixiert rechts
- C7 / TH1 rechts rotiert fixiert
- TH4 – L3 eher fest

Untersuchung aus Rückenlage:

- SSB Linkstorsion
- AO fixiert rechts
- CTÜ: Spannung hoch
- Retro sternal: Spannung hoch
- Leber: fest
- Zwerchfell: gespannt

Test:

- Bei Inhibierung von Leber wird SSB frei.

Behandlung:

- Viszerale Therapie von Leber und Zwerchfell in Rücken - und Seitenlage
- Mobilisation von L3 – TH4 aus Seit- und Bauchlage

Veränderung nach der Behandlung wurde nicht getestet wegen Zeitmangel. Das Ergebnis wurde mit ihrem behandelnden Physiotherapeuten besprochen.

2.2 Patient zwei

Zweiter Patient, männlich, 45 Jahre, ledig, 181 cm groß, Gewicht 92 kg, Raucher
Beruf: Bautechniker

Krankengeschichte: Fahrradunfall 1977 mit Auto, 2 Wochen Koma, Unterschenkelfraktur links, Rippenreihenfraktur links mit Pneumothorax .

Motorradunfall 1985 mit Schulterluxation rechts, Motorradunfall 1994 mit Wurzelaustriss C6 / C7, Fraktur Querfortsatz HWK 7 rechts und Rippe 1 rechts.

Durch Plexus brachiales Läsion mit motorischen und sensiblen Ausfällen,

1996 Musculus trapezius Transfer rechts an Humeruskopf zur Schulterstabilität.

Medikation: Betablocker wg. erhöhtem Blutdruck seit ca. 12 Monaten, Schmerzmittel: Diclofenac nach eigenem Bedarf.

Therapien: Physio- / Ergo- / Elektrotherapie und Manuelle Lymphdrainage 2x/Wo.,

Aktuelle Beschwerden: 1. Problem: Schmerzen im Bereich L4 – S2, vorwiegend rechts, wird durch Rumpforthese oder Liegen auf linker Seite besser.

2. Problem: stechender ziehender Schmerz im Bereich rechter Daumenballen bis medialer Ellenbogen, Gefühl wie Nadelstich, wird durch taktile Reize besser.

Sichtbefund im Stand:

- Becken und Sacrum in Flexion
- Os ilium rechts dorsal und kaudal
- Kopf-HWS nach ventral transliert
- Beckenshift links
- Schultershift rechts
- Wirbelsäule in Rechtsrotation
- Schulter rechts in Elevation und Retroversion

Aktive Bewegung aus dem Stand:

- HWS in alle Richtungen eingeschränkt
- Lateralflexion der WS rechts mit Rotation
rechts
- Lateralflexion der WS links stark
eingeschränkt
- Flexion der WS eingeschränkt
- Extension Schmerz auf Höhe L5 / S1
- Spannung im CTÜ hoch

Test im Sitz:

- Färbung
 - Rechter Arm kalt mit glänzender bläulicher Färbung
- möglich
 - Bewegung rechter Arm in Flexion aktiv leicht möglich
- nicht möglich
 - Flexion im Handgelenk aktiv leicht möglich
 - Extension von Hand und Ellenbogen aktiv nicht möglich
- aktiv und passiv eingeschränkt
 - Kopf steht in Protraktion, alle Bewegungen aktiv und passiv eingeschränkt
- Untersuchung aus Rückenlage:**
 - Bein links leicht in Flexion mit erhöhter Spannung
 - Fibularköpfchen links Dysfunktion anterior
 - USG – Bewegung eingeschränkt
 - Druckschmerz Musculus iliopsoas rechts und links eingeschränkt mit Spannungserhöhung
- rechts
 - Os pubis rechts anterior / umbilicus mehr rechts
- Untersuchung aus Bauchlage:**
 - Sacrumbasis Dysfunktion posterior
 - LWS Springing Test positiv
- Behandlung:**
 - Mobilisation von ISG und LWS aus Seitenlage
 - Musculus iliopsoas aus Rückenlage
 - CTÜ aus Rückenlage
 - USG / Os naviculare aus Rückenlage
 - Faszien lumbal aus Stand mit Oberkörper auf

Bank geneigt Test nach der Behandlung:

Extension und Flexion der Wirbelsäule laut Aussagen vom Patienten deutlich besser.
 Empfehlung an den Patienten: viel Bewegung, wenn möglich laufen und osteopathische Weiterbehandlung.

2.3 Patient drei

Patient weiblich, 71 Jahre, Größe 163 cm, Gewicht 74 kg, seit ca. 1 Jahr Schmerzen im Bereich Pes anserinus links vorwiegend nachts in Seitenlage links, wird besser mit Kissen zwischen den Knien, wurde teilweise besser durch Akupunktur, momentan wieder schlechter.

Krankengeschichte: Unterarmfraktur links als Kind, Leistenbruch links 2000, Mamma CA links 2002, Ablatio Mammae links 2004 mit Lymphknoten – Teilresektion. Medikamente derzeit keine. Atmung / Herz / Verdauung / Blase / Haut / derzeit o. B. Bei einer bisherigen Untersuchung durch Röntgen wurde eine Kniearthrose links diagnostiziert. Ihr Hausarzt empfiehlt eine Knie TEP .

Sichtbefund aus dem Stand:

- Standbein rechts
- Os ilium links posterior, rechts anterior
- Global listening: ventral links
- Tastbefund LWS Spannungserhöhung paravertebral **Bewegung aktiv aus dem Stand:**

- eingeschränkte Flex / Ex der LWS
- Kniebeuge schmerzhaft eingeschränkt links **Untersuchung aus Rückenlage:**

- Global listening: Restriktion Knie / Hüfte links, Unterbauch links, Thorax links
- Fibularköpfchen links Dysfunktion anterior
- Knieflexion links mit Innenrotation bei 90° schmerzhaft kurz unter dem Gelenkspalt
- Druckschmerz auf Pes anserinus links und ligamentum collaterale mediale links
- Knie-Extension eingeschränkt
- passive und aktive Hüftflexion links eingeschränkt
- maximale Knieflexion links schmerzhaft in der Poplitea
- Provokationstest von Kreuz- und Außenbändern negativ
- Red Flags: Metastasen **Behandlung:**
- Mobilisation der LWS aus Seitenlage in Flexion / Extension / Rotation
- globales abdominales Manöver
- viszerale Behandlung im Bereich Sigmoid
- Faszienbehandlung für Musculus semi membranous, Musculus semi tendinosus, Musculus quadrizeps femores pars mediale sowie der Adduktoren des linken Oberschenkels **Test nach der**

Behandlung:

Patientin konnte mit Kniekontakt besser auf linker Seite liegen, schmerzfreie aktive Kniebeuge möglich. Empfehlung an die Patientin: Laufen, Übungen auf dem Boden, osteopathische Weiterbehandlung.

2.4 Patient vier

Patient, männlich, 29 Jahre, ledig, Größe 185 cm, Gewicht 92 kg, Beruf:

Maschinenbauingenieur, Hobbys: Kampfsport (Antiterrorkampf, Kickboxen), Fußball

Beschwerden: Knieschmerzen links nach Trauma durch Tritt auf lateralen distalen Oberschenkel links am 13.07.2010. Verletzung: Patellafraktur (Haarriss) Innenbandriss, Gelenkscapselriss, Knorpelschaden 2. Grades, Kreuzbandriss?, Meniskuskompression lateral. Der Schweregrad wurde erst Februar 2010 diagnostiziert. Bis dato wurde eine Orthese ohne Bewegung und 18x Krankengymnastik verordnet. Seit Februar 2011 Muskelaufbauversuch sowie intraartikuläre Injektionen mit Hyaluronsäure. Beschwerden laut Aussagen des Patienten: Kniebeuge geht gar nicht, deutlicher Druckschmerz auf Patella und Innenseite Kniebereich, Druckgefühl bei langem Stehen, Schmerzen beim Laufen und auf unebenen Böden. Beschwerden werden besser durch Hochlagern und Kühlen.

Krankengeschichte: 2002 / 2003 Herzmuskelentzündung durch Erkältung, Hyperthyreose. Unfälle / OP`s: 2002 Schulterluxation links, 2009 Weber-A-Fraktur rechts versorgt mit Erkerschuh. Medikamente: Schmerzmittel nach Bedarf.

Familienanamnese: Diabetes und Rheuma bekannt. Die Befragung nach Atemwegs- und Herzerkrankungen oder Beschwerden im Magen-Darmtrakt verneinte er. Es bestehe lediglich eine Herzmuskelentzündung von 2002 sowie eine Schilddrüsenunterfunktion. Stuhlgang und Wasserlassen ohne Beschwerden.

Untersuchung im Stand:

- Global listening: dorsal links
- Standbeinbelastung rechts, links Bein in Schonhaltung in leichter Abduktion Aussenrotation, Crista iliaca links höher, Os ilium links posterior, Scapula rechts höher

Bewegung aktiv aus dem Stand:

- Kniebeuge geht gar nicht
- LWS Flexion eingeschränkt
- LWS Extension schmerzhaft
- Lateralflexion links thoracolumbal eingeschränkt
- HWS Inklination eingeschränkt
- HWS Flexion eingeschränkt
- HWS Rotation beidseits eingeschränkt
- ISG Vorlaufftest rechts positiv

Untersuchung aus Rückenlage:

- Global listening: Restriction Knie links und Os coxae links
- Knie Flexion passiv endgradig schmerzhaft
- Knie Extension eingeschränkt
- Dysfunktion L3 bis L5 in Rotation rechts
- Dysfunktion Os ilium anterior rechts
- HWS Dysfunktion auf Höhe C0, C3 bis C6
- Muskulatur HWS schmerzhaft hypertone
- Druckschmerz Knie links medial, Adduktoren links
- Druckschmerz Pes anserinus
- Patelladruckschmerz, Musculus popliteus links

Provokationstest aus Rückenlage:

- Innenband links positiv
- Innenmeniskus positiv
- Adduktoren zeigen auf Dehnung Schmerz und sind verkürzt
- Kreuz- und Außen bänder zeigen keinen Befund

Untersuchung aus Bauchlage:

- hypertone Muskulatur paravertebral HWS, BWS und LWS

- Springing Test positiv von L3 bis L5

Behandlung:

- HWS Mobilisation aus Rückenlage und Sitz
- LWS und ISG Mobilisation aus Seitenlage
- Hüft- und Knie Mobilisation und Behandlung links aus Rückenlage
- Faszienbehandlung des medialen linken Oberschenkels

Test nach der Behandlung:

Patient geht schmerzfrei aktiv bis 90° Flexion in die Kniebeuge, ohne sich dabei fest zu halten. Extension LWS schmerzfrei. Lateralflexion im Seitenvergleich gleich.

HWS Inklination / Flexion / Rotation beidseits deutlich besser.

2.5. Hauptthema des Kliniktages

Hauptthema kann für mich nur der von mir persönlich behandelte unter **2.4** beschriebene Patient sein. Diagnose: Ruptur des Ligamentums collaterale mediale links mit Knorpelschaden 2. Grades.

2.5.1 Einführungsbericht

Das Ergebnis des in 2.4 von mir behandelten Patienten war für mich von besonderer Bedeutung. Bei meiner Befundung war der Versuch der Kniebeugung so schmerzhaft, dass der Patient sie nicht ausführen konnte. Durch meine Behandlung konnte ich den Patienten in die Lage versetzen, schmerzfrei ohne Abstützung bis 90° in die Kniebeuge zu gehen. Dieser Behandlungserfolg bestätigte die Richtigkeit meiner Einschätzung der Primär- und Sekundärbeschwerden sowie der Wahl meiner Therapie.

2.5.2 Ergebnis des Kliniktages

Ich habe festgestellt, wie wichtig die Erstellung einer ausführlichen Anamnese und Untersuchung ist. Betrachte ich die Beschwerdebilder und die Vorgeschichte des Patienten in seiner Gesamtheit, so kann ich über die Anatomie eventuelle Verbindungen zu den einzelnen Regionen herstellen. Im Fall meines Patienten aus **2.4** konnte ich mir eine mögliche Verbindung vom Knie bis zur oberen HWS durch die Faszie der Adduktoren, die übergeht in die Faszie des Musculus psoas, weiter in

die Faszie des Diaphragmas entlang der Speise- bzw. Luftröhre und somit an der HWS und am Schädel ansetzt, vorstellen.

2.5.3 Bewertung des Kliniktages

Für mich bewerte ich den Kliniktag als eine positive Erfahrung. Der Austausch mit den Kollegen und dem Dozenten brachte neue Erkenntnisse und frischte alte auf.

3. Bewertung

Die Organisation im Bezug auf die Einbestellung der Patienten war verbesserungswürdig. Aus meiner Sicht wäre es sinnvoll, die Patienten im Vorfeld mit einer Informationsschrift wie unter **3.1** beschrieben zu versorgen. Eine Verpflegung in Form von Getränken, Gebäck und Lesematerial in einem separaten Aufenthaltsraum ist für die wartenden Patienten sicher angenehmer.

Für die Studenten ist es sicher hilf- und lehrreicher, wenn jede Gruppe von mindestens einem Dozenten und oder einem Assistenten betreut würde.

Es sollte dafür Sorge getragen werden, dass für jede Gruppe ausreichend Diagnosegeräte bereitgestellt bzw. von den Studenten mitgebracht werden wie z.B. Blutdruckmessgerät, Reflexhammer, Stethoskop usw.

Die Behandlungsräume sollten mit genügend Lagerungsmaterial (Decken, Kleiderbügel, Schuhlöffel etc.) ausgestattet sein.

Als Dozent würde ich mir wünschen, dass jeder Gruppe einen Assistenten aus dem 4. oder 5. Jahr zur Verfügung steht, um den Studenten bei Anamnese, Untersuchung und Behandlung Sicherheit zu geben, zu unterstützen und ggf. zu korrigieren. Zusammengefasst sind die Kliniktage eine sinnvolle und wichtige Ergänzung zum Studium.

3.1 Beispiel für Informationen zum Kliniktag

Informationen zum Kliniktag am 14.05.2011

Sehr geehrte/r Herr / Frau

**Wir freuen uns, Sie am 14.05.2011 in unserer Praxis für Physiotherapie,
Westerstrasse 35 in 29199 Bremen begrüßen zu dürfen.**

**Wir bitten Sie, sich um 9:00 Uhr in der ersten Etage, Raum einzufinden.
Ihr Ansprechpartner ist**

**Tragen Sie bitte bequeme Kleidung, da Sie sich während der Untersuchung bis
auf die Unterwäsche entkleiden müssen.**

**Für die Wartezeiten stehen Ihnen Getränke und Gebäck im Aufenthaltsraum zur
Verfügung, aus dem Sie von Ihren behandelnden Studenten abgeholt werden.**

Die Untersuchung und Behandlung dauert ca. 90 Minuten.

**Bitte bringen Sie, falls vorhanden, Röntgenaufnahmen, MRT-Bilder,
Laborbefunde und Arztberichte mit.**

Mit freundlichen Grüßen

Osteopathieschule Deutschland

4. Quellenangaben

Crobier, A. 2006: Diagnostik in der Osteopathie, Urban & Fischer Verlag München, 1. Auflage, S. 67 - 92

Kendall, F.P., Mc Creary, E.K. 1988: Muskeln Funktionen und Test, Gustav Fischer Verlag Stuttgart, 2. Auflage, S. 154 – 177

Liem, T. 2010: Craniosacrale Osteopathie Ein praktisches Lehrbuch, Hippokrathes Verlag Stuttgart, 5. Auflage, S. 499 - 522

Liem, T., Dobler, T.K. 2010: Leitfaden Osteopathie Parietale Techniken, Urban & Fischer Verlag München, 3. Auflage, S. 155, 461 - 479

Myers, T.W. 2010: Anatomy Trains Myofasziale Leitbahnen, Urban & Fischer Verlag München, 2. Auflage, S. 221 - 249