

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| 1. Beschreibung der Institution | 1 |
| 2. Patientenbeschreibung | 1 |
| 3. Diagnose und Medikamente | 2 |
| 3.1. Diagnose | 2 |
| 3.2. Medikamente und Wirkungen | 2 |
| 3.2.1. Nebenwirkungen | 2 |
| 3.2.2. Einflüsse auf die ergotherapeutische Behandlung | 3 |
| 4. Theoretische Beschreibung des Krankheitsbildes | 3 |
| 5. Anamnese | 5 |
| 5.1. Sozialanamnese | 5 |
| 5.2. Beruflich- schulische Anamnese | 6 |
| 5.3. Krankheitsanamnese | 6 |
| 6. Ergotherapeutische Befundaufnahme | 8 |
| 6.1. Patientenbeobachtung | 8 |
| 6.2. Volition | 9 |
| 6.3. Habituation | 9 |
| 6.4. Performance | 9 |
| 6.5. Soziale Kompetenzen | 10 |
| 6.6. Motorik | 11 |
| 6.6.6. Ergänzende Items Befundung: Sicht, - Tastbefund | 13 |
| 6.6.6.4. Schmerzbefund | 14 |
| 6.6.6.5. Sensibilität | 15 |
| 6.6.7. ADL | 16 |
| 7. Zusammenfassung des Befundes | 17 |
| 8. Wünsche und Ziele im Hinblick auf die Therapie | 17 |
| 9. Therapieziele | 17 |
| 9.1. Übergeordnetes Ziel | 17 |
| 9.2. Richtziele - Ergotherapieauftrag: HWS / Schulter | 18 |
| 9.3. Grobziele | 18 |
| 9.4. Behandlungsziele | 18 |
| 10. Therapieverlauf | 19 |
| 10.1. Verlaufsprotokoll | 19 |
| 10.2. Evaluation | 19 |
| 11. Durchführung der Behandlung | 19 |
| 11.1. Therapieplanung / Sichtstundenverlauf | 19 |
| 11.1. Alternative Therapieplanung | 20 |
| 12. Reflexion | 20 |

Anlagen: 1) Interessencheckliste
 2) Rollencheckliste
 3) Verlaufsprotokoll

1. Beschreibung der Institution

Das Gesundheitszentrum Bad Schussenried setzt sich aus zwei Kliniken, Klinik am Wald und Kurpark Klinik zusammen.

Beide Kliniken liegen nahe am Stadtkern Bad Schussenried. Diese ober-schwäbische Kleinstadt ist umgeben von sanften Hügeln, Wiesen und Wäldern, geheimnisvollen Ried-, - und Moorlandschaften, mit einer Vielzahl von Naturseen und Weihern.

Das gemeinnützige Dienstleistungsunternehmen bietet Sozialversicherungsträgern und Privatpatienten Anschlussheilbehandlungen, sowie ambulante Behandlung im Bereich der konservativen Orthopädie und Rehabilitation der folgenden Indikationsgruppen:

- ? Bandscheibenleiden
- ? Wirbelsäulenschäden
- ? Gelenkerkrankungen
- ? Nachbehandlung von Unfallverletzungen und Gelenkerkrankungen
- ? Osteoporose
- ? Rheumatischen Erkrankungen
- ? Frauenleiden
- ? Erschöpfungszustände

In Ergänzung zum Moor, das die Basis der „Bad Schussenrieder Therapie“, darstellt, werden weitere Anwendungen angeboten, wie:

- ? Ergotherapie
- ? Bewegungstherapie
- ? Physiotherapie
- ? Aqua – Jogging
- ? Medizinische Bäder
- ? Alle anerkannten Massagearten
- ? Lymphdrainage
- ? Elektrotherapie
- ? Chirotherapie
- ? Chirogymnastik
- ? Neuraltherapie
- ? Akupunktur
- ? Osteoporose - Therapie
- ? Hydrotherapie nach Kneipp
- ? Wärmebehandlungen
- ? Kryotherapie
- ? Revitalisierungsbäder
- ? Gesundheitspackungen
- ? Inhalationstherapie
- ? Autogenes Training
- ? Entspannungstherapie
- ? Gesundheitsbildung
- ? Ernährungstherapie
- ? Psychologische Beratung
- ? Schwimmen
- ? Walking

2. Patientenbeschreibung

Persönliche Daten des Patienten:

Name:

Herr A.

| | |
|----------------------------|------------------------------|
| Alter: | 60 Jahre |
| Nationalität: | Deutsch |
| Familienstand: | verheiratet |
| Religionszugehörigkeit: | keine |
| Erlerner Beruf: | Maschinenschlosser |
| Jetzige Tätigkeit: | Angestellter einer Druckerei |
| Wohnort: | Badische Stadt |
| Beginn der Rehabilitation: | 09.01.02 |
| Voraussichtliches Ende: | 06.02.02 |
| Überweisende Person: | Orthopäde |

Besondere Beeinträchtigungen

- ? GdB 20 aufgrund essentieller Hypertonie (systolische Wert ohne Medikamente bei 200)
- ? Schwerhörigkeit: 19 % bei 4000 Hz, sogenannter „Diskoschaden“

Quellenangabe: Pat., Akte

3. Diagnose und Medikamente

3.1. Diagnose

- 3.1.1. AC-Gelenksarthrose rechts,
bei Z.n. Humeruskopffraktur mit Sehnenabriss (Sturz 1987)
- 3.1.2. Zervikobrachialsyndrom rechts
- 3.1.3. chronisch – rezidivierende Lumbalgie
- 3.1.4. Femuropatellararthrose bds.
- 3.1.5. Tinnitus links

Quellenangabe: Akte

3.2. Medikamente und Wirkungen

- ? Unat 10 (1-0-0) Schleifendiuretika senken Blutdruck durch Wirkung in den Nierenkanälchen; stark wasserausschwemmend; Effekt vor allem bei Herzschwäche erwünscht.
- ? Nebilet (1-0-0) Betarezeptorenblocker bremsen die Produktion des blutverengenden Hormons Renin in den Nieren. Außerdem aktivieren sie die „Druckfühler“ in den Adern, die die Gefäßweite und somit den Bluthochdruck regulieren.
- ? Corifeo (1-0-0) Calciumkanalblocker, Behandlung von essentieller Hypertonie (neues Medikament)

3.2.1. Nebenwirkungen

- ? Das Diuretika Unat schwemmt angesammelte Flüssigkeit aus dem Gewebe aus, dadurch kann es zu hohe Salzverluste kommen. Nierenfunktion und Blutsalze müssen alle 4 Wochen kontrolliert werden.
Der Kaliumgehalt im Blut kann sehr stark ansteigen, die Folge sind lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen.
- ? Betablocker stellen Blutgefäße enger, wodurch Hände und Füße sich kalt anfühlen. Schlafstörungen, Alpträume, Stimmungsschwankungen, Müdigkeit und Leistungsabfall können auftreten.
- ? Corifeo, Gefäßerweiternde Eigenschaften: Gesichtsrötung, Anschwellen der Knöchel und Beine, Erhöhung der Pulsfrequenz, Herzklopfen, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Schwäche.

3.2.2. Einflüsse auf die ergotherapeutische Behandlung

Herr A. nimmt alle Medikamente seit Beginn der Rehabilitation. Bei der Neueinstellung können vermehrt Nebenwirkungen auftreten wie niedriger Puls und Blutdruck. Daraus ergibt sich eine verstärkte Müdigkeit, möglicherweise von Schwindel begleitet. Herr A. sagt, dass er von dieser Müdigkeit sehr betroffen sei, jedoch konnte er bisher an allen vereinbarten Therapien teilnehmen. Starke Stimmungsschwankungen habe ich bei Herrn A. nicht erlebt.

Quellenangabe: Handbuch Medikamente, Stiftung Warentest, Ausgabe 2001, Kartei, Pat.; Beilagenhinweis

4. Theoretische Beschreibung des Krankheitsbildes

AC –Gelenksarthrose rechts bei Z.n. Humerusfraktur

Arthrose ist eine schmerzhaftes Gelenkerkrankung, bei der die Gelenkknorpeloberflächen, der betroffenen Gelenke, mechanisch zerstört werden. Da Oberflächen kein Perichondrium (Knorpelhaute) als Überzug enthalten, fehlt ihnen der Schutz und Regenerationsfähigkeit.

Ursachen der degenerativen Gelenkerkrankung sind meist ein Missverhältnis zwischen Beanspruchung, Beschaffenheit, Leistungs-, bzw. –Widerstandsfähigkeit der einzelnen Gelenkanteile und –gewebe. Es besteht ein sogenanntes Form –Funktions- Problem.

Phathogenetisch erfolgt eine Einteilung nach:

- I. Primäre Formen: direkte (Sport, Schwerarbeit, Übergewicht) oder indirekte Überbeanspruchungsschäden. Direkt heißt, Verminderung der Leistungsfähigkeit der bradytrophischen Gewebe durch endogene Veränderungen wie Alterung und Stoffwechselstörungen.
- II. Sekundäre Formen: 1. bei kongenitalen (ererbte, angeborene, bei Geburt manifestiert) dysplastischen (Fehlbildung-/entwicklung) Zuständen.
2. bei erworbenen Gelenkdeformierungen wie **a) nach Gelenktraumen**,
d) Folgezustände nach Verschiebungen der Gelenkachsen (Skoliosen, Beckenschragstand, Coxa vara, Fußfehlstellungen u.a.;
e) Folgezustände chron. entzündl. (Arthritis) oder auch nicht entzündlichen (Arthropathie) Gelenkerkrankungen u.a.

Symptome und Verlauf: Zu Beginn der Arthrose ein leichter Anlaufschmerz, der sich unter Belastung verstärkt. Das Steifigkeitsgefühl beim Anlaufen verstärkt sich mit Fortschreiten der Zerstörung in den betroffenen Gelenken. Es ist ein Knorpelreiben (Krepitation) hör-, und fühlbar. Im weiteren Verlauf wird die Beweglichkeit immer weiter eingeschränkt. Die abgenutzte, aber weiter beanspruchte Gelenkfläche entzündet sich, es entstehen starke Schmerzen. Das Endstadium kann eine deformierte Gelenkvergrößerung sein, das Gelenk verliert seine Funktionsfähigkeit völlig. Besteht keine Möglichkeit eines künstlich einsetzbaren Gelenkes, werden in einzelnen Fällen funktionsunfähige Gelenke versteift.

Akromioklavikulargelenkarthrose

Wenn auch eigentlich nicht mehr zur Periarthropathie zählend, so können degenerative oder chronisch entzündliche Veränderungen des Gelenkes mit osteohydrischen Anlagerungen auch zu einer Bedrängung der Rotatorenmanschette samt Bursa führen. Symptomatisch sind Schmerzen bei der Armhebung oberhalb von 120° Abduktion, sowie Bewegungen des Schulterblattes.

Bezugnehmend: Ein direktes Trauma bei Sturz (Skiunfall Herr A.) auf die Schulter mit adduzierten Arm verursacht eine Acromio-Clavikulär-Gelenksverletzung. Daraus ergibt sich ein Stabilitätsverlust des

Schulterecksgelenkes durch Schädigung des Bandapparates. Es entsteht nach Gelenktraumen meist ein Form-Funktions-Problem, mit Folge der Arthrose.

Femuropatellararthrose bds.

Die Knorpelflächen des Femuropatellargelenkes sind wohl aufgrund ihrer exponierten Lage und Schichtdicke, vor allem des Patellaknorpels, besonders gefährdet, degenerativen oder traumatischen Verletzungen zu unterliegen. Das Ausmaß des traumatisch bedingten Knorpelschaden kann dabei von einfachen Erweichungen über Fissuren und Frakturen bis hin zur osteochondralen Fraktur reichen. Zu den traumatischen Ursachen im weiteren Sinne zählen auch repetitive Mikrotraumen, denen in der Regel dysplastische Abweichungen der femuropatellaren Anatomie zugrunde liegen. Dabei können diese Abweichungen die Patella selbst betreffen oder auch die Trochlea. Die Dysplasie des Femuropatellargelenkes ist häufig vergesellschaftet mit Dysplasien im Hüftbereich. Die vermehrte Anteversion des koxalen Femurendes wird während des Wachstumsalters häufig im distalen Femurende kompensatorisch durch Endotorsion ausgeglichen.

Bezugnehmend: auf die Befunde der Diagnose von Herrn A. ziehe ich nach der pathogenetischen Einteilung die Primäre als auch die sekundäre Formen der Arthrose in betracht. Für Formen der Folgezustände chronisch entzündlicher Gelenkerkrankung gibt es keine Hinweise in Vorbefunden.

Chronisch –rezidivierende Lumbalgie (chronischer Kreuzschmerz)

Die physiologischen Krümmungen der Wirbelsäule bilden sich in der Kindheit aus. Durch **Fehlbelastungen** während dieser Zeit und auch im Erwachsenenalter können sich diese Krümmungen krankhaft verstärken. Solche Fehlhaltungen begünstigen das Auftreten von chronischen Rückenschmerzen. Vor allem auf dem Übergang von der Lendenwirbelsäule zum Os sakrum wirken die stärksten Abscherkräfte ein. In diesem Bereich ist die größte „Abknickung“ der gesamten Wirbelsäule und oft eine verstärkte Lordose zu finden. Durch Zunahme der Beckenneigung und stärkere Neigung der oberen Fläche von S1 werden die Abscherkräfte, die auf den Diskus intervertebralis wirken noch verstärkt.

Weitere Ursachen: Muskuläre Fehlhaltungen und Diskopathien; diskutiert werden auch psychosomatische Aspekte.

Symptome und Verlauf: Die Lumbalgie ist, im Gegensatz zur Lumboischalgie, ohne radikuläre, in Dermatome ausstrahlende, Symptome.

Gelenkschmerz, reflektorischer Hypertonus der auf das Gelenk bzw. Segment einwirkenden Muskulatur, Bewegungsstörung, Durchblutungsstörung, lokale Gewebsveränderung und Gelenkschmerz ergeben über kurz oder lang ein Circulus vitiosus.

Zervikobrachialsyndrom rechts

Durch Wurzelreizung hervorgerufene Schmerzen, die vom Nacken ausstrahlend in die Schulter, obere Extremität bzw. ventrale und dorsale Thoraxbereiche. Die genannten Schmerzausstrahlungen sind Ausdruck von **Störungen der Halswirbelsäule**, möglicherweise aber auch der **obersten Brustwirbelsäule** bzw. der Wirbel-Rippen-Verbindungen. Die HWS endet anatomisch bei C7 (Kopfbewegungen), funktionell aber bei Segment D 3-4.

Ursachen: **arthrogen** z.B.: degenerative Veränderungen der Zwischenwirbelgelenken, Discusprolaps, **myogen** (Verspannungen der Schulter -Nacken-Muskulatur), **vasal**, **neurogen** Einengung des foramen intervertebrale durch Osteophyten und Verschmälerung des Zwischenwirbelraumes o. traumatisch.

Symptome und Verlauf: Eingeschränkte HWS-Beweglichkeit, z.T. auch des Schultergelenkes, bei akutem Formen: Schmerzhaftige Bewegungseinschränkung bis zum akuten Schiefhals, fast immer mit muskulären Verspannungen der

Nackenkulatur. Kopfschmerz, Schwindel, Sehstörungen. Durch Wurzelreizungen Hypo- oder Hyperästhesien, im weiteren Verlauf Muskelatrophien, wobei die Segmenthöhe durch die Sensibilitätsausfallsareale bestimmt wird. Meist Aktualisierung des Syndroms durch bestimmte Bewegungen oder erzwungene Haltungsfixation. Oft Vorläufer einer Periarthropathia humero-scapularis in Form einer akuten oder chronischen zervikalen Bandscheibensymptomatologie.

Bezugnehmend: Bei Herrn A. liegt eine Fehlbelastung vor. Beckenschiefstand rechts 2 cm, Skoliose, HWS/BWS-Kyphose. Nachts wacht er regelmäßig auf, seinen rechten Arm kann er dann nicht mehr alleine bewegen. Herr A. sagt, der rechte Arm sei dann wie gelähmt und gefühllos, ohne Schmerzen.

Tinnitus links

Tinnitus, ein subjektives Ohrgeräusch, kann als **Sausen** .tiefes Rauschen, Brausen; **Pfeifen**: hohe Geräusche, Zischen, Singen oder Pulsierend auftreten. Ursachen können vielfältiger Art sein. Tinnitus kann isoliert auftreten, Folge eines Hörsturzes oder Mittelohrerkrankung. Begleiter einer **Innenohrschwerhörigkeit, Lärmfolge** oder verursacht über Erkrankungen der HWS, des Zahn-/Kieferorgans, **Herz-/Kreislaufsystems** oder des Stoffwechsels sein. Weitere Ursachen liegen im primär neurologischen Bereich, sowie in bevorstehenden psychischen Konflikten oder psychosomatischen Erkrankungen.

Bezugnehmend: Herr A. berichtet dass er Ohrgeräusche von einem Sausen oder Pfeifen hat.

Quellenangabe: Aktuelle Schwerpunkte der Orthopädie

H.-W. Springorum u. B.-D. Katthagen

Georg Thieme Verlag, Ausgabe 1990

-Krankheitslehre Ausgabe 1996

G. Münch, J. Reitz

Nikol Verlag, Hamburg

-Leitfaden Physiotherapie

B. Kloster, G. Ebel-Paprotny

Gustav Fischer Verlag, 1995

-Klinisches Wörterbuch

Psyhyrembel 257. Auflage

Verlag Walter de Gruyter 1993

-Internet: tinnitus-online-forum.de.

-P.R.O. Protaxon - das Praxiskonzept

die programmierte klinisch-orthopädische Untersuchung des Schultergelenkes
Ausgabe Opfermann Arzneimittel, ohne Angabe von Verlag u. Jahr

-Allgemeinmedizin Ausgabe 1994

W. Kruse, G. Schettler

-Mensch, Körper, Krankheit

Arne Schäfler, Nicole Menche

Urban & Fischer Verlag, 1999

-Ergotherapie in der Orthopädie

Anita Hasselblatt, 3. Auflage

Stam Verlag 1999

5.

Anamnese

5.1.

Sozialanamnese

Herr A. ist 1941 im östlichen Frankreich geboren. Zusammen mit seiner ein Jahr älteren Schwester und der Mutter lebten sie auf einem ehemaligen Gutshof. Diesen Gutshof bewirtschaftete die Mutter mit Hilfe von Gefangenen. Sein Vater kam 1946 schwer verwundet, mit Schussverletzungen in beiden Beinen und der Halswirbelsäule, aus der russischen Gefangenschaft zurück. Im Jahre 1947 flüchtete die Familie in das Herkunftsland der Eltern von Herrn A. zurück. Zu dieser Zeit war Deutschland von Amerikanern besetzt, erzählt Herr A. Den Umgang mit Kindern anderer Herkunft hat der Vater untersagt, wenn nötig mit Gewalt. Herr A. sagt, dass sein Vater gemeint habe, mit militärischen Mitteln Kinder erziehen zu können.

Seine Eltern trennten sich 1948. Bis zu einer kurzen Zeit vor Lebensende des Vaters bestand kein Kontakt zwischen Vater und Sohn.

Mit 23 Jahren heiratete Herr A. seine jetzige Frau. In einer badischen Stadt lebt er mit seiner Frau in einer Mietwohnung. Das Haus seiner Mutter hat Herr A. vermietet.

Der 34 Jahre alte Sohn ist von Beruf Holztechniker. Vor kurzem ist dieser selbst Vater geworden und lebt mit der Mutter seines Kindes zusammen. Zu seiner älteren Schwester und anderen Verwandten hat Herr A. wenig Kontakt. In seiner Freizeit arbeitet er gerne mit seiner Frau im eigenen Schrebergarten. Im angehörenden Kleingartenverein übt Herr A. keine ehrenamtliche Tätigkeiten aus. Zu der Jahreszeit an denen es Pilze gibt, geht er gerne in der Wald zum Sammeln. Regelmäßig geht Herr A. mit seinem eigenen Computer in das Internet. Seine besonderen Vorlieben sind Natur, Wasser, Wärme, Sonne, gutes Essen und Trinken oder gemütlich im Biergarten sitzen. Im eigenen Haushalt bäckt er auch des öfteren Brot oder Gebäck.

5.2. Beruflich- schulische Anamnese

1948 – 1956 Grund-, -Hauptschule
anschließend 3-jährige Ausbildung zum Maschinenschlosser
bis 1978 als Maschinenschlosser tätig
von 1978 – 1992 Lagerverwalter
von 1992 bis heute Angestellter im öffentlichen Dienst einer Druckerei
Herr A. arbeitet Vollzeit. In der Firma wird seit längerer Zeit von Fusionierung, in eine schwäbische Großstadt, gesprochen.

5.3. Krankheitsanamnese

Erstes Auftreten / Auslöser / Verlauf und einflussnehmende Faktoren der o.g. Diagnose

Seit ca. 40 Jahren hat Herr A. Kreuzbeschwerden, die sich im Laufe der Jahre manifestierten. Beckenschiefstand wurde vor einem Jahr festgestellt. Seit September 2001 trägt Herr A. Schuheinlagen.

1985 –Tinnitus links: Herr A. bekam in dieser Zeit ein Sausen als subjektives Ohrgeräusch, dieses kann sich zu einem Pfeifen verändern. Als Auslöser und einflussnehmende Faktoren können die Hypertonie, psychischen Belastungen und Maschinenlärm am Arbeitsplatz in betracht gezogen werden.

1987 –Humerusfraktur und Sehnenabriss an der rechten Schulter:
Bei einem Skiunfall ist Herr A. so gestürzt, dass er sich eine laterale Humerusfraktur zuzog. Einem operativen Eingriff stand Herr A. skeptisch gegenüber. Die konservative Therapie mit Schiene forderte eine Ruhigstellung des Schultergürtels.

Die Überweisungsdiagnose, einer Kernspintomographie der rechten Schulter 1991, lautet: chronisch therapieresistentes Schultersyndrom. Diese zeigt eine kräftige AC –Gelenksarthrose und unterseitig konturenunregelmäßiges Acromiom, so dass eine chronische Schädigung der Supraspinatussehne resultiert, die allerdings nicht vollständig rupturiert ist.

Am Arbeitsplatz muss Herr A. viele Tätigkeiten ausüben, bei denen die obere Extremität häufig schwer beansprucht wird. Zusätzlich arbeitet er in seiner Freizeit in seinem Schrebergarten.

1989 –Arthroskopie rechtes Knie
seit 1990 rezidivierende HWS- Beschwerden.

1991 –Arthroskopie linkes Knie

Fehlstellung, schweres heben und tragen von Lasten am Arbeitsplatz.

Sept. 2001 Kernspintomographie li. Kniegelenkes ergibt: Ausgedehnter Knorpelschaden mit Reduktion und chondralen Defekten am medialen

Femurcondylus sowie diffuse Knorpelreduktion am Femurgleitlager im Femuropatellargelenk. Degenerative Schädigung 1. und 2. Grades im Innenmeniskushinterhorn. Schwere chron. Ansatzendinitis der Patellarsehne, geringgradig auch der Quadricepssehne ohne begleitende ostitische Reaktion der Patella selbst.

1994 –Herniotomie bds.

Heben von schweren Lasten am Arbeitsplatz

seit 1980 arterielle Hypertension bekannt:

Die Mutter von Herrn A. ist an den Folgen der arteriellen Hypertonie verstorben. Seine Schwester ist ebenfalls von einer Hypertonie betroffen.

Begleitende Therapien

In den letzten 6 Monaten:

-Physiotherapie
-Fango
-Elektrotherapie
-Massage
-Akupunktur

Innerhalb der Rehabilitation:

-Ergotherapie
-Ernährungsberatung
-Bewegungsbad
-Muskelentspannung
-Moorbad
-Elektrotherapie
-Hydro-Jet
-Wirbelsäulengymnastik
-Med.-technische Training

Ergotherapeutische Behandlungen

Vor der Rehabilitation im Gesundheitszentrum Bad Schussenried, ist Herr A. nicht in den Genuss einer Ergotherapie gekommen.

Krankheitseinsicht

Herr A. zeigt sich sehr interessiert für die Inhalte der Therapien, er fragt immer wieder nach. Er sagt selbst, dass er merkt wie seine Beweglichkeit nachlässt und er bei jeder Gelegenheit dagegen etwas tun muss.

In Gesprächen zu seiner Erkrankung und hinsichtlich der Therapie zeigt sich Herr A. sehr interessiert und zugänglich.

Regelmäßig nimmt er verschiedene Therapien an und macht selbst Thera-Band Übungen. Bei weglassen der Übungen oder Therapien nehmen die Schmerzen so sehr zu, dass Herr A. diese gerne wieder durchführt.

Bei Herr A. ist keinerlei Simulation zu erkennen, er versucht eher über seine Grenzen hinweg zu sehen. Er sagt, *man muss ja schon mal was aushalten.*

Bedeutung der Erkrankung für Patient und Familie

Herr A. sagt, dass ihn und seine Frau sein Bluthochdruck sehr belasten.

Gerne möchte er noch ein paar schöne, lebenswerte und schmerzfreie Jahre verbringen.

Gerne möchte Herr A. vital sein, um so eine verbesserte Lebensqualität zu haben. Nachts wacht Herr A. an den Schmerzen auf. Viele Alltagsbewegungen kann er nur mit Ausweichbewegungen oder Hilfsmitteln ausüben. Die eingeschränkte Belastbarkeit belasten Herrn A. und seine Frau.

Hypothese (eigene Gedanken zur Krankheitsentstehung, und –verlauf)

Ich denke bei Herr A. an eine Disposition, die er sich im Kindesalter erworben hat. Er ist in einer Zeit aufgewachsen, als die Ernährung nicht so ausgewogen und reichlich sein konnte wie Heute. Zudem musste seine Mutter, die meiste Zeit, für die Kinder alleine sorgen.

Die Leistungsfähigkeit, bzw. Widerstandsfähigkeit der Knochen- und Knorpelzellen wird in Kindesalter durch die Ernährung mit beeinflusst. Als stark einflussnehmende Faktoren sehe ich eine langjährige Fehlstellung mit der Folge von Fehlbelastungen. Unter diesen Aspekten, sich eine Schulterverletzung durch einen Sturz zuzuziehen, ergibt eine negative Verlaufsprognose. Unterstützt von Faktoren eines möglicherweise nicht ausgetragenen, psychischen Konfliktes.

Quellenangabe: Patient/Akte

6. Ergotherapeutische Befundaufnahme

Quellenangabe: Situative Beobachtung, informelle Gespräche mit Pat, behandelnder Ärztin und Team

Befundungsinstrumente: Goniometer, Vigorimeter, Lotschnur, Röntgenbilder, -Kernspintomographie – Aufnahmen, situative Beobachtung, versch., angegebene Tests.

Erstkontakt

Herr A. kommt am 11. Januar pünktlich zum Aufnahmetermin in die ergotherapeutische Abteilung.

Er begrüßt alle Anwesenden mit Händedruck und wirkt freundlich. Herr Fürst war zum Aufnahmegespräch noch nicht da. Herr A. nutzt die Gelegenheit und stellt interessierte und adäquate Fragen. Im Gespräch hält Herr A. Blickkontakt. Seine Sprechweise ist deutlich und fließend. Herr A. kennt seine Diagnose und beschreibt Beschwerden ohne mehrmaliges nachfragen.

Am Ende der ersten Therapieeinheit ging Herr A. auf mich zu. Sein Interesse galt einer anatomischen Darstellung der Schulter in Zusammenhang seiner Beschwerden.

Äußeres Erscheinungsbild

Herr A. hat ein gepflegtes Erscheinungsbild. Im Klinikgeschehen ist er in adäquater und sauberer Kleidung anzutreffen. Das Gewicht von 93 kg bei einer Größe von 1,85m ist für mich nicht zu erkennen, sein Körperbau entspricht der männlichen Form. Er trägt eine unauffällige Gleitsichtbrille. Seine schütterten, graumelierten Haare sind kurz geschnitten. Entspannt und ausgeglichen wirken seine Mimik und Gestik. Beim Gespräch im Sitz wirken seine Bewegungsabläufe koordiniert und fließend. Zum Aufstehen nimmt Herr A. Schwung, indem er den Oberkörper beugt und die Arme nach vorne streckt. Beim Treppensteigen beugt Herr A. den Oberkörper ebenfalls nach vorne. Mit dem rechten Bein tritt er stärker auf als mit dem linken.

Beim ersten beobachten seines Gangbildes von hinten war mein erster Gedanke: „Wie wenn Herr A. vorne was schweres tragen würde“. Die Arme sind flektiert und adduziert. Schultern und Oberkörper beugt Herr A. nach vorne. Im Gang neigt Herr A. seitlich mehr zur rechten Seite. Seine Füße wirken wie durch eine schwere Last auf den Boden gedrückt. Die untere Extremität abduziert er meist weit über die Hüftbreite hinaus (Coxa vara). Das abheben der Füße im Gang wirkt müde und unkoordiniert. Im Stand ist Herr A. sichtlich bemüht aufrecht zu stehen.

6.1. Patientenbeobachtung

Beobachtung der Haut: Die Haut wirkt bis auf wenige Stellen im Gesicht gut durchblutet. Am Kinn, den Wangen und der Nase ist eine Minderdurchblutung durch Äderchen zu erkennen. Die Pigmentierung ist gleichmäßig und unauffällig. Die Hautbeschaffenheit wirkt geschlechtlich adäquat. Im Nackenbereich hat Herr A. eine Narbe von einer Lipomentfernung.

Kreislaufbeobachtung: Herr sagt, dass er sich durch die Medikamente sehr oft müde fühlt. Sein Puls sei täglich bei 50 – 60 Schläge pro Minute.

Innerhalb der Behandlung kam es zu keinen Komplikationen, wie Schwindel oder Unwohlsein. Herr A. konnte bisher an allen vereinbarten Therapien in der Klinik teilnehmen.

6.2. Volition

Stimmungslage: Grundstimmung / Motivation: Empfinde ich als gleichmäßig und Stabil. Herr A. begegnet mir immer freundlich und interessiert. Er nimmt regelmäßig an allen Therapien ein, dies sehe ich als gute Motivation.

Selbstbild / Selbstwertgefühl: Sein geringes Selbstwertgefühl verdeckt Herr A. gekonnt. Im Gespräch über sein Arbeitsplatz sagt er: *Er sei doch ein kleiner Mann und gehöre nicht zu den Obrigen“*. *Zu seinem Sohn sage er immer wieder, er solle sich weiterbilden; wenn man heut ´nichts dazu lernt ist man doch nichts*. Herr A. sieht sich, nach seiner eigenen Aussage als schwacher Mann. Bsp.: Im Trainingsraum sind wir zu dritt. Von einem anderen Pat. sagt Herr A. freundlich: schauen sie, dieser Pat. radelt jeden Tag so viel, dass er abends sein Bier trinken kann. Ich frage: Sie trinken abends kein Bier ? Herr A.: Ich bin ein schwacher Mensch, ich kann dann nicht bei einem Bier bleiben. Er sieht die Stärke der Konsequenz nicht zu gehen, als Schwäche.

Persönliche Werte: Herr A. spricht gerne über seine Kenntnisse aus dem beruflichen Bereich als auch über seine Hobbys. Gerne möchte er noch entlastende Jahre erleben um seinen vielseitigen Interessen nachgehen zu können. Wichtig erscheint ihm, Dinge genießen zu können, die seinen Vorlieben entsprechen. Er kann seine Interessen definieren.

Interesse

Auswertung: Interessencheckliste, **Anlage 1**

Herr A. möchte in Zukunft sehr viel mehr Interessen nachgehen als diese bisher der Fall war. Er möchte weitaus mehr Bewegung haben, sich seinem sozialen Umfeld widmen. Bisher konnte er sich nicht so sehr seinen Interessen, wie er dies gerne gewollt hätte.

6.3. Habituation

Rollen

Auswertung: Rollenchecklist, **Anlage 2**

Herr A. füllt eine adäquate Anzahl von Lebensrollen, in einem ausgewogenen Verhältnis, die ihm wichtig bis sehr wichtig erscheinen. Er verzichtet auf, für ihn, unwichtige Rollen um andere Lebensrollen mehr ausfüllen zu können.

Gewohnheiten/Lebensstil: Herr A. geht regelmäßig, von Montag bis Freitag zur Arbeit die Druckerei, wo er Vollzeit angestellt ist. Außerhalb der Mietwohnung bearbeitet er mit seiner Frau zusammen einen Strebergarten. Gerne unternimmt er Reisen und befasst sich mit geschichtlichen Ereignissen. Regelmäßig in der Weihnachtszeit bäckt Herr A. Pfefferkuchen, im Sommer geht er gerne in einen Biergarten oder Pilze sammeln.

6.4. Performance

Umwelt: Zu dem räumlich, sozialen Umfeld gehört bei Herr A. außer der Wohnung und der Arbeitsstelle, treffen mit Bekannten und Freunden, der

Austausch mit Gartenfreunden im Kleingärtnerverein. Mit seinem Sohn hat er Kontakt, sagt Herr A. , mit seiner Verwandtschaft eher weniger.

Wahrnehmung: In der akustischen Wahrnehmung ist Herr A. durch Tinnitus mit begleitender Schwerhörigkeit beeinträchtigt. Seine Körperwahrnehmung sehe ich noch im Rahmen der Normalität, jedoch als nicht sehr ausgeprägt. Bsp.: fährt Herr A. mit gebrochenem Humeruskopf noch eine Woche Ski. Im Bereich anderer Wahrnehmungsbereiche konnte ich keine Defizite erkennen.

Orientierung: Herr A. ist kontinuierlich täglich, zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person orientiert. Bsp.: Mache ich Herr A. einen Terminvorschlag an einem anderen Ort, kann er diesen Termin einhalten. Auf kurzfristige Änderungen kann er adäquat reagieren.

Gedächtnis: Herr A. sagt sein Gedächtnis habe im Laufe der Jahre merklich nachgelassen, er schreibe sich alle wichtigen Termine im Computer auf und lasse diese Ausdrucken. Auch mit mir vereinbarte, kurzfristige Termine, notiert sich Herr A. sofort.

Ausdauer: Herr A. besitzt eine sehr gute Ausdauer. Pilze sammeln tut er meist über vier Stunden. Im Gespräch mit mir habe ich innerhalb von drei Stunden öfter nachgefragt, ob wir ein anderes Mal fortsetzen sollen oder ob es zu anstrengend sei. Es fand es überhaupt nicht anstrengend. Auch sein Verhalten ließ solches nicht erkennen.

Konzentration: Herr A. kann sich bei der Makramee Arbeit über 20 Minuten gut konzentrieren. In dem oben genannten Gespräch mit ihm, erkenne ich keine Konzentrationsschwäche.

Problemlöseverhalten: Herr A. zeigt ein sehr gutes Problemlöseverhalten. Bsp.: bei der Gelenkmessung reichte die geplante Zeit nicht aus, Herr A. schaut auf seinen Plan und schaut wo er als nächstes einen Termin hat. Bei einem fehlerhaften Knoten im Makramee, löst er das Problem alleine.

6.5. Soziale Kompetenzen

Kontaktfähigkeit: Herr A besitzt eine gute Kontaktfähigkeit. Er kann Nähe und Distanz halten. Bsp.: Ich beobachte, dass Herrn A. mit anderen Pat in Kontakt steht und des öfteren bei Gesprächen. Zu den Therapien kommt Herr A. zu vereinbarten Zeiten und hält angemessene Umgangsformen.

Konfliktfähigkeit: Zählt nicht zu den Stärken von Herrn A.. Konflikten geht Herr A. gerne aus dem Weg. Bsp.: Nach der Trennung seiner Eltern hält Herr A. den Kontakt zu seinem strengen Vater nicht aufrecht. Zu der Beziehung seines Sohnes gibt er wenig Auskunft. Bei eigenen, inneren Konflikten gibt Herr A. nach. Bsp.: Bei dem Vorschlag einen Kaffee trinken zu können, sagt er mir, dass er so spät nachmittags kein Kaffee mehr trinken dürfe. Wir gingen zusammen in die Cafeteria, er bestellte sich einen Cappuccino.

Kritikfähigkeit: Zählt nicht zu den Stärken. Gerne und oft teilt Herr A. Kritik aus, vor allem in globaler Form. Bsp.:, *Die Ärzte haben das Falsch gemacht; Die Jugend von Heute hat ja nichts mehr zu erzählen*“. Kritik anzunehmen scheint für Herrn A. schwierig zu sein. Bsp.: Im Trainingsraum sagt ihm die Therapeutin, dass er die Übung so nicht richtig mache. Herr A. wehrt sich mit den Worten: *Kaum macht man mal was, ist es schon nicht richtig*.

Gruppen- / Teamfähigkeit: sind nicht die Stärken von Herrn A.

Bsp.: Herr A.: „*Er habe keine Einzelgymnastik, sondern in der Gruppe. Das sei doch blöd.*“ Auf nachfragen wie viele Beschäftigte es in der Druckerei seien, gibt er an alleine zu sein. Im weiteren Gespräch stellt sich heraus, dass das Gebäude der Druckerei aus 5 Stockwerken besteht und weitere 500 Beschäftigte hat.

Durchsetzungsfähigkeit: Wie weit sich Herr A. adäquat durchsetzen kann, vermag ich nur schwer zu beurteilen. Ich gehe jedoch davon aus, dass diese Fähigkeit nicht zu seinen Stärken gehört. In Bezug auf Ärzte übt er immer wieder Kritik und wechselt, seinen Schilderungen nach, häufig. Aus der Arbeit erzählt Herr A.: „*dass man ja eh nichts machen kann*“.

Entscheidungsfähigkeit: Herr A. kann sich kurzfristig entscheiden. Bsp.: Bei der ersten Terminvereinbarung zu einem Gespräch mit mir, kann er sich spontan festlegen. Hat jedoch eine Entscheidung weitreichende Konsequenzen, möchte er nicht die Verantwortung dafür übernehmen. Bsp.: Zu der Humerusfraktur erzählte Herr A. immer wieder, dass diese länger nicht erkannt wurde, und dies ein Fehler der Ärzte gewesen sei. Bei näherem nachfragen, stellte sich heraus, dass er den Skiurlaub, nach der Verletzung fortsetzte. Zu einer ärztlich vorgeschlagenen OP konnte Herr A. sich nicht entscheiden, da ein anderer Pat. ihm eine Verschlechterung der Beschwerden schilderte.

6.6. Motorik

6.6.1. Grobmotorik

- Bewegungsablauf: durch Bewegungseinschränkungen teilweise unterbrochen
- Bewegungskoordination: Herr A. erzählt, dass er als Kind sehr oft hingeflogen sei. Sein Gangbild zeigt sich unkoordiniert.
- Sitzen: ohne Störungen möglich
- Stehen: im Stand hat Herr A. ein Coxa-vara Stellung
- Gangbild: siehe äußeres Erscheinungsbild.
- Gleichgewicht im Stand: versucht Herr A. auszugleichen
- Gleichgewicht im Sitz: gut
- Muskeltonus in Ruhe/Aktion: erhöht (Verspannungen tastbar)

6.6.2. Feinmotorik

- Auge –Hand –Koordination: sehr gut durchführbar
- Hand –Hand –Koordination: sehr gut durchführbar
- Diadochokinese: gut möglich

6.6.3. Gelenkmessung nach Neutral – Null – Methode

| Messbereich | Bewegung | Rechts | Links | Normalwerte |
|------------------|-----------------------------------|-----------------|---------------------|-------------------------|
| Hand | Dorsalextension Palmarflexion | 45°/0°/ 80° | 55°/0°/ 70° | 35°-60°/0°/ 50°-60° |
| | Ulnaradduktion Radialadduktion | 50°/0°/ 20° | 35°/0°/ 30° | 30°-40°/0°/ 25°-30° |
| Ellenbogengelenk | Extension/Flexion | 5°/0°/135° | 5°/0°/135° | 10°/ 0°/150° |
| | Supi, -Pronation | 90°/0°/80° | 90°/0°/90° | 80°-90°/0°/80°- 90° |
| Schulter | Retro- Anteversion Ellevation | 30°/0°/65° * | 40°/0°/90° *160° | 40°/0°/90° 150°-170° |
| | Ab- / Adduktion | 90°/0°/25° | 160°/0°/20° | 180°/0°/20-40° |

| | | | | |
|--|--|------------|------------|------------------------|
| | Außen, - Innenrotation bei 90° Abduktion | * | 50°/0°/35° | 70°/0°/70° |
| HWS | Re / Inklination | 20°/0°/40° | | 35°-45°/0/35°-45° |
| | Lateralflexion | 30°/0°/30° | | 45°/0/45° |
| | Rotation | 30°/0°/40° | | 60°-80°/0/60°-80° |
| WS | Lateralflexion bei fixiertem Becken | 30°/0°/25° | | bis zu 60° |
| | FBA | 0 cm | | - |
| Hüftgelenk | Extension/Flexion | 5°/0°/85 | 0°/*55° | 15°/0°/130°-140° |
| | Außen, -Innenrotation (bei 90° flektiertem Hüftgelenk) | 45°/0°/30° | 45°/0°/20° | 40°-50°/0°/30°-45° |
| | Ab, -Adduktion | 40°/0°/25° | 30°/0°/20° | 30°-45°/0°/20°-30° |
| Kniegelenk | Extension/Flexion | 5°/0°/130° | /0°/110° | 5°-10°/ 0 / 120-150 |
| Fuß | Plantarflexion Dorsalextension | 35°/0°/15° | 45°/0°/15° | 40°-50°/0°/ 20°-30° |
| | Supi, -Pronation (bei fixiertem Kalkaneus) | 20°/0°/10° | 15°/0°/5° | 35°/0°/15° |
| * Schmerzbefund ab angegebener ° Zahl, siehe auch Schmerzbefund | | | | |

6.6.4. Kraftmessung

Obere Extremität:

- ☞ Vigorimeter: 0,9 KPa links, 0,8 KPa rechts
- ☞ Pat. hat nach (MfP) einen normal - guten Händedruck
- ☞ Im Trainingsraum kann Herr A. 5 kg am Butterfly ca. 10 mal zusammendrücken.
- ☞ Eine volle Einkaufstasche oder Kiste zu tragen ist bds. nicht möglich.

Untere Extremität:

- ☞ Beim Treppensteigen tritt Herr A. mit dem linken Bein weniger auf.

Rumpf:

- Beim Messen des FBA kommt Herr A. selbständig und langsam hoch.

6.6.5. Komplexfunktionen

Arm (Schulter-, Ellenbogen-, Handgelenks- u. Fingerfunktionen)

- Haare kämmen: mit Ausweichbewegungen möglich
- Bissen zum Mund führen: gut möglich
- Schürze binden: möglich
- Leeren Koffer vom Schrank holen: nur mit Schmerzen und Hilfsmittel, wie Trittbrett, möglich.
- Tasche aufheben und tragen: ist die Tasche leer, gut möglich.

Hand (Handgelenksbewegungen, Fingerfunktion)

- Umfassen des Besteckgriffes: komplett möglich
- Armbanduhr aufziehen: keine Probleme
- Tragen eines vollen Tellers: keine Probleme
- Schlüssel umschließen, nach rechts und links: keine Einschränkung
- Wasserhahn auf und zu drehen: keine Einschränkung

Bein (Alle Gelenke der Gliedkette und Rumpf)

- Beim Treppensteigen hält sich Herr A. am Geländer fest.

- An der HWS bilateral bis zum Schulterdach erhöhter Muskeltonus (starke Muskelverspannung) Test: Druckdolenz, Kibler'sche Hautfalte
- Im anterioren Anteil der Schulter (Tub.majus, Proc.korakoideus) und am Bizeps brachii (Sulcus intertubercularis) Verhärtungen.
- Art. Sternoclavicularis sichtbar u. tastbar erhöht.
- Rechte Scapula adduziert
- Im Seitenvergleich ist die rechte Schulter erhöht.

6.6.6.2. Wirbelsäule

- HWS/BWS im Bereich des 4. Brustwirbels beginnend nach kranial, starke Kyphose.
- Dermatome: diffuse Ausstrahlung von HWS
- Beckenstellung: rechts 2 cm erhöht
- Skoliose: in S-Form
- eingeschränkte Rotation

6.6.6.3. Fußfunktion

Fußstellung: am rechten Zeh achsenabweichende Fehlstellung in Adduktionsstellung 30° als Folge einer Verletzung mit Spaten.

Quergewölbe abgesenkt, ausgeprägtes Längsgewölbe.

Haken- / Zehengang: ohne Schmerzen mit sehr geringer Einschränkung möglich.

6.6.6.4. Schmerzbefund

HWS / Schultergürtel / Obere Extremität

- Schmerzhafter Bogen (Pain ful arc): rechts ab 65° Anteversion und 90° Abduktion
- Links ab 160° Ellevation schmerzhaft.
- Außen./Innenrotation: rechts stark schmerzhaft, Bewegung nicht möglich.
- Links leicht schmerzhaft, Bewegung eingeschränkt
- Nackengriff rechts nicht durchführbar
- Impingementsyndrom Test nach Neer, Hawkins u. Jobe aufgrund schmerzsymptomatik nicht durchführbar.
- Proc. Coracoideus druckschmerzhaft.
- Die Schmerzen beschreibt Herr A. als von der HWS beginnend über die Schulter, diffus ausstrahlend in den rechten Arm. Die Schmerzform empfindet er als dumpf.
- Nachts wacht Herr A. regelmäßig an diffusen/ziehenden Schmerzen auf. Sein rechten Arm kann er dann nicht mehr selbständig bewegen. Mit Hilfe des li. Armes bewegt er dann den re. Arm durch, so lassen die Taubheitsgefühle wieder nach.
- Schmerzlinderung habe er nach Entspannung, Massage, u. Wärme (Moorbad, Fango, Heiß-feuchte Umschläge)
- Rechtes Olecranon dumpf druckschmerzhaft

Kniegelenk

- Rechts Druckschmerzhaft an oberen Rand der Patella, dumpfer, anhaltender Schmerz.
- Links am medialen Anteil stechender Schmerz bei Belastung und medialen Druck. Meniskustest positiv.
- Herr A. berichtet, dass die Schmerzen beim Aufstehen nach längerem Sitzen am stärksten seien. Bei Bewegung lassen diese dann nach.
- Nachts wacht Herr A. an stechenden Schmerzen in linken Knie auf. Herr A. sagt, da er auf der rechten Seite wegen seiner schmerzhaften Schulter

- schlecht schlafen, dreht er sich auf die linke Seite. Somit ergibt sich eine Druckbelastung auf das linke Knie.
- Herr A. stützt das linke Knie, tagsüber bei Belastungen wie langes gehen, mit einer Sportbandage.
 - Zeigt das rechte oder linke Kniegelenk keine Entzündung, benutzt Herr A. Wärmebehandlungen zur Schmerzlinderung

LWS

- Den Schmerz im lumbalen Bereich beschreibt Herr A. als punktgenau. Er hätte keine Schmerzausstrahlung. Wie die Schmerzform sei, könne er mir nicht sagen, er hätte diesen Schmerz schon so lange.
- Schmerzlinderung hätte er im liegen.

6.6.6.5. Sensibilität

Oberflächensensibilität

Bei der Durchführung von den Tests der Druckempfindung mit Fingerdruck, feine Berührung mit Watte, Handschrift lesen: Pat. hat die Augen geschlossen, mit dem Finger zeichne ich Buchstaben auf die Hand und den Unterarm. Spitz und Stumpf, mit Sicherheitsnadeln. Schmerzempfindung durch Kneifen. Wärmedifferenz, Schwer/leicht, Nass/trocken, Papier/Stoff, Metall/Holz, rau/weich waren keine Abweichungen von der Norm zu befunden.

6.6.6.5.1. Bestimmung der Berührungsschwelle

Tiefensensibilität

1. Berührungslokalisation:

- Leicht mit Wolle, Finger mit Druck, Berührung des vom Therapeuten berührten Punktes, Temperatur: ohne Abweichungen, gut erkennbar möglich.
- 2- Punkte- Diskriminator, wurde nicht durchgeführt, da keiner vorhanden war.

2. Lageempfindung:

- Körperschema: berührten Extremitätenteil benennen lassen
- Wiederholung passiver Bewegungen an der oberen oder unteren Extremität
- Aktives Ausführen von Bewegungen auf Aufforderung des Therapeuten
Konnte Herr A. ohne sichtliche Probleme durchführen.

Bei den Durchführung ist darauf zu achten, dass Herr A. akustisch alles verstanden hat.

Hypersensibilität: bei Berührungen mit spitzen und stumpfen Gegenständen oder Palpation habe ich keine Überempfindlichkeit festgestellt.

Hyposensibilität: Schmerzen im lumbalen Bereich kann mir Herr A. nicht beschreiben; *diese habe er schon seit er 20 Jahre alt sei, er könne mir nicht sagen ob die Schmerzform spitz, stumpf oder stechend sei.* Im Rahmen der Palpation konnte ich keine stark abweichende Unterempfindlichkeit feststellen.

Stereognosie:

Messmethode: „Blind- Tests“

1. Gegenstände: Schlüssel, Geldstück, Baumwolle, Kamm, Bleistift, Radiergummi, Streichholz, Knopf
 2. Formen und Größen: groß, klein, dick, dünn, lang, kurz, eckig
- Herr A. erkennt alle Gegenstände, Formen und Größen sofort.

6.6.7. ADL**a) Hygiene**

- Waschen am Waschbecken: beim Gesicht waschen hat Herr A. im rechten Ellenbogen einen punktgenauen Schmerz am Olecranon.
- Baden: schwer möglich, da Herr A. nicht mehr alleine aus der Badewanne kommt. Das abstützen zum aussteigen bereitet ihm zu große Schmerzen.
- Rasieren: gut möglich
- Zähne putzen: gut möglich
- Maniküre: durchführbar
- Pediküre: durch zu starke Rücken, - und Kniebeschwerden nicht mehr möglich. Herr A. geht regelmäßig zur Fußpflege.

b) An- und Ausziehen

- Hose an, - und ausziehen: schwierig, da Herr A. Probleme hat auf einem Bein zu stehen.
- Socken anziehen: schwierig, da Herr A. Schwierigkeiten beim Bein hoch halten hat.
- Oberbekleidung über Kopf an- u. ausziehen: mit Ausweichbewegungen
- Gürtel umbinden: gut möglich
- Schuhe an- u. ausziehen: gut durchführbar

c) Essen und trinken

- Mit dem Messer schneiden: keine Probleme
- Stücke zum Mund führen: keine Probleme
- Aus Kanne oder Flasche gießen: rechts mit Schmerzen, darum weicht Herr A. auf die linke Seite aus.

d) Haushalt

- Flasche öffnen: benutzt Herr A. seit längerer Zeit Hilfsmittel (Öffner)
- Getränkekiste tragen: Herr A. nimmt nur noch 9-er Kästen.
- Einkaufen: für größere Einkäufe benutzt Herr A. Rollwagen, den er immer im Auto zur Hand hat.
- Glühbirne auswechseln: nur mit Leiter möglich. Herr A. geht so nahe an die Lampe wie nur möglich, um eine schmerzhaftige Streckung im Arm und der HWS zu vermeiden.
- Schneeschippen: muss Herr A. nach kurzer Anstrengung, aufgrund des Bluthochdrucks, absetzen.

e) Allgemeine Handgriffe

- Gegenstände aufheben / halten / vom Regal holen
- Mit Schraubenzieher arbeiten: nicht möglich (Akkuschrauber)
- vom Regal holen: rechts meist nur mit Schmerzen möglich
- aufheben: gut möglich

f) Persönliche Post, Kommunikation

- Telefonieren: gut möglich
- Schreiben: ohne Probleme

g) Straßenverkehr

- Rückwärtsfahren: nur mit Rückspiegel möglich

h) Körperpositionen / Fortbewegungen

- Nach längerem Sitzen oder Liegen hat Herr A. Anlaufschwierigkeiten durch Steifheit und Schmerzhaftigkeit der Gelenke.

- Zeitliche Belastbarkeit beim gehen / stehen: Herr A. sagt, dass er mit der Kniebandage am linken Knie gut bis zu 4 Stunden gehen kann. Beim Wandern innerhalb der Maßnahme hat er keine Probleme
- In Sessel setzen:: nicht möglich, da Herr A. alleine nicht mehr hoch kommt.

i) **Hobbys**

- Holz arbeiten: hobeln und sägen schmerzhaft
- Gartenarbeit: knien nicht möglich
- Pilze sammeln: langes suchen nur mit Stützbandage am li. Knie

j) **Berufsausübung** -Einschränkungen

- reinigen von Walzen der Druckmaschine; Walzen müssen während der Reinigung von Hand gedreht werden.
- Langes Stehen u. gehen auf hartem Untergrund
- Schweres heben u. tragen von Lasten

Hilfsmittelversorgung: Herr A. benutzt Rollwagen zum Einkaufen, Sackkarren zur Gartenarbeit, Flaschenöffner (Zange), Leiter, Trittbrett und Schemel, Akkuschauber, Stützbandage am Kniegelenk.

7. Zusammenfassung des Befundes

| Stärken / Fähigkeiten | Probleme / Einschränkungen |
|---------------------------|----------------------------|
| Compliance | Selbstbild-/ wertgefühl |
| Motivation | Akustische Wahrnehmung |
| Interesse | Körperliche Wahrnehmung |
| Persönliche Werte | Gedächtnis |
| Orientierung | Konfliktfähigkeit |
| Ausdauer | Kritikfähigkeit |
| Konzentration | Gruppen-/ Teamfähigkeit |
| Problemlöseverhalten | Durchsetzungsfähigkeit |
| Kontaktfähigkeit | Entscheidungsfähigkeit |
| Feinmotorik | Grobmotorik |
| Handfunktion | Bewegungseinschränkungen |
| Sensibilität | Schmerzen |
| Benutzung von Hilfsmittel | Fehlstatik-/ haltung |
| | Muskuläre Verspannungen |

8. Wünsche und Ziele im Hinblick auf die Therapie

Aus der Sicht des Patienten

Herr A. wünscht sich größtmögliche Schmerzreduktion, Verbesserung seiner physischen Verfassung und ausreichende Selbsthilfefähigkeit im Alltag.

Aus der Sicht des Therapeuten

Erhalt von Interesse und Motivation des Pat., da die Diagnose komplex ineinander greift und Ausdauer des Pat. abverlangt.

Bestmöglichster Transfer physiologischer Bewegungen in den Alltag. Vermeidung von Ausweichbewegungen.

9. Therapieziele

9.1. Übergeordnetes Ziel

- ? Erhalt der größtmöglichen Selbständigkeit im täglichen Leben.

9.2. Richtziele - Ergotherapieauftrag: rechte Schulter

- ? **Schmerzreduktion**
Begründung: somit kann Herr A. sein Bewegungsausmaß vergrößern. Schonhaltungen werden minimiert. Er kann nachts besser schlafen und fühlt sich am Tage vitaler.
- ? **Verbesserung des physiologischen Bewegungsausmaße im Schultergürtel**
Begründung: so können Aktivitäten im Alltag erhalten oder sogar verbessert werden. Die Lebensqualität bleibt erhalten.
- ? **Ausreichende Selbsthilfefähigkeit zur Bewältigung der Alltagsaktivitäten**
Begründung: weiß Herr A. sich Gelenkschonend zu verhalten, wird die fortschreitenden Abnutzung der Gelenke verringert. Seine Schmerzen werden verringert.

9.3. Grobziele

- ? **Erhalt des bestmöglichen, physiologischen Bewegungsausmaßes im Bereich des Schultergürtels**
Begründung: wird das Bewegungsausmaß erhalten, kann eine Steigerung der Ziele in der Therapie erfolgen und die Motivation an der Therapie teilzunehmen bleibt erhalten.
- ? **Muskuläre Aufkräftigung der schulterumgebenden Muskulatur**
Begründung: Ist diese gekräftigt, stabilisiert sich die muskelgeführte Schulter. Herr A. kann diese dann im Alltag wieder ausgeglichen einsetzen, somit mit einer Muskelarthropie entgegengewirkt.
- ? **Erzielen einer bestmöglichen Körperhaltung**
Begründung: Somit werden ungleichen Belastungen entgegen gewirkt. Muskuläres Ungleichgewicht kann verringert, und Gleichgewicht erzielt werden.

9.4. Behandlungsziele

- ? **Lockerung und Erwärmung verspannter Muskulatur**
Vorgehensweise: Ausstreichungen, mit feuchter Wärme verspannter Muskelgruppen, im Nacken, -und Schulterbereichen; vor allem rechts.
Begründung: Ist die Muskulatur gelockert u. erwärmt, wird diese besser durchblutet, mit Sauerstoff versorgt und Schmerzen verringern sich.
- ? **Anbahnung des bestmöglichen, physiologischen Bewegungsausmaßes im Schultergürtel**
Vorgehensweise: Arbeiten am Hochwebrahmen. Die Höhe des Hochwebrahmen stelle ich individuell nach schmerzfreiem Bewegungsausmaß und ergonomischen Gesichtspunkten ein.
Begründung: Beim arbeiten mit dem Kamm werden bilaterale Bewegungen gefördert. Die Möglichkeiten von kompensatorischen Ausweichbewegungen werden verringert und somit weiteren, einseitigen, Verspannungen entgegengewirkt.
- ? **Dehnung verkürzter Muskelgruppen, vor allem im anterioren Schulter-Arm-Bereich**
Vorgehensweise: Arbeiten am Hochwebrahmen. Dehnung der ventralen Muskulatur, unter Berücksichtigung der Schmerzgrenze; indem Herr A. beide Extremitäten bilateral seitlich, leicht nach hinten, führt und somit die

Muskelgruppen der Schultern dehnt. Nach durchführen des Schiffchens, dehnt Herr A. mit Hilfe des Kammes die ventrale Muskulatur. Gleichzeitig wird eine Kräftigung der aufrichtenden, autochtonen und paravertebralen Muskulatur angebahnt.

Begründung: werden verkürzte Muskelgruppen gedehnt, erfolgt eine Anbahnung der Verbesserung des physiologischen Bewegungsausmaßes. Bewegungen werden erleichtert und Schonhaltungen verringert.

10. Therapieverlauf

10.1. Verlaufsprotokoll

Eigene Vorgehensweise auf **Anlage 3** dokumentiert.

10.2. Evaluation

- ☞ Eine Behandlungseinheit bei Herr A. dauerte bisher immer 30 Minuten.
- ☞ Der Behandlungserfolg wurde anhand Erfragung und gezielten Beobachtungen gemessen.
- ☞ Herr A. berichtet über Schmerzreduktion und erleichterte Beweglichkeit.
- ☞ Während der Behandlung traten keinerlei Probleme auf
- ☞ Die Prognose der weiteren, oben aufgeführten, Ziele sehe ich als realistisch an. Mit dazu beitragend ist die Motivation und Compliance von Herrn A.
- ☞ Empfehlung: Zusätzlich zu den angewandten Therapien regelmäßige progressive Muskelentspannung nach Jacobsen.

11. Durchführung der Behandlung

Reflexion der letzten Behandlungseinheit; siehe Verlaufsprotokoll Anlage 3

Sozialform: Einzeltherapie

Begründung: somit kann ich gezielt auf den Pat. eingehen.

Therapiemethode: Kompetenzzentriert

Begründung: Therapie richtet sich nach den Möglichkeiten des Pat.

Therapiemethodik: Erfragend/Deiktisch/Dozierend

Begründung: Beim Ausstreichen der Muskulatur, Bewegungsfreiheit (Schmerz) und Reflexion wende ich zu meiner Orientierung und Information die erfragende Methodik an.

Um das Arbeiten am Hochwebrahmen zu zeigen, wende ich die deiktische, bei Erklärungen und „Hinweisen“ die dozierende Methode an.

11.1. Therapieplanung / Sichtstundenverlauf

Therapiemittel /-medien: Handtuch, Tasse, heißes Wasser (Wasserkocher), Auflage zur Muskel-, Gelenkentlastung bei Durchführung der „Heißen Rolle“, 5 höhenverstellbare Stühle, Hochwebrahmen mit höhenverstellbarem Stuhl, Hanteln, geräuscharme Räumlichkeiten.

Vorgehensweise (siehe auch Zeitplanung unten)

Begrüßen und Vorstellen aller Beteiligten. Transparenz der Therapieeinheit im zeitlichen Ablauf, der Ziele mit Transfer in den Alltag und Vorgehensweise. Nachdem alle Beteiligten Platz genommen haben, prüfe ich den Platz von Herr A. nach ergonomischen Gesichtspunkten. Pat. zieht Oberbekleidung aus, ich fülle das heiße Wasser in das fest aufgerollte Handtuch (Heißen Rolle).

Mit dieser „Heißen Rolle“ streiche ich die verspannte Muskulatur im Schulter-, Nackenbereich von Herrn A. aus. Dabei werde ich dieses mehr auf der rechten Schulterpartie ausführen, da diese stärker Betroffen ist. Nach 10 Min.

Behandlung zieht sich Herr A. wieder an.

Wir wechseln zum Hochwebrahmen. An diesem zeige ich Herrn A. den Ablauf der Übungen. Herr A. nimmt danach den Platz am Hochwebrahmen ein, ich achte auf ergonomische Sitzhaltung. Während der Ausführung achte ich bei Herrn A. auf flüssige Atmung und physiologische Körperhaltung. Auch vergewissere ich mich über Schmerzen und Grenzen von Herrn A. Nach 8 Minuten werde ich Herrn A. über die restlichen 2 Minuten Zeit am Hochwebrahmen informieren und den nächsten Schritt der Einheit hinweisen. Nächste Schritt ist die Lockerung der o. g. Muskulatur mit Hilfe von Hanteln, die Herr A. in beiden Händen hält und mit kurzen Pendelbewegungen, im Schwingungswechsel, vor und zurück schwingt.

| Therapiebeginn: 15.30 Uhr | Therapieende: |
|--|--------------------------|
| <u>Zeitplanung:</u> | <u>Zeitdauer:45 min.</u> |
| Begrüßung/Vorstellen | 15.30-15.32 |
| Transparenz der Therapieeinheit | 15.32-15.35 |
| Platz anweisen aller Beteiligten | 15.35-15.36 |
| Einrichten der Sitzhöhen und Auflage zur H.R. | 15.36-15.37 |
| Pat. Oberbekleidung ausziehen lassen | 15.37-15.38 |
| Eingießen des Wassers in das Handtuch | 15.38-15.39 |
| Ausstreichen der Muskulatur (Schulter/Nacken) | 15.39-15.49 |
| Pat. zieht Oberbekleidung an | 15.49-15.50 |
| Wechsel zum Hochwebrahmen | 15.50-15.50 |
| „Einführung“ Hochwebrahmen | 15.50-15.55 |
| Einstellen des Hochwebrahmens u. Sitzplatzes nach Pat. | 15.55-15.56 |
| Arbeit am Hochwebrahmen | 15.56-16.06 |
| Lockerung der Gelenke u. Muskulatur | 16.06-16.10 |
| Reflexion | 16.10-16.12 |
| Verabschiedung | 16.12-16.13 |
| Raum für Eventualitäten | 16.13-16.15 |

11.1. **Alternative Therapieplanung**

Sollte Herr A. vermehrt Schmerzen haben, werde ich die Behandlung in den Punkten 3. u. 4. ändern:

1. s.9.4.Lockerung u. Erwärmung verspannter Muskulatur
2. s.9.4. Anbahnung des bestmöglichen, phys. Bewegungsausmaßes
3. Medium: funktionelles Spiel (Solitär) in gr. Ausführung.
4. **Erhaltung der Motivation an der Therapie**
Begründung: ich nehme an, wenn Herr A. wieder mehr Schmerzen hat, seine Motivation abnimmt. Bei Ablenkung durch Spiel gewinnt Herr A. Freude und denkt nicht an seine Einschränkung.

12. **Reflexion**

Die Erfahrungen in der Orthopädie sehe ich als eine Bereicherung für meinen gesamten, weiteren Lebensweg. Sehr gerne führe ich mit diesem Klientel Therapie durch. Mein Interesse und die Motivation an der Orthopädie, wurden auch in einer schwierigen Phase nicht wesentlich verringert. Wesentlich dazu beigetragen haben, Fr. Klee, Fr. Michaelis, Herr Fürst, Herr Lach und andere aus dem multidisziplinären Team. Auf diesem Wege möchte ich mich bedanken für diese loyale Unterstützung, vor allem bei Jürgen Fürst. Ohne seine Bereitschaft, würde mir die bevorstehende Prüfung, weitaus schwieriger fallen. Mit diesem Hintergrund ist mir auch der Inhaltlich des Berichtes leichter gefallen. Die zeitliche Vorgabe zur Verfassung des Berichtes, empfand als äußerst grenzwertig. Zugute kam mir dabei, mein(e) Interesse, Motivation, Ausdauer und Konsequenz.