



1 Diagnostik in der Heilpraktikerprüfung

Diagnostik als Prüfungsschwerpunkt. In der Heilpraktiker-Überprüfung können viele Themen gefragt werden: Anatomie, Physiologie, Pathomechanismen, Gesetzeskunde u.v.m. – nichts steht aber wohl so sehr im Fokus wie die diagnostische Kompetenz. Das trifft zu einem großen Teil auf die schriftliche Überprüfung (Klausur) zu, ganz besonders aber auf den praktisch-mündlichen Teil. Überwiegend möchten Prüfer einen Eindruck davon gewinnen, ob der Heilpraktikeranwärter in der Lage ist, den **Zustand eines Patienten richtig einzuschätzen** (Diagnostik) und daraus angemessene Konsequenzen (Behandlung oder weitere Abklärung) zu ziehen.

Es wird in der Regel überprüft, ob der HPA ...

- Diagnoseschritte dazu sicher auswählt,
- diese richtig in Fragestellungen und Untersuchungen umsetzt,
- korrekte Schlussfolgerung aus Befunden zieht,
- um dann bestenfalls zu einer schlüssigen Verdachts- oder abgesicherten Diagnose zu gelangen,
- nach der er entscheidet, ob er behandelt oder nicht, bzw. nach der eine weitere Diagnostik oder eine Behandlung (durch einen Arzt) notwendig wird.

In sehr vielen Überprüfungen wird dazu ein fiktiver Fall gestellt. Dazu gibt es in der Regel 3 unterschiedliche Szenarien:

1. Der Prüfer schlüpft in die Rolle des Patienten („Ich bin jetzt eine 40-jährige Frau und komme zu Ihnen, weil ...“); der Weg zur Diagnose verläuft wie in einem Rollenspiel.
2. Der Prüfer beschreibt den Patienten aus der Metaebene („Zu Ihnen kommt eine 40-jährige Frau, die ...“), antwortet auf Fragen aber aus Patientensicht (Bsp.: „Daran kann sich die Patientin nicht erinnern ...“, oder: „Sie selbst hat nicht den Eindruck, dass ...“).
3. Der Prüfer stellt einen Fall komplett aus der Außensicht dar und gibt Ihnen nur objektive Informationen oder Anweisungen bzw. Fragen (Bsp.: „Welche Fragen sind für Sie interessant?“, „Welche Befunde erwarten Sie bei dieser Untersuchung?“).

Transferbeispiel

Fallkonstellation: Prüfer schlüpft in die Rolle des Patienten

Der Weg zur Diagnose verläuft wie in einem **Rollenspiel**:

- **Prüfer als Patient:** „Ich bin jetzt als Mann bei Ihnen in der Sprechstunde; schauen Sie bitte mal hier an meine rechte Halsseite! Sehen Sie die die Schwellung, die geht nicht weg und wird dazu noch immer größer.“
- **Prüfling als HP:** „Zunächst frage ich Sie, wie lange Sie denn den Knoten schon spüren bzw. beobachtet haben.“
- **Prüfer als Patient:** „Den Knoten spüre ich schon seit mehreren Wochen!“

- **Prüfling als HP:** „Ja, wenn ich darf, dann taste ich bei Ihnen erst mal die rechte Halsseite. Wie stellt sich der Befund denn dar? Wie groß ist die Halsschwellung?“
- **Prüfer als Patient:** „Die Schwellung ist nun schon fast 2 cm groß.“
- **Prüfling als HP:** „Weiter ertaste ich, ob sich die Schwellung als solide Resistenz anfühlt und ob sie verschieblich ist.“
- **Prüfer als Patient:** „Ja, eher fest und nur wenig verschieblich!“
- **Prüfling als HP:** „Schmerzt der Bereich, wenn ich jetzt etwas stärker drücke?“
- **Prüfer als Patient:** „Nein, weh tut es nicht, jedoch beunruhigt mich die Schwellung doch sehr!“

Fallkonstellation: Prüfer beschreibt Patienten aus der Metaebene

Prüfer: „Ein Patient klagt in der Sprechstunde über eine zunehmende Schwellung an seiner rechten Halsseite. Sie fragen den Patienten zuerst, wie lange er den die Schwellung schon spürt. Auf diese Frage gibt der Patient zur Antwort, dass die Schwellung schon einige Wochen lang spürbar ist. Sie palpieren den Hals des Patienten und stellen fest, dass die Schwellung 2 cm umfasst und eine eher feste Resistenz aufweist. Auf Ihre Frage, ob die Schwellung beim Tasten oder auch ohne Tasten schmerzt, bekommen Sie zur Antwort, dass der Patient keine Schmerzen verspürt.“

Prüfungsdialog fiktiv, Fallbeispiel frei erfunden

? ! Lerntipps – Mündliche Prüfung

Befundungsmöglichkeiten üben

Üben Sie mit anderen Lernenden – am besten unter Anleitung in Vorbereitungskursen – die Anamneseführung und den Einsatz sowie die angemessene Präsentation der weiteren Befundungsmöglichkeiten (z. B. Blickdiagnostik, körperliche Untersuchung).

Die Fallbearbeitung in Überprüfung und Praxis ist kein einfaches Unterfangen, denn als HPA muss man umdenken: In der Ausbildung lernt man i.d.R. anatomische und physiologische Grundlagen, Erkrankungen mit ihren Leit- und Begleitsymptomen sowie zugehörige Laborbefunde etc. Mit Blick auf die Praxis gilt es nun aber umzudenken – dem Prüfling wird ein Patient vorgestellt, der mit mehr oder weniger eindeutigen Symptomen in der Praxis vorstellig wird, die abgewogen, genau beleuchtet und zu einem schlüssigen Bild eingeordnet und bewertet werden müssen.

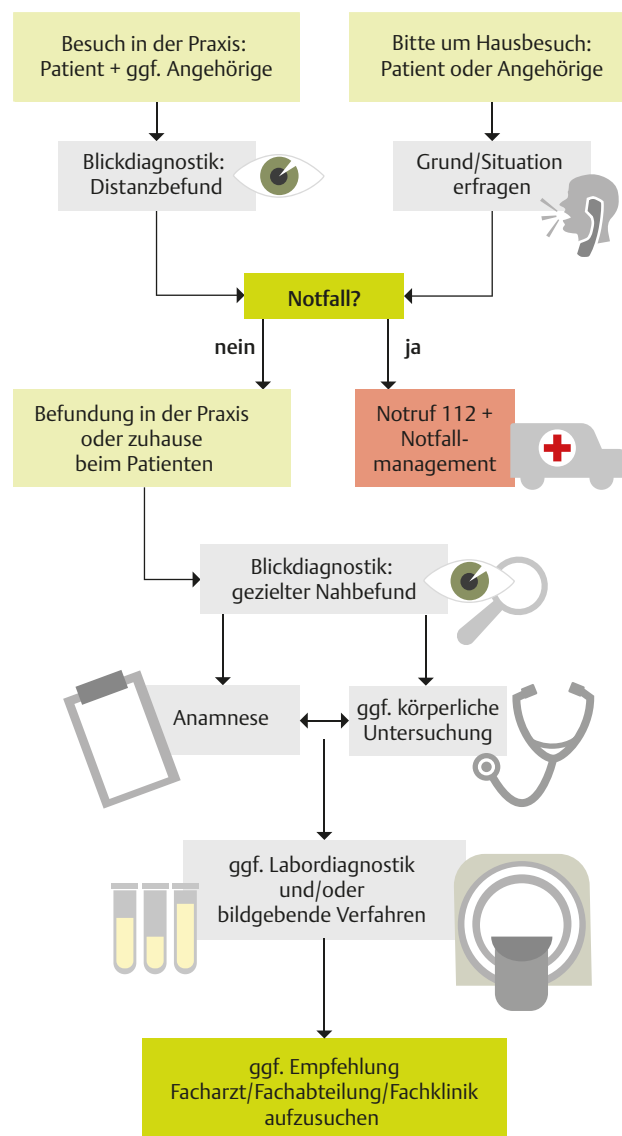
Dazu stehen verschiedene „Handwerkszeuge“ zur Verfügung:

- die Blickdiagnostik (S. 11)
- die Anamnese (S. 22)
- die körperliche (klinische) Untersuchung (S. 33)
- die Labordiagnostik (S. 48)

Bei allen Elementen kommt der Differenzialdiagnostik (S. 66) große Bedeutung zu.

In sehr vielen Situationen ist ein – durch Kliniken oder Arztpraxen durchgeführtes – apparatives und bildgebendes Verfah-

Abb. 1.1 Diagnostische Vorgehensweise.



ren (S. 56) zur abschließenden Diagnostik hinzuzuziehen. Wie in der realen Praxis auch wird vom HPA erwartet, dass er bei Bedarf entsprechende Schritte einleitet und den Patienten über die Notwendigkeit aufklären kann (► Abb. 1.1).

? ! Lerntipps – Mündliche Prüfung

Diagnose ist oft nicht zu stellen

In den allermeisten Fällen ist eine Diagnose in der HP-Praxis und somit auch in der Prüfung nicht zu stellen. Die meisten Erkenntnisse, zu denen Sie durch Betrachtung, Befragung und Untersuchung des Patienten gelangen, sind allein **Verdachtsdiagnosen**. In aller Regel müssen sie durch Laboruntersuchungen, bildgebende Verfahren o. ä. untermauert werden, bevor man von einer handfesten Diagnose sprechen kann. Die Zahl der Krankheiten, die Sie definitiv bestimmen können, ist vergleichsweise klein. Diese Aussicht mag zunächst überraschen oder gar enttäuschen. Aber diese Tatsache kann auch dazu beitragen, dass

Sie sich ein wenig entspannen: Man erwartet von Ihnen selten eine Festlegung, eine unverrückbare Entscheidung.

Jede Verdachtsdiagnose kann durch weitere Befunde wieder verworfen werden. Dann heißt es, **erneut zu überlegen**, neue Ideen zu überprüfen und so irgendwann im besten Fall zu einer Diagnose zu kommen. Diagnostik kann ein langwieriges Unterfangen sein. Patienten mit unklaren Krankheitsbildern kennen das aus dem „echten Leben“ sehr gut. Und auch Prüfer wissen dies. Aus diesem Grunde können Sie sich ein bisschen zurücklehnen: Sie müssen weder besonders eilig sein, noch müssen Sie während einer Diagnostik Ihre Überlegungen in Stein meißeln.

In der mündlichen Heilpraktikerüberprüfung steht die Lösung eines fiktiven Falles oft im Vordergrund. Es wird von Ihnen erwartet, dass Sie, ausgehend von den Schilderungen des Patienten, zu einer **seriösen Verdachtsdiagnose** gelangen. Ein gesicherter

Befund ist häufig erst durch Laboruntersuchungen oder/und bildgebende Verfahren zu ermitteln.



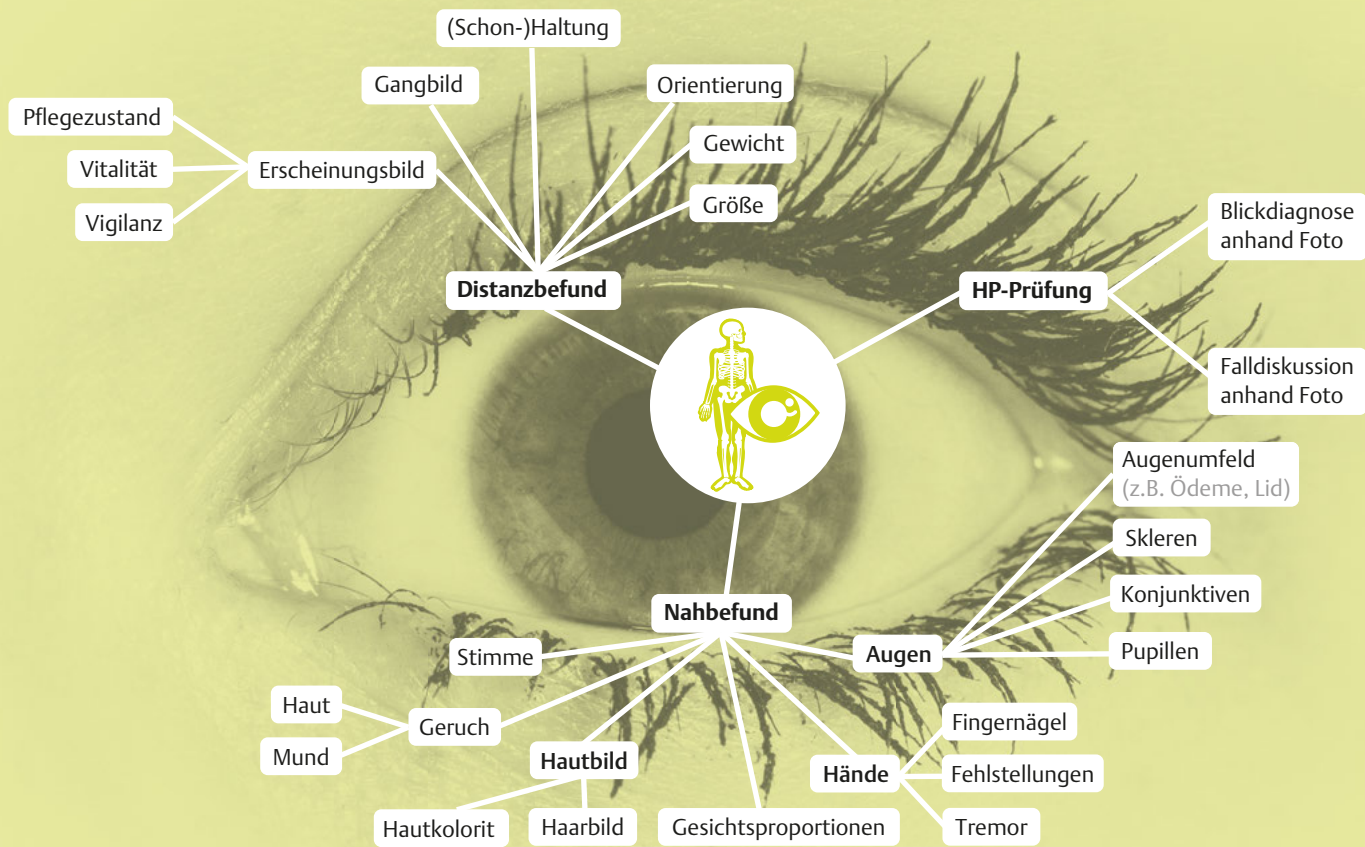
Fazit – Das müssen Sie wissen

Diagnostik in der Prüfung

Oft ist es schwer, eine Diagnose sofort zu stellen. Meist kann nur eine erste **Verdachtsdiagnose** gestellt werden. Dann sind zur weiteren Abklärung u. a. Untersuchungen und Labordiagnostik erforderlich.

Konzentrieren Sie sich auf die „**Handwerkszeuge**“: Blickdiagnostik, Anamnese, klinische Untersuchung, Labordiagnostik, evtl. apparative bildgebende Verfahren.

Klären Sie Ihren Prüfungs-Patienten über die Notwendigkeit weiterer Schritte auf und leiten Sie diese, wenn nötig ein (z. B. Empfehlung einen (Fach-)Arzt aufzusuchen).



2 Die Blickdiagnostik

2.1 Stellenwert der Blickdiagnostik in der Praxis

Definition

Blickdiagnostik

Bei der Blickdiagnostik werden etwaige pathologische Veränderungen erkannt, indem ein Patient betrachtet wird (Inspektion).

Blickdiagnose

Diagnosen, die allein aufgrund der Inspektion eines Patienten gestellt werden können, nennt man Blickdiagnosen.

Die Blickdiagnostik stellen wir hier in der Erörterung der Diagnostikschritte an die **erste Stelle**. Das mag möglicherweise zunächst überraschen, denn sie wird in ihrer Bedeutung für die HP-Überprüfung und auch in der Praxis vielfach sehr unterschätzt. In den Vorbereitungen auf die Prüfung, dem Unterricht an Schulen oder der Lehrliteratur fristet sie leider oft nur ein Schattendasein. Für in der Praxis Tätige ist die Patienten-Schau so selbstverständlich und situationsimmanent, dass der Transfer in die Theorie der Prüfung häufig schwerfällt. Das heißt an dieser Stelle, besonderes Augenmerk darauf zu legen. Zudem: Wenn ein Patient die (in der Überprüfung imaginäre) Praxis betritt, kann der Therapeut bereits ungemein viele Aspekte wahrnehmen, bevor er

mit der ersten Untersuchung einschließlich einer gezielten Inspektion beginnt oder bevor er die erste Anamnesefrage stellt.

Die Blickdiagnose umfasst nicht allein die Betrachtung einzelner körperlicher Merkmale, etwa die Inspektion der Haut und ihrer Anhangsgebilde wie Haare oder Fingernägel. Vielmehr sollten beim Blick auf den Patienten zahlreiche weitere Aspekte der Inspektion (oft unbewusst) miteingeschlossen werden: seine Präsenz und Orientierung, seine Körperhaltung und das Gangbild, die Schlüssigkeit seines äußeren Bildes und seiner Selbstdarstellung, seine Stimme und seine Sprache – obgleich dies natürlich nicht im engeren Sinne zum **Blickbefund** gehört. Insofern erweitern wir den Begriff der Blickdiagnose und sprechen eher von der Wahrnehmung oder Diagnose der **Erscheinung des Patienten**.

Lerntipps – Mündliche Prüfung

Blickdiagnostik einbeziehen

Scheuen Sie sich nicht, bei einer **Fallstellung** in Ihrer HP-Überprüfung auch den **Blickbefund einzubeziehen**, und bereiten Sie sich darauf vor. Ein Beispiel: Ihnen wird ein Patient mit seiner Beschwerde vorgestellt. „In Ihre Praxis kommt ein 24-jähriger Mann, der seit 1 Stunde Atemprobleme hat.“ Sie erklären: „In einer realen Situation würde ich den Patienten ja bereits beim Hereinkommen sehen. Würde mir dabei etwas auffallen?“ Die Prüferin stellt Ihnen postwendend eine (typische) Gegenfrage: „Worauf würden Sie denn achten? Was könnte auffallen?“ – „Zum Beispiel eine Schonhaltung, Blässe, Zyanose ...“ Die Prüferin unterbricht: „Ja, der junge Mann ist etwas blass und hat eine etwas schiefe Haltung.“

Und schon können Sie evtl. mit großen Schritten auf die **Lösung des Falls** zugehen: Er hat einen Spontanpneumothorax und zeigt die entsprechenden sichtbaren Zeichen. Mit einer anschließenden Frage zu einem Auslöser (z. B. ungünstige Hebebewegung als Umzugshelfer) und wenigen weiteren Untersuchungen (Inspektion der Atemexkursion, Auskultation, Perkussion und evtl. Palpation) sind Sie am Ziel.

Prüfungsdialo g fiktiv, Fallbeispiel frei erfunden

2.2 Blickdiagnostik in der Heilpraktiker-Überprüfung

In mündlichen Heilpraktiker-Überprüfungen werden den Anwärtern immer häufiger **Bilder zur Interpretation** vorgelegt. Das Speichern von Fotos auf mobilen Medien (z. B. Tablet) erleichtert es den Prüfern, dies als Element einfach in den Prüfungsverlauf einzubauen. Das ist durchaus sinnvoll, da die Prüfung so ein Stückchen näher an die Realität rückt. Mancher Prüfungskandidat ist angesichts dieser Situation aber verunsichert oder gar überrascht, denn die blickdiagnostische Kompetenz gehört nicht zum Lehrplan jeder HP-Schule.

2.2.1 Verschaffen Sie sich ein breiteres Bild

Da ein HPA in der Regel nicht über einen Erfahrungsschatz aus der Praxis verfügt, muss er sich die Krankheiten mithilfe von Büchern oder anderer Bildmedien vor Augen führen. Man muss hierbei jedoch bedenken, dass eine Abbildung im bevorzugten Lehrbuch zwar hilfreich ist, aber auch eine Gefahr in sich birgt: nämlich die Festlegung auf genau *diese eine Erscheinungsvariante*, die man dort gesehen hat. Zu berücksichtigen ist zudem, dass es selten ganz klassische Ausprägungen einer Erkrankung gibt. Im gleichen Maße variieren folglich auch die äußeren Bilder. Und im selben Umfang ist der HPA gefragt, sich eine facettenreichere Vorstellung zu machen. Dazu ist ein Bildatlas, die Hinzunahme weiterer Quellen oder ein Praktikum unerlässlich.



HP-Praxis

Abbildungssuche im Internet

Achtung: Das Internet bietet natürlich einen riesigen Fundus an Abbildungen. Die Suche über Suchmaschinen bringt nach unseren Erfahrungen jedoch häufig falsche oder wenig seriöse Ergebnisse. Wir raten davon ab, wenn Sie nicht mit angemessenem Zeitaufwand zu eindeutigen und fundierten Informationen gelangen oder Zugang zu einer professionellen Datenbank haben.

2.2.2 Wie werden Bilder in der Prüfung eingesetzt?

Zur Antwort auf diese Frage ziehen wir gerne den Vergleich mit der Gärtner-Prüfung heran. Wird dem Lehrling hier eine botanische Abbildung vorgelegt, so wird erwartet, dass er punkt-

Abb. 2.1 Prüfung mit einem Foto zur Blickdiagnose.

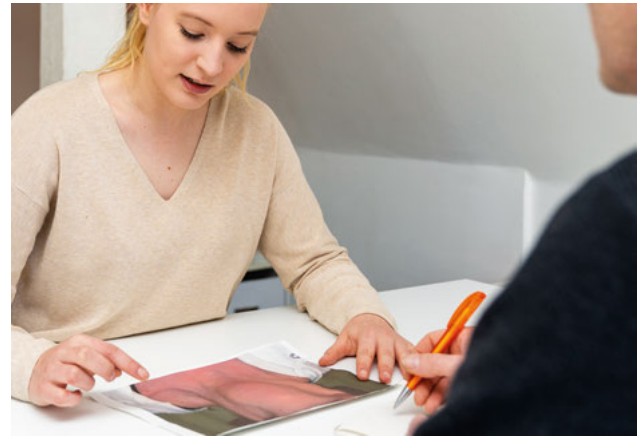


Foto: K. Oborny, Thieme Group

genau sagt, welche Pflanze zu sehen ist und was es mit ihr auf sich hat. Da geht es um eine zweifelsfreie Bestimmung mit wenig interpretatorischem Spielraum. Das ist in der HP-Prüfung vollkommen anders: Ein Bild erlaubt meist allenfalls **einen ersten Verdacht**. Noch häufiger lässt sich eine Idee dazu erst nach Beantwortung weiterer Fragen entwickeln. Mit anderen Worten: Ein Foto, das in der Prüfung vorgelegt wird, ist zunächst lediglich ein Ausgangspunkt für eine Anamnese (► **Abb. 2.1**).

2.2.3 Wie geht man als HPA in der Prüfung mit einem Foto zur Blickdiagnose um?

Es wird in diesem Sinne meist nicht erwartet, dass ein HPA nach kurzer Betrachtung eines vorgelegten Fotos sofort und sicher sagen kann, was zu sehen ist. Bei nur wenigen eindeutigen Effloreszenzen ist dies möglich. Gibt es eine oder verschiedene Ideen, sollten sie auch benannt, in jedem Fall aber durch gezielte Fragen abgeklärt werden.

Hat der HPA zunächst keine Idee, sollte er grundsätzliche Fragen zur gezeigten Hauterscheinung stellen, z. B.:

- Zu welchem **Patienten** gehört die gezeigte Hauterscheinung (Basisdaten wie Alter, Geschlecht)? **Anm.:** Das wird nicht in jedem Fall vorab gesagt und ist aus dem Bild selbst nicht immer ersichtlich, kann aber von Bedeutung sein, weil z. B. bestimmte Erkrankungen mit Hautbeteiligung eher bei Kindern auftreten. Wenn aus dem Bild z. B. aufgrund der Hautbeschaffenheit bereits ersichtlich wird, dass es sich um einen alten Menschen handelt, so sollte das benannt werden.
- An welcher **Körperstelle** befindet sich das Gezeigte? **Anm.:** Gelegentlich ist bei Fotos oder Bildausschnitten nicht eindeutig zu erkennen, um welche Körperregion es sich handelt und wie groß die Hauterscheinung ist. Um Missverständnisse zu vermeiden, ist das in diesem Fall eine wichtige Frage!
- Gibt es **andere Stellen** am Körper, an denen sich ähnliche oder andere parallel entstandene Erscheinungen präsentieren?
- In welcher **Zeit** und wie hat sich diese Effloreszenz entwickelt? **Anm.:** Man sieht auf einer Fotografie nur ein „Blitzlicht“, einen

aktuellen Stand des Geschehens, muss aber zwingend weitere Aspekte erfragen wie z. B. den stadienhaften Verlauf, die Überschneidung von Stadien, die Veränderungen von Aussehen und Empfinden.

- Wie **fühlt sich die Hauterscheinung für den Patienten** an – z. B. schmerzhaft, juckend, Missempfindungen (Parästhesien)?
- Wie fühlt sich die Hauterscheinung bei **Palpation** (mit Einmalhandschuhen) an – z. B. hart, warm, trocken, nässend, weich, hart, verschieblich?
- Wie und in welchem **Zeitraum** hat sich die Effloreszenz entwickelt – z. B. Größe; (Un-)Regelmäßigkeit in Form, Farbe und Konsistenz; Blasen mit trübem oder klarem Inhalt, mit oder ohne Hof; erhaben oder nicht; Schuppung; Blutung?
- Gab/gibt es **Begleitsymptome** (wie z. B. Fieber, Schmerzen, Erbrechen, Durchfall, Atembeschwerden)?
- Fällt dem Patienten möglicherweise selbst ein **Auslöser** ein (z. B. bekannte Allergien, (neue) Kontakte zu Tieren, Pflanzen und Materialien, **Medikamenteneinnahme**)?
- Hat der Patient bereits eine **Selbsttherapie** ausprobiert, um die Beschwerde zu lindern (z. B. durch Auftragen von Salben und Cremes, Einnahme von Medikamenten, Wärme- oder Kälteanwendungen)? Mit welchem Ergebnis?

2.2.4 Problematische Situation mit Bildern in der Prüfung

Gelegentlich kann eine Bildvorlage in der Prüfung problematisch sein – etwa, wenn die Bildqualität sehr schlecht ist oder die Abbildung überhaupt nicht deutlich macht, wo die gezeigte Effloreszenz überhaupt zu lokalisieren ist. In der Tat gibt es Abbildungen, bei denen man nicht eindeutig feststellen kann, ob es sich z. B. um ein Knie- oder ein Ellenbogengelenk handelt, um einen Ausschnitt des Bauchraums oder des Rückens. Das Problem ist denkbar einfach zu lösen: **Nachfragen!**

Darüber hinaus sind manche Fotos in der Praxis oder in der Klinik entstanden, ohne dass sich der Fotograf Gedanken um die Einsicht des späteren Betrachters machen konnte. Das Resultat sind Fotografien mit mangelnder Qualität und Eindeutigkeit. Wenn der Prüfer zudem noch eine Farbkopie z. B. aus einem Buch vorlegt, verschärft sich das Problem nochmals. Auch hier sollte der HPA ggf. nachfragen, wie Schatten, Lichtreflexe, Proportionen, Nebeneffekte (z. B. weitere Effloreszenzen ohne Bedeutung für den gestellten Fall) etc. einzuordnen sind. Zusammenfassend kann man also sagen: **Relevante Befunde** müssen von bedeutungslosen oder zufälligen Beobachtungen unterschieden werden, bevor man „ans Werk geht“.

2.2.5 Umgang mit bekannten oder/und eindeutigen Fotografien

Eine Sondersituation ergibt sich, wenn das Foto bereits bekannt ist – zum Beispiel aus einem bekannten Buch, dessen sich auch der Prüfer bedient. Oder wenn das abgebildete Geschehen eindeutig ist. Hier muss entschieden werden: Legt der HPA die Erkenntnis sofort offen oder arbeitet er sich erst nach und nach an die Verdachtsdiagnose heran, um sein breites Wissen zu präsentieren?

Natürlich geht es in der Prüfung um eben genau diese **Präsentation von Kompetenz** und Hintergrundwissen. Jedoch erlaubt das auch die erste Verhaltensvariante: Nehmen wir an, man legt eine Detailfotografie von Striae rubrae (bei Morbus Cushing) vor, die bekannt ist. Der HPA kann offen sagen, dass ihm das Foto bekannt ist, dann aber selbst die Hintergründe aufzeigen. So kann er zum Beispiel beschreiben, welchen Patiententypus er über die Detailabbildung hinaus erwartet, welchen Begleitsymptomen er nachgehen würde, warum sich die vorliegende Effloreszenz zeigt und so weiter. Bei dieser Variante ist vielleicht etwas weniger Spannung im Spiel, aber auch dieser HPA kommt zum gewünschten Ergebnis: eine aus Übung resultierende blickdiagnostische Kompetenz mit einem fundierten Hintergrundwissen zu verbinden.



Merke

Blickdiagnostik liefert erste Anhaltspunkte!

Die Blickdiagnostik ist ein wichtiges Werkzeug der Diagnosestellung. Schon beim Eintreten des Patienten liefert sie erste Hinweise – also noch vor der Anamnese.

? ! Lerntipps – Mündliche Prüfung

Prüfungsrelevanz der Blickdiagnostik

- Blickdiagnostik ist hoch prüfungsrelevant!
- Bilder können zu Verdachtsdiagnosen führen, die Sie dann konkretisieren, indem Sie weitere Aspekte einbeziehen. Zu schnelle eindeutige Festlegungen meiden!
- Bei Unklarheiten: Fragen stellen (z. B.: „Können Sie mir noch mehr über den Patienten erzählen?“, „Gibt es weitere Hauterscheinungen am Körper des Patienten?“, „In welcher Zeit hat sich das entwickelt?“, „Gibt es Begleitsymptome?“).
- Alternative Blickdiagnostik wie die Antlitzdiagnostik spielen in der Überprüfung keine Rolle.

2.3 Praxis der Blickdiagnostik

2.3.1 Distanzbefund

Definition

Distanzbefund

Als Distanzbefund bezeichnet man alle Aspekte des Patienten, die man als Therapeut orientierend und noch unspezifisch bereits wahrnehmen kann, bevor man in die eigentliche Befundung eintritt (► **Abb. 2.2**).

Im Distanzbefund (► **Tab. 2.1**) erhält der Betrachter bereits Anhaltspunkte über

- **Gangbild und Haltung:** Gangbild und Körperhaltung des hereinkommenden Patienten können u.U. wichtige Hinweise bieten, die man beim sitzenden Menschen nicht wahrnimmt (z.B. **unsicheres Gangbild**, Gangstörungen ► **Tab. 2.3** wie Ataxie oder Fußheberschwäche, Schonhaltung; ► **Tab. 2.2**); evtl. kann auch ein Zittern beobachtet werden.
- **Vitalität:** Bereits aus dem oberflächlich betrachteten Gesichtsausdruck und der Bewegungsart eines Patienten lassen sich teilweise Einschränkungen des Allgemeinzustands ablesen. Man kann wahrnehmen, ob seine Vitalität und sein Erscheinungsbild altersgemäß ausgeprägt sind (► **Tab. 2.4**).
- **Orientierung:** Wirkt der Patient wach (Vigilanz) und orientiert, verhält er sich der Umgebung und dem Therapeuten gegenüber zu- oder abgewandt? (► **Tab. 2.4**).

Abb. 2.2 Distanzbefund.



Schon beim Eintreten eines Patienten liefern das Erscheinungsbild, das Gangbild, die Haltung usw. erste diagnostische Hinweise.

Foto: K. Oborny, Thieme Group

Tab. 2.1 Beispiele für mögliche Distanzbefunde.

Inspektionsaspekt	Beispiel für mögliche Befunde
Allgemeinzustand, Vitalität, Orientierung, Vigilanz	geschwächt, dynamisch, altersgemäß, verwirrt, unsicher, aufgeregt
Größe, Gewicht	(nicht) proportioniert, über- oder untergewichtig
Gangbild und Körperhaltung	ataktisch, hemiplegisch, paraplegisch, trippelnd, gebeugt, starr/rigide, Schonhaltung, agitiert, Tremor, Fußheberschwäche („Storchengang“)
Erscheinungsbild	(un-)gepflegt, angemessen gekleidet, kaschierende Kleidung

- **äußeres Erscheinungsbild:** Jenseits jeglicher Qualitäts- und Geschmacksfragen kann auch die Kleidung eines Patienten Aufschluss geben: Ist er nachlässig oder sorgfältig gekleidet, vermittelt die Kleidung einen in sich schlüssigen Eindruck und passt sie zu den Rahmenbedingungen (etwa Witterung), kaschiert sie möglicherweise körperliche Merkmale?

Tab. 2.2 Schonhaltungen und mögliche Differenzialdiagnosen.

Schonhaltung/Haltung	Beispiele für wichtige Differenzialdiagnosen (DD)
der nach vorn gebeugte Patient	• Pankreatitis • im Sitzen: Behinderungen/Einschränkung der Atmung (Asthma bronchiale) • beim Gehen: Morbus Parkinson, Morbus Bechterew • Osteoporose
der zur Seite gebeugte Patient	• Geschehen im Thorax • Geschehen im Stütz- und Bewegungsapparat (Rippenfrakturen, Myalgien, Wirbelsäulendeformationen, Interkostalneuralgien u. a. m.) • Einschränkungen der Bewegung durch Gewebsveränderungen (Fibrosen, Tumoren, Narben/OPs) • schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen des Atemapparates (Pleuritis) • schmerzbedingte Einschränkung durch Lymphadenitis
der aufgerichtete Patient	• Orthopnoe bei schwerer herzbedingter Dyspnoe • Patient mit Lungenödem anderer Genese
der (tendenziell) immobile Patient	• periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) • diverse Geschehen im Stütz- und Bewegungsapparat (Myasthenie, Knochenschmerz aufgrund von Osteoporose, Leukämie u. a.) • Entkräftung (Alter, heftige konsumierende Erkrankungen u.v. m.) • Schmerzpatient
Sitzhaltung nach hinten abgestützt	• Asthma cardiale • Meningismus (Dreifuß-Phänomen) • Asthma bronchiale
Kutschersitz	• Einsatz der Atemhilfsmuskulatur (z. B. bei Asthma bronchiale)
der steife Patient	• Schmerzpatient • Myopathien, u. a. Geschehnisse im Stütz- und Bewegungsapparat (Myasthenie, Knochenschmerz aufgrund von Osteoporose, Leukämie u. a.)

Tab. 2.3 Gangstörungen und mögliche Differenzialdiagnosen.

Gangstörung	Beispiele für wichtige Differenzialdiagnosen
Ataxie Der Patient zeigt einen unsicheren, schwankenden Gang („Seemannsgang“), der meist auf zentrale Koordinationsstörungen zurückgeht. Physiologisch z. B. nach längerem Aufenthalt auf Schiffen, größeren Reit- oder Klettertouren oder Wanderungen in schwierigem Gelände. Die Ataxie verschwindet in diesen Fällen relativ zügig wieder.	• Multiple Sklerose • Kleinhirnstörungen (z. B. Tumoren) • Polyneuropathie • spinale Nervenstörung • Einfluss von Drogen • orthostatische Störungen
Zirkumduktion (Wernicke-Mann-Gangbild) Der Patient führt beim Gehen das betroffene Bein halbkreisförmig nach außen.	• zentrale Störung (Apoplexie)/Hemiplegie (der i. d. R. ebenfalls gelähmte Arm wird dabei angewinkelt an den Oberkörper gepresst) • seltener einseitige periphere Störung • selten Poliomyelitis
Rigor im Gang Der Patient ist in seiner Bewegung eingeschränkt und wenig geschmeidig – die Arme unterstützen den Bewegungsablauf wenig bis gar nicht.	• Morbus Parkinson • psychiatrisch: Depression
schlurfender Gang Der Patient ist nicht in der Lage, weit auszusprechen und die Füße deutlich anzuheben.	• zentrale Störung (Apoplexie)/Hemiplegie • Morbus Parkinson • allgemeine Muskelschwäche/Myasthenie
trippelnder, kleinschrittiger Gang Der Patient ist nicht in der Lage, weit auszusprechen. Seine Bewegungen erscheinen insgesamt wenig geschmeidig (Zahnradphänomen) und eingeschränkt (Rigor).	Morbus Parkinson
Bügeleisengang Der Patient schleift schwerfällig mit dem Fuß auf dem Boden, weil kein Abrollen mehr möglich ist; er schiebt die Füße „wie ein Bügeleisen“ vorwärts, gelegentlich auch breitbeinig	Lähmung oder Spastik des N. tibialis
hinkendes Gangbild Der Patient entwickelt einen unregelmäßigen Gang, weil Teile des Bewegungsapparates im Ablauf nachschleppen oder nicht funktional beteiligt werden.	• Gelenkversteifungen • Schmerzen – besonders Knie- oder Sprunggelenk • Lähmungen (z. B. Polio)
psychogenes Gangbild Der Patient zeigt Bewegungen (meist hyperkinetisch), die das natürliche Gangschema auflösen oder/und dysfunktional darin eingebunden sind.	• psychiatrische Erkrankungen (z. B. dissoziative Störungen und somatoforme Störungen; Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, u. a. aufgrund von Drogenabusus) • massives hyperkalzämisches Syndrom
rudender Gang/watschelndes Gangbild/Trendelenburg-Gang Der Patient bewegt die Beine wenig, schiebt sie mehr voran, als dass er schreitet. Dabei kompensiert er evtl. die Einschränkung durch eine forcierte Armbewegung, die einem Rudern in der Luft ähnelt.	• periphere neurologische Störungen ab LWS-Bereich abwärts • Lähmung des mittleren Gesäßmuskels • Hüftgelenkerkrankungen (kindliche Hüftgelenk dysplasie, Luxation des Gelenkes)
Scherengang Der Patient zeigt eine Adduktion mit Überkreuzen der Beine (kurze Schritte, Drehung des Körpers um das Standbein).	• Adduktorenspasmus • Diplegie
Steppergang (Storchengang, Treppensteiggang, Hahnentritt) Der Fuß des Patienten hängt schlaff herab und kann nicht abgerollt werden. Um nicht zu stolpern, beugt er das Spielbein bei jedem Schritt auffallend stärker und hebt den Fuß dadurch weiter nach oben.	Schädigung des Nervus peroneus communis, v. a. bei • Multipler Sklerose • Polyneuropathie (PNP), toxisch-, z. B. alkoholbedingt, oder anderer Genese • mechanischer Belastung (Überdehnung, z. B. beim Sport oder durch Druckschädigung, z. B. durch falsch angelegte Verbände, falsche Lagerung immobiler Patienten, häufiges und langes Überkreuzen der Beine [<i>crossed legs palsy</i>] oder Gewichtsbelastung auf den Oberschenkeln)
Auffälligkeiten ohne Krankheitswert	habituelle Veränderung des Gangbildes vor einem kulturellen Hintergrund (sozialisiert, adaptiert)