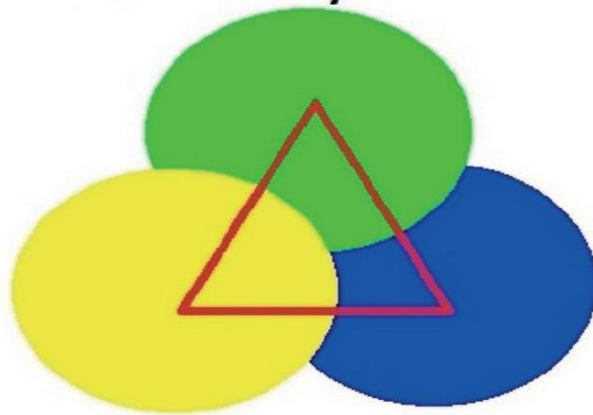


Dennis A.D. Walther

Ein Raum für Tests

Das Kompendium

Ein Raum für Tests



Impressum

© 2021 Dennis A.D. Walther
Erstauflage

Herausgeber: Dennis A.D. Walther
Autor: Dennis A.D. Walther
Umschlaggestaltung: Dennis A.D. Walther

Verlag& Druck: tredition GmbH, Halenreihe 40-44, 22359
Hamburg

ISBN: 978-3-347-36182-9 (Paperback)

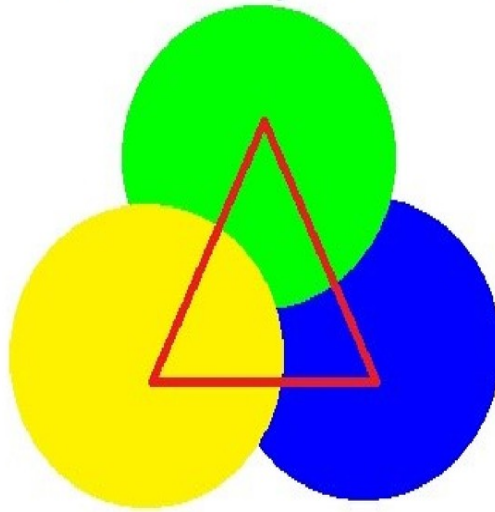
ISBN: 978-3-347-36183-6 (Hardcover)

ISBN: 978-3-347-36184-3 (e-Book)

Das Werk, einschließlich seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages und des Autors unzulässig. Dies gilt insbesondere für die elektronische oder sonstige Vervielfältigung, Übersetzung, Verbreitung und öffentliche Zugänglichmachung.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

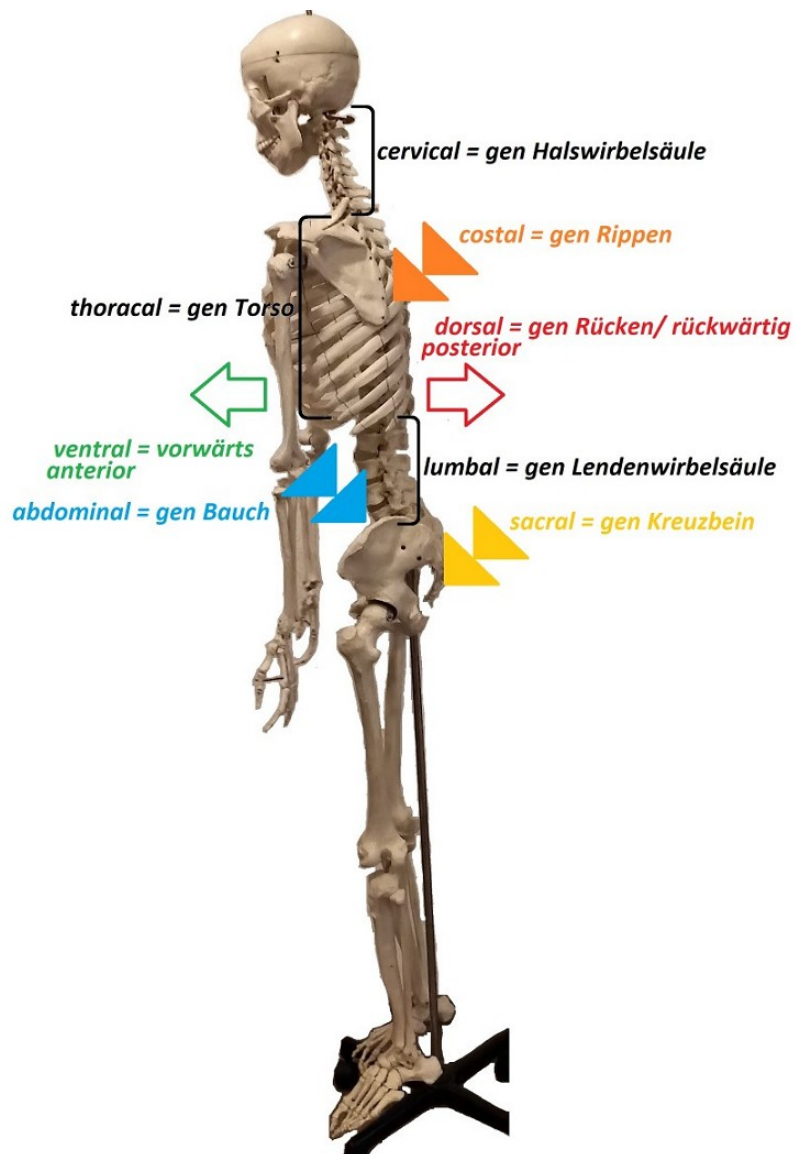
Ein Raum für Tests

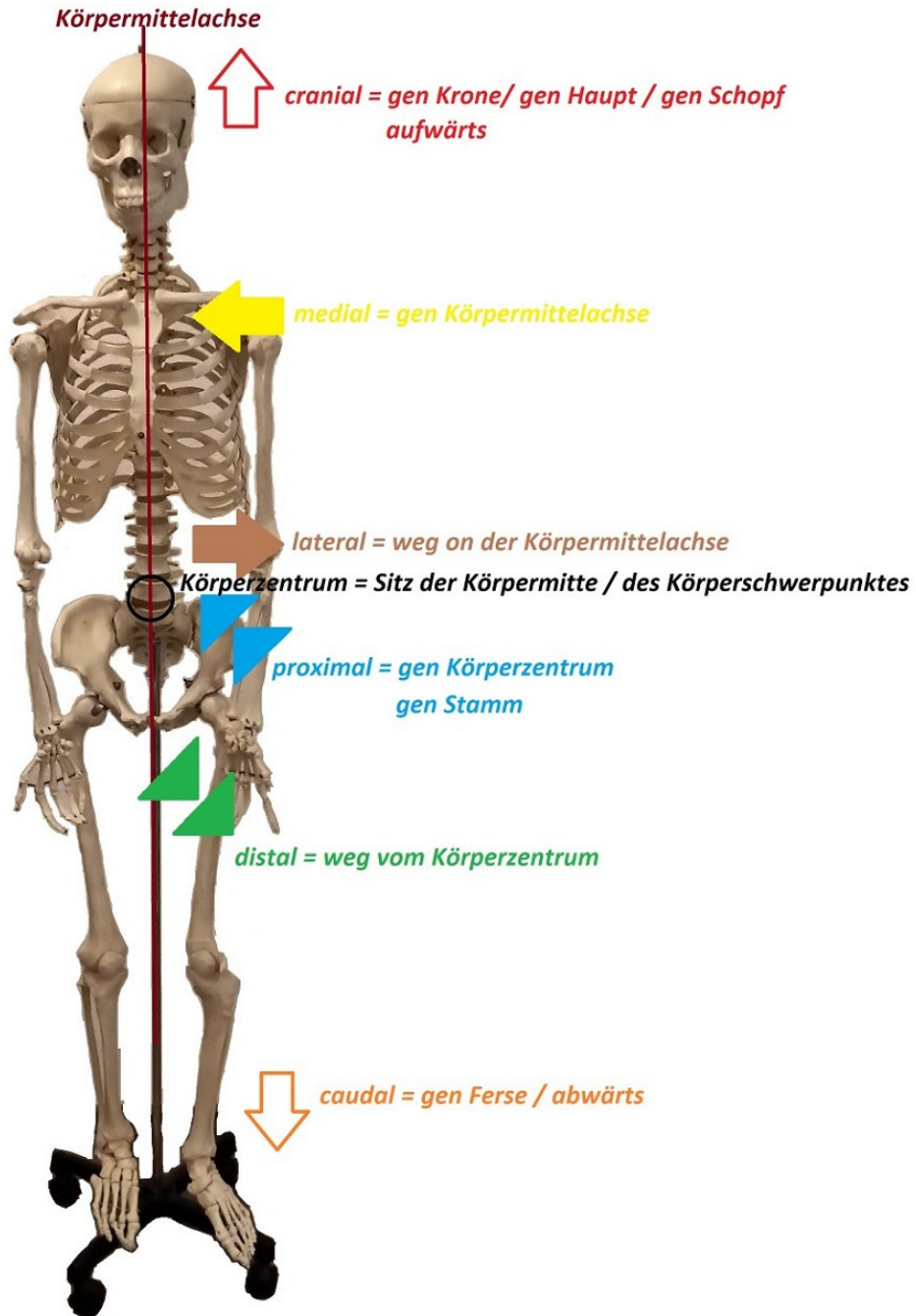


*Ein Sammelurium aus den Bereichen der Neurologie, Internistik, Orthopädie, Chirurgie,
Allgemeinmedizin und Bewegungslehre*

Autor *Dennis A.D. Walther*

Zur allgemeinen Orientierung







Transversalebene

Vorwort

Ich selber bin kein Freund von Vorworten und Werdegängen der Autoren, weshalb ich eigentlich den reinen Informationsgehalt als viel wichtiger erachte!

In der Kürze also schreibe ich von Testverfahren aus den Bereichen, die postwendend dargelegt werden. Zwei dieser sind einzig und allein auf mein Konto gegangen, weshalb die Beschwerden oder Anregungen dazu gerne an mich weiter gegeben werden dürfen. Ansonsten rühme ich mich nicht, da die Testverfahren weltweit standardisiert und mehr oder minder valide sind. Lediglich das Zusammentragen, Durchführen und Auflisten in Kurzform ist meine eigentliche Arbeit.

Mir ist es wichtig aufzuklären und eine Möglichkeit der Therapieverbesserung all jenen zu bieten, die lernen und sehen wollen. Mit einem großen und namenhaften Verlag habe ich mich überworfen, weil sie dieses Projekt derart zerplückt hätten, dass dieses Projekt als dieses hier niemals laufen gelernt hätte, sondern lediglich profitabel geworden wäre.

Auf eigene Faust wird es für mich nicht monetär profitabel, da darf ich ehrlich genug sein. Wenn ich jedoch allein die Druckkosten wieder einspielen kann und dabei noch zehn interessierte Menschen aufklären und deren Horizont beeinflussen kann, habe ich meinen Profit!

Ich bin ein Idealist. Lassen Sie mich mein Ideal vertreten und sich ggf. davon anstecken.

Für alle Anregungen, Kritiken und Ergänzungswünsche:

medihub@gmx.net

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit! Dennis A.D. Walther

Aufgebaut ist diese Zusammenstellung in fünf untergliederte Gruppen:

- 1) **Bewegungsapparat:**
- 2) **Internistik:**
- 3) **Neurologie:**
- 4) große Tests
- 5) plus einen kleinen Teil einer Auflistung von Tests, die mir unsinnig erscheinen, jedoch vollständigkeithalber erwähnt werden sollen.

1) Bewegungsapparat:

Apley grinding Test	Apprehension-Test
Anterior Drawer Test	Anteriores Gapping
Bein- und Armlängenmessung	Beckenschiefstand
Belly-press-Test	Böhler Zeichen
Chair-Sign-Test	Cooper-Test
Clarke's Sign, Patellar Grind Test oder auch	McConnell-Test in 0°
Craig's Test	Drehmann-Zeichen
Dorn-Alingement	Duchenne-Hinken
Ege Test	EFL-Test
Finger-Bodenabstand (FBA)	Finkelstein-Test
Fléche-Maß	Frakturzeichen
Gaenslen-Zeichen	Gangphasen
Halstead-Manöver	Gravity Sign
Harvard Step Test	Handkraft-Test
Hawkins-Zeichen	Head-Neck-Differentiation-Test
Hip Drop	Hypermobilität
Hüftdysplasietest	Instabilitätstests
Jobe-Test, O'Brien-Test, „empty can“ oder SRT	Joint-line-Tenderness Test
Kapselmuster	Kieferöffnungstest
Kinn-Sternum-Abstand	Lever Zeichen oder Lelli-Test
Lift-Off-Test	Ligg. alaria-Test
Lig. collaterale mediale / laterale-Test	Lig. Iliolumbale
Lig. Sacrotuberale	Lig. Sacrospinale
Lindgren-Test	Load and shift-Test
Luxationszeichen	Max-Kraft-Test
McMurray-Test	Mesemann-Test
Menell 3-Phasen-Test	Mini/medi/maxi Knieerguss

Mills-Test	Passive Bewegungsprüfung
Passive Funktionsuntersuchungen belastet und unbelastet	
Patrick Zeichen (4er Zeichen)	Painful Arc
Payr-Test	Pelv tilt
Pivot-Shift-Test	Posteriores Gapping
Prone-Knee-bent	Push-up-Test oder auch Liegestützttest
Rachitis-Zeichen	Rocking all fours
Roos-Test auch external-rotation-Test oder elevated-arm-Stress-Test	
Royal London Hospital-Test	Modified scapular assistance
Test (MSAT)	MFT nach Janda
Nackengriff und Schürzengriff	Neer-Test oder „full can“
Neutral-Null-Methode	Noble's Test oder auch Noble Kompression
Ott-Test	Occipitale Verschieblichkeit
Palm-up-Test	Passives Bewegungsmaß und Endgefühl
Scapula alata	Schädelbasisbruch-Zeichen
Schober-Test Schubladen Test	Sharp purser Test
Shift-Pivot-Test	Single leg hop distance (SLHD) Test
Speed-Test	Sphinx
Springing Test	Skoliose-Beurteilung
Steinmann Test I / II	Syndesmosis Squeeze-Test
TART-Muster	Thessaly-Test
Thomas'sche Handgriff	Thomson-Test
Trendelenburg-Zeichen	Umfangsmessungen
Umgekehrter Lasegue-Test	Vordere / hintere Talussschublade
Vorlauftest	Walters Bow
Weight-bearing-meniscus-Test	Wright-Hyperabduktionstest
Zink-Test	

2) Internistik:

9er-Regel	Appendix-Zeichen
Arteria-vertebralis-Test	Auskultationen
Barnes-Test	Bisgaard-Zeichen
Boas-Punkt-Test	Blutdruckwerte
Bodymass Index (BMI)	Chvostek-Zeichen
Conconi-Test	Corrigan-Zeichen
Dellentest	Dyspnoe-Test
Endokrine Augensymptome	Entzündungszeichen

Exikostest sog. Hautfaltentest
Fersenpralltest
Fibromyalgie-Tenderpoints
Headsche Zonen
Kiebler-Hautrollung
Lagerungsprobe nach Ratschow
Louvel-Zeichen
Manson-Test
Meyer-Zeichen
Musset-Zeichen
Osteoneogenesis imperfecta
Payr-Zeichen
Ratschow-Rutherford-Fontain-Skala
Rielander-Zeichen
Schirmer-Test
Stemmer'sches Zeichen
Thoraxumfangs-Differenzmessung
Trousseau-Zeichen
Uhrglasnägel / Trommelschlägelfinger
Visuelle Analogskala (VAS) und Numerische
Rating-Skala (NRS)

Faustschlussprobe und Allen-Test
FEV1 / VC
Gärtner Zeichen
Homann-Zeichen
Klopfest oder auch Perkussionstest
Leberzirrhose-Zeichen
Lungenperkussion
"Maulvolle" Expektoration
Murphy-Zeichen
Oraler Glukose-Toleranz-Test (oGTT)
Panniculose-Test
Pregn-Zeichen (Hodenhebung)
Raynaud-Syndrom-Inspektion
Schellong-Test
Schockzeichen
Stimmfremitus
Trendelenburg-Test
Quincke-Zeichen und Müller-Zeichen
Urinfarbe / Kotfarbe

3) Neurologie:

APGAR-Werte
Antizipationstest
Ashworth-Skala
Barthel-Index
Basis-Slump-Test
Berg-Balance-Scale
Brudzinski-Zeichen
Dermatome
Dreifuss-Zeichen
Fallhand-Phänomen
Fingerfertigkeit
Glühbirnen-dreh-Test
Head-drop-Zeichen
Karpaltunnel-Test
Kinder-Meilensteine
Kernig-Zeichen

Adson-Manöver
Area nervina
Babinski Zeichen
Bárány-Zeigeversuch
Bell Phänomen
BMRS-Skala
Cremaster-Reflex
Demtect
Einbeinstand
Finger-Nase-Versuch
Glaskow-Koma-Skala
Grower-Zeichen
Horner-Syndrom
Kemp-Test
Kindliche Reflexe
Klonustest

Korneareflex / Orbicularis-oculi-Reflex

Kniestreckung sitzend

Knopfloch-Test

Krallen- oder Hackenfuß

L'hermitte-Zeichen

Liniengang

Masseter-Reflex

Mirroring-Test

N. trigeminus-Spannungstest

Nystagmus

Rebound-Test

Rückneige-Fall-Test (Rumpf)

Schwurhand-Phänomen

Star excursion balance test (SEPT)

Time up and go

Unterberger Tretversuch

Visustest oder Fingerperimetrie

Wäscheklammer-Test

Weber-Rinne-Test

Kniekuss-Zeichen

Knie-Hacken-Versuch

Krallenhand-Phänomen

Kulissenphänomen

Laségue-Zeichen oder sog. straight leg raise
(SLR)

Mimik-Test

Mini-Mental-Status-Test

Monofilament-Test

Nine-hole-peg-Test

Pupillarreflex-Test

Reflex-Tests

Romberg-Zeichen

Simpson-Test

Testung der Hirnnerven

Trunk-control-Test (TCT)

ULNT 1 und ULNT 2

Vorhaltetest

Vierfingerfurche

4) große Tests:

Bruininks-Oseretzky Test

Functional movement screen (FMS)

GMFM (Gross motor function measure)

ULSMAS

5) Nicht ausführlich aufgeführte Tests mit Begründung der Nichtaufnahme:

-Test nach Ober:

-Dial Test / Loomer Test

-Rippenkompressionstest:

-Windlass Test:

-ET 6-6-R

Kapitel 1

Tests zum Thema „Bewegungsapparat“

Für alle, die der Bewegung Tribut zollen.

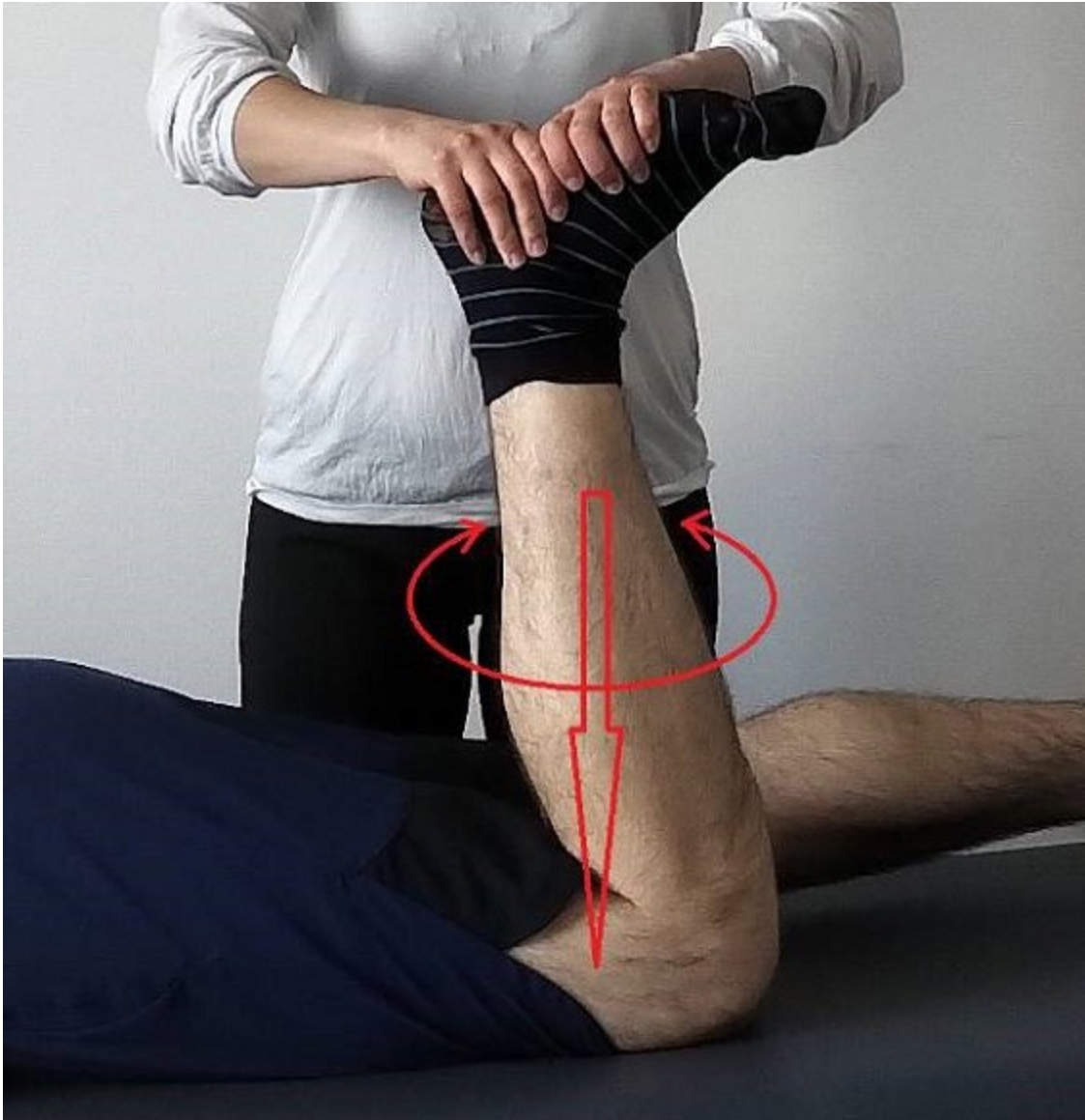
Apley grinding Test

>> zur Abklärung eines Mesniscusschadens

ASTE: Bauchlage

Durchführung:

Dem Patienten wird das zu testende Bein passiv auf 90° Beugung eingestellt. Anschließend kann der Fuß als Zeiger benutzt werden. Unter Druck wird nun der Fuß in Innen- und Außenrotation bewegt.



(Bild: D. Walther)

Beurteilung:

- a) Physiologisch: ist dieser Test unauffällig.
- b) Pathologisch: weist ein Innenrotationsschmerz auf den Außenmeniscus und bei einem Außenrotationsschmerz auf den Innenmeniscus hin.

Apprehension-Test

>> bei Instabilität des Art. glenohumerale

ASTE: Stand

Durchführung:

Der zu testende Arm wird passiv in 90° Abduktion vom Körper gebracht und anschließend in eine maximale Außenrotation. Wird nun der Oberarmkopf nach ventral geschoben, unter Kompression von Acromioclaviculargelenk und Sternoclaviculargelenk, erreicht der Test seine Endstellung.

Beurteilung:

- a) Physiologisch: ist dieser Test unauffällig.
 - b) Pathologisch: können bereits bei der Durchführung der Außenrotation Schmerzen auftreten.
- Ferner weist ein Schmerz bei Ventralschub des Oberarmkopfes auf eine Instabilität im Art. glenohumerale hin.



(Bild: D. Walther)

Anterior Drawer Test

>> bei Rupturen des Lig. talofibulare und/oder Instabilitäten des Knöchels (siehe auch „Vordere /hintere Talusschublade“)

ASTE: Rückenlage

Durchführung:

In 10-15° Plantarflexion wird der zu testende Fuß am Os calcaneus mit der Hand des Untersuchers umschlossen, die Tibia fixiert und anschließend der Calcaneus linear in Richtung der Fußsohle gen anterior bewegt.



(Bild: D. Walther)

Beurteilung:

- a) Physiologisch: findet keine nennenswerte Bewegung statt.
- b) Pathologisch: ist festzustellen, dass eine Laxidität oder ein größeres Bewegungsausmaß sichtbar wird.

Anteriores Gapping

>> bei kapsulären LWS-Beschwerden

ASTE: Rückenlage

Durchführung:

Der Untersucher überkreuzt seine Arme vor dem Körper und greift so an beide Spinae iliaca anterior superior (SIAS) des Patienten. Mit gleichbleibendem Druck drückt er diese in postero-caudal-laterale Stellung, sodass sich gedacht beide SIAS voneinander entfernen und die anteriore Gelenkkapsel des Iliosacralgelenkes provoziert wird.



(Bild: D. Walther)

Beurteilung:

a) Physiologisch: ist eine Druckwahrnehmung durch das leichte Spreizen der SIAS voneinander weg, ohne weitere Symptomatik.

b) Pathologisch: ist wenn eine Schmerzsymptomatik mit evtl. Ausstrahlungssymptomatik für den Patienten zu spüren ist. So spricht das für eine Kapselreizung mit oder ohne nervale Beteiligung. Es bietet sich hieraus an eine Positionsdiagnostik des Sakrums anzustreben (z.B. Sphinx-Test), um die Artt. iliosacralia ergänzend zu beurteilen.

Bein- und Armlängenmessung

>> zur Unterscheidung einer physiologischen-, anatomischen- und funktionellen Beinlängendifferenz

ASTE: Rückenlage oder Stand

Durchführung Bein:

a) *anatomisch*: Die Messpunkte sind der trochanter major femoris und malleolus lateralis. Zwischen diesen Punkten wird das Maßband ohne Verwringung angelegt und die Länge abgelesen.

b) *physiologisch*: Die Messpunkte sind der trochanter major femoris und malleolus medialis. Zwischen diesen Punkten wird das Maßband ohne Verwringung angelegt und die Länge abgelesen.

c) *funktionell*: Die Messpunkte sind die spina iliaca anterior superior (SIAS) und malleolus medialis. Zwischen diesen Punkten wird das Maßband ohne Verwringung angelegt und die Länge abgelesen.



(Bild: D. Walther)

Durchführung Arm:

Bei der Messung des Armes lohnt es sich diesen in zwei separaten Unterteilungen zu messen - Oberarm und Unterarm.

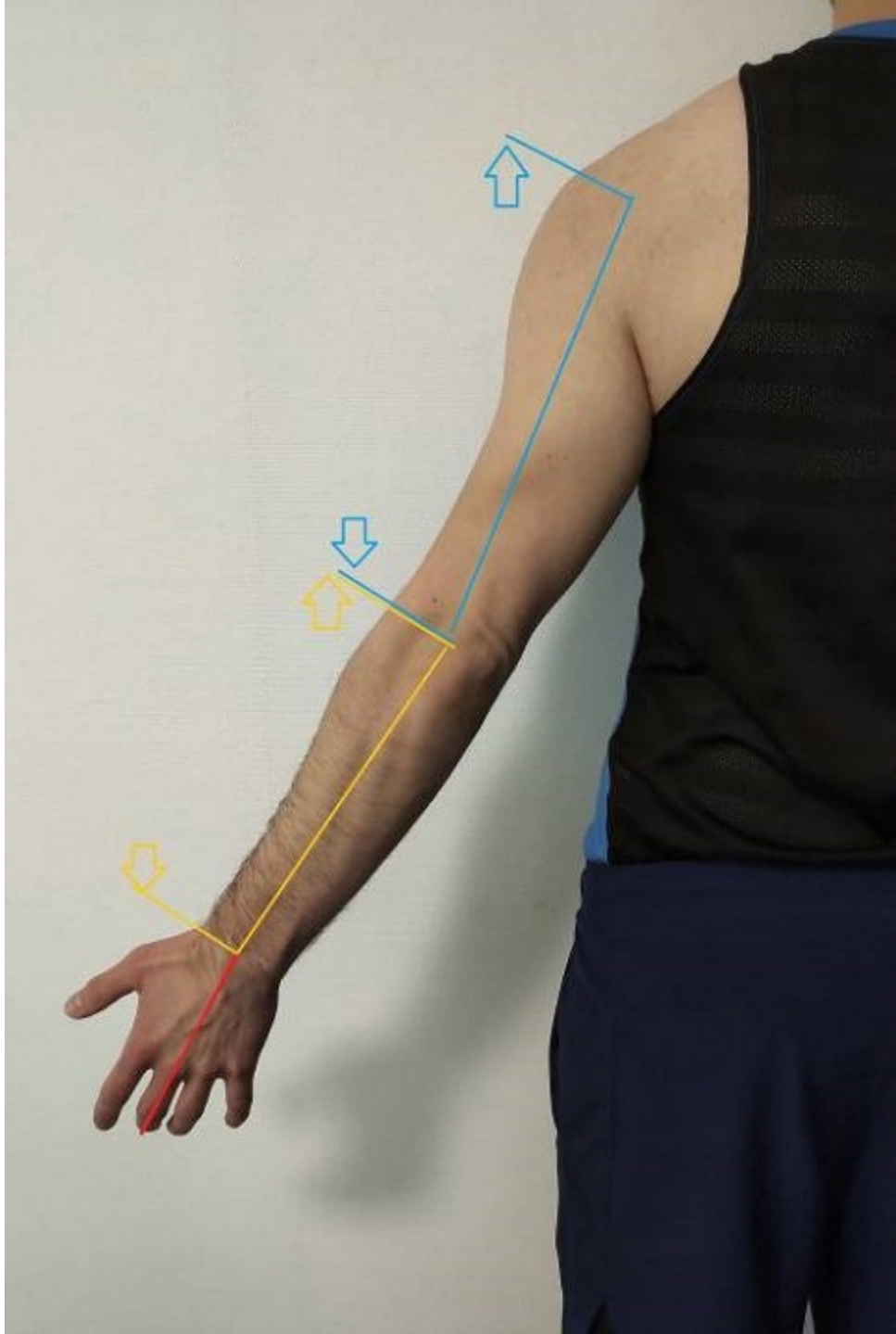
Die Unterarmlänge wird zwischen dem epicondylus lateralis humeri und dem processus styloideus radii gemessen, während die Oberarmlänge

zwischen der Spitze des olecranon und der Spitze des processus styloideus ulnaris in Nullstellung gemessen wird.

Hieraus ergibt sich eine Definitionsabweichung. Die Unterarmlänge ist hierbei gleichbedeutend mit der Ulnarlänge, wobei diese in Nullstellung zwar die Länge des Unterarmes ausmacht, jedoch keineswegs in einer Pro- oder Supination.

Beurteilung:

- Bein: Sollte sich eine wesentliche Beinlängendifferenz von 0,5cm ergeben, so werden diese meist durch den Orthopäden mittels Einlagen versorgt und ausgeglichen. Bei Differenzen jenseits von 0,5cm empfiehlt es sich eine Schuhabsatzerhöhung in Betracht zu ziehen.
- Arm: Bei Armlängendifferenzen ergeben sich, unter Berücksichtigung der Umfänge, meist Dysbalancen der Schultern und damit angrenzend der Brustwirbelsäule. Dies wiederum führt oftmals zu Haltungsschäden und damit zu erhöhtem Risiko von Arthrose. Ein Ausgleich ist dem Autoren z.Z. nicht bekannt, jedoch empfiehlt sich bei der Feststellung einer bereits manifesten Dysbalance eine Haltungsschulung, Korrektur und Arthroseprophylaxe.



(Bild: D. Walther)

Beckenschiefstand

>> zur Beurteilung eines Beckenschiefstandes aufgrund einer evtl. Beinlängenverkürzung mit der Folge einer Skoliosemöglichkeit

ASTE: Stand

Durchführung:

Der Untersucher orientiert sich am Niveau beider cristae iliaca des stehenden Patienten. Vorgefertigte Unterlegplättchen aus Kunststoff oder Kork mit 5 bis 7 mm Stärke werden solange unter die Ferse des Beines mit dem niedrigeren Cristaniveau platziert, bis beide cristae iliaca horizontal auf gleicher Höhe ausgerichtet sind.



(Bild: D. Walther)

Beurteilung:

- a) Physiologisch: ist es, wenn aufgrund einer Beinlängendifferenz von maximal 5mm ein Beckenschiefstand auftritt.
- b) Pathologisch: wird ein Beckenschiefstand beurteilt, der mehr als 5mm Beinlängendifferenz als Ursache hat.

Belly-press-Test

>> bei Impingement der Schulter oder Läsion des M. subscapularis

ASTE: Stand

Durchführung:

Der Patient wird gebeten die Hand des zu testenden Armes auf seinen Bauch zu legen, wobei der Ellenbogen vom Körper weg bewegt wird. Nun soll der Patient seine Hand kräftig gegen den Bauch drücken, was eine weitere Rotation verursacht.

Beurteilung:

- a) Physiologisch: es findet kaum oder keine Bewegung des Ellenbogens aus der vorab eingestellten Position durch den weiteren Druck auf den Bauch statt.
- b) Pathologisch: eine schmetterlingsartige Flügelschlagbewegung zeigt die Insuffizienz des M. subscapularis. Dies kann mit oder ohne Schmerzen erfolgen.



(Bild: D. Walther)

Böhler Zeichen

>> bei Innen- und/oder Außenmeniscusläsionen

ASTE: Sitz mit Überhang des Beines

Durchführung:

Der Untersuchende provoziert eine Scherkraft auf das Tibiaplateau, indem auf ein mediales Gleiten des Tibiaplateaus von distal ein lateraler Zug des Unterschenkels verstärkend gegeben wird oder auf ein laterales Gleiten des Tibiaplateaus ein, vom Unterschenkel her, erfolgendes mediales Drücken hinzugefügt wird.

Beurteilung:

- a) Physiologisch: findet meist keine Bewegungsmöglichkeit statt und ist eine Schmerzunauffälligkeit.
- b) Pathologisch: gibt der Patient auf der Seite der Scherkraft Schmerzen an, die bei Wiederholung erneut qualitativ auslösbar sind. Bei zusätzlicher Läsion der Collateralbänder ist eine "seitliche Schublade" auslösbar.