

Anamnesebogen

Alter?	
Art des Schwindels?	Drehschwindel <input type="checkbox"/> Schwankschwindel <input type="checkbox"/> Benommenheit <input type="checkbox"/> „Schwarzwerden vor den Augen“ <input type="checkbox"/>
Falls Drehschwindel: Schwindel beim Hinlegen oder drehen im Liegen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Episodischer Schwindel oder täglich?	episodisch <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/>
Falls episodisch: Wie oft und wie lange? mal am Tag / die Woche / im Monat / im Quartal / im Jahr Minuten / Stunden / Tage Bitte Zutreffendes einkreisen, Nichtzutreffendes durchstreichen.
Falls täglich:	
Seit wann?	
Akut oder schleichend entstanden?	akut <input type="checkbox"/> schleichend <input type="checkbox"/> Falls akut: In der Notaufnahme gewesen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hauptsächlich Symptome beim Gehen / Bewegung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Falls ja: Mehr im Dunkeln und/oder auf Unebenheiten? J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Auch Symptome in Ruhe (Sitzen / Liegen)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Weniger Symptome beim Sport oder Alkoholgenuss?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Fragen:	
Was verstärkt die Symptome (Aktivitäten / Situationen)?	
Was vermindert die Symptome?	
Verstärken visuelle Reize den Schwindel? (z.B. fluoreszierendes Licht, Muster, Action-Film, Kino)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Verstärken vestibuläre Reize den Schwindel? (z.B. Karussell fahren, schaukeln, Reisekrankheit)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Auditive Symptome? Tinnitus oder Schwerhörigkeit?	Tinnitus <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen oder Migräne? Licht- / Lärmempfindlichkeit? Visuelle Aura?	Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> Visuelle Aura <input type="checkbox"/> Lichtempfindlichkeit <input type="checkbox"/> Lärmempfindlichkeit <input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen? Angststörung? Depression? Diabetes? Atemwegs- / Lungenerkrankung? Bluthochdruck? Herzerkrankung?	
Medikamente?	
Doppelbilder? Taubheit / Kribbeln im Gesicht oder Körper? Schwäche / Lähmung im Gesicht oder Körper? Schluck- / Sprechstörungen? Koordinative Probleme?	

Befundbogen

Unterteil der Befunderhebung	Befund				
Koordination & Diadochokinese					
Okulomotorik (Zielverfolgung, Konvergenz, Sakkaden)					
Spontannystagmus (nur mit Frenzelbrille möglich!)					
Kopf-Impuls-Test (KIT)					
Dynamic Visual Acuity Test (DVA)					
Clinical Test for Sensory Interaction in Balance (CTSIB)					
Functional Gait Assessment (FGA)					
Datum					
Fragebögen / Assessments					
Datum					
Dizziness Handicap Inventory (DHI)					
Activities-specific Balance Confidence (ABC) Scale					

Clinical Test for Sensory Interaction Balance (CTSIB)

Datum				
(1) Auf festem Boden, mit offenen Augen und ruhigem Kopf	Sek.	Sek.	Sek.	Sek.
(2) Auf festem Boden, mit offenen Augen und horizontaler Kopfdrehung (links-rechts)	Sek.	Sek.	Sek.	Sek.
(3) Auf festem Boden, mit offenen Augen und vertikaler Kopfbewegung (hoch-runter)	Sek.	Sek.	Sek.	Sek.
(4) Auf Matte, mit offenen Augen und ruhigem Kopf	Sek.	Sek.	Sek.	Sek.
(5) Auf Matte, mit offenen Augen und horizontale Kopfdrehung (links-rechts)	Sek.	Sek.	Sek.	Sek.
(6) Auf Matte, mit offenen Augen und vertikaler Kopf-bewegung (hoch-runter)	Sek.	Sek.	Sek.	Sek.
(7) Auf festem Boden, mit geschlossenen Augen und ruhigem Kopf	Sek.	Sek.	Sek.	Sek.
(8) Auf festem Boden, mit geschlossenen Augen und horizontaler Kopfdrehung (links-rechts)	Sek.	Sek.	Sek.	Sek.
(9) Auf festem Boden, mit geschlossenen Augen und vertikaler Kopfbewegung (hoch-runter)	Sek.	Sek.	Sek.	Sek.
(10) Auf Matte, mit geschlossenen Augen und ruhigem Kopf	Sek.	Sek.	Sek.	Sek.
(11) Auf Matte, mit geschlossenen Augen und horizontale Kopfdrehung (links-rechts)	Sek.	Sek.	Sek.	Sek.
(12) Auf Matte, mit geschlossenen Augen und vertikaler Kopf-bewegung (hoch-runter)	Sek.	Sek.	Sek.	Sek.

- Um den Test zu standardisieren, sollte der Test ohne Schuhe durchgeführt werden. Damit Hygieneregeln eingehalten werden, wird das Tragen von Socken empfohlen.
- Bei jedem Versuch probiert der Patient, bis zu 30 Sekunden lang mit geschlossenen Füßen und gekreuzten Armen zu stehen.
- Jeder Kopfbewegungszyklus ist 3 Sekunden lang.
- Ein Versuch endet, wenn der Proband einen Schritt macht, einen oder beide Arme bewegt oder - bei Tests mit geschlossenen Augen - die Augen öffnet.
- Um einen möglichen Lerneffekt zu vermeiden, hat jeder Proband nur einen Versuch pro Kondition. Die Zeit bis zum Abschluss des Versuchs wird (in Sekunden) aufgezeichnet.
- Anmerkung des IVRT: Führe den Test immer in einer Ecke durch (denk an die Sicherheit des Patienten). Wenn eine Kondition nicht möglich ist, setze einfach eine „0“ in das Kästchen und überspringe die Kondition (denk an die Sicherheit des Patienten). Verwende eine „Matte“ auf der (ca. 10) gesunde Probanden den Test „schaffen“.

Referenz: Cohen, H. S., Mulavara, A. P., Peters, B. T., Sangi-Haghighpeykar, H., & Bloomberg, J. J. (2014). Standing balance tests for screening people with vestibular impairments. *The Laryngoscope*, 124(2), 545.

Functional Gait Assessment (FGA)

Item	0 Starke Beeinträchtigung	1 Mäßige Beeinträchtigung	2 Leichte Beeinträchtigung	3 Normal
1. Normales Gehen auf ebener Oberfläche	Kann nicht 6m ohne Hilfe gehen, starkes Ungleichgewicht, Abweichung vom Gehweg >38cm	Geht 6m in >7 Sek. , abnormales Gangbild, Ungleichgewicht, Abweichung vom Gehweg 25,5-38cm	Geht 6m in 5,5-7 Sek. , benutzt ggf. ein Hilfsmittel, Abweichung vom Gehweg 15-25,5cm	Geht 6m in <5,5 Sek. , kein Hilfsmittel, kein Ungleichgewicht, normales Gangbild, Abweichung vom Gehweg <15cm
2. Gehen mit Geschwindigkeitsänderung	Kann nicht Geschwindigkeit ändern, Abweichung >38cm ODER nicht möglich ohne Hilfe	Min. Geschwindigkeitsänderung oder deutliche Gangabweichung dabei, Abweichung 25,5-38cm ODER verliert Balance dabei, fängt sich aber wieder und geht weiter	Ändert Geschwindigkeit trotz leichter Gangabweichung, Abweichung 15-25,5cm ODER keine Gangabweichung, aber keine deutliche Änderung der Geschwindigkeit ODER benutzt ein Hilfsmittel	Ändert Geschwindigkeit ohne Mühe und Ungleichgewicht, zeigt deutliche Änderung der Geschwindigkeit, Abweichung <15cm
3. Gehen mit horizontalen Kopfdrehungen (abw. 3 Schritte links und rechts)	Nur möglich mit Unterbrechung des Gehens, Abweichung >38cm , taumeln, verliert Balance, stoppt oder hält sich	Wird langsamer dabei, Abweichung 25,5-38cm , aber fängt sich wieder und geht weiter	Dreht den Kopf ohne Mühe, wird ein wenig langsamer, Abweichung 15-25,5cm ODER benutzt ein Hilfsmittel	Dreht den Kopf ohne Mühe, wird nicht langsamer, Abweichung <15cm
4. Gehen mit vertikalen Kopfdrehungen (abw. 3 Schritte hoch und runter)	Nur möglich mit Unterbrechung des Gehens, Abweichung >38cm , taumeln, verliert Balance, stoppt oder hält sich	Wird langsamer dabei, Abweichung 25,5-38cm , aber fängt sich wieder und geht weiter	Dreht den Kopf ohne Mühe, wird ein wenig langsamer, Abweichung 15-25,5cm ODER benutzt ein Hilfsmittel	Dreht den Kopf ohne Mühe, wird nicht langsamer, Abweichung <15cm
5. Gehen, um 180° Drehen und stoppen	Kann sich nicht sicher drehen, benötigt Hilfe	Dreht sich langsam, benötigt verbale Instruktion oder macht paar Schritte, um wieder sicher zu stehen	Dreht sich sicher >3 Sek. und stoppt ohne Balance zu verlieren ODER dreht sich sicher in ≤3 Sek. , aber verliert leicht die Balance	Dreht sich sicher in ≤3 Sek. und stoppt ohne Balance zu verlieren
6. Gehen und über 1 Hindernis steigen	Ohne Hilfe nicht möglich	Steigt über ein (11,5cm hohen) Schuhkarton, wird langsamer, muss Schrittfolge abstimmen	Steigt über ein (11,5cm hohen) Schuhkarton, wird nicht langsamer, kein Ungleichgewicht	Steigt über zwei (23cm hohe) Schuhkartons, wird nicht langsamer, kein Ungleichgewicht
7. Seiltänzerengang	<4 Schritte möglich oder ohne Hilfe nicht möglich	4-7 Schritte	7-9 Schritte	10 Schritte, ohne zu taumeln
8. Gehen mit geschlossenen Augen	Kann nicht 6m ohne Hilfe gehen, Abweichung >38cm	Geht 6m , aber abnormales Gangbild, Gleichgewichtsverlust, Abweichung 25,5-38cm , benötigt >9 Sek.	Geht 6m , aber benutzt ein Hilfsmittel, Abweichung 15-25,5cm , benötigt 7-9 Sek.	Geht 6m , kein Hilfsmittel, normales Gangbild, kein Gleichgewichtsverlust, Abweichung <15cm , benötigt <7 Sek.
9. Rückwärts gehen	Kann nicht 6m ohne Hilfe gehen, Abweichung >38cm	Geht 6m , langsames, abnormales Gangbild, Gleichgewichtsverlust, Abweichung 25,5-38cm	Geht 6m , langsam, benutzt ein Hilfsmittel, Abweichung 15-25,5cm	Geht 6m , gutes Tempo, kein Hilfsmittel, normales Gangbild, kein Gleichgewichtsverlust, Abweichung <15cm
10. Treppen steigen	Nicht möglich	Benutzt Geländer , mit Anstellschritt	Benutzt Geländer , geht alternierend	Geht alternierend , benutzt kein Geländer
Gesamtpunktzahl (Max. 30 Punkte):				
Bemerkungen:				

Anforderung: Für das Assessment wird ein **markierter Gehweg** benötigt, der **6m lang** und **30,5cm breit** ist.

Übersetzt aus dem Original: Wrisley, D. M., Marchetti, G. F., Kuharsky, D. K., & Whitney, S. L. (2004). Reliability, internal consistency, and validity of data obtained with the functional gait assessment. *Physical therapy*, 84(10), 906–918.

Tägliches Übungsprogramm – Vestibuläre Rehabilitation

1. Übungen zur Verbesserung der Augen-Kopf-Koordination								
		Sitzend	Stehend	Stehend auf Matte	Gehend	Tempo (... Schläge pro Minute)	Variation	Sek./Wdh.
1.1. Blickfolge (YouTube Video 1)	horizontal							
	vertikal							
	diagonal							
1.2. Blicktransfer (YouTube Video 2)	horizontal							
	vertikal							
	diagonal							
1.3. Blickstabilisation (YouTube Video 3)	horizontal							
	vertikal							
	diagonal							
2. Gleichgewichtsübungen mit <u>geschlossenen</u> Augen								
		Füße hüftbreit		Schrittstellung		Variation	Sek./Wdh.	
2.1. Im Stand (YouTube Video 4)								
2.2. <input type="text"/> Schritte vor / zurück		Bei den Stopps:						
		Gewicht verlagern	Kopf drehen° Drehung				
2.3. Gehen: Augen schließen für <input type="text"/> Schritte und öffnen für <input type="text"/> Schritte								
3. Gehübungen mit Körper- & Kopfbewegungen (für 3.1., 3.2. und 3.5. siehe YouTube Video 5)								
		Blick nach ... für ... Schritte	Blick zur Mitte für ... Schritte	Blick nach ... für ... Schritte	Variation	...m		
3.1. Horizontale Kopfbewegung		links:		rechts:				
3.2. Vertikale Kopfbewegung		oben:		unten:				
3.3. Diagonale Kopfbewegung		l-o/r-o:		r-u/l-u:				
		alle ... Schritte			Variation	...m		
3.4. Schulterblick		-----						
3.5. Drehung (Körper)		-----						
3.6. Boden berühren		-----						

Dizziness Handicap Inventory (DHI)

Fragen	Immer	Manchmal	Nie
P1	Verschlimmert das Hochschauen Ihr Problem?		
E2	Fühlen Sie sich, aufgrund Ihres Problems, frustriert?		
F3	Ist das Reisen (privat oder geschäftlich), aufgrund Ihres Problems, eingeschränkt?		
P4	Verschlimmert der Gang durch einen Supermarkt Ihr Problem?		
F5	Haben Sie, aufgrund Ihres Problems, Schwierigkeiten beim ins Bett gehen oder beim Aufstehen aus dem Bett?		
F6	Schränkt Ihr Problem Sie erheblich ein bei der Teilnahme an sozialen Aktivitäten, wie z.B. Essen gehen, ins Kino gehen, beim Tanzen oder auf Festen?		
F7	Haben Sie, aufgrund Ihres Problems, Schwierigkeiten beim Lesen?		
P8	Verschlimmern anspruchsvolle Aktivitäten wie z.B. Sport, Tanzen und Haushaltsarbeiten (z.B. Fegen oder Geschirr wegräumen) Ihr Problem?		
E9	Haben Sie, aufgrund Ihres Problems, Angst das Haus ohne Begleitung zu verlassen?		
E10	Haben Sie sich, aufgrund Ihres Problems, vor anderen in Verlegenheit gebracht?		
P11	Verschlimmern schnelle Kopfbewegungen Ihr Problem?		
F12	Vermeiden Sie, aufgrund Ihres Problems, die Höhe?		
P13	Verschlimmert das Drehen im Bett Ihr Problem?		
F14	Ist es, aufgrund Ihres Problems, schwierig anstrengende Hausarbeit oder Gartenarbeit zu erledigen?		
E15	Haben Sie Angst, dass Leute denken Sie seien betrunken?		
F16	Ist es, aufgrund Ihres Problems, schwierig alleine spazieren zu gehen?		
P17	Ist es schwierig entlang eines Bürgersteigs zu gehen?		
E18	Ist es, aufgrund Ihres Problems, schwierig für Sie sich zu konzentrieren?		
F19	Fällt Ihnen das Gehen im Dunkeln schwer?		
E20	Haben Sie, aufgrund Ihres Problems, Angst alleine Zuhause zu bleiben?		
E21	Fühlen Sie sich, aufgrund Ihres Problems, behindert?		
E22	Hat Ihr Problem Ihre Beziehung zu Familienangehörigen oder Freunden belastet?		
E23	Fühlen Sie sich, aufgrund Ihres Problems, deprimiert?		
F24	Beeinträchtigt Ihr Problem Ihre Verantwortlichkeiten auf der Arbeit oder Zuhause?		
P25	Verschlimmert das nach vorne Beugen Ihr Problem?		
Datum:		Gesamt-Punktzahl:	

F: auf Aktivitäten bezogen – E: emotional – P: körperlich

Immer: 4 - Manchmal: 2 – Nie: 0

Übersetzt aus dem Original: Jacobson, G. P., & Newman, C. W. (1990). The development of the Dizziness Handicap Inventory. Archives of otolaryngology--head & neck surgery, 116(4), 424–427.

The Activities-specific Balance Confidence (ABC) Scale

Anweisungen an die Patienten: Unten werden 16 Aktivitäten genannt. Bitte geben Sie für jede Aktivität auf einer Skala von 0% bis 100% das Niveau Ihres Selbstvertrauens für die Gleichgewichtskontrolle an. Bitte beurteilen Sie, ob Sie nach Ihrem Gefühl die Aktivität durchführen können, ohne Ihr Gleichgewicht zu verlieren oder unsicher zu werden. Wenn Sie die betreffende Aktivität derzeit nicht ausführen, versuchen Sie sich vorzustellen, wie sicher Sie wären, wenn Sie die Aktivität durchführen würden. Wenn Sie normalerweise eine Gehhilfe benutzen oder sich an jemandem festhalten, um die Aktivität durchzuführen, dann bewerten Sie Ihr Selbstvertrauen, als wenn Sie diese Unterstützung verwenden würden.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

Kein Selbstvertrauen

Absolut sicher

Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie nicht Ihr Gleichgewicht verlieren oder unsicher werden, wenn Sie ...

1. ... um das Haus herumgehen? _____%
2. ... die Treppe hoch oder runtergehen? _____%
3. ... sich nach vorne beugen, um einen Hausschuh vom vorderen Teil des Schrankbodens aufzuheben? _____%
4. ... nach einer kleinen Dose, auf Augenhöhe, aus dem Regal reichen? _____%
5. ... auf den Zehenspitzen stehen und nach etwas über dem Kopf greifen? _____%
6. ... auf einem Stuhl stehen und nach etwas greifen? _____%
7. ... den Boden fegen? _____%
8. ... nach draußen, zu einem, in der Einfahrt, geparktem Auto, gehen? _____%
9. ... in Auto einsteigen oder aus einem Auto aussteigen? _____%
10. ... über einen Parkplatz zum Einkaufszentrum gehen? _____%
11. ... eine Rampe hoch oder runtergehen? _____%
12. ... in einem überfüllten Einkaufszentrum, wo Leute schnell an Ihnen vorbeigehen, gehen? _____%
13. ... von anderen Menschen, beim Gang durch das Einkaufszentrum, angerempelt werden? _____%
14. ... auf eine Rolltreppe auftreten oder von einer runtergehen wollen, während Sie sich an einem Geländer festhalten? _____%
15. ... auf eine Rolltreppe auftreten oder von einer runtergehen wollen, während Sie ein Paket in den Händen halten, so dass Sie sich nicht am Geländer festhalten können? _____%
16. ... draußen auf eisigen Gehwegen gehen? _____%

Gesamt-ABC-Punktzahl: _____

Wertung: _____ / 16 = _____ % **Vertrauen in Gleichgewicht**
Gesamt-ABC-Punktzahl

Übersetzt aus dem Original: Powell, L. E., & Myers, A. M. (1995). The Activities-specific Balance Confidence (ABC) Scale. The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences, 50A(1), M28–M34.