

Arbeitsheft

Urogenitaltrakt und Brust

Editorial

Impressum

Herausgeber

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Departement Gesundheit
Haus Adeline Favre, Katharina-Sulzer-Platz 9
8400 Winterthur
E-Mail info.gesundheit@zhaw.ch
Web www.zhaw.ch/gesundheit

Autorinnen und Autoren

Grosse, Uta; PhD, dipl. Pflégewirtin, RN
Häusermann, Sara; MSc Palliative Care, RN
Heinrich, Ursula; MScN, RN
Pfister, Anja; MScM, RM
Zeyer, Albert; Dr. med.

Unter Mitarbeit von

Albert, Katharina; MScM, RM
Badertscher, Nina; PhD, Dr. med.
Battaglia, Natalie; MScN, RN
Braun, Astrid, MScN, RN
Dennler, Susanne; Dr. med.
Heine, Michelle; MScN, RN
Musholt, Markus; MScN, RN
Pampaluchi, Reto; Dr. med.
Pérez Cortes, Francisca; MScN, RN
Rasche, Berthold; MScN, RN
Rieder, Evelyn; MScN, RN
Truninger, Sibylle; MScN, RN
Uehlinger, Loris; MScN, RN
Waldboth, Veronika; PhD, MScN, RN

Illustrationen

Baltensweiler, Nadja, Ebikon, www.nadjabaltensweiler.ch

Gestaltung

Notice Design, Zürich, www.notice.design
Häusermann, Esther, Luzern, www.estherhaeusermann.ch

Korrektorat

Ebnöther, Eva; Dr. med.

Titel

Klinisches Assessment Basiswissen für Pflegefachpersonen und Hebammen
Arbeitsheft Urogenitaltrakt und Brust

1. Auflage, März 2023
© ZHAW Departement Gesundheit
ISBN 978-3-9525256-4-7
<https://doi.org/10.21256/zhaw-2453>

Liebe Nutzerinnen und Nutzer

Die Arbeitshefte der Reihe Basiswissen Klinisches Assessment sind ein Beitrag der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) an die Ausbildung von qualifizierten Gesundheitsfachleuten in den Bereichen Pflege und Hebammen. Dozierende der Bachelor-, Master- und Weiterbildungsstudiengänge des Instituts für Pflege und des Instituts für Hebammen haben dieses interprofessionell ausgerichtete Lehrmittel für das klinische Assessment auf Bachelorstufe auf der Basis langjähriger klinischer und pädagogischer Erfahrung entwickelt.

Die Arbeitshefte thematisieren jeweils ein Organ, ein Organsystem oder ein Thema. Sie beschreiben das strukturierte klinische Assessment mit der Erhebung einer symptomfokussierten Anamnese, der körperlichen Untersuchung, der Analyse der gesammelten Klientinnen- beziehungsweise Patientinnen- und Patientendaten und der Planung des weiteren Vorgehens nach dem SOAP-Schema, das heisst dem Subjective-Objective-Analyse-Plan.

Wir danken allen Beteiligten für ihr Engagement bei der Entwicklung dieser interprofessionellen Lehrmittelreihe. Wir wünschen Ihnen viel Freude bei der Lektüre der Arbeitshefte und dem Erwerben der Kernkompetenzen im klinischen Assessment.

Prof. Dr. Katharina Fierz, Leiterin Institut für Pflege
Beatrice Friedli, Leiterin Institut für Hebammen



Inhaltsverzeichnis

1	Lernziele	4
2	Einführung SOAP-Schema	5
3	Subjektive Daten	6
	3.1 Grunddaten	6
	3.2 Hauptbeschwerden	6
	3.3 Symptomfokussierte Anamnese des jetzigen Leidens	6
	3.4 Erweiterte Anamnese Urogenitaltrakt und Brust	8
	3.5 Medizinische Vorgeschichte	8
	3.6 Familienanamnese	8
	3.7 Sozialanamnese	9
	3.8 Sexual- und geburtshilfliche Anamnese	9
4	Objektive Daten	10
	4.1 Erfassung des allgemeinen Eindrucks	10
	4.2 Erfassung der Körpermasse und Vitalzeichen	11
	4.3 Körperliche Untersuchung	12
	4.3.1 Prinzipien der körperlichen Untersuchung des Urogenitaltraktes und der Brust	13
	4.3.2 Vorbereitung	13
	4.3.3 Untersuchungsablauf Urogenitaltrakt und Brust	14
	A: Inspektion des männlichen Genitales	14
	B: Inspektion des weiblichen Genitales	16
	C: Inspektion der weiblichen/männlichen Brust	18
	D: Palpation der weiblichen/männlichen Brust	19
5	Analyse	20
6	Plan	21
	6.1 Pflege: ISBAR-Beispiel weibliche Brust	22
	6.2 Hebammen: ISBAR-Beispiel weibliche Brust	23
7	Übersicht Terminologie	24
	Literaturverzeichnis	26
	Tabellenverzeichnis	27
	Illustrationsverzeichnis	28
	Anhang	29

1 Lernziele

Die Studierenden

- können gezielt eine symptomfokussierte Anamnese und die körperliche Untersuchung durchführen, anschliessend die gesammelten Daten zusammenfassen/analysieren und das weitere Vorgehen planen, gemäss SOAP-Schema (Subjective-Objective-Analyse-Plan);
- können gezielt und systematisch eine Anamnese zum Urogenitaltrakt und zur weiblichen Brust erheben, inklusive:
 - Grunddaten
 - Hauptbeschwerden
 - Symptomfokussierte Anamnese anhand der Leitsymptome des Urogenitaltrakts und der weiblichen Brust
 - Erweiterte Anamnese des Urogenitaltrakts und der weiblichen Brust
 - Medizinische Vorgeschichte
 - Familienanamnese
 - Sozialanamnese;
- führen eine systematische körperliche Untersuchung des Urogenitaltrakts und der Brust in folgender Reihenfolge durch und setzen Untersuchungshilfsmittel ein:
 - Allgemeinzustand (AZ)
 - Vitalzeichen (VZ), wichtige systemrelevante Parameter
 - Inspektion
 - Palpation;
- erkennen die physiologischen Befunde und/oder deren Abweichungen;
- interpretieren diese und stellen eine Arbeitshypothese auf;
- beurteilen die Dringlichkeit und planen weitere Interventionen;
- rapportieren die Befunde gemäss dem Rapportraster Identifikation – Situation – Background – Assessment – Recommendation (ISBAR) in Fachsprache an das interprofessionelle Team (Ärztin/Arzt – Pflegefachpersonen/ Hebammen) und
- dokumentieren die Ergebnisse des klinischen Assessments in Fachsprache.

2 Einführung SOAP-Schema

In der klinischen Praxis hat sich eine strukturierte Methode zur Erfassung, Dokumentation und Kommunikation der Patientinnen-/Patientendaten nach dem sogenannten SOAP-Schema (S = subjektive Daten, O = objektive Daten, A = Analyse, P = Plan) bewährt.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die vier Komponenten des SOAP-Schemas.

Tabelle 1

SOAP-Elemente (modifiziert nach Neurath & Lohse, 2015)

SOAP	Methodik	Ziel
S Subjektive Daten	Erhebung der subjektiven Beschwerden der Patientin/des Patienten in der Anamnese inklusive: <ul style="list-style-type: none"> • Grunddaten • Hauptbeschwerden • Symptomfokussierter Anamnese des jetzigen Leidens • Erweiterter Anamnese • Medizinischer Vorgeschichte • Familienanamnese • Sozialanamnese • Sexual- und geburtshilflicher Anamnese 	Erfassung des subjektiven Patientinnen-/Patienten-anliegens und der -situation
O Objektive Daten	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeiner Eindruck • Körpermasse und Vitalzeichen • Körperliche Untersuchung • Zusatzdiagnostik (Labor, EKG etc.) 	Objektivierung der Symptome durch Untersuchungsbefunde
A Analyse	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenfassung und Beurteilung der subjektiven und objektiven Daten • Priorisierung der Probleme • Formulierung einer Arbeitshypothese für Erkrankung 	Einschätzung der Gefährdung der Patientin/des Patienten (Dringlichkeitseinschätzung)
P Plan	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung der Patientinnen- und Patientensicherheit • Rapport nach Identifikation-Situation-Background-Assessment-Recommendation (ISBAR)-Schema an den ärztlichen Dienst und/oder weitere Personen des interprofessionellen Teams • Planung der pflegerischen und/oder geburtshilflichen Interventionen • Ggf. Durchführung eines Fokus-Assessments 	Planung weiterer Interventionen



3 Subjektive Daten

S nach SOAP-Schema

Die Erhebung der symptomfokussierten Anamnese ist der erste Schritt des SOAP-Schemas und besteht aus der strukturierten Erfassung der subjektiven Patientinnen-/Patientendaten. Bei der Anamnese werden folgende Daten erfasst:

3.1 Grunddaten

- Vor- und Nachname
- Geschlecht
- Geburtsdatum (Alter)
- Zivilstand bzw. Beziehungsstatus
- Beruf
- Geburtshilfliche Anamnese: Schwangerschaften / Geburten / aktuelle Schwangerschaftswoche

3.2 Hauptbeschwerden

- Hauptgrund der Konsultation
- Beschreibung des Problems in Worten der Patientin / des Patienten

3.3 Symptomfokussierte Anamnese des jetzigen Leidens

Die Erfassung des Leitsymptoms erfolgt nach den folgenden sieben Charakteristika (Morgan et al., 1972):

1. Lokalisation / Ausbreitung / Ausstrahlung
2. Qualität / Charakter
3. Quantität / Stärke / Intensität
4. Zeitlicher Verlauf
5. Modifizierende Faktoren (auslösende, lindernde und verschlimmernde Faktoren)
6. Begleitsymptome
7. Erklärung der Patientin / des Patienten

Tabelle 2

Symptomfokussierte Anamnese des jetzigen Leidens am Beispiel Brennen bei der Miktion (modifiziert nach Füessl & Middeke, 2018)

Charakteristika	Leitfragen	Beispiel Leitsymptom Schmerz
1 Lokalisation / Ausbreitung / Ausstrahlung	Wo ist der Befund, die Veränderung? Zeigen lassen. → Mögliche Beschreibungen: generalisiert, wechselnd, tief, oberflächlich	Wo spüren Sie das Brennen? Gibt es einen Ort, an dem es besonders stark brennt? Strahlt das Brennen aus? Wenn ja, wohin?
2 Qualität / Charakter	Wie fühlt es sich an? Womit ist das Symptom vergleichbar? → Gesten, Körpersprache mit in Befragung einbeziehen	Können Sie beschreiben, wie sich das Brennen anfühlt?
3 Quantität / Stärke / Intensität / Schweregrad	Wie stark ist dieses Symptom? → Einsatz einer Numerischen Rating-Skala (NRS) und / oder einer Visuellen Analog-Skala (VAS)	Geben Sie die Stärke des Brennens auf einer Skala von 0 bis 10 an: 0 bedeutet kein Brennen; 10 bedeutet das stärkste Brennen, das Sie sich vorstellen können.
4 Zeitlicher Verlauf	<u>Beginn des Symptoms:</u> Seit wann? Unter welchen Umständen ist das Symptom erstmalig aufgetreten? Plötzliches oder allmähliches Einsetzen? <u>Dauer des Symptoms:</u> Wie lange dauert «es»? <u>Häufigkeit und Periodik des Symptoms:</u> Wie ist der Verlauf? Wann tritt das Symptom auf? Zeitlichen Ablauf des Symptoms schildern lassen	<u>Beginn des Brennens:</u> Seit wann besteht das Brennen? Unter welchen Umständen ist das Brennen erstmalig aufgetreten bzw. spüren Sie das Brennen jetzt? Hat das Brennen plötzlich eingesetzt oder hat es sich allmählich (über Tage oder Wochen) entwickelt? <u>Dauer:</u> Wie lange hält das Brennen je an – Sekunden? Minuten? Stunden? Tage? Gibt es Zeiten ohne Brennen? <u>Häufigkeit und Periodik:</u> Wie oft spüren Sie das Brennen? Ist das Brennen anhaltend oder kommt und geht es?
5 Modifizierende Faktoren (auslösende, lindernde und verschlimmernde Faktoren)	Unter welchen Umständen tritt das Symptom auf? Gibt es lindernde oder verschlimmernde Faktoren? → Beim Liegen oder Gehen, in Abhängigkeit von der Körperlage, bei Nahrungsaufnahme, Stress, Druck etc.	Welche Umstände lösen das Brennen aus? Was lindert das Brennen? Wodurch tritt eine Besserung ein? Was verstärkt das Brennen?
6 Begleitsymptome	Welche anderen Symptome oder Beschwerden sind vorhanden? Gibt es noch weitere Beschwerden? → Algurie, Anurie, Dysurie, Geruchsveränderung des Urins, Fieber, Flanken- / Rückenschmerzen, Hämaturie, Ischurie, Nausea, Nykturie, Oligurie, Pollakisurie	Sind im Zusammenhang mit dem Brennen weitere Beschwerden aufgefallen? Ggf. Krankheitszeichen vorschlagen: Schwierigkeiten / Schmerzen beim Wasserlassen? Weniger Urinausscheidung als gewöhnlich? Vermehrtes nächtliches Wasserlassen? Geruchsveränderungen des Urins? Fieber? Flanken- / Rückenschmerzen? Blut im Urin? Übelkeit? Häufiges Wasserlassen in kleinen Mengen?
7 Erklärung der Patientin / des Patienten	Welche Erklärung hat die Patientin / der Patient für das Symptom?	Welche eigene Erklärung haben Sie für das Auftreten des Brennens?



3.4 Erweiterte Anamnese Urogenitaltrakt und Brust

Risikofaktoren allgemein

- Alter und Geschlecht
- Noxen: Rauchen, Alkoholkonsum, Drogenkonsum
- Stress

Risikofaktoren spezifisch Urogenitaltrakt:

- Diabetes mellitus (Seit wann? Übliche Blutzuckerwerte? HbA1c-Wert? Wie gut eingestellt?)
- Arterielle Hypertonie (Seit wann? Regelmässige Blutdruckmessungen? Übliche Blutdruckwerte? Wie gut eingestellt?)
- Reisen

Risikofaktoren spezifisch Brust:

- Adipositas
- Genetische Disposition
- Bewegungsmangel
- Alter bei Menarche und Einsetzen der Menopause
- Kinderlosigkeit
- Stilldauer

Eine Übersicht mit den häufigsten Leit- und Begleitsymptomen des Urogenitaltraktes und der Brust befindet sich im Anhang.

3.5 Medizinische Vorgeschichte

Vorerkrankungen

- Insbesondere vorangegangene Infektionen des Urogenitaltrakts, Tumore

Operationen / Unfälle

Medikamente (Dosis, Einnahmeschema, Dauer, Grund)

- Mit oder ohne ärztliche Verordnung
- Komplementärmedizinische Massnahmen
- Kürzlich abgesetzte Medikamente, Medikationsänderungen

Allergien / Empfindlichkeiten, kurze Beschreibung der Reaktion (Wann? Wie? Was hilft?)

- Umweltfaktoren (z. B. Tiere, Pflanzen, Hausstaub)
- Nahrungsmittel
- Medikamente

Zusätzliche Gesundheitsrisiken (z. B. Reisen, Stress)

3.6 Familienanamnese

Eltern, Geschwister und eigene Kinder

- Alter
- Gesundheitszustand
- Familiäre Dispositionen: Erkrankungen, z. B. Mamma-, Ovarial- und Prostata-Karzinom
- Ggf. Todesursache

3.7 Sozialanamnese

Private und soziale Situation

- Unterstützung durch Familie, Freunde, Spitex
- Mögliche Einstiegsfrage: «Wenn es Ihnen schlecht geht, wer kümmert sich dann um Sie?»

Wohnsituation

- Mit wem? Haus oder Wohnung? Stockwerk? Treppen? Lift?
- Mögliche Einstiegsfrage: «Leben Sie alleine?» statt «Mit wem leben Sie zusammen?»

Auswirkungen von Hauptbeschwerde auf das tägliche Leben

- Activities of daily living (ADL), z. B. auf Essen/Trinken, Bewegen
- Instrumental activities of daily living (IADL), z. B. Einkaufen, Verkehrsmittel benutzen

Advance Care Planning (Vorsorgeauftrag, Patientinnen- und Patientenverfügung)

Noxen

- Nikotin: Was? Wie viel? Seit wann? (bei Zigaretten: Pack Years)
- Alkohol: Was? Wie oft? Wie viel? Seit wann?
- Drogen: Was? Wie oft? Wie viel? Seit wann?

Gesundheitsrelevante Gewohnheiten

- Appetit, Durst, Ernährungsgewohnheiten, Nahrungsmittelaufnahme in den letzten 24 Stunden
- Körperliche Aktivität (Art und Häufigkeit)

Berufsanamnese

- Medizinisch relevante Expositionen (chemische, physikalische oder infektiöse Noxen)
- Zufriedenheit oder Stressfaktoren am Arbeitsplatz, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsplatzverlust

3.8 Sexual- und geburtshilfliche Anamnese

Sexualanamnese

- Mögliche Schwangerschaft
- Letzte Menstruation, Regelmässigkeit Menstruation
- Kontrazeption
- Aktuell sexuell aktiv (Frauen und Männer)
- Wechselnde/r bzw. neue/r Sexualpartner/in

Geburtshilfliche Anamnese (in der Regel durch eine Hebamme durchgeführt)

- Aktuelle Schwangerschaft: Schwangerschaftswoche, letzte Menstruation, Entbindungstermin
- Bisherige Schwangerschaften
- Geburtsmodi bei vorangegangenen Geburten
- Lebendgeburten
- Frühe Fehlgeburt (≤ 12 . Schwangerschaftswoche)
- Späte Fehlgeburt (≤ 24 . Schwangerschaftswoche)
- Extrauterin gravidität (EUG)
- Abortio
- Totgeburt

Eine Übersicht mit den häufigsten Leit- und Begleitsymptomen der Brust befindet sich im Anhang.

4 Objektive Daten

O nach SOAP-Schema

Die Erfassung der objektiven Daten ist der zweite Schritt des SOAP-Schemas und besteht aus der Erhebung des allgemeinen Eindrucks der Patientin/des Patienten, der Erfassung der Körpermasse und Vitalzeichen sowie der strukturierten körperlichen Untersuchung. Im Folgenden werden die einzelnen Schritte beschrieben.

4.1 Erfassung des allgemeinen Eindrucks

Tabelle 3

Allgemeiner Eindruck (modifiziert nach Füessl & Middeke, 2018)

Kriterien	Beschreibung
Vigilanz (Wachheit bzw. Erregbarkeit)	Vigilanzstörungen: Somnolenz, Sopor, Koma
Orientierung	Örtliche, zeitliche, situative und persönliche Orientierung (Frage nach Datum, Wochentag, Jahreszeit, Ort des Gesprächs, zur Person usw.)
Körperhaltung	Bestimmt durch Form der Wirbelsäule und des Thorax, Symmetrie der Extremitäten, Muskulatur. Spiegelt auch die psychische Verfassung wieder, z. B. gebeugte oder aufrechte Körperhaltung
Gesicht, Mimik, Gestik	Ggf. charakteristische Gesichtsveränderungen durch Krankheitsbild, z. B. weinerlicher, versteinertes Gesichtsausdruck, grobe Gesichtsfalten
Ernährungszustand	Untergewicht (Body-Mass-Index < 18.5) Normalgewicht (Body-Mass-Index 18.5–24.9) Übergewicht (Body-Mass-Index 25.0–29.9) Adipositas (Body-Mass-Index > 30)

4.2 Erfassung der Körpermasse und Vitalzeichen

Nieren und Harnblase werden meist im Rahmen der Untersuchung des Abdomens miterfasst.

Tabelle 4

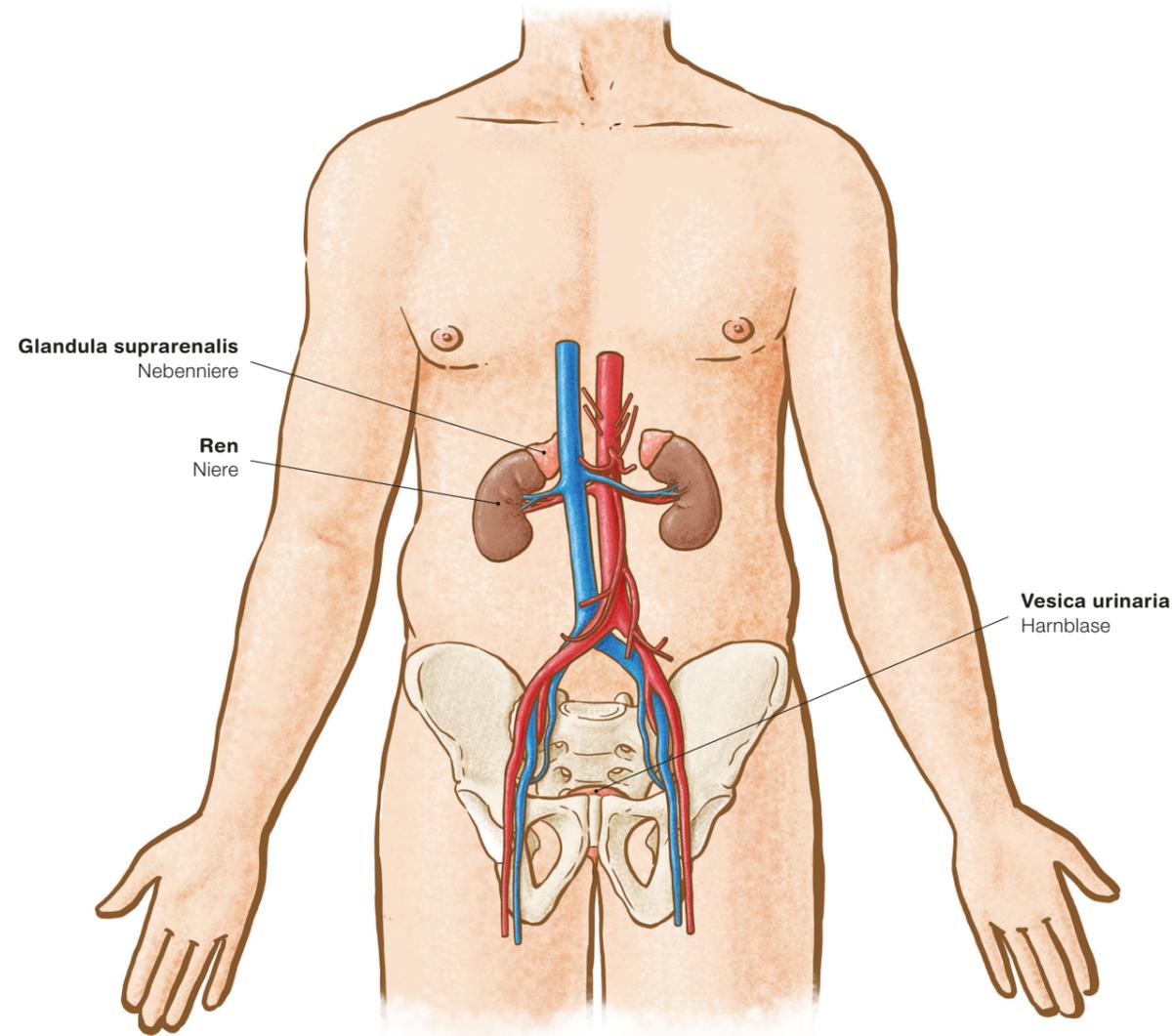
Körpermasse und Vitalzeichen (modifiziert nach Füessl & Middeke, 2018)

Kriterien	Einheit
Grösse	cm
Gewicht	kg
Body-Mass-Index (BMI)	Körpergewicht (kg) dividiert durch das Quadrat der Körpergrösse (m ²)
Blutdruck	mmHg
Puls	Schläge pro Minute (Spm), Regelmässigkeit, Qualität
Temperatur	°C, Lokalisation der Messung (oral, axillär, rektal, aurikulär)
Atemfrequenz	Frequenz pro Minute (AF/Min.), Regelmässigkeit, Atemmuster
Sauerstoffsättigung	%, mit Angabe, ob unter Raumluft oder Sauerstoffgabe (l/Min.)

4.3 Körperliche Untersuchung

Illustration 1

Übersicht der Lage Nieren und Ureteren im Bauchraum



4.3.1 Prinzipien der körperlichen Untersuchung des Urogenitaltrakts und der Brust

1. Zu Beginn der Untersuchung stellt sich die/der Untersuchende vor und versucht, eine vertrauensvolle Beziehung mit der Patientin oder dem Patienten aufzubauen.
2. Einverständnis für die Untersuchung der Patientin/des Patienten einholen.
3. Sowohl die Hände als auch das Stethoskop sollen desinfiziert und angewärmt sein.
4. Die Handlungsschritte sollen der Patientin/dem Patienten fortlaufend und verständlich erklärt werden.
5. Der Umgebungslärm soll minimiert und genügend Licht zur Durchführung der Untersuchung vorhanden sein.
6. Die Umgebungstemperatur muss angemessen sein, da der Körper zur Untersuchung zugänglich gemacht werden muss.
7. Die Intimsphäre der Patientin/des Patienten muss zu jeder Zeit respektiert werden.

4.3.2 Vorbereitung

Tabelle 5

Vorbereitung der körperlichen Untersuchung (modifiziert nach Füessli & Middeke, 2018)

Schritte	Beschreibung
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Handschuhe • Händedesinfektionsmittel • Waage • Blutdruckmessgerät • Uhr • Thermometer • Pulsoximeter
Lagerung Patientin/Patient	<ul style="list-style-type: none"> • In der Regel sitzend oder liegend
Position der untersuchenden Person	<ul style="list-style-type: none"> • Die Untersuchung beginnt mit der Inspektion. Dabei steht die untersuchende Person vor der Patientin/dem Patienten.

4.3.3 Untersuchungsablauf Urogenitaltrakt und Brust

Stellt sich eine Patientin/ein Patient mit Beschwerden vor, ist die Inspektion der zentrale Untersuchungsschritt. Die Palpation der Genitalien findet ausschliesslich im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung oder der Untersuchung durch eine Advanced Practice Nurse statt und ist daher nicht Bestandteil dieses Arbeitshefts.

Zu einer vollständigen Untersuchung des Urogenitaltrakts zählen auch die Perkussion der Nierenloge und die Palpation der Harnblase. Diese Untersuchungsschritte sind ausführlich im Arbeitsheft Basiswissen Abdomen erläutert.

Die im Folgenden aufgeführten physiologischen und pathologischen Befunde sind beispielhaft; es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

A: Inspektion des männlichen Genitales

Die Genitalien werden nicht routinemässig, sondern nur bei Beschwerden des Patienten inspiziert. Die Inspektion erfolgt bei liegendem oder stehendem Patienten.

Illustration 2

Männliche Geschlechtsorgane

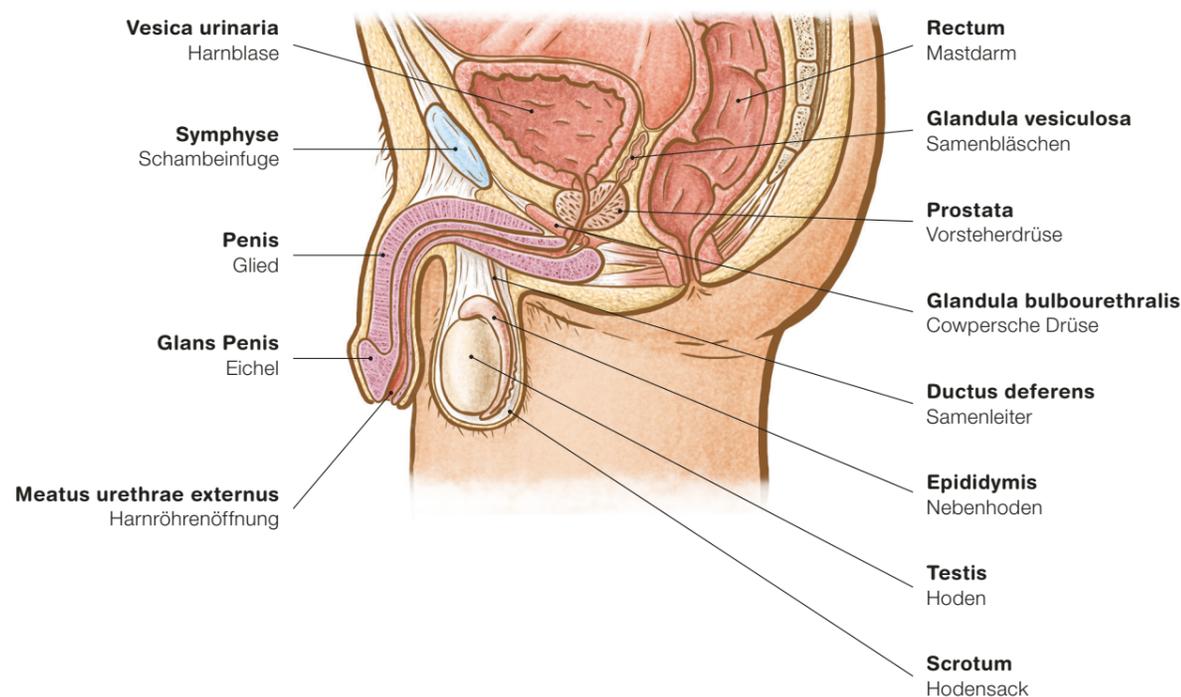


Tabelle 6

Inspektion des männlichen Genitales (modifiziert nach Füssli & Middeke, 2018)

Untersuchung	Beschreibung	Befund (Beispiele)
Gesamtbeurteilung	Penis: Schaft und Glans	<ul style="list-style-type: none"> 😊 intakte Haut 😊 keine Zeichen einer Infektion/Entzündung 😊 keine Effloreszenzen 😊 keine Zeichen von Verletzungen 😞 Zeichen einer Infektion/Entzündung, z. B. Papillome 😞 sichtbare Effloreszenzen, z. B. Ulzerationen, Läsionen, Narben, Vesikel 😞 sichtbare Verletzungen
	Vorhaut	<ul style="list-style-type: none"> 😊 intakte Vorhaut 😊 Zirkumzision 😞 Phimose
	Harnröhrenöffnung	<ul style="list-style-type: none"> 😊 ventral auf der Spitze der Glans 😊 reizlos 😞 gerötet 😞 Ausfluss
	Skrotum/Hoden	<ul style="list-style-type: none"> 😊 intakte Haut 😊 keine Effloreszenzen 😊 keine Schwellungen 😞 sichtbare Effloreszenzen, z. B. Ulzerationen, Läsionen, Narben, Vesikel 😞 Schwellungen
	Behaarung	<ul style="list-style-type: none"> 😊 männlicher Behaarungstyp 😞 mangelhafte oder fehlende Sekundärbehaarung 😞 Parasiten (Nissen)

Die Palpation des männlichen Genitales findet ausschliesslich im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung oder der Untersuchung durch eine Advanced Practice Nurse statt und ist daher nicht Bestandteil dieses Arbeitshefts.

B: Inspektion des weiblichen Genitales

Illustration 3

Weibliche Geschlechtsorgane

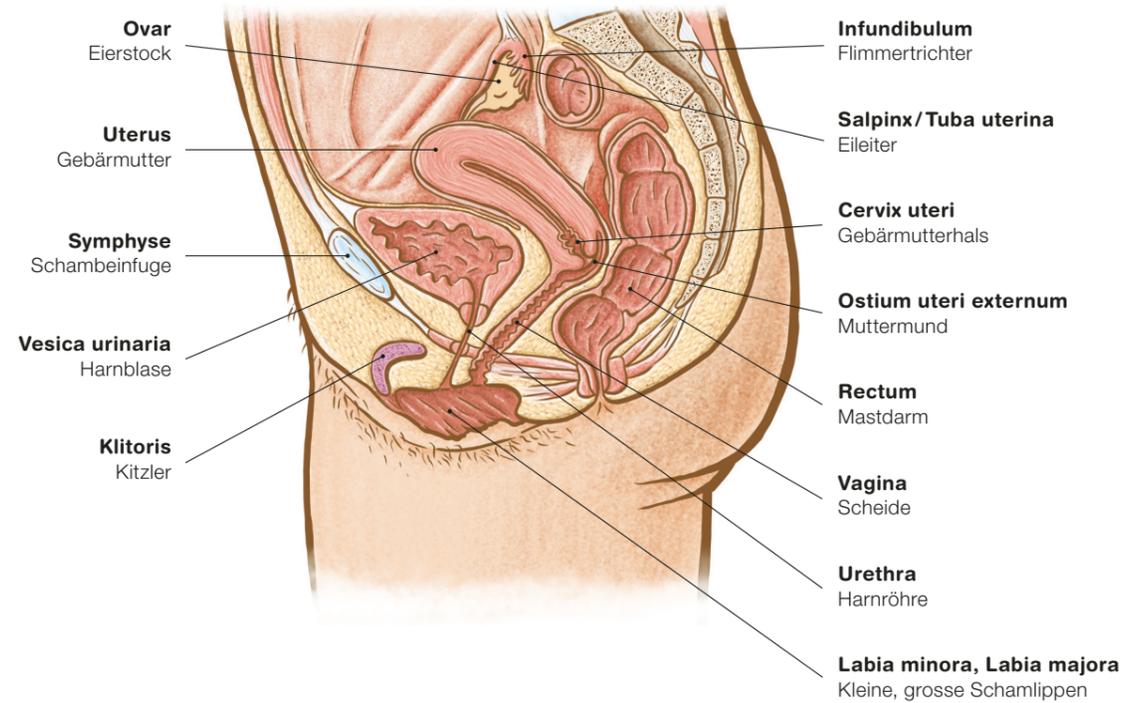


Tabelle 7

Inspektion des weiblichen Genitales (modifiziert nach Füessl & Middeke, 2018)

Untersuchung	Beschreibung	Befund (Beispiele) ☺ physiologisch ☹ pathologisch
Gesamtbeurteilung	Vulva inklusive grosse und kleine Labien, Klitoris	<ul style="list-style-type: none"> ☺ intakte Haut / Schleimhaut ☺ keine Zeichen einer Infektion / Entzündung ☺ keine Effloreszenzen ☺ keine Zeichen von Verletzungen ☹ Zeichen einer Infektion / Entzündung, z. B. Papillome ☹ sichtbare Effloreszenzen, z. B. Ulzerationen, Läsionen, Narben, Vesikel ☹ sichtbare Verletzungen ☹ vergrösserte inguinale Lymphknoten
	Introitus vaginae	<ul style="list-style-type: none"> ☺ intakte Schleimhaut ☺ keine Zeichen einer Infektion / Entzündung ☺ keine Effloreszenzen ☺ keine Zeichen von Verletzungen, z. B. Hämatome ☹ spröde, blass, dünn ☹ Zeichen einer Infektion / Entzündung, z. B. Papillome, Kondylome ☹ sichtbare Effloreszenzen, z. B. Ulzerationen, Läsionen, Narben, Vesikel ☹ Vorwölbungen ☹ Ausfluss
	Behaarung	<ul style="list-style-type: none"> ☺ weiblicher Behaarungstyp ☹ mangelhafte oder fehlende Sekundärbehaarung ☹ Hirsutismus ☹ Parasiten (Nissen)
	Harnröhrenöffnung	<ul style="list-style-type: none"> ☺ reizlos ☹ gerötet ☹ Ausfluss

Die Palpation der weiblichen Genitale findet ausschliesslich im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung oder der Untersuchung durch eine Advanced Practice Nurse statt und ist daher nicht Bestandteil dieses Arbeitsheftes.

C: Inspektion der weiblichen/männlichen Brust

Achten Sie darauf, dass die Patientin/der Patient bei der Untersuchung der Brust bis zur Hüfte vollständig entkleidet ist. Die Untersuchung sollte erfolgen, wenn die Patientin/der Patient sitzt oder steht.

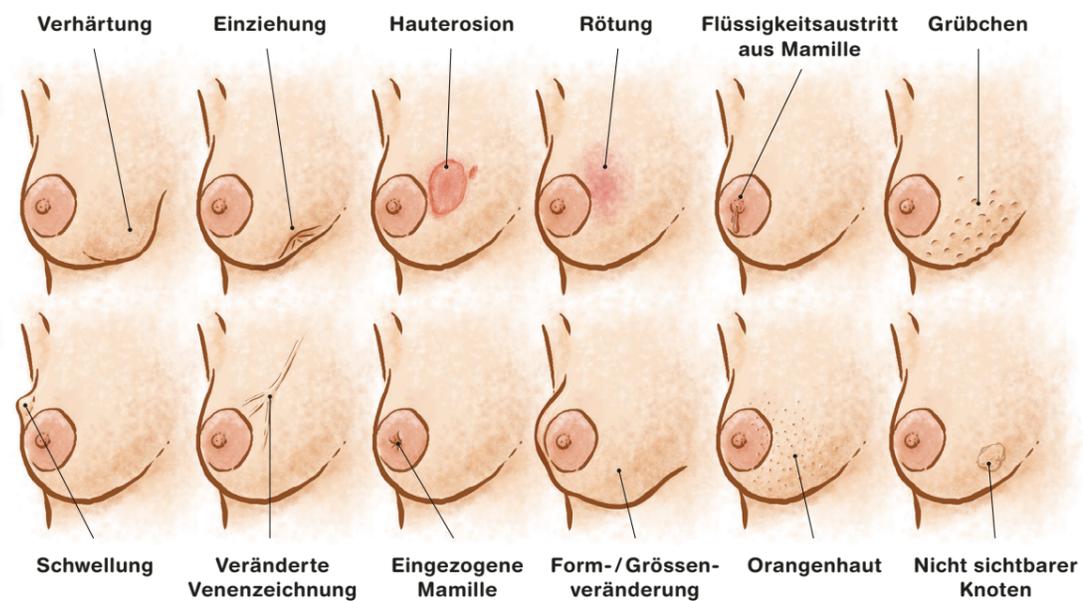
Tabelle 8

Inspektion der weiblichen/männlichen Brust (modifiziert nach Füessl & Middeke, 2018)

Untersuchung	Beschreibung	Befund
Mammae Die Inspektion sollte in verschiedenen Arm- bzw. Körperstellungen erfolgen	Veränderungen im Seitenvergleich in unterschiedlichen Positionen	☺ physiologisch ☹ pathologisch ☺ keine Veränderungen ☹ Grössendifferenz links/rechts ☹ Asymmetrie ☹ neu aufgetretene Veränderungen ☹ Vorwölbungen ☹ Einziehungen ☹ Hautverfärbungen ☹ Hautläsionen ☹ Orangenhaut ☹ Ödematöse Schwellungen ☹ Hirsutismus Mammae ☹ Intertrigo unter Mammae
Mamille	Veränderungen	☺ einseitig oder beidseits hohl/flach oder erhaben ☺ keine Einziehungen ☺ keine Fissuren ☹ Einziehungen oder Fissuren ☹ neu aufgetretene Veränderungen ☹ Sekretion/Blutungen

Illustration 4

Mögliche Veränderungen der Mammae und Mamillen



Veränderungen der Mammae und Mamillen sind vielseitig – sie bedürfen einer ärztlichen Abklärung.

D: Palpation der weiblichen/männlichen Brust

Die Palpation der Brust bedarf grosser Erfahrung und wird nicht routinemässig von Pflegenden initiiert. Pflegende führen eine Palpation der Brust nur durch, um einen Befund zu bestätigen, den die Patientin/der Patient selbst vorgestellt hat.

Im geburtshilflichen Kontext führt die Hebamme eine vollumfängliche Brustuntersuchung durch (Inspektion und Palpation).

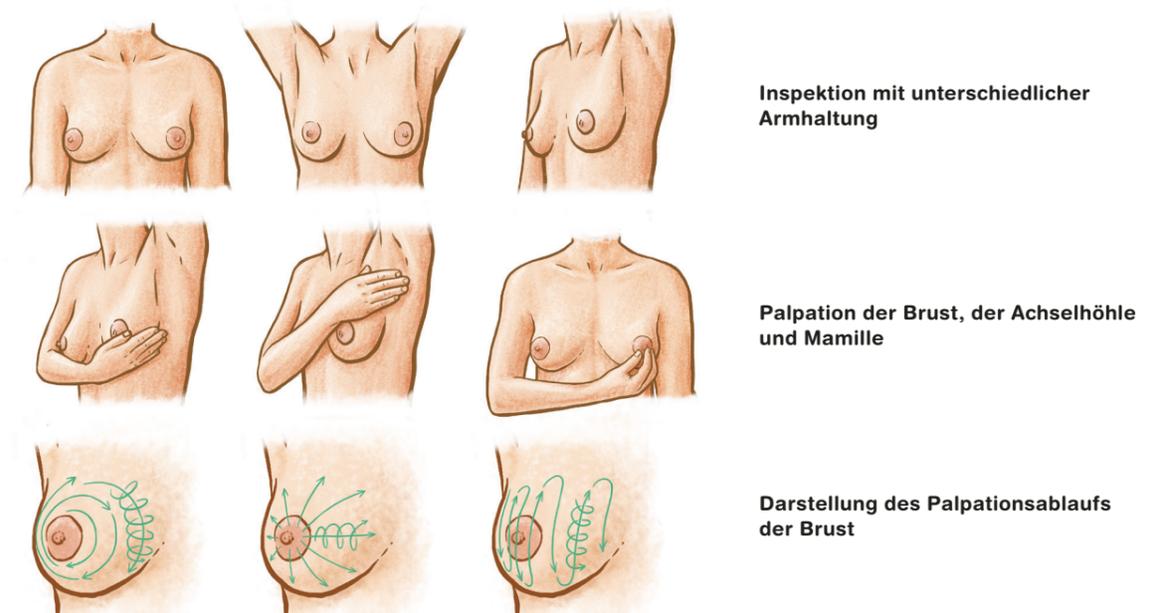
Tabelle 9

Palpation der weiblichen/männlichen Brust (modifiziert nach Füessl & Middeke, 2018)

Untersuchung	Beschreibung	Befund
Achselhöhle	Unterarm der Patientin/ des Patienten ist abgestützt (M. pectoralis major entspannt) oder der Arm ist nach oben gehalten	☺ Lymphknoten bis zu 5 mm gross ☹ Lymphknoten > 5 mm
Mammae	Die Patientin/der Patient sitzt oder liegt; mit den Fingern beider Hände werden alle vier Quadranten nach Gewebeverhärtungen abgetastet	☺ keine Verhärtungen ☹ Verhärtungen tastbar (Ort, Grösse in cm, Form, Abgrenzung zur Umgebung, Konsistenz und Verschieblichkeit angeben)
Mamille	Vorsichtige Kompression	☺ kein Sekret ausdrückbar ☹ Sekret ausdrückbar

Illustration 5

Selbstuntersuchung der weiblichen Brust



Pflegende/Hebammen führen die Untersuchung analog durch.

5 Analyse

A nach SOAP-Schema

Der dritte Schritt des SOAP-Schemas, die Analyse, besteht aus folgenden Schwerpunkten:

- Zusammenfassung und Beurteilung der subjektiven und objektiven Daten
- Priorisierung der Probleme
- Formulierung einer Arbeitshypothese für Erkrankung

Anhand der Analyse kann eine Dringlichkeitseinschätzung erfolgen:

Dringlichkeitseinschätzung Pflege:

Priorität 1: sofort handeln – es ist ein Notfall

Priorität 2: innerhalb der nächsten zwei Stunden handeln

Priorität 3: Patientin/Patient kann länger als zwei Stunden warten bzw. gelegentlich zum Hausarzt gehen

Dringlichkeitseinschätzung Hebammen:

Priorität 1: sofort weitere Massnahmen ergreifen, inklusive Management von Notfallsituation

Priorität 2: zeitnah weitere Abklärungen einleiten, an weitere Dienste überweisen
(z. B. hausärztliche Praxis, gynäkologische Praxis, Labor)

Priorität 3: keine weiteren Massnahmen/Demission

6 Plan

P nach SOAP-Schema

Der vierte Schritt des SOAP-Schemas, der Plan, besteht aus den folgenden Schwerpunkten:

- Sicherstellung der Patientinnen- und Patientensicherheit
- Rapport nach ISBAR-Schema an den ärztlichen Dienst und/oder weitere Personen des interprofessionellen Teams
- Planung der pflegerischen und/oder geburtshilflichen Interventionen
- Ggf. Durchführung eines Fokus-Assessments

Tabelle 10

ISBAR-Rapportschema (modifiziert nach Marshall et al., 2008)

I Identifikation	<u>Folgende Personen identifizieren</u> <ul style="list-style-type: none"> • Ich (Name, Funktion, Abteilung) • Ggf. Empfängerin/Empfänger (Mit wem spricht man?) • Patientin/Patient (Name, Geburtsdatum [Alter], ggf. Zimmernummer)
S Situation	<u>Aktuelle Situation</u> <ul style="list-style-type: none"> • Grund der Kontaktaufnahme: Hauptbeschwerde/aktuelles Problem • Ggf. hohe Dringlichkeit erwähnen • Therapievorgaben (z. B. Therapieziel: kurativ oder palliativ, REA-Status)
B Background	<u>Hintergrund</u> <ul style="list-style-type: none"> • Eintrittsgrund und Hauptdiagnosen • Kurzer Überblick des aktuellen Behandlungsplans • Aktuelle/relevante diagnostische Resultate (z. B. Labor, Röntgen) • Relevantes aus der Anamnese (z. B. Allergien, Medikamente, Noxen)
A Assessment	<u>Resultate der subjektiven und objektiven Datensammlung</u> <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse aus der symptomfokussierten Anamnese und der körperlichen Untersuchung (z. B. nach dem ABCDE-Schema: A = Airway, B = Breathing, C = Circulation, D = Disability, E = Exposure) • Ggf. bereits vorgenommene Massnahmen und deren Effekt • Aktuellen klinischen Zustand einschätzen: Was ist aus Ihrer Sicht das Problem?
R Recommendations	<u>Erfordernisse Dringlichkeitseinschätzung</u> <ul style="list-style-type: none"> • Eigenes Anliegen an Empfängerin/Empfänger formulieren • Mit Empfängerin/Empfänger weiteres Vorgehen abklären

6.1 Pflege: ISBAR-Beispiel weibliche Brust

ISBAR-Beispiel von einer orthopädischen Bettenstation eines Spitals. Eine Pflegendende rapportiert bei der Morgenvisite am Wochenende an die chirurgische Tagesärztin (persönliches Gespräch vor Ort).

Tabelle 11

Pflege: ISBAR-Beispiel weibliche Brust

I Identifikation	«Ich bin die Bezugspflegende von Frau Moretti, geboren am 19.04.1959 [Alter], und möchte Sie gerne über ein neu aufgetretenes Problem bei ihr informieren.» (Vorstellung fällt in diesem Beispiel weg, da sich Pflegendende und Ärztin bereits kennen)
S Situation	«Heute Morgen habe ich Frau Moretti bei der Körperpflege unterstützt. Dabei hat sie mich auf einen Knoten in ihrer rechten Brust hingewiesen.»
B Background	«Frau Moretti ist Rentnerin und hat gestern eine Totalendoprothese der linken Hüfte bekommen. Ausser einer Osteoporose sind keine anderen Erkrankungen bekannt, insbesondere auch keine der Brust.»
A Assessment	«Der Knoten in der rechten Brust ist Frau Moretti bereits vor 8 Wochen zu Hause aufgefallen. Da er jedoch nicht schmerzt, hat sie ihn nicht weiter beachtet. Ich habe eine Inspektion und Palpation der rechten Brust durchgeführt. Bei der Inspektion konnte ich im Seitenvergleich keine Unterschiede zwischen rechter und linker Brust feststellen, auch nicht bei der Mamille. Palpatorisch habe ich im äusseren oberen Quadranten der rechten Brust eine derbe, nicht druckdolente Verhärtung von schätzungsweise 2 cm Durchmesser getastet. Die Verhärtung lässt sich gegen ihre Umgebung nicht verschieben. Die Vitalwerte von Frau Moretti sind stabil. Sie ist afebril, 36.7°C, AF: 16 AF/Min., Blutdruck 110/65 mmHg, Puls 65 Spm, Sauerstoffsättigung 99%.
R Recommendations	«Könnten Sie den Befund während der Visite bitte begutachten.»

6.2 Hebammen: ISBAR-Beispiel weibliche Brust

ISBAR-Beispiel aus dem Stillambulatorium eines Spitals: eine Hebamme/Hebammenstudentin rapportiert nach einer symptomfokussierten Anamnese und Untersuchung der Brust an die Ärztin (Telefonat).

Tabelle 12

Hebammen: ISBAR-Beispiel weibliche Brust

I Identifikation	«Hallo Frau Sommer. Hier spricht Nina Schulze, Hebamme/Hebammenstudentin, im Stillambulatorium. Ich rufe an wegen Frau Zysetz, geboren am 23.07.2004 [Alter].»
S Situation	«Soeben ist Frau Zysetz wegen einer Rötung an der linken Brust zur Stillberatung gekommen.»
B Background	«Frau Zysetz ist eine I Gravida/I Para, sie hat vor drei Wochen spontan und komplikationslos einen Jungen (Sven) geboren. Der Wochenbettverlauf war unauffällig, Frau Zysetz hat Sven von Beginn an voll gestillt. Anamnestisch bestehen keinerlei Vorerkrankungen. Frau Zysetz wurde nie operiert und nimmt auch keine Medikamente ein. Sie wiegt 70 kg bei einer Körpergrösse von 160 cm.»
A Assessment	«Vor zwei Tagen hat Frau Zysetz eine Rötung an ihrer linken Brust festgestellt, etwa so gross wie ein 2-Franken-Stück. Frau Zysetz hat die Stelle gekühlt und während des Stillens massiert. Die Rötung ist jedoch unverändert. Frau Zysetz hat das Gefühl, dass sie eine Erkältung bekommt, und gibt leichte Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit und Schnupfen an. Ansonsten bestehen keine Symptome. Frau Zysetz vermutet, dass Sven die linke Brust beim Stillen nicht mehr gleich gut entleert wie die rechte Brust. Frau Zysetz ist afebril, 36.9°C, Atemfrequenz 16 AF/Min., Blutdruck 110/65 mmHg, Puls 68 Spm, Sauerstoffsättigung 99%. Bei der Inspektion im Seitenvergleich fällt an der linken Brust im oberen äusseren Quadranten eine Rötung in der Grösse eines 2-Franken-Stücks auf. Keine Läsionen oder Schwellungen, keine Unterschiede der Mammae und Mamillen ersichtlich. Palpatorisch sind beide Brüste indolent und weich, ich habe keine Verhärtung gespürt.»
R Recommendations	«Ich bitte um eine baldige weitere Abklärung der Rötung im Rahmen ihres heutigen Termins im Stillambulatorium.»

7 Übersicht Terminologie

Nachfolgend eine Übersicht über die Terminologie beim Rapport bzw. zur Dokumentation der Untersuchungsbefunde des Urogenitaltrakts und der weiblichen Brust.

Tabelle 13
Übersicht: Terminologie zum Rapport bzw. zur Dokumentation der Untersuchungsbefunde Urogenitaltrakt und Brust (modifiziert nach Füessl & Middeke, 2018)

Untersuchung	Physiologische Befunde (Beispiele)	Pathologische Befunde (Beispiele)
Inspektion des männlichen Genitales		
Penis: Schaft und Glans	<ul style="list-style-type: none"> intakte Haut keine Zeichen einer Infektion/Entzündung keine Effloreszenzen keine Zeichen von Verletzungen 	<ul style="list-style-type: none"> Zeichen einer Infektion/Entzündung, z. B. Papillome sichtbare Effloreszenzen, z. B. Ulzerationen, Läsionen, Narben, Vesikel sichtbare Verletzungen
Vorhaut	<ul style="list-style-type: none"> intakte Vorhaut Zirkumzision 	<ul style="list-style-type: none"> Phimose
Harnröhrenöffnung	<ul style="list-style-type: none"> ventral auf der Spitze der Glans reizlos 	<ul style="list-style-type: none"> gerötet Ausfluss
Skrotum/Hoden	<ul style="list-style-type: none"> intakte Haut keine Effloreszenzen keine Schwellungen 	<ul style="list-style-type: none"> sichtbare Effloreszenzen, z. B. Ulzerationen, Läsionen, Narben, Vesikel Schwellungen
Behaarung	<ul style="list-style-type: none"> männlicher Behaarungstyp 	<ul style="list-style-type: none"> mangelhafte oder fehlende Sekundärbehaarung Parasiten (Nissen)
Inspektion des weiblichen Genitales		
Vulva inklusive grosse und kleine Labien, Klitoris	<ul style="list-style-type: none"> intakte Haut/Schleimhaut keine Zeichen einer Infektion/Entzündung keine Effloreszenzen keine Zeichen von Verletzungen 	<ul style="list-style-type: none"> Zeichen einer Infektion/Entzündung, z. B. Papillome sichtbare Effloreszenzen, z. B. Ulzerationen, Läsionen, Narben, Vesikel sichtbare Verletzungen vergrösserte inguinale Lymphknoten

Untersuchung	Physiologische Befunde (Beispiele)	Pathologische Befunde (Beispiele)
Introitus vaginae	<ul style="list-style-type: none"> intakte Schleimhaut keine Zeichen einer Infektion/Entzündung keine Effloreszenzen keine Zeichen von Verletzungen, z. B. Hämatome Ausfluss 	<ul style="list-style-type: none"> spröde, blass, dünn Zeichen einer Infektion/Entzündung, z. B. Papillome/Kondylome sichtbare Effloreszenzen, z. B. Ulzerationen, Läsionen, Narben, Vesikel Vorwölbungen Ausfluss
Behaarung	<ul style="list-style-type: none"> weiblicher Behaarungstyp 	<ul style="list-style-type: none"> mangelhafte oder fehlende Sekundärbehaarung Hirsutismus Parasiten (Nissen)
Harnröhrenöffnung	<ul style="list-style-type: none"> reizlos 	<ul style="list-style-type: none"> gerötet Ausfluss
Inspektion der weiblichen/männlichen Brust		
Mammae	<ul style="list-style-type: none"> keine Veränderungen Grössendifferenz links/rechts Asymmetrie Hirsutismus Mammae 	<ul style="list-style-type: none"> neu aufgetretene Veränderungen Vorwölbungen Einziehungen Hautverfärbungen Hautläsionen Orangenhaut Ödematöse Schwellungen Intertrigo unter Mammae Grössendifferenz links/rechts Asymmetrie Hirsutismus Mammae
Mamille	<ul style="list-style-type: none"> einseitig oder beidseits hohl/flach oder erhaben keine Einziehungen keine Fissuren 	<ul style="list-style-type: none"> Einziehungen oder Fissuren neu aufgetretene Veränderungen Sekretion/Blutungen
Palpation der weiblichen/männlichen Brust		
Achselhöhle	<ul style="list-style-type: none"> Lymphknoten bis zu 5 mm gross 	<ul style="list-style-type: none"> Lymphknoten > 5 mm
Mammae	<ul style="list-style-type: none"> keine Verhärtungen 	<ul style="list-style-type: none"> Verhärtungen tastbar (Ort, Grösse in cm, Form, Abgrenzung zur Umgebung, Konsistenz und Verschieblichkeit angeben)
Mamille	<ul style="list-style-type: none"> kein Sekret ausdrückbar 	<ul style="list-style-type: none"> Sekret ausdrückbar

Literaturverzeichnis

Füessl, H. S. & Middeke, M. (2018). *Anamnese und klinische Untersuchung* (6. Aufl.). Thieme.

Jarvis, C. (2016). *Physical examination and health assessment. Student laboratory manual* (8th edition). Elsevier.

Lehmeyer, L. (2006). *Anamnese und Untersuchung BASICS*. Urban & Fischer.

Morgan, W. L., Jr., Engel, G. L., & Luria, M. N. (1972). The general clerkship: a course designed to teach the clinical approach to the patient. *Journal of Medication Education*, 47(7), 556–563.

Neurath, M. F. & Lohse, A. W. (2015). *Checkliste Anamnese und klinische Untersuchung* (4. Aufl.). Thieme.

Thieme (Hrsg.) (2020). *I care. Krankheitslehre*. (2. überarb. Aufl.). Thieme.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: SOAP-Elemente

Tabelle 2: Symptomfokussierte Anamnese des jetzigen Leidens am Beispiel Brennen bei der Miktion

Tabelle 3: Allgemeiner Eindruck

Tabelle 4: Körpermasse und Vitalzeichen

Tabelle 5: Vorbereitung der körperlichen Untersuchung

Tabelle 6: Inspektion des männlichen Genitales

Tabelle 7: Inspektion des weiblichen Genitales

Tabelle 8: Inspektion der weiblichen/männlichen Brust

Tabelle 9: Palpation der weiblichen/männlichen Brust

Tabelle 10: ISBAR-Rapportschema

Tabelle 11: Pflege: ISBAR-Beispiel weibliche Brust

Tabelle 12: Hebammen: ISBAR-Beispiel weibliche Brust

Tabelle 13: Übersicht: Terminologie zum Rapport bzw. zur Dokumentation der Untersuchungsbefunde Urogenitaltrakt und Brust

Tabelle 14: Leit- und Begleitsymptome Urogenitaltrakt und Brust

Illustrationsverzeichnis

- Illustration 1: Übersicht der Lage Nieren und Ureteren im Bauchraum
 Illustration 2: Männliche Geschlechtsorgane
 Illustration 3: Weibliche Geschlechtsorgane
 Illustration 4: Mögliche Veränderungen der Mammae und Mamillen
 Illustration 5: Selbstuntersuchung der weiblichen Brust

Anhang

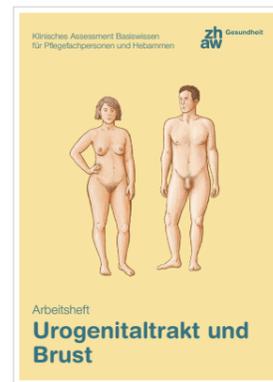
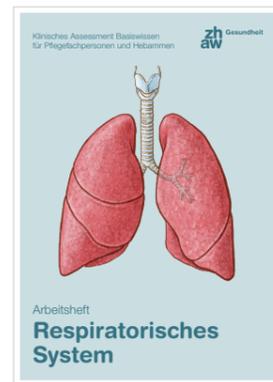
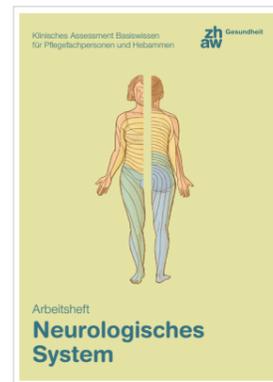
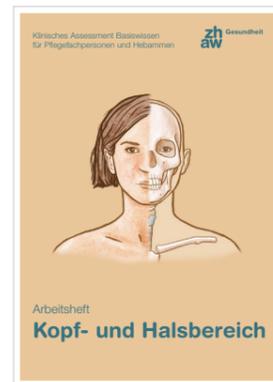
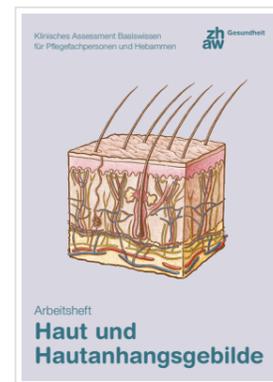
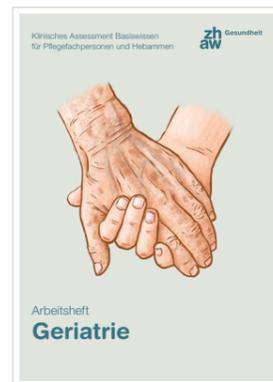
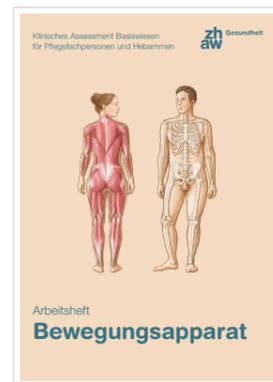
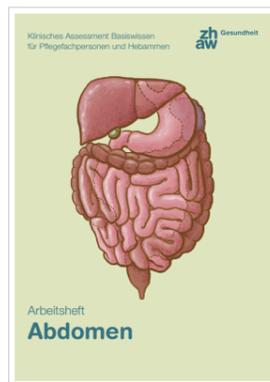
Tabelle 14

Leit- und Begleitsymptome Urogenitaltrakt und Brust (modifiziert nach Füessl & Middeke, 2018; Neurath & Lohse, 2015)

Leit- und/oder Begleitsymptome	Ätiologische Hinweise, zusätzliche Anamnesefragen
Nierenkoliken	<p><u>Ätiologische Hinweise</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Akut einsetzender, starker, krampfartiger Schmerz meist im Rahmen einer Urolithiasis/Nephrolithiasis <p><u>Zusätzliche Anamnesefragen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bekannte vorgängige Episoden?
Graubraunes Hautkolorit	<p><u>Ätiologische Hinweise</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mögliches Zeichen einer Niereninsuffizienz <p><u>Zusätzliche Anamnesefragen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bekannte Vorerkrankungen, wie z. B. Diabetes mellitus, Hypertonie, Glomerulopathie, andere Nierenerkrankungen, Autoimmunerkrankungen
Pruritus / Kratzspuren	<p><u>Ätiologische Hinweise</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mögliches Zeichen einer Niereninsuffizienz • Parasitenbefall • Infektion (Mykosen, Herpes, sexuell übertragbare Krankheiten) • Allergien <p><u>Zusätzliche Anamnesefragen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bekannte Vorerkrankungen, wie z. B. Diabetes mellitus, Hypertonie, Infektionen, Nierenerkrankungen, Allergien
Exsikkose	<p><u>Ätiologische Hinweise</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeichen einer Niereninsuffizienz
Ödeme	<p><u>Ätiologische Hinweise</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeichen einer Niereninsuffizienz • Ausscheidung von Proteinen / gestörter Elektrolythaushalt
Schäumender Urin	<p><u>Ätiologische Hinweise</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeichen von Protein im Urin «Proteinurie»
Pollakisurie	<p><u>Ätiologische Hinweise</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Häufige Miktion von kleinen Portionen aufgrund einer Infektion der Harnwege oder Vergrösserung der Prostata • Als Folge einer erhöhten Flüssigkeitsaufnahmen • Als Folge einer Schwangerschaft (Raumfordernder Uterus) <p><u>Zusätzliche Anamnesefragen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorerkrankungen z. B. Diabetes mellitus • Mögliche Schwangerschaft

Leit- und/oder Begleitsymptome	Ätiologische Hinweise, zusätzliche Anamnesefragen
Dysurie	<u>Ätiologische Hinweise</u> <ul style="list-style-type: none"> • Erschwerte Miktion in Folge von Prostataerkrankungen, Konkrementen in den Harnwegen, Blasen-Scheiden Fistel, neurogene Ursachen, Harnwegsinfekt
Algurie	<u>Ätiologische Hinweise</u> <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzhaftige Miktion in Folge einer Entzündung der Harnblase, Harnröhre oder Prostata
Nykturie	<u>Ätiologische Hinweise</u> <ul style="list-style-type: none"> • Ausschwellen von Ödemen • Herzinsuffizienz • Polydipsie, Polyurie <u>Zusätzliche Anamnesefragen</u> <ul style="list-style-type: none"> • kardiale Vorerkrankungen (Herzinsuffizienz) • Beinödeme
Hämaturie	<u>Ätiologische Hinweise</u> <ul style="list-style-type: none"> • Infektionen der Harnwege • Konkreme • Tumore • Endometriose • Medikamente • Divertikulitis • Parasiten <u>Zusätzliche Anamnesefragen</u> <ul style="list-style-type: none"> • Mögliche Vorerkrankungen, frühere Chemotherapien
Blasentenesmen	<u>Ätiologische Hinweise</u> <ul style="list-style-type: none"> • Schliessmuskelkrampf
Ischurie	<u>Ätiologische Hinweise</u> <ul style="list-style-type: none"> • Infektionen des Harntraktes oder der Prostata • Prostatavergrößerung • Nebenwirkung von Medikamenten • Abflussstauung • Gebärmutterensenkung • Neurogene Störungen
Reizblase	<u>Ätiologische Hinweise</u> <ul style="list-style-type: none"> • Neurologische Erkrankungen (Multiple Sklerose, Schlaganfall, Morbus Parkinson) • Tumore • Konkreme • Infektionen • Sexuelle oder psychische Traumata
Harnstrahlveränderung	<u>Prostataerkrankung</u> <ul style="list-style-type: none"> • Prostatahyperplasie • Harnröhrenstriktur

Als Arbeitshefte Klinisches Assessment Basiswissen sind bisher erschienen:



Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften

Gesundheit

Haus Adeline Favre
Katharina-Sulzer-Platz 9
8400 Winterthur

E-Mail info.gesundheit@zhaw.ch
Web www.zhaw.ch/gesundheit