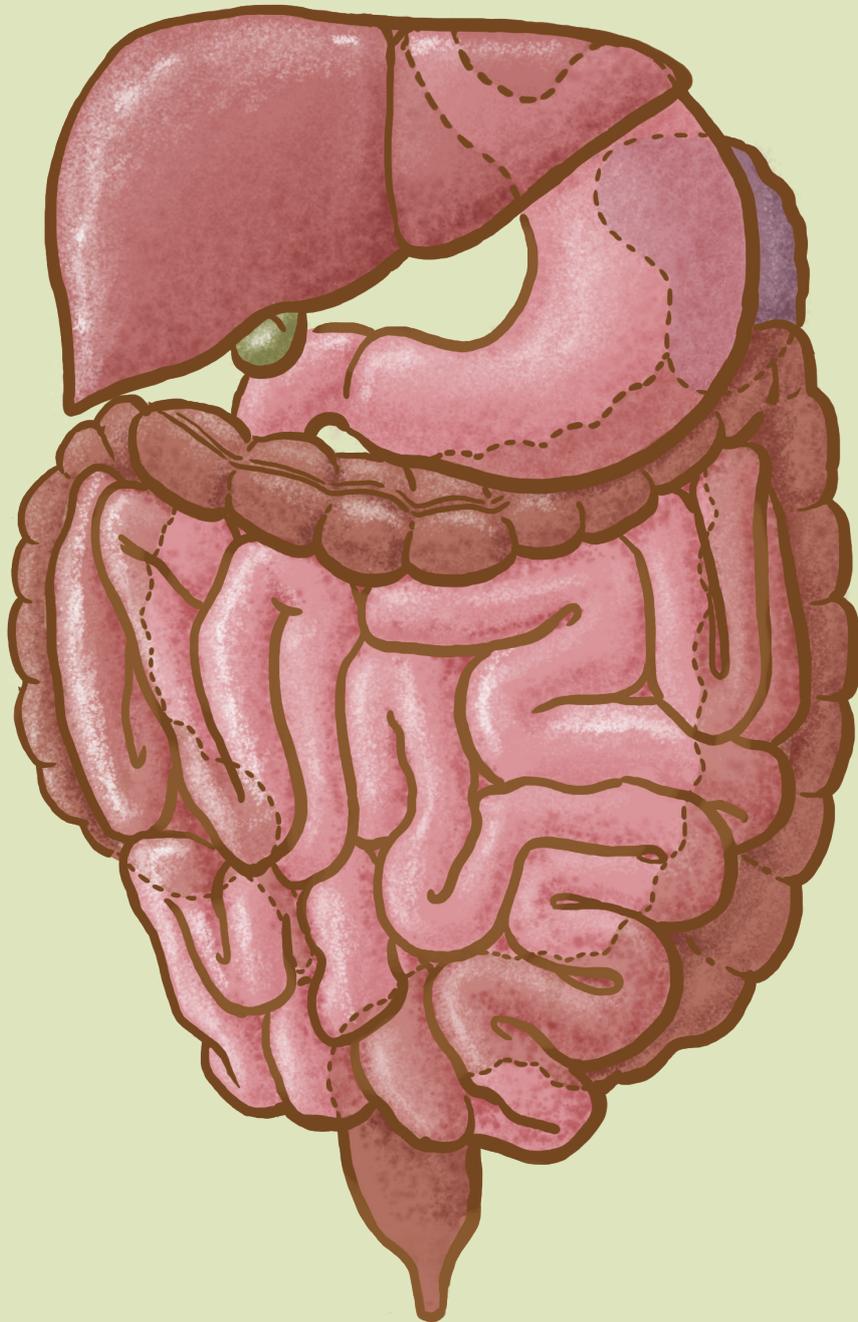


Klinisches Assessment Basiswissen
für Pflegefachpersonen und Hebammen

zh
aw **Gesundheit**



Arbeitsheft

Abdomen

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. Pflegewirtin, RN
Häusermann, Sara; MSc Palliative Care, 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
Heine, Michelle; MScN, RN
Heinrich, Ursula; MScN, RN
Keller-Senn, Anita; MScN, RN
Mc Crosky, Stephen; NP, RN
Musholt, Markus; MScN, RN
Pampaluchi, Reto; Dr. med.
Pérez Cortes, Francisca; MScN, RN
Rasche, Berthold; MScN, RN
Rieder, Evelyn; MScN, RN
Strasser-Peter, Barbara; Dr. med.
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

Essig, Ingrid, Winterthur, www.vinegar.ch

Titel

Klinisches Assessment Basiswissen für Pflegefachpersonen und Hebammen
Arbeitsheft Abdomen

1. Auflage, März 2023

© ZHAW Departement Gesundheit

ISBN 978-3-9525256-0-9

<https://doi.org/10.21256/zhaw-2443>

Editorial

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 Abdomen	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 abdominellen körperlichen Untersuchung	14
	4.3.2 Vorbereitung	14
	4.3.3 Untersuchungsablauf Abdomen	15
	A: Inspektion	15
	B: Auskultation	18
	C: Perkussion	19
	D: Palpation	20
	E: Zusätzliche Untersuchungen	21
5	Analyse	22
6	Plan	23
	6.1 Pflege: ISBAR-Beispiel Abdomen	24
	6.2 Hebammen: ISBAR-Beispiel Abdomen	25
7	Übersicht Terminologie	26
	Literaturverzeichnis	28
	Tabellenverzeichnis	29
	Illustrationsverzeichnis	30
	Anhang	31

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 Abdomen erheben, inklusive:
 - Grunddaten
 - Hauptbeschwerden
 - symptomfokussierter Anamnese anhand der Leitsymptome Abdomen
 - erweiterter Anamnese Abdomen
 - medizinischer Vorgeschichte
 - Familienanamnese
 - Sozialanamnese;
- führen eine systematische körperliche Untersuchung des Abdomens in folgender Reihenfolge durch und setzen Untersuchungshilfsmittel ein:
 - Allgemeinzustand (AZ)
 - Vitalzeichen (VZ), wichtige systemrelevante Parameter
 - Inspektion
 - Auskultation
 - Perkussion
 - Palpation;
- führen zusätzliche Untersuchungen durch, wie zum Beispiel Appendizitis-Zeichen;
- 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 (Arzt/Ärztin – 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 Schmerz im Abdomen
(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 genau haben Sie die Schmerzen? Sind die Schmerzen immer am gleichen Ort? Strahlen die Schmerzen in einen anderen Körperbereich aus?
2 Qualität / Charakter	Wie fühlt es sich an? Womit ist das Symptom vergleichbar? → Gesten, Körpersprache mit in Befragung einbeziehen	Können Sie beschreiben, wie der Schmerz sich anfühlt? Wenn nicht möglich: Fühlen sich die Schmerzen eher stechend, dumpf, drückend, brennend, ziehend oder kolikartig an? Ist es ein oberflächlicher oder tiefer Schmerz?
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 Schmerzes auf einer Skala von 0 bis 10 an, wobei 0 kein Schmerz und 10 der stärkste vorstellbare Schmerz bedeutet.
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>Schmerzbeginn:</u> Seit wann tritt der Schmerz auf? Unter welchen Umständen ist der Schmerz erstmalig aufgetreten bzw. tritt der Schmerz jetzt auf? Setzt der Schmerz plötzlich oder allmählich (Tage, Wochen) ein? <u>Schmerzdauer:</u> Wie lange hält der Schmerz an – Sekunden? Minuten? Stunden? Tage? Wochen? <u>Schmerzhäufigkeit und Periodik:</u> Wie oft spüren Sie den Schmerz? Ist der Schmerz anhaltend oder kommt und geht er?
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 haben den Schmerz ausgelöst? Was lindert den Schmerz? Wodurch tritt eine Besserung ein? Was verstärkt den Schmerz?
6 Begleitsymptome	Welche anderen Symptome oder Beschwerden sind vorhanden? Gibt es noch weitere Beschwerden? → Fieber, Erbrechen, Übelkeit, Obstipation, Diarrhoe etc.	Sind Ihnen im Zusammenhang mit den Bauchschmerzen noch weitere Beschwerden aufgefallen? Gegebenenfalls weitere Krankheitszeichen vorschlagen: Fieber, Erbrechen, Übelkeit, Stuhlverhalt, Durchfall.
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 Bauchschmerzes?

3.4 Erweiterte Anamnese Abdomen

Appetit / Gewichtsveränderungen

- Zunahme
- Abnahme

Nausea / Emesis

- Beginn, Häufigkeit und Dauer
- Auftrittszeitpunkt (nach dem Essen / Trinken?)
- Emesis: Menge, Farbe, Beimengung des Erbrochenen

Miktion

- Trinkmenge – wie viel?
- Zeitpunkt letzte Miktion, Menge?
- Schmerzen bei Miktion im Blasen- und Harnröhrenbereich
- Veränderung der Urinmenge, z. B. Poly-, Olig- und Anurie, Pollakisurie
- Veränderungen im Harnstrahl/Urinfluss, z. B. initiales Warten, schwacher Harnstrahl, Harntröpfeln, Harnstottern, unvollständige Blasenentleerung
- Harndrang, Harnverlust
- Inkontinenz (beim Husten, Gehen, Sporttreiben)
- Urinfarbe, z. B. wasserhell, hellgelb, dunkelgelb, rosa, rot, braun

Defäkation

- Frequenz, Farbe, Konsistenz (Bristol-Stuhlskala), Menge, Blut-, Schleim-, Eiter-, Fettbeimengungen erfassen
- Letzter Stuhlgang
- Schmerzen bei Defäkation

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

3.5 Medizinische Vorgeschichte

Vorerkrankungen

Operationen / Unfälle (z. B. Appendektomie)

Medikamente (Dosis, Einnahmeschema, Dauer, Grund)

- Mit oder ohne ärztliche Verordnung
- Komplementärmedizinische Massnahmen

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
- Erkrankungen
- 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)

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)
- Abruptio
- Totgeburt

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, 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

Tabelle 4

Körpermasse und Vitalzeichen (modifiziert nach Füssli & 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

Überblick Abdomen mit Organen

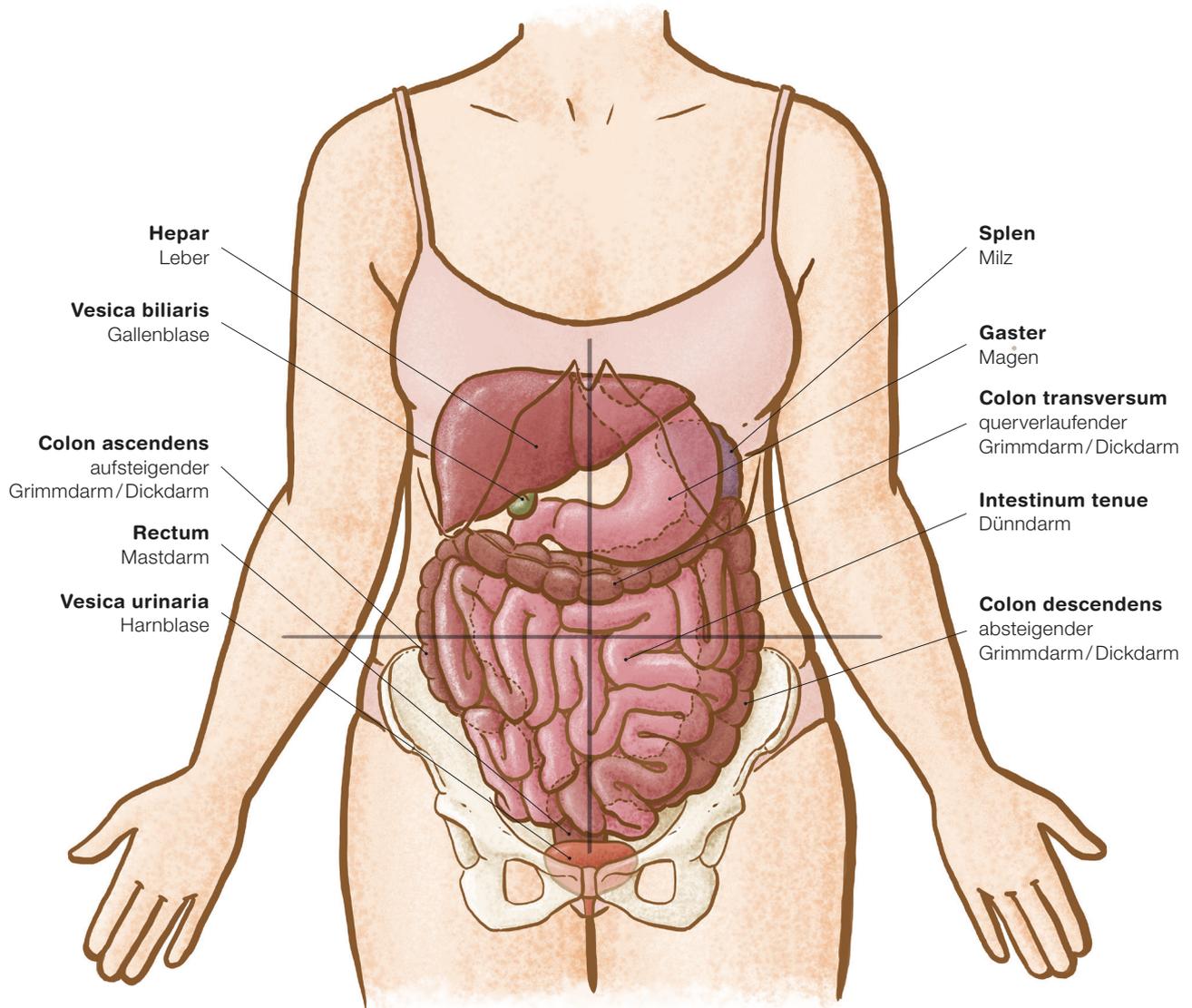


Illustration 2

Abdomen mit Organen in der 16. Schwangerschaftswoche

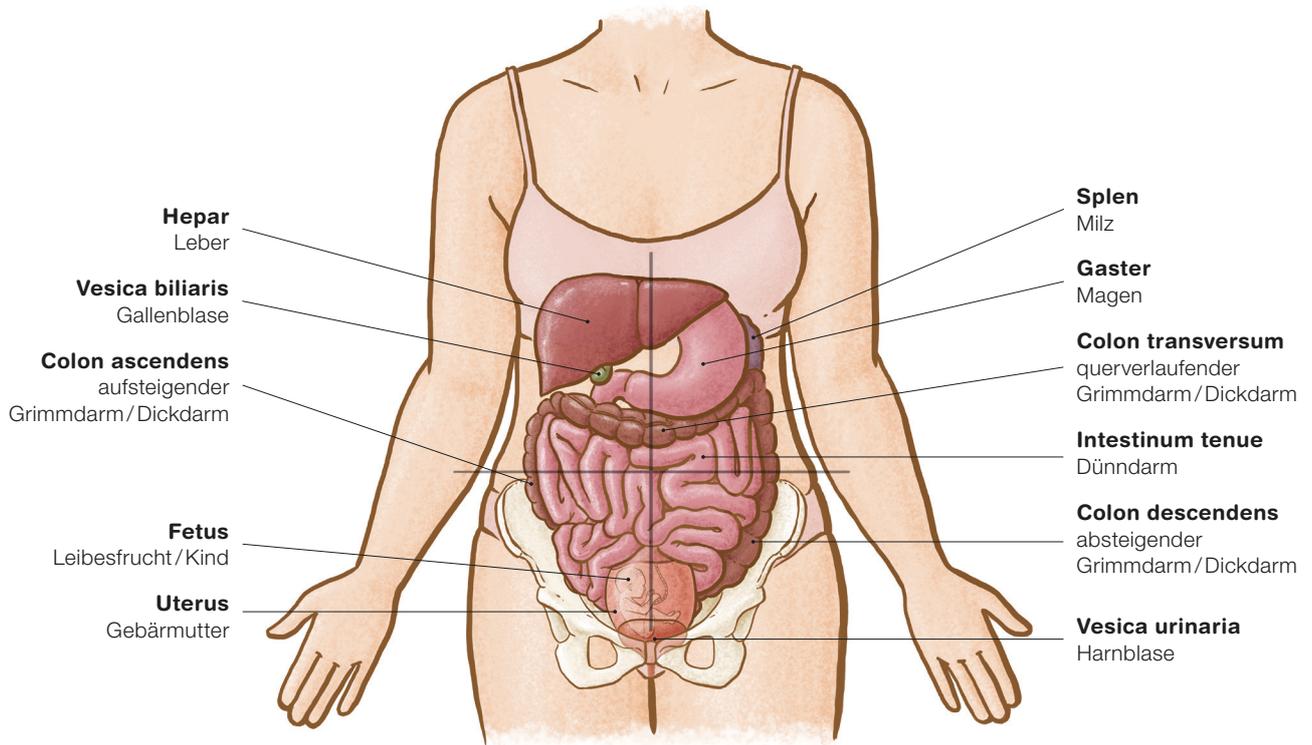
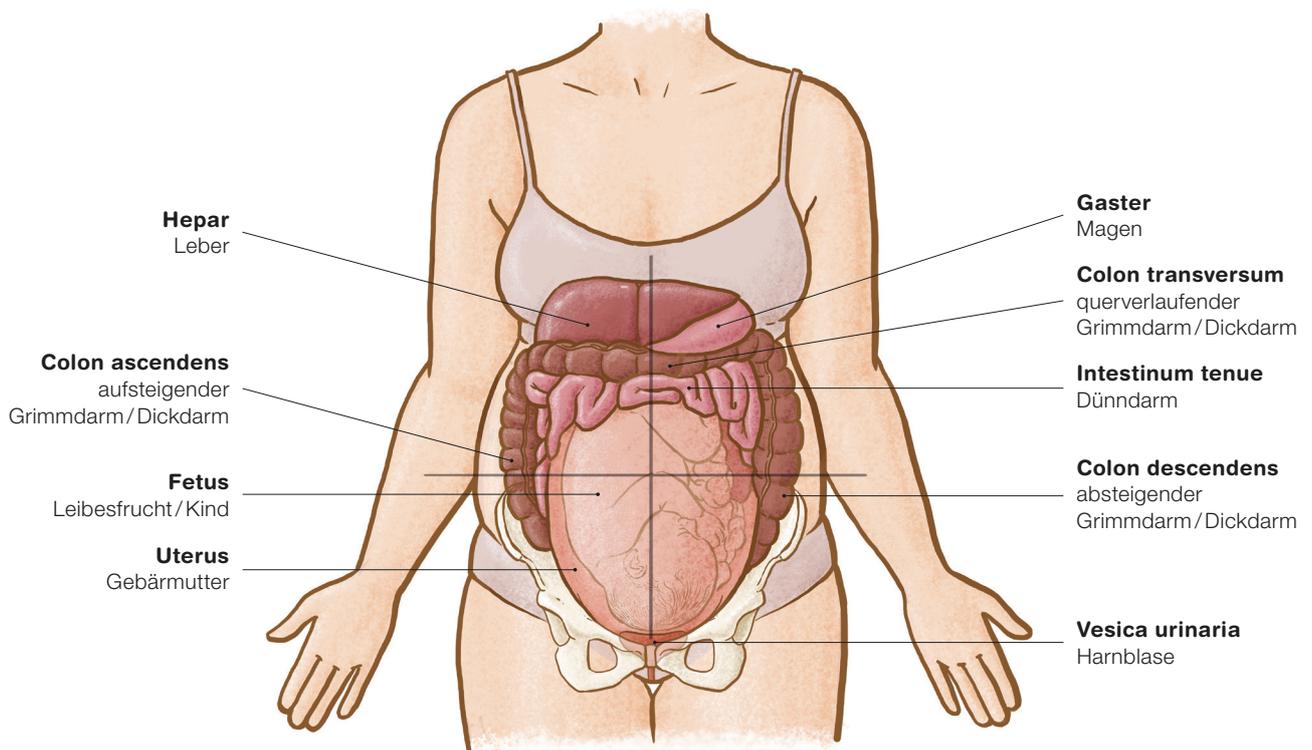


Illustration 3

Abdomen mit Organen in der 32.–34. Schwangerschaftswoche



4.3.1 Prinzipien der abdominellen körperlichen Untersuchung

1. Zu Beginn der Untersuchung stellt sich die/der Untersuchende vor und versucht, eine vertrauensvolle Beziehung mit der Patientin oder dem Patienten aufzubauen.
2. Das Einverständnis für die Untersuchung seitens der Patientin/des Patienten muss eingeholt werden.
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 das Abdomen der Patientin/des Patienten zur körperlichen 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 Füssli & Middeke, 2018)

Schritte	Beschreibung
Material	<ul style="list-style-type: none">• Handschuhe• Händedesinfektionsmittel• Holzspatel• Taschenlampe• Stethoskop• Tupfer• Messband• Waage
Lagerung Patientin/ Patient	<ul style="list-style-type: none">• Komfortable Rückenlage• Kopf mit kleinem Kissen erhöhen• Knie leicht angewinkelt, mit Knierolle oder kleinem Kissen unterstützen• Arme neben Oberkörper platzieren
Position der untersuchten Person	<ul style="list-style-type: none">• Rechts der Patientin/ des Patienten

4.3.3 Untersuchungsablauf Abdomen

Die körperliche Untersuchung wird in folgender Reihenfolge durchgeführt: (A) Inspektion, (B) Auskultation, (C) Perkussion und (D) Palpation. Die tiefe Palpation beeinflusst die Darmtätigkeit und wird deshalb im Unterschied zu den anderen Organsystemen am Schluss durchgeführt.

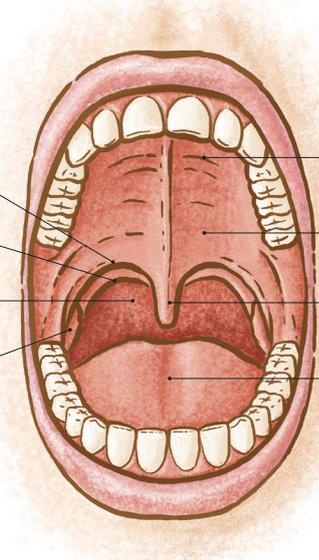
Die im Folgenden aufgeführten physiologischen und pathologischen Befunde sind beispielhaft; es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

A: Inspektion

Tabelle 6

Inspektion Abdomen (modifiziert nach Füessl & Middeke, 2018)

Untersuchung	Beschreibung	Befund (Beispiele) 😊 physiologisch 😞 pathologisch
Allgemeinzustand	Körperhaltung	<ul style="list-style-type: none"> 😊 entspannt, mit ruhiger Atmung 😞 unruhig, leidend, nach vorne gebeugt
	Mimik, Gestik	<ul style="list-style-type: none"> 😊 entspannt 😞 Hypomimie 😞 Hypermimie
	Ernährungszustand	<ul style="list-style-type: none"> 😊 eutroph 😞 kachektisch 😞 adipös
	Hydrierung / Hautturgor	<ul style="list-style-type: none"> 😊 hydriert 😞 dehydriert, stehende Hautfalten
	Hautkolorit	<ul style="list-style-type: none"> 😊 rosig 😞 ikterisch 😞 blass 😞 zyanotisch
Augen	Konjunktiven, Skleren	<ul style="list-style-type: none"> 😊 Konjunktiven: durchsichtig, glatt, feucht, gut durchblutet 😊 Skleren: weiss 😞 Konjunktiven/Skleren: rötlich, Gefässinjektion 😞 Skleren: ikterisch
Mund	Zunge	<ul style="list-style-type: none"> 😊 feucht 😊 rosig 😞 zyanotisch 😞 verkrustet 😞 Beläge abwischbar / nicht abwischbar
	Mundschleimhaut harter und weicher Gaumen, Mundboden, Wangen	<ul style="list-style-type: none"> 😊 feucht 😊 rosig 😞 trocken 😞 gerötet 😞 Beläge abwischbar / nicht abwischbar 😞 Ulzerationen

Untersuchung	Beschreibung	Befund (Beispiele) 😊 physiologisch 🙄 pathologisch
Mund	Ausatemluft / Geruch	<ul style="list-style-type: none"> 😊 geruchlos 🙄 Foetor ex ore
	Zähne	<ul style="list-style-type: none"> 😊 gepflegter Zahnstatus, entweder eigene Zähne oder Zahnersatz 🙄 lückenhaftes Gebiss, Karies, wackelnde Zähne, un gepflegter resp. schlecht sitzender Zahnersatz
	Zahnfleisch	<ul style="list-style-type: none"> 😊 rosig 😊 keine Schwellung 😊 feucht, glänzend 😊 keine Prothese-Druckstellen 🙄 Entzündungszeichen (z. B. Rötungen, Schwellungen) 🙄 weisse Beläge, abwischbar / nicht abwischbar 🙄 Prothese-Druckstellen
<p>Illustration 4 <i>Mund, Mundhöhle und Rachen</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="width: 45%;"> <p>Arcus palatoglossus vorderer Gaumenbogen</p> <p>Arcus palatopharyngeus hinterer Gaumenbogen</p> <p>Pharynx Rachen</p> <p>Tonsilla palatina Gaumenmandel</p> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;">  </div> <div style="width: 45%;"> <p>Palatum durum harter Gaumen</p> <p>Palatum molle weicher Gaumen</p> <p>Uvula Halszäpfchen</p> <p>Lingua Zunge</p> </div> </div>		
Hände	Farbe, Ödeme	<ul style="list-style-type: none"> 😊 rosig, keine Ödeme 🙄 blass 🙄 zyanotisch 🙄 Ödeme
Fingernägel	Farbe, Form	<ul style="list-style-type: none"> 😊 durchsichtig, zartrosa, glatte Oberfläche 🙄 Veränderung der Nagelfarbe (z. B. Nikotinspuren an Fingernägeln und Fingerhaut), Verformung (z. B. Uhrglasnägel)

Untersuchung	Beschreibung	Befund (Beispiele)	😊 physiologisch	☹ pathologisch	
Abdomen	Form	<ul style="list-style-type: none"> 😊 symmetrisch ☹ aufgetrieben, eingefallen ☹ Schwellungen im Bereich der Flanken 			
	Konturen	<ul style="list-style-type: none"> 😊 keine Vorwölbungen, glatte Konturen ☹ umschriebene Vorwölbung: Hernien (im Stehen prüfen), Tumoren ☹ generalisierte Vorwölbungen: Fett, Flüssigkeit, Fetus, Fäzes, Flatus, Tumoren (5F und 1T) 			
	Haut	Farbe	<ul style="list-style-type: none"> 😊 rosig, reizlos ☹ ikterisch ☹ Effloreszenzen 		
		Narben	<ul style="list-style-type: none"> 😊 keine Narben ☹ von Operation ☹ Narbenhernie 		
		Behaarung	<ul style="list-style-type: none"> 😊 geschlechterspezifische Behaarung ☹ vermehrte/verminderte Behaarung 		
	Gefäßzeichnung	<ul style="list-style-type: none"> 😊 nicht sichtbar ☹ Spider naevi 			
Umbilicus	<ul style="list-style-type: none"> 😊 konvex oder konkav, reizlos ☹ Hernie, Entzündung 				

B: Auskultation

Die Auskultation der Darmgeräusche erfolgt über allen vier abdominellen Quadranten in zwei bis drei Zyklen. Wenn keine Darmgeräusche auskultierbar sind, pro Quadrant bis zu einer Minute auskultieren. Beginn immer im schmerzarmsten Quadranten.

Tabelle 7

Auskultation Abdomen (modifiziert nach Füssli & Middeke, 2018)

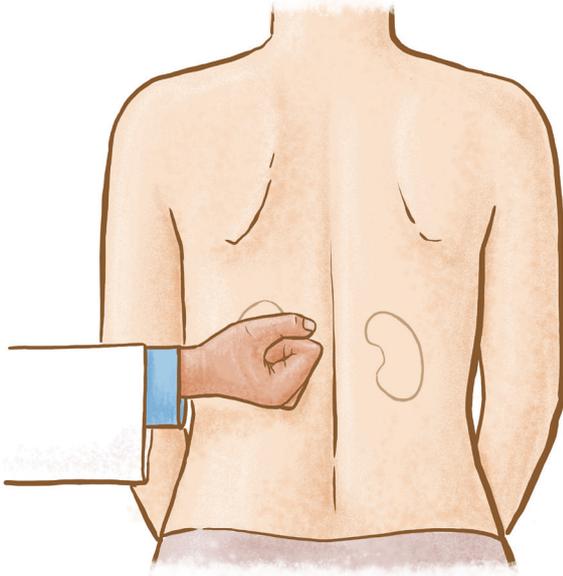
Untersuchung	Beschreibung	Befund (Beispiele) 😊 physiologisch 😞 pathologisch
Darmgeräusche	Über den vier abdominellen Quadranten auskultieren	<ul style="list-style-type: none">😊 Klick- und Gurgelgeräusche, lebhafte Darmgeräusche🌀 vermehrte Darmgeräusche😞 verminderte / fehlende Darmgeräusche😞 hochgestellte, metallisch klingende Darmgeräusche, spritzende Darmgeräusche

C: Perkussion

Die Perkussion des Abdomens beginnt im schmerzarmsten Quadranten.

Tabelle 8

Perkussion Abdomen (modifiziert nach Füessl & Middeke, 2018)

Untersuchung	Beschreibung	Befund (Beispiele) ☺ physiologisch ☹ pathologisch
Abdomen	Abdomen im Uhrzeigersinn kreisförmig perkutieren	<ul style="list-style-type: none"> ☺ tympanitischer Klopfeschall = paukenartige Geräusche über luftgefüllten Magen- und Darmbereichen ☹ gedämpfter Klopfeschall = «Schenkelschall» über allen Bereichen soliden Ursprungs (z. B. Organe, Tumore) und flüssigkeitsgefüllten Bereichen (z. B. Aszites)
Nierenloge	Direkte / indirekte Perkussion	<ul style="list-style-type: none"> ☺ kein Klopfeschmerz ☹ Klopfeschmerz
<p>Illustration 5 <i>Direkte Perkussion der Nierenloge</i></p> 		
Harnblase	Blasenfundus perkutieren zur Grössenbestimmung der Harnblase	☺ Klopfeschall ist gedämpft über gefüllter Blase

D: Palpation

Die Palpation des Abdomens beginnt im schmerzarmsten Quadranten.

Tabelle 9

Palpation Abdomen (modifiziert nach Füessl & Middeke, 2018)

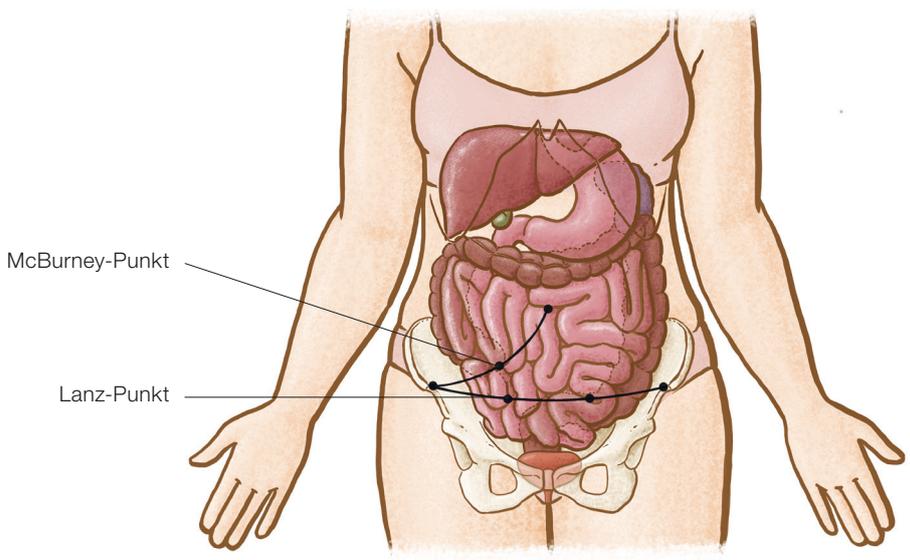
Untersuchung	Beschreibung	Befund (Beispiele) 😊 physiologisch ☹️ pathologisch
Oberflächliche Palpation	Einhändig leichte Palpation in allen vier Quadranten	
	Bauchdeckenspannung, Muskeltonus	😊 weich ☹️ hart, Abwehrspannung (Extremfall: bretthartes Abdomen)
	Zur Lokalisation von Schmerz	😊 keine Druckdolenz ☹️ Druckdolenz
Tiefe Palpation	Beidhändige tiefe Palpation in allen vier Quadranten	
	Pathologische Resistenzen	😊 physiologische Resistenzen (z. B. Stuhlwalze) 😊 keine Druckdolenz ☹️ Druckdolenz
	Organpalpation Harnblase mit gewölbter Hand: Beginn auf Höhe des Nabels in Richtung Os pubis	😊 leere Harnblase nicht tastbar ☹️ Harnblasenrand auf Nabelhöhe tastbar

E: Zusätzliche Untersuchungen

Je nach klinischem Bild können die nachfolgenden Zusatzuntersuchungen sinnvoll sein.

Tabelle 10

Spezielle Untersuchungen Abdomen (modifiziert nach Füessl & Middeke, 2018)

Untersuchung	Beschreibung	Lokalisation / Befund
Appendizitis-Zeichen	McBurney-Punkt	<ul style="list-style-type: none"> • Mitte der Verbindungslinie zwischen Spina iliaca anterior superior und Umbilicus • Druckdolenz in diesem Bereich kann ein Hinweis auf Appendizitis sein
	Lanz-Punkt	<ul style="list-style-type: none"> • Grenze zwischen dem rechten und mittleren Drittel der Verbindungslinie zwischen beiden Spinae iliaca anterior superior • Druckdolenz in diesem Bereich kann ein Hinweis auf Appendizitis sein
	<p>Illustration 6 <i>Appendizitis-Zeichen</i></p> 	
	Psoas-Zeichen	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzangabe beim Anheben des rechten Beines gegen Widerstand (Beugung im Hüftgelenk) kann ein Hinweis auf Appendizitis sein
Cholezystitis	<p>Murphy-Zeichen</p> <p>Druck mit gekrümmten Fingern medial der Medioclavicularlinie (MCL) unter den rechten Rippenbogen, gleichzeitig Patientin/Patient tief einatmen lassen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Klagt Patientin/Patient über Schmerzen und unterbricht sie/er reflektorisch die Inspiration, ist das Murphy-Zeichen positiv, dies kann ein Hinweis auf eine Cholezystitis sein

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

Für Teilnehmende der Weiterbildung bzw. Teilnehmende mit Berufserfahrung erfolgt nun die Generierung einer Hypothese durch Clinical Reasoning in 4 Schritten:

1. *Einschätzung*
2. *Organisation und Interpretation der Daten*
3. *Hypothesen bilden*
4. *Hypothesen soweit möglich testen*

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 11

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

<p>I Identifikation</p>	<p><u>Folgende Personen identifizieren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ich (Name, Funktion, Abteilung) • Ggf. Empfängerin/Empfänger (Mit wem spricht man?) • Patientin/Patient (Name, Geburtsdatum [Alter], ggf. Zimmernummer)
<p>S Situation</p>	<p><u>Aktuelle Situation</u></p> <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)
<p>B Background</p>	<p><u>Hintergrund</u></p> <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)
<p>A Assessment</p>	<p><u>Resultate der subjektiven und objektiven Datensammlung</u></p> <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?
<p>R Recommendation</p>	<p><u>Erfordernisse</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dringlichkeitseinschätzung • Eigenes Anliegen an Empfängerin/Empfänger formulieren • Mit Empfängerin/Empfänger weiteres Vorgehen abklären

6.1 Pflege: ISBAR-Beispiel Abdomen

ISBAR-Beispiel aus dem Bereich Notfall: Eine Pflegefachperson ruft nach einer symptomfokussierten Anamnese und abdominellen Untersuchung den ärztlichen Dienst an.

Tabelle 12

Pflege: ISBAR-Beispiel Abdomen

<p>I Identifikation</p>	<p>«Hier spricht Ruth Steiner, Pflegefachfrau vom Notfall. Spreche ich mit Herrn Müller? Ich rufe an wegen Patientin Anna Keller, geboren am 12.11.1958 [Alter].»</p>
<p>S Situation</p>	<p>«Anamnestisch klagt Frau Keller über starke Schmerzen im rechten Unterbauch.»</p>
<p>B Background</p>	<p>«Sie hat eine Hypothyreose und Depressionen. Sie nimmt Levothyroxin® 1 × 50 µg und Citalopram® 1 × 20 mg. Es sind keine Allergien bekannt. Es wurde noch keine Diagnostik vorgenommen.»</p>
<p>A Assessment</p>	<p>«Die Schmerzen im rechten Unterbauch haben gestern früh akut eingesetzt, haben seither an Intensität zugenommen. Derzeit gibt sie einen NRS von 8 an, nach Einnahme von 1 g Paracetamol® vor zwei Stunden. Die Schmerzen sind konstant und lagerungsunabhängig. Begleitsymptome sind Fieber und Nausea. Frau Keller ist wach, orientiert mit leicht reduziertem Allgemeinzustand. Der Blutdruck ist 123/63 mmHg, sie ist leicht tachykard mit 102 Spm und febril 38.4 °C oral, die Atemfrequenz ist 20 AF/Min. Frau Keller ist 175 cm gross und wiegt 85 kg. Das Abdomen ist symmetrisch und die Darmgeräusche sind spärlich. Es besteht Abwehrspannung über dem rechten Unterbauch und Druckdolenz im rechten unteren Quadranten. Sie hat Schmerzen über dem McBurney-Punkt.»</p>
<p>R Recommendation</p>	<p>«Die Situation scheint dringlich zu sein (Priorität 1). Könnten Sie bitte innerhalb der nächsten Stunde vorbeikommen? Dürfte ich bereits eine Analgesie-Verordnung für Frau Keller haben?»</p> <p><i>Für Teilnehmende der Weiterbildung bzw. Teilnehmende mit Berufserfahrung:</i></p> <p>«Die Situation bedarf aus meiner Sicht einer Abklärung innerhalb der nächsten Stunde (Dringlichkeit 2), können Sie innerhalb dieser Zeit vorbeikommen? Bei meiner Arbeitshypothese besteht der Verdacht einer Appendicitis, oder eine gynäkologische Problematik. Kann ich bereits eine Analgesie-Verordnung für Frau Keller haben, z. B. ein Dafalgan® 1g? Soll ich schon eine Infusion legen mit Abnehmen der Infektparameter, der Nieren- und Leberwerte?»</p>

6.2 Hebammen: ISBAR-Beispiel Abdomen

ISBAR-Beispiel aus dem Gebärsaal: Eine Hebamme/Studentin ruft nach einer symptomfokussierten Anamnese und abdominellen Untersuchung den ärztlichen Dienst an.

Tabelle 13

Hebammen: ISBAR-Beispiel Abdomen

I Identifikation	«Hier spricht Janine Kurz, Hebamme/Studentin aus dem Gebärsaal. Spreche ich mit Dr. Müller? Ich rufe wegen Patientin Maria Levi, geboren am 17.09.2000 [Alter], IV Grav/III Para in der 30+3. SSW, im Gebärsaal 3, an.»
S Situation	«Frau Levi ist notfallmässig mit Oberbauchschmerzen in den Gebärsaal eingetreten.»
B Background	«Sie hat keine bekannten Vorerkrankungen. Der bisherige Schwangerschaftsverlauf war unauffällig. Anamnestisch bestehen keinerlei Vorerkrankungen. Sie hatte eine Tonsillektomie mit 8 Jahren. Es sind keine Allergien bekannt. Sie ist Nichtraucherin und trinkt keinen Alkohol. Sie hat dreimal spontan und komplikationslos in der 40. SSW geboren.»
A Assessment	«Die Schmerzen im Oberbauch haben plötzlich am Morgen eingesetzt und werden fortan intensiver. Sie gibt aktuell einen NRS von 7 an. Die Schmerzen sind gürtelförmig und strahlen in den Rücken aus. Frau Levi gibt ausserdem Übelkeit an und hat einmalig erbrochen. Frau Levi ist wach, orientiert, aber sehr beunruhigt. Sie ist tachykard 92 Spm, rhythmisch, und febril 38.7 °C axillär, der Blutdruck ist hypoton 90/60 mmHG, Atmung 24 AF/Min., 70 kg, 160 cm. Das Abdomen ist symmetrisch, gebläht, Darmgeräusche sind vermindert vorhanden. Es zeigt sich eine Abwehrspannung und starke Druckdolenz. Ein CTG ist geschrieben und die FHF beträgt 140 Spm, eingeengt-undulatorisch mit sporadischen Akzelerationen, keine Dezelerationen, keine Wehentätigkeit.»
R Recommendation	«Die Situation ist dringlich (Priorität 1). Ich bitte um schnellstmögliche Abklärung.»

7 Übersicht Terminologie

Nachfolgend eine Terminologie-Übersicht zum Rapport bzw. zur Dokumentation der Untersuchungsbefunde des Abdomen.

Tabelle 14

Übersicht Terminologie der Untersuchungsbefunde des Abdomen (modifiziert nach Füessl & Middeke, 2018)

Untersuchung	Physiologische Befunde (Beispiele)	Pathologische Befunde (Beispiele)
Inspektion	<u>Allgemeinzustand</u> <ul style="list-style-type: none"> entspannt mit ruhiger Atmung Mimik entspannt eutropher Ernährungszustand Hautturgor: hydriert Hautkolorit: rosig 	<u>Allgemeinzustand</u> <ul style="list-style-type: none"> unruhig, leidend Hypermimie/Hypomimie adipöser/kachektischer Ernährungszustand Hautturgor: dehydriert Hautkolorit: anämisch/ikterisch, zyanotisch
	<u>Augen</u> <ul style="list-style-type: none"> Konjunktiven; rosig, durchsichtig, feucht Skleren: weiss 	<u>Augen</u> <ul style="list-style-type: none"> Konjunktiven: rötlich, Gefässinjektion Skleren: ikterisch
	<u>Mund</u> <ul style="list-style-type: none"> feucht, rosig, keine Beläge, geruchlos, gepflegter Zahnstatus keine Prothesedruckstellen sichtbar 	<u>Mund</u> <ul style="list-style-type: none"> Zunge verkrustet mit Ulzerationen, Schleimhäute Wangentaschen beidseits stark gerötet, Foetor ex ore, lückenhaftes Gebiss Prothesedruckstellen sichtbar
	<u>Hände</u> <ul style="list-style-type: none"> keine Ödeme 	<u>Hände</u> <ul style="list-style-type: none"> Ödeme
	<u>Fingernägel</u> <ul style="list-style-type: none"> rosig, glatte Oberfläche 	<u>Fingernägel</u> <ul style="list-style-type: none"> Uhrglasnägel
	<u>Abdomen</u> <ul style="list-style-type: none"> Form: schlanker Körperbau, generell symmetrisch Konturen: keine umschriebenen Vorwölbungen/Einziehung Haut: rosig, reizlos Gefässzeichnung: keine sichtbar Umbilicus: unauffällig 	<u>Abdomen</u> <ul style="list-style-type: none"> Form: adipöse Bauchdecke, generell aufgetrieben Konturen: Vorwölbung links Leistenbereich (Hernie?) 2 cm x 6 cm, keine Einziehung Haut: ikterisch Gefässzeichnungen: Spider naevi in allen vier Quadranten Umbilicus: verstrichen, Vorwölbung

Untersuchung	Physiologische Befunde (Beispiele)	Pathologische Befunde (Beispiele)
Auskultation	<u>Darmgeräusche</u> <ul style="list-style-type: none"> • lebhaft, leise / laute Darmgeräusche über allen vier Quadranten • gurgelnd, plätschernd 	<u>Darmgeräusche</u> <ul style="list-style-type: none"> • zu lebhaft oder vermindert • seltene, hochgestellte = metallene leise Darmgeräusche • keine Darmgeräusche über allen vier Quadranten
Perkussion	<u>Abdomen</u> <ul style="list-style-type: none"> • über allen vier Quadranten physiologischer, teils tympanitischer, teils gedämpfter Klopfeschall 	<u>Abdomen</u> <ul style="list-style-type: none"> • über allen vier Quadranten Abdomen vermehrt tympanitischer Klopfeschall
	<u>Nierenloge</u> <ul style="list-style-type: none"> • Nierenlogen beidseits ohne Klopfeschmerz (klopfindolent) 	<u>Nierenloge</u> <ul style="list-style-type: none"> • linke Nierenloge mit deutlichem Klopfeschmerz (klopfdolent), rechte Seite kein Klopfeschmerz
Palpation (oberflächlich und tief)	<ul style="list-style-type: none"> • oberflächliche und tiefe Palpation über allen vier Quadranten weich, keine pathologischen Resistenzen • keine Druckdolenz / indolent über allen vier Quadranten 	<ul style="list-style-type: none"> • Abwehrspannung über allen vier Quadranten • diffuse Druckdolenz im rechten unteren Quadranten
Spezielle Untersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> • McBurney- und Lanz-Punkt indolent • Psoas-Zeichen negativ • Murphy-Zeichen negativ 	<ul style="list-style-type: none"> • McBurney- und Lanz-Punkt stark druckdolent • Psoas-Zeichen positiv • Murphy-Zeichen positiv

Literaturverzeichnis

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

Marshall, S., Harrison, J., & Flanagan, B. (2009). The teaching of a structural tool improves the clarity and content of inter professional clinical communication. *Quality and Safety in Health Care*, 18(2), 137–140.

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.

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: SOAP-Elemente
- Tabelle 2: Symptomfokussierte Anamnese des jetzigen Leidens am Beispiel Schmerz im Abdomen
- Tabelle 3: Allgemeiner Eindruck
- Tabelle 4: Körpermasse und Vitalzeichen
- Tabelle 5: Vorbereitung der körperlichen Untersuchung
- Tabelle 6: Inspektion Abdomen
- Tabelle 7: Auskultation Abdomen
- Tabelle 8: Perkussion Abdomen
- Tabelle 9: Palpation Abdomen
- Tabelle 10: Spezielle Untersuchungen Abdomen
- Tabelle 11: ISBAR-Rapportschema
- Tabelle 12: Pflege: ISBAR-Beispiel Abdomen
- Tabelle 13: Hebammen: ISBAR-Beispiel Abdomen
- Tabelle 14: Übersicht Terminologie der Untersuchungsbefunde des Abdomen
- Tabelle 15: Leit- und Begleitsymptome Abdomen

Illustrationsverzeichnis

- Illustration 1: Überblick Abdomen mit Organen
- Illustration 2: Abdomen mit Organen in der 16. Schwangerschaftswoche
- Illustration 3: Abdomen mit Organen in der 32.–34. Schwangerschaftswoche
- Illustration 4: Mund, Mundhöhle und Rachen
- Illustration 5: Direkte Perkussion der Nierenloge
- Illustration 6: Appendizitis-Zeichen

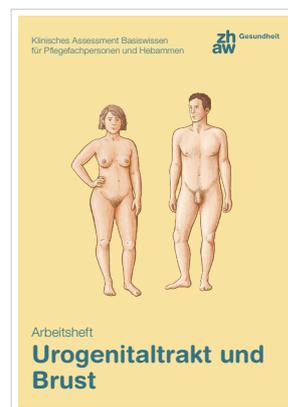
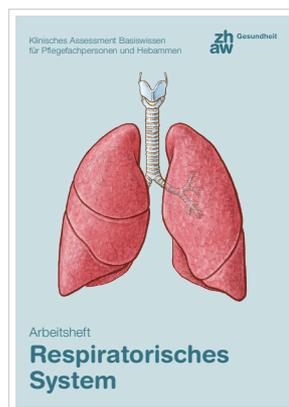
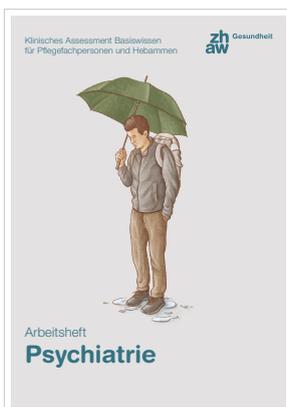
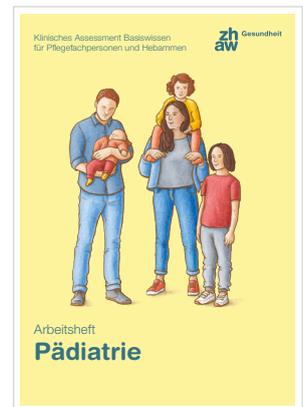
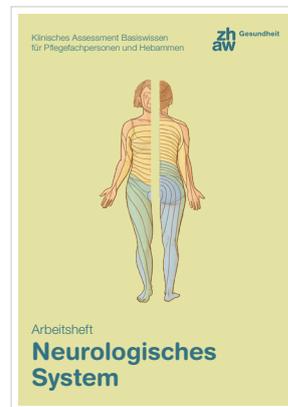
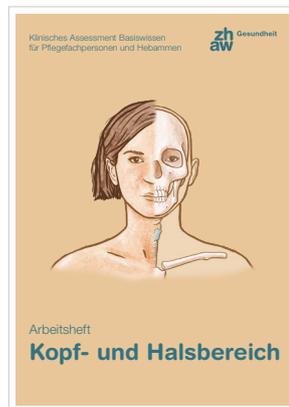
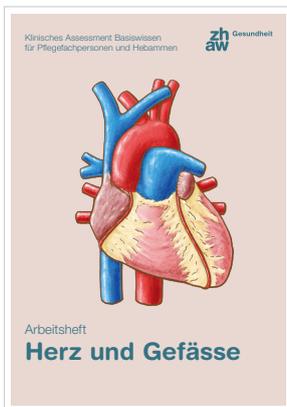
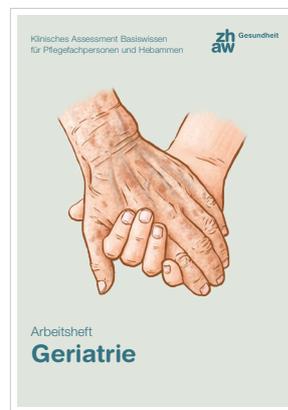
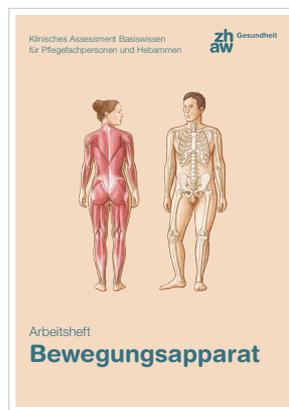
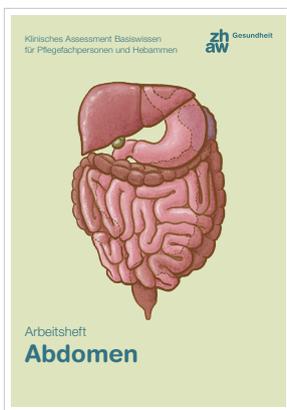
Anhang

Tabelle 15

Leit- und Begleitsymptome Abdomen (modifiziert nach Füssli & Middeke, 2018)

Leit- und / oder Begleitsymptome	Ätiologische Hinweise, zusätzliche Anamnesefragen
Dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Neben intraabdominellen Ursachen auch weitere Gründe für Bauchschmerzen in Erwägung ziehen, z. B. Lungenembolie, Myokardinfarkt, Frakturen • Ausstrahlung kann Hinweise geben, z. B. Ausstrahlung in die rechte Schulter bei Gallenblasen-Problemen • Korrelation zwischen Psyche und Darmbeschwerden beachten: Daher psychische und psychosoziale Eckdaten (z. B. Stress, Grundstimmung) mit erheben
Nausea Emesis	<ul style="list-style-type: none"> • Nausea, z. B. ätiologischer Hinweis auf Schleimhautirritation, Motilitätsstörung, intestinale Obstruktion oder peritoneale Reizung • Emesis: Menge, Farbe, Beimengung des Erbrochenen erheben • Nausea/Emesis: abhängig von Essen/Trinken, z. B. immer nach dem Essen
Sodbrennen Singultus	<ul style="list-style-type: none"> • Sodbrennen: Hinweis auf Refluxerkrankungen • Singultus: Oft nach dem Essen, Hinweis auf Luftverschlucken oder Hiatusgleithernie
Dysphagie	<ul style="list-style-type: none"> • Dysphagie: Hinweis auf Ösophaguserkrankung • Auftreten bei Schädigungen des Nervus vagus oder des Hirnstammes
Dyspepsie Meteorismus Flatulenz	<ul style="list-style-type: none"> • Motilitätsstörungen Darm, Enteritis, Nahrungsmittel, Nahrungsmittelunverträglichkeit • Enteritis, Fisteln, Ulkus, Gallensteine
Miktion	<ul style="list-style-type: none"> • Trinkmenge – wie viel? • Letzte Miktion, Menge? • Schmerzen bei Miktion im Blasen- und Harnröhrenbereich • Veränderung der Urinmenge, z. B. Poly-, Olig- und Anurie, Pollakisurie • Veränderungen im Harnstrahl/Urinfluss, z. B. initiales Warten, schwacher Harnstrahl, Harntröpfeln, Harnstottern, unvollständige Blasenentleerung • Harndrang • Inkontinenz (beim Husten, Gehen, Sporttreiben) • Blut im Urin
Defäkation	<ul style="list-style-type: none"> • Frequenz, Farbe, Konsistenz (Bristol-Stuhlskala), Menge, Blut-, Schleim-, Eiter-, Fettbeimengungen erfassen • Letzter Stuhlgang • Obstipation (Stuhlgang seltener als 1 × alle 3 Tage) • Diarrhoe (Stuhlgewicht > 200 g/Tag, Stuhlfrequenz > 3 ×/Tag) • Appetit
Gewichts- veränderungen	<ul style="list-style-type: none"> • Zunahme • Verlust

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