

JOURNAL FÜR MENOPAUSE

Medizin für die Frau

Journal für Menopause 2007; 14 (4) (Ausgabe für Schweiz), 17-22

Homepage:

www.kup.at/menopause

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Therapie menopausaler Symptome

Mediziner vertrauen der Hormonersatztherapie



Anlässlich des Weltmenopausetages am 18. Oktober 2007 informierte die Internationale Menopause Gesellschaft (IMS) in Zürich über die neuesten Forschungsergebnisse und Empfehlungen zur Hormonersatztherapie im Rahmen einer internationalen Pressekonferenz.

Eingangs befasste sich Dr. med. David Sturdee, Generalsekretär der IMS, mit der jüngsten historischen Entwicklung und dem aktuellen Management postmenopausaler Probleme. Noch im Jahr 1994 empfahlen die Guidelines des American College of Physicians die Hormonersatztherapie (HRT) praktisch jeder betroffenen Frau eine solche Therapie; Frauen mit Koronarerkrankungen sollten darüber hinaus besonders profitieren.

Bekanntermassen wurden später die ersten Resultate der Women's Health Initiative veröffentlicht (2002). Diese zeigte ein erhöhtes Risiko für koronare Herzkrankungen (+29%), Insult (+41%) und PE (+113%) und ebenso ein erhöhtes Risiko für ein invasives Mammakarzinom (+26%) unter einer HRT. Vorteile ergaben sich bei der Zahl der Hüftfrakturen (-34%), vertebralen Frakturen (-34%) sowie beim kolorektalen Karzinom (-37%).

Nach einem ersten Schock zeigten weitere Analysen der Ergebnisse auch in Hinblick auf die rekrutierten Teilnehmerinnen ein differenzierteres Bild. Dazu erklärte Sturdee: Problematisch war zum einen die Studienpopulation, die untersucht wurde – die Teilnehmerinnen waren zwischen 50 und 79 Jahren (mittleres Alter: 63,2 Jahre), also relativ alt und deutlich vom Beginn der Menopause entfernt, zum anderen wurde die HRT hoch dosiert verabreicht. Signifikant

wurde das ein erhöhtes Risiko für koronare Herzkrankungen unter einer HRT im Zeitraum von mehr als 20 Jahren nach der Menopause. Bei Brustkrebs zeigte sich, dass Frauen, die vor der Studienteilnahme keine HRT erhalten hatten, nicht mit einem erhöhten Risiko konfrontiert waren. Die Studie liess also offen, welche Implikationen eine HRT für jüngere postmenopausale Frauen hat, bei denen die Therapie zur Behandlung postmenopausaler Symptome eingesetzt wird.

Million Women Study

Ein weiterer Puzzlestein ist die Million Women Study, die in Grossbritannien durchgeführt wurde und an der Frauen zwischen 50 und 64 Jahren teilnahmen. Diese wurden 5,2 Jahre lang beobachtet. Sie wurden zu Lebensstil, medizinischen Problemen und HRT-Verwendung befragt und zur Mammographie eingeladen. Es zeigte sich ein erhöhtes relatives Risiko für das Auftreten von Brustkrebs bei Einsatz einer HRT – dieses lag zwischen 1,3 und 2; je nachdem, welche HRT verwendet worden war.

Doch auch bei dieser Studie bleiben Fragen offen, denn Brustkrebs wurde bereits durchschnittlich 1,2 Jahre nach der Rekrutierung diagnostiziert; zudem war die mittlere Zeit bis zum Tod durch Brustkrebs 1,7 Jahre. Also sehr kurze Zeiträume – rein biologisch gesehen ist dies nicht plausibel, so Sturdee. Zudem sank im

Untersuchungszeitraum die Inzidenz für Brustkrebs – was zu einem Bias führt.

Medienhype – von der Hysterie zum Realismus

Die jeweiligen Veröffentlichungen führten weltweit zu massiven Reaktionen in der Presse – teilweise sogar zu einer Verdammung der HRT. Doch seit 2004 wird die HRT auch von Publikumsmedien wieder deutlich differenzierter gesehen, so Sturdee. Denn der Benefit, postmenopausale Beschwerden relativ einfach bekämpfen zu können, überwiegt. Das Timing ist der Schlüssel zum Einsatz geworden und die vorschnellen Schlüsse aus den vorliegenden Studien wurden auch von der Laienpresse relativiert.

Sturdee führte weitere Analysen ins Treffen, es würde den Rahmen des Berichtes jedoch sprengen all diese historischen Umstände darzulegen, da noch die Frage beantwortet werden soll: Wie sehen die derzeitigen Trends zum Einsatz der HRT aus? Wie wird diese von Ärzten gesehen und eingesetzt? Dazu wurde eine neue Studie der Internationalen Menopause Gesellschaft präsentiert.

Neue Studie der Menopausegesellschaft zur HRT

Nach Veröffentlichung der WHI zeigten sich Mediziner durchaus besorgt, besonders ausgeprägt war dies in Spanien und den USA der Fall. In Italien, Grossbri-

tannien und Deutschland nahmen die Verschreiber das Problem zwar wahr – sie betrachteten die Resultate aber als eher weniger besorgniserregend. Dies spiegelt auch die Verschreibepaxis wider – diese hat sich am stärksten in Spanien und den USA geändert und weniger in den anderen Ländern.

In diesem Lichte wurde eine Studie von Taylor Nelson Sofres durchgeführt, die zeigt, dass Ärzte nach wie vor in die HRT Vertrauen haben und diese als „wirksamste Therapie zur Behandlung von menopausalen Symptomen“ betrachten. Die Untersuchung gewährt einen interessanten Einblick in die Erfahrungen von Allgemeinpraktikern, Gynäkologen und Hebammen aus sechs verschiedenen Ländern (Grossbritannien, Frankreich, Deutschland, Polen, Schweden und USA). Trotz der oben genannten negativen Medienberichterstattung zu Studien wie der „WHI“ und der „Million Women Study“ sind die befragten Ärzte der Meinung, dass die Vorteile der HRT gegenüber den Risiken überwiegen. Bezeichnend ist die Angabe der Ärzte, dass sie diese Therapie ohne zu zögern auch ihren eigenen Freunden verschreiben würden, ebenso, wie sie sie bei Bedarf auch bei sich selbst anwenden würden.

Die Untersuchung der Internationalen Menopause Gesellschaft wurde in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. med. Martin H. Birkhäuser durchgeführt. Sie hatte zum Ziel, zu untersuchen, inwieweit medizinisches Fachpersonal durch die breite negative Berichterstattung zur HRT, insbesondere nach Publikation der WHI-Studie beeinflusst wurde. Es wurde weiters untersucht, inwieweit diese Personen mit der HRT als wirksame Behandlung gegen menopausale Symptome zufrieden sind und wie ihre Kenntnisse über Dosierung und Dauer der HRT basierend auf den neuesten Richtlinien der IMS sind.

Detailergebnisse der Befragung

Mehr als drei Viertel aller befragten Ärzte (78%) waren der Meinung, dass die negative Berichterstattung in den Medien ungerechtfertigt sei. 90% waren der Ansicht, dass bei dieser Therapie die Vorteile gegenüber den Risiken bei den entsprechenden Patienten überwiegen. Wei-

ters sind 97% der Ärzte überzeugt, dass die Mehrheit ihrer Patientinnen von der HRT gesundheitlich profitiert.

Die Befragung zeigt auch, dass die Menopause für die Frauen ein bedeutender Einschnitt ist. 98% der Ärzte stimmen dem Umstand zu, dass die Menopause die Lebensqualität ihrer Patientinnen erheblich beeinflusst. Am stärksten wurde der negative Einfluss auf das Sexualleben (94%), das Berufsleben (94%) und die Beziehung (94%) erachtet; ebenso wird das Familienleben (91%) beeinflusst. Auf Hobbys und Freizeit hingegen wird der Einfluss mit nur (67%) als geringer erachtet.

Zur Behandlung der Wechseljahresbeschwerden wurde die HRT als wirkungsvolle Therapie beurteilt. Als Hauptgründe zur Verschreibung wurden die Möglichkeit zur generellen Verbesserung der menopausalen Beschwerden (48%), die günstige Auswirkung auf die Lebensqualität der Patientin (46%) sowie der Umstand, dass der Nutzen die Risiken überwiegt (26%), angegeben.

Dazu Professor Martin H. Birkhäuser von der Internationalen Menopause Gesellschaft und Leiter der Abteilung Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin am Frauenspital in Bern, Schweiz: „Die Resultate waren wirklich überraschend. Wir haben zwar immer gehofft, dass eine gute klinische Praxis sowie das Wissen um die echte Datenlage und den wirklichen Sachverhalt schlussendlich Überhand gewinnen würden. Aber es wurden rund um diese Studien so viele irreführende Schlussfolgerungen gezogen. Diese haben sich auf den ganzen Bereich der Menopausebehandlung und des Menopausemanagements sehr nachteilig ausgewirkt. Insofern ist es äusserst ermutigend, dass bei den befragten Ärzten übereinstimmend ein so hohes Vertrauen in die HRT festgestellt wurde.“

Die neuesten Empfehlungen der IMS lauten, dass die Östrogen- und Gestagenkomponenten im Rahmen der HRT auf die tiefstmögliche, wirksame Dosis zu reduzieren sind. Im Durchschnitt gaben vier von fünf befragten Ärzten (82%) an, dass sie diese neuesten Empfehlungen

kennen. Dies zeigt, dass sich die neue Einstellung zur HRT definitiv durchsetzt. Die Untersuchung zeigt weiter, dass 91% der Ärzte der Meinung sind, dass die tiefstmögliche Dosis an Östrogen und Gestagen die optimale Dosis für die HRT ist.

Dazu Amos Pines, Präsident der IMS: „Es ist sehr ermutigend zu sehen, dass das medizinische Fachpersonal immer noch Vertrauen in diese Therapie setzt. Die Resultate der WHI-Studie wurden fälschlicherweise auf die gesamte postmenopausale Bevölkerung ausgelegt, was zu einer bedeutenden Veränderung der Empfehlungen und Richtlinien rund um die HRT führte. Aus unserer Sicht können Frauen nun versichert sein, dass die Östrogen- und Gestagen-Therapie sicher ist, wenn diese gleich zu Beginn der Menopause begonnen wird. Die HRT hat das Potenzial, die Lebensqualität von Frauen, die unter menopausalen Symptomen leiden, positiv zu beeinflussen und zudem deren Risiko an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und vorzeitigem Tod zu reduzieren.“

Fazit

Die Veröffentlichung der Studienresultate kommt 5 Jahre nach der Publikation der WHI-Studie im Jahre 2002 und liefert eine viel versprechende Momentaufnahme zur aktuellen Einstellung und zum aktuellen Verständnis des medizinischen Fachpersonals bezüglich HRT. Sie zeigt, dass 96% der Ärzte sich, der Familie oder Freunden eine HRT verschreiben würden. Der Grund: Die positiven Aspekte der HRT zur Bekämpfung postmenopausaler Symptome überwiegen die Risiken.

Bericht:
Christian Fexa

Quelle:
HRT and the Menopause:
Time for Re-Evaluation,
World Menopause Day Media Briefing,
9. Oktober 2007,
Zürich
fch070417

90 Jahre Orion Pharma – Schweizer Niederlassung setzt auf neue Geschäftsbereiche

Die Orion Pharma wurde am 18. September 1917 in Helsinki gegründet. Was 1917 in Finnland begann, ist heute ein wichtiger Player in den Geschäftsbereichen Pharmazeutika und Diagnostika. Das Unternehmen stellt jährlich 7,6 Millionen Packungen her und verfügt über eine moderne Forschungsabteilung. In den hoch spezialisierten Pharmamärkten ist Orion mit einigen Produkten Marktführer. Zu den bekanntesten Medikamenten gehören die Antiparkinsonika Comtan und Stalevo.

In der Schweiz hat sich Orion Pharma vor allem durch ihre Menopausepalette mit Indivina und Divigel einen Namen gemacht. Zudem weist sie ein breites Angebot von Diagnostika, Instrumenten und Pharmazeutika für die Gynäkologie auf.

Neuer Vertrieb von Onkologika und Preissenkungen

Die Niederlassungen ausserhalb Finnlands wachsen stark und

bauen ihre Leistungen permanent aus. Nachdem Beat Wiesli die Geschäftsleitung der Schweizer Niederlassung übernommen hat, vertreibt Orion Pharma Schweiz neu auch die onkologischen Produkte Tamoxifen Farnos, Fareston, Methotrexat Farnos und Leucovorin Calcium Farnos. Gleich zum Auftakt wurden im Oktober die Preise für Tamoxifen Farnos und Leucovorin Calcium Farnos bis zu 15% gesenkt. Die mit „Farnos“ bezeichneten Medikamente zählen zur Generikareihe der eigenen Produktion.



Das innovative Unternehmen registriert in der Gynäkologie, Neurologie und Onkologie weiter neue Originalpräparate und ergänzt die Palette um zusätzliche Generika. In diesem Zusammenhang eröffnet Orion Pharma Schweiz 2008 eine neue Business-Linie, die Onkologen und Neurologen in Kliniken und Praxen betreuen wird.

Adjuvante Therapie des Mammakarzinoms Mit gezieltem Monitoring gegen Kardiotoxizität

Trastuzumab hat in der adjuvanten Therapie des metastasierten Mammakarzinoms eine substanzielle Verbesserung der Prognose mit sich gebracht. Die potenzielle kardiale Toxizität der Substanz ist vergleichsweise gering und in den meisten Fällen nicht nachhaltig, dennoch erfordert sie eine sorgfältige Abklärung und Überwachung der Herzleistung.

Zellverlust durch gemeinsame Targets

„Chemotherapien haben immer einen Effekt auf Kardiomyozyten“, warnte Prof. Dr. med. Thomas Suter, Klinik und Poliklinik für Kardiologie, Universitätsspital Bern. „Im Herz befinden sich dieselben Rezeptoren und Signal-Pathways, die bei Antitumorthérapien das Angriffsziel bilden.“

Die Kardiotoxizität der Anthrazykline gründet auf ihrer Induktion von oxidativem Stress, was zu einer Erhöhung der Kalziumkonzentration in den Zellen führt. Ein Missverhältnis zwischen Proteinsynthese und -degradation bewirkt

eine Disorganisation der Myofibrillen. Weitere Steigerungen des intrazellulären Kalziums haben Apoptose und schliesslich Nekrose zur Folge.

Durch den Verlust von Myozyten wird die daraus resultierende kardiale Dysfunktion irreversibel. Suter: „Es handelt sich um eine progressive Erkrankung mit ungünstiger Prognose.“ Patienten mit Anthrazyklin-induzierter Kardiomyopathie zeigen ein wesentlich schlechteres Überleben als Personen mit idiopathischer oder ischämischer Kardiomyopathie.¹

Der HER2-Rezeptor ist für die normale Entwicklung des Herzens und für die Abschwächung der oxidativen Stresswirkung

an Kardiomyozyten essenziell², weshalb eine Antagonisierung des Rezeptors mit Trastuzumab die Wahrscheinlichkeit einer Schädigung erhöht. Arrhythmien, kardiale Ischämie, Herzinsuffizienz und Hypertonie zählen zu den Folgen, die im klinischen Rahmen bei der Behandlung metastasierender Mammakarzinome mit Trastuzumab beobachtet wurden. In der adjuvanten Therapie ist die Häufigkeit schwerer kardialer Nebenwirkungen allerdings gering.³ Aktuelle Evidenz beziffert die Inzidenz schwerer Herzinsuffizienz unter Trastuzumab mit 1–4%, die Häufigkeit kardialer Dysfunktion wird mit 3–17% angegeben.

Kardiale Endpunkte in der HERA-Studie

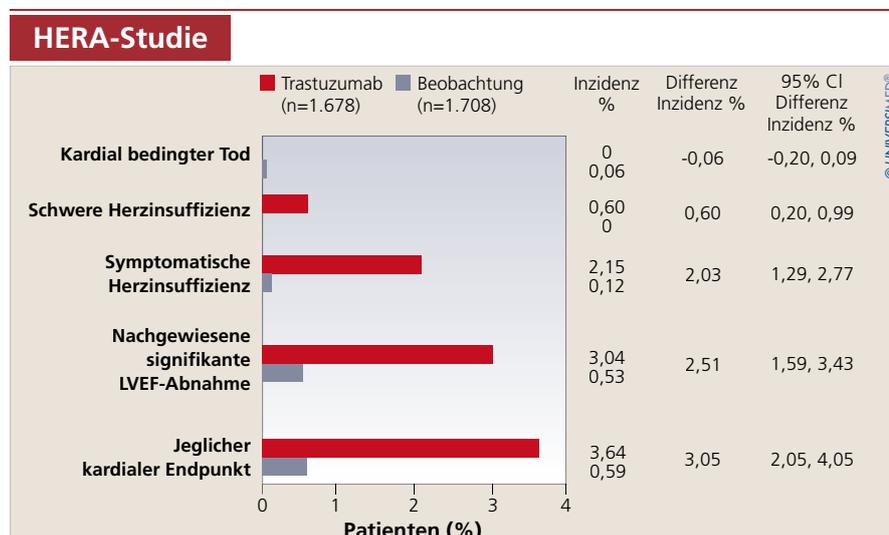


Abb.: HERA-Studie: kardiale Endpunkte

Die HERA-Studie verglich randomisiert Trastuzumab mit alleiniger Beobachtung bei Patientinnen nach abgeschlossener (neo-)adjuvanter Chemotherapie mit oder ohne Strahlentherapie. Für den Verum-Arm wurden nur Teilnehmerinnen mit einer linksventrikulären Auswurffraktion von mindestens 55% zugelassen. Anamnestiche chronische Herzinsuffizienz, KHK, unkontrollierte Hypertonie, Hochrisiko-Arrhythmien oder klinisch manifeste Klappenerkrankungen stellten Ausschlusskriterien dar.⁴

Insgesamt 4,3% der Patientinnen im Trastuzumab-Arm brachen die Therapie mit dem HER2-Antagonisten aufgrund

kardialer Störungen ab, kardial bedingte Todesfälle wurden in dieser Gruppe aber nicht beobachtet (Abb.). Schwere Herzinsuffizienz trat absolut gesehen nur in wenigen Fällen auf, die Inzidenz war jedoch signifikant höher als im Beobachtungskollektiv (0,6% vs. 0%). Auch zeigte sich eine signifikant gesteigerte Häufigkeit symptomatischer chronischer Herzinsuffizienz (2,15% vs. 0,12%) und signifikanter Abnahmen der Linksventrikelfunktion (3,04% vs. 0,53%).³

„Eine durch Trastuzumab induzierte kardiale Dysfunktion ist im Wesentlichen reversibel“, hob Suter hervor. In der HERA-Studie zeigte der Grossteil der Patientinnen mit schwerer und symptomatischer Herzinsuffizienz sowie dokumentiertem signifikantem Abfall der Linksventrikelfunktion eine Erholung des Herzens. Bei 67% der Patientinnen, die jeglichen kardialen Endpunkt erreicht hatten, wurde nach einem medianen Zeitraum von 189 Tagen eine Auswurfraction von mindestens 55% gemessen. 80% der Patientinnen mit schwerer Herzinsuffizienz waren asymptomatisch, 60% von ihnen wiesen nach einem Median von 124 Tagen bereits wieder eine normalisierte Linksventrikelfunktion auf. Nach 191 Tagen zeigten auch 67% der Teilnehmerinnen mit signifikant reduzierter Linksventrikelfunktion eine Normalisierung.³

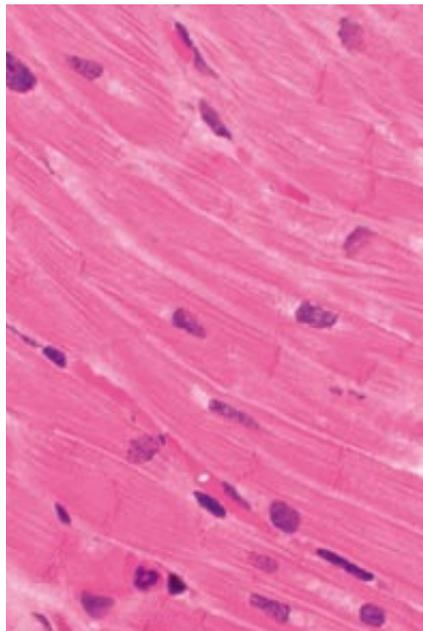
Positive Nutzen-Risiko-Relation

Für die kardiale Toxizität von Trastuzumab ist eine Reihe von Risikofaktoren ausschlaggebend, wie Suter und sein Team anhand der HERA-Daten evaluierten:³

- Vorangegangene/gleichzeitige Verabreichung von Anthrazyklinen oder Paclitaxel
- Fortgeschrittenes Alter
- Vorbestehende Herzerkrankung + reduzierte Linksventrikelfunktion
- Adipositas (BMI >25kg/m²)

„Die Risiko-Nutzen-Relation der durch Trastuzumab induzierten kardialen Dysfunktion ist positiv“, betonte Suter. Die erhebliche Risikoreduktion eines Karzinomrezidivs durch Trastuzumab überwiegt die niedrige kumulative Inzidenz kardialer Endpunkte.³

Einschränkend fügte Suter hinzu, dass erst der Langzeit-Follow-up nach zehn



bis fünfzehn Jahren endgültig Auskunft geben wird. „Allerdings existieren bereits Daten, die darauf hindeuten, dass wir nicht mit einer Langzeit-Toxizität rechnen müssen.“ In der HERA-Studie wurde nach einem Jahr praktisch kein Anstieg der kardialen Ereignisse mehr verzeichnet.³

Zu den derzeitigen Limitationen der Datenlage zählt auch, dass das Risiko einer kombinierten Behandlung aus Trastuzumab und anderen Antitumorthera-
pien noch unbekannt ist und einer weiteren Erforschung bedarf.

Empfehlungen zum kardialen Management

Angesichts der zwar nicht dramatischen, gleichzeitig aber verunsichernden Datenlage wurde ein Konsensus-Komitee gebildet, das Richtlinien für das Management kardialer Ereignisse unter Trastuzumab-Therapie erarbeitete.

Vor der Initiierung einer Trastuzumab-Therapie bzw. jeglicher potenziell kardiotoxischer Chemotherapie ist demnach die Bestimmung der LVEF indiziert. Ab Werten von 50% kann Trastuzumab zum Einsatz kommen, im Bereich zwischen 40 und 50% soll die individuelle Risiko-Nutzen-Relation evaluiert werden. Bei Patienten mit einer Auswurfraction unter 40% ist die Sicherheit eines Einsatzes von Trastuzumab noch unklar.² „Eine gleichzeitige Behandlung mit Anthrazyklinen sollte vermieden und möglicher

oxidativer Stress für das Myokard reduziert werden, beispielsweise durch die Therapie einer bestehenden Hypertonie“, erläuterte Suter.

Für das Vorgehen bei Patientinnen, die unter Trastuzumab eine asymptomatische systolische Dysfunktion entwickeln, sehen die Empfehlungen einen Algorithmus vor. Prinzipiell kann bei einer linksventrikulären Auswurfraction über 40% eine Weiterführung der Behandlung in Betracht gezogen werden, unterhalb dieses Grenzwerts sollte die Therapie ausgesetzt und die Patientin beobachtet werden.

Wird die Patientin unter der Therapie aufgrund einer Abnahme der Linksventrikelfunktion symptomatisch, kann man bei milder Ausprägung (NYHA II) dem Algorithmus folgen, der für asymptomatische Fälle gilt. Bei einer klinischen Symptomatik im Sinne von NYHA III oder IV, die auf keine andere Ursache zurückgeht, wird empfohlen, Trastuzumab abzusetzen und die Patientin in Kooperation mit einem Kardiologen zu überwachen.

Obwohl diesbezüglich derzeit erst wenige Daten zur Verfügung stehen, empfiehlt das Konsensus-Komitee, die Herzfunktion von Patientinnen, die unter Trastuzumab keine kardiale Einschränkung gezeigt haben, noch drei Jahre lang jährlich zu überprüfen.²

Literatur:

¹ Felker et al, 2000

² Ewer M S et al, Poster „Cardiac safety guidelines for the adjuvant use of trastuzumab (Herceptin®) in HER2-positive early breast cancer“

³ Suter T M et al, Poster „Cardiac side effects in the HERceptin Adjuvant (HERA) trial“

⁴ Piccart-Gebhart et al 2005

Bericht: Dr. med. Judith Moser

Quelle: 10th International Conference on Primary Therapy of Early Breast Cancer, Vorträge „Cardiac safety and Herceptin®: perception and reality“, „The evolution of adjuvant therapies – and the heart?“ 14. März 2007, St. Gallen; Posters „Cardiac side effects in the HERceptin Adjuvant (HERA) trial“, Suter T M et al; „Cardiac safety guidelines for the adjuvant use of trastuzumab (Herceptin®) in HER2-positive early breast cancer“, Ewer M S et al
fch070427



M. Schöny-Heindl, Wien

Aus der Sicht der Pflege

Die Dranginkontinenz beim neurologischen Patienten

Bei Erkrankungen im neurologischen Bereich zeigt sich häufig eine Vermischung aus Drangsymptomatik und dem Unvermögen, möglichst rasch den Weg zur Toilette zu finden. Ein zusätzliches Problem ergibt sich, wenn das Bedürfnis nicht artikuliert werden kann. Auch das „Nichterkennen“ örtlicher Gegebenheiten oder ein Defizit im Bereich der Wahrnehmung kann es nahezu unmöglich machen, den Weg auf das WC zu nützen. Daher muss sowohl auf Ebene der Inkontinenz als auch im Bereich der Auswirkungen der neurologischen Störung mit dem Patienten gearbeitet werden.

Im Rahmen der professionellen Umsetzung des Pflegeprozesses kann durch pflegetherapeutische Massnahmen für Patienten mit Dranginkontinenz und einem Defizit im neurologischen Bereich eine Besserung der Inkontinenz bis hin zur Kontinenz erreicht werden. Durch das Einbeziehen aller relevanten Faktoren, die das kontrollierte Ausscheidungsverhalten des Patienten betreffen, wird diesem die Möglichkeit gegeben wieder kontinent zu werden.

Bei Einschränkungen im Bereich der Motorik und infolge von neuropsychologischen Krankheitsbildern gilt es, die Funktion der Blase unter Berücksichtigung der individuellen Patientensituation und Einbezug seiner Ressourcen zu erfassen.

Pflegerelevante Auswirkungen der neuropsychologischen Beeinträchtigungen (Tab. 1)

Motorische Dranginkontinenz liegt bei einer Störung, die eine Hemmung der Entleerung bewirkt, vor. Dabei kommt es zu einem nicht unterdrückbaren imperativen Harndrang mit vorzeitigem Harnverlust.

Störungen der Motorik und Sensomotorik, wie etwa Einschränkungen der Beweglichkeit, der Sprache und der Sehfähigkeit, stellen sich als zusätzliche Hürden für den Patienten heraus.

Die Verminderung der Fähigkeit, seine Aufmerksamkeit auf eine gestellte Aufgabe zu lenken oder sich gut konzentrieren zu können, kann für viele neurologische Patienten mit Dranginkontinenz zusätzliche Probleme darstellen. Der Ver-

Pflegerelevante Auswirkungen der neuropsychologischen Beeinträchtigungen (Tab. 1)

Beeinträchtigung	
Kognitive Störungen	Verminderte Aufmerksamkeit
	Verminderte Konzentration
	Neglect – halbseitige Vernachlässigung
Gedächtnisstörungen	Verminderte Merkfähigkeit (Welche Inhalte der erhaltenen Information stehen dem Patienten nach einer gewissen Zeit zur Verfügung?)
Sprachstörungen	Wortfindungsstörungen
	Beeinträchtigter Sprachfluss
Orientierungsstörungen	Räumlich (z.B.: Findet der Patient den Weg zur Toilette?), zeitlich, zur Person
Planungsstörungen	Ist der Patient in der Lage, die notwendigen Abläufe zu koordinieren?
Wahrnehmungsstörungen	Kann der Patient unterschiedliche Temperaturen wahrnehmen (Verbrennungsgefahr) oder leidet er unter Sehstörungen, die es ihm erschweren die Gegenstände im Raum wahrzunehmen und seine Umgebung richtig zu erkennen (Verletzungsgefahr)? Fühlt er die Position seines Körpers/seiner Extremitäten (z.B. sitzen, liegen)?

Tab. 1: Pflegerelevante Auswirkungen neuropsychologischer und neuropsychologischer Beeinträchtigungen

lust der Wahrnehmung – einer Hälfte des Körpers oder der Hälfte des Raumes – erzeugt sehr oft eine massive Verunsicherung und muss bei der Pflegeplanung berücksichtigt werden.

Beim neurologischen Patienten muss die Möglichkeit eines Problems im Bereich des Sprachverständnisses in Betracht gezogen werden, weshalb auf die Sicherstellung des Informationsflusses geachtet werden muss.

levanten Bedingungen, welche ein gezieltes Absetzen von Harn und Stuhl beinträchtigen.

Erstellen der individuellen Pflegeplanung

Erhebung der Ressourcen und Bedingungen: Was kann der Patient unter welchen Umständen/Voraussetzungen? Im Vordergrund steht das Erreichen von mehr Selbstständigkeit unter dem Leit-

wie z.B. Trinkmenge und Miktionsfrequenz erfasst werden. Daraus wird das Toilettentraining abgeleitet. Zusätzliche Stressfaktoren, wie Untersuchungen oder der Besuch durch Angehörige, beeinflussen das Ausscheidungsverhalten und sind ebenfalls einzubeziehen.

Die Wahl des einzusetzenden Produktes (saugendes Inkontinenzhilfsmittel) richtet sich nach der individuellen Ausscheidung, soll dem Patienten ausreichend Sicherheit vermitteln und einen selbstständigen Umgang mit dem Produkt gewährleisten. Der adäquate Einsatz der Hilfsmittel ist in den Richtlinien der AGI (Arbeitsgruppe Inkontinenz Wiener Krankenanstaltenverbund) geregelt.

PatientInnen Klebeetikette		Taxonomie II: 00019					
		Pflegediagnose: Drangurininkontinenz					
		Inkontinenzklassifikation (IK) 03 – unselbständig inkontinent					
Dat. Hz	Ätiologie (mögl. Ursachen) Symptom (Merkmal)	Dat. Hz	Pflegeziele	ZG	Dat. Hz	Pflegemaßnahmen (PM)	ex
	A: Zwanghafter Urindrang unabhängig von der Blasenfüllung		Ressourcen bleiben erhalten Pat. kennt sich mit seiner Inkontinenzversorgung aus Nächster Lernschritt Pat. erlernt Anlegen der T-IKE			Pflege unter Einbezug der Ressourcen mit 1 PP Inkontinenzprodukt: Trainingsinkontinenzeinlage (T-IKE) Größe: M Tag; 500ml Nacht 800ml Hilfestellung bei der Inkontinenzversorgung lt. AGI Richtlinie 8 T-IKE Anleitung während der Inkontinenzversorgung <input type="checkbox"/> Pat. <input type="checkbox"/> Tochter: Frau XY <input type="checkbox"/> Vertrauensperson Frau AB (Nachbarin)	
	S: vermehrter Harndrang häufig kleine Urinmengen unkontrollierter Urinverlust äußerte Unruhe und Stress durch häufiges Bedürfnis Toilette aufzusuchen (oft stündlich)					2stdl. zum Toilettentraining anleiten (t. Inkontinenzhandbuch) Miktionsprotokoll über 3 Tage gemeinsam mit dem Pat. führen und zum Miktostraining anleiten (t. Inkontinenzhandbuch)	
Dat. Hz	Ressourcen und Bedingungen Was kann er/sie mit/unter welchen Bedingungen, z.B. anhand eines Konzeptes						
	Pat. äußert Lernbereitschaft, ist kognitiv in der Lage Information zu verarbeiten und versteht verbale Aufforderungen Pat. kann die rechte Körperhälfte gut einsetzen Pat. spült Harn und Stuhl und meldet sich über Rufanlage Pat. kann mit Hilfe 1 PP Toilette aufsuchen						
	Maßnahmen für den nächsten Lernschritt Pat. erhält Anleitung und Unterstützung beim Anlegen der T-IKE beim Toilettengang, welcher 2 stdl. in Begleitung 1 PP stattfindet Uhrzeiten für Toilettengänge werden 1x tgl. mit Pat. besprochen und auf andere Termine abgestimmt						
IK01 – kontinent		IK02 – selbständig inkontinent		IK03 – unselbständig inkontinent		IK04 – Dauerkatheter	
Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel / Pflegedokumentation / April 2007							

Abb. 1: Beispiel für die NANDA-Pflegediagnose Drangurininkontinenz

Warum ist ein ausführliches Anamnesegespräch so wichtig?

Die Pflegeanamnese ist ein Instrument, um eine Beziehung zum Patienten und/oder zu einer Vertrauensperson herzustellen. Sie dient der Erhebung des Pflegebedarfes durch Erfassung, Beschreibung und Dokumentation der physischen, psychischen und sozialen Situation des Patienten, seiner Gewohnheiten, Behinderungen, Bedürfnisse, Möglichkeiten sowie seines Erlebens der Situation. Dadurch soll eine adäquate individuelle Pflegeplanung ermöglicht werden. Die Erhebung im Zusammenhang mit der Ausscheidung umfasst z.B. Symptome der Dranginkontinenz und der re-

satz: „So viel Hilfe wie notwendig und so wenig Hilfe wie nötig“. Aufbauend auf den Ressourcen werden gemeinsam mit dem Patienten ein erreichbares Ziel im Sinne des nächsten Lernschrittes und die zur Zielerreichung erforderlichen Massnahmen vereinbart.

Die Effizienz der gesetzten pflegetherapeutischen Massnahmen wird sowohl im Rahmen der Durchführung als auch zu einer vorgegebenen Zeitgrenze (z.B. wöchentlich) evaluiert und bei Bedarf die Pflegeplanung ergänzt bzw. überarbeitet.

Das wichtigste Hilfsmittel zur Problemanalyse stellt das Miktionsprotokoll dar, in welchem die beeinflussenden Faktoren

Durch diese gezielte Auseinandersetzung mit der individuellen Problematik besteht auch unter teils sehr schwierigen Umständen die Möglichkeit, ein höheres Ausmass an Kontinenz und dadurch mehr Lebensqualität zu erreichen.

Die Beratung von Patienten mit Kontinenzproblemen hat das Ziel, deren Lebensqualität zu verbessern und aufzuzeigen, dass Inkontinenz kein unabwendbares Schicksal ist.

Autorin: DGKS Margit Schöny-Heindl
(Kontinenz- und Stomaberatung)
KH Hietzing mit Neurologischem Zentrum
Rosenhügel
Wolkersbergenstrasse 1, 1130 Wien
E-Mail: margit.schoeny-heindl@wienkav.at
fch070429

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)