

**Masterarbeit**

**PRÄVALENZ UND MANAGEMENT DER INKONTINENZ IN  
ÖSTERREICHISCHEN KRANKENHÄUSERN UND PFLEGEHEIMEN  
Ein Tabu wird thematisiert**

eingereicht von

**Daniela Schoberer BSc.**

Mat.Nr.: 0433595

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science**

**(MSc)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft**

unter der Anleitung von Betreuerin

**Univ.-Prof. Dr. rer. cur. Christa Lohrmann**

**Graz am 15. September 2009**

**Ehrenwörtliche Erklärung:**

**Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.**

**Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.**

**Graz, am**

**Unterschrift**

***Wenn man ein Problem nicht kennt,  
kann man es nicht behandeln.***

***Wenn man ein Problem nicht sieht, bedeutet das nicht,  
dass man keines hat.***

***Wenn man kein Problem hat, ist es schön,  
anderen davon zu berichten.***

***(Daniela Schoberer 2009)***

## Danksagung

Die landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten (*LPZ*) ist ein Projekt des *Department of Health Care and Nursing Science* der Universität Maastricht in Kooperation mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz. Folglich bedanke ich mich bei der Projektgruppe in Maastricht für die gute Zusammenarbeit und die Bereitstellung des Datensatzes, insbesondere bei der wissenschaftlichen Mitarbeiterin Frau Noémi van Nie.

Bei der Projektleitung des Instituts für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz, Frau Prof. Dr. rer. cur. Christa Lohrmann möchte ich mich besonders für die konstruktive Kritik und Bestärkung bei den Kolloquien sowie für das vermittelte Wissen und die Möglichkeit des kreativen Lernens während des Masterstudiums der Gesundheits- und Pflegewissenschaft bedanken.

Bei meinem Gatten Arnold möchte ich mich für seine Bestärkung und für sein Verständnis während der Zeit des Studiums bedanken und bei meinem Sohn Lukas, dass er ein so fröhliches, unkompliziertes und meist braves Baby ist. In dem Zusammenhang möchte ich auch meinen Schwiegereltern, insbesondere meiner Schwiegermutter Herta für die Entlastung durchs zeitweise „Babysitten“ danken. Des Weiteren danke ich meinen Eltern dass sie mir im Leben Werte wie Durchhaltevermögen, Optimismus und Selbstsicherheit mitgegeben haben und immer für mich da sind.

Abschließend bedanke ich mich bei meiner Schwester Sylvia, für die Durchsicht dieses Manuskripts.

Daniela Schoberer

Weiz, im September 2009

## Abstract

**Einleitung:** Grundvoraussetzung für eine qualitativ hochwertige, patientenorientierte Pflege sind Kenntnisse über relevante Pflegeprobleme. Bisher gibt es keine umfassenden Daten zum Pflegeproblem der Inkontinenz in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen. Das Ziel dieser Arbeit ist die Darstellung der Häufigkeiten, sowie der gegenwärtigen Pflegepraxis in Bezug auf das Pflegephänomen der Inkontinenz in österreichischen Pflegeheimen und Krankenhäusern.

**Methodik:** Im Rahmen einer multizentrischen Querschnittstudie pflegebezogener Daten werden die Prävalenzraten der Harn- und Stuhlinkontinenz, sowie Behandlungsmaßnahmen mittels standardisierter Fragebögen bei der teilnehmenden österreichischen Krankenhaus- und Pflegeheimpopulation erhoben.

**Ergebnisse:** Elf Krankenhäuser und sechs Pflegeheime mit insgesamt 2342 Personen haben an der Erhebung teilgenommen. Drei Viertel der 691 Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner leiden an Harninkontinenz und über 60 Prozent sind von Stuhlinkontinenz betroffen. Hingegen sind in den teilnehmenden Krankenhäusern jeweils unter 20 Prozent harn- bzw. stuhlinkontinent. In den teilnehmenden Krankenhäusern wurde, mit 35 Prozent, signifikant häufiger eine spezifische Art der Harninkontinenz diagnostiziert als in den teilnehmenden Pflegeheimen. Die Maßnahme, die am häufigsten zur Behandlung von Harninkontinenz angewandt wurde, ist die Versorgung mit Inkontinenzeinlagen.

**Diskussion:** Im Rahmen dieser Erhebung wurde erstmals, mittels epidemiologischer Daten, aufgezeigt, dass die Pflegeprobleme von Harn- und Stuhlinkontinenz in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen weit verbreitet sind. Die Prävalenzraten für die Harninkontinenz entsprechen den Werten in Studien für amerikanische und europäische Pflegeheime und Krankenhäuser. Die Art bzw. der Subtyp der Inkontinenz wird nur selten diagnostiziert. Dies wäre jedoch eine Voraussetzung zur gezielten Planung pflegerischer Interventionen.

Schulungen für professionelle Pflegenden über die Diagnostik und Behandlung der Harn- und Stuhlinkontinenz könnten dazu beitragen, dass Betroffenen eine zielgerichtete, diagnoseorientierte Behandlung erfahren. Ferner bedarf es einer Entscheidungshilfe für Pflegepraktiker, basierend auf der Analyse wissenschaftlicher Literatur, um die wirksamsten Methoden zur Behandlung der Inkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen aufzuzeigen.

## Abstract

**Introduction:** Knowledge of relevant care problems is a basic requirement for a high quality and patient orientated care. Up to now there exists no comprehensive data about the care problem incontinence in Austrian hospitals and nursing homes. This studies' aim is to present the prevalence as well as the current nursing practice in Austrian hospitals and care homes concerning the nursing phenomena of incontinence.

**Methods:** Within the framework of a multicenter cross-sectional study of care problems data of the prevalence of urinary and faecal incontinence will be collected as well as interventions with standardized questionnaires within the participating Austrian hospital and nursing home population.

**Results:** Eleven hospitals and six nursing homes with 2342 persons participated in the survey. Three-fourths of the 691 nursing home residents are afflicted with urinary incontinence and more than 60 percent suffer from faecal incontinence. On the contrary in the participating hospitals less than 20 percent suffer from urinary and faecal incontinence respectively. The type of urinary incontinence is more frequently diagnosed in participating hospitals, within 35 percent, than in participating nursing homes. The difference is statistical significant. Disposable pads were used most often to deal with urinary incontinence.

**Discussion:** Using epidemiologic data, for the first time, this study demonstrates that the care problems urinary and faecal incontinence are widely spread in Austrian hospitals and nursing homes. The prevalence of urinary incontinence is equivalent to the prevalence in American and European nursing homes and hospitals. The type of urinary incontinence is rarely diagnosed. But this is the precondition for selective nursing care services. Training for nursing professionals dealing with urinary and faecal incontinence will be contributed to a goal- and diagnostic –orientated treatment of persons concerned. In addition, a decision-guidance for nursing practitioners, based on scientific literature analyses, to identify the most effective incontinence treatments in hospitals and nursing homes is required.

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	1
2	Literaturübersicht .....	4
2.1	Methodik der Literaturrecherche .....	4
2.2	Ergebnisse der Literaturrecherche .....	6
2.2.1	Definitionen der Harn- und Stuhlinkontinenz .....	6
2.2.2	Ätiologie der Inkontinenz .....	7
2.2.3	Prävalenz der Inkontinenz.....	8
2.2.4	Prävalenz der Inkontinenz in Pflegeheimen.....	13
2.2.5	Prävalenz der Inkontinenz im Setting-Krankenhaus.....	17
2.2.6	Psychosoziale und ökonomische Auswirkungen der Inkontinenz .....	20
2.2.7	Management der Inkontinenz in Pflegeheimen .....	22
2.2.8	Management der Inkontinenz in Krankenhäusern .....	24
2.3	Reflexion der Literaturrecherche.....	26
3	Zielsetzungen und Fragestellungen .....	27
4	Methode .....	28
4.1	Studiendesign.....	28
4.2	Stichprobenauswahl und Stichprobe .....	28
4.3	Erhebungsinstrument.....	28
4.4	Vorgehen und Datenerhebung.....	29
4.5	Ethik und Datenschutzbestimmungen.....	30
4.6	Datenanalyse .....	30
5	Ergebnisse.....	32
5.1	Teilnehmerinnen- und Teilnehmermerkmale .....	32
5.2	Prävalenz der Harn- und Stuhlinkontinenz.....	34
5.3	Management der Harninkontinenz.....	41
5.4	Inkontinenzbedingte Verletzungen .....	43
6	Diskussion.....	46
6.1	Limitationen .....	51
6.2	Implikationen für die Forschung, Wissenschaft und Praxis .....	53
	Literaturverzeichnis .....	55
	Anhang: Fragebögen, Lebenslauf.....	61

## Glossar

**Enuresis:** Urinieren an einem unüblichen oder sozial nicht akzeptierten Ort oder zu einer unüblichen oder sozial nicht akzeptierten Zeit (Van der Weide 2001, S.21)

**EPIC-Studie (European Prospective Investigation into Cancer Studie):** Die EPIC-Studie ist die größte bevölkerungsbezogene Befragung und wurde entwickelt, um die Zusammenhänge zwischen Ernährung, Ernährungsstatus, Lebensstil und Umweltfaktoren mit Krebserkrankungen und chronischen Erkrankungen zu erforschen. (International Agency for Research on Cancer 2008)

**International Continence Society (ICS):** Die ICS ist eine internationale Vereinigung von medizinischen Disziplinen und medizinischen Assistenzberufen. 1973 richtete die ICS eine Kommission für die Standardisierung der Terminologie des unteren Harntraktes ein. (Van der Weide 2001, S.145)

**Kappa Wert:** Der Kappa Wert, auch Cohens Kappa genannt ist ein statistisches Maß für die Übereinstimmung von zwei Einschätzungen.

**Pflegeabhängigkeitsskala (PAS):** Die PAS ist ein wissenschaftlich geprüftes Einschätzungsinstrument für den Krankenhaus- und Pflegeheimbereich (Lohrmann et al. 2004a, Lohrmann et al. 2004b) und misst die Pflegeabhängigkeit hinsichtlich 15 Items. Der Gesamtpunktwert hat eine Spannweite von 15 „völlig pflegeabhängig“ bis 75 „völlig pflegeunabhängig“. Das bedeutet, je niedriger der Gesamtpunktescore auf der Pflegeabhängigkeitsskala ist, desto höher ist der Grad der Pflegeabhängigkeit.

**soziale Kontinenz:** Betroffene können sich durch Verwendung von geeigneten Hilfsmitteln (z.B. Vorlagen) in Gesellschaft so verhalten, dass ihre Inkontinenz nicht bemerkt wird (Booth et al. 2009).

**Toiletentraining:** Aufsuchen der Toilette bzw. Begleitung zur Toilette nach einem festgelegten Zeitplan (Dassen 2007).

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Flussdiagramm Literaturrecherche .....	5
Abb. 2:	Flussdiagramm Studienpopulation .....	32
Abb. 3:	Settingspezifische Prävalenz der Harninkontinenz.....	34
Abb. 4:	Settingspezifische Prävalenz der Stuhlinkontinenz .....	34
Abb. 5:	Prävalenz der Harninkontinenz bei Frauen und Männern in Krankenhäusern und Pflegeheimen.....	35
Abb. 6:	Prävalenz der Stuhlinkontinenz bei Frauen und Männern im jeweiligen Setting .....	35
Abb. 7:	Prävalenz der Doppelinkontinenz bei Frauen und Männern im jeweiligen Setting .....	36
Abb. 8:	Diagnostizierte Subtypen der Harninkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen .....	36
Abb. 9:	Subtypen der Harninkontinenz nach Altersgruppen .....	37
Abb. 10:	Verteilung der Harninkontinenz nach Altersgruppen .....	38
Abb. 11:	Verteilung der Stuhlinkontinenz nach Altersgruppen.....	38
Abb. 12:	Mittelwerte der Gesamtpunktescores der PAS.....	39
Abb. 13:	Pflegeabhängigkeit im Bereich der Mobilität von harninkontinenten und nicht- harninkontinenten Teilnehmerinnen und Teilnehmern.....	40
Abb. 14:	Pflegeabhängigkeit im Bereich der Mobilität von stuhlinkontinenten und nicht- stuhlinkontinenten Teilnehmerinnen und Teilnehmern .....	41
Abb. 15:	Maßnahmen zur Behandlung der Inkontinenz, die sich signifikant geschlechtsspezifisch unterscheiden .....	43
Abb. 16:	Lokalisation der inkontinenzbedingten Verletzungen.....	43
Abb. 17:	Vergleich des Entstehungszeitpunktes der inkontinenzbedingten Verletzung zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen.....	44
Abb. 18:	Spezielle Hautpflege zur Prävention inkontinenzbedingter Verletzungen.....	45

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: NANDA Pflegediagnosen der Harn- und Stuhlinkontinenz .....	2
Tabelle 2: Studien zur Prävalenz der Harn- und Stuhlinkontinenz bei nichtinstitutionalisierten Erwachsenen .....	11
Tabelle 3: Studien zur Prävalenz der Harn- und Stuhlinkontinenz in Pflegeheimen ....	15
Tabelle 4: Studien zur Prävalenz der Harn- und Stuhlinkontinenz in Krankenhäusern	19
Tabelle 5: Demographische Charakteristika .....	33
Tabelle 6: Zeitraum, in dem die Harn- oder Stuhlinkontinenz andauert.....	37
Tabelle 7: Kontinenzstatus in Verbindung mit den Einschätzungskriterien der PAS ...	39
Tabelle 8: Häufigkeiten der ergriffenen pflegerischen Inkontinenzmaßnahmen .....	42

# 1 Einleitung

---

Die Pflegepraxis ist tagtäglich mit zahlreichen Pflegeproblemen konfrontiert. Eines dieser Pflegeprobleme stellt die Inkontinenz, das Unvermögen Harn- oder Stuhl zurückzuhalten, dar.

Inkontinenz ist sowohl für Betroffene als auch für Pflege- und Betreuungspersonen ein großes soziales, hygienisches und pflegerisches Problem. Die Themen „Harn- und Stuhlinkontinenz“ sind jedoch mit einem starken gesellschaftlichem Tabu behaftet. Der Kontrollverlust über den eigenen Körper wird als persönliches Versagen empfunden. (Peter 2008) Aus Scham werden Symptome einer Inkontinenz häufig negiert. Da Betroffene, aber auch Pflegende nur ungern über Symptome der Inkontinenz sprechen, ist die Kommunikation der Thematik eine Herausforderung für professionelle Pflegende. (Hayder 2007)

Aufgrund des gehäuften Vorkommens der Inkontinenz bei der älteren Bevölkerung wird durch die demographische Entwicklung die Zahl der Betroffenen weiter ansteigen. (Carr 2004) Die Harninkontinenz ist einer der häufigsten Gründe für eine Einweisung in ein Alters- oder Pflegeheim. Für die Versorgung von inkontinenten Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern ist ein Viertel der täglichen Arbeitszeit von Pflegenden notwendig. (Hansen 2006, S. 290) Das Arbeiten mit inkontinenten Patientinnen und Patienten erzeugt beim Pflegepersonal häufig negative Gefühle. Vor allem Pflegepersonen auf medizinischen und chirurgischen Stationen, sowie Pflegende mit einer höheren Ausbildung haben eine abgeneigtere Haltung als Pflegeassistenten bzw. Pflegehelfer gegenüber der Versorgung von harninkontinenten Patientinnen und Patienten. (Vinsens et al. 2001)

Nach der Klassifikation der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) wird das Pflegeproblem der Harninkontinenz in sieben „Aktuelle Pflegediagnosen“ und das Pflegeproblem der Stuhlinkontinenz in eine „Aktuelle Pflegediagnose“, der thematischen Gliederung *Ausscheidung*, eingeteilt. (siehe Tabelle 1) Aktuelle Pflegediagnosen beschreiben Reaktionen der Patientin bzw. des Patienten auf Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse. Die Symptome, welche die Diagnosen

begleiten, dienen deren Bestätigung. (Stefan et al. 2003, S.31) Pflegediagnosen liefern die Grundlage zur Auswahl von Pflegehandlungen und zum Erreichen erwarteter Pflegeziele. (Stefan et al. 2003, S.33)

Tabelle 1: NANDA Pflegediagnosen der Harn- und Stuhlinkontinenz  
(Stefan et al. 2003, S.195-198)

Pflegerdiagnose	Definition	Symptome (exemplarisch)	
		aus Sicht der Patientin/des Patienten	aus Sicht der Pflegeperson
<b>Urin-ausscheidung beeinträchtigt,</b>	Zustand, bei dem eine Patientin/ein Patient eine Störung der Urinausscheidung erfährt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ verzögertes, erschwertes Urinieren</li> <li>▪ häufiges Urinieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inkontinenz Harndrang</li> <li>▪ Nykturie</li> <li>▪ Harnverhalten</li> </ul>
<b>Stress-urininkontinenz</b>	Zustand, bei dem eine Patientin/ein Patient einen unkontrollierbaren Urinverlust, von weniger als 50 ml, bei erhöhtem abdominalem Druck erlebt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „tröpfeln“ bei erhöhtem intraabdominalem Druck (z.B. Husten, Niesen)</li> <li>▪ bei vermehrter Harnfrequenz</li> <li>▪ bei vermehrtem Harndrang</li> </ul>	
<b>Reflex-urininkontinenz</b>	Zustand, bei dem eine Patientin/ein Patient einen unwillkürlichen Urinverlust erfährt, wenn eine bestimmte Füllung der Blase erreicht ist	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ fehlendes Gefühl der Blasenfüllung</li> <li>▪ Wahrnehmungen wie Schwitzen, Unruhe und abdominales Unwohlsein in Verbindung mit gefüllter Blase</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unfähigkeit, die Blasenentleerung willentlich zu fördern oder zu hemmen</li> <li>▪ Vorhersagbares Urinausscheidungsmuster</li> </ul>
<b>Drang-urininkontinenz</b>	unkontrollierter Harnverlust der Patientin/des Patienten, der unmittelbar nach dem Harndrang auftritt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Harndrang</li> <li>▪ Blasenkontraktion/ Spasmus</li> <li>▪ häufiges Urinieren (häufiger als zweistündlich)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unfähigkeit, die Toilette rechtzeitig zu erreichen</li> <li>▪ Urinieren in kleinen (&lt;100ml) oder großen (&gt;550 ml) Mengen</li> </ul>
<b>Urininkontinenz funktionell</b>	Unfähigkeit einer normal kontinenten Patientin/eines normal kontinenten Patienten, die Toilette rechtzeitig zu erreichen, verbunden mit unbeabsichtigtem Harnverlust	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Zeit, die benötigt wird die Toilette zu erreichen, übersteigt die Länge zwischen der Wahrnehmung des Harndrangs und dem unkontrollierten Harnabgang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Harnverlust vor Erreichen der Toilette</li> </ul>
<b>Urininkontinenz total</b>	Zustand, bei dem eine Patientin/ein Patient einen ständigen und nicht vorhersehbaren Urinverlust erfährt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konstanter, nicht vorhersehbarer Urinabgang</li> <li>▪ Fehlendes Empfinden der Blasenfüllung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erfolgreiche Inkontinenzbehandlung</li> </ul>
<b>Harnverhalten (akut, chronisch)</b>	Zustand, bei dem eine Patientin/ein Patient eine unvollständige Entleerung der Blase erlebt	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tröpfeln</li> <li>▪ Dysurie</li> <li>▪ Gefühl einer vollen Blase</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blasenüberdehnung</li> <li>▪ Inkontinenz durch eine Überlaufblase</li> <li>▪ Restharn über 150 ml</li> </ul>
<b>Stuhl inkontinenz</b>	Zustand, bei dem eine Patientin bzw. ein Patient seine Stuhlentleerungen nicht kontrollieren kann	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unfähigkeit die Defäkation zu verzögern</li> <li>▪ unwillkürliche Stuhlentleerung</li> <li>▪ Unfähigkeit den Stuhldrang zu spüren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ konstanter Verlust von weichem Stuhl</li> <li>▪ Fäkalgeruch</li> <li>▪ unkontrollierbare Stuhlentleerung</li> <li>▪ gerötete perianale Haut</li> </ul>

Zum Vorkommen der Häufigkeit der Harninkontinenz in der österreichischen Bevölkerung liegen nur Schätzungen vor. Die *Medizinische Kontinenzgesellschaft Österreich (MKÖ)* berichtet von etwa einer Million Österreicherinnen und Österreicher, die darunter leiden, ihren Stuhl oder Harnabgang nicht kontrollieren zu können. (Madersbacher 2008)

Eine Möglichkeit, Häufigkeiten zu erheben, ist die Durchführung von Prävalenzerhebungen. Unter einer Prävalenzerhebung ist die standardisierte Erfassung von Daten, zu einem bestimmten Zeitpunkt, bei den Personen der Risikopopulation (z.B. alle Patientinnen und Patienten eines Pflegeheimes) zu verstehen. Der epidemiologische Indikator der Prävalenz wird berechnet, indem man die Anzahl der Personen mit dem Phänomen zu der bestimmten Zeit durch die Anzahl der Personen in der Risikopopulation zu derselben Zeit dividiert. (Bartholomeyczik & Nonn S.13)

Schon Anfang der achtziger Jahre fanden in den USA Prävalenzerhebungen zur Harninkontinenz bei nichtinstitutionalisierten Frauen statt. (Minassian et al. 2003)

In den Niederlanden wird seit 2004 jährlich, im Rahmen einer landesweiten Erhebungen pflegebezogener Daten, das Vorkommen des Pflegeproblems der Inkontinenz erhoben. In deutschen Krankenhäusern und Pflegeheimen ist es seit 2001 möglich, im Rahmen des Projektes *Deutsche-Pflegeprobleme-Prävalenz-Forschung (DPPF)*, an einer Prävalenzerhebung, u.a. zum Pflegeproblem Inkontinenz, teilzunehmen.

Kenntnisse über das Vorkommen relevanter Pflegeprobleme sind eine Grundvoraussetzungen für eine qualitativ hochwertige, patientenorientierte Pflege.

## 2 Literaturübersicht

---

Im folgenden Kapitel wird das Vorgehen der Literaturrecherche erläutert und die Ergebnisse dargestellt. Abschließend werden relevante Erkenntnisse resümiert.

### 2.1 Methodik der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche soll einen Überblick über das Ausmaß der Prävalenz der Inkontinenz in den verschiedenen Settings laut internationaler Literatur geben. Um die Tragweite des Pflegeproblems der Inkontinenz anschaulich darstellen zu können, wurde des Weiteren nach Artikeln, die sich mit den Auswirkungen der Stuhl- und Harninkontinenz befassen, recherchiert. Der dritte Schwerpunkt bei der Literatursuche wurde auf Artikel zum Management der Harn- und Stuhlinkontinenz in Pflegeheimen und Krankenhäusern gelegt. Die Literaturrecherche erfolgte im März und April 2009 systematisch in den Datenbanken Medline, CINAHL und Cochrane mit folgenden englischsprachigen Suchbegriffen und Boolean Operators:

*incontinence OR urinary incontinence OR faecal incontinence OR diurnal Enuresis*

⇒ AND *prevalence OR epidemiology*

⇒ AND *impact OR effect*

⇒ AND *nursing home OR long term care OR residential facilities OR hospital*

⇒ AND *management OR nursing OR handling*

Die Recherche beschränkte sich auf deutsch- und englischsprachige Studien, die bei Erwachsenen durchgeführt wurden und in den letzten zehn Jahren publiziert wurden. Keine Einschränkung wurde bezüglich der Studiendesigns getroffen, da die verschiedenen Themenschwerpunkte mit unterschiedlichen Ansätzen zu erforschen sind.

Insgesamt konnten 1030 Treffer, davon 157 in der Datenbank CINAHL, 640 in der Cochrane Library und 240 in der Datenbank Medline erzielt werden. Studien, die sich auf die oben genannten Schwerpunkte beziehen, wurden aufgrund der Durchsicht der Titel und Abstracts ausgewählt.

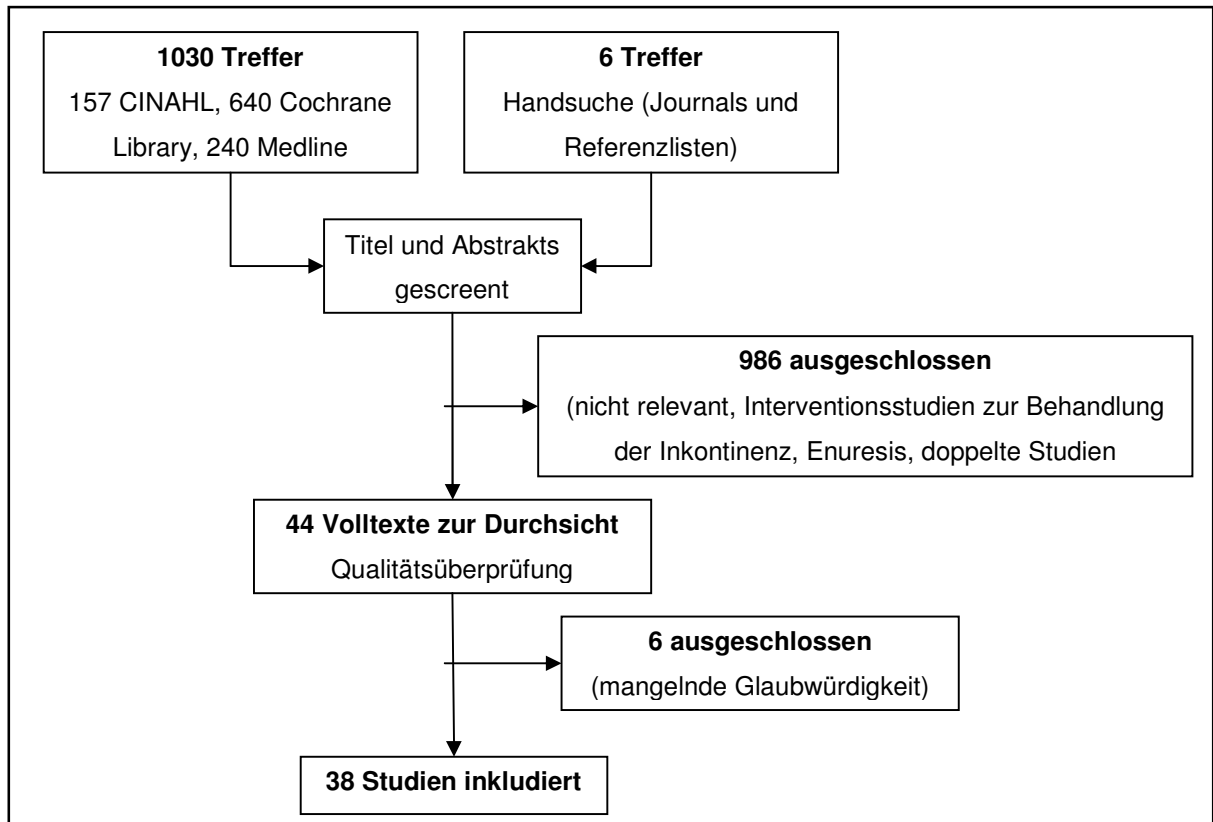


Abb. 1: Flussdiagramm Literaturrecherche

Interventionsstudien, Guidelines und HTA- Berichte, die sich mit der Effektivität von Interventionen zur Inkontinenzbehandlung beschäftigen sind nicht Fokus dieser Arbeit und wurden deshalb nicht näher betrachtet. Des Weiteren wurden Studien ausgeschlossen, die sich auf die Prävalenz der Inkontinenz bei spezifischen urologischen oder gynäkologischen Erkrankungen, wie zum Beispiel die zystische Fibrose beziehen und Studien, deren Fokus das Symptom der Enuresis ist, da dieses Symptom nicht dem theoretischen Hintergrund der NANDA-Pflegediagnosen der Harn- und Stuhlinkontinenz entspricht.

Neben der Datenbankrecherche wurden Referenzlisten von Artikeln zur Inkontinenz und folgende wissenschaftlichen Journals nach relevanter Literatur durchsucht:

- ⇒ *Pflegewissenschaft (früher: PrInterNet)*
- ⇒ *Journal für Urologie und Urogynäkologie*

44 Studien wurden als relevant identifiziert und im Volltext gelesen. Die Volltextstudien wurden bezüglich ihrer Glaubwürdigkeit geprüft und nur qualitativ angemessene und

nachvollziehbare Literatur wurde zur Erstellung dieser Arbeit verwendet. Gütekriterien für Querschnittsstudien waren die Repräsentativität der Stichprobe, klare Angaben zur Auswahl der Studienpopulation und zum Erhebungsinstrument und die Nachvollziehbarkeit der Datensammlung. Systematische Übersichtsarbeiten bzw. Sekundärliteratur wurden bezüglich der Nachvollziehbarkeit der Literaturrecherche und der Auswahl der Studien, der Qualitätsbewertung der verwendeten Studien und der Darstellung der Ergebnisse bewertet. Qualitative Literatur wurde mit dem Beurteilungsbogen für qualitative Studien von Behrens & Langer (2006) S.165, im Hinblick auf die Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit beurteilt.

38 Studien erfüllten die geforderten Kriterien und dienen als Grundlage der nachfolgenden Kapitel.

## **2.2 Ergebnisse der Literaturrecherche**

Im Rahmen der Ergebnisdarstellung der Literaturrecherche wird neben der Prävalenz der Harn- und Stuhlinkontinenz in den jeweiligen Settings auf Ursachen, Konsequenzen und Maßnahmen zur Behandlung der Inkontinenz, laut internationaler Literatur, eingegangen. Einleitend werden die verwendeten Definitionen der Inkontinenz entsprechend den inkludierten Forschungsarbeiten aufgezeigt.

### **2.2.1 Definitionen der Harn- und Stuhlinkontinenz**

In zahlreichen Forschungsarbeiten zur Prävalenz der Harninkontinenz wird die Harninkontinenz laut der *International Continence Society* (ICS) definiert und bezüglich zeitlichen Aspekten spezifiziert. (Boyle et al. 2003, Chen et al. 2009, Irwin et al. 2005) Die ICS definiert die Harninkontinenz seit 2002 als „die Beschwerden/Krankheit eines unbeabsichtigten Verlustes von Harn“. (Abrams et al. 2002)

Seit 2000 sind die Symptome der „Überaktiven Blase“ (engl. *overactive bladder*) immer wieder Fokus von epidemiologischen Studien. Die „Überaktive Blase“ ist eine chronische Erkrankung, die durch eine Überaktivität der Harnblase gekennzeichnet ist. Die Symptome sind häufiges Harnlassen (öfter als acht Mal pro Tag), starker Harndrang und eine Dranginkontinenz. (Milsom et al. 2001, Irwin et al. 2005, Irwin et al. 2008)

In Prävalenzstudien zur Stuhlinkontinenz wird der unfreiwillige Verlust von Stuhl bzw. eine ungewollte Stuhlentleerung als stuhlinkontinent bezeichnet. (Dassen 2007, Ho et al. 2005, Ostaszkiwicz et al. 2008, Pretlove et al. 2006, Rodriguez et al. 2007, Tabali et al. 2006)

### **2.2.2 Ätiologie der Inkontinenz**

Die Pathogenese der Harninkontinenz bei Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern ist meist multifaktoriell bedingt und wird mit Depressionen, Herz-Kreislaufkrankungen, chronischen Lungenerkrankungen, cerebrovaskulären Erkrankungen, kognitiven und körperlichen Einschränkungen, Stuhlinkontinenz, eingeschränkten Möglichkeiten sich fortzubewegen und dementiellen Erkrankungsbildern in Verbindung gebracht. (Chen et al. 2009, Conner & Lind 2001) Faktoren, die signifikant mit inkontinenten Episoden im Setting-Krankenhaus in Verbindung stehen, sind gegenwärtige Einschränkungen der Mobilität und präexistente Blasenprobleme, also Blasenprobleme die schon vor dem Krankenhausaufenthalt bestanden hatten. (Ostaszkiwicz et al. 2008) Auch im Setting-Pflegeheim nimmt mit steigender Abhängigkeit der Mobilität die Häufigkeit der Harninkontinenz zu. (Arndt et al. 2006, Chen et al. 2009, Jumadilova et al. 2005, Pfisterer et al. 2008) Generell sind Bewohnerinnen und Bewohner als auch Patientinnen und Patienten mit einer Harninkontinenz deutlich pflegeabhängiger als Kontinente. (Arndt et al. 2006, Dassen 2007)

Signifikante Risikofaktoren, bei nicht institutionalisierten Personen, eine Harninkontinenz zu erleiden sind chronischer Husten, Depression, körperliche oder motorische Einschränkungen, schlechter allgemeiner Gesundheitszustand, Harnwegserkrankungen und vorhergegangene Insulte. Kein signifikanter Zusammenhang konnte zwischen Alkoholkonsum, Rauchen, niedrigem ökonomischem Status, Hormonsubstitution und dem Auftreten einer Harninkontinenz entdeckt werden. Ein weiterer signifikanter Risikofaktor, der ausschließlich Frauen betrifft ist der Zustand nach der Entfernung der Gebärmutter. Mehrfach Gebärende haben in elf von 18 Studien ein signifikant höheres Risiko eine Harninkontinenz zu erleiden und übergewichtige Personen in acht von zwölf Studien. (Minassian et al. 2003) Offermans et al. (2009) konnten in der Literatur 45

Risikofaktoren für eine Harninkontinenz in pflegeheimbezogenen Studien identifizieren. Demnach sind neben dem hohen Alter und dem weiblichen Geschlecht, kognitive Einschränkungen, Demenz, Bettlägerigkeit und Fortbewegungsprobleme signifikante Risikofaktoren für die Harninkontinenz in Pflegeheimen. (Offermans et al. 2009)

Bestimmte Medikamente können eine Inkontinenz verursachen oder verschlechtern. So hat zum Beispiel die Gruppe der Kalzium-Antagonisten nachteilige Auswirkungen auf die Kontraktionsfähigkeit der Harnblase, die Einnahme von Diuretika kann einen vermehrten Harndrang verursachen und somit eine Inkontinenz begünstigen. Weiters können Sedativa, Analgetika und Antidepressiva dazu führen, dass Patientinnen und Patienten durch die sedierende Wirkung inkontinente Episoden erfahren. (DuBeau 2009)

Signifikante Risikofaktoren für eine Stuhlinkontinenz sind laut der Studie von Ho et al. (2005) ein rektaler Prolaps, chronische Obstipation, psychiatrische Probleme, Kolonerkrankungen, Harninkontinenz und eine Strahlentherapie. Patientinnen und Patienten, die sich selbst als in schlechter gesundheitlicher Verfassung bezeichnen waren signifikant häufiger von einer Stuhlinkontinenz betroffen. Risikofaktoren, die am häufigsten zur Stuhlinkontinenz geführt haben, waren das Vorhandensein einer Harninkontinenz und chronischen Obstipation. (Ho et al. 2005) Auch Tabali et al. (2006) sind bei der Analyse der Prävalenzdaten von deutschen Krankenhäusern und Pflegeheimen zu dem Ergebnis gekommen, dass sich die Entwicklung von Stuhl- und Harninkontinenz wechselseitig beeinflussen. Weiters waren verwirrte Personen, sowohl in Krankenhäusern wie auch in Pflegeheimen, signifikant häufiger von einer Stuhlinkontinenz betroffen, als nicht-Verwirrte. Zudem wurde die Immobilität als Risikofaktor für eine Stuhlinkontinenz identifiziert. Als mögliche Ursache hierfür geben die Autoren das nicht rechtzeitige Erreichen der Toilette an. (Tabali et al. 2006)

### **2.2.3 Prävalenz der Inkontinenz**

Die Prävalenz der Harninkontinenz nimmt im allgemeinen mit steigendem Alter zu. (Boyle et al. 2003, Conner & Lind 2001, Hundskaar et al. 2004, Offermans et al. 2009) Bei nicht institutionalisierten Personen liegen die Prävalenzwerte je nach Definition der Harninkontinenz und Charakteristika der Studienpopulation zwischen 4,8 und 58

Prozent bei der weiblichen Bevölkerung und reichen bei der männlichen Bevölkerung von ein bis 34,1 Prozent. (Boyle et al. 2003, Hundskaar et al. 2004, Irwin et al. 2005, Minassian et al. 2003)

In der systematischen Übersichtsarbeit von Minassian et al. (2003) ist eine in Österreich durchgeführte Studie von Temml et al. (2000) angeführt. Die im Zeitraum von 1998 bis 1999 durchgeführte Befragung an 2498 nicht institutionalisierten Personen ergab eine Prävalenzrate für mindestens eine inkontinente Episode pro Monat von fünf Prozent für Österreicher und 26,3 Prozent für Österreicherinnen. (Minassian et al. 2003).

Prävalenzraten bei nicht institutionalisierten Personen deuten darauf hin, dass Frauen doppelt so häufig an einem unkontrollierten Harnverlust leiden wie Männer. (Boyle et al. 2003, Hundskaar et al. 2004, Minassian et al. 2003) Die Harninkontinenz bei Frauen hat in der fünften und in der achten Dekade des Lebens ihre Häufigkeitsspitzen, und zwar mit 33 bzw. 34 Prozent. (Hundskaar et al. 2003, Minassian et al. 2003)

Amerikanische Studien zeigen, dass die Harninkontinenz bei weißen Frauen fast doppelt so häufig auftritt, wie bei schwarzen Frauen. (Jumadilova et al. 2005, Minassian et al. 2003) Schwarze Südafrikanerinnen sind seltener von einer Stressinkontinenz betroffen und leiden zu 80 Prozent seltener an einer Funktionsstörung des Beckenbodens als weiße Frauen. Der Unterschied könnte durch die unterschiedliche Länge der Harnröhre und dadurch ungleichen Drucke in der Harnröhre erklärt werden. (Hundskaar et al. 2003)

Die Subtypen der Harninkontinenz unterscheiden sich in ihren Häufigkeiten je nach Altersgruppe. Die Stressinkontinenz hat in der vierten Dekade ihren Höhepunkt, die Drang- und Mischinkontinenz hingegen in der achten. (Hundskaar et al. 2004, Milsom et al. 2001, Minassian et al. 2003) In Bezugnahme auf alle Altersgruppen dominiert bei Frauen die Stressinkontinenz, gefolgt von der Mischinkontinenz, am wenigsten Frauen sind von einer Dranginkontinenz betroffen. (Hundskaar et al. 2003, Hundskaar et al. 2004, Minassian et al. 2003)

Eine standardisierte Fragebogenerhebung zu Häufigkeit und Stärke des unkontrollierten Harnverlustes bei 4.979 Männern zwischen 40 und 79 Jahren, in drei europäischen Städten (Boxmeer, Auxerre und Birmingham) und der koreanischen Stadt Soul, hat Prävalenzraten für eine leichte bis schwere Harninkontinenz von 4,3 Prozent in Soul bis 16,2 Prozent in Boxmeer ergeben. Neben dem standardisierten Fragebogen inkludierte

die Erhebung eine Selbsteinschätzung zur mangelnden Kontrolle über die Blasenfunktion, wobei die Werte eine statistisch gute Übereinstimmung ( $Kappa=0.63$ ) aufwiesen. (Boyle et al. 2003)

Die Prävalenz der Symptome der „Überaktiven Blase“ wurden von Milsom et al. (2001) in sechs europäischen Staaten, von Irwin et al. (2006) im Rahmen der EPIC-Studie, in fünf westlichen Staaten und von Moorthy et al. (2004) bei Männern in asiatischen Ländern erhoben. In Milsom et al. (2001) wurden mehr als 16.000 über-40-jährige Personen aus Frankreich, Deutschland, Italien, Spanien, Schweden und Großbritannien und in Irwin et al (2006) nahezu 20.000 Personen aus Kanada, Deutschland, Italien, Schweden und Großbritannien zu Symptomen der „Überaktiven Blase“ interviewt. 11,8 bis 16,6 Prozent aller Befragten hatten mindestens ein Symptom der „Überaktiven Blase“ aufzuweisen. Den niedrigsten Wert wiesen in Milsom et al. (2001) die Franzosen und die Italiener mit zwölf Prozent auf und den höchsten Wert, die Befragten aus Spanien, mit 22 Prozent. Die Prävalenz der „Überaktiven Blase“, steigt wie die Harninkontinenz, mit zunehmendem Alter an (Irwin et al. 2006, Milsom et al. 2001, Moorthy et al. 2004), jedoch sind nur geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu verzeichnen. Einzig vom Symptom der Dranginkontinenz sind signifikant mehr Frauen als Männer betroffen. (Irwin et al. 2006, Milsom et al. 2001) Eine Untersuchung bei über-18-jährigen Männern in elf asiatischen Staaten hat eine doppelt so hohe Prävalenzrate für die Symptome der „Überaktiven Blase“ ergeben, als bei Europäern und Kanadiern. Die Autoren vermuten, dass die hohe Prävalenzrate mit dem geringen „behandlungssuchenden Verhalten“ und dem sozialen Tabu dieses Themas in einigen asiatischen Ländern in Verbindung steht. (Moorthy et al. 2004)

Auch die Prävalenzrate der Stuhlinkontinenz nimmt mit steigendem Alter zu. Über-60-jährige Frauen und Männer sind vier Mal so häufig von einem unbeabsichtigten bzw. unkontrollierten Verlust von festem oder flüssigem Stuhl betroffen, als unter-60-jährige. Die Prävalenzdaten einer systematischen Übersichtsarbeit mit 39 inkludierten Studien aus den Jahren 1984 bis 2003 ergaben Werte für die Stuhlinkontinenz in der Bevölkerung von 0 bis 15 Prozent, mit einer Durchschnittsrate von 4,3 Prozent. Keine signifikanten Unterschiede in den Häufigkeiten ergaben sich zwischen Männern und Frauen. (Pretlove et al. 2006)

Tabelle 2: Studien zur Prävalenz der Harn- und Stuhlinkontinenz bei nichtinstitutionalisierten Erwachsenen

Autor	Definition der Harninkontinenz bzw. Erhebungsinstrument	Design	Prävalenz	Land	Sample
Boyle 2003	Standardisierter Fragebogen über die Häufigkeit und Stärke des unbeabsichtigten Harnverlustes-3 von 14 Punkten Diagnose	Querschnittstudie	16,2% Niederlande 7,3% Frankreich 14,4% GB 4,3% Korea	Niederlande Frankreich, GB, Korea	Männer (N= 4 979)
	HI Selbsteinschätzung (mangelnde Kontrolle über die Blasenfunktion)		14,5% Niederlande 7,5% Frankreich 14,8% GB 7,1% Korea		
Hunskar 2004	ICS Definition zeitlich spezifiziert: in den letzten 30 Tagen	Querschnittstudie	35 % Gesamt <b>Länderspezifisch:</b> 44% Frankreich , 23% Spanien, 41% Deutschland, 42% GB <b>Altersgruppenspezifisch:</b> 18-44J: 26%, 45-59J: 42%, >60J: 49%	Frankreich, Deutschland, Spanien, GB	Frauen (N=17 080)
	Stressinkontinenz (Verlust von Harn durch husten, niesen, körperliche Aktivitäten)		37% Gesamt <b>Länderspezifisch:</b> 31% Frankreich, 41% GB <b>Altersgruppenspezifisch:</b> 18-44J: 39%, 45-59J: 41%, >60J: 31%		
	Dranginkontinenz (Unvermögen die Toilette rechtzeitig zu erreichen)		20 % Gesamt <b>Länderspezifisch:</b> 16% Deutschland und GB, 27%Frankreich <b>Altersgruppenspezifisch:</b> 18-44J: 22%, 45-59J: 16%, >60J: 22%		
	Mischinkontinenz (mind. ein Symptom der Stress- und Dranginkontinenz)		33%Gesamt <b>Länderspezifisch:</b> 26% Spanien, 38% Deutschland <b>Altersgruppenspezifisch:</b> 18-24J: 26%, 45-59J: 36%, >60J: 41%		
Irwin 2008	OAB	Querschnittstudie	11,80%	Schweden, Italien, Kanada, Deutschland, GB, Spanien	Frauen und Männer (N=6 365266)
	Dranginkontinenz (starkes Bedürfnis die Blase zu entleeren mit unbeabsichtigtem Verlust von Harn)		2,90%		
Irwin 2005	ICS Definition	Querschnittstudie	9,40%	Schweden, Italien, Kanada, Deutschland, GB,	Frauen und Männer (N=19 165)

Autor	Definition der Harninkontinenz bzw. Erhebungsinstrument	Design	Prävalenz	Land	Sample
Milsom 2001	OAB	Querschnittstudie	16,6% 15,6% Männer 17,4% Frauen	Frankreich, Schweden, Italien Deutschland, GB, Spanien	Frauen und Männer ab 40 Jahren (N=16776)
	Dranginkontinenz (Unvermögen, die Toilette rechtzeitig zu erreichen, plötzlicher und unkontrollierter Verlust von Harn)		6%		
Minassian 2003	alle Definitionen der HI	Systematische Übersichtsarbeit (35 Studien)	Frauen 4,8-58,4% (Median 27,6%), Männer 1-34,1% (Median 10,5%)	Asien, Europa, Nordamerika, Afrika, Australien	Frauen und Männer (N=~230 000)
	Definition 1 (jegliche HI in den vergangenen 12 Monaten)		Frauen 11%-57% (Median 32,9%), Männer 5,2-29% (Median 16,3%)		
	Definition 2 (mehr als eine HI Episode pro Monat)		Frauen 4,8%-26,3% (Median 13,2%), Männer 3,3-5% (Median 4,2%)		
	Definition 3 (min. 2 HI Episoden pro Woche)		Frauen 16,1%		
	Definition 4 (Unbeabsichtigter sichtbarer Harnverlust, der ein soziales und hygienisches Problem darstellt)		Frauen 16,8%		
	Definition 5 (jegliche gegenwärtige oder vergangene HI)		Frauen 13%-58,4% (Median 35,7%), Männer 1% und 34,1%		
	Studien ohne Definition der HI		Frauen 14,5% und 21% Männer 13,3%		
Moorthy 2004	OAB	Querschnittstudie	29,90%	Asien (11 asiatische Länder z.B. China, Indien, Thailand)	Männer (N=2369)
	Dranginkontinenz (starkes Bedürfnis die Blase zu entleeren mit unbeabsichtigtem Verlust von Harn)		13%		
Autor	Definition der Stuhlinkontinenz	Design	Prävalenz	Land	Sample
Pretlove 2006	unfreiwilliger Verlust von solidem oder flüssigem Stuhl oder Flatus	Systematische Übersichtsarbeit (29 Studien)	4,3% (0-15%) <60Jahre:1,3% >60Jahre:6,2%	Kanada, Brasilien, USA, Japan, Australien, Nigeria, Europa (z.B. Schweiz, GB, Frankreich, Italien, Deutschland)	Frauen und Männer (N=69152)
			4,50%		Frauen
			3,50%		Männer
HI=Harninkontinenz, SI=Stuhlinkontinenz, OAB= Überaktive Blase, N= Stichprobengröße					

## 2.2.4 Prävalenz der Inkontinenz in Pflegeheimen

Prävalenzdaten zur Harninkontinenz bei älteren Menschen in Pflegeheimen variieren. Die Variation kann durch Unterschiede in der Studienpopulation, unterschiedliche Methoden der Datensammlung und unterschiedliche Definitionen der Harninkontinenz erklärt werden. (Saxer et al. 2008) Die Ungleichheiten in den Studienpopulationen können als Konsequenz von unterschiedlichen Aufnahmekriterien in den verschiedenen Ländern und Einrichtungen in Pflegeheimen sein. (Hunskaar et al. 2003) Auch die Art der Befragung hat Auswirkungen auf die Korrektheit der Daten. Bei Erhebungsinstrumenten mit stichwortartigen Fragen wird eher angegeben, dass die Bewohnerin bzw. der Bewohner inkontinent sei, als bei Fragebögen mit offenen Fragen. (Conner & Lind 2001)

Die Prävalenz der Harninkontinenz ist in Pflegeheimen generell höher, als in der Bevölkerung. Durchschnittlich deuten Prävalenzstudien in Pflegeeinrichtungen auf eine Prävalenz der Harninkontinenz von über 50 Prozent hin. (Arndt et al. 2006, Boyington et al. 2007, Dassen 2007, Hunskaar et al. 2003, Jumadilova et al. 2005, Offermans et al. 2007, Offermans et al. 2009, Pfisterer et al. 2008, Rodriquez et al. 2007, Saxer et al. 2008b) In dem systematischen Review von Offermans et al. (2009) wurden pflegeheimbezogene Studien zur Harninkontinenz zwischen 1997 bis 2008 identifiziert. Die 16 Studien, welche die erforderlichen Qualitätskriterien erfüllten, ergaben eine durchschnittliche Prävalenz der Harninkontinenz von 58 Prozent. Die Werte in den Primärstudien reichten von 43 bis 77 Prozent, unabhängig von der Definition der Harninkontinenz. (Offermans et al. 2009) In deutschen und niederländischen Prävalenzstudien der letzten Jahre liegen die Prävalenzraten für die Harninkontinenz durchwegs um die 70 Prozent. (Arndt et al. 2006, Dassen 2007, Offermans et al. 2007). Den höchsten Wert weist eine niederländische Erhebung im Jahr 2004 auf. Respektive 77,90 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner, der an der Erhebung teilnehmenden Pflegeheime, litten in diesem Jahr an einer Harninkontinenz. (Offermanns et al. 2007). In betreuten Wohneinrichtungen sind weniger Personen von einer Harninkontinenz betroffen als in Pflegeheimen. Die Prävalenzraten für die Harninkontinenz liegen hier unter 50 Prozent. (Quinn et al. 1999, Rodriquez et al. 2007)

Eine einzige Studie konnte identifiziert werden, bei der die Prävalenzraten zur Harninkontinenz erheblich von den anderen Studien abwichen. Die in einem Pflegeheim für männliche Veteranen in Taiwan durchgeführte Untersuchung hat eine Prävalenz für mindestens eine inkontinente Episode pro Woche von 10,1 Prozent ergeben. Der Grund für diese niedrige Rate dürfte auf den guten Gesundheitszustand dieser Pflegeheimpopulation zurückzuführen sein. Über 90 Prozent der Bewohner waren, trotz des Durchschnittsalters von über 80 Jahren, körperlich fit bzw. uneingeschränkt in den Aktivitäten des täglichen Lebens. (Chen et al. 2009)

Saxer et al. (2008) haben in einer retrospektiven Untersuchung neben Daten zur Prävalenz der Harninkontinenz, auch Daten zur Inzidenz erhoben. Die Punktprävalenz von 2610 Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern aus 42 Pflegeheimen der Schweiz hat ergeben, dass 51,5 Prozent mindestens zwei Mal pro Woche unbeabsichtigt Harn verlieren. Keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit der Harninkontinenz könnten zwischen Frauen und Männern verzeichnet werden. Während der Periode von 24 Monaten stieg die Anzahl der Neuerkrankungen um 26 Prozent. (Saxer et al. 2008)

Boyington et al. (2007) bestätigen dieses Ergebnis mit einer Analyse der Aufnahmeakten und jährlichen Dokumentationen von Bewohnerinnen und Bewohnern der 7 640 Pflegeheime des Südostens der USA. Bei der Aufnahme in ein Pflegeheim waren zwischen 1999 und 2002 65,4 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner harninkontinent. Ein Jahr nach der Aufnahme waren es bereits nahezu um neun Prozent mehr. (Boyington et al. 2007) In einer einzigen Studie wurde die Verteilung der unterschiedlichen Arten der Harninkontinenz angeführt. Demnach wurde bei lediglich 30 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner der niederländischen Pflegeheime ein Subtyp diagnostiziert. Am Häufigsten wurde, mit 12 Prozent, eine Funktionelle Inkontinenz festgestellt gefolgt von einer Dauerinkontinenz. (Offermans et al. 2007)

Die Prävalenz der Stuhlinkontinenz liegt in Pflegeheimen zwischen 46 und 54 Prozent. (Dassen 2007, Rodriguez et al. 2007, Tabali et al 2008) Die meisten Bewohnerinnen und Bewohner die stuhlinkontinent sind, leiden gleichzeitig an einer Harninkontinenz. Lediglich 1,10 bis 2,60 Prozent waren bei den Prävalenzerhebungen in Deutschland von 2003 bis 2007, nur von einer Stuhlinkontinenz betroffen. (Dassen 2007, Tabali et al. 2008)

Tabelle 3: Studien zur Prävalenz der Harn- und Stuhlinkontinenz in Pflegeheimen

Autor	Definition der Harninkontinenz bzw. Erhebungsinstrument	Design	Prävalenz	Land	Setting (Anzahl der Einrichtungen)	Sample
Arndt 2006	HI - unwillkürliche Harnausscheidung, NANDA totale Inkontinenz	Querschnittstudie (Prävalenzerhebung 2003)	71,60%	Deutschland	Pflegeheime (39)	Gesamt (Pflegeheime und Krankenhäuser) N= 10779
		Querschnittstudie (Prävalenzerhebung 2004)	74,20%			Gesamt (Pflegeheime und Krankenhäuser) N=12762
		Querschnittstudie (Prävalenzerhebung 2005)	73,40%			Gesamt (Pflegeheime und Krankenhäuser) N=10786
Boyington 2007	HI laut MDS - inkontinente Episode in den vergangenen 2 Wochen	Querschnittstudie (Prävalenz bei Aufnahme)	65,40%	USA (8 Staaten)	Pflegeheime (7640)	N=95911
		Querschnittstudie (Prävalenz 1 Jahr nach Aufnahme)	74,3 % Gesamt 72,2 %Frauen 75% Männer			
Chen 2009	HI - unbeabsichtigter Harnverlust mind. 1x/Woche - face-to-face Interviews	Querschnittstudie	10,10%	Taiwan	Pflegeheim (1)	Männer>65Jahre (92,8% unabhängig in Aktivitäten des täglichen Lebens) N=594
Dassen 2007	HI - jeglicher unwillkürlicher Verlust von Urin (ICS)	Querschnittstudie (Prävalenzerhebung 2007)	69,30%	Deutschland	Pflegeheime (29)	N=2 393
Jumadilova 2005	HI laut MDS 1-4 (1 zeitweise inkontinente Episoden, 4 die meiste Zeit inkontinent)	Querschnittstudie	58%	USA	Pflegeheime (378)	N=57 596
	HI laut MDS 1-4 (1 zeitweise inkontinente Episoden, 4 die meiste Zeit inkontinent) Ausschluss: Doppelinkontinenz	Querschnittstudie	30%			N=29 645
Offermans 2007	ICS Definition	Querschnittstudie (Prävalenzerhebung 2004)	77,90%	Niederlande	Pflegeheime	Gesamt (Pflegeheime und Krankenhäuser) N=29 314
		Querschnittstudie (Prävalenzerhebung 2005)	74,90%			Gesamt (Pflegeheime und Krankenhäuser) N=36 325
		Querschnittstudie (Prävalenzerhebung 2006)	76,20%			Gesamt (Pflegeheime und Krankenhäuser) N=35 980

Autor	Definition der Harninkontinenz bzw. Erhebungsinstrument	Design	Prävalenz	Land	Setting (Anzahl der Einrichtungen)	Sample
Offermans 2009	HI (alle Definitionen)	Systematische Übersichtsarbeit (12 Studien)	43-77% (Median 58%)	USA, Europa, Japan	Pflegeheime	N=2 558 729
	MDS 1 (jeglicher unbeabsichtigter Harnverlust)	Systematische Übersichtsarbeit (3 Studien)	58-77%	USA		N=153 987
	MDS 2 (mind. 2 x pro Woche unbeabsichtigter Harnverlust)	Systematische Übersichtsarbeit (9 Studien)	43-65%	USA, Europa, Japan		N=2 404 724
Quinn 1999	HI laut RAI	Querschnittstudie	37%	Georgia	Betreute Wohneinrichtung (1)	N=80
Rodriquez 2007	HI laut Kontinenzfragebogen (eigens modifiziert und getestet)	Querschnittstudie	74%	Groß-britannien	Pflegeheim (1)	N=849
			47%		Betreute Wohneinrichtung (1)	N=981
Saxer 2008	HI laut RAI min. 2 inkontinente Episoden/Woche	Querschnittstudie (Punktprävalenz 2002)	51,50% Gesamt 51,4% Männer 51,5 % Frauen	Schweiz	Geriatrische Einrichtungen und Pflegeheime (42)	N=2 610
		Querschnittstudie (Prävalenz bei Aufnahme)	36,8 % Gesamt 33,6% Männer 43,3 % Frauen			N=2 719
		Querschnittstudie (Prävalenz 12 Monate nach Aufnahme)	51 % Gesamt 57% Männer 49 % Frauen			N=788
Autor	Definition der Stuhlinkontinenz bzw. Erhebungsinstrument	Design	Prävalenz	Land	Setting (Anzahl der Einrichtungen)	Sample
Dassen 2007	SI - unwillkürliche Entleerung von Gas, flüssigem oder festem Stuhl	Querschnittstudie (Prävalenzerhebung 2007)	46,30%	Deutsch-land	Pflegeheime (29)	N=2 393
Rodriquez 2007	SI laut Kontinenzfragebogen (eigens modifiziert und getestet)	Querschnittstudie	54%	Groß-britannien	Pflegeheim (1)	N=849
			18%		Betreute Wohneinrichtung (1)	N=981
Tabali 2006	SI (NANDA - ungewollte Stuhlentleerung)	Querschnittstudie (Prävalenzerhebungen 2003-2005)	46-50 %	Deutsch-Land	Pflegeheime(113)	N=9476
HI=Harninkontinenz, SI=Stuhlinkontinenz, MDS=Minimum Data Set, RAI=Residential Assessment Instrument, N=Stichprobengröße <input type="checkbox"/> Pflegeheime <input type="checkbox"/> Betreute Wohneinrichtungen						

## 2.2.5 Prävalenz der Inkontinenz im Setting-Krankenhaus

Im Vergleich zu epidemiologischen Studien zur Inkontinenz bei nicht-institutionalisierten Erwachsenen existieren relativ wenige Prävalenzstudien zu dieser Thematik im Setting-Krankenhaus. Durch die Heterogenität der Krankenhauspopulation sind Prävalenzdaten zur Stuhl- und Harninkontinenz in internationalen Studien sehr breit gefächert und reichen bei der Harninkontinenz von 15,1 bis 42,8 Prozent (Arndt et al. 2006, Dassen 2007, Ho et al. 2005, Offermanns et al. 2007, Junkin & Selekof 2007, Ostaszkiwicz et al. 2008) und bei der Stuhlinkontinenz von 9,3 bis 20,7 Prozent. (Dassen 2007, Ho et al. 2005, Junkin & Selekof 2007, Ostaszkiwicz et al. 2008, Tabali et al. 2006) Frauen im Setting Krankenhaus sind deutlich häufiger von einem unwillkürlichen Harnverlust betroffen als Männer. (Arndt et al. 2006, Dassen 2007, ho et al. 2005) Des Weiteren steigt die Prävalenz der Harninkontinenz in Krankenhäusern mit zunehmendem Alter. (Arndt et al. 2006)

Bei Prävalenzerhebungen in deutschen Kliniken, waren 2007, mit 15,1 Prozent, deutlich weniger Patientinnen und Patienten harninkontinent als in den Jahren davor, von 2003 bis 2005, als 19,6 bis 27,2 Prozent harninkontinent waren. (Arndt et al. 2006, Dassen 2007) Die Prävalenz der Harninkontinenz in Krankenhäusern unterschied sich signifikant von der Prävalenz in Pflegeheimen. (Arndt et al. 2006) Subtypen der Harninkontinenz werden, ähnlich wie in Pflegeheimen, bei Patientinnen und Patienten im Krankenhaus selten diagnostiziert. Einzig bei einer niederländischen Studie sind Subtypen angeführt. Demnach wurde bei der Prävalenzerhebung im Jahr 2006, bei lediglich 34 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Subtyp der Inkontinenz diagnostiziert.

Ostaszkiwicz et al. (2008) haben in ihrer Studie 447 Patientinnen und Patienten in Australien nach einem unerwünschten Harn- und Stuhlverlust während ihres Krankenhausaufenthaltes befragt. Obwohl bei dieser Studie die Risikogruppe der kognitiv eingeschränkten Personen exkludiert wurde, gab jede fünfte Patientin bzw. jeder fünfte Patient an, in den letzten 24 Stunden harninkontinent gewesen zu sein und jede Zehnte bzw. jeder Zehnte erfuhr in den letzten 24 Stunden eine Stuhlinkontinenz. (Ostaszkiwicz et al. 2008)

Der Anteil der stuhlinkontinenten Patientinnen und Patienten stieg bei deutschen Prävalenzerhebungen zwischen 2003 und 2005 von elf Prozent auf 16 Prozent, wobei auch hier mit zunehmendem Alter eine Erhöhung der Prävalenz zu verzeichnen war. (Tabali et al. 2006)

In einer Querschnittstudie in Australien wurden mit einem eigens entworfenen und getesteten Fragerbogen Aspekte der Stuhlinkontinenz erforscht. Man ist zu dem Ergebnis gekommen, dass die betroffenen Personen (20,7 Prozent der 434 Studienteilnehmerinnen) durchschnittlich seit zwei Jahren an dem unfreiwilligen Verlust von Stuhl leiden. Zirka 80 Prozent gaben an, den Stuhldrang wahrzunehmen, dass es ihnen jedoch nicht möglich sei, die Toilette rechtzeitig zu erreichen. (Ho et al. 2005) In einer einzigen Studie waren mehr Patientinnen und Patienten stuhlinkontinent als harninkontinent. Eine in zwei Krankenhäusern in Baltimore durchgeführte Prävalenzerhebung hat ergeben, dass 19,7 Prozent der Patientinnen und Patienten harninkontinent und 17,6 Prozent stuhlinkontinent waren. Die 33 Prozent der Patientinnen und Patienten die mit einem liegenden Harndauerkatheter versorgt waren, wurden erstaunlicherweise als kontinent klassifiziert. (Junkin & Selekof 2007)

Tabelle 4: Studien zur Prävalenz der Harn- und Stuhlinkontinenz in Krankenhäusern

Autor	Definition der Harninkontinenz	Design	Prävalenz	Land	Setting (Anzahl der Einrichtungen)	Sample
Arndt 2006	unwillkürliche Harnausscheidung, NANDA totale Inkontinenz	Querschnittstudie (Prävalenzerhebung 2003)	27,20%	Deutschland	Krankenhäuser (37)	Insgesamt (Pflegeheime und Krankenhäuser) N= 10 779
		Querschnittstudie (Prävalenzerhebung 2004)	19,60%			Insgesamt (Pflegeheime und Krankenhäuser) N=12 762
		Querschnittstudie (Prävalenzerhebung 2005)	24,30%			Insgesamt (Pflegeheime und Krankenhäuser) N=10 786
Dassen 2007	HI - jeglicher unwillkürlicher Verlust von Urin (ICS)	Querschnittstudie (Prävalenzerhebung 2007)	15,10% 16,9%Frauen 12,9%Männer	Deutschland	Krankenhäuser (23)	N=4 080
Ho 2005	HI - jede Art der HI weiter spezifiziert nach Häufigkeit	Querschnittstudie	42,8% 50,60%Frauen 10,40%Männer	Australien	Krankenhaus (1) gynäkologische, kolorectale Abt.	N=452
Junkin 2007	HI laut Krankenakte/Dokumentation	Querschnittstudie	19,7%	USA (Baltimore)	Krankenhäuser(2) medizinische, chirurgische Abt., Intensivstation	N=608
Offermans 2007	ICS Definition	Querschnittstudie (Prävalenzerhebung 2004)	18,70%	Niederlande	Krankenhäuser	Gesamt (Pflegeheime und Krankenhäuser N=29 314
		Querschnittstudie (Prävalenzerhebung 2005)	18,00%			Gesamt (Pflegeheime und Krankenhäuser N=36 325
		Querschnittstudie (Prävalenzerhebung 2006)	17,50%			Gesamt (Pflegeheime und Krankenhäuser N=35 980
Ostaszkiwicz 2008	HI – unbeabsichtigter Harnverlust in den vergangenen 24 Stunden	Querschnittstudie	22,00%	Australien	Krankenhaus (1) medizinische, chirurgische, rehabilitative, geriatrische Abt.	N=398
Autor	Definition der Stuhlinkontinenz	Design	Prävalenz	Land	Setting (Anzahl der Einrichtungen)	Sample
Dassen 2007	SI - unwillkürliche Entleerung von Gas, flüssigem oder festem Stuhl	Querschnittstudie (Prävalenzerhebung 2007)	9,30%	Deutschland	Krankenhäuser (23)	N=4 080
Ho 2005	SI - unfreiwilliger Verlust von kompatem oder flüssigem Stuhl	Querschnittstudie	20,70%	Australien	Krankenhaus (1) gynäkologische, kolorectale Abt.	N=452
Junkin 2007	SI laut Krankenakte/Dokumentation	Querschnittstudie	17,60%	USA (Baltimore)	Krankenhäuser(2) medizinische, chirurgische Abt., Intensivstation	N=608
Ostaszkiwicz 2008	SI Unbeabsichtigter Stuhlverlust in den vergangenen 24 Stunden	Querschnittstudie	10,00%	Australien	Krankenhaus (1) medizinische, chirurgische, rehabilitative, geriatrische Abt.	N=324
Tabali 2006	SI - ungewollte Stuhlentleerung (NANDA Definition)	Querschnittstudie (Prävalenzerhebungen 2003-2005)	11,00-16,00 %	Deutschland	Krankenhäuser (123)	N=24 764

HI=Harninkontinenz, SI=Stuhlinkontinenz, N=Stichprobengröße, Abt.=Abteilung

## **2.2.6 Psychosoziale und ökonomische Auswirkungen der Inkontinenz**

Der Großteil der Personen mit Symptomen einer Inkontinenz nimmt keine Hilfe von professionellen Gesundheitsdiensten in Anspruch. (Boyle et al. 2003, Ho et al. 2005, Minassian et al. 2003, Schäfer 2009). Dies hat zur Folge, dass die Betroffenen häufig nicht darüber informiert sind, welche Möglichkeiten der Behandlung es gibt bzw. was sie selbst dazu beitragen können, um dem Fortschreiten der Harninkontinenz entgegenzuwirken. (Minassian et al. 2003, Schäfer 2009). Als Gründe für dieses Verhalten werden unter anderem angegeben, dass Betroffene glauben, Harninkontinenz gehöre zum normalen Alterungsprozess, des weiteren Scham, Angst davon zu erzählen und die geringen Erwartungen an den Nutzen einer Behandlung. (Minassian et al. 2003) Häufig gelten Operationen als die einzig effektive Therapieform. (Schäfer 2009)

Sogar Frauen mit einem Behandlungswunsch sprechen diesen nicht von sich aus an, sondern warten auf die entsprechende Frage der Gesundheitsprofessionalisten. (Schäfer 2009) Bei Symptomen der Stuhlinkontinenz herrscht ähnliches Stillschweigen. Ein Großteil der Betroffenen gesteht den unkontrollierten Stuhlabgang nicht ihrem Vertrauensarzt bzw. Hausarzt und bei den wenigsten stuhlinkontinenten Patientinnen und Patienten scheint die Diagnose in ihrer Patientenakte auf. (Ho et al. 2005)

Betroffene mit Symptomen einer Harninkontinenz erleiden soziale Konsequenzen, negative Gefühle und/oder Scham. Bei einem großen Teil der Betroffenen hat die Harninkontinenz moderate bis schwere Auswirkungen auf die Lebensqualität. (Minassian et al. 2003, Subak et al. 2006) Auch Symptome einer „Überaktiven Blase“ haben negative Auswirkungen auf die Lebensqualität. Über 60 Prozent, der in der Studie von Milsom et al. (2001) identifizierten Betroffenen, berichten dass sie im täglichen Leben beeinträchtigt sind und sich Coping Strategien, zum Managen der Symptome, aneignen. Als Coping Strategien wurden Einschränkungen der Flüssigkeitsaufnahme und ständige Vergewisserung über die Lokalisation der nächsten Toilette angegeben. Auch Betroffene der „Überaktiven Blase“ nehmen häufig keine Hilfe in Anspruch (Milsom et al. 2001, Moorthy et al. 2004), da sie der Meinung sind, dass es keine effektive Behandlung gebe. (Milsom et al. 2001) Aufbauend auf die

Querschnittstudie von Milsom et al (2001) haben Irwin et al (2005) 300 Betroffene aus jedem der sechs teilnehmenden Staaten, zu den Auswirkungen der Symptome der „Überaktiven Blase“ auf die Erwerbstätigkeit, soziale Interaktionen und das emotionale Wohlbefinden befragt. Zirka ein Drittel der Betroffenen gab an, die Symptome der „Überaktiven Blase“ verursachen Bedrücktheit und Gefühle des Stresses. Die Angst vor einem „unerwünschten Zwischenfall“ führt dazu, dass die Betroffenen Aktivitäten außerhalb ihres Zuhauses meiden. Männer gaben signifikant häufiger als Frauen an, dass die Symptome sie im täglichen Arbeitsleben belasten. Unter „belastende Auswirkungen“ im Arbeitsleben wurden die Angst Konferenzen und Besprechungen abbrechen zu müssen, Einschränkungen bei Entscheidungen zum Arbeitsplatz und der Arbeitszeit und der erforderliche vorzeitige Ausstieg aus dem Arbeitsleben angegeben. (Irwin et al. 2005) Coyne et al. (2008) führten eine eingebettete Fall-Kontrollstudie mit 2.868 Partizipanten der EPIC Studie durch, um die Auswirkungen der „Überaktiven Blase“ auf die Lebensqualität, die Produktivität, die Sexualität und das emotionale Wohlbefinden zu erforschen. Die Personen mit Symptomen der „Überaktiven Blase“ waren signifikant weniger produktiv bei der Arbeit, sexuell unzufriedener, hatten häufiger depressive Episoden und waren im allgemeinen in einem schlechteren Gesundheitszustand als die Kontrollgruppe ohne Symptome der „Überaktiven Blase“. (Coyne et al. 2006)

Neben den psychischen und sozialen Auswirkungen der „Überaktiven Blase“ kommt es zu beträchtlichen ökonomischen Auswirkungen im Gesundheitssektor. Irwin et al. (2008) haben diese ökonomischen Auswirkungen mit den Prävalenzdaten der EPIC Studie von Kanada, Deutschland, Italien, Spanien, Schweden und Großbritannien berechnet. Die durchschnittlichen jährlichen direkten Kosten (Behandlungskosten, Arztkosten, Kosten der Inkontinenzprodukte) betragen pro Patient zwischen €262 in Spanien und €619 in Schweden. Die geschätzten direkten Kosten pro Land belaufen sich zwischen €333 Millionen in Schweden €1,2 Billionen in Deutschland. Alle sechs Länder zusammen geben jährlich etwa €3,6 Billionen für die direkte Behandlung der „Überaktiven Blase“ aus. Neben den direkten Kosten kommt es jedoch auch zu indirekten Kosten, wie die Abwesenheit von der Arbeit oder die Aufnahme in ein Pflegeheim. Es wird geschätzt, dass durch den Arbeitsausfall €1,1 Billionen und durch die Pflegeheimbetreuung infolge einer Drangharninkontinenz €4,7 Billionen, in den sechs Länder zusammen,

aufgebracht werden müssen. (Irwin et al. 2008) Harninkontinente US-Amerikanerinnen geben durchschnittlich \$900 (etwa €685) pro Jahr für Inkontinenzprodukte aus und würden für eine 50-prozentige Reduktion ihrer inkontinenten Episoden \$460 (etwa €350) jährlich bezahlen. (Subak et al. 2006)

Inkontinent zu sein macht für viele Betroffene den Aufenthalt in einem Pflegeheim erforderlich. Eine Studie in Australien, bei der 54 Krankenhausabteilungen involviert waren, ist zu dem Ergebnis gekommen, dass inkontinente Krankenhauspatientinnen und -patienten länger im Krankenhaus verweilen, als Kontinente und häufiger in einem Pflegeheim weiterversorgt werden müssen. (Ostaszkiwicz et al. 2008)

Eine Stuhlinkontinenz hat schwerwiegende negative Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen. Beinahe zwei Drittel der Betroffenen gaben bei einer Fragebogenerhebung in einem Krankenhaus in Australien an, dass sie sich aufgrund ihrer Inkontinenz schämen und Angst haben vor einem unfreiwilligen Stuhlverlust hätten. Fast die Hälfte der Befragten gab an, das Leben weniger zu genießen und ständig von Gedanken an einen plötzlichen „unerwünschten Zwischenfall“ geplagt zu werden. (Ho et al. 2005) Abgesehen von den psychischen und sozialen Belastungen, die durch eine Inkontinenz entstehen, kann es aufgrund einer inadäquaten Versorgung zu Irritationen und Verletzungen der Haut kommen. Eine Untersuchung in zwei Krankenhäusern in Baltimore hat ergeben, dass über 40 Prozent der 120 inkontinenten Patientinnen und Patienten einen Hautdefekt aufwiesen. (Junkin & Selekof 2007)

### **2.2.7 Management der Inkontinenz in Pflegeheimen**

Im Rahmen eines nationalen Audits zur Qualität der Kontinenzversorgung wurden in England, Wales und Nordirland Aspekte des Managements der Harn- und Stuhlinkontinenz erhoben. Respektive 40 Prozent der befragten Pflegeheime gaben, beim Fragenkomplex zum Assessment der Harninkontinenz, an, dass die Ursache bzw. Art der Harninkontinenz klar identifiziert wird und 80 Prozent berichteten von der Gegenwärtigkeit eines spezifischen Behandlungsplans bei einer Harninkontinenz. Die Maßnahmen, die am häufigsten zur Behandlung der Harninkontinenz angewandt wurden, waren die Versorgung mit Inkontinenzprodukten, regelmäßige Toilettengänge und Beratung zur allgemeinen Gesundheit. Ein Beckenbodentraining erhielten lediglich

drei Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner. (Wagg et al. 2008) Zur Behandlung der Stuhlinkontinenz wurden neben regelmäßigen Toilettengängen die Verwendung von Stuhlinkontinenzkurven (sogenannte *faecal incontinence charts*), die Durchsicht und gegebenenfalls Modifikation der Medikation und pharmazeutische Maßnahmen am häufigsten angegeben. (Potter et al. 2007)

In der Studie von Rodriguez et al. (2007) wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von 66 Pflege- und Altenheimen in England befragt, wie das Pflegeproblem der Inkontinenz routinemäßig in ihrer Einrichtung bewältigt wird. In 61 Einrichtungen gaben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an, Inkontinenzslips und Einlagen zu verwenden und in 50 gaben sie an, planmäßige Toilettengänge durchzuführen. 15 Prozent der 66 befragten Einrichtungen zählten zu Managementmethoden der Harninkontinenz die Verwendung von Kathedern. (Rodriquez et al. 2007) Im Rahmen des Modellprojektes KIPS (Kontinenzberatung im Pflege- und Seniorenheim) wurden in zwei deutschen Pflegeheimen Interviews mit betreuenden Pflegepersonen, Pflegedokumentationsanalysen, teilnehmende Beobachtungen und Analysen pflegerischer Arbeitsabläufe in Bezug auf die Inkontinenzversorgung durchgeführt. Kontinenzbezogene Tätigkeiten wurden vorwiegend an Schülerinnen und Schülern, Pflegehelferinnen und Pflegehelfern, sowie an Aushilfen delegiert. Den Aushilfen bzw. ungelerten Pflegekräften war der Unterschied zwischen alltagsgeleiteter Toilettenbegleitung und einem gezielten Toilettentraining nicht bewusst. Bei der Versorgung mit Inkontinenzprodukten wurden Bewohnerinnen und Bewohner häufig mit größeren Inkontinenzvorlagen oder geschlossenen Systemen versorgt als nötig gewesen wäre. Im Nachtdienst konnte beobachtet werden, dass in ein geschlossenes Vorlagensystem eine zusätzliche Vorlage eingelegt wurde, um diese in der zweiten Nachtdienststrunde zu entfernen. Weiters konnten gravierende Mängel bei der Dokumentation festgestellt werden. Bei nur 60 Prozent der 177 Bewohnerinnen und Bewohner mit einem Kontinenzproblem fand sich in der Dokumentation ein Hinweis auf die Art des eingesetzten Hilfsmittels. Bei einer einzigen Bewohnerin war ein Miktionsprotokoll vorhanden und bei lediglich drei Prozent der harninkontinenten Bewohnerinnen und Bewohner war ein Toilettentraining dokumentiert. (Pfisterer et al. 2008) Zu konträren Ergebnissen ist man bei der Prävalenzerhebung in deutschen Pflegeheimen im Jahr 2007 gekommen. Demnach haben 38,4 Prozent der 1.723

harninkontinenten Frauen und 34,8 Prozent der 502 harninkontinenten Männer ein Toilettentraining erhalten. Ein Beckenbodentraining wurde hingegen bei lediglich einer einzigen Person angewandt. (Dassen 2006) In den Niederlanden wurde 2006 als die am Häufigsten durchgeführte Maßnahme bei harninkontinenten Patientinnen und Patienten die Versorgung mit Inkontinenzprodukten, gefolgt von einem Toilettentraining angegeben. Ein Blasentraining, Beckenbodentraining oder Entspannungsübungen haben ebenso in niederländischen Pflegeheimen nur 0,3 Prozent der 8.763 an der Erhebung teilnehmenden Patientinnen und Patienten erhalten. (Offermans et al. 2007)

Barrieren, warum Maßnahmen zur Förderung der Kontinenz bei Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern häufig nicht angewandt werden, wurden im Rahmen einer qualitativen Forschungsarbeit von Resnick et al. (2006) identifiziert. Neben dem „Unvermögen die Bewohnerinnen und Bewohner rechtzeitig zur Toilette zu bringen“ wurden das „fehlende Wissen und negative Haltungen“ sowie „systemische Probleme“ als Hauptkategorien ermittelt. Als Gründe für das „Unvermögen die Bewohnerinnen und Bewohner rechtzeitig zur Toilette zu bringen“ wurden angegeben, dass es einzelnen Pflegepersonen oftmals nicht möglich sei, Bewohnerinnen und Bewohner alleine zur Toilette zu bringen und Hilfe durch eine zweite Pflegekraft nicht immer gegenwärtig sei. Die Barriere des fehlenden Wissens wird durch den Glauben von Pflegenden, dass die Harninkontinenz zum natürlichen Alterungsprozess gehört und fehlende Kenntnisse über Maßnahmen zum Blasentraining untermauert. Diese Wissenslücken und negative Haltungen gegenüber der Wirksamkeit von Interventionen zur Behandlung der Harninkontinenz führen dazu, dass wenige therapeutische Maßnahmen in der Praxis Anwendung finden. Zu systemischen Problemen, welche Maßnahmen zur Kontinenzförderung behindern, zählen die mangelnde Kommunikation zwischen Pflegenden bezüglich der Toilettengänge der zu Pflegenden und die Zeitkomponente, welche dem Pflegeproblem der Harninkontinenz nur einen nachrangigen Stellenwert einnehmen lässt. (Resnick et al. 2006)

### **2.2.8 Management der Inkontinenz in Krankenhäusern**

Das Pflegeproblem der Inkontinenz ist in der Akutpflege nicht hochprior. Die Ursache bzw. Art der Inkontinenz wird nur in seltenen Fällen erhoben. Laut einem Audit zur

Kontinenzversorgung in 198 Krankenhäusern in England, Wales und Nordirland werden als Maßnahmen zur Inkontinenzbehandlung am häufigsten die Verwendung von Inkontinenzprodukten, die Behandlung von Harnwegsinfekten und das Anbieten von regelmäßigen Toilettengängen angegeben. Respektive 45 Prozent der Einrichtungen gaben an, spezifische Behandlungspläne bei inkontinenten Patientinnen und Patienten anzulegen. Diese beinhalteten jedoch meist nur die regelmäßige Versorgung mit Inkontinenzprodukten. (Wagg et al. 2008) Das Vorhandensein einer Stuhlinkontinenz wurde bei einem Viertel der Patientinnen und Patienten mit Hilfe von pharmakologischen Interventionen gemanagt. Weitere Methoden die in Krankenhäusern in England, Wales und Nordirland angewandt wurden sind die Behandlung von Co-Morbiditäten, die Verbesserung der Mobilität und das Anlegen von Stuhlinkontinenzkurven. (Potter et al. 2007)

Eine Untersuchung in australischen Akutkrankenhäusern hat ergeben, dass fast 60 Prozent der Patientinnen und Patienten Kontinenzprodukte bzw. Kontinenzhilfsmittel verwenden. Die am Häufigsten verwendeten waren saugfähige Einlagen, gefolgt von waschbaren Bettenauflagen. 34 Personen der 446 Befragten wurden mittels Harnkatheter auf Grund ihrer Inkontinenz versorgt. (Ostaszkiwicz et al. 2008) Harnkatheder werden in Krankenhäusern häufiger zur Behandlung der Inkontinenz verwendet als in Pflegeheimen. In deutschen Krankenhäusern erhielten 2007 32 Prozent der 2225 Patientinnen und Patienten und in niederländischen Krankenhäusern 28,5 Prozent der 2275 Patientinnen und Patienten einen Harnkatheder als Inkontinenzmaßnahme. (Dassen 2007, Offermans 2007) Das Toilettentraining und Stuhltraining findet relativ selten Anwendung in Krankenhäusern. Bei der Analyse der Daten der Prävalenzerhebungen von 2003 bis 2005 in Deutschland ist man zu dem Ergebnis gekommen, dass nur 4,8 bis 7,8 Prozent der 3247 stuhlinkontinenten Patientinnen und Patienten ein Stuhltraining und 7,6 bis 10,3 Prozent ein Toilettentraining erhielten. (Tabali et al. 2006) Bei der Erhebung 2007, erhielten immerhin 17,1 Prozent der 1723 teilnehmenden Frauen und 14 Prozent der 502 teilnehmenden Männer ein Toilettentraining. Ein Stuhltraining erhielten in diesem Jahr hingegen etwa 6 Prozent der Patientinnen und Patienten. (Dassen 2007)

Ein Ländervergleich zwischen Schweden, Großbritannien und China bezüglich der Inkontinenzversorgung von Patientinnen und Patienten nach einem Insult hat ergeben,

dass es bestimmte Muster des Blasenmanagements in allen drei Ländern gibt. So liegt der Hauptfokus der Versorgung auf Kernpflegehandlungen (z.B. Vermeidung von Infekten, Flüssigkeitszufuhrkontrolle, emotionale Unterstützung, zeitlich angepasster Toilettengang) und palliativen Handlungen (z.B. aufsaugende Inkontinenzprodukte, Versorgung mit Harndauerkathedern). Das übergeordnete Ziel dieser Behandlungspfade ist es, Gefahren zu vermeiden und soziale Kontinenz zu erreichen. Es gab in keinem der Länder systematische, aktive Bemühungen, den Zustand der Kontinenz bei den Betroffenen wiederherzustellen. Es bestand weder ein formales Kontinenzscreening noch gab es Bemühungen, der Ursache bzw. der Form der Inkontinenz auf den Grund zu gehen und demnach individuelle Pflegepläne zu entwickeln. (Booth et al. 2009)

Der Kontinenzstatus findet sich häufig in der Pflegedokumentation nicht wieder. Bei fast der Hälfte der Patientinnen und Patienten in Ostaszkiwicz et al. (2008) fanden sich keine Angaben zur Blasenfunktion in den Aufnahmedaten und bei mehr als der Hälfte wurde die Darmfunktion nicht erhoben. Auch in der laufenden Pflegedokumentation wurde bei über 50 Prozent der Patientinnen und Patienten, die von inkontinenten Episoden während des Aufenthaltes berichteten, dies nicht dokumentiert. Diese Mängel bei der Dokumentation verdeutlichen die unzureichende Beachtung des Pflegeproblems der Inkontinenz im Setting Krankenhaus. (Ostaszkiwicz et al. 2008)

### **2.3 Reflexion der Literaturrecherche**

Das Pflegeproblem der Inkontinenz ist laut internationaler Literatur sowohl in Pflegeheimen als auch in Krankenhäusern weit verbreitet. Es existieren keine umfassenden Angaben über das Vorkommen des Pflegeproblems der Inkontinenz in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen.

Um die Pflegepraxis bei der Versorgung von inkontinenten Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern reflektieren zu können, sind neben den Daten zur Prävalenz auch Erhebungen über durchgeführte Interventionen erforderlich. Auch hierzu existieren in der wissenschaftlichen Literatur keine Angaben für österreichische Krankenhäuser und Pflegeheime.

### 3 Zielsetzungen und Fragestellungen

---

Das Ziel dieser Arbeit ist die Darstellung der Häufigkeiten der Stuhl- und Harninkontinenz in österreichischen Pflegeheimen und Krankenhäusern. Des Weiteren soll die gegenwärtige Pflegepraxis im Bezug auf das Pflegephänomen „Inkontinenz“ aufgezeigt werden.

Konkret sollen folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

⇒ Wie hoch sind die Prävalenzraten der Harn- und Stuhlinkontinenz bei der erwachsenen österreichischen Krankenhaus- und Pflegeheimpopulation?

⇒ Welche geschlechts- und altersspezifischen Unterschiede der Inkontinenz lassen sich im jeweiligen Setting verzeichnen?

⇒ Welche unterschiedlichen Maßnahmen werden in Pflegeheimen im Vergleich zu Krankenhäusern zur Behandlung der Harninkontinenz ergriffen?

Durch die Darstellung der Prävalenzdaten zur Harn- und Stuhlinkontinenz sollen Pflegepraktikerinnen und Pflegepraktiker für diese Thematik sensibilisiert werden und es soll ein Problembewusstsein geschaffen werden.

Durch den Erhalt notwendiger Informationen über die Versorgung bei Pflegeproblemen und der Gegenüberstellung der gegenwärtigen Pflegepraxis in Krankenhäusern und Pflegeheimen ist ein Vergleich von Daten möglich und weitere Untersuchungen von Problemen im Pflegebereich können forciert werden.

## **4 Methode**

---

Nachfolgend wird das Studiendesign, die Stichprobe, das Erhebungsinstrument sowie das gesamte Vorgehen bei der Untersuchung und bei der Datenauswertung expliziert.

### **4.1 Studiendesign**

Die Beantwortung der Forschungsfragen erfordert ein quantitatives Studiendesign. Im Rahmen einer multizentrischen Querschnittstudie werden Prävalenzraten von relevanten Pflegeproblemen in der österreichischen Krankenhaus- und Pflegeheimpopulation unter Verwendung von standardisierten Fragebögen erhoben.

### **4.2 Stichprobenauswahl und Stichprobe**

Mittels zugesandter Broschüren wurden alle österreichischen Pflegeheime und Krankenhäuser aufgefordert an der Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten teilzunehmen. Die Teilnahme wurde durch die Rücksendung eines Anmeldeformulars der jeweiligen Einrichtung bestätigt. Die Stichprobe besteht demnach aus Patientinnen und Patienten österreichischer Krankenhäuser und aus Bewohnerinnen und Bewohnern österreichischer Pflegeheime, deren Einrichtungen sich zur Teilnahme an der Erhebung angemeldet haben.

### **4.3 Erhebungsinstrument**

Das Erhebungsinstrument besteht aus zwei Teilen, einem patientenbezogenen Teil und einem pflegeproblembezogenen Teil. Beim patientenbezogenen Teil werden nach demographischen Daten, Krankheitsbildern und der Pflegeabhängigkeit mittels der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) gefragt. Der zweite Teil bezieht sich auf pflegerelevante Probleme, wobei neben der Inkontinenz vier weitere Pflegeprobleme (Dekubitus, Mangelernährung, Intertrigo, Stürze und Fixierungen) erhoben werden.

Jedes Pflegeproblem wird auf drei Messebenen erfasst. Auf der Einrichtungsebene wird das Profil der Einrichtung, auf der Abteilungsebene das Profil der Abteilung im Bezug auf die pflegerelevanten Phänomene erfasst. Auf der dritten Ebene, der Patientenebene

werden neben Merkmalen des jeweiligen Pflegeproblems auch pflegerelevante Maßnahmen erhoben.

Bei der Urininkontinenz wird gemessen ob der Patient/Bewohner von einer Urininkontinenz betroffen ist und wenn ja, wie häufig diese auftritt und wann die Inkontinenz zum ersten Mal festgestellt worden ist. Ferner geht es darum, ob die Urininkontinenz diagnostiziert wurde und wenn ja, welche Diagnose gestellt wurde. Weiters werden pflegerische Inkontinenzmaßnahmen erhoben. Neben der Urininkontinenz wird auch die Stuhlinkontinenz erfasst, wobei unter anderem auf inkontinenzbedingte Verletzungen eingegangen wird.

Aufgrund von Rückmeldungen der Erhebenden der Piloterhebung, bezüglich Schwierigkeiten zur Verständlichkeit der Fragestellungen und Formulierungen, wurden einzelne Fragestellungen abgeändert und dem österreichischen Sprachgebrauch angepasst.

#### **4.4 Vorgehen und Datenerhebung**

Um die Erhebung vorab zu testen und erste Einblicke in die Problematiken zu erhalten, wurde eine Pilotstudie durchgeführt, an der sich elf Einrichtungen bereit erklärten teilzunehmen.

Im Februar 2009 wurden an zwei aufeinanderfolgenden Tagen Einführungsveranstaltungen abgehalten, an denen die teilnehmenden Einrichtungen über den Ablauf der Erhebung aufgeklärt wurden und ferner Informations- und Schulungsmaterial erhielten. Jede teilnehmende Institution hatte den Auftrag, eine interne Koordinatorin bzw. einen internen Koordinatoren zu stellen. Diese bzw. dieser wurde mit der Koordination innerhalb der Einrichtung betraut und diente als Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner gegenüber der Projektgruppe und dem Team der Medizinischen Universität Graz. Zu den Aufgaben der Koordinatorinnen und Koordinatoren zählte unter anderem die Zusammenstellung eines Erhebungsteams und deren Schulung in Bezug auf die Durchführung der Erhebung, das Einsammeln der Erhebungsformulare und Überprüfen der Daten hinsichtlich der Vollständigkeit, sowie die Übermittlung der Daten an das Forscherteam.

An einem einzigen Tag, im April 2009, fand die Datenerhebung in den teilnehmenden Einrichtungen statt. Die Patientinnen und Patienten wurden über die Erhebung aufgeklärt und befürworteten ihre Teilnahme durch eine schriftliche Einwilligungserklärung. Um möglichst objektive Daten zu erhalten, wurden die Fragebögen der Patientenebene von jeweils zwei Pflegepersonen und durch bestätigende Rückfragen der Patientinnen bzw. der Patienten ausgefüllt. Bei Uneinigkeit über den Grad des Pflegeproblems wurde für den höheren Punktwert entschieden. Die Erhebung dauerte pro Patientin bzw. Patient etwa 30 Minuten. Nach der Erhebung wurden die Fragebögen vom Koordinator eingesammelt und auf ihre Vollständigkeit hin überprüft. Die Koordinatoren hatten sechs Wochen Zeit, die Daten in eine bereitgestellte Software, die aus denselben Komponenten wie die schriftliche Form der Fragebögen besteht, einzugeben.

Um auftretende Fragen beantworten und Unklarheiten beseitigen zu können wurde eine Mailbox installiert. Diverse Anliegen konnten dort während der Vorbereitungsphase bis zum Abschluss der Dateneingabephase deponiert werden und wurden umgehend bearbeitet. Ein Fragenkatalog, der im Rahmen der Piloterhebung generiert wurde, diente als Unterstützung zur raschen Fragebeantwortung.

#### **4.5 Ethik und Datenschutzbestimmungen**

Die Zustimmung der Ethikkommission wurde eingeholt und forderte, neben der mündlichen Aufklärung und Einwilligung, eine schriftliche Einwilligungserklärung für teilnehmende Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner. Demnach wurden Patienteninformationsbroschüren mit beiliegenden Einwilligungserklärungen erstellt.

Zum Schutz der Personen- und Einrichtungsdaten wurden Datenschutzbestimmungen aufgestellt, welche allgemeine Bestimmungen, die Rechte der Registrierten und die Bereitstellung von Daten an Dritte enthalten.

#### **4.6 Datenanalyse**

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte computergestützt mit Hilfe der Software SPSS (Statistical Package for Social Science), Version 16.0. Zur Beantwortung der

Fragestellungen stand die Beschreibung der Stichprobe mittels deskriptiver Analysen im Vordergrund. Zur Feststellung von Zusammenhängen zwischen den verschiedenen Variablen wurden inferenzstatistische Analysen durchgeführt. Bei kategoriellen Variablen diente hierzu der Person's Chi<sup>2</sup>-Test, bzw. bei sehr kleinen Häufigkeiten der Fisher's Exact Test. Potentielle Zusammenhänge zwischen metrischen Variablen wurden mit nonparametrischen, zweiseitigen Signifikanztests (Mann-Whithney U Tests) berechnet. Die Statistische Signifikanz wurde bei  $p < 0,05$  angenommen. Als hoch signifikant werden Ergebnisse, deren p-Wert  $< 0,001$  ist, definiert.

## 5 Ergebnisse

Einleitend werden die Auswahl sowie Merkmale der Teilnehmerinnen- und Teilnehmer beschrieben. Die Prävalenz der Inkontinenz wird settingspezifisch, altersspezifisch und geschlechterspezifisch dargestellt. Im Kapitel 5.3 werden Maßnahmen zur Behandlung der Inkontinenz, die bei den teilnehmenden Einrichtungen Anwendung finden, graphisch und tabellarisch abgebildet. Schlussendlich werden die Häufigkeiten und das Vorkommen von Verletzungen, welche durch eine Inkontinenz bedingt sind, aufgezeigt.

### 5.1 Teilnehmerinnen- und Teilnehmermerkmale

Insgesamt haben 21 Einrichtungen mit 3.655 Patientinnen und Patienten an der Erhebung teilgenommen. Sechs dieser Einrichtungen können als Pflegeheime, elf als Krankenhäuser klassifiziert werden. Die Krankenhauspopulation beträgt 2283 Patientinnen und Patienten. Da sich die Forschungsarbeit auf Erwachsene bezieht, wurden elf unter-18-jährige nicht in die Analysen aufgenommen. Die Population in den Pflegeheimen beträgt 794 Bewohnerinnen und Bewohner. 20,8 Prozent der Studienpopulation haben aus Gründen wie „Teilnahme verweigert“, „zum Zeitpunkt der Erhebung nicht erreichbar“, „zu schlechter Allgemeinzustand bzw. komatöser Zustand“ und „terminale Phase“ nicht an der Erhebung teilgenommen. Daraus ergibt sich eine Teilnehmerinnen- und Teilnehmerzahl von 2342 (siehe Abbildung 2), welche in die nachfolgenden Analysen aufgenommen wurden.

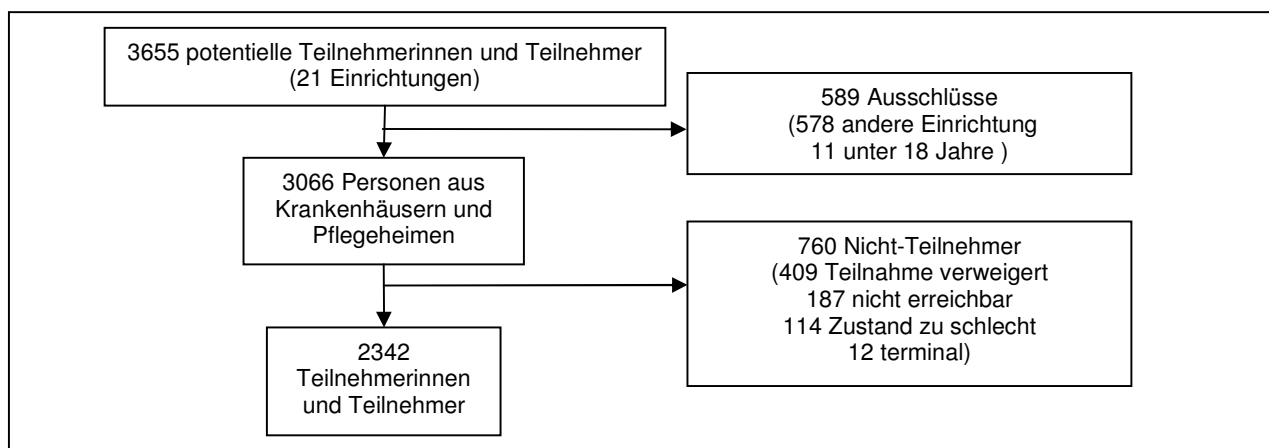


Abb. 2: Flussdiagramm Studienpopulation

Demographische Charakteristika der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind settingspezifisch in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Demographische Charakteristika

	Krankenhäuser		Pflegeheime		Gesamt	
<b>Alter in Jahre</b>	MW= 68 (SD= 16)		MW= 81 (SD= 12)		MW=72 (SD=16)	
<b>PAS (Gesamtpunktwert)</b>	MW=65 (SD=16)		MW=37 (SD=18)		MW=57 (SD=20)	
	<b>Anzahl (N)</b>	<b>Prozent</b>	<b>Anzahl (N)</b>	<b>Prozent</b>	<b>Anzahl (N)</b>	<b>Prozent</b>
<b>Teilnehmer</b>	1651	71%	691	29%	2342	100%
<b>Männer</b>	736	44%	117	17%	853	36%
<b>Altersgruppe bis 60 Jahre</b>	448	16%	54	8%	502	21%
<b>Altersgruppe 61-80 Jahre</b>	781	48%	198	29%	979	42%
<b>Altersgruppe ab 81 Jahre</b>	422	26%	439	64%	861	37%
<b>Demenzerkrankung</b>	90	6%	401	58%	491	21%
<b>Erkrankungen des Verdauungstrakts</b>	402	24%	112	16%	514	22%
<b>Erkrankungen der Niere/Harnwege, Geschlechtsorgane</b>	340	21%	134	19%	474	20%
<b>Angewiesen auf Hilfe im täglichen Leben</b>	377	23%	567	82%	944	40%

MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung

In den teilnehmenden Krankenhäusern überwiegt die Gruppe der 61 bis 80-jährigen, im Gegensatz zu den teilnehmenden Pflegeheimen, bei denen mehr als die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner über 81 Jahr alt ist. Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen leiden häufiger an einer Demenz und sind pflegeabhängiger als Krankenhauspatientinnen und -patienten. Teilnehmende Krankenhauspatientinnen und -patienten leiden hingegen häufiger an Erkrankungen des Verdauungstrakts und Erkrankungen der Niere bzw. Harnwege und/oder Geschlechtsorgane.

Geschlechterspezifische Unterschiede zeigen sich vor allem in Pflegeheimen, in denen über 80 Prozent der Personen weiblich sind.

## 5.2 Prävalenz der Harn- und Stuhlinkontinenz

Die Prävalenz der Harn- und Stuhlinkontinenz unterscheidet sich bei der untersuchten österreichischen Krankenhaus- und Pflegeheimpopulation statistisch signifikant (Harninkontinenz  $p < 0,001$ , Stuhlinkontinenz  $p < 0,001$ ).

Drei Viertel der 691 Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner leiden an einer Harninkontinenz und über 60 Prozent sind von einer Stuhlinkontinenz betroffen. Hingegen sind in Krankenhäusern jeweils unter 20 Prozent harn- bzw. stuhlinkontinent. Fünf harninkontinente Personen im Setting-Krankenhaus und neun im Setting-Pflegeheim werden mit einem Harnkatheder versorgt. Diese Werte entsprechen jeweils zwei Prozent der 303 harninkontinenten Krankenhauspatientinnen und -patienten bzw. der 520 harninkontinenten Pflegeheimbewohnerinnen- und Bewohner.

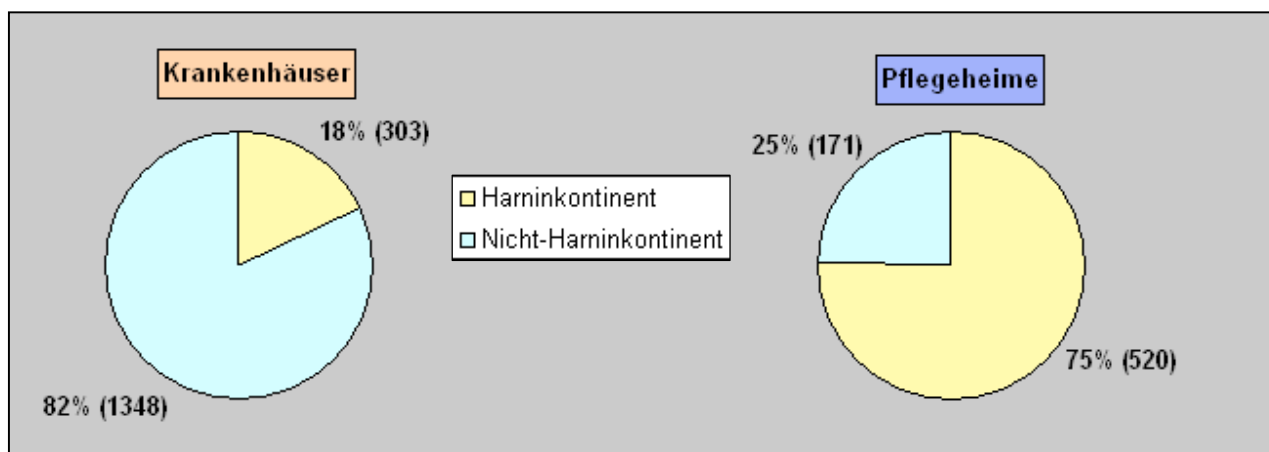


Abb. 3: Settingspezifische Prävalenz der Harninkontinenz

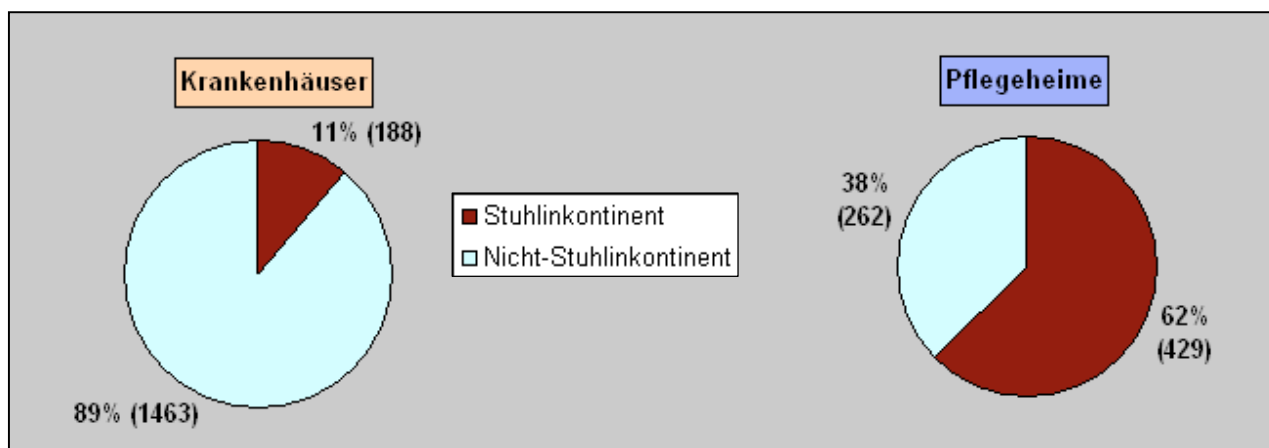


Abb. 4: Settingspezifische Prävalenz der Stuhlinkontinenz

In Krankenhäusern sind signifikant mehr Frauen als Männer von einer Harninkontinenz betroffen ( $p < 0,001$ ). Im Setting Pflegeheim lassen sich keine signifikanten Unterschiede verzeichnen ( $p = 0,083$ ). Ebenso gibt es geschlechterspezifisch keine Unterschiede bei den Pflegeproblemen der Stuhlinkontinenz und der Doppelinkontinenz sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeheimen. (Stuhlinkontinenz: Krankenhäuser  $p = 0,418$  Pflegeheime  $p = 0,184$ ; Doppelinkontinenz: Krankenhäuser  $p = 0,088$  Pflegeheime  $p = 0,567$ )

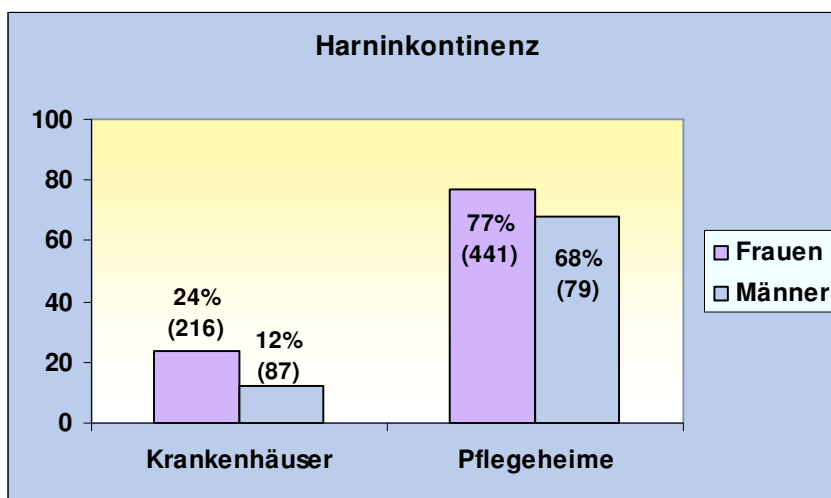


Abb. 5: Prävalenz der Harninkontinenz bei Frauen und Männern in Krankenhäusern und Pflegeheimen

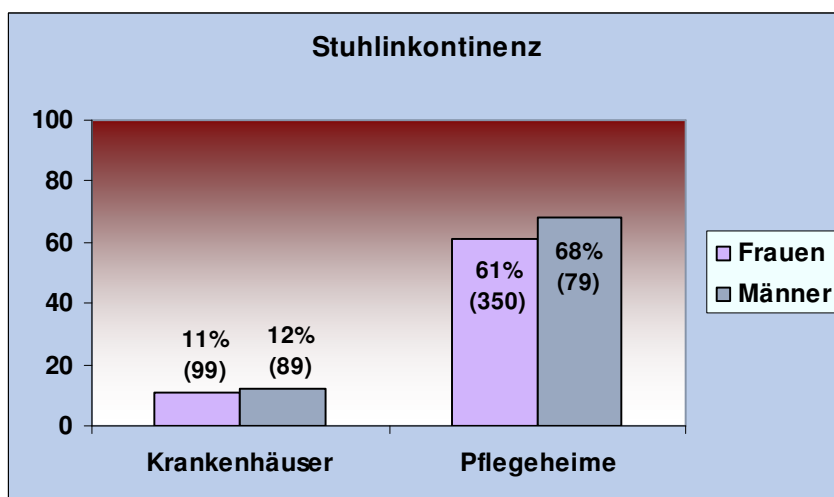


Abb. 6: Prävalenz der Stuhlinkontinenz bei Frauen und Männern im jeweiligen Setting

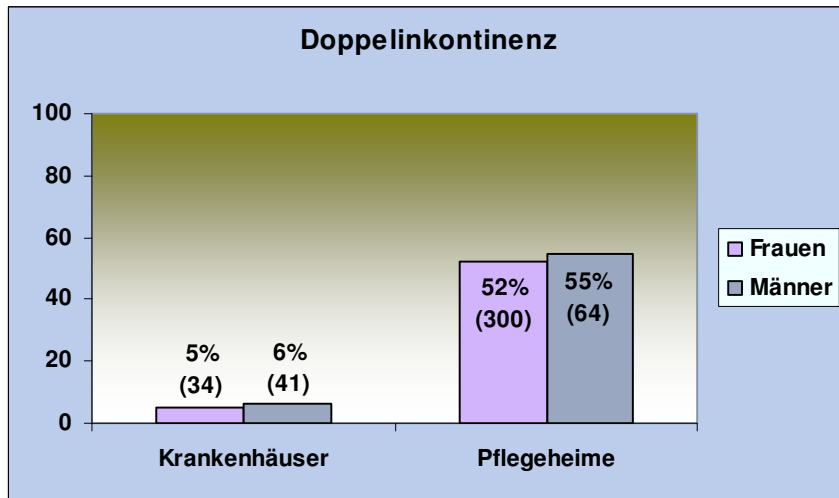


Abb. 7: Prävalenz der Doppelinkontinenz bei Frauen und Männern im jeweiligen Setting

In Krankenhäusern wurde, mit 35 Prozent, signifikant häufiger eine spezifische Art der Harninkontinenz diagnostiziert als in Pflegeheimen ( $p=0,006$ ). In Krankenhäusern dominieren unter den Subtypen die Belastungs- und die Dranginkontinenz mit jeweils 24 bzw. 35 Betroffenen, in Pflegeheimen dominiert die „Totale Inkontinenz“ mit 54 Betroffenen.

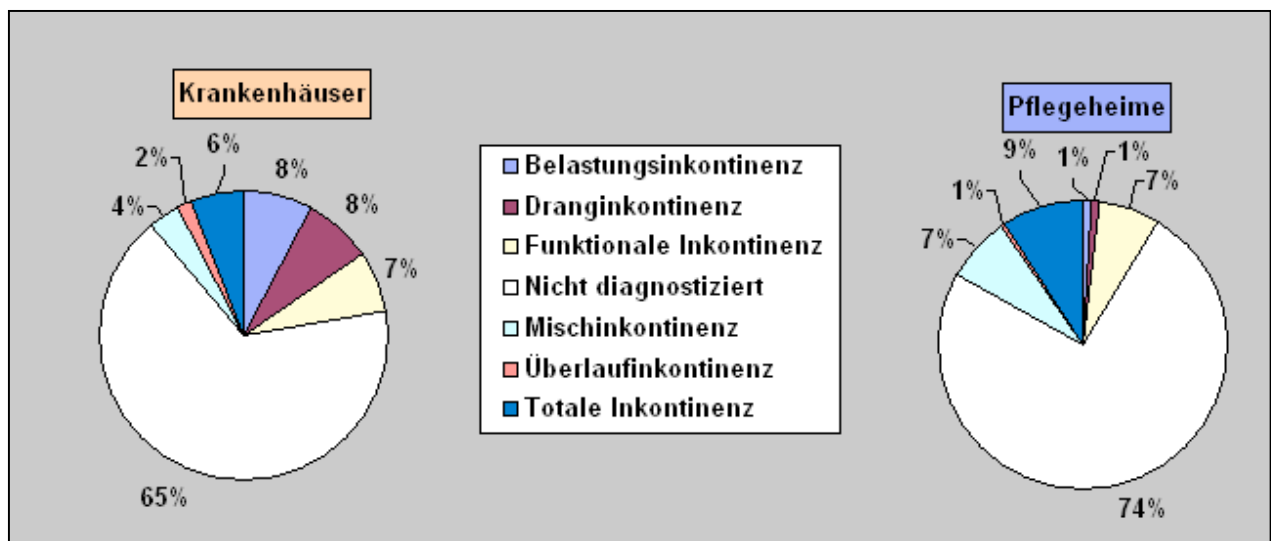


Abb. 8: Diagnostizierte Subtypen der Harninkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen

Die Subtypen der Harninkontinenz kommen in den verschiedenen Altersdekaden unterschiedlich häufig vor. Die Dranginkontinenz tritt zum Beispiel in der Fünften Dekade erstmals auf, im Gegensatz zur „Funktionalen Inkontinenz“, die schon vor dem 30. Lebensjahr auftritt.

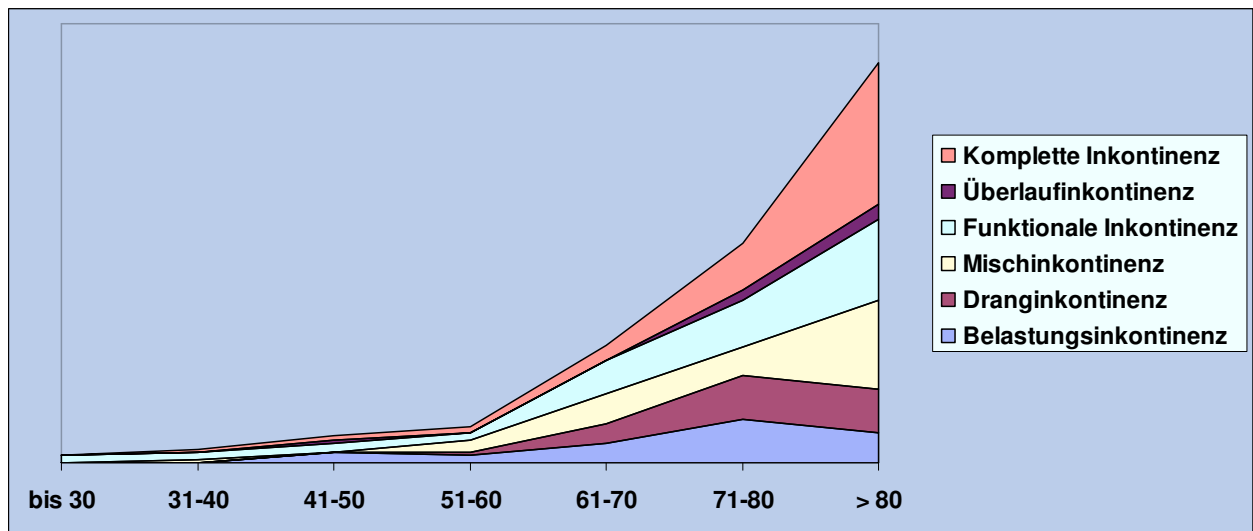


Abb. 9: Subtypen der Harninkontinenz nach Altersgruppen

Bei einem Großteil der Betroffenen besteht die Harninkontinenz als auch die Stuhlinkontinenz seit über einem Jahr. Lediglich sieben Prozent der harninkontinenten Personen und 14 Prozent der stuhlinkontinenten Personen leiden seit weniger als drei Monaten an der Inkontinenz.

Tabelle 6: Zeitraum, in dem die Harn- oder Stuhlinkontinenz andauert

Dauer der Inkontinenz	unter 3 Monaten		3-12 Monate		länger als 1 Jahr		Gesamt	
	Anzahl (N)	Prozent	Anzahl (N)	Prozent	Anzahl (N)	Prozent	Anzahl (N)	Prozent
<b>Harninkontinenz</b>	59	7%	157	19%	607	74%	823	100%
<b>Stuhlinkontinenz</b>	89	14%	108	18%	420	68%	617	100%

Im Allgemeinen steigt mit zunehmendem Alter die Prävalenz der Harninkontinenz. Im Setting-Krankenhaus ist der Zusammenhang zwischen dem steigenden Alter und dem Auftreten der Harninkontinenz signifikant ( $p < 0,005$ ). Im Gegensatz dazu gibt es keinen

signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter und der Harninkontinenz im Setting-Pflegeheim ( $p=0,310$ ).

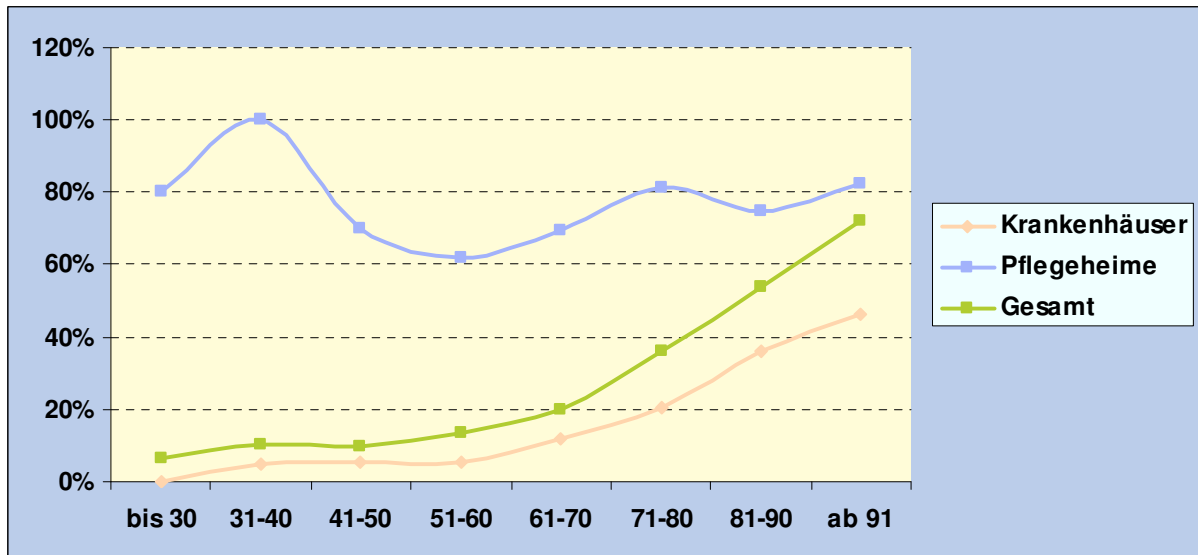


Abb. 10: Verteilung der Harninkontinenz nach Altersgruppen

Ähnliche Verteilungskurven zeigen sich beim altersspezifischen Auftreten der Stuhlinkontinenz. Im Setting-Krankenhaus besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Vorkommen der Stuhlinkontinenz ( $p<0,005$ ) im Gegensatz zum Setting-Pflegeheim ( $p=0,161$ ).

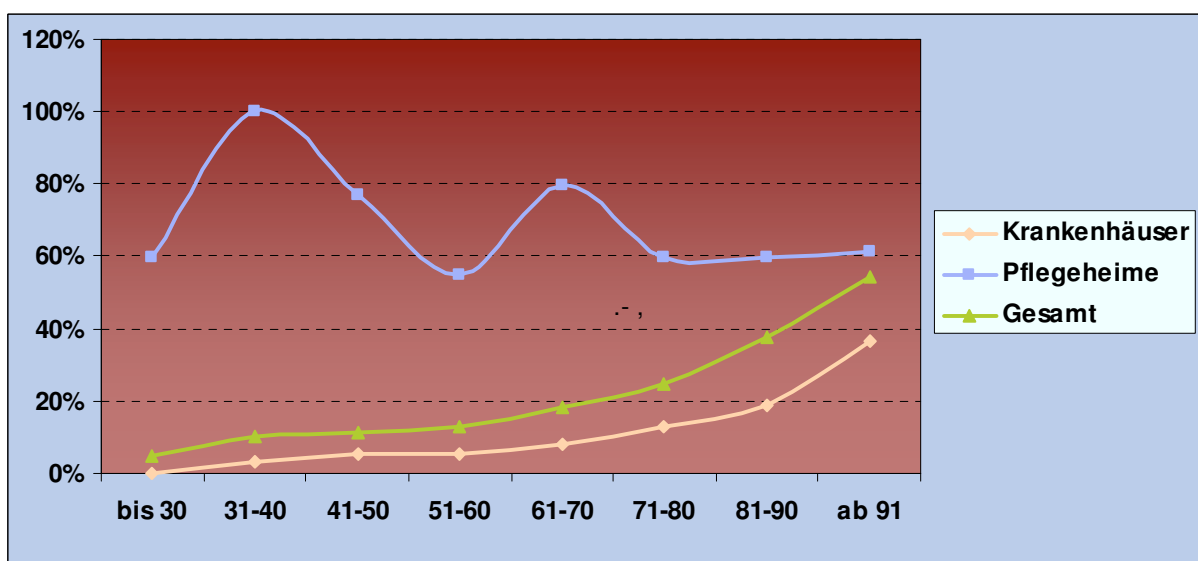


Abb. 11: Verteilung der Stuhlinkontinenz nach Altersgruppen

Die Auswertung und der Vergleich des durchschnittlichen Gesamtpunktescores der Pflegeabhängigkeitsskala bei kontinenten und inkontinenten Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern ergaben, dass inkontinente Personen signifikant pflegeabhängiger sind als Kontinente. (Harninkontinenz  $p < 0,001$ ; Stuhlinkontinenz  $p < 0,001$ )

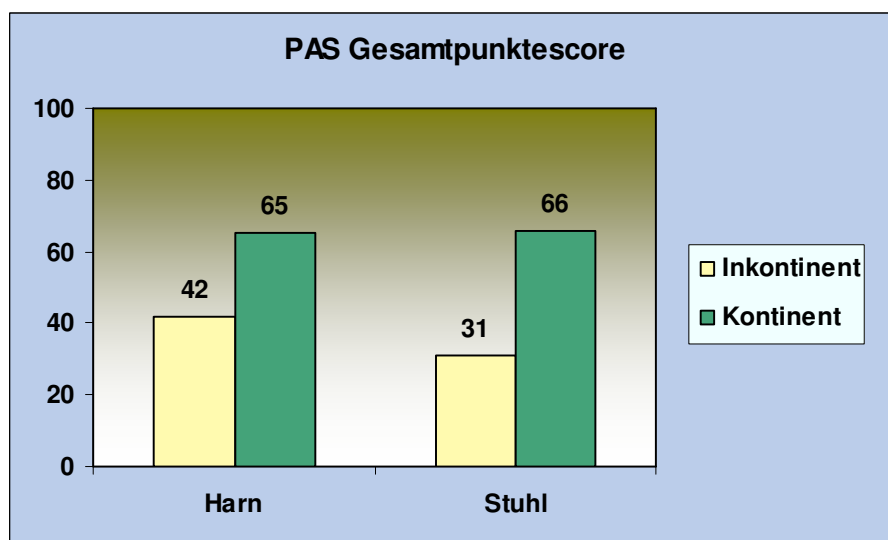


Abb. 12: Mittelwerte der Gesamtpunktescores der PAS

Mehr als 50 Prozent der harninkontinenten Personen sind völlig bzw. überwiegend pflegeabhängig auf der fünfteiligen Einschätzungsskala für die Pflegeabhängigkeit. Bei stuhlinkontinenten Teilnehmerinnen und Teilnehmern macht der Anteil der „völlig Pflegeabhängigen“ den prozentuell größten Teil aus.

Tabelle 7: Kontinenzstatus in Verbindung mit den Einschätzungskriterien der PAS

Kontinenzstatus		völlig abhängig		überwiegend abhängig		teilweise abhängig		überwiegend unabhängig		völlig unabhängig		Gesamt	
Anzahl (N)	Prozent (%)	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
harninkontinent		216	26%	250	30%	159	19%	93	11%	105	10%	823	100%
stuhlinkontinent		271	44%	242	39%	65	11%	18	3%	21	3%	617	100%
kontinent		61	4%	132	9%	156	10%	203	14%	953	63%	1505	100%

Einen Bereich der Pflegeabhängigkeitsskala stellt die Mobilität dar. Teilnehmende harninkontinente, als auch stuhlinkontinente Personen sind im Bereich der Mobilität signifikant abhängiger als Kontinente. (Harninkontinenz  $p < 0,001$ , Stuhlinkontinenz  $p < 0,001$ )

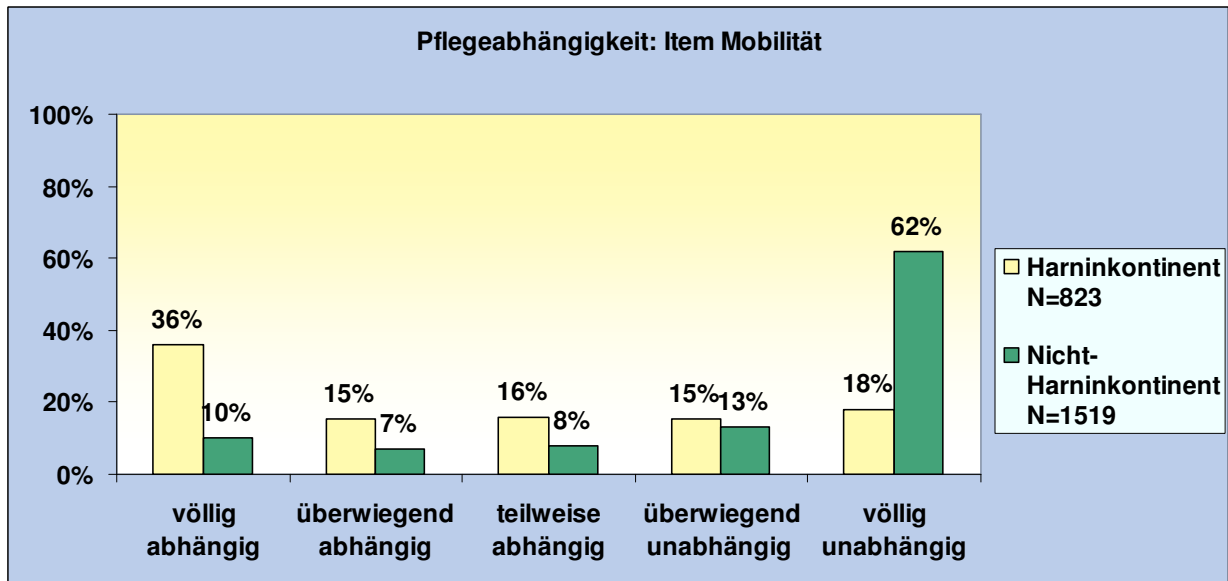


Abb. 13: Pflegeabhängigkeit im Bereich der Mobilität von harninkontinenten und nicht-harninkontinenten Teilnehmerinnen und Teilnehmern

61 Prozent der 823 harninkontinenten und 77 Prozent der stuhlinkontinenten Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner sind im Bereich der Mobilität überwiegend bis völlig pflegeabhängig.

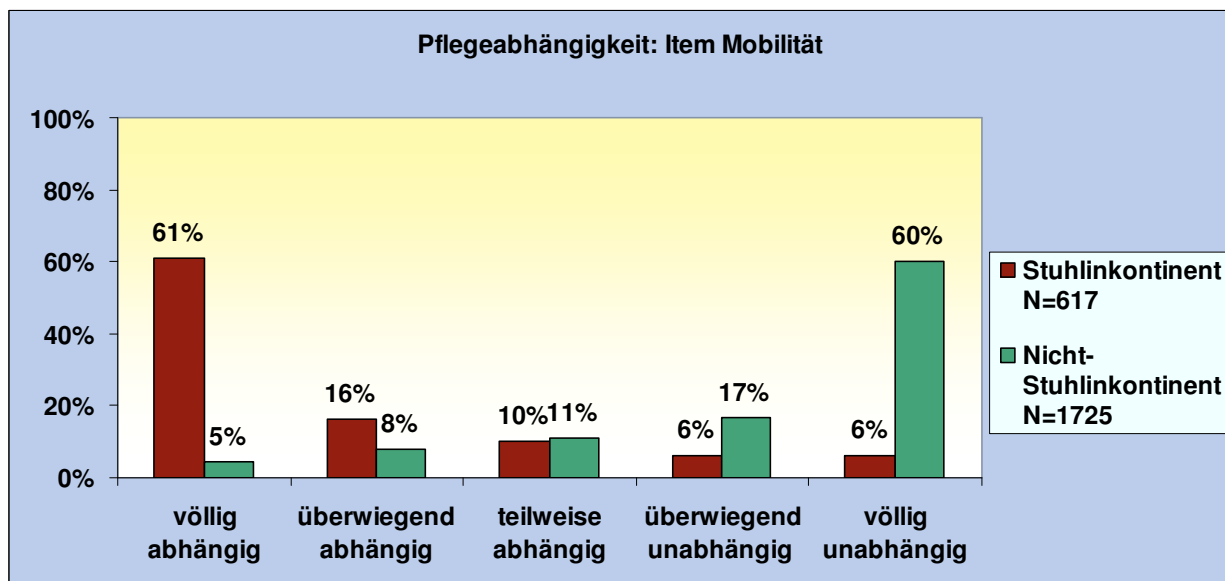


Abb. 14: Pflegeabhängigkeit im Bereich der Mobilität von stuhlinkontinenten und nicht- stuhlinkontinenten Teilnehmerinnen und Teilnehmern

### 5.3 Management der Harninkontinenz

Die Maßnahme, die am häufigsten zum Managen der Harninkontinenz in österreichischen Krankenhäusern, als auch in österreichischen Pflegeheimen angewandt wird, ist die Versorgung mit Inkontinenzeinlagen. In Krankenhäusern wurde des Weiteren angegeben, dass bei über 20 Prozent keine besondere Maßnahme zur Behandlung der Harninkontinenz Anwendung findet. Im Gegensatz dazu wurde diese Option bei vier Prozent der Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner angegeben. In Pflegeheimen kommen am zweithäufigsten, bei 61 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner, waschbare Betteinlagen zum Einsatz. Insgesamt haben 31 der 823 harninkontinenten Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer ein Blasentraining, Beckenbodentraining oder Muskelentspannungsübungen erhalten. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Einrichtungsarten gibt es bei den Maßnahmen Anpassung der Umgebung ( $p=0,377$ ), Evaluation der Medikation ( $p=0,420$ ) und Inkontinenzbetteinlagen ( $p=0,328$ ).

Tabelle 8: Häufigkeiten der ergriffenen pflegerischen Inkontinenzmaßnahmen  
(Mehrfachantworten möglich)

Inkontinenzmaßnahmen	Krankenhäuser		Pflegerheime		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Anpassung der Umgebung	90	20%	106	18%	196	19%
Angepasste leichte Bekleidung*	71	16%	134	23%	205	20%
Medikation*	17	4%	6	1%	23	2%
Evaluation der Medikation	8	2%	7	1%	15	2%
Blasentraining, Beckenbodentraining, Muskelentspannungsübungen**	25	6%	6	1%	31	3%
Regelmäßiger Toilettengang zu festen Zeiten auf individueller Grundlage**	27	6%	174	30%	201	20%
Regelmäßiger Toilettengang zu festen Zeiten auf der Station**	15	3%	76	13%	91	9%
Inkontinenzeinlagen**	234	53%	482	83%	716	70%
Waschbare Inkontinenzeinlagen*	4	1%	26	5%	30	3%
Inkontinenzslips*	65	15%	55	10%	120	12%
Inkontinenzbetteinlagen	34	8%	55	10%	89	9%
Waschbare Betteinlagen**	41	9%	352	61%	393	38%
Sonstiges*	11	3%	33	6%	44	4%
Keine besonderen Maßnahmen**	111	25%	21	4%	132	13%

\*p<0,05; \*\*p<0,001

Geschlechterspezifisch gibt es signifikante Unterschiede bei den Auswahloptionen „angepasste leichte Bekleidung“ (p=0,017), „Inkontinenzeinlagen“ (p<0,001) und „keine besonderen Maßnahmen“ (p=0,018).

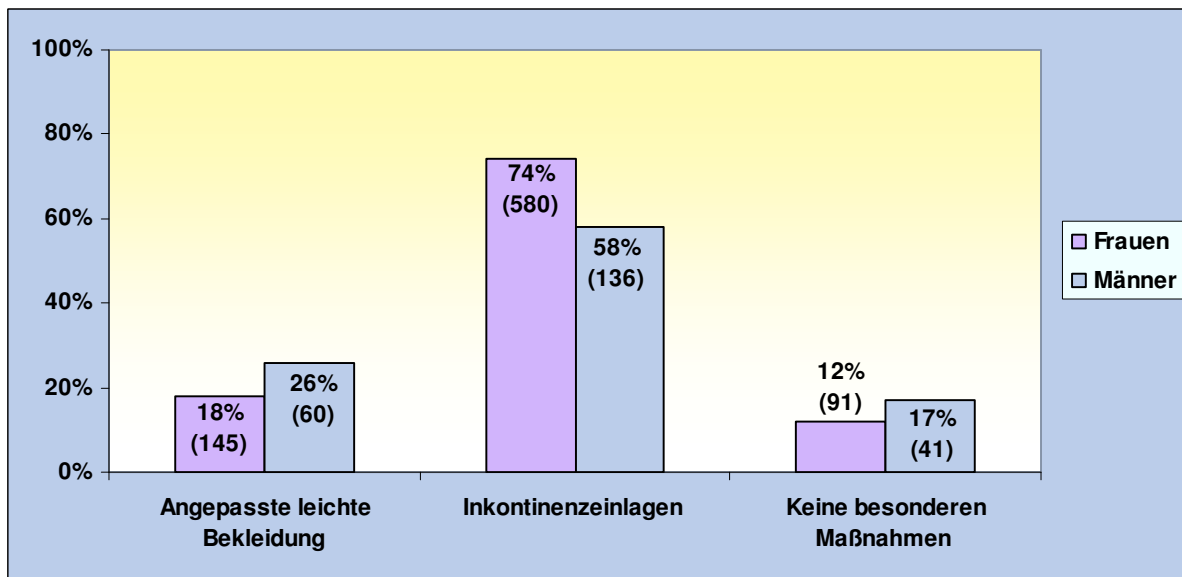


Abb. 15: Maßnahmen zur Behandlung der Inkontinenz, die sich signifikant geschlechtsspezifisch unterscheiden

#### 5.4 Inkontinenzbedingte Verletzungen

59 der 2342 Teilnehmerinnen und Teilnehmer leiden an insgesamt 94 inkontinenzbedingten Verletzung (zum Teil Mehrfachverletzungen infolge einer Harn- und/oder Stuhlinkontinenz). Dieser Wert entspricht 2,5 Prozent der Studienpopulation. Keine signifikanten Unterschiede bestehen zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen ( $p=0,885$ ). Sowohl die 49 durch eine Stuhl-, als auch die 45 durch eine Harninkontinenz bedingten Verletzungen sind überwiegend am Steißbein in der Analfalte und rechts und/oder links der Analfalte lokalisiert.

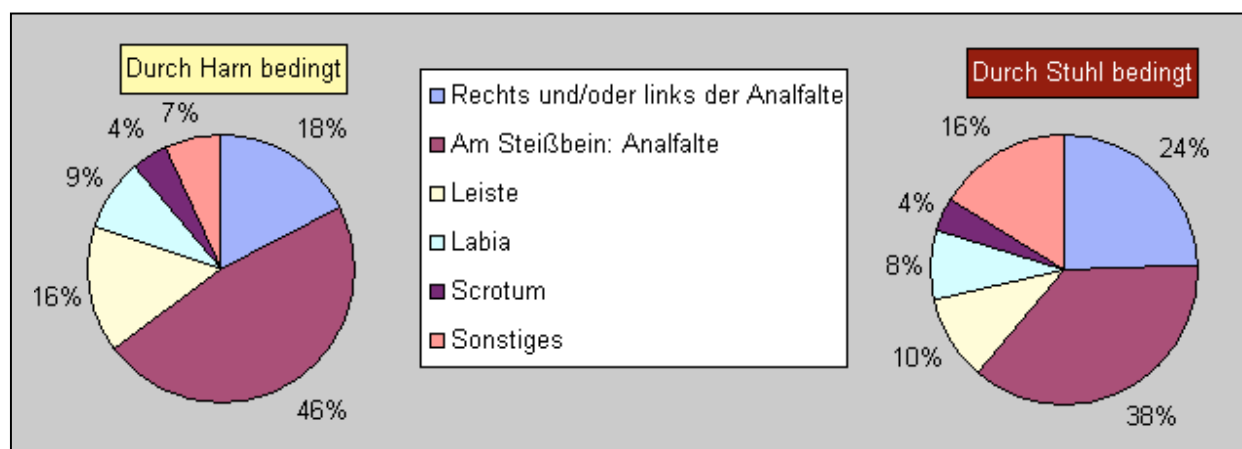


Abb. 16: Lokalisation der inkontinenzbedingten Verletzungen

Bei 55 Prozent der Betroffenen besteht die Verletzung länger als sieben Tage. Bei zehn Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern (14 Prozent der Betroffenen) ist die inkontinenzbedingte Verletzung in den vergangenen ein bis zwei Tagen aufgetreten.

Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen bezüglich dem Zeitpunkt des Entstehens der inkontinenzbedingten Verletzung ( $p < 0,001$ ). In Pflegeheimen sind über 90 Prozent der inkontinenzbedingten Verletzungen in der gegenwärtigen Einrichtung entstanden, im Gegensatz zu Krankenhäusern, in denen 44 Prozent entstanden sind.

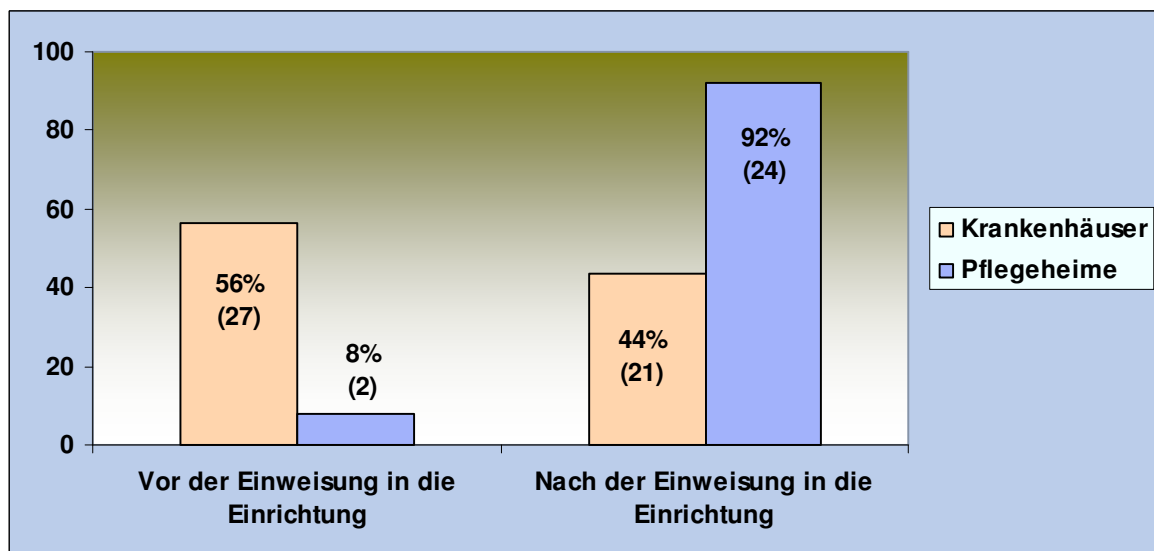


Abb. 17: Vergleich des Entstehungszeitpunktes der inkontinenzbedingten Verletzung zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen

Bei 95 Prozent der Patientinnen und Patienten sowie Bewohnerinnen und Bewohnern mit einer inkontinenzbedingten Verletzung wird eine spezielle Hautpflege zu deren Behandlung durchgeführt. Präventiv erhalten signifikant mehr Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner eine spezielle Hautpflege gegen inkontinenzbedingte Verletzungen als Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser ( $p < 0,001$ ).

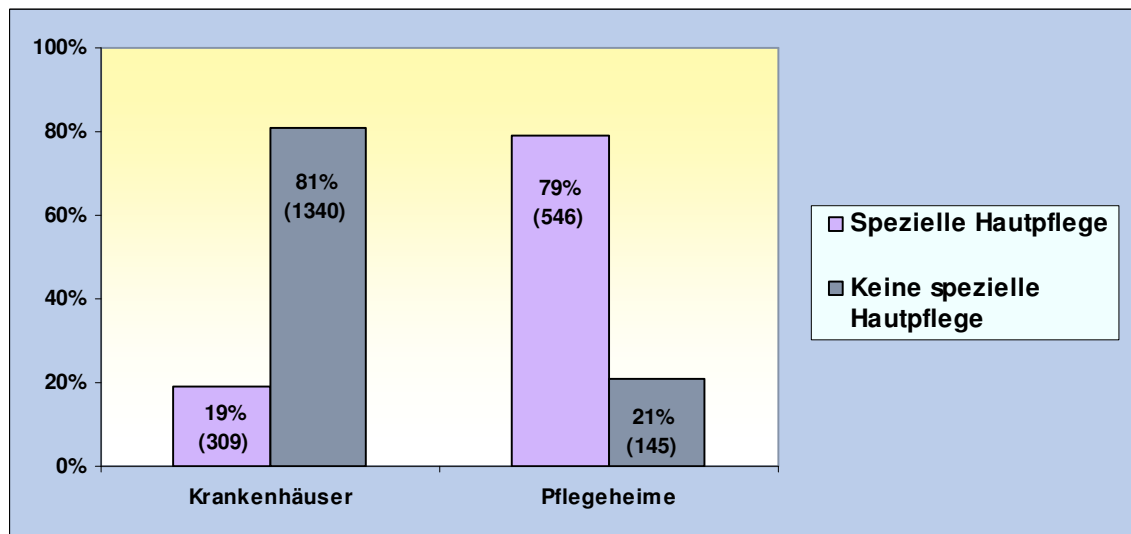


Abb. 18: Spezielle Hautpflege zur Prävention inkontinenzbedingter Verletzungen

## 6 Diskussion

---

Im Rahmen dieser Erhebung wurde erstmals, mittels epidemiologischer Daten, aufgezeigt, dass die Pflegeprobleme der Harn- und Stuhlinkontinenz in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen weit verbreitet sind und ein ernstzunehmendes pflegerisches Problem darstellen.

Drei Viertel der an der Erhebung teilnehmenden Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner leiden an einer Harninkontinenz und über 60 Prozent sind stuhlinkontinent. Der Wert für die Harninkontinenz entspricht den Werten für Studien in amerikanischen und europäischen Pflegeheimen (Arndt et al. 2006, Boyington et al. 2007, Dassen 2007, Offermans et al. 2007, Offermans et al. 2009, Rodriguez et al. 2007) Die Prävalenz der Stuhlinkontinenz in den teilnehmenden österreichischen Pflegeheimen liegt etwa 10 Prozent über der Prävalenz vergleichbarer internationaler Erhebungen. (Dassen 2007, Rodriguez et al. 2007, Tabali et al. 2006)

Patientinnen und Patienten der teilnehmenden österreichischer Krankenhäuser leiden seltener an einer Harn- oder Stuhlinkontinenz, nämlich zu 18 und zu 11 Prozent, als Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen. Diese Werte entsprechen ebenso internationaler Literatur. (Arndt et al. 2006, Dassen 2007, Junkin & Selekof 2007, Offermans et al. 2007, Ostaszkiwicz et al. 2008, Tabali 2006)

Abweichungen bei internationalen Prävalenzwerten der Harninkontinenz (Jumadilova et al. 2005, Offermans et al. 2009, Saxer et al. 2008) können neben der unterschiedlichen Definition der Harn- und Stuhlinkontinenz auch auf unterschiedliche Erhebungsinstrumente zurückzuführen sein. Im Setting-Pflegeheim dient als Instrument zur Erhebung der Harninkontinenz vielfach ein *Minimum Data Set* (MDS), dessen Datenelemente und demnach auch Definitionen der Inkontinenz in den verschiedenen Ländern variieren. (Boyington et al. 2007, Jumadilova et al. 2005, Saxer et al. 2008, Quinn et al. 1999)

Frauen sind häufiger von einer Harninkontinenz betroffen als Männer. Prävalenzraten bei nichtinstitutionalisierten Personen ergeben eine fast doppelt so hohe Prävalenzrate für Frauen als für Männer. (Boyle et al. 2003, Hunskaar et al. 2003, Hunskaar et al. 2004, Minassian et al. 2003) Frauen in den teilnehmenden österreichischen

Pflegeheimen und Krankenhäusern sind desgleichen häufiger von einer Harninkontinenz betroffen als Männer. Der Unterschied ist jedoch nur in Krankenhäusern statistisch signifikant. Zu statistisch nicht signifikanten Ergebnissen sind ebenso Saxer et al. (2008) bei Schweizer Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern gekommen.

Demnach trifft der von Offermans et al. (2009) für Pflegeheime identifizierte Risikofaktor „das weiblichen Geschlecht“ nicht für die teilnehmenden österreichischen Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner zu.

Bei der Stuhlinkontinenz sowie der Doppelinkontinenz gibt es keine geschlechterspezifischen Unterschiede.

In einer einzigen internationalen Studie bei institutionalisierten Personen sind diagnostizierte Subtypen der Harninkontinenz angeführt. Dies könnte darauf hindeuten, dass die Art der Harninkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen nur unzureichend bestimmt wird. Bei der niederländischen Erhebung von Offermans et al. (2007) wurde bei lediglich 34 Prozent der Krankenhauspopulation und bei 29 Prozent der Pflegeheimpopulation die Art der Inkontinenz ermittelt. Dieses Ergebnis ist ähnlich dem Ergebnis der österreichischen Erhebung (35 versus 26 Prozent), wobei die Art der Harninkontinenz bei signifikant mehr Krankenhauspatientinnen und -patienten diagnostiziert wurde als bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern.

Das Wissen über die Art der Inkontinenz ist allerdings unumgänglich um eine entsprechende pflegerische Versorgung anbieten zu können. (Offermans et al. 2007)

Interessanterweise wird bei einigen Prävalenzstudien mit nicht institutionalisierten Personen zwischen Subtypen der Harninkontinenz unterschieden. (Hunskaar et al. 2004, Irwin et al. 2008, Milsom et al. 2001, Moorthy et al. 2004)

Im Allgemeinen steigt mit zunehmendem Alter die Prävalenz der Harninkontinenz (Arndt et al. 2006, Boyle et al. 2003, Conner & Lind 2001, Hundskaar et al. 2004, Offermans et al. 2009) und Stuhlinkontinenz (Pretlove et al. 2006). In den teilnehmenden Krankenhäusern ist der Zusammenhang zwischen dem steigenden Alter und dem Auftreten der Harn- und Stuhlinkontinenz signifikant, entsprechend vergleichbarer Erhebungen. (Arndt et al. 2006, Dassen 2007).

Offermans et al. (2009) haben als einen signifikanten Risikofaktor für eine Harninkontinenz in Pflegeheimen das zunehmende Alter identifiziert. In den

teilnehmenden Pflegeheimen ist jedoch kein kontinuierlicher Anstieg der Inkontinenz in den jeweiligen Altersgruppen zu beobachten. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass es in verschiedenen Ländern unterschiedliche Aufnahmekriterien für Pflegeheime gibt (Hunskaar et al. 2004) und in Österreich üblicherweise unter 60-jährige nur aufgenommen werden, wenn ein sehr hoher Pflegebedarf besteht, welcher häufig in Verbindung mit einer Inkontinenz steht. Die Altersverteilung im Bezug auf die Inkontinenz in österreichischen Pflegeheimen steht hingegen in Einklang mit deutschen Erhebungen. (Arndt et al. 2006, Dassen 2007)

Von einer Harn- und Stuhlinkontinenz sind jedoch nicht nur „alte Menschen“ betroffen. In den teilnehmenden Krankenhäusern leiden immerhin 21 Personen unter 60 Jahren an einer Harninkontinenz und 20 Personen an einer Stuhlinkontinenz. Da die Themen Harn- und Stuhlinkontinenz mit einem großen gesellschaftlichem Tabu behaftet sind (Peter 2008) und Symptome einer Harn- und Stuhlinkontinenz aus Scham häufig negiert werden (Hayder 2007) könnte die Prävalenz der Inkontinenz, vor allem bei „jungen Patientinnen und Patienten“ mit einer Dunkelziffer behaftet sein.

Pflegeabhängigkeit und Immobilität sind laut wissenschaftlicher Literatur Risikofaktoren für eine Harn- und Stuhlinkontinenz. (Arndt et al. 2006, Chen et al. 2009, Dassen 2007, Jumadilova et al. 2005, Pfisterer et al. 2008, Tabali et al. 2006)

In der vorliegenden Querschnittstudie wurden die Pflegabhängigkeit und die Mobilität, analog deutschen Prävalenzerhebungen (Arndt et al. 2006, Dassen 2007, Tabali et al. 2006) mit der Pflegeabhängigkeitsskala gemessen. 56 Prozent der 823 harninkontinenten Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind demnach völlig bis überwiegend pflegeabhängig. Bei der Stuhlinkontinenz gehören diesen Kategorien respektive 83 Prozent der 617 stuhlinkontinenten Teilnehmerinnen und Teilnehmer an. Lediglich drei Prozent der von einer Stuhlinkontinenz und 10 Prozent der von einer Harninkontinenz Betroffenen sind völlig pflegeunabhängig. Die Mittelwerte der Gesamtpunktescores der PAS betragen bei harninkontinenten Teilnehmerinnen und Teilnehmern 42 und bei Stuhlinkontinenten 31 Punkte. Diese Werte liegen über denen, der deutschen Prävalenzerhebung im Jahr 2007, bei der die Mittelwerte für Harninkontinente bei 37 und für Stuhlinkontinente bei 28 lagen. (Dassen 2007)

Im Bereich der Mobilität sind harninkontinente und stuhlinkontinente Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner signifikant abhängiger als Kontinente vergleichbar den Ergebnissen deutscher Studien. (Arndt et al. 2006, Tabali et al. 2006)

Als Maßnahme zur Versorgung von inkontinenten Personen werden in den teilnehmenden österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen am häufigsten Inkontinenzeinlagen verwendet. Desgleichen wurde diese Maßnahme bei zahlreichen europäischen Befragungen als vorwiegend durchgeführte Intervention angegeben. (Booth et al. 2009, Offermans et al. 2007, Ostaszkiwicz et al. 2008, Rodriguez et al. 2007, Wagg et al. 2008)

In Pflegeheimen finden, im Gegensatz zu Krankenhäusern, bei der Mehrzahl der inkontinenten Bewohnerinnen und Bewohner waschbare Betteinlagen Anwendung. 26 Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner erhielten zur Versorgung zudem waschbare Inkontinenzeinlagen. In der Literatur konnte nur eine Studie gefunden werden, bei der von einem entsprechenden Ausmaß der Verwendung von waschbaren Inkontinenzprodukten berichtet wird. (Ostaszkiwicz et al. 2008)

In den teilnehmenden Krankenhäusern und Pflegeheimen haben jeweils zwei Prozent der Harninkontinenten einen Harnkatheder, fünf Krankenhauspatientinnen und -patienten und neun Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner. Diese Werte liegen im Vergleich unter jenen internationaler Studien. Bei Erhebungen in den Niederlanden und in Deutschland wurden beispielsweise etwa 30 Prozent der Krankenhauspatientinnen und -patienten und etwa zehn Prozent der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner aufgrund ihrer Harninkontinenz mit Harnkathedern versorgt. (Dassen 2007, Offermans et al. 2007)

Blasentraining, Beckenbodentraining und/oder Muskelentspannungsübungen werden inkontinenten Personen zur Behandlung des unbeabsichtigten Harnverlustes, kaum angeboten. Laut europäischen Studien erhalten zwischen 0,1 und drei Prozent der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner und zwischen 1,4 und 2,2 Prozent der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus diese pflegerische Intervention. (Dassen 2007, Offermans et al. 2007, Wagg et al. 2008) In den teilnehmenden österreichischen Krankenhäusern haben sechs Prozent (25 Patientinnen und Patienten), in den teilnehmenden Pflegeheimen ein Prozent (sechs Bewohnerinnen und Bewohner) der inkontinenten Personen ein Blasentraining, Beckenbodentraining und/oder

Muskelentspannungsübungen erhalten. Der Unterschied zwischen den Einrichtungsarten ist signifikant. Keine signifikanten Unterschiede konnten bei der Intervention zwischen den Geschlechtern festgestellt werden.

In den teilnehmenden Krankenhäusern haben ein Viertel der Patientinnen und Patienten keine besonderen Maßnahmen zur Behandlung der Harninkontinenz erhalten. Dies könnte darauf hindeuten, dass das Pflegeproblem der Harninkontinenz, wie von Wagg et al. (2008) beschrieben, einen niedrigen Stellenwert in Krankenhäusern hat.

In den teilnehmenden Pflegeheimen wurde als häufigste Maßnahme zur Behandlung der Harninkontinenz, neben der Versorgung mit Inkontinenzprodukten, der „regelmäßige Toilettengang zu festen Zeiten auf individueller Grundlage“, auch Toilettentraining genannt, angegeben. 30 Prozent der inkontinenten Bewohnerinnen und Bewohner haben diese Maßnahme erhalten, im Gegensatz zu Krankenhäusern; hier haben sechs Prozent der inkontinenten Patientinnen und Patienten ein Toilettentraining erhalten. Die teilnehmenden österreichischen Pflegeheime liegen mit diesem Ergebnis knapp über dem einer niederländischen Erhebung (Offermans et al. 2007), jedoch unter dem Ergebnis der deutschen Erhebung im Jahr 2007 (Dassen 2007). Die Ergebnisse für österreichische Krankenhäuser liegen zehn bzw. fünf Prozent unter denen europäischer Erhebungen. (Dassen 2007, Offermans et al. 2007)

Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Interventionen zur Behandlung der Inkontinenz, zeigen sich bei den Maßnahmen „Angepasste leichte Bekleidung“, „Inkontinenzeinlagen“ und „Keine besonderen Maßnahmen“. Das Faktum, dass mehr Frauen Inkontinenzeinlagen erhalten als Männer, zeigt sich ferner bei einer vergleichbaren deutschen Erhebung. (Dassen 2007)

Das Pflegeproblem der Inkontinenz ist nicht nur weit verbreitet, sondern kann auch erheblichen Konsequenzen nach sich ziehen. Zum Beispiel kann es durch eine inadäquate pflegerische Versorgung zu Verletzungen der Haut im Bereich des Gesäßes, der Genitalien und der Leisten kommen. Junkin & Selekof (2007) berichten von 40 Prozent inkontinenzbedingter Verletzungen bei 120 inkontinenten Patientinnen und Patienten einer Untersuchung in zwei Krankenhäusern der USA. In den teilnehmenden österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen leiden insgesamt 59 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bzw. 2,5 Prozent der inkontinenten Personen, an einem Hautdefekt infolge einer Inkontinenz. Bei der Prävalenz inkontinenzbedingter

Verletzungen bestehen keine Unterschiede zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen, jedoch sind in den teilnehmenden Pflegeheimen über 90 Prozent der Verletzungen in der Einrichtung selbst entstanden. In Krankenhäusern sind mehr inkontinenzbedingte Verletzungen vor der Einweisung in das jeweilige Krankenhaus entstanden als in der Einrichtung selbst.

Der Prävention inkontinenzbedingter Verletzungen wird in Pflegeheimen mehr Aufmerksamkeit dargebracht als in Krankenhäusern. Beinahe 80 Prozent der teilnehmenden Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner erhalten präventiv eine spezielle Hautpflege gegen das Auftreten inkontinenzbedingter Verletzungen. Im Gegensatz dazu erhalten 18 Prozent der Krankenhauspatientinnen und –patienten eine spezielle Hautpflege zur Prophylaxe.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass vor allem viele ältere und alte Menschen in den teilnehmenden österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen von einer Harn- und/oder Stuhlinkontinenz betroffen sind. Die Art bzw. der Subtyp der Inkontinenz wird dennoch nur selten diagnostiziert, was jedoch die Voraussetzung zur gezielten Planung pflegerischer Interventionen wäre. Demnach finden bestimmte pflegerische Maßnahmen zur Behandlung der Inkontinenz, wie ein Blasen-, Beckenbodentraining oder Muskelentspannungsübungen, nur selten Anwendung in der Praxis.

## **6.1 Limitationen**

Prävalenzerhebungen dienen dazu, einen Zustand zu beschreiben bzw. den Umfang eines Problems darzustellen und gegebenenfalls Beziehungen zwischen Phänomenen zu einem bestimmten Zeitpunkt darzustellen. (Polit, Beck & Hungler 2004, S.191) Sie sind jedoch ungeeignet, um Ursachen oder Auswirkungen der Inkontinenz nachzuweisen und es sind keine Aussagen über die Effektivität von Interventionen zur Behandlung der Inkontinenz abzuleiten. Letzteres wäre jedoch vor allem wichtig, um inkontinenten Personen in Krankenhäusern und Pflegeheimen adäquate pflegerische Interventionen zukommen zu lassen.

Die Stichprobengröße ist ein wichtiger Indikator bei quantitativer Forschung. Je größer die Stichprobe ist, desto repräsentativer ist diese vermutlich für die zu erforschende Population. (Polit, Beck & Hungler 2004, S.242-243) Insgesamt haben 21

österreichische Gesundheitseinrichtungen mit 3655 Patientinnen und Patienten, bzw. Bewohnerinnen und Bewohner an der Erhebung teilgenommen. Österreichweit gibt es etwa 817 Pflegeheime mit über 72.000 Wohn- bzw. Pflegeplätzen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2008) und etwa 269 bettenführende Krankenhäuser mit über 64.000 Betten (Bundesministerium für Gesundheit, Krankenanstaltenstatistik 2008). Die vorliegenden Ergebnisse sind daher, aufgrund des verhältnismäßig geringen Stichprobenumfangs im Vergleich zur Grundgesamtheit, nicht auf alle Krankenhäuser und Pflegeheime übertragbar. Der Großteil der Resultate entspricht jedoch denen in internationalen Studien, was, dem geringen Stichprobenumfang entgegen, für die Repräsentativität der teilnehmenden Institutionen spricht.

Die gegenwärtige Erhebung war die erste österreichweite Prävalenzerhebung zu pflegerelevanten Problemen in Gesundheitseinrichtungen. Die Teilnahme an der Erhebung war freiwillig und mit einem Umkostenbeitrag verbunden. Neben den finanziellen Ressourcen mussten die teilnehmenden Einrichtungen zeitliche Ressourcen zur Mitarbeiterschulung, Fragebogenerhebung und Dateneingabe aufbringen. Dafür erhielten die Einrichtungen, neben der für die Erhebung benötigten Materialien und Anweisungen, einen Bericht mit den Daten ihrer Einrichtung und sofern möglich, landesweites Vergleichsmaterial. Es besteht die Möglichkeit, dass aufgrund der erforderlichen Ressourcen und dem Erhalt von Informationen zu relevanten Problemen, vor allem jene Einrichtungen teilgenommen haben, die Interesse an Pflegeforschung und die nötigen Ressourcen haben sowie Einrichtungen, die gegebenenfalls die Pflegepraxis verbessern wollen. Sogenannte „Schwarze Schafe“, also Einrichtungen mit schwerwiegenden Mängeln in der Pflege, könnten unter Umständen aus Angst vor der Realität, die Teilnahme an solchen Erhebungen unterlassen.

Um möglichst objektive Ergebnisse zu erhalten wurden die Fragebögen von jeweils zwei Pflegenden zusammen mit der Teilnehmerin bzw. dem Teilnehmer ausgefüllt. Bei kognitiv stark eingeschränkten Probandinnen und Probanden ist deren Einbeziehung vermutlich nicht immer zweckentsprechend möglich gewesen.

Zur Beseitigung von Unklarheiten und um einen möglichst reibungslosen Ablauf der Erhebung zu gewährleisten, wurde eine Mailbox installiert und am Tag der Datenerhebung zusätzlich eine Hotline eingerichtet. Fragen zum Fragebogen, sowie

zum Ablauf der Erhebung und zur Dateneingabe wurden dort deponiert und von fachkundigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern umgehend beantwortet.

Grundsätzlich wurde, durch die Verwendung von getesteten Instrumenten und einer zielgerechten Studienplanung versucht, systematische Fehler zu vermeiden und objektive Ergebnisse zu erhalten.

## **6.2 Implikationen für die Forschung, Wissenschaft und Praxis**

Subtypen der Harninkontinenz werden in Krankenhäusern und Pflegeheimen nur unzureichend diagnostiziert. Die Ursachen, Symptome und demnach auch Behandlungsoptionen differieren jedoch je nach der Art der Inkontinenz. Ohne eine entsprechende Diagnosestellung, zum Beispiel mittels des NANDA-Pflegeklassifikationssystems, ist eine gezielte pflegerische Behandlung nicht möglich. Eine Hilfestellung für Pflegepraktiker zur systematischen Erhebung der Inkontinenz wäre die Einführung eines validen Assessmentinstruments.

Des Weiteren könnten Schulungen für professionelle Pflegende über die Diagnostik und Behandlung der Harn- und Stuhlinkontinenz dazu beitragen, das Kenntnisse in spezifischem Wissen zur Harn- und Stuhlinkontinenz verbessert werden und Betroffenen eine zielgerichtete, diagnoseorientierte Behandlung erfahren.

Inkontinente Personen nehmen selten professionelle Hilfe in Anspruch (Minassian et al. 2003, Ho et al. 2005, Schäfer 2009) und sind nicht über die Möglichkeiten der Behandlung informiert. In Österreich spielt die Kontinenzberatung noch eine untergeordnete Rolle. Hierfür könnten speziell geschulte Pflegekräfte eingesetzt werden und einen niederschweligen Zugang für Betroffene bieten.

Derzeit gibt es in Österreich keine systematisch entwickelten Entscheidungshilfen für Pflegende bezüglich der Behandlung der Harn- und Stuhlinkontinenz. Eine systematische Analyse der wissenschaftlichen Literatur wäre erforderlich, um die wirksamsten Methoden zur Behandlung der Harn- und Stuhlinkontinenz für das Setting Krankenhaus und das Setting-Pflegeheim zu identifizieren. Demnach könnten Handlungsempfehlungen für Krankenhäuser und Pflegeheime erstellt werden.

Die Gesundheits- und Pflegewissenschaft ist in Österreich eine noch recht junge Disziplin. Der Gegenstandsbereich der Pflegepraxis, auch Mikroebene der Pflegeforschung, genannt (Polit, Beck & Hungler 2004, S.26), ist demnach in Österreich

noch wenig untersucht. Gerade Pflegephänomene wie die Inkontinenz bedürfen neben quantitativer Forschung ferner qualitativen Untersuchungen, um einen Einblick in das Empfinden von Betroffenen in Krankenhäusern und Pflegeheimen zu erhalten und Pflegende im Umgang mit inkontinenten Personen zu sensibilisieren.

## Literaturverzeichnis

---

Arndt KA., Dohrendorf H., Tannen A., Braumann A., Dassen T.  
Prävalenz der Harninkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen: Ein unterschätztes Problem  
Pflegezeitschrift 2006, 10, 635-638

Bartholomeyczik S., Nonn CR.  
Fokus: Epidemiologie und Pflege  
Schlütersche Verlag, 2005

Behrens J., Langer G.  
Evidence-based Nursing and Caring  
2. Auflage, Hans Huber Verlag 2006

Beitz JM.  
Advanced Practice Nursing: Wound, Ostomy, Continence: A Role for the New Century  
The Pennsylvania Nurse 2006, 3, 22

Booth J., Kumlien S., Zang Y., Gustafsson B., Tolson D.  
Rehabilitation nurses practices in relation to urinary incontinence following stroke: a cross-cultural comparison  
Journal of Clinical Nursing 2009, 18, 1049-1058

Boyington JEA., Howard DL., Carter-Edwards L., Gooden KM., Erdem N., Jallah Y., Busby-Whitehead J.  
Differences in Resident Characteristics and Prevalence of urinary Incontinence in Nursing Homes in the Southeastern United States  
Nursing Research 2007, 56(2), 97-107

Boyle P., Robertson C., Mazzetta C., Keech M., Hobbs FDR., Fourcade R., Kiemeny L., Lees C., UrEpik Study Group  
The prevalence of male urinary incontinence in four centres: the UREPIC study  
BJU International 2003, 92, 943-947

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz  
7. Auflage von Alten und Pflegeheime in Österreich (2008)  
<http://www.bmsk.gv.at/cms/site/dokument.html?channel=CH0060&doc=CMS1229948673751> 16.08.2009

Bundesministerium für Gesundheit  
Krankenanstalten in Zahlen, Krankenanstaltenstatistik 2008  
<http://www.kaz.bmgf.gv.at/> 18.08.2009

Carr M.  
Continence Promotion and Management  
Nursing BC 2004, 4, 16-18

Chen YM., Hwang SJ., Chen LK., Chen DY., Lan CF.  
Urinary incontinence among institutionalized oldest old chinese men in Taiwan  
Neurourology and Urodynamics 2009, 28, 335-338

Coenen A., McNeil B., Bakken S., Bickford C., Warren JJ.  
Toward comparable nursing data: American Nurses Association criteria for data sets,  
classification systems, and nomenclatures  
Comput Nurs. 2001, 19 (6), 240-246

Conner EL., Lind L.  
Urinary incontinence in nursing homes: Epidemiology and Management Guidelines  
Prim Care Update Ob/Gyns 2001, 8 (6), 248-252

Coyne KS., Sexton CS., Irwin DE., Kopp ZS., Kelleher CJ., Milsom I.  
The impact of overactive bladder, incontinence and other urinary tract symptoms on  
quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in Men and women:  
results from the EPIC study  
BJU International 2008, 101, 1388-1395

Dassen 2007  
Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus Prävalenzerhebung 2007  
Charite' Institut für Medizin- Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft  
[http://medpfleg-paed-wiss.charite.de/fileadmin/user\\_upload/microsites/m\\_cc01/medpfleg-paed-wiss/bericht\\_2007.pdf](http://medpfleg-paed-wiss.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medpfleg-paed-wiss/bericht_2007.pdf) 25.04.2009

DuBeau CE.  
Therapeutic/Pharmacologic Approaches to Urinary Incontinence in Older Adults  
Clinical Pharmacology & Therapeutics 2009, 85 (1), 98-102

Hansen W.  
Medizin des Alterns und des alten Menschen  
Schattauer Verlag 2006

Hayder D.  
Das Assessment der Harninkontinenz – Eine Herausforderung für die professionelle  
Pflege  
PrInterNet 2007, 06, 411-413

Ho YH., Muller R., Veitch C., Rane A., Durrheim D.  
Faecal incontinence: an unrecognised epidemic in rural North Queensland? Results of a  
hospital-based outpatient study  
Aust. J. Rural Health 2005, 13, 28-34

Hunskaar S., Burgio K., Diokno A., Herzog R., Hjälmås K., Lapitan MC.  
Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women  
Urology 2003, 62 (Supplement 4A), 16-23

Hunskaar S., Lose G., Sykes D., Voss S.  
The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries  
BJU International 2004, 93, 324-330

International Agency for Research on Cancer  
EPIC Projekt 2008

<http://epic.iarc.fr/index.php> 26.04.2009

Irwin DE., Milsom I., Kopp Z., Abrams P., Cardozo L.  
Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and  
emotional well-being in six European countries  
BJU International 2005, 97, 96-100

Irwin DE., Milsom I., Hunskaar S., Reilly K., Kopp Z., Herschorn S., Coyne K., Kelleher  
C., Hampel C., Artibani W., Abrams P.  
Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower  
urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study  
Eur Urol. 2006, 50 (6), 1306-1314

Irwin DE., Mungapen L., Milsom I., Kopp Z., Reeves P., Kelleher C.  
The economic impact of overactive bladder syndrome in six Western countries  
BJU International 2008, 103, 202-209

Jumadilova Z., Zyczynski T., Paul B., Narayana S.  
Urinary incontinence in the Nursing Home: Resident Characteristics and Prevalence of  
Drug Treatment  
The American Journal of Managed Care 2005, 11 (4), 112-120

Junkin J., Selekof JL.  
Prevalence of Incontinence and Associated Skin Injury in the Acute Care Inpatient  
Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing 2007, 34 (3), 260-269

Lehmacher W.  
Methodik der klinischen Epidemiologie 2009  
[http://www.medizin.uni-koeln.de/kai/imsie/kursinfo/epidemiologie/KlinEpi11-Fall-Kontroll-  
Studien.pdf](http://www.medizin.uni-koeln.de/kai/imsie/kursinfo/epidemiologie/KlinEpi11-Fall-Kontroll-Studien.pdf) 29.04.2009

Lohrmann, C. Dijkstra, A. Dassen, T.  
The Care Dependency Scale. An Assessment Instrument for Elderly Patients in German  
Hospitals  
Geriatric Nursing 24(1), 40-43, 2003a

Lohrmann, C. Dijkstra, A. Dassen, T.  
Care dependency: testing the German version of the care dependency scale in nursing homes and on geriatric wards.  
Scand J Caring Sci 17, 51-61, 2003b

Madersbacher H.  
Medizinische Kontinezzgesellschaft Österreich zertifiziert Kompetenz –Zentren 2008  
<http://www.inkontinenz.at/presse/docs/Manuskript%20Madersbacher.doc>  
30.04.2009

Milsom I., Abrams P., Cardozo L., Roberts RG., Thüroff J., Wein AJ.  
How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study  
BJU International 2001, 87, 760-766

Minassian VA., Drutz HP., Al-Badr A.  
Urinary incontinence as a worldwide problem  
International Journal of Gynecology and Obstetrics 2003, 82, 327-338

Moorthy P., Lapitan MC., Quek PLC., Lim PHC.  
Prevalence of overactive bladder in Asia men: an epidemiological survey  
BJU International 2004, 93, 528-531

Nygaard IE., Lemke JH.  
Urinary incontinence in rural older women: Prevalence, incidence and remission  
Am Geriatr Soc 1996, 44, 1049-1054 in Minassian VA., Drutz HP., Al-Badr A.  
Urinary incontinence as a worldwide problem  
International Journal of Gynecology and Obstetrics 2003, 82, 327-338

Offermans M., Halfens R., Hamers J., Dassen T.  
Urinary incontinence in dutch health care organisations  
Neurology and Urodynamics 2007, 26(5), 630-631

Offermans MPW., Du Moulin MFMT., Hamers JPH., Dassen T., Halfens RJG.  
Prevalence of Urinary Incontinence and Associated Risk Factors in Nursing Home Residents: A Systematic Review  
Neurourology and Urodynamics 2009, 28, 288-294

Ostaszkievicz J., O'Connell B., Millar L.  
Incontinence: Managed or mismanaged in hospital settings  
International Journal of Nursing Practice 2008, 14, 495-502

Pfisterer MH-D., Müller E., Oster P., Müller M.  
Die Situation von PflegeheimbewohnerInnen mit Kontinenzproblemen: eine Studie in 2 deutschen Pflegeheimen  
Z Gerontol Geriat 2008, 41, 404-414

- Polit DF., Beck CT., Hungler BP.  
Lehrbuch Pflegeforschung, Methodik, Beurteilung und Anwendung  
1. Auflage der deutschsprachigen Ausgabe, Hans Huber Verlag 2004
- Potter J., Peel P., Mian S., Lowe D., Irwin P., Pearson M., Wagg A.  
National audit of continence care for older people: management of faecal incontinence  
Age and Ageing 2007, 36, 268-273
- Pretlove SJ., Radley S., Tooze-Hobson PM., Thompson PJ., Coomarasamy A., Khan KS.  
Prevalence of anal incontinence according to age and gender: a systematic review and meta-regression analysis  
International Urogynecology Journal 2006, 17, 407-417
- Quinn ME., Johnson MA., Andress EL., McGinnis P., Ramesh M.  
Health characteristics of elderly personal care home residents  
Journal of Advanced Nursing 1999, 30 (2), 410-470
- Resnick B., Keilman LJ., Calabrese B., Parmelee P., Lawhorne L., Paillet J., Ouslander J.  
Continence care. Nursing staff beliefs and expectations about continence care in nursing homes  
Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing 2006, 33 (6), 610-618
- Rodriguez NA., Sackley CM., Badger FJ.  
Exploring the facets of continence care: a continence survey of care homes for older people in Birmingham  
Journal of Clinical Nursing 2007, 16, 954-962
- Saxer S., De Bie RA., Dassen T., Halfens RJG.  
Nurses' knowledge and practice about urinary incontinence in nursing home care  
Nurses Education Today 2008a, 28, 928-934
- Saxer S., Halfens RJG., De Bie RA., Dassen T.  
Prevalence and incidence of urinary incontinence of Swiss nursing home residents at admission and after six, twelve and 24 months  
Journal of Clinical Nursing 2008b, 17, 2490-2496
- Schäfer D.  
Beratungs- und Unterstützungsbedarf von Frauen mit Harninkontinenz  
Pflegerwissenschaften 2009, 01, 28-34
- Stefan H., Allmer F., Eberl J.  
Praxis der Pflegediagnosen  
3. Auflage, Springer- Verlag Wien New York, 2003

Subak LL., Brown JS., Kraus SR., Brubaker L., Lin F., Richter HE., Bradley CS., Grady D., Diagnostic Aspects of Incontinence Study Group.  
The "Costs" of Urinary Incontinence for Women  
Obstet Gynecol. 2006, 107 (4), 908-916


Tabali M., Kollross CM., Braumann A., Tannen A., Dassen T.  
Stuhlinkontinenz- eine Analyse in deutschen Kliniken und Pflegeheimen: Ein Tabu brechen  
Pflegezeitschrift 2006, 10, 639-642

Van der Weide 2001


Vinsens AG., Harkless GE., Haltbakk J., Bohm J. Hunskaar S.  
Healthcare personnel's attitudes towards patients with urinary incontinence  
Journal of Clinical Nursing 2001, 10, 455-462

Wagg A., Potter J., Peel P., Irwin P., Lowe D., Pearson M.  
National audit of continence care for older people: management of urinary incontinence  
Age and Ageing 2008, 37, 39-44

# Anhang: Fragebögen



Landesweite Prävalenzhebung pflegebezogener Daten



Code der Einrichtung

1

---

## Angaben zur Einrichtung

---

**Art der Einrichtung**

<input type="checkbox"/> Universitätskrankenhaus <input type="checkbox"/> Allgemeines Krankenhaus <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Betreuungseinrichtung <input type="checkbox"/> Rehabilitationszentrum	<input type="checkbox"/> Einrichtung für Menschen mit einer geistigen Behinderung <input type="checkbox"/> Einrichtung für Menschen mit einer körperlichen Behinderung <input type="checkbox"/> Psychiatrisches Krankenhaus <input type="checkbox"/> Ambulante Pflege <input type="checkbox"/> Sonstiges
--	--


---

**Welche Module werden erhoben?** (Es sind mehrere Antworten möglich)

Dekubitus  
 Inkontinenz  
 Mangelernährung  
 Intertrigo  
 Stürze und Freiheitsentziehende Maßnahmen

**Füllen Sie bitte nur die Qualitätsindikatoren für die Module aus, die in Ihrer Einrichtung Bestandteil der Erhebung sind.**

	ja	nein
<b>Dekubitus</b>		
1 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Dekubitusexpertenteam/Gruppe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Dekubitusprävention?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Dekubitusbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Gibt es in Ihrer Einrichtung einen ExpertenIn, der für die Aktualisierung des Präventionsprotokolls und/oder des Behandlungsprotokolls zuständig ist und darauf hinweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Werden Patienten mit einem Dekubitus minimal zweiten Grades in Ihrer Einrichtung von einem zentralen AnsprechpartnerIn erfasst (zum Beispiel von einer Pflegefachperson für Dekubitus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Wird die Zahl der Patienten mit Dekubitus in Ihrer Einrichtung zentral erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene ein Protokoll für die Verwaltung von Präventionsmaterialien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Dekubitusprävention und Behandlung für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zur Dekubitusprävention?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Inkontinenz</b>		
10 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Inkontinenzbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Inkontinenzbehandlung in Ihrer Einrichtung überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Gibt es in Ihrer Einrichtung einen ExpertenIn, der für die Aktualisierung des Inkontinenzprotokolls zuständig ist und darauf hinweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Gibt es auf Einrichtungsebene eine Pflegefachperson für die Inkontinenzbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Inkontinenzbehandlung für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene ein Protokoll für die Verwaltung von Inkontinenzmaterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Universität Maastricht

1/2 b.w.

AT2009APR © 2009 Universität Maastricht

<b>Mangelernährung</b>	ja	nein
17 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Prävention und/oder Behandlung von Mangelernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Mangelernährung in Ihrer Einrichtung überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene eine multidisziplinäre Beratungskommission/ Ernährungsteam zum Thema Mangelernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Gibt es in Ihrer Einrichtung einen ExpertenIn, der für die Aktualisierung des Protokolls zur Prävention von Mangelernährung zuständig ist und darauf hinweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Sind in Ihrer Einrichtung Kriterien für die Ermittlung von Mangelernährung festgelegt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Ist in Ihrer Einrichtung ein DiätassistentIn tätig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zur Prävention und Behandlung von Mangelernährung für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Mangelernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Intertrigo</b>	ja	nein
25 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Werden in Ihrer Einrichtung nationale Vorschriften eingehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Intertrigo in Ihrer Einrichtung überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Gibt es in Ihrer Einrichtung einen ExpertenIn, der für die Aktualisierung des Protokolls zur Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo zuständig ist und darauf hinweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder eine Veranstaltung zur Prävention und Behandlung von Intertrigo für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zur Prävention von Intertrigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen</b>	ja	nein
31 Werden Sturzereignisse in Ihrer Einrichtung dezentral (auf Stationsebene) erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien für die Prävention von Stürzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Wurde eine landesweite Richtlinie in das Protokoll/die Richtlinie der Einrichtung aufgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene/Angehörige mit Informationen über die Sturzgefahr und Prävention von Stürzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Sturzgefahr und Prävention von Stürzen und Verletzungen statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 In Ihrer Einrichtung werden freiheitsentziehende Maßnahmen dezentral (auf Stationsebene) erfasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Es gibt in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien für freiheitsentziehende Maßnahmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung über freiheitsentziehende Maßnahmen statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Überprüfen Sie für eine ordnungsgemäße Verarbeitung der Angaben, ob alle Fragen vollständig ausgefüllt sind.





Landesweite Prävalenzhebung pflegebezogener Daten

Code der Einrichtung

Code der Abteilung

## Angaben zur Station/Wohnbereich

Station/Wohnbereich/Team

2

### Art der Station/Wohnbereich

#### A Universitätskrankenhaus

- Operativ
- Nichtoperativ
- Intensivstation
- Überwachungsstation/Herzüberwachungsstation
- Pädiatrie
- Pflege/Langzeit/Geriatrie
- Short-stay
- Psychiatrie
- Sonstiges

#### B Allgemeines Krankenhaus

- Operativ
- Nichtoperativ
- Intensivstation
- Überwachungsstation/Herzüberwachungsstation
- Pädiatrie
- Pflege/Langzeit/Geriatrie
- Short-stay
- Psychiatrie
- Sonstiges

#### C Pflegeheim

- Psychogeriatrie
- Somatische Reaktivierung
- Somatische Station/Wohnbereich
- Pflegestation/Wohnbereich
- Ambulante Pflege
- Betreutes Wohnen
- Sonstiges

#### D Betreuungseinrichtung

- Demenzstation/Wohnbereich
- Pflegeabteilung
- Ambulante Pflege
- Keine Clusterfaktung
- Betreutes Wohnen
- Sonstiges

#### E Rehabilitationszentrum

- Abteilung für Querschnittsläsionen
- Abteilung für Amputationen
- Schmerzabteilung
- Station/Wohnbereich für die Behandlung nach einem Schlaganfall
- Sonstiges

#### F Einrichtung für Menschen mit einer geistigen Behinderung

- Überwiegend an das Bett/den Rollstuhl gebundene Gruppe
- Überwiegend mobile Gruppe
- Sonstiges

#### G Einrichtung für Menschen mit einer körperlichen Behinderung

- Überwiegend an das Bett/den Rollstuhl gebundene Gruppe
- Überwiegend mobile Gruppe
- Sonstiges

#### H Psychiatrisches Krankenhaus

- Langzeitunterbringung
- Geriatrische Station/Wohnbereich
- Sonstiges

#### I Ambulante Pflege

- Pflegen und Betreuen
- Familienpflege
- Pflegen und Betreuen einschließlich Familienpflege
- Sonstiges

#### J Sonstiges

- Geriatrisches Krankenhaus
- Sonstiges

Füllen Sie bitte nur die Qualitätsindikatoren für die Module aus, die in Ihrer Einrichtung Bestandteil der Erhebung sind.

### Dekubitus

	ja	nein
1 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/einen Pflegeexperten (z.B. eine Pflegefachperson für Dekubitus und chronische Wunden), die/der auf dem Gebiet Dekubitus spezialisiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Werden alle Risiko- und/oder Dekubituspatienten im Rahmen der monodisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Werden alle Risiko- und/oder Dekubituspatienten im Rahmen der multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Wird das Dekubitusrisiko der einzelnen Patienten in der Krankenakte aufgezeichnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Prävention und/oder Behandlung von Dekubitus bei Risikopatienten erforderlich sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Wird das vorgeschriebene Dekubitusmaterial innerhalb von 24 Stunden beim Betroffenen abgeliefert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Erhalten alle Patienten mit erhöhtem Dekubitusrisiko eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zur Dekubitusprävention?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Inkontinenz</b>	ja	nein
9 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/einen Pflegeexpertin, die/der auf dem Gebiet Inkontinenz spezialisiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Inkontinenz auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Inkontinenzbehandlung bei Inkontinenzpatienten erforderlich sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Steht das für den Betroffenen vorgeschriebene Inkontinenzmaterial standardmäßig auf der Station/Wohnbereich zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Erhalten alle Patienten mit Inkontinenz eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mangelernährung</b>	ja	nein
14 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/einen Pflegeexpertin, die/der auf dem Gebiet der Mangelernährung spezialisiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Werden alle Risikopatienten und/oder Patienten mit Mangelernährung im Rahmen der multidisziplinären Beratung auf Stations-/Bereich-/Teamebene erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Mangelernährung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Wird das Gewicht der Patienten bei der Einweisung standardmäßig dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Wird die Körpergröße der Patienten bei der Einweisung standardmäßig dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Wird der Ernährungszustand bei der Einweisung dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Wird das Risiko für Mangelernährung in der Krankenakte der einzelnen Patienten aufgezeichnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Wird in der Krankenakte/im Pflegeplan aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf Patienten mit einem Ernährungsrisiko erforderlich sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Wird auf der Station/Wohnbereich bei (drohender) Mangelernährung standardmäßig mit Proteinen und Kohlehydraten angereicherte Nahrung angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Erhalten alle Patienten, die an (drohender) Mangelernährung leiden, eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Mangelernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Werden beim Essen auf der Station/Wohnbereich die Umgebungsfaktoren berücksichtigt (z.B. ungestörte Mahlzeiten, ein gedeckter Tisch, Menüauswahl)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Wird die Intake/Aufnahme (Flüssigkeit und Nahrung) der Patientin erfasst in der Krankenakte/im Pflegeplan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Existiert auf die Station/dem Wohnbereich ein Standard/eine Richtlinie bezüglich der regelmäßigen Gewichtserfassung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Wie oft werden die Patienten gewogen? (bitte nur eine Antwort auswählen)		
<input type="checkbox"/> Wöchentlich	<input type="checkbox"/> Unregelmäßig (wenn sich der Zustand des Patienten verändert)	
<input type="checkbox"/> Monatlich	<input type="checkbox"/> Die Patienten werden nicht gewogen	
<input type="checkbox"/> Vierteljährlich		
<b>Intertrigo</b>	ja	nein
28 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/einen Pflegeexpertin, die/der auf dem Gebiet von Intertrigo spezialisiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Intertrigo auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo erforderlich sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Steht das bei Intertrigo vorgeschriebene Material standardmäßig auf der Station/Wohnbereich zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Erhalten alle Patienten mit Intertrigo eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Intertrigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stürze und Freiheitsentziehende Maßnahmen</b>	ja	nein
33 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/einen Pflegeexpertin, die/der auf dem Gebiet der Sturzprävention spezialisiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Stürzen auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Erfolgt bei der Aufnahme/Einweisung der Patienten eine Bewertung des Sturzrisikos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 Werden im Rahmen der monodisziplinären Beratung spezifische (auf den Patienten zugeschnittene) Maßnahmen zur Sturzprävention erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Werden im Rahmen der multidisziplinären Beratung spezifische (auf den Patienten zugeschnittene) Maßnahmen zur Sturzprävention erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 Werden die spezifischen (auf den Patienten zugeschnittenen) Maßnahmen mit dem Patienten erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Werden die spezifischen (auf den Patienten zugeschnittenen) Maßnahmen mit den Angehörigen, die den Patienten pflegen, erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Es gibt auf der Station/Wohnbereich mindestens eine Person/Expertin die sich spezialisiert hat im Bereich freiheitsentziehender Maßnahmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Auf der Station/Wohnbereich wird kontrolliert ob gearbeitet wird nach das Protokoll/Richtlinien freiheitsentziehende Maßnahmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 Freiheitsentziehende Maßnahmen werden in multidisziplinärer Beratung erörtert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Überprüfen Sie für eine ordnungsgemäße Verarbeitung der Angaben, ob alle Fragen vollständig ausgefüllt sind.



**Grades Dekubitus**

Grad 1	Rötung der intakten Haut, die auf leichten Druck hin nicht verschwindet. Weitere klinische Merkmale sind eine Färbung der Haut, lokale Überwärmung, Ödembildung und eine Verhärtung der Haut. Entscheidend ist, dass die Rötung auf leichten Druck hin nicht verschwindet: wird die Haut mit zwei Fingern oder dem Daumen beziehungsweise einer DeLubitalrinne eingedrückt, färbt sich die Haut (Rötung) nicht weiß.
Grad 2	Oberflächliche Hautläsionen (Epidermis), eventuell mit einer Schädigung der darunter liegenden Hautschicht (Dermis oder Lederhaut). Die Schädigung wird in Form einer Blase oder Abschürfung der Haut sichtbar.
Grad 3	Hautdefekt mit einer Schädigung bzw. Nekrose der Haut sowie des subkutanen Gewebes (Subkutis). Die Schädigung kann sich bis auf das darunter liegende Bindegewebe erstrecken (Faszie).
Grad 4	Ausgedehnte Zerstörung des Gewebes bzw. Verlust des Gewebes (Nekrose) der Muskeln, des Knochengewebes oder der unterstützenden Strukturen sowie eine mögliche Schädigung der Unterhaut (Epidermis) und Lederhaut (Dermis).

Ein tiefer Dekubitus mit intakter Haut und angegriffenen Knochen, Sehnen und Gelenkkapseln, wie er häufig bei querschnittsgelähmten Patienten/ Bewohnern zu sehen ist, die zu lange im Stuhl sitzen, wird dem vierten Grad zugerechnet. Bei Personen mit einer dunklen Hautfarbe ist eine Rötung der intakten Haut häufig nur schwer oder auch gar nicht zu erkennen. Der erste Grad kennzeichnet sich vor allem durch eine deutliche wahrnehmbare Veränderung der Hautabschnitte, die Druck ausgesetzt gewesen sind und sich dadurch von anderen vergleichbaren Hautabschnitten unterscheiden. Die Veränderungen können sich in einer Veränderung der Farbe, Temperatur und Sensibilität der betreffenden Hautabschnitte manifestieren.

**Pflegeabhängigkeitskala: Kategorienbeschreibungen**

- **Völlig abhängig:** Der Patient ist nicht in der Lage, selbständig Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er muss von Dritten vor Temperaturschwankungen (Zugluft, Sonne usw.) geschützt werden.
- **Überwiegend abhängig:** Der Patient ist teilweise in der Lage, selbständig Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er ist jedoch nicht in der Lage, selbständig entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Der Patient ist auf die Hilfe Dritter angewiesen, wenn er sich nicht wohl fühlt.
- **Teilweise abhängig:** Der Patient ist in der Lage, selbständig Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er ist jedoch nur begrenzt in der Lage, selbständig entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Ist teilweise auf die Hilfe Dritter angewiesen, um nach eigenem Wunsch ein Gefühl des Wohlbefindens zu erzeugen.
- **Überwiegend unabhängig:** Der Patient ist selbständig in der Lage, Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er ist in höherem Maße in der Lage, selbständig entsprechende Maßnahmen zu ergreifen und kann seinen Bedarf an Behaglichkeit nahezu vollständig nach eigenem Wunsch decken.
- **Völlig unabhängig:** Der Patient ist in der Lage, seine Körpertemperatur völlig selbstständig gegen äußere Einflüsse zu schützen und seinen Bedarf an Behaglichkeit nach eigenem Wunsch zu decken.

**Arten von Inkontinenz**

- **Belastungsinkontinenz:** Kennzeichen der Belastungsinkontinenz ist ein ungewollter Urinverlust bei einem Druck im oder auf dem Bauch, zum Beispiel beim Lachen, Niesen, Husten, Bläsen, Nase putzen, beim Heben schwerer Lasten oder bei schnellen Bewegungen, beispielsweise beim Sport. Ansonsten normaler Harabgang.
- **Dranginkontinenz:** Bei der Dranginkontinenz handelt es sich um einen nicht aufzuhaltenden Harndrang. Dem (andauernden) Harndrang geht nur eine sehr kurze Warnung voraus, häufig fehlt diese sogar ganz.
- **Mischinkontinenz:** Eine Kombination aus Belastungs- und Dranginkontinenz, wobei eine der beiden Formen verstärkt im Vordergrund steht.
- **Funktionale Inkontinenz:** Ist ein Patient aufgrund körperlicher oder praktischer Einschränkungen nicht mehr in der Lage, selbständig zur Toilette zu gehen, ist von einer funktionalen Inkontinenz die Rede. Es liegt bei dieser Art der Urininkontinenz also keine urogenitale Funktionsstörung vor. Beispiele sind: Nebenwirkungen nach einer Narkose oder durch Medikamentierung, Desorientierung, getriggerte/ körperliche/ visuelle Einschränkungen, eine unpraktische Bekleidung, ein zu langer Abstand oder Hindernisse beim Aufsuchen der Toilette.
- **Oberlaufinkontinenz:** Beim unwillkürlichen Verlust kleiner Mengen an Urin aus einer vollen Blase ist von Oberlaufinkontinenz die Rede. Oberlaufinkontinenz tritt auf, wenn die Blase vergrößert ist und unempfindlich wird. Der Druck auf die Blase wird so groß, dass kleine Mengen an Urin wegstropfen.
- **Komplette Inkontinenz:** Kennzeichen einer kompletten Inkontinenz ist das kontinuierliche Herausströmen von Urin aus der Harnröhre, sowohl tagüber als auch nachts. Eine komplette Inkontinenz tritt auf, wenn der Schließmuskel der Blase nicht mehr richtig funktioniert.

**Intertrigo**

Intertrigo ist eine Entzündung, die hauptsächlich zwischen Hautfalten vorkommt.

**Maßnahmen Mangelernährung**

- **Energieriche Zwischenmahlzeiten:** Darunter sind Milchprodukte (zum Beispiel Kakao, Frischquark, Grießbrei), herzhafte Snacks (zum Beispiel Käsewürfel, Wurst, Nüsse, Erdnüsse, Frühlingsrollen, Würstchen in Blätterteig), Kekse und Süßigkeiten (zum Beispiel Schokolade, Donuts, Kekse, Müsliriegel, Schokoladenriegel) sowie Getreideprodukte (zum Beispiel Brot, Rosinenbrötchen, Knäckebrot/Sandwiches, Pfannkuchen) zu verstehen.
- **Flüssignahrung (zum Beispiel Nutridrink, Fortimel, Ensi):** Es handelt sich dabei um gebrauchsfertige Produkte, die neben oder anstelle der normalen Ernährung konsumiert werden und für Patienten bestimmt sind, die zwar nicht mehr oder nicht mehr ausreichend essen, aber noch trinken können.
- **Nahrungsergänzungsmittel (Energie und Eiweiß, zum Beispiel Fantomat/ Protifar):** Ergänzungsmittel wie diese werden häufig eingesetzt, wenn die heimköstliche Nahrung unzureichend Energie und Makronährstoffe bietet.
- **Sondennahrung:** Eine flüssige, ausreichend nährstoffhaltige Nahrung oder Nahrungsergänzung, die durch ein auf den Patienten abgestimmte Zusammensetzung ausreichend Energie und die erforderliche Menge an Flüssigkeit enthält. Die Nahrung wird über eine Sonde oder Stomie direkt in den Magen oder Darm geleitet.
- **Parenterale Ernährung:** Darunter sind Nährstoffe zu verstehen, die über eine Infusion in die Blutbahn geleitet werden.
- **Keine Maßnahmen bei komatösen, schwer kranken oder terminalen Patienten:** In manchen Fällen ist eine Intervention bei bestimmten Patienten nicht möglich.
- **Palliative Ernährung**

## Braden-Skala

<p><b>Sensorisches Empfindungsvermögen</b></p> <p>Fähigkeit, adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren. Kinder: Fähigkeit, dem Entwicklungsstand entsprechend adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren</p>	<p><b>1 Fehlt</b> Keine Reaktion auf schmerzhafte Stimul. Mögliche Gründe: Bewegungslosigkeit, Sedierung ODER Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, die den größten Teil des Körpers betreffen (z.B. hoher Querschnitt)</p>	<p><b>2 Stark eingeschränkt</b> Eine Reaktion erfolgt nur auf starke Schmerzreize. Beschwerden können kaum gelindert werden (z.B. nur durch Stöhnen oder Unruhe) ODER Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, wovon die Hälfte des Körpers betroffen ist</p>	<p><b>3 Leicht eingeschränkt</b> Eine Reaktion auf Anprache oder Kommandos. Beschwerden können aber nicht immer ausgedrückt werden (z.B. dass die Position geändert werden soll) ODER Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon eine oder zwei Extremitäten betroffen sind</p>	<p><b>4 Vorhanden</b> Reaktion auf Anprache. Beschwerden können gelindert werden ODER keine Störung der Schmerzempfindung</p>
<p><b>Feuchtigkeit</b></p> <p>Assess, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist</p>	<p><b>1 Ständig feucht</b> Die Haut ist ständig feucht durch Urin, Schweiß oder Kot. Innerer wenn der Patient gedreht wird, liegt er im Nass</p>	<p><b>2 Oft feucht</b> Die Haut ist feucht, aber nicht immer. Bettzeug oder Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden</p>	<p><b>3 Manchmal feucht</b> Die Haut ist manchmal feucht. Etwa einmal pro Tag wird neue Wäsche benötigt</p>	<p><b>4 Selten feucht</b> Die Haut ist meist trocken. Neue Wäsche wird selten benötigt. Kinder: regelmäßiger Wechsel</p>
<p><b>Aktivität</b></p> <p>Assess der physischen Aktivität</p>	<p><b>1 Bettlägerig</b> Ans Bett gebunden</p>	<p><b>2 Sitzt auf</b> Kann mit Hilfe etwas laufen. Kann das eigene Gewicht nicht allein tragen. Braucht Hilfe, um aufzustehen (Bett, Stuhl, Rollstuhl)</p>	<p><b>3 Geht wenig</b> Geht am Tag allein, aber selten und nur kurze Strecken. Braucht für längere Strecken Hilfe. Verbringt die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl</p>	<p><b>4 Geht regelmäßig und alle Kinder, die zu jung zum Laufen sind</b> Geht regelmäßig 2- bis 3-mal pro Schicht. Bewegt sich regelmäßig</p>
<p><b>Mobilität</b></p> <p>Fähigkeit, die Position zu wechseln und zu halten</p>	<p><b>1 Komplet immobil</b> Kann auch keinen geringfügigen Positionswechsel ohne Hilfe durchführen</p>	<p><b>2 Mobilität stark eingeschränkt</b> Bewegt sich manchmal geringfügig (Körper, Extremitäten). Kann sich aber nicht regelmäßig allein ausweichend umlagern</p>	<p><b>3 Mobilität gering eingeschränkt</b> macht regelmäßig kleine Positionswechsel des Körpers und der Extremitäten</p>	<p><b>4 Mobil</b> kann allein seine Position umfassend verändern</p>
<p><b>Ernährung</b></p> <p>Ernährungsgewohnheiten</p>	<p><b>1 sehr schlechte Ernährung</b> Ist kleine Portionen nie auf, sondern nur etwa 1/3. Trinkt zu wenig, nimmt keine Ergänzungskost zu sich ODER nur klare Flüssigkeit UND / ODER erhält Ernährungsinfusionen länger als 5 Tage</p>	<p><b>2 Mäßige Ernährung</b> Ist selten eine normale Essensportion auf, ist im Allgemeinen etwa die Hälfte der angebotenen Nahrung. Nimmt regelmäßig Ergänzungskost zu sich ODER erhält zu wenig Nährstoffe über Sondenkost oder Infusionen</p>	<p><b>3 Adäquate Ernährung</b> Ist mehr als die Hälfte der normalen Essensportionen. Verweigert gelegentlich eine Mahlzeit, nimmt aber Ergänzungskost zu sich ODER kann über Sonde oder Infusionen die meisten Nährstoffe zu sich nehmen</p>	<p><b>4 Gute Ernährung</b> Ist immer die angebotenen Mahlzeiten auf. Ist auch manchmal zwischen den Mahlzeiten. Brauch keine Ergänzungskost. Kinder: Ernährung bietet die dem Alter angemessene Kalorienmenge. Ist/sinkt meistens die angebotene Mahlzeiten</p>
<p><b>Reibung und Scherkräfte</b></p> <p>Reibung entsteht, wenn Haut über eine Unterlage (z.B. Laken) schiebt. Scherkräfte entstehen, wenn Hautschichten und benachbarte Knochenstrukturen gegeneinander gleiten</p>	<p><b>1 Problem</b> Brauch viel bis massive Unterstützung bei Lagewechsel. Anheben ist ohne Schließen über die Laken nicht möglich. Rückt im Bett oder im (Roll-)Stuhl ständig herunter, muss immer wieder hochgezogen werden. Kinder: Spastik, Kontrakturen, Jucken oder motorische Unruhe führen zu fast ständigem Rutschen und Reibung</p>	<p><b>2 Potenzielles Problem</b> Bewegt sich etwas allein oder braucht wenig Hilfe. Beim Hochziehen schiebt die Haut nur wenig über die Laken (dann sich etwas anheben). Kann sich über längere Zeit in einer Lage halten (Stuhl, Rollstuhl). Rückt nur selten herunter</p>	<p><b>3 Kein Problem zur Zeit</b> bewegt sich in Bett und Stuhl allein hat genügend Kraft, sich anzubehalten. Kann eine Position über lange Zeit halten, ohne herunterzurutschen. Kinder: es ist möglich, das Kind während eines Positionswechsels vollständig anzubehalten</p>	



Code der Einrichtung  
□ □ □ □

Code der Station/  
Wohnbereich  
□ □

Landesweite Prävalenzhebung pflegebezogener Daten

# Allgemeines

Station/Wohnbereich/Team

Patientengebundene Daten

Code des Patienten

# 3

## 1 Hat der PatientIn an der Erhebung teilgenommen?

- Ja (bitte mit Frage 3 fortfahren)
- Nein

## 2 Wenn nicht, warum hat der PatientIn nicht teilgenommen?

- Teilnahme verweigert
- PatientIn zum Zeitpunkt der Erhebung nicht erreichbar
- Komatös - Zustand zu schlecht
- Terminal (Modul beendet)

Die Fragen 3 bis 9 sind für alle Teilnehmer/Patienten obligatorisch

3 Geburtsdatum Tag   Monat   Jahr

4 Geschlecht Mann  Frau

5 Datum der Einweisung/Aufnahme Tag   Monat   Jahr

6 Wurde der PatientIn in den vergangenen zwei Wochen operiert?  Ja  Nein (Bitte mit Frage 8 fortfahren)

7 Wenn ja (PatientIn wurde operiert), Dauer der Operation: Stunden   Minuten

## 8 Welches Krankheitsbild bzw. welchen Pflegebedarf hat der PatientIn? (Es sind mehrere Antworten möglich)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit   | <input type="checkbox"/> Erkrankung des Verdauungstrakts einschließlich Darmobstruktion, Peritonitis, Hämie, Leber, Gallenblase |
| <input type="checkbox"/> Krebs   | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Nieren/Harnwege, Geschlechtsorgane  |
| <input type="checkbox"/> Endokrine, Ernährungs- oder Stoffwechselerkrankung            | <input type="checkbox"/> Hauterkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus   | <input type="checkbox"/> Erkrankung des Bewegungsapparates  |
| <input type="checkbox"/> Blutkrankheit oder Erkrankung eines blutbildenden Organs      | <input type="checkbox"/> Kongenitale Abweichungen   |
| <input type="checkbox"/> Psychische Störung  | <input type="checkbox"/> Unfallverletzung(en) und unerwünschte Unfallfolgen   |
| <input type="checkbox"/> Demenz  | <input type="checkbox"/> Totale Hüftprothese  |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung des Nervensystems, mit Ausnahme von Schlaganfällen | <input type="checkbox"/> Angewiesen auf Hilfe im täglichen Leben  |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung am Auge/Ohr  | <input type="checkbox"/> Angewiesen auf Hilfe im Haushalt   |
| <input type="checkbox"/> Querschnittsläsion  | <input type="checkbox"/> Sonstiges  |
| <input type="checkbox"/> Herz- und Gefäßerkrankung                                     | <input type="checkbox"/> Keine genaue(n) Diagnose(s) möglich  |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall/Hirnparese                                       |   |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung, einschließlich Nase und Tonrillen         |   |

## Pflegeabhängigkeitskala (PAS)

9 Kreuzen Sie bitte für jede Aktivität an, in welchem Ausmaß der Bedürftige auf die Pflege durch andere angewiesen ist:

	Vollständig abhängig	Überwiegend abhängig	Reinweis abhängig	Überwiegend unabhängig	Vollständig unabhängig
<b>Essen und Trinken:</b> Der Betroffene ist in der Lage, selbstständig zu essen und zu trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kontinenz:</b> Der Betroffene verfügt über die Fähigkeit, die Ausscheidung von Urin und Fäkalien willkürlich zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Körperhaltung:</b> Der Betroffene ist in der Lage, bei bestimmten Aktivitäten eine passende Körperhaltung einzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität:</b> Der Betroffene ist körperlich in der Lage, sich selbstständig fortzubewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tages- und Nachtrhythmus:</b> Die Art des Schlaf-Wachverhaltens (Biorhythmus) des Betroffenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>An- und Auskleiden:</b> Der Betroffene verfügt über die Fähigkeit, sich selbstständig an- und auszukleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Körpertemperatur:</b> Der Betroffene ist in der Lage, die eigene Körpertemperatur willkürlich vor externen Einflüssen zu regulieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Körperpflege:</b> Der Betroffene ist in der Lage, selbstständig für die eigene Körperpflege zu sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Vermeidung von Gefahren:</b> Der Betroffene ist in der Lage, selbstständig für die eigene Sicherheit zu sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kommunikation:</b> Der Betroffene ist in der Lage, zu kommunizieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kontakte mit anderen:</b> Der Betroffene ist in der Lage, soziale Kontakte zu knüpfen, zu unterhalten und abzubauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sinn für Regeln und Werte:</b> Der Betroffene ist in der Lage, Verhaltensregeln einzuhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alltagsaktivitäten:</b> Der Betroffene ist in der Lage, die täglichen Aktivitäten selbstständig auszuführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung:</b> Der Betroffene ist in der Lage, selbstständig an Aktivitäten teilzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Lernfähigkeit:</b> Der Betroffene ist in der Lage, sich Kenntnisse/Fertigkeiten selbstständig anzueignen und das Erlernete beizubehalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Universiteit Maastricht

1/2 b.w.

AT2009APR © 2009 Universiteit Maastricht

3c 10 Derzeitiges Gewicht des Patienten in kg

3c 11 Derzeitige Körpergröße des Patienten in cm

3c 12 Wann wurde der Patientin zum letzten Mal gewogen?  
 Nicht gewogen  
 Bei der Einweisung  
 Gestern/heute  
 Vorgangene Woche  
 Vorgangenen Monat  
 Vor über einem Monat

3c 13 Hat der Patientin in den vergangenen Monaten unbeabsichtigt/ungewollt abgenommen?  
 Ja  
 Nein (Bitte mit Frage 15 fortfahren)  
Unbekannt, Grund:  
 Der Patientin möchte nicht zu seinem Ernährungszustand befragt werden (Bitte mit Frage 15 fortfahren)  
 Aus anderen Gründen unbekannt (Bitte mit Frage 15 fortfahren)

14 Wenn der Patientin in den vergangenen Monaten unbeabsichtigt/ungewollt abgenommen hat und bei Frage 10 das Körpergewicht eingetragen wurde: Was hat der Patientin vorher gewogen? (Bitte unbedingt mindestens eine Messung angeben)

Vor 1 Monat:       kg  Gewogen  
 Geschätzt  
 Unbekannt

Vor 3 Monaten:       kg  Gewogen  
 Geschätzt  
 Unbekannt

Vor 6 Monaten:       kg  Gewogen  
 Geschätzt  
 Unbekannt

3a 15 Ist beim Patienten Dekubitus festgestellt worden?  
Ja, höchster Grad:  
 Grad 1  Grad 2  Grad 3  Grad 4  
 Nein (Bitte mit Frage 17 fortfahren)  
Unbekannt, Grund:  
 Der Patientin möchte nicht auf Dekubitus untersucht werden (Bitte mit Frage 17 fortfahren)  
 Aus anderen Gründen unbekannt (Bitte mit Frage 17 fortfahren)

3a 16 Wann wurde der Dekubitus festgestellt?  
 Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung (ambulante Pflege: vor dem Pflegezeitraum)  
 Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung (ambulante Pflege: während des Pflegezeitraums)

3a 17 Wurden beim Patienten Verletzungen durch Feuchtigkeit festgestellt?  
3b  Nein  
Ja, Ursache: (Es sind mehrere Antworten möglich)  
 Urin  Fäkalien  Transpiration  Besudat  
Wann ist die Verletzung durch Feuchtigkeit entstanden?  
 Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung (ambulante Pflege: vor dem Pflegezeitraum)  
 Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung (ambulante Pflege: während des Pflegezeitraums)

3b 18 Wie häufig verliert der Patientin Urin?  
Wichtiger Hinweis: Wenn der Patientin aufgrund von Unretentionen einen Katheter hat, geben Sie bitte "nie" an.  
 Nie (Bitte mit Frage 24 fortfahren)  
 Der Patientin hat einen Katheter  
 Drei bis vier Mal pro Monat (Bitte mit Frage 21 fortfahren)  
 Einige Male pro Woche (Bitte mit Frage 21 fortfahren)  
 Täglich (Bitte mit Frage 21 fortfahren)  
 Unbekannt, Grund:  
 Der Patientin möchte nicht auf Inkontinenz untersucht werden (Bitte mit Frage 24 fortfahren)  
 Aus anderen Gründen unbekannt (Bitte mit Frage 24 fortfahren)

3b 20 Wurde der Katheter vor mehr als 14 Tagen angelegt?  
 Ja  
 Nein  
 Unbekannt

3b 21 Wann ist die Urininkontinenz entstanden?  
 Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung (ambulante Pflege: vor dem Pflegezeitraum)  
 Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung (ambulante Pflege: während des Pflegezeitraums)

3b 22 Wurde die Urininkontinenz diagnostiziert?  
 Ja  
 Nein (Bitte mit Frage 24 fortfahren)

3b 19 Wurde der Katheter in dieser organisatorische Einheit angelegt?  
 Ja  
 Nein  
 Unbekannt

3b 23 Wenn ja, von wem?  
 Hausarzt  
 Pflegeheimarzt  
 Urologe oder Gynäkologe  
 Pflegefachperson  
 Unbekannt

3c 24 Ist der Patientin in den vergangenen 30 Tagen gestürzt?  
 Ja  
 Nein  
 Unbekannt

3c 25 Welche Methoden für freiheitsentziehende Maßnahmen wurden beim Patienten eingesetzt? (Es sind mehrere Antworten möglich)  
 Bettgitter  Domoika  
 Patientenschuldecke  Verhaltenbeeinflussender Medikation  
 Bettgurt  Individuelle Vereinbarungen  
 Stuhlgurt  Sonstiges  
 Rollstuhl mit Tisch  
 Nach hinten gekippter Stuhl (Siestaflüge)  
 Isolation/Separation

3c 25 Wurde der Patientin in den vergangenen 7 Tagen fixiert?  
 Ja  
 Nein (Modul beendet)  
 Unbekannt (Modul beendet)

Überprüfen Sie bitte, ob alle Fragen vollständig ausgefüllt sind.





Landesweite Prävalenzhebung pflegebezogener Daten

Patientengebundene Daten

Code der Einrichtung

Code des Wohnbereichs

## Dekubitus

Code des Patienten

# 3a

### 1 Risikoskala (Für weitere Hinweise zur Bradenskala siehe Karte Anhang)

#### Sensorisches Empfindungsvermögen

- 1 Fehlt
- 2 Stark eingeschränkt
- 3 Leicht eingeschränkt
- 4 Vorhanden

#### Ernährung

- 1 Sehr schlechte Ernährung
- 2 Mäßige Ernährung
- 3 Ausreichend Ernährung
- 4 Gute Ernährung

#### Mobilität

- 1 Komplette Immobilie
- 2 Stark eingeschränkt
- 3 Gering eingeschränkt
- 4 Mobil

#### Aktivität

- 1 Bettlägerig
- 2 Sitzt auf einem Stuhl
- 3 Geht wenig
- 4 Geht regelmäßig

#### Feuchtigkeit

- 1 Ständig feucht
- 2 Oft feucht
- 3 Manchmal feucht
- 4 Selten feucht

#### Reibe- und Scherkräfte

- 1 Aktuelles Problem
- 2 Potentielles Problem
- 3 Kein Problem zurzeit

### 2 Präventive Maßnahmen Dekubitus (Bitte alle Maßnahmen ankreuzen, die zur Anwendung kommen)

- Wechsellagerung oder Positionswechsel gemäß Zeitschema
- Prävention und Beheben von Flüssigkeits- und Ernährungsdefiziten
- Informieren des Patienten und der pflegenden Angehörigen
- Entlastung der Ferse
- Massagen zur besseren Durchblutung
- Cremes zum Schutz der Haut
- Sonstiges
- Keine

### 3 Betten und Matratzen als Präventivmaßnahme

- Keine Antidekubitusmatratze/Bett
- Air-Fluidized System
- Low-Air-Loss System
- Wechsedruckmatratze
- Luftkissenbett
- Schaumstoffmatratze
- Sonstiges

### 4 (Roll-) Stuhlkissen als Präventivmaßnahme

- Kein Antidekubituskissen
- Gelkissen
- Luftkissen
- Noppenkissen
- Schaumstoffkissen
- Sonstiges

### 5 Sonstige Hilfsmittel (Bitte alle Maßnahmen ankreuzen, die zur Anwendung kommen)

- Ellenbogenschutz
- Fersenschutz
- Felle
- Sonstige
- Keine

### 6 Wurde beim PatientIn Dekubitus festgestellt?

- Ja
- Nein (Modul beenden)



Universiteit Maastricht

1/2 b.w.

AT2009APR © 2009 Universiteit Maastricht

**Dekubitus** *Nur bei Patienten mit Dekubitus auszufüllen*

Grad	Kreuzbein	Ferse		Kniehöck		Ellenbogen		Gesäß		Hüfte		Ohr		Kopf		sonstige		Sonstiges	
		L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitus seit wann	Kreuzbein	Ferse		Kniehöck		Ellenbogen		Gesäß		Hüfte		Ohr		Kopf		sonstige		Sonstiges	
< 2 Wochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 2 Wochen < 3 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 3 Monate < 6 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 6 Monate < 12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 1 Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entlastungsort des Dekubitus	Kreuzbein	Ferse		Kniehöck		Ellenbogen		Gesäß		Hüfte		Ohr		Kopf		sonstige		Sonstiges	
Unbekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Station/Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Station/Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliklinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurabstanzionszentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung für körperlich Behinderte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung für geriatrische Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuungseinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundauflagen	Kreuzbein	Ferse		Kniehöck		Ellenbogen		Gesäß		Hüfte		Ohr		Kopf		sonstige		Sonstiges	
Kalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockener Verband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alginat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydrokolloide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydrogel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schaum dressing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fetthaltiger Verband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibakterielle Silberkompressen und Salben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibakterielle Verbände (Silberverband)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydrofaser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Wundauflagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vakuum-Systeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# Inkontinenz

Code des Patienten

# 3b

**1 Ist beim Patienten von Urininkontinenz die Rede?**

- Nie (Bitte mit Frage 7 fortfahren)
- Ja (Bitte mit Frage 2 fortfahren)

Der PatientIn hat folgenden Katheter:

- Urethrakatheter (Bitte mit Frage 5 fortfahren)
- Kondomkatheter (Bitte mit Frage 5 fortfahren)
- Suprapubischer Katheter (Bitte mit Frage 5 fortfahren)

**2 Wann tritt die Inkontinenz auf?**

- Tagsüber
- Nachts
- Tagsüber und nachts

**3 Wie lange ist der PatientIn urininkontinent?**

- Kürzer als 3 Monate
- 3 bis 12 Monaten
- Länger als 1 Jahr

**4 Welche Menge an Urin verliert der PatientIn?**

- Wenige Tropfen
- Einige ml
- Kompletter Harnabgang

**5 Wurde eine Urininkontinenz diagnostiziert?**

- Nein, nicht diagnostiziert
- Ja, es wurde folgende Inkontinenz diagnostiziert
  - Belastungsinkontinenz
  - Dranginkontinenz
  - Mischinkontinenz – insbesondere Belastungsinkontinenz
  - Mischinkontinenz – insbesondere Dranginkontinenz
  - Funktionale Inkontinenz
  - Überlaufinkontinenz
  - Komplette Inkontinenz

**6 Welche pflegerische Inkontinenzmaßnahmen wurden ergriffen? (Es sind mehrere Optionen möglich)**

- Anpassung der Umgebung
- Angepasste/leichte Bekleidung
- Medikation
- Auswertung der Medikation
- Blasentraining/Training der Beckenbodenmuskulatur/ Muskeltensspannungsübungen
- Regelmäßiger Toilettengang zu festen Zeiten auf individueller Grundlage  Zahl/24 Std
- Regelmäßiger Toilettengang zu festen Zeiten auf der Station  Zahl/24 Std
- Inkontinenzeinlagen  Zahl/24 Std
- Waschbare Inkontinenzeinlagen  Zahl/24 Std
- Inkontinenzslips/Pants  Zahl/24 Std
- Inkontinenzbetteinlagen  Zahl/24 Std
- Waschbare Betteinlagen  Zahl/24 Std
- Sonstige
- Keine besonderen Maßnahmen (zum Beispiel bei einem Katheter)

**7 Wie häufig tritt beim Patienten Stuhlinkontinenz auf?**

- Drei bis vier Mal pro Monat
- Täglich
- Einige Male pro Woche
- Nie (Bitte mit Frage 9 fortfahren)

**8 Wie lange ist der PatientIn stuhlinkontinent?**

- Kürzer als 3 Monate
- 3 bis 12 Monaten
- Länger als 1 Jahr

**9 Leidet der PatientIn an inkontinenzbedingten Verletzungen?**

- Ja
- Nein (Bitte mit Frage 12 fortfahren)

**10 Geben Sie nachfolgend die Stelle (es sind mehrere Antworten möglich), die Dauer und die Art (nur 1 Antwort pro Stelle) der Verletzungen an:**

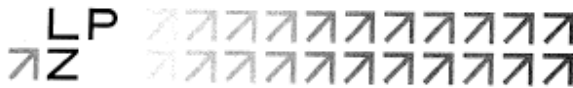
Stelle	Rechts und/oder links der Analfalte Am Stoßbein: Analfalte Leiste Labia Scrotum Sonstiges	Urin		Fäkalien	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauer	>1 <2 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(die schwerste Verletzung)	>2 <7 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	>7 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann entstanden (die schwerste Verletzung)	Vor der Einweisung in die eigene Einrichtung (ambulante Pflege: vor dem Pflegezeitraum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nach der Einweisung in die eigene Einrichtung (ambulante Pflege: während des Pflegezeitraums)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11 Spezielle Hautpflege zur Behandlung inkontinenzbedingter Verletzungen?**

- Ja
- Nein

**12 Spezielle Hautpflege zur Prävention inkontinenzbedingter Verletzungen?**

- Ja
- Nein



Landesweite Prävalenzhebung pflegebezogener Daten

Patientengebundene Daten

Code der Einrichtung  
□ □ □ □

Code der Abteilung  
□ □

## Mangelernährung

Code des Patienten

# 3c

### 1 Klinisches Bild des Patienten.

- Nicht Mangelernährt (normales Aussehen, weder dick noch abgemagert)
- Adipositas/Übergewicht
- Mangelernährt (mager, abgemagert)

### 2 Der PatientIn hat über 3 Tage nicht mehr oder kaum noch gegessen.

- Ja
- Nein

### 3 Der PatientIn hat seit über 1 Woche weniger gegessen als normal.

- Ja
- Nein

Wenn auf 2 und 3 mit 'nein' geantwortet ist, bitte mit Frage 5 fortfahren

### 4 Aus welchem Grund hat der PatientIn weniger gegessen als normal? (Es sind mehrere Antworten möglich)

- Appetitlosigkeit
- Übelkeit
- Probleme beim Kauen
- Probleme beim Schlucken
- Akute Erkrankung
- Schmerzen
- Sonstiges

### 5 Unbeabsichtigter Gewichtsverlust:

Über 6 kg in den vergangenen 6 Monaten?

- Ja
- Nein

Über 3 kg im vergangenen Monat?

- Ja
- Nein

### 6 Wurde der Ernährungszustand des Patienten bei der Einweisung von Pflegenden erfasst?

- Ja
- Nein (Bitte mit Frage 8 fortfahren)

### 7 Welche Aspekte wurden beim Erfassen des Ernährungszustands untersucht? (Es sind mehrere Antworten möglich)

- Gewicht
- Erfassung auf Mangelernährung (MNA, MUST usw.)
- Gewichtsverlauf
- Klinischer Blick
- Biochemische Parameter
- Sonstiges
- Unbekannt

### 8 Wie oft findet Überwachung des Gewichtes statt?

- Wöchentlich
- Monatlich
- Wenn sich der Zustand der PatientIn verändert
- Nicht
- Unbekannt

### 9 Wie oft findet die Überwachung der Intake/Aufnahme (Flüssigkeit und Nahrung) statt?

- Täglich
- Wöchentlich
- Wenn sich der Zustand der PatientIn verändert
- Nicht
- Unbekannt

### BITTE UNBEDINGT ALLE FRAGEN AUSFÜLLEN!

10 Wurden Körperlänge und Gewicht des Patienten auf dem allgemeinen Fragebogen (Modul 3) der Erhebung bereits ausgefüllt?

- Ja
- Nein (Bitte in Frage 10 und 11 in Modul 3 Körperlänge und Gewicht des Patienten eintragen oder mit Frage 12 fortfahren)

11 Ist der PatientIn schwer erkrankt und hat der PatientIn im vergangenen Zeitraum > 5 Tage nicht gegessen oder ist davon auszugehen, dass er in den kommenden Tagen keine Nahrung zu sich nehmen wird?

- Ja
- Nein

12 Hat der PatientIn in den vergangenen 3-6 Monaten unbeabsichtigt an Gewicht verloren?

- Nein
- Ja, < 5%
- Ja, 5-10%
- Ja, > 10%

## Mangelernährung

- 13 Eingeleitete Maßnahmen**
- |   | Ja                       | Nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • DiätassistentIn eingeschaltet   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Energiereiche (proteinreiche) Diät                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Energiereiche Zwischenmahlzeiten                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Orale Nahrungsergänzung (Flüssignahrung und Nahrungsergänzungsmittel) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sondennahrung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Parenterale Ernährung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Angepasste Konsistenz (passiert, eingedickt)                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Der PatientIn bekommt mindestens 1 bis 1,5 l Flüssigkeit p/Tag        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Keine Maßnahmen: (z.B. PatientIn komatös, schwerkrank oder terminal)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Palliative Maßnahmen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 14 Hat der PatientIn Probleme mit Schlucken?**
- Ja
- Nein



Code der Einrichtung  
□ □ □ □

Code der Abteilung  
□ □

Landesweite Prävalenzhebung pflegebezogener Daten

Patientengebundene Daten

## Intertrigo

Code des Patienten

# 3d

### 1 An welchen Stellen ist der Patientin an Intertrigo erkrankt?

*(Es sind mehrere Antworten möglich)*

- Keine (Bitte mit Frage 3 fortfahren)
- Rechte Brustfalte
- Linke Brustfalte
- Rechte Leistengegend
- Linke Leistengegend
- Rechte Achsel
- Linke Achsel
- Analfalte
- Bauchfalte
- Sonstige Hautfalten

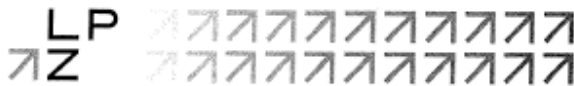
### 2 Wann ist die jüngste betroffene Stelle entstanden?

- Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung  
*(ambulante Pflege: vor dem Pflegezeitraum)*
- Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung  
*(ambulante Pflege: während des Pflegezeitraums)*

### 3 Welche pflegerische Maßnahmen zur Prävention/Behandlung von Intertrigo wurden ergriffen? *(Es sind mehrere Antworten möglich)*

- Keine
- Gespräche mit dem Patienten über Präventivmaßnahmen
- Einschalten eines Experten/In
- Tragen von unterstützender/absorbierender/  
Baumwollbekleidung
- Auflegen von schützendem Material zwischen den  
Hautfalten
- Auftragen von Zinksalbe, lokal wirkenden Präparaten  
gegen Schimmelfinfektionen, Hautschutzsprays oder  
Hautschutzcreme
- Auftragen von Pulver oder Pasten
- Hautfalten täglich waschen und gründlich trocken tupfen
- Waschen ohne Seife oder mit einer pH-neutralen Seife
- Tägliche Beobachtung der Haut und Hautfalten
- Anwendung eines Föhns
- Sonstiges





Code der Einrichtung  
□ □ □ □

Code der Abteilung  
□ □

Landesweite Prävalenzhebung pflegebezogener Daten

Patientengebundene Daten

## Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen

Code des Patienten

# 3e

- 1 Ist der PatientIn in den vergangenen 30 Tagen gestürzt?**
- Ja  
 Nein (Bitte mit Frage 11 fortfahren)  
 Unbekannt (Bitte mit Frage 11 fortfahren)
- 2 Wie oft ist der PatientIn in den vergangenen 30 Tagen gestürzt?**
- 1x  
 2x  
 3x  
 >3x  
 Unbekannt
- 3 Wann ist der PatientIn in den vergangenen 30 Tagen zum letzten Mal gestürzt?**
- Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung  
(ambulante Pflege: vor dem Pflegezeitraum)  
 Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung  
(ambulante Pflege: während des Pflegezeitraums)
- 4 Stehen über den jüngsten Sturz Angaben zur Verfügung?**
- Ja  
 Nein (Bitte mit Frage 11 fortfahren)
- 5 Zeitpunkt des Sturzes**
- 07.01 - 14.00 Uhr  
 14.01 - 22.00 Uhr  
 22.01 - 07.00 Uhr
- 6 Sturzort**
- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Unbekannt           | <input type="checkbox"/> Wohnzimmer |
| <input type="checkbox"/> Schlafzimmer        | <input type="checkbox"/> Treppe     |
| <input type="checkbox"/> Badezimmer/Toilette | <input type="checkbox"/> Draußen    |
| <input type="checkbox"/> Flur                | <input type="checkbox"/> Sonstiges  |
| <input type="checkbox"/> Küche               |                                     |
- 7 Welche Aktivität führte der PatientIn gerade aus, als sich der Sturz ereignete?**
- Unbekannt  
 Laufen oder Stehen ohne Hilfsmittel  
 Laufen oder Stehen mit Hilfsmittel  
 Liegen/Sitzen im Bett  
 Sitzen  
 Sonstiges
- 8 Was war die Hauptursache des Sturzes?**
- Unbekannt  
 Körperliche Gesundheitsprobleme  
 Psychische Gesundheitsprobleme  
 Externe Faktoren
- 9 Hat der Sturz beim Patienten Verletzungen verursacht?**
- Ja  
 Nein (Bitte mit Frage 11 fortfahren)
- 10 Welche Verletzungen hatte der Sturz zur Folge?**
- Minimale Verletzungen (gesundheitliche Folgen, die keiner medizinischen Behandlung bedürfen; blaue Flecken, leichte Schürfwunden)  
 Mittlere Verletzungen (Prellungen, Schnittwunden, die genäht werden müssen, schwere Schürfwunden, die eine Wundpflege erforderlich machen)  
 Schwere Verletzungen (Arm- oder Beinfraktur, Kopfverletzungen)  
 Hüftfraktur
- 11 Hat der PatientIn Angst, zu stürzen?**
- Ja  
 Nein
- 12 Vermeidet der PatientIn Aktivitäten?**
- Ja  
 Nein
- 13 Welche Maßnahmen zur Sturzprävention wurden beim Patienten ergriffen? (Es sind mehrere Antworten möglich)**
- Keine  
 Auswertung der Medikation  
 Übungstherapie  
 Auswertung der Hilfsmittel  
 Alarmierung (Sensormatte, Alarmsensor, Alarmlingel)  
 Untersuchung des Visus  
 Auswertung des Tagesprogramms  
 Beaufsichtigung  
 Absprachen (mit dem Patienten, pflegenden Angehörigen, Mitarbeitern)  
 Anpassen der Umgebung  
 Sonstiges
- 14 Welche Maßnahmen zur Verletzungsprävention wurden beim Patienten ergriffen? (Es sind mehrere Antworten möglich)**
- Keine  
 Kopfschutz  
 Schiene/Stütze  
 Hüftschutz hart  
 Hüftschutz weich  
 Stärkung der Knochen  
 Sonstiges



Landesweite Prävalenzhebung pflegebezogener Daten

Patientenbezogene Daten

## Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen

# 3e

15 Wurde der Patientin in den vergangenen 7 Tagen fixiert?

- Ja
- Nein (Modul beendet)
- Unbekannt (Modul beendet)

16 Wer initiierte die Anwendung der freiheitsentziehenden Maßnahmen?

- der Vertreterin/Angehörige
- eine Pflegefachperson/Arzt

17 Was war der Hauptgrund für die freiheitsentziehenden Maßnahmen des Patienten?

- Unbekannt
- Sturzprävention
- Ermöglichung der medizinischen Behandlung
- Umherirren des Patienten
- Aggressives Verhalten
- Sonstiges

18 Haben die freiheitsentziehenden Maßnahmen zu Verletzungen geführt?

- Ja
- Nein (Modul beendet)

19 Welche Verletzungen wurden durch die freiheitsentziehenden Maßnahmen beim Patienten verursacht?

- Minimale Verletzungen (blaue Flecken, leichte Schürfwunden)
- Mittlere Verletzungen (schwere Schürfwunden, Schnittverletzungen)
- Schwere Verletzungen (Frakturen, Kopfverletzungen)



## Anhang: Lebenslauf

---

Daniela Schoberer BSc.  
Vinzenz-Grengg Gasse 1c  
8160 Weiz

Geboren am: 02.09.1979 in Leoben  
Staatsbürgerschaft: Österreich

Tel.: 0650-2020979

E-Mail: [daniela.schoberer@aon.at](mailto:daniela.schoberer@aon.at)



### Aus- und Weiterbildung

1985-1989 Volksschule Lieboch

1989-1997 Bundesgymnasium und Bundesrealgymnasium Köflach (Matura)

1997-2000 Schule für Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege Universitätsklinikum  
Graz

2004-2007 Bachelorstudium der Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische  
Universität Graz

Seit 2007 Masterstudium der Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Schwerpunkt  
Forschung, Medizinische Universität Graz

### Berufliche Tätigkeiten

Seit 2000 Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester in den **Geriatrischen  
Gesundheitszentren der Stadt Graz** an den Abteilungen Medizinische Geriatrie,  
Apallic Care Unit und Medizinische Geriatrie nach dem Organisationskonzept Primary  
Nursing

Weitere Tätigkeitsfelder in den Geriatrischen Gesundheitszentren

- Leiterin des Qualitätszirkels (Erstellen von Pflegestandards, Konzeption bzw. Adaption der DiZiMa Pakete)
- Leiterin des Journal Clubs für Diplomierte Pflegepersonen

- Kernteammitglied bei dem Projekt Evidence-based Nursing am LKH Univ- Klinikum Graz

Seit 2009 Lehrauftrag an der **Medizinischen Universität Graz** für Lehrveranstaltungen des Bachelor- und Masterstudiums der Gesundheits- und Pflegewissenschaft (Evidence-based Nursing und Evidence-based Praxis)

### **Fortbildungen**

- Der diagnostische Pflegeprozess
- Theorie und Praxis der Pflegediagnosen
- Wundmanagement
- Workshops in Evidence-based Nursing am German Center der Martin Luther Universität Halle Wittenberg in Deutschland, EBN Trainerin

### **Weitere Tätigkeiten**

- Abhalten von Workshops und Fortbildungen zu den Themen Pflegeforschung und Evidence-based Nursing
- Referentin auf Tagungen, Symposien und Kongressen (u.a. Pflegekongresse in Wien, Villach und München)

### **Publikationen**

- Evidence-based Leitlinie zur Sturzprophylaxe
- Erstellung eines Manuals für Leitlinien in der Pflege
- Evidence-based Pflegefragen (ua. Cranberries gegen Harnwegsinfekte, Geh-Kraft und Balancetraining zur Sturzprophylaxe)

### **Besondere Kenntnisse**

- Fremdsprachen: Englisch fließend in Wort und Schrift  
Italienisch Maturaniveau
- Software/EDV: MS Word, MS Access, MS Excel, MS PowerPoint, MS Publisher, Metasuchmaschinen, Datenbanken (Medline, Cinahl, Cochrane, Embase), EndNote, Review Manager 5, SPSS