

Masterarbeit

**Prävalenz der Inkontinenz, Pflegemaßnahmen und
Qualitätsindikatoren -
Ergebnisse einer Querschnittstudie bei erwachsenen BewohnerInnen und
PatientInnen in 36 österreichischen Pflegeheimen und Krankenhäusern**

eingereicht von

Barbara Nußbaumer, BSc

Mat. Nr.: 0533739

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von Betreuerin

Univ. Prof.ⁱⁿDr.ⁱⁿrer.cur Christa Lohrmann

Graz, am 03. September 2010

Barbara Nußbaumer

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig 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.



Graz, am 03. September 2010

Barbara Nußbaumer, BSc

Danksagungen

An dieser Stelle möchte ich dem Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz danken, dass mir die Mitarbeit an der diesjährigen Pflegequalitätserhebung ermöglicht wurde. Ebenso möchte ich allen PatientInnen und BewohnerInnen sowie Pflegepersonen, welche die Durchführung der Pflegequalitätserhebung möglich gemacht haben, meinen Dank aussprechen.

Besonders bedanke ich mich bei Frau Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Lohrmann für die engagierte Betreuung meiner Masterarbeit. Vielen Dank für die wertvollen Anregungen und motivierenden Worte während der Kolloquien.

Mein größter Dank geht an meine liebe Familie, insbesondere an meine Eltern, die mich in meinen Entscheidungen immer bestärkt und mir dieses Studium ermöglicht haben. Auch meinen Großeltern und Geschwistern möchte ich für ihre Unterstützung danken.

Ebenso danke ich meinen FreundInnen, die mir meine Studienzeit so unvergesslich gemacht haben und meinen Studienkolleginnen für die hilfreichen Treffen während der letzten Monate und das lustige, gemeinsame Hüttenwochenende. Speziell möchte ich mich bei Bianca bedanken, die immer ein offenes Ohr für meine Anliegen hatte und sich die Zeit genommen hat, meine Masterarbeit gewissenhaft Korrektur zu lesen. In diesem Zusammenhang bedanke ich mich auch bei meiner Schwester Katrin für das gründliche Korrekturlesen und die konstruktive Kritik.

Schließlich möchte ich mich noch bei einem ganz besonderen Menschen in meinem Leben, meinem Freund Marc, bedanken. Danke, dass du immer für mich da bist und mich während der letzten Monate so toll unterstützt hast.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VII
Zusammenfassung	VIII
Abstract.....	IX
1 Einleitung	1
1.1 Internationale Prävalenzdaten zu Inkontinenz.....	1
1.2 Ursachen von Inkontinenz	2
1.3 Subtypen der Urinkontinenz	3
1.4 Pflegemaßnahmen bei Inkontinenz.....	4
1.5 Folgen von Inkontinenz	4
1.6 Inkontinenzspezifische Qualitätsindikatoren.....	5
1.7 Rolle der Pflege bei Inkontinenz	5
1.8 Bedeutung dieser Arbeit	6
2 Literaturüberblick	7
2.1 Methode der Literaturrecherche.....	7
2.2 Ergebnisse der Literaturrecherche	9
2.2.1 Urinkontinenz in Pflegeheimen.....	9
2.2.2 Urinkontinenz in Krankenhäusern.....	11
2.2.3 Stuhlinkontinenz in Pflegeheimen.....	12
2.2.4 Stuhlinkontinenz in Krankenhäusern	13
2.2.5 Mögliche Pflegemaßnahmen bei Inkontinenz	16
2.2.6 Derzeitige Inkontinenzversorgung in Pflegeheimen	19
2.2.7 Derzeitige Inkontinenzversorgung in Krankenhäusern	20
2.2.8 Qualitätsindikatoren in Pflegeheimen und Krankenhäusern	25
2.2.9 Fazit	27
3 Ziel und Forschungsfragen	28
4 Methode.....	29
4.1 Studiendesign.....	29

4.2 Stichprobe	29
4.3 Erhebungsinstrument	30
4.4 Ethische Aspekte.....	31
4.5 Datenerhebung.....	31
4.6 Datenanalyse.....	32
5 Ergebnisse.....	33
5.1 TeilnehmerInnen.....	33
5.2 Prävalenz der Inkontinenz	35
5.2.1 Prävalenz der Inkontinenz bei Frauen und Männern.....	36
5.2.2 Prävalenz der Inkontinenz in verschiedenen Altersgruppen	37
5.2.3 Subtypen der Urininkontinenz.....	38
5.2.4 Subtypen der Urininkontinenz bei Frauen und Männern	40
5.2.5 Subtypen der Urininkontinenz in verschiedenen Altersgruppen.....	41
5.2.6 Inkontinenz und Krankheitsbilder	42
5.3 Pflegemaßnahmen bei Inkontinenz.....	43
5.3.1 Pflegemaßnahmen bei Frauen und Männern mit UI	44
5.3.2 Pflegemaßnahmen bei Subtypen der Urininkontinenz.....	45
5.3.3 Pflegemaßnahmen bei Stuhlinkontinenz	47
5.4 Qualitätsindikatoren.....	47
6 Diskussion	48
6.1 Schlussfolgerungen.....	48
6.2 Diskussion der Ergebnisse	49
6.3 Limitationen der Studie	56
6.4 Implikationen für Praxis und Forschung	57
Literaturverzeichnis.....	X
Anhang	XVIII

Abkürzungsverzeichnis

CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DI	Doppelinkontinenz
EMBASE	Excerpta Medica Database
et al.	und andere
ICS	International Continence Society
KH	Krankenhäuser
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen bzw. Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten
MW	Arithmetischer Mittelwert
n	zugrundeliegende Stichprobengröße, Bezugsgröße
p	P-Wert
PH	Pflegeheime
SD	Standardabweichung
SI	Stuhlinkontinenz
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UI	Urininkontinenz

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verlauf der Literaturrecherche	9
Abbildung 2: Prävalenz der Urin-, Stuhl- und Doppelinkontinenz in Pflegeheimen und Krankenhäusern	35
Abbildung 3: Prävalenz der Urininkontinenz bei Frauen und Männern	36
Abbildung 4: Prävalenz der Stuhlinkontinenz bei Frauen und Männern	36
Abbildung 5: Prävalenz der Doppelinkontinenz bei Frauen und Männern	37
Abbildung 6: Prävalenz der Urin-, Stuhl- und Doppelinkontinenz je Altersgruppe in Krankenhäusern	38
Abbildung 7: Prävalenz der Urin-, Stuhl- und Doppelinkontinenz je Altersgruppe in Pflegeheimen	38
Abbildung 8: Subtypen der Urininkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen	39
Abbildung 9: Fehlende Subtypendiagnose bei urininkontinenten Personen mit bzw. ohne Katheter	39
Abbildung 10: Subtypen der UI bei Frauen und Männern in Pflegeheimen	40
Abbildung 11: Subtypen der UI bei Frauen und Männern in Krankenhäusern	40
Abbildung 12: UI-Subtypenverteilung nach Altersgruppen in Pflegeheimen	41
Abbildung 13: UI-Subtypenverteilung nach Altersgruppen in Krankenhäusern	41
Abbildung 14: Signifikante Unterschiede bei Pflegemaßnahmen zwischen Frauen und Männern in Pflegeheimen	45
Abbildung 15: Signifikante Unterschiede bei Pflegemaßnahmen zwischen Frauen und Männern in Krankenhäusern	45

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausgewählte Prävalenzstudien.....	14
Tabelle 2: Ausgewählte Studien zu inkontinenzspezifischen Pflegemaßnahmen.....	23
Tabelle 3: Gründe für die Nicht-Teilnahme an der Erhebung.....	33
Tabelle 4: Merkmale der TeilnehmerInnen.....	34
Tabelle 5: Häufigste Erkrankungen bzw. Pflegebedarf der TeilnehmerInnen.....	34
Tabelle 6: Personenanzahl je Altersgruppe in Pflegeheimen und Krankenhäusern.....	37
Tabelle 7: Anteil inkontinenter Personen je Krankheitsbild bzw. Pflegebedarf.....	42
Tabelle 8: Durchgeführte Pflegemaßnahmen zur Versorgung von Urininkontinenz in Pflegeheimen und Krankenhäusern.....	44
Tabelle 9: Pflegemaßnahmen bei Subtypen der UI.....	46
Tabelle 10: Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene in Pflegeheimen und Krankenhäusern	47

Zusammenfassung

Inkontinenz stellt ein international weitverbreitetes Gesundheitsproblem dar, das sowohl Männer als auch Frauen jeden Alters betreffen kann. Neben gesundheitlichen Folgen können auch soziale und ökonomische Probleme auftreten. Da Inkontinenz zu den häufigsten Ursachen für eine Institutionalisierung zählt und mit einem hohen Pflegeaufwand verbunden ist, stellt die Versorgung inkontinenter PatientInnen und BewohnerInnen eine Herausforderung für die Pflege dar. Informationen über dieses Pflegephänomen in Österreich liegen bisher kaum vor. Das Wissen über die derzeitige Situation bezüglich Inkontinenz bei BewohnerInnen und PatientInnen in österreichischen Pflegeheimen und Krankenhäusern ist jedoch notwendig, um die Pflegepraxis zu optimieren. Ziel dieser Arbeit ist daher die Darstellung der aktuellen Prävalenz von Urin- und Stuhlinkontinenz, der durchgeführten Pflegemaßnahmen sowie die Darstellung von Qualitätsindikatoren in österreichischen Pflegeheimen und Krankenhäusern. Grundlage für diese Arbeit stellen Daten von 3.838 PatientInnen und BewohnerInnen aus 36 österreichischen Pflegeheimen und Krankenhäusern dar, die im Rahmen der Pflegequalitätserhebung, einer deskriptiven Querschnittstudie, 2010 erhoben wurden.

In Pflegeheimen konnte bei Urininkontinenz eine Prävalenz von 80,4%, in Krankenhäusern eine von 22,5% festgestellt werden. Stuhlinkontinenz betreffend war die Prävalenz in Pflegeheimen 57,1% und in Krankenhäusern 8,2%. Während die Prävalenz der Urininkontinenz in Pflegeheimen vergleichsweise hoch war, entsprechen die anderen Prävalenzdaten denen internationaler Erhebungen. In der Versorgung von Urininkontinenz kamen vornehmlich absorbierende Hilfsmittel jedoch kaum kontinenzfördernde Maßnahmen zum Einsatz. Bezüglich Qualitätsindikatoren war festzustellen, dass alle Pflegeheime und ein Großteil der Krankenhäuser über standardisierte Informationen zum Inkontinenzstatus bei Verlegung und/oder Einweisung von PatientInnen/ BewohnerInnen verfügten, jedoch kaum Informationsbroschüren zum Thema Inkontinenz für Betroffene zur Verfügung gestellt wurden. Um Veränderungen der Prävalenz von Inkontinenz sowie Verbesserungen der pflegerischen Versorgung und die Einhaltung von Qualitätsindikatoren beobachten zu können, wird den Einrichtungen empfohlen, auch im kommenden Jahr wieder an der Pflegequalitätserhebung teilzunehmen.

Abstract

Incontinence is an international prevalent health problem that can affect male and female persons of every age and often results in social and economic problems. Since incontinence is a care-intensive health issue and one of the major reasons for institutionalization, the care of incontinent patients challenges nurses. Although knowledge about the phenomenon is essential for providing high-quality care, hardly any information about the current incontinence situation in Austria exists. The primary goal of this master thesis is to determine the current prevalence and management of urinary- and fecal incontinence as well as to give an overview of existing quality indicators in Austrian nursing homes and hospitals. Data from 3.838 patients in 36 nursing homes and hospitals in Austria were the basis for the evaluation. This data is part of the 'Pflegequalitätserhebung', conducted in 2010 which is a descriptive, cross-sectional prevalence survey.

In nursing homes and hospitals the prevalence of urinary incontinence was 80.4% and 22.5% respectively. The prevalence of fecal incontinence was 57.1% in nursing homes and 8.2% in hospitals. While the prevalence of urinary incontinence in nursing homes is high compared to other studies, the other results are in line with international surveys. The findings also reveal that absorbing materials are the most frequent interventions for urinary incontinence, while treatments that help to regain continence are among the least-used interventions. 'Standardized information about the incontinence status of the patient at admission or transmission' is the most common quality indicator that exists in all nursing homes and nearly all hospitals. However, hardly any institution provided incontinence brochures to their patients. To survey the prevalence of incontinence, improvements in incontinence care and changes in quality indicators, Austrian nursing homes and hospitals should be again part of the upcoming prevalence survey in 2011.

1 Einleitung

Inkontinenz stellt ein international weitverbreitetes Gesundheitsproblem dar, das sowohl Männer als auch Frauen jeden Alters betreffen kann (Chiarelli et al. 2005; Niederstadt & Gaber 2007; Botlero et al. 2008). Der Begriff Inkontinenz umfasst die beiden Gesundheitsprobleme Urininkontinenz und Stuhlinkontinenz. Urininkontinenz (UI) wird von der Internationalen Kontinenz Gesellschaft (ICS) als „...the complaint of any involuntary leakage of urine“ (Abrams et al. 2002, p.168) also als jeglicher unfreiwilliger Urinverlust definiert. Stuhlinkontinenz (SI) bezeichnet: „the inability to voluntarily retard passage of stool through the anal canal until defecation is possible in a socially acceptable time and place“ (Damon et al. 2006, p.37). Dabei handelt es sich demnach um die Unfähigkeit, die Stuhlentleerung bewusst so zu steuern, dass sie zu einem sozial angemessenen Zeitpunkt und an einem akzeptablen Ort stattfindet. Sind Personen zugleich von Urin- und Stuhlinkontinenz betroffen, wird folglich von einer Doppelinkontinenz (DI) gesprochen.

1.1 Internationale Prävalenzdaten zu Inkontinenz

Die Prävalenz von Urin- und Stuhlinkontinenz wurde bereits in vielen weltweit durchgeführten Studien erhoben. Bei der Prävalenz handelt es sich um eine epidemiologische Kennzahl, die darüber Auskunft gibt, wie viele Personen einer ausgewählten Risikopopulation zu einem bestimmten Zeitpunkt an einem Gesundheitsproblem erkrankt sind. Diese Kennzahl wird meist als Anteil in Prozent angegeben (Bartholomeyczik & Nonn 2005).

Die internationalen Prävalenzdaten zu Inkontinenz unterscheiden sich teilweise stark voneinander, da den Studien oft unterschiedliche Definitionen von Inkontinenz sowie unterschiedliche Erhebungsinstrumente und Stichproben zugrunde liegen (Saxer et al. 2008). Daher kann bezüglich der Prävalenz von Urin- und Stuhlinkontinenz lediglich ein Wertebereich und keine spezifische Zahl angegeben werden.

Das Pflegephänomen UI betrifft sowohl Männer als auch Frauen, wobei Frauen aufgrund anatomischer Prädispositionen häufiger davon betroffen sind als Männer (Niederstadt & Gaber 2007). Die Prävalenz von UI bei erwachsenen Frauen liegt weltweit zwischen 12,8 und 46% (Botlero et al. 2008). Bei erwachsenen Männern ist sie geringer und liegt zwischen 5 und 15%

(Chiarelli et al. 2005). Obwohl Personen jeden Alters von UI betroffen sein können, tritt sie bei älteren Menschen häufiger auf (Melville et al. 2005; Botlero et al. 2008). So weisen in einer finnischen Studie 59% der über 70-jährigen, weiblichen Probanden und 25% der über 70-jährigen, männlichen Teilnehmer eine Form von UI auf (Nuotio et al. 2003a). In stationären Einrichtungen ist der Anteil der von UI Betroffenen noch höher als in der Allgemeinbevölkerung. In europäischen, asiatischen und amerikanischen Pflegeheimen beispielsweise liegt die Prävalenz von UI bei Frauen und Männern zwischen 43 und 77% (Offermans et al. 2009).

SI tritt seltener auf als UI. Von diesem Gesundheitsproblem sind Männer und Frauen jedoch in ähnlich hohem Ausmaß betroffen (Buckley & Lapitan 2009). In einer systematischen Übersichtsarbeit von Macmillan et al. (2004) variiert die Prävalenz von SI innerhalb der 16 integrierten Studien aus Europa, Australien, USA und Neuseeland zwischen 0,4 und 18%. Auch SI betrifft Personen in stationären Einrichtungen wesentlich häufiger als die Allgemeinbevölkerung. So zeigen Hughes et al. (2008) auf, dass 46% von 199 PatientInnen in drei amerikanischen Universitätskliniken an SI leiden. In vielen Fällen leiden stuhlinkontinente Personen auch an einer UI und sind demnach von einer Doppelinkontinenz betroffen (Edwards & Jones 2001).

1.2 Ursachen von Inkontinenz

Ursachen für eine Inkontinenz können vielfältig sein. Sachsenmaier (1991) führt an, dass einerseits neurologische Erkrankungen wie beispielsweise Multiple Sklerose einen Kontrollverlust über die Blasen- bzw. Stuhlentleerung verursachen können, da die Reizleitung vom Gehirn über das Rückenmark zum Kontinenzorgan gestört ist. Andererseits können auch Schädigungen oder Schwächung des Kontinenzorgans selbst eine Ursache darstellen. Inkontinenz kann ebenso als Folge von Medikamenteneinnahme oder speziellen Operationen, wie einer Prostatektomie auftreten. Zudem können Einschränkungen der kognitiven Leistungen (z.B. Demenz) oder der Mobilität eine Inkontinenz begünstigen. Die Erschlaffung des Beckenbodenmuskels, der unter anderem für das Öffnen und Schließen der Blase verantwortlich ist, beispielsweise nach einer Schwangerschaft oder langjähriger, körperlich schwerer Arbeit kann eine Ursache für UI darstellen (Sachsenmaier 1991). Andere

Krankheitsbilder, die häufig mit UI assoziiert werden, sind Depressionen, kardiovaskuläre Erkrankungen sowie chronische Lungenerkrankungen, die den Druck auf den Bauchinnenraum erhöhen (Conner & Lind 2001). Risikofaktoren, die eine SI besonders begünstigen, sind chronische Obstipation, psychiatrische Gesundheitsprobleme, Darmerkrankungen oder das Vorhandensein einer Urininkontinenz (Ho et al. 2005).

1.3 Subtypen der Urinkontinenz

Diese vielfältigen Ursachen und Risikofaktoren können bei UI zur Ausprägung verschiedener Subtypen führen (Abrams et al. 2002), die meist unterschiedliche Pflegeinterventionen indizieren. Der Erfolg von Maßnahmen zur Linderung bzw. Heilung von UI hängt demnach maßgeblich von der Diagnostizierung der Subtypen ab (Wallace et al. 2004).

- Einen Subtyp der UI stellt *Stressinkontinenz* dar. Darunter wird ein unfreiwilliger Urinverlust verstanden, verursacht durch körperliche Anstrengungen, Niesen oder Husten (Abrams et al. 2002). Dieser Subtyp wird häufig durch einen funktionsschwachen Harnverschlussapparat verursacht, wie beispielsweise einem geschwächten Beckenbodenmuskel (Niederstadt & Gaber 2007).
- Auch *Dranginkontinenz* stellt eine Unterform der UI dar. Diese bezeichnet einen unfreiwilligen Verlust relativ großer Urinmengen, dem ein starker und plötzlicher Harndrang vorausgeht. PatientInnen können diesem immensen Drang meist nicht lange Stand halten und erreichen nicht rechtzeitig die Toilette (Abrams et al. 2002). Ursache für diese Form der UI ist meist übersteigerte Blasensensibilität oder ungebremste Kontraktionen des Detrusors, der Muskel der die Entleerung der Blase steuert (Niederstadt & Gaber 2007).
- Wenn sowohl Merkmale einer Stress- als auch einer Dranginkontinenz vorliegen, handelt es sich um den Subtyp *Mischinkontinenz* (Abrams et al. 2002).
- *Überlaufinkontinenz* bezeichnet das Verlieren geringer Urinmengen, wenn das Blasenvolumen völlig ausgelastet ist (Abrams et al. 2002). Dieser Harnverlust wird meist nicht bewusst wahrgenommen und durch Behinderungen des Harnabflusses, z.B. bei einer vergrößerten Prostata oder durch mangelnde Kontraktionsfähigkeit der Blase hervorgerufen (Niederstadt & Gaber 2007).

- Ebenso kann bei PatientInnen eine *funktionale Inkontinenz* diagnostiziert werden. Bei dieser Form der UI ist der/die PatientIn aufgrund physischer Restriktionen (z.B.: eingeschränkte Mobilität, Desorientierung) nicht in der Lage, die Toilette selbstständig aufzusuchen. Hierbei liegt keine urogenitale Funktionsstörung vor (Lohrmann 2009).
- Auch das Problem einer *totalen Inkontinenz* kann vorliegen. Dabei verlieren Betroffene kontinuierlich tropfenweise Urin und haben jegliche Kontrolle über den Urinverlust verloren (Lohrmann 2009).

1.4 Pflegemaßnahmen bei Inkontinenz

Wurde die vorliegende Form der Inkontinenz diagnostiziert, stehen Pflegepersonen viele Interventionsmöglichkeiten offen. Zur Linderung von Inkontinenz bzw. zur Wiedererlangung der Kontinenz können sie unter anderem Blasen- oder Beckenbodenmuskeltraining durchführen (Wallace et al. 2004; Holroyd-Leduc, Lyder und Tannenbaum 2006). Um den Umgang mit Inkontinenz für die Betroffenen zu erleichtern und eventuelle Kontinenzfolgen wie Hautreizungen zu vermeiden, können Pflegepersonen auch absorbierende Inkontinenzhilfsmittel oder Katheter einsetzen (Dassen 2009).

1.5 Folgen von Inkontinenz

Als gesundheitliche Folgen von Inkontinenz können Dekubiti und Hautentzündungen auftreten (Niederstadt & Gaber 2007). Bei älteren Personen erhöht sich durch eine Inkontinenz auch das Sturzrisiko, da inkontinente Personen oft eilig die Toilette aufsuchen, und dabei zu Sturz kommen können (Oliver et al. 2004). Ebenso stellt Inkontinenz eine der häufigsten Ursachen für die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung dar (Nuotio et al. 2003b).

Neben gesundheitlichen Folgen bringt Inkontinenz meist auch schwerwiegende psychische und soziale Probleme mit sich. Aus Angst öffentlich ungewollt Urin oder Stuhl zu verlieren, geben Betroffene oft frühzeitig ihre Erwerbstätigkeit auf und stellen Freizeitaktivitäten außerhalb ihres Zuhauses weitgehend ein (Fultz, Fisher & Jenkins 2004). Viele ziehen sich aufgrund von Schamgefühlen und sozialer Stigmatisierung, die durch vorliegende Tabuisierung des Themas meist noch verstärkt wird, von PartnerIn, FreundInnen und Familie

zurück, isolieren sich und laufen Gefahr zu vereinsamen (Resnick 1987; Niederstadt & Gaber 2007). Depressionen können als weitere Folge auftreten (Resnick 1987).

Auch für Pflegepersonen kann die tägliche Versorgung von PatientInnen mit Inkontinenz negative Gefühle hervorrufen und eine psychische Belastung darstellen (Putz 2002; Durrant & Snape 2003).

Neben der Belastung für Betroffene und Pflegepersonen hat Inkontinenz auch ökonomische Auswirkungen. Es entstehen direkte Kosten. Dabei handelt es sich um jene Aufwendungen, die für die Behandlung, Materialeinsatz etc. anfallen (Perabo & Müller 2009). In den USA beispielsweise wurden von Wilson et al. (2001) die direkten jährlichen Kosten für die Versorgung urininkontinenter PatientInnen auf \$16,3 Milliarden geschätzt. Ebenso werden durch dieses Gesundheitsproblem indirekte Kosten verursacht, die jedoch schwerer abzuschätzen sind. Diese berücksichtigen beispielsweise den Produktivitätsverlust am Arbeitsmarkt (Perabo & Müller 2009).

1.6 Inkontinenzspezifische Qualitätsindikatoren

Während das Diagnostizieren der vorliegenden Inkontinenzform und das Durchführen effektiver Maßnahmen zu einer optimalen Inkontinenzversorgung führen können, tragen auch andere Faktoren zur Qualitätssteigerung bei. In dieser Arbeit stellen beispielsweise Richtlinien zur Inkontinenzbehandlung oder das Vorhandensein von InkontinenzexpertInnen solche Faktoren dar und dienen gleichzeitig als Qualitätsindikatoren.

Diese haben die Aufgabe, die Pflegequalität in den Einrichtungen zu beurteilen und einen Vergleich zwischen Einrichtungen zu ermöglichen (Reiter et al. 2002).

1.7 Rolle der Pflege bei Inkontinenz

Obwohl dieses Gesundheitsproblem weit verbreitet ist und negative Auswirkungen auf die Lebensqualität hat, suchen Betroffene selten Hilfe bei Angehörigen von Gesundheitsberufen auf (Edwards & Jones 2001). Häufige Gründe dafür sind mangelndes Wissen über die Ursachen von Inkontinenz sowie der Irrglaube, dass Inkontinenz eine normale Alterserscheinung sei, für die es keine wirksamen Therapiemöglichkeiten gibt. Betroffene

geben auch an, das Ansprechen dieses sozialen Tabuthemas gegenüber Angehörigen von Gesundheitsberufen als unangenehm zu empfinden (Shaw et al. 2001; Horrocks et al. 2004). Auch Pflegepersonen sprechen meist ungern mit BewohnerInnen bzw. PatientInnen über das Vorliegen einer Inkontinenz (Putz 2002). Folglich bleibt Inkontinenz derzeit häufig unerkannt, was zu einer fehlenden Behandlung des Gesundheitsproblems führt (Anger et al. 2006). Pflegepersonen kommt demnach im Zusammenhang mit Inkontinenz eine wichtige Rolle im Rahmen von Aufklärung und Enttabuisierung, Diagnostizierung sowie der Durchführung effektiver Pflegemaßnahmen zu (Du Moulin et al. 2009).

1.8 Bedeutung dieser Arbeit

Aufgrund des demographischen Wandels und der Tatsache, dass Inkontinenz vermehrt in der älteren Population auftritt, wird dieses Gesundheitsproblem in Zukunft an weiterer Bedeutung gewinnen (Niederstadt & Gaber 2007). Da Inkontinenz eine häufige Ursachen für eine Institutionalisierung darstellt und mit einem hohen Pflegeaufwand verbunden ist, stellt die Versorgung inkontinenter PatientInnen und BewohnerInnen eine Herausforderung für die Pflege dar (Nuotio et al. 2003b; Du Moulin et al. 2009).

Das Wissen über die derzeitige Situation bezüglich Inkontinenz bei BewohnerInnen und PatientInnen in österreichischen Pflegeheimen und Krankenhäusern ist notwendig, um die aktuelle Pflegepraxis zu optimieren (Polit & Beck 2004). Denn die Quantifizierung von Inkontinenz ist für die Planung und Entwicklung der Inkontinenzversorgung von großer Bedeutung und kann die Pflegequalität positiv beeinflussen (Macmillan et al. 2004; Polit & Beck 2004). Wissen über das Ausmaß der Inkontinenz, ermöglicht es auch, öffentliches Bewusstsein für dieses Tabuthema in Österreich zu schaffen. Hierzulande ist derzeit jedoch wenig über das Ausmaß dieses Pflegephänomens bekannt. Bisher wurde eine Erhebung diesbezüglich durchgeführt, die einen ersten Einblick in die Situation in österreichischen Pflegeheimen und Krankenhäusern ermöglicht (Lohrmann 2009; Schoberer 2009).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, das Wissen zum Pflegephänomen Inkontinenz in Österreich zu vergrößern und ein umfassendes und aktuelles Bild über die Prävalenz der Inkontinenz, Pflegemaßnahmen und Qualitätsindikatoren in österreichischen Pflegeheimen und Krankenhäusern zu geben.

2 Literaturüberblick

Den theoretischen Kern dieser Arbeit stellt eine umfassende Literaturübersicht zur aktuellen Situation bezüglich Inkontinenz bei PatientInnen und BewohnerInnen in Pflegeheimen und Krankenhäusern weltweit dar.

2.1 Methode der Literaturrecherche

In den Monaten März und April 2010 wurde in den Datenbanken PubMed, CINAHL, EMBASE und Cochrane Library eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, wobei EMBASE und Cochrane Library mittels dem Datenbankportal Ovid durchsucht wurden. Ziel der Recherche war es, aufzuzeigen wie hoch die Prävalenz von Inkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen weltweit ist. Ebenso sollte dargestellt werden, welche Pflegemaßnahmen in der Inkontinenzversorgung möglich sind und welche in der aktuellen Pflegepraxis Anwendung finden. Ein weiterer Fokus der Literaturrecherche lag darin, Artikel bezüglich Qualitätsindikatoren in der Inkontinenzversorgung in Krankenhäusern und Pflegeheimen zu finden. Die Suche in den Datenbanken wurde mit englischsprachigen Suchwörtern durchgeführt. Folgende Wort-Kombinationen wurden dabei verwendet:

- (urinary incontinence OR fecal incontinence OR faecal incontinence) AND prevalence AND (nursing home* OR hospital* OR residential home*)
- (urinary incontinence OR fecal incontinence OR faecal incontinence) AND (intervention OR treatment OR therapy OR management) AND nurs*
- (urinary incontinence OR fecal incontinence OR faecal incontinence) AND (quality OR quality indicator OR quality criteria) AND (nursing home* OR hospital* OR residential home*)

Um die Suchergebnisse einzugrenzen, wurden Limitationen gesetzt. Somit wurden nur Titel und Abstract nach den Suchwörtern durchsucht, ebenso wurden ausschließlich englisch- oder deutschsprachige Artikel in die Suche eingeschlossen. Die Recherche wurde zudem auf Artikel eingeschränkt, die innerhalb der letzten zehn Jahre publiziert wurden, da dieser

Zeitraum im Bereich der Pflegewissenschaft als ausreichend aktuell angesehen wird (Burns & Grove 2005).

Da in diesem Literaturüberblick die Situation in Pflegeheimen und Krankenhäusern und nicht die der Allgemeinbevölkerung dargestellt werden soll, wurden Artikel ausgeschlossen, welche die Prävalenz der Inkontinenz in der Allgemeinbevölkerung ermittelt hatten. Ebenso ausgeschlossen wurden Studien, die Inkontinenz bei Kindern und Jugendlichen untersuchten, da in dieser Masterarbeit der Fokus auf Inkontinenz bei Erwachsenen liegt.

In den unterschiedlichen Datenbanken konnten insgesamt 842 Studien ausfindig gemacht werden. In weiterer Folge wurden Titel und Abstract der gefundenen Artikel gesichtet. Dabei wurden Studien, deren Schwerpunkt thematisch nicht relevant für diese Masterarbeit war, aussortiert. Nach Durchsicht der Abstracts verblieben noch 52 Forschungsarbeiten.

Ergänzend zur systematischen Literaturrecherche in den Datenbanken wurde auch eine Handsuche durchgeführt. Dabei wurden die Literaturverzeichnisse der ausgewählten Studien nach weiteren relevanten Artikeln durchsucht. Auch das Internet wurde mittels der Suchmaschinen Google und Yahoo und den zuvor angegebenen Suchwortkombinationen durchsucht. Im Rahmen dieser ergänzenden Suche wurden weitere 10 Forschungsarbeiten gefunden.

Somit wurden 62 Studien im Volltext gelesen und anhand zuvor festgelegter Bewertungskriterien nach Polit und Beck (2004) hinsichtlich ihrer Qualität evaluiert. Im Rahmen der kritischen Beurteilung der Volltexte wurde überprüft, ob die verwendete Literatur in den Forschungsarbeiten aktuell sowie relevant war und von den AutorInnen kritisch rezensiert wurde. Ebenso wurde bewertet, ob Ziele und Forschungsfragen klar definiert wurden und das Studiendesign passend für das Erreichen des Studienziels gewählt, sowie die verwendete Methode richtig eingesetzt wurde. Auch das Stichprobenauswahlverfahren und die Zusammensetzung der Stichprobe wurden kritisch betrachtet. Danach wurde die Datenanalyse beurteilt und in weiterer Folge die Darstellung und Relevanz der Ergebnisse, sowie die daraus gezogenen Schlussfolgerungen auf ihre Güte hin überprüft (Polit & Beck 2004). Zusätzlich wurde die Relevanz der Studien für diese Masterarbeit kontrolliert. Nach der kritischen Bewertung wurden 36 Artikel in den nachfolgenden Literaturüberblick integriert. Der genaue Verlauf der Literaturrecherche ist in Abbildung 1 dargestellt.

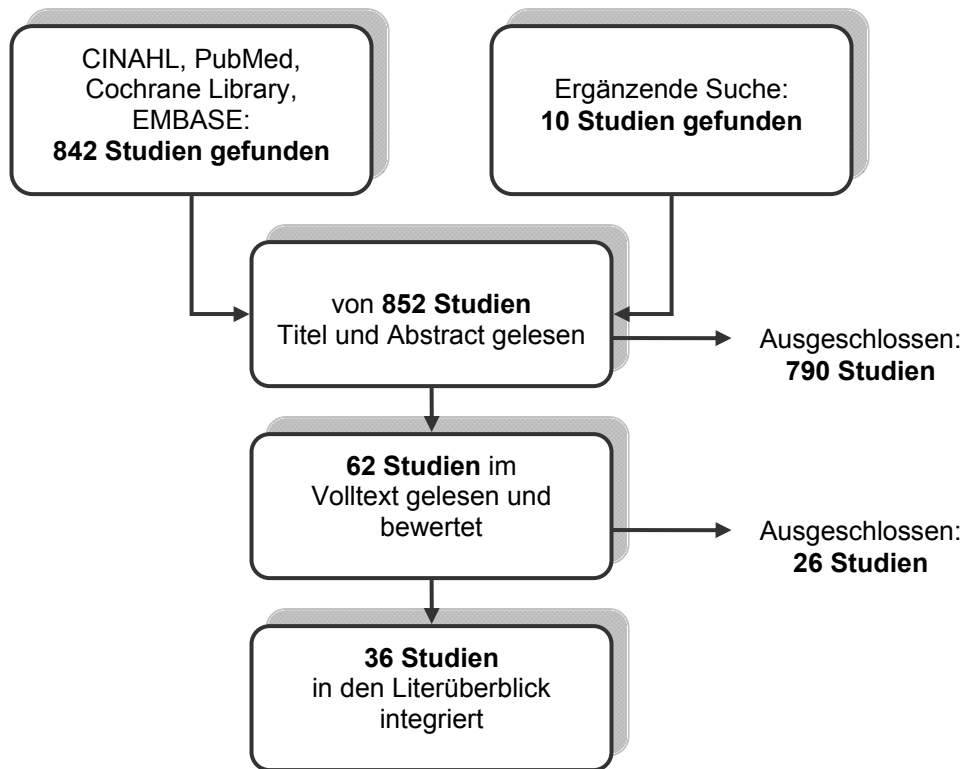


Abbildung 1: Verlauf der Literaturrecherche

2.2 Ergebnisse der Literaturrecherche

Zu Beginn wird ein Überblick darüber gegeben, wie weitverbreitet Urin- und Stuhlinkontinenz in Pflegeheimen und Krankenhäusern ist. Danach werden mögliche Pflegemaßnahmen zur Inkontinenzbehandlung angeführt und über ihre Effektivität berichtet. Anschließend wird dargestellt, welche dieser Pflegeinterventionen in Pflegeheimen und Krankenhäusern in der Praxis durchgeführt werden. Abschließend werden Qualitätsindikatoren in der Inkontinenzversorgung genannt und diesbezüglich die aktuelle Situation in Pflegeheimen und Krankenhäusern beleuchtet.

2.2.1 Urininkontinenz in Pflegeheimen

Aus den integrierten Studien geht hervor, dass in Pflegeheimen wesentlich mehr Personen von UI betroffen sind, als in der Allgemeinbevölkerung. So ist in allen Studien, welche die Prävalenz von UI in Pflegeheimen untersuchten, ca. die Hälfte, meist jedoch mehr als die

Hälfte der BewohnerInnen von UI betroffen (Aggazzotti et al. 2000; Jumadilova et al. 2005; Anger et al. 2006; Arndt et al. 2006; Offermans et al. 2007; Saxer et al. 2008; Aslan et al. 2009; Dassen 2009; Offermans et al. 2009; Schoberer 2009). Offermans et al. (2009) zeigen in ihrer systematischen Übersichtsarbeit, dass die Prävalenz von UI in 12 Forschungsartikel, die insgesamt 16 Studien aus Japan, Italien, den Niederlanden, Schweden, Frankreich, der Schweiz, Deutschland und den USA beschrieben, zwischen 43 und 77% liegt. Studien, in denen Urininkontinenz als „jeglicher unfreiwilliger Urinverlust“ definiert war, wiesen mit 58-77% höhere Prävalenzdaten auf als Studien, die UI als „mindestens zweimal wöchentlich vorkommenden unfreiwilligen Urinverlust“ bezeichneten. Bei diesen war die Prävalenz mit 43-65% etwas geringer (Offermans et al. 2009).

Eine weitere Studie aus den USA erhob eine Prävalenz von 58% (n=29.645) bei BewohnerInnen von Pflegeheimen (Jumadilova et al. 2005). In Italien konnte eine ähnliche UI-Prävalenz von 54,5% (n=839) festgestellt werden. Dabei waren signifikant mehr Frauen als Männer von UI betroffen. Noch eindeutiger fiel in dieser Studie der signifikante Anstieg von UI mit dem Alter auf. So war ein Viertel der unter 65-Jährigen von UI betroffen, jedoch drei Viertel der über 95-Jährigen. Ebenso konnte aufgezeigt werden, dass UI häufig bei kognitiv beeinträchtigten und mobil eingeschränkten BewohnerInnen auftrat (Aggazzotti et al. 2000).

Auch in einer schweizer Studie, in der eine Prävalenz von 51,5% (n=2.610) festgestellt wurde, konnte ein Anstieg der UI mit dem Alter nachgewiesen werden (Saxer et al. 2008).

Eine amerikanische Studie von Anger et al. (2006), die UI bei Frauen in Pflegeheimen in den Jahren 1995, 1997 und 1999 beforschte, zeigte auf, dass mehr als die Hälfte der untersuchten Bewohnerinnen (n=1.125.163, n=1.156.135, n=1.170.066) Probleme mit der Kontrolle ihres Urinflusses hatten. Jedoch lag in diesen Jahren nur bei 1,4% auch tatsächlich die Diagnose UI in den PatientInnenakten vor (Anger et al. 2006). Offermans et al. (2007) konnten ebenso ein Defizit bei der Diagnosestellung aufzeigen, denn bei 70% der PflegeheimbewohnerInnen wurde auch in den Niederlanden keine Diagnose bezüglich UI gestellt. Bei den verbleibenden 30% wurde funktionale- sowie totale Inkontinenz am häufigsten festgestellt (Offermans et al. 2007). Auch in Österreich wurde nur bei 25% der 691 PflegeheimbewohnerInnen der Subtyp ihrer UI diagnostiziert, wobei eine totale Inkontinenz am häufigsten festgestellt wurde (Schoberer 2009). Um einen Eindruck davon zu erhalten, wie die Subtypen der UI in Pflegeheimen in der Türkei verteilt sind, untersuchten dies Aslan et al. (2009) bei 694

BewohnerInnen. In dieser Studie lag die UI-Prävalenz bei Frauen bei 43,4% und bei den Männern bei 20,9%. Aufgeteilt in Subtypen litt der Großteil der Betroffenen unter einer Dranginkontinenz, 28,8% der Frauen und 50% der Männer. Am zweithäufigsten waren Bewohnerinnen von Funktionaler- und Überlaufinkontinenz mit je 25,9% und 23% betroffen. Auch bei Männern war funktionale Inkontinenz mit 25% der zweithäufigste Subtyp (Aslan et al. 2009). Vier Publikationen konnten ausfindig gemacht werden, deren Ergebnisse gut miteinander vergleichbar sind, da den Arbeiten die gleiche Definition von UI und das gleiche standardisierte Erhebungsinstrument zugrunde liegen (Arndt et al. 2006; Offermans et al. 2007; Dassen 2009; Schoberer 2009). In den Niederlanden wurde im Rahmen der National Prevalence Study of Care Problems 2005 in Pflegeheimen eine UI-Prävalenz von 74,9% festgestellt (Offermans et al. 2007). Bei einer ähnlichen Erhebung in Deutschland lag die UI-Prävalenz in Pflegeheimen im Jahr 2005 bei 73,4% (Arndt et al. 2006) und 2009 bei 72,8% (Dassen 2009). Bei der Pflegequalitätserhebung in Österreich, die erstmals 2009 durchgeführt wurde, waren auch drei Viertel der 691 untersuchten PflegeheimbewohnerInnen von UI betroffen (Schoberer 2009).

2.2.2 Urininkontinenz in Krankenhäusern

Die UI-Prävalenz in Krankenhäusern ist geringer als jene in Pflegeheimen und liegt zwischen 18 und 27% (Arndt et al. 2006; Offermans et al. 2007; Nojomi, Amin & Rad 2008; Ostaszkiwicz, O'Connell & Millar 2008; Dassen 2009; Schoberer 2009).

In einem gynäkologischen Krankenhaus im Iran waren beispielsweise 27% (n=411) der befragten Frauen von einer Form der UI betroffen (Nojomi, Amin & Rad 2008). Auch in Deutschland lag die Prävalenz von UI in Krankenhäusern 2005 bei 27,2% (Arndt et al. 2006). In Australien konnte eine ähnliche hohe Prävalenz von 22% (n=447) festgestellt werden (Ostaszkiwicz, O'Connell & Millar 2008), während jene in den Niederlanden und Österreich mit 18% etwas geringer war (Offermans et al. 2007; Schoberer 2009). In einige Studien wurde festgestellt, dass mit zunehmendem Alter ein Ansteigen des Anteils der von UI Betroffenen einhergeht (Arndt et al. 2006; Nojomi, Amin & Rad 2008).

Eine weitere Erkenntnis der Forschungsarbeiten war, dass Krankenhauspatientinnen signifikant häufiger von UI betroffen sind als männliche Patienten (Arndt et al. 2006; Schoberer 2009).

Zusätzlich fanden australische AutorInnen heraus, dass bei ca. der Hälfte der von UI Betroffenen keinerlei Aufzeichnungen diesbezüglich in ihrer Krankenakte vermerkt waren. Diese Tatsache offenbart in Krankenhäusern eine Lücke im derzeitigen Assessment und Diagnostizieren von UI (Ostaszkiwicz, O'Connell & Millar 2008). Auch Studien aus den Niederlanden und Österreich belegen diesen Mangel (Offermans et al. 2007; Schoberer 2009). So wurde in den Niederlanden bei zwei Drittel der KrankenhauspatientInnen kein Subtyp der UI diagnostiziert (Offermans et al. 2007). Auch in Österreich wurde 2009 bei 65% (n=1.651) der Urininkontinenten keine spezifische Inkontinenzform festgestellt (Schoberer 2009).

In jenen Fällen, in denen ein Subtyp diagnostiziert wurde, waren in den Niederlanden die meisten KrankenhauspatientInnen von Funktionaler- und Stressinkontinenz betroffen (Offermans et al. 2007). In Deutschland war der Großteil von Funktionaler- und Dranginkontinenz betroffen (Dassen 2009). In Österreich waren die häufigsten Subtypen im Setting Krankenhaus Stress- und Dranginkontinenz (Schoberer 2009). Auch in einer iranischen Studie war Stressinkontinenz der am häufigsten diagnostizierte Subtyp im Krankenhaus (Nojomi, Amin & Rad 2008).

2.2.3 Stuhlinkontinenz in Pflegeheimen

Verglichen mit Urininkontinenz wurden zum Thema Stuhlinkontinenz in Pflegeheimen weniger Forschungsarbeiten publiziert.

Während Stuhlinkontinenz in der Allgemeinbevölkerung mit 0,4-18% nicht so weit verbreitet ist (Macmillan et al. 2004), ist dieses Gesundheitsproblem in Pflegeheimen wesentlich präsenter. In Deutschland variierte der Anteil betroffener PflegeheimbewohnerInnen in den Jahren 2003-2005 von 46 bis zu 50% (n=9.476) (Tabali et al. 2006). 2009 waren in Deutschland 40,7% also 2.190 BewohnerInnen stuhlinkontinent (Dassen 2009). Auch in Österreich waren sehr viele PflegeheimbewohnerInnen, nämlich über 60% (n=691), von einer SI betroffen, wovon ein Großteil unter einer Doppelinkontinenz (DI) litt (Schoberer 2009). Auch in Deutschland fällt auf, dass der Großteil der von SI Betroffenen (98%) an einer DI litt (Tabali et al. 2006).

Während in Deutschland und Österreich Frauen und Männer annähernd gleich häufig von SI betroffen waren (Tabali et al. 2006; Schoberer 2009), konnte in einer türkischen Studie nachgewiesen werden, dass Frauen signifikant häufiger von Stuhlinkontinenz betroffen waren

als Männer (Aslan et al. 2009). Diesbezüglich liegt also keine eindeutige Aussage vor. In allen drei Studien wurde jedoch nachgewiesen, dass mit zunehmendem Alter der Anteil der von SI Betroffenen in Pflegeheimen ansteigt (Tabali et al. 2006; Aslan et al. 2009; Schoberer 2009).

2.2.4 Stuhlinkontinenz in Krankenhäusern

Die höchste Prävalenz der SI in Krankenhäusern wies eine amerikanische Studie nach. Dort klagten 46% der 199 befragten PatientInnen über eine vorliegende SI. Von SI Betroffene waren signifikant älter als jene, die nicht unter diesem Gesundheitsproblem litten (Hughes et al. 2008). In Australien waren 20,7% (n=434) der KrankenhauspatientInnen von SI betroffen. Ein Großteil dieser Betroffenen litt zusätzlich unter einer UI und war demnach doppelinkontinent (Ho et al. 2005).

In einer weiteren australischen Studie hingegen wiesen nur 10% (n=447) der KrankenhauspatientInnen eine SI vor. Dieser vergleichsweise geringe Anteil kann damit erklärt werden, dass kognitiv eingeschränkte PatientInnen von dieser Erhebung ausgeschlossen waren (Ostaszkiwicz, O'Connell & Millar 2008).

In Deutschland waren in den Jahren 2003 bis 2005 zwischen 11 und 16% (n=24.764) der KrankenhauspatientInnen von SI betroffen (Tabali et al. 2006), in Österreich 11% (n=1.651) (Schoberer 2009). In beiden Forschungsarbeiten konnte kein Unterschied zwischen Frauen und Männern bezüglich SI gefunden werden, jedoch lag bei älteren KrankenhauspatientInnen häufiger eine SI vor als bei jüngeren (Tabali et al. 2006; Schoberer 2009).

In Tabelle 1 wird ein Überblick über die wichtigsten Eckpunkte und Details der ausgewählten Prävalenzstudien gegeben.

Tabelle 1: Ausgewählte Prävalenzstudien

AutorIn	Studien- design	Inkontinenzform/ Defintion	Erhebung	Population/ Setting	Stichprobe	Land	Prävalenz
Anger et al. 2006	Querschnitt- studie	UI = Schwierigkeiten bei der Urinkontrolle	NNHS (National Nursing Home Survey)	Frauen PH	1995: n=1.125.163 1997: n=1.156.135 1999: n=1.170.066	USA	1995: 56,3% 1997: 58,2% 1999: 58,6%
Aggazzotti et al. 2000	Querschnitt- studie	UI = mindestens 2x pro Woche unfreiwilliger Urinverlust	Eigens entwickelter Fragebogen	Frauen & Männer PH	n=839	Italien	54,5%
Arndt et al. 2006	Querschnitt- studie	UI = jeglicher unfreiwilliger Urinverlust	Standardisierter Fragebogen	Frauen & Männer PH & KH	Stichprobe aus Pflegeheimen und Krankenhäuser: 2003:n=10.779 2004:n=12.762 2005:n=10.786	Deutschland	<u>PH: / KH:</u> 2003: 71,6% / 19,6% 2004: 74,2% / 24,3 % 2005: 73,4% / 27,2%
Aslan et al. 2009	Querschnitt- studie	UI = unfreiwilliger Urinverlust SI = unfreiwilliger Stuhlverlust	Interview	Frauen & Männer PH	n=694	Türkei	Frauen: 43,4% Männer: 20,9%
Dassen 2009	Querschnitt- studie	UI = unfreiwilliger Urinverlust SI = unfreiwilliger Stuhlverlust	Standardisierter Fragebogen	Frauen & Männer PH & KH	UI: n=8.309 SI: n=8.270	Deutschland	<u>PH: / KH:</u> UI=72,8% / 25,3% SI= 40,7% / 10,9%
Ho et al. 2005	Querschnitt- studie	SI = unfreiwilliger Stuhlverlust	Eigens entwickelter Fragebogen	Frauen & Männer KH	n=434	Australien	20,7%
Hughes et al. 2008	Querschnitt- studie	SI = unfreiwilliger Stuhlabgang in die Unterwäsche	Eigens entwickelter Fragebogen	Frauen & Männer KH	n=199	USA	46%
Jumadilova et al. 2005	Querschnitt- studie	UI = jegliches Vorkommen von Inkontinenzepisoden	Analyse multi- zentrischer Daten	Frauen & Männer PH	n=29.645	USA	58%

AutorIn	Studien- design	Inkontinenzform/ Definition	Erhebung	Population/ Setting	Stichprobe	Land	Prävalenz
Nojomi, Amin & Rad 2008	Querschnitt-Studie	UI= Jeglicher unfreiwilliger Urinverlust	Eigens entwickelter Fragebogen	Frauen KH	n=411	Iran	27%
Offermans et al. 2009	Systematische Literaturübersicht	UI= jeglicher unfreiwilliger Urinverlust bzw. mind. 2x pro Woche unfreiwilliger Urinverlust	MDS (Minimum Data Set)	Frauen & Männer PH	n=2.558.729	Schweiz, Japan Deutschland Italien, USA Niederlande Frankreich, Schweden	43-77% (Median: 58%)
Offermans et al. 2007	Querschnittstudie	UI = jeglicher unfreiwilliger Urinverlust	Standardisierter Fragebogen	Frauen & Männer PH & KH	PH & KH: 2004:n=29.341 2005:n=36.325 2006:n=35.980	Niederlande	<u>PH: / KH:</u> 2004: 77,9% / 18.7% 2005: 74,9% / 18% 2006: 76.2% / 17,5%
Ostaszkiwicz, O'Connell & Millar 2008	Querschnittstudie	UI= unfreiwilliger Urinverlust SI= unfreiw. Stuhlverlust	Fragebogen und Krankenakte	Frauen & Männer KH	n=447	Australien	UI= 22% SI= 10%
Saxer et al. 2008	Querschnittstudie	UI= Mindestens 2x pro Woche unfreiwilliger Urinverlust	Resident Assessment Instrument	Frauen & Männer PH	n=2.610	Schweiz	51,5%
Schoberer 2009	Querschnittstudie	UI/ SI= Unvermögen Urin bzw. Stuhl zurückzuhalten	Standardisierter Fragebogen	Frauen & Männer PH & KH	<u>PH:</u> n=691 <u>KH:</u> n=1.651	Österreich	<u>PH: / KH:</u> UI: 75% / 18% SI: 62% / 11%
Tabali et al. 2006	Querschnittstudie	SI= ungewollter Stuhlgang	Standardisierter Fragebogen	Frauen & Männer PH & KH	Von 2003-2005 <u>PH:</u> n= 9476 <u>KH:</u> n= 24.764	Deutschland	2003-2005 <u>PH:</u> 46-50% <u>KH:</u> 11-16%
UI= Urininkontinenz, SI= Stuhlinkontinenz, PH= Pflegeheim, KH= Krankenhaus, n= zugrundeliegende Stichprobengröße							

2.2.5 Mögliche Pflegemaßnahmen bei Inkontinenz

Im Folgenden werden Maßnahmen, die in der Inkontinenzversorgung von Pflegepersonen durchgeführt werden können, angeführt und auf ihre Wirksamkeit eingegangen. Dabei werden konservative Interventionen mit kontinenzfördernder Wirkung sowie Hilfsmittel, die den Umgang mit einer Inkontinenz erleichtern, vorgestellt. Als grundlegende Literatur wurden vorrangig systematische Übersichtsarbeiten und Clinical Practice Guidelines verwendet, da diese einen guten Überblick über den derzeitigen Forschungsstand bezüglich Wirksamkeit von Pflegemaßnahmen bei Inkontinenz geben können. In dieser Arbeit wird nicht auf operative Eingriffe oder die Wirksamkeit von Medikamenten eingegangen, da diese Interventionen nicht direkt den Tätigkeitsbereich von Pflegepersonen betreffen.

2.2.5.1 Pflegemaßnahmen bei Urininkontinenz

- **Blasentraining**

Blasentraining erfolgt meist bei PatientInnen, die unter einer Dranginkontinenz leiden, und stellt auch bei anderen Inkontinenzformen eine wirksame Maßnahme dar. Das Blasentraining verfolgt das Ziel, durch die Vergrößerung der Zeitintervalle zwischen den Blasenentleerungen Kontinenz wiederzuerlangen. Diese Intervention wird vor allem bei physisch und kognitiv uneingeschränkten Personen empfohlen (Wallace et al. 2004). Die Wirksamkeit dieser Methode konnte bereits in mehreren randomisiert kontrollierten Studien nachgewiesen werden (Roe et al. 2007). So fassen Roe et al. (2007) in ihrer Synopsis von vier systematischen Übersichtsarbeiten zusammen, dass Blasentraining die Anzahl der von UI Betroffenen, sowie die Anzahl von Inkontinenzepisoden im Vergleich zu keiner Intervention reduzieren konnte. Bei dieser Intervention ist jedoch darauf zu achten, dass sie im Pflegeheim wahrscheinlich nur bei einem kleinen Teil der Betroffenen anwendbar ist, da ältere, fragile Personen oft körperlich zu schwach für diese Intervention sind (Zarowitz & Ouslander 2007).

- **Toilettentraining**

Hierbei wird unterschieden, ob der regelmäßige Toilettengang zu festgelegten Zeiten oder zu individuell, auf den/die Betroffene abgestimmten Zeiten erfolgt. Toilettentraining wird vor allem bei physisch oder kognitiv eingeschränkten Personen angewendet. Bei Toilettengang zu

festgelegten Zeiten weisen Pflegepersonen die Betroffenen meist alle zwei Stunden darauf hin, die Blase zu entleeren, oder suchen mit ihnen die Toilette auf. Ziel dieser Maßnahme ist es, die Blase vorsorglich zu entleeren, um so Inkontinenzepisoden vorzubeugen (NICE 2006). Diese Intervention wird vor allem bei funktionaler Inkontinenz empfohlen (Roe et al. 2007; Fink et al. 2008). Bei individuell assistiertem Toilettengang wird der individuelle Harndrang beobachtet. Daraufhin werden individuell abgestimmte Zeiten für die Blasenentleerung festgelegt, um Inkontinenzepisoden vorzubeugen (NICE 2006). Bei dieser Intervention wurde bisher eine Verbesserung verglichen zu keiner Intervention nachgewiesen, jedoch war diese nicht statistisch signifikant (Roe et al. 2007). Auch in einer Clinical Practice Guideline wird assistierter Toilettengang zu regelmäßigen Zeiten bei Personen, die zu einer selbstständigen Blasenentleerung nicht fähig sind, empfohlen (NICE 2006).

- **Beckenbodenmuskeltraining**

Diese Intervention stärkt laut Holroyd-Leduc, Lyder und Tannenbaum (2006) den Beckenbodenmuskel und ist vor allem bei Stress-, Drang- und Mischinkontinenz zu empfehlen. Bei dieser Maßnahme wird der Beckenbodenmuskel mehrere Male für einige Sekunden angespannt, wobei dies im Laufe des Tages mehrere Male wiederholt werden sollte. Um einen Effekt zu erzielen, müssen die Übungen mindestens drei Wochen lang durchgeführt werden. Dabei ist insbesondere die Motivation durch Pflegepersonen wichtig. Empfohlen wird diese Maßnahme bei physisch und kognitiv uneingeschränkten Personen. Beckenbodenmuskeltraining ist vor allem in Kombination mit Blasentraining, aber auch alleine eine wirksame Intervention zur Reduktion von UI, besonders von Stress- Drang- und Mischinkontinenz (Holroyd-Leduc, Lyder & Tannenbaum 2006).

- **Anpassung der Umgebung**

Der Zugang zu sanitären Anlagen sowie zu absorbierenden Inkontinenzhilfsmittel sollte Betroffenen durch Pflegepersonen ermöglicht werden (Mueller & Cain 2002).

- **Inkontinenzhilfsmittel**

Neben Pflegemaßnahmen, die zu einer Reduktion der UI führen können, gibt es auch Pflegeinterventionen, die das tägliche Leben der Betroffenen und den Umgang mit diesem Pflegephänomen erleichtern sollen. Um mit einer bestehenden Inkontinenz umzugehen, gibt es die Möglichkeit, Inkontinenzeinlagen, -slips sowie -betteinlagen zu verwenden. Absorbierende Produkte sollten ergänzend zu anderen Pflegeinterventionen angewendet werden oder bei chronischer, nicht heilbarer UI Einsatz finden (Holroyd-Leduc, Lyder & Tannenbaum 2006). Sie stellen jedoch keine wirksamen Mittel dar, um Kontinenz wieder zu erlangen (NICE 2006).

- **Katheter**

Zur Versorgung von UI können auch Katheter eingesetzt werden (NICE 2006). Die Verwendung von Kathetern sollte nur nach ausreichendem Assessment und bei vorliegender Indikation erfolgen. Es zeigte sich jedoch, dass Dauerkatheter in der Pflegepraxis zu häufig und teilweise ohne vorangegangenes Assessment eingesetzt werden und das Risiko für Harninfekte und bakterielle Entzündungen erhöhen können (Holroyd-Leduc, Lyder & Tannenbaum 2006).

2.2.5.2 Mögliche Pflegemaßnahmen bei Stuhlinkontinenz

- **Beckenbodenmuskeltraining mit Biofeedback**

Dabei soll der/die PatientIn lernen, den Beckenbodenmuskel bewusst zu entspannen und bei Bedarf anzuspannen. Dazu werden ein Ballon oder elektronische Sensoren in den Analkanal eingeführt, die dem/der PatientIn Feedback geben, ob die Anspannung des Muskels richtig erfolgt. Diese Intervention wurde bisher in unkontrollierten Studien untersucht und zeigte dort Wirkung (Whitehead, Wald & Norton 2001).

- **Toilettentraining**

Auch bei SI kann Stuhlentleerung zu festgelegten Zeiten und Assistieren beim Stuhlgang eine hilfreiche Pflegeintervention darstellen (NICE 2007).

- **Umgebungsanpassung**

Um ein ungehindertes Aufsuchen der Toilette zu ermöglichen, sollten Pflegepersonen die Umgebung dementsprechend anpassen und barrierefrei gestalten (NICE 2007).

- **Inkontinenzhilfsmittel**

Inkontinenzeinlagen, -slips und absorbierende Betteinlagen sowie Auffangbehälter für Fäkalien werden häufig in der Praxis angewendet, um Hautirritationen zu verhindern und das tägliche Leben mit diesem Gesundheitsproblem für Betroffene und Pflegepersonen zu erleichtern. Der Einsatz dieser Hilfsmittel führt jedoch nicht zu einer Wiedererlangung der Kontinenz (Wishin, Gallagher & McCann 2008).

2.2.6 Derzeitige Inkontinenzversorgung in Pflegeheimen

In Pflegeheimen werden überwiegend Interventionen durchgeführt, die den Umgang mit Inkontinenz für Betroffene und Pflegepersonen erleichtern, jedoch nicht zu einer Reduktion der Inkontinenz beitragen (Offermans et al. 2007; Wagg et al. 2008; Schoberer 2009). So stellte in niederländischen Pflegeheimen der Einsatz wechselbarer Inkontinenzeinlagen (81,9%) den Großteil der 6.957 durchgeführten Pflegeinterventionen dar. Individuell abgestimmter, regelmäßiger Toilettengang machte 27,2%, Toilettengang zu festgelegten Zeiten 17,1% der durchgeführten Interventionen aus. 10,6% der 6.957 Maßnahmen bestanden aus dem Verwenden von Kathetern, 0,3% aus Beckenbodenmuskel- oder Blasentraining (Offermans et al. 2007). In österreichischen Pflegeheimen war die Situation 2009 ähnlich. Auch dort waren Inkontinenzhilfsmittel die erste Wahl. Bei 83% der 823 von UI betroffenen BewohnerInnen wurden Inkontinenzeinlagen und bei 61% waschbare Betteinlagen verwendet. Toilettengänge zu festgelegten Zeiten erfolgten bei 13%, auf individueller Basis festgelegte Toilettengänge wurden jedoch bei 30% der PflegeheimbewohnerInnen durchgeführt. 1% der BewohnerInnen erhielt Beckenbodenmuskel- oder Blasentraining (Schoberer 2009). In Großbritannien konnte nachgewiesen werden, dass Inkontinenzhilfsmittel (63%) und festgelegter Toilettengang (60%) bei den 488 PflegeheimbewohnerInnen am häufigsten zum Einsatz kamen. Auch hier wurde Beckenbodenmuskeltraining nur bei 3% der BewohnerInnen durchgeführt (Wagg et al. 2008). In einer deutschen Studie, die in zwei Pflegeheimen

durchgeführt wurde, stellten Pfisterer et al. (2008) fest, dass kontinenzbezogene Interventionen häufiger von PflegehelferInnen und PflegeschülerInnen als von diplomierten Pflegepersonen durchgeführt wurden. Auch in diesen zwei untersuchten Pflegeheimen gaben Pflegepersonen im Rahmen einer Gruppendiskussion an, vornehmlich absorbierende Vorlagen und Katheter zu verwenden, da für sie die Vermeidung von „Verschmutzung“ der BewohnerInnen im Vordergrund stand. Der Einsatz von Hilfsmittel war Routine und wurde, wie durch teilnehmende Beobachtung erfasst werden konnte, häufig ohne vorangegangenes Assessment durchgeführt. Als Begründung für den häufigen Einsatz von Inkontinenzhilfsmittel gaben Pflegepersonen hohe Arbeitsdichte und die Bettlägerigkeit der BewohnerInnen an (Pfisterer et al. 2008). Auch die in Deutschland 2009 durchgeführte Prävalenzerhebung ergab, dass bei dem Großteil (92,8%) der 3.945 von UI betroffenen PflegeheimbewohnerInnen Inkontinenzhilfsmittel zum Einsatz kamen. Katheter wurden bei 21,9% der 722 betroffenen Männer und 7,7% der 3.124 inkontinenten Frauen in deutschen Pflegeheimen eingesetzt. Toilettentraining wurde vergleichsweise oft, nämlich bei 40,3% der Betroffenen durchgeführt (Dassen 2009). Bei Stuhlinkontinenz erhielten 2005 44,3% der betroffenen PflegeheimbewohnerInnen eine Form des Toilettentrainings (Tabali et al. 2006). Johnson et al. (2001) untersuchten in den USA, welche Interventionen Betroffene selbst bevorzugen. In dieser Studie gaben PflegeheimbewohnerInnen an, Inkontinenzeinlagen gegenüber Toilettentraining und invasiven Methoden wie Katheter zu bevorzugen. Inkontinenzeinlagen stellten für Betroffene einen Vorteil gegenüber Toilettentraining dar, da die Anwendung einfach sei, sie dadurch unabhängig seien, die Haut trocken bliebe und Geruchsentwicklung vorgebeugt werde. Bei Toilettentraining hatten manche Personen die Sorgen, ihre Unabhängigkeit zu verlieren und ständig auf die Hilfe von Pflegepersonen angewiesen sein zu müssen (Johnson et al. 2001).

2.2.7 Derzeitige Inkontinenzversorgung in Krankenhäusern

Anstatt Maßnahmen zur Reduktion von Inkontinenz durchzuführen, wird Inkontinenz auch in Krankenhäusern hauptsächlich versorgt und somit beibehalten (Dingwall & McLafferty 2006; Offermanns et al. 2007; Ostaszkiwicz, O’Connell & Millar 2008; Wagg et al. 2008; Dassen 2009; Schoberer 2009). 21 Pflegepersonen wurden von Dingwall und McLafferty (2006) in Großbritannien zu Pflegeinterventionen bei UI befragt. Diese gaben an, meist kein genaues

Assessment durchzuführen und bereits nach einer Inkontinenzepisode die Betroffenen als inkontinent einzustufen. Es zeichnete sich auch ab, dass Pflegepersonen wenig Hoffnung hatten, bei Betroffenen die UI zu reduzieren und meist glaubten, UI sei ein unausweichliches Problem im Alter. Daher würden auch wenig kontinenzfördernde Maßnahmen durchgeführt werden. Ein weiterer Grund, warum kontinenzfördernde Interventionen nicht oft durchgeführt wurden, waren konkurrierende Prioritäten, die im Klinikalltag dringlicher als das Inkontinenzproblem angesehen wurden. Ebenso fehlten ausreichend viele Pflegepersonen, um beispielsweise Toilettentraining regelmäßig mit allen Betroffenen durchzuführen oder andere zeitintensive Maßnahmen anzuwenden. Die Pflegepersonen gaben auch an, kontinenzfördernde Maßnahmen nur bei mobilen und kommunikationsfähigen PatientInnen durchzuführen. Der Großteil der Befragten war sich einig, dass Beckenbodenmuskeltraining wichtig sei. Jedoch fühlten sie sich als Pflegepersonen nicht dafür zuständig. Bezüglich Toiletten- und Blasentraining waren sie auch der Meinung, diese seien hilfreich in der Förderung von Kontinenz, jedoch wussten wenige über deren Durchführung Bescheid. Die AutorInnen stellten demnach fest, dass die Pflegepersonen bezüglich Diagnostizieren von Subtypen und der Implementierung angemessener kontinenzfördernder Maßnahmen Wissensdefizite aufzeigten (Dingwall & McLafferty 2006). Zu diesem Fazit kamen auch Cooper und Watt (2003) in einer qualitativen Studie in einem australischen Krankenhaus. Dort waren die Pflegepersonen selten in der Lage, Subtypen der UI richtig zu erkennen und angemessene Pflegeinterventionen folgen zu lassen (Cooper & Watt 2003).

Auch Ostaszkievicz, O'Connell und Millar (2008) untersuchten die Inkontinenzversorgung im Krankenhaus. Dabei konnte ein übertriebener Einsatz von absorbierenden Inkontinenzhilfsmitteln aufgezeigt werden. So waren 41% (n=121) der PatientInnen, bei denen als einzige Maßnahme Inkontinenzeinlagen eingesetzt wurden, innerhalb der letzten 24 Stunden gar nicht von einer Inkontinenzepisode betroffen gewesen (Ostaszkievicz, O'Connell & Millar 2008).

Auch in Großbritannien war die Verwendung absorbierender Produkte die häufigste Pflegemaßnahme. Beckenbodenmuskeltraining wurde selten, nämlich bei 3% und Blasentraining bei 8% der 3.682 PatientInnen durchgeführt (Wagg et al. 2008). In den Niederlanden war die Situation ähnlich. Mehr als die Hälfte der 1.205 Interventionen bestand aus Verwenden von Inkontinenzeinlagen und Inkontinenzslips. Der Einsatz von Kathetern war

mit 28,5% verglichen mit anderen Interventionen relativ hoch (Offermans et al. 2007). Noch höher war der Einsatz von Kathetern in deutschen Krankenhäusern. Die Hälfte der 259 männlichen inkontinenten Patienten wurde mittels Katheter versorgt und 37% der 440 der betroffenen Krankenhauspatientinnen (Dassen 2009). In österreichischen Krankenhäusern wurde 2009 mehr als die Hälfte der (n=303) InkontinenzpatientInnen mit Inkontinenzeinlagen versorgt. Beckenbodenmuskel-, Blasen- und Toilettentraining kamen selten zur Anwendung (Schoberer 2009). Ähnlich stellte sich die Situation in deutschen Krankenhäusern dar (Dassen 2009). Im Zusammenhang mit SI wurden in deutschen Krankenhäusern ebenfalls wenig kontinenzfördernde Maßnahmen von Pflegepersonen ergriffen. So wurde in den Jahren 2003 bis 2005 bei 7,6-10,3% der Betroffenen ein Toilettentraining durchgeführt (Tabali et al. 2006). Betrachtet man die Wünsche von KrankenhauspatientInnen, fällt auf, dass der Großteil Toilettentraining und Inkontinenzeinlagen bevorzugt, Katheter jedoch ablehnt (Pfisterer et al. 2007).

Nähere Angaben zu den integrierten Studien, die sich mit der Durchführung inkontinenzspezifischer Pflegeinterventionen in Pflegeheimen und Krankenhäusern beschäftigten, sind Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2: Ausgewählte Studien zu inkontinenzspezifischen Pflegemaßnahmen

AutorIn	Studien- design	Inkon- tinenzform	Land	Population/ Setting	Stich- probe	Durchgeführte Maßnahmen		
Cooper & Watt 2003	Qualitative Studie	UI	Australien	Pflegepersonen wurden befragt KH	n= 32	<u>Selten bzw. nie:</u> Toiletten-, Blasen-, Beckenbodenmuskeltraining <u>Häufig:</u> Toilettengang zu festen Zeiten		
Dassen 2009	Querschnitt- studie	UI	Deutschland	Frauen und Männer PH & KH	n= 4.677		PH	KH
						Inkontinenzhilfsmittel	92,8%	58,3%
						Blasentraining	2,5%	5,2%
						Toilettentraining	40,3%	15,4%
Beckenbodentraining	0,1%	0,7%						
Dingwall & McLafferty 2006	Qualitative Studie	UI	Großbritannien	Pflegepersonen wurden befragt KH	n= 21	<u>Häufig:</u> Inkontinenzhilfsmittel (Einlagen etc.) <u>Selten:</u> Beckenboden-, Blasen-, Toilettentraining		
Offermans et al. 2007	Querschnitt- studie	UI	Niederlande	Frauen und Männer PH & KH	Anzahl durchgeführter Interventionen: PH: n=6.957 KH: n=1.205		PH	KH
						Inkontinenzeinlagen	81,9%	52,6%
						Inkontinenzbetteinlagen	13,4%	4,1%
						Inkontinenzslips	11%	13,4%
						Toilettent. feste Zeiten	17,1%	2,5%
						Toilettent. indiv. Zeiten	27,2%	9,1%
						Katheter	10,6%	28,5%
Blasen-, Beckenbodentr.	0,3%	1,4%						

AutorIn	Studien- design	Inkon- tinenzform	Land	Population/ Setting	Stichprobe	Durchgeführte Maßnahmen		
Ostaszkiwicz, O'Connell & Millar 2008	Querschnitt- studie	UI & SI	Australien	Frauen und Männer KH	n= 446	Inkontinenzhilfsmittel: 59,6% Absorbierende Einlagen: 30,5% Katheter: 7,6%		
Pfisterer et al. 2008	Quantitativ und qualitativ	UI & SI	Deutschland	Frauen und Männer PH	n= 247	<u>Am häufigsten:</u> Inkontinenzhilfsmittel Dauerkatheter: 17%		
Schoberer 2009	Querschnitt- studie	UI	Österreich	Frauen und Männer PH & KH	Pflegeheimbe- wohnerInnen und Krankenhaus- patientInnen n= 823		PH	KH
						Inkontinenzeinlagen	83%	53%
						Washbare Betteinlagen	61%	9%
						Angepasste Kleidung	23%	16%
						Toiletteng. feste Zeiten	13%	3%
						Toiletteng. indiv. Zeiten	30%	6%
						Umgebungsanpassung	18%	20%
Blasen-, Beckenbodentr.	1%	6%						
Tabali et al. 2006	Querschnitt- studie	SI	Deutschland	Frauen und Männer PH & KH	2003-2005 PH/KH: n=4.584	<u>PH:</u> Toilettentraining 2004-2005: 38,7-44,3% <u>KH:</u> Toilettentraining 2003-2005: 7,6-10,3%		
Wagg et al. 2008	Querschnitt- studie	UI	Großbritannien	Frauen und Männer PH & KH	PH: n= 488 KH: n= 3.682		PH	KH
						Absorb. Hilfsmittel	63%	56%
						Blasentraining	16%	8%
						Beckenbodentraining	3%	3%
Toilettentraining	60%	16%						
UI= Urininkontinenz, SI= Stuhlinkontinenz, PH= Pflegeheim, KH= Krankenhaus, n= zugrundeliegende Stichprobengröße								

2.2.8 Qualitätsindikatoren in Pflegeheimen und Krankenhäusern

Auch bezüglich Qualitätsindikatoren im Rahmen der Inkontinenzversorgung wurde nach internationalen Studien recherchiert. Folglich werden zuerst Qualitätsindikatoren und ihre Bedeutung angeführt, danach wird die Verbreitung dieser in Pflegeheimen und Krankenhäusern dargestellt.

In mehreren Forschungsarbeiten streichen die AutorInnen die Bedeutung bestimmter Faktoren hervor, welche die Qualität der Inkontinenzversorgung positiv beeinflussen und beurteilbar machen. So betonen Mueller und Cain (2002) sowie Zarowitz und Ouslander (2007) die Bedeutung von Guidelines, die auf evidenzbasierten Forschungsergebnissen sowie ExpertInnenübereinstimmungen beruhen. Der Einsatz von Guidelines kann die Praxis positiv beeinflussen, da Handlungsempfehlungen für den Umgang mit inkontinenten PatientInnen und BewohnerInnen gegeben werden (Zarowitz & Ouslander 2007). Ebenso betonen Mueller und Cain (2002) die Notwendigkeit von gründlichen Assessments. Denn nur, wenn über die Ursache und Art der Inkontinenz Bescheid gewusst wird, kann ein optimaler Maßnahmenplan erstellt werden (Mueller & Cain 2002). Ouslander (2007) zeigt auf, dass die Umsetzung einer Guideline besonders gut funktioniert, wenn mindestens eine Pflegeperson die Verantwortung für die Einhaltung und Implementierung trägt. Dazu benötigen Pflegeperson ausreichend Wissen, Kenntnisse und Zeit (Ouslander 2007).

Neben Guidelines führen Mueller und Cain (2002) in ihrer Arbeit an, dass Weiterbildung von Pflegepersonen für die Qualität der Inkontinenzversorgung maßgeblich sei. Denn unter Pflegenden herrsche manchmal noch die Meinung vor, UI bzw. SI wäre eine normale Alterserscheinung. Andere Pflegepersonen wiederum erliegen dem Irrglauben, eine Reduktion der Flüssigkeitsaufnahme würde bei UI bzw. SI helfen und assistierter Toilettengang koste mehr Zeit und Geld als die Versorgung mit absorbierenden Hilfsmitteln. Weiterbildung von Pflegepersonen könne laut den AutorInnen solche Wissenslücken schließen und sich positiv auf die Pflegepraxis auswirken (Mueller & Cain 2002). Die Bedeutung von Weiterbildung zeigen auch Saxer et al. (2009) auf. Laut ihrer Studie führte ein Wissens- und Kenntniszuwachs zu einer verbesserten Inkontinenzversorgung (Saxer et al. 2009). Auch im Rahmen einer kanadischen Pilotstudie konnte nachgewiesen werden, dass ein problemorientiertes Weiterbildungsprogramm zum Thema Inkontinenz das Wissen und die Fähigkeiten der Pflegepersonen in der Inkontinenzversorgung verbesserte. Jedoch änderten sich die teils negativen Einstellungen gegenüber diesem Pflegephänomen durch Weiterbildung nicht (Collette, Leclerc & Tu

2003). Ouslander et al. (2001) führen an, dass es sich positiv auf die Qualität der Inkontinenzversorgung auswirkt, wenn eine Pflegeperson für den Bereich der Inkontinenzversorgung verantwortlich und darauf spezialisiert ist. Potter et al (2007) zeigten auf, dass in Großbritannien in 90% von 198 Krankenhäuser und 96% von 29 Pflegeheime InkontinenzspezialistInnen verfügbar sind (Potter et al. 2007).

Um jederzeit eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, sollten laut Cooper und Watt (2003) zudem alle Einrichtungen über genügend Inkontinenzhilfsmittel verfügen.

Milne (2000) betont vor allem die Bedeutung von PatientInnenedukation. So kann das Bereitstellen von Informationsbroschüren zum Thema Inkontinenz Wissen über Behandlungsmöglichkeiten erweitern und das Hilfesuchverhalten positiv beeinflussen. Dies kann in weiterer Folge zu einer Inkontinenzbehandlung führen, was wiederum zu einer Verbesserung der Qualität beitragen kann. Auch Informationen über Selbsthilfemaßnahmen, wie das Durchführen von Beckenbodenmuskeltraining, sollte an PatientInnen übermittelt werden (Milne 2000). Freizugängliches evidenzbasiertes Informationsmaterial für Betroffene war in Großbritannien beispielsweise in 85% der 27 Pflegeheime vorhanden (Potter et al. 2007). Um die Qualität der Inkontinenzversorgung sicherzustellen, können auch Protokolle hilfreich sein (Mueller & Cain 2002). In der Studie von Wagg et al. (2008) wurde ebenso darauf hingewiesen, dass Protokolle sowie die Dokumentation kontinenzbezogener Krankengeschichten wichtig sei. Im Setting Krankenhaus wurde dies bei 45% (n=3.682) und in Pflegeheimen bei 70% (n=488) der urininkontinenten Personen gemacht (Wagg et al. 2008). Bei SI beschreiben Potter et al. (2007) eine ähnliche Situation. Sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeheimen wurde bei rund der Hälfte der PatientInnen bzw. BewohnerInnen nicht dokumentiert, dass die Krankengeschichte erhoben wurde. Die Dokumentation der Diagnose und Pflegeinterventionen ist jedoch für weitere Behandlungen wichtig. Über schriftliche Richtlinien zum Management von Inkontinenz verfügten 32% der 195 Krankenhäuser, jedoch 93% der 27 Pflegeheime (Potter et al. 2007). In Österreich wurden 2009 erstmals Qualitätsindikatoren in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen erhoben. Dabei zeigte sich, dass Weiterbildungen zum Thema Inkontinenz am häufigsten als qualitätsfördernde Maßnahme gesetzt wurden. PatientInneninformationen zum Thema Inkontinenz wurden in sieben Einrichtungen bereitgestellt. Richtlinien zur Inkontinenzversorgung wiesen 15 der 21 teilnehmenden Einrichtungen auf (Lohrmann 2009). Es kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass solche Richtlinien in

österreichischen Einrichtungen immer der Qualität von Clinical Practice Guidelines entsprechen.

2.2.9 Fazit

Aus dem Literaturüberblick geht hervor, dass sowohl Urin- als auch Stuhlinkontinenz weitverbreitete Pflegephänomene bei BewohnerInnen und PatientInnen in Pflegeheimen und Krankenhäusern darstellen und Subtypen einer UI selten diagnostiziert werden (Anger et al. 2006; Arndt et al. 2006; Tabali et al. 2006; Offermans et al. 2007; Hughes et al. 2008; Offermans et al. 2009; Schoberer 2009)

Sowohl in Pflegeheimen als auch in Krankenhäusern werden am häufigsten Inkontinenzhilfsmittel im Rahmen der pflegerischen Inkontinenzversorgung eingesetzt. Kontinenzfördernde Maßnahmen kommen trotz wissenschaftlich nachgewiesener Wirksamkeit selten zum Einsatz (Offermans et al. 2007; Dassen 2009). Über die tatsächliche Durchführung von Pflegeinterventionen bei UI in österreichischen, stationären Einrichtungen ist derzeit noch wenig bekannt (Schoberer 2009). Die Stuhlinkontinenzversorgung in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen betreffend, konnte keine Studie ausfindig gemacht werden.

Bezüglich der positiven Effekte von Qualitätsindikatoren herrschen vermehrt ExpertInnenempfehlungen vor. Darüber, wie häufig Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene in Pflegeheimen und Krankenhäusern eingehalten werden, liegen jedoch kaum Informationen vor.

3 Ziel und Forschungsfragen

Ziel dieser Masterarbeit ist die Darstellung der derzeitigen Situation in österreichischen Pflegeheimen und Krankenhäusern bezüglich Urin- und Stuhlinkontinenz. Dabei soll die Prävalenz von reiner Urin- und Stuhlinkontinenz sowie von Doppelinkontinenz aufgezeigt werden. In weiterer Folge soll erhoben werden, welche Pflegemaßnahmen in welchem Setting Anwendung finden und ob es diesbezüglich Unterschiede zwischen Pflegeheimen und Krankenhäusern gibt. Vertiefend soll in Bezug auf Prävalenz und Pflegemaßnahmen auf alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede sowie auf die Subtypenverteilung eingegangen werden. Auch die Erfassung von Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene in Pflegeheimen und Krankenhäusern ist Gegenstand dieser Arbeit.

Die konkreten Forschungsfragen, die dieser Arbeit zugrunde liegen, lauten:

1. Wie hoch ist die Prävalenz von Urin-, Stuhl- und Doppelinkontinenz bei erwachsenen BewohnerInnen und PatientInnen in österreichischen Pflegeheimen und Krankenhäusern?
2. Welche Maßnahmen werden zur Behandlung von Inkontinenz in österreichischen Pflegeheimen und Krankenhäusern von Pflegepersonen durchgeführt und gibt es diesbezüglich Unterschiede zwischen Pflegeheimen und Krankenhäusern?
3. Welche Qualitätsindikatoren weisen österreichische Pflegeheime und Krankenhäuser auf Einrichtungsebene bezüglich Inkontinenz auf?

4 Methode

Die Daten, die in dieser Arbeit analysiert wurden, entstammen der Pflegequalitätserhebung. Diese wurde vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz in Kooperation mit der Projektgruppe LPZ der Universität Maastricht am 13. April 2010 in Österreich durchgeführt. In den Niederlanden findet diese Erhebung bereits seit 1998 jährlich statt. Anfangs wurde dort nur Dekubitus untersucht. Mittlerweile umfasst die Erhebung auch die Pflegephänomene Sturz, freiheitsentziehende Maßnahmen, Intertrigo, Mangelernährung und Inkontinenz (LPZ 2010). In Österreich fand die erste Qualitätserhebung zu diesen Pflegephänomenen 2009 unter dem Namen „Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten“ statt, welcher 2008 eine Pilotstudie vorausging. Neben Österreich erfolgte die Erhebung 2010 auch in Deutschland, den Niederlanden, der Schweiz und in Neuseeland (LPZ 2010).

4.1 Studiendesign

Bei der Pflegequalitätserhebung handelt es sich um eine multizentrische Querschnittstudie, die an einem einzigen Tag in allen österreichweit teilnehmenden Einrichtungen zugleich durchgeführt wird. Im Rahmen von Querschnittstudien werden zu einem Zeitpunkt quantitative Daten einer bestimmten Population erhoben. Es handelt sich dabei um deskriptive Studien, die der Beschreibung von Phänomenen zu realen Bedingungen dienen (Burns & Grove 2005).

Ziel solcher Studien ist es, die aktuelle Pflegepraxis und das Ausmaß von Pflegephänomenen zu erfassen und durch regelmäßige Wiederholung der Erhebung Trends im Zeitverlauf zu erkennen (Burns & Grove 2005).

4.2 Stichprobe

Im Rahmen der Pflegequalitätserhebung wurden Daten von PatientInnen und BewohnerInnen aus 18 Pflegeheimen, 18 Krankenhäusern und zwei weiteren stationären Einrichtung erhoben. Die Stichprobe umfasst alle PatientInnen bzw. BewohnerInnen, die zum Zeitpunkt der Erhebung in den 38 teilnehmenden Einrichtungen anwesend waren und besteht aus 5.144 Personen. Damit liegt der Pflegequalitätserhebung eine

Gelegenheitsstichprobe zugrunde (Burns & Grove 2005). In dieser Masterarbeit liegt der Fokus jedoch auf der Situation in Pflegeheimen und Krankenhäusern. Daher werden ausschließlich die Daten von PatientInnen und BewohnerInnen der teilnehmenden Krankenhäuser und Pflegeheime beachtet. Am Tag der Erhebung waren 4.924 Personen in diesen 36 Einrichtungen anwesend. Von diesen stimmten 3.853 Personen (78%) zu, an der Erhebung teilzunehmen. Weitere Angaben zur Stichprobe sind dem Ergebnisteil zu entnehmen.

4.3 Erhebungsinstrument

Im Rahmen der Pflegequalitätserhebung kam ein standardisierter Erhebungsbogen zur Anwendung, der anhand internationaler, wissenschaftlich fundierter Literatur und ExpertInnenüberlegungen von der Universität Maastricht entwickelt wurde. In Österreich kam die deutsche Version dieses Fragebogens zum Einsatz, die nach der Piloterhebung 2008 und der Erhebung 2009 leicht umformuliert wurde, sodass die Fragestellungen für den Sprachgebrauch in Österreich geeignet waren.

Der Fragebogen besteht aus folgenden drei Teilen:

- Teil 1 des Fragebogens bringt Angaben zur Art der Einrichtung in Erfahrung. Dabei werden auch Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene abgefragt.
- Teil 2 enthält Fragen zur Art des Wohnbereichs bzw. der Station. Auch auf dieser Ebene werden Qualitätsindikatoren erhoben.
- Teil 3 des Erhebungsbogens widmet sich patientInnenbezogenen Daten. Zu Beginn werden demographische Merkmale, wie Alter und Geschlecht, sowie Pflegeabhängigkeit erhoben. Danach werden Informationen zu den spezifischen Pflegephänomenen Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo, Sturz und Freiheitsentziehende Maßnahmen sowie deren Behandlung und Prävention erfasst (siehe Anhang).

4.4 Ethische Aspekte

Die Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz erklärte sich mit der Durchführung der Erhebung einverstanden. Es wurden nur Daten von Personen erhoben, bei denen eine eigenhändig ausgefüllte, schriftliche, informierte Zustimmung vorlag. Bei kognitiv beeinträchtigten PatientInnen/BewohnerInnen war auch die informierte Zustimmung durch eine/n gesetzliche/n VertreterIn zulässig. Im Rahmen der Studie wurden alle erhobenen Daten anonymisiert.

4.5 Datenerhebung

Alle österreichischen stationären Einrichtungen wie z.B. Krankenhäuser, Pflegeheime oder Rehabilitationszentren wurden vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz schriftlich eingeladen, an der Pflegequalitätserhebung teilzunehmen. Die Teilnahme an der Erhebung stand den Einrichtungen frei, war jedoch kostenpflichtig. Es fielen sowohl Fixkosten als auch variable Kosten, die pro teilnehmenden/r PatientIn zu entrichten waren, an. Entschlossen sich die Einrichtungen dazu, bei der Studie mitzumachen, musste ein/e KoordinatorIn seitens der Einrichtung bestimmt werden. Diese Person war für die Abwicklung der Erhebung in der eigenen Einrichtung zuständig und war gleichzeitig Ansprechperson für das Institut für Pflegewissenschaft. Um sicherzustellen, dass die Erhebung in allen Einrichtungen gleich durchgeführt wird, nahmen alle KoordinatorInnen an einer Einführungsveranstaltung teil und erhielten unterstützendes Material. Der/die KoordinatorIn bestimmte, welche Stationen bzw. Bereiche an der Erhebung teilnahmen, legte Erhebungsteams fest und führte die Einweisung der an der Erhebung beteiligten Pflegepersonen durch. Ein Erhebungsteam bestand aus einer unabhängigen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson, die nicht auf dieser Station bzw. in diesem Bereich arbeitete und einer diplomierten Pflegeperson, die auf dieser Station tätig war. Das Erhebungsteam sollte beim Ausfüllen des Fragebogens Übereinstimmung erreichen. War dies nicht der Fall, wurde der Bewertung der unabhängigen Pflegeperson Vorrang gegeben. Während des Erhebungstages wurde eine Hotline eingerichtet, die bei Fragen und Unklarheiten genutzt werden konnte. Die Einrichtungen hatten sechs Wochen Zeit, die erhobenen Daten in eine Software einzugeben. Für die korrekte Dateneingabe war die Koordinationsperson verantwortlich.

4.6 Datenanalyse

Die Daten wurden mit Hilfe der englischen, 17. Version der Statistiksoftware SPSS Statistics (SPSS o.J.) deskriptiv analysiert. Im Rahmen der Analyse wurden Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen und Anteile in Prozent berechnet. Um Vergleiche durchzuführen, wurden statistische Tests verwendet. Waren die Voraussetzungen für einen Qui-Quadrat-Test erfüllt, kam dieser zur Anwendung um Häufigkeiten zu vergleichen. Ansonsten wurde der Fishers Exakter Test für 2x2 Tafeln verwendet. Bei der Durchführung der Tests wurde zweiseitig getestet. Der statistischen Analyse liegt ein Signifikanzniveau von 0,05 ($p \leq 0.05$) zugrunde, da beim Unterschreiten dieses Wertes im Bereich der Sozial- und Humanwissenschaften von statistischer Signifikanz gesprochen werden kann (Bortz 2005).

Zur Berechnung der Prävalenz wurde folgende Formel in Anlehnung an Bartholomeyczik und Nonn (2005, p. 14) verwendet:

$$\text{Prävalenz der Inkontinenz in \%} = \frac{\text{Anzahl von Personen mit Inkontinenz zu einem bestimmten Zeitpunkt} \times 100}{\text{Anzahl von Personen der ausgewählten Krankenhaus- bzw. Pflegeheimpopulation zu diesem Zeitpunkt}}$$

5 Ergebnisse

Im Zuge der Ergebnispräsentation werden zu Beginn nähere Angaben zu den TeilnehmerInnen der Erhebung gemacht. Danach werden die Ergebnisse, die zur Beantwortung der Forschungsfragen dienen, verbal, grafisch und tabellarisch dargestellt.

5.1 TeilnehmerInnen

In 18 Pflegeheimen und 18 Krankenhäusern in Österreich wurden insgesamt 4.924 PatientInnen aufgefordert, Teil dieser Erhebung zu werden. Davon stimmten 78% zu, an der Studie teilzunehmen. Gründe für eine Nicht-Teilnahme sind in Tabelle 3 abgebildet.

Tabelle 3: Gründe für die Nicht-Teilnahme an der Erhebung

Ursachen für Nicht-Teilnahme	Pflegeheime	Krankenhäuser	Gesamt
Teilnahme verweigert	324 (16,9%)	404 (13,5%)	728 (14,8%)
Zum Zeitpunkt der Erhebung nicht erreichbar	62 (3,2%)	150 (5%)	212 (4,3%)
Gesundheitszustand zu schlecht bzw. komatös	26 (1,4%)	75 (2,5%)	101 (2,1%)
Terminal	7 (0,4%)	23 (0,8%)	30 (0,6%)
Gesamte Nicht-Teilnahme	419 (21,8%)	652 (21,7%)	1071 (21,8%)

Da diese Masterarbeit Inkontinenz bei Erwachsenen behandelt, wurden 15 Personen unter 18 Jahren von der Analyse ausgeschlossen. Demnach verblieben insgesamt 3.838 Personen. Davon waren 1.502 BewohnerInnen von Pflegeheimen und 2.336 PatientInnen in Krankenhäusern. Die TeilnehmerInnen der Pflegeheime waren durchschnittlich 84 Jahre alt und somit im Schnitt 18 Jahre älter als jene StudienteilnehmerInnen in Krankenhäusern. Der Anteil an Frauen war in Pflegeheimen mit 84% wesentlich höher als in Krankenhäusern, wo 54% der TeilnehmerInnen weiblich waren. Nähere Angaben zu den Merkmalen der Stichprobe sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Merkmale der TeilnehmerInnen

	Pflegeheime	Krankenhäuser	Gesamt
TeilnehmerInnen	1.502 (39%)	2.336 (61%)	3.838 (100%)
Frauen	1.261 (84%)	1.259 (54%)	2.520 (66%)
Männer	241 (16%)	1.077 (46%)	1.318 (34%)
Altersstruktur	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)
Alter in Jahren	84 (9)	66 (17)	73 (17)
Alter der Frauen in Jahren	86 (8)	67 (18)	76 (17)
Alter der Männer in Jahren	78 (12)	64 (16)	67 (16)
MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung			

Um die Stichprobe näher zu beschreiben, wurden in Tabelle 5 die häufigsten Erkrankungen sowie der Pflegebedarf der TeilnehmerInnen angeführt. In Pflegeheimen waren 78,4% der BewohnerInnen auf Hilfe im täglichen Leben angewiesen, in Krankenhäusern 21,1%. Die häufigsten Erkrankungen in Pflegeheimen waren kardiovaskuläre Erkrankungen, gefolgt von Demenz. In Krankenhäusern waren die meisten PatientInnen von kardiovaskulären Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates betroffen.

Tabelle 5: Häufigste Erkrankungen bzw. Pflegebedarf der TeilnehmerInnen

Häufigste Erkrankung/ Pflegebedarf	Pflegeheime (n=1.502)	Häufigste Erkrankung/ Pflegebedarf	Krankenhäuser (n=2.336)
Angewiesen auf Hilfe im täglichen Leben	78,4%	Kardiovaskuläre Erkrankung	38,8%
Kardiovaskuläre Erkrankung	59,5%	Erkrankung des Bewegungsapparates	31%
Demenz	58,9%	Erkrankung des Verdauungstrakts	24,7%
Angewiesen auf Hilfe im Haushalt	55,8%	Angewiesen auf Hilfe im täglichen Leben bzw. im Haushalt	21,1%
Erkrankung des Bewegungsapparates	42,5%	Krebs	20,9%

5.2 Prävalenz der Inkontinenz

Bezüglich Urininkontinenz wurden bei 27 Personen keine Angaben gemacht, ob sie inkontinent oder kontinent waren. Bei Doppelinkontinenz fehlten bei 9 Personen diesbezügliche Angaben. Diese Personen wurden bei der Berechnung der Prävalenz von UI bzw. DI ausgeschlossen. Daher liegen den Berechnungen der Prävalenz von UI, SI und DI leicht voneinander abweichende Bezugsgrößen zugrunde, die in den folgenden Abbildungen jeweils unter den Balken angeführt werden.

In Pflegeheimen waren 80,4% der 1.480 in die Berechnung eingeschlossenen BewohnerInnen von einer UI betroffen, während in Krankenhäusern weniger als ein Viertel der 2.331 PatientInnen darunter litt. 9% der urininkontinenten BewohnerInnen wurden in Pflegeheimen mit einem Katheter versorgt. In Krankenhäusern waren 31% der urininkontinenten PatientInnen katheterisiert.

Von Stuhl- und Doppelinkontinenz waren in Pflegeheimen mehr als die Hälfte der BewohnerInnen betroffen. In Krankenhäusern wiesen 8,2% eine Stuhl- und 6,5% eine Doppelinkontinenz auf. In Abbildung 2 wird die Situation in Pflegeheimen und Krankenhäusern bezüglich Urin-, Stuhl- und Doppelinkontinenz illustriert.

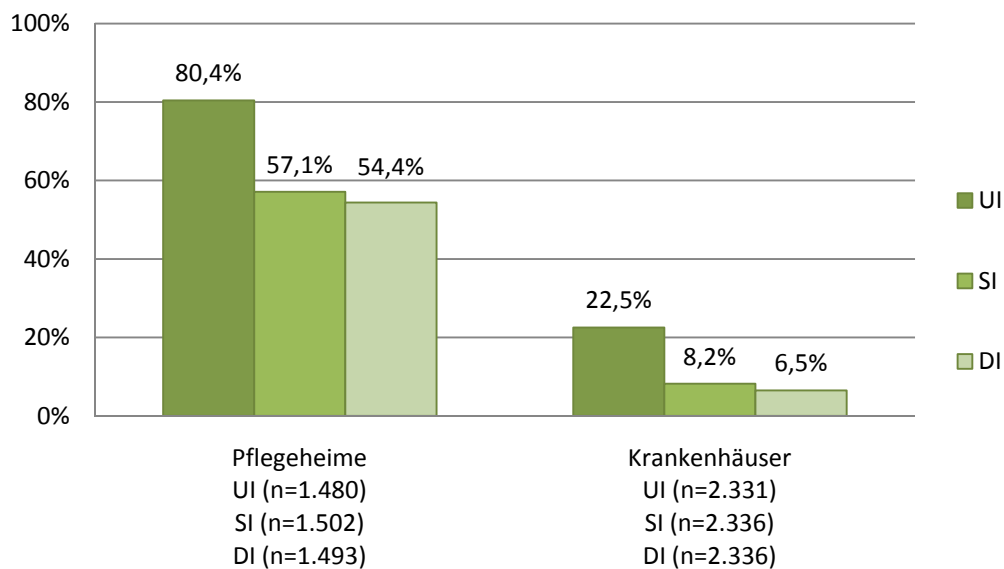


Abbildung 2: Prävalenz der Urin-, Stuhl- und Doppelinkontinenz in Pflegeheimen und Krankenhäusern

5.2.1 Prävalenz der Inkontinenz bei Frauen und Männern

Im Folgenden wurde berechnet, wie viel Prozent der Frauen und wie viel Prozent der Männer von Inkontinenz betroffen waren. In Krankenhäusern war der Anteil inkontinenter Personen bei Frauen signifikant höher als bei Männern ($p \leq 0,05$). In Pflegeheimen fand sich bei UI kein signifikanter Unterschied zwischen männlichen und weiblichen BewohnerInnen. Betrachtet man die geschlechtsspezifische Verteilung von Stuhl- bzw. Doppelinkontinenz, kann weder in Pflegeheimen noch in Krankenhäusern ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen ausfindig gemacht werden. In den Abbildungen 3, 4 und 5 wird gegenübergestellt, wie viel Prozent der Frauen bzw. der Männer in Pflegeheimen und Krankenhäusern unter Urin-, Stuhl- bzw. Doppelinkontinenz litten.

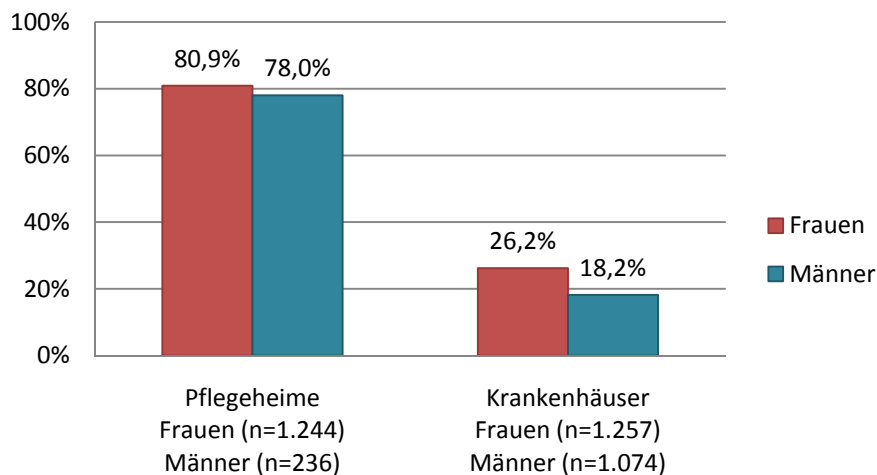


Abbildung 3: Prävalenz der Urininkontinenz bei Frauen und Männern

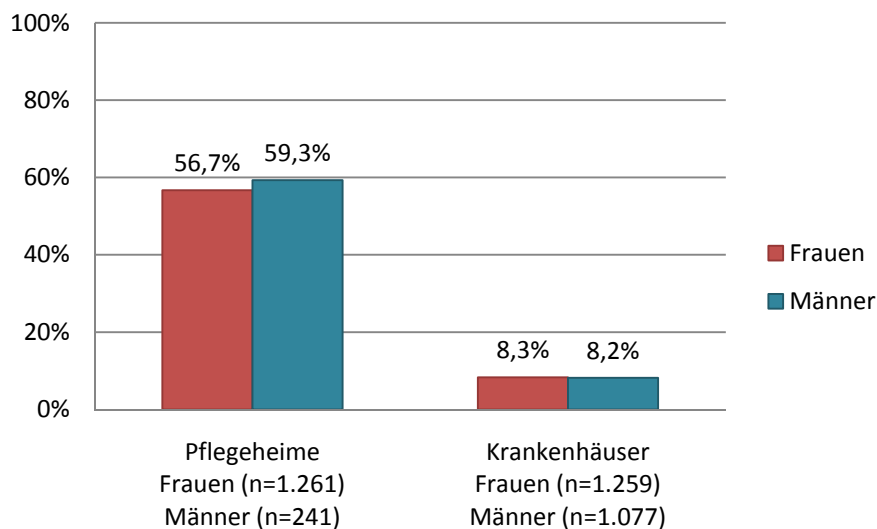


Abbildung 4: Prävalenz der Stuhlinkontinenz bei Frauen und Männern

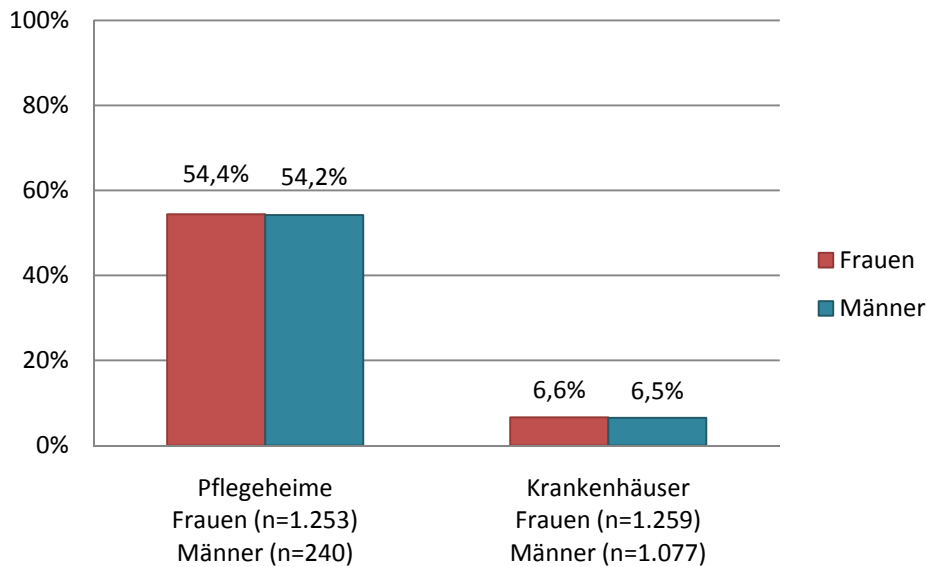


Abbildung 5: Prävalenz der Doppelinkontinenz bei Frauen und Männern

5.2.2 Prävalenz der Inkontinenz in verschiedenen Altersgruppen

Wie hoch die Prävalenz der Urin-, Stuhl- und Doppelinkontinenz in verschiedenen Altersgruppen in den Pflegeheimen und Krankenhäusern war, zeigen die Abbildungen 6 und 7. Hierbei wurde jeweils berechnet, wie viel Prozent der Personen einer Altersgruppe an Inkontinenz litten. In den Krankenhäusern konnten bei allen drei Arten der Inkontinenz signifikante Unterschiede ($p \leq 0,05$) zwischen den Altersgruppen festgestellt werden. Es war jeweils ein Anstieg der Inkontinenz mit zunehmendem Alter zu verzeichnen.

In Pflegeheimen war bei UI kein signifikanter Unterschied zwischen den Altersgruppen vorzufinden. Bei SI und DI kam es zu einer Verringerung der Prävalenz in den höheren Altersklassen.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird die Anzahl der Personen, die sich in den jeweiligen Altersgruppen befinden und als Bezugsgröße für die berechneten Prozentzahlen in den Abbildungen 6 und 7 fungieren, in Tabelle 6 gesondert angeführt.

Tabelle 6: Personenanzahl je Altersgruppe in Pflegeheimen und Krankenhäusern

	Krankenhäuser					Pflegeheime				
	unter 60	61-70	71-80	81-90	über 91	unter 60	61-70	71-80	81-90	über 90
UI	762	554	529	447	39	39	101	223	795	322
SI	762	554	530	449	41	40	102	227	808	325
DI	762	554	530	449	41	40	102	225	802	324

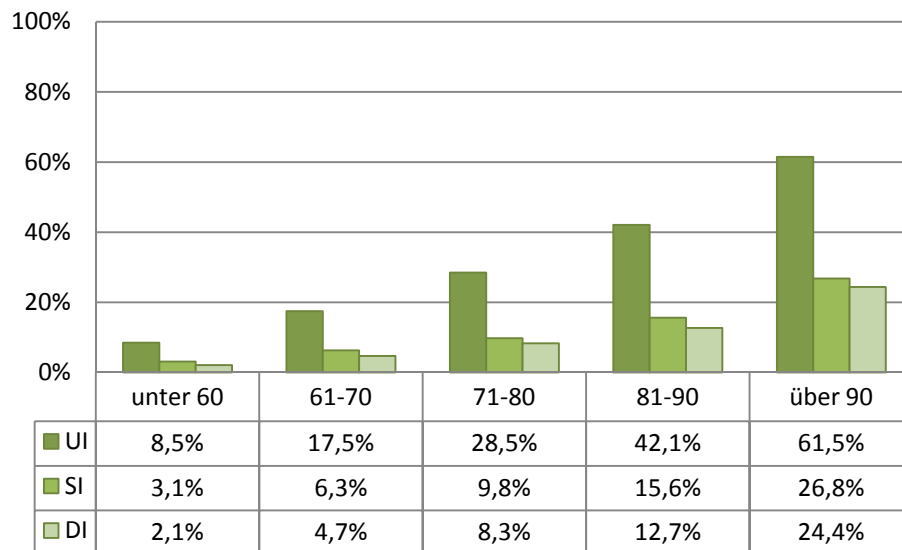


Abbildung 6: Prävalenz der Urin-, Stuhl- und Doppelinkontinenz je Altersgruppe in Krankenhäusern

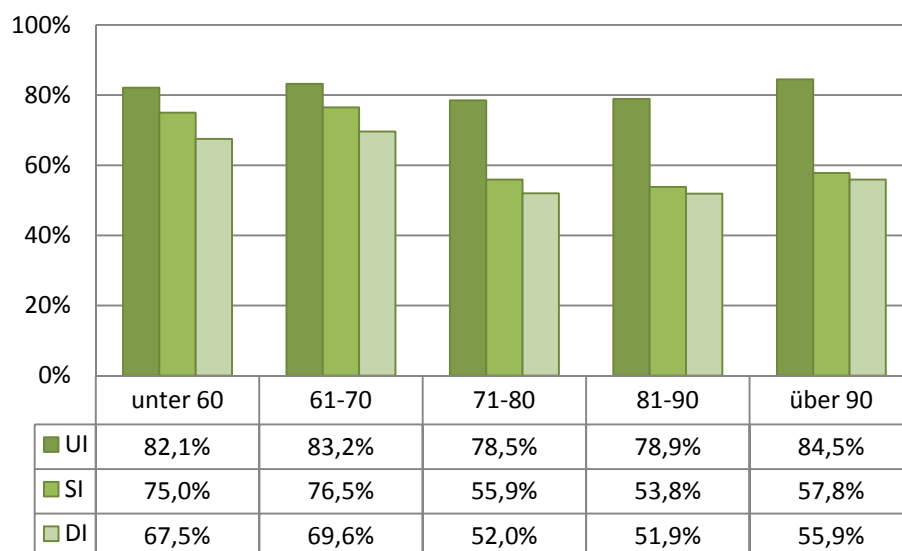


Abbildung 7: Prävalenz der Urin-, Stuhl- und Doppelinkontinenz je Altersgruppe in Pflegeheimen

5.2.3 Subtypen der Urininkontinenz

In Krankenhäusern wurde bei 70% der PatientInnen, bei denen eine UI vorlag, keine Diagnose des Subtyps gestellt. In Pflegeheimen wurde der Subtyp in mehr als der Hälfte der Fälle bestimmt. Am häufigsten wurde in Krankenhäusern Stress-, Drang- und Mischinkontinenz diagnostiziert. In Pflegeheimen wurde am häufigsten eine totale Inkontinenz festgestellt, gefolgt von funktionaler Inkontinenz (siehe Abb. 8).

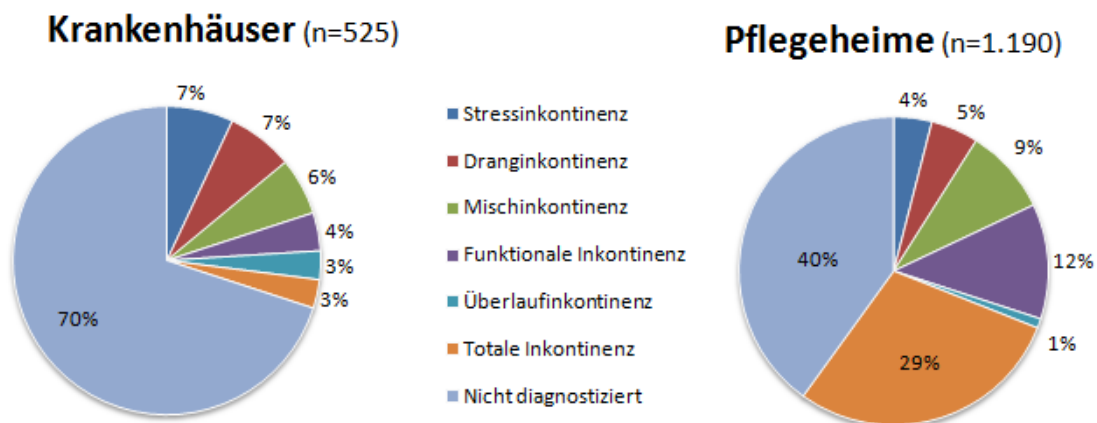


Abbildung 8: Subtypen der Urininkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen

Vergleicht man jene Personen, die an einer UI litten und nicht mit einem Katheter versorgt wurden, mit jenen urinkontinenten Personen, die katheterisiert waren, fällt auf, dass sowohl in Pflegeheimen als auch in Krankenhäusern bei katheterisierten BewohnerInnen bzw. PatientInnen häufiger keine Diagnose bezüglich des Subtyps der UI gestellt wurde als bei nichtkatheterisierten Personen (siehe Abb. 9).

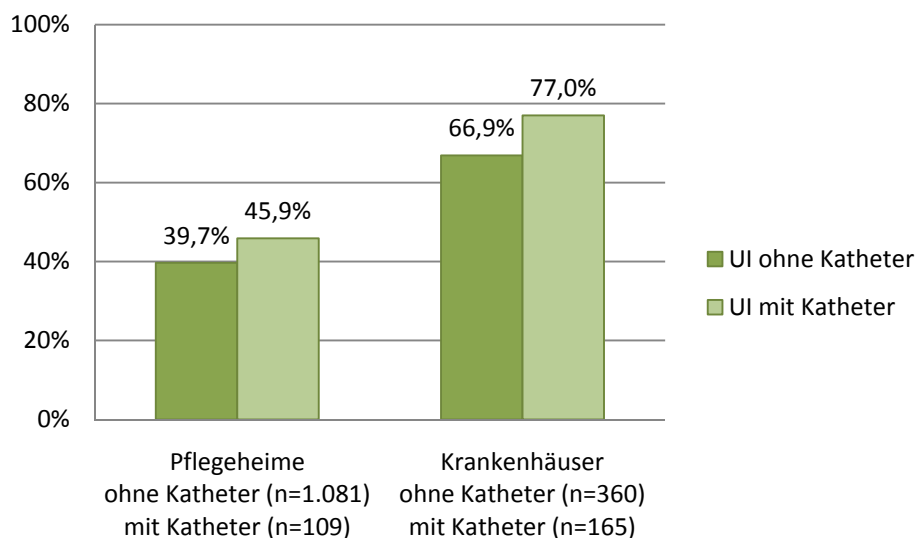


Abbildung 9: Fehlende Subtypendiagnose bei urinkontinenten Personen mit bzw. ohne Katheter

5.2.4 Subtypen der Urininkontinenz bei Frauen und Männern

Bezüglich Subtypenverteilung gab es in Pflegeheimen und Krankenhäusern kaum Unterschiede zwischen Männern und Frauen (siehe Abb. 10 und 11). Bei beiden Geschlechtern trat in den Pflegeheimen totale Inkontinenz gefolgt von funktionaler Inkontinenz am häufigsten auf. In Krankenhäusern wurden Stress-, Drang- und Mischinkontinenz sowohl bei Männern als auch bei Frauen am häufigsten diagnostiziert.

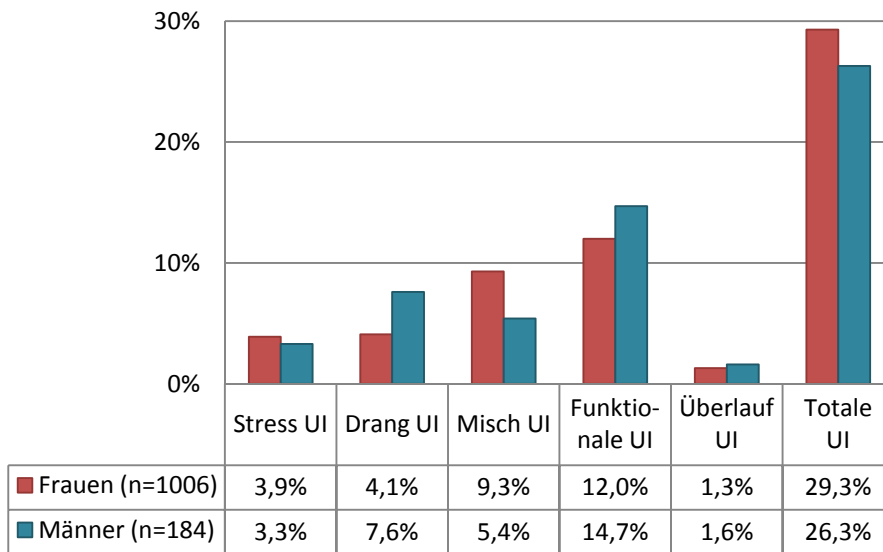


Abbildung 10: Subtypen der UI bei Frauen und Männern in Pflegeheimen

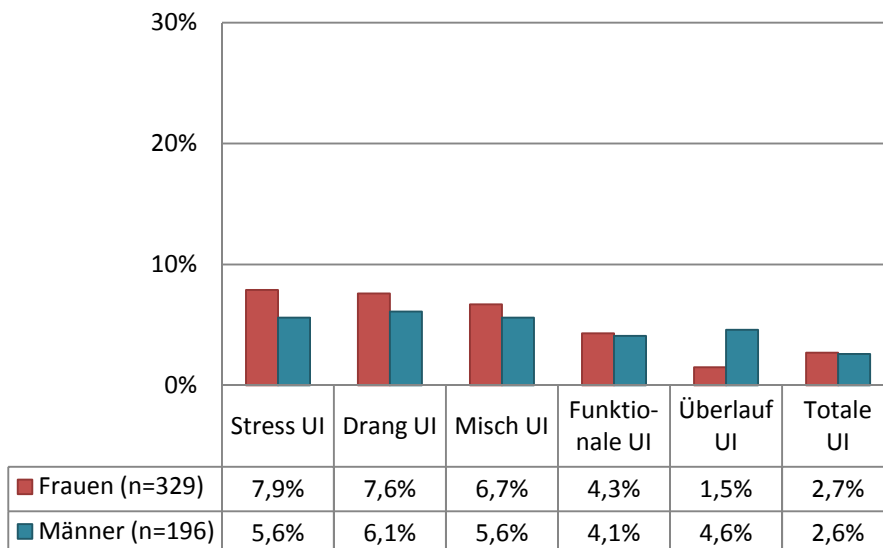


Abbildung 11: Subtypen der UI bei Frauen und Männern in Krankenhäusern

5.2.5 Subtypen der Urininkontinenz in verschiedenen Altersgruppen

Folgende Grafiken (Abb. 12 und 13) zeigen auf, welche Diagnosen bei urininkontinenten BewohnerInnen und PatientInnen pro Altersgruppe gestellt wurden. In Pflegeheimen wurden mit steigendem Alter häufiger Subtypen diagnostiziert, während dies in Krankenhäusern bei allen Altersgruppen selten erfolgte. Zudem verringerte sich der Anteil der Personen mit Stressinkontinenz in Krankenhäusern mit zunehmendem Alter.

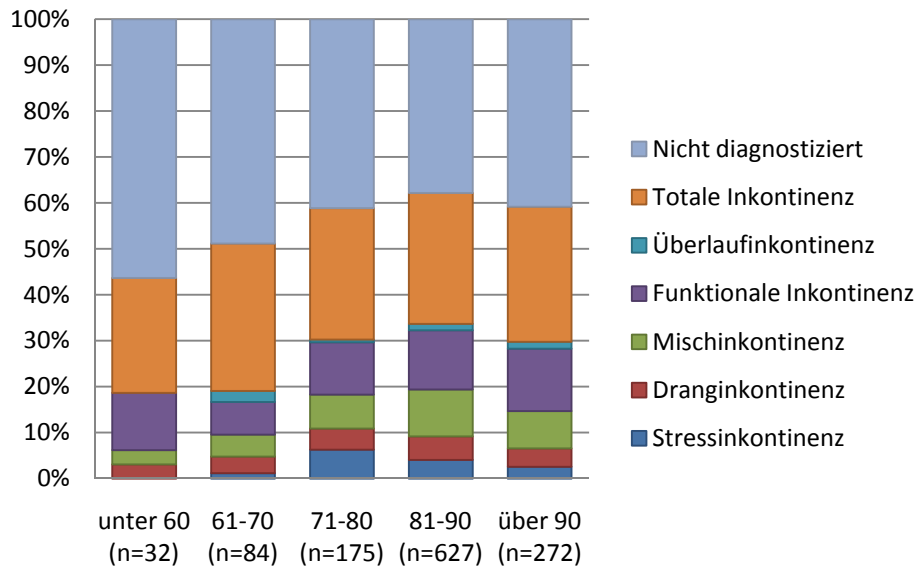


Abbildung 12: UI-Subtypenverteilung nach Altersgruppen in Pflegeheimen

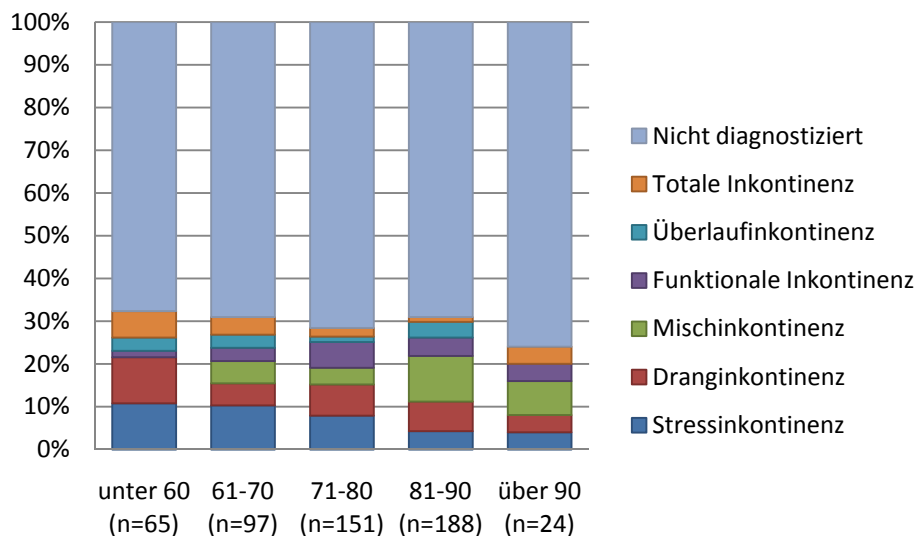


Abbildung 13: UI-Subtypenverteilung nach Altersgruppen in Krankenhäusern

5.2.6 Inkontinenz und Krankheitsbilder

Um zu erkennen, ob bestimmte Krankheiten häufiger in Kombination mit einer Inkontinenz auftreten als andere, wurde berechnet, wie viel Prozent der Menschen, die eine bestimmte Grunderkrankung aufwiesen, auch an Inkontinenz litten. Diese Berechnung wurde für jedes Krankheitsbild, sowohl für Urin- als auch Stuhlinkontinenz, in Pflegeheimen und Krankenhäusern gesondert durchgeführt. So war bei dem Krankheitsbild „Unfallverletzung bzw. Unfallfolgen“ der größte Anteil (89%) von einer UI betroffen, gefolgt von BewohnerInnen mit Hauterkrankungen, Schlaganfall, Querschnittsläsion und Erkrankung des Nervensystems. Die Krankheitsbilder „Querschnittsläsion“ und „Schlaganfall“ wiesen in Pflegeheimen den größten Anteil an stuhlinkontinenten Personen auf. In Krankenhäusern war der Anteil der urininkontinenten Personen bei Demenzkranken mit 68% am größten. Der Anteil von stuhlinkontinenten KrankenhauspatientInnen war ebenso bei jenen, die unter einer Demenz litten, am größten. In Tabelle 7 wird in der ersten Spalte angeführt, wie viele Personen von einer Erkrankung betroffen waren. In den Spalten rechts davon wird angegeben, wie viel Prozent dieser Erkrankten von einer UI bzw. SI betroffen waren.

Tabelle 7: Anteil inkontinenter Personen je Krankheitsbild bzw. Pflegebedarf

(Mehrfachnennungen waren möglich)

Erkrankung bzw. Pflegebedarf	Pflegeheime			Krankenhäuser		
	Anzahl Betroffener	UI	SI	Anzahl Betroffener	UI	SI
Infektionskrankheit	64	80%	70%	127	38%	31%
Krebs	122	80%	57%	489	20%	8%
Endokrine-, Ernährungs- oder Stoffwechselerkrankung	211	80%	58%	288	26%	10%
Diabetes Mellitus	287	80%	59%	343	31%	15%
Bluterkrankung	81	85%	64%	100	27%	13%
Psychische Störung	331	79%	58%	128	37%	14%
Demenz	884	86%	67%	84	68%	46%
Nervenerkrankung	239	86%	65%	188	36%	18%
Augen- bzw. Ohrerkrankung	297	83%	58%	208	24%	5%
Querschnittsläsion	8	87%	87%	2	50%	0%
Kardiovaskuläre Erkrankung	893	78%	53%	906	27%	10%
Schlaganfall	259	87%	73%	126	45%	23%
Atemwegserkrankung	153	81%	58%	371	30%	17%
Hauterkrankung	111	88%	68%	82	27%	11%

Erkrankung bzw. Pflegebedarf	Pflegeheime			Krankenhäuser		
	Anzahl Betroffener	UI	SI	Anzahl Betroffener	UI	SI
Erkrankung des Verdauungstrakts	344	82%	63%	576	25%	11%
Erkrankung der Nieren, Harnwege oder Geschlechtsorgane	330	82%	58%	414	36%	12%
Erkrankung des Bewegungsapparates	638	82%	57%	725	24%	6%
Kongenitale Erkrankung	42	83%	67%	3	0%	0%
Totale Hüftprothese	103	80%	50%	130	25%	6%
Unfallverletzung bzw. -folgen	123	89%	64%	127	22%	11%
Angewiesen auf Hilfe im täglichen Leben	1.178	82%	61%	494	48%	22%
Angewiesen auf Hilfe im Haushalt	838	83%	63%	493	46%	39%

UI= urininkontinent, SI= stuhlinkontinent, KH= Krankenhäuser, PH= Pflegeheime

5.3 Pflegemaßnahmen bei Inkontinenz

In Pflegeheimen wurden ca. drei Viertel der urininkontinenten BewohnerInnen mit Inkontinenzeinlagen versorgt. 66% erhielten zudem Inkontinenzbetteinlagen. Bei beinahe der Hälfte der von UI betroffenen PflegeheimbewohnerInnen wurde regelmäßiger Toilettengang zu festgelegten Zeiten auf individueller Grundlage durchgeführt. Blasen- oder Beckenbodenmuskulaturtraining wurden bei 2,4% der Betroffenen angewendet. Ein Katheter wurde zur Versorgung der Inkontinenz in Pflegeheimen bei 9,2% eingesetzt. Im Gegensatz dazu waren Katheter die zweithäufigste Maßnahme, die in Krankenhäusern ergriffen wurde (31,4%). Generell fällt auf, dass in Krankenhäusern bei mehr als zwei Drittel der urininkontinenten PatientInnen keine inkontinenzbezogenen Pflegeinterventionen durchgeführt wurden. Am häufigsten kamen in Krankenhäusern neben Kathetern Inkontinenzeinlagen, Inkontinenzslips, Inkontinenzbetteinlagen sowie Anpassung der Kleidung und Umgebung zur Anwendung. Blasen- bzw. Beckenbodenmuskulaturtraining wurde bei 5,7% der urininkontinenten KrankenhauspatientInnen durchgeführt.

Bei allen Pflegeinterventionen außer bei Medikation und Inkontinenzslips zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen Pflegeheimen und Krankenhäusern ($p \leq 0,05$). Blasentraining und Katheter kamen signifikant häufiger in Krankenhäusern zum

Einsatz ($p \leq 0,05$). Alle anderen Pflegeinterventionen wurden häufiger in Pflegeheimen durchgeführt ($p \leq 0,05$). In Tabelle 8 ist dargestellt, welche Pflegemaßnahmen wie häufig in Pflegeheimen und Krankenhäusern bei urininkontinenten Personen durchgeführt wurden. Signifikante Unterschiede zwischen den Einrichtungen sind durch ein *Symbol gekennzeichnet.

Tabelle 8: Durchgeführte Pflegemaßnahmen zur Versorgung von Urininkontinenz in Pflegeheimen und Krankenhäusern

(Mehrfachnennungen waren möglich)

Pfleßmaßnahmen	Pflegeheime (n=1190)		Krankenhäuser (n=525)	
	n	(%)	n	(%)
Anpassung der Umgebung*	357	(30,0%)	101	(19,2%)
Angepasste/leichte Bekleidung*	510	(42,9%)	107	(20,4%)
Medikation	67	(5,6%)	27	(5,1%)
Auswertung der Medikation*	47	(3,9%)	5	(1,0%)
Blasentraining/ Training der Beckenbodenmuskulatur/ Muskelentspannungsübungen*	29	(2,4%)	30	(5,7%)
Regelmäßiger Toilettengang zu festen Zeiten auf individueller Grundlage*	517	(43,3%)	55	(10,5%)
Regelmäßiger Toilettengang zu festen Zeiten auf der Station*	162	(13,6%)	11	(2,1%)
Inkontinenzeinlagen/waschbare Inkontinenzeinlagen*	870	(73,1%)	183	(34,9%)
Inkontinenzslips/Pants	395	(33,2%)	163	(31,0%)
Inkontinenzbetteinlagen, waschbare Betteinlagen*	785	(66,0%)	123	(23,4%)
Andere Maßnahmen*	80	(6,7%)	13	(2,5%)
Katheter*	109	(9,2%)	165	(31,4%)
Keine besonderen Maßnahmen*	37	(3,1%)	150	(28,6%)

* $p \leq 0,05$

5.3.1 Pflegemaßnahmen bei Frauen und Männern mit UI

In Pflegeheimen und Krankenhäusern wurden die meisten Pflegeinterventionen bei urininkontinenten Frauen gleich oft durchgeführt wie bei urininkontinenten Männern. Jedoch wurden in beiden Einrichtungsarten bei Frauen signifikant häufiger Inkontinenzeinlagen eingesetzt ($p \leq 0,05$). Bei Männern hingegen kamen signifikant häufiger keine besonderen Maßnahmen und Katheter im Rahmen der

Inkontinenzversorgung zum Einsatz ($p \leq 0,05$). Bei allen anderen Pflegeinterventionen konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern festgestellt werden. Die Pflegeinterventionen, die bei Männern und Frauen signifikant unterschiedlich oft zur Anwendung kamen, sind in Abbildung 14 und 15 für Pflegeheime und Krankenhäuser gesondert dargestellt.

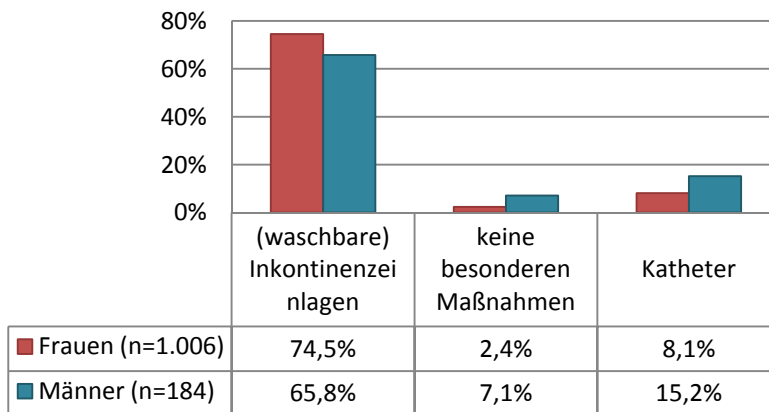


Abbildung 14: Signifikante Unterschiede bei Pflegemaßnahmen zwischen Frauen und Männern in Pflegeheimen

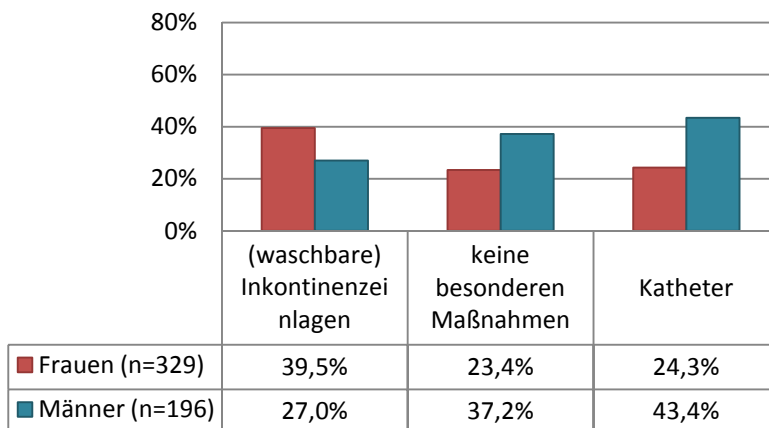


Abbildung 15: Signifikante Unterschiede bei Pflegemaßnahmen zwischen Frauen und Männern in Krankenhäusern

5.3.2 Pflegemaßnahmen bei Subtypen der Urininkontinenz

In Tabelle 9 wird die Häufigkeit der angewandten Pflegemaßnahmen getrennt nach Subtyp angeführt. Hierbei wurden BewohnerInnen von Pflegeheimen und PatientInnen von Krankenhäusern gemeinsam analysiert, da hier nicht die jeweilige Situation in den

Einrichtungsarten im Fokus steht, sondern die Durchführung von Pflegemaßnahmen bei den unterschiedlichen Subtypen.

Tabelle 9: Pflegemaßnahmen bei Subtypen der UI

Pflegemaßnahmen	Stress UI (n=82)	Drang UI (n=92)	Funktio- nale UI (n=170)	Misch UI (n=136)	Überlauf UI (n=30)	Totale UI (n=358)
Anpassung der Umgebung	37,8%	38%	38,8%	27,9%	16,7%	25,1%
Angepasste/leichte Bekleidung	36,6%	37%	42,4%	43,4%	40%	43,3%
Medikation	7,3%	18,5%	10,6%	13,9%	16,7%	3,9%
Auswertung der Medikation	1,2%	3,3%	10%	5,9%	6,7%	2,2%
Blasentraining/ Training der Beckenboden-muskulatur/ Muskelentspannungsübungen	11%	8,7%	2,9%	5,1%	3,3%	1,7%
Regelmäßiger Toilettengang zu festen Zeiten auf individueller Grundlage	31,7%	46,7%	51,8%	48,4%	26,7%	28,2%
Regelmäßiger Toilettengang zu festen Zeiten auf der Station	3,7%	8,7%	13,5%	11,8%	0%	15,6%
Inkontinenzeinlagen	61%	60,9%	66,5%	71,3%	30%	73%
Inkontinenzslips/Pants	28%	34,8%	27,6%	26,4%	40%	30,2%
Inkontinenzbetteinlagen	45,1%	48,9%	68,2%	56,6%	33,3%	70,9%
Andere Maßnahmen	22%	4,3%	2,9%	1,4%	10%	4,5%
Katheter	8,5%	7,6%	12,9%	6,6%	50%	10,3%
Keine besonderen Maßnahmen	3,7%	6,5%	4,7%	1,4%	0%	23,3%

Inkontinenzeinlagen und Inkontinenzbetteinlagen kommen bei allen Subtypen, außer bei Überlaufinkontinenz am häufigsten zum Einsatz. Ein Katheter stellte die häufigste Pflegeintervention bei Überlaufinkontinenz in Pflegeheimen und Krankenhäusern dar und wurde bei 50% der urininkontinenten Personen verwendet. Blasen- bzw. Beckenbodenmuskulaturtraining wurden bei Stress- und Dranginkontinenz am öftesten durchgeführt, während Toilettengänge zu fixen Zeiten auf individueller Grundlage am häufigsten bei Drang-, Misch- und Funktionaler Inkontinenz erfolgten. Keine besonderen Maßnahmen wurden bei totaler Inkontinenz am öftesten angewendet.

5.3.3 Pflegemaßnahmen bei Stuhlinkontinenz

Bei PatientInnen bzw. BewohnerInnen mit reiner Stuhlinkontinenz wurden sowohl in Pflegeheimen als auch in Krankenhäusern keine inkontinenzspezifischen Pflegeinterventionen durchgeführt.

5.4 Qualitätsindikatoren

In Tabelle 10 wird die Einhaltung der Qualitätsindikatoren in Pflegeheimen und in Krankenhäusern dargestellt. Am häufigsten verfügten beide Einrichtungsarten über standardisierte Informationen zum Inkontinenzstatus bei Verlegung und/oder Einweisung von PatientInnen bzw. BewohnerInnen. Anerkannte Richtlinien zur Inkontinenzbehandlung, deren Einhaltung und Aktualisierung überprüft werden, konnten drei Pflegeheime und sieben Krankenhäuser aufweisen. Informationsbroschüren zum Thema Inkontinenz wurden selten angeboten.

Tabelle 10: Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene in Pflegeheimen und Krankenhäusern

Qualitätsindikator	Pflegeheime (n=18)	Krankenhäuser (n=18)
Anerkannte Richtlinie zur Inkontinenzbehandlung	3	7
Einhaltung der Richtlinie wird überwacht	3	7
Es gibt ExperteIn, der/die für die Aktualisierung der Richtlinie zuständig ist	3	7
Es gibt eine/n Experten/in für Inkontinenzbehandlung	12	12
Fortbildung zu Inkontinenz in den letzten 2 Jahren	15	10
Protokoll für Verwaltung des Inkontinenzmaterials	6	11
Infobroschüre für PatientInnen vorhanden	4	6
Standardisierte Informationen zum Inkontinenzstatus bei Verlegung und/oder Einweisung	18	14

6 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, die Prävalenz von Urin-, Stuhl- und Doppelinkontinenz, sowie die Durchführung von inkontinenzbezogenen Pflegemaßnahmen und die Einhaltung von Qualitätsindikatoren in österreichischen Pflegeheimen und Krankenhäusern auf Einrichtungsebene zu untersuchen. Bezüglich Pflegemaßnahmen sollte zudem ein Vergleich der Inkontinenzversorgung zwischen Pflegeheimen und Krankenhäusern angestellt werden.

6.1 Schlussfolgerungen

Folgende Aussagen können aus den Ergebnissen abgeleitet und für die Beantwortung der zuvor gestellten Forschungsfragen herangezogen werden.

1. In Pflegeheimen konnte bei UI eine **Prävalenz** von 80,4%, in Krankenhäusern eine von 22,5% ermittelt werden. SI betreffend war die Prävalenz in Pflegeheimen 57,1% und in Krankenhäusern 8,2%. In beiden Einrichtungsarten wies der Großteil der stuhlinkontinenten PatientInnen und BewohnerInnen zusätzlich eine UI auf. Demnach war die Prävalenz von DI in Pflegeheimen 54,4% und in Krankenhäusern 6,5%. In Krankenhäusern waren signifikant mehr Frauen von UI betroffen als Männer und die Prävalenz der UI, SI und DI stieg mit zunehmendem Alter an. In Pflegeheimen hingegen war bei SI und DI eine geringere Prävalenz in höheren Altersgruppen zu verzeichnen. Subtypen der UI wurden in Krankenhäusern bei 30%, in Pflegeheimen bei 60% der von UI Betroffenen diagnostiziert.
2. Im Rahmen der Inkontinenzversorgung wurden bei reiner SI keine **Pflegemaßnahmen** durchgeführt. Bei UI kamen vornehmlich absorbierende Hilfsmittel, jedoch kaum kontinenzfördernde Maßnahmen zum Einsatz. Einzige Ausnahme stellte in Pflegeheimen die Intervention „Toilettengang zu festen Zeiten auf individueller Grundlage“ dar, die bei knapp der Hälfte der betroffenen BewohnerInnen durchgeführt wurde. In Krankenhäusern waren Katheter die zweithäufigste Pflegeintervention, die signifikant öfter bei Männern angewendet wurde. Ebenso wurden bei Männern häufiger keine besonderen Maßnahmen und bei Frauen Inkontinenzeinlagen

verwendet. Beinahe alle Pflegeinterventionen wurden in Pflegeheimen signifikant öfter durchgeführt als in Krankenhäusern.

3. Bezüglich **Qualitätsindikatoren** verfügten alle Pflegeheime und 14 Krankenhäuser über standardisierte Informationen zum Inkontinenzstatus bei Verlegung und/oder Einweisung von PatientInnen bzw. BewohnerInnen. 15 Pflegeheime und mehr als die Hälfte der Krankenhäuser beschäftigten Pflegepersonen, die innerhalb der letzten zwei Jahre an Fortbildungen zum Thema Inkontinenz teilgenommen hatten. Zwei Drittel der Pflegeheime und Krankenhäuser konnten auf eine/n Experten/in für Inkontinenz zurückgreifen. In beiden Einrichtungsarten wurden jedoch kaum Informationsbroschüren für PatientInnen zur Verfügung gestellt und selten befand sich eine verbindliche Richtlinie zur Inkontinenzversorgung in der Einrichtung.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

1. Forschungsfrage

Prävalenz der Urin-, Stuhl- und Doppelinkontinenz

Die ermittelte UI-Prävalenz in Pflegeheimen (80,4%) ist verglichen mit den Ergebnissen internationaler Erhebungen, die von 43-77% reichen, relativ hoch (Arndt et al. 2006; Offermans et al. 2007; Offermans et al. 2009). Grund dafür könnte sein, dass die Definition von UI in dieser Erhebung sehr breit gefasst war und daher viele Personen als inkontinent identifiziert wurden. Diese Tendenz ist auch in der systematischen Übersichtsarbeit von Offermans et al. (2009) erkennbar, in der die Prävalenz bei Studien die UI als „jeglichen unfreiwilligen Urinverlust“ definierten höher war, als bei Erhebungen, die UI als „mindestens zweimal wöchentlichen unfreiwilligen Urinverlust“ festlegten. Die Vergleichbarkeit mit internationalen Prävalenzdaten ist aufgrund unterschiedlicher Definitionen und Erhebungsinstrumente daher nur begrenzt gegeben (Saxer et al. 2008).

In Krankenhäusern befindet sich die UI Prävalenz mit 22,5% im internationalen Mittelfeld. Denn weltweit reichen Prävalenzdaten der UI von 18-27% (Arndt et al. 2006; Offermans et al. 2007; Nojomi, Amin & Rad 2008; Ostaszkiwicz, O'Connell & Millar 2008).

Im Vergleich zur Prävalenz des Vorjahres ist bei UI sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeheimen jeweils ein Anstieg von 5% zu verzeichnen (Schoberer 2009). Der jeweilige

Anstieg der Prävalenz in den beiden Einrichtungsarten vom letzten Jahr zu diesem könnte darauf zurückzuführen sein, dass teilnehmende Einrichtungen durch die vorjährige Pflegequalitätserhebung bereits für das Thema Inkontinenz sensibilisiert wurden und daher häufiger eine Inkontinenz bei den BewohnerInnen bzw. PatientInnen feststellten. Diese Entwicklung gilt es mittels weiterer Pflegequalitätserhebungen zu verfolgen.

Die Prävalenz der Stuhlinkontinenz ist in Pflegeheimen mit 57% ähnlich dem Wert, der letztes Jahr in Österreich erhoben wurde (60%) (Schoberer 2009) und den Werten der Jahre 2003-2005 in Deutschland (46-58%) (Dassen 2009), jedoch weit über der Prävalenz der 2009 in Deutschland durchgeführten Erhebung, die bei 40,6% lag (Dassen 2009). Möglicherweise wurde in Deutschland durch das Aufzeigen der hohen Prävalenz von SI das Bewusstsein für dieses Pflegephänomen geschärft und vermehrt Aktivitäten diesbezüglich durchgeführt.

In österreichischen Krankenhäusern war die Prävalenz der SI mit 8% gering und in etwa vergleichbar mit den Werten der vorjährigen Erhebung (11%) (Schoberer 2009) sowie der Prävalenz in Deutschland, die in den Jahren 2003-2005 zwischen 10 und 16% lag. Die Prävalenz für SI in österreichischen Krankenhäusern liegt jedoch weit unter den in Australien festgestellten Werten von 20% (Ho et al. 2005) oder der Prävalenz von 46% aus den USA (Hughes et al. 2008). Bei einem Vergleich mit diesen beiden Werten ist jedoch Vorsicht geboten, da diesen Studien andere Definitionen und Erhebungsinstrumente zugrunde liegen als der Pflegequalitätserhebung in Österreich.

DI wurde in Pflegeheimen und Krankenhäusern annähernd gleich häufig festgestellt wie SI. Demnach leidet ein Großteil der von SI Betroffenen zusätzlich an einer UI. Dieses Ergebnis deckt sich mit Resultaten aus der Literatur und bestätigt, dass UI ein maßgeblicher Risikofaktor für eine SI darstellt (Ho et al. 2005).

Prävalenz der Inkontinenz bei Frauen und Männern

In Krankenhäusern waren Frauen signifikant häufiger von UI betroffen als Männer, was den Ergebnissen anderer Forschungsarbeiten entspricht (Arndt et al. 2006; Schoberer 2009) und auf ein erhöhtes Inkontinenzrisiko bei Frauen zurückzuführen ist (Niederstadt & Gaber 2007). In österreichischen Pflegeheimen konnte bezüglich UI kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen festgestellt werden, obwohl dieser Sachverhalt in internationalen Forschungsarbeiten nachgewiesen wurde (Aggazzotti et al. 2000; Saxer et al. 2008). Grund dafür könnte sein, dass in Österreich Personen erst bei einem sehr schlechten Allgemeinzustand in einem Pflegeheim betreut werden und demnach nicht das

Geschlecht den maßgeblichen Risikofaktor für eine Inkontinenz darstellt, sondern andere Faktoren wie Einschränkungen der Mobilität oder Neurologische Erkrankungen eine Inkontinenz begünstigen (Sachsenmaier 1991).

Bezüglich Geschlechterunterschiede bei der Prävalenz von SI sind in der Literatur widersprüchliche Aussagen zu finden (Tabali et al. 2006; Aslan et al. 2009; Schoberer 2009). In Österreich konnte diesbezüglich weder in Pflegeheimen noch in Krankenhäusern ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen festgestellt werden.

Prävalenz der Inkontinenz in verschiedenen Altersgruppen

Mit zunehmendem Alter konnte ein Anstieg der SI und UI in Krankenhäusern nachgewiesen werden, was mit Ergebnissen aus anderen Studien übereinstimmt (Arndt et al. 2006; Tabali et al. 2006; Nojomi, Amin & Rad 2008; Aslan et al 2009; Schoberer 2009). Dies wird in der Literatur häufig damit begründet, dass sich Risikofaktoren wie Multimorbidität, Demenz oder Immobilität im Alter entwickeln bzw. verstärken (Aslan et al. 2009). In Pflegeheimen wurde ein Rückgang der SI mit zunehmendem Alter aufgezeigt, was den Ergebnissen anderer Studien widerspricht (Tabali et al. 2006; Aslan et al. 2009; Schoberer 2009) Beinahe 70% der unter 70-jährigen PflegeheimbewohnerInnen wiesen eine SI auf, während ca. 50% der über 70-Jährigen eine SI vorwiesen. Dies könnte daran liegen, dass jüngere Menschen, die in einem Pflegeheim versorgt werden, meist sehr stark pflegeabhängig (z.B. immobil aufgrund von Querschnittslähmung etc.) sind.

Prävalenz der Inkontinenz und Krankheitsbilder

Bezüglich Krankheitsbilder wurde jeweils ermittelt, wie viel Prozent der Personen mit einer bestimmten Grunderkrankung auch an UI/SI litten. Dabei konnten einige Krankheitsbilder ausfindig gemacht werden, deren Betroffene häufiger inkontinent waren, als Personen mit anderen Grunderkrankungen. In der Literatur werden Einschränkungen der kognitiven Leistungen oder der Mobilität sowie neurologische Erkrankungen mit Inkontinenz in Verbindung gebracht (Sachsenmaier 1991). Dies konnte im Rahmen dieser Arbeit bestätigt werden. So war der Anteil an inkontinenten Personen in Pflegeheimen bei Demenz und neurologischen Problemen (Unfallverletzungen, Schlaganfall, Querschnittsläsion, Erkrankung des Nervensystems) am größten. In Krankenhäusern war der Anteil an inkontinenten PatientInnen bei Demenzkranken am größten, gefolgt von PatientInnen, die auf Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens angewiesen waren.

Bei Personen mit diesen Krankheitsbildern sollte von Pflegepersonen vermehrte Aufmerksamkeit auf Inkontinenz gerichtet werden.

Prävalenz der Urininkontinenz und Subtypen

Mit einer Subtypondiagnose bei 60% der urininkontinenten PflegeheimbewohnerInnen ist die Situation in Österreich besser als in den Niederlanden, in denen bei 30% der von UI Betroffenen ein Subtyp festgestellt wurde (Offermans et al. 2007). Verglichen mit der Erhebung letzten Jahres hat sich die Situation in österreichischen Pflegeheimen verbessert, denn 2009 wurde bei 25% der PflegeheimbewohnerInnen der Subtyp diagnostiziert (Schoberer 2009). Eine Verbesserung könnte auch in den Niederlanden stattgefunden haben, jedoch waren zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit die diesjährigen Ergebnisse der Pflegequalitätserhebung in den Niederlanden noch nicht zugänglich.

Im Setting Krankenhaus wurde bei 30% der von UI Betroffenen ein Subtyp diagnostiziert. Hier ist die Situation ähnlich der in den Niederlanden (Offermans et al. 2007) und der des letzten Jahres in Österreich (Schoberer 2009). Vor allem in Krankenhäusern ist demnach die Diagnosestellung unzureichend. Gründe dafür könnten sein, dass für Pflegepersonen konkurrierende Prioritäten im Klinikalltag bestehen (Dingwall & McLafferty 2006). Um angemessene Pflegeinterventionen abzuleiten, ist jedoch die Feststellung des Subtyps essentiell (Offermans et al. 2007).

In beiden Einrichtungsarten wurden alle Subtypen der UI bei Männern annähernd gleich oft diagnostiziert wie bei Frauen. Es konnten jedoch Veränderungen in der Diagnosestellung mit zunehmendem Alter festgestellt werden. So wurden bei älteren Personen in Pflegeheimen häufiger Subtypen diagnostiziert als bei jüngeren. Mögliche Ursache dafür könnte sein, dass UI meist mit älteren Personen assoziiert wird (Shaw et al. 2001) und dieser Population diesbezüglich eventuell mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Ebenso fällt auf, dass in beiden Einrichtungsarten bei Personen, die mit einem Katheter versorgt wurden, seltener ein Subtyp diagnostiziert wurde, als bei jenen Betroffenen die nicht katheterisiert waren. Es stellt sich die Frage, warum Pflegepersonen bei katheterisierten Personen kaum Subtypen-Diagnosen stellen.

Von allen Subtypen wurde in Pflegeheimen totale Inkontinenz am häufigsten diagnostiziert, gefolgt von funktionaler Inkontinenz. Dies entspricht den Ergebnissen aus der Literatur (Offermans et al. 2007; Schoberer 2009). Bei funktionaler Inkontinenz liegt keine urogenitale Funktionsstörung vor. Betroffene können aus diversen Gründen die

Toilette nicht rechtzeitig aufsuchen. Das bedeutet für Pflegende, dass durch Anpassung der Kleidung und Umgebung sowie Hilfestellung beim Toilettengang, die Anzahl der von funktionaler Inkontinenz Betroffenen wahrscheinlich verringert werden könnte.

In Krankenhäusern waren die Subtypen annähernd gleichmäßig verteilt, wobei Stress- und Dranginkontinenz etwas häufiger diagnostiziert wurden. In Deutschland und den Niederlanden wurde funktionale Inkontinenz noch vor Stress- und Dranginkontinenz am häufigsten in Krankenhäusern festgestellt (Offermans et al. 2007; Dassen 2009). Der Subtyp Überlaufinkontinenz wird in beiden Settings kaum diagnostiziert. Hier stellt sich die Frage, ob dieser Subtyp schwer festzustellen ist, wenige Pflegepersonen über diesen Subtyp Bescheid wissen, oder er tatsächlich sehr selten auftritt.

2. Forschungsfrage

Pflegemaßnahmen bei Stuhlinkontinenz

Bei Personen mit reiner SI wurden keine Pflegeinterventionen durchgeführt. Eine mögliche Ursache könnte sein, dass Pflegepersonen zu wenig über das Pflegephänomen SI informiert sind oder die Behandlung von SI negative Gefühle hervorruft (Putz 2002). Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass in der Pflegepraxis im Rahmen der SI-Versorgung keinerlei Pflegeinterventionen Einsatz finden. Daher könnte dieses Ergebnis auch auf eine Fehlinterpretation des Fragebogens zurückzuführen sein. Im Fragebogen werden die Pflegeinterventionen direkt nach den Fragen zu UI abgefragt. Informationen zu SI werden nach den Fragen zu Pflegeinterventionen eingeholt. Es könnte daher der Eindruck entstanden sein, dass sich die Pflegemaßnahmen nur auf die Versorgung bei UI beziehen. Diese Überlegung sollte bei der Vorbereitung des Erhebungsbogens für die kommende Pflegequalitätserhebung berücksichtigt werden.

Pflegemaßnahmen bei Urininkontinenz

Sowohl in Pflegeheimen als auch in Krankenhäusern kamen absorbierende Inkontinenzeinlagen und Inkontinenzbetteinlagen als Pflegemaßnahme unabhängig vom Subtyp am häufigsten zum Einsatz. Dies spiegelt die internationale Versorgungssituation von PatientInnen und BewohnerInnen mit UI wider (Offermans et al. 2007; Ostaszkiwicz, O'Connell & Millar 2008; Pfisterer et al. 2008; Dassen 2009; Schoberer 2009). Grund dafür könnte sein, dass für viele Pflegepersonen Sauberkeit und Geruchsvermeidung im Vordergrund steht und zudem der Einsatz dieser Hilfsmittel Routine darstellt (Pfisterer et

al. 2008). Kontinenzfördernde Maßnahmen hingegen kamen in beiden Settings kaum zur Anwendung. So wurden Blasen-, Beckenbodenmuskulaturtraining oder Muskelentspannungsübungen in Pflegeheimen bei 2,4% und in Krankenhäusern bei 5,7% durchgeführt. Die geringe Durchführung von Beckenbodenmuskulaturtraining findet sich auch im internationalen Vergleich wieder (Wagg et al. 2008; Dassen 2009). Blasentraining wird in Großbritannien hingegen bei 16% der PflegeheimbewohnerInnen durchgeführt (Wagg et al. 2008). Am häufigsten wurde Blasen- oder Beckenbodenmuskeltraining in Österreich bei Personen mit Stressinkontinenz durchgeführt. Betroffene müssen zur Durchführung von Blasen- oder Beckenbodenmuskulaturtraining mobil und kognitiv uneingeschränkt sein. Dies könnte ein Grund dafür sein, warum diese Maßnahmen in Pflegeheimen kaum Anwendung fanden (Zarowitz & Ouslander 2007). Es könnte jedoch auch daran liegen, dass viele Pflegepersonen keine Hoffnung haben, eine UI zu reduzieren oder zu heilen und sie als unausweichliches Gesundheitsproblem im Alter ansehen. Zudem fühlen sich Pflegepersonen oft nicht zuständig, ein Beckenbodenmuskulaturtraining durchzuführen (Dingwall & McLafferty 2006). Es gibt jedoch viele Forschungsergebnisse, welche die Wirksamkeit dieser kontinenzfördernden Maßnahmen belegen (Roe et al. 2007; Fink et al. 2008).

Eine Ausnahme der kontinenzfördernden Maßnahmen stellt „Toilettengang zu festen Zeiten auf individueller Basis“ in Pflegeheimen dar. Diese Pflegeintervention wird mit 43% häufig durchgeführt. Diese Erkenntnis deckt sich mit internationalen Ergebnissen (Wagg et al. 2008; Dassen 2009).

Vergleich der Pflegemaßnahmen zwischen Pflegeheimen und Krankenhäusern

Bei allen Pflegeinterventionen außer bei Medikation und Inkontinenzslips lag ein signifikanter Unterschied zwischen österreichischen Pflegeheimen und Krankenhäusern vor. Blasentraining und Katheter kamen signifikant häufiger in Krankenhäusern zum Einsatz. Alle anderen Pflegeinterventionen wurden signifikant häufiger in Pflegeheimen durchgeführt. Ebenso fällt auf, dass in Krankenhäusern bei über zwei Drittel der von UI Betroffenen keine Pflegeinterventionen durchgeführt wurden. Dies könnte daran liegen, dass bei über zwei Drittel der Urininkontinenten kein Subtyp diagnostiziert wurde und in weiterer Folge auch keine besonderen Pflegeinterventionen eingeleitet wurden. Diese Ergebnisse könnten auch auf der eher geringen Bedeutung beruhen, die Inkontinenz in Krankenhäusern verglichen mit akuten, lebensbedrohlichen Gesundheitsproblemen beigemessen wird (Dingwall & McLafferty 2006).

In Krankenhäusern wurden viele urininkontinente Personen (31%) mit einem Katheter versorgt. Dies ist ein wesentlich größerer Anteil als 2009 erhoben wurde (2%) (Schoberer 2009), entspricht jedoch der Situation in den Niederlanden und Australien, in denen auch ca. 30% der von UI betroffenen KrankenhauspatientInnen katheterisiert waren (Offermans et al. 2007; Ostaszkiwicz, O'Connell & Millar 2008). Auch die Situation in Pflegeheimen ist bezüglich Katheter (9%) mit jener in den Niederlanden vergleichbar (Offermans et al. 2007). Am häufigsten wurden in Österreich Personen, die an einer Überlaufinkontinenz litten, mit einem Katheter versorgt. Bei 50% der von Überlauf-UI Betroffenen kam ein Katheter zum Einsatz. Warum diese invasive und von PatientInnen meist unbeliebte Maßnahme (Pfisterer et al. 2007) in Krankenhäusern bei einem Drittel der urininkontinenten Personen verwendet wird, sollte untersucht werden.

Auf UI bezogene Pflegemaßnahmen bei Frauen und Männern

Vergleicht man die Durchführung von Pflegeinterventionen zwischen Frauen und Männern, finden sich drei Maßnahmen, bei denen signifikante Unterschiede vorliegen. So werden Männer statistisch signifikant häufiger mit einem Katheter versorgt und erhalten seltener besondere Maßnahmen. Dies könnte daran liegen, dass UI meist als weibliches Gesundheitsproblem angesehen wird und Männer daher seltener inkontinenzspezifisch versorgt werden. In beiden Einrichtungsarten wurden Frauen signifikant öfter mit Inkontinenzeinlagen versorgt. Möglicherweise, weil das Tragen von Einlagen für Männer gewöhnungsbedürftiger ist als für Frauen.

3. Forschungsfrage

Qualitätsindikatoren

Bezüglich Qualitätsindikatoren war in beiden Einrichtungsarten der Qualitätsindikator „Standardisierte Informationen zum Inkontinenzstatus bei Verlegung und/oder Einweisung von Personen mit Inkontinenz“ am häufigsten vorhanden, welcher dieses Jahr erstmals im Rahmen der Pflegequalitätserhebung erhoben wurde. ExpertInnen, die auf die Inkontinenzversorgung spezialisiert sind, waren in ca. zwei Drittel der Einrichtungen vorhanden. Im Vergleich dazu kann in England in 90% der 198 untersuchten Krankenhäuser und in 96% der 29 Pflegeheime auf InkontinenzexpertInnen zurückgegriffen werden (Potter et al. 2007). Hier besteht in Österreich noch Verbesserungspotential.

Schriftliche Richtlinien zur Inkontinenzversorgung sind nur in drei Pflegeheimen und sieben Krankenhäusern vorhanden, obwohl in der Literatur häufig auf die positive Auswirkung von evidenzbasierte Richtlinien auf die Pflegequalität hingewiesen wird (Mueller & Cain 2002; Zarowitz & Ouslander 2007). Es kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass die Richtlinien in österreichischen Einrichtungen evidenzbasiert sind, also den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen. Auch PatientInneninformationen zum Thema Inkontinenz werden nur ca. in einem Viertel der Pflegeheime und Krankenhäuser bereitgestellt, während das in England in 85% der Pflegeheime der Fall ist (Potter et al. 2007). Dies, obwohl solche Informationsbroschüren mit wenig Kosten und geringem Aufwand verbunden sind, den Betroffenen jedoch wertvolle Hilfestellung im Umgang mit dem Tabuthema Inkontinenz bieten (Milne 2000).

6.3 Limitationen der Studie

Da die Teilnahme an der Pflegequalitätserhebung freiwillig und zudem mit Kosten und Zeitaufwand verbunden war, besteht die Möglichkeit, dass vorrangig Einrichtungen teilgenommen haben, die den untersuchten Pflegephänomenen bereits größere Aufmerksamkeit schenken. Dies kann besonders im Bereich der Qualitätsindikatoren und Pflegeinterventionen zu einer idealisierten Darstellung der Situation führen und einen Erhebungsbias verursacht haben.

Als weitere Limitation ist anzumerken, dass von allen TeilnehmerInnen eine schriftliche informierte Zustimmung eingeholt werden musste. Dies könnte einige potentielle TeilnehmerInnen verunsichert und von der Teilnahme abgehalten haben. Um in Zukunft mehr TeilnehmerInnen zu gewinnen, sollte das Einholen einer mündlichen informierten Zustimmung ausreichend sein, wie es in den anderen Ländern, die diese Pflegequalitätserhebung ebenfalls durchführen, der Fall ist.

Da der Erhebung eine Gelegenheitsstichprobe zugrunde liegt, die nicht per Zufall erzeugt wurde und demnach nicht repräsentativ ist, sind die Ergebnisse dieser Arbeit nicht ohne weiteres für ganz Österreich generalisierbar. Die Tatsache, dass die Ergebnisse jedoch größtenteils mit denen aus internationalen Studien übereinstimmen, bestärkt wiederum die Aussagekraft der gewonnenen Erkenntnisse.

6.4 Implikationen für Praxis und Forschung

Diese Arbeit konnte aufzeigen, wie weit verbreitet das Pflegephänomen Inkontinenz in österreichischen Pflegeheimen und Krankenhäusern ist. Bedenkt man die Folgen, die für Betroffene dadurch entstehen, wird ersichtlich, dass dieses Thema in Zukunft in der Pflegepraxis verstärkte Aufmerksamkeit erhalten sollte, damit eine optimale Versorgung und Behandlung Betroffener möglich ist.

Besonders bei der Diagnosestellung von Subtypen herrscht vor allem in Krankenhäusern großer Handlungsbedarf, da nur bei Feststellung des speziellen Subtyps der UI auch angemessene und wirksame Pflegeinterventionen durchgeführt werden können.

In Zukunft sollten zudem vermehrt kontinenzfördernde Pflegeinterventionen durchgeführt werden und absorbierende Hilfsmittel sowie Katheter eher ergänzend zu einer Therapie angewendet werden.

Ebenso ist darauf zu achten, dass Inkontinenz auch jüngere Personen betreffen kann und daher die Subtypendiagnostizierung bei jüngeren Altersgruppen häufiger durchgeführt werden sollte. Vermehrte Aufmerksamkeit seitens der Pflegepersonen sollte im Rahmen der Inkontinenzversorgung zukünftig auch Personen mit bestimmten Grunderkrankungen, die häufiger mit einer Inkontinenz auftreten, entgegengebracht werden.

Im Zusammenhang mit SI wurden im Fragebogen keine Pflegeinterventionen angegeben. Um sicher zu stellen, dass dies nicht auf einer Fehlinterpretation des Fragebogens beruht, sollte der Fragebogen in Zukunft explizit Maßnahmen bei Stuhlinkontinenz abfragen.

Die Erhebung der Qualitätsindikatoren zeigte einen Mangel an Richtlinien zur Inkontinenzversorgung in österreichischen Pflegeheimen und Krankenhäusern. Hierbei sind Forschung und Praxis aufgerufen, evidenzbasierte Richtlinien in die Praxis zu implementieren. Ebenso sollten zukünftig in allen Einrichtungen Informationsbroschüren für Betroffene aufliegen, um ein niederschwelliges Informationsangebot zum Tabuthema Inkontinenz sicherzustellen.

Zukünftige Forschung sollte Fragen, die in dieser Arbeit aufgeworfen wurden, nachgehen. Demnach sollte untersucht werden, warum SI mit zunehmendem Alter in Pflegeheimen

seltener auftritt. Ebenso, warum die Prävalenz von SI in deutschen Pflegeheimen in den letzten Jahren zurückgegangen ist und ob dies auch in Österreich möglich wäre. Ferner sollte erforscht werden, warum Subtypen im Allgemeinen und speziell bei katheterisierten Personen selten diagnostiziert werden. Es sollte auch untersucht werden, warum der Großteil der Pflegemaßnahmen in Pflegeheimen signifikant häufiger als in Krankenhäusern durchgeführt wird.

Die Erkenntnisse dieser Arbeit können in weiterer Folge als Grundlage für Längsschnittvergleiche zur Inkontinenzversorgung in österreichischen Einrichtungen herangezogen werden. Denn werden Prävalenzstudien jährlich durchgeführt, wird die Beobachtung der Entwicklung von Inkontinenz und der Wirksamkeit der Inkontinenzbehandlung in österreichischen stationären Einrichtungen ermöglicht (Polit & Beck 2004; Arndt et al. 2006). Daher wird den Einrichtungen empfohlen, auch nächstes Jahr bei der Pflegequalitätserhebung teilzunehmen.

Literaturverzeichnis

Abrams, P, Cardozo, L, Fall, M, Griffiths, D, Rosier, P, Ulmsten, U, Kerrebroeck, P, Viktor, A, Wein, A 2002, 'The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society', *Neurourology and Urodynamics*, vol. 21, no. 2, pp. 167-178.

Aggazzotti, G, Pesce, F, Grassi, D, Fantuzzi, G, Righi, E, De Vita, D, Santacroce, S, Artibani, W 2000, 'Prevalence of urinary incontinence among institutionalized patients: a cross-sectional epidemiologic study in a midsized city in northern Italy', *Urology*, vol. 56, no. 2, pp. 245-249.

Anger, JT, Saigal, CS, Pace, J, Rodriguez, LV, Litwin, MS 2006, 'True prevalence of urinary incontinence among female nursing home residents', *Urology*, vol. 67, no. 2, pp. 281-187.

Arndt, KA, Dohrendorf, H, Tannen, A, Braumann, A, Dassen, T 2006, 'Prävalenz der Harninkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen: ein unterschätztes Problem', *Pflegezeitschrift*, vol. 59, no. 10, pp. 635-638.

Aslan, E, Beji, NK; Erkan, HA, Yalcin, O, Gungor, F 2009, 'The prevalence of and related factors for urinary and fecal incontinence among older residing in nursing homes', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 18, no. 23, pp. 3290-3298.

Bartholomeyczik, S & Nonn, CR (Hrsg.) 2005, *Fokus: Epidemiologie und Pflege*, Schlütersche, Witten/Herdecke.

Bortz, J 2005, *Statistik: Für Human- und Sozialwissenschaftler*, 6. Aufl., Springer Medizin Verlag, Berlin.

Botlero, R, Urquhart, DM, Davis, SR; Bell, RJ 2008, 'Prevalence and incidence of urinary incontinence in women: review of the literature and investigation of methodological issues', *International Journal of Urology: Official Journal of the Japanese Urological Association*, vol. 15, no. 3, pp. 230-234.

Buckley, BS & Lapitan, MCM 2009, 'Prevalence of urinary and faecal incontinence and nocturnal enuresis and attitudes to treatment and help-seeking amongst a community-based representative sample of adults in the United Kingdom', *International Journal of Clinical Practice*, vol. 63, no. 4, pp. 568-573.

Burns, N & Grove, SK (Hrsg.) 2005, *Pflegeforschung verstehen und anwenden*, Elsevier-Urban & Fischer, München.

Chiarelli, P, Bower, W, Wilson, A, Attia, J, Sibbritt, D 2005, 'Estimating the prevalence of urinary and faecal incontinence in Australia: systematic review', *Australasian Journal on Ageing*, vol. 24, no. 1, pp. 19-27.

Collette, C, Leclerc, G & Tu, LM 2003, 'Effectiveness of a geriatric urinary incontinence educational program for nursing staff', *Nursing Leadership*, vol. 16, no. 4, pp. 99-109.

Conner, EL & Lind, L 2001, 'Urinary incontinence in nursing homes: epidemiology and management guidelines', *Primary Care Update for OB/GYNS*, vol. 8, no. 6, pp. 248-252.

Cooper, G & Watt, E 2003, 'An exploration of acute care nurses' approach to assessment and management of people with urinary incontinence', *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, vol. 30, no. 6, pp. 305-313.

Damon, H, Guye, O, Seigneurin, A, Long, F; Sonko, A, Faucheron JL; Grandjean, JP, Mellier, G, Valancogne, G, Fayard, MO, Henry, L, Guyot, P, Barth, X, Mion, F 2006, 'Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality-of-life', *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, vol. 30, no. 1, pp. 37-43.

Dassen, T (Hrsg.) 2009, *Bundesweite Erhebung zu Pflegeproblemen 2009. Studie aus Pflegeheimen und Krankenhäusern*, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Berlin.

Dingwall, L & McLafferty, E 2006, 'Do nurses promote urinary continence in hospitalized older people? An exploratory study', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 15, no. 10, pp. 1276-1286.

Du Moulin, MFMT, Hamers, JPH, Ambergen, AW, Halfens, RJG 2009, 'Urinary incontinence in older adults receiving home care diagnosis and strategies', *Scandinavian Journal of Caring Science*, vol. 23, no. 2, pp. 222-230.

Durrant, J & Snape, J 2003, 'Urinary incontinence in nursing homes for older people', *Age and Ageing*, vol. 32, no. 1, pp. 12-18.

Edwards, NJ & Jones, D 2001, 'The prevalence of faecal incontinence in older people living at home', *Age and Ageing*, vol. 30, no. 6, pp. 503-507.

Fink, HA, Taylor, B, Tacklind, JW, Rutks, IR, Wilt, TJ 2008, 'Treatment interventions in nursing home residents with urinary incontinence: a systematic review of randomized trials', *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 83, no. 12, pp. 1332-1343.

Fultz, NH, Fisher, GG, Jenkins, KR 2004, 'Does urinary incontinence affect middle-aged and older women's time use and activity pattern?', *Obstetricians and Gynecologists*, vol. 104, no. 6, pp. 1327-1334.

Ho, YH; Muller, R, Veitch, C, Rane, A, Durrheim, D 2005, 'Faecal incontinence: an unrecognized epidemic in rural North Queensland? Results of a hospital-based outpatient study', *Australien Journal of Rural Health*, vol. 13, no. 1, pp. 28-34.

Holroyd-Leduc, JM, Lyder, CH & Tannenbaum, C 2006, 'Practical management of urinary incontinence in the long-term care setting', *Anal of Long-Term Care*, vol. 14, no. 2, pp. 30-37.

Horrocks, S, Somerset, M, Stoddard, H, Peters, TJ 2004, 'What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services', *Family Practice*, vol. 21, no. 6, pp. 689-696.

Hughes, BT; Chepyala, P, Hendon, S, Crowell, MD, Olden, KW 2008, 'Fecal incontinence in an inpatient population: a not uncommon finding', *Digestive Diseases and Sciences*, vol. 54, no. 10, pp. 2215-2219.

Johnson, TM, Ouslander, JG; Uman, GC; Schnelle, JF 2001, 'Urinary incontinence treatment preferences in long-term care', *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 49, no. 6, pp. 710-718.

Jumadilova, Z, Zyczynski, T, Paul, B, Narayanan, S 2005, 'Urinary incontinence in the nursing home: resident characteristics and prevalence of drug treatment', *The American Journal of Managed Care*, vol. 11, no. 4, pp. 112-120.

Lohrmann, C (Hrsg.) 2009, *Prävalenzerhebung 07.April 2009*, Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft, Graz.

LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) 2010,
<http://www.lpz-um.eu/aut/lpz/allgemein> (letzter Zugriff: 20.07.2010).

Macmillan, AK, Merrie, AEH, Marshall, RJ, Parry, BR 2004, 'The prevalence of fecal incontinence in community dwelling adults: a systematic review of the literature', *Diseases of the Colon & Rectum*, vol. 47, no. 8, pp. 1314-1349.

Melville, JL, Katon, W, Delaney, K, Newton, K 2005, 'Urinary incontinence in US women: a population-based study', *Archives of Internal Medicine*, vol. 165, no. 5, pp. 537-542.

Milne, J 2000, 'The impact of information on health behaviors of older adults with urinary incontinence', *Clinical Nurse Research*, vol. 9, no. 2, pp. 161-176.

Mueller, C & Cain, H 2002, 'Comprehensive management of urinary incontinence through quality improvement efforts', *Geriatric Nursing*, vol. 23, no. 2, pp. 82-87.

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) 2007, *Faecal incontinence: the management of faecal incontinence in adults*, National Collaborating Centre for Acute Care, London,
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11012/30548/30548.pdf>
(letzter Zugriff: 16.08.2010).

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) 2006, *Urinary incontinence. The management of urinary incontinence in women*, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, London,
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10996/30282/30282.pdf>
(letzter Zugriff: 16.08.2010).

Niederstadt, C & Gaber, E 2007, *Harninkontinenz – Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Robert Koch Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, Berlin.

Nojomi, M, Amin, E & Rad, R 2008, 'Urinary incontinence: Hospital-based prevalence and risk factors', *Journal of Research in Medical Sciences*, vol. 13, no. 1, pp. 22-28.

Nuotio, M, Jylhä, M, Luukkaala, T, Tammela, T 2003a, 'Urinary incontinence in a Finnish population aged 70 over', *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 21, no. 3, pp. 182-187.

Nuotio, M, Tammela, TLJ, Luukkaala, T, Jylhä, M 2003b, 'Predictors of institutionalization in an older population during a 13-year period: the effect of urge incontinence', *Journal of Gerontology: Medical Science*, vol. 58, no. 8, pp. 756-762.

Offermans, MPW, Du Moulin, MFMT, Hamers, JPH, Dassen, T, Halfens, RJG 2009, 'Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: a systematic review', *Neurourology and Urodynamics*, vol. 28, no. 4, pp. 288-294.

Offermans, M, Halfens, R, Hamers, J, Dassen T 2007, 'Urinary incontinence in dutch health care organizations', *Neurourology and Urodynamics*, vol. 26, no. 5, pp. 630-631.

Oliver, D, Daly, F, Martin, FC; McMurdo, M 2004, 'Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review', *Age and Ageing*, vol. 33, no. 2, pp. 122-130.

Ostaszkiwicz, J, O'Connell, B & Millar, L 2008, 'Incontinence: Managed or mismanaged in hospital settings?', *International Journal of Nursing Practice*, vol. 14, no. 6, pp. 495-502.

Ouslander, JG 2007, 'Quality improvement initiatives for urinary incontinence in nursing homes', *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 8, no. 3, pp. 6-11.

Ouslander, JG, Maloney, C, Grasela, TH, Rogers, L, Walawander, CA 2001, 'Implementation of a nursing home urinary incontinence management program with and without tolterodine', *Journal of American Medical Directors Association*, vol. 2, no. 5, pp. 207-214.

Perabo, F & Müller, SC (Hrsg.) 2009, *Inkontinenz Fragen und Antworten*, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

Pfisterer, MHD, Johnson, TM, Jenetzky, E, Hauer, K, Oster, P 2007, 'Geriatric patients' preferences for treatment of urinary incontinence: a study of hospitalized, cognitively competent, adults aged 80 or older', *Journal of American Geriatric Society*, vol. 55, no. 12, pp. 2016-2022.

Pfisterer, MHD; Müller, E, Oster, P, Müller, M 2008, 'Die Situation von PflegeheimbewohnerInnen mit Kontinenzproblemen: eine Studie in 2 deutschen Pflegeheimen', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 41, no. 5, pp. 408-414.

Polit, DF & Beck, CT 2004, *Nursing research: principles and methods*, 7. Aufl., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Potter, J, Peel, P, Mian, S, Lowe, D, Irwin, P, Pearson, M, Wagg, A 2007, 'National audit of continence care for older people: management of faecal incontinence', *Age and Ageing*, vol. 36, no. 3, pp. 268-273.

Putz, C 2002, 'Inkontinenz – ein Pflegeproblem?', *Österreichische Pflegezeitschrift*, vol. 55, no. 4, pp. 22-23.

Reiter, A, Geraedts, M, Stillger, R, Misselwitz, B 2002, 'Evaluation und Überarbeitung der Qualitätsindikatoren in der operativen Gynäkologie', *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, vol. 62, no. 7, pp. 635-643.

Resnick, NM 1987, 'Older women's health: contemporary and emerging health issues. Urinary incontinence', *Public Health Reports*, vol. 102, no. 4, pp. 67-70.

Roe, B, Ostaszkiwicz, J, Milne, J, Wallace, S 2007, 'Systematic reviews of bladder training and voiding programmes in adults: a synopsis of findings on theory and methods using metastudy techniques', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 57, no. 1, pp. 3-14.

Sachsenmaier, B 1991, *Inkontinenz: Helfen, Versorgung und Pflege*, Schlütersche, Hannover.

Saxer, S, De Bie, RA; Dassen, T, Halfens, RJG 2009, 'Knowledge, beliefs, attitudes, and self-reported practice concerning urinary incontinence in nursing home care', *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, vol. 36, no. 5, pp. 539-544.

Saxer, S, Halfens, RJG, De Bie, RA, Dasse, T 2008, 'Prevalence and incidence of urinary incontinence of Swiss nursing home residents at admission and after six, 12 and 24 months', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17, no. 18, pp. 2490-2496.

Schoberer, D 2009, *Prävalenz und Management der Inkontinenz in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen*, Masterarbeit an der Medizinischen Universität Graz.

Shaw, C, Tansey, R, Jackson, C, Hyde, C, Allan, R 2001, 'Barriers to help seeking in people with urinary symptoms', *Family Practice*, vol. 18, no. 1, pp. 48-52.

SPSS o.J., Version 17, *SPSS statistics*, statistical software, SPSS Inc. an IBM Company, Chicago, Illinois, USA, <http://www.spss.com> (letzter Zugriff: 17.08.2010).

Tabali, M, Kollross, CM, Braumann, A, Tannen, A, Dassen, T 2006, 'Stuhlinkontinenz- eine Analyse in deutschen Kliniken und Pflegeheimen: ein Tabu brechen', *Pflegezeitschrift*, vol. 59, no. 10, pp. 639-642.

Wagg, A, Potter, J, Peel, P, Irwin, P, Lowe, D, Pearson, M 2008, 'National audit of continence care for older people: management of urinary incontinence', *Age and Ageing*, vol. 37, no. 1, pp. 39-44.

Wallace SA, Roe, B, Williams, K, Palmer, M 2004, 'Bladder training for urinary incontinence in adults', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD001308. DOI: 10.1002/14651858.CD001308.pub2

Whitehead, W, Wald, A & Norton, N 2001, 'Treatment options for fecal incontinence', *Diseases of the Colon & Rectum*, vol. 44, no. 1, pp. 131-142.

Wilson L, Brown J, Shin G, Luc K.O, Subak L 2001, 'Annual direct cost of urinary incontinence', *Obstetrics & Gynecology*, vol. 98, no. 3, pp. 398-406.

Wishin, J, Gallagher, T & McCann, E 2008, 'Emerging options for the management of fecal incontinence in hospitalized patients', *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, vol. 35, no. 1, pp. 104-110.

Zarowitz, BJ & Ouslander, JG 2007, 'The application of evidence-based principles of care in older persons (issue 6): urinary incontinence', *Journal of American Medical Directors Association*, vol. 8, no. 1, pp. 35-45.

Anhang

Es folgen die Fragebögen der Pflegequalitätserhebung



Angaben zur Einrichtung

Art der Einrichtung

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

Dekubitus

	ja	nein
1 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine DekubitusexpertIn/-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, die für die Aktualisierung der Protokolle/Richtlinien zuständig ist und darauf hinweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Werden PatientInnen mit einem Dekubitus minimal zweiten Grades in Ihrer Einrichtung von einer zentralen AnsprechpartnerIn erfasst (zum Beispiel von einer ExpertIn für Dekubitus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Wird die Zahl der PatientInnen 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 zum Thema Dekubitusprävention?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich des Dekubitus einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus in ein Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inkontinenz

	ja	nein
11 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Inkontinenzbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Inkontinenzbehandlung in Ihrer Einrichtung überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Inkontinenzprotokolls zuständig ist und darauf hinweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Gibt es auf Einrichtungsebene eine ExpertIn für die Inkontinenzbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 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"/>
16 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene ein Protokoll für die Verwaltung von Inkontinenzmaterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich der Inkontinenz einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mangelernährung

	ja	nein
19 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Prävention und/oder Behandlung von Mangelernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Mangelernährung in Ihrer Einrichtung überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mangelernährung Fortsetzung	ja	nein
21 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene eine multidisziplinäre Beratungskommission/ Ernährungsteam zum Thema Mangelernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Protokolls zur Prävention von Mangelernährung zuständig ist und darauf hinweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Sind in Ihrer Einrichtung Kriterien für die Ermittlung von Mangelernährung festgelegt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Ist in Ihrer Einrichtung eine DiätassistentIn tätig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 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"/>
26 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Mangelernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich des Ernährungszustandes einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intertrigo	ja	nein
28 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Werden in Ihrer Einrichtung (nationale) Vorschriften eingehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Intertrigo in Ihrer Einrichtung überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Protokolls zur Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo zuständig ist und darauf hinweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 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"/>
33 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Prävention von Intertrigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Intertrigo eine PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen	ja	nein
35 Werden Sturzereignisse in Ihrer Einrichtung dezentral (auf Stationsebene) erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien für die Prävention von Stürzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Wurde eine nationale Richtlinie in das Protokoll/die Richtlinie der Einrichtung aufgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige mit Informationen über die Sturzgefahr und Sturzprävention?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Sturzgefahr, Sturzprävention und Verletzungen für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Sturz/Stürze einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Werden in Ihrer Einrichtung freiheitsentziehende Maßnahmen dezentral (auf Stationsebene) erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien für freiheitsentziehende Maßnahmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung über freiheitsentziehende Maßnahmen für das Pflegepersonal Ihrer Einrichtung statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich freiheitsentziehende Maßnahmen eine PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



Angaben zur Station/Wohnbereich

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 Psychiatrisches Krankenhaus

- Langzeitunterbringung (>6 Monate)
- Geriatriische Station/Wohnbereich
- Sonstiges

D Pflegeheim

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

E Betreuungseinrichtung

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

F Ambulante Pflege

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

G Einrichtung für Menschen mit einer geistigen Behinderung

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

H Einrichtung für Menschen mit einer körperlichen Behinderung

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

I Rehabilitationszentrum

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

J Sonstiges

- Geriatriisches Krankenhaus
- Sonstiges

Dekubitus

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn (z.B. eine Pflegefachperson für Dekubitus und/oder chronische Wunden), die auf dem Gebiet Dekubitus spezialisiert ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Werden alle Risiko- und/oder DekubituspatientInnen im Rahmen der monodisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Werden alle Risiko- und/oder DekubituspatientInnen im Rahmen einer 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 PatientInnen in der Krankenakte aufgezeichnet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf Prävention und/oder Behandlung von Dekubitus bei RisikopatientInnen erforderlich sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Wird das vorgeschriebene Dekubitusmaterial innerhalb von 24 Stunden bei der/dem Betroffenen abgeliefert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 Erhalten alle PatientInnen mit erhöhtem Dekubitusrisiko eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Dekubitusprävention? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Dekubitus einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. von Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Inkontinenz

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 10 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet Inkontinenz spezialisiert ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Werden alle PatientInnen mit Inkontinenzproblemen im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Inkontinenz auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Inkontinenzbehandlung bei InkontinenzpatientInnen erforderlich sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 Steht das für die Betroffenen vorgeschriebene Inkontinenzmaterial standardmäßig auf der Station/Wohnbereich zur Verfügung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Inkontinenz Fortsetzung	ja	nein
15 Erhalten alle PatientInnen mit Inkontinenz eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Werden auf Stations-Wohnbereichs-Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich der Inkontinenz einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelernährung	ja	nein
17 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet der Mangelernährung spezialisiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Werden alle RisikopatientInnen und/oder PatientInnen mit Mangelernährung im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Bereich-/Teamebene erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Mangelernährung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Wird das Gewicht der PatientIn bei der Einweisung standardmäßig dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Wird die Körpergröße der PatientIn bei der Einweisung standardmäßig dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Wird der Ernährungszustand der PatientIn bei der Einweisung dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Wird das Risiko für Mangelernährung in der Krankenakte der einzelnen PatientInnen aufgezeichnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen bei PatientInnen mit einem Ernährungsrisiko erforderlich sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Wird die Aufnahme (Flüssigkeit und Nahrung) der PatientIn in der Krankenakte erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Wird auf der Station/Wohnbereich bei (drohender) Mangelernährung standardmäßig mit Proteinen und Kohlehydraten angereicherte Nahrung angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Erhalten alle PatientInnen, die an (drohender) Mangelernährung leiden, eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Mangelernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Werden beim Essen auf der Station/Wohnbereich die Umgebungsfaktoren berücksichtigt (z.B. ungestörte Mahlzeiten, ein gedeckter Tisch, Menüauswahl)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Existiert auf der Station/dem Wohnbereich ein Standard/eine Richtlinie bezüglich der regelmäßigen Gewichtserfassung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Wie oft werden die PatientInnen gewogen? <i>(Bitte nur eine Antwort auswählen)</i>		
<input type="checkbox"/> Wöchentlich	<input type="checkbox"/> Unregelmäßig (wenn sich der Zustand de PatientIn verändert)	
<input type="checkbox"/> Monatlich	<input type="checkbox"/> Die PatientInnen werden nicht gewogen	
<input type="checkbox"/> Vierteljährlich		
31 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich des Ernährungszustandes einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intertrigo	ja	nein
32 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet von Intertrigo spezialisiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Werden alle PatientInnen mit Intertrigo (oder einem Risiko auf Intertrigo) im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Intertrigo auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 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"/>
36 Steht das bei Intertrigo vorgeschriebene Material standardmäßig auf der Station/Wohnbereich zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Erhalten alle PatientInnen mit Intertrigo eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Intertrigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Intertrigo einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stürze und Freiheitsentziehende Maßnahmen	ja	nein
39 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet der Sturzprävention spezialisiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Stürzen auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Erfolgt bei der Aufnahme/Einweisung der PatientInnen eine Bewertung des Sturzrisikos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 Werden im Rahmen einer multidisziplinären Beratung spezifische (auf die PatientInnen zugeschnittene) Maßnahmen zur Sturzprävention erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 Werden die spezifischen (auf die PatientInnen zugeschnittenen) Maßnahmen mit der PatientIn und/oder mit den Angehörigen, erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Sturz/Stürze einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 Gibt es auf der Station/Wohnbereich mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die sich im Bereich freiheitsentziehende Maßnahmen spezialisiert hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zu freiheitsentziehende Maßnahmen auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche freiheitsentziehende Maßnahmen getroffen wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 Werden freiheitsentziehende Maßnahmen in einem multidisziplinärer Team erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 Werden freiheitsentziehende Maßnahmen mit der PatientIn und/oder den Angehörigen erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich freiheitsentziehende Maßnahmen einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<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 Dekubituslinie 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.

Pflegeabhängigkeitsskala: Kategorienbeschreibungen

- **Völlig abhängig:** Der Patient ist nicht in der Lage, selbstständig 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, selbstständig Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er ist jedoch nicht in der Lage, selbstständig 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, selbstständig Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er ist jedoch nur begrenzt in der Lage, selbstständig entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Ist teilweise auf die Hilfe Dritter angewiesen, um nach eigenem Wunsch ein Gefühl des Wohlbefagens zu erzeugen.
- **Überwiegend unabhängig:** Der Patient ist selbstständig in der Lage, Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er ist in hohem Maße in der Lage, selbstständig 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 unfreiwilliger Urinverlust bei einem Druck im oder auf dem Bauch, zum Beispiel beim Lachen, Niesen, Husten, Bücken, Nase putzen, beim Heben schwerer Lasten oder bei schnellen Bewegungen, beispielsweise beim Sport. Ansonsten normaler Harnabgang.
- **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, selbstständig 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, geistige/ körperliche/ visuelle Einschränkungen, eine unpraktische Bekleidung, ein zu langer Abstand oder Hindernisse beim Aufsuchen der Toilette.
- **Überlaufinkontinenz:** Beim unwillkürlichen Verlust kleiner Mengen an Urin aus einer vollen Blase ist von Überlaufinkontinenz die Rede. Überlaufinkontinenz tritt auf, wenn die Blase vergrößert ist und unempfindlich wird. Der Druck auf die Blase wird so groß, dass kleine Mengen an Urin wegtropfen.
- **Komplette Inkontinenz:** Kennzeichen einer kompletten Inkontinenz ist das kontinuierliche Heraustropfen von Urin aus der Harnröhre, sowohl tagsüber 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

- **Energiereiche Zwischenmahlzeiten:** Darunter sind Milchprodukte (zum Beispiel Kakao, Früchtequark, 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, Pfannkuchen) zu verstehen.
- **Flüssignahrung** (zum Beispiel Nutridrink, Fortimel, Ensini): 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 Fantomalt/ Protifar): Ergänzungsmittel wie diese werden häufig eingesetzt, wenn die herkömmliche 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>Sensorisches Empfindungsvermögen</p> <p>Fähigkeit, adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren. Kinder: Fähigkeit, dem Entwicklungsstand entsprechend adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren</p>	<p>1 Fehlt Keine Reaktion auf schmerzhafte Stimuli. Mögliche Gründe: Bewegungslosigkeit, Sedierung ODER <i>Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, die den größten Teil des Körpers betreffen (z.B. hoher Querschnitt)</i></p>	<p>2 Stark eingeschränkt Eine Reaktion erfolgt nur auf starke Schmerzreize Beschwerden können kaum geäußert werden (z.B. nur durch Stöhnen oder Unruhe) ODER <i>Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, wovon die Hälfte des Körpers betroffen ist</i></p>	<p>3 Leicht eingeschränkt Eine Reaktion auf Ansprache oder Kommandos Beschwerden können aber nicht immer ausgedrückt werden (z.B. dass die Position geändert werden soll) ODER <i>Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon eine oder zwei Extremitäten betroffen sind</i></p>	<p>4 Vorhanden Reaktion auf Ansprache Beschwerden können geäußert werden ODER <i>keine Störung der Schmerzempfindung</i></p>
<p>Feuchtigkeit</p> <p>Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist</p>	<p>1 Ständig feucht Die Haut ist ständig feucht durch Urin, Schweiß oder Kot Immer wenn der Patient gedreht wird, liegt er im Nassen</p>	<p>2 Oft feucht Die Haut ist feucht, aber nicht immer Bettzeug oder Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden</p>	<p>3 Manchmal feucht Die Haut ist manchmal feucht Etwa einmal pro Tag wird neue Wäsche benötigt</p>	<p>4 Selten feucht Die Haut ist meist trocken Neue Wäsche wird selten benötigt Kinder: regelmäßiger Windelwechsel</p>
<p>Aktivität</p> <p>Ausmaß der physischen Aktivität</p>	<p>1 Bettlägerig Ans Bett gebunden</p>	<p>2 Sitzt auf Kann mit Hilfe etwas laufen Kann das eigene Gewicht nicht allein tragen Braucht Hilfe, um aufzusitzen (Bett, Stuhl, Rollstuhl)</p>	<p>3 Geht wenig Geht am Tag allein, aber selten und nur kurze Distanzen Braucht für längere Strecken Hilfe Verbringt die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl</p>	<p>4 Geht regelmäßig und alle Kinder, die zu jung zum Laufen sind Geht regelmäßig 2- bis 3-mal pro Schicht Bewegt sich regelmäßig</p>
<p>Mobilität</p> <p>Fähigkeit, die Position zu wechseln und zu halten</p>	<p>1 Komplet immobil Kann auch keinen geringfügigen Positionswechsel ohne Hilfe durchführen</p>	<p>2 Mobilität stark eingeschränkt Bewegt sich manchmal geringfügig (Körper, Extremitäten) Kann sich aber nicht regelmäßig allein ausreichend umlagern</p>	<p>3 Mobilität gering eingeschränkt macht regelmäßig kleine Positionswechsel des Körpers und der Extremitäten</p>	<p>4 Mobil kann allein seine Position umfassend verändern</p>
<p>Ernährung</p> <p>Ernährungsgewohnheiten</p>	<p>1 sehr schlechte Ernährung Isst kleine Portionen nie auf, sondern nur etwa 1/3 Trinkt zu wenig, nimmt keine Ergänzungskost zu sich ODER <i>nur klare Flüssigkeit</i> UND / ODER <i>erhält Ernährungsinfusionen länger als 5 Tage</i></p>	<p>2 Mäßige Ernährung Isst selten eine normale Essensportion auf, isst im Allgemeinen etwa die Hälfte der angebotenen Nahrung Nimmt regelmäßig Ergänzungskost zu sich ODER <i>erhält zu wenig Nährstoffe über Sondenkost oder Infusionen</i></p>	<p>3 Adäquate Ernährung Isst mehr als die Hälfte der normalen Essensportionen Verweigert gelegentlich eine Mahlzeit, nimmt aber Ergänzungskost zu sich ODER <i>kann über Sonde oder Infusionen die meisten Nährstoffe zu sich nehmen</i></p>	<p>4 Gute Ernährung Isst immer die angebotenen Mahlzeiten auf Isst auch manchmal zwischen den Mahlzeiten Braucht keine Ergänzungskost Kinder: Ernährung bietet die dem Alter angemessene Kalorienmenge Isst/trinkt meistens die angebotenen Mahlzeiten</p>
<p>Reibung und Scherkräfte</p> <p>Reibung entsteht, wenn Haut über eine Unterlage (z.B. Laken) schleift. Scherkräfte entstehen, wenn Hautschichten und benachbarte Knochenstrukturen gegeneinander gleiten</p>	<p>1 Problem Braucht viel bis massive Unterstützung bei Lagewechsel Anheben ist ohne Schleifen über die Laken nicht möglich Rutscht 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>2 Potenzielles Problem Bewegt sich etwas allein oder braucht wenig Hilfe Beim Hochziehen schleift die Haut nur wenig über die Laken (kann sich etwas anheben) Kann sich über längere Zeit in einer Lage halten (Stuhl, Rollstuhl) Rutscht nur selten herunter</p>	<p>3 Kein Problem zur Zeit bewegt sich in Bett und Stuhl allein hat genügend Kraft, sich anzuheben Kann eine Position über lange Zeit halten, ohne herunterzurutschen Kinder: es ist möglich, das Kind während eines Positionswechsels vollständig anzuheben</p>	



Modul Allgemeines

Station/Wohnbereich/Team

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

3

1 Hat die PatientIn an der Erhebung teilgenommen?

- Ja (bitte mit Frage 3 fortfahren)
- Nein

2 Wenn nicht, warum hat die 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 PatientInnen obligatorisch

3 Geburtsdatum

Tag Monat Jahr

4 Geschlecht

Mann Frau

5 Datum der Einweisung/Aufnahme

Tag Monat Jahr

6 Wurde die 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 die PatientIn? (Es sind mehrere Antworten möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit | <input type="checkbox"/> Erkrankung des Verdauungstrakts einschließlich Darmobstruktion, Peritonitis, Hernie, 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(n) möglich |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall/Hemiparese | |
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung, einschließlich Nase und Tonsillen | |

Pflegeabhängigkeitsskala (PAS)

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

	Völlig abhängig	Überwiegend abhängig	Teilweise abhängig	Überwiegend unabhängig	Völlig unabhängig
Essen und Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tages- und Nachtrhythmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpertemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermeiden von Gefahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakte mit anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinn für Regeln und Werte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alltagsaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lernfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3c 10 Derzeitiges Gewicht der PatientIn in kg ,

3c 11 Derzeitige Körpergröße der PatientIn in cm

3c 12 Wann wurde die PatientIn zum letzten Mal gewogen?

- Nicht gewogen
- Gestern/heute
- Vergangene Woche
- Vergangenen Monat
- Vor über einem Monat

3c 13 Hat die PatientIn in den vergangenen Monaten unbeabsichtigt/ungewollt abgenommen?

- Ja
 - Nein (*Bitte mit Frage 15 fortfahren*)
- Unbekannt, Grund:
- Die PatientIn möchte nicht zu ihrem/seinem Ernährungszustand befragt werden (*Bitte mit Frage 15 fortfahren*)
 - Aus anderen Gründen unbekannt (*Bitte mit Frage 15 fortfahren*)

3c 14 Wie viel hat die PatientIn unbeabsichtigt abgenommen? Über 6 kg in den vergangenen 6 Monaten?

- Ja
- Nein

Über 3 kg im vergangenen Monat?

- Ja
- Nein

3a 15 Ist bei der PatientIn Dekubitus festgestellt worden?

- Ja, höchster Grad:
- Grad 1
 - Grad 2
 - Grad 3
 - Grad 4
- Nein (*Bitte mit Frage 17 fortfahren*)

- Unbekannt, Grund:
- Die 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 bei der PatientIn Verletzungen durch Feuchtigkeit festgestellt?

- 3b Nein
- Ja, Ursache: (*Es sind mehrere Antworten möglich*)
- Urin
 - Fäkalien
 - Transpiration
 - Exsudat
- 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 die PatientIn Urin?

Wichtiger Hinweis: Wenn die PatientIn aufgrund von Urinretention einen Katheter hat, geben Sie bitte "nie" an.

- Nie (*Bitte mit Frage 24 fortfahren*)
- Die 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:
 - Die PatientIn möchte nicht auf Inkontinenz untersucht werden (*Bitte mit Frage 24 fortfahren*)
 - Aus anderen Gründen unbekannt (*Bitte mit Frage 24 fortfahren*)

3b 19 Wurde der Katheter in dieser organisatorische Einheit gelegt?

- Ja
- Nein
- Unbekannt

3b 20 Wurde der Katheter vor mehr als 14 Tagen gelegt?

- 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 23 Wenn ja, von wem?

- Hausarzt
- Pflegeheimarzt/Krankenhausarzt
- Urologe oder Gynäkologe
- Pflegefachperson
- Unbekannt

3e 24 Ist die PatientIn in den vergangenen 30 Tagen gestürzt?

- Ja
- Nein
- Unbekannt

3e 25 Wurde die PatientIn in den vergangenen 7 Tagen fixiert?

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

3e 26 Welche Methoden für freiheitsentziehende Maßnahmen wurden bei der PatientIn eingesetzt? (*Es sind mehrere Antworten möglich*)

- Bettgitter
- PatientInnenschutzdecke
- Bettgurt
- Stuhlgurt
- (Roll-)stuhl mit Tisch
- Nach hintengekippter Stuhl (Siestalieg)
- Isolation/Separation
- Domotika
- Verhaltensbeeinflussende Medikation
- Individuelle Verabredungen
- Sonstiges

Überprüfen Sie bitte, ob alle Fragen vollständig ausgefüllt sind.





Modul Dekubitus

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

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 immobil
- 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 der PatientIn und der pflegenden Angehörigen
- Entlastung der Ferse
- Cremes zum Schutz der Haut
- Sonstiges
- Keine

3 Betten und Matratzen als Präventivmaßnahme

- Wechseldruckmatratze
- Luftkissenbett
- Kaltschaummatratzen
- Visco-elastische-Schaumstoff-Matratzen
- Sonstiges
- Keine Antidekubitusmatratze/Bett

4 (Roll-) Stuhlkissen als Präventivmaßnahme

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

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

- Ellenbogenschutz
- Fersenschutz
- Felle
- Sonstiges
- Keine

6 Wurde bei der PatientIn Dekubitus festgestellt?

- Ja
- Nein (Modul beendet)

Dekubitus Nur bei PatientInnen mit Dekubitus auszufüllen

Grad	Kreuzbein	Ferse		Knöchel		Ellenbogen		Gesäß		Hüfte		Ohr		Kopf		Schulterblatt		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		Knöchel		Ellenbogen		Gesäß		Hüfte		Ohr		Kopf		Schulterblatt		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"/>
Entstehungsort des Dekubitus	Kreuzbein	Ferse		Knöchel		Ellenbogen		Gesäß		Hüfte		Ohr		Kopf		Schulterblatt		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																			
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"/>
Pflegeheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitationszentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 geistig 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"/>
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		Knöchel		Ellenbogen		Gesäß		Hüfte		Ohr		Kopf		Schulterblatt		Sonstiges	
Keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
Alginate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
Schaumdressing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 Salbenkompressen 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>



Modul Inkontinenz

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

3b

1 Ist bei der PatientIn von Urininkontinenz die Rede?

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

Die PatientIn hat folgenden Katheter:

- Urethalkatheter (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 die PatientIn urininkontinent?

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

4 Welche Menge an Urin verliert die 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(n) Inkontinenzmaßnahme(n) wurden ergriffen? (Es sind mehrere Optionen möglich)

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

7 Wie häufig tritt bei der PatientIn Stuhlinkontinenz auf?

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

8 Wie lange ist die PatientIn stuhlinkontinent?

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

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

11 Spezielle Hautpflege zur Behandlung inkontinenzbedingter Verletzungen?

- Ja
- Nein

12 Spezielle Hautpflege zur Prävention inkontinenzbedingter Verletzungen?

- Ja
- Nein



Modul Mangelernährung

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

3c

1 Klinisches Bild der PatientIn.

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

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

- Ja
- Nein

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

- Ja
- Nein

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

4 Aus welchem Grund/Gründen hat die PatientIn weniger gegessen als normal? (Es sind mehrere Antworten möglich)

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

5 Wurde der Ernährungszustand der PatientIn bei der Einweisung von Pflegenden erfasst?

- Ja
- Nein (Bitte mit Frage 8 fortfahren)

6 Welche(r) Aspekt(e) wurde(n) bei der Erfassung des Ernährungszustands untersucht? (Es sind mehrere Antworten möglich)

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

7 Was war das Resultat des Screenings des Ernährungszustands?

- Nicht mangelernährt
- Risiko für Mangelernährung
- Mangelernährt
- Unbekannt

8 Wie oft findet eine Überwachung des Gewichtes statt?

- Wöchentlich
- Monatlich
- Alle 2 bis 3 Monate
- Wenn sich der Zustand der PatientIn verändert
- Sonstiges
- Nicht

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

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

BITTE UNBEDINGT ALLE FRAGEN AUSFÜLLEN!

10 Wurden Körperlänge und Gewicht der PatientIn 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 13 fortfahren)

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

- Ja
- Nein

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

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

13 Welche Maßnahmen zur Mangelernährung wurden bei der PatientIn ergriffen? *(Es sind mehrere Antworten möglich)*

- DiätassistentIn eingeschaltet
- Energiereiche (proteinreiche) Diät
- Energiereiche Zwischenmahlzeiten
- Orale Nahrungsergänzung (Flüssignahrung und Nahrungsergänzungsmittel)
- Sondennahrung
- Parenterale Ernährung
- Angepasste Konsistenz (passiert, eingedickt)
- Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme
- Keine Maßnahmen wegen palliativen Zustandes

14 Wurde die Auswirkung der eingeleiteten Maßnahme(n) ausgewertet?

- Ja
- Nein

15 Hat die PatientIn Probleme beim Schlucken?

- Ja
- Nein



Modul Intertrigo

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

3d

1 An welchen Stellen ist die PatientIn an Intertrigo erkrankt?

(Es sind mehrere Antworten möglich)

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

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(n) Maßnahme(n) zur Prävention/ Behandlung von Intertrigo wurde(n) ergriffen?

(Es sind mehrere Antworten möglich)

- Gespräche mit der PatientIn über Präventivmaßnahmen
- Einschalten einer ExpertIn
- Tragen von unterstützender/absorbierender/ Baumwollbekleidung
- Auflegen von schützendem Material zwischen den Hautfalten
- Auftragen von Zinksalbe, lokal wirkenden Präparaten gegen Schimmelinfectionen, 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
- Keine



Modul Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen

3e

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

1 Wie oft ist der PatientIn in die vergangenen 30 Tagen gestürzt?

- Unbekannt *(Bitte mit Frage 10 fortfahren)*
- Nicht gestürzt *(Bitte mit Frage 10 fortfahren)*
- 1x
- 2x
- 3x
- >3x

2 Wann ist die 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)

3 Stehen über den jüngsten Sturz Angaben zur Verfügung?

- Ja
- Nein *(Bitte mit Frage 10 fortfahren)*

4 Zeitpunkt des Sturzes

- 07.01 - 14.00 Uhr
- 14.01 - 22.00 Uhr
- 22.01 - 07.00 Uhr

5 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 | |

6 Welche Aktivität führte die 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

7 Was war die Hauptursache des Sturzes?

- Unbekannt
- Körperliche Gesundheitsprobleme
- Psychische Gesundheitsprobleme
- Externe Faktoren

8 Hat der Sturz bei der PatientIn Verletzungen verursacht?

- Ja
- Nein *(Bitte mit Frage 10 fortfahren)*

9 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

10 Hat die PatientIn Angst, zu stürzen?

- Ja
- Nein

11 Vermeidet die PatientIn Aktivitäten?

- Ja
- Nein

12 Welche Maßnahmen zur Sturzprävention wurden bei der PatientIn ergriffen? (Es sind mehrere Antworten möglich)

- Auswertung der Medikation
- Übungstherapie
- Auswertung der Hilfsmittel
- Alarmierung (Sensormatte, Alarmsensor, Alarmklingel)
- Untersuchung des Visus
- Auswertung des Tagesprogramms
- Beaufsichtigung
- Absprachen (mit der PatientIn, Angehörigen, MitarbeiterInnen)
- Anpassen der Umgebung
- Sonstiges
- Keine

13 Welche Maßnahmen zur Verletzungsprävention wurden bei der PatientIn ergriffen? (Es sind mehrere Antworten möglich)

- Kopfschutz
- Schiene/Stütze
- Hüftschutz hart
- Hüftschutz weich
- Stärkung der Knochen
- Sonstiges
- Keine

14 Wurde bei der PatientIn in den vergangenen 7 Tagen eine freiheitsentziehende Maßnahme ergriffen?

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

15 Wer initiierte die Anwendung der freiheitsentziehenden Maßnahme(n)?

- die VertreterIn/Angehörige
- eine Pflegefachperson/Arzt
- PatientIn

16 Was war der Hauptgrund für die freiheitsentziehende(n) Maßnahme(n) der PatientIn?

- Unbekannt
- Sturzprävention
- Ermöglichung der medizinischen Behandlung
- Umherirren der PatientIn
- Aggressives Verhalten
- Nachtruhe
- Sonstiges

17 Haben die freiheitsentziehende Maßnahmen zu Verletzungen geführt?

- Ja
- Nein (*Modul beendet*)

18 Welche Verletzungen wurden durch die freiheitsentziehenden Maßnahmen bei der PatientIn verursacht?

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