

Masterarbeit

**Formen der Harninkontinenz, Pflegeabhängigkeit und häufige Krankheiten
bei inkontinenten PatientInnen in Krankenhäusern und BewohnerInnen
in Pflegeheimen: Eine Prävalenzerhebung in Österreich**

eingereicht von

Irmina-Anna Gerlich, BSc

Mat.Nr.: 0533714

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

im Studium

Gesundheits- und Pflegewissenschaft

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von Betreuerin

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

Graz, 10. Sept. 2010



(c) Gerlich

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, 10. Sept. 2010

Irmina-Anna Gerlich, BSc

Irmine-Anna Gerlich, BSc

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	I
Abkürzungsverzeichnis	III
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	IV
Abstract (in Deutsch)	VI
Abstract (in Englisch)	VII
Einleitung	1
I. Literaturübersicht	8
I.1. Prävalenz von Harninkontinenz und einzelner Formen	9
I.2. Pflegeabhängigkeit und Harninkontinenz(-formen)	15
I.3. Krankheitsbilder und Harninkontinenz(-formen)	21
I.4. Forschungsfragen	26
I.5. Studienvariablen	26
II. Methode	28
III. Ergebnisse	32
III.1. Stichprobencharakteristika	32
III.2. Prävalenz von Harninkontinenz(-formen)	33
III.2.1. Prävalenz von Harninkontinenz	34
III.2.2. Prävalenz von Harninkontinenz bei Frauen und Männern	35
III.2.3. Prävalenz einzelner Formen der Harninkontinenz	36
III.2.4. Prävalenz einzelner Formen der Harninkontinenz bei Frauen und Männern	38
III.3. Weitere geschlechtsspezifische Unterschiede bei harninkontinenten Personen ...	39
III.3.1. Dauer, Häufigkeit, zeitliches Auftreten und Menge des Harnverlusts	39
III.3.2. Schweregrad der Harninkontinenz(-formen)	40
III.4. Pflegeabhängigkeit bei Personen mit Harninkontinenz(-formen)	41
III.4.1. Pflegeabhängigkeit bei Personen mit Harninkontinenz	41
III.4.2. Pflegeabhängigkeit bei Frauen und Männern mit Harninkontinenz	43
III.4.3. Pflegeabhängigkeit bei Personen mit einzelnen Formen der Harninkontinenz	46
III.4.4. Pflegeabhängigkeit bei Frauen und Männern mit einzelnen Formen der Harninkontinenz	48
III.5. Krankheitsbilder bei Personen mit Harninkontinenz(-formen)	50
III.5.1. Krankheitsbilder bei Personen mit Harninkontinenz	50
III.5.2. Krankheitsbilder bei Frauen und Männern mit Harninkontinenz	51
III.5.3. Krankheitsbilder bei Personen mit einzelnen Formen der Harninkontinenz	51
III.5.4. Krankheitsbilder bei Frauen und Männern mit einzelnen Formen der Harninkontinenz	53
IV. Diskussion	54
V. Schlussfolgerung	59
Referenzliste	61
Anhang	68

Abkürzungsverzeichnis

A00–T98	ICD-10 Diagnosegruppen
Abt. Gyn.	Abteilung Gynäkologie
BMI	Body Mass Index
CDSR	Cochrane Database of Systematic Reviews
CI	Konfidenzintervall
CINAHL®	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
Drang-UI/UUI	Drangurininkontinenz (urge urinary incontinence)
EBSCOhost®	Datenbankenoberfläche von EBSCO Industries
EMBASE	Excerpta Medica Database
F	Frauen
Funktionelle-UI/ FUI	Funktionelle-Urininkontinenz (functional urinary incontinence)
ges.	gesamt
HI	Harninkontinenz
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
ICS	International Continence Society
ISI	Institute for Scientific Information
J	Jahre
kA	keine Angabe
KH	Krankenhäuser
M	Männer
MEDLINE®	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
Misch-UI/MUI	Mischurininkontinenz (mixed urinary incontinence)
n	Anzahl (number)
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
OR	Odds Ratio
OvidSP	Datenbankenoberfläche von Ovid Technologies
p	Wahrscheinlichkeit (probability)
PA	Pflegeabhängigkeit
PAS	Pflegeabhängigkeitsskala
PASC	Pascal
PH	Pflegeheime
SSI	Sandvik's Severity Index for Urinary Incontinence
Stress-UI/SUI	Stressurininkontinenz (stress urinary incontinence)
Totale-UI/TUI	Totale Urininkontinenz (total urinary incontinence)
Überlaufs-UI/OUI	Überlaufsurininkontinenz (overflow urinary incontinence)
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abb. 1	Suchstrategie zur Prävalenz von Harninkontinenz und einzelnen Formen	9
Abb. 2	Suchstrategie zum Thema Pflegeabhängigkeit und Harninkontinenz	17
Abb. 3	Suchstrategie zu Krankheiten als Risikofaktoren für einzelne Formen der Harninkontinenz	22
Abb. 4	Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer	32
Abb. 5	Prävalenz von Harninkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen	34
Abb. 6	Prävalenz von Harninkontinenz nach Altersgruppen in Krankenhäusern und Pflegeheimen	34
Abb. 7	Prävalenz von Harninkontinenz nach Geschlechtern in Krankenhäusern und Pflegeheimen	35
Abb. 8	Prävalenz von Harninkontinenz nach Altersgruppen und Geschlechtern in Krankenhäusern	35
Abb. 9	Prävalenz von Harninkontinenz nach Altersgruppen und Geschlechtern in Pflegeheimen	35
Abb. 10	Prävalenz einzelner Formen der Harninkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen	36
Abb. 11	Prävalenz einzelner Formen der Harninkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen	
Abb. 12	Formen der Harninkontinenz nach Altersgruppen in Krankenhäusern	37
Abb. 13	Formen der Harninkontinenz nach Altersgruppen in Pflegeheimen	37
Abb. 14	Prävalenz einzelner Formen der Harninkontinenz nach Geschlechtern in Krankenhäusern	38
Abb. 15	Prävalenz einzelner Formen der Harninkontinenz nach Geschlechtern in Pflegeheimen	38
Abb. 16	Schweregrade der Harninkontinenz nach Geschlechtern in Krankenhäusern und Pflegeheimen	40
Abb. 17	Mittelwerte der Pflegeabhängigkeit bei Personen mit Harninkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen	42
Abb. 18	Pflegeabhängigkeit in bestimmten Bereichen in Krankenhäusern	42
Abb. 19	Pflegeabhängigkeit in bestimmten Bereichen in Pflegeheimen	43
Abb. 20	Pflegeabhängigkeit nach Geschlechtern in Krankenhäusern und Pflegeheimen	43
Abb. 21	Pflegeabhängigkeit nach Geschlechtern bei 61-70 bzw. 71-80 Jährigen in Pflegeheimen	44
Abb. 22	Pflegeabhängigkeit bei Personen mit einzelnen Formen der Harninkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen	46
Abb. 23	Pflegeabhängigkeit und einzelne Formen der Harninkontinenz nach Altersgruppen in Krankenhäusern	46

Abb. 24	Pflegeabhängigkeit und einzelne Formen der Harninkontinenz nach Altersgruppen in Pflegeheimen	47
Abb. 25	ausgewählte Items der Pflegeabhängigkeitsskala und Formen der Harninkontinenz in Krankenhäusern	48
Abb. 26	ausgewählte Items der Pflegeabhängigkeitsskala und Formen der Harninkontinenz in Pflegeheimen	48
Abb. 27	Pflegeabhängigkeit und einzelne Formen der Harninkontinenz nach Geschlechtern in Krankenhäusern	49
Abb. 28	Pflegeabhängigkeit und einzelne Formen der Harninkontinenz nach Geschlechtern in Pflegeheimen	49
Abb. 29	ICD-10-Diagnosegruppen bei Personen mit Harninkontinenz in Krankenhäusern	50
Abb. 30	ICD-10-Diagnosegruppen bei Personen mit Harninkontinenz in Pflegeheimen	50
Abb. 31	ICD-10-Diagnosegruppen bei Personen mit einzelnen Formen der Harninkontinenz in Krankenhäusern	52
Abb. 32	ICD-10-Diagnosegruppen bei Personen mit einzelnen Formen der Harninkontinenz in Pflegeheimen	52

Tabellen

Tabelle 1	Formen der Harninkontinenz	2
Tabelle 2	Qualitätsassessment der Prävalenzstudien	10
Tabelle 3	Literatursynthese: Studien zur Prävalenz von Harninkontinenz und einzelnen Formen	13
Tabelle 4	Aufgaben der Pflege	16
Tabelle 5	Qualitätsassessment der Studien	18
Tabelle 6	Literatursynthese: Studien zum Thema Pflegeabhängigkeit und Harninkontinenz	20
Tabelle 7	Krankheiten als Risikofaktoren für Harninkontinenz	21
Tabelle 8	Krankheiten nach ICD-10 Klassifikation als Risikofaktoren für einzelne Formen der Harninkontinenz	23
Tabelle 9	Literatursynthese: Studien zu Krankheiten als Risikofaktoren für einzelne Formen der Harninkontinenz	25
Tabelle 10	Zuordnung der Krankheitsbilder zu den ICD-10 Diagnosegruppen	30
Tabelle 11	Stichprobenbeschreibung	33
Tabelle 12	Dauer, Häufigkeit, zeitliches Auftreten und Menge der Harninkontinenz bei Frauen und Männern in Krankenhäusern und Pflegeheimen	39
Tabelle 13	Kontinenzstatus in Bezug auf Pflegeabhängigkeit in Krankenhäusern und Pflegeheimen	41
Tabelle 14	ausgewählte Items der Pflegeabhängigkeitsskala nach Geschlechtern in Krankenhäusern	45

Formen der Harninkontinenz, Pflegeabhängigkeit und häufige Krankheiten bei inkontinenten PatientInnen in Krankenhäusern und BewohnerInnen in Pflegeheimen: Eine Prävalenzerhebung in Österreich

Abstract

ZIEL: Das Ziel der Studie war die Bestimmung der Prävalenz von Harninkontinenz und einzelner Formen der Harninkontinenz bei Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern sowie bei Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen. Ferner wurde untersucht, wie pflegeabhängig die Betroffenen sind, sowie welche Krankheiten bei ihnen häufig diagnostiziert sind.

METHODE: Diese Arbeit ist Teil einer multizentrischen, quantitativen Querschnittstudie zu fünf Pflegephänomenen, darunter auch Harninkontinenz.

ERGEBNISSE: Bei 2.336 Patientinnen und Patienten in 18 Krankenhäusern wurde Harninkontinenz mit 23 % (davon 63 % Frauen) festgestellt, dabei vorwiegend Stress-, Drang- und Mischurininkontinenz. Von den 1.502 Bewohnerinnen und Bewohnern in 18 Pflegeheimen waren 80 % (davon 85 % Frauen) harninkontinent, wobei vor allem die Totale-Urininkontinenz auftrat.

Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern mit Stress- oder Drangurininkontinenz zeigten eine niedrige und mit Mischurininkontinenz eine mittlere Pflegeabhängigkeit. Der Großteil der Personen mit einzelnen Formen der Harninkontinenz in Pflegeheimen hingegen hatte eine hohe Pflegeabhängigkeit aufzuweisen.

Personen mit Stress- oder Drangurininkontinenz in Krankenhäusern hatten vorwiegend Krankheiten des Stoffwechsel- sowie des Muskel-Skelett-Systems. Bei Personen mit Mischurininkontinenz wurden neben diesen beiden Krankheiten auch solche des Kreislaufsystems festgestellt. Anders als in Krankenhäusern wurden bei Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen mit Stressurininkontinenz vorwiegend auch psychische Störungen und Verhaltensstörungen diagnostiziert.

SCHLUSSFOLGERUNG: Harninkontinenz ist ein häufiges Pflegephänomen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen. Um eine bessere Grundlage für eine qualitativ gute pflegerische Versorgung zu haben, wird empfohlen, nicht nur den Kontinenzstatus festzustellen, sondern auch die jeweilige Form der Harninkontinenz sowie den Status der Pflegeabhängigkeit zu erheben.

Types of urinary incontinence, care dependency and common diseases in incontinent patients in hospitals and residents in nursing homes: A prevalence study in Austria

Abstract

OBJECTIVE: The aim of the study was to determine the prevalence of urinary incontinence and some types of urinary incontinence in patients in hospitals and residents in nursing homes, and further the identification of care dependency and common diseases in people with urinary incontinence.

METHOD: This work is part of a multicentre, quantitative cross-sectional study of five nursing phenomena, including urinary incontinence.

RESULTS: The overall prevalence of urinary incontinence was 23 % (63 % women) in 2336 patients in 18 hospitals. Patients were mainly classified as having stress, urge and mixed urinary incontinence. Out of 1502 residents living in 18 nursing homes, 80 % (85 % women) were incontinent. Residents were mainly classified as having total urinary incontinence.

Patients in hospitals with stress or urge urinary incontinence showed a low and people with mixed urinary incontinence a middle care dependency. In contrast, most residents with various types of urinary incontinence in nursing homes had a high care dependency.

People with stress or urge urinary incontinence in hospitals had mainly metabolic diseases and musculoskeletal disorders. Patients with mixed urinary incontinence had also cardiovascular diseases. Unlike people in hospitals, residents with stress urinary incontinence had also mental-health problems and conduct disorders.

CONCLUSION: Urinary incontinence is a common phenomenon in Austrian hospitals and nursing homes. To have a better basis for optimal nursing care, it's recommended to diagnose not only the continence status, but also the particular type of urinary incontinence and the status of care dependency.

Einleitung

Grundlegendes zur Harninkontinenz

Harninkontinenz zählt zu den größten Gesundheitsproblemen in der heutigen Gesellschaft. Weltweit schwankt die Prävalenz von Harninkontinenz enorm, welche die „*Häufigkeit des Vorkommens eines gesundheitsbezogenen oder anderen Ereignisses in einer gegebenen Population zu einer bestimmten Zeit*“ (Bartholomeyczik et al. 2008, p. 85) ist. Hampel et al. (1997) bezieht sich in einer Metaanalyse auf weltweite Angaben zur Prävalenz aus 48 epidemiologischen Studien, welche sich auf 4.5–53 % für weibliche und auf 1.6–24 % für männliche Inkontinenz belaufen. Gründe für die starken Schwankungen dürften die unterschiedliche Verwendung von Definitionen der Harninkontinenz, die methodische Inkonsistenz der Studien, aber auch die Tabuisierung des Themas seitens der Betroffenen sein (DEGAM 2004).

Zu den am häufigsten verwendeten Definitionen in der Literatur zählt unter anderem auch die Definition, die im Jahr 1977 aufgestellt und 2003 in den publizierten Empfehlungen der Standard-Sub-Kommission der International Continence Society (ICS) geändert wurde. Sie beschreibt Harninkontinenz als „*complaint of any involuntary leakage of urine*“ (Abrams et al. 2003, p. 38), was soviel bedeutet wie das Leiden aufgrund eines unwillkürlichen Harnverlusts. Diese Definition ist jedoch für diese Arbeit zu breit, da sie auch Personen als harninkontinent beschreibt, die nur ein Mal eine Inkontinenzepisode erleben. Die ICS empfiehlt unter anderem eine Festsetzung der Häufigkeit und des Schweregrads der Inkontinenzepisoden, sowie der Form/des Typs der Harninkontinenz (Abrams et al. 2003).

Die im Rahmen der Landesweiten Pflegequalitätserhebung 2010 verwendete Definition beschreibt Harninkontinenz als einen „*mindestens 3 bis 4 Mal monatlich ungewollten Harnverlust*“. Aufgrund der Häufigkeitsangabe kann nun zwischen einer tatsächlichen Harninkontinenz und einer vorübergehenden, kurzzeitigen Inkontinenz, beispielsweise bedingt durch einen operativen Eingriff, unterschieden werden.

Um den Schweregrad der Harninkontinenz zu ermitteln wird der Sandvik's Severity Index benutzt (Sandvik 2000).

Des Weiteren wird in dieser Arbeit Harninkontinenz in verschiedene Formen/Typen unterteilt (siehe Tab. 1). Generell kann zwischen „*Drang-, Stress-, Überlaufs- sowie*

Funktionelle und Totale Urininkontinenz“ unterschieden werden (Doenges, Moorhouse & Geissler-Murr 2002; NANDA International 2009). Die International Continence Society (ICS) führt auch die *„Mischurininkontinenz“* als mögliche Form der Harninkontinenz an (Abrams et al. 2003). Die Begriffe Harn- und Urininkontinenz werden in dieser Arbeit synonym verwendet.

Tabelle 1: Formen der Harninkontinenz	
Drangurininkontinenz *	<i>„Ein unfreiwilliger Urinabgang, der direkt nach starkem Harndrang auftritt (trans. Doenges, Moorhouse & Geissler-Murr 2002, p. 231)“</i>
Stressurininkontinenz *	<i>„Zustand, bei dem es bei erhöhtem abdominalen Druck zu einem unkontrollierbaren Urinverlust von weniger als 50 ml kommt (trans. Doenges, Moorhouse & Geissler-Murr 2002, p. 716)“</i>
Mischurininkontinenz	<i>„complaint of involuntary leakage associated with urgency and also with exertion, effort, sneezing or coughing (Abrams et al. 2003, p. 38)“</i> (somit kann darunter eine Mischform von Drang- und Stressurininkontinenz verstanden werden)
Überlaufsurininkontinenz *	<i>„Involuntary loss of urine associated with overdistension of the bladder (NANDA International 2009, p. 92)“</i> (was übersetzt soviel bedeutet wie der unfreiwillige Harnverlust, verbunden mit Überdehnung der Blase)
Funktionelle Urininkontinenz	<i>„Unfähigkeit einer gewöhnlich kontinenten Person, die Toilette so rechtzeitig zu erreichen, dass ein unwillkürlicher Urinabgang vermieden wird (trans. Doenges, Moorhouse & Geissler-Murr 2002, p. 796)“</i>
Totale Urininkontinenz	<i>„Ein ständiger und nicht vorhersehbarer Urinabgang (trans. Doenges, Moorhouse & Geissler-Murr 2002, p. 800)“</i>

* In der deutschsprachigen Literatur kann für den Begriff Drangurininkontinenz synonym Urgeinkontinenz, für Stressurininkontinenz auch Belastungsinkontinenz und für Überlaufsurininkontinenz die Bezeichnung chronische Harnretention mit kontinuierlichem Harnverlust verwendet werden (Klingler 2006).

Harninkontinenz bei Frauen und Männern

Generell sind Frauen häufiger von dem Problem Harninkontinenz betroffen als Männer (Hampel et al. 1997; Temml et al. 2000). Allein in Österreich sollen, nach statistischen Schätzungen zufolge, insgesamt über 10 % der Frauen, dies sind 850.000 der Gesamtbevölkerung, an Harninkontinenz leiden (Madersbacher, Haidinger & Temml 2000; Temml et al. 2000). Schwangerschaften, Geburten und Operationen führen primär zu einer Schwächung des Beckenbodens und können dadurch ein Auftreten von Harninkontinenz

begünstigen. Auch der Östrogenmangel in der Postmenopause kann zur Harninkontinenz beitragen, da durch diesen Mangel eine atrophe Urethritis und Vaginitis entstehen können, die sich auf die Kontinenz auswirken (Schultz-Lampel 2003).

Aufgrund des unterschiedlichen Körperbaus zwischen Frauen und Männern gibt es auch Unterschiede in der Prävalenz der einzelnen Formen der Harninkontinenz zwischen beiden Geschlechtern. Ausschlaggebend ist meist die Prostatahyperplasie bei Männern, die eine Blasenirritation hervorrufen kann (Hampel et al. 1997). Deshalb sind Männer vor allem von Drangurininkontinenz betroffen (Diokno et al. 2007). Stress- hingegen zählt, gefolgt von Mischurininkontinenz, bei Frauen zur häufigsten auftretenden Form der Harninkontinenz (Hannestad et al. 2000; Hunskaar et al. 2003; Hunskaar et al. 2004). Vor allem Frauen im jungen Erwachsenenalter sind von Stressurininkontinenz betroffen (Hunskaar et al. 2003; Hunskaar et al. 2004).

Mit zunehmendem Alter nimmt bei Frauen die Prävalenz der Stressurininkontinenz ab (Hannestad et al. 2000; Møller, Lose & Jørgensen 2000), oder bleibt konstant (Ueda et al. 2000). Die Häufigkeit des Auftretens der Mischurininkontinenz nimmt hingegen zu (Hannestad et al. 2000; Hunskaar et al. 2004). Von der Drangurininkontinenz sind ebenfalls mehr ältere Frauen betroffen als jüngere (Hannestad et al. 2000; Hunskaar et al. 2004; Ueda et al. 2000). Die Prävalenz für Drangurininkontinenz steigt auch bei Männern mit zunehmenden Alter (Diokno et al. 2007; Ueda et al. 2000).

Somit stellt Harninkontinenz nicht nur ein geschlechtsabhängiges Problem dar, sondern nimmt auch mit zunehmendem Alter an Bedeutung zu (Beutel et al. 2005; Hannestad et al. 2000; Temml et al. 2000). Diese Altersabhängigkeit begründet sich mitunter darin, dass im Alter die Fähigkeit den Harn zurückzuhalten und die Miktion willentlich zu starten zurückgehen, sowie die Hypermobilität der Blase zunimmt. Auch Faktoren, die das Auftreten von Harninkontinenz begünstigen können, wie beispielsweise Medikamentennebenwirkungen, Mobilitätseinschränkungen und Diabetes Mellitus, treten vermehrt bei geriatrischen Personen auf (Klingler 2006). Aufgrund der zahlenmäßig zunehmenden älteren Bevölkerungsschicht kann erwartet werden, dass das Problem Harninkontinenz auch zukünftig vorhanden sein wird, wenn nicht sogar häufiger auftreten wird. Da Harninkontinenz schon jetzt mit hohen Kosten verbunden ist, kann auch zukünftig von einer großen finanziellen Belastung für die Volkswirtschaft ausgegangen werden, wenn es tatsächlich zu einem Anstieg der Prävalenz kommt.

Harninkontinenz – ein volkswirtschaftliches Problem

Geschätzte Kosten für Harninkontinenz liegen allein in Deutschland bei einer angenommenen Prävalenz von 3 % schweren Inkontinenzformen von durchschnittlich 3,2 Mrd. Euro für Inkontinenzhilfsmittel und von rund 636 Mio. Euro für zusätzliche Krankenhauskosten aufgrund längerer Liegetage. Bei den über 65-Jährigen wird bei einer Prävalenz von 15 % mit Kosten von durchschnittlich 2,8 Mrd. Euro für Hilfsmittel und von rund 555 Mio. Euro für zusätzliche Liegetage im Krankenhaus gerechnet (Statistisches Bundesamt 2004 in Welz-Barth 2007). Würde man diese geschätzten Zahlen auf Österreich umlegen, indem man sie aufgrund der geringeren Bevölkerung um das 10-Fache verringert, lassen sich noch immer enorme Beträge errechnen, die für das Problem Harninkontinenz im österreichischen Gesundheitswesen aufgebracht werden müssen.

Generell lassen sich aber die tatsächlich aufgetragenen Kosten für das Problem Harninkontinenz nur schwer feststellen, da einerseits ein großer Teil der Kosten von den Betroffenen selbst übernommen wird und andererseits auch indirekte Kosten verursacht werden. Zu den indirekten Kosten zählen beispielsweise, in Form von verlorenen Arbeitstagen, die Produktivitätseinbußen (Hu et al. 2004).

Harninkontinenz – ein Tabuthema

Warum dieses Thema auch noch im 21. Jahrhundert gerne tabuisiert wird, obwohl so viele Personen an Harninkontinenz leiden, kann unter anderem soziale und sexuelle Gründe haben.

Denn Harninkontinenz stellt nicht nur eine hygienische Problematik dar, sondern kann auch als „geringere Sozialfähigkeit“ gesehen werden, weil die Kontrolle über Miktion und Kontinenz schon im Rahmen der Kindheit erlernt wird. Geht diese Fähigkeit dann im Alter verloren, kann es in der Gesellschaft leicht zum Anschein einer geringeren geistigen Leistungsfähigkeit kommen (DEGAM 2004). Betroffene Personen verringern daraufhin ihre sozialen Kontakte, was letztendlich bis zur Isolation und Ausgrenzung aus der Gesellschaft führen kann (Welz-Barth 2007). Somit beeinträchtigt Harninkontinenz das soziale Wohlbefinden einzelner Personen.

Sowohl harninkontinente Frauen als auch Männer geben weiters an, dass ihr sexuelles Wohlbefinden von ihrer Krankheit negativ beeinflusst wird (Madersbacher, Haidinger & Temml 2000; Temml et al. 2000), aufgrund des Auftretens von Gleichgültigkeit in ihrem Sexualleben. Weiters berichten betroffene Männer, im Vergleich zu denen, die nicht von

einem Harninkontinenzleiden betroffen sind, auch häufiger über einen Erektionsverlust (Beutel et al. 2005).

Harninkontinenz – ein Gesundheitsproblem

Harninkontinenz stellt nicht nur ein soziales und sexuelles Problem dar, sondern zieht für die einzelnen Betroffenen auch noch weitere folgenschwere Konsequenzen nach sich.

Die soziale Isolation kann beispielsweise zum Auftreten von Depressionen führen (Welz-Barth 2007). In der Literatur ist mittlerweile beschrieben, dass psychologische Einschränkungen, wie Ängste und Depressionen, im Vergleich zu Personen ohne Harninkontinenzleiden, häufiger bei betroffenen Personen vorhanden sind (Beutel et al. 2005).

Weiters konnte mittlerweile auch festgestellt werden, dass Harninkontinenz direkte Auswirkungen auf die Lebensqualität des Einzelnen hat. In Österreich gaben 66 % der Frauen und 58 % der Männer mit Harninkontinenz an, dass ihr Inkontinenzleiden die Lebensqualität moderat bis schwer beeinträchtigt (Madersbacher, Haidinger & Temml 2000; Temml et al. 2000).

Neben der Beeinträchtigung des sexuellen, sozialen und psychologischen Wohlbefindens sowie der Lebensqualität ergeben sich auch physische Nachteile für Personen mit Harninkontinenzleiden. Betroffene berichten unter anderem von einem vermehrten Dranggefühl zur Blasenentleerung, über Beschwerden und Schmerzen beim Ausscheiden, aber auch über Druck- und Spannungsgefühle im Unterleib (Beutel et al. 2005).

Harninkontinenz – ein Pflegeproblem

Harninkontinenz stellt nicht nur ein Gesundheitsproblem, sondern im weiteren Sinne auch ein Pflegeproblem dar. Denn Pflegepersonen sind im Berufsalltag mit diesem Phänomen konfrontiert, weil Personen mit diesem Gesundheitsproblem unter anderem auch in Krankenhäuser und Pflegeheime kommen. Dort wird Harninkontinenz dann als Haupt- oder auch als Nebendiagnose gestellt.

Prävalenzstudien, durchgeführt in Krankenhäusern und Pflegeheimen, können unter anderem auch Auskunft über das Ausmaß des Pflegephänomens Harninkontinenz geben. 2009 konnten erstmals für Österreich solche Daten erhoben werden. Von den 1.651 auf Harninkontinenz untersuchten Personen in Krankenhäusern, mit einem Durchschnittsalter von 68 Jahren, litten 18 % an diesem Problem. In Pflegeheimen waren von den 691

untersuchten Personen, mit einem Durchschnittsalter von 81 Jahren, 75 % davon betroffen. Generell litten Frauen in Krankenhäusern häufiger an Harninkontinenz als Männer. Die Stress- und Drangurininkontinenz wurden öfter in Krankenhäusern festgestellt, während in Pflegeheimen die Totale Urininkontinenz vorherrschend war, wobei in beiden Settings die Formen oft nicht spezifiziert wurden (Lohrmann 2009).

Es besteht der Bedarf eine solche Erhebung in Österreich im Jahr 2010 weiterzuführen, aber mit einer größeren Stichprobe, um auch heuer aktuelle Zahlen über die Prävalenz des Pflegephänomens Harninkontinenz zu erhalten. Es ist aber von Bedeutung, nicht nur geschlechtergetrennte Zahlen über Harninkontinenz im Allgemeinen, sondern auch über einzelne Formen der Harninkontinenz zu gewinnen. Mit diesen Erkenntnissen kann die Pflege dann nicht nur bedarfsgerecht erfolgen, indem vorhandene Ressourcen akkurat verteilt werden, sondern auch den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechend besser angepasst werden.

Inwieweit Personen mit Harninkontinenz pflegeabhängig sind, zeigen bislang nur wenige Studien. Aufgrund der unzureichenden Evidenz auf diesem Gebiet, möchte diese Arbeit auch dahingehend einen Beitrag zur Wissenserweiterung leisten, wobei sich diese Arbeit auf die Definition der Pflegeabhängigkeit von Dijkstra, Buist & Dassen 1998 stützt, in der Pflegeabhängigkeit als *„ein Prozess, in dem professionelle Pflegende einem Patienten, dessen Selbstpflegefähigkeiten eingeschränkt sind und dessen Pflegebedarf ihn/sie zu einem bestimmten Grad abhängig macht, Unterstützung anbieten mit dem Ziel, dass die Unabhängigkeit in der Durchführung der Selbstpflege wieder hergestellt wird“* (trans. Mertens et al. 2002, p. 196) bezeichnet wird.

Neben Geschlecht, Alter und Pflegeabhängigkeit gilt es noch weitere Faktoren zu untersuchen, welche gemeinsam mit Harninkontinenz auftreten können. Bisher wurden schon zahlreiche Studien zu Risikofaktoren für Harninkontinenz durchgeführt und in Systematischen Reviews zusammengefasst (Higa, Lopes & Reis 2008; Offermans et al. 2009; Parazzini et al. 2000). Die Erkenntnis über solche Faktoren kann unter anderem bei der Wahl der passenden Präventions- oder Behandlungsstrategie für einzelne Patienten und Patientinnen hilfreich sein. In der Literatur finden sich aber nur wenige Studien, die Faktoren für einzelne Formen der Harninkontinenz untersuchen. Somit fehlt es, wie Hunskaar et al. 2003 und Luber 2004 als letzte in der Literatur angesprochen, bislang noch an ausreichender Evidenz auf diesem Gebiet. Diese Arbeit möchte diesbezüglich auch

einen Beitrag zur Erweiterung des vorhandenen Wissens auf wissenschaftlicher Basis leisten, indem Krankheitsbilder bei Personen mit Harninkontinenz bzw. mit einzelnen – Formen der Harninkontinenz erhoben und diese dann geschlechtsdifferenziell betrachtet werden.

Zweck dieser Arbeit

Der Zweck dieser Arbeit besteht primär in der Bestimmung der Häufigkeit des Auftretens von Harninkontinenz und einzelner Formen der Harninkontinenz bei institutionalisierten Frauen und Männern in Österreich. In weiterer Folge geht es auch um die Identifizierung der Pflegeabhängigkeit und häufig auftretender Krankheiten bei harninkontinenten Personen.

I. Literaturübersicht

Es wurden drei Literaturrecherchen zum Thema Harninkontinenz im Zeitraum von 29.04. bis 13.05.2010 durchgeführt. Der Zweck der ersten Recherche war, einen Überblick über die Prävalenz von Harninkontinenz sowie einzelner Formen der Harninkontinenz zu bekommen. In der zweiten Recherche wurden Studien gesucht, die sich mit dem Thema Pflegeabhängigkeit bei Personen mit einem Harninkontinenzleiden widmeten. Die dritte Recherche zielte auf eine Übersicht über Faktoren ab, welche das Auftreten von Harninkontinenz beeinflussen können. Die Suche konzentrierte sich auf rein empirische Literaturquellen. Diese umfassten veröffentlichte Studien, sowie mögliche Masterarbeiten und Dissertationen (Burns & Grove 2003).

Dafür wurden deutsche und englische Artikel, publiziert von Jänner 2000 bis April 2010*, via der Benutzeroberfläche EBSCOhost® in der Datenbank Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL®), sowie via der Oberfläche OvidSP in den Datenbanken Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE®), Excerpta Medica Database (EMBASE) und Pascal (PASC) gesucht. CINAHL®, CDSR, MEDLINE® und EMBASE wurden ausgewählt, weil sie potentiell brauchbare Datenbanken für Pflegewissenschaftler darstellen können (Polit & Beck 2008). Die medizinisch orientierte Datenbank PASC wurde hinzugenommen, da dieser Literaturüberblick auch medizinische Einflussgrößen einschließt. Der Zeitraum von zehn Jahren wurde gewählt, um aktuelle Studien zu finden. Laut Burns & Grove 2003 ist eine Literatur dann aktuell, wenn sie in den letzten zehn Jahren publiziert worden ist. Um weitere relevante Artikel der letzten zehn Jahre zu finden, wurde, wie unter anderem von Cooper 2010 empfohlen, nicht nur in bibliografischen Datenbanken recherchiert, sondern zusätzlich nach relevanten Artikeln auf ausgewählten Internetseiten, sowie auch in Referenzlisten („ancestry approach“) und in Zitationsindexen („descendancy approach“) gesucht. Im Bereich der Pflegewissenschaft eignen sich vor allem das ISI Web of KnowledgeSM vom Institute for Scientific Information, sowie Ovid und CINAHL® als Zitationsindexe, um andere Studien zu finden, welche schon früher den bestimmten Artikel zitiert haben (Polit & Beck 2008).

Im Rahmen des Screenings wurden zu den jeweiligen Themen passende Artikel mit Personen aus Pflegeheimen und Krankenhäusern eingeschlossen. Ausgeschlossen wurden Studien, die sich auf Sekundärdaten gestützt, die Personen mit einer bestimmten Diagnose oder Personen in der ambulanten Versorgung untersucht haben.

* ausgenommen CDSR (Suche nur in den letzten fünf Jahren möglich)

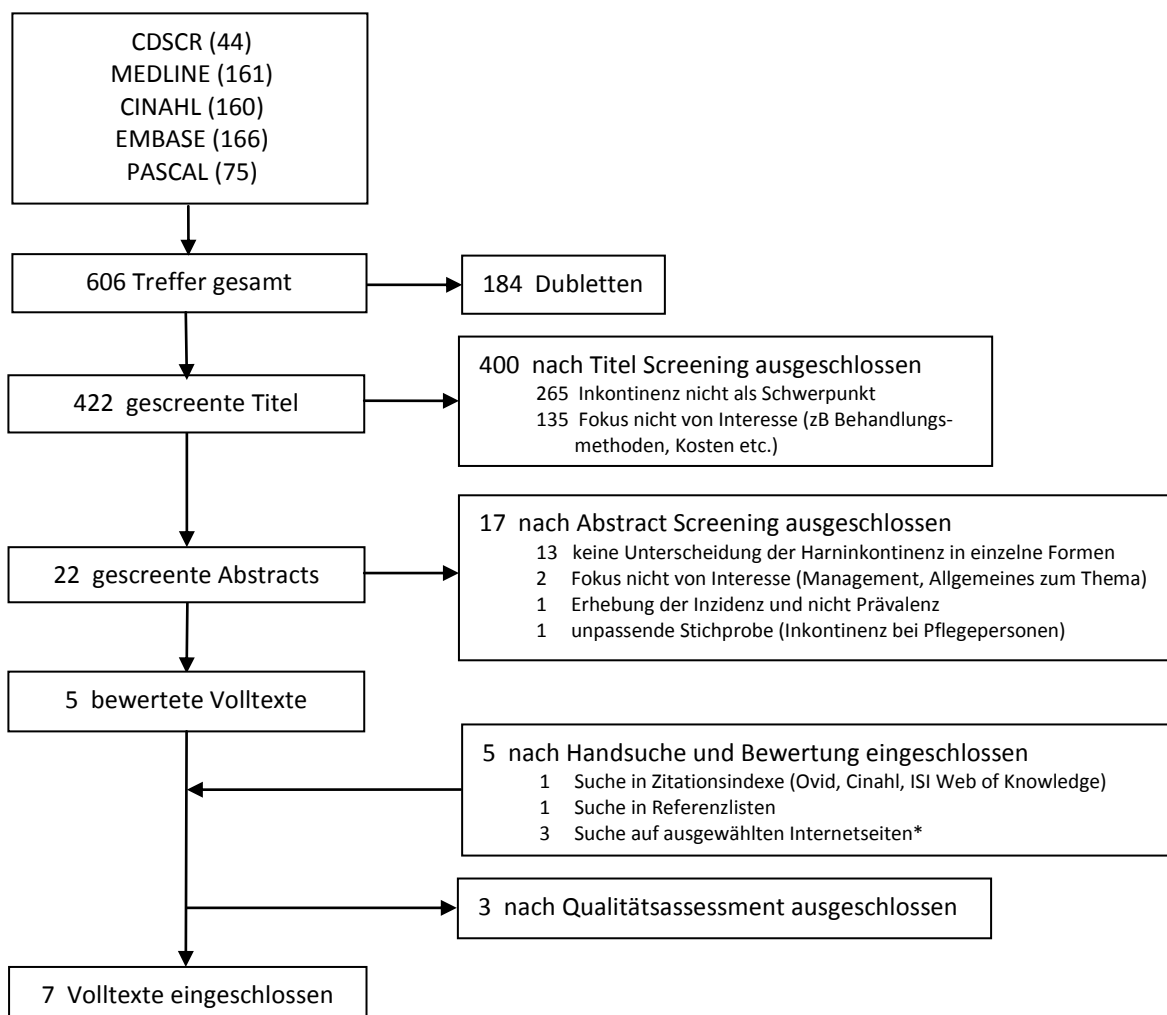
I.1. Literaturrecherche: Prävalenz von Harninkontinenz und einzelner Formen

Für diese Literaturrecherche wurde nach Prävalenzstudien für Harninkontinenz mit folgender Keyword-Kombination gesucht:

((epidemiolog* or prevalence) and (urin* and incontinence) and (nursing or residential or hospital*)) not (f*ecal or anal or overactive bladder)

Eingeschlossen wurden nur Studien, die neben der Prävalenz von Harninkontinenz im Allgemeinen auch die Prävalenz der verschiedenen Formen von Harninkontinenz untersuchten. Es ergaben sich fünf Volltexte und weitere fünf wurden nach einer Handsuche in diese Übersicht eingeschlossen (siehe Abb. 1).

Das Qualitätsassessment wurde mithilfe der Kriterienliste von Prins et al. 2002 (siehe Tab. 2) durchgeführt. Sie eignet sich zur Beurteilung von Prävalenzstudien besonders gut, da sie eigens für diesen Zweck entwickelt worden ist. Eingeschlossen wurden Studien, die im Rahmen dieses Assessments mindestens drei für externe und drei für interne Validität, sowie mindestens zwei Punkte für Informativität erhalten haben (Offermans et al. 2009).



* www.lpz-um.eu, www.unimaas.nl, www.meduni-graz.at/pflegewissenschaft, <http://medpfleg-paed-wiss.charite.de>

Abb. 1: Suchstrategie zur Prävalenz von Harninkontinenz und einzelnen Formen

Harninkontinenz im Allgemeinen

Die in den Literaturüberblick eingeschlossenen Studien ergaben eine Prävalenz der Harninkontinenz bei institutionalisierten Personen von 17,4 % bis 77,2 % (Mittelwert: 45 %). Gründe für die starken Schwankungen dürften, wie in der Einleitung schon erwähnt, unter anderem die unterschiedliche Verwendung von Definitionen der Harninkontinenz sein.

Die meisten Studien definierten Harninkontinenz als unwillkürlichen oder unfreiwilligen Verlust von Urin (Aslan et al. 2009; Dassen 2008; Dassen 2009; Kocaöz, Bilgili & Eroglu 2009). Bei Verwendung dieser breiten Definition lag die Prävalenz bei 17,4 % bis 73,4 %. Wurde die Definition mit einer Frequenzangabe spezifiziert, kamen Studien mit einer Monatsangabe auf eine Prävalenz von 22,8% bis 33,6 % (Aslan et al. 2009; Kocaöz, Bilgili & Eroglu 2009).

Formen von Harninkontinenz

Die meisten Studien gaben auch die Definition der jeweilig verwendeten Formen der Harninkontinenz an, bei denen es inhaltlich zu keinen großen Unterschieden kam (Aslan et al 2009; Dassen 2008; Dassen 2009; Coppola et al. 2002; Nojomi, Amin & Rad 2008). Zu den am häufigsten untersuchten Formen zählten Stress-, Drang- und Mischurininkontinenz. Bei institutionalisierten Personen war vorrangig die Drangurininkontinenz mit einer Prävalenz von 0,8 % bis 39,3 % (Mittelwert: 20,1 %) vertreten. Die Prävalenz der Stresslag bei 0,9 % bis 31,9 % (Mittelwert: 13,6 %), und die der Mischurininkontinenz bei 0,3 % bis 10,4 % (Mittelwert: 5,1 %). Somit trat die Drangurininkontinenz am häufigsten bei institutionalisierten Personen auf.

Setting

Die Prävalenz von Harninkontinenz reichte in Pflegeheimen von 22,8 % bis 77,2 % (Mittelwert: 55,1 %), wohingegen sie in Krankenhäusern bei 17,4 % bis 27,0 % (Mittelwert: 23,2 %) lag. Es bestand somit der Trend, dass Harninkontinenz häufiger in Pflegeheimen auftrat als in Krankenhäusern.

In Pflegeheimen kam die Drangurininkontinenz mit einer Prävalenz von 0,8 % bis 39,3 % (Mittelwert: 25,5 %) am häufigsten vor, gefolgt von Stress- mit 0,9 % bis 31,9 % (Mittelwert: 11,9 %) und Mischurininkontinenz mit 0,3 % bis 10,4 % (Mittelwert: 5,4 %). In Krankenhäusern stellte bei Nojomi, Amin & Rad 2008 die Stressurininkontinenz und bei Dassen 2008 sowie Dassen 2009 die Funktionelle-Urininkontinenz die häufigsten auftretenden Formen dar.

Geschlecht

Nur die Hälfte der Studien differenzierte ihre Ergebnisse nach Geschlechtern (Adelmann 2004; Aslan et al 2009; Dassen 2008; Dassen 2009; Kocaöz, Bilgili & Eroglu 2009). Bei institutionalisierten Frauen betrug die Häufigkeit einer Harninkontinenz 25 % bis 78,4 % (Mittelwert: 52,6 %) und bei Männern 19,3 % bis 72,0 % (Mittelwert: 36,6 %). Somit trat Harninkontinenz bei Frauen öfter auf als bei Männern.

Beim Vergleich der Formen der Harninkontinenz hinsichtlich der Geschlechter, war Drang- mit einer Prävalenz von 13,3 % bis 50,0 % die häufigste auftretende Form bei Männern und Stressurininkontinenz mit einer Prävalenz von 8,0 % bis 41 % bei Frauen.

Alter

Nur drei Studien unterschieden die Prävalenz der Harninkontinenz nach Alter (Dassen 2008; Kocaöz, Bilgili & Eroglu 2009; Nojomi, Ami & Rad 2008). Obwohl die Altersgruppen in den Studien unterschiedlich eingeteilt waren, zeichnete sich der Trend der steigenden Prävalenz bei steigendem Alter ab. Altersspezifische Angaben hinsichtlich einzelner Formen von Harninkontinenz wurden bei keiner Studie angegeben.

Methode

Alle Studien waren Querschnittstudien und setzten zumeist selbst entwickelte Fragebögen als Erhebungsinstrument ein. Nur Adelmann 2004 erhob Harninkontinenz anhand medizinischer Diagnosen (MDS). Bemerkenswert war, dass beinahe alle Studien nicht von objektiven Untersuchungen validiert worden sind. Nur Adelmann 2004 und Coppola et al. 2002 setzten validierte Erhebungsmethoden ein und erhielten eine relativ hohe Prävalenz von 77,2 % bzw. 50,6 % bei Personen in Pflegeheimen.

Hinsichtlich der Gütekriterien bei den selbst entwickelten Fragebögen setzten Dassen 2008 und 2009 Fragebögen ein, bei denen bereits vorhandene und geprüfte Messinstrumente aufgenommen wurden. Angaben zu einer Pilotstudie fanden sich bei Nojomi, Amin & Rad 2008.

Länder

Die Prävalenzstudien wurden vor allem in Deutschland und in der Türkei durchgeführt (Aslan et al. 2009; Dassen 2008; Dassen 2009; Kocaöz, Bilgili & Eroglu 2009). In Österreich gibt es bis dato diesbezüglich nur eine Erhebung bei institutionalisierten Personen, die aber nach dem Qualitätsassessment ausgeschlossen wurde.

Um aktuelle Zahlen über das Pflegephänomen Harninkontinenz in Österreich zu erhalten, besteht somit der Bedarf eine solche Erhebung im Jahr 2010 zu wiederholen. Dabei ist es unter anderem von Bedeutung, geschlechts- und altersspezifische Angaben bei der Prävalenz der Harninkontinenz sowie bei einzelnen Formen der Harninkontinenz in Hinblick auf das Setting Krankenhaus sowie auf das Setting Pflegeheim zu erhalten. Dadurch ergibt sich für diese Arbeit unter anderem folgende Forschungsfragen: Wie hoch ist die Prävalenz der Harninkontinenz(-formen) bei Frauen und Männern unterschiedlicher Altersstufen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen? Worin unterscheiden sich Frauen und Männer mit Harninkontinenz?

Tabelle 3: Literatursynthese: Studien zur Prävalenz von Harninkontinenz (HI) und einzelnen Formen						
Autor, Jahr	Stichprobe (Größe, Geschlecht, Alter)	Setting, Land, Design und Erhebungsmethode	verwendete Definition von HI	Prävalenz der HI (inkl. geschlechts- und altersspezifischen Angaben)	verwendete Definition einzelner Formen von HI	Prävalenz einzelner HI-Formen (inkl. geschlechts- und altersspezifischen Angaben)
Adelmann 2004*	n = 480 (nur für das Setting PH) M = 21 % F = 79 % ges.: 84,6 J ± kA	PH u. zu Hause lebend USA Querschnittstudie, medizinische Diagnosen	keine Kontinenz während der letzten 12 Mo	77,2 % (380) M = 72,0 % (72) F = 78,4 % (298) 65–74y = 61,2 % (41) 75–84y = 75,0% (123) ≥ 85 y = 82,7 % (206)	kA	SUI = 3,0 % (11) UUI = 0,8 % (3) MUI = 0,3 % (1) unbekannt: 93,5 % (346) geschlechts- und altersspezifisch: kA
Aslan et al. 2009	n = 694 M = 43 % F = 57 % M = 74,8 ± 8,5 J F = 77,5 ± 7,5 J	PH Türkei Querschnittstudie, selbst entwickelter Fragebogen (persönliches Interview)	unfreiwilliger Harnverlust mind. 1x/Mo, unabhängig von der Menge	33,6 % (233) M = 20,9 % (63) F = 43,4 % (170) altersspezifisch: kA	SUI: <i>involuntary loss of urine during coughing, sneezing, or with exertion</i> (p. 3292) UUI: <i>involuntary loss of urine accompanied by or immediately preceded by urgency</i> (p. 3292) MUI: <i>finding of stress and urge incontinence</i> (p. 3292) OUI: <i>leakage of urine associated with an overfilled bladder</i> (p. 3292) FUI: <i>involuntary or cognitive limitations in reaching or using toilet facilities, which results from a patient's inability or unwillingness to gain access to toilet facilities</i> (p. 3292)	Prävalenz einzelner Formen im Allgemeinen: kA SUI: M = 6,3 % (3) SUI: F = 15,8 % (22) UUI: M = 50 % (24) UUI: F = 28,8 % (40) MUI: M = 10,4 % (5) MUI: F = 6,5 % (9) FUI: M = 25,0 % (12) FUI: F = 25,9 % (36) altersspezifisch: kA
Coppola et al. 2002*	n = 328 (nur für das Setting PH) M = 39 % F = 61 % ges.: 79,8 ± 10,2J	PH u. zu Hause lebend Italien Querschnittstudie, selbst entwickelter Fragebogen (persönliches Interview) plus Pad Test	Harnverlust 1-2x/Wo während den letzten 12 Monaten	50,6 % (166) (45–56%) geschlechts- und altersspezifisch: kA	SUI: <i>when you laugh, sneeze, cough or jump, etc</i> (p. 29) UUI: <i>when you feel the urge to void and cannot get to toilet fast enough</i> (p. 29) MUI: <i>reported urge and stress incontinence</i> (p. 29)	SUI: 0,9 % (3) UUI: 39,3 % (129) MUI: 10,4 % (34) geschlechts- und altersspezifisch: kA

Autor, Jahr	Stichprobe (Größe, Geschlecht, Alter)	Setting, Land, Design und Erhebungsmethode	verwendete Definition von HI	Prävalenz der HI (inkl. geschlechts- und altersspezifischen Angaben)	verwendete Definition einzelner Formen von HI	Prävalenz einzelner HI-Formen (inkl. geschlechts- und altersspezifischen Angaben)
Dassen 2008	n = 6736 (für PH und KH) PH: M = 21,7 % F = 78,3 % KH: M = 48,2 % F = 51,8 % PH: M = 76,5 ± 12 J F = 85,1 ± 8,8 J KH: M = 62,7 ± 15,6 J F = 65,0 ± 18,0 J	PH u. KH Deutschland Querschnittstudie selbst entwickelter strukturierter Fragebogen	jeglicher, unfreiwilliger Verlust von Urin	ges. 45,2 % (3045) [73,4 % (2455) in PH; 17,4 % (591) in KH] M = 29,3 % (678) [63,8 % (458) in PH; 13,8 % (220) in KH] F = 53,9 % (2297) [75,9 % (1937) in PH; 21,1 % (360) in KH] ≤ 65 J = 13,7 % [60,2 % PH; 7,6% KH] 66–70 J = 27,8 % [65,4% PH; 15,2% KH] 71–75 J = 38,1 % [70,0% PH; 20,2% KH] 76–80 J = 49,5 % [73,3% PH; 23,7% KH] 81–85 J = 59,1 % [69,8% PH; 32,2% KH] > 85 J = 74,4 % [78,6% PH; 47,6% KH]	SUI: <i>unwillkürlicher Urinverlust in Zusammenhang mit Anstrengung oder körperlicher Belastung (auch Niesen, Husten oder Lachen) (p. 48)</i> UUI: <i>unwillkürlichen Urinverlust, der in Zusammenhang mit Harndrang oder als unmittelbare Folge von Harndrang auftritt (p. 48)</i> MUI: <i>auftreten von Merkmalen der Stress- als auch der Dranginkontinenz (p. 48)</i> FUI: <i>ein normalerweise kontinenter Mensch ist nicht in der Lage, die Toilette so rechtzeitig zu erreichen oder zu benutzen, dass ein unwillkürlicher Urinverlust vermieden wird (p. 48)</i>	Prävalenz einzelner Formen im Allgemeinen: kA SUI: M = 12,8 % (44) [9,2 % (13) in PH; 15,3 % (31) in KH] SUI: F = 19,8 % (276) [17,9 % (200) in PH; 27,3 % (76) in KH] UUI: M = 18,6 % (64) [13,3 % (27) in PH; 26,2 % (37) in KH] UUI: F = 19,7 % (275) [17,2 % (193) in PH; 29,5 % (82) in KH] MUI: M = 23,8 % (82) [27,1 % (55) in PH; 19,1 % (27) in KH] MUI: F = 26,8 % (374) [28,0 % (313) in PH; 21,9 % (61) in KH] FUI: M = 45,9 % (158) [46,3 % (94) in PH; 45,4 % (64) in KH] FUI: F = 34,4 % (481) [37,6 % (421) in PH; 21,6 % (60) in KH] altersspezifisch: kA
Dassen 2009	n = 8451 (für beide Settings) n = 5521 (für PH) n = 2930 (für KH) PH: M = 20,3 % F = 79,7 % KH: M = 46,1 % F = 53,9 % PH: ges.: 84,9 ± 9,8 J KH: ges.: 66,6 ± 16,7 J	PH u. KH Deutschland Querschnittstudie selbst entwickelter strukturierter Fragebogen	jeglicher, unfreiwilliger Verlust von Urin	ges. 56,3 % (4677) [72,8 % (3945) in PH; 25,3 % (732) in KH] M = 41,6 % (981) [67,2 % (722) in PH; 20,1 % (259) in KH] F = 62,3 % (3564) [74,2 % (3124) in PH; 29,1 % (440) in KH] altersspezifisch: kA	SUI: <i>unwillkürlicher Urinverlust in Zusammenhang mit Anstrengung oder körperlicher Belastung (auch Niesen, Husten oder Lachen) (p. 50)</i> UUI: <i>unwillkürlichen Urinverlust, der in Zusammenhang mit Harndrang oder als unmittelbare Folge von Harndrang auftritt (p. 50)</i> MUI: <i>auftreten von Merkmalen der Stress- als auch der Dranginkontinenz (p.50)</i> FUI: <i>ein normalerweise kontinenter Mensch ist nicht in der Lage, die Toilette so rechtzeitig zu erreichen oder zu benutzen, dass ein unwillkürlicher Urinverlust vermieden wird (p. 50)</i>	Prävalenz einzelner Formen im Allgemeinen: kA SUI: M = 2,1 % (19) [1,9 % (13) in PH; 2,6 % (6) in KH] SUI: F = 8,0 % (273) [7,4 % (220) in PH; 12,7 % (53) in KH] UUI: M = 14,4 % (131) [14,2 % (96) in PH; 15,0 % (35) in KH] UUI: F = 15,8 % (537) [15,5 % (464) in PH; 17,5 % (73) in KH] MUI: M = 13,9 % (126) [14,2 % (96) in PH; 12,9 % (30) in KH] MUI: F = 22,4 % (763) [23,7 % (708) in PH; 13,2 % (55) in KH] FUI: M = 40,5 % (367) [41,4 % (279) in PH; 37,8 % (88) in KH] FUI: F = 26,3 % (897) [26,0 % (777) in PH; 28,8 % (120) in KH] unbekannt: M = 29,1 % F = 27,5 % altersspezifisch: kA

Autor, Jahr	Stichprobe (Größe, Geschlecht, Alter)	Setting, Land, Design und Erhebungsmethode	verwendete Definition von HI	Prävalenz der HI (inkl. geschlechts- und altersspezifischen Angaben)	verwendete Definition einzelner Formen von HI	Prävalenz einzelner HI-Formen (inkl. geschlechts- und altersspezifischen Angaben)
Kocaöz, Bilgili & Eroglu 2009	n = 394 M = 38 % F = 62 % ges.: > 60 J (am meisten waren in der Altersgruppe 75-84 J mit n = 203)	PH Türkei Querschnittstudie, selbst entwickelter strukturierter Fragebogen (persönliches Interview)	unfreiwilliger Harnverlust mind.2x/Mo	22,8 % (90) M = 19,3 % (29) F = 25,0 % (61) ≤ 64 J = 11,1 % (3) 65–74 J = 17,9 % (21) 75–84 J = 26,6 % (54) 85 J ≥ = 25,5 % (12)	kA	SUI: 31,9 % (29) UUI: 36,3 % (33) MUI: 5,5 % (5) SUI: M = 13,8 % (4) SUI: F = 41,0 % (25) UUI: M = 41,4 % (12) UUI: F = 34,4 % (21) MUI: M = kA MUI: F = 8,2 % (5) altersspezifisch: kA
Nojomi, Amin & Rad 2008	n = 411 F = 100 % 46,5 ± 8,4 J	KH Iran Querschnittstudie, selbst entwickelter strukturierter Fragebogen (persönliches Interview)	mind. 1x Harnverlust erfahren	27,0 % (111) 30–44 J = 18,9 % (34) 45–54 J = 30,9 % (46) 55 J ≥ = 37,8 % (31)	SUI: <i>urinary leakage in connection with sneezing, coughing or when doing physical activities such as exercising or lifting heavy objects (p. 23)</i> UUI: <i>urinary leakage in connection with a sudden compelling desire to urinate (p. 23)</i> MUI: <i>association of stress and urge incontinence (p. 23)</i>	SUI: 18,7 % (77) [CI 14,7–22,7 %] UUI: 4,1 % (17) [CI 2,2–5,8 %] MUI: 4,1 % (17) [CI 2,2–5,8 %] altersspezifisch: kA

HI = Harninkontinenz; SUI = Stressurininkontinenz; UUI = Drangurininkontinenz; MUI = Mischurininkontinenz; FUI = Funktionelle Urininkontinenz; n = Gesamtzahl; ges. = gesamt; J = Jahre; PH = Pflegeheime; KH = Krankenhäuser; F = Frauen, M = Männer; kA = keine Angabe

* = Studien beziehen sich nicht nur auf PH und KH, aber Daten für diese beiden Settings konnten dennoch aus den Studien extrahiert werden.

1.2. Literaturrecherche: Pflegeabhängigkeit und Harninkontinenz(-formen)

Für die Literaturrecherche zum Thema Harninkontinenz und Pflegeabhängigkeit wurde folgende Keyword-Kombination gewählt:

((care dependenc* or care need or care deficit or self care or self management or health maintain* or health status) and (urin* and incontinence) and (nursing or residential or hospital*))
not (f*ecal or anal or overactive bladder or community)

Aus den anfänglich 199 verschiedenen Artikeln schienen nach Titel- und Abstract-Screening nur mehr fünf Volltexte für die Arbeit relevant zu sein. Weitere acht Artikel wurden per Handsuche hinzugezogen.

Nach kritischer Betrachtung aller erworbenen 13 Volltexte mussten neun ausgeschlossen werden, da sie sich mit verwandten Themengebieten der Pflegeabhängigkeit, den funktionellen Einschränkungen und den emotionalen Belastungen, bei Personen mit Harninkontinenz beschäftigten. Studien zu funktionellen Einschränkungen widmeten sich der Gebrechlichkeit (Jumadilova et al. 2005), den Aktivitätseinschränkungen (Brown et al. 2000) und der Abnahme verschiedener Körperfunktionen (Huang et al. 2007; Jenkins & Fultz 2005;

Wang et al. 2009). Emotionale Belastungen bei Personen mit Harninkontinenz gingen beispielsweise mit dem Gefühl der Machtlosigkeit (Hägglund & Ahlström 2007), der Angst (Li, Low & Lee 2007), des emotionalen Durcheinanders (Higa, Lopes & Turato 2008) und dem Gefühl der Belastung seitens der Betroffenen einher (von den Muijsenbergh & Lagro-Janssen 2006).

Funktionelle Einschränkungen und emotionale Belastungen sind der Pflegeabhängigkeit zwar sehr ähnlich, können sie jedoch nicht abbilden. Funktionelle Einschränkungen gehen nämlich der Pflegeabhängigkeit vor, während unerfüllte Bedürfnisse eine mögliche Konsequenz darstellen können (Boggatz et al. 2007). Das Konzept der Pflegeabhängigkeit ist somit viel umfassender zu betrachten. Dijkstra, Buist & Dassen 1998 verstehen unter dem Konzept der Pflegeabhängigkeit einen „Prozess, in dem professionelle Pflegende einem Patienten, dessen Selbstpflegefähigkeiten eingeschränkt sind und dessen Pflegebedarf ihn/sie zu einem bestimmten Grad abhängig macht, Unterstützung anbieten mit dem Ziel, dass die Unabhängigkeit in der Durchführung der Selbstpflege wieder hergestellt wird“ (trans. Mertens et al. 2002, p. 196).

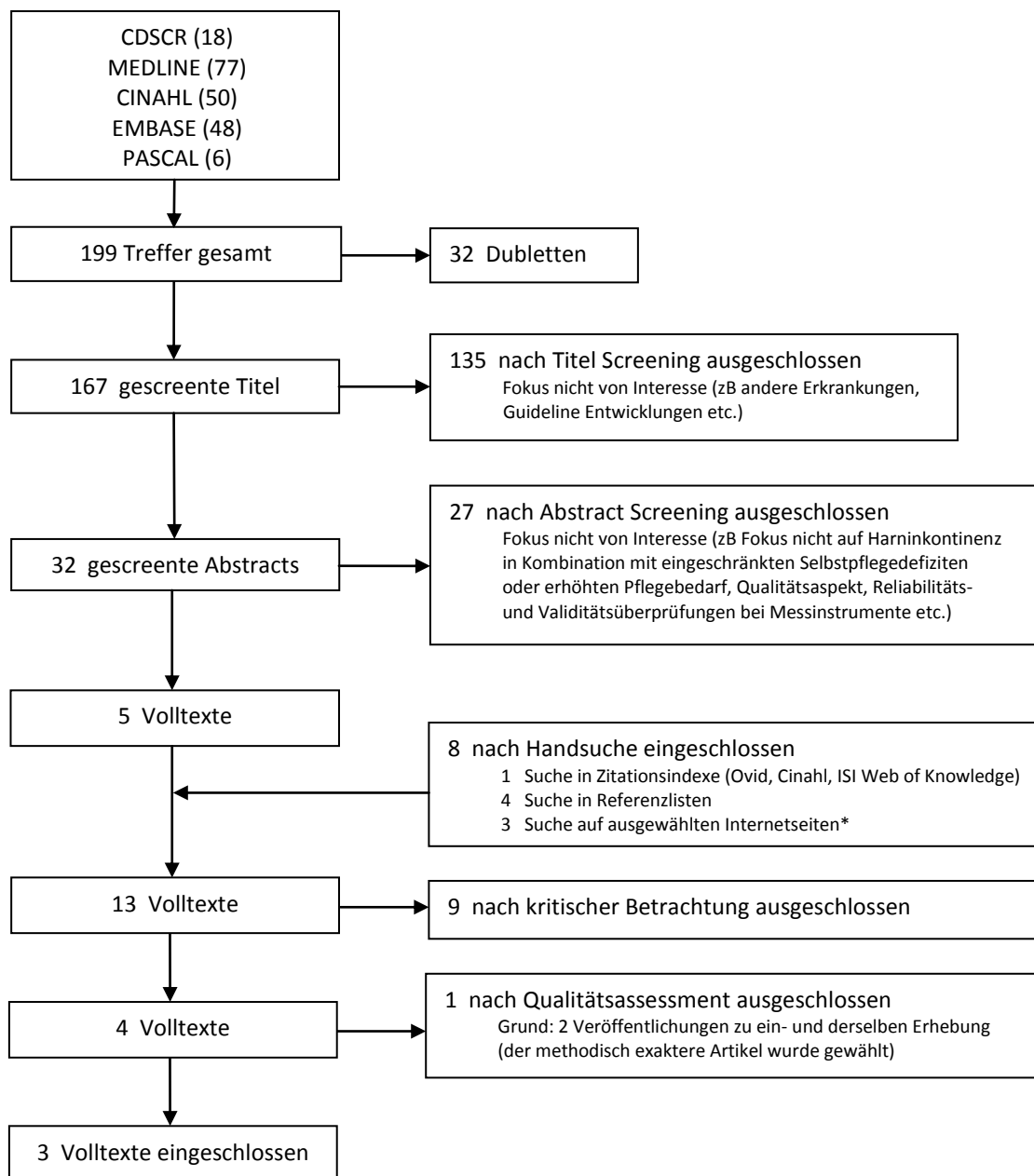
Damit betroffene Personen ihre Unabhängigkeit hinsichtlich Selbstpflegefähigkeiten wiedererlangen können, haben Pflegepersonen somit das Ziel, Betroffene dahingehend zu unterstützen. Dazu nennt Pflgetheoretikerin Virginia A. Henderson tägliche Funktionen oder Aktivitäten, in denen zu behandelnde Personen einen möglichen Unterstützungsbedarf aufweisen können und welche in den Zuständigkeitsbereich der Pflege fallen (Henderson 2008) (siehe Tab.4).

Tabelle 4: Aufgaben der Pflege

Die pflegerische Betreuung lt. Henderson ist „die Hilfe, die sie dem Patienten bei den folgenden Aktivitäten leistet, beziehungsweise die Schaffung von Bedingungen, unter denen der Patient diese Aktivitäten ohne fremde Hilfe durchführen kann:

- normal atmen
- ausreichend essen und trinken
- körperliche Abbauprodukte ausscheiden
- sich bewegen und an der Körperhaltung arbeiten
- schlafen und ruhen
- passende Kleidung aussuchen, sich an- und auskleiden
- durch entsprechende Bekleidung und Veränderung der Umwelt die Körpertemperatur im Normalbereich halten
- den Körper reinigen, pflegen und die Haut schützen
- Selbstgefährdungen und Gefährdungen anderer vermeiden
- durch Äußerungen von Gefühlen, Bedürfnissen, Ängsten usw. mit anderen kommunizieren
- sich entsprechend seiner Religion betätigen
- in einer Art und Weise arbeiten, die das Gefühl vermittelt, etwas Sinnvolles zu leisten
- spielen oder an Freizeitaktivitäten teilnehmen
- lernen, entdecken oder die Neugier befriedigen, die eine «normale» Entwicklung und Gesundheit zur Folge hat
- die vorhandenen Gesundheitsversorgungseinrichtungen zu nutzen“ (Henderson 2008, p. 47).

Bei der Betrachtung der Pflegeabhängigkeit ist es somit zu wenig, sich nur auf funktionelle Einschränkungen und emotionale Belastungen zu konzentrieren. Wissen über das komplette Ausmaß des Pflegebedarfs bei den zu behandelnden Personen mit Harninkontinenz zu haben, ist jedoch im Rahmen der Pflege wichtig, um adäquat handeln zu können. Diesbezüglich konnten nur drei Studien im Rahmen der Literaturrecherche gefunden werden (siehe Abb. 2).



* www.lpz-um.eu, www.unimaas.nl, www.meduni-graz.at/pflegewissenschaft, <http://medpflg-paed-wiss.charite.de>

Abb. 2: Suchstrategie zum Thema Pflegeabhängigkeit und Harninkontinenz

Dem Qualitätsassessment wurden Bewertungskriterien von Roberts et al. 2004 zugrunde gelegt. Grund dafür ist, der strukturierte und umfassende Beurteilungsbogen. Dadurch kann auf verschiedenste zu beurteilende Punkte eingegangen werden (siehe Tab. 5).

Tabelle 5: Qualitätsassessment der Studien (Roberts et al. 2004)			
Problem Bezugsrahmen Forschungsfrage(n) Verwendung von Referenzen u. deren kritische Bewertung	Relevanz Forschungsdesign Datensammlung Qualitätskontrolle Stichprobe	Datenanalyse statistische Analyse Ergebnisdarstellung Diskussion Schlussfolgerung	Titel Autor(en) Zusammenfassung Gesamteindruck des Artikels wissenschaftliches Arbeiten

In Tabelle 6 (S. 20) werden die eingeschlossenen Studien nach Stichprobe, Setting, Land, Design, Erhebungsmethode und Pflegeabhängigkeit bei Personen mit Harninkontinenz, sowie mit einzelnen Formen von Harninkontinenz, dargestellt.

Pflegeabhängigkeit bei Personen mit Harninkontinenz

Die in den Literaturüberblick eingeschlossenen Studien ergaben einen Zusammenhang zwischen Harninkontinenz und Pflegeabhängigkeit.

Dassen 2008 kam zu dem Ergebnis, dass Personen mit Harninkontinenz wesentlich pflegeabhängiger mit 39,8 Punkte als Personen ohne dieses Leiden mit 66,2 waren, wobei die Werte der Pflegeabhängigkeitsskala zwischen 15 (= völlig abhängig) und 75 Punkte (= völlig unabhängig) liegen konnten. Bei Arndt et al. 2006 wurden nur Personen mit Harninkontinenz in Bezug auf ihre Pflegeabhängigkeit untersucht. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass institutionalisierte Personen mit Harninkontinenz häufig als „völlig abhängig“ (Mittelwert: 96,9 %) und selten als „völlig unabhängig“ (Mittelwert: 12 %) eingestuft worden sind. Kritisch zu betrachten ist, dass in der letztgenannten Studie zwar von Harninkontinenz geschrieben wurde, jedoch konnte im Rahmen der Datenerhebung mittels Pflegeabhängigkeitsskala nur „Inkontinenz“ erhoben werden. Personen mit Stuhlinkontinenz könnten dadurch auch eingeschlossen worden sein, da unter Inkontinenz nicht nur Harn-, sondern auch Stuhlinkontinenz von den Pflegepersonen verstanden werden konnte.

Setting

Personen mit Harninkontinenz sind in Pflegeheimen häufiger pflegeabhängig als betroffene Personen in Krankenhäusern. Dies zeigten die Ergebnisse von Dassen 2008 (38,0 und 47,2). Prieschl 2009 kam ähnlich wie Dassen 2008 zu dem Ergebnis, dass in Pflegeheimen Personen mit Inkontinenz häufiger als „völlig abhängig“ eingestuft worden

sind, als jene in Krankenhäusern (53,5 % und 8,3 %), wobei auch hier wieder, wie bei Arndt et al. 2006, das Item „Inkontinenz“ im Rahmen der Pflegeabhängigkeitsskala nicht nur Harn-, sondern auch Stuhlinkontinenz erheben konnte.

Bei Arndt et al. 2006 hingegen kam es zwischen Personen mit Inkontinenz, die als „völlig abhängig“ eingestuft worden sind, in Pflegeheimen und Krankenhäusern zu keinem Unterschied (95,5 % und 98,2 %). Es wurden sogar wesentlich mehr Personen mit Inkontinenz in Pflegeheimen als in Krankenhäusern als „völlig unabhängig“ eingestuft (18,7 % und 5,2 %). Bemerkenswert war, dass sich die Prozentzahlen zwischen diesen beiden Studien extrem stark unterschieden, obwohl sie ein ähnliches Probandinnen- und Probandengut und das gleiche Datenerhebungsinstrument hatten, sowie eine ähnliche Datenauswertung vorgenommen hatten.

Geschlecht, Alter und einzelne Formen der Harninkontinenz

Bei allen Studien wurde nicht nach Geschlechtern, Alter und einzelnen Formen der Harninkontinenz in Bezug auf die Pflegeabhängigkeit bei harninkontinenten Personen differenziert. Nur Prieschl 2009 wies darauf hin, dass Männer in Pflegeheimen höhere Werte der Pflegeabhängigkeit verzeichneten als Frauen, und dadurch unabhängiger waren, gab diesbezüglich aber keine Zahlenwerte an.

Aktivitäten, in denen Personen mit Harninkontinenz pflegeabhängig sind

Arndt et al. 2006 setzte das Merkmal „Mobilität“ der Pflegeabhängigkeit in Bezug auf das Pflegephänomen Harninkontinenz. Die Prävalenz von Harninkontinenz nahm mit steigender Pflegeabhängigkeit bei der Mobilität der untersuchten Personen zu. Die Prävalenz von Harninkontinenz betrug für Personen, die als „völlig abhängig“ eingestuft wurden, 96,5 % in Pflegeheimen und 86,6 % in Krankenhäusern, wohingegen sie bei „völlig unabhängig“ eingestuften Personen wesentlich niedriger war (36,2 % und 6 %).

Weitere Aktivitäten, in denen Personen mit Harninkontinenz auf Unterstützung von professionell Pflegenden angewiesen sein könnten, können unter anderem für die tägliche pflegerische Praxis von Bedeutung sein.

Aufgrund der unzureichenden Evidenz hinsichtlich Pflegeabhängigkeit bei Personen mit Harninkontinenz ergibt sich unter anderem für diese Arbeit folgende Forschungsfrage: „Wie groß ist das Ausmaß der Pflegeabhängigkeit bei Frauen und Männern mit Harninkontinenz(-formen) in österreichischen Krankenhäusern sowie Pflegeheimen?“

Tabelle 6: Literatursynthese: Studien zum Thema Pflegeabhängigkeit (PA) und Harninkontinenz (HI)				
Autor, Jahr	Stichprobe (Größe, Geschlecht, Alter)	Setting, Land, Design und Erhebungsmethode	PA bei Personen mit und ohne HI (inkl. geschlechts- und altersspezifische Angaben)	PA und einzelne Formen der HI
Arndt et al. 2006	n = 10786 M, F = kA PH: ges.: 83,0 J KH: ges.: 65,8 J in KH	PH u. KH, Deutschland Querschnittstudie, PAS, eingebunden in einen selbst entwickelten Fragebogen	„völlig abhängig“ bei PAS: 95,5 % mit HI in PH 98,2 % mit HI in KH „völlig unabhängig“ bei PAS: 18,7 % mit HI in PH 5,2 % mit HI in KH einzelne Aktivitäten, in der Personen mit HI abhängig sein können: -Mobilität- „völlig abhängig“ bei PAS: 96,5 % mit HI in PH 86,6 % mit HI in KH „völlig unabhängig“ bei PAS: 36,2 % mit HI in PH 6 % mit HI in KH weitere Aktivitäten: kA geschlechts- und altersspezifisch: kA	kA
Dassen 2008	n = 6736 (für PH und KH) PH: M = 21,7 % F = 78,3 % KH: M = 48,2 % F = 51,8 % PH: M = 76,5 ± 12 J F = 85,1 ± 8,8 J KH: M = 62,7 ± 15,6 J F = 65,0 ± 18,0 J	PH u. KH, Deutschland Querschnittstudie, PAS, eingebunden in einen selbst entwickelten Fragebogen	PAS-Wert* im Durchschnitt: 39,8 mit HI [38,0 mit HI in PH] [47,2 mit HI in KH] 66,2 ohne HI [43,5 ohne HI in PH] [65,0 ohne HI in KH] einzelne Aktivitäten, in der Personen mit HI abhängig sein können: kA geschlechts- und altersspezifisch: kA	kA
Prieschl 2009	n = 2341 (für PH und KH) M = 36 % F = 64 % PH: M = 72,3 ± 14,4 J F = 82,3 ± 11,1 J KH: M = 66,3 ± 15,1 J F = 69,2 ± 17,4 J	PH u. KH, Österreich Querschnittstudie, PAS, eingebunden in einen selbst entwickelten Fragebogen	„völlig abhängig“ bei PAS: 53,5 % mit Inkontinenz in PH 8,3 % mit Inkontinenz in KH „völlig unabhängig“ bei PAS: kA einzelne Aktivitäten, in der Personen mit HI abhängig sein können: kA geschlechts- und altersspezifisch: kA	kA

n = Gesamtzahl; ges. = gesamt; J = Jahre; PH = Pflegeheime; KH = Krankenhäuser; kA = keine Angabe; F = Frauen; M = Männer; HI = Harninkontinenz; PAS = Pflegeabhängigkeitskala

*Werte der Pflegeabhängigkeitsskala liegen zwischen 15 (= völlig abhängig) und 75 (= völlig unabhängig)

I.3. Literaturrecherche: Krankheitsbilder und Harninkontinenz(-formen)

Nach einer überblicksweisen Recherche bezüglich Krankheiten als Risikofaktoren für Harninkontinenz, konnte festgestellt werden, dass bisher schon zahlreiche Studien zu diesem Thema durchgeführt und in Systematischen Reviews zusammengefasst worden sind, wie beispielsweise in Higa, Lopes & Reis 2008, Offermans et al. 2009 oder Parazzini et al. 2000. Eine diesbezügliche kurze Übersicht findet sich in Tabelle 7.

Tabelle 7: Krankheiten als Risikofaktoren für Harninkontinenz (Higa, Lopes & Reis 2008; Offermans et al. 2009; Parazzini et al. 2000)	
Amnesie	Insomnie
Beckenbodentrauma	kognitive Einschränkung
Bettlägerigkeit	Mobilitätseinschränkung
chronische Krankheiten	Obstipation
Dekubitus	Schlaganfall
Delirium	Stuhlinkontinenz
Demenz	Harnwegserkrankungen
Depression	Übergewicht
Diabetes	vaginale Geburt
Diarrhoe	Geburtsverletzungen
Impaktbildung	

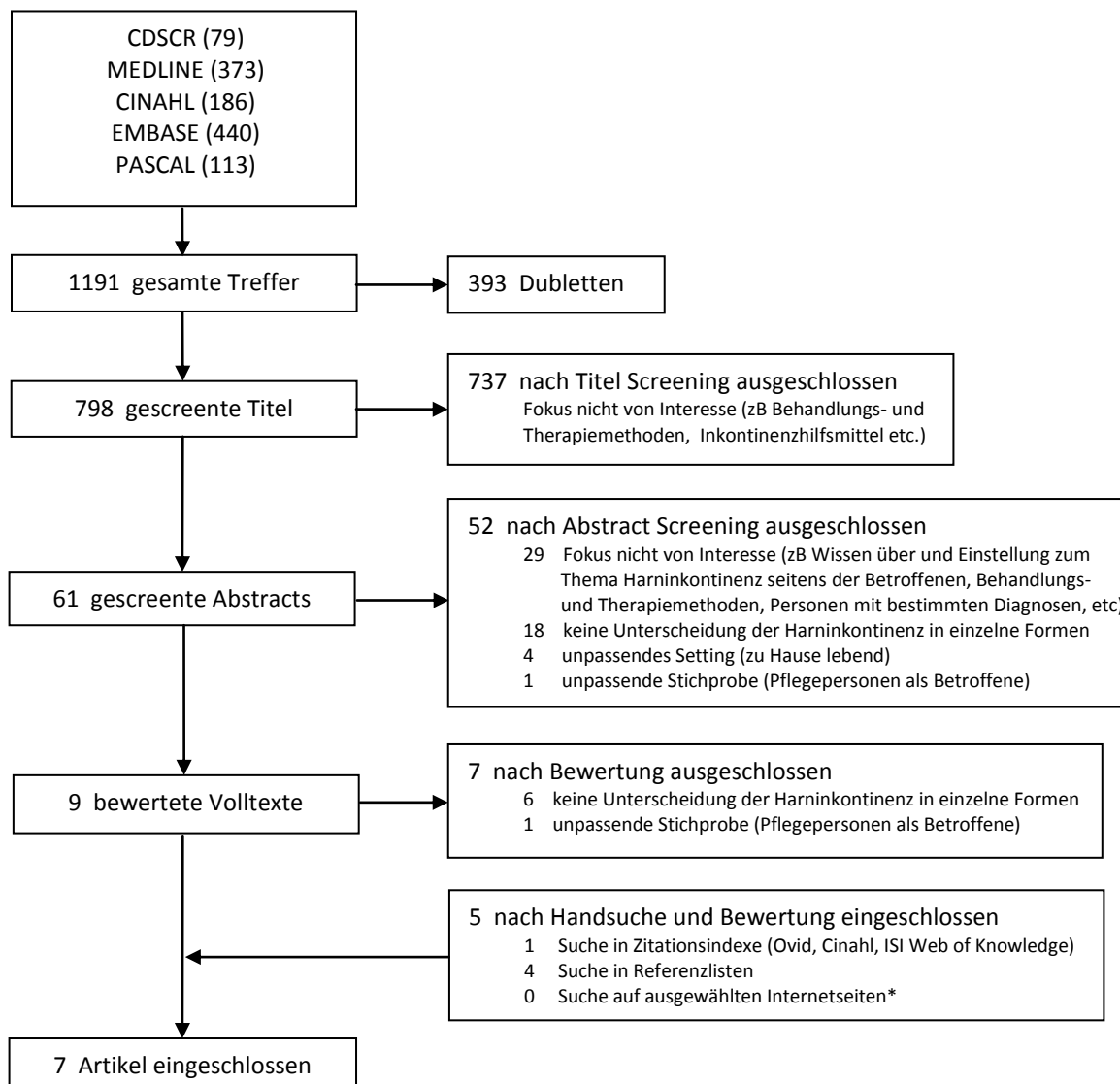
Bislang fehlt es aber noch, wie unter anderem von Hunskaar et al. 2003 und Luber 2004 als letzte in der Literatur angesprochen, an ausreichender Evidenz in Hinblick auf solche Faktoren für einzelne Formen der Harninkontinenz. Um diese wenigen Studien zu finden, wurde in Datenbanken mit folgender Keyword-Kombination gesucht:

((risk* or cause*) and (urin* and incontinence) and (nursing or residential or hospital*)) not (fecal or faecal or anal or overactive bladder)

Obwohl es zu einer großen Trefferanzahl gekommen ist (siehe Abb. 3), wurde bei der Auswahl der Keywords nicht nach einzelnen Formen der Harninkontinenz spezifiziert, um nicht relevante Artikel von vornherein auszuschließen. In der Folge wurden nur die Studien aufgenommen, die im Abstract zumindest von einer Form der Harninkontinenz geschrieben haben.

Dem Qualitätsassessment wurden wieder die Bewertungskriterien von Roberts et al. 2004 (siehe S. 18) zugrunde gelegt.

Letztendlich wurden fünf Artikel in diesem Literaturüberblick eingeschlossen. In Tabelle 9 (S. 26) werden diese nach Stichprobe, Setting, Land, Design, Erhebungsmethode und Krankheiten als Risikofaktoren für die jeweiligen untersuchten Formen der Harninkontinenz dargestellt.



* www.lpz-um.eu, www.unimaas.nl, www.meduni-graz.at/pflegewissenschaft, <http://medpfleg-paed-wiss.charite.de>

Abb. 3: Suchstrategie zu Krankheiten als Risikofaktoren für einzelne Formen der Harninkontinenz

Geschlecht, Setting, Alter

Alle Studien wurden interessanterweise nur bei Frauen in Krankenhäusern auf gynäkologischen Abteilungen durchgeführt, ausgenommen Zhu et al. 2010 schlossen neben Patientinnen in Krankenhäusern auch zu Hause lebende Frauen ein. Die Studienteilnehmerinnen befanden sich dabei meistens durchschnittlich im Erwachsenenalter. Zu et al. 2010 untersuchten, ob die Variable „Alter“ einen beeinflussenden Faktor für Drangurininkontinenz darstellt. Dabei hatten Frauen, die 60 Jahre oder älter waren, eine 2,3-fach erhöhte Chance eine Drangurininkontinenz zu entwickeln, als Frauen im Alter von 20 bis 40 Jahren (OR = 2.3 [1.4–3.8]). Für Stressurininkontinenz erhielten Hermann et al. 2009 keine signifikanten Ergebnisse hinsichtlich verschiedener Altersgruppen.

Krankheiten als Risikofaktoren für einzelne Formen der Harninkontinenz

Anhand der geringen Anzahl der in den Literaturüberblick eingeschlossenen Studien war ersichtlich, dass es tatsächlich an einer ausreichenden Evidenz in Hinblick auf Studien, die Risikofaktoren für einzelne Formen der Harninkontinenz untersuchten, mangelte. Bislang wurden diesbezüglich nur Stress-, Drang- und Mischurininkontinenz untersucht.

Krankheiten, die als Risikofaktoren für alle diese drei Formen der Harninkontinenz identifiziert wurden und bei mindestens zwei Studien signifikant waren, waren Obstipation, Beckenboden-Trauma, Genitalprolaps, rezidive Harnwegsinfektion und natürliche Geburt. Zu den Krankheiten, die ebenfalls bei mindestens zwei Studien signifikante Ergebnisse hatten, zählten Übergewicht als Risikofaktor für Drang- und chronisch obstruktive Pneumopathie für Mischurininkontinenz (siehe Tab. 8).

Tabelle 8: Krankheiten nach ICD-10 Klassifikation als Risikofaktoren für einzelne Formen der Harninkontinenz			
Krankheiten eingeteilt nach ICD-10	Stressurininkontinenz p-Wert oder OR [95 % CI]	Drangurininkontinenz p-Wert oder OR [95 % CI]	Mischurininkontinenz p-Wert oder OR [95 % CI]
E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten <i>Diabetes</i> <i>Übergewicht (BMI > 25 bzw. Bauchumfang ≥ 80 cm)</i>	0.1 [0.01–0.7] ⁽⁴⁾ 1.8 [1.3–2.5] ⁽³⁾	0.1 [0.01–0.7] ⁽⁴⁾ 1.8 [1.2–2.7] ⁽³⁾ , 1.4 [1.1–1.8] ⁽⁶⁾	0.1 [0.0–0.6] ⁽⁴⁾ 2.5 [1.9–3.2] ⁽³⁾
G00-G99 Krankheiten des Nervensystems <i>neurologische Krankheiten</i>			3.7 [1.8–7.3] ⁽³⁾
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems <i>Hypertonie</i>	5.0 [1.6–16.0] ⁽⁴⁾	4.2 [1.3–14.2] ⁽⁴⁾	5.0 [1.5–17.4] ⁽⁴⁾
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems <i>chron. obstruktive Pneumopathie</i>	0.4 [0.2–0.9] ⁽⁴⁾		1.9 [1.3–2.6] ⁽³⁾ , 0.4 [0.1–0.9] ⁽⁴⁾
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems <i>Obstipation</i>	p < 0.05 ⁽¹⁾ , 3.7 [2.1–6.5] ⁽⁴⁾	3.7 [2.2–6.4] ⁽⁴⁾ , 1.4 [1.1–1.9] ⁽⁶⁾	5.0 [2.4–9.0] ⁽⁴⁾
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes <i>Arthritis</i>	0.3 [0.2–0.5] ⁽⁴⁾	0.3 [0.1–0.5] ⁽⁴⁾	0.2 [0.1–0.5] ⁽⁴⁾
N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems <i>Beckenboden-Trauma</i> <i>Genitalprolaps</i> <i>Harnwegsinfektion (rezidiv)</i> <i>gynäkologische Krankheiten</i>	p < 0.05 ⁽¹⁾ , 1.9 [1.2–2.9] ⁽³⁾ 4.3 [2.5–7.3] ⁽⁴⁾ , 5.1 [3.0–9.0] ⁽⁴⁾ 1.3 [1.0–1.8] ⁽³⁾ , 3.6 [2.1–6.1] ⁽⁴⁾	2.4 [1.5–3.7] ⁽³⁾ , 1.8 [1.3–2.3] ⁽⁶⁾ 3.5 [2.0–6.2] ⁽⁴⁾ , 4.4 [2.5–7.8] ⁽⁴⁾ 2.3 [1.6–3.1] ⁽³⁾ , 3.1 [1.7–5.4] ⁽⁴⁾ 1.5 [1.1–2.1] ⁽⁶⁾	2.0 [1.4–2.9] ⁽³⁾ 3.7 [2.0–6.9] ⁽⁴⁾ , 5.4 [2.8–10.4] ⁽⁴⁾ 1.9 [1.5–2.4] ⁽³⁾ , 5.3 [1.8–6.2] ⁽⁴⁾
O00-O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett <i>Schwangerschaft</i> <i>Geburt per Kaiserschnitt (≥ 1)</i> <i>natürliche Geburt (≥ 3)</i> <i>natürliche Geburt (1–2)</i>	p < 0.05 ⁽⁷⁾ 3.3 [1.1–10.0] ⁽³⁾ 5.1 [1.8–14.6] ⁽³⁾ , 9.1 [4.3–22] ⁽⁴⁾ p < 0.05 ⁽¹⁾ , 5.4 [1.9–15.0] ⁽³⁾ , 2.5 [1.0–6.2] ⁽⁴⁾	5.0 [2.0–16.0] ⁽⁴⁾ 15.3 [5.2–45.1] ⁽⁴⁾	2.2 [1.3–3.7] ⁽³⁾ , 17.0 [5.0–58.1] ⁽⁴⁾ 1.6 [1.0–2.6] ⁽³⁾ , 5.0 [1.0–13.4] ⁽⁴⁾

OR = Odds Ratio; CI = Konfidenzintervall; p = Wahrscheinlichkeit; BMI = Body Mass Index

(1) Nojomi, Amin & Rad 2008; (2) Hermann et al. 2009; (3) Parazzini et al. 2003; (4) Sobhgol & Charandabee 2008; (5) Bai et al. 2002; (6) Zhu et al. 2010; (7) Nel et al. 2001

Generell lassen sich die Ergebnisse der Studien nur schwer vergleichen, da Studien, die zwar die gleichen Krankheiten bei gleichen Formen der Harninkontinenz untersucht haben, unterschiedliche Erhebungsmethoden und statistische Tests verwendet haben (siehe Tab.9).

Methode

Kritisch zu betrachten ist die Durchführung von Querschnittstudien zur Erfassung von Risikofaktoren, wie bei Nojomi, Amin & Rad 2007 und Zu et al. 2010, denn Querschnittstudien erheben Exposition und Wirkung zum gleichen Zeitpunkt. Ein Risikofaktor ist aber ein Ereignis, das zeitlich gesehen vor einem anderen Ereignis eingetreten ist (Bonita, Beaglehole & Kjellström 2008). Das bedeutet somit, dass Exposition und Wirkung zeitlich gesehen voneinander getrennt erfasst werden müssen, um letztendlich eine Krankheit als Risikofaktor für Harninkontinenz identifizieren zu können. Aus diesem Grund sind Querschnittstudien weniger gut für einen Kausalitätsnachweis geeignet.

Weiteres ist ebenfalls kritisch anzumerken, dass bei fast allen Studien, ausgenommen Nel et al. 2001, die Einholung der Zustimmung der Ethikkommission fehlte. Auch gab es bei fast allen Artikeln keine Angaben bezüglich psychometrischer Eigenschaften der Erhebungsmethoden, ausgenommen Beckenbodenuntersuchung bei Sobhgol & Charandabee 2008. Angaben zu einer Pilotstudie finden sich bei Zhu et al. 2010 und Nojomi, Amin & Rad 2007.

Zusammenfassend besteht ein Bedarf an Forschung über Krankheiten, die bei einzelnen Formen der Harninkontinenz auftreten können, da es diesbezüglich aufgrund fehlender Studien an Wissen vor allem bei Männern in Krankenhäusern mangelt. Weiters gab es auch keine Artikel mit älteren und alten Personen in Pflegeheimen.

Da diese Arbeit primär das Ziel verfolgt, die Prävalenz der Harninkontinenz und einzelner Formen der Harninkontinenz zu untersuchen, wird es sich um eine Querschnittstudie handeln. Dadurch lassen sich die Krankheiten nicht als Risikofaktoren erheben. Um aber dennoch einen Beitrag zur Erweiterung des bisherigen Wissens geben zu können, werden neben der Prävalenz der Harninkontinenz auch Krankheiten bei denselben Personen erhoben, um anschließend eine Übersicht geben zu können, welche Krankheiten Personen mit Harninkontinenz, sowie mit einzelnen Formen der Harninkontinenz, haben.

Aufgrund dessen ergibt sich unter anderem für diese Arbeit folgende Forschungsfrage:
 „Gibt es Unterschiede bei Krankheitsbildern zwischen Frauen und Männern mit Harninkontinenz in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen?“

Tabelle 9: Literatursynthese: Studien zu Krankheiten als Risikofaktoren für einzelne Formen der Harninkontinenz (HI)					
Autor, Jahr	Stichprobe (Größe, Geschlecht und Alter)	Setting, Land	Design, statistische Tests	untersuchte Form der HI	Krankheiten (medizinische Diagnosen)
Bai et al. 2002	n = 200 F = 100 % 52.4 ± 8.3 J	KH (Abt. Gyn), Korea	Fall-Kontroll-Studie, Regression	SUI	Übergewicht und Adipositas
Hermann et al. 2009	n = 120 F = 100 % 29 ± 6 J	KH (Abt. Gyn), Brasilien	Kohortenstudie, McNemar	SUI	Adipositas Geburt per Kaiserschnitt natürliche Geburt
Nel et al. 2001	n = 40 F = 100 % 26 J ± kA	KH (Abt. Gyn), Südafrika	Fall-Kontroll-Studie, 95 %iges Konfidenzintervall	SUI, UUI	Schwangerschaft *
Nojomi, Amin & Rad 2008	n = 411 F = 100 % 46.5 ± 8.4 J	KH (Abt. Gyn), Iran	Querschnittstudie, Kruskal-Wallis	SUI	Beckenboden-Trauma * natürliche Geburt * Obstipation * Übergewicht
Parazzini et al. 2003	n = 1062 F = 100 % 62.3 J (40–88 J)	KH (Abt. Gyn), Italien	Fall-Kontroll-Studie, Regression	SUI, UUI, MUI	Beckenboden-Trauma *†‡ chronisch obstruktive Pneumopathie ‡ Diabetes Geburt per Kaiserschnitt * Harnwegsinfektion (rezidiv) *†‡ natürliche Geburt *‡ neurologische Krankheiten ‡ Übergewicht *†‡
Sobhgol & Charandabee 2008	n = 330 F = 100 % 34.0 ± 8.4 J	KH (Abt. Gyn), Iran	Fall-Kontroll-Studie, Regression	SUI, UUI, MUI	Arthritis*†‡ Beckenboden-Trauma Bindegewebserkrankung chron. obstruktive Pneumopathie *‡ Diabetes*†‡ Geburt per Kaiserschnitt <i>Genitalprolaps (anterior)*†‡</i> <i>Genitalprolaps (posterior) *†‡</i> Hämorrhoiden Harnwegsinfektion (rezidiv) *†‡ Hypertonie*†‡ natürliche Geburt *†‡ Obstipation*†‡ Varikose
Zhu et al. 2010	n = 976 F = 100 % 45 ± 16 J	KH und zu Hause lebend (Abt. Gyn), China	Querschnittstudie, Regression	UUI	Bauchumfang ≥ 80 cm † Beckenboden-Trauma † Geburt per Kaiserschnitt gynäkologische Erkrankungen † natürliche Geburt Obstipation † Pneumopathie

n = Gesamtzahl; J = Jahre; KH = Krankenhäuser; Abt. Gyn. = Abteilung Gynäkologie; kA = keine Angabe; F = Frauen; HI = Harninkontinenz; SUI = Stressurininkontinenz; UUI = Drangurininkontinenz, MUI = Mischurininkontinenz

* signifikante Ergebnisse bei SUI, † signifikante Ergebnisse bei UUI, ‡ signifikante Ergebnisse bei MUI

I.4. Forschungsfragen

Die Forschungsfragen für diese Arbeit lauten zusammenfassend folgendermaßen:

1. Wie hoch ist die Prävalenz der Harninkontinenz(-formen) bei Frauen und Männern unterschiedlicher Altersstufen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen?
2. Worin unterscheiden sich Frauen und Männer mit Harninkontinenz in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen?
3. Wie groß ist das Ausmaß der Pflegeabhängigkeit bei Frauen und Männern mit Harninkontinenz(-formen) in österreichischen Krankenhäusern sowie Pflegeheimen?
4. Gibt es Unterschiede bei Krankheitsbildern zwischen Frauen und Männern mit Harninkontinenz(-formen) in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen?

I.5. Studienvariablen

Prävalenz von Harninkontinenz(-formen)

Konzeptuelle Definition: Ein unwillkürlicher Verlust von Harn, der mindestens 3 bis 4 Mal monatlich auftritt. Diese Definition ist Grundlage für die Erhebung der Prävalenz, welche als „Häufigkeit des Vorkommens eines gesundheitsbezogenen oder anderen Ereignisses in einer gegebenen Population zu einer bestimmten Zeit“ (Bartholomeyczik et al. 2008, p. 85) definiert wird. Einzelne Formen der Harninkontinenz wurden bereits ausführlich auf Seite 2 beschrieben.

Operationale Definition: Harninkontinenz wurde mittels eines strukturierten Fragebogens erhoben, der bei der Pilotstudie im Jahr 2008 und im Rahmen der Prävalenzerhebung in Österreich im Jahr 2009 zum Einsatz gekommen ist. Einzelne Formen wurden im Rahmen des Fragebogens unterschieden.

Ausmaß der Pflegeabhängigkeit

Konzeptuelle Definition: Die Definition von Mertens et al. 2002 wurde diesem Konzept zugrunde gelegt, indem Pflegeabhängigkeit als „Prozess, in dem professionelle Pfleger einem Patienten, dessen Selbstpflegefähigkeiten eingeschränkt sind und dessen Pflegebedarf ihn/sie zu einem bestimmten Grad abhängig macht, Unterstützung

anbieten mit dem Ziel, dass die Unabhängigkeit in der Durchführung der Selbstpflege wieder hergestellt wird“ (trans. Mertens et al. 2002, p. 196) verstanden wird.

Operationale Definition: Das Ausmaß der Pflegeabhängigkeit wurde mittels der mehrmals psychometrisch getesteten und vollständig in den Fragebogen integrierten Pflegeabhängigkeitsskala erhoben, mit der tägliche Aktivitäten des Lebens in einer Spanne von völlig abhängig bis völlig unabhängig bewertet wurden.

Krankheitsbilder

Konzeptuelle Definition: Die 22 Kapitel der „International Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD-10 2010) entsprechen den Krankheitsbildern dieser Arbeit.

Operationale Definition: Einzelne Krankheiten wurden mittels des Fragebogens erhoben, und anschließend den Krankheitsbildern der ICD-10-Klassifikation zugeordnet.

II. Methode

Design und Setting

Diese multizentrische, quantitative Querschnittstudie mit deskriptivem Design zu fünf Pflegephänomenen, darunter Harninkontinenz, wurde ausgehend vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz durchgeführt.

Es waren daran 36 Einrichtungen in Österreich, davon 18 Krankenhäuser und 18 Pflegeheime, beteiligt.

Stichprobe

Bei der Stichprobe handelte es sich um eine Gelegenheitsstichprobe, um alle institutionalisierten Personen in österreichischen Krankenhäusern sowie Pflegeheimen, ab einer Größe von 50 Betten, zum Untersuchungszeitpunkt zu erreichen.

Eingeschlossen wurden alle die Personen, von denen eine informierte Zustimmung vorhanden war. All jene, die sich entschlossen haben, nicht an der Studie teilzunehmen, oder die, die nicht in der Lage waren die Fragen zu verstehen oder zu beantworten, wurden von der Studie ausgeschlossen. Auch Personen, die zum Zeitpunkt der Erhebung nicht erreichbar waren, mussten ausgeschlossen werden.

Vorgehensweise

Nach Einholung der Zustimmung der Ethikkommission wurden alle möglichen Krankenhäuser und Pflegeheime zur freiwilligen Teilnahme an dieser Studie schriftlich eingeladen. Die jeweiligen Einrichtungen konnten sich ihre Stationen/Wohnbereiche selbst aussuchen, welche sich an der Erhebung beteiligten.

Weiters war die Teilnahme für alle anonym. Jedes Krankenhaus und Pflegeheim erhielt eine Identifikationsnummer.

Um an der Studie teilnehmen zu können, musste eine Grundgebühr von 300 Euro pro Einrichtung plus zwei Euro pro angemeldeter/-n Patientin/Patienten bzw. Bewohnerin/Bewohner entrichtet werden, in der auch ein vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz ausgehender, auf die jeweilige Einrichtung bezogener Ergebnisbericht inkludiert war.

Um die Datensammlung durchführen zu können, bekamen die teilnehmenden Einrichtungen vorher eine Schulung sowie eine Informationsmappe. Die Daten wurden am

vorher festgelegten Stichtag, den 13. April 2010, anhand eines strukturierten Fragebogens mit mündlichen Interviews durch zwei Pflegepersonen erhoben. Kam es beim Ausfüllen des Fragebogens zwischen institutionalisierter Person und Pflegeperson der teilnehmenden Station bzw. des Wohnbereichs zu keiner Übereinstimmung, wurde die zweite, unabhängige Pflegeperson hinzugezogen. Diese war ebenfalls von der gleichen Einrichtung, aber von einer anderen Station bzw. eines anderen Wohnbereichs.

Messmethode

Der Fragebogen wurde ursprünglich in einer Runde von Experten der jeweiligen Pflegephänomene von der Universität Maastricht entwickelt und für Österreich modifiziert. Mit der österreichischen Version wurde im November 2008 eine Piloterhebung in 11 Einrichtungen durchgeführt (Lohrmann 2009). Die erste reguläre Erhebung fand im April des Folgejahrs statt (Prieschl 2009).

Dieser Fragebogen bestand aus drei Teilen. Der erste Teil (1) erhob Angaben zur Einrichtung, der zweite (2) zur Station bzw. zum Wohnbereich und der dritte (3; 3a–3e) patientenbezogene Daten, welche nicht nur demografische Angaben, sondern auch diverse Pflegephänomene und medizinische Diagnosen umfasste. Um die Fragestellungen dieser Arbeit zu beantworten, wurden die Daten aus dem ersten und dritten Teil des Fragebogens verwendet (1, 3 und 3b; siehe Anhang).

Im Rahmen des dritten Teils des Fragebogens war die Pflegeabhängigkeitsskala, die auf den täglichen Aktivitäten nach V. Henderson basierte (siehe Seite 17–18), vollständig integriert. Diese ursprünglich in den Niederlanden entwickelte Skala wurde im deutschsprachigen Raum bereits für den Einsatz in Krankenhäusern (Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003a) und in der Langzeitpflege psychometrisch getestet (Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003b; Lohrmann et al. 2003).

Datenanalyse

Um die Prävalenz von Harninkontinenz(-formen) in unterschiedlichen Altersstufen analysieren zu können, wurden Altergruppen jeweils in 10-er Schritten eingeteilt.

Damit sich bei den einzelnen Altersgruppen kein Überlappungsbereich bildete, begann jede Gruppe mit einer ungeraden und endete mit einer geraden Zahl (zum Beispiel: 41–50 Jahre).

Um den Schweregrad der Harninkontinenz zu ermitteln, wurde der von Sandvik et al. 2000 modifizierte Sandvik's Severity Index for Urinary Incontinence (SSI) verwendet, welcher ursprünglich 1993 entwickelt worden ist (Sandvik et al. 1993). Die modifizierte Form beinhaltet neben einen drei- auch einen vierstufigen Index, bei dem die Häufigkeit des Harnverlusts mit der Menge an verlorenem Harn multipliziert wird.

Die Häufigkeit des Harnverlusts bezog sich auf die Kategorien weniger als einmal im Monat (1), einige Male pro Monat (2), einige Male pro Woche (3) und jeden Tag bzw. jede Nacht (4). Die verlorene Menge an Harn wurde in Tropfen (1), einige Milliliter (2) und mehr (3) eingeteilt. Durch die Multiplikation von Häufigkeit und Menge ergab sich ein Indexwert, der den Schweregrad der Harninkontinenz anzeigt. Dieser Indexwert wird in die Kategorien „leicht“ (1–2), „moderat“ (3–6), „schwer“ (8–9) und „sehr schwer“ (12) eingeteilt (Sandvik et al. 2000). Der SSI wurde bereits mehrfach im klinischen Bereich validiert und zeigte gute Werte (Hanley, Capewell & Hagen 2001; Sandvik et al. 2000; Sandvik, Espuna & Hunskaar 2006).

Um die Pflegeabhängigkeit in Bezug auf Harninkontinenz erheben zu können, wurden die Einzelbewertungen der 15 Items der Pflegeabhängigkeitsskala zu einem Gesamtwert zusammengezählt. Dieser Gesamtwert konnte zwischen 15 und 75 Punkte liegen, wobei je niedriger die Zahl war, umso höher war die Pflegeabhängigkeit. Die Einteilung der Pflegeabhängigkeit erfolgte, in Anlehnung an Mertens et al 2002, in eine hohe (15–44 Punkte), mittlere (45–59 Punkte) und niedrige Pflegeabhängigkeit (60–75 Punkte).

Erhobene Krankheitsbilder wurden den „ICD-10 GM 2010“-Diagnosegruppen (International Classification of Diseases and Related Health Problems) zugeordnet (siehe Tab. 11). Diese Klassifizierung von Erkrankungen wurde gewählt, weil sie eine einheitliche Fachsprache zwischen verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen darstellt (Razum et al. 2009).

Tabelle 10: Zuordnung der Krankheitsbilder zu den ICD-10 Diagnosegruppen	
erhobene Krankheitsbilder im Fragebogen	zugeordnete ICD-10-Gruppe
- Infektionskrankheit	⇒ A00-B99: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
- Krebs	⇒ C00-D48: Neubildungen
- Blutkrankheit oder Erkrankung eines blutbildender Organs	⇒ D50-D90: Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
- Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankung - Diabetes - Adipositas - Übergewicht - Untergewicht	⇒ E00-E90: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- Psychische Störung - Demenz	⇒ F00-F99: Psychische- und Verhaltensstörungen

Um Übergewicht und Adipositas festzustellen, wurde der Body-Mass-Index (BMI) herangezogen. Dazu wurde das bei institutionalisierten Personen erhobene Körpergewicht in Kilogramm durch die Körpergröße in Meter zum Quadrat dividiert (kg/m^2). Die Klassifikation des BMIs, basierend auf Angaben der WHO, unterscheidet zwischen Unter- (< 18.5), Normal- (18.5–24.9) und Übergewicht (25.0–29.9), sowie Adipositas (> 30.0) (WHO 2000).

- Erkrankung des Nervensystems exklusive Schlaganfälle - Querschnittsläsion	⇒	G00-G99: Krankheiten des Nervensystems
- Erkrankung am Auge/Ohr	⇒	H00-H95: Krankheiten des Auges und des Ohres
- Herz- und Gefäßerkrankung - Schlaganfall	⇒	I00-I99: Krankheiten des Kreislaufsystems
- Atemwegserkrankung, inklusive Nase und Tonsillen	⇒	J00-J99: Krankheiten des Atmungssystems
- Erkrankung des Verdauungstraktes inklusive Gallenblase, Peritonitis, Darmobstruktion, Hernie, Leber	⇒	K00-K93: Krankheiten des Verdauungssystems
- Hauterkrankung	⇒	L00-L99: Krankheiten der Haut und der Unterhaut
- Erkrankung des Bewegungsapparates - Totale Hüftprothese	⇒	M00-M99: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- Erkrankung der Nieren/Harnwege und Geschlechtsorgane - Stuhlinkontinenz	⇒	N00-N99: Krankheiten des Urogenitalsystems
- Kongenitale Abweichungen	⇒	Q00-Q99: Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
- Unfallverletzung(en) und unerwünschte Unfallfolgen	⇒	S00-T98: Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Im Rahmen der Ergebnisdarstellung wurden Diagnosegruppen mit einer geringen Häufigkeit, in Anlehnung an Dassen 2008, zusammengefasst. Dabei wurden Gruppen mit einem Anteil von unter 5 % bei Personen mit Harninkontinenz bzw. unter 10 % bei Personen mit einzelnen Formen der Harninkontinenz zur Gruppe „Sonstige“ gebündelt.

Die erhobenen Daten vom Fragebogen wurden mithilfe des Statistikprogramms *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) Version 17.0 analysiert. Grafiken und Tabellen wurden mit Microsoft Office Excel 2007 erstellt.

Häufigkeitsvergleiche bei qualitativen Zielgrößen wurden mittels Chi-Quadrat-Test erhoben. Wenn keine der beobachteten Häufigkeiten 0 war, die erwartete Häufigkeit im Rahmen einer Vierfelder-Tafel unter 5 betrug, aber dennoch mindestens 20 Beobachtungseinheiten vorhanden waren, wurde eine Kontinuitätskorrektur vorgenommen.

Bei quantitativen Zielgrößen mit zwei unabhängigen Stichproben, bei denen die Normalverteilung oder die Varianzhomogenität nicht gegeben war, wurde der U-Test von Mann und Whitney verwendet.

Es wurde zweiseitig getestet. Ein p-Wert von ≤ 0.05 wurde als statistisch signifikant festgesetzt. Dieses Signifikanzlevel wurde gewählt, da es oft im Gesundheitsbereich im Rahmen der Forschung verwendet wird (Machin et al. 2007).

III. Ergebnisse

Von den 4.924 Personen in Krankenhäusern (Allgemeinen und Universitätskrankenhäusern) und Pflegeheimen, stimmten 78,2 % (3.853) der Teilnahme an der Studie zu, davon 65,6 % (2.526) Frauen und 34,4 % (1.327) Männer.

Von den 21,8 % (1.071) nicht teilgenommenen Personen, haben 68,0 % (728) die Teilnahme verweigert, 19,8 % (212) waren zum Zeitpunkt der Erhebung nicht erreichbar und 12,2 % (131) waren nicht in der Lage die Fragen zu verstehen oder zu beantworten. 15 Personen wurden zusätzlich ausgeschlossen, weil sie zum Erhebungszeitpunkt unter 18 Jahren alt waren.

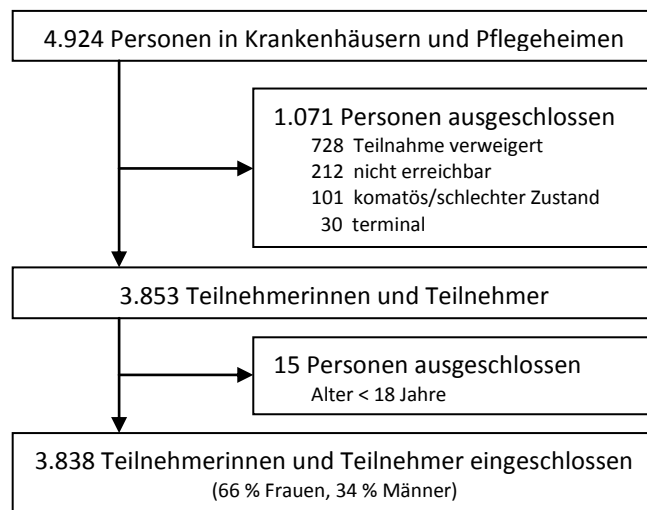


Abb. 4: Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Die Stichprobencharakteristika der eingeschlossenen 3.838 institutionalisierten Personen in 36 Einrichtungen (18 Krankenhäuser und 18 Pflegeheime) wurden im Unterkapitel III.1 dargestellt. Im Anschluss daran folgte die Beantwortung der einzelnen Forschungsfragen.

III.1. Stichprobencharakteristika

Von den 3.838 Teilnehmerinnen und Teilnehmern waren 1.502 in Pflegeheimen und 2.336 in Krankenhäusern. Frauen waren durchschnittlich, wie unter anderem in Tabelle 12 ersichtlich, in beiden Settings älter als Männer. Die Länge des durchschnittlichen Krankenhausaufenthalts betrug 8,5 Tage (SD 13,5) und des Aufenthalts in Pflegeheimen 3,4 Jahre (SD 5,2). Die meisten Personen in Krankenhäusern wie auch in Pflegeheimen litten an Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. Weiters waren Patientinnen und

Patienten in Krankenhäusern im Durchschnitt, nach Einteilung von Mertens et al. 2002, von einer niedrigen Pflegeabhängigkeit betroffen, während Personen in Pflegeheimen eine hohe Pflegeabhängigkeitsstufe zu verzeichnen hatten.

Tabelle 11: Stichprobenbeschreibung		
	<i>Krankenhäuser</i>	<i>Pflegeheime</i>
Anzahl		
<i>gesamt</i>	2336 (60,9 %)	1502 (39,1 %)
<i>Frauen</i>	1259 (53,9 %)	1261 (84,0 %)
<i>Männer</i>	1077 (46,1 %)	241 (16,0 %)
Alter im Durchschnitt		
<i>gesamt</i>	66 ± 17 Jahre (18–101)	84 ± 9 Jahre (38–109)
<i>Frauen</i>	67 ± 18 Jahre	86 ± 8 Jahre
<i>Männer</i>	64 ± 16 Jahre	78 ± 12 Jahre
Länge des Aufenthalts in der Institution		
<i>gesamt</i>	8,5 ± 13,5 Tage	3,4 ± 5,2 Jahre
<i>Frauen</i>	9,0 ± 14,0 Tage	3,5 ± 5,5 Jahre
<i>Männer</i>	7,8 ± 12,8 Tage	2,7 ± 3,0 Jahre
Pflegeabhängigkeit		
<i>gesamt</i>	66,4 ± 14,8 Punkte (15–75)	40,1 ± 18,6 Punkte (15–75)
<i>Frauen</i>	66,2 ± 14,5 Punkte	40,0 ± 18,6 Punkte
<i>Männer</i>	66,7 ± 15,2 Punkte	40,5 ± 18,7 Punkte
ICD-10-Gruppen <i>fünf Häufigsten</i>	E00–E90; Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten: 1647 (24,9 %)	E00–E90; Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten: 1219 (17,2 %)
	I00–I99; Krankheiten des Kreislaufsystems: 1031 (15,6 %)	F00–F90; Psychische und Verhaltensstörungen: 1215 (17,1 %)
	M00–M99; Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes: 855 (12,9 %)	N00–N99; Krankheiten des Urogenitalsystems: 1188 (16,7 %)
	N00–N99; Krankheiten des Urogenitalsystems: 606 (9,1 %)	I00–I99; Krankheiten des Kreislaufsystems: 1152 (16,2 %)

Angaben jeweils in Häufigkeit (Prozent) oder Mittelwert ± Standardabweichung (Minimum–Maximum)

III.2. Prävalenz von Harninkontinenz(-formen)

Von den insgesamt 3.838 Teilnehmern und Teilnehmerinnen in Krankenhäusern und Pflegeheimen wurden zur Beantwortung der Forschungsfragen weitere 27 Personen ausgeschlossen, da von ihnen keine Daten bezüglich ihres Kontinenzstatus verfügbar waren.

Von den übrig gebliebenen 3.811 Studienteilnehmern und -teilnehmerinnen wurden die settingspezifischen Ergebnisse zuerst hinsichtlich Harninkontinenz im Allgemeinen und darauf folgend hinsichtlich einzelner Formen der Harninkontinenz dargestellt.

III.2.1. Prävalenz von Harninkontinenz

In Krankenhäusern waren knapp ein Viertel der Patientinnen und Patienten mit 22,5 % (n = 525) von einer Harninkontinenz betroffen. Im Vergleich dazu, waren in Pflegeheimen mit 80,4 % (n = 1190) wesentlich mehr Personen harninkontinent. Der Unterschied zwischen beiden Settings war signifikant ($\chi^2 = 1224,756$; df = 1; p = 0,000; siehe Abb. 5). Von den Personen mit Harninkontinenz hatten in Krankenhäusern 7,1 % (n = 165) und in Pflegeheimen 7,3 % (n = 109) einen Katheter.

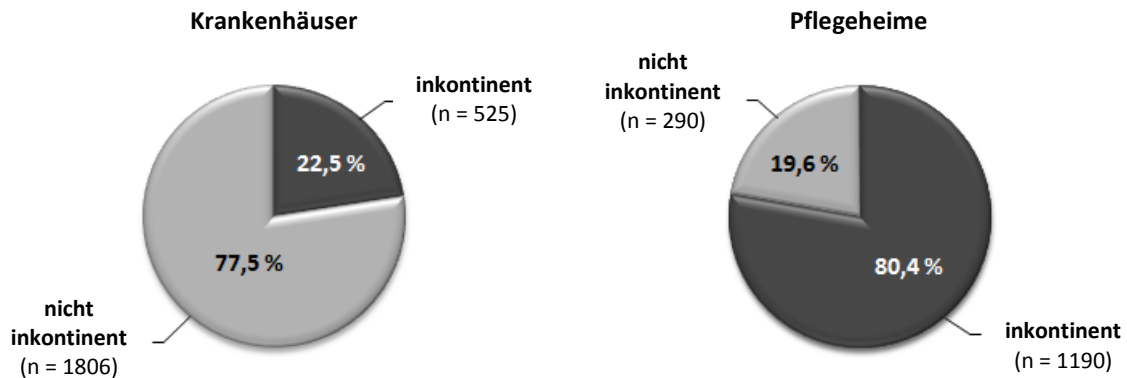


Abb. 5: Prävalenz von Harninkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen

Die Prävalenz der Harninkontinenz stieg in beiden Settings mit dem Alter bis zu 81–90 Jahren an, in der die höchste Prävalenz in Krankenhäusern mit 35,0 % (n = 184) und in Pflegeheimen mit 52,7 % (n = 627) war. In der Altersgruppe ab 91 Jahre kam es in beiden Settings im Vergleich zur vorhergehenden Altersgruppe zu einem Rückgang der Prävalenz von 35,0 % auf 4,2 % (n = 22) in Krankenhäusern und von 52,7 % auf 22,2 % (n = 264) in Pflegeheimen (siehe Abb. 7).

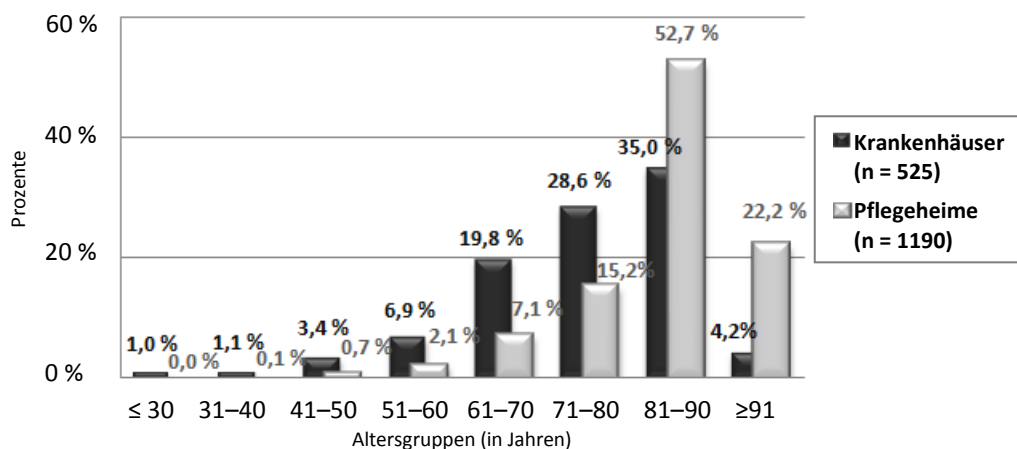


Abb. 6: Prävalenz von Harninkontinenz nach Altersgruppen in Krankenhäusern und Pflegeheimen

III.2.2. Prävalenz von Harninkontinenz bei Frauen und Männern

Geschlechtsspezifisch betrachtet, waren generell mehr Frauen als Männer sowohl in Krankenhäusern (62,7 %, n = 329; $\chi^2 = 20,935$; df = 1; p = 0,000) als auch in Pflegeheimen (84,5 %, n = 1006) harninkontinent (siehe Abb. 7).

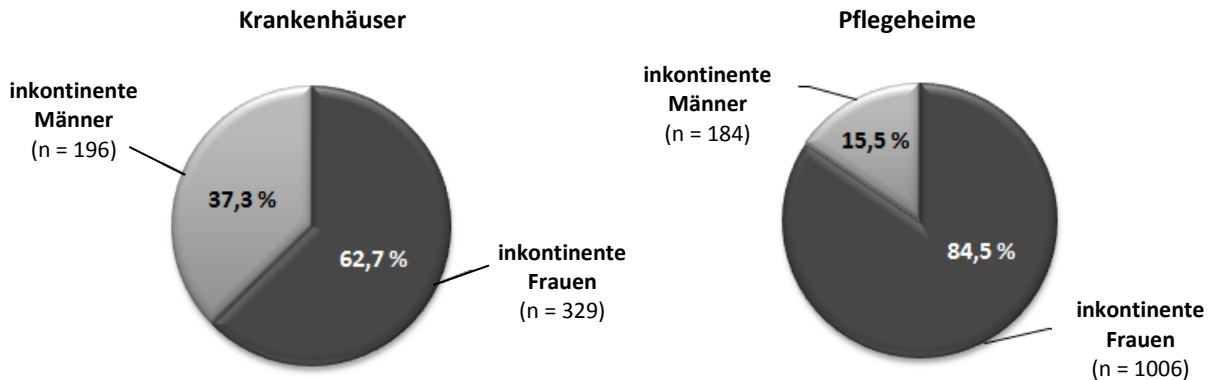


Abb. 7: Prävalenz von Harninkontinenz nach Geschlechtern in Krankenhäusern und Pflegeheimen

Dabei waren Frauen in der Altersgruppe von 81–90 Jahren mit 41,1 % (n = 129) signifikant häufiger als Männer mit 30,2 % (n = 55) von Harninkontinenz betroffen ($\chi^2 = 5,827$; df = 1; p = 0,016). Bis 80 Jahren waren hingegen Männer öfter harninkontinent als Frauen. Von 61–70 Jahren gibt es diesbezüglich einen signifikanten Unterschied zwischen Frauen mit 17,5 % (n = 55) und Männern mit 26,9 % (n = 49) ($\chi^2 = 6,153$; df = 1; p = 0,013) (siehe Abb. 8).

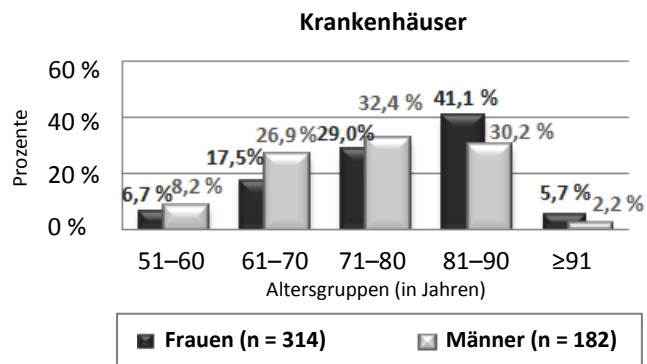


Abb. 8: Prävalenz von Harninkontinenz nach Altersgruppen und Geschlechtern in Krankenhäusern

Auch in Pflegeheimen waren Männer in allen Altersgruppen bis 80 Jahren häufiger als Frauen, und Frauen ab 81 häufiger als Männer von Harninkontinenz betroffen ($p \leq 0,05$) (siehe Abb.9).

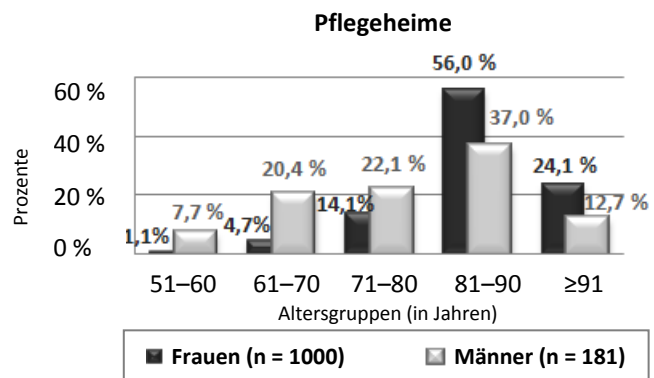


Abb. 9: Prävalenz von Harninkontinenz nach Altersgruppen und Geschlechtern in Pflegeheimen

III.2.3. Prävalenz einzelner Formen der Harninkontinenz

In Pflegeheimen wurden häufiger einzelne Formen der Harninkontinenz als in Krankenhäusern diagnostiziert ($\chi^2 = 129,794$; $df = 1$; $p = 0,000$) (siehe Abb. 10).

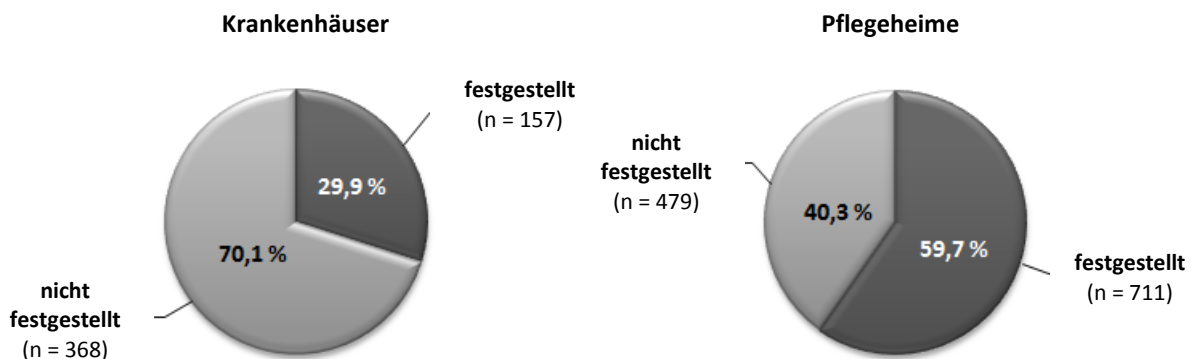


Abb. 10: Prävalenz einzelner Formen der Harninkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen

Von den Formen der Harninkontinenz waren in Krankenhäusern am häufigsten Stress- zu 23,6 % ($n = 37$), Drang- zu 23,6 % ($n = 37$) und Mischurininkontinenz zu 21,0 % ($n = 33$) vertreten. In Pflegeheimen hingegen wurde vorwiegend die Totale Urininkontinenz zu 48,4 % ($n = 344$) festgestellt. Unterschiede zwischen den Settings waren für alle einzelnen Formen der Harninkontinenz, außer für Überlaufsurininkontinenz, signifikant ($p \leq 0,05$) (siehe Abb. 11).

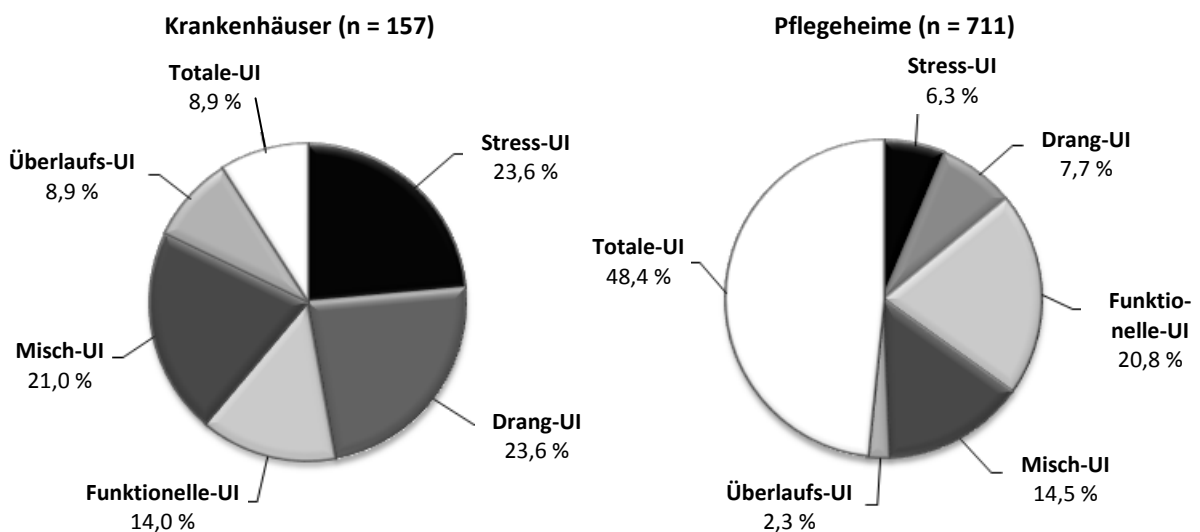


Abb. 11: Prävalenz einzelner Formen der Harn-/Urininkontinenz (UI) in Krankenhäusern und Pflegeheimen

Da Harninkontinenz vorwiegend erst ab 51 Jahre ein Pflegeproblem darstellte, wurden die Ergebnisse hinsichtlich einzelner Formen der Harninkontinenz in Hinblick auf verschiedene Altersgruppen auch erst ab 51 Jahre dargestellt (siehe Abb. 12).

In Krankenhäusern traten beinahe alle Formen der Harninkontinenz ab dem Alter von 51 Jahren auf, bis auf die Misch- und Totale-Urininkontinenz, die beide erst bei Personen ab 61 Jahren vorkamen.

Generell stieg mit dem Alter die Prävalenz der meisten Formen der Harninkontinenz an, außer die Totale-Urininkontinenz blieb über die Altersgruppen ab 61 Jahre hinweg konstant und die Funktionelle-Urininkontinenz trat vorwiegend im Alter von 71–80 Jahren auf (siehe Abb. 12).

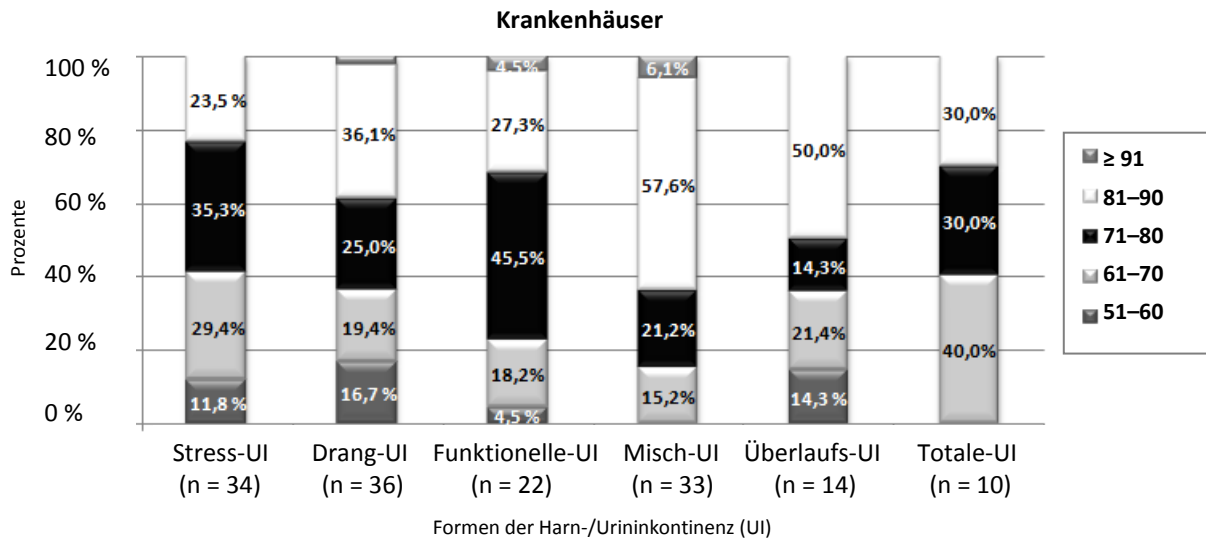


Abb. 12: Formen der Harninkontinenz nach Altersgruppen in Krankenhäusern

Bei Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen stiegen alle Formen der Harninkontinenz mit dem Alter bis 90 Jahren an (siehe Abb. 13).

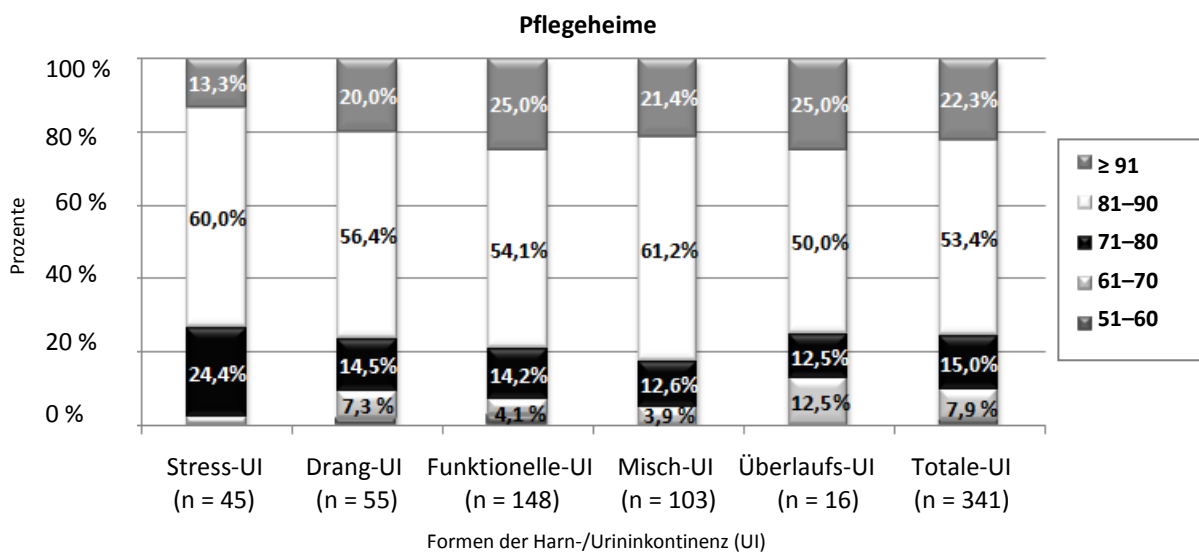


Abb. 13: Formen der Harninkontinenz nach Altersgruppen in Pflegeheimen

III.2.4. Prävalenz einzelner Formen der Harninkontinenz bei Frauen und Männern

Um letztendlich die Forschungsfrage, wie hoch die Prävalenz von einzelnen Formen der Harninkontinenz bei Frauen und Männern unterschiedlicher Altersstufe in beiden Settings ist, beantworten zu können, musste die Prävalenz einzelner Formen auch noch geschlechtsspezifisch untersucht werden.

In Krankenhäusern kam dabei bei Frauen die Stressurininkontinenz signifikant häufiger mit 25,7 % (n = 26) als bei Männern mit 19,6 % (n = 11) vor ($\chi^2 = 4,066$; df = 1; p = 0,044) (siehe Abb. 14). In Bezug auf das Alter, waren in Krankenhäusern keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Geschlechtern in den jeweiligen Altersgruppen zu erkennen.

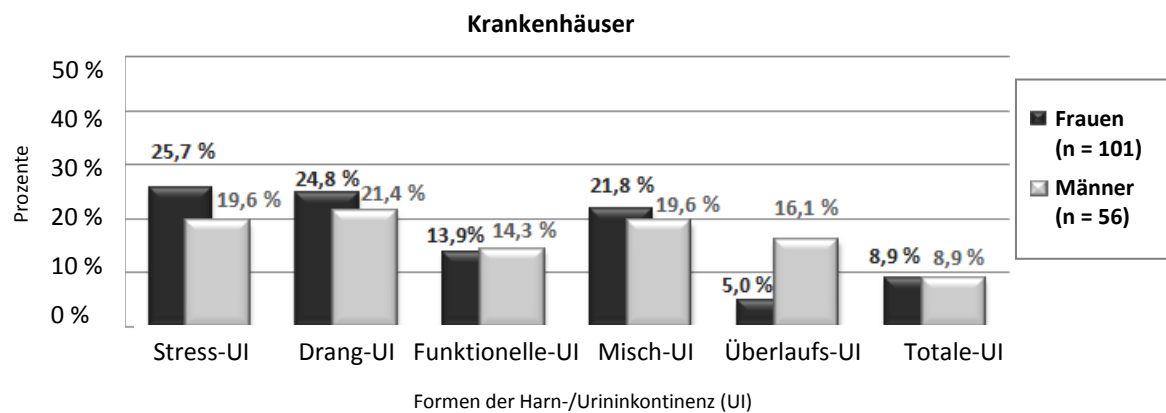


Abb. 14: Prävalenz einzelner Formen der Harninkontinenz nach Geschlechtern in Krankenhäusern

Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Pflegeheimen gab es vor allem bei der Drang- mit 6,8 % (n = 41) für Frauen und mit 12,8 % (n = 14) für Männer (p = 0,053), sowie bei der Mischurininkontinenz mit 15,4 % (n = 93) für Frauen und 9,2 % (n = 10) für Männer (p = 0,069) (siehe Abb. 15). Hinsichtlich Alter, waren in Pflegeheimen immer Frauen häufiger als Männer von einer Form der Harninkontinenz in der jeweiligen Altersgruppe betroffen. Diesbezügliche signifikante Unterschiede gab es nicht.

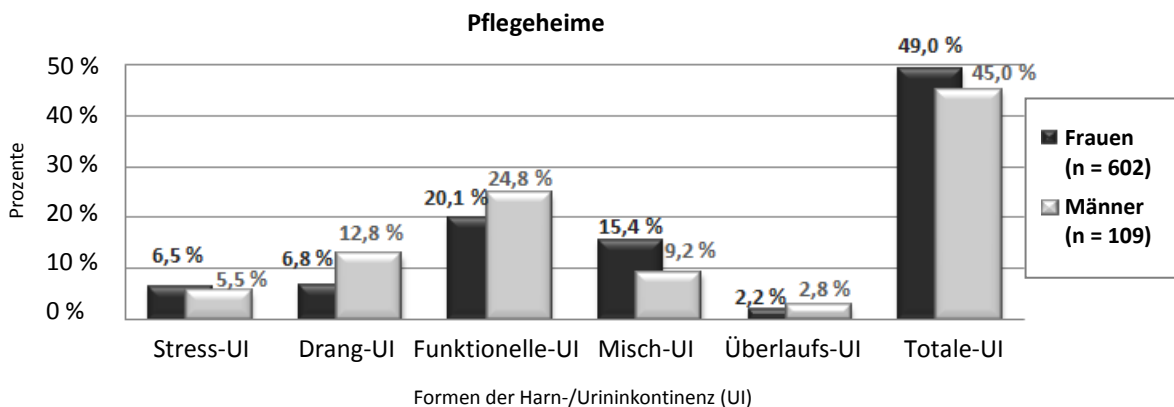


Abb. 15: Prävalenz einzelner Formen der Harninkontinenz nach Geschlechtern in Pflegeheimen

III.3. Weitere geschlechtsspezifische Unterschiede bei harninkontinenten Personen

Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich nicht nur in der unterschiedlichen Anzahl der Harninkontinenz-Diagnosen festmachen, sondern auch durch die Dauer, die Häufigkeit, das zeitliche Auftreten, die Menge und den Schweregrad der Harninkontinenz. Diesbezüglich konnten von 165 Personen (80 Frauen; 85 Männer) in Krankenhäusern und von 109 Personen (81 Frauen; 28 Männer) in Pflegeheimen keine Daten ausgewertet werden, da hierzu keine vollständigen Angaben vorhanden waren.

III.3.1. Dauer, Häufigkeit, zeitliches Auftreten und Menge des Harnverlusts

Harninkontinenz im Allgemeinen

In Krankenhäusern hatten Frauen, wie auch in Tabelle 13 ersichtlich, signifikant öfter als Männer an einer Harninkontinenz mit länger als 3 bzw. 12 Monaten zu leiden ($p \leq 0,05$). In Pflegeheimen hingegen ist es erst ab einer Dauer von 12 Monaten zu einem Unterschied zwischen den Geschlechtern gekommen ($p = 0,024$) und nicht schon ab 3 Monaten. Frauen waren in Krankenhäusern auch signifikant öfter als Männer einige Male pro Woche von Harninkontinenz betroffen ($p = 0,048$), verloren öfter einige Milliliter ($p = 0,007$) und waren auch häufiger tagsüber davon betroffen ($p = 0,001$). In Pflegeheimen hingegen waren Frauen häufiger als Männer von einer täglichen Harninkontinenz betroffen ($p = 0,031$), im Gegensatz zur wöchentlichen in Krankenhäusern.

Tabelle 12: Dauer, Häufigkeit, zeitliches Auftreten und Menge der Harninkontinenz bei Frauen und Männern in Krankenhäusern und Pflegeheimen

	Krankenhäuser			Pflegeheime		
	Frauen n (%)	Männer n (%)	χ^2 (p)	Frauen n (%)	Männer n (%)	χ^2 (p)
Dauer						
< 3 Monate	27 (55,1 %)	22 (44,9 %)	1,322 (0,250)	33 (89,2 %)	4 (10,8 %)	0,632 (0,427)
3–12 Monate	66 (76,7 %)	20 (23,3 %)	8,712 (0,003*)	154 (82,8 %)	32 (17,2 %)	0,512 (0,474)
> 12 Monate	156 (69,3 %)	69 (30,7 %)	7,480 (0,006*)	738 (86,0 %)	120 (14,0 %)	5,127 (0,024*)
Häufigkeit der HI						
täglich	159 (67,1 %)	78 (32,9 %)	3,611 (0,057)	828 (85,6 %)	139 (14,4 %)	4,672 (0,031*)
einige Male/Woche	52 (73,2 %)	19 (26,8 %)	3,923 (0,048*)	72 (83,7 %)	14 (16,3 %)	0,047 (0,828)
einige Male/Monat	38 (73,1 %)	14 (26,9 %)	2,674 (0,102)	25 (89,3 %)	3 (10,7 %)	0,192 ¹ (0,661)
zeitliches Auftreten						
tagsüber	81 (76,4 %)	25 (23,6 %)	10,731 (0,001*)	16 (76,2 %)	5 (23,8 %)	0,582 ¹ (0,445)
nachts	18 (64,3 %)	10 (35,7 %)	0,033 (0,856)	93 (88,6 %)	12 (11,4 %)	1,433 (0,231)
beides	150 (66,4 %)	76 (33,6 %)	2,328 (0,127)	816 (85,4 %)	139 (14,6 %)	3,045 (0,081)
Menge des Harnverlusts						
Tropfen	103 (68,7 %)	47 (31,3 %)	3,231 (0,072)	60 (90,9 %)	6 (9,1 %)	2,170 (0,141)
einige ml	97 (72,4 %)	37 (27,6 %)	7,268 (0,007*)	243 (85,6 %)	41 (14,4 %)	0,300 (0,584)
gesamter Harnabgang	49 (64,5 %)	27 (35,5 %)	0,124 (0,725)	622 (85,1 %)	109 (14,9 %)	0,440 (0,507)

Angaben in Häufigkeiten und Prozenten; χ^2 = Chi-Quadrat-Test, p = Wahrscheinlichkeitswert

¹ Kontinuitätskorrektur wurde angewendet, um eine Überschätzung des χ^2 -Wertes bei verwendeter 2x2 Tabelle zu kompensieren

* $p \leq 0,05$, = signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern

Einzelne Formen der Harninkontinenz

In Bezug auf einzelne Formen der Harninkontinenz waren in Pflegeheimen Frauen mit 87,7 % (n = 272) signifikant häufiger als Männer mit 12,3 % (n = 38) von einer täglichen Totalen-Urininkontinenz betroffen ($\chi^2 = 8,550$, df = 1; p = 0,003).

Auch waren bei Frauen mit 87,1 % (n = 270) signifikant öfter als bei Männern mit 12,9 % (n = 40) sowohl tagsüber als auch nachts eine Totalen-Urininkontinenz zu verzeichnen ($\chi^2 = 3,573$; df = 1; p = 0,059). Weitere statistische Unterschiede zwischen den Geschlechtern hinsichtlich einzelner Formen der Harninkontinenz gab es in beiden Settings nicht.

III.3.2. Schweregrad der Harninkontinenz(-formen)

Harninkontinenz im Allgemeinen

Der Sandvik's Severity Index for Urinary Incontinence (SSI) zeigte, dass in Krankenhäusern sowohl Frauen mit 46,2 % (n = 115) als auch Männer mit 37,8 % (n = 42) am häufigsten an Harninkontinenz mit moderatem Schweregrad litten. Am seltensten kam bei beiden Geschlechtern in Krankenhäusern eine Harninkontinenz mit leichtem Schweregrad vor.

Auch in Pflegeheimen gab es am seltensten eine Harninkontinenz mit leichtem Schweregrad bei beiden Geschlechtern. Der sehr schwere Grad bei Frauen mit 66,7 % (n = 617) und bei Männern mit 67,3 % (n = 105) überwog in Pflegeheimen (siehe Abb. 16).

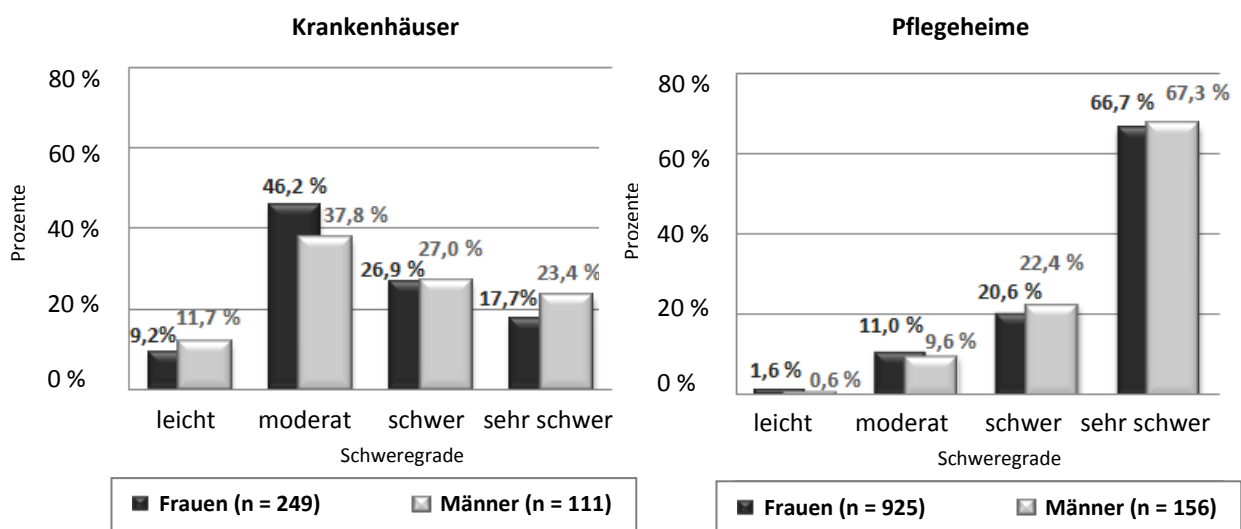


Abb. 16: Schweregrade der Harninkontinenz nach Geschlechtern in Krankenhäusern und Pflegeheimen

Einzelne Formen der Harninkontinenz

Bei der Untersuchung einzelner Formen der Harninkontinenz hinsichtlich der Schweregrade, ließ sich ein geschlechtsspezifischer Unterschied bei Personen mit Drangurininkontinenz feststellen. Demnach trat diese Form in Pflegeheimen bei Männern mit 12,5 % (n = 5) signifikant häufiger als bei Frauen mit 0,7 % (n = 2) in der sehr schweren Form auf (χ^2 mit Kontinuitätskorrektur = 6,162; df = 1; p = 0,013).

III.4. Pflegeabhängigkeit bei Personen mit Harninkontinenz(-formen)

III.4.1. Pflegeabhängigkeit bei Personen mit Harninkontinenz

Gesamtwerte der Pflegeabhängigkeitskala können, wie im Rahmen der Datenanalyse schon erwähnt, zwischen 15 und 75 Punkte liegen – wobei je niedriger die Zahl ist, desto höher ist die Pflegeabhängigkeit.

Personen mit Harninkontinenz waren generell sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeheimen wesentlich pflegeabhängiger als die ohne Harninkontinenz (p = 0,000). Nach Einteilung von Mertens et al. 2002 zählten Personen mit Harninkontinenz in Krankenhäusern aufgrund ihres Pflegeabhängigkeits-Gesamtwerts zur Gruppe mit mittlerer Pflegeabhängigkeit, währenddessen die in Pflegeheimen zur Gruppe mit hoher Pflegeabhängigkeit zählten (siehe Tab. 14).

Tabelle 13: Kontinenzstatus in Bezug auf Pflegeabhängigkeit in Krankenhäusern und Pflegeheimen						
	<i>Krankenhäuser (n = 525)</i>			<i>Pflegeheime (n = 1190)</i>		
	MW (\pm SD)	Median	U (p)	MW (\pm SD)	Median	U (p)
harninkontinent	53,4 (\pm 20,2)	59		35,7 (\pm 16,5)	33	
nicht harninkontinent	70,2 (\pm 10,0)	75	191447 (0,000*)	57,3 (\pm 16,2)	63	61778 (0,000*)

MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung, U = U-Test von Mann und Whitney, p = Wahrscheinlichkeitswert

* p \leq 0,05, = signifikanter Unterschied zwischen Personen mit und ohne Harninkontinenz

Bei der Einteilung in Altersgruppen nahm die Pflegeabhängigkeit in Krankenhäusern bei Personen mit Harninkontinenz mit dem Alter ein wenig zu, während sie in Pflegeheimen über die Altersgruppen hinweg konstant blieb.

51–60 Jährige waren in Krankenhäusern von einer niedrigen Pflegeabhängigkeit betroffen, währenddessen Personen ab 91 Jahre zur mittleren Stufe, mit Tendenz zur schweren Pflegeabhängigkeit, zählten (siehe Abb. 18).

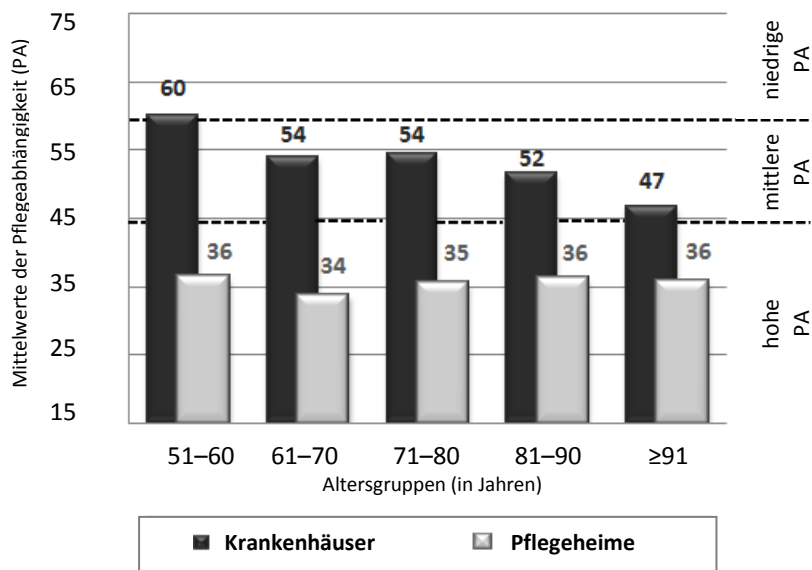


Abb. 17: Mittelwerte der Pflegeabhängigkeit bei Personen mit Harninkontinenz in Krankenhäusern (n = 525) und Pflegeheimen (n = 1190)

Die Pflegeabhängigkeit in Krankenhäusern und Pflegeheimen trat bei Personen mit Harninkontinenz vorwiegend in folgenden fünf Bereichen auf: Alltagsaktivitäten, An- und Auskleiden, Mobilität, Vermeiden von Gefahren und Körperpflege.

Weiters hatten ein Drittel der Personen mit Harninkontinenz eine hohe Pflegeabhängigkeit beim Item Alltagsaktivitäten und Vermeiden von Gefahren, sowie ungefähr 40 % bei Körperpflege, Mobilität und An- und Auskleiden (siehe Abb. 19).

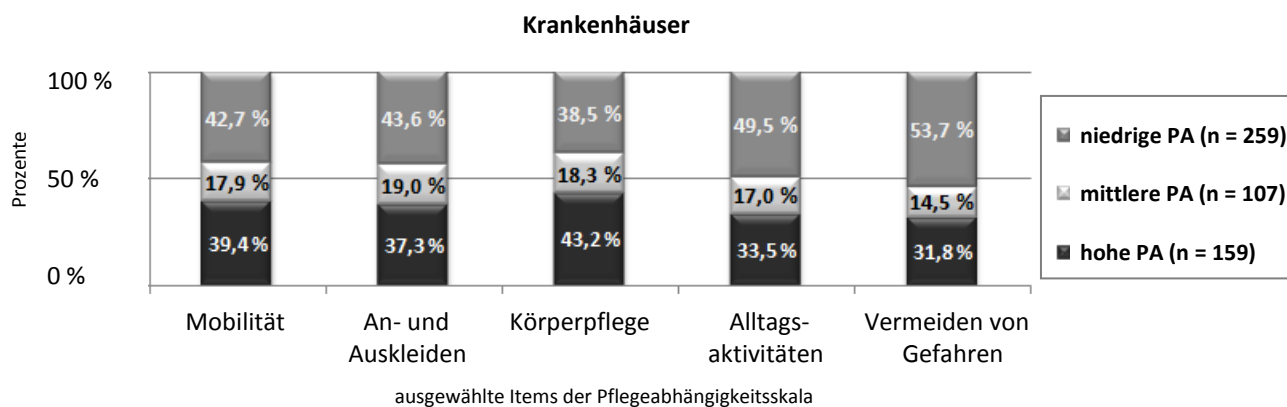


Abb. 18: Pflegeabhängigkeit (PA) in bestimmten Bereichen in Krankenhäusern

Während in Krankenhäusern meist ungefähr die Hälfte der Personen mit Harninkontinenz bei den jeweiligen fünf Items noch niedrig pflegeabhängig war, ist der Anteil der niedrigen Pflegeabhängigkeit bei denselben Items in Pflegeheimen auf 10–20 % gesunken und der

Anteil der hohen Pflegeabhängigkeit hat sich im Vergleich zu Krankenhäusern beinahe verdoppelt (siehe Abb. 20).

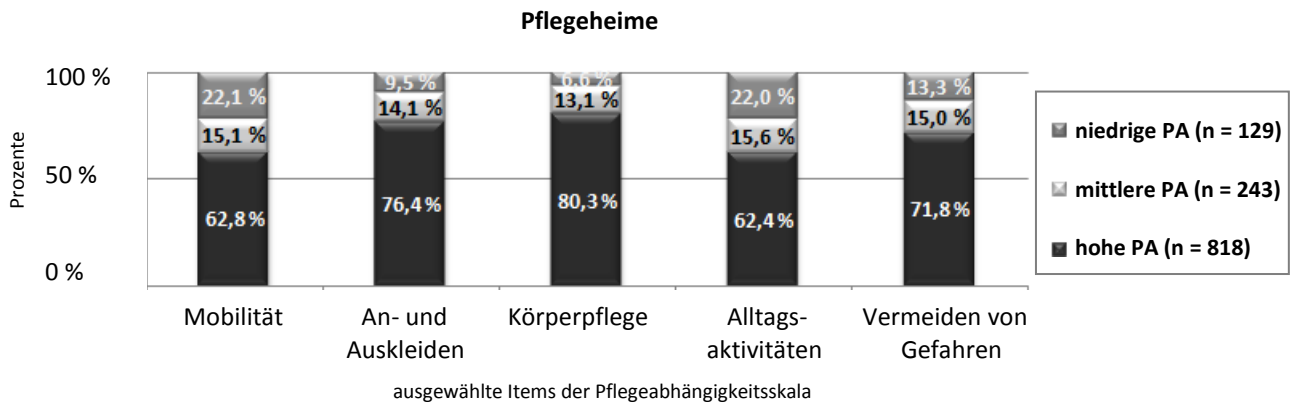


Abb. 19: Pflegeabhängigkeit (PA) in bestimmten Bereichen in Pflegeheimen

III.4.2. Pflegeabhängigkeit bei Frauen und Männern mit Harninkontinenz

Geschlechtsspezifisch betrachtet, waren Männer mit Harninkontinenz in Krankenhäusern mit einem durchschnittlichen Gesamtwert der Pflegeabhängigkeitsskala von 50 (SD 22; Md = 54, n = 196) signifikant höher pflegeabhängig als Frauen mit durchschnittlich 56 Punkten (SD 19; Md = 61, n = 329) ($U = 27649$; $z = -2,737$; $p = 0,006$; $r = 0,119$). In Pflegeheimen gab es diesbezüglich keine Unterschiede mit einem durchschnittlichen Wert von 36 (SD 16; n = 184) für Männer und ebenfalls 36 (SD 17; n = 1006) für Frauen.

In Hinblick auf die einzelnen Stufen der Pflegeabhängigkeit waren Frauen mit Harninkontinenz in Krankenhäusern signifikant häufiger (53,2 %, n = 175) als Männer (42,9 %, n = 84) von einer niedrigen Pflegeabhängigkeit betroffen ($\chi^2 = 5,248$; $df = 1$; $p = 0,022$). Männer waren hingegen signifikant häufiger (38,8 %, n = 76) als Frauen (25,2 %, n = 83) von einer hohen betroffen ($\chi^2 = 10,677$; $df = 1$; $p = 0,001$). In Pflegeheimen gab es kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern (siehe Abb. 21).

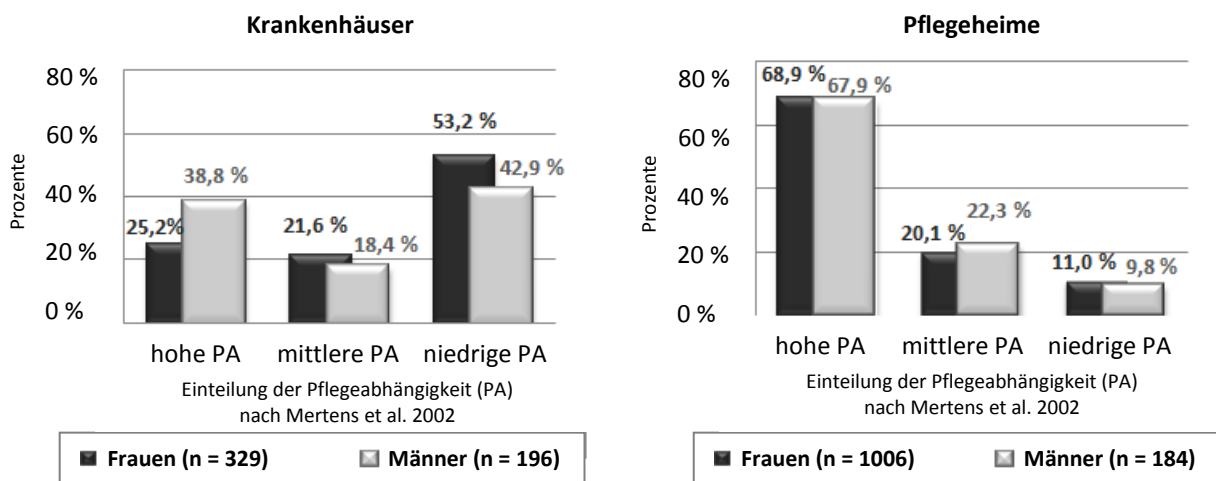


Abb. 20: Pflegeabhängigkeit nach Geschlechtern in Krankenhäusern und Pflegeheimen

In Bezug auf das Alter war die Pflegeabhängigkeit in Krankenhäusern bei Frauen und Männern im Durchschnitt bei den 51–60 Jährigen nahezu gleich (Frauen: 59, Männer: 61). Im Alter von 81–90 war der Unterschied zwischen den Geschlechtern nur 4 (Frauen: 53, Männer: 49) und im Alter ab 91 Jahre nur 5 Punkte (Frauen: 46, Männer: 51), sodass aufgrund der geringen Punktedifferenz auf einer Skala von 15–75 nicht von einem tatsächlichen Unterschied gesprochen werden kann.

Von geschlechtsspezifischen Unterschieden kann von 61–70 und 71–80 Jahren mit jeweils 8 Punkten Differenz ausgegangen werden (für beide: Frauen 58, Männer 50). Aus diesem Grund wurden diese beiden Altersgruppen hinsichtlich einzelner Stufen der Pflegeabhängigkeit näher untersucht. Dabei zeigte sich, dass Männer signifikant häufiger als Frauen eine hohe Pflegeabhängigkeit sowohl von 61–70 Jahren ($\chi^2 = 5,367$; $df = 1$; $p = 0,021$) sowie in der Gruppe von 71–80 Jahren ($\chi^2 = 4,852$; $df = 1$; $p = 0,028$) hatten. Frauen hingegen waren signifikant öfter als Männer in den Jahren 71–80 niedrig pflegeabhängig ($\chi^2 = 4,995$; $df = 1$; $p = 0,025$) (siehe Abb. 22).

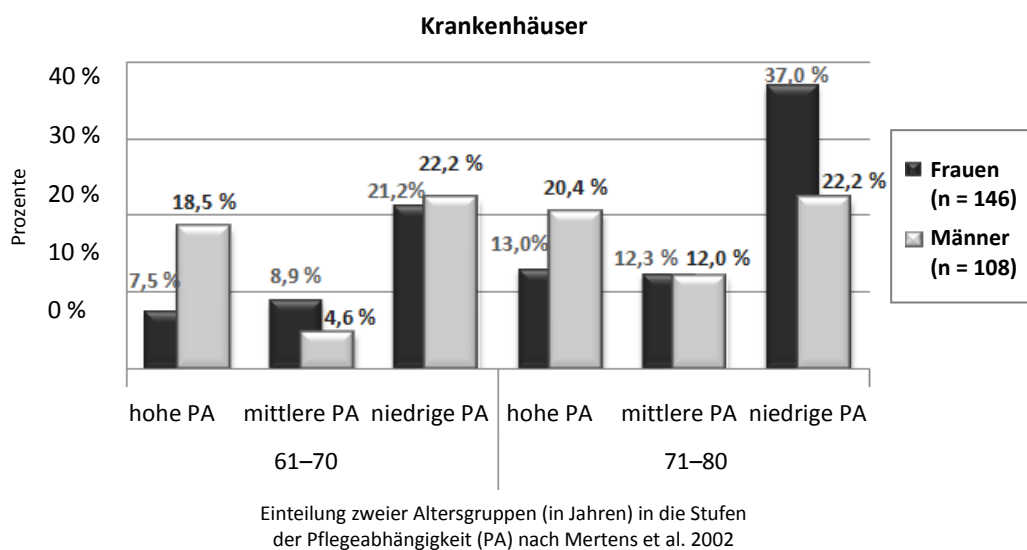


Abb. 21: Pflegeabhängigkeit nach Geschlechtern bei 61-70 bzw. 71-80 Jährigen in Pflegeheimen

In Pflegeheimen war die Pflegeabhängigkeit bei Frauen und Männern in den Altersgruppen 61–70 (jeweils 34 Punkte), 81–90 (Frauen: 36, Männer: 37) und ab 91 (Frauen: 36, Männer: 37) nahezu identisch. In der Gruppe 51–60 waren gerade nur 3 (Frauen: 35, Männer: 38) und in der Gruppe 71–80 nur 4 Punkte (Frauen: 35, Männer: 39) Unterschied zwischen den Geschlechtern, sodass wieder aufgrund der geringen Punktedifferenz nicht von einem tatsächlichen Unterschied gesprochen werden kann.

Da die Pflegeabhängigkeit bei Personen mit Harninkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen häufig bei den fünf Items Alltagsaktivitäten, An- und Auskleiden, Mobilität, Vermeiden von Gefahren und Körperpflege auftrat, wurden diese auch hinsichtlich der Geschlechter unterschieden.

In Krankenhäusern waren Frauen dabei signifikant häufiger als Männer in allen fünf Bereichen von einer hohen Pflegeabhängigkeit betroffen ($p \leq 0,05$). Signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern gab es bei der mittleren Pflegeabhängigkeitsstufe hingegen nur beim Item Körperpflege ($p = 0,003$), sowie bei der niedrigen Stufe bei den Items Alltagsaktivitäten und Vermeiden von Gefahren ($p \leq 0,05$) (siehe Tab. 15).

	hohe PA	χ^2 (p)	mittlere PA	χ^2 (p)	niedrige PA	χ^2 (p)
Körperpflege						
Frauen (n = 329)	123 (54,2 %)	12,297(0,000*)	73 (76,0 %)	8,983(0,003*)	133 (65,8 %)	1,415 (0,234)
Männer (n = 196)	104 (45,8 %)		23 (24,0 %)		69 (34,2 %)	
Mobilität						
Frauen (n = 329)	115 (56,6 %)	7,387 (0,007*)	66 (70,2 %)	2,787 (0,095)	148 (66,1 %)	1,936 (0,164)
Männer (n = 196)	92 (44,4 %)		28 (29,8 %)		76 (33,9 %)	
An- und Auskleiden						
Frauen (n = 329)	108 (55,1 %)	7,650 (0,006*)	67 (67,0 %)	0,991 (0,319)	154 (67,2 %)	3,645 (0,056)
Männer (n = 196)	88 (44,9 %)		33 (33,0 %)		75 (32,8 %)	
Alltagsaktivitäten						
Frauen (n = 329)	97 (55,1 %)	6,456 (0,011*)	57 (64,0 %)	0,087 (0,768)	175 (67,3 %)	4,742(0,029*)
Männer (n = 196)	79 (44,9 %)		32 (36,0 %)		85 (32,7 %)	
Vermeiden von Gefahr						
Frauen (n = 329)	88 (52,7 %)	10,409(0,001*)	49 (64,5 %)	0,124 (0,725)	192 (68,1 %)	7,646(0,006*)
Männer (n = 196)	79 (47,3 %)		27 (35,5 %)		90 (31,9 %)	

Angaben in Prozenten; χ^2 = Chi-Quadrat-Test, p = Wahrscheinlichkeitswert

* $p \leq 0,05$, = signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern in der jeweiligen Pflegeabhängigkeitsstufe

In Pflegeheimen ergaben sich bei Personen mit Harninkontinenz kaum geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Pflegeabhängigkeit im Rahmen dieser fünf Items. Diesbezüglich wiesen nur beim Item Alltagsaktivitäten Frauen mit 80,2 % (n = 210) häufiger als Männer mit 19,8 % (n = 52) eine niedrige Pflegeabhängigkeit auf ($\chi^2 = 4,942$; $df = 1$; $p = 0,026$) und unterschieden sich signifikant mit 86,4 % (n = 641) von Männern mit 13,6 % (n = 101) im Rahmen ihrer hohen Pflegeabhängigkeit bei demselben Item ($\chi^2 = 5,162$; $df = 1$; $p = 0,023$).

III.4.3. Pflegeabhängigkeit bei Personen mit einzelnen Formen der Harninkontinenz

Von den drei am häufigsten festgestellten Formen der Harninkontinenz in Krankenhäusern zählten Personen mit einer Stress- und einer Drangurininkontinenz im Durchschnitt zur Stufe der niedrigen Pflegeabhängigkeit, während Personen mit einer Mischurininkontinenz mittel pflegeabhängig waren.

In Pflegeheimen waren Personen mit Totaler-Urininkontinenz, der am häufigsten diagnostizierten Form in diesem Setting, wie Bewohner und Bewohnerinnen mit den meisten anderen Formen der Harninkontinenz, hoch pflegeabhängig. Nur Personen mit einer Drangurininkontinenz zählten zur Stufe der mittleren Pflegeabhängigkeit (siehe Abb. 23). Unterschiede zwischen Settings waren für alle einzelnen Formen signifikant ($p \leq 0,05$).

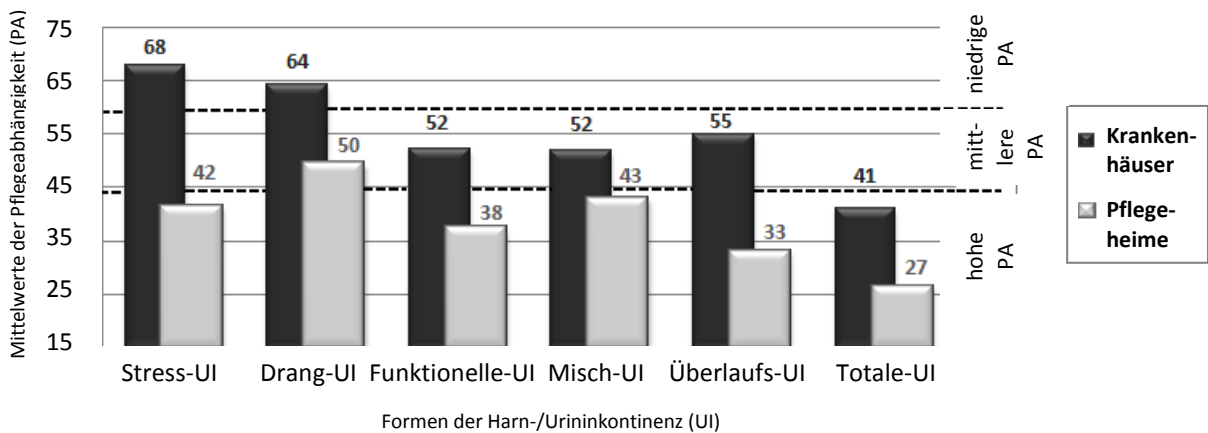


Abb. 22: Pflegeabhängigkeit bei Personen mit einzelnen Formen der Harninkontinenz in Krankenhäusern (n = 157) und Pflegeheimen (n = 711)

Werden harninkontinente Personen nach Altersgruppen unterteilt, ließen sich in Krankenhäusern bei Personen ab 51 Jahre Unterschiede für drei Formen der Harninkontinenz erkennen. Dabei nahm das Ausmaß der Pflegeabhängigkeit bei Personen mit einer Funktionellen- und einer Mischurininkontinenz mit dem Alter zu. Bei Personen mit einer Überlaufurininkontinenz nahm die Pflegeabhängigkeit hingegen nur bis 80 Jahren zu und ab 81 wieder ab (siehe Abb. 24).

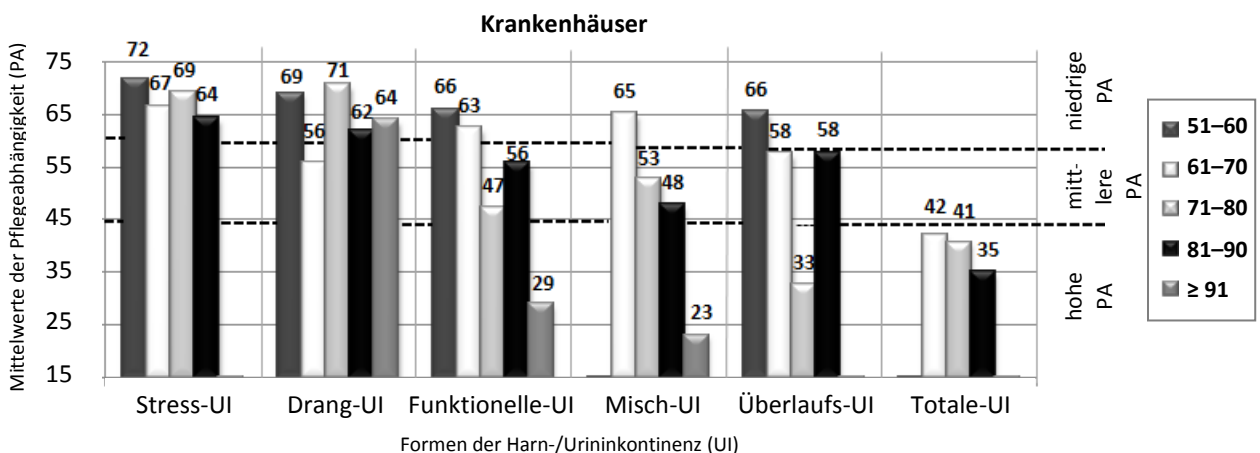


Abb. 23: Pflegeabhängigkeit und einzelne Formen der Harninkontinenz nach Altersgruppen in Krankenhäusern (n = 157)

In Pflegeheimen ergaben sich hinsichtlich der Pflegeabhängigkeit bei Personen verschiedener Altersstufen Unterschiede bei zwei Formen der Harninkontinenz. Für Personen mit Stressurininkontinenz nahm das Ausmaß der Pflegeabhängigkeit mit dem Alter ab. Personen mit einer Mischurininkontinenz waren von 51–60 sowie ab 81 Jahre hoch pflegeabhängig, während sie in den Jahren von 61–70 bzw. 71–80 eine mittlere Pflegeabhängigkeit aufwiesen. Bei den anderen Formen der Harninkontinenz kam es in Pflegeheimen zwischen den Altersgruppen zu keinen nennenswerten Unterschieden (siehe Abb. 25).

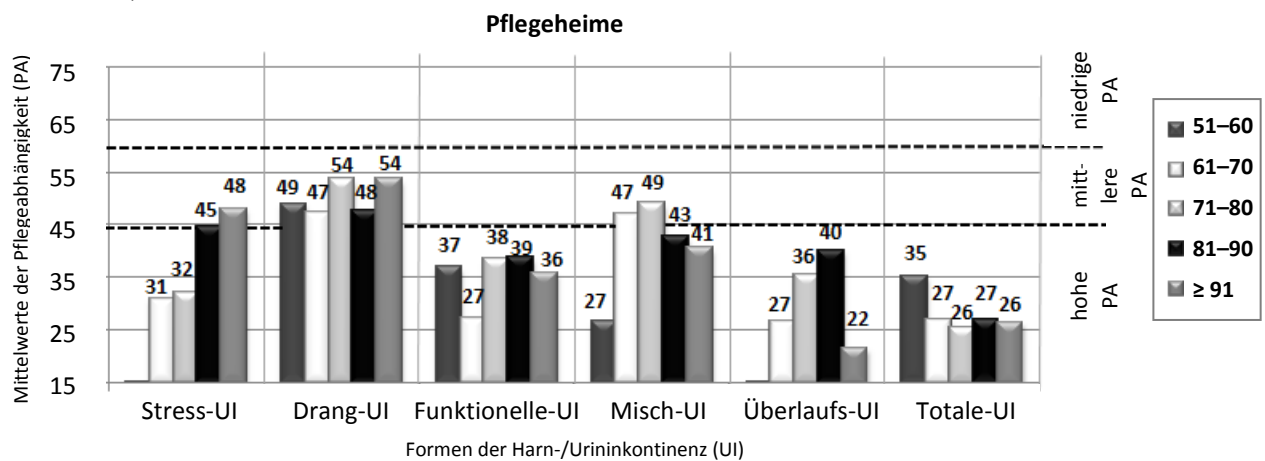


Abb. 23: Pflegeabhängigkeit und einzelne Formen der Harninkontinenz nach Altersgruppen in Krankenhäusern (n = 157)

Die fünf Items der Pflegeabhängigkeitsskala, bei denen häufig eine hohe Pflegeabhängigkeit bei Personen mit Harninkontinenz festgestellt worden ist (Mobilität, An- und Auskleiden, Körperpflege, Alltagsaktivitäten und Vermeiden von Gefahren), wurden auch hinsichtlich einzelner Formen der Harninkontinenz für beide Settings untersucht.

Wie in Abb. 26 ersichtlich, waren Personen mit einzelnen Formen der Harninkontinenz in Krankenhäusern bei diesen fünf Bereichen vorwiegend mittel pflegeabhängig.

Eine niedrige Pflegeabhängigkeitsstufe hatten nur Personen mit einer Stressurininkontinenz beim Item Mobilität aufzuweisen, allerdings mit Tendenz zur mittleren. Eine hohe Pflegeabhängigkeit, ebenfalls mit Tendenz zur mittleren, hatten Personen mit einer Totalen-Urininkontinenz beim Item Vermeiden von Gefahren und mit einer Mischurininkontinenz beim Item Mobilität. Eine tatsächlich hohe Pflegeabhängigkeit konnte nur bei Personen mit Totaler-Urininkontinenz beim Item Mobilität festgestellt werden.

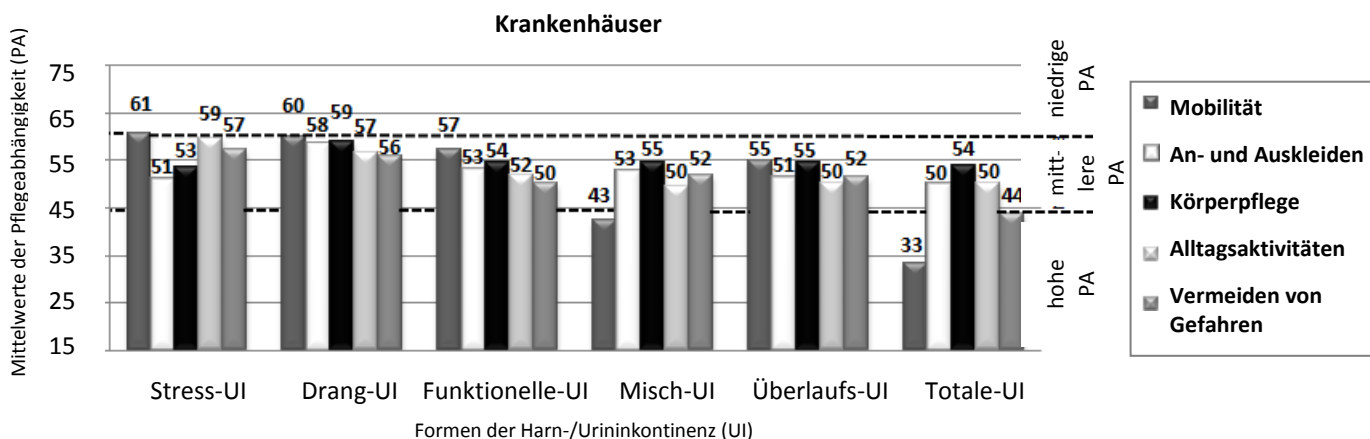


Abb. 25: ausgewählte Items der Pflegeabhängigkeitsskala und Formen der Harninkontinenz in Krankenhäusern (n = 157)

In Pflegeheimen hatten Personen mit einer Totalen- oder einer Überlaufs-Urininkontinenz bei diesen fünf Bereichen vorwiegend eine hohe Pflegeabhängigkeitsstufe, während Personen mit einer Stress-, Drang- oder Mischurininkontinenz vorwiegend eine mittlere Stufe hatten.

Personen mit einer Funktionellen-Urininkontinenz waren in den Bereichen Mobilität und Alltagsaktivitäten hoch und in den übrigen Bereichen mittel pflegeabhängig (siehe Abb. 27).

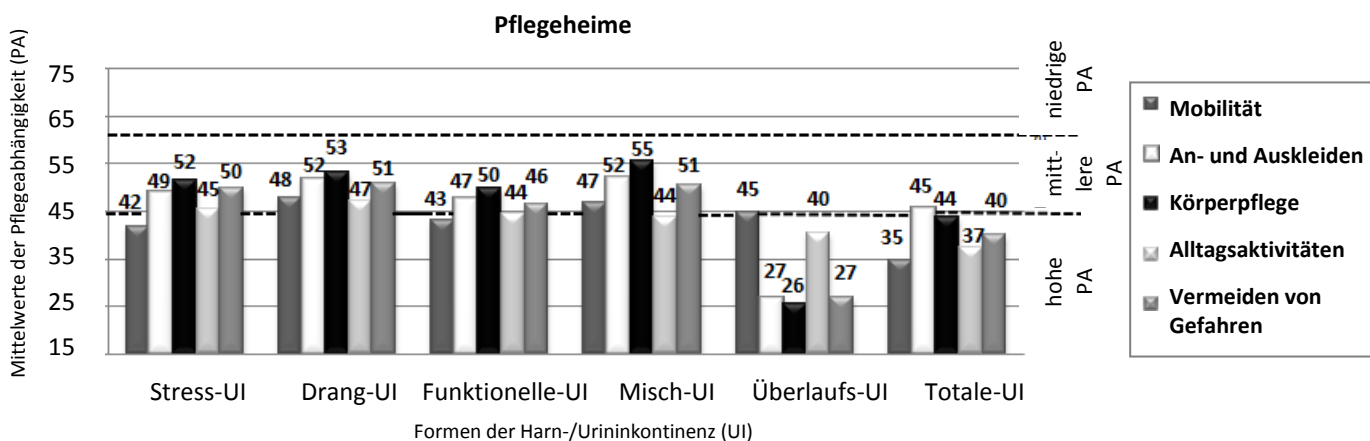


Abb. 26: ausgewählte Items der Pflegeabhängigkeitsskala und Formen der Harninkontinenz in Pflegeheimen (n = 711)

III.4.4. Pflegeabhängigkeit bei Frauen und Männern mit einzelnen Formen der Harninkontinenz

Um letztendlich die Forschungsfrage, wie groß das Ausmaß der Pflegeabhängigkeit bei Frauen und Männern mit einzelnen Formen der Harninkontinenz in beiden Settings sei, beantworten zu können, musste die Pflegeabhängigkeit in den einzelnen Formen noch nach Geschlechtern unterschieden werden.

In Krankenhäusern ergaben sich für Frauen und Männer mit einzelnen Formen der Harninkontinenz bei der Pflegeabhängigkeit kaum Unterschiede.

Sowohl Frauen als auch Männer mit Stress- oder Drangurininkontinenz sind von niedriger und mit Funktioneller-, Misch- oder Überlaufsurininkontinenz von mittlerer Pflegeabhängigkeit betroffen.

Einziger Unterschied war bei der Totalen-Urininkontinenz, bei der Frauen mit einem durchschnittlichen Gesamtwert der Pflegeabhängigkeitsskala von 37 Punkten zur hohen und Männer mit 49 Punkten zur mittleren Pflegeabhängigkeitsstufe zählten (siehe Abb.28).

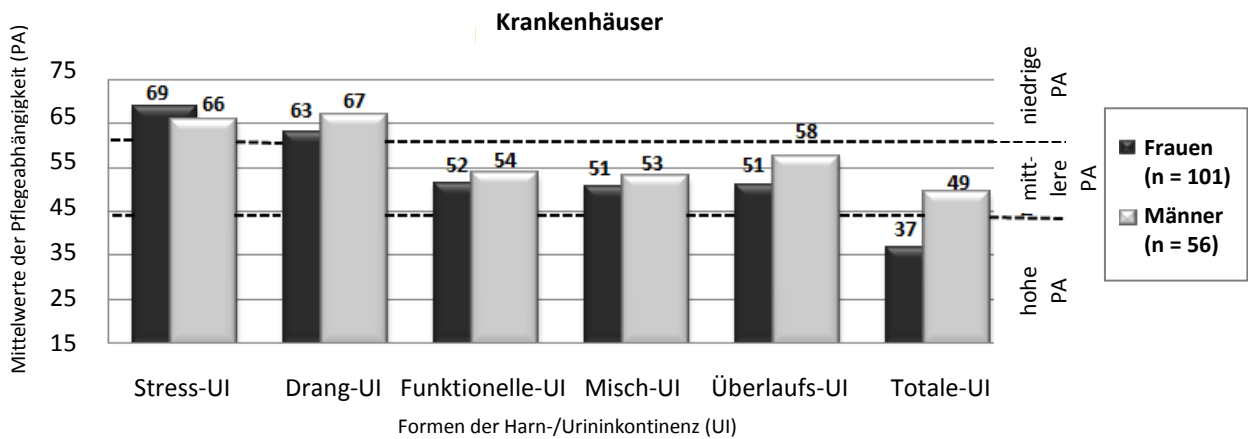


Abb. 27: Pflegeabhängigkeit und einzelne Formen der Harninkontinenz nach Geschlechtern in Krankenhäusern

In Pflegeheimen kam es diesbezüglich zu keinen nennenswerten Unterschieden zwischen Frauen und Männern mit einzelnen Formen der Harninkontinenz (siehe Abb. 29).

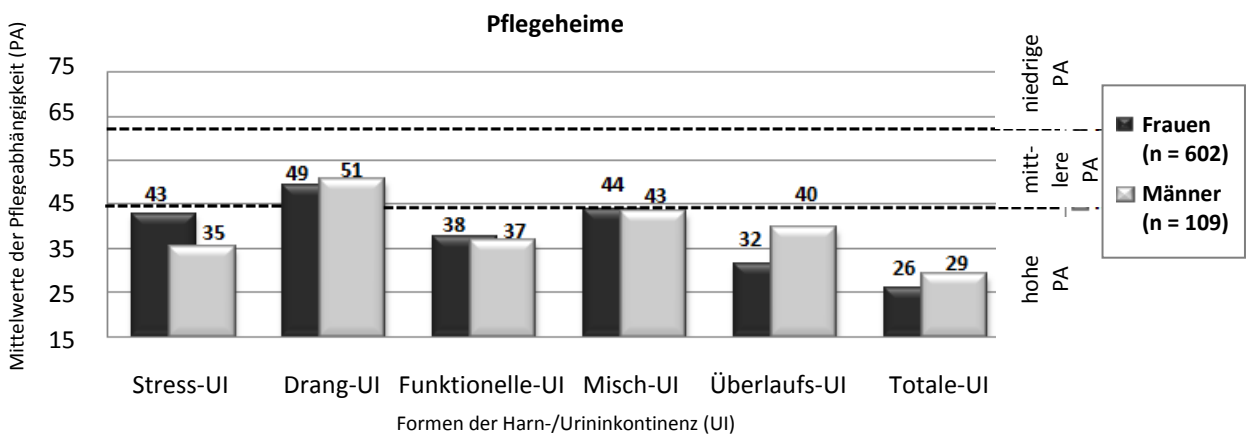
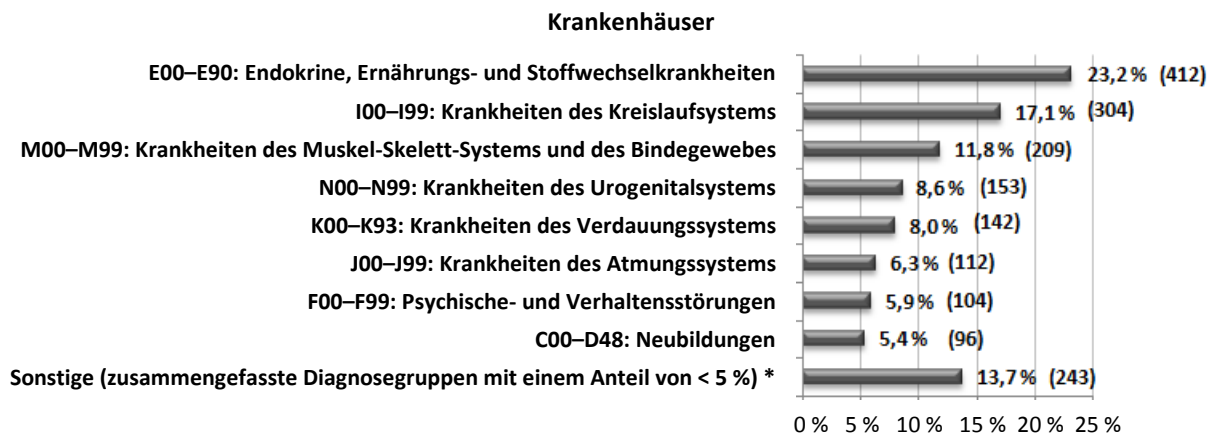


Abb. 28: Pflegeabhängigkeit und einzelne Formen der Harninkontinenz nach Geschlechtern in Pflegeheimen

III.5. Krankheitsbilder bei Personen mit Harninkontinenz(-formen)

III.5.1. Krankheitsbilder bei Personen mit Harninkontinenz

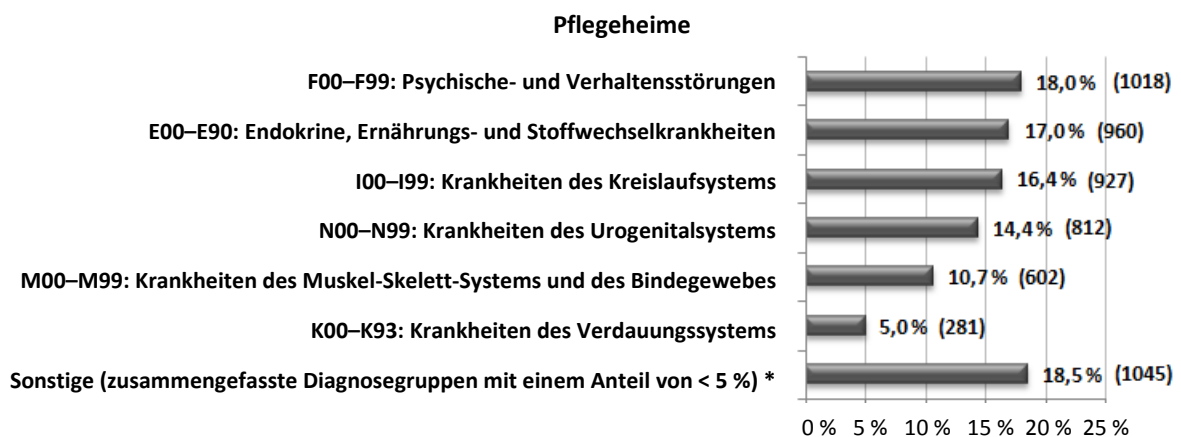
Personen mit Harninkontinenz hatten in Krankenhäusern vorwiegend Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems und des Muskel-Skelett-Systems sowie des Bindegewebes (siehe Abb. 30). Personen ohne Harninkontinenz hatten ebenfalls am häufigsten diese drei Diagnosegruppen mit je 26,2 %, 15,5 % bzw. 13,8 %.



* G00–G99 Krankheiten des Nervensystems (3,9 %); H00–H95 Krankheiten des Auges und des Ohres (2,8 %); A00–B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (2,7 %); S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen (1,6 %); D50–D90 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (1,5 %); L00–L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut (1,2 %)

Abb. 29: ICD-10-Diagnosegruppen bei Personen mit Harninkontinenz in Krankenhäusern; Angaben in Prozenten (Häufigkeiten)

In Pflegeheimen waren Psychische- und Verhaltensstörungen die am häufigsten gestellte Diagnose bei Personen mit Harninkontinenz. Weiters wurden oft, wie in Krankenhäusern, auch Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten und Krankheiten des Kreislaufsystems festgestellt (siehe Abb. 31). Bei Personen ohne Harninkontinenz führten Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit 21,9 %, vor Krankheiten des Kreislaufsystems mit 19,5 % und Psychischen- und Verhaltensstörungen mit 16,8 %.



* H00–H95 Krankheiten des Auges und des Ohres (4,4 %); G00–G99 Krankheiten des Nervensystems (3,8 %); J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems (2,2 %); S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen (1,9 %); C00–D48 Neubildungen (1,7 %); L00–L99 Krankheiten der Haut und der Unterhaut (1,7 %); D50–D90 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (1,2 %); A00–B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (0,9 %); Q00–Q99 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (0,6 %)

Abb. 30: ICD-10-Diagnosegruppen bei Personen mit Harninkontinenz in Pflegeheimen; Angaben in Prozenten (Häufigkeiten)

III.5.2. Krankheitsbilder bei Frauen und Männern mit Harninkontinenz

Hinsichtlich einzelner ICD-10-Diagnosegruppen gab es in Krankenhäusern bei vier Gruppen signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern mit Harninkontinenz.

Frauen waren demnach mit 13,7 % (n = 152) häufiger als Männer mit 8,6 % (n = 57) von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes betroffen ($\chi^2 = 10,503$; df = 1; p = 0,001).

Bei Männern mit Harninkontinenz wurde hingegen öfter als bei Frauen Stuhlinkontinenz, Neubildungen und Krankheiten des Nervensystems diagnostiziert. Die Diagnose Stuhlinkontinenz war bei harninkontinenten Männern zu 10,5 % (n = 70) und bei Frauen zu 7,5 % (n = 83) vertreten ($\chi^2 = 4,908$; df = 1; p = 0,027). Neubildungen wurden bei 7,5 % (n = 50) der Männer und 4,1 % (n = 46) der Frauen ($\chi^2 = 9,257$; df = 1; p = 0,002) bzw. Krankheiten des Nervensystems bei 5,7 % (n = 38) der Männer und 2,8 % (n = 31) der Frauen ($\chi^2 = 9,500$; df = 1; p = 0,002) festgestellt.

In Pflegeheimen hatten harninkontinente Frauen, ähnlich wie in Krankenhäusern, mit 11,2 % (n = 531) häufiger als Männer mit 7,9 % (n = 71) an Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes zu leiden ($\chi^2 = 8,856$; df = 1; p = 0,003).

Die Diagnosegruppen Krankheiten des Nervensystems sowie der Haut und der Unterhaut kamen hingegen signifikant häufiger bei Männern vor. Demnach wurden Krankheiten des Nervensystems bei Männern mit 5,1 % (n = 46) öfter als bei Frauen mit 3,5 % (n = 167) festgestellt ($\chi^2 = 5,165$; df = 1; p = 0,023). Krankheiten der Haut und der Unterhaut kamen bei harninkontinenten Männern mit 2,5 % (n = 23) auch häufiger als bei Frauen mit 1,6 % (n = 75) vor ($\chi^2 = 4,145$; df = 1; p = 0,042).

III.5.3. Krankheitsbilder bei Personen mit einzelnen Formen der Harninkontinenz

In Krankenhäusern wurden bei knapp einem Viertel der Personen mit Stressurininkontinenz Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes festgestellt. Diese beiden Diagnosegruppen kamen auch am häufigsten bei Personen mit Drangurininkontinenz vor. Weiters wurden auch bei Personen mit Mischurininkontinenz in Krankenhäusern vorwiegend Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten festgestellt. Bei Patientinnen und Patienten mit einer Funktionellen- oder einer Überlaufsurininkontinenz wurden hingegen häufig Krankheiten

des Kreislaufsystems und mit einer Totalen-Urininkontinenz häufig Stuhlinkontinenz diagnostiziert (siehe Abb. 32).

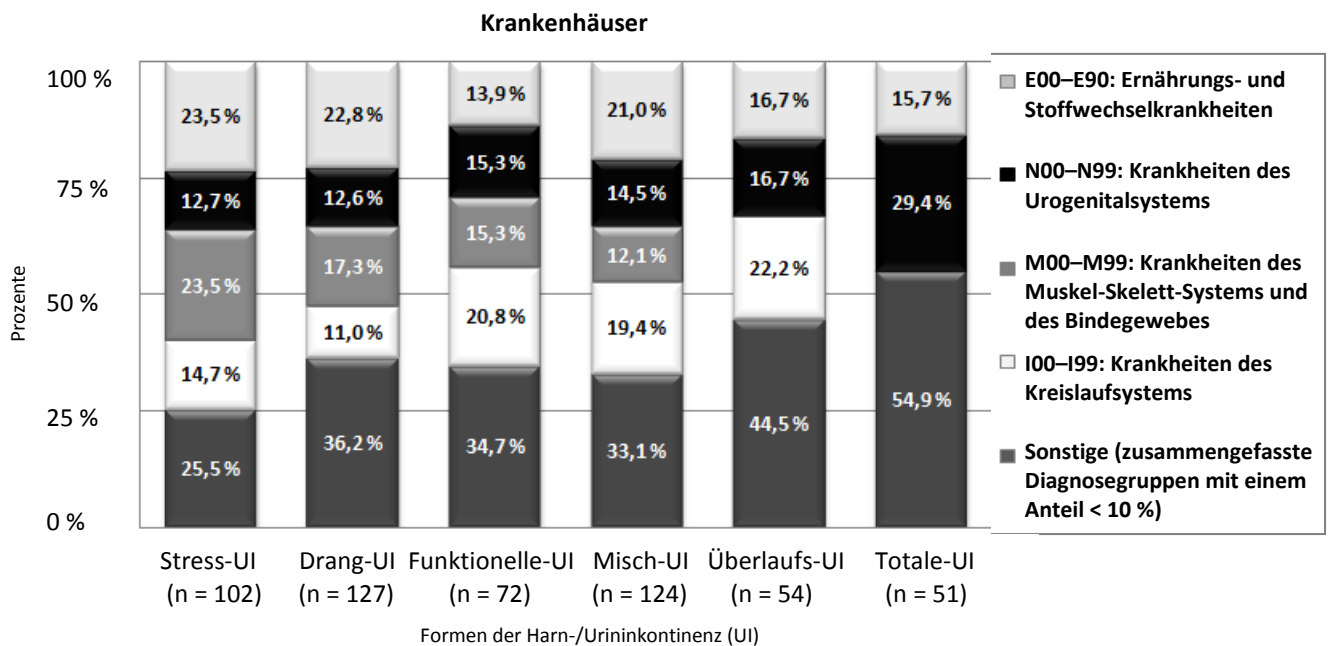


Abb. 31: ICD-10-Diagnosegruppen bei Personen mit einzelnen Formen der Harninkontinenz in Krankenhäusern

Die Diagnosegruppen, die am häufigsten bei Personen mit einer Drang-, Misch-, Funktionellen- oder Totalen-Urininkontinenz in Pflegeheimen festgestellt worden sind, ähnelten den Personen in Krankenhäusern. Unterschiede gab es vorwiegend bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Stressurininkontinenz, bei denen Krankheiten des Kreislaufsystems sowie Psychische- und Verhaltensstörungen am häufigsten diagnostiziert worden sind. Personen mit einer Überlaufsurininkontinenz waren vor allem von Stuhlinkontinenz sowie Psychischen- und Verhaltensstörungen betroffen (siehe Abb. 33).

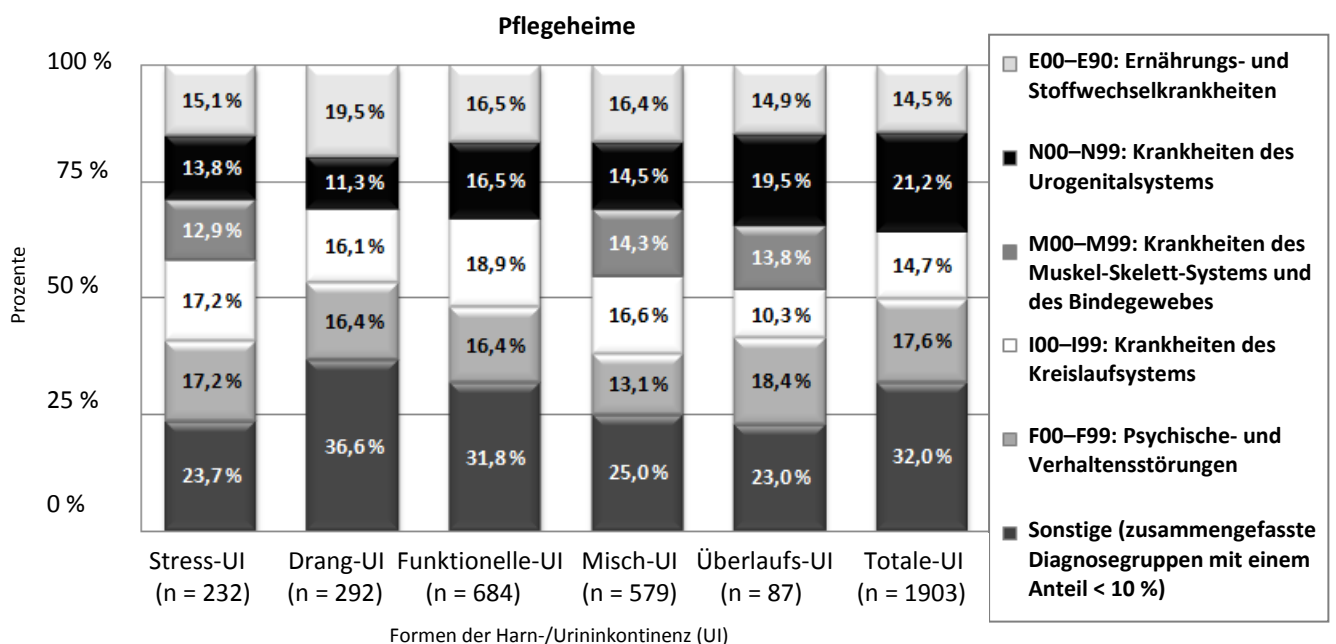


Abb. 32: ICD-10-Diagnosegruppen bei Personen mit einzelnen Formen der Harninkontinenz in Pflegeheimen

III.5.4. Krankheitsbilder bei Frauen und Männern mit einzelnen Formen der Harninkontinenz

In Krankenhäusern gab es für die einzelnen Formen der Harninkontinenz kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Hinblick auf verschiedene ICD-10-Diagnosegruppen. Nur Frauen und Männer mit Funktioneller Harninkontinenz unterschieden sich signifikant bei zwei Krankheitsbildern: Bei Männern wurde mit 21,4 % (n = 6) öfter als bei Frauen mit 2,3 % (n = 1) Neubildungen diagnostiziert (χ^2 mit Kontinuitätskorrektur = 5,138; df = 1; p = 0,023). Frauen waren hingegen mit 29,5 % (n = 13) häufiger als Männer mit 7,1 % (n = 2) von Krankheiten des Kreislaufsystems betroffen ($\chi^2 = 5,207$; df = 1; p = 0,022).

In Pflegeheimen unterschieden sich ebenfalls nur Frauen und Männer mit Funktioneller-Harninkontinenz signifikant bei einer ICD-10-Diagnosegruppe. Diese war die Gruppe der Krankheiten des Nervensystems, die bei Männern mit 7,1 % (n = 10) häufiger als bei Frauen mit 2,8 % (n = 15) vorkam ($\chi^2 = 6,081$; df = 1; p = 0,014).

IV. Diskussion

Die Prävalenz der Harninkontinenz in dieser Studie betrug 23 % in Krankenhäusern und 81 % in Pflegeheimen. Diese Ergebnisse lassen sich nur schwer mit anderen Studien vergleichen, da unterschiedliche Definitionen für das Pflegephänomen Harninkontinenz verwendet werden. Eine ähnliche Definition wurde bei den Studien Dassen 2008 und Dassen 2009, beide durchgeführt in Deutschland, angewendet. Dassen 2008 erhielt eine Prävalenz von 17 % von gesamt 3.391 Personen in Krankenhäusern und 73 % von 3.345 Personen in Pflegeheimen. Bei Dassen 2009 waren von 2.930 Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern 25 % harninkontinent. In Pflegeheimen waren es von 5.521 Personen 73 %. Beide Studien gehen mit den Zahlen der aktuellen Studie einher. Aslan et al. 2009 sowie Kocaöz, Bilgili & Eroglu 2009, beide durchgeführt in der Türkei, wählten ebenfalls eine ähnliche Definition, erhielten aber für Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen eine Prävalenz von nur 34 % von 694 bzw. 23 % von 394 Personen, im Gegensatz zur weitaus höheren Prävalenz von 81 % in der aktuellen Studie. Dies kann mitunter durch die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Pflege in den Ländern von Deutschland und der Türkei, wie beispielsweise differierende Pflegeprozesse und -qualitäten, begründet sein.

Frauen sind im Rahmen der aktuellen Studie mit 63 % in Krankenhäusern und mit 85 % in Pflegeheimen häufiger von Harninkontinenz betroffen als Männer. In den eben genannten vier Studien aus Deutschland und der Türkei zeigte sich ein ähnliches Bild zwischen den Geschlechtern. Dieser Unterschied spiegelt sich auch in der allgemeinen Bevölkerung wider (Hampel et al. 1997; Temml. et al. 2000). Der Grund für die weitaus höhere Prävalenz für Frauen in Pflegeheimen könnte sein, wie unter anderem auch von Aslan et al. 2009 angenommen, dass Männer länger als Frauen zu Hause gepflegt werden.

In Pflegeheimen waren Frauen bei der Frage nach der Häufigkeit des Urinverlusts häufiger als Männer von einer täglichen Harninkontinenz betroffen, im Gegensatz zu den Frauen in Krankenhäusern, die öfter einige Male pro Woche und auch häufiger als Männer tagsüber harninkontinent waren. Sie verloren auch öfter als Männer einige Milliliter, bei der Frage nach der Menge des Urinverlusts. Daten in Bezug auf die Häufigkeit des Auftretens eines Urinverlusts bei Frauen in Krankenhäusern wurden auch bei Nojomi, Amin & Rad 2008 erhoben. Diese Stichprobe lässt sich aber aufgrund unterschiedlicher Einschlusskriterien nicht mit der in der aktuellen Studie vergleichen.

Weiters unterscheiden sich die Geschlechter im Rahmen der aktuellen Studie auch bei der Prävalenz einzelner Formen der Harninkontinenz. Während Frauen in dieser Studie in Krankenhäusern vor allem von Stressurininkontinenz betroffen waren, war die Drangurininkontinenz bei Männern die häufigste festgestellte Form. Auch dieses Ergebnis spiegelt sich in der allgemeinen Bevölkerung wider (Diokno et al. 2007; Hannestad et al. 2000; Hunskaar et al. 2003; Hunskaar et al. 2004). Die hohe Prävalenz der Stressurininkontinenz bei Frauen in der aktuellen Studie wird aufgrund von anderen Studien wahrscheinlich mitunter an der Schwächung des Beckenbodens, durch Schwangerschaften, natürliche Geburten oder Kaiserschnitte, liegen (Nel et al. 2001; Nojomi, Amin & Rad 2008; Sobhgol & Charandabee 2008; Parazzini et al. 2003). Der Grund für die Drangurininkontinenz bei Männern kann die häufig vorkommende Prostatahyperplasie sein (Diokno et al. 2007). Diesbezüglich wurde jedoch im Rahmen der aktuellen Studie nichts erhoben, sodass nun keine Aussage darüber gemacht werden kann, ob solche Krankheiten auch bei dieser Stichprobe vorkamen.

Wie auch immer, zu den häufigsten festgestellten Formen der Harninkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen zählen laut Literatur neben Stress- und Drangurininkontinenz, auch Mischurininkontinenz (Aslan et al. 2009; Dassen 2008 und 2009; Coppola et al. 2002; Nojomi, Amin & Rad 2008). Dieses Ergebnis deckt sich mit der aktuellen Studie für das Setting Krankenhaus mit 24 % für Stress-, 24 % für Drang- und 21 % für Mischurininkontinenz von den gesamten untersuchten Formen. Anders als bei den eben genannten fünf Studien überwog in der aktuellen Studie die Totale-Urininkontinenz in Pflegeheimen bei Frauen mit 49 % und bei Männern mit 45 % von den gesamten untersuchten Formen. Grund für diesen Unterschied könnten mitunter die erhobenen Formen der Harninkontinenz sein, denn die genannten Studien untersuchten meist nur Stress-, Drang-, Misch- und Funktionelle-Urininkontinenz und nicht die Totale-Urininkontinenz bei ihren Stichproben.

In der aktuellen Studie waren Männer bis zum 80. Lebensjahr häufiger als Frauen harninkontinent, während ab dem 81. Lebensjahr hingegen öfter Frauen an Harninkontinenz litten. Dieses Ergebnis trat sowohl bei Personen in Krankenhäusern, als auch in Pflegeheimen auf. Im Allgemeinen ließ sich aber erkennen, dass die Prävalenz bei institutionalisierten Frauen und Männern mit dem Alter zunahm, wie auch bei Dassen 2008, Kocaöz, Bilgili & Eroglu 2009 und Nojomi, Ami & Rad 2008.

Die meisten Formen der Harninkontinenz stiegen mit dem Alter in Pflegeheimen sowie in Krankenhäusern an. Dies kann mitunter damit zu tun haben, dass im Alter die Fähigkeit den Harn zurückzuhalten und die Miktion willentlich zu starten zurückgehen, sowie die Hypermobilität der Blase zunimmt. Auch bestimmte Faktoren, welche vermehrt bei geriatrischen Personen auftreten, können das Auftreten von Harninkontinenz begünstigen. Dies wären mitunter neben Mobilitätseinschränkungen, auch Krankheiten, wie Diabetes Mellitus (Klinger 2006).

In der aktuellen Studie zählten Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit 23 % zu den häufigsten Diagnosen bei harninkontinenten Personen in Krankenhäusern. In Pflegeheimen waren diese Krankheiten ebenfalls mit 17 % vertreten, neben den Psychischen- und Verhaltensstörungen mit 18 %. In beiden Settings waren die häufigsten Krankheiten dieselben bei Personen mit Harninkontinenz, wie bei denen ohne Harninkontinenz.

Wie auch immer, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sind bereits als Risikofaktoren für Stress-, Drang- und Mischurininkontinenz bekannt (Parazzini et al. 2003; Sobhgol & Charandabee 2008; Zhu et al. 2010). Auch in dieser Studie wurden solche Krankheiten am häufigsten bei diesen drei Formen der Harninkontinenz in Krankenhäusern diagnostiziert. Weiters wurden aber auch bei Personen mit Stress- und Drangurininkontinenz oft Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems festgestellt, die unter anderem bei Sobhgol & Charandabee 2008 auch als Risikofaktoren für das Auftreten dieser Form der Harninkontinenz identifiziert wurden. Während in Pflegeheimen die am häufigsten erhobenen Krankheitsbilder denselben wie in Krankenhäusern bei Personen mit Drang- und Mischurininkontinenz entsprachen, kamen bei Personen mit Stressurininkontinenz hingegen vorwiegend Krankheiten des Kreislaufsystems sowie Psychische- und Verhaltensstörungen vor. Krankheiten des Urogenitalsystems, wie Beckenboden-Trauma, Genitalprolaps oder rezidive Harnwegsinfektion, gelten bislang schon als Risikofaktoren für Stress-, Drang- und Mischurininkontinenz (Nojomi, Amin & Rad 2008; Parazzini et al. 2003; Sobhgol & Charandabee 2008; Zhu et al. 2010). Zu dieser Diagnosegruppe zählt auch Stuhlinkontinenz, die bei diesen Studien aber noch nicht erhoben wurden. Im Rahmen der aktuellen Studie konnte Stuhlinkontinenz sowohl in Krankenhäusern, als auch in Pflegeheimen als die häufigste festgestellte Diagnose bei Personen mit Totaler-Urininkontinenz identifiziert werden.

Beim Vergleich des Kontinenzstatus zeigte sich, dass Personen mit Harninkontinenz durchschnittlich pflegeabhängiger waren als jene ohne Harninkontinenz. Während nicht harninkontinente Personen in Krankenhäusern eine niedrige Pflegeabhängigkeit hatten, waren harninkontinente schon in der mittleren Pflegeabhängigkeitsstufe. Auch in Pflegeheimen zeigte sich ein ähnliches Bild. Während Bewohnerinnen und Bewohner ohne Harninkontinenz mittel pflegeabhängig waren, waren Personen mit Harninkontinenz hoch pflegeabhängig. Zu diesem Ergebnis kam auch die Studie von Dassen 2008 sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeheimen. Pflegerische Unterstützung wird vor allem dort benötigt, wo Personen am meisten pflegeabhängig sind. Eine hohe Pflegeabhängigkeit hatten in der aktuellen Studie harninkontinente Personen in Krankenhäusern wie auch in Pflegeheimen in den Bereichen Mobilität, An- und Auskleiden, Körperpflege, Vermeiden von Gefahren und Alltagsaktivitäten. Auch Arndt et al. 2006 berichtete bei Personen mit Harninkontinenz von einer hohen Pflegeabhängigkeit hinsichtlich ihrer Mobilität sowohl in Krankenhäusern, als auch in Pflegeheimen.

Während es in Pflegeheimen bei Personen mit einzelnen Formen der Harninkontinenz hinsichtlich Pflegeabhängigkeit zu keinen großen Unterschieden kam, differierten dahingehend Personen in Krankenhäusern. Obwohl Personen mit Harninkontinenz in Krankenhäusern durchschnittlich mittel pflegeabhängig waren, hatten von den drei häufigsten festgestellten Formen nur Personen mit Mischurininkontinenz eine mittlere Pflegeabhängigkeit. Patientinnen und Patienten mit Stress- oder Drangurininkontinenz waren hingegen in der niedrigen Pflegeabhängigkeitsstufe. Warum harninkontinente Personen in Krankenhäusern trotzdem durchschnittlich mittel pflegeabhängig waren, lag daran, dass auch die meisten Personen mit Funktioneller- und Überlaufsurininkontinenz in dieser Stufe waren.

Die Institutionen mussten für die Teilnahme an dieser Studie bezahlen. Dennoch beteiligten sich an dieser multizentrischen, österreichweiten Querschnittstudie 18 Krankenhäuser und 18 Pflegeheime. Weiters kann die Repräsentativität der Stichprobe auch durch die freiwillige Studienteilnahme seitens der Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern in Frage gestellt werden, jedoch war der Anteil der Personen, der an der Studie teilnahm, mit 78 % relativ hoch, sodass eine große Stichprobe von über 3.800 Personen eingeschlossen werden konnte. Positiv an dieser Studie ist, dass die Daten österreichweit erhoben werden konnten und, dass durch das gewählte

Forschungsdesign, der tatsächliche Versorgungsbedarf von institutionalisierten Personen mit Harninkontinenz nun abgeschätzt werden kann.

Die Ergebnisse dieser Studie können dazu beitragen, ein Bewusstsein für das tatsächlich vorherrschende Pflegephänomen Harninkontinenz in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen zu bilden.

In künftigen Untersuchungen wird es aber nötig sein, nicht nur eine so große Stichprobengröße wie in der aktuellen Studie zu rekrutieren, sondern auch bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Diagnosen hinsichtlich einzelner Formen der Harninkontinenz, und nicht nur hinsichtlich Kontinenzstatus, von Pflegepersonen zwingend erheben zu lassen, um die tatsächliche Situation einzelner Formen der Harninkontinenz geschlechtsdifferenziell besser abbilden zu können.

V. Schlussfolgerung

In dieser Studie kommt Harninkontinenz häufig als Pflegephänomen in der Praxis vor, wobei sie bei institutionalisierten Personen vor allem ab einem Alter von 61 Jahren in Pflegeheimen bzw. von 51 Jahren in Krankenhäusern auftritt.

Harninkontinenz im Allgemeinen

Die Prävalenz der Harninkontinenz ist vor allem in Pflegeheimen mit 80 % sehr hoch. Über die Hälfte der betroffenen Frauen und Männer leiden an diesem Pflegephänomen mit einem sehr schweren Sandvik's Severity Index (SSI) und mehr als zwei Drittel weisen eine hohe Pflegeabhängigkeit auf.

Bewohnerinnen und Bewohner mit Harninkontinenz in Pflegeheimen sind am häufigsten von Psychischen- und Verhaltensstörungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, sowie Krankheiten des Kreislaufsystems betroffen.

Auch in Krankenhäusern ist das Pflegephänomen Harninkontinenz mit beinahe einem Viertel an betroffenen Personen nicht zu unterschätzen, trotz häufigen moderaten SSI und mittlerer Pflegeabhängigkeit. Während in Pflegeheimen der durchschnittliche Wert der Pflegeabhängigkeit bei Frauen und Männern mit Harninkontinenz identisch ist, sind in Krankenhäusern harninkontinente Männer im Durchschnitt stärker pflegeabhängig als Frauen.

Hinsichtlich Krankheitsbilder weisen Patientinnen und Patienten mit Harninkontinenz in Krankenhäusern vor allem auch Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten und Krankheiten des Kreislaufsystems auf. Anders als Personen in Pflegeheimen haben sie auch Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, wobei diese häufiger bei Frauen als bei Männern vorkommen.

Einzelne Formen der Harninkontinenz

Von den verschiedenen Formen der Harninkontinenz wird vorwiegend die Totale-Urininkontinenz bei Personen in Pflegeheimen festgestellt. Diese, wie auch die meisten anderen Formen, treten bei beiden Geschlechtern beinahe gleich oft auf. Nur die Mischurininkontinenz ist bei Frauen, und die Drangurininkontinenz hingegen bei Männern häufiger vertreten.

Personen mit beinahe jeder Form der Harninkontinenz sind in Pflegeheimen hoch pflegeabhängig, nur Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Drangurininkontinenz weisen eine mittlere Pflegeabhängigkeit auf.

Personen mit Totaler-Urininkontinenz, der häufigsten festgestellten Form der Harninkontinenz in Pflegeheimen, haben oft auch die Diagnose Stuhlinkontinenz, gefolgt von Psychischen- und Verhaltensstörungen.

In Krankenhäusern werden vorwiegend Stress-, Drang- und Mischurininkontinenz festgestellt. Bei Stressurininkontinenz sind Frauen häufiger als Männern betroffen.

Personen mit einer Stress- oder Drangurininkontinenz in Krankenhäusern sind niedrig pflegeabhängig, während Personen mit einer Mischurininkontinenz eine mittlere Pflegeabhängigkeit aufweisen.

Patientinnen und Patienten mit diesen drei Formen der Harninkontinenz haben häufig auch Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, sowie Krankheiten des Muskel-Skelettsystems, wohingegen bei Personen mit einer Überlaufsurininkontinenz vorwiegend Krankheiten des Kreislaufsystems diagnostiziert werden. Krankheiten, welche das Kreislaufsystem betreffen, treten auch häufig bei Personen mit Funktioneller-Urininkontinenz auf, wobei Frauen häufiger als Männer davon betroffen sind.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass Harninkontinenz ein häufiges Pflegephänomen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen ist. Es sollte nicht nur der Kontinenzstatus, sondern auch die jeweilige Form der Harninkontinenz und der Status der Pflegeabhängigkeit erhoben werden, um eine bessere Grundlage für eine qualitativ gute pflegerische Versorgung zu haben.

Referenzliste

- Abrams, P, Cardozo, L, Fall, M, Griffiths, D, Rosier, P, Ulmsten, U, Van Kerrebroeck, P, Victor, A & Wein, A 2003, 'The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society', *Urology*, vol. 61, no. 1, pp. 37–49.
- Adelmann, PK 2004, 'Prevalence and detection of urinary incontinence among older Medicaid recipients', *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 15, no. 1, pp. 99–112.
- Arndt, KA, Dohrendorf, H, Tannen, A, Braumann, A & Dassen, T 2006, 'Prävalenz von 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, 'Urinary incontinence (UI) and quality of life (QoL) of the elderly residing in residential homes in Turkey', *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 49, no. 2, pp. 304–310.
- Bai, SW, Kang, JY, Rha, KH, Lee, MS, Kim, JY & Park, KH 2002, 'Relationship of urodynamic parameters and obesity in women with stress urinary incontinence', *The Journal of Reproductive Medicine*, vol. 47, no. 7, pp. 559–563.
- Bartholomeyczik, S, Linhart, M, Mayer, Ha & Mayer, He 2008, *Lexikon der Pflegeforschung*, Elsevier, Facultas, München, Wien.
- Beutel, ME, Hessel, A, Schwarz, R & Brähler, E 2005, 'Prävalenz der Urininkontinenz in der deutschen Bevölkerung. Komorbidität, Lebensqualität und Einflussgrößen', *Der Urologe [A]*, vol. 44, no. 3, pp. 232–238.
- Brown, JS, Vittinghoff, E, Wyman, JF, Stone, KL, Nevitt, MC, Ensrud, KE & Grady, D 2000, 'Urinary incontinence: Does it Increase Risk for Falls and Fractures?', *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 48, no. 7, pp. 721–725.
- Boggatz, T, Dijkstra, A, Lohrmann, C & Dassen, T 2007, 'The meaning of care dependency as shared by care givers and care recipients: a concept analysis', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 60, no. 5, pp.561–569.
- Bonita, R, Beaglehole, R & Kjellström, T 2008, *Einführung in die Epidemiologie*, 2nd edn, Hans Huber, Bern.
- Burns, N & Grove, SK 2003, *Understanding Nursing Research*, 3rd edn, Saunders, Philadelphia.

- Cooper, HM 2010, *Research synthesis and meta-analysis: a step-by-step approach*, 4th edn, SAGE Publications, California.
- Coppola, L, Caserta, F, Grassia, A, Mastrolorenzo, L, Altrui, L, Tondi, G, Verde, S & Coppola, A 2002, 'Urinary incontinence in the elderly: Relation to cognitive and motor function', *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 35, no. 1, pp. 27–34.
- Dassen, T 2008, *Prävalenz. Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Erhebung 2008*, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, viewed 30.04.2010, <http://medpfleg-paed-wiss.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medpfleg-paed-wiss/Praevalenzbericht_2008.pdf>.
- Dassen, T 2009, *Bundesweite Erhebung zu Pflegeproblemen 2009. Studie aus Pflegeheimen und Krankenhäusern*, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Berlin.
- DEGAM 2004, see reference Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2004, *Harninkontinenz. DEGAM-Leitlinie Nr. 5 Langfassung*, Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, omikron publishing, Düsseldorf.
- Dijkstra, A, Buist, G & Dassen, T 1998, 'Operationalization of the concept of 'nursing care dependency' for use in long-term care facilities', *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, vol. 7, no. 4, pp. 142–151.
- Diokno, AC, Estanol, MVC, Ibrahim, IA & Balasubramaniam, M 2007, 'Prevalence of urinary incontinence in community dwelling men: a cross sectional nationwide epidemiological survey', *International Urology and Nephrology*, vol. 39, no. 1, pp. 129–136.
- Doenges, ME, Moorhouse, MF & Geissler-Murr, AC 2002, *Pflegediagnosen und Maßnahmen*, 3rd edn, Hans Huber, Bern.
- Hägglund, D & Ahlstrom, G 2007, 'The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 16, no. 10, pp. 1946–1954.
- Hampel, C, Wienhold, D, Benken, N, Eggersmann, C & Thüroff, JW 1997, 'Definition of Overactive Bladder and Epidemiology of Urinary Incontinence', *Urology*, vol. 50, no. 6, suppl. 1, pp. 4–14.

- Hanley, J, Capewell, A & Hagen, S 2001, 'Validity study of the severity index, a simple measure of urinary incontinence in women', *British Medical Journal*, vol. 322, no. 294, pp. 1096–1097.
- Hannestad, YS, Rortveit, G, Sandvik, H & Hunskaar, S 2000, 'A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study', *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 53, no. 11, pp. 1150–1157.
- Henderson, V 2008, 'Das Wesen der Pflege', in Schaeffer, D, Moers, M, Steppe, H & Meleis, A (eds), *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*, 2nd edn, Hans Huber, Bern.
- Hermann, V, Scarpa, K, Palma, PCR & Riccetto, CZ 2009, 'Stress urinary incontinence 3 years after pregnancy: correlation to mode of delivery and parity', *International Urogynecology Journal*, vol. 20, no. 3, pp. 281–288.
- Higa, R, Baena Mores Lopes, MH de & Turato, ER 2008, 'Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: A review', *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 16, no. 4, pp. 779–786.
- Higa, R, Lopes, MHB & Reis, MJ 2008, 'Risk factors for urinary incontinence in women', *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 42, no. 1, pp. 187–192.
- Hu, T-W, Wagner, TH, Bentkover, JD, Leblanc, K, Zhou, SZ & Hunt, T 2004, 'Costs of Urinary Incontinence and Overactive Bladder in the United States: a comparative study', *Urology*, vol. 63, no. 3, pp. 461–465.
- Huang, AJ, Brown, JS, Thom, DH, Fink, HA & Yaffe, K 2007, 'Urinary Incontinence in Older Community-Dwelling Women. The Role of Cognitive and Physical Function Decline', *Obstetrics & Gynecology*, vol. 109, no. 4, pp. 909–916.
- Hunskaar, S, Burgio, K, Diokno, A, Herzog, AR, Hjälmås & K, Lapitan, MC 2003, 'Epidemiology and natural history of urinary incontinence in women', *Urology*, vol. 62, no. 4, suppl. 1, pp. 16–23.
- Hunskaar, S, Lose, G, Sykes, D & Voss, S 2004, 'The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries', *BJU International*, vol. 93, no. 3, pp. 324–330.
- Hunskaar, S 2008, 'A Systematic Review of Overweight and Obesity as Risk Factors and Targets for Clinical Intervention for Urinary Incontinence in Women', *Neurourology and Urodynamics*, vol. 27, no. 8, pp. 749–757.
- ICS 1977, see reference International Continence Society.
- ICD-10 2010, see reference WHO & DIMDI 2010.
- International Continence Society 1977, 'First report on the standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function. Incontinence, cystometry, urethral closure pressure

- profile, and units of measurement', *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, vol. 11, no. 3, pp. 193–196.
- Jenkins, KR & Fultz, NH 2005, 'Functional impairment as a risk factor for urinary incontinence among older Americans', *Neurourology and Urodynamics*, vol. 24, no. 1, pp. 51–55.
- Jumadilova, Z, Zyczynski, T, Paul, B & Narayanan, S 2005, 'Urinary incontinence in the nursing home: resident characteristics and prevalence of drug treatment', *American Journal of Managed Care*, vol. 11, no. 4, pp. 112–20.
- Kocaoz, S, Bilgili, N & Eroglu, K 2009, 'Prevalence and risk factors of urinary incontinence in turkish nursing homes: A cross-sectional study', *Pakistan Journal of Medical Sciences*, vol. 25, no. 1, pp. 18–25.
- Landesweite Pflegequalitätserhebung 2010, *Inkontinenz*, Maastricht University und Medizinische Universität Graz, viewed 11 April 2010, <<http://www.lpz-um.eu/index.html?id=20>>.
- Li, FL, Low, LP & Lee, DT 2007, 'Chinese women's experiences in coping with urinary incontinence', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 16, no. 3, pp. 610–612.
- Lindenberger, U 2002, 'Erwachsenenalter und Alter', in Oerter, R & Montada, L (eds), *Entwicklungspsychologie*, 5th edn, Beltz, Weinheim.
- Lohrmann, C, Balzer, K, Dijkstra, A & Dassen TWN 2003, 'Pflegeabhängigkeit im Pflegeheim - eine psychometrische Studie', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 36, no. 4, pp. 255–259.
- Lohrmann, C, Dijkstra, A & Dassen, TWN 2003a, 'The Care Dependency Scale: An Assessment Instrument for Elderly Patients in German Hospitals', *Geriatric Nursing*, vol. 24, no. 1, pp. 40–43.
- Lohrmann, C, Dijkstra, A & Dassen, TWN 2003b, 'Care dependency: testing the German version of the care dependency scale in nursing homes and on geriatric wards', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 17, no. 1, pp. 51–56.
- Lohrmann, C 2009, *Prävalenzerhebung. 07. April 2009*, Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft, Graz.
- Luber, KM 2004, 'The definition, prevalence, and risk factors for stress urinary incontinence', *Reviews in Urology*, vol. 6, suppl. 3, pp. 3–9.
- Machin, D, Campbell, MJ & Walters, SJ 2007, *Medical Statistics. A Textbook for the Health Sciences*, 4th edn, John Wiley & Sons Ltd, Chichester.

- Madersbacher, S, Haidinger, G & Temml, C 2000, 'Prävalenz der weiblichen Harninkontinenz in einer urbane Bevölkerung: Einfluß auf Lebensqualität und Sexualeben', *Speculum*, vol. 18, no. 2, pp. 19–24.
- Mertens, EI, Tannen, A, Lohrmann, C & Dassen, TWN 2002, 'Pflegeabhängigkeit im Krankenhaus. Eine beschreibende Studie', *Pflege*, vol. 15, no. 5, pp. 195–201.
- Mertens, EI, Halfens, RJG & Dassen TWN 2007, 'Using the Care Dependency Scale for fall risk screening', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 58, no. 6, pp. 594–601.
- Milsom, I, Stewart, W & Thüroff, J 2000, 'The Prevalence of Overactive Bladder', *The American Journal of Managed Care*, vol. 7, no. 11, suppl. 2, pp. 565–573.
- Møller, LA, Lose, G & Jørgensen, T 2000, 'The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40–60 years of age', *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 79, no. 4, pp. 298–305.
- NANDA International 2009, see reference North American Nursing Diagnosis Association.
- Nel, JT, Diedericks, A, Joubert, G & Arndt, K 2001, 'A Prospective Clinical and Urodynamic Study of Bladder Function During and After Pregnancy', *International Urogynecology Journal*, vol. 12, no. 1, pp. 21–26.
- Nojomi, M, Amin, EB & Rad, RB 2008, 'Urinary incontinence: Hospital-based prevalence and risk factors', *Journal of Research in Medical Sciences*, vol. 13, no. 1, pp. 22–28.
- North American Nursing Diagnosis Association 2009, *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2009–2011*, Wiley-Blackwell, Oxford.
- Offermans, M, Halfens, RJG, Hamers, J & Dassen, TWN 2007, 'Urinary incontinence in dutch health care organizations', *Neurourology and Urodynamics*, vol. 26, no. 5, pp. 630–631.
- Offermans, MPW, Du Moulin, MFMT, Hamers, JPH, Dassen, TWN & Halfens, RJG 2009, 'Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: a systematic review', *Neurology and Urodynamics*, vol. 28, no. 4, pp. 288–294.
- Parazzini, F, Colli, E, Origgi, G, Surace, M, Bianchi, M, Benzi, G & Artibani, W 2000, 'Risk factors for urinary incontinence in women', *European Urology*, vol. 37, no. 6, pp. 637–643.
- Parazzini, F, Chiaffarino, F, Lavezzari, M, Giambanco, V & behalf of VIVA Study Group 2003, 'Risk factors for stress, urge or mixed urinary incontinence in Italy', *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 110, no. 10, pp. 927–933.

- Polit, DF & Beck, CT 2008, *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 8th edn, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Prieschl, P 2009, 'Pflegerabhängigkeit von Erwachsenen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen', Masterarbeit, Medizinische Universität Graz.
- Prins, J, Blanker, MH, Bohnen, AM, Thomas, S & Bosch, JLHR 2002, 'Review Prevalence of erectile dysfunction: a systematic review of population-based studies', *International Journal of Impotence Research*, vol. 14, no. 6, pp. 422–432.
- Razum, O, Breckenkamp, J & Brzoska, P 2009, *Epidemiologie für Dummies*, WILEY-VCH, Weinheim.
- Roberts, LW, Coverdale, J, Edenharder, K & Louie, A 2004, 'How to Review a Manuscript: A "Down-to-Earth" Approach', *Academic Psychiatry*, vol. 28, no. 2, pp. 81–87.
- Sandvik, H, Hunskar, S, Seim, A, Hermstad, R, Vanvik, A & Bratt, H 1993, 'Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey', *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 47, no. 6, pp. 497–499.
- Sandvik, H, Espuna, M & Hunskar, S 2006, 'Validity of the incontinence severity index: comparison with pad-weighing test', *International Urogynecology Journal*, vol. 17, no. 5, pp. 520–524.
- Sandvik, H, Seim, A, Vanvik, A & Hunskar, S 2000, 'A Severity Index for Epidemiological Surveys of Female Urinary Incontinence: Comparison with 48-Hour Pad-Weighing Tests', *Neurourology and Urodynamics*, vol. 19, no. 2, pp. 137–145.
- Schultz-Lampel, D 2003, 'Blasendysfunktion bei Demenz und M. Alzheimer. Rationelle Diagnostik und Therapiemöglichkeiten', *Der Urologe [A]*, vol. 42, no. 12, pp. 1579–1587.
- Statistisches Bundesamt 2004, *Harninkontinenz in Deutschland*, Berichtsbeitrag zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2003/2004, Bonn.
- Sobhgol, SS & Charandabee, SMA 2008, 'Related factors of urge, stress, mixed urinary incontinence and overactive bladder in reproductive age women in Tabriz, Iran: a cross-sectional study', *International Urogynecology Journal*, vol. 19, no. 3, pp. 367–373.
- Temml, C, Haidinger, G, Schmidbauer, J, Schatzl, G & Madersbacher, S 2000, 'Urinary incontinence in both sexes: Prevalence rates and impact on quality of life and sexual life', *Neurourology and Urodynamics*, vol. 19, no. 3, pp. 259–271.

- Ueda, T, Tamaki, M, Kageyama, S, Yoshimura, N & Yoshida, O 2000, 'Urinary incontinence among community-dwelling people aged 40 years or older in Japan: Prevalence, risk factors, knowledge and self-perception', *International Journal of Urology*, vol. 7, no. 3, pp. 95–103.
- van den Muijsenbergh, METC & Lagro-Janssen, TALM 2006, 'Urinary incontinence in Moroccan and Turkish women: a qualitative study on impact and preferences for treatment', *The British Journal of General Practice*, vol. 56, no. 533, pp. 945–949.
- Wang, J, Kane, RL, Eberly, LE, Virnig, BA & Chang, LH 2009, 'The effects of resident and nursing home characteristics on activities of daily living', *Journals of Gerontology Series A Biological Sciences & Medical Sciences*, vol. 64, no. 4, pp. 473–480.
- Welz-Barth, A 2007, 'Inkontinenz im Alter. Ein soziales und ökonomisches Problem', *Der Urologe [A]*, vol. 46, no. 4, pp. 363–367.
- Zarina, B, Juwita, S & M Nor, GR 2005, 'Prevalence and factors associated with urinary incontinence in adult women attending Family Medicine Clinic', *International Medical Journal*, vol. 12, no. 4, pp. 303–310.
- WHO 2000, see reference World Health Organization.
- WHO & DIMDI 2010, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification, 10. Revision, viewed 16.07.2010, <<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/ls-icdhtml.htm>>.
- World Health Organization 2000, *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Report of a WHO Consultation, Geneva.
- Zhu, L, Lang, J, Liu, C, Xu, T, Liu, X, Li, L & Wong, F 2010, 'Epidemiological study of urge urinary incontinence and risk factors in China', *International Urogynecology Journal*, vol. 21, no. 5, pp. 589–593.



Code der Einrichtung

Europäische Pflegequalitätserhebung

1

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 Richtlinien 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.



Code der Einrichtung

Code der Station/
 Wohnbereich

Europäische Pflegequalitätserhebung

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 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 19 Wurde der Katheter in dieser organisatorische Einheit gelegt?

- Ja
- Nein
- Unbekannt

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

Überprüfen Sie bitte, ob alle Fragen vollständig ausgefüllt sind.

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